

ORGANIZACIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE V ZDRAVSTVENIH ZAVODIH SLOVENIJE

THE ORGANIZATION OF NURSING CARE SERVICES IN HEALTH INSTITUTIONS
IN SLOVENIA

Petra Kersnič

UDK/UDC 614.253.5:65.012

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; služba zdravstvene nege; organizacija; management; Slovenija

DESCRIPTORS: nursing care; nursing care service; organization; management; Slovenia

Izvleček – Članek obravnava organizacijo službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Predstavljene so nekatere definicije zdravstvene nege, njen položaj v Evropi in Sloveniji ter položaj zdravstva kot sistema v Evropi in Sloveniji. Članek govori o trendih strokovnega razvoja zdravstvene nege v Sloveniji. Prikazani so pogoji in načini za uvajanje sprememb v organizaciji službe zdravstvene nege in prilagajanje novim razmeram v zdravstveni dejavnosti. Z opisom teoretične vsebine organizacije in menedžmenta z aplikacijo na področje zdravstvene nege so prikazane aktivnosti strokovne javnosti za opredelitev samostojne službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih v Sloveniji. Predstavljeno je projektno delo z naslovom Organizacija samostojne službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. V empiričnem delu so prikazani raziskovalni problemi in vprašanja, ki so obdelani na osnovi anketnega vprašalnika, na katerega so odgovarjale glavne medicinske sestre – vodilne delavke na področju zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih v Sloveniji. Analiza anketnih odgovorov je prikazana v rezultatih, v razpravi pa je pojasnjeno objektivno stanje na področju organizacije službe zdravstvene nege v zavodih, kjer je zdravstvena nega v sistemu zdravstva ena izmed temeljnih storitev zdravstvene dejavnosti. Sklep in predlogi nakazujejo aktivnosti, ki jih bodo morale slovenske medicinske sestre ali okrepiti ali pa na novo začeti, da bo zdravstvena nega v slovenskem prostoru dobila v sistemu zdravstvene dejavnosti ustrezno vlogo in mesto.

Abstract – The article deals with the organization of nursing care services in health providing institutions in Slovenia. Some definitions of nursing care are presented, and its position as well as the position of health services in general in Europe and in Slovenia are described. The article also deals with the trends of the professional development of nursing care in Slovenia. The conditions and methods for the introduction of changes in the organization of nursing care services and the adaptation to new circumstances in health field are described. With the description of the theoretical contents of the organization and management with the application to the field of nursing care, the activities of professional public for the formulation of the definition of nursing care as an independent service in the frames of health institutions in Slovenia is presented. The article presents the project research study The Organization of Independent Nursing Care Services in Health Institutions in Slovenia. In the empirical part, the research problems and questions, processed on the basis of an inventory answered by head nurses of health institutions in Slovenia are presented. The analysis of answers is presented in the results part of the article, and the discussion part presents the objective state of affairs in the field of the organization of health services in health institutions where nursing care is one of the basic services in the frames of health care. In the conclusions, the suggestions point at the activities which Slovenian nurses should undertake or develop further so that nursing care can get an adequate role and position in the field of health services in Slovenia.

Uvod

Človek je od nekdaj želel odgovor na številna vitalna vprašanja – kako ravnati, kako se odzvati na probleme, da bosta rešitev in izid najugodnejša v času, prostoru in skladna z možnostmi ter najprimernejša za posameznika, družino in za skupnost. Rešitev, ki bo v korist pravilnosti in koristnosti, ni vedno lahka in tudi ne vedno možna. To se posebej izkazuje pri reševanju problemov, ki so povezani z ravnanji, ta pa so poveza-

na z etičnimi in moralnimi normami. V zdravstvu so te norme značilno višje kot v drugih strokah. Upoštevati je potrebno hiter in visok strokovni napredek v medicini in zdravljenju. Tu se zahteva aktivna vloga vsakega posameznika, ki deluje na tem področju. Pri tem ne moremo mimo opredelitve zdravja.

Zdravje je mogoče doseči le, če posameznik, družina in skupnost spoznavajo in uresničujejo svoje želje in potrebe ter imajo možnost, da vplivajo na svojo okolico (Voljč, 1990).

Zdravje je tudi družbeni projekt in služi kot informacija o splošni kvaliteti življenja in vrednotah družbe (Kraševac-Ravnik, 1990).

Zdravstveno varstvo predstavlja splet vseh družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov in skupin, ki so usmerjeni v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja. Če gledamo na zdravstveno varstvo globalno, lahko rečemo, da je država odgovorna za zdravje svojih državljanov. Dolžna je izvajati ukrepe na področjih gospodarstva, ekologije, sociale in številnih drugih dejavnostih ter skrbeti za njihovo usklajeno delovanje, katere cilj je ohranitev, krepitev in povrnitev zdravja.

Pojav dela je nerazdružljivo povezan s človekom – je proces, ki je lasten človeku. Pogosto tudi rečemo, da je » človek postal človek« s tem, ko je začel delati. Delo torej pomeni človekovo zavestno prizadevanje in trud za nekaj, pri čemer je bistven njegov aktiven odnos do procesov sprememb (Ovsenik, 1979). Dobro organizirano življenje in delo sta potrebi sodobnega človeka. Zavedamo se, da življenje poteka po nekem sistemu organiziranja – te organizacije pa se najpogosteje zavemo takrat, ko nekaj ne poteka več po pričakovanih ali ko se preprosto ustavi. Organizacija obstaja, odkar obstajajo človekove želje in težnje po združitvi moči za delo. Organizacija obkroža človeka od rojstva skozi vse življenje, na vsakem koraku, v zasebnem življenju in na delovnem mestu. S svojim strokovnim delom se človek nenehno vključuje v najrazličnejše sisteme, med drugim tudi v poslovne, kjer se odvijajo organizacijski procesi. Danes obstaja znanost o organizaciji, ki skozi najrazličnejše šole in teorije preučuje procese organizacije prek cele vrste vidikov, ki vplivajo na njen potek.

Zdravstvena nega je v sistemu zdravstvenega varstva podsistem, ki skrbi za svoje usklajeno in organizirano delovanje. Namen organiziranja zdravstvene nege tam, kjer so negovalne intervencije sestavni del zdravstvenih storitev, je zagotavljanje najvišje možne kakovosti teh storitev, holistična obravnava bolnikov/varovancev, racionalna in učinkovita poraba finančnih sredstev in vseh drugih resursov, potrebam in zahtevam prilagojeno razporejanje strokovnih kadrov, krepitev delovanja in sodelovanja negovalnega in zdravstvenega tima ter doseganje osebnih in profesionalnih potreb izvajalcev zdravstvene nege. Zdravstvena nega je umetnost in znanost. Za svoje delovanje zahteva razumevanje, znanje in spretnosti, ki so specifične za vsako strokovno disciplino. Osnova so znanja iz humanističnih, družbenih, fizikalnih, bioloških in medicinskih znanosti. Je disciplina, ki ji upravičeno mnogi dajejo enkratnost s tem, ker skrbi za človeka in ga neguje (Filej, 1996). Zdravstvena nega je profesionalna disciplina, ki je komplementarna z drugimi zdravstvenimi profesijami. Je sistematična ciljna dejavnost, ki se prvenstveno nanaša na izboljšanje zdravja in kakovosti življenja posameznika, družine in skupnosti. Njen predmet so predvsem človekove reakcije

na aktualne in potencialne zdravstvene probleme. Bistvo njene profesionalne prakse je proces zdravstvene nege.

Medicinska sestra – edina kompetentna izvajalka v zdravstveni negi – ima številne naloge, od katerih so najpomembnejše: oblikovanje filozofije zdravstvene nege delovnega področja in lastne filozofije z upoštevanjem osrednjih kategorij, kot so: človek, zdravje, družba, zdravstvena nega in zdravstvena vzgoja; načrtovanje, izvajanje, vrednotenje in vodenje zdravstvene nege; promocija zdravja, preprečevanje bolezni, zdravljenje obolelih in rehabilitacija posameznika, družine in skupnosti; delovanje v negovalnem in zdravstvenem timu; izvajanje zdravstvenovzgojnega dela pri zdravih in bolnih varovancih; razvojno in organizacijsko delo na področju zdravstvene nege; razvijanje teorije in prakse na področju zdravstvene nege in raziskovanje na področju zdravstvene nege.

Devetdeseta leta pomenijo za Evropo in Slovenijo obdobje velikih institucionalnih in socialno-ekonomskih sprememb. Medicinske sestre so in bodo v prihodnosti postavljene pred vedno večje naloge na področju komunikacije, koordiniranja, tehnologije, menedžmenta in širšega vključevanja v zdravstveno politiko (Lanara, 1993).

V letu 1992 je bila v Sloveniji sprejeta nova zakonodaja na področju zdravstvenega varstva, zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja, ki je zahtevala v zdravstvu drugačen način mišljenja, drugačen način vodenja, sodelovanja in ravnanja. Nova zakonodaja je uvedla nov način zdravstvenega zavarovanja in financiranja zdravstvenih storitev, ki je prešlo iz proračunskega v zavarovalniški način, dala možnost zasebne dejavnosti na področju zdravstva in omogočila možnost ustanavljanja zbornic.

Veliko naporov vlagajo strokovnjaki v preorientacijo zdravstvenega varstva, ki v ospredje postavlja zahtevo po pravočasnem odkrivanju aktualnih in potencialnih zdravstvenih problemov. Zadostno znanje, raziskovanje in strokovni pogum morajo pomagati določiti prednostne naloge. Prav v teh prednostnih nalogah se kaže širina delovanja medicinskih sester, ki s svojim delom delujejo na vseh področjih zdravstvene dejavnosti. Med 33 podpisnicami dokumenta Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje za vse do leta 2000« je tudi Slovenija. Ministrstvo za zdravstvo R Slovenije že od leta 1993 pripravlja predlog Plana zdravstvenega varstva R Slovenije do leta 2000, ki ga mora sprejeti Državni zbor R Slovenije.

V dolgoročnem programu razvoja zdravstvene nege v Sloveniji je med drugim zapisano, da zdravstvena nega zagotavlja svojo funkcijo z načrtovanjem in usklajenim delovanjem ter v skladu z usmeritvijo strategije Svetovne zdravstvene organizacije za cilje: uveljaviti zdrav način življenja, preprečevati zdravju škodljive okoliščine in omogočati kvalitetno okrevanje in pomoč vsem, katerih zdravje je ogroženo ali resno prizadeto (Vuga, 1994).

Definicije zdravstvene nege

Nega je človekova temeljna dejavnost, ki jo le-ta najpogosteje opravlja na podlagi izkušenj in posnemanj ter jo prenaša iz roda v rod. Prav vsaka človeška skupnost je vedno imela za nalogo, da poskrbi za nego svojih članov. Skrb za zdravje je od nekdanj dana ljudem, saj je prav od te skrbi in posredno od zdravja odvisen obstoj posamezne socialne skupine. Kadar nega deluje v organizirani obliki, ima strokovno vsebino in jo izvajajo za to izobraženi ljudje, **je to zdravstvena nega** in je ena od zdravstvenih disciplin. Kot celovita dejavnost se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah v času zdravja in bolezni in traja od spočetja do smrti.

Prvo definicijo je postavila Florence Nightingale leta 1858 in jo zapisala v svoji knjižici Zapis o negi – kaj je in kaj ni? (Notes on Nursing – what is and what is not?):

»Naloga zdravstvene nege je, da postavi bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo okolje nanj najugodnejše delovalo.« (Nightingale, 1954)

Drugo definicijo zdravstvene nege je postavila Virginia Henderson natanko 100 let po prvi – leta 1958:

»Temeljna dejavnost medicinske sestre je ta, da pomaga tako bolniku kot zdravemu pri tistih opravilih, s katerimi si človek krepi zdravje ali premaguje bolezen (ali pa si omogoči spokojno smrt), če ima zato potrebno moč, voljo ali znanje; pri tem je njena pomoč takšne vrste, da mu hkrati čimprej znova pomaga do samostojnosti.«

Leta 1966 je Hendersonova prvo definicijo dopolnila:

»Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih lahko le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene nege bolnika/varovanca.« (Bohinc, Cibic, 1995)

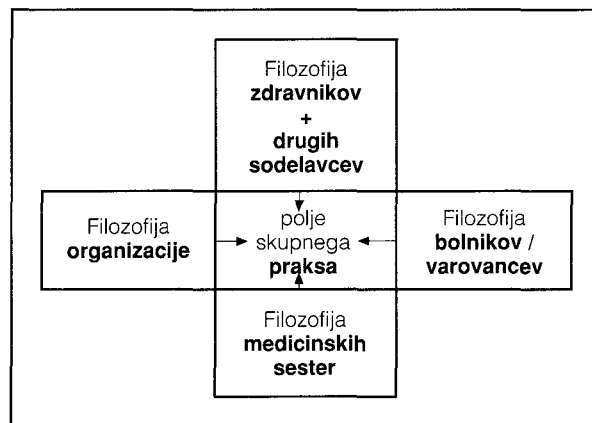
Mednarodno združenje medicinskih sester (ICN) je v letu 1987 zgoraj navedeno definicijo zdravstvene nege dopolnilo z vsebino:

»Zdravstvena nega kot integralni del sistema zdravstvenega varstva vključuje pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, skrb za fizično in duševno bolne ter invalide vseh starosti v vseh zdravstvenih in družbenih okoljih. Znotraj tega širokega spektra zdravstve-

nege varstva so pojavi posebnega pomena za medicinsko sestro kot odgovor posameznika, družine ali skupine na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme.« (Fučkar, 1992)

Filozofija v zdravstvu in zdravstveni negi

Nasplošno opredeljujejo filozofijo kot vestno iskanje resnic in modrosti življenja. V zdravstvu lahko zasledimo stik filozofij, kot so filozofija organizacije, filozofija bolnikov/varovancev, filozofija medicinskih sester in filozofija zdravnikov in drugih zdravstvenih sodelavcev. Skupno polje ali stičišče vseh filozofij predstavlja osnovno gibalno organizacije ali enote, ki tako predstavlja ogrodje za delo v praksi. V praksi je pomembno, da so vsi subjekti v organizaciji seznanjeni s filozofijo organizacije, stroke in vseh poklicnih skupin. Filozofija mora za člane poklicnih skupin pomeniti dejanja v praksi – skozi to se spreminja, živi in se ustvarja delovna filozofija.



Sl. 1. Filozofija v zdravstvu.

Filozofijo zdravstvene nege opredeljujemo z vsebinami zdravstvene nege, ki izhajajo iz ciljev, ki so specifični za obravnavano strokovno področje zdravstvene nege. V zavodih, kjer se izvaja zdravstvena nega, je organizirana v sklopu samostojne službe zdravstvene nege, v kateri so natančno opredeljene naloge, kompetence in odgovornosti za zdravstveno nego in njene izvajalce. Na področju zdravstvene nege je storjeno vse, da izvajalci zdravstvene nege osvojijo teoretični, metodični, sistematični, nameren in načrtovan pristop dela, ki je značilen za metodo procesa zdravstvene nege. Pri obravnavi varovancev po procesu zdravstvene nege upoštevamo holistični pristop in varovančev aktivno vlogo za doseganje lastne neodvisnosti. Zdravstvena nega deluje na način, s katerim varovancem nudi strokovne, varne, racionalne in kakovostne storitve na področju zdravstvene nege. V okviru strokovnih zahtev področja dela v zdravstveni negi se ustvarjajo ustrezni pogoji dela za varovance in za izvajalce zdravstvene nege.

