

## Organizacija patronažne službe

Namen članka je odgovoriti na vprašanja: kaj je patronaža, kakšna je bila, kakšna je in kakšni naj bi bili oblika in organizacija patronažne službe.

Da bi lahko primerjali organizacijske oblike patronažnega dela, moramo pričeti z razmišljanjem o razvoju, ki je privedel do današnjih organizacijskih oblik tega dela.

V primitivni skupnosti pravadnine je bolnega človeka negovala mati, žena, sorodnica, kakor v manjši skupnosti običajno še danes, če zbolimo zaradi manj pomembne bolezni. Oseba, ki neguje v takih okoliščinah, je še danes negovalka, kar pa nima poklicnega obeležja. Šele dolgo potem, ko je dobila medicina svoje spočetke v stari Grčiji in v rimskem imperiju, ko so se že uveljavljale pridobitve osebne higiene, vodovodnih napeljav in karanten, je negovanje bolnikov pričelo prehajati v profesionalno obliko. Negovanje je bilo v rokah redovniških in samostanskih dejavnosti, vendar za negovanje ni bila potrebna strokovna izučitev. Šele red usmiljenk in diakonis je zahteval usposobljenost za nego. Prvi organizirani sistemi obiskovanja na domu so pričeli delati v Angliji leta 1816. V Londonu je bil organiziran »Committee of Benevolent Ladies« (odbor dobrodelnih žena), ki so obiskovale zdravljenе otroke na domovih, leta 1862 pa v Manchesteru »The Ladies Health Society of Manchester« z namenom poučevati ljudi o telesnem, socialnem, moralnem in religioznem režimu. Leta 1845 je na krimski fronti Florence Nightingale negovala ranjence.

Med vladanjem cesarice Marije Terezije v 18. stoletju se je izoblikoval poklic babice in že leta 1753 je bila ustanovljena babiška šola v Ljubljani. Medtem ko je sestriški poklic še mlad in datira iz leta 1860, ko je prva medicinska sestra Florence Nightingale ustanovila prvo šolo za civilne sestre v St. Thomas Hospital v Londonu. Leta 1867 je v Liverpoolu pričela delovati služba »District Nursing«, kakor v Angliji še danes imenujejo službo bolniške nege na domu. Torej vidimo, da so bile prve terenske sestre — babice in za njimi izšolane sestre za nego na domu.

Nagli razvoj medicine v 19. stoletju je postavil temelje socialni medicini kot vedi, ki raziskuje družbene vplive na ljudsko zdravje in predlaga ukrepe za odstranjevanje negativnih družbenih pojavov. Prav tako je odmev vsega tega prvi dispanzer, ki so ga leta 1887 dobili v Angliji v Edinburghu ter leta 1892 uvedeno šolanje zdravstvenih obiskovalk — prosvetiteljic, to je: »Health Visitors«.

»District nurses« in »Health Visitors« v Angliji so bile prve šolane patronažne medicinske sestre. Takrat je Florence Nightingale dala za delo terenskih sester

napotke, ki jih »preveva etična in pedagoška misel in še danes veljajo v celoti«. Tako je dejala: »Terenska sestra mora biti zdravstvena odposlanica. Za to pa mora biti šolana. Njena služba ni delitev materialne podpore niti ne vloga zdravnika ali morda celo okoriščenja z donosno privatno prakso. Negovati mora po zdravnikovih navodilih, predvsem pa paziti, da ne bo ovirala bolnikovega ozdravljenja. Naj bo družinska prijateljica in ne ukazovalka, zato naj pač nikoli ne reče: Upam, da boste do prihodnjic, ko zopet pridem, pospravili to ropotijo pod posteljo (če bi to našla na stare škornje, umazano perilo in krompir). Če bo tako rekla, si bodo samo želeli, da bi je nikoli več ne bilo. Naj v hiši tudi sama kaj stori prav z namenom, da jim pokaže, kako vzdržujemo snago in higieno. Sestra mora vedeti tudi, na koga naj se obrne v nevšečnostih, ki jih ne more odpraviti sama, vedeti mora, kaj sodi v domeno sanitarne oblasti in javiti potrebe...«

Tako je Florence Nightingale položila temelje sestrske poklicu in iz Anglije so se izkušnje širile v druge dežele.

