

1. **Zavest, da je nega bolnika sestavni del kompleksne medicinske dejavnosti**, mora biti prisotna vseh vseh, kjer z nego neposredno pripomoremo k ozdravljenju bolnika.

Zato naj Republiški zdravstveni center v »Navodilih za kategorizacijo in verifikacijo bolnišnic« ustrezno dopolni **status strokovne službe nege bolnika**. V »Navodila« sodijo organizacijska oblika za strokovno nego bolnika ter njene dolžnosti in pravice. Tako bi bil nesporen njen status, ki bi jamčil tudi za ustrezna materialna sredstva.

2. V republiškem merilu je prav z verifikacijo bolnišnic potrebno **določiti minimalni standard bolniške nege**, ki jo uživa naš varovanec. Na podlagi tega pa je treba določiti tudi **normative negovalskega osebja**. Pri določanju normativov je treba nujno upoštevati pretežno žensko delovno silo v reprodukcijskem obdobju in temu primerno sistemizirati tudi več delovnih mest.

3. Proučevanje in reševanje problemov ter enotno vodenje sestrške službe terja delovno **mesto vodilne medicinske sestre v republiški zdravstveni ustanovi**, ki bi sodelovala v delovnih teamih sester na različnih področjih njihovega dela.

4. Vse hospitalne ustanove naj čimprej kar največ pozornosti posvetijo ureditvi strokovne službe za nego bolnika. **V samoupravnih organih naj ta služba dobi ustrezno mesto kot samostojna medicinska dejavnost**. Za njeno nemoteno delovanje pa je treba zagotoviti ustrezna materialna sredstva.

5. V skladu z republiškimi navodili naj zdravstvene ustanove **določijo standard nege in normative** za zaposleno zdravstveno osebje. Določijo naj se ustrezna vodilna mesta, le-ta pa **izdajo potrebna pooblastila**.

6. V vseh hospitalnih ustanovah je treba **začeti odpravljati pomanjkljivosti**, ki smo jih ugotovili na posvetovanju in so značilne nosilke javnega negotovanja nad stanjem nege bolnika.

7. Proučiti je treba temeljno in nadaljnje strokovno šolanje medicinskih sester.

V zdravstvene šole se ne bi smela sprejemati mladina **pod 18 leti**. Strokovno šolanje medicinskih sester vključuje predavanja, na praksi pa medicinske posege, ki zahtevajo psihično in fizično dozorelega človeka.

Za vodilna mesta v hospitalnih ustanovah, v patronažni službi, prosvetno-pedagoški službi in pri znanstveno-raziskovalnem delu je nujno treba uvesti možnost za nadaljnji študij v poklicu medicinske sestre na visokošolski, fakultetni stopnji.

Da bi bili naši bolniki deležni nege, ki zasluži ime medicinske dejavnosti, se je nujno treba lotiti ukrepov, ki so jih medicinske sestre nakazale na delovnem sestanku, ter jih začeti reševati pri sanaciji sedanjega stanja.

NEKAJ POVZETKOV IZ RAZPRAVE

Silva V u g a, zdravstveni dom, Maribor:

Dovolite mi, da se oglasim k razpravi, ne sicer strogo po vsebini in vrstnem redu referatov, vendar dovolj aktualno za današnji zbor.

Ko imamo v mislih delo medicinskih sester, težave, ki nas spremljajo, uspehe in neuspehe, ki jih doživljamo, predvsem pa naše skupno prizadevanje, da bi združili svoje moči za napredek našega dela, mislimo tudi na eno izmed dejavnosti našega poklica, to je na — patronažno službo.

Danes, ko stojimo pred novim osnutkom zakona o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju, lahko ugotavljamo, da še vedno gradimo samo pri temeljih. Pred nami samimi je naloga, da storimo vse, kar le moremo, da ne bomo zapravile neutrudnega prizadevanja naših predhodnic. Predvsem se morajo patronažne sestre zavedati svoje družbene vloge, ki ne dovoljuje malodušja, temveč terja kar največjo angažiranost za vključevanje v organe samoupravljanja. To nam daje legitimacijo za nakazovanje ustrežnejših pogojev in zagotovilo, da ne bomo zamudili ugodnih trenutkov v splošni družbeni situaciji. Pri tem so brez dvoma odločilne važnosti: povezanost sester ter enotnost in strokovno vodstvo v izvajanju dela. Manjka nam organizacijska opora, manjkajo enotna navodila za izvajanje dela. Slednjič pa nam manjka tudi patronažnih sester, ki se že v šoli sami, iz takšnih ali drugačnih vzrokov niso dovolj motivirale za patronažno delo. Sestre, ki so se lani oktobra v Opatiji udeležile zveznega seminarja za medicinske sestre, bodo potrdile naslednjo ugotovitev: znotraj naše države so v posameznih republikah velike razlike v življenjskih navadah ljudi, v njihovem socialnem stanju, v razvoju zdravstvene službe in seveda tudi glede patronažne službe.

Seminar je praktično pokazal, da so sestre enotne, saj so izražale potrebe po enotnem usklajevanju patronažnih služb v vsej državi.