Etika v zdravstveni negi

»Vse, kar delamo, vsaka odločitev, ki jo sprejmemo, in vsako dejanje, ki ga izvedemo, temelji na našem zavestnem ali podzavestnem verovanju, stališčih in vrednotah,« je o svojem delu dejala Diane Urstal, medicinska sestra (po Grbec, 1992).

Etična vprašanja spremljajo človeka od njegovega zavedanja dalje skozi vso njegovo zgodovino pa vse do danes. Področje zdravstva je za vprašanja etične narave še posebej občutljivo. Etika je filozofska disciplina ali panoga, ki se ukvarja s tematiko človeškega hotenja in ravnanja z vidika dobrega in zlega, moralnega in nemoralnega. Etika je teoretična filozofska refleksija o pravosti, o pojavih in procesih, ki so moralno relevantni (Sruk, 1986). V današnjem času, ko je veliko govora o morali in etiki v najrazličnejših kontekstih, še posebej pa v povezavi z zdravstvom in njegovimi izvajalci, je prepričljivo in razumljivo opredelitev morale zapisal sodobnik J. L. Zlobec (po Grbec, 1992):

»Morala je sklop vrednostnih zapovedi in prepovedi, s katerimi posvetna in duhovna oblast obvladujeta in nadzorujeta občestvo. Zato se s civilizacijskimi spremembami in menjavo oblasti menjuje tudi morala. Morala je vedno vsiljena od zunaj.«

Morala v zdravstvu bi morala biti skupek načel in pravil (kodeks), ki bi moral voditi vse delavce na tem področju pri njihovih vsakodnevnih odločitvah in ravnanjih. Ko govorimo o medicinski etiki, ne moremo mimo zgodovinskih pomnikov – Hipokratove prisege, ki sicer ni predstavljala etičnega vodila tistega časa, temveč je poudarjala le idejo ene od specifičnih grških šol. Medicinska etika je kot disciplina stara komaj 200 let. Pojav bolnišnic in zavodov, kjer se je izvajalo vse več zdravstvenih storitev, nenadne spremembe v odnosih med tistimi, ki so delali tem področju (zdravniki, medicinske sestre, drugi zdravstveni delavci in sodelavci), in spremenjen položaj varovanca, s katerim je bilo potrebno sodelovati, so postavili v povsem novo luč vprašanja, kot so spoštovanje, pravičnost, morala in vrednote. Medicinska etika danes ni le predmet sestavljanja in sprejemanja kodeksov, ki naj bi se jim posamezniki in poklicne skupine v zdravstvu podrejali, temveč je potreba in zahteva, ki jo narekujejo razvoj medicinskih in drugih strok, razvoj družbe in vseh drugih področij, s katerimi moramo in zmoremo reševati enostavne in sestavljene probleme in etične dileme.

Začetnica in utemeljiteljica strokovnega pristopa k zdravstveni negi, Florence Nightingale, je v svojih spisih, kjer je predstavila svoja filozofska razmišljanja o stroki, zapisala: »Vsaka medicinska sestra bi morala biti tista, na katero človek lahko računa, z drugimi besedami, mora biti sposobna za to, da je bolnikov zaupnik. Nekdo želi prestajati tegobe čim bolj sam, dru-

gi pa želi, da se z njim čim več ukvarjamo in mu nudimo oporo. Medicinska sestra mora opaziti te razlike in jih upoštevati.« (Nightingale, 1946)

Medicinska sestra se pri svojem delu vsakodnevno srečuje z opravili, ki se nanašajo na varovance tako v stanju zdravja kot tudi v stanju bolezni. Od medicinske sestre pričakujemo, da se bo zavedala etičnosti svojih razmišljanj in dejanj in da jih bo znala uporabiti v korist varovanca. Pri delu vodita medicinsko sestro dve glavni pravili in sicer delati v korist bolnika in ne storiti drugemu, kar ne želiš, da bi se zgodilo tebi.

Avtonomija bolnika je pravica in moč človeka – varovanca, da deluje v skladu s svojo osebno željo in predstavlja individualno moralno lastnino posameznika. Iz avtonomije izhajajo pravice varovanca o sodelovanju v procesu odločanja o postopkih zdravljenja na osnovi polne informiranosti, ki jo morajo zagotavljati zdravstveni delavci.

Odgovornost – o njej ne moremo govoriti, če ji nasproti ne postavimo dolžnosti in njihovega obsega. Najpogosteje je odgovornost definirana kot odnos do dolžnosti. Delo medicinskih sester se prepleta na treh področjih odgovornosti: na moralnem, strokovnem in kazenskem področju. Širše lahko govorimo o etiki poklica in poklicne skupine v njem. Vzgoja kot proces od rojstva pa do smrti in učenje na vseh stopnjah izobraževanja za poklice v zdravstveni negi morajo medicinskim sestram omogočati doseganje visokih moralnih vrednot in sposobnost velike osebne discipline.

Dela ob varovancu, bolnemu ali zdravemu, ni mogoče v celoti predpisati oziroma ga je težko predpisati z navodili, ker to delo poleg drugega zahteva tudi močan notranji etični nadzor. Zapis etičnih načel imenujemo kodeks. To je etični vodnik za tisto poklicno skupino, ki je namenjen. Najpogosteje velja kot dopolnilo k zakonodaji, ker rešuje številna vprašanja, ki jih z zakoni oziroma predpisi ni mogoče doreči in rešiti. Etika pomaga opredeliti vrednote, na osnovi katerih se v službah zdravstvene nege oblikuje strokovna filozofija. Kaj je etično in moralno, so slovenske medicinske sestre zapisale v svoj kodeks etike, ki ga je Zbornica zdravstvene nege Slovenije v letu 1994 izdala v posodobljeni obliki z naslovom Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V njem so zapisani kriteriji in okviri etičnega delovanja na strokovnem in profesionalnem področju zdravstvene nege. Z oblikovanjem in sprejetjem lastnega kodeksa si je stroka zdravstvene nege pridobila eno od osmih odlik za priznanje stroke kot profesije, ki jih opisuje avtor Pavalco.

S temeljnimi načeli mednarodnega kodeksa, ki se nanašajo na štiri glavna poglavja, kot so krepitev zdravja, povrnitev zdravja, utrjevanje zdravja in lajšanje trpljenja ter so neločljivo povezana s spoštovanjem življenja, dostojanstva in pravicami človeka, je usklajen tudi slovenski Kodeks medicinskih sester

in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Vrednote, zapisane v Kodeksu, so tesno povezane z zdravstveno nego in obsegajo štiri razsežnosti človeka, ki so med seboj enakovredne – to so telesne, duševne, duhovne in družbene razsežnosti. Delo medicinske sestre ima močan vpliv na zdravje in življenje ljudi. Medicinska sestra s svojim delom prevzema odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, temveč je pri tem zelo pomembna etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot. namen Kodeksa etike je pomagati medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot ter ji služi kot vodilo in spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Kodeks je namenjen vsem medicinskim sestram ter njihovim sodelavcem v negovalnem timu. Medicinskim sestram, ki stopajo v ta poklic, služi kodeks kot opora pri oblikovanju lastnih moralnih stališč, kot vir znanja in refleksije. Za vse tiste, ki so že nekaj časa v tem poklicu, pa služi kot osnova za etično presojo njihovega dela. Razvijanje in spoštovanje vrednot poklica omogoča medicinskim sestram večje zadovoljstvo pri delu ter osebno rast.

Človekove pravice so skozi zgodovino predstavljale gibalno in gonilno silo družbenega razvoja in so danes zapisane v številnih dokumentih, od katerih so pomembnejši:

1. Splošna deklaracija o človekovih pravicah – OZN (1948).
2. Evropska konvencija o človekovih pravicah – OZN (1950).
3. Evropska socialna listina – SZO (1965).
4. Pravice umirajočih – SZO (1970).
5. Mednarodni pakt o državljskih pravicah in svobodah – OZN (1976).
6. Deklaracija o otrokovih pravicah – OZN (1990).
7. Ustava R Slovenije (1992).
8. Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992).
9. Osnutek deklaracije o promociji bolnikovih pravic v Evropi (1994).
10. Kazenski zakonik R Slovenije (1995).

Zdravstvena nega – poklic ali profesija

Danes se nekateri še vedno sprašujejo, ali je delo medicinske sestre, ko izvaja negovalne intervencije oziroma ko »neguje« poklic in ali je to profesionalno delo in medicinska sestra »profesionalka«. Poklic zaznamuje vrsto dela, za katerega se je nekdo izobrazil in ga pod zato določenimi pogoji tudi opravlja. S profesijo pa lahko zaznamujemo ožje področje delovanja, ki ima v tehnični in družbeni delitvi dela poseben, nekateri pravijo tudi privilegiran položaj.

Avtorja Wilensky in Lebeaux (po Letici, 1991) sta 1958 analizirala zgodovino 18 poklicev – profesij v ZDA in ugotovila, da obstaja v procesu uspešne profesionalizacije pet etap: opravljanje določenega poklica mora potekati polni delovni čas; sistem izobraževanja

mora biti vzpostavljen vse do fakultete; ustanovitev profesionalnega združenja najprej na lokalni ravni in nato še na državni ravni; pravna zaščita monopola nad določenimi storitvami in intervencijami in razvit formalni etični kodeks.

Analiza in primerjava omenjenih faz s položajem zdravstvene nege in njenih izvajalcev v Sloveniji kaže, da medicinske sestre v Sloveniji delajo polni delovni čas in da nekaj več kot polovica medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov dela v dejavnostih, ki se odvijajo znotraj dneva 24 ur na dan vse dni v letu; od 1993 se medicinske sestre izobražujejo na fakultetni ravni; na regionalni ravni delujejo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, medtem ko na državni ravni že 69 let deluje Zveza društev medicinskih sester in od leta 1992 Zbornica zdravstvene nege Slovenije; leta 1994 so slovenske medicinske sestre in zdravstveni tehniki sprejeli prenovljen in dopolnjen Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in z Zakonom o zdravstveni negi, ki je v fazi priprave osnutka, bo dorečena še pravna zaščita izvajanja določenih postopkov in veččin.

Primerjava kaže, da je slovenska zdravstvena nega na pragu oziroma je že prestopila prag iz poklica v profesijo. Pri tem je potrebno upoštevati še dejstvo, da večina medicinskih sester, ki so po definiciji ICN nosilke stroke, nima visokošolske strokovne izobrazbe. V procesu zdravstvene nege sodelujejo tudi zdravstveni tehniki (srednje medicinske sestre), ki imajo v svojem delokrogu tolikšen del samostojnih opravil, za kakršnega so izobražene in usposobljene. Že kar nekaj let pa se medicinske sestre izobražujejo tudi v različnih fakultetnih programih, od leta 1993 tudi za področje zdravstvene nege, čeprav je bilo potrebno program izpeljati pod naslovom zdravstvene vzgoje. Fakultetno izobražene medicinske sestre prevzemajo v zavodih funkcije menedžmenta, opravljajo pedagoško delo ter z znanstveno raziskovalnim delom skrbijo za razvoj stroke.

Zdravstvo na prehodu v 21. stoletje

Vsi sistemi, tako tudi zdravstvo, imajo svojo preteklost, sedanost in prihodnost. Preteklost in sedanost sta znani in predstavljata vse izbrane možnosti, ki so bile uporabljene in koristne v danem času in pod danimi pogoji. Ponudba možnosti za prihodnost je mnogo tera in znana in le nekatere od njih bo mogoče izbrati v določenem prihodnjem obdobju. Spoznanja iz preteklosti so pomembna za naše preživetje in razvoj, vse, kar delamo, prehaja v preteklost in ta od nas zahteva, da se premikamo v prihodnost (Grbec, 1990).

Uvajanje sprememb oziroma reforme v zdravstvu imajo za posledico prehod iz sedanosti v prihodnost s ciljno orientirano potjo ob upoštevanju vseh tehnoloških možnosti. Razumevanje zgodovine sistema zdravstva in poznavanje sedanosti sta pogoj za izvršitev reform. Pomembna je identifikacija in analiza

zdravstvenega stanja in problemov v državi, ki se loteva sprememb. Najpomembnejša je izdelava jasne vizije, ki mora vsebovati odgovor na vprašanje, zakaj in v kaj se sistem spreminja.

»Uvajanje sprememb ni niti filozofija niti politika. To je vsakodnevni proces, v okviru katerega ne počnemo le nečesa, ampak delamo prave stvari, namesto da bi reševali probleme, iščemo alternative, namesto ohranjanja virov izbiramo najboljše, namesto izpolnjevanja svojih dolžnosti se osredinimo na doseganje rezultatov ter s povečanjem produktivnosti zmanjšujemo stroške.« (Vienonen, 1993)

Na vprašanje, kaj pomeni razvoj zdravstva in kako opredeliti razvito zdravstvo, lahko najdemo številne odgovore. Najhitreje si pridobimo podatke o kvantitativnih kazalcih materialne, finančne in kadrovske strukture zdravstvenih služb. Mnogi ocenjujejo razvoj s povečanjem prej omenjenih kazalcev. Vse pogosteje pa razvoj zdravstva in njegovih služb ocenjujemo glede na spremembe zdravstvenega stanja prebivalcev – izboljševanje zdravstvenega stanja prebivalcev je kriterij za oceno razvoja in napredka zdravstva v neki državi (Pahor, 1989).

V Ljubljani je bila v času od 17. do 20. 6. 1996 Konferenca Svetovne zdravstvene organizacije o reformah zdravstvenega varstva v Evropi, ki se je udeležilo 49 evropskih članic Svetovne zdravstvene organizacije. Cilj konference je bil ugotoviti skupna načela in strategije, na temelju katerih bodo lahko države evropske regije na sebi primeren način razvijale zdravstvene sisteme. Ker po mnenju mnogih udeležencev zdravstvo nikjer na svetu ni idealno organizirano, so bila pričakovanja izida konference za politično in finančno javnost zelo velika. Na konferenci so člani Svetovne zdravstvene organizacije sprejeli Ljubljansko listino, katere namen je jasno izraziti načela, ki so sestavni del sedanjih sistemov zdravstvenega varstva, in načine, s katerimi bi lahko izboljšali in racionalizirali zdravstveno varstvo. V Ljubljanski listini so zapisana področja reform z opredelitvami ciljev: zdravje, usmerjenost k vrednotam, usmerjenost k ljudem ter k osnovnemu zdravstvenemu varstvu, poudarek na kakovosti in izgradnja reform na temelju zanesljivega financiranja.

Na konferenci so bile postavljene akcijske strategije za uvajanje zdravstvenih reform: oblikovanje obsežnih strategij za vplivne spremembe, preoblikovanje organizacije zdravstvenih služb, podpora zdravstvenim delavcem pri težnjah h kakovosti, okrepitev menedžmenta, zanesljivo financiranje zdravstvenega sistema, zagotavljanje ustavne pravice do dela, sprejemanje ustreznih zakonodaje, ki bo vplivala na učinkovanje reform, globalno razmišljanje, lokalno spreminjanje, spodbujanje k sodelovanju državljanov kot varovancev in upoštevanje njihove izbire ter učenje na podlagi mednarodnih izkušenj.

