

# OB MEDNARODNEM DNEVU MEDICINSKIH SESTER

*Stana Kavalič, Vera Grbec*

Medicinske sestre vsega sveta vsako leto praznujejo 12. maj v spomin na rojstni dan začetnice modernega sestrstva Florence Nightingale.

Mednarodna organizacija medicinskih sester (ICN), katere članica je tudi Jugoslavija, navadno za ta dan pripravi priporočila za diskusijo o aktualnem problemu. Letošnjo temo ZDRAVJE IN VARNOST NA DELOVNEM MESTU lahko obravnavamo s treh pomembnih vidikov:

1. medicinska sestra kot strokovna delavka, ki na področju medicine dela skrbi za varovančevo zdravje,
2. medicinska sestra, ki je kot delavka tudi sama velikokrat zdravstveno ogrožena,
3. medicinska sestra kot vodja službe zdravstvene nege, ki je odgovorna za zdrave delovne pogoje članov negovalnega tima in drugih delavcev v oskrbi varovancev.

*Medicinske sestre, ki pri nas delajo na področju medicine dela, so se z vključevanjem v dispanzersko dejavnost razvile v nepogrešljive članice zdravstvenega tima. Narava njihovega dela jim omogoča, da se približajo varovancu in tako lažje spoznajo njegove potrebe, stališča, motiviranost za zaščito lastnega zdravja oziroma vzroke za opuščanje varnostnih pravil na delovnem mestu in za izpostavljanje riziku. Pomembno je njihovo delo pri preučevanju možnih nevarnosti na delovnem mestu, sodelovanju pri oblikovanju programov zaščite, zagotavljanju varnosti in preverjanje učinkov. Nič manj pomembna pa niso prizadevanja za ustvarjanje kulture na delovnem mestu, ki se odraža v dobrih medsebojnih odnosih, čistem in urejenem okolju, možnostih rekreacije in v ustrezni prehrani.*

Delo na tem področju je zelo dinamično, zahteva vedno več znanja za uspešno prilagajanje spremenjenim razmeram, ki nastajajo zaradi hitrega tehnološkega razvoja in možnosti, ki jih nudi sodobna medicina.

Medicinske sestre morajo v tem procesu razvoja stalno preverjati ustreznost lastnega dela, ugotavljati potencialne možnosti za razvoj zdravstvene nege in oblikovati specifično metodologijo tega področja.

*Medicinska sestra je tudi sama delavka, ki doživlja pozitivne in negativne vplive delovnega mesta in je večkrat psihično, fizično in tudi socialno ogrožena. Skrb za psihofizično udobje na delovnem mestu je ve-*

likokrat nezadostna ali pa povsem odsotna. Čeprav medicinske sestre vedo, kaj pomenijo dobri delovni pogoji za zdravje delavca in njegov delovni učinek, tega znanja pogosto ne uporabijo, kadar gre za urejanje njihovih delovnih razmer. Ali je to morda posledica tradicionalne vzgoje v skromnosti in odrekanju?

V dokumentih, ki sta jih pripravila odbora za poklicno službo in socialno ekonomske probleme pri Mednarodnem svetu medicinskih sester ICN, sedanja predsednica Nelly Garzon poziva medicinske sestre, naj posvetijo več pozornosti delovnim pogojem in podarja, da medicinske sestre nikakor ne smejo biti ravnodušne do teh vprašanj.

Da bi dosegli večjo angažiranost medicinskih sester, želimo opozoriti na nekatere njihove pravice in dolžnosti.

Medicinska sestra ima pravico pričakovati, da bo delovna organizacija poskrbela za varne in zdrave delovne pogoje. Sama pa ima dolžnost, ne le do sebe temveč tudi do poklicne skupine, ki ji pripada, da oceni primernost delovnih pogojev, odkriva morebitne nevarnosti za zdravje in upošteva sprejeti sistem zaščite in varnosti pri delu.

Medicinska sestra ima pravico, da pravočasno in odkrito zve za možne nevarnosti, ki so povezane z njenimi delovnimi nalogami.

Delovna organizacija mora poskrbeti za ustrezna navodila in zaščitne ukrepe (delovna obleka, cepljenje itn.) dolžnosti medicinske sestre pa so, da ustrezna navodila upošteva in da z neprimernim vedenjem na delovnem mestu ne povečuje nevarnosti za lastno zdravje. Medicinska sestra ima pravico zahtevati, da delovna organizacija poskrbi za ustrezno funkcionalno izobraževanje vedno, kadar gre za uvajanje novih tehnologij, postopkov ali uporabo novih pripomočkov. Njena dolžnost pa je, da si potrebno novo znanje pridobi in ga pri delu uporabi. Presoditi mora tudi ustreznost in zadostnost novega znanja in svojo usposobljenost, da ne izpostavi nevarnosti sebe, svojih sodelavcev ali varovancev.

Medicinska sestra ima pravico od svoje delovne organizacije zahtevati tudi primerne prostore, namenjene pripravi za delo, počitku in rekreaciji ter prehrani med delovnim časom. Primernost pomeni ustrezno lokacijo in kapaciteto ter upoštevanje estetskih in higienskih zahtev. Dolžnost medicinske sestre je, da te prostore pravilno uporablja v skladu z njihovo namembnostjo, pomaga vzdrževati čistočo, urejenost, mir in varnost.

*Medicinska sestra je kot vodja službe zdravstvene nege* odgovorna za kvaliteto zdravstvene nege, učinkovitost in ekonomičnost dejavnosti ter za zdravje in dobro počutje zdravstvenih in drugih delavcev, ki sodelujejo v oskrbi varovancev.

Za osveščenost posameznih medicinskih sester o ZRAVJU IN VARNOSTI NA DELOVNEM MESTU pomaga vodilnim medicinskim sestram, da sproti in pravočasno dobijo potrebne informacije o obstoječem stanju, o potencialnih nevarnostih in napakah pri delu, ki nastajajo kot posledica neustreznih delovnih pogojev.

Vodilna medicinska sestra mora v nujnih primerih takoj reagirati in poiskati najboljšo možno rešitev, vendar pa ne sme pozabiti na temeljitejša analiza in razvojne programe, ki zagotavljajo trajnejše rezultate. V ta namen mora imeti oblikovane standarde zdravstvene nege, ki se nanašajo na metodologijo dela, opremo in pripomočke, prostorske in kadrovske za-

hteve in pričakovane cilje zdravstvene nege. Upoštevati mora tudi posebnosti dela, ki medicinske sestre obremenjuje dosti bolj kot katerekoli druge delavce, še zlasti zaradi neenakomernih fizičnih obremenitev, nenehnega prilagajanja hitro spreminjajočim se potrebam varovancev, nenadnega in hitrega reagiranja, doživljanja stresnih situacij, vsakodnevnega vključevanja v kontinuiran proces zdravljenja in nege, izmenskega dela, dela ob sobotah, nedeljah in praznikih in zaradi pogoste neposredne nevarnosti za lastno zdravje.

Delovna organizacija je dolžna vodilni medicinski sestri dajati polno podporo v njenem prizadevanju za humanizacijo delovnih pogojev.

ZDRAVJA IN VARNOSTI NA DELOVNEM MESTU marsikdaj ni mogoče zagotoviti brez pripravljenosti družbe, da podpre ustrezne raziskovalne programe, vzpodbuja pozitivni odnos do teh vprašanj in zagotavlja potrebna materialna sredstva.

---

Kavalič S, Grbec V. Ob mednarodnem dnevu medicinskih sester. Zdrav Obzor 1987; 21: 82–3.

# VIZIJA IN STRATEGIJA ZDRAVSTVENE NEGE

*Silva Vuga*

Zdravstveni svet Ministrstva za zdravstvo je poleti 1993 naročil svojim Razširjenim strokovnim kolegijem, da na osnovi orientacijskega napotka izdelajo dolgoročne programe razvoja strok. Razširjeni strokovni kolegij zdravstvene nege (RSK ZN) je zato pripravil sistematičen načrt za izdelavo vizije in strategije razvoja stroke zdravstvene nege z delovnim naslovom »Projekt dolgoročnega načrta razvoja stroke zdravstvene nege«.

Vseboval je tudi terminske obveznosti, da je bila naloga lahko oddana do 31. XII. 1993. V sodelovanju z Zbornico zdravstvene nege je bilo oblikovanje naloge izvedeno tako, da so bile nosilke načrtovanja stalne strokovne skupine, ki delujejo pri RSK ZN za naslednja področja in so jim v letu 1993 predsedovale:

- stalna strokovna skupina za bolnišnično zdravstveno nego, predsednica Polona Zupančič,
- stalna strokovna skupina za zdravstveno nego v osnovni zdravstveni dejavnosti, predsednica Silva Vuga,
- stalna strokovna skupina za vzgojo in izobraževanje v zdravstveni negi, predsednica Olga Šušteršič.

Stalne strokovne skupine so lahko dodatno priključile k sodelovanju izbrane strokovnjakinje zdravstvene nege, predvsem so morale zagotoviti, da so razprave oz. strokovna posvetovanja zajela predstavnike strokovnih baz. Najpogosteje so se opirale na ožje strokovne kolegije za ožja področja zdravstvene nege, ki delujejo na republiški ravni.

Terminski načrt je usklajevala predsednica RSK ZN Ladi Škerbinek, ki je sklicevala in vodila usklajevalne seje. Opredelitve so nato sprejemali na sejah RSK ZN.

Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege je sestavljen iz dveh delov:

- I. del predstavlja splošno usmeritev dolgoročnega razvoja zdravstvene nege, ki je zajeta v 15 točkah.
- II. del so priloge k splošni usmeritvi, ki v 6 poglavjih to splošno usmeritev zajemajo v programih za ožja področja zdravstvene nege:
  1. program razvoja zdravstvene nege bolnišnične dejavnosti, ki vključuje zdravstveno nego v bolnišničnem in specialističnem delovanju,
  2. program razvoja zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki vključuje zdravstveno nego v dispanzerskem delovanju in delovanju patronažnega varstva,
  3. program razvoja zdravstvene nege v domovih za starejše in posebnih socialnih zavodih,

4. program razvoja zdravstvene nege z vidika zdravstvene vzgoje,
5. program razvoja zdravstvene nege z vidika izobraževanja,
6. program razvoja zdravstvene nege z vidika raziskovalnega delovanja.

Temeljna izhodišča za oblikovanje načrta razvoja zdravstvene nege so bila:

- ugotovitve o epidemioloških razmerah prebivalstva,
- aktualni regulativi, ki urejajo sedanje delovanje nacionalnega zdravstvenega sistema in zdravstvene nege kot njegove sestavine ter vplivajo na dolgoročna načrtovanja,
- razmere in sedanje delovanje zdravstvene nege v obstoječem zdravstvenem sistemu,
- elementi, ki jih načrtovanje zdravstvene nege mora upoštevati, in so: konceptualni trendi, funkcija zdravstvene nege, organizacija, kadrovski izvori, naloge, metode dela, vrednotenje, proučevanje,
- da smo slednjič lahko globalno opredelili zdravstveno nego, ki je naši populaciji in zdravstvenemu sistemu potrebna ob obstoječih pogojih in možnostih.

Temeljna značilnost razvoja zdravstvene nege je, da je načrtovana za obdobje, ki ga označujejo vidiki in postopki primarnega zdravstvenega varstva pri ureditvi državnih ciljev za doseganje zdravja za vse do leta 2000 in čez. Gre za obdobje, v katerem se obseg in zahtevnost nalog in metode dela zdravstvene nege povečujejo povsod, kjer zdravstvena nega deluje. Ta trend narekuje preusmeritev zdravstvene nege na vidike primarnega zdravstvenega varstva in razvoj zdravstvene nege, ki bo ne le omogočal ustrezno delovanje negovalnih skupin, temveč predvsem strokovno in ekonomsko učinkovito izvajanje funkcije zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu, kar se bo odrazilo na zdravju varovancev in delovanju zdravstvenega sistema.

Vizija zdravstvene nege načrtuje takšno dolgoročno strategijo, ki usmerja zdravstveno nego v razvoj, v katerem bo:

- zagotovljena pristojnost stroke oz. zakonita avtonomnost zdravstvene nege;
- povečana izobrazbena stopnja negovalne skupine; v izobraževanju uvedena preusmeritev VIP na vidike primarnega zdravstvenega varstva; zagotovljena povezanost teorije in prakse, enotnost izobra-

- ževalnih programov, njihova primerljivost v državnem in mednarodnem prostoru;
- dosežena akademizacija poklica in možnost lastnega produciranja kadrov na tej stopnji za potrebe pedagoškega dela, raziskovalnega dela ter managementa v zdravstveni negi; nosilka zdravstvene nege ostaja višja medicinska sestra;
- dodatno šolanje študentov zdravstvene nege in medicine za boljše skupinsko delo, interdisciplinarno in multidisciplinarno sodelovanje ter multisektorsko koordiniranje v prihodnosti;
- preusmeritev in delovanje sistema zdravstvene nege po načelih primarnega zdravstvenega varstva z enotnostjo in usklajenostjo delovanja zdravstvene nege v javnem in zasebnem sektorju zdravstva, s funkcijo zdravstvene nege, ki temelji na funkciji zdravstvene dejavnosti in se zdravstvena nega z razmejenimi delokrogovi in opredeljenimi nalogami vključuje v državne zdravstvene programe za uresničevanje ciljev zdravja za vse do leta 2000 in čez;
- enotni organizacijski sistem zdravstvene nege, ki bo v zdravstvenih dejavnostih vgrajen po enotni organizacijski shemi, da bo možno zagotavljati funkcijo in naloge zdravstvene nege, ki vodijo k njeni celoviti in kontinuirani obravnavi posameznikov, družin in skupnosti ob podpori humanizacije dela in odnosov, interdisciplinarnega in multidisciplinarnega skupinega dela ter pospeševanju kakovosti zdravstvene nege;
- uveljavitev primarne zdravstvene nege, ki bo med prednostne naloge uvrstila razvijanje napredovanja zdravja, skrb za rizične skupine varovancev, vzpodbujanje k aktivni udeležbi ljudi v skrbi za lastno zdravje, mobiliziranje in integriranje vseh tistih oblik delovanja v skupnosti, ki pomenijo podporo psihofizičnemu in socialnemu zdravju;
- delovanje zdravstvene vzgoje kot integralne sestavine zdravstvene nege zdravih in bolnih varovancev povsod, kjer zdravstvena nega deluje, in z uporabo sodobnih metod za promocijo zdravja;
- vključevanje zdravstvene nege v interdisciplinarno in multisektorsko sodelovanje na vseh ravneh skupnosti, se zlasti v lokalni skupnosti;
- aktivnosti zdravstvene nege, ki bodo zagotavljale varno, strokovno in racionalno dejavnost z vidno udeležbo pri izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva;
- opiranje na lastno raziskovalno dejavnost, ki bo zasnovana tako, da bo generirala posodobljena in organizirana znanja na področju zdravstvene nege.

Uporabila bo široke možnosti raziskovalnih področij, ki so dane od obravnave zdravih in bolnih varovancev, preko izobraževanja za zdravstveno nego do delovanja dejavnosti zdravstvene nege. Izoblikovana bo skupna zasnova razvojnega in raziskovalnega dela v zdravstveni negi:

- zdravstvena nega, ki mora delovati kot zaokrožen sistem, mora opravljati vlogo in nalogo vodenja, kontrole in nadzora. Vodilni nosilci morajo biti odgovorni za integrirano delovanje znotraj sistema zdravstvene nege in zdravstvene nege znotraj širšega zdravstvenega sistema tako, da ne le ne bo možno odločati o zdravstveni negi izven in mimo zdravstvene nege temveč bo zdravstvena nega soudeležena na vseh ravneh delovanja in odločanja o vprašanih zdravja, zdravstva in zdravstvenega varstva;
- mednarodno sodelovanje zdravstvene nege za ustrezno integriranje v širšem družbenem prostoru, še zlasti v evropski regiji;
- upoštevanje regulativov, ki so pomembni za delovanje zdravstvene nege, od zakonov na področju zdravstva in šolstva, preko Državnega plana zdravstvenega varstva in državnih ciljev za doseganje zdravja, do deklaracije in zaključkov mednarodnih konferenc;
- na osnovi globalnih usmeritev usklajeno delovanje specifičnih področij zdravstvene nege.

V programih specifičnih področij zdravstvene nege so predvsem naslednji poudarki:

- Zdravstvena nega v bolnišnični zdravstveni dejavnosti, ki svojo funkcijo oblikuje na osnovi funkcije bolnišnične ustanove, bo to funkcijo lahko ustrezno izvajala s pomočjo enotne organizacije bolnišnične zdravstvene nege, v njej jasno opredeljenih delokrogih in nalog negovalnih skupin ter izdelanih standardov za postopke zdravstvene nege in posege v zdravstveni negi. Standardi bodo pomagali pri pospeševanju kakovosti zdravstvene nege, ki je v bolnišnicah najzahtevnejša z vidika klinične obravnave in postaja še zahtevnejša ob uvajanju principov primarnega zdravstvenega varstva v zdravstveni sistem. Služba bolnišnične zdravstvene nege bo vključevala zdravstvene tehnike in medicinske sestre po normativih iz Plana ZV RS. Ustanovljeni bodo negovalni oddelki.
- Zdravstvena nega v osnovni zdravstveni dejavnosti bo enotno delovala na področju javnega in na področju zasebnega sektorja. V ambulantni in dispanzerski dejavnosti bo namenjena predvsem preventivnemu delu, napredovanju zdravja in obravnavi rizičnih skupin z zasedbo 1,5 ZT in 0,25 VMS v ambulanti ter 2 VMS v dispanzerju. Poudarek bo na zdravstveni vzgoji, humanizaciji dela in odnosov in kvaliteti prvega stika.

V patronažnem varstvu bo tudi v prihodnje celovita zdravstvena nega namenjena zdravim in bolnim posameznikom, družinam in skupinam varovancev oz. celotni populaciji geografskega območja lokalne skupnosti ter usklajeno s prihodnjo lokalno samoupravo. Izvajale bi naj PV izključno VMS in sicer 1 VMS na

1800–2000 prebivalcev, kajti PV bo tista – dejavnost primarne zdravstvene nege, ki bo najizraziteje delovala po načelih primarnega zdravstvenega varstva za celotno populacijo zaokroženega območja lokalne skupnosti z vsemi institucijami in organizacijami, ki delujejo na tem območju, vključno z dejavnostmi zdravstva, tudi zasebnega. Zato bodo morale druge vrste zdravstvenih služb na območju svoje delovanje prilagoditi organiziranosti patronažnega varstva in ne obratno. PV ni njihov servis, temveč specifična oblika izvajanja primarnega zdravstvenega varstva za potrebe celotne zdrave in bolne populacije na določenem geografsko zaokroženem območju, in diapazon njenih nalog se močno širi.

- V domovih za starejše in stare občane ter v posebnih socialnih zavodih bo zdravstvena nega prav tako celovita, kakor na drugih ožjih strokovnih področjih, in namenjena bo starejšim in bolnim posameznikom. V negovalni skupini domov bo delovala 1 VMS na 100 varovancev, pomagali ji bodo zdravstveni tehniki in začasno še bolničarji, oz. 8–12 varovancev na 1 negovalca. V posebnih socialnih zavodih bo 1 VMS na 50 bolnikov oz. 2–3 varovanci na 1 negovalca.
- Zdravstvena vzgoja v zdravstveni negi je področje dela, ki zahteva pri programiranju posebno pozornost, saj je vsak član negovalne skupine dolžen v okviru svojih pristojnosti izvajati zdravstveno vzgojo. Mreža koordinatorjev zdravstvene vzgoje v sistemu zdravstva bo pomagala k sistematični, metodološko sodobni in vsebinsko učinkoviti zdravstveni vzgoji, ki jo potrebuje vzgoja za zdrav način življenja. Zdravstvena vzgoja sodi v sleherno vzgojno in vzgojno izobraževalno ustanovo od najnižje do najvišje stopnje in to kot poseben predmet in ne samo kot sestavina drugih učnih vsebin. Zdravstvena vzgoja sodi v roke zdravstvenih delavcev in morebiti drugih pedagoških delavcev, vendar le, če jih vzgajajo zdravstveni delavci.
- Razvoj izobraževanja za zdravstveno nego temelji na izhodiščnem spoznanju, da vse zahtevnejše naloge zdravstvene nege v prihodnosti narekujejo takšen razvoj zdravstvene nege, ki terja večjo stopnjo izobraženosti negovalne skupine. Nosilka zdravstvene nege ostaja VMS, v negovalni skupini bosta zato v prihodnosti delovala le VMS in zdravstveni tehnik. Torej izobraževanje bolničarjev je v postopnem opuščanju.
- Do ukinitve izobraževanje bolničarjev, ki jih zaenkrat še najbolj potrebujejo v domovih za stare občane, bodo bolničarje izobraževale srednje zdravstvene šole iz dela in ob delu, kandidat mora biti ob vpisu star 18 let.
- Zdravstveni tehnik je član negovalne skupine, ki se vključuje v izvajanje zdravstvene nege. Izobraževanje zanj ostaja na sedanji organiziranosti, vendar je potrebno doseči tudi zanj, da se bo v času

izobraževanja srečal z varovancem, ko bo star 17 do 18 let.

- Višja medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege povsod, kjer zdravstvena nega deluje. Izobražuje se tri leta. Obstaja enoten program izobraževanja na dveh slovenskih univerzah.
- Diplomirana medicinska sestra konča 4-letni program visoke strokovne šole, je namenjena za specializirana področja ZN in za nižje organizacijsko vodstvene naloge. Po diplomi se lahko vključi v eno ali dvoletno specializacijo in sicer: 1. ginekološko-porodniško, 2. pediatrično, 3. patronažno, 4. psihiatrično, 5. gerontološko, 6. za intenzivno terapijo in anesteziologijo ter 7. menedžment.
- Medicinska sestra s fakultetno izobrazbo se izobražuje za profesorja zdravstvene vzgoje.

Zaenkrat samo sodelovanje Visoke šole za zdravstvo s Pedagoško fakulteto v Ljubljani omogoča fakultetno izobraževanje medicinskih sester, ki jih potrebujemo za razvojno delovanje v stroki, raziskovalno delo, poklicno pedagoško delo ter vodenje in poslovanje v zdravstveni negi. Imajo možnost nadaljevati izobraževanje na magistrski in doktorski ravni. Vendar naj bi z razvojem stroke zdravstvene nege in ob ustrezno habilitiranih visokošolskih učiteljih za področje zdravstvene nege ta študij prerasel v fakultetni študij iz zdravstvene nege.

Med usmeritvami, ki jih je oblikovala Mednarodna konferenca o izobraževanju za zdravstveno nego, ki je bila v Bolzanu 1.1993, bi posebej poudarili napotek, da se morajo programi izobraževanja za zdravstveno nego razvijati na osnovi raziskav ter da je nujna povezava teorije in prakse, ne samo v vsebinah programov, temveč tudi v usposobljenosti učiteljev.

Medtem ko je Konferenca o zdravstveni negi Alpe–Jadran, ki je bila junija 1994 v Gradcu, poudarila nujnost mednarodnega povezovanja v zdravstveni negi, zlasti usklajevanje z evropskimi standardi izobraževanja za zdravstveno nego in mednarodno primerljivost programov izobraževanja, kar bo pomembno za naše hotenje po odpravljanju nostrifikacij izobraženih dokazil.

- Razvoj raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege se opira na resolucijo o raziskovalnem delu v zdravstveni negi, ki je bila sprejeta na svetovnem kongresu medicinskih sester v Madridu 1.1993, kjer je bila Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije sprejeta v članstvo ICN In torej obvezuje Zbornico ZN RS. Usmerja k ustvarjanju razmer, v katerih bo raziskovanje sestavnih del zdravstvene nege In torej sestavina dela medicinskih sester ter temelj za razvoj in delo v praksi. Dolgoročnega razvoja stroke ZN si ni mogoče zamišljati brez znanstveno-raziskovalnih temeljev, za katere obstajajo najširše možnosti raziskovalnih

področij in se posamično že izvajajo, Kot VI. priložo smo predložili kar resolucijo, zato ker menimo, da mora biti naš osnovni program na tem področju vsesplošno spoznanje o potrebnosti raziskovalnega dela v ZN; in verjetno bo potrebno v RSK ZN oblikovati delovno skupino za snovanje tega področja dela.

V zaključku interpretacije načrta dolgoročnega razvoja zdravstvene nege lahko zatrdimo, da je v mnogočem povzet iz razmer v praksi, ki jih želimo tudi v prihodnje ohraniti in je torej že v postopnem izvajanju. Delno se rešujejo tudi druge vrste nalog načrta, npr. inoviranje razmejitev zdravstvene nege, naloga, ki jo izvaja Republiški strokovni kolegij zdravstvene nege. Posamične izvedbe načrta bodo priključene skupnemu državnemu akcijskemu izvedbenemu programu.

Vizijo in strategijo razvoja zdravstvene nege smo načrtali že pred zahtevkom WHO, da naj to nalogo opravijo posamezne države same. Vzpodbudno je, da smo

v mnogih vsebinah zdravstvene nege na slovenskem enakopravni drugim deželam Evrope in sveta – ali smo tudi pred njimi. O tem smo se prepričali v juniju 1994 na mednarodni konferenci o primarnem zdravstvenem varstvu, ki je bila v Londonu, in na mednarodni konferenci Alpe–Jadran o zdravstveni negi, ki je bila v Gradcu. Zaostajamo pa npr. na organizacijskem in raziskovalnem področju zdravstvene nege.

Dolgoročni načrt razvoja stroke zdravstvene nege je bil sprejet na seji Republiškega strokovnega kolegija zdravstvene nege dne 23. XII. 1993. Pomeni videnje zdravstvene nege za obdobje do leta 2000 in čez. Sledila naj bi operacionalizacija nalog v okviru izvedbenega programa. Pri tem naj bi bile upoštevane razmere in možnosti nacionalnega zdravstva. Spremljajoče ovrednotenje pa bo pokazalo dosežene učinke na zdravju in v zdravstvu.

Vsem sodelujočim pri oblikovanju predstavljenega dokumenta se zahvaljujemo za opravljeno delo in želimo, da bi bilo naše ovrednotenje rezultatov čim ugodnejše.

---

Vuga S. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 133–6.

# DEKLARACIJA O PROMOCIJI BOLNIKOVIH PRAVIC V EVROPI

Vera Grbec

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), Regionalni urad za Evropo je na posvetovanju v Amsterdamu marca 1994 sprejel Osnutek deklaracije o promociji pravic bolnikov v Evropi. Namen tega dokumenta je doseči razvijanje in doslednejše izvajanje zaščite pravic bolnikov v vseh državah, članicah evropske SZO.

Zavedamo se, da teh pravic ne moremo zagotavljati samo s predpisi in nato pričakovati, da se bodo izpolnjevale same po sebi.

Potrebno je mnogo časa in prizadevanj, da bodo postale zares učinkovite.

Strategija delovanja bi morala biti usmerjena predvsem na naslednja področja:

- zakonodaja in regulativi, ki urejajo pravice in odgovornosti bolnikov, zdravstvenih delavcev in zdravstvenih institucij;
- kodeksi etike zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, Lista pravic bolnikov in drugi dokumenti;
- podpora vlade pri ustanavljanju in učinkovitem delovanju nevladnih organizacij, ki se vključujejo na področje bolnikovih pravic;
- vključevanje medijev in sredstev javnega obveščanja;
- seminarji, izpopolnjevanje znanja in vedenja o vlogi in odnosih med zdravstvenimi delavci in bolnikom.

Razvoj velikih zdravstvenih sistemov in njihova kompleksnost sta povzročila, da je delo v zdravstveni praksi postalo bolj brezosebno in dehumanizirano in često temelji na birokratskem odnosu. Na drugi strani pa razvoj medicinske in zdravstvene znanosti spodbuja nova prizadevanja in spoznanja o pravici posameznika, da se sam opredeli glede stvari, ki ga zadevajo, na osnovi polne informiranosti, ter o drugih pravicah.

Deklaracija o promociji bolnikovih pravic v Evropi ima svojo osnovo v temeljnih listinah, kot so: Splošna deklaracija o človekovih pravicah, ki jo je sprejela OZN 10. dec. 1948, Evropska konvencija o človekovih pravicah iz leta 1950, Mednarodna konvencija o državljanjskih in političnih pravicah iz leta 1966, Mednarodna konvencija o ekonomskih, socialnih in političnih pravicah iz leta 1966 in druge.

Deklaracija izraža željo ljudi, ne samo za izboljšanje zdravstvene oskrbe, temveč tudi za polnejše priznanje njihovih pravic kot bolnikov.

*Cilji dokumenta:*

- ponovna potrditev temeljnih človekovih pravic v zdravstvu, še posebej zaščita dostojanstva in integritete človekove osebnosti;
- obveza držav članic, da pri kreiranju zdravstvene politike opredelijo temeljna načela, ki se nanašajo na človekove pravice;
- izboljšanje odnosov bolnik-zdravstveni delavec in aktivnejša vloga bolnika;
- zagotavljanje temeljnih človekovih pravic in razvoj humanizacije pomoči pri vseh bolnikih, s posebno pozornostjo do najbolj ranljivih med njimi: otrocih, psihiatričnih bolnikov, starejših, bolnikov v kritičnem stanju itn.

*Deklaracija vsebuje šest področij:*

- človekove pravice in vrednote v zdravstveni oskrbi,
- informiranje,
- soglasje,
- zaupnost in zasebnost,
- zdravstvena oskrba in postopki,
- uporaba.

Vsebinsko povzemamo nekatere določbe, ki so pri nas še premalo upoštevane.

