

RAZMERJE MED PREVENTIVNO IN KURATIVNO ZDRAVSTVENO NEGO V PATRONAŽNEM VARSTVU OD LETA 1984 DO 1993 V LJUBLJANI

THE RATIO BETWEEN PREVENTIVE AND CURATIVE NURSING CARE IN
COMMUNITY HEALTH NURSING FROM 1984 TO 1993

Danica Stražar, Olga Šušteršič

UDK/UDC 616-039.73-083

DESKRIPTORJI: *patronažna služba; zdravstvena nega; Ljubljana*

DESCRIPTORS: *home care services; nursing care; Ljubljana*

Izvleček – Članek obravnava patronažno varstvo kot samostojno službo, ki je organizirana na primarni ravni zdravstvenega varstva, in predstavlja posebno obliko le-tega. Predstavi področja dela v patronažnem varstvu in filozofijo patronažne zdravstvene nege. V empiričnem delu prikaže izvajalce patronažnega varstva v Zdravstvenem domu Ljubljana po izobrazbi, številu in v primerjavi s prebivalci na eno patronažno medicinsko sestro ter na negovalni tim od leta 1984 do leta 1993. Pokaže se naraščanje kurativne zdravstvene nege, večje zaposlovanje višjih medicinskih sester ter nižanje števila zdravstvenih tehnikov, babic in negovalk. Število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro je večje od tri tisoč, kar predstavlja krizni normativ, število prebivalcev na negovalni tim pa ostaja pod tri tisoč prebivalci. Raziskava poda vpogled v porabo delovnega časa za izvajanje preventivne in kurativne zdravstvene nege.

Abstract – The article deals with the community nursing care as an independent service, organized on the primary level of health care, representing a special branch of it. It presents the field of work of nursing care and the philosophy of community health nursing. The empirical part presents the workers in community nursing care in the Health Service in Ljubljana according to educational level, number and in comparison with the number of inhabitants per one community nurse and the number of inhabitants per one nursing team in the period from 1984 to 1993. The data show that curative nursing care is on the increase, as well as the number of qualified nurses in comparison with nursing assistants, midwives and auxiliary nurses. The number of inhabitants per one nurse exceeds three thousand, which represents the crisis normative, and the number of inhabitants per one nursing team is under three thousand. The research has revealed the quantity of time needed for the carrying out of preventive and curative nursing care.

Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje patronažno varstvo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih obolenj posebno občutljivi na vplive okolja. Organizirano je na primarni ravni zdravstvenega varstva kot samostojna služba v zdravstvenih domovih. Namen delovanja patronažnega varstva je pospeševanje zdravstvenega napredka vsega prebivalstva, cilj tega pa je preprečevanje bolezni in skrb za poškodovane in bolne. Globalni cilj patronažnega varstva je doseganje pozitivnega zdravja posameznika, družine in skupnosti s pomočjo storitev, ki so preventivne, kurativne in soci-

alne narave. Patronažna zdravstvena nega je sestavni del primarne zdravstvene nege, ki ima odločilno vlogo pri uresničevanju ciljev strategije »Zdravje za vse do leta 2000«. Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je medicinska sestra, ki pokriva vsa področja dela: zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego bolnika na domu. Patronažna medicinska sestra obravnava zdravega in bolnega varovanca v okviru ožjega in širšega okolja, pri čemer sodeluje negovalni in zdravstveni tim. Kadar je delo v negovalnem timu razdeljeno, se zdravstveni tehniki vključujejo v izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu oziroma babice pri zdravstveni negi otročnice in novorojenčka. V nekaterih primerih so v patronažnem varstvu

Danica Stražar, višja medicinska sestra, profesor zdravstvene vzgoje, Zdravstveni dom Ljubljana, organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva Bežigrad, Patronažno varstvo, Mislejeva 3, Ljubljana

Mag. Olga Šušteršič, višja medicinska sestra, diplomirani organizator dela, predavateljica, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska 26a, Ljubljana

zaposlene tudi še negovalke, ki pomagajo pri zdravstveni negi bolnika na domu in opravljajo tako imenovane nezdravstvene storitve.

Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti

Zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti izvajamo pri bioloških in rizičnih skupinah prebivalcev. Posebej ogrožene so naslednje skupine prebivalcev:

- **Posamezniki:** ženske, novorojenčki, dojenčki, majhni in predšolski otroci, osnovnošolska in srednješolska mladina, delavci, bolniki s kronično degenerativnimi obolenji, invalidi, starostniki, prebivalci in priseljenci v velikih mestih in industrijskih središčih, brezdomci in begunci. Socialni dejavniki, ki ogrožajo posameznika, so prehrana, ekonomsko stanje, stanovanje, splošna razgledanost, delo oziroma izobrazba, znanje o zdravju in način življenja. Za celotno populacijo predstavljajo splošne rizične dejavnike, ne glede na biološke, družbene in ekonomske značilnosti. Dejavniki so izredni in posebni, pod njihovim vplivom se razvija in nastane različna patologija. Ogroženost za zdravje izhaja iz treh virov: nenavajenost za življenjske pogoje, ki se jim mora posameznik nujno prilagajati, ker je to potrebno za njegov obstanek; izredno močna izpostavljenost nekaterim vrstam bolezni zaradi posebnega družbenega, delovnega ali splošnega življenjskega okolja; zmanjšana odpornost telesa zaradi biološkega razvoja ali sprememb v organizmu kot celoti ali določenih organih oziroma organskih sistemih (Clark, 1984).
- **Družina:** Organizacija združenih narodov je razglasila leto 1994 za mednarodno leto družine in poudarila, da je družina osnovna enota družbe. Temu primerno je tudi International Council of Nursing (ICN) za temo mednarodnega dneva medicinskih sester (1994) izbrala geslo »Zdrava družina za zdrav narod«. Definicij pojma družine je veliko: ljudje, ki si delijo gospodinjstvo; specifična skupina ljudi v tesnem odnosu, ki jih povezuje skupna preteklost in prihodnost; skupina oseb, ki so v krvnem sorodstvu; družina je najbolj intimno družbeno okolje in hkrati glavni vir stresov, duševne podpore, kar oboje vpliva na zdravje (ICN, 1994). Funkcija družine je socializacija, varstvo vseh družinskih članov, čustvena podpora, reprodukcija, zagotavljanje položaja v družbi. Socializacija je proces včlanjanja posameznika v družbeno skupino, v kateri sprejema veljavne družbene vrednote. Z varstvom družina zagotavlja svojim članom stanovanje, hrano in obleko, zaščito pred zunanjim okoljem, ki je lahko neprijazno in ogrožujoče. V zdravi družini člani izražajo čustva, si izkazujejo ljubezen, dajejo toplino in naklonjenost. Družina je še vedno

okolje, kjer je najbolj poskrbljeno za reprodukcijo in za zdravo rast ter psihofizični razvoj otrok. Položaj v družbi zagotavlja družina s tem, da omogoči svojim članom izobrazbo in možnost zaposlitve in določen ugled, ki ga sicer kot posamezniki ne bi imeli. Če družina katere od teh funkcij ne izpolnjuje tako, kot se od nje pričakuje, povzroča to njenim članom težave. Na kakovost življenja v družini vpliva čustvena zrelost in ljubezen (Voljč, Švab, 1992). Danes obstajajo v svetu različne družine. Vse te oblike temeljijo na zakonu, ki ga je postavila družba. Družina ni nekaj statičnega, saj se spreminja in razvija (Haralambos, 1980). Poznamo različne sestave družine: jedrna družina (zakonca in najmanj en otrok), enostarševska družina (prisoten samo en roditelj), razširjena družina (več generacij).