Zdravstvena nega v Evropi

Problemi, s katerimi se soočajo medicinske sestre in o katerih govori Jane Salvage (1993), nekdanja regionalna svetovalka za zdravstveno nego pri Svetovni zdravstveni organizaciji za Evropo, so moč, spol in medikalizacija. Skoraj ni dežele, v kateri bi medicinske sestre imele uspešno vlogo pri vodenju in oblikovanju zdravstvene politike in pri sprejemanju odločitev na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Pomanjkanje moči se kaže takorekoč od vrha organizacije pa vse do negovalnega tima. V poklicu zdravstvene nege je od vseh izvajalcev 90 % žensk. Poklic ima zaradi tega iste značilnosti kot drugi ženski poklici – nizek dohodek, neugledno mesto v družbi, nepriznavanje, neustrezne delovne pogoje, slabe možnosti za napredovanje in izobraževanje. Spolno razlikovanje, izkoriščanje in zloraba žensk v mnogih državah niso neznanke. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je med prebivalci na svetu 50 % ženskega prebivalstva, ki opravi 2/3 delovnih ur, za to prejme 1/10 svetovnega prihodka in razpolaga ali ima v posesti 1/100 svetovnega bogastva. Dvojnost službe ni naključje – delitev na moško in žensko delo je ponekod še vedno zakoreninjena tradicija, ki ženske odrija na rob družbenega dogajanja (Salvage, 1993). Medikalizacija je značilen pojav tako v zdravstvu kot v političnem življenju in pomeni dominacijo medicine in njenih nosilcev. Zato lahko na ključnih mestih odločanja tako v stroki kot v zdravstveni politiki srečamo prav malo žensk oziroma še manj medicinskih sester.

»V praksi ni redek pojav, da imajo medicinske sestre še vedno za zdravnikove pomočnice, ki izvršujejo njegova naročila. Negovalni del zdravljenja je skoraj neviden in je zato tudi malo cenjen in to pogosto tudi zato, ker jo medicinske sestre same premalo cenimo.« (Salvage, 1993)

Svetovna zdravstvena organizacija usmerja svetovno zdravstvo, upošteva najrazličnejše probleme, ki se pojavljajo. Usmerja aktivnosti in koordinira akcije, s katerimi bi države članice dosegle za svojo populacijo čim večji in čim boljši zdravstveni, socialni in ekonomski status. Novi koncepti zdravstvenega varstva kot sistema zahtevajo tudi prilagajanje in spremembe v zdravstveni negi. Oddelek za zdravstveno nego pri Svetovni zdravstveni organizaciji skrbi za usklajevanje priporočil organizacije na področju zdravstvene nege.

Deklaracije in dogovori v zvezi z zdravstveno nego

Deklaracija iz Alma Ate je bila sprejeta na konferenci Svetovne zdravstvene organizacije 1978 kot Resolucija o primarnem zdravstvenem varstvu ter strategija za doseganje ciljev »Zdravje za vse«. »Zdravje za vse« pomeni enakost. Cilj aktivnosti je doseči poziti-

ven odnos do zdravja, pri čemer bodo ljudje zanj angažirali svoje fizične, psihične in emocionalne kapacitete. Osnovni poudarek je na promociji zdravja in na preprečevanju bolezni. »Zdravje za vse« naj ljudje dosežejo sami. Dobro informiranje ljudi, dobra motivacija ter aktivno sodelovanje lokalne skupnosti so ključni elementi za doseganje skupnega cilja. »Zdravje za vse« zahteva koordiniranje aktivnosti vseh odgovornih sektorjev. Zato je multisektorsko sodelovanje način zagotavljanja pogojev za zdravje, za promocijo zdravstvene politike in za zmanjševanje tveganj v fizičnem, ekonomskem in socialnem okolju. Osnova zdravstvenega sistema naj bi bilo primarno zdravstveno varstvo, kjer nastajajo osnovne potrebe po zdravstvenih storitvah. Za reševanje aktualnih zdravstvenih problemov, ki segajo prek državnih meja, je potrebno vzpostaviti mednarodno sodelovanje.

V Evropi je nastal dokument *Zdravje za vse* z 38 cilji, za katere so se evropske države s podpisom leta 1984 zavezale, da jih bodo uresničile. V tej strategiji so posebej poudarjena naslednja področja: življenjski stil in zdravje; dejavniki tveganja, ki vplivajo na zdravje in okolje; reorientacija zdravstvenega sistema in potrebna podpora politike, menedžmenta, tehnologije, kadrov in raziskovanja. Poleg šestih osnovnih izhodišč Deklaracije iz Alma Ate so v Svetovni zdravstveni organizaciji dodali še naslednje naloge za doseganje ciljev strategije *Zdravje za vse*: zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege, izdelava standardov zdravstvene nege, izvajanje sprememb in reorientacije izobraževalnih programov za zdravstveno nego in izobraževanje za funkcijo menedžmenta za področje zdravstvene nege. Vpliv deklaracije iz Alma Ate na področje zdravstvene nege se odraža v aktivnostih Svetovne zdravstvene organizacije in njenega oddelka za zdravstveno nego, ki usmerja svoje delo v izobraževanje medicinskih sester, v menedžment in vodenje, v prakso zdravstvene nege in v koordinacijo ter razvojno-raziskovalno dejavnost.

Dunajska deklaracija Svetovne zdravstvene organizacije je nastala leta 1988 pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, ko je potekala prva konferenca o zdravstveni negi, na kateri je sodelovalo 32 evropskih držav in posredno 150 000 medicinskih sester. Priporočila dunajske konference so bila: vse medicinske sestre se morajo vključiti v gibanje *Zdravje za vse*, zdravstvena nega in njene službe morajo biti usmerjene v zdravje, oblike dela v zdravstveni negi naj bodo prilagojene primarnemu zdravstvenemu varstvu, poudarjena naj bosta kakovost in zagotavljanje kakovosti na področju zdravstvene nege, izobraževalni programi naj bodo usmerjeni v izobraževanje polivalentno izobraženih medicinskih sester, ki lahko delujejo ob posamezniku, v družini in v skupnosti, medicinske sestre – menedžerji morajo biti pri svojem delu avtonomni, medicinske sestre morajo izvajati takšne raziskovalne projekte, s katerimi bodo izboljšale zdrav-

stveno nego na vseh področjih prakse, vzpostaviti je potrebno informacijski sistem, ki bo omogočal najrazličnejše komunikacije, zdravstvena nega mora biti vključena v načrtovanje nacionalnega zdravstva, z ustrezno kadrovsko politiko in zagotavljanjem ustreznih delovnih pogojev je potrebno preprečevati beg iz poklica, zagotavljati dostopnost vsem medicinskim sestram do programov kontinuiranega izobraževanja, medicinske sestre in njihovo stanovsko združenje naj bodo vzor zdravega življenja.

Resolucija Svetovne zdravstvene organizacije WHA 45,5 je bila oblikovana na 45. zasedanju generalne skupščine Svetovne zdravstvene organizacije leta 1992, njen namen pa je bila krepitev zdravstvene nege v podporo strategiji *Zdravje za vse*. Za vse države članice Svetovne zdravstvene organizacije je pomemben obvezujoči sklep, **da je zdravstvena nega osnovna zdravstvena služba za razvoj in izboljšanje strategije Zdravje za vse**. Na osnovi te resolucije so države članice Svetovne zdravstvene organizacije dolžne opredeliti službo zdravstvene nege ter oceniti vloge in izkoriščenost kadrov, intenzivirati menedžerske sposobnosti medicinskih sester ter okrepiti njihov položaj na vseh ravneh zdravstvenega varstva, predlagati zakon ali kak drug ukrep za zagotavljanje službe zdravstvene nege, krepiti izobraževanje za zdravstveno nego, pospešiti in podpirati raziskovanje v zdravstvenih službah s sodelovanjem zdravstvene nege, zagotavljati ustrezne delovne pogoje za medicinske sestre, zagotavljati ustrezne vire (finančne, kadrovske in organizacijske) za aktivnosti medicinskih sester, zagotavljati sodelovanje medicinskih sester pri oblikovanju zdravstvene politike na vseh ravneh.

5. konferenca Svetovne zdravstvene organizacije – Reforme zdravstvenega varstva, primarno zdravstveno varstvo in zdravstvena nega – je bila v Reykjaviku, kjer so se sestale predstavnice – medicinske sestre, ki zastopajo resorje zdravstvene nege na Ministrstvih za zdravstvo v evropskih državah. Iz poročila slovenske predstavnice na tej konferenci sem povzela, da so evropske medicinske sestre sklenile, da bodo sodelovale in podprle zdravstvene reforme pod naslednjimi pogoji: pravičnost, doseganje zdravja in kakovosti življenja, učinkovita izraba človeških, finančnih in drugih virov, razvoj kakovosti storitev, da bo zdravstvena nega usmerjena k posamezniku, družini in družbeni skupnosti. Središče reformnih strategij bo temeljilo na skrbi za zdravje posameznika, družine in skupnosti. Sklenile so, da morajo biti ocenjene potrebe prebivalstva in pri tem upoštevane vse specifičnosti prostora, okolja in ljudi. Primarno zdravstveno varstvo naj bo osnova sistema. Rezultati zdravstvene nege bodo narekovali razvoj kakovosti in ustrezno porabo vseh virov. Od vlade bodo medicinske sestre zahtevale podporo in odgovornost, da upoštevajo njihove usmeritve razvoja stroke.

Položaj zdravstvene nege v Sloveniji

V Sloveniji doživlja zdravstvena nega svoj strokovni razmah v razvoju in napredku v zadnjih petnajstih letih. Za to obdobje je značilno, da se pojavljajo vse večje težnje po strokovnih in organizacijskih spremembah, po novi orientiranosti zdravstvene nege in nena zadnje težnja po aktivnem sodelovanju pri oblikovanju in vodenju zdravstvene politike v Sloveniji. Profesionalna nega postavlja za nosilko svoje dejavnosti višjo medicinsko sestro, ki ima dvojno funkcijo: je nosilka stroke in s tem pristojna za samostojno odločanje in delovanje na področju zdravstvene nege, kot zdravnikova sodelavka pa sodeluje v diagnostično terapevtskem programu. Strokovni krogi pripravljajo spremembe izobraževalnih programov za zdravstveno nego, pri čemer je osnovna podlaga programa široko pojmovanje zdravja in bolezni kot ne samo fizičnega, temveč tudi psihičnega in socialnega pojava. Eden od pogojev za izboljšanje zdravstvenega varstva je posodobitev izobraževalnih programov, po katerih se izobražujejo izvajalci zdravstvene nege. Gre za zahtevno nalogo operacionalizacije prizadevanj Svetovne zdravstvene organizacije za dodajanje let življenju (vpliv na zmanjšanje umrljivosti), zdravja letom (zmanjšanje obolevnosti) in življenja letom z izboljšanjem kakovosti življenja v vseh fazah zdravja in bolezni in za usposabljanje dijakov in študentov, da pomagajo ljudem doseči te cilje. Po dolgoletnih aktivnostih za možnost doseganja visoke izobrazbe v stroki zdravstvene nege, ki segajo že v začetek 60. let in ki so že v letu 1985 dobila mednarodno podporo, se je v letu 1993 ta želja medicinskih sester uresničila. Možnost izobraževanja na fakultetni stopnji je Slovenijo uvrstila v tisto skupino evropskih držav, kjer je medicinskim sestram dostopno visokošolsko izobraževanje v lastni stroki. Na Visoki šoli za zdravstvo v sodelovanju s Pedagoško fakulteto v Ljubljani se je v študijskem letu 1993/94 vpisala v program zdravstvene vzgoje prva generacija študentov ob delu in iz dela. Zdravstvena nega si v vseh programih postavlja za cilj čim večjo in čim hitrejšo neodvisnost bolnika/varovanca pri opravljanju življenjskih aktivnosti. Procesna metoda dela, ki se postopoma uveljavlja, omogoča medicinskim sestram ugotavljanje varovančevih potreb, načrtovanje dela, oblikovanje ciljev ter s pomočjo evalvacije ocenjevanje rezultatov dela. Cilji procesne metode so sistematičnost, namernost in planirana obravnava vsakega posameznika, družine in skupnosti. Metoda zagotavljanja kakovosti storitev zdravstvene nege postaja uveljavljeno načelo dela medicinskih sester. Uveljavlja se primarna zdravstvena nega, ki pomeni najširšo skrb za posameznika, družino in skupnost v vseh okoljih. Posebna delovna skupina oblikuje enotno strokovno terminologijo. Vse bolj se uveljavlja izraz oziroma beseda zdravstvena nega, ki natančno opredeljuje področje strokovnega dela. Namesto pogostega izraza medicinska nega zahtevamo uporabo izraza zdravstvena

nega. Svetovna zdravstvena organizacija in Mednarodno združenje medicinskih sester sta verificirala zdravstveno nego kot samostojno stroko, katere nosilke so medicinske sestre, ki zdravstveno nego s pomočjo ustreznih članov izvajajo v negovalnem timu – s tem izhodiščem si slovensko nacionalno združenje medicinskih sester prizadeva doseči ustrezen položaj zdravstvene nege v Sloveniji. Medicinske sestre se zavedajo, da so razvojne usmeritve zdravstvene nege zapisane v vseh sklepnih dokumentih Mednarodnega združenja medicinskih sester in Svetovne zdravstvene organizacije ter so kot take obvezujoče tako za države članice kot za posameznike. Medicinske sestre zahtevajo avtonomnost službe zdravstvene nege, ki je zapisana v *Strokovnih podlagah za organizacijo službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije*, ter delitev dela med izvajalci zdravstvene nege, ki je zapisana v *Razmejitvi zdravstvene nege*. Oba dokumenta sta v fazi razprave na ravni države v zdravstvenem svetu. Zbornica zdravstvene nege, ki deluje od leta 1992 in je pravna naslednica Zveze društev medicinskih sester Slovenije, s svojim delovanjem vpliva na oblikovanje zdravstvene politike tako v zavodih – institucijah kakor tudi na državnih ravni. Strokovne odločitve in usmeritve dobivajo svojo verifikacijo v 27 strokovnih sekcijah, ki so organizirane v sklopu Zbornice na najrazličnejših ožjih strokovnih področjih zdravstvene nege. Skupaj z Razširjenim strokovnim kolegijem za zdravstveno nego, ki s strokovnjaki z najbolj značilnih področij zdravstvene nege predstavlja strokovni vrh zdravstvene nege v Sloveniji, si predstavniki Zbornice zdravstvene nege utirajo poti v organe odločanja za zdravstveno politiko. Ena večjih in pomembnih akcij je bila v letu 1992, ko smo na način elektorskih volitev in z enotno akcijo uspeli izvoliti v Državni svet predstavnico za zdravstvo – medicinsko sestro. Na ta način smo si zagotovili vpliv na sprejemanje odločitev za področje zdravstva v Državnem svetu in tako posredno tudi na odločitve, ki imajo vpliv tudi na zdravstveno nego. Nekajletna prizadevanja Zbornice zdravstvene nege, da bi na Ministrstvu za zdravstvo medicinske sestre imele svoje mesto v oddelku za zdravstveno nego, so se uresničile v letu 1995, ko je minister za zdravstvo imenoval svetovalko za področje zdravstvene nege. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo je ob podpori široke strokovne javnosti medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov konec leta 1993 izdelal in predložil Zdravstvenemu svetu vizijo in strategijo dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege z delovnim naslovom »Projekt dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege«. V projektu so zapisane temeljne usmeritve razvoja, ki so opredeljene z aktivnostmi, ki so usmerjene v povečanje izobrazbene strukture in doseganje akademizacije poklica ter ustvarjanje možnosti produciranja lastnih kadrov. Zapisani so načini podpore za vse programe, ki vsebujejo naloge, s katerimi se uresničujejo cilji strategije »Zdravje za vse«. Vzpo-

