

## UVODNIK/LEADING ARTICLE

# ZDRAVSTVENA NEGA V PRIČAKOVANJU REFORM SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

## NURSING IN ANTICIPATION OF HEALTH CARE REFORMS

*Branko Bregar*

Danes se bolj kot kadarkoli v preteklosti srečujemo s pritiski za spremembo (reformo) sistema zdravstvenega varstva pri nas. Bolj kot kadarkoli prej se v različnih javnih medijih pojavljajo ti ali oni strokovnjaki, ki naj bi s svojim znanjem obvladovali spremembe, ki so za sistem zdravstvenega varstva nujne. Strokovnjaki so iz vrst zdravnikov, ekonomistov, pravnikov, politikov na lokalni in državni ravni ter ostali zainteresirani (Bregar, Skela Savič, 2013; Zupančič, Keber, 2012; Živkovič, et al., 2007; Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005).

Prispevki v dnevnikih se ukvarjajo zlasti s problemom prihodnjega zagotavljanja pravičnega, solidarnega in univerzalnega sistema zdravstvenega varstva, reorganizacijo zdravstvenih zavodov, racionalizacijo dela, potrebnim številom zdravnikov ter finančno vzdržnostjo sistema zdravstvenega varstva pri nas. Že danes je jasno, da obstoječi sistem več ne zagotavlja osnovnih premis (solidarnost, univerzalnost in pravičnost) našega sistema zdravstvenega varstva (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005).

Za evropske sisteme zdravstvenega varstva je značilno, da so v temeljih precej socialno usmerjeni. Zdravstveno varstvo je namreč zagotovljeno tudi tistim, ki so tega najbolj potrebni – najbolj ogroženim in ranljivim skupinam prebivalstva. Za pospeševanje zdravja, preventivo in omogočanje zdravljenja vsega prebivalstva je to izjemnega pomena, saj ogrožene in ranljive skupine prebivalstva običajno predstavljajo velik javnozdravstveni problem vsake države (Nalič, Šimenko, 2008). Kajti, kot pravi Keber, danes »nihče v državi, razen najbogatejših, ni tako bogat, da bi sam sebi plačal zdravljenje v primeru hude bolezni« (Zupančič, Keber, 2012). Tako je solidarnost, zlasti v razmerah, ko država svojim državljanom ne nudi več ugodnih pogojev za zaposlitev, najpomembnejša prvina sistema zdravstvenega varstva. Pri nas solidarnost predstavlja vse večji problem. Prispevna stopnja, ki jo je potrebno za zdravstvene storitve plačati iz zasebnih virov, je vse večja (Tajnikar, Došenovič Bonča, 2005).

Predlagane spremembe, ki so do sedaj prišle v javnost, pa bi prizadele najbolj tiste, ki že sedaj živijo na meji preživetja.

Rešitev nekateri vidijo v pravičnejši razporeditvi potrebnega bremena prispevnih stopenj za zdravstvene storitve med različne skupine prebivalstva glede na njihove finančne zmožnosti (Zavšek, 2012). Univerzalnost, ki naj bi jo naš zdravstveni sistem tudi zagotavljal, je prav tako že dolgo le utopija, saj naš zdravstveni sistem ne zagotavlja več enako kakovostnih in dostopnih storitev vsem prebivalcem ne glede na regijo (Keber, 2003).

Slovenija z vidika javnofinančnih izkazov vse te zahteve sistema zdravstvenega varstva vse težje zagotavlja. V zadnjih kriznih letih se je delež bruto domačega proizvoda, namenjenega zdravstvu, zmanjšal na 9 % (pred letom 2007 je bil 9,3 %, kasneje pa v stalnem trendu padanja), povprečen izdatek prebivalcev za zdravje se je samo v letu 2010 zmanjšal za 300 EUR. Tako smo pristali pod povprečjem držav v Evropski uniji, v družbi Irske, Grčije, Litve, Češke, Danske in Španije (European, 2013; Poročilo, 2012). Posledice vsega tega trenutno mogoče še niso tako vidne. Najbolj se zmanjšanje finančnih virov pozna pri poslovanju zdravstvenih zavodov, ki bodo morali svoje poslovanje racionalizirati pri kadrih, materialih ipd., kar se bo pokazalo v vedno slabši kakovosti in še slabši dostopnosti zdravstvenih storitev. Politika odločevalcev, ki vse bolj krči denar tudi za preventivo, saj se večinski delež porablja za kurativo, je nepremišljena – naložba v javno zdravje je namreč dolgoročno modra rešitev za zdravje prebivalcev (Social, 2013).

