

## IZZIVI ZDRAVSTVENI NEGI DANES ZA JUTRI TODAY'S CHALLENGES TO NURSING CARE FOR TOMORROW

Bojana Filej

UDK/UDC 616-083

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega-trendi*

Izvleček – *Zdravstvena nega je mlada disciplina, ki doživlja intenziteto svojega razvoja v Sloveniji v zadnjih petnajstih letih, nanjo pa delujejo tudi ekonomski, politični, družbeni in kulturni dejavniki, demografske in epidemiološke okoliščine ter okolje. Zaradi novih trendov razvoja postaja poklic medicinske sestre zanimiv izziv za tiste, ki želijo kreativno delovati in prispevati svoj delež k boljšemu zdravju vseh ljudi.*

DESCRIPTORS: *nursing care-trends*

Abstract – *Nursing care is a relatively new discipline that has been intensively developing in Slovenia in the last 15 years. It is influenced by economic, political, social and cultural factors, demographic and epidemiologic circumstances and environment. Due to new developmental trends, nursing profession has become an interesting challenge for those who want to perform creatively and contribute their share to better health of all people.*

### Uvod

Živimo v času, ko spremembe niso nič novega, so le stalnica v našem življenju. Toda spremembe so danes hitrejše in kompleksnejše, kot so bile kdajkoli prej. Zato ni naključje, da v zadnjem letu tega stoletja in tisočletja tehtamo in preučujemo možnosti nadaljnjega razvoja zdravstvene nege. Ker je »preteklost učiteljica prihodnosti«, moramo znanje in izkušnje, ki jih imamo danes, uporabiti za prihodnje usmerjanje in razvoj zdravstvene nege.

Futurologi pravijo, da je prihodnost prostor, ki ga ustvarimo najprej v duhu in volji, ter nato s svojim delom. Prihodnost ni prostor, kamor gremo, ampak prostor, ki smo ga sami ustvarili. Poti ne iščemo, ampak jih naredimo, in ta proces spremeni oboje: tistega, ki pot dela, in smer, kamor gremo.

Zdravstvena nega je mlada disciplina, ki doživlja intenziteto svojega razvoja v Sloveniji v zadnjih petnajstih letih. Smeri razvoja ji dajejo usmeritve mednarodnih ustanov (SZO, ICN, EU) in tistih držav, kjer so zdravstvena nega in medicinske sestre dosegle zavidljivo visok družbeni, ekonomski, strokovni in politični položaj.

V Sloveniji je bilo na področju zdravstvene nege v tem času sicer veliko narejenega. Na nacionalni ravni sta bila ustanovljena Zbornica zdravstvene nege Slovenije in Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego. Na Ministrstvu za zdravstvo so odprli mesto svetovalke ministra za področje zdravstvene nege, imamo članico v Državnem svetu in članico v Zdravstvenem svetu. Imamo Sindikat delavcev, zaposlenih v

zdravstveni negi. Smo člani ICN in številnih evropskih strokovnih sekcij, smo člani PCN – organa Evropske unije in člani Foruma nacionalnih združenj medicinskih sester in Svetovne zdravstvene organizacije; imamo Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, ki je eden od 11 v Evropi in eden od 30 na svetu.

Jasno nam že postaja, da zdravstvena nega ne more delovati izolirano ali povezana le z medicino, temveč da nanjo delujejo ekonomski, politični, družbeni in kulturni dejavniki, demografske in epidemiološke okoliščine ter okolje.

### Politični in ekonomski vplivi

Spremembe družbenopolitičnega sistema ter posledično spremembe celotne zakonodaje ter zdravstvene zakonodaje so nas danes privedle v čas zdravstvenih reform, ki pa ne pomenijo le spremembe v dejavnostih in organizaciji zdravstvenega sistema, temveč tudi v financiranju. Iz izkušenj lahko rečem, da finančne restrikcije najpogosteje pomenijo redukcije in le-te najpogosteje zajamejo zdravstveno nego in medicinske sestre ter zdravstvene tehnike. Tako je tudi sedaj. S spremembo zdravstvene zakonodaje se na trgu zdravstvene dejavnosti pojavlja tudi drugi partner ali konkurent, to je zasebnik, ki zahteva večjo kakovost zdravstvenih storitev.