stavljati je potrebno enoten organizacijski sistem zdravstvene nege, ki bo v zdravstvenih dejavnostih vgrajen po enotni shemi, s pomočjo česar bo možno zagotavljati in uspešno izvrševati funkcije in naloge zdravstvene nege. Zdravstvena vzgoja mora delovati kot integralni del zdravstvene nege zdravih in bolnih varovancev. Interdisciplinarnost in multisektorsko sodelovanje z vsemi v zdravstvenem sistemu in na vseh ravneh delovanja morata postati pravilo in zdravstvena nega se mora opirati na lastno raziskovalno dejavnost na vseh področjih svojega delovanja. Zdravstvena nega se vztrajno približuje potrebam ljudi. Ker zdravstvena nega temelji na znanstvenih podlagah, je potrebno raziskovalno delo na tem področju. Počasi raziskavam v zdravstveni negi v slovenskem prostoru dajemo vlogo in mesto, ki ju morata za lasten razvoj in napredek tudi imeti. Organizacija dela v institucijah, kjer opravljajo zdravstvene storitve, se počasi prilagaja sodobnim tokovom menedžmenta in organizacije. Ko govorimo o organiziranju dela v zdravstveni negi, se je potrebno zavedati značilnosti in jih tudi prikazati širši javnosti – univerzalnost zdravstvene nege, kar pomeni, da je prisotna in udeležena v procesu dela v večini dejavnosti v zdravstvu – zaradi naglega spreminjanja demografske strukture prebivalstva, še posebej na račun povečevanja odstotka starejšega prebivalstva, se naglo povečujejo potrebe po zdravstveni negi, ki pri starostniku predstavljajo skoraj 2/3 vseh zdravstvenih storitev, in pa številčnost poklicne skupine – v zdravstvu je to najštevilčnejša poklicna skupina.

Organizacija v zdravstveni dejavnosti in v zdravstveni negi

V strokovni literaturi in v številnih člankih najdemo veliko definicij o organizaciji. V življenju in v preprostem jeziku nam organizacija pomeni združevanje skupine ljudi, ki želijo s svojim delovanjem doseči isti cilj. Organizacija je racionalno premišljeno povezovanje in usklajevanje ljudi in njihovih aktivnosti v skupni sistem z nekaterimi viri (materiali, delovna sredstva, finance, informacije...) in z namero, da izpolnijo namen, zaradi katerega so se združili (Vila, 1994). Organizacija je način, s katerim so vsi deli celote medsebojno tako urejeno povezani, da delujejo kot eden oziroma celota (po Cooper Jonesu, Vila, 1994). Organizacija je združitev medsebojnih razmerij med ljudmi, člani organizacije, ki zagotavlja obstoj, ohranjanje in zagotavljanje družbenoekonomskih in drugih lastnosti organizacije ter smotno in gospodarno doseganje ciljev (Lipovec, Ovsenik, 1979). Organizacija je smotno povezana skupina ljudi, ki jih veže kak program, smoter, delo; je vzorec obveznosti in odgovornosti, ki jih določa hierarhična struktura različnih organizacij v zdravstvenem varstvu in oddelkov znotraj le teh. Organizacija je tudi socialni sistem in vsebuje notranjo strukturo, ki jo sestavljajo komunikacijska mreža, vzorci odločitev, sistem nagrajevanja in pravila vedenja

(Komadina, 1994). Organiziranje je neprekinjen proces, ki ga opravljajo menedžerji. Vsako smotno zaporedje opravljenih nalog oziroma operacij oblikuje proces. Zaporedje operacij med delavci in sredstvi se zrcali v delovnem procesu. Med sredstvi in predmeti dela se odvija tehnološki proces. Med predmeti dela in ciljem pa poteka transformacijski proces (Ivanko, 1994).

Zdravstvena dejavnost je kot poslovno-organizacijski sistem težko opredeljiva, ker to ni čista proizvodna dejavnost – težko ali skoraj nemogoče je govoriti o »produktu zdravja«. V tem procesu je potrebno bolj kot drugje upoštevati interakcijo sistema z okoljem. Prav tako je po teoriji sistemov potrebno vse procese obravnavati skozi prostor, čas in vrednostne razrede sistema. Splošna teorija sistemov predstavlja interdisciplinarno področje, v katerem se vsak objekt, vsak pojav in vsak proces obravnavajo kot del širše medsebojno odvisne celote.

Ocena organizacije zdravstvene nege v zavodih kaže, če pri tem upoštevamo teoretična izhodišča o organizaciji, da je le-ta po organizacijah zelo različna. Razlago za te različnosti lahko pojasnimo z dejstvom, da zdravstvena nega v organizacijskih procesih nima pravno formalnih podlag, ki bi ji omogočale enakopravno vključevanje v organizacijske procese. Glede na objektivne okoliščine in subjektivne aktivnosti vodilnih delavcev v zdravstveni negi so v zavodih različno opredeljene naloge, pristojnosti in načini vključevanja v procese menedžmenta. Na podlagi navedenih ugotovitev, ob spremembi zdravstvene zakonodaje in v potekajočih procesih reorganiziranja zdravstvenega varstva v Sloveniji je v strokovnih krogih zdravstvene nege nastala potreba in zahteva po pravno formalnih podlagah za opredelitev samostojne službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Projektna skupina, ki je bila imenovana v Zbornici zdravstvene nege Slovenije in jo sestavljajo Bojana Filej, Vera Grbec, Breda Koban, Vida Purnat, Nana Domajnko, Polona Zupančič, Anka Terseglav, Darja Cibic in Petra Kersnič, je po naročilu Ministrstva za zdravstvo v letu 1995 izdelala projektno delo *Služba zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije*. Skupina je pri svojem delu upoštevala zglede iz evropskih držav, kjer zdravstvena nega že deluje po sodobnih načelih menedžmenta in organiziranja, predvsem pa je upoštevala številne sugestije in pripombe slovenske strokovne javnosti.

Predlog organizacije službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih so članice projektne skupine predstavile vsem direktorjem bolnišnic in zdravstvenih domov, kjer je bil ugodno sprejet. Dokument je v fazi potrjevanja na Zdravstvenem svetu. Obsega naslednja poglavja: namen organiziranja samostojne službe zdravstvene nege, zakonske in regulativne opredelitve službe zdravstvene nege, organizacijska struktura, funkcijska struktura, vodenje službe zdravstvene nege, organi službe zdravstvene nege in povezovanje

službe zdravstvene nege z drugimi dejavnostmi. V dokumentu sta predstavljena dva organigrama. Eden je namenjen visoko strukturiranim organizacijam, drugi pa takim, kjer se lahko posamezne organizacijske ravni in funkcije med seboj združujejo. Upošteevane so tri ravni vodenja. Na prvi ravni vodenja deluje direktorica službe zdravstvene nege (oziroma pomočnica glavnega direktorja za področje zdravstvene nege) s svojimi pomočnicami. Na drugi ravni vodenja so koordinatorice vodenja zdravstvene nege ali glavne medicinske sestre organizacijskih enot/klinik/služb – odvisno od organizacije posameznega zdravstvenega zavoda. Na tretji ravni vodenja so vodje oddelkov in manjših organizacijskih enot ter vodje timov zdravstvene nege.

Menedžment in zdravstvena nega

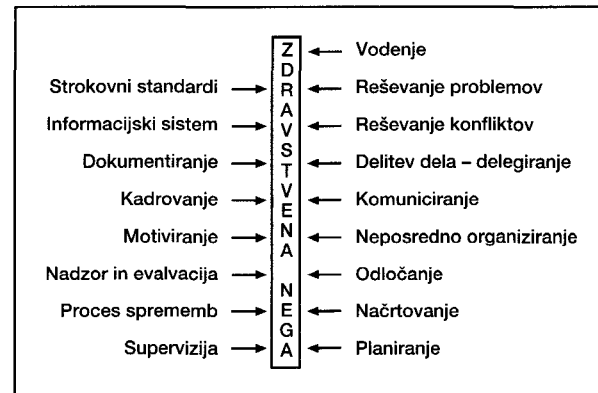
»Pojav menedžmenta je verjetno ključni dogodek našega časa in veliko pomembnejši kot vsi dogodki z naslovnih strani časopisov. Redkokdaj, če sploh kdaj, se je nov pojav, nova vodilna skupina, nova dejavnost, uveljavila tako hitro, kot se je menedžment ob prelomu stoletja. Le redkokdaj je v človeški zgodovini nastalo kaj tako nepogrešljivega. Le redko se je kaj novega uveljavilo z manj nasprotovanja, manj motnjami, s tako malo protislovij. In nikoli prej ni noben nov pojav obsegal vsega sveta, prekoračil meja ras in nezaupanja, jezika in tradicije, in vse to v življenjski dobi ene same generacije.« (Peter Drucker, ZDA)

V strokovnih člankih in tudi v vsakdanjih pogovorih izraze za področje menedžmenta in njegovih akterjev – menedžerjev uporabljamo na različne načine. Menedžment najpogosteje zamenjujejo z vodenjem, ki je pa zgolj komponenta menedžmenta. Definicije menedžmenta menedžment opredeljujejo kot usklajevanje nalog in dejavnosti za doseganje postavljenih ciljev; kot ustvarjalno reševanje problemov, ki se pojavljajo na področju načrtovanja, organiziranja, vodenja in pregledovanja razpoložljivih virov pri doseganju postavljenih ciljev, poslanstva in razvoja organizacije (Možina, 1994); kot mentalno (miselno, intuitivno) dejavnost ljudi v organizacijskem sistemu; kot proces mobiliziranja, razporejanja in izrabljanja kadrovske in drugih virov z namenom, da bi dosegli cilje zdravstvenega varstva in opravili dogovorjeni program (SZO). Menedžer je oseba, ki usmerja človeške in materialne vire ter vodi delo oddelka ali organizacije. Je tisti, ki v organizaciji opravlja štiri najpomembnejše naloge: načrtuje, organizira, vodi in nadzoruje.

Menedžment je ena od pomembnih funkcij, pogosto opredeljen kot najpomembnejša funkcija v organizaciji. Organizacija je središče dela za menedžment in menedžerje.

Menedžment na področju zdravstvene nege še nima tradicije, zato mu različni avtorji, ki so hkrati tudi strokovnjaki na področju zdravstvene nege, pripisujejo

jo najrazličnejše funkcije. V shematskem prikazu bom prikazala najpogostejše funkcije, ki jih medicinske sestre s področja menedžmenta tudi opravljajo.

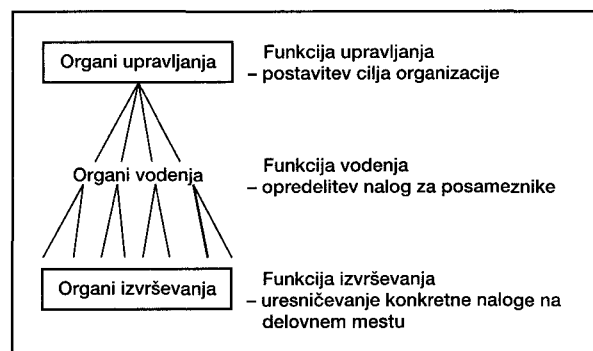


Sli. 2. Funkcije menedžmenta v zdravstveni negi.

Po ameriškem teoretiku Robertu Kreitnerju (1989) ima menedžment naslednje podfunkcije: načrtovanje, odločanje, organiziranje, kadrovanje, komuniciranje, motiviranje, vodenje in nadzorovanje. Podrobneje bom predstavila organiziranje kot proces.

Organiziranje

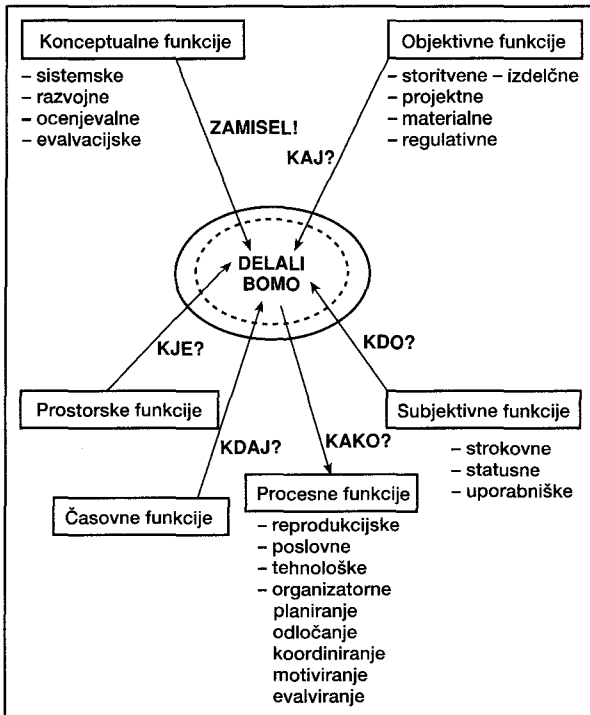
Organiziranje je neprekinjen proces, ki ga opravljajo menedžerji. Vsako smotrno zaporedje opravljenih nalog oziroma operacij oblikuje proces. Zaporedje operacij med delavci in sredstvi odseva v delovnem procesu. Med sredstvi in predmeti dela se odvija tehnološki proces. Med predmeti dela in ciljem pa poteka transformacijski proces (Ivanko, 1994). Glede na družbeni in organizacijski status posameznih članov organizacije dobimo tri organizacijske funkcije: upravljanje, vodenje (uravnavanje delovnih procesov) in izvajanje oziroma izvrševanje delovnih procesov (Ovsenik, 1979).



Sli. 3. Organizacijske funkcije po Ovseniku (1979).

Vizuelni prikaz predpisanih organizacijskih pozicij in njihovih formalnih povezav imenujemo organigram. Le ta predstavlja in je ogrodje organizacijske struktu-

re. V organigramu ločimo dve dimenziji: horizontalna, ki določa meje za delitev dela in predstavlja specializiranost delavcev, in vertikalna, ki predstavlja hierarhijo in ponazarja verigo poveljevanja, odrejanja, ukazovanja in poročanja. Za izdelavo organigrama moramo poznati členitev dejavnosti na funkcije, s katerimi lahko izdelamo tudi opis dela in nalog.



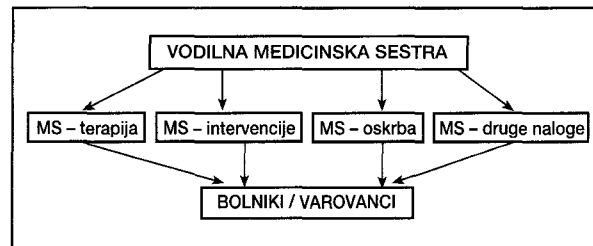
Sl. 4. Členitev organizacijskih funkcij po Ovseniku (1979).