Družina je lahko razširjena vertikalno, tako da razširjeno družino sestavljajo tudi tete, strici. Razširjene družine lahko predstavljajo prednost, saj delitev virov dohodka in delitev odgovornosti izboljšuje kakovost življenja vsej družini. V Sloveniji prevladujejo jedrne družine in z ekonomsko osamosvojitvijo žensk vloge družinskih članov niso tako ostro začrtane. Delež zaposlenih žensk med vsemi zaposlenimi v Sloveniji je bil leta 1992 47 % (Statistični letopis Slovenije, 1993). Družina je zdrava, kadar relativno dobro funkcionira in kadar je primarni posrednik pri promociji zdravja družinskih članov in njihovega dobrega počutja (Stanhope, 1970). Patronažna medicinska sestra mora poznati posamezna razvojna obdobja v družini, ker se v različnih obdobjih pojavljajo različni problemi. Vsaka družina v času svojega obstoja prehodi svoj družinski cikel: novoporočenci in načrtovanje rojstev, rojstvo prvega otroka, obdobje družine s šolarji in mladostniki, obdobje oblikovanja nove družine (otrok), obdobje družine praznega gnezda in obdobje ostarele družine.

Zdravje družine je v življenjskem ciklusu in zaradi načina življenja izpostavljeno različnim dejavnikom. Patronažna medicinska sestra s svetovanjem, nudenjem pomoči in podpore pri krepitvi zdravja v družini, pripomore, da bodo starši in otroci lažje in hitreje dosegali pozitivno zdravje (Lauri, 1990).

- **Skupnost:** Skupnost je skupina ljudi, med katerimi obstajajo določene povezave in ki v zvezi s skupnimi zadevami delujejo kolektivno. Skupine ljudi se oblikujejo v funkcionalne skupnosti glede na prostor in geografsko območje, opredeljeno s socialnimi, kulturnimi in dejavniki okolja. Povezujoča sila in osrednja točka nekaterih skupnosti je eksistenca posameznika. Elementi, značilni za vse skupnosti, so vezi, ki nastanejo med posameznimi člani skupnosti, medsebojni odnosi in javni interes. V patronažni zdravstveni negi obravnavamo primarne in sekundarne skupnosti. Primarne skupnosti so družina,

sorodniki, prijatelji, sodelavci in sosedske skupnosti. Njihove značilnosti so pristni medsebojni odnosi, nastanejo spontano in medsebojno komuniciranje je prijetno, vloge niso formalno določene. V teh skupnostih se lahko pojavijo posamezne bolezni, dejavniki tveganja ter različno zdravstveno vedenje. Sekundarne skupnosti so strokovne službe, delovne organizacije in politične stranke. Njihove značilnosti so posredni odnosi v skupnosti, nastajajo zaradi interesov članov, zato so njihovi cilji jasni in formalno določeni, komunikacijske poti so specializirane, organizacija je formalna z delitvijo dela in vnaprej določenimi vlogami. Bolezni, ki vplivajo na zdravje v teh skupnostih, so odvisne od istih dejavnikov tveganja kot pri družini (Clark, 1984).

Zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu

Zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu načrtuje, izvaja in evalvira patronažna medicinska sestra. V nekaterih patronažnih varstvih, kjer obstaja delitev dela v negovalnem timu, jo izvajajo tudi babice. Patronažna medicinska sestra dobi obvestilo o zdravstvenem stanju otročnice in novorojenčka iz porodnišnice. Otročnico in novorojenčka na domu obravnava v okviru ožje in širše okolice. Ugotavlja psihično, fizično in socialno stanje v družini in pri posameznem članu družine. Če je potrebno, sodelujejo pri razreševanju stanj – razmer v družini tudi drugi člani zdravstvenega tima.

Zdravstvena nega bolnika na domu

Zdravstvena nega bolnika je ožje področje zdravstvene nege, ki je namenjeno bolnim, poškodovanim, prizadetim in onemoglim varovancem. Je organizacijska in vsebinska sestavina patronažnega varstva. Strokovna opravila zdravstvene nege bolnika na domu so postopki zdravstvene nege in medicinsko-tehnični posegi. Predstavlja pomoč patronažne medicinske sestre in zdravstvenega tehnika bolniku ali drugače prizadetemu varovancu na domu pri izvajanju osnovnih življenjskih dejavnosti. Patronažna medicinska sestra upošteva psihofizično in socialno celovitost bolnika in njegovo družinsko ter širše okolje. Oblikuje negovalno anamnezo, spoznava funkcionalno stanje in ugotavlja potrebe po zdravstveni negi. Na osnovi tega oblikuje negovalne diagnoze. Določi cilje in intervencije, ki jih izvaja. Vse to dokumentira in sproti vrednoti (Vuga, 1988). Pri organiziranju celostne zdravstveno-socialne obravnave bolnika na domu sodeluje zdravstveni in negovalni tim.

Zdravstveni tim

Zdravstveni tim sestavljajo zdravnik ali zdravnik specialist določenega področja, medicinska sestra iz

določenega dispanzerja, patronažna medicinska sestra in zdravstveni tehnik. Po potrebi se vanj vključujejo še drugi strokovnjaki, kot so socialni delavci, fizioterapevti, delovni terapevti, klinični psihologi. Taka sestava označuje tim kot interdisciplinaren. V praksi si vse bolj prizadevamo za tak tip tima, saj omogoča najkakovostnejši pristop za reševanje problemov. Sodelujeta dve profesiji (medicina in zdravstvena nega) z različnimi nalogami, vendar soodvisni. Najpogostejša je interakcija med zdravnikom, medicinsko sestro in patronažno medicinsko sestro (C. Poulton, A. West, 1993).