V naši republiki moramo poskrbeti predvsem, da se lotimo celotnega vprašanja patronažne službe. Začeti moramo pri šolanju zdravstvenih kadrov. Govorimo, da je čas za spremembo učnih programov, ker dosedanji sester ne usposablja dovolj za preventivo in patronažno delo. Ko bodo programi temu ustrezali, smo prepričani, da se bodo sestre rade odločale za patronažno delo. O patronažni službi bodo vedele prav toliko, kot vedo o vrsti kliničnih storitev.

V Mariboru npr. je regionalni zdravstveni center pri urejanju kadrovske potrebe izhajal iz normativa 5000 prebivalcev na eno terensko zdravstveno delavko. Ko je nato sešel patronažne sestre in babice, je prišel do spoznanja, da imamo terenskih zdravstvenih delavcev preveč, ne pa — kakor ves čas dokazujemo — za 40% premalo. Kako naj si potem zagotovimo delovno mesto, primerna sredstva in kadre? Kakor ni več sporno vprašanje višje medicinske sestre za patronažo, tako tudi ni več sporno vprašanje polivalentne patronaže. S tem, ko smo se zedinili za polivalentnost dela, je jasno, da polivalentne patronaže ne moremo opravljati na razsežnih in oddaljenih terenih. Pri polivalentnosti dela nas veže dolžnost praktično do vseh zavarovancev, od dojenčka do starčka, delavca, alkoholika in veneričnega bolnika. Kakršnikoli odkloni od take oblike dela bi v naših razmerah pomenili nazadovanje. Do te točke smo si še nekako edini, od tod naprej pa že tavamo v temi in prav vsaka patronažna služba ureja zajetje terena po svoje.

Pravilnik o minimalnih pogojih za ureditev in delo obratnih ambulant pravi, da mora za obratno ambulanto delati tudi patronaža. Ko smo sestavljali program dela za leto 1969 in obšli vse obratne ambulante v Mariboru, se nam je zgodilo, da so v obratni ambulanti velike tovarne, kot je mariborska tekstilna tovarna, odgovorili, da ne čutijo pri svojih varovancih nobene potrebe po patronažni službi, in niso programirali niti enega obiska. Druge obratne ambulante so izražale manjše ali večje potrebe in je za vseh 11 obratnih ambulant znašal skupni načrt 1000 obiskov v letu 1969.

Dejansko pa v patronažni službi obiščemo številne družine delavcev teh obratnih ambulant, ker so v teh družinah noseče žene, dojenčki, majhni

otroci, bolniki, žene, ki žele splaviti itd. Potrebno bo poiskati način, kako uskladiti patronažno delo z obratnimi ambulantami. Vse več obiskov je tudi pri starih ljudeh. Gerontološki dispanzer v Mariboru nakazuje potrebo, da bi obiskali po možnosti vse ljudi, stare nad 65 let.

Negi bolnika na domu osnutek novega zakona ni dovolj naklonjen. Računi v zdravstvenih zavodih so pokazali, da je nega na domu cenejša od hospitalnega zdravljenja. Da so bolnišnice enakega mnenja, nam pričajo tudi naročila bolnišnic za nego na domu. Vendar se pojavljajo pomisleki glede razvoja službe za nego na domu. Ko gledamo osnutek novega zakona, nas je strah, da bomo znova morali krčiti pot tej prepotrebni dejavnosti. Na nego bolnika na domu se navezuje tudi vprašanje fizioterapije na domu. Fizioterapija na domu pa je dovolj delikatna naloga. Bolnik meni, da spada na primer masaža k osnovni ureditvi nege.

Normativi pomenijo za patronažo sila pomembno merilo. Tega nikakor ne moremo zanižati. Moramo priznati, da bi se brez orientacije, ki jo daje normativ, oteževala izdelava načrtov, programov, realizacija dela in ocenjevanje lastnih zmogljivosti. Problem je tudi zaposlovanje babic. Pogovoriti se bomo morali, kako to rešiti, če vemo, da večina babic ne zadosti normi 125 obiskov otročnic in nosečnic na mesec. Tako opravlja babica največ patronažo pri novorojenčku in nosečnici.

Večina od nas je verjetno doživela občutek težkih dvomov, ko je na zunanjem terenu pomagala otroku pri rojstvu in potem zabeležila »porod brez strokovne pomoči«. Ta protislovja se nadaljujejo v patronažni službi, ko je jasno, da ekonomičnost, racionalnost, povezanost pri delu in strokovno sodelovanje zahtevajo vključitev babic v patronažno službo, medicinska sestra pa nima izpita za porodno pomoč, na kar tudi ne smemo pozabiti.

Oba profila zdravstvenih delavcev si v bodočnosti verjetno ne bosta mogla deliti patronata v družini. In tako se ponovno sprašujemo, ali dobimo v šoli dovolj znanja za opravljanje patronaže, kakšen program mora sestra absolvirati, da bo dovolj pripravljena za obširne naloge patronažne dejavnosti. O tem diskutiramo že deset let. Kakih dokončnih sklepov pa še vedno nismo sprejeli.

Poglejmo si področje zdravstveno-socialnega dela. Ko družino spoznamo z zdravstvenih, psiholoških in socialnih vidikov, često spoznamo, da moramo opraviti številne socialne intervencije. Kjer patronažna sestra sledi svojim nalogam, tam je tudi sodelovanje s socialnimi službami dobro in ni za to nobenih zadržkov, vendar pa ne moremo mimo dejstva strogo administrativnega poslovanja socialnih služb.