Leta 1907 je dobila Ljubljana prvi protituberkulozni dispanzer, terenske sestre pa še vedno nismo imeli na območju današnje domovine. Leta 1914 je na Dunaju za civilno medicinsko sestro diplomirala Slovenka Angela Boškin in se po diplomu strokovno usposobila za terensko zaščitno sestro, ki ima v Avstriji še danes naziv Fürsorgeschwester. Dne 27. 1. 1919 je sestra Boškin dobila prvi dekret o imenovanju skrbstvene terenske sestre v Jugoslaviji. Delovala je monovalentno pri varstvu matere in otroka ter v protituberkulozni dejavnosti na Jesenicah kot predhodnica današnjih patronažnih medicinskih sester in socialnih delavcev.

Leta 1919 je bil dr. Andrija Štampar imenovan za načelnika pri ministrstvu za narodno zdravje v Zagrebu. Tedaj se je v Jugoslaviji pričela reforma javnega zdravstva.

Leta 1920 je bil ustanovljen oddelek za tuberkulozo v Zagrebški zakladni bolnici. Leta 1921 je bila ustanovljena »Šola za sestre pomočnice« v Beogradu. To je bila prva šola za strokovno izobraževanje sester v državi. Sledile so ji še istega leta 1921 šola v Zagrebu, leta 1924 šola za zaščitne sestre v Ljubljani (te sestre so delovale monovalentno) in leta 1930 šola v Skopju itd.

Središče za razvoj terenske sestrske službe je bilo v Zagrebu. Tri sestre so poslali v inozemstvo, da bi proučile organizacijo sestrske službe, med njimi je bila sestra Luiza Janovič-Vagner, ki je leta 1930 organizirala v Zagrebu »Središče za socialno higijenski rad« pri Centralnem higijenskem zavodu, kjer so sestre obiskovalke opravljale polivalentno patronažno delo. Leta 1933 so patronažne sestre prevzele tudi delo »Socialnega odseka mesta Zagreb« in bile tudi prve socialne delavke v državi. Po zgledu polivalentne patronažne službe v Zagrebu je pričela delovati polivalentna patronažna služba tudi v Beogradu. Ustanovljena je bila v Beogradu enaka ustanova z enakim nazivom pri Centralnem higijenskem zavodu. V Sloveniji je bila pri zdravstvenih domovih le monovalentna patronaža, tj. varstvo matere in otroka in tuberkuloznega bolnika.

Druga svetovna vojna je v glavnem prekinila delovanje patronažne službe. Ostale so nekatere oblike monovalentne patronaže, a tudi medicinske sestre so bile vključene v NOB. Neposredno po vojni je monovalentna patronaža delovala v sestavi zdravstvenih postaj, ambulant in dispanzerjev. Veliko dela so takrat opravili in ponekod še danes opravljajo laični patronažni delavci, zlasti člani

Rdečega križa. Pri razvoju patronažne službe ne smemo spregledati izredne pomoči RK in tudi sestrskega društva. Za razvoj patronažne službe so se zanimale sicer zdravstvene ustanove in sekretariati, vendar se ta služba ni razvijala vzporedno s splošno zdravstveno službo in je ta zastoj gotovo pustil dolgotrajne posledice v razvoju te službe in njeni preventivni dejavnosti. Zdravstvena služba takrat še ni imela zadostnega števila usposobljenih medicinskih sester, kakor jih tudi še danes nima. Razen tega so specializirane zdravstvene ustanove in službe težile k razvijanju monovalentne patronažne službe. Tako je bila dejavnost razcepljena in ostala je brez načrta in enotnih izhodišč. Izhodišče, da je družina nedeljiva celota, se je uveljavljalo le počasi in od leta 1953 dobivamo v naši državi zopet centre za polivalentno patronažno službo v Zagrebu, Beogradu, Ljubljani, Mariboru in drugih mestih naše države.

Več ali manj pa je patronažna služba doživljala po vsej naši državi številne organizacijske spremembe in, če pogledamo situacijo danes, sta organizacija in delovanje te službe silno heterogena. Srečujemo se s tremi glavnimi nasprotji.