Zdravstvena nega zaradi dinamike sprememb v zdravstvenem sistemu, zaradi pričakanj in zahtev varovancev in zaradi zahtev stroke spreminja svojo podobo in svoje temelje, ki ne slonijo več na ritualu in rutini. V svetu se razvijajo različni sistemi in glede na delitev dela tudi različni modeli organiziranja zdravstvene nege. V literaturi so najpogosteje opisani štirje modeli delitve dela na področju zdravstvene nege: funkcionalni model, model razporeditve bolnikov/varovancev (case nursing), timski model in model primarne zdravstvene nege. Pri oceni uporabnosti modelov v slovenski zdravstveni negi stokovnjaki ugotavljajo, da se pojavlja vse večja zahteva po uveljavljanju timskega modela in modela primarne zdravstvene nege, ki oba omogočata celosten pristop k varovancu in uporabo procesa zdravstvene nege kot metode dela v zdravstveni negi (Grbec, 1988).

Funkcionalni model ali model razdelitve nalog v zdravstveni negi

je izšel iz posnemanja modela v industriji že v prejšnjem stoletju. Vsak član opravlja določene posamezne naloge ali sklop nalog – delo se deli na faze ali na elemente. Sistem je imel izredno velik učinek pri

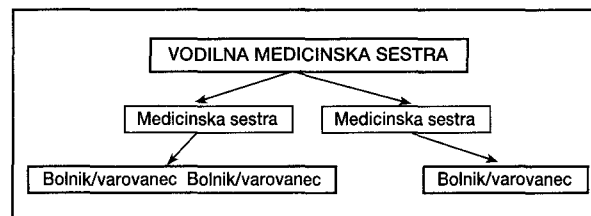
opravljanju storitev, izgubljal pa se je smisel dela in pomenil je odmik od človeka. V Sloveniji smo izoblikovali dva podmodela: skupinsko delo, kjer več izvajalcev opravlja enako delo in delo po funkcijah – izvajalec opravlja le določeno nalogo ali del naloge. Model ima naslednje pomanjkljivosti: nihče v negovalnem timu ne skrbi za bolnika/varovanca kot celoto; model ne omogoča doseganja visoke kakovosti dela; v modelu se težko izvaja proces zdravstvene nege kot metode dela in v tem modelu je individualna učinkovitost težko merljiva.



Sl. 5. Funkcionalni model delitve dela v zdravstveni negi.

Model razporeditve bolnikov (case nursing)

je model razporeditve bolnikov in predstavlja najstarejši način delitve dela v zdravstveni negi. Nekateri ta model tudi imenujejo model celostne zdravstvene nege. Model deluje po sistemu, da za bolnika/varovanca ali skupino varovancev v eni izmeni skrbi ena medicinska sestra in pri tem poskuša identificirati in zadovoljiti vse njihove potrebe. Model se v praksi ni obnesel, ker je za tako organizacijo zahteval veliko osebja. Izjemoma ga danes uporabljamo v primerih izolacije bolnikov in pri vzgojno-izobraževalnih programih za dijake in študente zdravstvenih šol.



Sl. 6. Model delitve dela z razporeditvijo bolnikov.

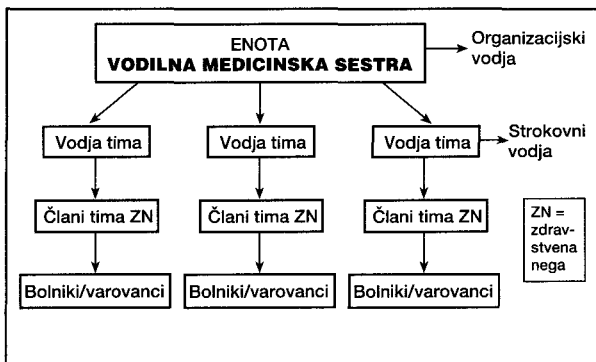
Timski model zdravstvene nege

se je v zdravstvu razvil v 50-ih letih. Spoznanje, da posameznik zaradi napredka in razvoja znanosti ne more obvladovati vsega znanja in reševati najrazličnejših problemov, je pogojevalo nastanek timskega dela. V tem kontekstu se je razvilo tudi izobraževanje za poklice v zdravstvu, ki je usmerjalo zdravstvene delavce v delo na ožjih področjih. Vpliv drugih strok v zdravstvu in spremenjeno pojmovanje zdravja, ki ni več zgolj fizično in duhovno blagostanje, temveč je tudi produkt socialnih in ekoloških vplivov, je narekovalo, da

so probleme reševali najrazličnejši strokovnjaki. Z besedo tim si razlagamo specifično skupino, ki dela za isti cilj. V skupini so različni strokovnjaki, kjer vsak opravlja delo s svojega področja in katerih delovanje je časovno usklajeno. Značilnost tima je, da ima koordinatorja oziroma svojega vodjo. Danes pojmuje timsko delo kot delo skupine ljudi, v kateri prispeva vsak svoje strokovno znanje in izkušnje ter je za svoj prispevek tudi odgovoren.

V teoriji timov ločimo dve vrsti timov: multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo strokovnjaki različnih strok. Tak tim je zdravstveni tim, v katerem so zdravstveni delavci in sodelavci. Izobrazba v takem timu je visoka. V multidisciplinarnem timu vsak strokovnjak odgovarja za svoje področje; monodisciplinarni tim, ki ga sestavljajo strokovnjaki enega strokovnega področja. Tak tim je negovalni tim, katerega člani so strokovnjaki za področje zdravstvene nege – zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre, višje medicinske sestre in medicinske sestre s fakultetno izobrazbo. Značilnosti timskega dela so specifični medsebojni odnosi v organizaciji dela, ki se ustvarjajo v timu in omogočajo doseganje delovnih ciljev.

Osnovna značilnost timskega dela v zdravstveni negi je, da člani negovalnega tima skrbijo za bolnike/varovance kot celoto in ne za postopke oziroma intervencije, ki jih bolniki/varovanci zaradi svojega stanja potrebujejo (Grbec, 1989). Timski model delitve dela v zdravstveni negi temelji na dveh predpostavkah: vsak bolnik/varovanec ima pravico do najboljše zdravstvene nege in vsaka medicinska sestra ima pravico do pogojev, v katerih bo lahko najbolje delala (Fučkar, 1992). Pogoji za dobro timsko delo so tudi dobra komunikacija, urejen in zgrajen informacijski sistem in poznavanje in upoštevanje funkcij svetovanja, koordiniranja in evalviranja. Timsko delo v zdravstveni negi je decentralizirana oblika dela, v kateri se avtoriteta, odločanje in odgovornost prenašajo na operativno raven



Sl. 7. Timski model delitve dela v zdravstveni negi.

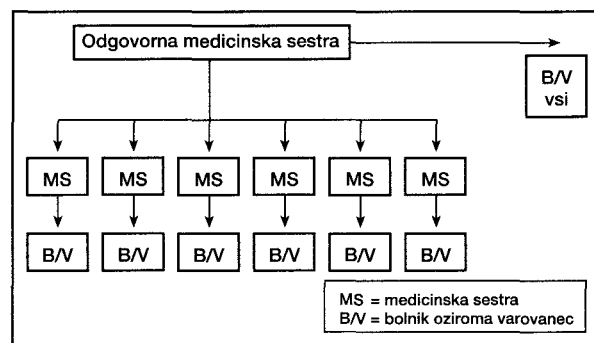
Model primarne zdravstvene nege

Model primarne zdravstvene nege se je razvil v 70. letih. Primarno zdravstveno nego opredeljujemo kot neprekinjen proces, v katerem ena medicinska sestra

ugotavlja varovančeve potrebe in mu zagotavlja zdravstveno nego tako dolgo, dokler obstajajo potrebe po njej. Pri tem modelu je jasna odgovornost za načrtovanje zdravstvene nege. Od sistema, kjer uporabljajo ta model, zahtevamo, da je visoko razvit, da ima medicinska sestra malo dela za posredne naloge, veliko časa pa za neposredno delo z bolnikom/varovancem.

Glavne naloge medicinske sestre v tem modelu so, da skupaj z bolnikom/varovancem ugotavlja potrebe po zdravstveni negi ter da na podlagi ugotovljenih potreb samostojno načrtuje zdravstveno nego. Po potrebi sproti spreminja načrt aktivnosti v zdravstveni negi in vrednoti uspešnost zdravstvene nege. Pri svojem izvajanju vključuje svojce ali za bolnika/varovanca pomembne subjekte. Sodeluje v izvajanju diagnostično-terapevtskem programu ter je glavni koordinator v obravnavanju bolnika/varovanca.

Model je sprejemljiv na ravni primarnega zdravstvenega varstva, še posebej v patronažnem zdravstvenem varstvu, pa tudi v zavodih, kjer obstajajo potrebe po visoko specializirani zdravstveni negi in zahtevajo od medicinskih sester veliko znanj – to so enote intenzivne nege in terapije.



Sl. 8. Delitev dela v primarnem modelu zdravstvene nege.

Teoretične podlage in posnetki stanja tako v zdravstvu kot v zdravstveni negi, ki so bile zbrane iz literature, so bile podlaga za raziskavo na področju organizacije službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije.

Namen in cilj raziskave

Z raziskavo sem želela ugotoviti dejansko stanje na področju delovanja zdravstvene nege, kot vitalne službe v zavodih, kjer predstavlja zdravstvena nega sestavni in pomemben element zdravstvene dejavnosti. Poudarek v raziskavi je bil na ugotavljanju organiziranja službe zdravstvene nege in nekaterih drugih funkcij menedžmenta.

Raziskovalni problemi

Za realizacijo raziskave sta bila postavljena dva raziskovalna problema oziroma vprašanja: Kako je orga-

nizirana služba zdravstvene nege v zavodih na področju Slovenije, kjer izvajalci opravljajo intervencije s področja zdravstvene nege? in Kako ocenjujejo vodilne medicinske sestre svoj položaj z vidika funkcij organiziranja, vodenja, odločanja in kadrovanja?

Material in metode

Opredelitev populacije

Preučevana populacija so bile vse glavne medicinske sestre, ki so na položaju vodilnih delavcev, to je delavca v zavodu, ki ima posebna pooblastila in odgovornosti, in to v vseh bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialnih zavodih in zdraviliščih. V vseh teh zavodih so intervencije zdravstvene nege sestavni element zdravstvenih storitev. V raziskavo je bilo vključenih 25 bolnišnic, 62 zdravstvenih domov, 50 socialnih in posebnih socialnih zavodov in 17 zdravilišč.

Raziskovalni instrumenti

Anketa

Za pridobitev pisnih odgovorov sem pripravila anketni vprašalnik z 28 vprašanji, ki sem ga v mesecu novembru 1995 razposlala 154 vodilnim delavcem na področju zdravstvene nege. Vprašanja v anketi so bila postavljena po naslednjih sklopih: splošni podatki – delovna doba, izobrazba in podiplomska izobraževanje: uporaba in veljavnost zakonskih aktov ter drugih dokumentov, po katerih je organizirana in deluje zdravstvena nega v zavodih: ocena položaja zdravstvene nege kot službe na podlagi subjektivne ocene anketiranih: kadrovska zasedba v zavodu v celoti in posebej na področju dela v zdravstveni negi: organizacija dela na področju zdravstvene nege: odločanje za področje zdravstvene nege: dostopnost do informacij, sodelovanje in vplivanje v organih odločanja: uveljavljanje kadrovske funkcije.

Analiza zakonskih predpisov

Z analizo zakonskih predpisov, ki urejajo zdravstveno varstvo in zdravstveno dejavnost iz najrazličnejših vidikov, sem želela opredeliti položaj zdravstvene nege. Pregledala se Ustavo R Slovenije, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon po socialnem varstvu ter številne dokumente, ki govorijo o človekovih pravicah, ki predstavljajo gibalno družbenega razvoja in prek katerih so uveljavljena tudi etična načela za delo v zdravstveni negi.

Viri

Virov, s katerimi bi dobila neposreden vpogled v položaj zdravstvene nege v institucijah po Sloveniji, skoraj nisem našla. Najpogosteje je zdravstvena nega skrita za zdravstvenimi storitvami. Pomagala sem si s študijem strokovnih poljudnoznanstvenih člankov, ki

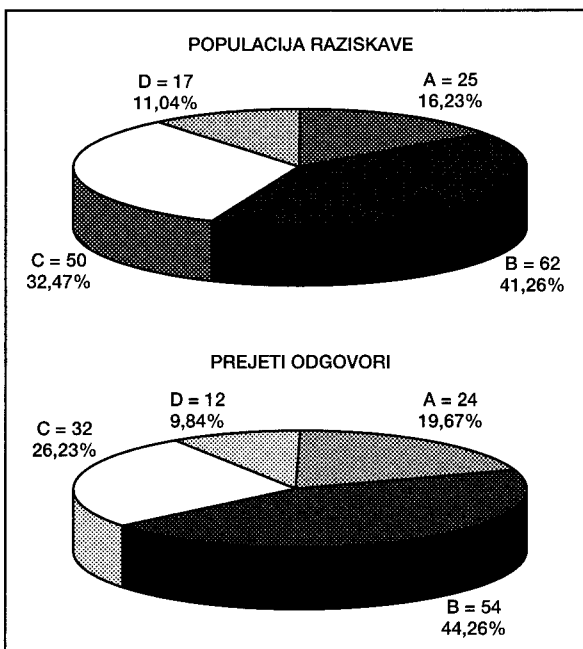
razpravljajo o spremembah zdravstva kot sistema in nakazujejo razlike med prejšnjim in sedanjim načinom organizacije zdravstva kot sistema. Našla sem nekaj tujih virov o položaju zdravstvene nege v svetu in jih uporabila v tistem delu naloge, kjer želim prikazati primerjalni vidik zdravstvene nege kot dejavnosti in njenih izvajalcev – medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Obdelava podatkov

Za obdelavo podatkov sem uporabila deskriptivno statistično metodo s frekvenčno distribucijo in jo grafično prikazala s pomočjo računalniškega programa Excel for Windows. Vprašalnike sem grupirala v štiri skupine glede na skupne značilnosti in predvidene relevantne razlike: A – bolnišnice, B – zdravstveni domovi, C – socialni zavodi in posebni socialni zavodi in D – zdravilišča.

Rezultati

Na naslove zavodov, ki sem jih dobila na Poslovni skupnosti za zdravstvo, je bilo poslanih 154 vprašalnikov in vrnjenih 123 ali 79,87 % vprašalnikov.



Sl. 9. Populacija raziskave in prejeti odgovori.

Delovna doba

Leta delovne dobe	A	B	C	D	A+B+C+D
Skupaj	27	21,7	21,7	21	22,8
V zdravstvu	25,7	21,5	21,3	21	22,3
Na sedanjem delovnem mestu	9,3	7,2	11,2	13,3	10,2

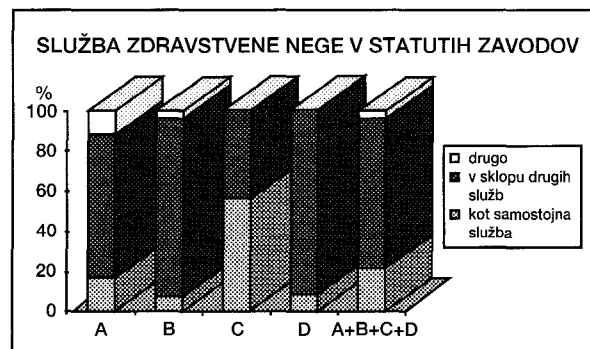
Sl. 10. Povprečna skupna delovna doba.