Če pogledamo ekonomsko situacijo v Sloveniji, lahko ugotovimo, da je bruto družbeni proizvod 7.181 USD (Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije:

Facts about Slovenia, junij 1996) na prebivalca, od tega je namenjenih približno osem odstotkov za zdravstvo. Že davno je bilo ugotovljeno, da je kljub nizkemu odstotku sredstev, ki jih namenjamo zdravstvu, slovensko zdravstvo na visoki stopnji razvitosti in strokovnosti ter da se s tem lahko primerjamo z najbolj razvitimi evropskimi državami. Koliko sredstev od tega je namenjenih zdravstveni negi, ni znano, saj so sredstva v celoti namenjena zdravstvu in ne posameznim področjem. V nekaterih državah, kjer je zdravstvena nega na taki stopnji razvitosti, kot si jo mi le želimo, so sredstva za zdravstveno nego ločena, saj predstavljajo tudi do 60 % celotnih finančnih sredstev za zdravstvo. Strokovnjaki namreč menijo, da je le tako možna maksimalna racionalizacija finančnih sredstev ter čim večja učinkovitost in uspešnost izvajanja zdravstvene nege.

Slovenska vlada je že nekajkrat jasno povedala, da se prispevna stopnja za zdravstvo ne bo povečala, kar pomeni, da bo količina finančnih sredstev tudi v prihodnje enaka. Vse dodatne zahteve, ki se pojavljajo v slovenskem zdravstvu, bodo šle le na račun prestrukturiranja sredstev znotraj zdravstva in na račun redukcij, predvsem kadra, ki za plače potroši največ sredstev.

Ne moremo več izhajati iz predpostavke, da je zdravstvena nega samoumevna potreba in medicinske sestre neizpodbitno potrebne. Tisti, ki dodeljujejo finančna sredstva za zdravstvo, si prizadevajo za čimvečjo racionalizacijo vseh virov – kadrovskih, materialnih in finančnih. Žal je resnica ta, da v tržnem gospodarstvu kapitalističnega družbenega reda pomeni denar vse. Prijateljstvo ne pomeni nič ali pa zelo malo, prav tako tudi zaupanje. Če že denar vse določa, potem mu tudi zdravstvena nega ne more uteči.

Res se varovancu, ki se počuti dobro, zdravstveno stanje hitreje izboljšuje, s čimer medicinske sestre prispevamo k manjši porabi vseh virov. Naš finančni vložek je velik in prihranek pomemben, toda žal ga ne znamo pokazati. Ne znamo natančno predstaviti svojega dela in težko pojasnimo vse razsežnosti zdravstvene nege. Zato moramo delovati tako, da bomo tistim, ki bodo kupili zdravstveno nego kot »blago«, dokazali, da bo trezni, vseh stroškov zavedajoči se direktor zdravstvene zavarovalnice za to zagotovil denar ter da je zdravstvena nega vredna svoje cene. Pri tem, da bi to dokazali, nas nihče ne ovira, niti Ministrstvo za zdravstvo, niti Zdravniška zbornica ali Zdravstveni svet.

Tudi v Sloveniji se vse pogosteje pojavlja razmišljanje, da so medicinske sestre predrage in pojavlja se težnja po čim nižje izobraženih izvajalcih zdravstvene nege. Še nevarnejše pa je vprašanje, ali sploh potrebujemo kvalificirane izvajalce zdravstvene nege. Načrtovanje kadrovskih potreb na osnovi takega razmišljanja je lahko nevarno. Zavedati se moramo, da je v bistvu kadrovsko načrtovanje možno šele takrat, ko

odgovorimo na osnovna vprašanja, kakšne so sploh potrebe varovancev po zdravstveni negi. V Evropi smo te potrebe ugotavljali le enkrat in sicer v multinacionalni študiji »Potrebe ljudi po zdravstveni negi« (1979–1985). Od takrat pa do danes so se te potrebe prav gotovo spremenile.

Zato bi nujno potrebovali kadrovske normative, ki jih bo postavila stroka in ne zdravstvena zavarovalnica ali drugi strokovnjaki. Kadrovske normative morajo temeljiti tudi na dejanski porabi časa, na delitvi dela, na potrebah varovancev, na stopnji njihove odvisnosti in neodvisnosti pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti.

Od socialno ekonomskega vpliva je odvisno tudi razmerje med zdravniki in medicinskimi sestrami. Pri nas je razmerje med medicinskimi sestrami in zdravniki približno 1:1. Svetovna banka priporoča, da je razmerje med kvalificiranimi medicinskimi sestrami (pri nas je to višja medicinska sestra ali diplomirana medicinska sestra) in zdravniki med 2–4 medicinske sestre na enega zdravnika. Jasno pa je, da bomo morale znati to strokovno utemeljiti in podkrepiti z raziskovalnimi rezultati in drugimi podatki.