1. Patronažna služba je širom po naši deželi oblikovana na najrazličnejših stopnjah delovanja, pač glede na okoliščine, kakršne so za delovanje te dejavnosti na različnih območjih. To dejavnost lahko najdemo v vseh fazah razvoja: bodisi da ponekod sploh še ni zaživela, tj. od ravni začetnih delovnih zasnov pa do ravni dobre organizacije s strokovno-metodološko dobrim delovanjem, ki se lahko primerja z najbolje organiziranimi patronažnimi službami v svetu. Prav tako so njene organizacijske oblike v državi zelo različne.

2. Običajno je patronažna dejavnost slabše razvita na območjih, kjer bi morala biti najmočnejša in najučinkovitejša, obratno pa je bolj razvita tam, kjer so varovanci deležni boljšega zdravstvenega varstva vseh oblik. Pri razvijanju nacionalnega zdravstva tega pokazovalca ne bi smeli obiti.

3. Pri vsem večjem dodatnem šolanju medicinskih sester, ki jih ob današnjih potrebah zdravstva sicer nasploh primanjkuje, pada odstotni delež medicinskih sester pri opravljanju patronaže. Čeprav je patronažno delo eno najsamostojnejših sestrskih področij, se sestre prej odločajo za druga manj samostojna, a često lažja sestrška opravila. Tega pokazovalca ne bi smeli obiti pri politiki štipendiranja, pri programih šolanja, pri sistemizacijah delovnih mest in slednjic pri strokovni kreaciji patronažne dejavnosti iz večjih središč institucij in strokovnih komisij.

Naj bodo pogoji za delovanje strokovne patronaže kakršni koli že, sta obliki njenega delovanja lahko samo dve:

1. monovalentna ali specializirana;
2. polivalentna ali generalizirana ali splošna, ki je lahko popolna ali nepopolna.

a) **Organizacijske oblike so:**

1. centralizirana,
2. decentralizirana in
3. kombinirana oziroma centralizirano-decentralizirana. Vendar mora biti dejavnost vedno prilagojena potrebam, okoliščinam in možnostim. Ne glede na to, kakšni so navedeni pogoji, pa se patronažna dejavnost ne sme oddaljevati od svojega bistva in osnovne karakteristike, ki določata lastnost, namen, cilje in

metode te dejavnosti. Ti elementi patronažnega dela, ki se jim moramo približevati, so:

- načelo prilagajanja;
- socialno medicinska narava dela;
- utrjevanje zdravja, preprečevanje bolezni, njih zgodnje odkrivanje ter sodelovanje pri negi in rehabilitaciji bolnikov;
- načrtovano in sistematično delo, ki ga po deontoloških, socialno medicinskih in didaktičnih načelih opravlja patronažna sestra kot socialno medicinski diagnostik in terapevt, neguje bolnike, a je predvsem zdravstveni vzgojitelj.

Na teh temeljih je možno graditi popolnejšo konstrukcijo patronažne službe, če dopuščajo to kompleksne okoliščine. Seveda prispeva taka možnost k boljšemu zdravstvenemu varstvu varovancev, k višjemu zdravstvenemu standardu, k večji zdravstveni kulturi in končno k boljšemu življenjskemu okolju. Boljšega zdravstvenega varstva ni možno več doseči brez vključitve patronažne službe, ki je dejavnost osnovnega zdravstvenega varstva. Zato je toliko pomembnejše, da se patronažni službi zagotovita pravo mesto in vloga v zakonih o zdravstvu, v republiških programih za zdravstvo, v zdravstvenih programih regij in občin ter slednjic v vsakem zdravstvenem domu in zdravstvenem centru. Družbeni dogovori in samoupravni sporazumi morajo biti jamstvo za patronažno varstvo. Hkrati pa imajo republiške institucije in strokovne komisije nalogo, da izpopolnjujejo čim enotnejšo metodologijo in načrtujejo strokovno organizacijo patronažne službe.

Ustanovitev Svetovne zdravstvene organizacije leta 1948 je izrednega pomena tudi za razvoj patronažne dejavnosti v svetu. Neposredna aktivnost dr. Andrije Štamparja v Svetovni zdravstveni organizaciji je vplivala tudi na učinkovitejši razmah patronažnega dela pri nas. V okviru splošnih nalog Svetovne zdravstvene organizacije, ki usmerja enotno zdravstveno politiko v svetu, je njena naloga tudi, da krepí nacionalne zdravstvene službe. Tako je Svetovna zdravstvena organizacija sklicala evropsko konferenco patronažnih sester, ki je bila v Helsinkih leta 1958. Na konferenci so bili sprejeti koncepti za patronažno dejavnost, ki imajo praktično trajno vrednost.