Negovalni tim

Negovalni tim v patronažnem varstvu je sestavljen iz patronažne medicinske sestre in zdravstvenega tehnika. Posameznik, družina ali skupnost so obravnavani s kurativnega, preventivnega in socialnega vidika. Cilj je samostojen in neodvisen varovanec, ki ga moramo vključiti v aktivno sodelovanje pri obravnavi, saj nam le-to omogoča pridobivanje potrebnih informacij o njem samem. Patronažni medicinski sestri daje povratne informacije o uspešnosti obravnave. Le-ta je celostna, vodilo predstavljajo varovanceve potrebe in koristi. Pomembno je, da negovalni tim vse svoje aktivnosti dosledno dokumentira. Negovalni tim v patronažnem varstvu rešuje kompleksne probleme posameznika, zato nastajajo interakcije med člani tima, varovancem in njegovim okoljem. Na vseh teh relacijah se morajo ustvariti dobri medosebni odnosi in komunikacija. Vsak član tima nosi določeno odgovornost za pomoč pri reševanju problemov, zato je nujno, da spremljajo razvoj svojega področja in drugih področij ter to znanje tudi prenašajo na sodelavce. Negovalni tim mora sodelovati v procesu kontinuirane zdravstvene nege. Za uspešno delo v patronažnem varstvu je potrebno, da patronažna medicinska sestra poleg znanja o timskem delu upošteva tudi dodatna načela uspešnega dela:

- načelo kontinuitete zdravstvene nege;
- načelo samostojnosti in kompleksnosti; patronažna medicinska sestra je pri izvajanju patronažne zdravstvene nege samostojna, problematika, s katero se srečuje, pa je izredno kompleksna in je v tesni povezavi z naravoslovnimi, medicinskimi in družboslovnimi znanji;
- načelo orientiranosti; patronažna zdravstvena nega je orientirana k določenim ciljem, osnovna metoda dela je proces zdravstvene nege;
- načelo problemske naravnosti; patronažna medicinska sestra presoja probleme s pomočjo kritičnega mišljenja, ki omogoča prepoznavanje problema in iskanje alternativnih možnosti rešitve;
- načelo fleksibilnosti; patronažna zdravstvena nega je v tesni povezavi s potrebami posameznika, družine in skupnosti, z aktualnimi zdravstvenimi problemi in strategijo zdravstvenega varstva,

- načelo progresivnosti; patronažna medicinska sestra zbira informacije o posamezniku, družini in skupnosti; informacije kritično in analitično ocenjuje, kadar pristopa k obravnavi subjekta v patronažnem varstvu;
- načelo aktivacije; patronažna medicinska sestra mora biti aktivna pri izvajanju vseh oblik svojega dela in odgovorna za uspeh svojega dela in dela drugih članov v negovalnem timu,
- načelo individualizacije; pri obravnavi varovanca uporablja patronažna medicinska sestra individualen pristop.

Timska metoda predstavlja redno obliko dela.

Pri zdravstveni negi bolnika na domu mora patronažna medicinska sestra poznati zahtevnost potrebne pomoči in oceniti, kolikšne so bolnikove sposobnosti za samopomoč. Delo patronažne medicinske sestre se ne nanaša samo na bolnika, ampak zajema tudi njegove svojce, prijatelje in sosede. Pomembno je, da patronažna medicinska sestra še pred načrtovanjem postopkov presodi, koliko so svojci zdravstveno vzgojeni (prosvetljeni) in v kolikšni meri se lahko opre nanje pri izvajanju patronažne zdravstvene nege. Z dobro komunikacijo, z nasveti in z zgledom lahko bistveno zviša kakovost zdravstvene nege oziroma izboljša stanje varovanca. Sorodniki in prijatelji predstavljajo stalen in neposreden vir podatkov o potrebah varovanca (C.Poulton, A.West,1993).

Pomoč pri zdravstveni negi bolnika na domu

V nekaterih patronažnih varstvih imajo organizirano pomoč pri zdravstveni negi, ki jo izvajajo negovalke. Ker se v zadnjem času zmanjšuje število negovalke za izvajanje pomoči pri zdravstveni negi bolnika na domu, je naloga patronažnih medicinskih sester, da organizirajo izvajanje nezdravstvenih storitev na domu pri varovancih, ki tovrstne storitve potrebujejo. Na ta način je omogočeno daljše bivanje varovancev v lastnem domu in razbremenjevanje svojcev. Nezdravstvene storitve na domu izvajajo servisne službe, ponekod organizirane kot javna dela. Izvajalci so izključno nezdravstveni delavci, ki nudijo postrežbo na domu, pomoč pri fizičnih opravilih in gospodinjskih delih. Dodatno izvajajo dejavnost pomoči starejšim, invalidnim in onemoglim občanom na njihovih domovih tudi prostovoljne humanitarne organizacije. Njihova dejavnost je neprofesionalna oblika pomoči, oskrbe in nege, ki bi jo sicer varovanec lahko sam opravil (Škerbinek, Kokoš, Šilec et al., 1993).

Metode in tehnike dela v patronažnem zdravstvenem varstvu

Patronažna medicinska sestra uporablja pri svojem delu procesno metodo dela, poleg te pa še metode, ki so značilne za primarno raven zdravstvenega varstva:

dispanzersko metodo dela, timsko metodo dela, socialno-medicinsko metodo, zdravstveno vzgojno, epidemiološko metodo in statistične metode.

Poleg zgoraj omenjenih metod si patronažna medicinska sestra pomaga še z naslednjimi tehnikami dela: načrtovanje dela, hišni obisk, razgovor in intervencija.

Filozofija zdravstvene nege

Filozofija je skrbno iskanje resnice in modrosti. Je zadnje védenje in znanje, saj predstavlja ugotovitve in prepričanja, pridobljena skozi življenje.

Filozofija zdravstvene nege je sistem prepričanj, konceptov, načel in stališč ter je odraz vrednot izvajalcev zdravstvene nege. Služi kot vodilo pri organiziranju zdravstvene nege in se spreminja v času in prostoru. Na filozofijo vplivajo človek, religija, narava, učenje, teorije zdravstvene nege, védenje in vrednote. Te komponente dajejo vrednost in kakovost na vseh področjih zdravstvene nege. Vsebina filozofije je različna. Vključuje stališča, ki se nanašajo na zdravstveno nego, humanizem, zdravje in družbo. Vitalne sestavine organizacije predstavljajo varovavec/bolnik – zdravstvena nega – medicinska sestra. Med seboj se prepletajo, zato jih mora celostna filozofija upoštevati (Poteet, Hill, 1988).