Iz tabele lahko razberemo, da se skupna delovna doba in delovna doba v zdravstvu razlikujeta za 0,5 leta v korist skupne delovne dobe. V povprečju so vodilni delavci v zdravstveni negi v delovnem razmerju 22,8 let in od tega 22,3 let v zdravstvu. Na sedanjem delovnem mestu so v povprečju 10,2 let. Iz zadnjega podatka se da sklepati, da so zaposleni na vodilnih delovnih mestih na področju zdravstvene nege v povprečni starostni skupini 43 let; najmlajši vodilni delavec okoli 26 let, najstarejši pa 59 let.

Izobrazba: izobrazbena struktura vodilnih delavcev na področju zdravstvene nege kaže, da je od 122 anketiranih 38 ali 31,14 % zaključilo program srednje zdravstvene šole in 84 ali 68,85 % gimnazijski program. Višješolski program je zaključilo 113 ali 92,62 % vodilnih delavcev. Od 113 jih ima 8 ali 0,65 % zaključen visokošolski program izobraževanja (7 Fakulteto za organizacijske vede Kranj in 1 Fakulteto za družbene vede – sociologija). Največ vodilnih delavcev z visoko izobrazbo je zaposlenih v bolnišnicah – 6, po eden v zdravstvenem domu in na Socialnem zavodu, med tem ko v skupini zdravilišč ni nikogar z visoko izobrazbo. Podiplomskega izobraževanja s področja vodenja oziroma menedžmenta se je udeležilo 20 ali 16,00 % od 122 anketiranih (11 iz bolnišnic, 3 iz zdravstvenih domov, 5 iz socialnih zavodov in 1 iz zdravilišča.)

Nazivi delovnega mesta: analiza tega vprašanja kaže veliko različnost nazivov za vodilne funkcije na področju zdravstvene nege v zavodih. Na pogodbah o zaposlitvi je najpogostejši naziv glavna medicinska sestra – 24 (21,23 %), sledi glavna sestra – 22 (19,46 %) in glavna medicinska sestra zavoda – 14 (12,38 %). Nazivi, ki izražajo dela s področja vodenja, so: pomočnik direktorja za zdravstveno nego, pomočnik glavnega direktorja za zdravstveno nego, pomoč pri delih vodenja in so v pogodbah o zaposlitvi zapisani vsak po enkrat. V aktu o sistematizaciji delovnih mest je najpogostejši naziv glavna medicinska sestra v 37 (33,36 %) zavodih in v 22 (20,00 %) zavodih naziv glavna sestra. Dela s področja vodenja imajo v treh primerih naziv pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege in to dveh primerih v bolnišnici in enkrat v zdravstvenem domu. V Opisu del in nalog je v 40 (35,71 %) zavodih delo vodilnih na področju zdravstvene nege zapisano kot glavna medicinska sestra, 20-krat (17,85 %) pa kot glavna sestra. Dela vodenja so enkrat zapisana kot pomočnik glavnega direktorja za zdravstveno nego v bolnišnici in pomoč glavnega direktorja za zdravstveno nego in pomoč pri delih vodenja v dveh zdravstvenih domovih. V stautih zavodov je najpogostejši naziv glavna medicinska sestra 34-krat (32,6 %). Enkrat je v statutu omenjen naziv direktorica za zdravstveno nego v bolnišnični dejavnosti in po enkrat pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege ter pomoč pri delih vodenja v zdravstvenih domovih.

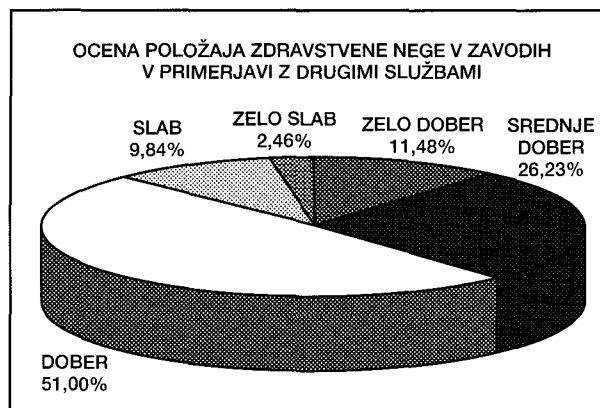
Služba zdravstvene nege je v Statutih zavodov opredeljena tako, da je od vseh 122 zavodov v 87 zavodih (63,39 %) v sklopu drugih služb. V posameznih skupinah zavodov je slika takšna: v štirih bolnišnicah je opredeljena kot samostojna služba, prav tako v štirih v zdravstvenih domovih, v enem zdravilišču, med tem ko je v socialnih zavodih kar v 18 primerih (56,00 %) opredeljena kot samostojna služba.



Sl. 11. Opredelitev službe zdravstvene nege v statutih zavodov.

Akt o sistematizaciji delovnih mest oziroma opis del in nalog za področje zdravstvene nege ima po njeu delujejo v socialnih zavodih – 29 (90,62 %), sledijo bolnišnice – 17 (70,83 %), v zdraviliščih – 7 (58,33 %) in v zdravstvenih domovih – 28 (51,8 %). Podatki o letnici sprejema akta o sistematizaciji povedo, da jih je 19 (27,94 %) sprejetih v letih do 1989, 18 (26,47 %) pa je sprejetih v letu 1994.

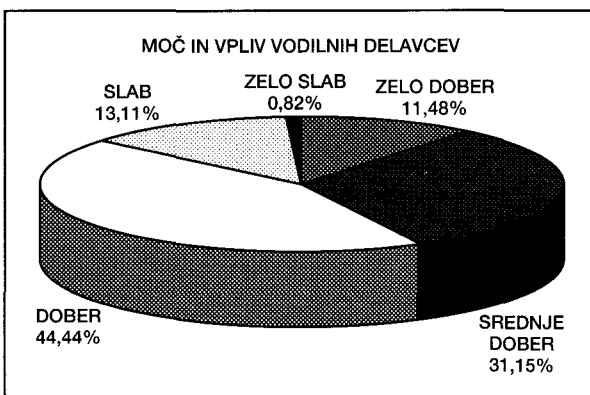
Ocena položaja zdravstvene nege v zavodih v primerjavi z drugimi službami: 51,00 % anketiranih meni, da je položaj zdravstvene nege kot službe v primerjavi z drugimi službami dober, 26,23 % jih meni, da je položaj srednje dober, medtem ko 12,30 % anketiranih ocenjuje položaj kot slab oziroma zelo slab. Najslabše ocenjuje položaj v skupini zdravstvenih domov, za zelo dober pa ocenjuje položaj največkrat v socialnih zavodih, nikoli pa ni ocenjen položaj za zelo dober v bolnišnični dejavnosti.



Sl. 12. Položaj službe zdravstvene nege v primerjavi z drugimi službami v vseh zavodih.

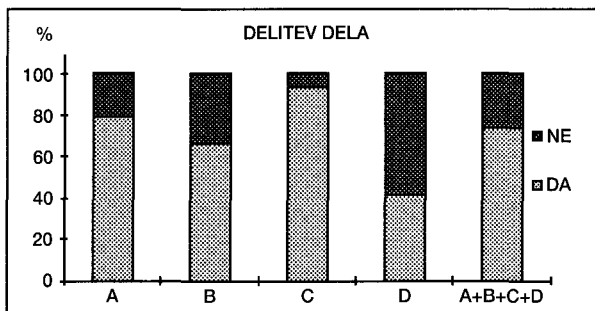
Pravilniki in akti, v katerih so zapisana pravila službe zdravstvene nege: odgovori na to vprašanje so pokazali raznolikost in številčnost aktov oziroma pravilnikov, po katerih delujejo službe zdravstvene nege v zavodih. Skupaj so anketirani navedli 25 regulativnih aktov.

Ocena moči in vpliva vodilnih delavcev v zdravstveni negi glede na njihovo odgovornost v zavodih: subjektivna ocena anketiranih vodilnih delavcev do lastne moči in vpliva na področju zdravstvene nege kaže, da ima dober in srednje dober položaj 91 anketiranih (74,59 %) in to v večini bolnišnic in zdravstvenih domov, slab položaj ocenjuje 17 anketiranih (štirje v bolnišnicah, osem v zdravstvenih domovih, po dva v socialnih zavodih in eden od anketiranih iz skupine zdravilišč ocenjuje položaj zdravstvene nege kot zelo slab).



Sl. 13. Ocena moči in vpliva vodilnih v zdravstveni negi v vseh zavodih.

Delitev dela med izvajalci zdravstvene nege – srednjimi medicinskimi sestrami – zdravstvenimi tehnikami in višjimi medicinskimi sestrami se izvaja v celotni raziskovani skupini v 90 zavodih (73,77 %), v posameznih skupinah pa delitev izvajajo v 30 socialnih zavodih (93,75 %), v 19 bolnišnicah (79,16 %), v 36 zdravstvenih domovih (66,66 %) in v petih zdraviliščih (41,16 %).



Sl. 14. Delitev dela med izvajalci zdravstvene nege.

Sodelovanje v direktorjevem kolegiju: sodeluje 98 anketiranih (80,32 %), od tega 6 (50,00 %) vodilnih delavcev v zdravstveni negi iz skupine zdravilišč, 21

(87,55 %) vodilnih iz bolnišnic, 42 (77,77 %) iz skupine zdravstvenih domov in 29 (90,62 %) iz skupine socialnih zavodov.

Organizacija kolegija vodilnih medicinskih sester v zavodih kaže, da imajo v 47 zavodih (38,84 %) organiziran kolegij vodilnih medicinskih sester in v 74 zavodih (61,16 %) tega nimajo. V prikazu posameznih skupin je prikaz nekoliko drugačen – v bolnišnični skupini je kolegij organiziran v 21 zavodih (91,66 %), med tem ko je v skupinah zdravstvenih domov, socialnih zavodov in zdravilišč % organiziranja kolegija vodilnih delavcev v zdravstveni negi od 13,00 % do 47,00 %.

Strokovni organi za področje zdravstvene nege v zavodih: slika nam pokaže, da v 30 zavodih (24,60 %) obstajajo strokovni organi za področje zdravstvene nege in kar v 92 zavodih (75,40 %) nimajo strokovnih organov za področje zdravstvene nege. Slika se spremeni pri prikazu podatkov po skupinah: v 14 bolnišnicah (58,33 %) delujejo strokovni organi, med tem ko so le ti organizirani le v sedmih zdravstvenih domovih (12,96 %), v osmih socialnih zavodih (25,00 %) in v enem zdravilišču (8,33 %). Organi se imenujejo: Svet za zdravstveno nego, Strokovni kolegij zdravstvene nege, Strokovni kolegij glavnih medicinskih sester, Kolegij vodilnih medicinskih sester, Strokovni svet zdravstvene nege, Kolegij nadzornih sester, Kolegij medicinskih sester, Sestrski kolegij, Strokovni kolegij, Strokovni svet, Kolegij medicinskih sester za zdravstveno nego in Tim strokovnih zdravstvenih delavcev.

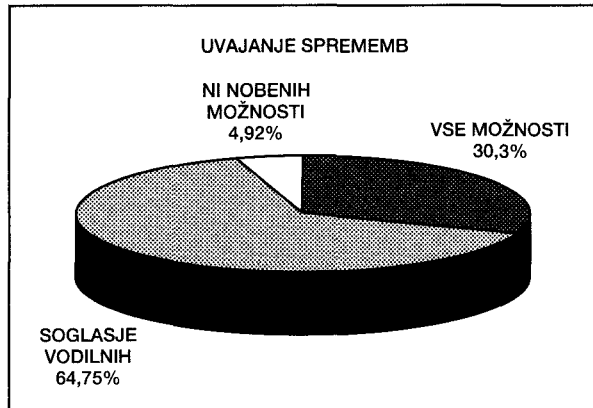
Sprejemanje kadrov za zdravstveno nego: delna samostojnost vodilnih delavcev v zdravstveni negi je najpogostejši način sprejemanja kadrov za zdravstveno nego, saj jo vodilni kadri izvajajo v 82 zavodih (67,21 %), v 25 zavodih (20,49 %) so samostojni in v 15 zavodih (12,29 %) na sprejem kadrov nimajo vpliva. Razporejanje kadrov v zdravstveni negi poteka v 50 % s soglasji na več ravneh. Razveseljiv je tudi podatek, da vodilni delavci v zdravstveni negi razporejajo ali pa prerazporejajo s soglasjem tistih, ki bodo prerazporejeni. Tak podatek je navedlo 53 vodilnih delavcev.

Strokovno mnenje vodilnih delavcev v zdravstveni negi: za mnenje se vpraša vodilne delavce v zdravstveni negi v 11 bolnišnicah (45,83 %), v 26 zdravstvenih domovih (21,31 %) in v 14 socialnih zavodih (11,47 %) in v šestih ali 50,00 % zdravilišč.

Sprejemanje odločitev, pomembnih za napredek in razvoj zavoda: iz podatkov je razvidno, da se širše in globalne usmeritve oziroma vse odločitve sprejemajo na vrhu organizacije – o tem govorita 102 odgovora (77,85 %). 22 odgovorov (15,71 %) govori o tem,

da se odločitve sprejemajo na vseh ravneh odločanjin naslednjih 22 odgovorov (11,42 %) govori, da poteka odločanje o specifičnih odločitvah na nižjih ravneh odločanja.

Možnosti za uvajanje sprememb na področju zdravstvene nege: analiza odgovorov pove, da za uvajanje sprememb v skupini vseh zavodov v 79 zavodih (64,75 %) potrebujejo soglasje vodilnih delavcev. Samostojnost pri uvajanju sprememb je možna v 37 zavodih (30,32 %), medtem, ko v šestih zavodih (4,91 %) vodilni na področju zdravstvene nege nimajo nobenih možnosti za uvajanje sprememb.



Sl. 15. Možnosti za uvajanje sprememb v vseh zavodih.

Sprejemanje odločitev, pomembnih za napredek in razvoj zdravstvene nege: odločitve za področje zdravstvene nege se v enakem razmerju sprejemajo na kolegiju vodilnih medicinskih sester – v 31,97 %, kot jih sprejema direktor zavoda – v 30,61 %.

Svet zavoda in odgovorne osebe za zdravstveno nego sprejemajo odločitve v skoraj izenačenem odstotku – 17 % in 20,40 %. Po posameznih skupinah lahko vidimo, da se v bolnišnični skupini 58,00 % odločitev sprejme na kolegiju vodilnih medicinskih sester.

	A	B	C	D	A+B+C+D
Kolegij vodilnih medicinskih sester	21	13	12	1	47
Svet zavoda	3	13	11	3	30
Odgovorna oseba za področje zdravstvene nege	1	13	6	5	25
Direktor zavoda	11	21	9	4	45

Sl. 16. Mesto sprejemanja odločitev za razvoj in napredek stroke zdravstvene nege.