Navedla bom nekatere ugotovitve s te konference.

V nekaterih deželah in predelih dežel so tradicionalni problemi, kot npr. sanacije socialnih bolezni, nevarnosti epidemij, nezadostna in nepravilna prehrana, umrljivost dojenčkov in porodnic še tolikšni, da je v programiranju zdravstva dodeljeno tem problemom prioriteto mesto. V mnogih deželah ali predelih posameznih dežel ti osnovni problemi niso več tako pereči in jim ni potrebno posvečati večjo pozornost. Zato pa drugod sodobni način življenja s svojim naglim tempom prinaša nove probleme in s tem seveda tudi nove potrebe. Nagla industrializacija s komplicirano mehanizacijo je privedla do velikih sprememb v našem vsakdanjem življenju. Emancipacija žena se kaže v družinskem življenju. Višja izobrazba mater je terjala razširitev zdravstvenega programa na področju zaščite otrok. Naraščajoče število zaposlenih žena je sprožilo problem tega varstva. V družini so problemi nezaželene nosečnosti. Življenjska doba se podaljšuje. Bolniki hitreje vstajajo po bolezni. Višja splošna kulturna raven prebivalstva in zdravstveno prosvetljevanje po radiu, televiziji in časopisju so pripomogli, da družinam ni treba več toliko informacij o splošnih zdravstvenih problemih, temveč je v večji meri potrebno reševati konkretne potrebe. Dehumanizacija, individualizacija in

naraščajoča motorizacija pomenijo nove probleme, s tem pa nove potrebe v smislu zdravstvene oskrbe in rehabilitacije. Človek je izpostavljen pretresom, ki se jih še nismo naučili odvrčati.

Zato so nove naloge zdravstva:

- prevenција in zdravljenje mentalnih obolenj, prvenstveno alkoholizma, narkomanije in psihosomatičnih motenj;
- prevenција in zgodnje odkrivanje rakavih obolenj;
- prevenција in kontrola kroničnih obolenj (diabetes, srčna obolenja);
- okupacijska terapija;
- prevenција nezgod in nesreč;
- problem staranja;
- fiziološka, psihološka in mentalna rehabilitacija;
- zdravstvena prosveta in vzgoja;
- skrb za bolne na domu.

Od nujnostne stopnje problema, od ravni zdravstvene prosvetljenosti prebivalstva, od možnosti finančnih sredstev in od zaposlenega števila zdravstvenih delavcev bo odvisno, katere od naštetih problemov bomo vključili v prioritete programe javnega zdravstva. V javnem zdravstvu zavzema patronažna medicinska sestra pomembno mesto, ko uresničuje v smislu definicije zdravja. Njene naloge so obsežne in raznolične, zato morata biti njena usposobljenost in delovanje polivalentna. Diferenciacija kurativne in preventivne smeri dela je bila nekoč velika.

Sodobna medicina ne dopušča več delitve na kurativo in preventivo, temveč mora vsaka zdravstvena dejavnost voditi h krepitvi in očuvanju zdravja, k preprečevanju in zatiranju bolezni in posledic. Govorimo lahko le o različnem stadiju, v katerem smo zajeli zdravje ali bolezen. Zato v sodobni medicini govorimo le o primarni, sekundarni in terciarni prevenciji. Pri tem pomenijo:

**primarna prevencija:** vse dejavnosti za krepitev in ohranitev zdravja (mislimo na zdravstveno vzgojo, povečanje družbenega in higienskega standarda, na protiepidemske ukrepe in podobno);

**sekundarna prevencija:** vse dejavnosti za odkrivanje bolezni, napotitve k zdravniku zaradi zdravljenja, blažitev bolezni in zaviranje invalidnosti ter varstvo okolice pred širjenjem bolezni (pri tem mislimo na detekcijo diabetesa, depistažo tbc, ca, kardiovaskularnih obolenj itd.);

**terciarna prevencija:** vse dejavnosti za zdravljenje bolezni (tudi nega bolnika), da bi skrajšali tek bolezni, dosegli čimprejšnjo delovno usposobljenost ter po možnosti ublažili invalidnost in preprečili smrt.

(Se nadaljuje)