Filozofija patronažne zdravstvene nege

Patronažne medicinske sestre smo prepričane, da patronažna zdravstvena nega predstavlja celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti s psihičnega, fizičnega in socialnega vidika ter upošteva njihova kulturna in osebna prepričanja. Pri individualni obravnavi vedno upoštevamo, da je človek enkratna in neponovljiva osebnost in da zahteva specifično obravnavo, upoštevaje ožje in širše okolje. Prepričane smo v celostno usmerjenost patronažne zdravstvene nege k varovancevim potrebam v zdravju in boleznih, glede na pomembnost za življenje, ozdravitev, kakovost življenja in obliko zdravstvene nege. Menimo, da je glavni namen patronažne zdravstvene nege pospeševanje in ohranjanje zdravja celega naroda, preprečevanje bolezni, skrb za bolne, invalidne in umirajoče. Prepričane smo v pravilnost naših skupnih prizadevanj k razvijanju pozitivnih in humanejših medsebojnih odnosov med posameznikom, družino, skupnostjo in patronažno medicinsko sestro. Dobri medsebojni odnosi se razvijajo na empatični ravni, saj le tako lahko pridobivajo naši varovanci aktivnejšo vlogo pri varovanju, krepitvi in povrnitvi zdravja. Patronažne medicinske sestre verjamemo v metodo dela – proces zdravstvene nege, saj jo odlikuje organiziranost, sistematičnost in dinamičnost, kar zagotavlja celostno, kakovostno in kontinuirano zdrav-

stveno nego. Naše stališče je, da so organiziranje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje patronažne zdravstvene nege kakovostnejše, če jih izvajamo s pomočjo teorij zdravstvene nege. Mnenja smo, da patronažna zdravstvena nega temelji na spoznanjih in vrednotah teorij zdravstvene nege, kot so samooskrbni model po Oremovi, prilagoditveni model po Royevi in model medsebojnih odnosov po teoriji Peplau.

Teorija Dorothee Orem temelji na odgovornosti za lastno zdravje in zmožnosti, sposobnosti in odgovornosti izvajanja samooskrbe. Model Caliste Roy vidi človeka kot bio-psiho-socialno celoto v stalni interakciji z okoljem. Hildegarde Peplau je razvila model medsebojnih odnosov in vidi posameznika v njegovem sistemu, ki ima enkratne fizične in sociopsihološke značilnosti in potrebe (Bohinc, Cibic, 1993).

Patronažne medicinske sestre smo prepričane, da bo uporaba teorij v praksi pripomogla k izvajanju kakovostnejše patronažne zdravstvene nege. Omožale bodo tudi ustrezno strokovno prakso študentom Visoke šole za zdravstvo, oddelkov za zdravstveno nego, fizioterapije, delovne terapije in študentom Medicinske fakultete. Študenti različnih drugih strokovnih področij pa bodo spoznali specifičnost dela na domovih varovancev, medsektorsko in multidisciplinarno sodelovanje. Pri izvajanju prakse študentov bomo upoštevali patronažno zdravstveno nego, ki bo v soglasju z našimi strokovnimi in etičnimi načeli zagotavljanja dostojanstva in zasebnosti varovanca v zdravju, boleznih in umiranju ter bo spoštovala Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Prepričane smo, da so raziskovanje, izobraževanje in sodobna organizacija dela pomembni dejavniki za hitrejši razvoj zdravstvene nege. Poleg sodelovanja v raziskavah na mednarodnem področju (CINDI, MONICA) vgrajujemo sodobne izsledke raziskav v naš zdravstveno-vzgojni program pri posamezniku, v družini in v skupnosti. Mnenja smo, da sta zdravstvena nega in vloga medicinskih sester priznani v naši družbi, saj patronažna medicinska sestra postaja enakopraven in pomemben član v zdravstvenem timu. S permanentnim izobraževanjem in sodobnim razmišljanjem v zdravstveni negi sledimo razvoju stroke v svetu. Naše stališče je, da je patronažna zdravstvena nega pomembna družbena dejavnost, saj ima ključno vlogo v preventivni dejavnosti in zdravstveni negi bolnikov in umirajočih na domu. Predvsem pa si ne prizadevamo le dodati let življenju, ampak zdravje življenju in življenje letom.

Patronažne medicinske sestre v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana smo prepričane, da s spodbujanjem varovanca v aktivno vlogo in odgovornost za svoje zdravje dvigujemo kakovost življenja in se tako približujemo ciljem SZO »Zdravje za vse do leta 2000«.

Empirični del

Namen naloge

Z raziskavo podatkov o patronažni zdravstveni negi v Zdravstvenem domu Ljubljana od leta 1984 do 1993 želimo odgovoriti, ali je število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro predstavljalo v vseh organizacijskih enotah osnovnega zdravstvenega varstva Zdravstvenega doma Ljubljana (Bežigrad, Center, Moste-Polje, Šiška, Vič-Rudnik) krizni normativ in koliko je bilo ugodnejše zaradi vključevanja zdravstvenih tehnikov in babic v negovalni tim. Predvidevamo, da so zdravstvene delavke zaposlene v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana od leta 1984 do 1993 posvečale več kot polovico časa preventivni zdravstveni negi.

Material in metode

Viri podatkov

Za raziskavo smo uporabili :

- demografske podatke o številu prebivalcev po občinah Ljubljane od 1984. do 1993. leta, ki nam jih je posredoval Zavod za statistiko Slovenije;
- podatke o izobrazbi in številu zaposlenih v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana, ki so nam jih posredovali kadrovska služba Zdravstvenega doma Ljubljana in vodje patronažnega varstva posameznih organizacijskih enot;
- podatke o številu opravljenih obiskov patronažne zdravstvene nege in o porabljenem času, ki ga statistično-analitična služba Zdravstvenega doma Ljubljana letno posreduje Inštitutu za varovanje zdravja (prej imenovanemu Zavod za zdravstveno varstvo Republike Slovenije) in le-ti pripravljajo Zdravstvene statistične letopise Slovenije, ki so nam predstavljali pomembno bazo za vsako leto raziskave posebej.

Populacija

V raziskavo so vključene vse zdravstvene delavke (patronažne medicinske sestre, zdravstveni tehniki in babice) ter negovalke, ki izvajajo nezdravstvene storitve in so bile zaposlene v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana od 1984. do 1993. leta.

Obdelava podatkov

Baza podatkov za statistično obdelavo je oblikovana in grafično prikazana s pomočjo računalniškega programa Excel for Windows. Od statističnih metod sta uporabljeni frekvenčna distribucija in časovni trend.