- Predpogoj za kakršnokoli medicinsko intervencijo je informirano soglasje bolnika.
- Informirano soglasje moramo pridobiti tudi pri sodelovanju bolnika v zdravstvenem izobraževanju.
- Bolniki imajo pravico dostopa do svoje dokumentacije o diagnozi in postopkih zdravstvene oskrbe in pravico, da prejmejo kopijo teh zdravstvenih aktov.
- Medicinske intervencije se lahko opravijo samo ob ustreznem spoštovanju bolnikove zasebnosti. To pomeni, da načrtovano intervencijo izvedemo le ob prisotnosti tistih oseb, ki so nujno potrebne za izvedbo, razen če bolnik ne da drugačnega soglasja.
- Bolniki imajo pravico do kakovostne zdravstvene oskrbe, ki vključuje oboje: visok tehnični standard in human odnos med bolnikom in zdravstvenim delavcem.
- Bolniki imajo pravico do humane terminalne zdravstvene oskrbe ter umiranja z dostojanstvom.
- Bolniki imajo pravico, da se njihove pritožbe temeljito preučijo na učinkovit in hiter način in da so o izidu obveščeni.

Ta vprašanja so temelj vsakega delovanja, vendar jim pri nas še vedno posvečamo premalo pozornosti. Nekatere pravice bolnikov so opredeljene v zdravstveni zakonodaji, ki pa ne blaži dovolj tradicionalnega paternalističnega odnosa. Večja občutljivost za ta vprašanja se kaže v kodeksih. Še posebej smo bili v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pozorni na pravico do avtonomije, dostojanstva in zasebnosti bolnika. Gotovo so kodeksi bolj namenjeni ozaveščanju zdravstvenih delavcev. Pogrešamo pa informiranje bolnikov o njihovih pravicah. Bolniki, še posebej v bolnišnicah, so slabo obveščeni o svojih pravicah, saj redkokdaj prejmejo celo takšno informativno gradivo, kot je na primer hišni red. V tujini, v državah z razvito demokracijo poznajo že več desetle-

tij tako imenovano Listo pravic hospitaliziranih bolnikov (Patient Charter), kjer so opredeljene njihove pravice, pa tudi dolžnosti in način intervencije za zaščito le-teh, kadar so kršene. Listo ponavadi izda Združenje bolnišnic določene države in jo prejme vsak hospitaliziran bolnik. Odpraviti bi morali zastarele, avtokratske vzorce v odnosu zdravstveni delavec-bolnik tam, kjer še obstajajo, in izboljšati komunikacijo. Ponekod je še v navadi »revijska« predstavitev bolnikov, ki je v nasprotju z načelom zasebnosti in dostojanstva bolnika. Dostojanstvo človeka ni odvisno od pozitivnih ali negativnih človekovih telesnih, duševnih ali družbenih značilnosti. Vsa človeška bitja so rojena svobodna z dostojanstvom in pravicami. (Splošna deklaracija o človekovih pravicah, 1948).

---

Grbec V. Deklaracija o promociji bolnikovih pravic v Evropi. Obzor Zdr N 1995; 29: 1–2.



## KAJ JE ZDRAVSTVENA NEGA?

*Judith M. Clift*

Večina medicinskih sester in vseh tistih, ki delamo na tem ali onem področju zdravstvene nege ali o zdravstveni negi poučujemo druge, bi na to vprašanje odgovorila s splošnim »zdravstvena nega je naše delo«. To pač pomeni, da se večina dneva poklicno ukvarjamo z njo in smo zanjo tudi plačane, čeprav je plača glede na težavnost in kompleksnost našega dela prej kot velika.

Toda kaj je pravzaprav tisto, kar delamo? Zdravstvena nega je poklic, katerega bistvo je v pomoči drugim, poklic, ki so ga svoje čase imeli za dobrodelnost in katerega smisel je še vedno v oskrbovanju ljudi, ki so tega potrebni. Večina v našem poklicu je žensk in sestrstvo velja za žensko delo, kar v nekem smislu pomeni, da je manj vredno od moškega dela: njegova značilnost je cikličnost in vzdrževanje, ne pa suvereno »delo na vrhu«, kar naj bi bila domena moških. Medicinske sestre ponavadi pomagajo bolnim v različnih fazah njihove bolezni; vendar povrh tega tudi poučujemo o zdravju, odkrivamo nove primere oziroma ljudi, ki so potrebni zdravstvene nege, in tolažimo tiste, ki jih pestijo preprosti ali pa kompleksni zdravstveni, socialni in psihološki problemi. V prenekaterih deželah je delo medicinske sestre tudi dandanašnji še vedno zelo tehnične narave in večinoma sestoji iz asistiranja zdravniku. Toda z razvojem zdravstvenega izobraževanja in raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege se počasi razvija posebna veda, imenovana »znanost zdravstvene nege«, ki vsebuje različne modele zdravstvene nege in njene diagnoze. Vrh tega natanko opisuje različne posege zdravstvene nege (vštevši zdravstveno vzgojo bolnikov, skupinsko delo, svetovanje, krizne intervencije itn.). Znanje medicine je za medicinske sestre seveda še vedno nuja, toda znanje zdravstvene nege je čedalje bolj v ospredju in v mnogih deželah po svetu se je šolanje medicinskih sester preselilo na univerze. Znanje zdravstvene nege se mora opirati tako na sociološko in psihološko znanje kakor na znanje naravoslovja, da bo bolnik lahko deležen zdravstvene nege kot celovit človek, ne pa le kot predmet medicinske diagnoze. Kar se mene osebno tiče, igra odnos do bolnika pri mojem delu zdravstvene nege poglavitno vlogo. Zato skušam prav do vsakega bolnika vzpostaviti osebni odnos in čim več zvedeti o njegovih potrebah in o tem, v kolikšni meri si lahko pomaga sam. Zanj storim samo tisto, česar sam ne more. Hkrati pa ga seveda poučujem in mu svetujem, tako da tudi sam spoznava nove vidike zdravstvene nege, ki je je deležen. (O tem obširno pišeta Virginia Henderson in Dorothea Orem, ko opisujeta svoja modela zdravstvene nege.) Ker nihče ni samo bolan ali samo zdrav, ampak se v

slehnem človeku zdrave in bolne sestavine prepletajo, bolnika spodbujam k temu, da bi čim bolj izrabljaj »zdrave sile« v sebi in z njimi zdravil »bolne«. Če namreč bolnika predolgo oskrbujem zgolj z rutinsko tehnično zdravstveno nego, se utegne njegovo stanje samo še poslabšati. (Kar pomislite na vse tiste starejše bolnike, ki postanejo priklenjeni na posteljo samo zato, ker jih medicinske sestre, ki na hitro opravijo svoje vsakodnevno »delo«, ne mobilizirajo dovolj.) Da bi se mi to posrečilo, potrebujem seveda dovolj časa in potrpljenja. To pa tudi pomeni, da morajo bolnišnice in druge zdravstvene ustanove poskrbeti za zadostno število medicinskih sester – kar je ponekod žal stalen problem. Povrh tega se hočem pri svojem delu čim bolj osredotočiti prav na zdravstveno nego bolnikov, kar pomeni, da ne maram opravljati dela zdravnikov, tajnic in še koga. Seveda pa nikdar ne pozabljam, da še vedno delam kot del negovalnega tima in zdravstvenega tima na splošno in da sta komunikacija in koordinacija nadvse pomembni.

Morda imate vi drugačen pogled na zdravstveno nego in tudi drugačne izkušnje z njo. Marsikaj je odvisno tudi od tega, kje delate: na otroškem oddelku, na kirurgiji, na intenzivni negi, v patronaži ali pa v domu za ostarele in kako dolgo že tam delate. Na vaše pojmovanje zdravstvene nege utegnejo vplivati tudi »filozofija« vaše ustanove in vaši osebni pogledi na človeka, okolje, zdravje in bolezen – in seveda tisto, kar so vas naučili v šoli.

Da bi si zagotovili ustrezne delovne pogoje, zdrave odnose z drugimi zdravstvenimi delavci in pripomočke, ki jih potrebujemo za svoje delo, moramo medicinske sestre z naravo svojega dela seznaniti tudi druge, še posebej pa politike, zdravnike in upravne delavce. Hkrati s pravilnim pojmovanjem svojega dela moramo razviti tudi zmožnost, da se bomo znale postaviti zase, za svoje bolnike in za svojo stroko. Razmisliti moramo, kaj je pomembno za dobro zdravstveno nego, hkrati pa zasnovati argumente in pogajalsko strategijo, da bomo dosegli, kar potrebujemo in hočemo.

Če se ne strinjate s stališčem, ki sem ga predstavila v teh stavkih, nič hudega. Samo ne ustavite se že kar pri tem nestrinjanju, ampak rajši oblikujte svoje zamisli in argumente, ki bodo temeljili na vaših izkušnjah, znanju in sanjah o tem, kako si zamišljate svoje delo. Potem bomo imele dobro osnovo za razpravo, pa tudi za politično akcijo. Patricia Benner, medicinska sestra iz San Francisca v Združenih državah, je opravila obširno raziskavo na temo zdravstvene nege, v kateri je izprašala veliko svojih kolegic. Ugoto-

vila je, da so strokovno podkovane medicinske sestre vsestransko usposobljene: pomagajo bolnikom, poučujejo in urijo jih, postavljajo negovalne diagnoze in jih nadzorujejo, znajo se prilagajati naglo spreminjajočim se položajem, sodelujejo pri terapevtskih posegih in jih nadzorujejo, zagotavljajo visoko raven zdravstvene oskrbe in se odlikujejo po organizacijskih sposobnostih.

Medicinske sestre smo torej lahko upravičeno ponosne na svoje vsestranske sposobnosti in dosežke pri delu, ki ga opravljamo in ki je često nadvse trdo. Še naprej torej razvijajmo svoje delo in svoje sposobnosti, pri tem pa mislimo na to, kaj delamo, si zapisujmo svoje izkušnje in skušajmo z dobrimi zamislimi oplemenititi svoje poslanstvo.

---

Clift JM. Kaj je zdravstvena nega? Obzor Zdr N 1996; 30: 1–2.

## 12. MAJ – MEDNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTER 1999

*Veronika Kunstek-Pretnar*

PRAZNUJMO PRETEKLOST ZDRAVSTVENE NEGE, ZAHTEVAJMO PRIHODNOST – je geslo, ki ga je Mednarodna organizacija medicinskih sester – ICN – izbrala za letošnji praznik medicinskih sester – 12. maj, ki ga praznujejo medicinske sestre po vsem svetu.

Ta dan je Mednarodna organizacija medicinskih sester posvetila spominu na rojstni dan Florence Nightingale, ustanoviteljici modernega sestristva, ki je v svojih zapiskih že leta 1860 zapisala:

»Noben sistem ne preživi, če se ne razvija. Ali se torej želimo usmeriti v prihodnost ali v preteklost? Ne prepustimo se stereotipni povprečnosti. Še vedno smo na začetku poti. V prihodnosti pa se bodo odprle nove poti. Razvili in uporabljali bodo nove metode, spričo česar bo vsako človeško bitje imelo najboljše možnosti, da živi zdravo življenje. Razvili se bodo novi načini, nova sredstva, s katerimi bo imel vsak bolnik kar največje možnosti, da ozdravi.« Danes se zavedamo, kako vizionarske so bile njene besede!

Letošnje leto ob mednarodnem dnevu medicinskih sester praznujemo še eno izjemno pomembno obletnico – 100. obletnico ustanovitve Mednarodne organizacije medicinskih sester. Čeprav so temeljna načela in zamisel zdravstvene nege stara prav toliko kot družina in pleme, se je organizirana nega v Evropi in Severni Ameriki razširila v dokaj kratkem času v 19. stoletju. Skupinica žensk, ki je razvijala to novo področje, je svojo veliko zamisel, ki jo je zgodovinarica Daisy Bridges označila kot »vrhunski dogodek stroke«, oblikovale v obdobju družbenih sprememb ob koncu 19. stoletja.

Idejo o združevanju medicinskih sester je povzela že leta 1893 Ethel Fenwick v Chicagu na srečanju, ki je nosilo naslov: World Congress of Representatives of Women, je pozvala medicinske sestre številnih dežel k združevanju v mednarodno organizacijo.

Ta ideja je obrodila sad in leta 1899 je bila v Londonu v Angliji ustanovljena Mednarodna organizacija medicinskih sester, ki so jo ustanovile medicinske sestre iz Anglije, Avstralije, Kanade, Danske, Holandije, Nove Zelandije in Združenih držav Amerike. Gospa Ethel Fenwick je postala prva predsednica Mednarodne organizacije medicinskih sester.

Te prodorne medicinske sestre so ICN želele razviti v federacijo nacionalnih združenj medicinskih sester, ki bi jo vodile samo medicinske sestre.

Prve naloge, ki so si jih zastavile, so bile naslednje:

- Sprejem ustanovne listine.

- Poziv k standardizaciji izobraževanja za medicinske sestre.
- Pobuda za registracijo medicinskih sester.
- Določitev minimalnih kriterijev za »šolane medicinske sestre«.
- Opredelitev vloge medicinske sestre v zagovorništvo in lobiranju za boljše zdravje.
- Spodbujanje zdrave družbe in poudarjanje vloge medicinskih sester v javnem zdravstvu.
- Predlagano izboljšanje dražbenoekonomskega statusa medicinskih sester.
- Ustanovitev dveh uradnih glasil medicinskih sester:
  - British Journal of Nursing,
  - American Journal of Nursing.

Kljub temu, da ICN v tem času ni imel nobenih sredstev niti svojega urada, komunikacija med članicami (pisma in telegraf) je bila obupno počasna, udeležbo na sestankih in v rednih dejavnostih pa so morale medicinske sestre kriti iz svojega žepa, je pobuda pritegovala nove in nove medicinske sestre. Da bi se поблиže seznanile z novo zamisljo, so se kongresov ICN začele udeleževati delegacije celo iz tako oddaljenih držav, kot je Japonska.

Danes Mednarodna organizacija medicinskih sester vključuje že 118 držav članic. Organizacija medicinskih sester Slovenije, takrat še v sklopu Jugoslavije, se je v ICN vključila že zelo zgodaj – leta 1929. Mednarodna organizacija medicinskih sester je že od ustanovitve dalje ozaveščala javnost o pomenu medicinskih sester, tako na lokalni kot na nacionalni in mednarodni ravni. Spodbujala je ustanavljanje združenj medicinskih sester na vseh celinah in poudarjala pomen razvoja zakonodaje, ki uravnava področje zdravstvene nege. Predvsem pa je bil že na samem začetku najpomembnejši cilj poenotenje izobraževanja medicinskih sester. Prav tako je Mednarodna organizacija medicinskih sester že zgodaj poudarjala pomen partnerstva, spoštovanja sodelavcev v timu in se zavzemala za humanost. Vse od ustanovitve dalje je v ospredju vprašanje opredelitve profesionalne vloge medicinske sestre in predvsem nenehno izobraževanje do najvišje možne stopnje – do univerzitetne ravni.

Mednarodna organizacija medicinskih sester je na številnih področjih od ustanovitve pa do danes naredila velike korake. Omenila sem že prizadevanje za izboljšanje delovnih pogojev za medicinske sestre ter pobudo za izobraževanje medicinskih sester, v samih začetkih najprej osrediščene predvsem na zdravje v skupnosti.

Ključno vlogo je v tem času odigrala tudi Christiane Reimann iz Danske, ki je leta 1922 postala prva plačana sekretarka ICN. Kot izkušena medicinska sestra, ki je govorila več jezikov, je Reimannova velikokrat segla v lasten žep, da bi ICN lahko izpolnil zastavljene cilje. S prvo redno zaposleno sekretarko se je predsedstvo selilo v Ženevo, kjer ima ICN svoj sedež še danes.

Izhajati so začele revije: ICN Bulletin, The ICN in leta 1930 International Nursing Review.

Obdobje po drugi svetovni vojni je ICN med prioritete aktivnosti uvrstila mednarodne in humanitarne probleme. Prvotno geslo, ki se je glasilo: SVETOVNO ZDRAVJE IN SVETOVNA SOLIDARNOST se je preoblikovalo v geslo: KREPITEV ZDRAVJA NARODOV IN IZBOLJŠANJE STANDARDOV ZDRAVSTVENE NEGE BOLNIH TER PREVZEM ODGOVORNOSTI ZA IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER.

Velik prispevek k strokovnemu napredku je vsekaror imelo nenehno objavljane v strokovnih glasilih in objava različnih člankov v številnih mednarodnih medijih.

Med izredno pomembnimi svetovno poznanimi strokovnimi deli ne morem mimo knjige Virginie Henderson, ki je izšla leta 1959: OSNOVNA NAČELA ZDRAVSTVENE NEGE in postala svetovna uspešnica. Do zdaj je bila prevedena v več kot 30 svetovnih jezikov, med drugim tudi v slovenščino, in prav lani smo z izidom prevoda knjižice še posebej počastili 12. maj, mednarodni dan medicinskih sester.

Avtorica je v svojem delu želela predvsem poudariti temeljno oziroma edinstveno funkcijo medicinske sestre. Ker do tedaj še ni bilo nobene mednarodne definicije, je ponudila svojo: Posebna vloga medicinske sestre je v tem, da ljudem, naj bodo zdravi ali bolni, pomaga pri tistih dejavnostih, ki krepijo njihovo zdravje in prispevajo k okrevanju (ali mirni smrti) in ki bi jih ljudje opravljali sami, če bi za to imeli potrebno moč, voljo ali znanje.

S povezavo z Združenimi narodi, Mednarodno organizacijo dela in Svetovno zdravstveno organizacijo je ICN dobil mednarodni značaj. Pomagal je številnim razseljenim medicinskim sestram, v svoje okrilje pa je vključila tudi Mednarodni sklad Florence Nightingale. Tedanji generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije Halfdan Mahler je leta 1985 na izvršilnem odboru SZO podprl pomembno vlogo medicinskih sester, še posebej v primarnem zdravstvu, poudaril, da so prav medicinske sestre gonilo sprememb. Poudaril je tudi, da je bila Mednarodna organizacija medicinskih sester prva mednarodna profesionalna organizacija, ki se je lotila problemov preprečevanja okužbe z virusom HIV in zdravstvene nege obolelih za aidsom.

V zadnjem desetletju tega stoletja je Mednarodna organizacija medicinskih sester ponovno dokazala,

da je zaupanja vredna in dinamična organizacija, ki predstavlja že na milijone medicinskih sester po vsem svetu.

Poglavitne naloge, ki jih dnevno izvaja, so naslednje:

- Spodbujanje povezanosti in sodelovanja med nacionalnimi združenji.
- Krepitev povezav s profesionalnimi organizacijami na področju zdravstva, z nevladnimi organizacijami in drugimi.
- Razvoj prepoznavne sheme in strateškega načrta.
- Lobiranje za izboljševanja zdravja v skupnosti.
- Razvoj regionalnih izobraževalnih programov.
- Lobiranje za človekove pravice in zdravstveno nego ter oskrbo.
- Zavzemanje za vamost na delovnem mestu, vključno z zaščito pred okužbo z virusom HIV.
- Sprejetje osnovnih vrednot: v prihodnost usmerjeno vodenje, prožnost, partnerstvo.
- Oblikovanje spletne strani, ki mednarodne ideje približujejo medicinskim sestram po vsem svetu.

Mednarodna organizacija medicinskih sester se že od nekdaj zavzema za čim višje standarde zdravstvene nege in za pogoje, ki medicinskim sestram omogočajo delovanje na podlagi čim višje izobrazbe. Programi in aktivnosti Mednarodne organizacije medicinskih sester odločilno vplivajo na javno zdravstvo, na neposredno izvajanje zdravstvene nege, na izobraževanje, raziskovanje in upravljanje z viri, ki so na razpolago za zdravstveno nego po vsem svetu. Vse naše delo se odvija v korist vsakega posameznega pacienta, vsake posamezne skupnosti in vsake posamezne medicinske sestre.

In kaj nam bo prineslo novo stoletje, novo tisočletje?

Ljudje že od nekdaj skušamo napovedovati prihodnost. Na prihodnje dogodke so med drugim skušali sklepati iz sprememb v sončnem sistemu, naravnih pojavov ali vedenja živali. Prerokovanje je ostalo enako priljubljeno vse do danes, čeprav je znanost dokazala njegovo zmotnost. Prerokbe o koncu sveta se niso uresničile, razni preroki pa kljub temu še vedno napovedujejo propad. Miti so narekovali prepričanja o preteklosti in napovedovali prihodnost. V dvajsetem stoletju so se družbene, politične in ekonomske spremembe začele odvijati hitreje. Demografske spremembe, kot so stopnja rodnosti in preseljevanja, spreminjajo podobo posameznih območij in bodo vplivale na prihodnost regij, v katerih število prebivalcev narašča ali upada.

Tehnološki razvoj, še zlasti na področju komunikacijske tehnologije, je hitrejši kot kdajkoli doslej. Ker ljudje živijo dlje, lahko vidijo, kako se revolucionarne spremembe zgodijo za časa njihovega življenja. V današnjem tehnološkem svetu še živijo ljudje, ki se

spomnijo časov, ko še ni bilo avtomobilov, letal ali telefonov.

Družbene spremembe po drugi strani prihajajo počasneje. Tehnološki razvoj terja odločitve, ki si jih do slej, razen v znanstvenofantastični literaturi, ni bilo mogoče predstavljati. Odločitve glede kloniranja, genetskih raziskav in evtanazije spodbujajo dolgotrajne predstave o tem, kaj je prav in kaj narobe. Dobro misleči ljudje morajo uporabiti vso svojo modrost, da bi lahko predvideli prihodnost, v kateri bo poskrbljeno za zdravje in blaginjo vseh državljanov sveta in za vse naslednje generacije.

Načrtovanje prihodnosti ni bilo nikoli bolj potrebno kot sedaj. V zdravstveni negi še nikoli ni bilo tako pomembno razumeti prihodnost, da bi jo lahko ustvarili takšno, kot si jo želimo, in razvili strategije za ustvarjanje prihodnosti stroke zdravstvene nege. Bolj kot kdajkoli poprej moramo gledati naprej in biti predani svojemu delu.

Prizadevanja za zdravje v prihodnosti morajo biti neprestana, prav tako nujno je potrebno imeti voljo do učinkovitega delovanja. Pri tem ima izobraževanje nadvse pomembno vlogo.

V okviru prizadevanj za zdravje mora biti omogočeno tako posameznikom kot organizacijam, da poiščejo in vzpostavijo tiste smernice, ki jih bodo popeljale do zelenih ciljev.

Tak pristop v prizadevanju za zdravje v prihodnosti pa ne more biti omejen le na področje zdravstvene nege, temveč mora zaobjeti pojem zdravja v širšem smislu. Čeprav so futuristi v svetu, ki raziskujejo zdravstveno nego, zaposleni predvsem z vprašanji človekove biologije, tehnologije in vloge ter namena postopkov strokovnjakov zdravstvene nege, pa so v glavnem osredinjeni na okoljevarstvene, socialne, ekonomske, politične, kulturne, vedenjske in zdravstvenovarstvene dejavnike zdravja. Ni dovolj, da ustvarimo le vizijo zaželenega zdravstvenega sistema 21. stoletja. To, kar potrebujemo, je vizija bolj zdrave prihodnosti za vse.

Glede prihodnosti lahko postavimo dve utemeljeni podmeni.

- Prvič: prihodnost je negotova. Ni niti ene napovedi, ki bi zagotovo napovedala prihodnost zdravja in zdravstvene nege. Le razumevanje ključnih trendov prihodnosti zdravja, zdravstvenega varstva, naše organizacije in naše stroke lahko poveča našo učinkovitost in ustvarjalnost.
- Drugič: s tem, kar uspemo narediti, ustvarjamo poglavitne vidike prihodnosti. Kljub temu, da je negotova in je v precejšnji meri izven našega nadzora, obstaja veliko vidikov, na katere pa le lahko vplivamo. Razumske vizije in strategije usmeritev nam lahko bolj pomagajo oblikovati tako prihodnost, kot si jo želimo in so za dobro delovanje stroke zdravstvene nege nujno potrebne.

Večina ljudi razume prihodnost kot podaljšek sedanjosti z le malo pomembnimi spremembami. Podobno tudi večina državnih in gospodarskih načrtov izhaja iz predpostavke, da bo najverjetneje prihodnost neposredna izpeljava sedanosti. Do nedavnega je kazalo, da bo verjetna prihodnost sistema zdravstvenega varstva temeljila na bolnišnicah, v katerih ima naj večjo vlogo visoka tehnologija. Danes je ta domneva že drugačna, spremenili so se vsaj nekateri njeni vidiki.

Oblikovanje skupne vizije zaželenih prihodnosti sistema zdravstvenega varstva oziroma zdrave družbe je lahko učinkovita metoda, ki povezuje družbo in stroko s skupnim ciljem.

Verjetno ni prav, da pripisujemo izrazu zdravstveno varstvo skoraj isti pomen kot zdravju, zamenjujč dva različna koncepta: zdravje in zdravstveno varstvo. Razmišljanje o prihodnosti zdravja ni enako razmišljanju o prihodnosti zdravstvenega varstva. Področje prihodnosti zdravja in s tem v zvezi potreb po zdravstveni negi je gotovo pod velikim vplivom okolja, socialnih, ekonomskih in političnih dejavnikov. Bomo v prihodnosti bolj zdravi ali manj zdravi? Kaj bo najbolj vplivalo na zdravje? Katere vrednote bomo pripisovali zdravju in kakšno vlogo bo imelo zdravje pri našem odločanju?

Večina razmišljanja o prihodnosti zdravja se vrti okrog prihodnosti družbe, še posebej okoli tistih vidikov, ki vplivajo na zdravje in dobro počutje. Ti vključujejo tudi vprašanja revščine in bogastva, življenjske in delovne razmere, ohranjanje našega okolja, obseg sodelovanja ljudi, njihove dejanske moči za uvajanje sprememb in kopice drugih vprašanj, ki vplivajo na osebno in kolektivno zdravje in dobro počutje.

Prihodnost zdravstvene nege je vezana na prihodnost družbe. Vrednost, ki jo pripisujemo zdravju ali pa ne, hotenje po razširitvi virov za izboljšanje ali ohranjanje zdravja ljudi označujejo vlogo in razpon zdravstvenega varstva.

V številnih deželah so družbenoekonomski in delovni pogoji za medicinske sestre vse prej kot idealni. Med take lahko prištevamo tudi Slovenijo. Delo jim ne daje kakšnega posebnega priznanja, možnosti za napredovanje niso posebno velike. Vse prepogosto ključna vloga medicinskih sester pri oblikovanju in izvajanju zdravstvene nege ostaja neopažena. Zato si Mednarodna organizacija medicinskih sester prek svojih programov prizadeva, da bi se to spremenilo. Poklic medicinske sestre mora postati cenjen vseh, medicinska sestra pa zadovoljna in kompetentna pri svojem delu.

Slutimo lahko več različnih prihodnosti zdravstvene nege:

- MOŽNA – čeprav ne zelo verjetna – prihodnost zdravstvene nege bi lahko vsebovala radikalno spremembo v strukturi

- sistemov zdravstvenega varstva, v katerih bi medicinske sestre prevzele vodenje zdravstvene nege.
- MOGOČA** – nekoliko bolj mogoča in za spoznanje verjetnejša prihodnost bi lahko predvidevala nekoliko razširjeno vlogo medicinskih sester, v kateri bi zdravstvena nega postala večja vrednota sistema zdravstvenega varstva.
- VERJETNA** – precej bolj verjetna – prihodnost bi lahko domnevala, da bodo medicinske sestre kot sedaj še naprej neopazne, da jim bo primanjkovalo moči in vizij, da jih bo sistem zdravstvenega varstva še naprej onemogočal, kar bo pomenilo beg iz poklica in posledično veliko pomanjkanje medicinskih sester. Zdravstvena nega kot družbena vrednota bo nazadovala. Na ta pojav so že pričeli opozarjati celo v nekaterih evropskih državah.
- ZAŽELJENA** – in tista, ki bi jo radi uresničili – prihodnost zdravstvene nege pa bi kot celostna zdravstvena nega v oskrbi medicinskih sester postala priznana kot integralni sistem zdravstvenega varstva.

Številne trende je mogoče predvideti več let vnaprej v gospodarskih ali znanstvenih publikacijah. Pogosto zamisli ali dejavnike preučujejo umetniki ali prodorni misleci. Tako je Viktor Hugo v svojem naturalističnem romanu *Nesrečniki* (*Les Misérables*) opisoval trpljenje revnih slojev v Franciji in napovedoval pozornost, ki jo je družba temu problemu posvečala v prihodnjih desetletjih ter tako prispeval k izboljševanju pogojev življenja revnejših slojev. V 60-ih letih je v Združenih državah Amerike le redko kdo menil, da je onesnaževanje resen problem, okoljevarstvena zavest je bila relativno nizka. Trideset let pozneje je časopis *Washington Post* kot pomemben korak naprej pozdravil delo *Life Support* (1997), v katerem avtorica opisuje delo treh medicinskih sester in razkriva, kako pomembno vlogo ima zdravstvena nega v celotnem sistemu zdravstvenega varstva.

Zdravstvena nega se hitro spreminja. Tudi vrstni red prednosti se spreminja skupaj s staranjem prebivalstva, spremembami prioritete, s ponovnim pojavom že skoraj »izumrlih« bolezni in širjenjem novih, še bolj kužnih bolezni, spričo revščine in podhranjenosti,

ki v številnih državah še vedno zahtevajo visok davek.

Na pragu novega stoletja je položaj Mednarodne organizacije medicinskih sester dovolj trden, da bo imel močen in odločilen vpliv na zdravstveno nego in medicinske sestre nasploh. Spremenjena demografija, sprememba vzorcev bolezni in napredek v medicinski in informacijski tehnologiji pač zahtevajo tudi od medicinskih sester, da se vse svoje poklicno življenje izpopolnjujejo ter so tako kos spreminjajočim se potrebam na področju zdravstvene nege. Z določeno mero uvidevnosti, rednim preučevanjem sprememb v okolju in pravilno zdravstveno politiko lahko sledimo glavnim trendom, analiziramo njihov vpliv in tako načrtujemo delovanje v prihodnosti.