Bolnišnice se obračajo na patronažno službo pri reševanju socialnih vprašanj svojih bolnikov. Tudi socialna služba prepušča patronaži reševanje socialno in zdravstveno ogrožene osebe. Zato bi morali v nekem smislu poznati tudi metode socialnega dela.

In zdravstvena vzgoja? Ali imamo dovolj pouka o zdravstveni vzgoji? V osnutku novega zakona ne zasledimo zadostnega poudarka prav tej vlogi patronažne dejavnosti. Posebej je sicer opredeljena organizirana zdravstvena vzgoja v skupinski obliki, nikjer pa ni člena, ki bi opredeljeval patronažo kot individualno obliko zdravstvene vzgoje. S tem bi lahko opravičili druge potrebne obiske, za katere sedaj nimamo zakonske podlage in jih bomo zato morali verjetno izločiti.

Prav tako zakon ne rešuje širokega problema alkoholikov. Ti nam jemljejo veliko časa in pomenijo iz dneva v dan večjo skupino varovancev, ki povzročajo družbi milijonske izgube. Manjkajo tudi mentalnohigienski dispanzerji, manjkajo nam vmesni zavodi za bolnike, ki niso toliko bolni, da bi morali zasedati postelje nevropsihiatričnih oddelkov. Zato večkrat ukrepamo nepravilno: varovanja predolgo pustimo, da pustoši po svoji okolici ali pa ga prezgodaj predlagamo za sprejem v zavod za duševno bolne.

Ko tako nizamo situacije, s katerimi se dan na dan srečujemo, ugotavljamo, da je patronažna služba dobila širok in zahteven obseg dela, ki nenehno terja predvsem teamsko obliko dela, izpopolnjevanje znanja in poglobljeno analizo dela. Za patronažno službo nismo odgovorne samo patronažne sestre — soodgovorni za njeno delo so vsi, ki se okoriščajo z njo in jo uporabljajo.

Končala bi z besedami:

Patronažna služba je dobila široko delovno področje. Pred nami je naloga, da izboljšamo in vzpostavimo enotno organizacijo in metodo dela. Omogočil bi nam pa to edinole strokovni organ, ki bi deloval v republiškem zdravstvenem zavodu.

Fani Š u c, zdravstveni dom Slovenske Konjice:

V razpravi se želim omejiti na probleme medicinskih sester v patronažni službi.

Spočetki patronažne službe segajo v leto 1919, ko se je začelo to delo razvijati v zelo trdih razmerah. Patronažna služba je pridobivala ugled. Bila je element, na katerega so veliko gradili v okviru nastajajočih zdravstvenih ustanov. V letih 1945 do 1949 se je znašla v težkih povojnih razmerah. Leta 1955 se je že razvijala dispanzerska dejavnost, ki je odpravila precej patologije.

V teh časih je bila patronažna služba povezana v republiškem organu, kjer so jo na določenih mestih vodile medicinske sestre z velikimi organizacijskimi sposobnostmi. Usmerjale so patronažno službo v celoti ter posameznim medicinskim sestram pri tem odgovornem delu dajale strokovno kakor tudi moralno oporo.

Ne morem si razjasniti, kakšni so bili razlogi za opustitev take organizacije dela. Patronažna služba je ostala odvisna od zdravstvene ustanove ali od tega, koliko jo šef ustanove upošteva, koliko jo ima za potrebno in enakovredno delo. Za delo, ki ni priznано, pač ne moremo pričakovati, da bo ostalo na tisti kakovostni višini, ki se v danih razmerah ne samo želi, temveč tudi zahteva.

Sestra v patronaži se včasih počuti osamljeno, in to zaradi premajhne strokovne opore, včasih pa tudi moralne zaslombe. Patronažno delo bo treba normativno uskladiti, nato pa določiti ustrezne smernice za to delo povsod. Seveda bo pri tem treba opredeliti tudi kvaliteto in kvantiteto ter hkrati upoštevati specifičnost in razsežnost terena.

Opaža se, da sestre iz patronažne službe bežijo v ambulantno službo, ker niso pravilno stimulirane. Omenim naj tudi, da patronažno delavko moti neprestano vprašanje in včasih tudi nesoglasje, ki nastaja v zvezi s financiranjem tovrstne zdravstvene dejavnosti. Zato je nujno, da se v republiškem zakonu o socialnem zavarovanju reši **vprašanje glede financiranja patronažne službe**. Za nezavarovane naj bi ostala plačnik skupščina občine, in to po storitvah.

Omenim naj tudi zaščitno obleko za patronažne sestre, ker v ta namen nikakor ni dobiti sredstev, dasi službena obleka ne pomeni le zaščite, temveč daje sestri, ki ima čisto specifičen položaj, tudi ustrezen zunanji videz. Medtem ko pacient sam išče zdravstveno pomoč v ambulanti, pa patronažna medicinska sestra išče stikov z varovanci. V hišo prihaja nepoklicana, na lastno pobudo in raziskuje probleme. Seveda je ob tem potrebna prilagoditev različnim okoliščinam, v katerih varovanec živi.