Rezultati

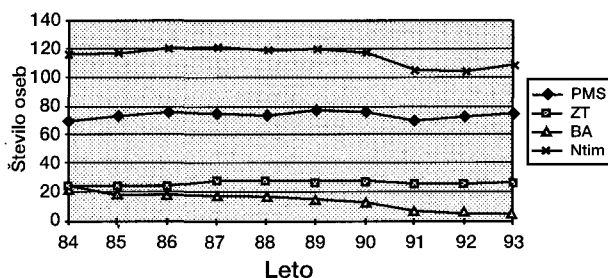
Rezultati raziskave so grupirani po letih od 1984 do 1993 po posameznih organizacijskih enotah osnovnega zdravstvenega varstva in skupaj za Zdravstveni dom Ljubljana in predstavljeni v obliki tabel in graf, ki si sledijo:

Zaposleni po izobrazbeni strukturi in številu

Tabela in grafikon 1 predstavljata število patronažnih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in batic zaposlenih v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana posamezno in skupaj v negovalnem timu. Število patronažnih medicinskih sester se v desetih letih poveča za sedem delavk ali 10 %, zdravstveni tehniki so trije več ali 3,8 %, zmanjša se število batic za 16 delavk ali 13,5 %. Število zaposlenih v negovalnem timu se leta 1991 in 1992 zmanjša, vendar se leta 1993 negovalni tim strokovno in tudi po številu okrepi. Zaposlujejo pretežno višje medicinske sestre.

Tab. 1. Število patronažnih medicinskih sester (PMS), zdravstvenih tehnikov (ZT), batic (BA) posamezno in skupaj v negovalnem timu (Ntim) v Zdravstvenem domu (ZD) Ljubljana.

Leto	PMS	ZT	BA	Ntim
84	70	24	22	116
85	73	25	19	117
86	77	25	19	121
87	76	28	18	122
88	74	28	18	120
89	78	27	16	121
90	77	28	14	119
91	72	26	8	106
93	77	27	6	110



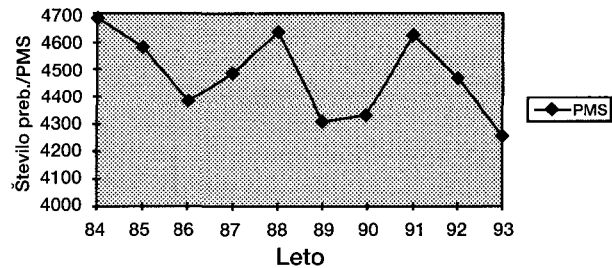
Graf 1. Število patronažnih medicinskih sester (PMS), zdravstvenih tehnikov (ZT), batic (BA) posamezno in skupaj v negovalnem timu (Ntimu) v ZD Ljubljana.

Število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro po posameznih organizacijskih enotah in skupno za Zdravstveni dom Ljubljana

Število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro je v vseh organizacijskih enotah presegalo kritični normativ (3000 prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro) v vsakem letu raziskave (tab. 2). Tudi število prebivalcev na eno patronažno medicinsko

Tab.2. Število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro po posameznih organizacijskih enotah Zdravstvenega doma Ljubljana in skupaj.

Leto	Bežigrad	Center	Moste	Šiška	Vič	Ljubljana
84	5564	4726	6288	3734	4389	4690
85	5483	4733	6535	3659	4063	4581
86	4643	4660	5703	3681	4112	4386
87	5047	4621	5848	3699	4154	4484
88	5066	5393	6423	3708	4202	4639
89	4984	3852	5408	3614	4151	4309
90	4946	5021	5010	3583	4141	4330
91	4959	7408	5366	3734	4362	4626
92	4917	7266	4939	3560	4361	4466
93	4488	4658	4894	3590	4353	4257



Graf 2. Število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro (PMS) v Zdravstvenem domu Ljubljana.

sko sestro v Zdravstvenem domu Ljubljana kot organizacijski celoti je nad kritičnim normativom v vseh letih raziskave (graf 2).

Število prebivalcev na negovalni tim v posameznih organizacijskih enotah in skupno za Zdravstveni dom Ljubljana

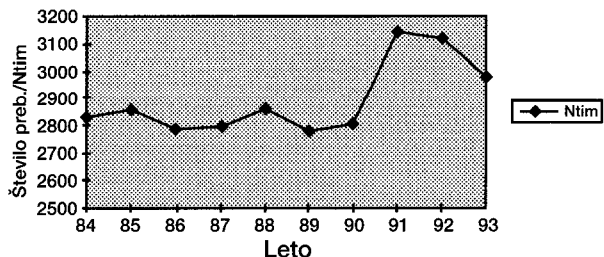
Posamezne organizacijske enote v Zdravstvenem domu Ljubljana v zadnjem letu raziskave že dosegajo boljše rezultate, saj je število pod 3000 prebivalcev na negovalni tim v Centru, Šiški in Vič-Rudniku. Tabela 3 pa poleg teh rezultatov prikazuje še število prebivalcev na negovalni tim v Zdravstvenem domu Ljubljana, kjer so rezultati vsa leta ugodni, minimalno presegajo število 3000 prebivalcev le leta 1991 in 1992 (graf 3).

Preventivna in kurativna zdravstvena nega

Rezultati razmerja med preventivno in kurativno zdravstveno nego so prikazani po številu obiskov in odstotkovno v tabeli št. 4, skupno za Zdravstveni dom Ljubljana, čeprav je analiza potekala tudi za posamezne organizacijske enote. Leta 1993 je število obiskov preventivne zdravstvene nege v najslabšem razmerju s kurativno zdravstveno nego. V letu 1984 je bilo 129.042 obiskov preventivne zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Ljubljana, v leto 1993 pa le še 76.869. Število obiskov kurativne zdravstvene nege je bilo leta 1984 65.084 in leta 1993 73.549 (graf 4).

Tab. 3. Število prebivalcev na negovalni tim (Ntim) v posameznih organizacijskih enotah Zdravstvenega doma Ljubljana in skupaj.

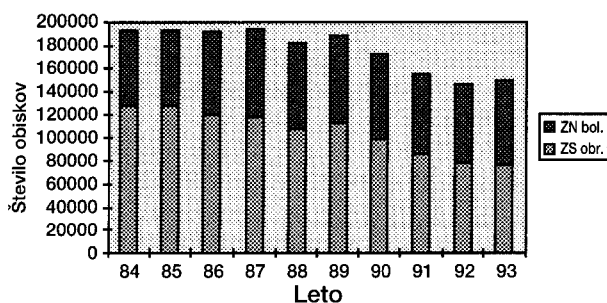
Leto	Bežigrad	Center	Moste	Šiška	Vič	Ljubljana
84	3400	2545	3294	2385	2821	2830
85	3351	2366	3423	2583	2708	2858
86	3177	2330	3089	2524	2836	2791
87	3188	2310	3167	2536	2769	2793
88	3200	2489	3351	2543	2802	2861
89	2991	2201	3155	2551	2863	2778
90	3124	2511	3267	2529	2672	2802
91	3306	2963	3415	2962	3070	3142
92	3471	2907	3528	2848	2959	3117
93	3071	2541	3496	2755	2954	2980



Graf 3. Število prebivalcev na negovalni tim v Zdravstvenem domu Ljubljana.