Prav to pa je temelj za modro odločanje pri oblikovanju zelene prihodnosti.

Večina futuristov meni, da prihodnost oblikujejo ljudje s svojimi odločitvami in dejanji.

Na neposredno prihodnost (od enega do petih let) večinoma vplivajo odločitve, ki so jih sprejeli v preteklosti. Nasprotno pa srednjeročno (od pet do 29 let) in dolgoročno prihodnost (od 20 do 50 let) oblikujejo predvsem odločitve, ki jih sprejemamo danes ali jih bomo sprejeli v prihodnjih letih. Več kot 50 let naprej pa je prihodnost že tako oddaljena, da je o njej težko razmišljati, vendar pa je lahko koristno tudi, ko razmišljamo o dramatičnih spremembah, ki nas lahko presenetijo v naslednjem desetletju.

V prihodnjem stoletju bomo še lahko pričali velikemu napredku v preprečevanju, diagnostiki in zdravljenju bolezni, ki jih bodo spremljale povečane potrebe po zdravstveni negi in zdravstveni oskrbi. Verjetno bodo velike bolnišnice zamenjale visoko tehnološko razvite manjše bolnišnice, v veliki meri bo potekala zdravstvena oskrba na domu, ki jo bodo v večini primerov izvajale visoko izobražene medicinske sestre. Medicinske sestre bodo imele veliko vlogo tudi v javnem zdravstvu in pacienti bodo zahtevali vse več, saj so tudi vedno bolj ozaveščeni in se ne nazadnje zavedajo tudi svojih pravic. Poudarjali bomo bolj zdrav način življenja in prehrane, zdravo okolje in prav tu je vloga medicinskih sester še kako pomembna.

Ob proslavi stoletnice Mednarodne organizacije medicinskih sester v letošnjem letu se bomo ozrli na pretekle dosežke in vložene napore, odstrli pa bomo tudi tančico z novih možnosti za zdravstveno nego, medicinske sestre in zdravje vseh ljudi. Vizija izraža prepričanje in upanje vseh medicinskih sester ter nacionalnih združenj za svetlo in obetavno prihodnost zdravstvene nege v 21. stoletju.

## »PRAZNUJMO PRETEKLOST SESTRINSTVA, ZAHTEVAJMO PRIHODNOST«

*Petra Kersnič*

V letu 1899 je bila v Londonu napisana prva stran zgodovinske knjige o Mednarodni organizaciji medicinskih sester – International Council of Nurses. Poslanstvo, ki so ga v tistih letih na prve in nekatere naslednje strani zapisale medicinske sestre – vizionarke se vse do danes ni bistveno spreminjalo. V najbolj berljivi vsebini predstavlja poslanstvo ozaveščanje javnosti o pomenu dela medicinskih sester na vseh ravneh življenja. Posajeno seme se je takrat prijelo, danes pa ga sejemo v 118 državah tega sveta.

Stoti rojstni dan, ki ga letos praznuje Mednarodna organizacija, obeležuje dejstvo, da je postala sinonim sestrinstva. Praznovanju je nadela pomenljiv naslov – Praznujmo preteklost sestrinstva (zdravstvene nege), zahtevajmo prihodnost! Kljub vojnam, političnemu, ekonomskemu, rasnemu in kulturnemu kaosu je organizacija preživela, se plemenitila in ustvarjala pogoje za predanost profesiji zdravstvene nege in njenemu strokovnemu napredku. Organizacija se je širila v času, ki ga je zaznamoval boj za pravice žensk, ko so bile družbene spremembe del vsakdanjega življenja in porajale so se zdravstvene in druge reforme. In preživela je z vse številčnejšim članstvom, v vse več državah in z vedno večjim vplivom.

Preteklost je učiteljica prihodnosti. Zato je zanjo potreben posluš, razumevanje in spoštovanje. Tudi slovensko »sestrinstvo« ima pisano zgodovino, ki sicer ni tako dolga, govori pa o zavesti po organizirani skrbi za stroko in njene člane. Če rečem »sestrinstvo«, mislim na stroko zdravstvene nege in na njene strokovnjake – na medicinske sestre.

Zgodovino ustvarjajo ljudje – mnogi pišejo in zapuščajo vidne sledi, a ustvarjamo jo vsi – tudi mnogi tisti, katerih besede niso nikoli in nikjer zapisane in tudi ne povedane, pa vendar so bile in bodo vedno pogonska sila kolesa zgodovine.

Iz najrazličnejših tekstov, zapisnikov, člankov, objavljenih v Zdravstvenem obzorniku, Utripu in iz arhivskega gradiva Zveze društev medicinskih sester sem izbrala dele zapisanih misli in razprav, ki označujejo sprehod skozi čas, prostor in dogajanja na področju »sestrinstva« v Sloveniji. Opravičujem se vsem, ki bi si zagotovo zaslužili citiranje v takem prispevku, pa jih žal zaradi prostorske omejitve nisem navedla. Vsem veljajo besede: hvala vam za vaš prispevek za to, da imamo danes svojo stroko in njene strokovnjake. Hvala za vso izkazano podporo, ki jo danes potrebujemo bolj kot kdaj koli prej, kajti veliko že imamo, a veliko še želimo in zahtevamo.

Želimo obdržati doseženo raven in se dvigovati v znanju in veščinah na raven, da bodo naši varovanci dobili najboljše. In za te cilje zahtevamo za svojo stroko tudi prihodnost!

1860, FLORENCE NIGHTHINGALE

»Žena, ki ima sentimentalne poglede na sestrsko službo, je seveda manj kot nekoristna ...«

»Žena, ki meni, da se žrtvuje, se ne bo obnesla ...«

»Žena, ki misli, da je katerokoli delo pri negi bolnika sestree ne vredno, bo kratkomalo samo v napoto ...«

»Za nas, ki opravljamo sestrsko delo, je važno, da rastemo iz leta v leto, vsak mesec, vsak dan, sicer vam zagotavljam, da nazadujemo...«

**1927 – Zapisnik ustanovnega občnega zbora Organizacije absolventk šole za sestre:**

»Dne 27. novembra leta 1927 se je vršil v Zavodu za zaščito dece v Ljubljani ustanovni občni zbor Organizacije absolventk šole za sestre v Ljubljani. Udeležilo se ga je 13 sester: sr. Arkova, sr. Češarkova, sr. Boškinova, sr. Grudnova, sr. Hočevanjeva, sr. Kecljeva, sr. Kurentova, sr. Marinčičeva, sr. Revenova, sr. Štefančičeva, sr. Šiffrerjeva in sr. Vovkova. Prisostvoval je šef zavoda, g. dr. Dragaš. Predsedovala je sr. Šiffrerjeva kot predsednica pripravljalnega odbora.

Sr. Šiffrerjeva ugotovi po določenem času sklepčnost in otvori občni zbor. Pozdravi vse zbrane, posebno g. šefa kot gosta in sr. Boškinovo, ki je prva izmed zbranih delovala na zaščitnem polju, ter v jednatih besedah obrazloži pomen organizacije. Naša organizacija je prva sestrsko organizacija v Jugoslaviji: tvorila bo vez med vsemi sestrami, skrbela za njihov dobrobit in reševala sestrsko vprašanja vobče. Sčasoma se bo ustanovila centralna organizacija vseh sester države SHS. V to naj bi se nato vpisala naša kot njen člen.

Nato slede slučajnosti. Sr. Grudnova predlaga, da pošlje ustanovni občni zbor brzojavko prof. dr. Ambrožiču, kot ustanovitelju sestrskega poklica v Sloveniji.

Sr. Šiffrerjeva predlaga, da naj bi imele naše sestre v Beogradu svojo poverjenico, ki bi jih zastopala ter imela pravico odbornice pri sejah. Radi te točke naj bi se društvena pravila spremenila. Predsednica prebere študijo Rdečega križa o sestrskem pokretu: sledi debata o sestrski uniformi. Slednja sestra naj izjavi

svoje mnenje o tem, da se na podlagi tega sestavi predlog ter ga pošlje Rdečemu križu. Predsednica poudarja potrebo sestrskega glasila.«

#### 1967 – DINA URBANČIČ

»Medicina je veda in izvedenost, ki ji je predmet dela preprečevanje, zdravljenje in lajšanje bolezni. Namenu, kot ga navaja ta definicija, služijo razne dejavnosti: medicinske – torej bistvene strokovne – in paramedicinske – obrobne, pomožne dejavnosti. To je tiste, ki služijo temu namenu posredno.

Prvi kriterij, ki nam bo služil za presojo, ali je nega bolnika medicinska ali paramedicinska dejavnost, je vprašanje, kaj je predmet njene obravnave. Odgovor je tu, v sami označbi te dejavnosti: človek kot psihosomatično bitje, enkratno v svojih individualnih posebnostih in obeležjih, kakor tudi v manifestacijah njegove bolezni.

Drugi kriterij je vprašanje: ali z bolnikovo nego neposredno pripomoremo k ozdravljenju njegove bolezni ali lajšanju bolečin in bolnikove smrti, ki je tudi odtis življenja.

Nega bolnika je medicinska dejavnost, nepogrešljiva komponenta v enovitem procesu zdravljenja: z nego bolnika neposredno pripomoremo do ozdravljenja. Če se zamislimo v vsebino strokovne nege, se nujno zavemo, kako zahtevna je ta služba, tako po strokovni plati kakor tudi glede etičnih vrlin, ki jih mora imeti nosilec te naloge. S tem pa smo si odgovorili tudi na tretje vprašanje ob tretjem kriteriju. Priznali smo namreč, da je za izvajanje strokovne nege poleg etičnih vrlin in široke splošne izobrazbe potrebna tudi medicinska izobrazba, vključno s poznavanjem psihologije in sociologije. Zaradi spoznanja in priznanja, da za to delo niso dovolj samo dobra volja, pridnost, altruizem, je bila že sredi prejšnjega stoletja, ko je bil repertoar del, ki sodijo v nego, še razmeroma ozek, ustanovljena prva šola za medicinske sestre. Z razvojem javnih služb pa je šola priznala tudi politika in praksa zdravstvene službe in šolstva tako pri nas kot v večini držav po svetu.«

#### 1969 – ANGELA BOŠKIN

»Ob priložnosti praznovanj petdesetih let poklicnega dela medicinskih sester v Sloveniji se človek nehote ozre nazaj v čase, ki so minili. Bili so dobri, bili so težki in včasih tudi zelo težki. Toda bil je v nas imperativ: delati in ne obupati. In dalje tudi: zaupaj zvezdi vodnici v sebi in ji sledi, ne bo te peljala na stranska pota. Se pravi: ostani zvest sebi in svojemu ljudstvu!

Neizmerno sem vesela, da se je sestrska misel tako lepo razcvetela, da naša dekleta in žene tako rade vsto-

pajo v ta poklic, ki napreduje ne samo po številu, marveč tudi vsebinsko. Poglobljen in obogaten dviga ljudstvo in posebej ženo iz nedavnega nezdravega zapostavljanja na stopnjo, ki jim gre.«

#### 1969 – ANICA GRADIŠEK

»Zgodovina sestristva iz vseh predelov zemeljske oble, kjer je tradicija sestrške službe stara že nad sto let, nam jasno priča o isti razvoji poti poklica. Poklic medicinske sestre se je razvijal od prve pomoči v okviru družine in majhne skupnosti prek skrbi za mater in otroka ter starčka do strokovne pomoči pri zdravljenju in obrambi pred boleznijo iz poklica dobrodelne negovalke v poklic strokovne zdravstvene delavke. Iz prvih revnih šol so se razvile tako imenovane bolnišnične šole za medicinske sestre, ki jih še danes srečujemo v tujih državah, ki pa naglo odmirajo. To so bile prvotno šole vajenskega tipa: bolnišnice so rekrutirale v te šole dekleta, ki so bila predvsem glavna delovna sila bolnišnic, v drugi postranski vlogi pa šele učenke šole. Jasno je, da je vsaka bolnišnica vzgojila vrsto medicinskih sester, kakršne je potrebovala. Vsestransko izobraženo, polivalentno medicinsko sestro lahko izoblikuje le neodvisna šola. Zato so vsa napredna gibanja v zgodovini sestrskega poklica težile k tem, da bi postale samostojne vzgojne ustanove. Tako je nastala v veliki večini naprednih držav strokovna izobrazba medicinskih sester tja do akademske stopnje javna družbena skrb.«

#### 1969 – MIRA PRIDGAR

»Lep, kulturni odnos do bolnika sodi med prva pravila za njegovo strokovno oskrbo. O našem obnašanju, o potrebni tenkočutnosti, skratka o konkretnem odnosu smo slišali že med šolanjem v uvodnih razlagah o negi bolnika, še posebej pa pri predavanjih etike zdravstvenega delavca. In sledila so za temi še druga navodila, na samo pri pouku ustreznih ukrepov ob negi bolnika, tudi na praksi so bili inštruktorji posebno pozorni na naše vedenje, pa tudi pozneje že v službi – našim neposredno nadrejenim in predstojnikom niti malo ni vseeno, ali se po teh navodilih ravnamo ali ne. Vsi šolani zdravstveni delavci vedo za osnovna pravila medsebojnih razmerij in odnosov do bolnika. Toda vse kaže, da se kar radi prilagodimo razmeram, na kakršne naletimo, ali pa spričo »večne naglice« popuščamo in že smo tam, da zamahnemo z roko, češ: »teorija je eno, praksa pa drugo«!

Veliko delamo v splošno dobro, tega nam nihče ne oporeka. In vendar nam kritični izraz na bolnikovem obrazu včasih pove, da nekaj le ni v redu. Če nismo dovolj kritični tudi sami, se kaj rado primeri, da mo-



rebitno krivdo za bolnikovo nejevoljo brž zvrnemo ali na druge ali celo – na bolnika samega.«

#### 1974 – NIVES MERLJAK

»Veliko pomanjkanje medicinskih sester in širje-nje njihove dejavnosti je terjalo več sprememb v tra-janju šolanja, v stopnji šolanja, v usmerjenosti pa tudi v ustanavljanju novih šol, organizacije dopolnilnega izobraževanja in šolanje zaposlenih. Številčno po-manjkanje so reševale dvoletne šole, triletno in štiri-letne šole in po vzgledu šol v svetu ustanovljene bol-ničarske šole ter tečajji za pridobitev kvalifikacije. To raznoličnost je dokončno uskladila šolska reforma leta 1960. Delitev dela je povečala zahtevnost delovnih mest in vplivala na izpolnitev predmetnika štiriletnih šol in ustanovitev višje šole. Danes je v Sloveniji 9 srednjih šol. Prva sestrška šola iz leta 1924 pa je leta 1951 prerasla v višjo šolo za medicinske sestre.

Hiter razvoj medicinske znanosti in zdravstvene službe, ki vse bolj vključuje dosežke naravoslovne znanosti in tehnike, je vplival tudi na strokovno izpo-polnjevanje medicinskih sester. Kdor dobro pozna se-danje stanje, se zaveda, da nekatera področja terjajo visokošolsko izobrazbo. To so predvsem vodilna de-lovna mesta v zdravstvenih delovnih organizacijah, pedagoško delo, delo v družbenih službah in delo v raziskovalnih institucijah.

Več tisoč medicinskih sester danes uspešno oprav-lja svoj poklic in njihova nenehna prizadevanja za viš-jo izobrazbo pričajo o zrelih osebnostih. Šole za me-dicinske sestre so z vzgojo tolikšnega števila zdrav-stvenih delavcev za ta humani poklic opravile res po-membno družbeno vlogo. Vedno smo se zavedale, da je medicinska sestra samostojni zdravstveni delavec, postala pa je tudi neizbežen sopotnik modernega člo-veka.«

#### 1973 – MAJDA GORŠE

»Zdravstveni delavci se ukvarjamo s človeškim bit-jem v vsej njegovi celovitosti in enkratnosti. Področ-je udejstvovanja medicinskih sester torej niso samo bolnik, potreben bolniške nege, temveč tudi vsak ob-čan, potreben zdravstvenega in socialnega varstva. Pr-vi korak k graditvi zdrave družbe leži prav v varova-nju in ohranitvi zdravja. Zato zasledimo medicinsko sestro razen v bolnišnicah tudi kot patronažno me-dicinsko sestro, v industrijskih obratih in tovarnah, šo-lah, v vzgojno varstvenih zavodih in številnih speci-aliziranih zavodih in ustanovah.

Ko smo pred dobrimi 4 leti praznovali 50-letnico dela in oblikovanja medicinskih sester v Sloveniji, smo do-dobra utemeljile poslanstvo poklica medicinskih sester, njegovo tradicijo, vrednost, zasluge in perspektive.

Danes – 1973 – se moramo vprašati: kaj smo v tem obdobju storile za razvoj poklica medicinske sestre? Ali smo utrdile tradicijo poklica in njegovo vrednost? Kakšne perspektive se odpirajo poklicu medicinske sestre?«

#### 1978 – MARIJA MILORADOVIČ

»Vsak poklic ima pravico in dolžnost do lastne re-produkcije, zato se moramo odločiti, ali je medicin-ska sestra samostojna profesionalka ali pa le vmesna stopnička na hierarhični lestvici zdravstvenih pokli-cev. Dobiti moramo možnost, da gradimo poklic iz svo-je perspektive in ne iz gledanj drugih. Na raznih viso-kih šolah so si medicinske sestre pridobile in si še pri-dobivajo visokošolsko izobrazbo, kar je za start naše visoke šole zelo ugodno. Visoka šola za medicinske sestre je sicer interdisciplinarna veda, a če nosilci ba-zalnih strokovnih predmetov niso ljudje istega pokli-ca, so izpolnjene sicer formalne zahteve, vsebinskih kvalitet pa taka šola ne more dati.«

#### 1978 – SILVA VUGA

»Problemi osnovnega zdravstvenega varstva so osredotočeni v aktualni situaciji, ki predstavlja zdru-ževanje dela in sredstev in iskanje takih oblik samo-upravne in strokovne organiziranosti, ob kateri bi mo-rali zagotavljati čimbolj kompleksno tehnološko in dohodkovno povezanost. Velik je splet problemov, ki zadeva področje nege in se odraža v situaciji, ki nas trenutno najbolj angažira – to je v pripravljanju raz-vida del in nalog. Pri tem se pri prenašanju nalog v razvide dogaja, da v razvide prenašamo tudi stare na-pake. V razvidu del in nalog naj bi se odražala obsež-nost in odgovornost medicinskih sester v zdravstve-nih timih, saj le ta postaja vse večja. Razmejitev teh obsežnih in kompleksnih opravil naj bi bile jasno raz-mejene in precizirane in to tako, da bi uspeli na osno-vi njih združevati dela in naloge tako, da bi na tej osno-vi dosegli racionalizacijo dela in princip – vsakogar na pravo mesto. Ko pa naletimo na vprašanje, kdo naj kaj opravlja in kdo sme to opravljati in ko zatiskamo oči pred dupliciranjem ali celo tripliciranjem izvaja-nja nalog, se zavedamo, da bi odpravljanje teh pomanj-kljivosti v osnovnem zdravstve-nem varstvu sprožilo dokajšnje organizacijske spre-membe.

Ugotavljamo, da je osnovno, kar nam pri ustreznem združevanju del in nalog ter kompleksnih polivalent-nih zahtevah znotraj zdravstvenih timov manjka, pro-fesionalizacija kadrov in kodeksi storitev, v katerih bi našli odgovore, kaj kdo sme, za katere naloge je usposobljen, za kakšne naloge je kdo usposobljen, kakšne naloge po zahtevnosti zahtevajo katerega zdravstvenega delavca.«

## 1982 – MAJDA ŠLAJMER JAPELJ

»Delovni proces medicinske sestre je poklicna metoda, ki so jo načelno sprejele vse dežele, kjer je »sestrinstvo« kot stroka eden izmed temeljnih pogojev za normalno delovanje zdravstvene službe. V strokah, v katerih je znanstveni jezik še relativno mlad, se prve težave pričnejo že pri strokovnem izrazju (izrazoslovju). To ni značilno le za mednarodno področje, temveč tudi za strokovna področja posameznih dežel, še posebej tam, kjer še ni možnosti, da bi medicinske sestre oblikovale enotno poklicno doktrino na visokošolski ravni.

Opredelitev (definicije) različnih faz sestrskega delovnega procesa se razlikujejo, zelo različna so tudi pričakovanja medicinskih sester samih ter pričakovanja varovancev oziroma bolnikov, še zlasti pa imajo različne predstave o negi ostali člani zdravstvenega tima.

### *Ugotavljanje bolnikovih oziroma varovančevih potreb*

Kaj mislimo medicinske sestre o njih?  
Kako jih razumejo bolniki oziroma varovanci?  
Kakšna je resnica?

### *Načrt zdravstvene nege*

Ali lahko medicinske sestre res vedno svobodno načrtujejo individualno nego ali program nege za vso bolnišnico?

Svobodno lahko načrtujejo delo le, če je sestrška služba v zdravstveni organizaciji samostojna!

### *Izvajanje zdravstvene nege*

Ali razumemo povsod enako negovalno raven?

Kakšni so standardi nege? So povsod enaki, ali so vsaj primerljivi?

Kdo sestavlja tim za nego bolnika? Kakšna je delitev dela v timu: je odvisna od dejanskih strokovnih zahtev – vedno in povsod, ali se v popoldanskem in nočnem času spreminja in je v posameznih zavodih različna?

### *Vrednotenje zdravstvene nege*

Kaj vrednotimo? Kdo vrednoti?

### *Dokumentacija*

Medicinske sestre se pogosto obnašamo nepismeno. Že desetletja vzgajane le za pokorno izvrševanje navodil, ne da bi »izgubljale« čas za nepotrebno razmišljanje (ne pozabite, drugi mislijo namesto vas!) in se bojimo pisati. Prepogosto uporabljamo le ustne

»raporte« in mislimo, naj pišejo le tiste medicinske sestre, ki se ukvarjajo s teorijo ter ekscentričnimi raziskovalci dela medicinskih sester.«

## 1985 – NANA DOMAJNKO, VERA GRBEC, STANA KAVALIČ

»Odgovornost za razvoj stroke nosimo medicinske sestre same... Samo, če bo zdravstvena nega postala samostojna akademska disciplina z natančno definiranimi teoretičnimi izhodišči, ki utemeljujejo in usmerjajo praktično izvajanje zdravstvene nege ob upoštevanju etičnih in altruističnih značilnosti poklica, bosta zagotovljeni kvaliteta dela z varovancem in bolnikom ter enakovredno nastopanje medicinske sestre v zdravstvenem timu.«

## 1987 – LADI ŠKERBINEK

»Uspeh uvajanja procesa zdravstvene nege nedvomno pospešuje tudi avtoriteta tistih, ki so v delovnem procesu, in sicer od neposrednih izvajalcev do takšnega ali drugačnega usmerjevalca ali voditelja dejavnosti. Avtoriteta je tem vplivnejša, čim doslednejša in zglednejša je v postopkih. Avtoriteta kot dejavnik uspešnega uvajanja procesa pa je odvisna od strokovnosti, doslednosti pri delu, odmevnosti v okolju. Procesu ne bomo mogli uveljaviti, če med izvajalci oziroma v timu ni dovolj razvita komunikacija, ki omogoča dobro razumevanje dejavnosti in sporazumevanje pri delu. Komunikacija pa je odvisna od znanja, ki ga imajo udeleženci o negi, da sploh lahko poglobljeno razpravljajo o zdravstveni negi in njenem razvoju. Pogoj je tudi svoboda posameznika v timu, sproščenost osebnosti, doživljanje enakopravne pripadnosti, pa demokratičnost, se pravi, da tim brez kakih posebnih predsodkov obravnava vse, kar je povezano z uspehom zdravstvene nege in humanejšo obravnavo bolnika.«

bomo mogli uveljaviti, če med izvajalci oziroma v timu ni dovolj razvita komunikacija, ki omogoča dobro razumevanje dejavnosti in sporazumevanje pri delu. Komunikacija pa je odvisna od znanja, ki ga imajo udeleženci o negi, da sploh lahko poglobljeno razpravljajo o zdravstveni negi in njenem razvoju. Pogoj je tudi svoboda posameznika v timu, sproščenost osebnosti, doživljanje enakopravne pripadnosti, pa demokratičnost, se pravi, da tim brez kakih posebnih predsodkov obravnava vse, kar je povezano z uspehom zdravstvene nege in humanejšo obravnavo bolnika.«

## 1990 – Mag. BOJANA FILEJ

»Obstajati danes in se razvijati v času, katerega osnovna značilnost so »spremembe«, pomeni izpolnjevati se in pridobivati nova znanja. Znanje in ustvarjalna moč sta ključni komponenti sodobnega življenja – zagotavlja jo stalno izobraževanje, ki se mu nihče ne more in ne sme izogniti. Neprekinjeno pridobivanje znanja in razvijanja lastnih sposobnosti za učenje in ustvarjalno razreševanje problemov omogoča človeku, da je sposoben vplivati na različne tokove gibanj, ki potekajo v njegovem okolju.

Osnova za razvoj permanentnega izobraževanja na področju zdravstvene nege je torej posledica razvoja

stroke. Ta se razvija od empiričnih izkušenj posameznih negovalk, preko samostanskih oblik negovanja in prvih poklicnih šol, vse do sodobnih konceptov zdravstvene nege.

Zavedati se moramo, da medicinske sestre tako s svojim znanjem in višjo strokovnostjo veliko pripomoremo k dvigu splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, k višji kvaliteti življenja posameznika ter k večji produktivnosti in razvoju družbe nasploh.

Citat: Marina Velepich: »Tudi za medicinsko sestro velja: Dober je le tisti, ki skrbi za to, da je s svojim znanjem vedno na tekočem, slab pa lahko postane dober le s kontinuiranim izobraževanjem.«

#### 1990 – VERA GRBEC

»Spoznanja iz preteklosti so pomembna za preživetje in razvoj, vse, kar delamo, prehaja iz preteklosti in ta od nas zahteva, da se premikamo v prihodnost. Hitro spreminjajoči se svet ter problemi, povezani s tem, nas pogosto prehitajo. Tako kot druge stroke se mora tudi zdravstvena nega prilagajati svetu, v katerem je temeljna zahteva znanje. Zato so pomembne točke za hitrejši razvoj izobraževanje, raziskovalno delo in sodobna organizacija dela.

Potreba po nadaljnjem izobraževanju medicinskih sester je bila v našem prostoru že nešteto izražena in utemeljena. Z možnostjo izobraževanja je povezana tudi usposobljenost za raziskovalno delo, ki je v stroki nujno. Kako bomo razvijali teorijo in prakso zdravstvene nege, je v veliki meri odvisno od izsledkov raziskovalnega dela. Organizacija pomeni okvir, znotraj katerega potekajo procesi delovanja, le ta jih lahko spodbuja, omejuje, zavira ali celo onemogoča.

Naša organizacija je v večini institucij že desetletja enaka, zastarela, rigidna in pomanjkljiva. Še posebej se to negativno odraža v službi zdravstvene nege. Za zdravstveno nego je namreč značilno:

- univerzalnost: praktično ni področja v zdravstvu, kjer ne bi bila medicinska sestra udeležena;
- številčnost članstva: medicinske sestre so najštevilčnejše med zdravstvenimi delavci;
- narava dela: medicinska sestra deluje neposredno ob bolniku/varovancu. V bolnišnici mora služba

zagotoviti neprekinjeno 24 ur trajajočo zdravstveno nego in oskrbo vse dni v letu.«

#### 1993 – NANA DOMAJNKO

»Ustanovitev Zbornice zdravstvene nege Slovenije je sprožil krog dogodkov in nujnost, da se enakopravno vključimo v graditev sodobnega sistema zdravstvenega varstva. Vloga zbornice bo v tem, da bo skrbela za skladen razvoj stroke, da bo zastopala interese vseh članov in jim nudila pravno zaščito in pomoč. Prek nje mora zdravstvena nega pridobiti ugled, z avtonomnim nadzorom pa zagotoviti vestno, k varovancem usmerjeno individualizirano zdravstveno nego.

Sodoben pristop zahteva tudi porazdelitev vlog med različnimi profili zdravstvenih delavcev. V današnjem času posameznik ne more dosegati optimalnih rezultatov niti v osebnem življenju, še manj pa na profesionalnem področju. Prihodnost je v sodelovanju. Timsko delo mora zaživeti, kajti različni profili zdravstvenih delavcev, ki realno nastopajo v zdravstvenem timu, morajo usklajeno in odgovorno delovati. Moč timskega dela se mora odražati v zdravstveni zakonodaji in v drugih aktih.«

#### 1999 – PETRA KERSNIČ

»Ali se zavedamo, kaj imamo, in/ali se zavedamo, da se imamo oziroma imamo eden drugega? Da smo v svetovni organizaciji medicinskih sester že od leta 1927, da imamo 72 let staro nacionalno združenje medicinskih sester, 7 let staro Zbornico zdravstvene nege, pet let star Sindikat delavcev v zdravstveni negi! Vse so in smo ustanovili z željo po razvoju, po medsebojnem strokovnem in moralnem podpiranju! Vse ali skoraj vse je mogoče, kadar ljudje v neki stroki delujejo v tesnem partnerstvu z vsemi, ki so za zadovoljevanje potreb uporabnikov in profesionalcev potrebni – in to je edina prava vstopnica za 21. stoletje!«

UDK 614.253.5(061.1) – 863 – 20

ISSN 0350-9516

# zdravstveni obzornik




---

## ČLANKI

Dileme v razvoju dializne terapije – S. Vrhovec	217
Dieta pri bolnikih na CAPD – D. Mlinšek	225
Hospic – zavetje za umirajoče – M. Skoberne	237
Nevarnostni dejavniki in možnosti preprečevanja raka – M. Primic-Žakelj	251
Operativno zdravljenje bolnikov z rakom debelega črevesa in danke v Bolnišnici Celje v letih 1980–1989 – J. Avžner	263
Dejavniki tveganja pri nastanku kroničnih bolezni – D. Pokorn	269
Izkušnje pri psihoterapevtskem delu s skupino osebja – B. Kogovšek, L. Škerbinek	279
Zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre v otroškem dispanzerju – M. Švara	283

---

**Zdrav Obzor      letnik 27      strani 217–356      št. 5–6      1993**

---

# IZZIV NOVEGA TISOČLETJA ZA SLOVENSKO ZDRAVSTVENO NEGO: VZPOSTAVITEV ZNANSTVENE OSNOVE DEJAVNOSTI

Majda Pahor

Znanstvene ugotovitve o določeni dejavnosti nastajajo z raziskovanjem, ki praviloma poteka v okviru univerz in njihovih raziskovalnih inštitutov. Namen tega pisanja je ravno razmišljanje o povezanosti dveh pojmov, pojma univerza in pojma medicinske sestre oz. zdravstvena nega kot njihovo delovno področje.