Dostikrat pa je za problem, na katerega naletimo, potrebno koordinirano delo s socialno službo. Tudi številčni porast ostarelih narekuje nujno potrebo, da se organizira nega bolnika v domači oskrbi.

Hkrati uporabljam to priliko, da izrazim željo, naj se končno prično obravnavati problemi patronažne službe v republiškem merilu, seveda ob sodelovanju medicinskih sestra. Zakon oziroma pravni predpisi pa naj patronažni službi zagotovijo določeno mesto v socialno-medicinski enoti v okviru zdravstvenega doma.

Sonja Čuček, zdravstveni dom Ljubljana-Moste:

Z nekaj stavki bi rada obrnila vašo pozornost na vprašanje nege bolnika na domu. Brez dvoma sodi ta nega v preventivno službo patronažne dejavnosti. O tej smo slišale veliko, posebej bi pa omenila le čisto ozko področje — nego bolnika na domu. Mislim, da je ta problem vedno večji. Ne zanima me, koliko stane nega bolnika na domu, niti ne, koliko stane oskrbni dan v bolnišnici. Bolnik tega ne vpraša, on potrebuje nego. Zakon o zdravstvenem varstvu mu je zagotovil nego v bolnišnici. Mislim, da mu isti zakon zagotavlja tudi nego na domu. Menim, da ima bolnik enako pravico do nege na domu kakor do nege v bolnišnici. Kakšna je nega v bolnišnici, vemo. Videle smo tudi predloge, kako naj se organizira, kaj naj se popravi itd. Nega na domu pa je vprašanje zase. To je podaljšanje prav takšne nege, kot naj bi bila v bolnišnicah. Nego na domu mora izvajati sestra. Naš osnovni poklic in osnovna dejavnost je nega bolnika in mislim, da smo zaradi nege bolnika tudi začele obiskovati strokovno šolo.

Zato menim, da bi bilo pravilno, da nego bolnika na domu izvajajo sestre in da se nega bolnika na domu začne počasi dejansko uvajati. Da pa bi mogle nego izvajati, moramo zasledovati razvoj nege in slediti novim dosežkom nege. Doma imamo bolnika v njegovem okolju, toda v spremenjeni situaciji, ker je bolan. Naše bolnišnice odpuščajo bolnike v težkem stanju, včasih celo umirajoče, toda pravico do nege ima tudi umirajoči in dolžni smo za to nego skrbeti vse do njegove spokojne smrti...

Želela bi, da v letu 1970 končno le pride nega na domu v tisto fazo, da ne bomo govorili šele o začetku, o razvoju, kdo potrebuje nego, kdo bo skrbel zanj itd., ampak da jo bomo oskrbeli vsem, ki so je potrebni, ne glede na to, iz katerega sloja je bolnik. Če naš človek nego potrebuje, mu jo mora družba dati in tudi financirati.

Doc. dr. Ruža Šegedin, regionalni zdravstveni center v Ljubljani

Drage tovarišice, oprostite, da se kot zdravnik oglašam k besedi na vaši skupščini. Moja profesionalna usmeritev na področju medicine je bila zaščita matere in otroka. Sem ginekolog, porodničar in sem kot mlada zdravnica šla tudi skozi partizansko saniteto. Tam sem seveda imela veliko stikov z

medicinskimi sestrami. In tako sem v zgodnjih letih svojega zdravnikovanja spoznala izredno pomembno mesto medicinske sestre v naši zdravstveni dejavnosti. Danes sta dve govornici pred menoj veliko govorili in se sklicevali na zakonodajo. Vendar se mi zdi pričakovanje, da nam bo vse rešila zakonodaja sama, dokaj zgrešeno. V veliki zmoti bi bili, če bi mislili, da nam tisto, kar je zapisano v zakonu, tudi že zagotavlja rešitev naših problemov. Zakon pa govori o nečem, o čemer ni bilo besede niti v razpravi niti v gradivu za današnjo skupščino. Zakon govori o tem, kje mora vsak zdravstveni delavec najti svoje mesto. **To so programi zdravstvenega varstva.** V zdravstvu bolehamo za tem, da ne znamo videti in ne vidimo, da je osnova vsega ravno program zdravstvenega varstva za določeno območje, pri čemer nikakor ne mislim na republiški program zdravstvenega varstva. Ta je lahko le načelen, orientacijski, prioriteten itd. Program zdravstvenega varstva za določeno območje pa je tisti, ki lahko zagotovi tudi klasifikacijo dela. Torej ne zakon sam, pač pa **program zdravstvenega varstva, ki mora biti družbeni dogovor vseh tistih, ki bodo ta program plačevali, in vseh tistih, ki bodo ta program izvajali.** In o tem govori zakon oziroma osnutek zakona, samo da še vedno ne dovolj jasno. Zato mislim, da bi bilo treba to zelo jasno postaviti tako v zakonu o zdravstvu kakor tudi v zakonu o zdravstvenem zavarovanju delavcev in kmetov. V tem smislu mislim, da bi morala tudi Zveza društev medicinskih sester prispevati k čim jasnejši vsebini programa zdravstvenega varstva.

V tem okviru mora tudi patronažna medicinska sestra najti svoje mesto in mislim, da ga prav v programu zdravstvenega varstva lahko najbolj zanesljivo najde.