Tab. 4. Zdravstveno-socialna obravnava (ZS obr.) in zdravstvena nega bolnika (ZN bol.) na domu v Zdravstvenem domu Ljubljana.

Leto	ZS obr.	ZN bol.	% ZS	% ZN
84	129042	65086	66,47	33,53
85	127779	66609	65,73	34,27
86	119354	72693	62,15	37,85
87	119986	74016	61,85	38,15
88	109028	73007	59,89	40,11
89	114243	74359	60,57	39,43
90	98905	74111	57,17	42,83
91	86802	67480	56,26	43,74
92	78537	67408	53,81	46,19
93	76869	73549	51,10	48,90



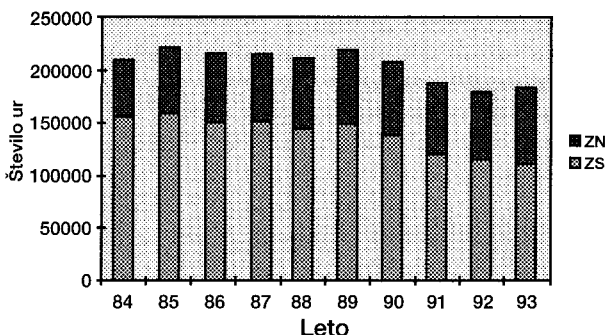
Graf 4. Zdravstveno-socialna obravnava (ZS obr.) in zdravstvena nega bolnika (ZN bol.) na domu v Zdravstvenem domu Ljubljana.

Delovne ure porabljene za preventivno in kurativno zdravstveno nego

Iz analize rezultatov za Zdravstveni dom Ljubljana je razvidno, da je bila porabljena v vsakem letu raz-

Tab. 5. Število delovnih ur za zdravstveno-socialno obravnavo (ZS obr.) in zdravstveno nego bolnika (ZN bol.) na domu v Zdravstvenem domu Ljubljana.

Leto	ZS obr.	ZN bol.	% ZS	% ZN
84	156846	52297	74,99	25,01
85	160172	62085	72,07	27,93
86	152015	64126	70,33	29,67
87	151597	65438	69,85	30,15
88	144687	69256	67,63	32,37
89	149961	70503	68,02	31,98
90	139325	69103	66,85	33,15
91	122002	66911	64,58	35,42
92	116778	63910	64,63	35,37
93	113126	71172	61,38	38,62



Graf 5. Število delovnih ur za zdravstveno-socialno obravnavo (ZS obr.) in zdravstveno nego bolnika (ZN bol.) na domu v Zdravstvenem domu Ljubljana.

iskave več kot polovica delovnega časa za preventivno zdravstveno nego (tabela in graf 5).

Razpravljanje

V članku je prikazana analiza kadrovske zasedbe delovnih mest in razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana od leta 1984 do 1993.

V patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana je bilo zaposlovanje od leta 1984 do 1993 načrtovano, vendar se je strokovno okrepilo šele po letu 1990, ko se je postopoma zmanjševalo zaposlovanje zdravstvenih delavcev s srednjo izobrazbo in predvsem nezdravstvenih delavk.

Leta 1984 je bilo zaposlenih 116 zdravstvenih delavcev. Največje število so predstavljale patronažne medicinske sestre (višja izobrazba), ki jih je bilo 70 ali 60,3 %. Ostali zdravstveni delavci so imeli srednjo izobrazbo. Zaposlenih je bilo 24 ali 20,7 % zdravstvenih tehnikov in 22 ali 19 % babic. Leta 1993 je bilo zaposlenih 6 zdravstvenih delavcev manj, vendar se je izobrazbena struktura spremenila. Največ je bilo zaposlenih patronažnih medicinskih sester 77 ali 70 %. Od zdravstvenih delavcev s srednjo izobrazbo je bilo 27 ali 24,5 % zdravstvenih tehnikov ter 6 ali 5,5 % babic. Desetletni trend zaposlovanja v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana je poka-

zal povečano zaposlovanje patronažnih medicinskih sester za 10 %, 3,8-odstotni dvig zaposlovanja zdravstvenih tehnikov in zmanjšanje zaposlovanja babic za 13,5 %. Leta 1984 je bilo število zaposlenih negovalk šestintrideset, leta 1993 pa se zmanjša za dve tretjini in jih je le še dvanajst. Tako so od skupnega števila zaposlenih delavcev v patronažnem varstvu negovalke leta 1984 predstavljale 23,7 % zaposlenih, leta 1993 pa le še 9,8 %.

Lahko zaključimo, da se zaposlovanje v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana v zadnjih letih postopoma približuje usmeritvam razvoja patronažne zdravstvene nege, ki predvideva, da negovalke ne bi več delale v patronažnem varstvu. Patronažna medicinska sestra je nosilka patronažne zdravstvene nege. V negovalnem timu bo sodeloval pri zdravstveni negi bolnika na domu le zdravstveni tehnik. Patronažna medicinska sestra prevzema tudi zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu povsod, kjer ni notranje delitve dela v patronažnem varstvu oziroma ni zaposlenih babic, tako kot je v Dolgoročnem programu splošnega razvoja zdravstvene nege v Sloveniji (Zupančič, Vuga, Šušteršič et al., 1994).

Rezultati raziskave prikazujejo število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro, saj nas je zanimalo, če ta ustreza za kakovostno opravljanje patronažne zdravstvene nege, ki je eden pomembnih kazalcev. Desetletna primerjava števila prebivalcev na patronažno medicinsko sestro v patronažnih varstvih Zdravstvenega doma Ljubljana je vsa leta in povsod prekoračila krizni normativ, ki ga predstavlja 3000 prebivalcev. Prikazano je 14,4 % izboljšanje, ki je še vedno nad kriznim normativom in v patronažnem varstvu zdravstvenega doma Ljubljana leta 1993 tako primanjkuje 51 patronažnih medicinskih sester, da bi dosegli število 3000 prebivalcev, kot je določeno v Normativih v osnovnem zdravstvu (1991). Hipoteza je potrjena, saj je raziskava pokazala, da je število prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestro v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana vsa leta nad kriznim normativom.

Predvidevali smo, da je število prebivalcev na negovalni tim v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana ugodnejše, torej naj bi bilo pod kriznim normativom zaradi zaposlovanja zdravstvenih delavcev s srednjo izobrazbo. Hipoteza o skupnem številu prebivalcev na negovalni tim za patronažno varstvo Zdravstvenega doma Ljubljana je potrjena, ker je to število prebivalcev pod kriznim normativom, od števila prebivalcev na patronažno medicinsko sestro, ki je krizni normativ preseгло.