Razprava

Zdravstvena nega je med ključnimi dejavniki v doseganju ciljev zdravstvenega varstva, kar dokazuje dejstvo, da je prisotna na vseh ravneh in v vseh porah zdravstvenega sistema in da se bolnik/varovanec z njo običajno tudi najdlje in najpogosteje srečuje. Zdrav-

stvena nega se v svojih vsebinah ne spreminja toliko, kolikor je potrebno spreminjati vlogo in naloge izvajalcev zdravstvene nege, medicinskih sester (Neubaer, 1995).

Od 122 anketiranih jih ima 113 višješolsko izobrazbo, od teh 8 visokošolsko in 9 srednješolsko izobrazbo. Zaskrbljujoča je izobrazbena struktura, ki se mora z uvedbo fakultetnega študija in ustreznim strokovnim izpopolnjevanjem s področja menedžmenta, s skrbno pripravljenimi programi v naslednjih letih spremeniti. Menedžment v zdravstveni negi mora postati profesionalna funkcija vodilnih delavcev v zdravstveni negi.

Nazivi delovnega mesta, ki naj bi označevali vodilno funkcijo v zdravstveni negi, so v štirih temeljnih aktih zavodov najrazličneje zapisani, čeprav označujejo iste naloge. Številčnost nazivov potrjuje potrebo in zahtevo po enotnem aktu, ki bi urejal vodilne funkcije na področju zdravstvene nege.

V zavodih je mogoče naštetih kar 25 različnih aktov, po katerih deluje zdravstvena nega. Ocenjujem, da številčnost aktov ne pomeni tudi njihove različnosti. Ista pravila so zapisana v različnih aktih, kar dokazuje potrebo po opredelitvi temeljnih aktov, ki bi morali vsebovati osnovna izhodišča za delo na področju zdravstvene nege, tej bi ji v zavodih dodali njeno specifikko.

90 % anketiranih ocenjuje svoj položaj v funkciji vodilnega delavca v zdravstveni negi v primerjavi z drugimi službami kot dober in zelo dober, med tem ko le 10 % meni, da je slab oziroma zelo slab. Ti podatki in podatki o vplivu in moči glede na odgovornost v zavodu, ki ga ocenjujejo vodilni delavci v zdravstveni negi v 75 % kot dobro in v 25 % kot slabo, dajejo vtis, da je na področju dela v zdravstveni negi vse dobro urejeno.

Delež zaposlenih, ki jih predstavljajo kadri zdravstvene nege v primerjavi z vsemi zaposlenimi, se gibljejo od 25 %, kjer je zaposlenih od 40–50 %, 25 %, kjer je 10–30 %, in 25 %, kjer je 30–40 %, in v dveh zavodih, kjer je zaposlenih 60–70 % delavcev v zdravstveni negi.

Delitev dela med izvajalci zdravstvene nege (med srednjimi medicinskimi sestrami – zdravstvenimi tehnikami in višjimi medicinskimi sestrami) se izvaja v 75 % zavodov, kar je podatek, ki je presenetil. Na osnovi intervjuja sem ugotovila, da je na tak odgovor vplivala priprava dokumenta Razmejitev zdravstvene nege, ki ga je delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija in Zbornice zdravstvene nege pripravljala v letih 1995 in 1996 s pomočjo številnih zdravstvenih zavodov po Sloveniji. Eden od temeljnih namenov razmejitve je v tem, da bi medicinske sestre številna opravila, ki jih opravljajo iz drugih delokrogov zdravstvenih delavcev in sodelavcev – pri tem mislim na delo zdravnikov in številna administrativno-tehnična opravila, prepustile tistim, ki so za to izobraženi in usposobljeni in so za ta dela tudi dolžni prevzeti vso odgovornost.

Po podatkih iz literature se v povprečju giblje delež sredstev, ki so potrebna za delovanje zdravstvene nege, med 40 in 60 % vseh sredstev v zavodu – to pomeni ne le odgovornost za porabo, temveč tudi dolžnost in odgovornost za razporejanje finančnih sredstev (Šlajmer, 1987). Iz ankete o poslovanju in finančnih sredstvih za področje zdravstvene nege v Sloveniji sem izvedela, da jim ta podatek v 80 % zavodov ni znan. Največ informacij o odstotku sredstev za zdravstveno nego imajo v socialnih zavodih.

Številčnost strokovnih organov, ki oblikujejo doktrino zdravstvene nege v zavodu in pravila oziroma navodila za delo v zdravstveni negi, je veliko – 12. V 1/3 zavodov, kjer strokovne organe imajo, jih imajo več. Podatek, da strokovnih organov v 2/3 zavodov nimajo, zahteva enotno ureditev in oblikovanje nalog posameznih organov.

Pri odločitvah za uvajanje sprememb v zdravstveni negi ima vse možnosti le 25 % vodilnih delavcev v zdravstveni negi, v večini pa potrebujejo soglasje vodilnih.

Odločitve, ki so potrebne za napredek in razvoj zdravstvene nege, v 25 % zavodov sprejemajo na strokovnem kolegiju vodilnih medicinskih sester, v 25 % jih sprejema direktor zavoda in v 25 % se te odločitve sprejemajo na svetu zavoda ali jih sprejema odgovorna oseba za področje zdravstvene nege.

Vzpodbuden je podatek, da okoli 75 % vodilnih delavcev v zdravstveni negi sodeluje v direktorjevem kolegiju, kar pomeni možnost dostopa do informacij in možnost vplivanja na odločitev na vrhu. V 75 % zavodov je v svetu zavoda predstavnik s področja zdravstvene nege, kar pomeni pomembno moč vplivanja na odločitve, pomembne za celotno politiko zavoda. Anketirani so na vprašanje o tem, kje se sprejemajo odločitve, pomembne za razvoj zavoda, odgovorili, da v 25 % vse odločitve sprejemajo vodilni v zavodu, naslednjih 25 % globalnih rešitev se sprejema tudi na vrhu, med tem ko se v 50 % zavodov sprejemajo odločitve na nižjih ravneh. To torej kaže, da v zavodih glede na novo nastale spremembe in reorganizacije iščejo in uporabljajo različne modele odločanja.

Uveljavljanje kadrovske funkcije je v 25 % zavodov samostojna funkcija vodilnih delavcev v zdravstveni negi, v 67 % so delno samostojni in v 12 % na sprejem nimajo vpliva. Sprejemanje kadrov za zdravstveno nego mora postati samostojna funkcija, tako kot bi to morala biti tudi funkcija razporejanja in prerazporejanja kadrov za zdravstveno nego. Vodilni delavci v zdravstveni negi potrebujejo po anketnih odgovorih za prerazporejanje v približno 50 % soglasje delavcev, ki niso strokovnjaki zdravstvene nege (zdravniki).

Pri grobi oceni po skupinah zavodov ugotavljam, da so bolnišnice v večini na višji stopnji organiziranosti, kar je posledica večjega in kompleksnejšega organizacijskega sistema, v katerega so se uspešno vključile medicinske sestre – menedžerji. Ta skupina vodilnih delavcev v zdravstveni negi je v večini tudi že opravi-

vila podiplomsko izobraževanje s področja menedžmenta na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Položaj v socialnih zavodih izkazuje veliko samostojnost in možnosti iniciative na področju zdravstvene nege. V zdravstvenih domovih je mogoče zaznati proces reorganizacije in znotraj tega tudi spreminjanje vloge vodilnih medicinskih sester. O tem govori tudi odgovor na anketni vprašalnik, ki sem ga poslala v ZD Vrhnika, od koder so odgovorili, da nimajo več glavne medicinske sestre. Znan je podatek, da je večina zdravstvenih služb in dejavnosti v ZD Vrhnika prešla v zasebno dejavnost. V zdraviliščih se klasična vloga glavne medicinske sestre zelo hitro spreminja – vse bolj postaja strokovna delavka v ambulantni in vse manjši postajajo negovalni timi v zdraviliščih.

Sklep

Pričujoče delo je odraz prizadevanj, da bi osvetlila razmere v slovenski zdravstveni negi s posebnim poudarkom na področju organiziranja te dejavnosti v celotnem sistemu zdravstvenega varstva. Ugotavljam, da se v Sloveniji soočamo s stanjem, ko si menedžment kot strokovna disciplina šele utira pot v zdravstvo in s tem posredno tudi v zdravstveno nego. Proces je počasnejši, kot bi si želeli, zato ker za to področje ni ustrezno izobraženih kadrov.

Zdravstvo je ne le v Sloveniji, temveč tudi Evropi in takorekoč po vsem svetu, v fazi preoblikovanja in reformiranja. Aktivnosti za pripravo in izvedbo reform so izziv za medicinske sestre, da se vključijo v oblikovanje dokumentov in regulativov, ki bodo uzakonili reforme v zdravstvu. Ker na področju zdravstvene nege v Sloveniji nisem zasledila nobene podobne raziskave, ki bi se nanašala na organizacijo le te kot službe, sem si zastavila za to raziskovalno nalogo dva raziskovalna problema, ki sem jih želela raziskati z 28 anketnimi vprašanji. Analiza odgovorov med drugimi potrjuje tudi ugotovitev, da bi na področju organizacije službe zdravstvene nege in menedžmenta v zdravstveni negi morali nadaljevati z raziskovanjem, vendar na ožjih področjih, kot so kadrovanje, odločanje, negovalni standardi in še številne druge organizacijske funkcije.

Ugotovitve, ki se nanašajo na dejstva o številčnosti in različnosti nazivov vodilnih medicinskih sester in kažejo sliko 22–25 različnih poimenovanj v pogodbah o zaposlitvi, v sistematizaciji, v opisu del in nalog ter statutu zavoda, so dovolj zgovoren klic po potrebi enotnega regulativa. Ta zahteva je še posebej utemeljena zato, ker gre na področju vodenja v zdravstveni negi za enako vsebino nalog, zadolžitev in odgovornosti.

Tudi ugotovitev, da je v zavodih delovanje zdravstvene nege zapisano v 25 dokumentih, govori za to, da se je potrebno lotiti dela in izdelati enotna teoretična izhodišča ter ustrezne organizacijske sheme, ki jih bo mogoče prilagajati specialnostim določenega strokovnega področja zdravstvene nege.

Opredelevitev zdravstvene nege v temeljnih aktih zavodov – statutih – potrjuje, da zdravstvena nega nima ustreznega položaja kot dejavnost niti nimajo ustreznih vlog in položaja njeni voditelji – glavne medicinske sestre – menedžerji. Sprejem dokumentov, kot sta Predlog organizacije službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije in Razmejitve zdravstvene nege na državni ravni bo zdravstveni negi omogočil posodobitev službe zdravstvene nege in izboljšanje položaja njenih voditeljev in njenih izvajalcev. Oba dokumenta sta nastala po temeljiti analizi strokovnjakov zdravstvene nege, z upoštevanjem izkušenj iz tujine in z namenom, da se s temi dokumenti doseže tudi ustrezne strokovne in organizacijske spremembe.

Prva in pomembna aktivnost, s katero bomo dosegli spremembe na področju organiziranja službe zdravstvene nege, je izobraževanje kadrov tako v dodiplomskem študiju kot tudi s podiplomskimi izobraževalnimi programi. Finančne restrikcije že posegajo na področje izobraževanja s tem, da je omejeno število udeležencev za posamezne oblike izobraževanja s področja menedžmenta. Zavedati se moramo, da so znanje in izkušnje moč in orodje napredka.

Vpliv na oblikovanje reform v zdravstvu morajo pridobiti tudi pomembne inštitucije za zdravstveno nego, kot so:

- stanovska organizacija – Zbornica zdravstvene nege Slovenije, ki združuje 90 % vseh izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji, ki ima v svojem statutu v 4. členu zapisano eno od najpomembnejših nalog – to je skrb za skladno delovanje stroke zdravstvene nege;
- Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego, ki daje oceno, mnenje in odloča o vseh strokovnih pobudah, ki jih podajo predstavniki stroke;
- 27 strokovnih sekcij zdravstvene nege, ki so organizirane po ožjih specialnostih zdravstvene nege v Zbornici;
- Ministrstvo za zdravstvo – oddelek za zdravstveno nego;
- vpliv mednarodne organizacije medicinskih sester – ICN (International Council of Nurses), ki v svetu povezuje 114 držav in preko 11 milijonov strokovnjakov zdravstvene nege.

Wright (1996) v uvodnem članku revije *European Nurse*, ki je prvič izšla v januarju 1996, med drugim je zapisal, da se v Evropi zdravstvena nega maje vse do svojih korenin, ki segajo daleč v zgodovino. Povsod se spreminjajo politični in socialni sistemi. Po vsej Evropi se medicinske sestre pripravljajo na nove vloge in prakso ter se spoprijemajo z novimi zdravstvenimi problemi. Med drugim je v članku tudi napisal: »*Ali s severa, juga, vzhoda ali zahoda, od Irske do Sicilije, od Norveške do Španije – ko se srečujejo medicinske sestre in izmenjujejo svoje izkušnje, najdejo vedno skupno osnovo zdravstvene nege – to so njene vrednote,*

upanje in aspiracije. Vse to izražajo v svojih nacionalnih jezikih – besede so različne, njihov pomen pa je razumljiv, kajti zdravstvena nega je jezik, ki ne priznava nacionalnih meja.«

Številne spremembe in zakonska ureditev v zdravstveni negi so nedvomno ključ, ki bo odprl vrata prihodnosti zdravstvene nege. To niso sanje, to so realne možnosti – to je naš izziv in odgovornost, da ustvarjamo pogoje za poslanstvo poklica medicinske sestre in zdravstvene nege v Sloveniji.

Predlogi

Naloga organizacije kot podfunkcije ali podsistema menedžmenta je, da v sedanjih razmerah pripelje zdravstveno nego na raven, kjer bodo medicinske sestre-menedžerji enakopravno odločale v procesu upravljanja zavodov, v katerih je zdravstvena nega sestavni del sistema zdravstvenega varstva. Medicinskimi sestram bodo v 21. stoletju dodeljene vse večje kompetence in odgovornosti. Da bi to dosegle, se morajo nenehno izobraževati, da bodo obvladovale procese interpretiranja drugih ved ter jih znale uporabljati v vsakodnevni praksi zdravstvene nege (Lanara, 1993). Pomembna oseba v humanizaciji medicine in v preseganju medicine je med drugimi strokovnjaki prav medicinska sestra, ki predstavlja most med bolnikom/varovancem, okoljem in medicino. Za oblikovanje mostov je potrebno postaviti ustrezno profesionalno komunikacijo in odnos do varovancev (Škerbinek, 1989).

Vrednost zdravstvene nege

Medicinske sestre v Sloveniji postopoma spoznavamo, da je potrebno spreminjati družbeno vlogo zdravstvene nege, ki jo narekujejo novonastale družbene, kulturne, ekonomske in politične razmere. Zahteva po novi definiciji dela medicinske sestre je nastala v letu 1980, kot odgovor na povečano zahtevo po zdravem življenju. Medicinske sestre v svetu so ugotovile, da zdravstvena nega nima splošno priznane definicije, nima splošnih standardov prakse, nima zakonske opredelitve, ima prenizke izobraževalne standarde, ima tradicionalno definicijo, s katero je omejena, in ima šibke mehanizme regulacije. Zaradi ugotovljenih dejstev so se pojavili trendi po regulaciji zdravstvene nege tako v Svetovni zdravstveni organizaciji kot tudi v Mednarodnem združenju medicinskih sester (Affara, 1995).