Reforme sistema zdravstvenega varstva so pri nas iz vseh navedenih in navedenih vzrokov torej nujne. Čeprav se o njih pogovarjamo že najmanj desetletje in več, do pravih reform v resnici nikoli ni prišlo. Želje po reformah tega ali onega ministra za zdravje so bile velike, reforme so nekajkrat bile že tudi predstavljene, vendar so bile iz teh ali onih vzrokov zaustavljene.

Sklepamo lahko, da vplivne interesne skupine reform niso želele, saj je obstoječe stanje zanje verjetno bolj ugodno (Bregar, Skela Savič, 2013). Staranje prebivalstva, vedno več kroničnih obolenj, vedno bolj stresno življenje in s tem povečane potrebe prebivalstva po zdravstvenih storitvah so le nekateri dejavniki, zaradi katerih bo reforme potrebno izvesti.

Dubois, Nolt, McKee (2006) pravijo, da je v mnogih evropskih državah prišlo do vrste neuspešnih reformnih predlogov sistema zdravstvenega varstva. Zdravstvo je izrazito delovno intenzivna panoga, kjer se delo ne more robotizirati in so ustrezni kadrovske normativi izrednega pomena. Zato varčevanje z nezaposlovanjem prepotrebne kadra ni več oziroma ne bo več mogoče v nedogled. Uspešne reforme so pravzaprav odvisne od tistih, ki ne nazadnje zdravstvene storitve zagotavljajo – to je od zaposlenih in od upravljanja z njimi (Human resources management). Ravno zaradi delovne intenzivnosti te panoge je kakovostno upravljanje s človeškimi viri v zdravstvenem varstvu izrednega pomena za uspeh (Skela Savič, Robida, 2013; Vujicic, Zurn, 2006). Človeški viri torej igrajo ključno vlogo pri nastajanju in vpeljevanju vsake reforme v prakso. Nobena reforma pa ne bo uspešna brez vključevanja in sodelovanja dveh ključnih skupin zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva, tj. medicinskih sester in zdravnikov. Tu se rušijo tradicionalne hierarhične pozicije in se postavljajo nova razmerja, v katerih v smislu novih vlog največ pridobivajo ravno medicinske sestre. Glede na izkušnje tujih držav je naravnost nesmiselno in nespametno reforme oblikovati brez sodelovanja teh dveh skupin zaposlenih (Dubois, Nolt, McKee, 2006; McKee, Dubois, Sibbald, 2006).

Zaposleni v zdravstveni negi predstavljamo največjo skupino zaposlenih izvajalcev zdravstvenih storitev. V mnogih sistemih zdravstvenega varstva imamo ključno vlogo pri zagotavljanju kakovostnega in varnega sistema, vendar kljub temu pri reševanju problemov nismo prepoznani kot enakovredni partnerji. V Združenih državah Amerike so v luči reform medicinske sestre že prepoznane kot pomemben del izvajalcev, ki bodo doprinesli k zgraditvi varnega, kakovostnega, k pacientu usmerjenega, dostopnega in cenovno ugodnega zdravstvenega sistema. Za nove vloge in zahtevnejše oblike dela so se morali izobraziti in pridobiti nova dodiplomska in podiplomska znanja. Kljub temu se v nekaterih državah še vedno srečujejo z ovirami, ki se odražajo v izobraževalnem sistemu, ki ne omogoča akademske ravni ter s tem omejuje možnosti za polno enakovredno partnerstvo z ostalimi izvajalci zdravstvenih storitev (Wilson, Whitaker, Whitford, 2012).