Več let je že, kar sem govorila o edinem nosilcu patronažne dejavnosti, to je višji medicinski sestri, in hkrati rekla, da nam babice na terenu v patronaži niso potrebne. Čeprav sem porodničar, menim, da bodo morale babice opravljati svoje delo samo v hospitalnih institucijah, v patronaži pa morajo biti višje medicinske sestre, ki se bodo morale glede na krajevne potrebe usposabljeni seveda tudi za minimalno število porodov, ki se še opravljajo zunaj naših porodnišnic. Dve leti delam v regionalnem zdravstvenem centru in vem, ker nam to kažejo vsakoletni podatki, tudi za nazaj, da imamo na našem področju, ki zajema 450.000 prebivalcev, samo še majhen del, kjer je potrebna babica, ki ima 20—30 porodov. Drugje tega ni več, ker vse žene praktično rodijo v porodnišnicah.

Tovarišica naj mi oprost, da se ne spominjam njenega imena, toda spominjam se je, ko je bila na ginekološki kliniki, v porodniški sobi in se je privajala na vodenje poroda. To je bilo tisti čas, ko je bil enoletni tečaj za patronažne medicinske sestre in ko smo govorili, da bi morala patronažna medicinska sestra znati tudi voditi normalen porod. Če porod ni normalen, tako ali tako spada v porodnišnico. To je ne samo racionalizacija v kadrih, temveč tudi racionalizacija sredstev. Eno in drugo!

Mislim, da je prav, če vztrajamo pri tem, da imamo v bodoče v patronaži samo en profil zdravstvenega delavca, in to je višja medicinska sestra.

Na regionalnem zdravstvenem centru v Ljubljani smo se z zdravstvenimi domovi dogovorili, da vsako izpraznjeno mesto babice v zdravstvenem domu nadomesti medicinska sestra za patronažo, razen enega okoliša na našem področju, kjer moramo še imeti babico.

Drugič mislim, da bi morali realizirati to, kar je rečeno v gradivu, se pravi, morali bi izdelati metodologijo dela medicinske sestre, predvsem metodologijo dela patronažne sestre. To je veliko in odgovorno delo in društvo medicinskih sester bi moralo najti možnosti, da se takšna metodologija dela končno tudi izdelata, zlasti za patronažo.

In, če dovolite, še to. Popolnoma vas podpiram v tem, da je v problematiki zdravstvenega šolstva, **prioriteta na visoki šoli**, da se morate boriti za visoko šolo v Jugoslaviji. Mislim, da ima to vprašanje prioriteto pred drugimi vprašanji, ki ste jih v današnji razpravi o strokovnem šolstvu obdelale izredno izčrpno. Ni pa mogoče pri urejanju teh stvari izločati samo enega poklica. To je vprašanje celotnega kompleksa pri našem šolanju, ki se mora urejati drugače, kot je urejeno danes. Mislim pa, da je prav, da daste prioriteto visoki šoli.

In nazadnje še vprašanje o ocenjevanju dela medicinske sestre, predvsem patronažne sestre. Izdelan je nekakšen kodeks dela zdravstvenih delavcev imenovan s slabim izrazom »nomenklatura storitev«. Žal, da smo vse medicinsko delo profanirali v »storitve«. Ne vem, če vam je znan ta predlog. Po mojem globokem prepričanju je delo patronažne sestre, v glavnem delo višjih in visokih kadrov, v njem zelo degradirano. Ne glede na to, pa je neprimerno ocenjevano delo patronažne sestre v razmerju med strnjanim in nestrnjanim naseljem. S takšno vrednostjo točke ali faktorja, s takim ocenjevanjem si patronažna medicinska sestra niti na strnjem, še manj pa na nestrnjem naselju ne bo zagotovila osebnega dohodka, ki naj ga ima visoko kvalificiran kader. Rok za pripombe je sicer že potekel, ampak zdi se mi, da bi bilo prav, da bi se novi ali stari upravni odbor zelo hitro lotil dela in začel s pregledom vseh teh storitev, ki zadevajo delovno področje medicinske sestre, oziroma sploh vse socialno medicinsko delo, ter sporočil zadevne pripombe, da se v letu 1970 ne ponovijo nepravilnosti, ki so bile z nomenklaturou napravljene že leta 1968.

Slednjič pa mislim, drage sestre, da ste včasih morda le preveč kritične o vrednotenju vašega dela, da včasih gledate tudi preveč kritično na to, da zdravniki vašega dela ne cenijo. Ne bi bilo namreč prav, da bi tako sodile po posameznih primerih, ki dejansko so. Same ste poudarile, da je tega krivo predvsem šolanje na medicinski fakulteti, ker daje mlademu zdravniku premalo znanja o važnosti vseh dejavnosti, ki obstajajo na širokem področju socialne medicine. Vedno je lažje kritizirati, kakor pa si priboriti pravo mesto tudi tam, kjer ni razumevanja. Usmerite se raje na to, da se tudi same s svojim delom borite za pravilno vrednotenje vašega dela, ne pa, da samo kritično ocenjujete in ugotavljate, kakor da za vaše delo ni razumevanja, tudi v zdravstvenih krogih ne. Kajti prav do kraja to ne drži, čeprav so tu pa tam znani tudi takšni primeri.