Navaditi se bomo morali, da bodo za varovance skrbeli tudi volonterji, prostovoljne in karitativne organizacije, laiki in aktivisti. Naučiti se bomo morali vse to nadzorovati in usklajevati ter tako sprejeti novo vlogo. Medicinske sestre bodo pomagale ljudem, da si bodo pomagali sami in bodo delale za ljudi le tisto, česar zares sami ne bodo mogli storiti. Medicinske sestre bodo torej tiste, ki bodo dajale informacije o možnosti uporabe različnih možnih virov za izvajanje čimboljšega varstva za vse. Ta novi pristop bo zahteval veliko spremembo, tako pri posameznikih, ki potrebujejo zdravstveno nego, in tistih, ki jo izvajajo. Zato si bomo v prihodnje morali prizadevati za manj hierarhičen in bolj fleksibilen zdravstveni sistem, ki bo multidisciplinaren in multisektorski.

## Okolje

Okolje prav tako vpliva na zdravstveno nego, in to tako fizično kot socialno. Socialno okolje se oblikuje iz potreb ljudi po zdravstveni negi in iz njihovih pričakovanj glede zdravstvene nege. Prebivalstvo je vedno bolj zdravstveno izobraženo in prosvetljeno in pred izvajalce zdravstvene nege postavlja vse večje zahteve, na primer zahteve po kakovostnejši in holistični obravnavi, večji varnosti, večji prijaznosti, spoštovanju posameznika kot človeka, zahteve po več informacijah. Poleg tega namenjajo za zdravstvo vedno več lastnih finančnih sredstev, pravice pa se jim vedno bolj zmanjšujejo. Zato zahtevajo tudi spoštovanje človekovih in bolnikovih pravic. Zato bodo morale medicinske sestre upoštevati in spoštovati etična načela in vrednote (človeško dostojanstvo, enakost, solidarnost, strokovna etika), ki bodo tudi v prihodnje na veliki preizkušnji.

## Demografsko-epidemiološki vplivi

Demografsko-epidemiološka situacija se pri nas, tako kot drugje v Evropi, spreminja. Bolezni, za katere smo mislili, da so preteklost, se spet pojavljajo – na primer tuberkuloza. Pojavljajo se bolezni moderne dobe – droge, aids, število samomorov narašča. Število rojstev se znižuje, prebivalstvo pa se stara in dosega pri nas okoli 13 % starih nad 65 let. Ranljivi postajajo še bolj ranljivi; čeprav je bilo zdravje deklarirano kot osnovna človekova pravica in je tudi pri nas ena izmed najpomembnejših vrednot, dostikrat tega ni možno zagotoviti.

Visoko stehnzirana zdravstvena nega ne more domestiti toplega stika med varovancem/bolnikom in medicinsko sestro. Zato je treba uravnotežiti uporabo visoko razvite tehnologije s človeškim vidikom skrbi in sočutja. Problem je v tem, da vse medicinske sestre ne pokažejo resničnega sočutja. Nekatere pojmujejo zdravstveno nego kot potek opravil »za« bolnika ali »na« njem, pomen drugih razsežnosti in možnosti zdravstvene nege pa prezrejo. Tako lahko seveda nastaja vtis, da svoje delo odlično izvedejo. Nastopiti službo, kopati, umivati, dajati zdravila, nato službo končati in oditi domov. Medicinske sestre so svoje delo opravile dobro, vendar pa očitno le nekaj manjka. Varovanci si želijo drugačnih medicinskih sester, poudariti je treba, da je vse, kar se dogaja med bolnikom in medicinsko sestro, neskončno težje in zamotano sestavljeno.

Naloga medicinske sestre je, da se varovanec počuti bolje, kar pomeni, da se sooča z njegovimi težavami, ga poučuje, ga tolaži, ga drži za roko in se ga dotika. Varovanca ni le oskrbovala, ampak jo je skrbelo zanj, zanj se je zanimala in ga gledala kot osebo, človeka z vsemi njegovimi lastnostmi in potrebami. Torej ni vse odvisno od tega kaj naredimo, ampak kako to naredimo. V zdravstveni negi je pomembno merilo tudi izražanje človeškega sočutja, ki učinkuje neposredno na dobro počutje bolnika. Sposobnosti, spretnosti in znanje je treba deliti v partnerskem razmerju.