Razprava bo poskušala odgovoriti na tri vprašanja:

1. Kaj univerzitetno izobraževanje nudi ali omogoča medicinskim sestram oz. zdravstveni negi?
2. Kaj zdravstvena nega oz. medicinske sestre prinaša/jo univerzitetnemu izobraževanju?
3. Kaj lahko nastane iz tega srečanja?

Procesi, o katerih je govora, potekajo v okoliščinah poznomoderne družbe, za katero je značilna spremenljivost in fluidnost identitet ter razpadanje »velikih zgodb«. Hkrati procesi globalizacije na novo razslojujejo obstoječe strukture in zahtevajo nenehno prilagajanje.

## Kaj omogoča univerza?

Glavni funkciji univerze sta produkcija in širjenje znanstvenega znanja. S tema dejavnostima se ukvarjajo raziskovalci in učitelji različnih disciplin. Običajna vstopnica za samostojno delo je doktorat znanosti. Raziskovanje in poučevanje na univerzah se hitro razvijata, tako glede števila vključenih kot glede širine in globine obravnavanih vprašanj. Razvoj raziskovalnega dela povečuje število disciplin, na osnovi katerih se odpirajo novi in novi študijski programi. Raziskovalna in pedagoška dejavnost postaja hkrati čedalje bolj specializirana in čedalje bolj povezana v interdisciplinarne in multidisciplinarne projekte.

Na univerzi poteka raziskovanje, to je na znanstveni metodologiji zasnovano produciranje novega znanja, ki je osnova za poučevanje. Ne gre pa le za prenašanje znanja kot takega, ampak tudi, in čedalje bolj, za spretnosti za uporabo tega znanja, za aplikativne prijemne in znanja. Študenti, ki se vpišejo na univerzo, torej lahko pričakujejo, da bodo pridobili znanja o teoriji in metodologiji določene stroke. Hkrati pa si univerzitetno izobraževanje postavlja za cilj, da usposobi študente za samostojno strokovno delo, kritično mišljenje in uporabo teoretičnega znanja.

Na univerzah delujejo številne akademske discipline, ki so se vzpostavile kot take na različne načine. Nobena pa se ni čez noč oblikovala v zaokroženo celoto, za vsako je bolj ali manj ovinkasta pot, polna ovir in kompromisov. Prav tako pa tudi pred njimi – saj spremenljivo okolje postavlja vsak dan nove izzive.

## Zdravstvena nega

Sedanja dejavnost zdravstvene nege ima dve izhodiščni točki. Prva je *tradicionalna zdraviteljska in negovalna (skrbstvena) vloga žensk v družini in skupnosti*. Mogoče je, da ta vloga izhaja iz materinske vloge žensk, iz materinjenja, pri čemer gre za prepoznavanje in podporo potreb šibkejšega (Sevenhuijsen, 1998). Tudi pojem nege že etimološko pomeni »pomoč pri okrevanju, zdravljenje«, ali »pomoč, da nekdo spet postane živahen« (Snoj, 1997). Skrb tu uporabljamo v smislu angleške besede *care*, iz latinske *caritas*, kar pomeni »ljubezen do bližnjega, dejavna ljubezen, naklonjenost, ki jo izražamo z dejanji« (Verbinc, 1974). Druga izhodiščna točka dejavnosti je *vzpon bolnišnic v devetnajstem stoletju z medicinskimi sestrami kot zdravnikom podrejeni poklicni skupini*. Skrb za bolne se je prenesla v institucije – bolnišnice, kjer se je organizirala na podoben način kot materialna proizvodnja v tovarnah. V okviru institucionalizacije in industrializacije skrbi za bolne je prišlo do nove delitve dela v bolnišnicah. Medicinske sestre so poleg pomoči zdravnikom pri posegih prevzele skrb za higieno, red, in nadzorovanje pomožnih delavcev in bolnikov. Za vzpon bolnišnic in industrializacijo skrbi bi lahko s Habermasom rekli, da pomeni premik dejavnosti sveta življenja v sistem in njihovo podreditev pravilom igre v sistemu (Habermas 1984, Scambler 1987).

Posledica teh dveh različnih izhodišč je, da sta se razvila dva različna besednjaka, ki opisujeta dejavnost zdravstvene nege. Pogojno bi ju lahko imenovali »zasebni« in »javni« besednjak. V prvem prevladujejo besede kot so skrb, pomoč, potrebe, naklonjenost, povezanost, bližina, čustva, sočutje, dobrot, nega, nežno ravnanje. Drugi, »javni« besednjak se opira na drugačne besede: standardi, pravila, nadzor, red, hierarhija, organizacija, kadri. Ta dvojnost, ki sicer ni značilna samo za zdravstveno nego, je tipičen rezultat modernizacije. Pozna moderna jo preoblikuje – tudi npr. tako, da se zlasti v najhitreje se razvijajočih dejavnostih hierarhija »plošči«, pojavlja se »novi« pro-

fesionalizem, meje med disciplinami se brišejo z interdisciplinarnim in medsektorskim delovanjem, pojavlja se intelektualni nomadizem kot potovanje preko tradicionalnih meja akademskih panog (Sevenhuijsen, 1998, Bury, 1998).

*Tradicionalno izobraževanje za zdravstveno nego je bilo v funkciji industrializacije skrbi za bolne.* Tipičen princip šol za medicinske sestre v Evropi do druge polovice 20. stoletja, ponekod pa še dlje, je bil npr. »praksa je več kot teorija«, zlasti v smislu, da je obstoječe pomembnejše kot možno. Drug princip je bil izpeljan iz pomočniške vloge medicinskih sester, in se je kazal v prepričanju, da je pomembno znati »kako« nekaj narediš, ne pa »zakaj« to narediš. Take šole so seveda zagotavljale množično produkcijo vodljive delovne sile. V spominih mnogih medicinskih sester so zato ostale kot »šole uboganja«, ki so temeljile na spoštovanju avtoritete kot osnovni vrednoti.

### Univerza in zdravstvena nega

Prvi univerzitetni program za zdravstveno nego v Evropi so odprli leta 1956 na univerzi v Edinburghu, do začetka devetdesetih pa se je izobraževanje za zdravstveno nego večinoma v celoti preselilo na postsekundarno raven, ponekod visokostrokovno, v večini držav pa tudi na univerzitetno. Večina evropskih držav je binarnost ukinila in s pomočjo kreditnega sistema ter jasno definiranih pogojev prehoda omogočajo pridobitev vseh stopenj izobrazbe. Nekatere, npr. Slovenija, pa še ohranjajo ločenost in neprehodnost visokostrokovnega in univerzitetnega študija.

Univerzitetno izobraževanje za ZN je rezultat večih dejavnikov. Po eni strani je posledica prizadevanja poklicne elite za profesionalizacijo dejavnosti, po drugi pa tudi rezultat družbenih trendov splošnega zviševanja izobrazbene ravni v 60. in 70. letih, ko so dokazali ekonomske učinke izobrazbe in vpliv na gospodarski razvoj. V nekaterih zahodnoevropskih državah so nanj vplivala tudi ženska gibanja.

Kljub tem splošnim trendom pa je bil konkreten vzorec oblikovanja univerzitetnega študija za ZN v različnih evropskih državah praviloma rezultat osebnega prizadevanja. Zgodbe o začetkih so si zelo podobne. Ob koncu 50. ali v začetku 60. let se je pojavila izjemna posameznica, ki kljub socializaciji v »šoli uboganja« ni bila zadovoljna in je želela pridobiti več znanja. Vpisala se je na univerzo, praviloma na katero od družboslovnih fakultet, najbolj pogosto na psihologijo, sociologijo ali filozofijo, a ob tem ohranila svojo identiteto kot medicinska sestra. Ko je diplomirala in kasneje pridobila tudi magisterij in doktorat ter se uveljavila kot znanstvenica, je podpirala in pomagala mlajšim kolegicam, da so dosegle višje nazive in jim kot mentorica omogočala, da so raziskovale svoje poklicno področje in oblikovale novo akademsko področje. Sčasoma so tako na univerzah nastajali

oddelki za zdravstveno nego in raziskovalni inštituti ter raziskovalne enote npr. v večjih kliničnih centrih. Zgodba je na tak način potekala predvsem v zahodni in severni Evropi, medtem ko so izjemne posameznice v srednji in vzhodni Evropi imele dosti manj možnosti za uveljavitev v veliko bolj patriarhalnem in rigidnem okolju.

Prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven pa povzroča tudi veliko problemov. Med njimi je prisoten tudi spopad med različnima kulturama teh dveh okolij. V okviru univerze je poudarek predvsem na raziskovalnem delu, nato na pedagoškem in manj na organizacijskem, prevladuje visoka stopnja individualnosti in notranje motiviranosti raziskovalcev in učiteljev. Kultura bolnišničnih šol pa je bolj hierarhična, organizacijske in pedagoške naloge so v ospredju, organizacija je rigidnejša.

Učitelji dostikrat boleče doživljajo problem prehoda, zlasti tisti, ki so se kot učitelji izoblikovali v tradicionalnih oblikah izobraževanja. Ker so sami »odrasli« v hierarhičnem, strogem okolju, imajo probleme z odprtostjo akademskih debat. Učitelj na tej stopnji naj bi bil koordinator študija, ne več predavatelj ex cathedra. Problem je tudi povezava s prakso – ali bi bile kombinirane zaposlitve (pol klinika, pol šola) rešitev? Učitelji imajo pomembno nalogo vzornikov. Ali se tako obnašajo do študentov, kot želijo, naj bi se oni obnašali do bolnikov, in omogočajo študentom, da »izkusijo skrb« za njih med študijem?

Kaj torej lahko nastane iz srečanja med univerzo in zdravstveno nego?

Univerza nudi prostor za svobodno in enakopravno razpravo na osnovi argumentov, kar po Habermasu lahko omogoči izhod iz paradoksa racionalnosti, v katerega se zapleta institucionalizirano zdravstveno delo. Kritična znanost lahko opravi svojo emancipacijsko vlogo. Zdravstvena nega pa prinaša na univerzo novo, na akademski način prej neobdelano polje – polje skrbi, svojo holistično naravnost in etično prakso. Univerza ponuja znanje o sistematičnem proučevanju pojavov z ustreznimi raziskovalnimi metodami. Srečanje med zdravstveno nego in univerzo torej lahko omogoči *misliti skrb kot kognitivno, reflektirano in moralno prakso*. To pomeni, jo empirično raziskati in objaviti, narediti vidno, da postane politično pomembna, da omogoča razumevanje in pomeni osnovo za presojo javnih zadev.

Zdravstvena nega lahko s pomočjo univerze (sistematičnega raziskovanja in kritične, odprte razprave) prinese v javno sfero skrb kot temeljni odnos med ljudmi in dokaže, da je možno združiti zasebno in javno. Kajti, *skrbna presoja javnih zadev je v demokratični družbi državljanska pravica*. In skrbna presoja je *presoja s skrbjo*, je prepoznavanje *ranljivosti sebe, drugih in okolja*, In *naklonjeno ravnanje*. Etika skrbi je humanizem postmoderne družbe (Sevenhuijsen, 1998).

Vprašanje je, ali tiste skupine v slovenski družbi, ki imajo moč za odločanje, vidijo potencialno vlogo znanstveno utemeljene zdravstvene nege za razvoj kakovostnega življenja prebivalcev te države. Verjetneje

je, da bodo morale pripadnice tega poklica same, ali v povezavi z ne tako maloštevilnimi zavezniki, uveljaviti spremembe v tej smeri.

---

Pahor M. Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: vzpostavitev znanstvene osnove dejavnosti. *Obzor Zdr N* 2000; 34:173–5.

CODEN: OZNEFS

UDK 614.253.5(061.1) = 863 = 20

ISSN 1318-2951

# OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

STROKOVNO GLASILO ZBORNICE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE  
SLOVENIJE - ZVEZE DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN  
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



## UVODNIK

Pogled na prakso zdravstvene nege (L. Lednik) 185

## ČLANKI

Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? (B. Škela Savič) 187

Model e-dokumentiranja patronalne zdravstvene nege (U. Rajkovič, O. Šušteršič, J. Zupančič) 197

Preoperativni odvzemi krvi za avtotransfuzijo na Zavodu RS za transfuzijsko medicino (C. Gregorc, A. Strauch) 205

Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo (S. Kadivec, M. Kolnik) 215

Sodobno vodenje trajne astme (M. Košnik, S. Šušteršič, M. Fležar, K. Osolnik, M. Zidar, S. Štrgar, S. Kadivec) 223

Zadovoljstvo zdravstveno negovalnega osebja v zdravstveni negi in oskrbi v Domu upokojencev Idrija (K. Kobač Straus) 229

Poškodbe zdravstvenih delavcev z ostrimi predmeti (T. Koster) 237

NOVOSTI – IZKUŠNJE – POBUDE 243

BELEŽKA OB KNJIGI 255

Obzor Zdr N Ljubljana Letnik 40 Strani 185–264 Št. 4 2006



# SLOVENSKA ZDRAVSTVENA NEGA – QUO VADIS

*Bojana Filej*

Številne družbene in politične spremembe, ki so pretresale še zlasti države srednje in vzhodne Evrope, so prinesle korenite spremembe. Tudi Slovenija pri prehodu iz socialističnega družbenega reda v liberalni kapitalizem, iz industrijske tradicionalne družbe v postindustrijsko sodobno družbo pri tem ni bila izjema. Doživela je korenite spremembe, katerih razsežnosti so na posameznih področjih različne. Spremembe so temeljito vplivale na zdravstveni sistem, ki se še vedno spreminja. Zdravstveni sistem načeloma ne sodi med proizvodne dejavnosti, vendar pa je jasno, da končni rezultati zdravstvene dejavnosti vplivajo tako na ustvarjanje nove vrednosti in na povečanje ali zmanjšanje nacionalnega dohodka. Pojav tržnosti in konkurenčnosti je vse bolj v ospredju tudi v zdravstvu. Do nedavnega še tuja vsebina izrazov »tržnost« in »konkurenčnost« postaja vse bolj prisotna pri vsakodnevem delu.

Ne moremo prezreti dejstva, da je tudi zdravstvena nega, tako kot druge poklicne dejavnosti, vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja ter da vsaka politična, družbena, zakonodajna ali ekonomska sprememba vpliva nanjo.

V slovenskem prostoru smo si začrtali smeri razvoja zdravstvene nege že v dolgoročnem programu razvoja zdravstvene nege in postavili strategijo in vizijo razvoja stroke.

Dokument je leta 1993 pripravil Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego v sodelovanju z Zbornico zdravstvene nege Slovenije. Program je bil sestavljen iz splošnih usmeritev in iz programov za ožja področja zdravstvene nege. V tem času je slovensko zdravstvo zajadralo v zdravstvene reforme, ki še vedno trajajo. V navedeni strategiji smo sicer že lahko predvideli nekatere trende razvoja zdravstvene nege, saj je bila nova zdravstvena zakonodaja že sprejeta, vendar vseh sprememb nismo niti mogli niti znali predvideti. Dogodile so se na povsem drugačen način in v drugačnih razsežnostih.

Če program ocenjujemo sedaj, lahko rečemo, da je bil vsaj v nekaterih predvidevanjih kar precej idealistično naravnani, zato smo realnost kot posledico restrikcij zdravstvenih reform toliko težje občutili. Iz leta v leto je vse bolj prevladoval ekonomski vidik in jasno je, da bo tako tudi v prihodnje.

Spremembe so se začele najprej v osnovni zdravstveni dejavnosti, ko je zdravstvena zavarovalnica začela urejati zdravstveni sistem na področju normiranja kadra, storitev, financiranja... Zdravstvena zakonodaja je omogočila uvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti, ki še danes poteka dokaj stihijsko. Posledica tega je, da marsikateri zdravstveni dom ne oprav-

lja več tistih zdravstvenih dejavnosti, ki jih določa zakonodaja. Številne medicinske sestre in zdravstveni tehniki so se v tem času soočili s težko odločitvijo, ali oditi z zdravnikom v zasebno dejavnost, se zaposliti na drugem delovnem mestu ali v drugem zavodu. Ministri, ki so se v tem času izmenjali, so v večini primerov prihajali iz sekundarne ali terciarne dejavnosti in so v glavnem zagovarjali stališče, da je potrebna popolna privatizacija zdravstvenih domov, ne glede na to, da so izvajali takšno zdravstveno varstvo, da je bilo za zgled marsikateri visoko razviti državi. Sedanji minister zagovarja tudi stališče, da zdravnik koncesionar ne potrebuje ob sebi strokovno usposobljenih kadrov – medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ampak je po njegovem mnenju dovolj le administrativna pomoč, kot je to urejeno v Ameriki. Poza bil pa je na dejstvo, da je takšen sistem »zdravstveno obubožal« ameriško družbo.

Kadrovski normativi se iz leta v leto spreminjajo glede na sklenjene dogovore med zdravstveno zavarovalnico in zdravstvenimi zavodi. Temeljijo le na statistično izračunanih povprečjih. Zasebniki pogosto ne spoštujejo trenutno predpisanih kadrovskih normativov, niti glede številčnosti niti glede izobrazbe. Zdravstvena služba zato ni nič bolj poceni, saj zasebnik dobi enako plačilo za zdravstveni tim kot javno zdravstvo. Gre le za bogatenje zasebnika na račun pacienta, saj je ta prikrajšan, če ga obravnava nezadostno in neustrezno izobraženo osebje, pa tudi marsikatera preiskava mu je odtegnjena na račun zasebnikovega varčevanja. Zagovorniki zasebne dejavnosti tudi trdijo, da je ta bolj kakovostna, bolj humana in bolj prijazna do pacienta. Le kako je vse to mogoče doseči samo z administrativnim kadrom?

Pomemben ni dispanzer kot organizacijska oblika, temveč dispanzerska metoda dela. S tem se seveda strinjam, vendar je dispanzersko metodo možno izvajati le z ustrezno izobraženim kadrom, ki lahko izvaja zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, čemur sedaj dajemo velik poudarek in kar je zapisano tudi v nacionalnem programu razvoja zdravstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004.

Vsekakor pa bo postajala vse bolj pomembna patronažna dejavnost, ki se bo v prihodnje morala krečiti. Patronažna medicinska sestra je poleg zdravnika in fizioterapevta opredeljena kot nosilka dejavnosti. Je edina dejavnost v zdravstveni negi, ki ima zakonsko opredeljeno dokumentacijo, predpisano zbiranje vrste statističnih podatkov in ki je financirana na osnovi storitev.

Število patronažnih medicinskih sester bi se moralo v prihodnje povečati, saj se bo zdravljenje in inten-

zivna zdravstvena nega nadaljevala na pacientovem domu. Intervencije zdravstvene nege bodo zato vse zahtevnejše.

Opaziti je že občutno zmanjšanje ležalne dobe v bolnišnici, marsikje že za tretjino. Postavlja se celo že vprašanje, ali bodo dnevni prostori v bolnišnici sploh še potrebni. Zaradi intenzitete obravnave bodo morale biti medicinske sestre dobro usposobljene, sposobne za hitro ukrepanje in prilagajanje, vzpostavljanje empatičnega odnosa do pacienta bo zaradi kratkega časa obravnave postalo zelo naporno.

Zaradi tega se bodo pojavile različne oblike pomoči pacientom, ki jih bodo opravljale prostovoljne organizacije. Medicinska sestra bo prevzela naloge koordinatorja in učitelja pomoči pacientu na domu, ko bo po kratki hospitalizaciji odpuščen iz bolnišnice.

Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov se v bolnišnični dejavnosti ne bo zmanjševalo, kot je zapisano v nacionalnem programu, temveč bo prišlo le do prerazporejanja. Zato mora biti seveda jasno opredeljena delitev dela med posameznimi profili glede na raven izobrazbe, služba zdravstvene nege pa mora biti dobro organizirana.

Razmejitev zdravstvene nege je dokument, ki žal ni bil nikoli uradno sprejet. To je bil prvi poskus razmejevanja del in nalog med zdravstvenim tehnikom, višjo medicinsko sestro in zdravnikom, ki sicer ni bil odličen, vsekakor pa je bil dober in bi nam bil v veliko pomoč pri urejanju zdravstvene nege in pri organizaciji dela ter s tem pri določitvi pristojnosti in obveznosti. Nihče nas ni pozval ali zahteval od nas določenih sprememb, dokument preprosto ni bil sprejet. Nove naloge, ki se postavljajo pred medicinske sestre zaradi spremenjene demografske slike, zaradi trenutne nove usmeritve zdravstvene politike, ki daje prioriteto promociji zdravja, zaradi pojava sekundarijev, seveda bistveno posežejo v obstoječo razmejitev. Zato bo potrebno dokument dopolniti in si šele nato prizadevati za to, da bo sprejet.

Delitev dela bo uspešna, če bo v negovalni tim vključenih čim manj različnih profilov. Zato še vedno trdimo, da v negovalnem timu potrebujemo največ dva profila – diplomirano medicinsko sestro in sodelavca – tehnika zdravstvene nege. Fakultetno izobraženo medicinsko sestro potrebujemo v izobraževanju, v menedžmentu in razvoju stroke.

Vse pomembnejše postaja kakovostno dodiplomsko izobraževanje in seveda tudi trajnostno izobraževanje, saj je znanje tista kategorija, ki glede na današnji intenzivni razvoj družbe in znanosti zelo hitro zastari.

Danes imamo dve visoki strokovni šoli za izobraževanje diplomiranih medicinskih sester. Izobraževanje, ki poteka v sklopu univerze in traja tri leta, za vpis pa so določeni enaki pogoji kot za ostale fakultete, je primerljivo z evropskim izobraževanjem, kot ga zahtevajo Evropska skupnost, Svetovna zdravstvena organizacija in Svet Evrope. Izobrazba diplomira-

ne medicinske sestre pri nas je torej primerljiva z evropsko ravni (angl. »registered nurse«).

O primerljivosti vsebin izobraževalnega programa pa žal ne moremo govoriti, saj so te še vedno močno medicinsko obarvane. Zato si moramo prizadevati za tako vsebino predmetov, ki bodo prilagojene potrebam medicinskih sester za izvajanje celostne, kakovostne in k pacientu usmerjene zdravstvene nege. Prizadevati si moramo za vsebine, ki bodo bodoče diplomirane medicinske sestre naučile timskega sodelovanja in spoštovanja vseh, ki prispevajo svoj delež k uspešni obravnavi pacienta, upoštevanju stroškovne učinkovitosti pri svojem delu ter zavedanju dejstva, da so soodgovorne za razvoj humane zdravstvene službe.

Učne baze bodo morale biti verificirane skladno z usmeritvami evropske strategije izobraževanja, ki jo je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija in ki so jo njene članice na drugi evropski ministrski konferenci o zdravstveni negi v Münchnu tudi sprejele. Vse predavateljice medicinske sestre in mentorice, ki bodo vodile klinične vaje, bodo morale imeti znanje in izkušnje v praksi. Le na ta način bodo diplomanti lahko dobivali evropske diplome, s čimer jim bo omogočeno nemoteno zaposlovanje v državah Evropske unije.

Medicinska sestra mora s svojim strokovnim znanjem postati razmišljujoča partnerka zdravniku in nepogrešljiva strokovnjakinja v zdravstvenem timu. Znanja različnih strokovnjakov se morajo dopolnjevati, njihova mnenja pa spoštovati. To je tudi pogoj, da bo timsko sodelovanje zares zaživelo in da ne bodo odnosi med različnimi poklici zaostreni kot sedaj, ko si vsak poklic posebej išče ustrezno pozicijo in priznanje v družbi. Čimprej se bomo zavedli, da je vsak poklic v zdravstvenem sistemu le eden izmed členov verige, ki je čvrsta le toliko, kolikor je čvrst njen posamezni člen in da k ozdravljenju pacienta prispevajo prav vsi, tem hitreje bodo lahko medicinske sestre v prihodnje prevzele nove naloge. Ena izmed takih nalog je zagotovništvo kot specifični vzorec njihovega dela.

Medicinske sestre pogosto menijo, da je koncept zagotovništva in pomoč pacientom, da sprejmejo odločitve, v nasprotju s konceptom negovanja. V bistvu pa je razlika odvisna le od etičnih načel in volje posameznika, ki prevzame to vlogo. Medicinske sestre so zato dolžne posredovati pacientu znanje, ki ga le-ta potrebuje za izbiro in sodelovanje v odločanju ter mu zagotavlja svobodo. Argument za nov koncept je predvsem ta, da so medicinske sestre nenehno v stiku s pacientom in njegovo družino in to jim mora pomeniti vrednoto. Za izvajanje navedenega koncepta je potrebno posebno izobraževanje, ki bo medicinskim sestram omogočalo, da bodo obvladale takšno komunikacijo in spretnosti ter razvile etiko, kar jim bo omogočilo soočanje s problemi znotraj te vloge.

Vendar pa medicinske sestre še vedno niso dovolj vplivne znotraj zdravstvenega sistema, da bi to vlogo prevzele.

Vse pomembnejše postaja tudi zavedanje lastnih pristojnosti, ki nam jih daje določena stopnja izobrazbe, z njimi povezani odgovornost in pravica odločanja v vseh razsežnostih. Odgovornost tudi pri nas vzporedno z razvojem profesije dobiva svojo razsežnost. Dobro moramo razmisliti, kaj odgovornost pravzaprav pomeni v praksi.

Zato je nujna zakonska ureditev dejavnosti zdravstvene nege, saj tudi naša družba pričakuje, da bodo zaposleni na tem področju lahko ustrezno izpolnjevali odgovorno vlogo ob čedalje večjih strokovnih zahtevah in pričakovanih ljudi. Zakon o dejavnosti zdravstvene nege bo v korist tako uporabnikom, ki bodo zaščiteni pred nestrokovno opravljenimi storitvami, kot tudi izvajalcem zdravstvene nege, da bodo zagotavljali kakovostne intervencije zdravstvene nege. Zakon naj bi tudi spodbujal razvoj stroke ter omogočal doseči strokovnost, identiteto in družbeni položaj izvajalcev zdravstvene nege ter jim zagotovil ustrezen socialno-ekonomski položaj.

Še vedno smo država v tranziciji, ki si prizadeva za posodobitev in evropeizacijo zdravstvenega sistema in ko je na pohodu liberalni kapitalizem, v katerem prevladuje vsesplošna konkurenčnost, ko denar marsikje pomeni vse, ko ima vse, tudi prijazna beseda, svojo ceno in ko marsikomu prijateljstvo pomeni bolj malo ali pa celo meni, da ga je možno kupiti.

Zato si moramo prav vsi prizadevati za dobre medosebne odnose in poudarjati pomen komunikacije v odnosih med ljudmi, ki so pogosto neskončno zapleteni. Čeprav je res, da imajo nekateri od nas več talenta za ustvarjanje dobrih odnosov z drugimi, drugi manj, to nikakor ni nedoumljiva skrivnost ali nedosegljiva večšina, ampak naravnost do ljudi, ki jo lahko zavestno izberemo, in spretnost, ki se je lahko naučimo.

Razvoj tehnologije gre bliskovito naprej, odnosi med ljudmi pa ostajajo nespremenjeni ali celo nazadujejo, namesto da bi napredovali. Zavedati se moramo pomena medosebnih odnosov, ki postajajo vse pomembnejši in morda se bo, širše gledano, okrog njih vrtelo novo tisočletje. Vsi si želimo biti cenjeni, upoštevani, priljubljeni, sprejeti, sproščeni, svobodni... Eni bolj eno, drugi bolj drugo, eni na tak, drugi na drugačen način. Tega si želimo med seboj, v odnosu do zdravnikov in drugih sodelavcev, tega si želijo tudi pacienti in njihovi svojci.

Tudi medicinske sestre so vse pogosteje pod drobnogledom pacientov in niso redke pritožbe v zdravstvenih zavodih zaradi njihovega neljubeznivega odnosa, zaradi prekoračitve kompetenc ali nestrokovnega ravnanja. Medicinske sestre bodo zato morale prevzeti odgovornost za pacienta kot človeka ter soodgovornost za humanizacijo zdravstvene službe in za varstvo vseh pacientovih pravic ali pravic

njegovih svojcev ali zanj pomembnih drugih. Vsa prizadevanja morajo biti usmerjena v pridobivanje ugleda poklica medicinske sestre in zdravstvenega tehnika.

Proces zdravstvene nege kot temeljna metoda dela medicinskih sester omogoča, da medicinske sestre neprekinjeno ugotavljajo pacientove potrebe in jih nenehno vrednotijo. Pacient je celovita in avtonomna osebnost, ki zahteva spoštovanje. Medicinske sestre, bolj kot drugi strokovnjaki, imajo dostop do varovanca v vsakem stanju njegovega zdravja ali bolezni. Edinstvenost te zveze med medicinsko sestro in pacientom temelji na medsebojnem zaupanju, razumevanju in vsakodnevnih odnosih. Prizadevanja po celostni in k pacientu usmerjeni obravnavi se morajo torej nadaljevati.

