

VIZIJA IN STRATEGIJA DOLGOROČNEGA RAZVOJA STROKE ZDRAVSTVENE NEGE

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 prodočja 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 dolgoročno načrtovanje,
- 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 slednjich 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 uresničevanju 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 izobraževalnih 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 delokrogi 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 skupnega 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, še 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 abulanti 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 zdravstvene nega 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 izobraževanja 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 l. 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 izobrazbenih 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 l. 1993, kjer je bila Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije sprejeta v član

stvo ICN in torej obvezuje Zbornico ZN RS. Usmerja k ustvarjanju razmer, v katerih bo raziskovanje sestavni 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. prilogo 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 mnogem 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 razmejivke 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 začrtali 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.

Silva Vuga, VMS, dipl. org. dela,
predstojnik Katedre za zdravstveno nego,
Višja zdravstvena šola, Univerza Maribor