Anica Lajevc, zdravstveni dom Ljubljana-Moste:

Bila sem lani meseca oktobra na seminarju v Opatiji. Ko sem poslušala zdravnika, ki je rekel, da si ne more misliti zdravstvene službe brez patronaže, sem bila zelo ponosna in vesela. Udeležila sem se isto leto tudi delovnega sestanka dne 25. aprila v Ljubljani. Ob tej priliki je bilo rečeno, **da se bo ustanovila komisija, ki bo proučevala organizacijo in metodologijo patronažnega dela.** Mislim, da je potrebno ta predlog ponoviti in ga brezpogojno

podpreti. Patronažne sestre se res slabo počutijo brez telesa, ki bi jim dajalo dobro oporo.

Že več let sem patronažna sestra in ves čas čutim, z drugimi sestrami vred, da se pri splošnem zdravniku le težko uveljavimo s svojim patronažnim delom. Dalje mislim, da bi bilo dobro, če bi imeli na terenu en sam profil patronažne sestre. Delam v zdravstvenem domu v Mostah. V našem patronažnem oddelku imamo 5 profilov, ki opravljajo patronažno službo: višje medicinske sestre, babice, srednje sestre, bolničarke, ki skrbijo za nego bolnika, in strežnice. Ugotovila sem, da je patronažna služba tako zahtevna, da z ljudmi na terenu ne more delati sestra brez širokega znanja, brez zavzetosti za delo, brez življenjske zrelosti in velikih izkušenj. Zato se mi zdi prav, da se zavzemamo za en profil, ki bo dovolj izobražen in za to delo dovolj zrel.

Velikokrat razmišljam o tem, kdo naj opravlja patronažno službo. Predvsem tisti, ki mu delo prija. To delo je še danes preventivno. Preventivna dejavnost pa ne gre vsem. Ravno zaradi tega sestre tudi bežijo s terena. Če bi pa združili preventivo s kurativo, med katerima naj ne bo meje, potem bi se bolj približali zdravnikom kurativcem in bi nas in naše delo potrebovali. Nič več bi se nam ne bilo treba pritoževati, da ne upoštevajo patronažne medicinske sestre.

Videla sem nomenklaturu zdravstvenih storitev in sem čutila isto, kar je povedala docentka dr. Šegedinova. Če nameravajo upoštevati to nomenklaturu, potem ni prav, da niso vprašali tudi našega strokovnega društva.

Majda Jerman, zdravstveni dom Ljubljana

Želela bi povedati nekaj besed o **strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev**.

Kot veste, so dali v javno razpravo osnutek zakona o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju. V njem govori 113. člen o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev z višjo in srednjo strokovno izobrazbo, in sicer predvideva osnutek zakona:

1. z višjo strokovno izobrazbo 30 dni strokovnega izpopolnjevanja vsaka tri leta,
2. s srednjo strokovno izobrazbo 30 dni na vsakih pet let.

Dalje pravi 114. člen: »republiški sekretar za zdravstvo in socialno varstvo izda natančnejše predpise o oblikah, trajanju in evidenci strokovnega izpopolnjevanja zdravstvenih delavcev ter določi zdravstvene zavode in druge delovne organizacije, ki lahko organizirajo strokovno izpopolnjevanje.

Menim, da nam osnutek zakona daje zelo ugodno osnovo za strokovno izpopolnjevanje, dobro pa bi bilo, da bi Zveza društev medicinskih sester sodelovala pri izdelavi programa, ki bi odpiral enake možnosti za strokovno izpopolnjevanje vsem sestram, od najbolj oddaljenih terenov do najbolj vrhunskih ustanov.

Že 58. člen zakona o organizaciji zdravstvene službe v SR Sloveniji, ki je bil do sedaj v veljavi, govori naslednje: »zdravstveni delavci se izpopolnjujejo na svojem delovnem mestu, na seminarjih in tečajih in s praktičnim delom v drugih zdravstvenih zavodih po naprej določenem programu«. Toda ko je januarja 1969 republiški zdravstveni center izvedel manjšo anketo o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev, je ta pokazala, da je bilo

mного raznih podiplomskih seminarjev in tečajev, manj pa organiziranega strokovnega izpopolnjevanja na delovnem mestu, oziroma v zavodu, kjer so zdravstveni delavci zaposleni. Enako sliko sem dobila tudi sama, ko sem zbirala podatke iz evidence strokovnega izpopolnjevanja zdravstvenih delavcev ZD Ljubljana. Tako npr. so glavna oblika tečaji, seminarji, kongresi, ekskurzije. Udeležba glede na profile zdravstvenih delavcev pa je bila naslednja: leta 1968 je bilo 49 zdravnikov (27 %), 74 sester (28 %), 5 drugih zdravstvenih delavcev; leta 1969 je bilo 76 zdravnikov (43 %), 84 sester (32 %), 29 drugih zdravstvenih delavcev.

Glede na delovna mesta, ki jih sestre zasedajo, pa je situacija naslednja: najbolj pridejo do strokovnega izpopolnjevanja medicina dela, patronažna služba in dispanzer za pljučne bolezni in TBC, udeležba drugih služb pa je minimalna.