### Sklep

Ko želimo odgovoriti na vprašanje, kam gre slovenska zdravstvena nega, se pojavljajo tudi druga vprašanja.

Ali se razvija dovolj hitro? Ali sledimo vsem usmeritvam tistih mednarodnih institucij, katerih člani smo? Ali bomo medicinske sestre in zdravstveni tehniki kdaj dosegli družbeno priznan status in ekonomsko ustrezno vrednotenje svojega dela? Ali bomo sploh kdaj sodelovali in soodločali v zdravstveni politiki? Ali bomo lahko učili bodoče medicinske sestre o tistih vsebinah, ki so za njihovo delo in za opravljanje kakovostne zdravstvene nege zares potrebne? Ali se nam vendarle ne bo potrebno vedno znova dokazovati, utemeljevati in začenjati zopet na začetku poti, ko se zamenjajo politična usmeritev in interesi ali pa se zamenjajo tisti ljudje, ki imajo moč in vpliv?

Seveda ni možno natančno opisati smeri razvoja slovenske zdravstvene nege, saj so predvidevanja glede prihodnosti prezahtevna in v tranzicijskem obdobju nepredvidljiva. Odgovore nam bodo dali tisti, ki danes začenjajo svojo poklicno pot in se v šolskih klopih seznanjajo z vso razsežnostjo zdravstvene nege. Ali kot je zapisala prof. dr. Martha Rogers leta 1966: »Zgodba o zdravstveni negi je veličasten ep o pomoči človeštvu. Pripoveduje o ljudeh: kako se rodijo, živijo in umirajo; o zdravju in bolezni; o radosti in žalosti. Njeno poslanstvo je prenašanje znanja v pomoč človeku. Zdravstvena nega je sočutna skrb za ljudi. Je srce, ki razume, in so roke, ki blažijo. Je razum, ki združuje mnogo naučenega v pomoč s polno vsebino. Za študente zdravstvene nege je prihodnost bogata z zakladnico daljnosežnih možnosti – okrog tega planeta in proti nadaljnjim dosežkom človekovih odkrivanj novih svetov in novih idej. Njihovo poslanstvo je zadovoljevanje zdravstvenih potreb ljudi, ki jim je ta veda že dolgo posvečena.«

CODEN: OZNEF5	UDK 614.253.5(061.1) = 863 = 20	ISSN 1318-2951
---------------	---------------------------------	----------------



# OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

UVODNIK	183
Obzornik zdravstvene nege praznuje tridesetletnico (V. Gerbec)	
ČLANKI	
Filozofija zdravstvene nege (K. Urhancič, S. Krolej-Naumov, M. Medvedšek-Srrekar, D. Šlobe, I. Velušček)	187
Izobraževanje za medicinske sestre v Evropi (J. M. Cliff)	197
Pravni vidiki odgovornosti in varstva medicinske sestre (A. Šelih)	205
Pravica zarodka do življenja in pravica ženske do umetne prekinitve nosečnosti (I. Filipič)	213
Prednosti dojenja: osnova za zdravstveno vazo (S. Hoyer)	217
Ocnevanje pojavnosti bolečine v zdravstveni negi (E. Ščavničar)	223
Epidemiologija raka dojke in dejavniki tveganja (I. Tomač)	235
Visokostrokovni študijski program zdravstvene nege, porodniškoginekološka smer (M. Skoberne, A. Mihelič-Zajec, R. Dahmane-Golnak)	239
Menadžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester (M. Bohinc)	247
NOVOSTI – IZKUŠNJE – POBUDE	255
POROČILA	275
OSEBNE VESTI	279
LETNO KAZALO	281

Obzor Zdr N	Letnik 31	Strani 181–288	Št. 5–6	1997
-------------	-----------	----------------	---------	------

# ZA ŽIVLJENJE (IN DELO) V NENASILNI DRUŽBI

*Darinka Klemenc*

Namesto uvoda bom zastavila vprašanje: Kako je v zdravstveni negi, kot dejavnosti, ki ima v osnovi humanitarni prizvok, sploh mogoče razmišljati, kaj šele spregovoriti o nasilju, ali celo izvajati nasilje? Tako se sprašuje tudi dr. Majda Pahor, ki skozi prizmo sociološke znanosti dobri dve leti spremlja projekt na temo nasilja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (DMSZT) Ljubljana, in s katerim so se ob mednarodnem dnevu medicinskih sester 12. maju ukvarjale tudi naše stanovske kolegice in kolegi po vsem svetu. Geslo letošnjega praznika se namreč glasi: *Medicinske sestre so vedno tu za vas – združeni proti nasilju*.

Nasilno je že pisati o nasilju. Tako kot bi se dotaknili teme o podkupovanju ali čem podobnim. Nekaj je v človeški naravi, da težko sprejme razmišljanje o drugačnosti, pa tudi o pojavih, ki so v osnovi neprijetni. Če o njih ne spregovorimo, naraščajo in postajajo večji, še težje rešljivi. Slovenski nacionalni značaj je zatohel; introvertirani smo in agresivni, kar je po Janeku Musku nevarna kombinacija, ki se v najhujši obliki kaže v visokem odstotku samomorilnosti. Vid Pečjak pravi, da je »Slovence obnorel avto, kjer lahko izživljamo svoje agresivne in samoagresivne impulze, ki jih moramo zunaj avta brzdati«. V vsakdanjem življenju pa se izčrpavamo v besedah in dejanjih, ki nam v življenje ne prinašajo prijaznosti. Izkazalo se je, da je primeren poligon za nasilno izživljanje tudi delovno mesto – med drugim tudi v zdravstveni negi.

Ne vem več natančno, kako sva z Ireno Planinšek leta 1999 prišli na idejo, da raziščeva pojavnost nasilja v zdravstveni negi v Sloveniji. Treba je bilo diplomirati, pa še delo v ljubljanskem društvu nam je nalagalo izbor tematike za jesensko strokovno srečanje. Kar nenadoma se je pojavila iskrica, kot bakla je zagorela in raziskava je zajela vse medicinske sestre v Sloveniji. Rezultate raziskave smo na strokovnem srečanju DMSZT Ljubljana 4. decembra 1999 seveda objavili, priredili smo tudi tiskovno konferenco. Mediji so zadevo obdelali v njim lastnem slogu, slovenska srenja, predvsem naša lastna, pa je bila deljenih mnenj. Eni so obravnavano tematiko podprli in odobrvali, drugi pa so se vedli neprijazno in psihično ter verbalno nasilno. Za nas so se zanimale tudi resne institucije doma in v svetu. Kogice iz Skandinavije, kjer je družba bolj odprta, so nam čestitale za izbor tematike in raziskavo samo. Empirični podatki so bili primerljivi s tistimi v razvitih deželah sveta. Naša raziskava je pokazala, da je nasilje na naših delovnih mestih prisotno v dobrih 72 odstotkih. Gre za različne oblike

nasilnih dejanj, ki smo jih v grobem razdelili na psihično, verbalno, telesno (vključno s spolnim, ki so ga nekateri napihnilo čez mero dobrega okusa), ekonomsko in še druge oblike nasilja. Dokazali smo, da nasilje povzročamo vsi in smo ga vsi tudi deležni. Izvajajo ga različni povzročitelji: medicinske sestre same, bolniki, zdravniki, drugi zdravstveni delavci in sodelavci, bolnikovi svojci in drugi. Izkazalo se je, da je pojavnosti nasilja vseh vrst nekoliko manj kot v visoko ozaveščenih okoljih, saj ga ne zaznavamo, se nanj ne odzivamo, pa tudi kaj prida ne preprečujemo, še manj pa zdravimo posledice le-tega. A led je bil prebit; razbili smo ga na silo, bi lahko ocenila danes, saj drugače ne bi šlo. Prevelika nedotakljiva tema je to v delovnem okolju, ki je izrazito hierarhično urejeno, kot to še vedno velja za slovensko zdravstvo.

V publikaciji, ki jo pravkar prebirate, je bilo že leta 1995 objavljeno sporočilo ICN – Mednarodne organizacije medicinskih sester, ki je opozarjalo na »zlorabo in nasilje nad negovalnim osebjem«, pa je šlo to opozorilo kar mimo nas. Bilo je nekje daleč, verjetno v Afriki ali Južni Ameriki. Zanimivo je, da se v prvih pogovorih ali celo raziskavah vedno postavimo v vlogo žrtve, šele kasneje pogledamo širše in se pričnemo zavedati številnih možnih interakcij pri tem pojavu. Tako se je zgodilo tudi v naši raziskavi. S tem nakazujem delo vnaprej, ne samo medicinskim sestram, temveč tudi drugim poklicnim skupinam v zdravstvu in nenazadnje: kdo bo raziskal vse oblike nasilja, ki ga dnevno doživljajo bolniki? Ko so bili podatki o pojavnosti nasilja v slovenski zdravstveni negi znani, pa tudi malo razvpiti, smo se pričeli o tem pogovarjati na naših delovnih mestih. Večkrat za šalo, vedno pogosteje pa v resnih pogovorih. Posamezne komentarje s strani nekaterih zdravnikov in nekaj nasilja po nasilju s strani lastnih kolegic smo uspešno prestali. Sem in tja smo si zaupali, da smo res nasilni drug do drugega, predvsem v izčrpanju v lastni poklicni skupini, ki ga imenujemo horizontalno nasilje. Sledilo je obdobje prebiranja zbornika, ki smo ga izdali čez nekaj mesecev in ga razposlali vsem direktorjem in glavnim medicinskim sestram večjih zdravstvenih ustanov v Sloveniji, strokovnim knjižnicam in drugim. Istočasno so zaživel nekateri projekti, o katerih si nisimo v začetku upali niti razmišljati: »zgodil se je« varuh človekovih pravic za zaposlene v zdravstveni negi pri Sindikatu delavcev v zdravstveni negi Slovenije, oblikovana je bila Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Zbornici zdravstvene nege Slovenije, ki je aktivno pričela z delovanjem.

Klinični center je v Pravilnik o organizaciji in delovanju službe zdravstvene nege v zavodu vnesel elemente nenasilnega vedenja na delovnem mestu, kar je bil velik uspeh.

Nastopilo je leto 2001 z odrešujočim geslom ob mednarodnem dnevu medicinskih sester – 12. maju: »Združeni proti nasilju«. Počutili smo se modro in preroško, pa tudi malo utrujeno od akcijskega projekta, ki je šele s svetovno potrditvijo pridobil pravo veljavo. Nič ne de, bilo je vredno truda. Danes se lahko odprto pogovarjamo o stereotipih, ki medicinsko sestro še vedno prisiljujejo v razmišljanje, da je nasilno vedenje bolnika ali sodelavca del njenega poklica, da imata pogosto enako mnenje tudi javnost in sodstvo. Kolegice v patronažni zdravstveni negi, pa tiste v velikih ali manjših bolnišnicah ali zdravstvenih domovih po Sloveniji nas kličejo za nasvet, vabijo na predavanja in tudi varuh človekovih pravic na »našem« sindikatu je že pričel z delom. Povezali smo se tudi z institucijami, ki se ukvarjajo s sorodno problematiko

(Društvo za nenasilno komunikacijo, SOS telefon, Urad za politiko enakih možnosti, varuh človekovih pravic). Prav tako se povezujemo s strokovnjaki, ki nam pri našem delu lahko pomagajo, predvsem tistimi z družboslovnimi znanji. Katja Zabukovec, predsednica Društva za nenasilno komunikacijo pravi, da nas občasno daje za zgled kot primer dobre izpeljave akcijskega projekta. Zloženska *NE nasilju v zdravstveni negi* je prek Utripa prispela do vsake medicinske sestre in zdravstvenega tehnika v Sloveniji.

Namen našega delovanja je en sam: obravnavati te pojave z željo, da bo naše delovno okolje prijazno za vse, tako za bolnike/varovance/uporabnike, kot za naše sodelavce, pa tudi nas same. Zadovoljstvo na delovnem mestu je v teoretičnem smislu element kakovosti, sicer pa agregatni pojem, ki ga ne znam točno opredeliti, ker je preobširen. V praksi mi osebno pomeni zavedanje, da je prijaznost in odprtost do sočloveka tista, ki napravi življenje tudi v službi lepo, prijazno in nenasilno.

---

Klemenc D. Za življenje (in delo) v nenasilni družbi. Obzor Zdr N 2001; 35: 161–2.

# SLOVENSKI MANAGEMENT ZDRAVSTVENE NEGE V IZZIVIH SODOBNEGA ČASA

Peter Požun

Management se je razvijal skozi stoletja človeške zgodovine, pravi razcvet pa je dosegel v ZDA po drugi svetovni vojni ter se v drugi polovici 20. stoletja prenesel tudi na vse ostale celine. Če je bil management v začetku rezerviran za industrijo, je bila predvsem v ZDA že kmalu spoznana potreba po celovitem obvladovanju tudi nepridobitnih organizacij. Prve strokovne prispevke in modele so povzeli po organizaciji bolnišnic. Temu razvoju je nujno sledil tudi razvoj managementa zdravstvene nege, ki je predvsem v zahodnem svetu dosegel zavidljivo raven. Ko danes spremljamo dogajanja na tem področju, sta v ospredju dve temi. Prva in najbolj zaskrbljujoča je akutno pomanjkanje medicinskih sester v svetu in drugo so razmišljanja, ki smo jih slišali na letošnjem evropskem srečanju direktoric in direktorjev (v nadaljnjem besedilu direktorji) zdravstvene nege: to je preusmeritev pozornosti z managementa na vodenje ljudi (angl.: leadership).

Informacije o pomanjkanju medicinskih sester so k nam prihajale na različne načine. O tem smo v Sloveniji precej govorili, a tega žal dosedaj nismo mogli dokazati z veljavno analizo, kajti nimamo ustreznih orodij in meril, predvsem pa minimalnih kadrovskih normativov za izvajanje posameznega programa. Ko smo pričeli s kategoriziranjem bolnikov in na njem temelječih podatkih o potrebnih kadrih v zdravstveni negi, so se direktorji zdravstvenih zavodov, zdravstvene zavarovalnice in ministrstva držali za glavo, češ, kaj se greste. Marsikje trdijo še danes, da imajo dovolj ali celo preveč zaposlenih v zdravstveni negi. Morda res, morda gre za šibko organizacijo dela ali pa največkrat za to, ker gledajo na medicinske sestre kot na izvajalke zdravnikovih naročil. Žal pa vse ostalo, tisto temeljno poslanstvo, kamor sodi npr. komunikacija, ostaja nezabeleženo, neovrednotno in pogosto tudi neopravljeno.

Zunaj naše države posvečajo problemu pomanjkanja medicinskih sester veliko pozornosti in tudi aktivnosti. Najbolj zaskrbljujoče informacije prihajajo iz ZDA, kjer avtorji (Lyn Danninger – American Red Cross Starbulletin, 2001) navajajo, da študije kažejo, da bo pomanjkanje medicinskih sester v ZDA doseglo vrh v letu 2010, nadalje (Pat Anderson – Business Journal, 9/2001), da bo pomanjkanje medicinskih sester (RN) do leta 2020 doseglo 20 % ter da bo po vladnih projekcijah do leta 2008 potrebnih dodatnih 450.000 diplomiranih medicinskih sester (dr. Sanjay Gupta – CNN Medical News, 2001). O podobnih nižjih številkah govorijo kolegice in kolegi iz držav Evropske unije. V Franciji bo skrajšanje delovnega

tedna na 35 ur tedensko pomenilo, da bodo morali takoj zaposliti novih 11 % medicinskih sester (Danielle Cadet – Hospital Complex Rene Dubois, 2001). In kje vidijo rešitev? V 100.000 nezaposlenih španskih medicinskih sestrah, ki jih bodo dopolnilno izobrazili za francoske potrebe.

Ko je govor o vzrokih, se na prvem mestu pojavlja slaba podoba poklica medicinske sestre, kar vpliva na neodločanje za ta poklic, nadalje slabi delovni pogoji s prekomerno časovno obremenitvijo ter vse hitreje upokojevanje medicinskih sester brez ustreznega nadomeščanja. Na drugi strani se pojavlja nezadržna rast potreb po zdravstveni negi, tako v bolnišnicah kot tudi v osnovnem zdravstvenem varstvu. Zavedajoč se pomembnosti tega naraščajočega problema, se je politika v ZDA aktivirala. Tako je npr. kongresnik Tom Lantos (CNN Medical News, 2001) vložil v zakonodajni postopek zakon, ki bo zavaroval medicinske sestre pred preobremenitvami na enak način, kot to velja za posadke letal, »*saj nihče ne pričakuje od pilota, da bo nepretrgoma letel 18 ur, to pa povsem običajno pričakujemo od medicinskih sester*«. Minister za zdravstvo ZDA Tommy G. Thompson je v letošnjem letu namenil podporo v višini 27 milijonov ameriških dolarjev za povečanje števila kvalificiranih medicinskih sester. »*Medicinske sestre združujejo profesionalnost s sočutjem v zagotavljanju dobre, kakovostne zdravstvene nege. Ker potrebe po zdravstveni oskrbi naraščajo, je odločilnega pomena, da vzpodbudimo vse več naših najboljših študentov, da si izberejo zdravstveno nego za svojo karierno pot*«. S temi besedami je minister pospremil to akcijo.

Najdejo se tudi drugačni predlogi. Tako je direktor bolnišnice v Leccu (Italija) dr. Domenico Pozza nabavil medicinskim sestram »rolerje«, da se bodo lahko hitreje odzivale na klice bolnikov. »*Tako bomo olajšali posledice kroničnega pomanjkanja medicinskih sester*«. (www. ananova.com 2001).

Slovenija je po več kazalcih primerljiva z razvitim svetom, kamor si seveda želimo. To pomeni, da se bomo soočili z enakimi ali podobnimi vprašanji v zdravstveni negi, med drugim tudi s pomanjkanjem medicinskih sester. Ali bomo dovolj pozorni na opozorilne znake iz tujine in dogajanja na svetovnem trgu delovne sile in ravnali preventivno, ali bomo čakali, da pride do akutnih posledic? Vprašanje je namenjeno tako slovenski zdravstveni politiki kot tudi managerjem zdravstvene nege.

Celovito managersko obvladovanje organizacije obsega vodenje poslov (poslovodenje) in vodenje lju-

di k izidom/ciljem. Izhajajoč iz tega je bilo na 5. evropski konferenci direktorjev zdravstvene nege slišati skoraj heretične misli: »*Management smo prerasli, usmerimo se v leadership – vodenje ljudi.*« Seveda to izhaja iz okolja, v katerem delujejo direktorji zdravstvene nege. V skoraj vseh članicah Evropske unije so uvedli direktorja zdravstvene nege kot člana vrhovnega managementa – bodisi kot člana uprave ali pa izvršnega direktorja s svojimi pristojnostmi in odgovornostmi. Tako je v vseh angleških bolnišnicah, ki so v lasti njihove nacionalne zdravstvene zavarovalnice (NHS Trust) predpisana vodstvena struktura, ki jo poleg poslovnega in medicinskega direktorja sestavlja še direktor za zdravstveno nego, direktor za oskrbo, tehnični direktor, v nekaterih velikih bolnišnicah pa še finančni direktor.

Ko se v Slovenji še borimo za uveljavitev enakopravnega položaja zdravstvene nege v zavodih, za imenovanje direktorjev zdravstvene nege, je to v evropskem prostora uveljavljena norma. Direktorji zdravstvene nege so soodgovorni za celostno delovanje bolnišnic – izvajanje namena ter poslovanje, kar pa jih seveda odmika od stroke zdravstvene nege. Zato dajejo vse večji poudarek managerjem zdravstvene nege na taktični, še bolj pa na operativni ravni, torej oddelčnim in timskim vodjem. Le-ti postajajo temeljni nosilci – vodje sprememb, tako s svojo osebnostno močjo kot močjo položaja. Na osnovi ugotovitev

obsežne raziskave, ki jo je izvedla angleška vlada o razmerah v njihovem javnem zdravstvu, so izdelali nacionalni program usposabljanja in krepitev moči vodij na operativni ravni kot del nacionalne strategije razvoja zdravstvenega varstva. V program bo v dveh letih vključenih 32 000 vodij zdravstvene nege v angleških bolnišnicah – članov angleškega združenja medicinskih sester. S tem bodo popravili pomanjkljivost, ko so za vodje postavljeni ljudje samo na osnovi svojih odličnih sposobnosti za klinično delo. Ali kot je to morda prisotno v našem okolju, glede na simpatije s strani predstojnika? Tem vodjem žal ni bila dana možnost, da bi se učili vodenja ljudi na sistematičen način in ne samo z vzgledom starejših kolegic ali prek dela. Model managementa z učenjem na napaakah je samo še predmet zgodovine.

Izziv za slovenske managerje zdravstvene nege, za obe visoki šoli za zdravstvo, za ministra za zdravje, za vodstva zavodov?

Pozorneje bomo morali spremljati dogajanja na področju zdravstvene nege v svetu, ne samo v ozkem strokovnem področju, temveč širše v družbenem okolju.

Bi lahko bil to del odgovora na vprašanje *Slovenska zdravstvena nega – quo vadis* (Bojana Filej; Obzornik zdravstvene nege 3-4,2001)? Morda, kajti odgovor je bil: »*Kamor grem, zdaj ne moreš za menoj, prišel pa boš pozneje.*« (Evangelij po Janezu 13,36)



# MED CIVILNO DRUŽBO IN STROKOVNIM ZDRUŽENJEM

*Petra Kersnič*

Civilno družbo po mnenju večine strokovnjakov in teoretikov sestavljajo državljani, ki na kakršenkoli način – najpogosteje kolektivno – izražajo svoje interese, ideje, predloge, izmenjujejo informacije ter dosega skupne cilje – predvsem pa postavljajo svoje zahteve državi. Civilna družba v svojih zahtevah državi najpogosteje zahteva ugodnosti, koncesije, spremembe v obstoječi politiki, poprave krivic in odgovornost za dogovorjeno. Osrednji moto civilne družbe je skrb za državljane, skrb za javno dobro in delovanje države v skladu s pričakovanji večine.

V zborniku posveta v organizaciji Državnega sveta v letu 2000 pod naslovom »Državni svet med civilno družbo in politikom« je dr. Rado Bohinc zapisal, da sedanjo slovensko družbeno stvarnost in civilno družbo opredeljujejo naslednji kriteriji: prostovoljnost, demokratičnost, zasebnost in raznolikost, drugi pa dodajajo še nepolitičnost in neideološkost. Prostovoljnost po njegovih besedah pomeni prostovoljnost nastanka organizacij civilne družbe – to pomeni določitev njenega delovnega področja, programa, notranje organiziranosti, vključno z določitvijo pogojev za pridobitev članstva – vstop in izstop, finančnimi in dragimi obveznostmi. Za civilne družbene organizacije velja, da so korporativne pravne osebe – v ospredju je članstvo in ne premoženje. Organizacija je torej v prvi vrsti namenjena zadovoljevanju interesov, ki jih utemeljijo člani. Demokratičnost se povezuje z vprašanjem, v kolikšni meri so člani oziroma je članstvo vključeno in povezano s sprejemanjem odločitev. V vsaki organizaciji obstajajo modeli prenosa pooblastil na skupine in posameznike na določenih ravneh upravljanja. Demokratičnost predstavlja vključevanje najširšega dela članstva v oblikovanje in gradnjo temeljnih programskih usmeritev. Zasebnost je po besedah avtorja nasprotje javnosti in pomeni uporabo avtonomno postavljenih pravil ravnanja brez oblastne prisile. Zasebno se v praksi večkrat nadomešča z izrazom nevladno – kot nasprotje oblastnemu, administrativnemu oziroma prisilnemu uravnavanju določenega področja. Raznolikost in pluralizem sta pomembna prepoznavna elementa civilne družbe. Organizacije, ki si prizadevajo monopolizirati politični prostor, v svojem bistvu zavračajo oba zgoraj navedena elementa, ki sta značilna za civilno družbo – to pomeni, da takih organizacij ni mogoče šteti med civilno družbo. Neideološkost in nepolitičnost nikakor ne pomenita, da posamezniki, vključeni v organizacijo civilne družbe, nimajo lastnega političnega prepričanja, svetovnega nazora ali odnosa do ideologije, kar

pomeni, da se v organizacijo ne vključujejo in povezujejo na tej osnovi, temveč na osnovi programskih okvirjev organizacije. Članstvo v organizaciji civilne družbe pa ne pomeni, da posameznik ne more biti član političnih organizacij oziroma političnih strank.

Prof. dr. Ivan Kristan je v prispevku v zborniku občanskega foruma »Civilna družba v Sloveniji in Evropi« – leto 1999, zapisal: »Civilna družba je relativno avtonomna sfera, ki pri svojem delovanju v načelu ni odvisna od države in njenih institucij, pa vendar je civilna družba z državo povezana. Na sodobni stopnji družbenega razvoja predstavlja pravna in socialna država pravni in socialni prostor za delovanje družbe. Civilna družba je zainteresirana za demokratično urejeno pravno in socialno državo, ker v takšnih pogojih lahko razvija ustvarjalne iniciative in artikuliranje in uveljavljanje posamičnih in skupinskih interesov. V svojem delovanju se civilna družba opira na temeljna ustavna načela, na katerih temelji država oziroma celotna družba, in se tudi poslužuje ustreznih institucij države. Civilna družba bi se torej morala postaviti v bran pravne države, kadar je ta ogrožena, ker v pogojih nespoštovanja načel pravne države civilna družba ne more uspešno delovati.«

Moto 4. kongresa zdravstvene nege, ki bo v letu 2003, bo »Globalizacija in zdravstvena nega«. Beseda globalizacija ima toliko definicij in predstav, kolikorkrat je izrečena. Govorimo o krepitvi svetovnih družbenih procesov, ki povezujejo med seboj tudi najbolj oddaljene kraje na našem planetu. Globalizacija sodi v zadnjih letih, predvsem pa danes, med dogajanja, ki so za številne dogodke močno zaslužna, za nekatere pa tudi kriva. Globalizacija sega v vse pore življenja – gospodarstvo, socialo, kulturo, zdravstvo, ekologijo in politiko v vseh svojih razsežnostih. Za nekatere avtorje je to star zgodovinski pojav, star vsaj toliko kot kapitalizem. Informacijska družba je eden od produktov globalizacije, ki ji sodobne komunikacijske tehnike omogočajo pretok najrazličnejših informacij v zelo kratkem času, ki pogosto ni daljši od sekunde. Vse to pomeni, da je treba na novo premisliti dosedanje razumevanje časa in prostora. Prav globalizacija je pripeljala do tega, da govorimo »o človeštvu in o človeški družbi« – torej tudi o novodobni in moderni civilni družbi.

Poleg izobrazbe in usposobljenosti je zdravje pomembna sestavina človeškega kapitala. Zdravje je hkrati tudi sestavni del socialne blaginje in kazalec razvitosti države. Zdravi ljudje so bolj produktivni, imajo bistveno več možnosti za vključevanje v druž-

beno in gospodarsko dejavnost. Krepitev človeških virov zahteva od države promocijo, uveljavljanje zdravega načina življenja in razvijanje odgovornosti za lastno zdravje ob hkratnem povečevanju zaščite pravic bolnih. Prav zato je za doseganje socialne blaginje potrebno krepiti vlogo nevladnih organizacij in strokovnih združenj, ki na eni strani predstavljajo glas javnosti in na drugi strani zahteve strokovnjakov za doseganje zastavljenih ciljev.

Svetovna zdravstvena organizacija je za letošnji moto ob 7. aprilu – svetovnem dnevu zdravja – izbrala geslo »Gibanje za zdravje«. Znotraj tega gesla lahko najdemo številne elemente, ki predstavljajo gibanja za zdravje v najširšem pomenu besede. In če je eno od »gibanj« tudi naše združenje – Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, mu velja v skladu z letošnjim geslom nameniti tudi več pozornosti.

Stanovsko organiziranje medicinskih sester bo letos v Sloveniji beležilo 75 let. Skromni začetek sega v leto 1927, ko se je trinajst medicinskih sester, delujočih v šolah in zavodih v Ljubljani, povezovalo z okrajno zdravstveno oblastjo v Organizacijo absolventk šole za sestre v Ljubljani, katere namen je bila krepitev vloge medicinskih sester. Povezave so potekale vse do Beograda, v arhivskih dokumentih pa organizacija velja za prvo sestrsko organizacijo v Jugoslaviji. Skozi vsa ta leta je organizacija delovala po načelih civilne družbe in s tem na najrazličnejše načine igrala pomembno vlogo pri vplivu na kreiranje zdravstvene politike, na določanje strokovnih prioritet in usmerjanje statusa stroke zdravstvene nege in njenih strokovnjakov.

V različnih strokah niso redka razmišljanja in polemike o temu, kdo je v vrhu stroke. Mnenja so pogosto zelo različna. Zagotovo se ne moremo izogniti dejstvu, da stroko tvorijo strokovnjaki – eksperti, ki se med seboj povežejo v strokovno združenje – to je v našem primeru Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Združenje – zveza enajstih regijskih društev – je v letu 1992 svojim do tedaj s statutom opredeljenim društvenim nalogam dodalo še nabor nalog, ki naj bi jih po vzorcu drugih dveh zakonsko opredeljenih zdravstvenih zbornic opravljala tudi Zbornica za zdravstveno nego. Vse do danes je Zbornica – Zveza enovita organizacija, ki s svojimi akti skrbi za strokovni razvoj stroke, ga zagotavlja in usmerja, skrbi za permanentno izobraževanje in s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije za etično držo vseh izvajalcev zdravstvene nege. Znotraj organizacije deluje 29 strokovnih sekcij, ki pokrivajo specifična strokovna področja zdravstvene nege in skrbijo za podiplomsko strokovno izobraževanje in usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege. Članstvo je prostovoljno in, kot smo

zapisali v statut, hkrati čast in obveza za vse medicinske sestre in zdravstvene tehnike v Sloveniji.