Pri nas si bomo morali svoj prostor šele izboriti, kajti praznega prostora, ki bi čakal na nas, ni. Ker smo brez politične moči, bomo morali svojo moč šele artikulirati. Povečati moramo vidnost zdravstvene nege. Raziskave, katerih nosilci so iz zdravstvene nege, morajo biti za

zdravje prebivalcev inovativne. Prinašati morajo koristi, s katerimi se bomo lahko identificirali in predstavili javnosti. Tudi Pahor (2006) trdi, da je za zdravstveno nego in njen položaj nujno univerzitetno izobraževanje, saj univerza ponuja sistematično pridobivanje znanja na podlagi empiričnih raziskav in prenosa polja skrbi za človeka, skupnost in celotno družbo na kognitivno raven. To pomeni, da je treba skrb »empirično raziskati in ugotovitve objaviti, zdravstveno nego narediti vidno, da postane politično pomembna, da omogoča razumevanje in pomeni osnovo javnih zadev«.

Žal pa kljub zapisanim besedam in razvoju druge bolonjske stopnje v zdravstveni negi danes v našem prostoru še vedno nimamo vidnih raziskovalnih dosežkov zaposlenih v zdravstveni negi, ki bi bili za splošno javnost koristni in zanimivi. Od magistrskih programov se pričakuje, da bodo posamezniki, ki bodo končali izobraževanje, usposobljeni za raziskovanje problemov v praksi, da bodo znali voditi raziskave in da bodo usposobljeni za zahtevnejše oblike dela (Skela Savič, 2013). Zdravstvena nega se bo lahko razvila in obdržala kot profesija, če bo zmogla kritično oceniti izide v vsakdanji praksi, in sicer izide, ki bodo smiselni za oblikovalce politik, plačnike zdravstvenih storitev, uporabnike ter ostale. V kolikor želimo zaposleni v zdravstveni negi ostati v koraku s časom, morajo v klinični praksi uporabljati na dokazih podprto znanje ter si pridobiti finančna sredstva za raziskovalne projekte, s katerimi vrednotijo svojo klinično prakso. Zato mora izobraževalni sistem na dodiplomski in podiplomski ravni usposabljeni medicinske sestre, ki bodo znale kritično razmišljati in bodo raziskovalno usposobljene (Bregar, Skela Savič, 2013; Jeans, 2009; Pahor, 2006; Callister, et al., 2005).

Kljub temu da so zgornje besede avtorji zapisali že pred leti, je pri nas na dokazih podprta praksa oz. na dokazih temelječa zdravstvena nega (evidence based nursing) še vedno skoraj utopija. Danes se pri nas na področju raziskovanja v zdravstveni negi še vedno srečujemo z zastarelimi vzorci izboljševanja klinične prakse, kar predstavlja resno oviro za razvoj prakse zdravstvene nege, ki bi temeljila na z raziskovanjem podprtem znanju. V raziskovalnih projektih se še vedno bolj ali manj ozko osredotočamo samo na svoje delo in na pomen ter vlogo zdravstvene nege. Ob pomembnih javnodružbenih problemih, ki se tičejo človeka in njegovega zdravja, so zaposleni v zdravstveni negi skoraj nevidni.

Pričakovane reforme, udeležba pri snovanju reform – vse to so priložnosti tudi za nas – zaposlene v zdravstveni negi, da raziščemo, predlagamo, ukrepamo in ponovno ocenimo prakso ter uvedemo izboljšave. Pomanjkanje denarja za zdravstvo bo vplivalo tako na uporabnike kot izvajalce zdravstvenih storitev. Koristno bi bilo, da se aktualni problemi kritično raziščejo. Čeprav radi ponavljamo, da smo največja skupina zaposlenih v zdravstveni dejavnosti, to ni

vidno v našem delovanju pri snovanju sprememb. Zato je danes ključno vprašanje, ali smo pripravljeni prevzeti vlogo reformatorjev zdravstvenega sistema in se postaviti s svojimi predlogi za skupno javno dobro ob bok obstoječim interesnim skupinam (Bregar, Skela Savič, 2013; Buerhaus, et al., 2012).

Krizni časi, v katerih se danes nahajajo mnoge države, so lahko tudi priložnosti za spremembe in razvoj. Toda potrebno je spoznati in sprejeti priložnosti, ki se nam ponujajo. Vprašanje pa je, ali imamo v zdravstveni negi dovolj vizionarskih posameznikov s širokimi znanji, posameznikov, usmerjenih v splošno dobro, da bodo zmogli videti priložnosti in ne samo prepreke današnjega časa!