Toda to ne velja za republiško povprečje. Prej omenjene službe, ki imajo v Ljubljani razmeroma urejeno strokovno izpopolnjevanje, pa na terenu kažejo odklone. Tako na primer celo področje Štajerske in Gorenjske, razen Kranja, na zvezni seminar o varstvu matere in otroka in tuberkuloznih bolnikov v Opatiji oktobra 1969, ni poslalo sester. Tudi na seminar o strokovni negi bolnika v domači oskrbi marca 1968 ni bilo dovolj zanimanja, zato seminarja letos niso ponovili.

Iz vsega tega lahko sklepamo, da imamo premalo organizirano strokovno izpopolnjevanje s praktičnim delom v lastnem ali više organiziranem zdravstvenem zavodu, da imajo mnogo več možnosti tisti zdravstveni delavci, ki so zaposleni v republiških središčih, zlasti v Ljubljani.

Na koncu bi omenila še nekaj, kar sem zasledila v zapisniku o delovnem sestanku, ki ga je organizirala Zveza društev medicinskih sester Slovenije in republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo za vodje patronažnih služb Slovenije. Med drugim je bilo citirano: »Predpisa o organizaciji zdravstvene službe po integraciji, ki tudi patronažni službi omogoča ustrezno mesto in razvoj v zdravstvenih domovih, nikakor ni dovolj čutiti. Odnos zdravnikov do patronažne službe je še vedno največkrat nesprejemljiv. Posamezne strokovne enote zdravstvenega doma ne upoštevajo njenih izsledkov, ne usmerjajo vsebine njenega dela in ne vrednotijo osnovnega poslanstva patronažne službe, to je preventivnega dela v neposrednem varovančevem okolju.« Morda bi k izboljšanju te situacije pripomogla **izmenjava kadrov v okviru strokovnega izpopolnjevanja**. Sestre, zaposlene v ambulantah, morda celo v hospitalnih ustanovah, bi v stiku s terenom dobile več posluha za socialne in psihološke prijeme, kadar je evidentno, da zgolj izolirano zdravljenje bolnika, brez posega v njegovo družinsko okolje ne bo rodilo uspeha. Skratka, umele bi se okoristiti s patronažno službo. In obratno, sestra s terena bi se na bolniškem oddelku seznanila s sodobno nego, posebno ker ima patronažna služba namen vključiti v svojo domeno tudi poporodno obdobje žene in kronične bolnike, kot navaja isti zapisnik.

Torej je problemov več kot dovolj za današnjo diskusijo in za delo bodočega glavnega odbora zveze.

Meta Mazi, zdravstveni dom Ljubljana-Šiška:

Veliko je bilo govora o negi bolnika, malo o **negi zdravega otroka**. Deset let sem delala v vzgojno varstveni ustanovi kot medicinska sestra in sem ves čas bila zelo osamljena. Danes odpiramo mnogo vzgojno varstvenih ustanov,

vendar v njih zaposlijo le malo medicinskih sester. Delo v taki ustanovi ni lahko. Otrok lahko iznenada zboli že dopoldne in treba je zanj poskrbeti. Varstveni zavodi sprejemajo otroke od 3 mesecev do 7 let. Kaj se lahko zgodi v takem zavodu, ki ima 200 otrok, si lahko mislimo. V takih zavodih delajo v glavnem vzgojiteljice in otroške sestre. Čudim se, da ti zavodi še do danes niti v centru Ljubljane, kaj šele kje drugje niso nikjer zaposlili višje medicinske sestre. Tudi ni bilo še nikjer rečeno, da je v takem zavodu potrebna medicinska sestra.

Sonja Medič, psihiatrična klinika, Ljubljana:

V zadnjih 20 letih je psihiatrija v svetu zelo napredovala. Tako rekoč iz dneva v dan smo priče novih znanstvenih spoznanj na tem področju. Tudi mi sami skušamo stopati v korak z njimi, toda zaradi naglega razvoja psihiatrije in spričo omejenih možnosti jim sledimo le z največjimi naporji.

Sestre, ki delamo v psihiatričnih bolnišnicah, spoznavamo, da je naše znanje še vedno presplošno in premalo specializirano in prilagojeno specifičnostim, ki jih zahteva naše vsakdanje delo v zdravstvenih zavodih psihiatrije. Iščemo novih poti za pristope do bolnikov, ukvarjamo se z vprašanjem, kako pripraviti bolnike do notranje razgibanosti, kako se vključiti v skupinsko terapijo.

Na željo nad sto sester ter strokovnemu izpopolnjevanju in izboljšanju dela v prid je bila v začetku februarja letos ustanovljena psihiatrična sekcija pri Zvezi DMS Slovenije. Ne glede na to, da je ta sekcija še mlada, da še nimamo kakih večjih izkušenj, tradicije, je njeno delo nadvse zadovoljivo in pestro. V tem kratkem času smo imele 4 seminarje, ki so bili vsebinsko dobro pripravljene. Seminarji so bili vedno v drugem psihiatričnem centru, in sicer v Ljubljani, v Begunjah, v Vojniku in Idriji. Gre za to, da si po teoretičnem delu seminarja menjavamo tudi praktične delovne izkušnje. Vsi seminarji so bili kvalitetno zelo dobro pripravljene. Predavali so nam strokovnjaki, ki so najgloblje prodrli v ta znanstvena področja. Da je sekcija lahko v tem kratkem času v celoti zaživela in upravičila svojo ustanovitev, je vsekakor tudi zasluga naših predstojnikov, ki imajo popolno razumevanje in nam dajo tudi vso pomoč. To se med drugim kaže tudi v tem, da se seminarjev redno udeležuje okrog 75 % vseh sester, ki so zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah. Sekcija se dogovarja in pripravlja skupno z Višjo šolo za medicinske sestre tečaj za izpopolnjevanje znanja.