Identifikacija z edino stanovsko organizacijo v Sloveniji, ki povezuje izvajalce zdravstvene nege, se odraža v 90,78 % včlanjenih od 13.765 vseh, ki delujejo v Sloveniji na področju zdravstvene nege.

Še vedno najdemo posameznike, ki se sprašujejo o smislu delovanja naše organizacije. Tudi ni redko vprašanje kaj pa imam od organizacije? Vzroka za takšna vprašanja sta dva – ali so plod nepoznavanja vloge in nalog organizacije na eni strani ali pa za nepoznavanje splošne definicije civilne družbe in njene vloge na drugi strani. Pri tem ne moremo zanemariti dejstva, da nobeno telo, ki je imenovano s strani Ministrstva za zdravje, ni avtonomno, saj mu naloge opredeli ministrstvo. Naše združenje, ki ima v členih svojega statuta zapisano prostovoljno članstvo, ima vse možnosti avtonomnega delovanja in delovanja po načelih civilne družbe. Izvajalci zdravstvene nege vse premalo poznamo pomen civilne družbe, ki predstavlja enega najpomembnejših kazalcev demokratične ureditve določene družbe ali države.

Pred nami so številne naloge in izzivi. Položaj in moč organizacije – Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – si bomo krepili z dobrim poznavanjem vloge civilne družbe. Moč morajo predstavljati jasno oblikovana stališča, dobro oblikovane zahteve in z argumenti podprti cilji za vse strokovne odločitve. Še posebej pa so pomembne vse tiste odločitve, ki se nanašajo na sistem zdravstvenega varstva kot spleta številnih sestavin in ožjih področij. Le tako bosta država in politika težko obšli ali prezrli mnenje slovenskih medicinskih sester, še zlasti, če bo to poenoteno in bo predstavljalo voljo vseh, ki delujemo na področju zdravstvene nege. Pomembno je zavedanje, da je združenje pomemben člen civilne družbe, ki mora postati in biti pobudnik razprav in oblikovanja stališč o vseh pomembnih vprašanjih ožje in širše problematike – za to ima pravico in vse možnosti. Politična debata je po mnenju nekaterih priznanih časopisnih kolumnistov v drugi polovici zadnjega desetletja pridobila svoj prostor v parlamentu, civilna družba pa ima mesto tudi v strokovnih združenjih.

Zbornica zdravstvene nege je bila ustanovljena v letu 1992 z namenom, da poveže strokovnjake/inje zdravstvene nege in da si v skladu z drugo zakonodajo zagotovi izvajanje nekaterih, za stroko pomembnih nalog, ki naj bi imele status javnih pooblastil, ki bi jih dodelil zbornici minister za zdravje. Te naloge pa so: podeljevanje, podaljševanje in odvzem licence – pravice do samostojnega dela v zdravstveni negi, izvajanje strokovnega nadzora, načrtovanje, spremljanje in nadzorovanje dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja ter vodenje registra izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji. Letos mineva 10 let, od kar si v združenju prizadevamo priti do teh pooblastil. V tem času nam je

uspelo dokazati, da strokovni nadzor v stroki zdravstvene nege lahko in morajo izvajati le strokovnjaki zdravstvene nege – in odgovor, zakaj ne zdravniki, je na dlani: zato ker se zdravstvene nege niso učili. In enako velja za vse stroke, ki nastopajo v zdravstvu. Najpogostejši odgovor vseh ministrov do slej na zahtevo po Zbrnici zdravstvene nege je bil, da bi to pravico potem morali priznati še ostalim strokam, ki nastopajo v zdravstvu. To nas ni zadovoljilo in nas tudi ne bo, kot nas ni v teh nekajletnih prizadevanjih zadovoljila izjava, da sta v zdravstvu dva nosilna poklica – zdravnik in medicinska sestra.

Ob bok takemu razmišljanju se postavi glas zdravilcev – Konaz – združenja komplementarnih in naravnih zdravilcev, ki bodo po izjavah ministrstva dobili svoje mesto v zdravstveni zakonodaji in svojo zbornico. Zagotovo bo moralo ministrstvo pri vsakem nadaljnjem imenovanju temeljito opredeliti definicijo zdravstvenih zbornic in njihove vloge ter naloge.

Dejstvo je, da mora združenje – pa naj se imenuje kakorkoli, za skladnost razvoja stroke in njenih izvajalcev od države – ministrstva za zdravje dobiti kompetence za izvajanje zgoraj naštetih nalog, vse druge lahko izvaja v drugih oblikah združevanja: zveza društev, regijska društva, strokovne sekcije. Državi želimo dokazati, da imajo državljani pravico do kakovostne zdravstvene nege, ki mora biti ustrezno organizirana, vodena in nadzirana kot stroka in pod ustreznim nadzorstvom morajo biti tudi njeni izvajalci in ker je to skrb države, strokovno združenje pa zagotavlja ustrezne strokovnjake in ima možnosti za izvajanje teh nalog, jih ponujamo in želimo opravljati v Zbornici zdravstvene nege – Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

V zdravstvu ima javni interes pomembno vlogo, zato je vključenost javnosti – civilne družbe – pa naj bo to občanska iniciativa ali pa strokovno združenje – dober korektiv za uresničitev zastavljenih ciljev.

---

Kersnič P. Med civilno družbo in strokovnim združenjem. Obzor Zdr N 2002; 36: 1–3.

Zapisnik

Dne 27. novembra 1927 se je naša skupnost zbrala v šoli za sestre v Ljubljani. Prisotne so bile: ...

Prisotne so bile: ...

Prejeto je bilo ...

... (rest of the handwritten text) ...

... (rest of the handwritten text) ...

Luba ...

1. ...

Kopija zapisa iz ustanovnega občnega zbora Organizacije absolventk šole za sestre v Ljubljani z dne 27. 11. 1927

# MEDICINSKE SESTRE IN SKRB ZA DRUŽINE

*Klaudia Urbančič*

Dan, ko se je rodila Florence Nightingale je izbran za mednarodni dan medicinskih sester – 12. maj. Za temo letošnjega dne medicinskih sester je Mednarodni svet medicinskih sester izbral slogan: *medicinske sestre so vedno tu za vas: skrbimo za družine*. Z njim skuša poudariti in nakazati razprostrtost delovanja medicinskih sester povezanega z družinami. Da bi spodbujal celoletne aktivnosti na področju zdravstvene nege v smeri prizadevanj *zdravja družin*, je Mednarodni svet medicinskih sester (v nadaljevanju MSMS) pripravil dokument z naslovom *Skrb za družine* (International Council of Nurses, 2002; <http://www.icn.ch/indkit2002.htm>).

## *Delo medicinskih sester v skrbi za družine sega v preteklost*

Dokument *Skrb za družine* ni nastal le v namene letošnjih aktivnosti zdravstvene nege, temveč temelji na predhodnem delu medicinskih sester v prizadevanjih za zdravje družin. Tako je MSMS v letu 1994 spodbujal aktivnosti zdravstvene nege in izdal publikacijo z naslovom *Zdrave družine za zdrave narode* (International Council of Nurses, 1994). V letu 1999 je bila osrednja smernica združenja *Virginia Henderson Fellowship* namenjena raziskovanju in razvijanju *družinske medicinske sestre*. In končno je MSMS izdal monografijo z naslovom *Družinska medicinska sestra*, ki predstavlja izhodišča, vloge in modele v zdravstveni negi družin (International Council of Nurses, 2001).

Verjetno je odveč spominjati na to, da sega delo medicinskih sester, tesno povezano z bolniki in vzajemno z njihovimi svojci, daleč nazaj v preteklost. Dobre žene, zeliščne žene in matrone so vzajemno negovale in svetovale, kako naj ravnajo, tako obolelemu kot tudi članom družine. Babice, ki so vodile porod otroka na domu, so delovale v neposrednem družinskem okolju in sodelovale z ženinim možem in otrokovimi sorojenci.

## *Večplastnost delovanja medicinskih sester v skrbi za družine*

Za zdravje družin si prizadevajo medicinske sestre na več ravneh delovanja. Nepogrešljivo je delo patronažnih medicinskih sester, ki se vključujejo v družine ob prihodu novorojenčka, spremljajo mlado družino skozi vsa razvojna obdobja življenjskega cikla, spremljajo bolnega člana ob napotitvi v bolnišnico, sodelujejo pri prilagoditvi ob njegovi vrnitvi domov, pospremi starostnika ob njegovem poslavljanju od družine in spremljajo žalujočo družino po smrti ene-

ga od članov. Delo medicinskih sester v kliničnem okolju je veliko bolj usmerjeno na bolne posameznike. Vendar je tudi tu neobhodno potrebno delo s svojci in njihovo aktivno vključevanje v proces povrnitve zdravja. Pogosto je ob pojavu bolezni enega od članov na preizkušnji zdravje celotne družine in stabilnost celotnega družinskega sistema. In obratno, zdravje ali bolezen posameznega člana vpliva na zdravje celotne družine. Pri delu z otroki je nepogrešljivo delo s celotno družino. Način dela, ki je zaradi ekonomičnosti v času in prostoru usmerjen in omejen le na otrokovo mater, ne spodbuja v *družino usmerjene zdravstvene nege*. Medicinske sestre bi morale v proces spremljanja otroka zavestno vključevati otrokovo mater in enakovredno očeta. Zaradi daljšega in pogostega stika ter neposredne vključenosti v družino, naj bi medicinske sestre k takemu načinu dela spodbujale tudi ostale člane zdravstvenega tima. Istočasno delujejo medicinske sestre v kliničnem okolju kot povezovalke in usklajevalke dela med družino in ostalimi člani zdravstvenega tima.

S spodbujanjem kakovosti procesa zdravljenja in posameznikovega bivanja v zdravstveni ustanovi gre razvoj v smeri krajšanja ležalne dobe bolnikov in uporabnikov zdravstva in k njihovemu čimprejšnjemu vračanju v domače okolje. Spodbujanje teh trendov uvaža zlasti pri medicinskih sestrah v kliničnem okolju z visoko razvito tehnologijo in pri bolnikih, ki odhajajo domov odvisni od naprav, novo vlogo medicinskih sester. V svetu zasledimo, da vse pogosteje sodelujejo s svojimi obiski na domu in z izobraževanjem takih bolnikov medicinske sestre, ki so bolnika spremljale ves čas v bolnišnici. To nakazuje potrebe po dodatnih znanjih medicinskih sester, ki sicer delujejo v kliničnih okoljih in v takih izjemnih situacijah vstopajo na domove družin. Raziskave (Valaitis, Tuff, Swanson, 1996) pri delu s starši po vmitvi bolnih otrok domov so pokazale, da veliko uspešneje delujejo z družinami medicinske sestre, ki imajo znanja s področij promocija zdravja, sociologija družine, teorija družine, psihologija, družinska dinamika, kot medicinske sestre z visoko razvitimi subspecialnimi kliničnimi znanji in brez vedenj o družini. Za slovenski prostor pomeni tovrsten premik v znanjih medicinskih sester prav gotovo odločnejši korak k univerzitetnemu izobraževanju za zdravstveno nego.

## *Vključevanje medicinskih sester v skrb za družine*

Družine v različnih državah in kulturah se med seboj razlikujejo po svojih oblikah in po nalogah. Ta

raznolikost družinskih oblik je odraz individualnih izbir in družbenih vrednot. Da bi bile medicinske sestre pri svojem delu učinkovite, morajo poznati družinske koncepte in delovanje družin.

Cilj družinske zdravstvene nege je usmerjen na delo z vsemi oblikami družin in z vsakim družinskim članom posebej, z namenom promocije zdravja, preprečevanja boleznih in zagotavljanja zdravljenja, nege in rehabilitacije.

Medicinske sestre, ki imajo znanje, osvojene spretnosti in poznajo delovanje različnih oblik družin, lahko spodbujajo zdravje družin. To dosežajo s spodbujanjem družinske povezanosti, oblik in nalog v družinah, s spodbujanjem pozitivne družinske dinamike, kar prispeva k zdravju.

Vsi zdravstveni delavci naj bi pri skrbi za družine spoštovali enkratnost vsake družine. Negativni stereotipi o nekaterih oblikah družin, na primer o družinah istospolnih partnerjev, lahko te družine odvrnejo od iskanja pomoči v zdravstvenem varstvu, posledica tega pa je porast tveganja zdravstvenih zapletov. Medtem, ko nekateri obsojajo različice družinskih oblik kot razpad tradicionalnih družinskih vrednot, so le te uspešen kazalec hitre prožnosti družine v prilagajanju na spreminjajoče se družbene pogoje.

### *Ključne značilnosti družinske zdravstvene nege*

Koliko bo družina vključena v sistem zdravstvenega varstva, je odvisno od posameznega primera ali od zdravstvene težave. Družinsko okolje omogoča možnosti za prepoznavanje potreb po zdravju družine same in njenih posameznih članov. Spodbujanje procesa partnerstva, v katerem naj bi bila družina aktivno vključena v soodločanje o svojem zdravju in zdravstvenem varstvu, izpodriva dosedanja tradicionalni pristop. V slednjem nastopajo medicinske sestre in zdravniki kot strokovnjaki, ki odločijo o tem, kaj je dobro in prav za posamezno družino in njene člane. Družine želijo biti aktivno vključene in sprejete v sodelovanje kot osveščeni uporabniki ter zahtevajo večji nadzor nad *skrbjo drugih za zdravje njih samih*.

Ob tem načelu aktivnega sodelovanja družin za lastno zdravje in izraženih naporih zdravstvenih strokovnjakov za njihovo zdravje (družin, bolnikov), se mi poraja kritično razmišljanje o realnosti v praksi in drobnih mehanizmih, ki to olajšujejo ali zavirajo; ali zdravstveni delavci s svojimi direktivnimi nasveti, enostranskimi informacijami resnično dajejo možnost družinam za aktivno sodelovanje? Ali dovoljuje letošnje geslo »Medicinske sestre so vedno tu za vas« zadostno vključevanje družin v soodločanje? Ali jih vabi v sodelovanje o soodločanju o njihovem zdravju? Ali družine same doživljajo, da so vključene, ali je to le zaznavanje strokovnjakov?

Medicinske sestre, ki skrbijo za družine, naj bi uporabljale nekatera načela za načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege v družinah in za pomoč pri razumevanju kompleksnih, dinamičnih odnosov med zdravjem družine in zdravjem posameznih članov. Ta načela vključujejo (International Council of Nurses 2002):

- Zdravstveno nego v družinah usmerjajo družinski člani, tako zdravi člani kot oboleli.
- Medicinske sestre spoznavajo odnose med zdravjem posameznika in družine. V času negovanja posameznega člana se medicinske sestre vzajemno srečujejo z njegovo družino.
- Skrb za družino je odvisna od predhodnih izkušenj družine in njene usmerjenosti v sedanost in prihodnost.
- Zdravstvena nega družin se vključuje v širši sistem družinske skupnosti in kulturnih značilnosti.
- Zdravstvena nega družin upošteva odnose med družinskimi člani in izhaja iz spoznanja, da posamezniki in družina kot skupina ne dosežajo najvišje ravni zdravja vsi istočasno.
- Medicinske sestre poskušajo povečati družinske interakcije v sodelovanju med njimi in družino in med člani znotraj družine.
- Medicinske sestre spoznavajo, da pri osebi, ki ima v družini največ znakov težav, le ti čez čas preidejo, kar zahteva preusmeritev zdravstveno negovalnih aktivnosti.
- Za družinske medicinske sestre temelji ugotavljanje prednostnih potreb po zdravju v družini izključno na delu z družino.

### *Smernice za delo družinskih medicinskih sester z mnogimi spretnostmi in v različnih vlogah*

Medicinske sestre, ki delajo z družinami, nastopajo v različnih vlogah, kar je odvisno od potreb obravnavane družine in od okolja, kjer se skrb izvaja. Okolje vključuje dom družine, prostore in okolje zdravstvenega varstva, prehodne domove in zavetišča ali kar ulice. Z namenom, da bi predstavili celoten obseg dela medicinskih sester z družinami, je MSMS oblikoval *model devetih ključnih vlog družinskih medicinskih sester* in jih ponazoril z devetkrako zvezdo družinske ZN (International Council of Nurses, 2002). Vloge, v katerih družinska medicinska sestra spremlja družine, so: zdravstvena vzgojiteljica, izvajalka zdravstvene nege in supervizorka, družinska zagovornica, medicinska sestra, ki na novo odkriva obolenja in zdravstvene težave in epidemiologinja, raziskovalka, menedžerka in usklajevalka, svetovalka, sogovornica in medicinska sestra, ki sodeluje pri spreminjanju in doseganju zdravega okolja. Seveda je nemogoče nasloviti vse vloge na eno samo osebo. Delo družinske medicinske sestre je tesno povezano s sodelo-

vanjem družine, z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki in s skupinami v lokalni skupnosti.

V revli *Obzornik zdravstvene nege* je bilo do sedaj objavljenih že veliko prispevkov na temo družin in njihovega zdravja in dela medicinskih sester poveznega z družinami. Letošnje obeležje praznovanja mednarodnega dneva medicinskih sester je potekalo v Ljubljani v okviru devetega simpozija zdravstvene ne-

ge. Na srečanju so strokovnjaki interdisciplinarnih področij razmišljali o družinah z različnih strokovnih gledišč. Vse strokovnjake smo povabili, da pripravijo prispevke za objavo v *Obzorniku zdravstvene nege* in nekateri jih bodo predstavili že v tej številki. Želim vam, da bi bilo branje prijetno in bi v vas spodbudilo veliko misli, ki bi jih želeli zapisati in jih deliti z našimi bralci v prihodnje.


---

Urbančič K. Medicinske sestre in skrb za družine. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 125–7.

Priloga priročniku "Obzor zdravstva" št. 102, Ljubljana


# UTRIP

INFORMATIVNI BILTEN



LETO XI, ŠTEVILKA 2, FEBRUAR 2003

ZBORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



*V bolnici Vipava v letih 1953, 1954, 1955*



# VKLJUČEVANJE SINDIKATA DELAVCEV V ZDRAVSTVENI NEGI SLOVENIJE PRI SPREMEMBAH ZAKONODAJE

*Jelka Černivec*

## *Sindikalna organiziranost na področju zdravstva pri nas in v tujini*

Po osamosvojitvi Slovenije je na sindikalnem področju v zdravstvu prišlo do ustanavljanja novih poklicnih sindikatov kot odraz na nezadovoljstvo s položajem posameznih poklicev.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki smo predstavljali najštevilčnejšo članstvo obstoječih sindikatov, zato je bilo razumljivo, da nismo bili deležni podpore pri ustanavljanju svojega sindikata, kar pa nas ni odvrnilo od zastavljenega cilja in leta 1994 smo ob ustanovitvi šteli 4100 članic in članov, v slabih desetih letih se je število več kot podvojilo. Leta 1998 smo podpisali Kolektivno pogodbo za zaposlene v zdravstveni negi, ki je velika pridobitev za zdravstveno nego, predvsem zaradi dodatka za zdravstveno nego, ki predstavlja do 30 % plače medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Sindikato v zdravstvu je več kot na kateremkoli drugem področju. Res je, da tako razdrobljeni in velikokrat neusklajeni v stališčih olajšamo delo vladni strani, vendar bo potrebna še nekaj časa, da se bomo morda nekoč znali uvesti za isto mizo in si brez nestrpnosti drug drugemu priznali posebnosti in odgovornosti, ki so na zelo različnih stopnjah v množici zastopanih poklicev v zdravstvu.

V tujini prav tako ne obstoja enoten model organiziranosti, v večini držav po podatkih, s katerimi razpolagamo, so sindikati različnih dejavnosti združeni in članstvo je izredno veliko (sto tisoč in več), kar zagotavlja večjo moč sindikatu. V Evropi vemo zaenkrat za pet držav, če se tudi mi prištevamo mednje, ki imajo samostojen sindikat zdravstvene nege in v mesecu marcu je predviden prvi skupni sestanek in dana je pobuda za ustanovitev evropskega sindikata medicinskih sester. Z zanimanjem pričakujemo to srečanje, ki bo predvidoma v Madridu in se ga bomo udeležili.

Tesnejše stike smo uspeli navezati s predstavniki enega večjih sindikatov iz Belgije. Lani decembra smo skupaj z njimi organizirali seminar za naše predsednike sindikalnih enot, kjer smo izmenjali izkušnje in se seznanili z njihovim načinom delovanja. Zastopajo vsa področja, vključno z gospodarstvom. Največji poudarek pripisujejo solidarnosti, kar pomeni, da celoten sindikat podpre določeno panogo. Posebej so predstavili zadnje uspehe v pogajanjih z vlado za medicinske sestre. Utemeljevali so, da ta poklic sodi med

zahtevnejše v državi, in dosegli, da bodo medicinske sestre z delovno dobo pridobile dodatne dni letnega dopusta, da bodo ob 40 urnem delovnem tednu (ali manj) proste več in bo posledično manj izgorelosti na delovnem mestu in s tem manj strokovnih napak. Opravljanje nadurnega dela je strogo v okvirih zakonodaje in inšpekcijske službe skrbijo, da sankcionirajo kršitelje. Prav tako se soočajo s pomanjkanjem kadra, vendar si pomagajo z različnimi oblikami dela (polovični delovni čas, pogodbe samo za nočno delo, pripravljeno na domu...), da zagotovijo dovolj medicinskih sester v času, ko so obremenitve največje.

Primerjava z razmerami pri nas se zdi nemogoča, saj poznamo samo eno obliko delovnega razmerja, zakonske omejitve opravljenega dela je nemogoče upoštevati, glede letnega dopusta pa velja stališče, da ga imamo že tako preveč. Določena področja, kot smo ugotovili, pa so pri nas zastavljena širše, predvsem na področju obveznosti delodajalca glede izobraževanj in s tem povezanih ugodnosti (študijski dopust...). Vsaj zapisano imamo dobro, kako je s tem v praksi, pa tudi vemo.

Zakon o delovnih razmerjih je z letošnjim letom stopil v veljavo in prinaša novosti, na katere naši delodajalci vključno z resornim ministrstvom niso pripravljani. To trditev je lahko podpreti najmanj na področju delovnega časa. Trenutno se ukvarjamo s spremembo, ki izhaja iz Zakona o zdravniški službi, z zamikom za eno uro. Razen novih problemov in nezadovoljstva med zaposlenimi ne zagotavlja večje storilnosti, kar naj bi bil sicer cilj spremembe.

Dejstvo, da z obstoječim številom zaposlenih v zdravstveni negi v večini zdravstvenih zavodov ne moremo upoštevati »neživljenjskega zakona«, kot posamezniki poimenujejo Zakon o delovnih razmerjih, zaenkrat ne vznemirja tistih, ki bi jih moralo, saj ponovno računajo z našo solidarnostjo do bolnikov.

V Sindikatu imamo ob tem vsaj dve možnosti. Prva in najbolj logična za zaposlene bi bila, da zahtevamo dosledno upoštevanje zakona, prijavljamo kršitve zakona v zavodih Republiškega inšpektoratu za delo in zahtevamo zakonske sankcije.

Druga možnost z vidika dolžnosti do bolnikov in varovancev bi bila, da naprej delamo kot do sedaj, saj nam dodatno delo bistveno popravi osnovno plačo in kljub preobremenjenosti ta položaj obdržimo z razlago, da nas bolniki potrebujejo in nimamo druge možnosti.

Vemo, da položaj še zdaleč ni tako preprost in na srečo ne obstoja samo belo in čmo, ampak so možnosti tudi vmes. Zavedamo se tudi, da čez noč ni mogoče nadomestiti tolikšnega primanjkljaja medicinskih sester, kot ga zaenkrat ugotavljamo na podlagi izkušenega normativa, ker bolj konkretnega podatka v tem trenutku še nimamo. V Sindikatu delavcev v zdravstveni negi Slovenije smo se zato odločili, da bomo pristali na kompromis za določeno časovno obdobje pod pogojem, da vnaprej dorečemo, na kakšen način in kako hitro bomo prišli do zadostnega števila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ter na podlagi katerih kriterijev. Konkretno to pomeni, da z ministrom za zdravje pripravljamo dogovor in se pogovarjamo o predlaganem Osnutku novele zakona o zdravstveni dejavnosti, ki dopušča opravljanje nadurnega dela prek omejitev v zakonu o delovnih razmerjih, na podlagi dokazila o razpisu za določeno delovno mesto in zgolj v primeru, ko se nanj ni prijavil primeren kandidat.

Zbornica – Zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je lani v mesecu maju skupaj s Sindikatom delavcev v zdravstveni negi Slovenije organizirala srečanje glavnih medicinskih sester zdravstvenih ustanov z namenom, da se poenotijo kriteriji ocenjevanja zahtevnosti bolnikov in varovancev in prek te kategorizacije natančneje izračunajo potrebe po kadrih oziroma, pridobijo *kadrovski normativi*. Republiški razširjen strokovni kolegij za zdravstveno nego bo opravljeno analizo kategorizacije bolnikov predstavil na Zdravstvenem svetu, kar pomeni, da je pred nami zahteven postopek, brez katerega pa žal ne bo zelenega rezultata.

### *Sindikat delavcev v zdravstveni negi in izobraževanje*

Eno občutljivejših in odprtih področij pri nas je izobraževanje na področju zdravstvene nege. Porabili smo dragocena leta, preden smo se dogovorili, kaj nam je prinesla sprememba šolske zakonodaje iz leta 1995 in z njo prehod z višješolskega v visokošolski izobraževalni program. Soočamo se s posledicami spremembe in vse do danes nismo uspeli izenačiti delovnega mesta višje in diplomirane medicinske sestre, kar je bila logična posledica v vseh drugih resorjih (šolstvo, policija). Nam ne uspe tudi zaradi nerazumevanja vodilnih medicinskih sester, ker v sistemizacijah diplomirane medicinske sestre razvrščajo na vodilna delovna mesta in višja izobrazba ne zadošča več, še več, najdejo se tudi takšni zavodi, ki pošiljajo višje medicinske sestre, ki so si ob delu z izrednim študijem pri-

dobile naziv diplomirane medicinske sestre, na opravljanje pripravništva in strokovnega izpita. V Sindikatu delavcev v zdravstveni negi Slovenije smo se z veliko prizadevanji uspeli dogovoriti, da govorimo o enakem delokrogu, zaradi tega je ostal program pripravništva enak po vsebini in dolžini trajanja, kar pomeni, da ga v tem primeru ni potrebno opravljati. Žal velikokrat sami rušimo to, kar smo dosegli. Prizadete medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki se zato obračajo na nas in prosijo za pravno razlago in pomoč. Zato ne gre, da ne bi bili vpleteni in očitke, kdo daje sindikatu pravico, da se vpleta v izobraževanje, ni primeren.

Nismo še zaključili ene nelogičnosti, že se pojavljajo uradne pobude s strani srednje šole, da bi študij podaljšali za eno ali dve leti in izobraževali višje zdravstvene tehnike. Na republiškem izobraževalnem centru nam je uspelo prepričati pobudnike, da je čas skrajno neprimeren in da imamo veliko argumentov, da to stališče podpremo. Kot prvo, v novi zakonodaji si močno prizadevamo in smo na dobri poti, da iz orientacijskih delovnih mest izločimo VI. stopnjo izobrazbe z utemeljitvijo, da na tej ravni več ne izobražujemo medicinskih sester in s tem bi končno prišli do enega delovnega mesta za višjo in diplomirano medicinsko sestro.

Dolgoročno bi bilo neprimerno omejevati razvoj srednjih šol, vendar se poraja vprašanje, ali bi srednje šole z nadgradnjo v kratkem uspeli nadomestiti manjkajoče diplomirane medicinske sestre? Ker predlagatelji govorijo o programu, ki bi se udeležil čez deset let, potem je vsaj še kakšno leto časa, da o tem molčimo, preučimo razmejitve del in nalog in ugotovimo, kaj natančno je delokrog diplomirane medicinske sestre kot nosilke in katera znanja bi naj imeli pomočniki v izvajanju zdravstvene nege. Če bo stroka ugotovila, da je to višji zdravstveni tehnik, potem naj postopek steče in vnaprej bomo imeli opredeljen delokrog, s čimer se v tem trenutku ne moremo pohvaliti in medicinske sestre doživljamo vedno večje pritiske v timu in s strani bolnikov in svojcev. Sodna praksa, ki nam je bila do sedaj tuja, prihaja tudi v naš prostor in Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije je že pomagal kolegicam, ki bi naj prekoračile pooblastila, pa so opravljale samo to, kar se od njih vsak dan v določenem delovnem okolju pričakuje. Nujno moramo razmišljati o novih načinih pridobivanja znanj v programih specializacij in certifikatov za dela, ki jih izvajamo, kar nam redni izobraževalni programi ne morejo zagotavljati, da ne bomo odvisni od pooblastil nadrejenih, ki jih v praksi ne poznamo, vsaj v takšni obliki ne, da bi jih priznavalo tudi sodišče.

# ZAKON

*Petra Kersnič*

V preteklih letih je Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije sodelovala v kar nekaj poskusih spremembe zdravstvene zakonodaje, ki pa zaradi glasovalnega aparata državnega zbora niso v nobenem poskusu obrodili sadov. V letu 2004 so bile naše aktivnosti zelo intenzivne in se tik pred zaključkom parlamentarnega leta končale s sprejemom Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti. Tako so naša dolgoletna prizadevanja, da se z zakonom uredijo najpomembnejša področja našega delovanja, bila dosežena. In kaj nas čaka jutri? Zagotovo lahko pritrđim izjavam tistih, ki pravijo, da je poklic medicinske sestre eden od pomembnejših poklicev današnjega časa, kajti potrebe ljudi po storitvah, ki jih lahko nudijo izvajalci zdravstvene nege, bodo naraščale iz dneva v dan, iz leta v leto in pri predvidevani demografski sliki tudi še v naslednje stoletje.