## Literatura

- Bregar B, Skela Savič B. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1):18–27.
- Buerhaus PI, DesRoches C, Applebaum S, Hess R, Norman LD, Donelan K. Are nurses ready for health care reform? A decade of survey research. *Nurs Econ.* 2012;30(6):318–29, quiz 330. PMID:23346730
- Callister LC, Matsumura G, Lookinland S, Mangum S, Loucks C. Inquiry in baccalaureate nursing education: fostering evidence-based practice. *J Nurs Educ.* 2005;44(2):59–64. PMID:15719712
- Dubois CA, Nolte E, McKee M, eds. *Human resources for health in Europe.* New York: Open University Press; 2006: 1–14.
- European health for all database (HFA-DB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Dostopno na: <http://data.euro.who.int/hfadbf/> (10. 5. 2013).
- Jeans ME. The quest for money to support nursing research and nursing research capacity: an interview with Dr. Mary Ellen Jeans. Interview by Laurie N. Gottlieb. *Can J Nurs Res.* 2009;41(1):31–40. PMID:19485044
- Keber D. Utrjevanje vrednot in vzpodbujanje sprememb: zdravstvena reforma 2003. *Zdrav Vestn.* 2003;72(2):57–8.
- McKee M, Dubois CA, Sibbald B. Changing professional boundaries. In: Dubois CA, Nolte E, McKee M, eds. *Human resources for health in Europe.* New York: Open University Press; 2006: 63–78.
- Nalič A, Šimenko J. Sistemi zdravstvenega varstva na evropskih tleh s poudarkom na Slovenskem. In: Skela Savič B, Kaučič M, Ramšak Pajk J, eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo: 1. mednarodna znanstvena konferenca, september 25–26, 2008, Bled, Slovenija.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2008: 455–63.
- Pahor M. Medicinske sestre in univerza. Domžale: Izolit; 2006: 12–38.
- Poročilo o razvoju. *Kazalniki razvoja Slovenije.* 2012: 178–9. Dostopno na: [http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/pr/2012/04/08\\_izdatkizazdravstvo.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2012/04/08_izdatkizazdravstvo.pdf) (19. 5. 2013).
- Skela Savič B, Robida A. Capacity of middle management in health-care organizations for working with people-the case of Slovenian hospitals. *Hum Resour Health.* 2013;11(1):18. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-18> PMID:23663315; PMCID:PMC3662608
- Skela Savič B. Definicija zahtevnejši oblik dela v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji. 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – quo vadis.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2013: 14–9.
- Social investment package. Commission staff working document: investing in health: SWD(2013) 43 final. Brussels: European Commission; 2013: 15–6. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf) (19. 5. 2013).
- Tajnikar M, Došenovič Bonča P. Reform and transitional adjustment of the health care system in Slovenia. *Zbornik radova Ekonomskog fakulteta u Rijeci.* 2005;23(1):151–65.
- Vujčić M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *Int J Health Plann Manage.* 2006;21(2):101–15. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.834> PMID:16846103
- Wilson A, Whitaker N, Whitford D. Rising to the challenge of health care reform with entrepreneurial and intrapreneurial nursing initiatives. *Online J Issues Nurs.* 2012;17(2):5. PMID:22686113
- Zavšek A. *Pravice iz zdravstvenega zavarovanja: diplomsko delo.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo; 2012: 71.
- Zupančič M, Keber D. Naj bodo vsaj v boleznih državljanov še naprej enaki. Delo; 2012. Dostopno na: <http://www.delo.si/zgodbe/sobotnapriloga/dusan-keber-naj-bodo-vsaj-v-bolezni-drzavljanov-se-naprej-enaki.html> (13. 5. 2013).
- Živkovič A, Pezdir R, Mrkaič M, Hočevar F. Je slovenski zdravstveni sistem pred zlomom? Analiza in priporočila nosilcem slovenske ekonomske in zdravstvene politike. *Zdrav Ekonom.* 2007;1(1):5–8.

### Citirajte kot/Cite as:

Bregar B. Zdravstvena nega v pričakovanju reform sistema zdravstvenega varstva. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(2):132–4.