

Organizacija zdravstvene službe

PRIPOMBE IN PREDLOGI K SAMOUPRAVNEMU SPORAZUMU O SKUPNIH OSNOVAH IN MERILIH ZA URESNIČEVANJE SVOBODNE IZMENJAVE DELA V ZDRAVSTVENEM VARSTVU SRS

Skupščina Zdravstvene skupnosti SRS je na svoji seji z dne 26. 4. 1977 sprejela predlog Samoupravnega sporazuma o skupnih osnovah in merilih za uresničevanje svobodne menjave dela na področju zdravstvenega varstva v SRS, ki je bil objavljen v »Delegatskem poročevalcu« št. 2 in 3/77 in vsebuje normative in standarde za področje zdravstvenega varstva.

Ob proučitvi tega predloga je glavni odbor ZDMSS izoblikoval nekatere pripombe in predloge za področje dela med. sestre in sprejel sklep, da se te pripombe posredujejo društvom med. sester in glavnim med. sestram zdravstvenih ustanov, da jih po delegatih v občinskih skupnostih predložijo in zagovarjajo.

Pripombe in predloge objavljamo v celoti:

Na seji glavnega odbora Zveze društev med. sester Slovenije dne 24. 5. 1977 so bile sprejete določene pripombe k Samoupravnemu sporazumu o skupnih osnovah in merilih za uresničevanje svobodne menjave dela na področju zdravstvenega varstva v SR Sloveniji, in sicer glede na normative in standarde, prikazane v I. prilogi, ter k predlogu Samoupravnega sporazuma o skupnih nalogah pri uresničevanju temeljnih načrtov zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji v letih 1976—1980, ter kazalci za določitev enotnega programa zdravstvenega varstva za obdobje 1976—1980, in sicer na točko 8/1.

Glede na to se v navedenih predlogih samoupravnih sporazumov predlagajo v sprejem naslednji

A M A N D M A J I :

I. V normativih in standardih (I. priloga):

— 3. točka naj se glasi:

Patronažno-babiška služba z nego na domu

1 višja med. sestra na 2000—2300 prebivalcev, ki opravlja tudi babiško delo in nego bolnika na domu, faktorski urni normativ v strnjemem naselju 25 faktorjev in v nestrnjemem naselju 32 faktorjev ali (če gre za delitev dela znotraj patronažne službe) za celokupno polivalentno delo na 3000 prebivalcev:

1 višja med. sestra za patronažno službo,

1 srednja med. sestra za babiško službo,

1 srednja med. sestra za nego na domu;

in doda naj se: 1 bolniški strežnik na 5000 prebivalcev;

— v 1., 4. in 9. točki naj se v sestavu delovnih skupin namesto 1,5 srednje med. sestre določijo: 1 višja med. sestra in 1 srednja med. sestra;

— v 11. točki — Kirurško zdravstveno varstvo naj kadrovski normativ 2,5 med. sestre — instrumentarke na delovišče upošteva vse operativne stroke; za delo instrumentarke je potreben naziv in izobrazba višje med. sestre;

— v 18. točki — Zdravstveno varstvo v nekaterih diagnostičnih, terapijskih in drugih dejavnosti naj se doda: kadrovske normativ za medicinsko osebje za sterilizacijo: na 30—40 predvsem kirurških, intenzivnih in internističnih bolniških postelj 1 med. sestra in na 3 med. med. sestri 1 sanitarni tehnik; razmerje med višjimi in srednjimi med. sestrami naj bo 1 : 4;

— v 23. točki — Poleg tega se normira na vseh oddelkih bolnišnic . . . naj se začetno besedilo v sestavi delovne skupine glasi: 1—2 višji med. sestri na funkcionalno enoto oziroma na delovišče s polnim delovnim časom . . .;

— v 25. točki — naj se v 2. stavku izpusti beseda »praviloma« in glede na to tudi v celoti izpusti besedilo za podpičjem (»preostale so srednje medicinske sestri«); razmerje med višjimi in srednjimi med. sestrami naj bo 1 : 4 in ne vezano na število postelj;

— v 27. točki — Splošno zobozdravstveno varstvo naj se namesto citiranih nazivov »medicinska sestra stomatološke smeri« pravilno v skladu s predpisi glasi »zdravstveni tehnik — zobozdravstveni asistent« in črta naj se 1 višja med. sestra za patronažno dejavnost;

II. V kazalcih za določitev enotnega programa zdravstvenega varstva za obdobje 1976—1980:

— 8. točka naj se glasi:

1. Patronažno varstvo z nego na domu:

43	50	52	54	54
----	----	----	----	----

OBRAZLOŽITEV

V SR Sloveniji velja za izhodišče pri načrtovanju dejavnosti patronažne službe elaborat te službe iz leta 1971. Elaborat zajema tudi izhodišča za normative in v skladu z njimi ne ustreza načrtovanju različnih profilov med. sester v patronažni službi. Uveljavljeno je načelo enotne polivalentne patronažne službe, ki jo izvajajo višje med. sestri, in sicer 1 višja med. sestra na omejeno število prebivalcev, pri čemer združuje celotno patronažno delo v družini, vstevši z babiškim delom in strokovno nego bolnikov. Zato je nujna sprememba normativov po gornjem predlogu.

Babica za polivalentno delo ni usposobljena!

Za od lanskega leta se spet priznava »profil« bolniškega strežnika. Upoštevajo ga normativi za bolnišnično dejavnost, izpuščen pa je bolniški strežnik v osnovnem zdravstvenem varstvu, kjer so sicer načrtovane bolniške strežnice za nego bolnikov na domu. Bolniška strežnica je delavec v zdravstvu, ki dopolnjuje negovalski team in je zato upravičen predlog: 1 bolniški strežnik na 5000 prebivalcev.

Zaradi narave in delitve dela v dispanzerskih dejavnostih se predlaga enotni kadrovske normativ za med. sestri v dispanzerski dejavnosti vseh tovrstnih služb zdravstvenega doma, in torej tudi v splošnem zdravstvenem varstvu (splošna medicina in obratne ambulante), v zdravstvenem varstvu udeležencev NOV in v psihiatričnem zdravstvenem varstvu, in sicer: 1 višja med. sestra in 1 srednja med. sestra, ker je taka delovna skupina nujna v vseh dispanzersko organiziranih službah. Število administrativnega kadra pa naj bi bilo odvisno od obsega dela in števila teamov v dispanzerjih. V delitvi dela je področje višje med. sestri v dispanzerski dejavnosti jasno opredeljeno.

Kazalci za določitev enotnega programa zdravstvenega varstva odmerjajo patronažnemu varstvu prenizko število obiskov na 100 populacijskih entot. Na osnovi republiških kazalnikov (publikacija v reviji »Zdravstveno varstvo« — statistično poročilo o delu zdravstvene službe v letu 1976) je razvidno, da znaša število obiskov polivalentne patronažne službe 786.179 na 1.800.022 prebivalcev, kar pomeni, da pride en obisk na skoraj vsakega drugega prebivalca Slovenije oziroma 43 obiskov na 100 enot.

Predlog pa se izvaja iz razmerja 50/100.

Republiška izhodišča uveljavljajo načelo polivalentnosti patronažne službe, kar pomeni, da so varovanci zajeti v družinski skupnosti in izven nje z vsem njihovim življenjskim okoljem. Zato praviloma monovalentna patronažna služba ni organizirana. Patronažne dejavnosti sestavljajo patronažno službo združenega zdravstvenega doma za potrebe vseh strokovnih služb. V ta namen strokovne službe zdravstvenega doma predlagajo programe strokovnega izpopolnjevanja in informiranja patronažnih med. sester, da bi lahko izvajale zaželen obseg nalog pri varovancih strokovnih služb. Na osnovi te utemeljitve naj ne bi bila predvidena med. sestra za patronažno dejavnost v zobozdravstveni službi, temveč naj bi zobozdravstvena služba vključevala svoje potrebe v skupno patronažno službo zdravstvenega doma. Zobozdravstvena služba naj bi dopolnilno usposabljala na strokovnih izpopolnjevanjih med. sestre patronažne službe za izvajanje patronažnega dela na domu varovancev zobozdravstvene službe. Ni nobenih tehtnih razlogov, da patronažne med. sestre patronažnih služb na opisani način ne bi mogle izvajati zdravstvenovzgojnega dela pri varovancih zobozdravstvene službe na enak način, kakor delajo za varstvo specializiranih strokovnih služb. V nasprotnem primeru se bosta dve patronažni med. sestri različnih služb srečavali v istih družinah na njihovem domu.

V kazalcih za določitev enotnega programa zdravstvenega varstva za obdobje 1976 do 1980 je pod 8. točko predvideno patronažno varstvo z nego na domu.