Od leta 1991 pa vse do danes je Zbornica – Zveza preko številnih svojih predstavnikov dokazovala potrebo po ustrežnejšem statusu poklicnih skupin v zdravstveni negi. V tem času se je na Ministrstvu za zdravstvo in kasneje za zdravje zamenjalo pet ministrov. Vsakič, ko je nastopila nova ministrska ekipa, smo začeli na novo dokazovati, zakaj želimo in kje vse v svetu je že tako, da sta stroka zdravstvene nege in njeni strokovnjaki ustrezno opredeljeni v samostojnih zakonih ali v krovni zdravstveni zakonodaji. Pri tem smo velikokrat uporabljali kot argumente za nekorektno priznavanje družbenega statusa stroke dokumente, smernice, resolucije in druge akte Mednarodnega sveta medicinskih sester in Svetovne zdravstvene organizacije. Zadnja seja Državnega zbora RS Slovenije v mandatu 2000–2004, ki je potekala 13. julija 2004, je končno prinesla sprejem Zakona o dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti in s tem vsebine zakona, za katere smo si v strokovni javnosti in s pomočjo najrazličnejših podpornikov prizadevali polnih trinajst let.

Zgodovinski prikaz mejnikov v izobraževanju in delovanju edine stanovske organizacije medicinskih sester v Sloveniji in njihovih številnih aktivnostih se vije skoraj skozi celo stoletje ali točneje od leta 1919 dalje. Poklic medicinske sestre v Sloveniji prvič zabeležimo prav v tem letu v odločbi Narodne vlade RS v Ljubljani, ki je v oddelku za socialno skrb izdala dekret o nastavitvi prve skrbstvene sestre. Pionirsko delo na področju dela medicinske sestre je pričela opravljati Angela Boškin, ki jo z vsem spoštovanjem imenujemo tudi slovenska Florence Nightingale. Da terja delo z ljudmi, ki potrebujejo pomoč, izobražene in usposobljene

ljudi, so pristojni uvideli že leta 1753, ko je bila v Ljubljani ustanovljena Babiška šola. V letu 1924 so pri Zavodu za socialno higieno in zaščito dece v Ljubljani ustanovili prvo Šolo za zaščitne sestre, ki je imela na začetku enoleten, čez tri leta pa dvoleten preciziran program za socialno higiensko zaščito otroka. Šola je v prvih petih letih dala 91 izšolanih zaščitnih sester, ki so se zaposlile po celi Sloveniji. Od leta 1929 pa vse do leta 1945 je Zavod za zdravstveno zaščito mater in otrok začel z izobraževanjem otroških negovalk najprej v šest mesečnem tečaju nato pa v enoletni šoli. Izobraževanje danes poteka na 9 srednjih šolah in treh visokošolskih zavodih, aktivnosti za univerzitetni študij zdravstvene nege pa tečejo dalje.

Po ustanovitvi Šole za zaščitne sestre je trinajst zaščitnih sester spoznalo, da je za večjo učinkovitost in prepoznavnost pomembnosti poklica potrebno organizirano delovati in se povezati. Zato so v letu 1927 ustanovile Organizacijo absolventk šole za sestre v Ljubljani, kar postavljamo kot temeljni kamen današnji Zbornici zdravstvene nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Slovenske medicinske sestre so se v nadaljevanju povezale v Društvo jugoslovanskih medicinskih sester kot Sekcija Dravske banovine v Ljubljani in že leta 1929 skupaj stopile v Mednarodno organizacijo medicinskih sester – ICN.

Po drugi svetovni vojni so leta 1945 na takratnem Ministrstvu za ljudsko zdravje ustanovili referat za zaščitne sestre, ki ga je uspešno vodila prva in edina medicinska sestra v ministrstvu, Neža Jarnovič. Povezovala je številne medicinske sestre, ki so opravile pionirsko delo na področju vzgoje in prosvetljanja, preventivnih akcij, organizacije epidemiološke službe in poudarjale zahtevo za izboljšanje delovnega okolja ter zahtevale tudi ustrezno plačilo za svoje delo. Referat so leta 1947 ukinili z obrazložitvijo, da so najpomembnejše naloge povojne obnove opravljene. V letu 1952 je bilo po 11 letih ustanovljeno samostojno Društvo medicinskih sester Slovenije s šestimi pododbori – Maribor, Celje, Novo mesto, Koper, Kočevje in Ptuj. Društvo se je leta 1963 reorganiziralo v Zvezo društev medicinskih sester Slovenije, pododbori pa so postali samostojna regijska društva. Zaradi potreb stroke in razvoja zdravstvene nege ter njenih ožjih strokovnih področij so se pričele ustanavljati strokovne sekcije – prva v letu 1963 je bila Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov medicine dela, prometa in športa in vse do danes, ko v Zbornici – Zvezi deluje 30 strokovnih sekcij.

Slovenske medicinske sestre so dobile v letu 1967 prvo lastno strokovno revijo – Zdravstveni Obzornik

– od 1994 Obzornik zdravstvene nege, ki redno izhaja še danes. Strokovni javnosti, dijakom, študentom in mnogim pomeni vir strokovnih, organizacijskih, družbenih in drugih informacij o dogodkih doma in na tujem.

V letih do 1990 je organizacija gradila svojo notranjo strukturo in se tudi povezovala v raziskovalne projekte Mednarodnega sveta medicinskih sester, Svetovne zdravstvene organizacije in tudi nekaterih drugih mednarodnih organizacij medicinskih sester. V vseh teh letih sl je Zbornica – Zveza prizadevala dobiti formalno moč in možnost vplivanja na položaj stroke zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva. Z gotovostjo lahko trdim, da so številni posamezniki v svojem in tudi v imenu inštitucij, ki so jih predstavljali, Zbornici – Zvezi in njenim članicam in članom priznavali pomemben prispevek pri zdravstvenih storitvah in vlogo pri ohranjanju, krepitvi oziroma povrnitvi zdravja državljanom.

Dogodki po letu 1990 so takratni Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije prinesli nekatere pomembne spremembe. Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je postala samostojno stanovsko združenje v samostojni Sloveniji. V letu 1993 je bilo stanovsko združenje medicinskih sester v Sloveniji ponovno sprejeto v Mednarodni svet medicinskih sester – ICN kot samostojna članica.

15. decembra 1992 je v skladu z zakonodajo bila znotraj Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov s polnim soglasjem članstva, ki je že takrat predstavljalo okoli 80 % od vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege, ustanovljena Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Takrat smo med številnimi razlogi za ustanovitev zapisali, da je Zbornica zdravstvene nege Slovenije profesionalno, stanovsko združenje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki je ustanovljena zato, da bo organizirano reševala stanovske probleme na področju izobraževanja, zaposlovanja, urejala pogoje dela in nagajevanje ter soodločala o zadevah, ki se pomembno dotikajo stroke zdravstvene nege in njenih izvajalcev.

Sprejeti zakon med drugim govori, da zbornica ali strokovno združenje, ki mu minister, pristojen za zdravje, podeli pooblastilo, opravlja kot javno pooblastilo naslednje naloge: vodi register izvajalcev posamezne zdravstvene dejavnosti; izdaja potrdila o vpisu in izbrisu iz registra za zasebne izvajalce; izvaja strokovni nadzor s svetovanjem; izdaja, podaljšuje in odvzema licence izvajalcem posamezne zdravstvene dejavnosti; načrtuje specializacije in specialistične izpite; v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, izda pravilnike, s katerimi podrobneje uredi področje, na katerem izvaja naloge javnega pooblastila in v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje, določa priporočene tarife za izvajalce. Pri izvajanju teh nalog zbornica ali strokovno združenje upošteva zakon, ki ureja

splošni upravni postopek in zakon, ki ureja spor. Zoper odločitev zbornice oziroma strokovnega združenja je dovoljena pritožba na ministrstvo, pristojno za zdravje. Izvajanje nalog, ki jih zbornica oziroma strokovno združenje opravlja kot javno pooblastilo, nadzira ministrstvo, pristojno za zdravje. V skladu z zakonom zbornica ali strokovno združenje ministru, pristojnemu za zdravje, lahko poda pobudo z obrazloženim interesom za izvajanje javnih pooblastil. Minister, pristojen za zdravje, ob upoštevanju javnega interesa ter načela racionalne rabe javnega premoženja odloči o pobudi v roku enega meseca od njenega prejema. Začetek postopka podelitve javnega pooblastila se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije. Izбира se opravi na javnem natečaju ob smiselni uporabi določb zakona, ki ureja javna naročila, o javnem razpisu.

Pogoji za prijavo na razpis določajo, da zbornica ali strokovno združenje, kateremu se podeli javno pooblastilo, mora ob prijavi v postopek podelitve javnega pooblastila izpolnjevati najmanj naslednja merila: imeti mora včlanjenih najmanj 60% vseh zdravstvenih delavcev, ki izvajajo naloge s področja delovanja zbornice ali strokovnega združenja; delovati mora na področju zagotavljanja strokovnosti in kakovosti v posameznem poklicu oziroma na področju, ki ga pokriva; delovati mora na področju celotne države; imeti mora usposobljene kadre za izvajanje javnih pooblastil; imeti mora vzpostavljeno vso infrastrukturo za učinkovito izvajanje javnih pooblastil; podati mora izračun stroškov izvajanja javnih pooblastil. Minister, pristojen za zdravje, glede na izpolnjevanje meril izda odločbo v upravnem postopku, s katero posamezni zbornici oziroma strokovnemu združenju podeli pooblastilo za opravljanje vseh ali posameznih nalog. Odločba o dodelitvi javnih pooblastil se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije. Minister, pristojen za zdravje, lahko podeljeno pooblastilo omeji ali odvzame, če ugotovi, da izvajalec ne izpolnjuje dodeljenih javnih pooblastil, in jih začne izvajati v okviru ministrstva, pristojnega za zdravje, ali jih dodeli drugi organizaciji v skladu s postopkom iz tega zakona. Odločba o odvzemu javnega pooblastila se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

V Zbornici – Zvezi bomo storili vse, da bomo za izvajalce zdravstvene nege z zakonom omogočena javna pooblastila od ministra tudi dobili. Zakon je začel veljati 18. julija 2004. V rokih, ki jih določa zakon, smo ministru poslali pobudo. S tem se je začelo pomembno obdobje Zbornice – Zveze, ki bo skladno z zakonom postala kot Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov tudi z zakonom določeni partner v kreiranju zdravstvene politike. Vse to pa pomeni odgovornost pred stroko, njenimi strokovnjaki in pred pacienti, do katerih nas veže ena od temeljnih nalog, da jim nudimo kakovostno in kompetentno zdravstveno nego.

Večina slstemov, prav tako pa tudi zdravstvo in znotraj njega zdravstvena nega, imajo svojo preteklost, sedanjost in prihodnost. Preteklost in sedanjost sta znani in predstavljata takorekoč že vse izbrane možnosti, ki so bile uporabljene v nekem danem času, prostoru in pod takrat danimi pogoji. Prihodnost pa načrtujemo, zato si postavljamo cilje, proti katerim usmerjamo vse svoje moči tako v delovnih sredinah kot tudi stanovski organizaciji. Če je bila včeraj za vzgled Evropa, v kateri pa smo danes že, je za jutri med pomembnejšimi cilji doseganje znanja, s katerim bomo dosegali visoko strokovnost in kakovost storitev zdravstvene nege.

Zakon o zdravstveni negi je bil in ostaja naš cilj. Predsedstvo Zbornice – Zveze je v septembru 1997 sprejelo tekst predloga Zakona o zdravstveni negi, ki

je obsegal oceno stanja in razloge za sprejem zakona, Predlog Zakona o zdravstveni negi je bil objavljen v Utripu 9/1997. V letih 2000, 2001 in 2002 so bili opravljeni številni sestanki, ki naj bi s pomočjo delovne skupine, ki jo je imenovalo Ministrstvo za zdravje, pripeljali do oblikovanja sodobnega predloga Zakona o dejavnosti zdravstvene nege. Delo skupine je obstalo z razlago, da se bodo predlagane vsebine vgradile v novo zdravstveno zakonodajo, ki naj bi med tem nastajala in bila spremljana tudi s predlagano zdravstveno reformo. Vsebine predlaganega Zakona o zdravstveni negi, ki so bile v strokovni javnosti že podprte, bomo nadgrajevali in čakali na priložnost, da tisti, ki bodo o temu odločali, prepoznajo njegovo pomembnost in ga sprejmejo kot temeljni regulatorni akt stroke.

---

Kersnič P. »Zakon«. Obzor Zdr N 2004; 38: 189–91.



*Gojenke 3. letnika šole za zaščitne sestre v Ljubljani – 1932*

# ZDRAVSTVENA NEGA V BOLNIŠNICI DANES IN JUTRI

*Jelka Mlakar*

Pogosto pravimo, da se dandanes vsi nenehno soočamo s spremembami, tudi zaposleni v zdravstveni negi. Vendar so spremembe lahko velike ali majhne in to so ali ne. Tiste dobre, prave, ki peljejo k razvoju, napredku, so same po sebi izboljšave. In tiste manj dobre, ki jim pravzaprav niti ne veš imena, ki jih tisti trenutek niti prav ne opaziš, se kar pojavijo in so enostavno tu. Tiste, ki delujejo razdiralno, pa se skrivajo pod besedo, ki pomeni v svojem prvinskem pomenu dobro, ki ima osnovni namen, narediti dobro. Potem lepega dne poskusiš zložiti na kupček vse te spremembe in ugotoviš, da moraš narediti pravzaprav dva; enega večjega, tistega z »dobrimi« spremembami in enega manjšega, tistega z »manj dobrimi«. Po naravi sem optimist, zato trdim, da dobre spremembe bistveno zmanjšujejo pomen tistih manj dobrih; izničijo pa jih žal ne. Zal so stalno prisotne, delujejo zaviralno, vendar vlaka k sreči ne morejo zaustaviti. Če zdravstvo ponazarjam z vlakom, imam zato ponosen razlog.

Moj oče je bil vse življenje železničar, najprej sprevodnik, pa odpravnik, večino poklicnega življenja pa vlakovodja, neke vrste šef vlaka, kot sem mu rada rekla. In on je vedno pravil, da vlaka, ko le-ta enkrat spelje in dobi zagon, ni mogoče kar tako ustaviti. Delovala je cela kompozicija, lokomotiva in nanjo pripeti vagoni. Oče je bil železničar še v časih, ko so vlekle vlak parne lokomotive. S spoštovanjem je govoril o kurjaču, ki je zmetal v peč na tone in tone premoga in je bil pri vsej stvari pravzaprav najpomembnejši. Potem je bil tukaj še strojevodja pa sprevodniki in vlakovodja. Bili so tim ali skupina, v kateri eden brez drugega ni pomenil nič, skupaj pa so dosegli, da je težka kompozicija prevažala množice ljudi in težak tovor.

Idealno bi bilo, če bi ga lahko primerjali z delovanjem tima v zdravstvu. Primerjava je težka predvsem zato, ker se za razliko od tima na vlakcu, pri nas pogosto ne ve, kdo je kdo. Na papirju že, v teoriji so več ali manj stvari jasne. Zdravnik je vodja zdravstvenega tima, medicinska sestra je vodja negovalnega tima. V praksi pa se naloge skupaj z ljudmi znajo pomešati v nerazvozljiv klobčič nejasnih nalog, pristojnosti in odgovornosti, kjer ključno vlogo kurjača vlečeta medicinska sestra in zdravstveni tehnik. Zdravnik ima po definiciji nosilno vlogo, zakonodaja namreč pravi, da je nosilec dejavnosti v zdravstvu zdravnik. Ob tem pa ne pove, nosilec česa je, samo programa ali celovitega vseobsegajočega zdravstvenega sistema skupaj z vodenjem in upravljanjem ali menedžmentom. Podobno je z medicinsko sestro, ki nikoli ni zgolj vodja negovalnega tima, je tudi tista, ki mora

zagotoviti varne, čiste prostore pa opremo in pripomočke, za vse člane zdravstvenega tima, razen zdravnika, pa še tega pogosto išče, da bolniki ne bi brez potrebe čakali. In ga pred njimi tudi, odkar pomnim, zagovarja.

Potem je tukaj še zdravstveni tehnik, ki je kot kurjač premoga, ki pospravi in oddela v obsegu in vsebini zdravstvene nege večinski delež. Tukaj bi morala v skladu z razmejitvijo del in nalog dodati, da dela v okviru svojih kompetenc in kot pomočnik medicinske sestre, seveda pod budnim očesom medicinske sestre. Pa si tega soočenja z vsakodnevno prakso seveda ne upam trditi.

Eden od številnih razlogov za to dejstvo je tudi ta, da imamo zaposlenih zdravstvenih tehnikov toliko, kot jih potrebujemo, ker danes stoji za vsakim še ena nezaposlena »rezerva«. Medicinskih sester nimamo v »rezervi« in jih na delovnih mestih ni dovolj; tiste, ki so, pa še komaj obvladujejo svoj delež zdravstvene nege in vse opredeljene in neopredeljene naloge, s katerimi se vsakodnevno soočajo.

Spremembe, torej, dobre ali manj dobre, tukaj so. Naše predhodnice rade povedo, da so tudi zmeraj bile in bodo.

Ključne spremembe, ki danes pomembno vplivajo na kakovost dela in bivanja na delovnem mestu in ki bodo imele dolgoročne posledice za razvoj in prihodnost zdravstvene nege, so naslednje:

- Spremembe zdravstvenega sistema sledijo spremembam političnih opcij, te pa sprejemajo politične, se pravi zdravstvene usmeritve, ki mnogokrat nimajo veliko skupnega s skrbjo za zdravje naroda. Zagotovo je z vidika možnosti vplivanja na dnevno politiko izjemno slabo, da se medicinske sestre distanciramo od politike. Ker ne želimo aktivnega vključevanja v politično sfero se naš glas seveda ne sliši. Potem pa jadikujemo, češ kako politiki ne mislijo na bolnike in ne razumejo pomena zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu, dokler nas seveda sami ne potrebujejo. Potem izjavijo kaj dobronamernega – a ko so v kolesju politike odločanja, zopet pozabljajo na »proizvodnjo«.
- Spremembe organiziranosti zdravstvenih zavodov, ki se nenehno reorganizirajo na podlagi sprememb aktov o ustanovitvi zavoda ali statuta; nekaterim uspe to izpeljati tudi dvakrat letno. Učinek? Katastrofalen, vsaj za zdravstveno nego. Praviloma iz dneva v dan bolj izgubljam status. Ko se »ukine« zadnje delovno mesto direktorice zdravstvene nege v državi, bi pameten Slovenec zajokal. Če bi se

kdo po naključju vprašal, zakaj, si naj poskusi predočiti vse delovne naloge, ki jih vodja službe zdravstvene nege opravlja poleg tistih, ki so opredeljene v statutu. Ne nazadnje tudi v luči posledic, ki bi jih v zdravstvenem sistemu zelo hitro opazili, če institut glavne medicinske sestre ali še raje direktorice zdravstvene nege ne bi deloval. Če vprašate mene: po 21 letih vodenja na vseh možnih organizacijskih ravneh v našem zavodu si upam trditi, da bi se delovanje ustanove praktično v vseh njenih elementarnih procesih ustavilo v roku enega tedna, ob veliki improvizaciji drugih članov zdravstvenega tima pa najkasneje v roku 14 dni. Ob tem moram poudariti, da bi bil najbolj in najhitreje opazen umik glavne medicinske sestre na elementarni ravni vodenja, to je na kliničnem oddelku ali drugi funkcionalni organizacijski obliki, kjer je glavna medicinska sestra tudi edini izvršni menedžer, seveda pod pogojem, da ne bi bila cela vrsta naših kolegic pripravljenih, da nemudoma vskočijo na izpraznjeno delovno mesto in zapolnijo vrzel. In tukaj smo mi med seboj. Vendar o tem še nekaj kasneje. Najdlje bi ostala neopazna »luknja« na najvišji ravni vodenja zavoda, kjer so praviloma dejanja in rezultati vidni »na dolgi rok«. Tudi za spremembe na področju vodenja in upravljanja imamo predloge rešitev. Razširjeni strokovni kolegij v prejšnji sestavi je skupaj z Zbornico – Zvezo zdravstvene nege sprejel dokument, ki ureja organizacijsko strukturo vodenja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenih zavodih. Žal je ta dokument pristal v »predalu« takratnega ministra za zdravje in tam ostal do današnjih dni, kljub temu, da so se v tem času zamenjali že trije ministri. V lanskem letu smo dokument v sedanjih sestavi razširjenega strokovnega kolegija dopolnili in sedaj čaka na »avdienco« pri aktualnem ministru.

- Spremembe plačevanja zdravstvenih storitev – SPP; skupine primerljivih primerov ali ekonomizacija zdravstva, ki dobiva vodilno vlogo v zdravstvenem sistemu. Saj poznate tisti rek: »Denar je sveta vladar«. Kdo je zdaj v pomembnejši vlogi, strokovnjak medicine, ekonomije ali zdravstvene nege, je v tem trenutku manj pomembno, denarja tako ali tako ni nikoli dovolj. Ker je ta »bitka« vidnejša med strokovnimi direktorji in poslovnimi direktorji nedavna, danes pa direktorji in ker jih močno in vseobsegajoče prevzema, smo zaposleni v zdravstveni negi izkoristili ta »prosti tek« za razvoj lastne stroke ter promocijo medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege v družbi.
- Nenazadnje, tukaj so še zelene strokovne in organizacijske spremembe v zdravstveni negi, ki sicer zahtevajo od vseh akterjev ogromno vloženega truda, vztrajnosti in energije; praviloma pa so usmerjene v zagotavljanje in izboljševanje kakovostne zdravstvene obravnave bolnikov.

Ob tem pa se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe soočamo z dejstvom, da v tej državi ni jasnih kadrovskih standardov, niti kliničnih poti in nacionalnih smernic za delo, niti standardizacije prostorov, opreme in pripomočkov za delo v zdravstvu.

Tako smo zaposleni v vsakem zavodu posebej prepuščeni lastnim zmožnostim argumentiranja, dokazovanja, uveljavljanja potreb po kadrih, takšni in drugačni opremi in pripomočkah. Pri tem ne smemo mimo dejstva, da je potrebno najprej dokazati »potrebo po obstoju in pomembnosti zdravstvene nege in oskrbe«, šele potem sledi uveljavljanje potrebnih človeških in materialnih virov. Na tej točki izgubljamopreprobrebno energijo, ki bi jo bilo pametneje usmeriti v razvoj stroke.

Nujna sprememba, na katero ne mislimo dovolj pogosto, pa je skrb za svoje sodelavce in zase. Ne jutri, ampak predvčerajšnjim. Iz preprostega razloga, da bomo vzdržali in postali močnejši ter boljši. Ko smo v naši bolnišnici začeli uporabljati pojme, kot so vseživljenjsko učenje, izkustveno učenje, karierni razvoj zaposlenih, smo morali premagovati velike neznanke v zvezi s pomenom učenja za osebnostni in profesionalni razvoj zaposlenih ter za uspeh naše ustanove. Ana Kranjc, znana pedagoginja in andragoginja, je pred nekaj leti izjavila, da če je bila za 19. stoletje dovolj osnovna šola in za 20. stoletje srednja, je v tem stoletju visoka šola komaj dovolj. Vendar sem ponosna na svoje sodelavce in nenazadnje tudi nase. Verjetno smo poklicna skupina z daleč največ udeleženci v dodiplomskem izobraževanju, da o podiplomskem študiju in funkcionalnem izobraževanju sploh ne govorim. In vse to zmoremo ob delu, ki je zagotovo eno napornejših in zahtevnejših in ki terja celega človeka in ki ga tudi vzame.

Veliko pa moramo tudi postoriti na področju medsebojnih odnosov. Večina medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov odlično obvlada komunikacijo z bolniki. Morda jim potem zmanjka energije, da bi bili dobri in strpni tudi do sodelavk in sodelavcev

in predvsem tudi do sebe. Želim povedati, da smo ob prevladujoči skrbi za druge pozabili nase. Trdim da je zadovoljna medicinska sestra tudi dobra ali najboljša medicinska sestra, ki ji ni težko iti v službo takrat, ko se večina ljudi odpravlja k nočnemu počitku.

Še nečesa ne znamo zaposleni v zdravstveni negi, namreč pohvaliti sebe in druge. Največkrat se raje izognemo pohvali, ker smo v naslednjem trenutku postavljeni pred ogledalo in kritično presojo lastnih kolegic in kolegov ter vse strokovne javnosti. Zato raje ne tvegamo in molčimo,

Prepričana sem, da smo največkrat najbolj tiho, ko bi morali biti najbolj glasni. Namenila sem se opozoriti na tisto, o čemer ponavadi ne razmišljamo, ne govorimo in glede česar ne ukrepamo. Namerno nisem govorila o skrbi za paciente ali o zdravstveni negi. To je naš vsakdan. O tem nenehno govorimo in ob tem ne



opazimo, da kolegica poleg nas izgoreva. In ostaja vprašanje, kako bomo skrbeli za druge, če še zase ne znamo.

Ker je šele marec, lahko že v tem letu veliko naredimo zase in za svoje kolegice in kolege. Razmisli-

mo, kje bi bilo najboljše začeti, da bi ta naš vlak vozil s hitrostjo, ki bi jo mi določali in ustavljal na postajah, kjer bi mi čakali in preprečimo, da bi odpeljal mimo in brez nas na postaje, ki jih ne poznamo, ker nas potem na tem vlaku res ni niti treba. Pa srečno.



---

Mlakar J. Zdravstvena nega v bolnišnici danes in jutri. Obzor Zdr N 2005; 39: 1–3.

Pedagoški procesi na ped. t. 1902. Ljubljana


# UTRIP

INFORMATIVNI BILTEN



LETO XI, ŠTEVILKA 12, DECEMBER 2003

ZBORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



*Na Očesni kliniki v Ljubljani leta 1961*

# ZDRAVSTVENA NEGA V SOCIALNIH ZAVODIH NEKOČ, DANES IN JUTRI

*Liljana Leskovic*

Zgodovinski razvoj skrbi za starejšo populacijo odraža dejstvo, da so se naši predniki zavedali dolžnosti do starejših ljudi. Preveč preprosto bi bilo, če bi skrb za starejše enačili zgolj z zagotovitvijo ustreznega števila posteljnih kapacitet v institucijah. Pred zaposlenimi v službi zdravstvene nege in oskrbe so večji izzivi in iz tradicije črpamo moč za premagovanje današnjih ovir, ki pestijo zaposlene v zdravstveni negi.

Razvoj zdravstvene nege v socialnih zavodih poteka stihijsko. Preobremenjenost kadra zaradi neustrezne kadrovske politike, odnos družbe do starejših, sistemska nedorečenost med obema ministrstvom, v katerih pristojnosti je skrb za starejše, ter ostali dejavniki so zaznamovali delo zdravstvene nege v socialnih ustanovah. Kakovostni premik v razvoju zdravstvene nege se odraža predvsem v zaposlovanju ustreznih profilov kadra za potrebe dela s starejšimi ter v zagotavljanju prostorskih in tehničnih standardov, ki jih služba zdravstvene nege potrebuje za izvajanje kakovostne zdravstvene nege.

Kakovost in raven zdravstvene nege v socialnih zavodih sta pogojeni s številom diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov, bolničarjev in stalno prisotnostjo zdravnika. Pri obravnavi starostnika v zavodih upoštevamo strokovne standarde za področje zdravstvene nege ter njegove omejene sposobnosti, zdravstveno stanje in bolezni. Glavni cilj službe zdravstvene nege v socialnih zavodih je pomoč posameznikom za zagotavljanje optimalne kakovosti življenja v zavodih. Socialni zavodi nesporno opravljajo tako socialno kot povsem specifično zdravstveno dejavnost. Zdravstvena dejavnost domov za ostarele temelji na Zakonu o zdravstveni dejavnosti, po katerem socialno varstveni zavodi v okviru zdravstvene dejavnosti opravljajo zdravstveno nego in rehabilitacijo za svoje kliente. Zdravstvena nega je celovita dejavnost. Medicinska sestra je na področju zdravstvene nege zdravih in bolnih stanovalcev samostojni izvajalec, v diagnostično terapevtskem procesu pa sodeluje z zdravnikom. V socialnih zavodih so pristojnosti medicinskih sester nejasne, vsaj glede na tolmačenje s strani ZZZS. Kategorizacija stanovalcev po kriterijih, ki jih priznava ZZZS, v ospredje postavlja zdravnika. Vsa naša prizadevanja in razlage, da zdravniki niso usposobljeni za strokovni nadzor na področju izvajanja postopkov v zdravstveni negi so ostala brez odmeva. Ugotavljamo, da pri strokovnih nadzorih s strani zdravnikov zaposlenih pri ZZZS ni enotne interpretacije kriterijev za določanje stopnje kategorij stanovalcev. Tolmačenja s strani

vodij služb zdravstvene nege, da veljavni kriteriji niso podlaga za določanje kategorije po zahtevnosti zdravstvene nege, so pomanjkljiva oz. neustrezna. Z izrazom postopek smo izražali strokovni vidik opravi, za kar je v celoti odgovorna medicinska sestra na podlagi svojih strokovnih znanj in izkušenj. Še vedno smo mnenja, da ZZZS svoja razmišljanja preveč naslanja samo na medicinsko tehnične posege, ki so predpisani s strani zdravnika, in ne posveča dovolj pozornosti postopkom zdravstvene nege. Prizadevanja v doseganju ustreznih meril za kategorizacijo stanovalcev v kategorije ZN bodo potekala tudi v prihodnje. Ne moremo in ne smemo dovoliti, da nam razmišljanja nekaterih ne dovolijo delovati samostojno na našem področju, za katero smo pridobili pooblastilo ter izobrazbo.