Ta oblika dela se je izkazala zelo uspešna in naša sekcija ima tudi v bodoče vse pogoje, da bo kvalitativno dobro delovala.

Meta Furlan — Lipovec, Višja šola za zdravstvene delavce, Ljubljana:

V imenu instruktorjev Višje šole za zdravstvene delavce bi predlagala, da bi se pri Zvezi društev medicinskih sester Slovenije **ustanovila šolska sekcija — sekcija za instruktorje**, ki delajo na šolah za zdravstvene delavce.

To predlagam sicer v imenu instruktorjev Višje šole za zdravstvene delavce, vendar sem mnenja, da so instruktorji vseh zdravstvenih šol za to, da se šolska sekcija ustanovi. Svoj predlog utemeljujem z naslednjim: V tej sekciji bi bila možna izmenjava izkušenj med instruktorji. Sestre, ki so bile v inozemstvu, bi lahko poročale o določenih zadevah vsem instruktorjem na šolah. Instruktorji bi si v tej sekciji lahko med seboj pomagali ob pripravi

programov za prakso. Lahko bi skupno reševali probleme medicinskih sester, ki so v pedagoški službi. Lahko bi imeli skupne seminarje, ki bi zanimali inštruktorje. Sekcija bi morala delati po pravilniku, ki ga ima Zveza društev medicinskih sester za svoje sekcije. Mislim, da je predlog za ustanovitev sekcije dovolj utemeljen, in prosim, da me Zveza in delegati na tej skupščini v obrazloženem smislu podpro.

Mira Pridgar, klinika za infekcijske bolezni, Ljubljana:

K diskusiji bi imela nekaj pripomb tudi jaz. Vse vidimo v svojem poklicu veliko težav. Saj jih tudi premagujemo, vendar je življenjski tempo tako hiter, da rešimo eno težavo, pa se že pojavi druga. Mislim, da si v **bolnišnicah vsi prizadevamo izboljšati nego bolnika, njegovo oskrbo ter jo v zdravstvu obravnavati kot samostojno dejavnost**, da bi nege bolnika ne imeli za nekaj postranskega ali manj pomembnega. Nega bolnika pomeni 24 ur bolnikovega življenja, se pravi celotno bolnišnično dejavnost, razen zdravnikovega dela. Rekla sem, da poskušamo nego izboljšati. To si prizadevamo na različne načine. V kliničnih bolnišnicah na primer smo dosegli, da so ustanovili kolegij sester, ki ga je postavil samoupravni organ. Upravni organi naše predloge in sklepe ponavadi sprejmejo in podpro. Dalje smo poskušali v negi bolnika priti še malo naprej in izdelali pravilnik za nego bolnika.

Pravilnik naj bi bil nekakšna pomoč oziroma dokument, ki naj bi bil obvezen za vse. Pravilnik še ni bil sprejet, vendar je v zadnji fazi izdelave.

V kliničnih bolnišnicah smo naleteli na odobravanje glede na organizacijski del tega pravilnika in pa vsebino nege, toda nekoliko začudeno so pogledali, ko smo napravili shemo za službo nege. Tu smo nekoliko obstali. Ne bi rekla, da so ne vem kako nasprotovali, pač pa opažamo, da ne poznajo našega dela. Predstojnik je na primer vprašal: »kaj pa bo delala potem glavna sestra?« Kljub takim vprašanjem in pomislekom pa nismo izgubili poguma in si bomo še naprej prizadevali v začrtani smeri.

SKLEPI

Zveze društev medicinskih sester Slovenije na skupščini z dne 5. XII. 1969 v Ljubljani

Na podlagi referata »Petdeset let dela in oblikovanja medicinske sestre v Sloveniji« ter na temelju poročil in razprave delegatov ugotavlja Zveza DMS Slovenije naslednje:

1. Medicinske sestre so v petdesetih letih svojega dela pokazale, da so v zdravstveni službi nepogrešljive zdravstvene delavke. Opravljajo pomembne naloge na vseh področjih zdravstvene službe tako v kurativni kakor v preventivni dejavnosti.

2. Poklicu medicinske sestre je družba priznala pomembnost in veljavo, nejasen je le položaj medicinske sestre v teamu zdravstvenih delavcev. Vsej nejasnosti vzrok pa je nerazumevanje poklica medicinske sestre, ki je vanj posegalo mnogo zunanjih dejavnikov. Ti so izkrivljali lik in vlogo medicinske sestre tako zelo, da si je skupščina zastavila nalogo, da ponovno prouči problem in ga predoči odgovornim organom zdravstvene službe in javnosti.