Področja dela patronažne zdravstvene nege vsa leta predstavlja preventivna zdravstvena nega in kurativna zdravstvena nega. V obdobju od leta 1984 do 1993 so rezultati pokazali zmanjšanje obsega preventivne zdravstvene nege. Leta 1984 je preventivna zdravstvena nega predstavljala 66,47 %, leta 1993 pa le še 51,10 %.

V patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana so opravili leta 1984 74,99 % delovnih ur za preventivno zdravstveno nego, leta 1993 pa le še 61,38 %, kar je več kot polovica delovnega časa. Hipoteza je potrjena, saj zdravstvene delavke v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana vsa leta namenjajo več kot polovico delovnega časa preventivni zdravstveni negi.

Sklepi

Raziskava je predstavila razmerje preventivne in kurativne zdravstvene nege v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana od leta 1984 do 1993.

Ugotovili smo naslednje:

- izobrazbena struktura se približuje sodobnim usmeritvam patronažne zdravstvene nege v patronažnem varstvu
- število patronažnih medicinskih sester ne ustreza optimalnemu, še manj ciljnemu normativu, ampak je njihov delež še vedno nad kriznim normativom glede na število prebivalcev
- ugodnejše je število prebivalcev na negovalni tim, ki je pod kriznim normativom
- zmanjšanje obiskov namenjenih preventivni zdravstveni negi v desetih letih je leta 1993 privedlo do razmerja 51 : 49 med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu Zdravstvenega doma Ljubljana
- ugodnejša je poraba delovnega časa za preventivno zdravstveno nego, saj je leta 1993 razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego 58 : 42.

Rezultati raziskave bodo predstavljali izhodišče za usmeritev nadaljnjega dela patronažnega varstva v Zdravstvenem domu Ljubljana, ki naj bi se tudi v prihodnje strokovno razvijalo po enotnem konceptu obravnave posameznika, družine in skupnosti s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika. Predstavljalo bo tisto dejavnost primarne zdravstvene nege, ki bo delovala po načelih primarnega zdravstvenega varstva. Ta cilj bo dosežen le, če bo program patronažnega varstva v Zdravstvenem domu Ljubljana oblikovan po sodobnih usmeritvah razvoja zdravstvene nege, ki predvideva, da ostaja nosilka zdravstvene nege višja medicinska sestra. V patronažnem varstvu naj bi imela specializacijo s področja patronažne zdravstvene nege. Vključevala se bo v zdravstveni tim, v negovalnem timu pa bo pri zdravstveni negi bolnika na domu sodeloval zdravstveni tehnik. Pri načrtovanju patronažne zdravstvene nege ne smemo pozabiti na specifiko ožjega mestnega področja Ljubljane (staranje prebivalcev), gostoto naseljenosti nekaterih področij, predmestna območja Romov, klošarjev in visoko stopnjo brezposelnosti priseljenih in mladih ljudi, skrajševanje hospitalizacijske dobe bolnikov v bolnišnicah in posledično hitro odpuščanje

bolnikov v domačo varstvo, prezasedenost domov starejših občanov in želje umirajočih, ki želijo umreti doma, vendar so njihovi svojci zaposleni ali imajo mlade družine.

Sodobni trendi zdravstvenega varstva temeljijo na spremembah odnosa do zdravja od zdravljenja k varovanju zdravja oziroma promociji zdravja. Torišče dela patronažne medicinske sestre je prav gotovo v motivaciji posameznika, družine in skupnosti, da si bodo zavestno prizadevali krepiti svoje zdravje in bodo to sprejeli kot dolžnost do samega sebe in do družbe. Naloga patronažne medicinske sestre je pomagati ljudem, jih podpirati in učiti samooskrbe in krepitve zdravja, upošteva njihove zmožnosti in sposobnosti. Deluje s pomočjo osnovne metode dela – procesa zdravstvene nege in upošteva teorijo zdravstvene nege Virginije Henderson, samooskrbni model Dorothee Orem, prilagoditveni model Caliste Roy in teorijo medsebojnih odnosov Hildegarde Peplau. Uporaba sodobnih teorij zdravstvene nege v patronažnem varstvu pripomore k razvijanju kontinuirane in kakovostne zdravstvene nege in skrbi za multidisciplinarno in medsektorsko sodelovanje, saj je tako omogočen najbolj kakovosten pristop reševanja problemov varovancev. V patronažni zdravstveni negi patronažna medicinska sestra uporablja celostni – holistični pristop, ki s pomočjo zdravstvenovzgojnega dela pripomore k krepitvi, ohranitvi zdravja in preprečitvi somatskih, psihičnih in socialnih travm posameznika, njegove družine in v lokalnih skupnostih. Temeljna metoda njenega dela je hišni obisk, kjer izvaja zdravstvenovzgojno delo, postopke patronažne zdravstvene nege in medicinsko-tehnične posege.

Patronažna medicinska sestra bo morala pri svojem delu s posameznikom, družino in skupnostjo ter problemi zdravja v njih izhajati iz dejstev, da je pred katerokoli intervencijo medicinske sestre potrebno natančno opredeliti problem, ovrednotiti možnosti in pripravljenost subjektov za spremembe, potrebne za boljše zdravje. Je tudi svetovalka pri nadzoru, ki je posebna oblika pomoči, ki jo nudijo svojci, sosede in prijatelji. Na ta način je varovancu – posamezniku omogočeno bivanje v domačem okolju. Za delo na varovancevem domu je pomembna taktnost, povezana s pripravljenostjo za sodelovanje z vsemi člani družine. Vljudnost, obziren odnos do posameznika in empatija so vrline, ki so pri delu patronažne medicinske sestre še posebej pomembne. Pomembno je, da podpre zdravstveno vzgojo, posameznikov, družine in skupnosti, ki je srce promocije zdravja, s svojim lastnim zgledom. Promocija zdravja mora biti izbira posameznika, ne pa njegova dolžnost. Patronažna medicinska sestra je svetovalka ljudem na področju, kjer opravlja patronažno zdravstveno nego, kako naj uživajo življenje, ki ga še imajo pred seboj, in jim ne ukazuje, kako naj živijo. Deluje kot profesionalka in enakopravno sodeluje v interdisciplinarnem timu v skupnosti.

Tudi na področju patronažne zdravstvene nege je potrebno pristopiti k stalni superviziji in ohranitvi duševnega zdravja patronažne medicinske sestre (Thaler, Šušteršič, 1994), da bo delo le-te uspešno in čim manj izčrpujoče. Ustrezna izobrazba zaposlenih v patronažnem varstvu, permanentno funkcionalno izobraževanje, dosledno upoštevanje normativov in strukturno ter natančno dokumentiranje predstavljajo pogoj za razvoj sodobnega menedžmenta in zaupanje v patronažno zdravstveno nego.

Spoštovanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1994) in razvijanje računalniškega podatkovnega modela po procesu zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Milavec, Šušteršič, Rajkovič, 1995) bodo patronažni medicinski sestri omogočala izvajanje kakovostne in kompleksne zdravstveno-socialne obravnave posameznika, družine in skupnosti. Kontinuiteta, strokovnost in uspešnost patronažne zdravstvene nege so odvisne od:

- strokovnega znanja zaposlenih v patronažnem varstvu
- medsebojnih odnosov (patronažna medicinska sestra–varovanec–družina–skupnost)
- razvitosti in usposobljenosti za timsko sodelovanje
- delitve dela
- strokovnega nadzora
- opremljenosti
- motiviranosti za specifičnost izvajanja patronažne zdravstvene nege.

Patronažne medicinske sestre so nosilke primarne zdravstvene nege, ki s spodbujanjem varovanca v aktivno vlogo in odgovornost za svoje zdravje dvigujejo kakovost življenja in pomagajo pri uresničitvi ciljev SZO »Zdravje za vse do leta 2000«.

Literatura

1. Alma Ata 1978. Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, WHO, 1978.
2. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1993: 5–36.
3. Clark MJD. Community nursing: Health care for today and tomorrow. Reston Publish Company, ICN. A Prentice-Hall Company, Reston, Virginija 1984: 153–94.
4. Poulton C, A. West M. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. Journal of Advanced Nursing 1993; 18: 918–25.
5. Domajnko N. Zdravstvena vzgoja v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1987; 21: 89–96.
6. Domajnko N. Metode zdravstvenega izobraževanja. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1989.
7. Dovečar F, Košir T, Švab I et al. Strokovna navodila za zdravljenje in zdravstveno nego bolnika na domu. Zdrav Var 1993; 32: Suppl 1: 3–63.
8. Haralambos M. Uvod u sociologiju. Globus Zagreb, 1980: 314–52.
9. International council of nurses. Mednarodni dan medicinskih sester: Zdrava družina za zdrav narod. Obzor Zdrav Nege 1994; 28: 13–30.
10. Kališnik M. Informatika v biomedicini. Navodila za oblikovanje primarnega dokumenta. Knjižnica zdravstvenega vestnika. Ljubljana, 1975: 3: 63–88.

11. Kališnik M. Uvod v znanstveno-raziskovalno metodologijo. *Zdrav Vestn* 1979; 48: 465–8.
12. Kazalci o delu zdravstvene dejavnosti v SR Sloveniji za leta 1983 do 1987. *Zdrav Var* 1989; 28: Suppl 1: 145–167.
13. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornica zdravstvene nege Slovenije I. izdaja. Ljubljana, 1994.
14. Lauri S. Health promotion in child and family health care: The role of Finnish public health nursing. *Publ Heal Nurs* 1994; 1: 32–7.
15. Milavec M, Šušteršič O, Rajkovič V. Podatkovni model patronažne zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 1995; 29: 143–7.
16. Normativi v osnovnem zdravstvu. Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo. Ljubljana, 1991.
17. Plan zdravstvenega varstva republike Slovenije do leta 2000. Priloge. Ministrstvo za zdravstvo. Ljubljana, 1993.
18. Poročilo o delu zdravstvenih dejavnosti leta 1984 v SR Sloveniji. *Zdrav Var* 1985; 4: 181–201.
19. Poročilo o delu zdravstvenih dejavnosti leta 1985 v SR Sloveniji. *Zdrav Var* 1986; 2: 205–25.
20. Poročilo o delu zdravstvenih dejavnosti leta 1986 v SR Sloveniji. *Zdrav Var* 1987; 26: Suppl 2: 223–45.
21. Poročilo o delu zdravstvenih dejavnosti leta 1987 v SR Sloveniji. *Zdrav Var* 1988; 27: Suppl 7: 195–215.
22. Poteet W, Hill A. Identifying the components of a nursing service philosophy. *Jona* 1988; 18: 10.
23. Robertson C. Health visiting in practice. Edinburg: Churchill Livingstone, 1991.
24. Stanhope M, Lancaster J. Community health nursing: Process and practice for promoting health. St. Luis: Mosby Company, 1994: 330–60.
25. Škerbinek L, Kokoš M, Šilec M et al. Razmejitev zdravstvene nege. *Zdrav Obzor* 1993; 27: 1–43.
26. Šlajmer-Japelj M. Zdravstvena nega potrebuje zakonski in regulativni okvir. *Obzor Zdrav Nege* 1995; 29: 63–5.
27. Thaler D, Šušteršič O. Možnosti in potrebe po uvajanju supervizije v programe na področju zdravstvene nege. V: XIII. posvetovanje organizatorjev dela. Moderna organizacija Kranj, 1994: 182–8.
28. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Zveza zdravniških društev, 1992: 1–112.
29. Vuga S in sod. Proces zdravstvene nege v patronažnem varstvu. *Zdrav Var* 1988; 27: Suppl 3: 1–61.
30. Zakon o socialnem varstvu RS. Uradni list Republike Slovenije. Ljubljana, 1992: 54.
31. Zakon o zdravstveni dejavnosti RS. Uradni list Republike Slovenije. Ljubljana, 1992: 590–601.
32. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju RS. Uradni list Republike Slovenije. Ljubljana, 1992: 577–99.
33. Zavod Republike Slovenije za statistiko. Popis prebivalstva, gospodinjstev, stanovanj in kmečkih gospodarstev v Sloveniji v letih 1971, 1981, 1991; Ljubljana: Statistične informacije z dne 6. 2. 1992, št. 30.
34. Zavod Republike Slovenije za statistiko. Prebivalci Republike Slovenije po starosti, 31. 12. 1993; Ljubljana: Statistične informacije 6. 4. 1994, št. 74.
35. Zdravstveni statistični letopis SRS, 1988. *Zdrav Var* 1989; 28: Suppl 2: 319–41.
36. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1989. *Zdrav Var* 1990; 29: Suppl 1: 321–52.
37. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1990. *Zdrav Var* 1991; 30: Suppl 1: 317–38.
38. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1991. *Zdrav Var* 1992; 31: Suppl 2: 291–314.
39. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1992. *Zdrav Var* 1993; 32: Suppl 4: 181–98.
40. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 1993. *Zdrav Var* 1994; 33: Suppl 4: 177–92.
41. Zupančič P, Vuga S, Šušteršič O et al. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege. Priloge. *Obzor Zdrav Nege* 1994; 28: 4–11.