Prav tako je v sklepu o skupnih osnovah in merilih za uresničevanje svobodne menjave dela na področju zdravstvenega varstva v 3. členu predvidena patronaža (mišljena je celovita polivalentna patronaža, ki vključuje tudi strokovno nego bolnikov na domu). Torej naj bi v normativih in standardih ne manjkalo upoštevanje strokovne nege bolnikov na domu. Celovita polivalentna patronaža, ki vključuje tudi babiško delo in strokovno nego bolnikov na domu, pa ne prenese višjega normativa od ene višje med. sestre na 2000—2300 prebivalcev. Glede na prioritarno potrebo po strokovni negi bolnikov na domu naj bi ta dejavnost v normativih ne bila izpuščena, če je komisija imela za dovolj nujno, da je patronažo vnesla v normative pri zobozdravstveni službi.

Faktorski normativ naj bi bil enoten. Na eno višjo med. sestro za polivalentno patronažno delo 25 faktorjev v strnjem naselju, 32 faktorjev v nestrnjem naselju. Če se ne uveljavlja več delitev na strnjeno in nestrnjeno naselje, naj bi bil enotni faktorski normativ 30 faktorjev na uro. Takšen normativ je upravičen le, če so uveljavljeni dodatno tudi faktorji za izgubo časa in storitve, ki jih dodatno zahteva saniranje patoloških razmer. Če takšno drobljenje v prikazu opravljenega dela ni dopustno, je osnovni normativ faktorjev nujno povečati na uro vsaj na 40, kolikor velja v nomenklaturi socialno medicinska obravnava na terenu.

ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER
SLOVENIJE

ZAVEDATI SE SVOJEGA NEZNANJA JE VELIK KORAK DO VEČJEGA ZNANJA.

Disraeli

ZAKON O ZDRAVSTVENIH UKREPIH PRI URESNIČEVANJU PRAVICE DO SVOBODNEGA ODLOČANJA O ROJSTVU OTROK

(Uradni list SRS, št. 11/77)

Skupščina SRS je aprila t. l. sprejela zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Z njim se zaključuje večletno razčiščevanje strokovnih pogledov na medicinsko in pravno ureditev področja, ki je do nove ustave več ali manj sramežljivo urejalo le prekinitve nosečnosti in jo vezalo na komisijska ugotavljanja t. im. medicinsko-znanstvenih, kriminalnih in socialnih indikacij, s stališčem nove ustave o pravici človeka, da svobodno odloča o rojstvih otrok, pa pogumno, sodobno in kompleksno ureja to delikatno področje in ga vključuje v okvir ustavnega preoblikovanja našega celotnega družbenopolitičnega sistema. S tem se zakon povezuje v prizadevanja za uresničevanje socialističnih samoupravnih odnosov in za osvobajanje človeka in dela ter prispeva k uravnavanju protislovij med interesi posameznika in skupnosti na najbolj zasebnem področju, ki pa je pomembno tudi za socialistično skupnost — tako zaradi celovitosti novih medčloveških odnosov kot tudi zaradi soodvisnosti med splošnimi družbenoekonomskimi razmerami in motiviranostjo ljudi, da postanejo starši.

Novi zakon izhaja iz ustavno zagotovljene pravice in je usklajen tudi z resolucijo o načrtovanju družine. Zato ne ureja le umetne prekinitve nosečnosti, ampak ureja še druge oblike uravnavanja rojstev, kot pravico človeka, da svobodno odloča o rojstvih otrok.

V tej svoji ustavni koncepciji in funkciji zakon seveda ne postavlja več kakih zaprtih meja, npr. med zdravstvenimi, socialnimi in drugimi vidiki, ker takih mej ni ne v življenjski praksi ljudi, ne v strokovnem delu in ne v teoriji. Zakon izhaja iz sodobno poimenovanega zdravja (Svetovne zdravstvene organizacije) in to poimenovanje veže na potencialne starše in njihove otroke. Na tej ustavni in strokovni podlagi urejuje oblike in načine delovanja zdravstvenega varstva, ki ga mora družbena skupnost zagotoviti človeku, da bi lahko svobodno uravnaval rojstvo otrok, obenem pa določa omejitve te pravice zaradi varovanja življenja in zdravja imetnika te pravice in otroka, ki naj se rodi ali pa ne rodi. Zakon je torej rezultat temeljnih določb ustave, novih znanstvenih spoznanj na področju reprodukcije človeka ter naprednih gledanj na celotno varstvo zdravja.

Tudi pristop k obravnavanim vprašanjem je popolnoma nov. Zakon ne obravnava le prekinitve nosečnosti (splav), ampak ureja tudi druge načine za uravnavanje rodnosti (kontracepcijo, sterilizacijo ter ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti). Ne glede na to, da bo razvoj — medicinski in pravni — tem dognanjem dodal določena nova spoznanja in rešitve, je prva legalizacija tega kompleksnega področja pozitivna: gradi na zrelih ljudeh nove družbene skupnosti in zato lahko apelira na zrelost pri teh postopkih udeleženi.