Aktivnosti: Jasno in nedvomno moramo prikazovati vrednosti zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva v kontekstu kulture, socialno-ekonomskega in političnega položaja v Sloveniji. Uporabnikom je treba prikazati prispevek zdravstvene nege v izidu zdravljenja ločeno tako po postopkih kot po strokovnjakih – medicinskih sestrah, ki so to delo opravile. Razvijati moramo nove organizacijske oblike zdrav-

stvene nege – negovalne bolnišnice, za katere je značilna progresivna zdravstvena nega, in negovalne oddelke v domovih za starejše občane.

Vrednote zdravstvene nege

Temeljne vrednote v zdravstveni negi so človeško dostojanstvo, enakost, solidarnost in profesionalna etika, ki jih medicinske sestre udeležujejo v svoji vsakodnevni praksi.

Aktivnosti: Dosledno moramo upoštevati Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Etična načela morajo biti vodilo pri delu v negovalnem timu, pri delu z bolnikom/ varovancem in v odnosu do zavoda. Etične komisije v zavodih morajo sproti obravnavati strokovne napake, analizirati njihovo incidenco in vzroke ter izdelati podporna navodila za delo na področju zdravstvene nege. Uveljavljanje metode procesa zdravstvene nege mora postati permanenten način dela povsod, kjer strokovnjaki zdravstvene nege ocenijo, da je metoda ustrezna in sprejemljiva. Sodelovati moramo pri sprejemanju in uveljavljanju deklaracij o bolnikovih pravicah v Evropi, ki jo je izdala Svetovna zdravstvena organizacija 1994, pripraviti liste pravic, ki bodo vezane na ustanovo, v katero bolnik/varovanec vstopa. S tem se bo mogoče izogniti nesoglasjem med bolniki/varovanci in zdravstvenimi delavci ter ob enem uveljaviti humanizacijo in zagotavljanje človekovih pravic (Grbec, 1995).

Izobraževanje

Za uspešno delovanje na področju menedžmenta in organizacije je potrebno dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje medicinskih sester na vseh ravneh organizacije. Znanje iz menedžmenta planiramo iz njegovih funkcij: medicinske sestre-menedžerji, ki delujejo na vrhu organizacije, potrebujejo obsežno znanje teorije, s katerim bodo lahko enakovredno z drugimi vodilnimi delavci sodelovale pri kreiranju poslanstva in ciljev organizacije. Od medicinskih sester na nižjih ravneh menedžmenta pričakujemo visoke strokovne sposobnosti in sposobnosti vodenja negovalnega tima ter vključevanja v zdravstveni tim. Vodenje zdravstvenih ustanov zahteva kombinacijo kreativnosti znanja in vodstvenih sposobnosti. Izobraževalni programi zato potrebujejo problemsko orieniranost v raznolikost ciljev zdravstvenega sistema (Ritonja, 1993).

Aktivnosti: Reorientirati je potrebno izobraževalne programe v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju za ožja strokovna področja in za področje menedžmenta.

Zagovarjati moramo že večkrat sprejeti sklep strokovnega vrha zdravstvene nege, da je najnižje izobraženi član negovalnega tima zdravstveni tehnik, ter pre-

prečiti poskuse, da se ponovno izoblikuje profil bolničarja za delo v zdravstveni negi.

Izvajati je potrebno izobraževalne programe za krepitev patronažnega zdravstvenega varstva in zdravstvene nege na domu, po kateri so vse večje potrebe zaradi naraščanja populacije starostnikov in skrajševanja ležalne dobe v bolnišnicah. Razvijati moramo interdisciplinarno, multisektorsko in medresorsko sodelovanje na vseh področjih, ki sodelujejo v procesu obravnave bolnika/varovanca. Razvijati moramo oblike izobraževanja za prostovoljno delo v inštitucijah, v lokalni skupnosti in s posamezniki.

Ocenjevanje obstoječe organiziranosti in planiranje sprememb

Reforme v sistemu zdravstvenega varstva, ki se v Sloveniji odvijajo že od leta 1992 in ki prehajajo v fazo velikih restrikcij tako za uporabnike kot tudi za njene izvajalce, bodo za medicinske sestre pomenile veliko angažiranost, predvsem pa bodo izkazovale potrebo po številnih spremembah.

Aktivnosti: Uporabljali bomo analitične metode ocenjevanja organiziranosti v organizaciji ter sprejemanje uvažanja sprememb kot procesa, ki je posledica premišljene in planirane akcije.

Znanstveno-raziskovalna dejavnost v zdravstveni negi

Z raziskovalnim delom lahko dobimo vpogled v prispevek zdravstvene nege pri izidu zdravljenja, o kakovosti storitev, o stroških ter o njenem pomenu v sistemu zdravstvenega varstva. V Sloveniji še nimamo tradicije raziskovanja na področju zdravstvene nege.

Aktivnosti: Raziskovalnemu delu v zdravstveni negi je potrebno dati prioriteto – le na dokazljivih kazalcih napredka ali zastoja bomo lahko planirali spremembe. Z raziskovanjem bomo dokazovali učinkovitosti profesionalne zdravstvene nege. Na podlagi raziskovalnega dela v vsakodnevni praksi bomo lahko oblikovali uporabne negovalne standarde. Uveljaviti moramo metodo akcijskega raziskovanja, ki je sodobna metoda znanstveno-raziskovalnega dela in ki preizkuša zamisli v praksi, zato da prakso izboljša in hkrati zamisli s teorijo povezuje v celoto.

Kakovost v zdravstveni negi

Na področju kakovosti zdravstvene nege so člani delovne skupine pri Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego pripravili osnutek nacionalnega programa kakovosti v zdravstveni negi, ki v svojih težah opredeljuje področja izobraževanja, metode zdravstvene nege, izdelave standardov in negovalne dokumentacije, raziskovalno delo ter opredeljuje na-

čin spremljanja kakovosti v zdravstveni negi (Filej, 1996). Neizogibno je dejstvo, da menedžment in organizacija dobivata z razvojem tržnega gospodarstva vse bolj pomembnejšo vlogo. Kakovost je zahteva in pogoj za storitve in jo integralno v zdravstvu zagotavlja-jo vsi, ki delajo na tem področju (Florjančič, 1994).

Aktivnosti: Sprejeti moramo nacionalni program kakovosti v zdravstveni negi.

Oblikovati je potrebno kvalitativne in kvantitativne nacionalne standarde za zdravstveno nego, iz katerih bodo lahko strokovnjaki zdravstvene nege oblikovali tako imenovane »hišne standarde« za posamezno ustanovo. Uporabljati moramo supervizijo, ki naj združuje svetovanje in strokovni nadzor.

Financiranje zdravstvene nege

Pri oblikovanju politike financiranja dejavnosti zdravstva je potrebno poudariti dvoje dejstev, da se okoli 50 % sredstev uporabi za potrebe zdravstvene nege in da največje število ur v dejavnosti opravijo izvajalci zdravstvene nege.

Aktivnosti: Aktivno moramo sodelovati v telesih vplivanja in odločanja, kot so Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, upravni organi zdravstvenih zavodov ter zdravstveni sindikati.

Zakonska opredelitev zdravstvene nege

Ali področje zdravstvene nege urediti z zakonskim aktom ali ne, je odprto profesionalno in družbeno vprašanje zadnjih let 20. stoletja? »Med širšo družbo in poklici je v veljavi »družbeni dogovor«, ki zagotavlja željeno stopnjo poklicne samostojnosti. Družba pričakuje, da bodo delavci določene stroke svoje delo opravljali odgovorno in v skladu z družbenimi pričakovanji. Osnova za zagotavljanje kvalitete opravljenega dela pa je zakonska ureditev v okviru določene pogodbe, ki je oblika dogovora in zrele dejavnosti.« (Donabeian, 1976).

Aktivnosti: Za zakonsko opredelitev je potrebno vzpodbuditi naslednje dejavnike, ki morajo postati zainteresirani, da se zdravstvena nega opredeli z ustreznim zakonom: družbo – prebivalstvo, ki potrebuje sprejemljive in dostopne storitve zdravstvene nege; vlado – država, ki na različnih stopnjah sprejema in nosi odgovornost za zdravje svojega prebivalstva; stroko in strokovno javnost, ki želi družbeno uveljavljanje in priznanje za svoje delo in njene izvajalce; strokovnjake na področju zdravstvene nege, ki želijo ustrezno nagrajevanje in poklicno zadovoljstvo; druge poklicne skupine v zdravstvu, ki si želijo sodelovanja; delodajalce, ki so odgovorni za vodenje in kakovost opravljenih storitev. Za uspešnost uveljavitve zakona na področju zdravstvene nege potrebujemo jasnost namere, številčnost enako mislečih, predanost poklicu,

načrtovanje in vztrajnost, iskanje pomoči in podpore zainteresiranih skupin, strokovnjakov in zunanje avtoritete, pridobivanje podatkov in informacij, kompromise in pogajanja, taktiko in sprejemanje dogodkov (Affara, Maden Styles, 1994).

»Prihodnost poklica delovanja medicinskih sester in s tem njihove vloge in spoštovanja je predvsem v njihovih rokah. Za vsak korak v prihodnost potrebujemo pogum, samostojnost in samospoštovanje.« (Škerbinek, 1989).

Literatura

1. Affara AF, Maden Styles M. Nursing Regulation Guidebook: From principle to power. The W. K. Kellogg Foundation. The international Council of Nurses, 1993.
2. Bohinc M, Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didakta, 1995.
3. Brus A. Organizacijsko-ekonomski informacijski procesi v zdravstveni dejavnosti. Kranj: Moderna organizacija, 1994.
4. Clift JM. Kaj je zdravstvena nega. Obzor Zdr N 1996; 30: 1–2.
5. Česen M. Pričakovanja in možnosti preobrazbe zdravstva v Sloveniji. Zdrav Var 1995; 34: 1–63.
6. Dolgoročni program razvoja zdravstvene nege. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo R Slovenije. Obzor Zdr N 1994; 28: 1–11.
7. Donabedian A. Foreword. In: MC Phaneuf ed. The Nursing audit: Self-regulation in nursing practise. New York: Appleton-Century-Crofts, 1976.
8. Fučkar G. Proces zdravstvene nege. Zagreb: Medicinski fakultet, 1992.
9. Florjančič J. Kadrovska funkcija – management. Kranj: Moderna organizacija, 1994.
10. Filej B. Management v zdravstveni negi. Zdrav Obzor 1992; 26: 5–6.
11. Filej B. Management v zdravstveni negi kot faktor kakovosti. Magistrska naloga. Kranj, Fakulteta za organizacijske vede, 1996.
12. Flarey DL. The nurse executive and governing body. Jona; Vol 21: No 12, 1991.
13. Grbec V. Razvojni trendi v zdravstveni negi. Zdrav Obzor 1990; 24: 251–5.
14. Grbec V. Etika v zdravstveni negi. Zdrav Obzor 1992; 26: 3–6.
15. Grbec V. Deklaracija o promociji bolnikovih pravic v Evropi. Obzor Zdr N 1995; 29: 1–2.
16. Grbec V. Sistemi delitve dela v zdravstveni negi. Zdrav Obzor 1988, 22: 3–9.
17. Grbec V. Timsko delo v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1989; 23: 123–7.
18. Health for All statistical databases, WHO-Euro, 1994. Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije, 1994.
19. Kavalič S. Sodobni koncepti za nego bolnika. Zdrav Obzor 1970; 4: 125–30.
20. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
21. Kraševac-Ravnik E. Odgovornost za zdravje. Zdrav Var 1990; 29: 307–8.
22. Kreitner R. Management. Fourth Edition. Houghton Mifflin Company. Arizona State University, Boston 1989.
23. Lanara VA. The Nurse of the future: role and function. Journal of Nursing Management 1993; 1: 83–87.
24. Lipovec F. Teorija organizacije. Ljubljana: Partizanska knjiga, 1974.
25. Management in zdravstvena nega. Priročnik za nacionalna združenja medicinskih sester. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1991.
26. Možina S, Kavčič B, Ivanko Š et al. Management. Radovljica: Didakta, 1994.
27. Neubauer J. The value of nursing. Journal of Nursing Management. 1995; 3: 301–5.

28. Nightingale F. Notes of nursing: What it is, and what it is not. In: Seymer LR: Selected writings of Florence Nightingale. New York: Macmillan, 1954.
29. Nightingale F. Notes of nursing. New York: Appelton company, 1946.
30. Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1995.
31. Nursing in the world the fact, needs and prospects. The international nursing foundation of Japan; Medical friend co., LTD, 1993.
32. Ovsenik J. Organizacijske funkcije. Kranj: Moderna organizacija, 1979.
33. Potrebe ljudi po zdravstveni negi. Študija evropskega urada SZO. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1990.
34. Pahor M. Raziskovanje na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje in uporabnost kvalitativnih metod. Obzor Zdr N 1995; 29: 107–11.
35. Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Zdrav Obzor 1989; 23: 43–64.
36. Plan zdravstvenega varstva R Slovenije do leta 2000. Ministrstvo za zdravstvo. Ljubljana, 1993.
37. Proces zdravstvene nege z dokumentiranjem. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1995.
38. Pučko D. O strateškem managementu v zdravstvu. Organizacija 28. Kranj 1995; 3: 161–70.
39. Ritonja S. Zdravstveni management kot faktor kakovosti dela v zdravstvu. Magistrska naloga. Kranj, Fakulteta za organizacijske vede, 1993.
40. Salvage J. Ocena položaja zdravstvene nege: izziv za medicinske sestre 21. stoletju. Zdrav Obzor 1993; 27: 45–52.
41. Sokol U. Um die position der pflege in Europa zu starcken... Pflege aktuel. 1994; 5: 5–6.
42. Šlajmer-Japelj M. Kako in kam voditi tim zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1987; 21:85–8.
43. Šlajmer-Japelj M. Zdravstvena nega potrebuje zakonski in regulativni okvir. Obzor Zdr N 1995; 29: 63–7.
44. Škerbinek L. Vloga medicinske sestre v prihodnosti. Zdrav Obzor 1989; 23: 289–96.
45. Voljč B. Kaj je odgovornost za zdravje? Zdrav Var 1990; 29: 301–2.
46. Wright S. Editorial. European Nurse 1996; 1: 1–3.
47. WHO Conference on European health care reforms. Ljubljana, Slovenia 17–20. 6. 1996. Regional office for Europe, Copenhagen, 1996.
48. Univerza v Ljubljani Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo. Zdravstvena vzgoja – študijski program. Ljubljana, 1993.
49. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993.
50. Urbančič D. Ob 150. letnici rojstva Florence Nightingale. Zdrav Obzor 1970; 4: 189–203.
51. Urbančič K. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1996; 30: 21–8.
52. Vuga S. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. Zdrav obzor 1994; 28: 5–6.
53. Vila A. Organizacija in organiziranje. Kranj: Moderna organizacija, 1994.
54. Viononen M. Health System Reform: the process of change. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, Denmark, 1993.
55. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list R Slovenije št. 9/92.
56. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list R Slovenije št. 9/92.
57. Zakon o socialnem varstvu. Uradni list R Slovenije št. 54/92.
58. Zupančič-Slavc Z. Florence Nightingale – pionirka sestrištva in organizirane nege. Vita 1995; 5: 2–3.
59. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1994. Zdrav Var 1995; 34: Suppl 4.