V javnosti prevladuje prepričanje, da v socialnih zavodih uporabljamo zastarele in celo represivne metode dela. O tem lahko sklepamo iz običajnega odziva tako svojcev kot drugih vključenih ob prvem direktnem stiku z domom. K napačni predstavi prispevajo tudi mediji, ki običajno omenjajo domove v zvezi s kršenjem človekovih pravic, nehumanimi metodami in težavami stanovalcev. V času službovanja v socialnem zavodu ni bilo nikogar, ki bi se spraševal o težavnosti dela in obremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi ob neustreznem kadrovskem normativu, ki ne upošteva potrebe starostnikov po zdravstveni negi.

Pri vsakem delu, tudi pri našem, prihaja do nepravilnosti, še pogosteje pa so takšni negativni odmevi rezultat enostranskega gledanja na problem. Upoštevati je potrebno tudi dejstvo, da so se razmere v domovih hitro spremenile predvsem v sedemdesetih letih, torej v obdobju njihove pospešene graditve, z boljšimi pogoji dela se je v marsičem spremenila tudi kakovost dela. Upoštevati je potrebno tudi višjo stopnjo izobrazbe zaposlenih, zahteve glede spoštovanja človekovih pravic, izboljšanje zdravstvene nege, kar vse je v zadnjih letih bistveno izboljšalo razmere v socialnih zavodih. Vsem tem spremembam pa ni sledila tudi sprememba javnega mnenja. Dejanske razmere v socialnih zavodih poznajo maloštevilni, zato splošnega javnega mnenja ne morejo preoblikovati.

Želimo si, da bi bilo mogoče zdravstveno nego v socialnih zavodih večkrat in bolj natančno predstaviti okolju, v katerem delujemo. Večina kolegic si za to intenzivno prizadeva, pa vendar delovne obremenitve enostavno hromijo pregledeost opravljenega dela na področju zdravstvene nege v socialnih zavodih.

Za nadaljnji razvoj zdravstvene nege v socialnih zavodih je izredno pomembna strokovna podpora, izobraževanje in nepretrgana informiranost vseh vključenih v skrbi za starejše.

---

Leskovic L. Zdravstvena nege v socialnih zavodih nekoč, danes in jutri. Obzor Zdr N 2005; 39: 101–2.

# VPRAŠANJA: ALI IMAMO ODGOVORE NANJE?

*Bojana Filej*

Veliko nas je že zapisalo v različnih prispevkih, da so stalnica današnjega časa le spremembe. Spreminjajo se politika, zdravstveni sistem, pred nami so obsežne družbene reforme. Spreminja se organizacija zdravstvenih zavodov, pa tudi ljudje. V vsakodnevnem pehanju za materialnimi dobrinami pozabljamo na človeka in spreminjamo svoje življenjske vrednote. Spreminja se tudi zdravstvena nega, standardi, kompetence in zakonodajna določila.

Dr. Mirjana Ule je leta 2003 zapisala, da je glavni problem medicinskih sester »njihov vmesni oziroma nejasen status v odnosu med zdravnikom in pacientom«. Dve leti pozneje postaja ta status vedno bolj jasan. Spremenjena je zdravstvena zakonodaja, jasno je določeno, kdo je medicinska sestra, babica in kdo tehnik zdravstvene nege. Vsak poklic ima jasno zapisane kompetence, ki so zapisane v seznamu poklicev in so bile objavljene v Uradnem listu. Koliko od vas jih pozna? Ali smo usposobljeni za njihovo izvajanje?

Vse medicinske sestre (višje in diplomirane) ter diplomirane babice si bodo morale pridobiti licenco (dovoljenje za samostojno delo), če bodo želele biti zaposlene in izvajati zdravstveno in babiško nego. S tem bo zaščiten pacient – uporabnik naših storitev, s tem bo zagotovljena enaka kakovost obravnave vsem državljanom Evropske unije, s tem bodo zaščiteni izvajalci zdravstvene in babiške nege, ko so jim jasno določene kompetence. Ali se zavedamo pomena in seveda dolžnosti, da si bomo vsakih sedem let prizadevali podaljšati licenco in da licenco lahko tudi izgubimo? Ali se zavedamo, da bomo morali biti vpisani v Register izvajalcev zdravstvene in babiške nege Slovenije vsi izvajalci, tudi tehniki zdravstvene nege? Ali se zavedamo, da bo stroka nadzorovana, da se bodo opravljali strokovni nadzori?

Medicinske sestre se trenutno nahajajo v dveh procesih – v spremembah zdravstvenega sistema in v globalizacijskem procesu. Oba procesa sta sorodna koncepta. Oba sta kompleksna in oba pogosto izločata čustvene reakcije zaradi vpliva na posameznika in na družbo. Evropa že bije plat zvona zaradi pomanjkanja medicinskih sester. Države si na najrazličnejše načine pomagajo razrešiti velike probleme, s katerimi se soočajo, saj zdravstvo brez medicinskih sester ne more funkcionirati. Zakaj vse glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov javno ne opozarjajo na kadrovske težave, s katerimi se soočajo?

V šolah in univerzah preživimo od osem do dvajset let življenja in se učimo za življenje v prihodnosti.

Takrat domnevamo, da je naše formalno izobraževanje zaključeno, hkrati pa spoznamo, da nas je izobraževanje le delno opremilo za sedanje življenjske izzive. Zlasti v prihodnje se bomo morali izobraževati tako, kot bo zahtevala informacijska doba. Učenje postaja torej nekaj stalnega, kar bo trajalo vse življenje (vseživljenjsko učenje). Postaja imperativ sodobnega časa. Postati moramo družba znanja, v kateri je treba vlagati v razvoj ljudi. Poklicna odgovornost zahteva stalno in aktivno učenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege ves čas njihovega strokovnega delovanja. Zato smo se dolžni stalno izobraževati skladno s poklicnimi potrebami in napredkom stroke. Kolikokrat ste se v zadnjem letu udeležili strokovnega srečanja in si pridobili novih znanj in pogledov na zdravstveno ali babiško nego?

Razvoj zdravstvene nege v Sloveniji temelji na usmeritvah svetovnih in evropskih organizacij, ob upoštevanju specifičnosti družbe, kulture, ekonomskih zmožnosti, stopnje razvitosti zdravstvenega sistema, zdravstvene politike in epidemiološkega stanja. Razvoj stroke naj bi potekal le na osnovi znanstvenih ugotovitev, do katerih je možno priti le z raziskovanjem. Raziskovanje pri nas največkrat poteka v okviru univerz in njihovih raziskovalnih inštitutov. Zato smo na področju zdravstvene in babiške nege v začaranem krogu. Ker ni možnosti fakultetnega študija v lastni stroki, ni možno pridobivanje akademskih nazivov, možnosti raziskovanja in možnosti razvoja stroke na lastnih znanstvenih ugotovitvah pa so omejene. Raziskovanje v zdravstveni negi v glavnem temelji le na aplikativnih raziskavah in na interdisciplinarnih pristopih. Ali ste uvedli kakšno spremembo v zdravstveni negi v prakso na osnovi raziskovalnih izsledkov? Ali ste sploh kdaj imeli možnost sodelovati v raziskovalni skupini?

S staranjem prebivalstva, hitrejšim odpustom pacientov iz bolnišnične obravnave in vse pogostejšim prehodom na dnevno bolnišnično obravnavo se na domovih povečuje število zahtevnejših pacientov, njihova obravnava je kompleksnejša in tudi daljša. Zaradi povečanega števila pacientov na domu upada preventivna dejavnost patronažnih medicinskih sester. Vse več je oblik pomoči in oskrbe na domu, ki jo izvaja socialna dejavnost. Ali so patronažne službe pripravljene na izzive, ki zahtevajo drugačno organiziranost patronažne dejavnosti?

Uspeh sleherne organizacije je usodno odvisen od komuniciranja med in z ljudmi. Izzivi iz današnjega globalnega okolja narekujejo nenehno spreminjanje organizacij, saj zaposleni vse bolj postajajo ne le izva-

jalci dela, temveč prinašajo novo znanje in kapital. Obravnava zaposlenih kot premoženja in ne kot stroška je izhodišče nove paradigme organizacijskega komuniciranja, ki presega nekdanje enosmerno obveščanje zaposlenih. Prihaja do dvosmernega komuniciranja (navzgor in navzdol) v organizacijski strukturi ter do participacije zaposlenih pri upravljanju in s tem delitve odgovornosti.

V zdravstveni negi so najpomembnejši ljudje: pacienti, svojci, strokovnjaki zdravstvene in babiške nege ter njihovi sodelavci. Med njimi se vzpostavljajo odnosi dan za dnem. Ko vstopata v odnos dva človeka, imata marsikaj skupnega, sta si pa tudi v marsičem različna. Če naj bo odnos popoln, potem mora biti prostor za to, kar nam je skupno, kot tudi za to, v čemer se razlikujemo. Še kakšni dve leti ali tri nazaj smo govorili, da vladajo slabi odnosi med negovalnim kadrom in zdravniki. Danes je stanje dragačno. Mnogi povedo, da so se odnosi med negovalnim ka-

drom in zdravniki izboljšali, močno pa so se poslabšali odnosi med nami samimi. Na nekaterih oddelkih imajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki ločene skupne prostore ločeno pijejo kavo, ločene imajo timske sestanke. Zakaj?

Veliko je še neizrečenih vprašanj. Zazrimo se vase in skušajmo nanje iskreno odgovoriti! Mnogi odgovori bodo zahtevali določene spremembe v nas samih, kakor tudi v okolju. Spremembe v zdravstveni negi se seveda veselimo, predvsem tistih, ki prispevajo k urejanju strokovnega področja. Zavedamo pa se tudi, da spremembe naletijo na odpor, saj vsaka sprememba zahteva angažiranje slehernega posameznika. Zato je udobneje delati »po starem«, tako kot mnogo let, in to tudi zagovarjati. Vendar spremembe tečejo svojo pot.

Če se jim bomo upirali, se bodo prav tako dogodile, mi pa bomo potegnili »krajši konec« in spet ne bomo zadovoljni. Zato se je bolje nanje pripraviti.

---

Filej B. Vprašanja: ali imamo odgovore nanje? Obzor Zdr N 2005; 39:173–4.

# ZDRAVSTVENA NEGA IN BABIŠTVO V ZRCALU OBJAV STROKOVNE REVIIJE

*Andreja Mihelič Zajec*

Spoštovane bralke in bralci!

S koledarskim letom 2005 se je iztekel mandat glavni in odgovorni urednici in članom uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege. Upravni odbor Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je za mandatno obdobje 2006–2010 na svoji 9. seji imenoval novo odgovorno urednico in na 11. seji (9. 2. 2006) člane novega uredniškega odbora. Nekdanja glavna in odgovorna urednica Vera Grbec bo z bogatimi izkušnjami na področju uredniškega dela v letu 2006 pomagala novo imenovanim članom uredništva.

Obzornik zdravstvene nege je strokovna revija, ki je v prvi vrsti namenjena ciljni populaciji bralcev: medicinskim sestram, bobicam, profesorjem zdravstvene vzgoje in tehnikom zdravstvene nege. Objavlja strokovne in znanstvene članke predvsem s področja zdravstvene nege, ter odpira tudi možnost za objave drugih strokovnjakov, kadar le-ti posredujejo informacije, uporabne za zdravstveno nego. Zdravstveno nego je možno, tako kot vsako drugo stroko, ovrednotiti tudi skozi prizmo objav. Pri tem je zagotovo v ospredju kriterij kakovosti, ki mora v vsebinskem pogledu ustrezati spoznanjem stroke oziroma znanosti, v metodološkem pomenu pa znanim in jasno definiranim pravilom strokovnega pisanja.

Kadar sta opažena in zabeležena kakovost člankov v strokovno-informacijskem prostoru Slovenije in v tujini, je to pomembno priznanje avtorjem člankov in posredno tudi stroki. V letu 2005 je Obzornik zdravstvene nege uvrščen na seznam strokovnih revij Ministrstva za šolstvo, znanost in šport, ki so citirane v mednarodnih bibliografskih bazah in objavljajo izvirne znanstvene članke (Grbec, 2005).

Ob vseh naglih spremembah, ki smo jim priča v številnih in različnih delovnih okoljih zdravstvene in babiške nege, se postavlja vrsta vprašanj. Z branjem aktualne strokovne literature si lahko potešimo radovednost, razblinimo dvome, potrdimo lastno razmišljanje ali sistematično uredimo in dopolnimo obstoječe znanje. Zato v prvi vrsti potrebujemo motivacijo in čas. Pomembno pa je tudi, da vemo, kako napisano informacijo razumeti, interpretirati in vrednotiti. To je proces, ki se ga da naučiti, potem pa ga je potrebno tudi neprestano izvajati. Vsak članek lahko analiziramo s pomočjo kritičnega branja ter na osnovi znanj iz metodološke in oblikovne analize primarnega dokumenta.

Sedanost je naš čas, čas v katerem imamo kot poklicna skupina in posamezniki v njej možnost prispevati k razvoju stroke. Ni dovolj, da sprejemamo svoj poklic zgolj kot delovno obveznost. Poiskati moramo priložnost, da smo soudeleženi in odgovorni pri ustvarjanju, prenosu in uporabi znanja, torej tudi pri pisanju in branju strokovnih in znanstvenih člankov ter drugih prispevkov. Včasih medicinskim sestram in bobicam za to manjka poguma. Mnoge so prepričane, da je pisanje rezervirano le za redke nadarjene posameznike. Takšna razmišljanja pa so daleč od resničnosti. Pisanja strokovnih člankov se da naučiti. Možnost ponujajo visokošolski študijski programi. Eden od dobrih načinov je, da »gledamo«, kako to delajo drugi. Tudi pri pisanju velja znani rek: »vaja dela mojstra«. Ta vaja je trdo delo, zajeto v proces pisanja, ki je nagrado z občutkom zadovoljstva, ko je članek končan. Zapisana beseda ima veliko težo. S trenutkom objave postane informacija trajna. Dana v uporabo je izpostavljena nenehnemu preverjanju ter analizam. Če se vzpostavi komunikacija tudi v obratni smeri, pomeni vsaka konstruktivna in strokovno utemeljena kritika prispevek, in je dobrodošla.

Praksa zdravstvene nege mora biti znanstveno utemeljena. Temeljiti mora na dokazih, ki slonijo na raziskovanju, izkušnjah ali teoriji. Znanstveno utemeljena praksa je orodje za spremembe. Značilnost profesionalcev je, da se odločajo za spremembe in prevzemajo za to tudi odgovornost (Tschudin, 2004).

Raziskovanje v zdravstveni negi mora biti razširjeno, dostopno in ne sme biti samo sebi namen. Imeti mora uporabno vrednost. Včasih se zdi, da obstaja globok prepad med tistimi, ki raziskujejo in tistimi, ki naj bi rezultate raziskav uporabili ali z drugimi besedami, prenesli v prakso. K premagovanju tovrstne ovire pripomore avtor raziskave z utemeljitvijo njene praktične in uporabne vrednosti.

Teorija usmerja prakso z izsledki raziskovalnega dela. S teorijo dosežemo razumevanje znanja (George, 2002).

Torej: praksa, raziskovanje in teorija lahko le v medsebojni povezanosti dobijo lastno vrednost. Zna- na teoretičarka zdravstvene nege Ernestine Wi- edenbach je povezavo nazorno opisala s stavkom: »Te- orije se rojevajo v praksi, potrjujejo z raziskovanjem in se ponovno vračajo v prakso« (George, 2002). Pre- nos raziskovalnega znanja v prakso je kompleksen pro- ces, ki poteka korak za korakom in zahteva veliko me- ro ustvarjalnosti, pazljivo načrtovanje in vodenje.

Teorija in raziskovanje sta pomembna za razvoj prakse zdravstvene nege,

Ob prvi letošnji številki revije, s skorajda štiridesletno tradicijo, lahko napovemo aktualno temo tekočega leta. Mednarodni svet medicinskih sester ob priložnosti praznovanja mednarodnega dneva medicinskih sester 12. maja že vrsto let pripravlja gradivo, ki vsebuje informacije in zbirko orodij za delo. Moto letošnjega praznovanja je: »Z ustreznim zaposlovanjem rešujemo življenja« (Safe staffing saves lives). Koncept ustreznega zaposlovanja se je pojavil kot rezultat sprememb v sistemu zdravstvenega varstva po vsem svetu (International Council of Nurses, 2006). Medicinske sestre in poklicne organizacije me-

dicinskih sester imajo priložnost razširiti posamične ali skupinske aktivnosti čez celo leto.

Naj sklepno razmišljanje nadomesti prvi cilj uredniške politike Obzornika zdravstvene nege, ki je: pridobivanje čim več kakovostnih prispevkov in skrb za nadaljnje razvijanje kakovosti ter posledično krepitev ugleda revije. Samo po sebi je razumljivo, da je izpolnitev zastavljenega cilja za uredništvo zavezujoča, vendar je ob tem potrebna tudi velika aktivnost avtorjev. Dobrodošli, želeni in pričakovani so odzivi bralcev, kajti revija je namenjena predvsem prav vam. Prepričani smo, da je skupni končni cilj vseh, ki smo povezani z zdravstveno ali babiško nego, kakovostna zdravstvena in babiška nega.

---

Mihelič Zajec A. Zdravstvena nega in babištvo v zrcalu objav strokovne revije. Obzor Zdr N 2006; 40: 1–2.



# JE TO ZAČARANI KROG?

*Darja Cibic*

V času približevanja predsedovanja Slovenije Evropski uniji v prvi polovici leta 2008 se porajajo vprašanja koliko in na katerih področjih bodo vključeni strokovnjaki zdravstvene in babiške nege v številna strokovna in druga organizirana srečanja, ki bodo vključevala tematiko zdravstvenega varstva.

Države članice, ki so v času predsedovanja že organizirale taka vsebinska srečanja (tudi večkrat) in imajo pri tem določene izkušnje, vključijo in povabijo k sodelovanju ter pripravi vsebin za njihovo področje tudi nacionalna združenja in vladne medicinske sestre. Dobro se zavedajo, kako pomemben je prispevek posamezne zdravstvene discipline, še posebej v skupnem prizadevanju za obravnavo kompleksnih zdravstvenih potreb prebivalcev. Postavljajo ga visoko na lestvici kakovostnega zdravstvenega varstva.

V obdobju predsedovanja vidijo države članice veliko priložnost za srečanje ključnih evropskih ekspertov, spodbujajo ter omogočajo razprave strokovnjakov z različnih vidikov, okolij in sistemov. Združeno znanje, misli, izkušnje in ideje ter vsak nov sprejemljiv pogled sta dobrodošla za še tako majhen korak za prispevek in napredek na skupnem evropskem »zdravstvenem« teritoriju.

## *Krog aktualnih tem*

Dejstvo je, da se srečanja visokih predstavnikov strokovnih združenj zdravstvene in babiške nege in vladnih medicinskih sester vrtijo v krogu tematik, ki se pojavljajo skozi desetletje in več ter so mnoge še vedno aktualne.

Pod pojmom »še vedno aktualne« razumemo vse tiste zadeve, ki bolj ali manj izstopajo na dnevnih redih, kot nameni in cilji, posvetovanj, srečanj in forumov, kongresov... To so teme, vsebine, stanja in usmeritve, ki so zapisane v različnih dokumentih, kot so resolucije, deklaracije in priporočila, ki so sprejeti na različnih forumih, podprti tudi z vsebinskimi strokovnimi analizami ter izkušnjami različnih spoštovanih strokovnjakov. V praksi pa ugotavljamo, da se dokumenti ne upoštevajo oziroma jih ne upoštevamo, saj so žal obravnavani kot neobvezujoči, pogosto so celo prezrti.

Ena od prelomnic deklarativnih usmeritev, ne samo razvoja, temveč sočasno tudi pregleda neuresničenih temeljnih stebrov nacionalnih strok zdravstvene in babiške nege, je bila tako imenovana Munchenska deklaracija, sprejeta leta 2000. Naj spomnimo na kratko. To je bila druga ministrska konferenca za področje zdravstvene in babiške nege v organizaciji Svetov-

ne zdravstvene organizacije. Tudi ta deklaracija je imela zapisane aktualne usmeritve za strokovna področja, ki jih je potrebno na ravni države prioritarno spoštovati in upoštevati pri strokovnem razvoju ter nacionalnem vrednotenju in prepoznavnosti stroke: zdravstvena politika, zakonodaja, izobraževanje, kakovost strokovnega dela, raziskovalno delo, sodelovanje članov različnih strokovnih disciplin, upoštevanje prispevka vsakega posebej ter strokovna in medresorska povezovanja.

## *Krog aktualnih tem ostaja*

Verjetno ni nepomembna predstavitev rezultatov vrednotenja, zapisanega v omenjeni deklaraciji, ki je bilo že v izhodišču zastavljeno na vsaki dve leti. Posredovani vprašalniki državam evropske regije o napredku po munchenski konferenci, ki so jih posredovali ministrstvom in nacionalnim združenjem držav članic v letih 2001 in 2003 so pokazali, naj se izrazimo, kot »stanje duha« na področju zdravstvene in babiške nege po Evropi.

Predstavitev rezultatov je bila izvedena šele konec leta 2005.

Zaradi neštevilnih odgovorov v letu 2001 ni bilo mogoče podati ocene niti o napredku, niti ni bilo možno podati kakršnekoli druge ocene. Podobna usoda je doletela tudi vprašalnik leta 2003, saj ni bilo mogoče izluščiti zadovoljivih in transparentnih odgovorov. Od 52 držav članic je odgovorilo 28 držav, od tega 5 držav na oba vprašalnika in obe zaprošeni instituciji. Pri obeh vprašalnikih je sodelovala Slovenija s strani zdravstvenega ministrstva in nacionalnega združenja.

Rezultati so pokazali naslednje ovire, ki se odražajo v naslednjem:

- nizek status izvajalcev zdravstvene in babiške nege;
- tradicionalno videnje obeh strokovnih področij;
- spolna diskriminacija;
- pomanjkanje primerne zakonodajne ureditve;
- dokaj nizka izobrazbena struktura;
- dominantnost zdravniške stroke;
- vloga medicinskih sester in babc v procesih odločanja, ki nihajo od ključnih do popolne izključnosti;
- vloga v javnem zdravstvu, ki razteza od širokega prispevka v lokalnih skupnostih in k družinam usmerjeni obravnavi do specifičnih nalog, kot sta cepljenje in krepitev zdravja;

- zakonodaja, je neustrezna v veliko državah (nekatere države navajajo skorajšnje spremembe);
- skrb vzbujajoče je (ne)zaposlovanje in pomanjkanje medicinskih sester.

Splošni zaključek je bil: ni dokazov, da bi imela munchenska deklaracija večji vpliv na spremembe v dejavnosti zdravstvene in babiške nege v usmeritvah opredeljenih v deklaraciji. Zadovoljne pa so nekatere države članice, saj je imela deklaracija takojšen učinek na drugačno razmišljanje in ponovno ocenitev prispevka zdravstvene in babiške nege v nacionalnih zdravstvenih sistemih.

Zanimivi so tudi podrobnejši in bolj specifični odgovori, ki so med drugim razkrili dogajanje v zdravstveni in babiški negi v evropski regiji po letu 2000:

- težave pri opredelitvi vloge medicinskih sester in babic;
- pri odločanju obstaja hierarhija in več ravni odločanja; medicinske sestre in babice odločajo najpogosteje v zvezi z zdravstveno in babiško nego, omejeno pa je odločanje o splošnem zdravstvenem sistemu;
- v javnem zdravstvu je najbolj viden njihov prispevek na ravni lokalne skupnosti;
- pri regulativni opredelitvi je viden vpliv deklaracije v nečlanicah Evropske skupnosti (ES), nove članice ES pa so zgolj sledile direktivam ES; medtem ko v starih državah članicah ES kljub reformam vpliv deklaracije ni opaziti;
- pri raziskovalnem delu je delo usmerjeno v projekte lastne stroke, obstajajo le posamezne izjeme, sicer pa je tudi nekaj multidisciplinarnih projektov; le redke države stroki zagotavljajo sredstva za ta namen;
- reforme izobraževanje medicinskih sester in babic potekajo le v nekaterih državah kot priporočilo deklaracije; več možnosti je v podiplomskih izobraževanjih;
- zdravstveni sektorji nimajo razmevanja za fakultetno izobraževanje, 10% do 15% medicinskih sester ima magisterij ali doktorat;
- skupno izobraževanje z zdravniki je izjema, največkrat v podiplomskih programih;
- mednarodno partnerstvo je različno razumljeno; kot sodelovanje z mednarodnimi institucijami, sodelovanje v nekaterih skupnih temah, twining projekti so izjeme;
- kljub 2,9 milijona medicinskih sester, ki predstavljajo obstoječo strokovno moč, so le posamezne države pripravile strategijo strokovnega razvoja. Razlogi so v pomanjkanju podatkov, pomanjkanju ocen o prihodnjih potrebah zdravstvene nege in finančne omejitve;
- plače medicinskih sester in babic v Evropski regiji niso primerljive zaradi različnih ekonomskih situ-

acij v državah članicah. Povprečne plače so pod, okrog oziroma na ravni nacionalnega povprečja. Vzorec oblikovanja plač pa obsega: stopnjo izobrazbe, trenutno delovno mesto in delovne izkušnje v smislu delovne dobe.

V letu 2007 je načrtovano srečanje predstavnikov strok zdravstvene in babiške nege s pregledom primerov dobrih praks za oblikovanje zaključnega poročila o napredku po sprejetju munchenske deklaracije ter načrtovanje naslednje ministrske konference za zdravstveno in babiško nego leta 2010.

### *Krog aktualnih tem v Republiki Sloveniji*

Če povzamemo dogajanja v Republiki Sloveniji na področju zdravstvene in babiške nege po sprejetju munchenske deklaracije po letu 2000, ugotavljamo, da so se dogodki odvijali brez večjega vpliva v deklaraciji sprejetih usmeritev, poudarkov in pobud:

- medicinske sestre in babice ter njihovi strokovni področji dela so bili zakonsko opredeljeni v zdravstvenih predpisih zaradi uskalditve izobraževalnih oziroma kvalifikacijskih standardov, ki jih opredeljujejo splošne direktive Evropske unije.
- Izobraževanje v programih zdravstvene in babiške nege je bilo potrebno urediti zaradi evropskih sekundarnih predpisov in tako se je prva generacija medicinskih sester in babic vpisala v nove programe v študijskem leti 2004/2005.
- Iz istega razloga so bila z zakonom podeljena Zbornici zdravstvene in babiške nege javna pooblastila za vodenje registra medicinskih sester in babic, izvajanje licenc in strokovnega nadzora.
- Možnosti podiplomskega usposabljanja obstajajo tudi v obliki specializacij, ki pa niso vedno odločitve stroke, temveč posameznih visokih šol.
- Skupne odločitve so bile sprejete le za pridobitev nacionalnih poklicnih kvalifikacij, ki so možne po srednji strokovni izobrazbi, in so tudi rezultat priporočil Evropske komisije. Na nacionalni ravni jih podpirajo nekateri zdravstveni zavodi in so odraz potreb na trgu delovne sile.
- Medicinska sestra, članica Strokovnega sveta zdravstvenega ministra, je velika spodbuda za zdravstveno in babiško nego ter priložnost sodelovanja v nekaterih strateških odločitvah.
- Informacijski sistem oziroma dokumentacija zdravstvene nege (na dokazih temelječa zdravstvena in babiška nega) dobiva svoj okvir zaradi finančne podpore projektu Ministrstva za zdravje.
- Zdravstvena in babiška nega je v tem obdobju izgubila del avtonomije pri odločanju o preventivnih obiskih posameznikov, družine in lokalne skupnosti, saj so njihove aktivnosti usmerjene v kurativno dejavnost. Trenutne usmeritve nakazujejo, da bosta dejavnosti dobili povrnjeno vlogo ter pridob-

bili vlogo koordinatorja zdravstveno socialnega pristopa pri obravnavi prebivalstva v njihovem življenjskem okolju.

### *Še vedno krog aktualnih tem?*

Posamezni premiki na nacionalni ravni kažejo na prepoznavnost zdravstvene in babiške nege v kontekstu aktualnih tem, kot sprejete zdravstvene discipline v zdravstvenem sistemu. Toda to, kar bi za obe stroki pomenilo večje priznanje, vrednotenje, vrednost in ne nazadnje tudi spoštovanje njunega prispevka, je nujen premik, ki ga podpirajo mednarodne institucije, od razumevanja sistemsko vgrajenega koncepta »strošek zdravstvene nege« h konceptu »vložek zdravstvene nege«.

Države članice Evropske unije v času predsedovanja ponudijo v zdravstvenem segmentu tudi teme s področja zdravstvene in babiške nege. In tu se zopet

srečamo z že predstavljenimi aktualnimi temami. Trenutno predsedujoča Finska ima na programu teme o migraciji medicinskih sester, promociji zdravja in varnosti pacientov, seveda vse iz globalne in evropske perspektive. Po napovedih Nemčije bo glavna tema izobraževanje v zdravstveni negi, Portugalska pa bo predlagala teme iz področja reguliranja zdravstvene nege. Nič zato, saj je jasno, da je potrebno nanje stalno opozarjati, spremeniti, morda dograditi ali nadgraditi, ali pa jih kot dobre prakse predstaviti drugim državam kot primer uspešnega delovanja, sodelovanja in povezovanja različnih sistemov, od zdravstvenega, šolskega, delovnega, raziskovalnega, gospodarskega...

In končno bi lahko v državah članicah Evropske unije in evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije zdravstveno in babiško nego njeni strokovnjaki avtonomno razvijali in poglobljali posamezna področja svojih strokovnih dejavnosti.

---

Cibic D. Je to začarani krog? *Obzor Zdr N* 2006; 40: 125–7.