Zaradi pomembnosti vsega zakonskega besedila ter njegove lažje usvojitve za strokovno delo med. sester ga bomo v naslednji številki ZO objavili v celoti.

Ob zakonskem besedilu je opozoriti na nekatere posebnosti oziroma značilnosti, ki izhajajo iz zakona:

— Pri načinih preprečevanja zanositve (kontracepciji in sterilizaciji) se — pri kontracepciji kot pravici iz zdravstvenega varstva — predpisuje nasvet zdravnika za najprimernejše sredstvo (ki pa je brezplačno le — na podlagi določb zakona o zdravstvenem varstvu —, če se kontracepcija predpiše kot oblika zdravstvenega varstva!). — Pri sterilizaciji kot stalni preprečitvi zanositve so uzakonjene kavtele: odobrava se le komisijsko razsodnemu moškemu ali ženski nad 35 let starosti, opravi pa se le v strokovno

usposobljenih zdravstvenih organizacijah po poteku šest mesecev po njeni odobritvi — razen v primerih, ko je sterilizacija potrebna iz zdravstvenih razlogov.

— Umetna prekinitiv nosečnosti (splav) je pravica nosečnice (ne drugega!) in se opravi oz. začne postopek za njeno odobritev le na njeno zahtevo, na zahtevo staršev oz. skrbnika pa le, če je nosečnica nerazsodna. Tu je postavljena meja — trajanje nosečnosti, na katero gradi zakon zdravstvene razloge in presumpcijo nevarnosti za zdravje nosečnice ali otroka: do 10. tedna nosečnosti je prekinitiv pravica ženske (tudi mladoletne) in se opravi v pooblaščenih zdravstvenih organizacijah brez komisije in brez sodelovanja drugih.

Pri nosečnosti, ki traja več kot 10 tednov, se zahteva za prekinitiv nosečnosti obravnava komisijsko. Na komisijo pa mora tudi ženska, katere nosečnost traja manj kot 10 tednov, če so ugotovljene medicinske kontraindikacije, vendar ne da bi komisija odločila o prekinitiv nosečnosti, ampak le, da nosečnici predoči te kontraindikacije in njihove morebitne posledice. Nosečnica pa ima tudi v tem primeru pravico zahtevati prekinitiv nosečnosti! Vsi, ki so udeleženi v postopkih za umetno prekinitiv nosečnosti (zdravstveni delavci v ustreznih strokovnih enotah, socialni delavci in člani komisij za umetno prekinitiv nosečnosti), so dolžni seznaniti nosečnico z vsemi medicinskimi in vzgojnimi ter drugimi možnostmi za zeleno načrtovanje družine. Ali kaže pri mladoletni nosečnosti o tem obvestiti tudi starše, pa je odvisno od individualne presoje primernosti takega posredovanja.

— Ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti se uzakonja kot pravica ženske in moškega do zdravstvenega varstva. Obsega vse možne oblike medicinske pomoči, vključno umetno osemenitev — kot homologno ali heterologno inseminacijo, iz določenih strokovno-medicinskih razlogov pa je zakon opustil »mešano inseminacijo«. Ob tem so uzakonjeni pogoji za ta medicinski poseg: opravi se lahko le polnoletni, zdravi in razsodni ženski v obdobju, ki je za rojevanje najbolj primerno, in sicer s semenom telesno in duševno zdravega moškega (ta ugotovitev je vzporedna dolžnost zdravstvene organizacije, ki opravlja umetno inseminacijo), zagotovljena je anonimnost prizadetih oseb, brezplačnost ter pravna varnost zdravstvene organizacije, če bi z umetno osemenitvijo spočeti otrok ne imel zaželenih ali pričakovanih lastnosti, poklicna skrivnost pa veže vse v teh postopkih udeležene že po zakonu o zdravstvenem varstvu in kodeksu etike ter posebej tudi po tem zakonu.

Ne glede na različne poglede na to delikatno področje osebnega življenja in družbenega dogajanja pa nove zakonske rešitve pomenijo

— realizacijo ustavne pravice o svobodnem odločanju o rojstvu otrok z zdravstvenih vidikov,

— družbeno potrditev znanstvenih dognanj na področju reprodukcije človeka ter

— prispevek v prizadevanju, da se odpravijo ovire za uveljavljanje svobodnega in odgovornega odločanja staršev ter za humanizacijo odnosov med spoloma.

Dr. M. Mally