Reforme zdravstva sicer ponujajo medicinskim sestram nove poklicne možnosti na področju preventive, promocije zdravja, zdravstvene nege starejših, kurative, rehabilitacije..., kar pa pomeni, da se bodo morale medicinske sestre vse svoje poklicno življenje strokovno izpopolnjevati, kajti le tako bodo kos spremenjajočim se potrebam ljudi.

Zavedamo se, da je izobraževanje ključ za razvoj »odličnosti« v praksi zdravstvene nege. Izobraževanje je tisto, ki vpliva na moč ali na slabost poklica. Pripomore k izboljšanju statusa zdravstvene nege in k večji moči. Vsekakor bomo morali v prihodnje upoštevati direktive Evropske unije, Evropsko strategijo izobraževanja medicinskih sester SZO in usmeritve Sveta Evrope. Z izobraževalnimi programi bomo morali zagotoviti evropsko diplomu in nemoten pretok delovne sile ter poskrbeti za reorientacijo izobraže-

valnih programov iz medicinsko usmerjenih v integrirane modele, saj v izobraževanju medicinskih sester pri nas še vedno prevladuje tradicionalni biomedicinski pristop in usmerjenost k tehnokratskemu razmišljanju (k vprašanju, kaj mora medicinska sestra narediti). Formalna izobrazba, ki jo medicinske sestre dosežejo v določenem študijskem programu, jim daje znanje in sposobnosti za opravljanje določenega dela.

Toda žal status medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v praksi ni zavirljiv. Zdravstvena zakonodaja, ki ne odraža interdisciplinarnosti in multidisciplinarnosti v zdravstvenem varstvu in s tem deleža vrste različnih strok v njegovem sistemu, je pripeljala do tega, da medicina ni opredeljena kot nosilna in povezovalna stroka, temveč kot edina vseobsegajoča in vsepokrivajoča stroka, ki deluje v zdravstvenem varstvu.

Ne moremo prezreti, da je tudi zdravstvena nega, tako kot druge poklicne dejavnosti, vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja. »Prestizžno« delo v medicini in visoka tehnologija, ki se pri zdravljenju uporablja, še poslabšuje to situacijo. Medicinske sestre so v veliki meri asistentke zdravniku in izpolnjujejo njihova navodila. Narava dela v zdravstveni negi namreč ni takšna, da bi zadovoljevala vitalne človekove potrebe. Opisana naloga je še vedno dominantna za medicino, zato si zdravniki jemljejo tudi pravico avtonomije pri odločanju. Največja ovira za doseganje funkcionalne avtonomije je seveda v medicinskih sestrah samih, ker so socializirane tako, da igrajo »ženske vloge«, da izpolnjujejo ukaze drugih, da pomagajo in ničesar ne zahtevajo in da niso dovolj prodorne.

Medicinske sestre so pri nas še vedno podrejen sloj v hierarhični organizaciji zdravstvenega sistema, zato niso zadovoljne s svojim položajem. Tiste medicinske sestre, ki si prizadevajo za razvoj stroke, vidijo potrebne spremembe v profesionalizaciji in zakonsko opredeljeni samostojnosti na svojem strokovnem področju. Pri tem doživljajo odpore iz različnih smeri: upirajo se zdravniki, ki ne želijo izgubiti te poklicne skupine z njeno podrejeno pomočniško vlogo; upira se država, ker bi spremembe zahtevale boljše plačilo medicinskih sester in njihov večji vpliv; upira se univerza, kajti zdravstvena nega na začetku svoje akademske poti ne izpolnjuje strogih kriterijev že uveljavljenih znanosti; upirajo pa se tudi mnoge medicinske sestre, saj bi nova podoba medicinskih sester kot samostojnih strokovnjakinj prinesla s sabo zahteve po večjem znanju, usposobljenosti in odgovornosti.

Profesionalizacija je lahko rezultat kakovostnejšega izobraževanja in družbenih odnosov, ki se v tem času razvijajo. Z naraščanjem števila bolj izobraženih ljudi se pojavijo potrebe po spremembah tudi v delitvi dela.

Bistvena značilnost pa je vzpostavitev nadzora nad svojim delom. Ta status so nekateri poklici, na primer zdravniki dosegli tudi s političnimi pogajanja, druge poklice pa še nadzoruje država. Pojavlja se vprašanje,

ali je ponovitev tako uspešnega vzorca pridobivanja družbenega statusa še možna. Jasno postaja, da je potrebno doseči soodvisnost, kar bi profesionalizacija morala prinesti.

Zato je potrebna profesionalna avtonomija medicinskih sester v smislu pravice kreiranja ter vplivanja, odločanja, informiranja, ukrepanja... v lastni stroki.

Zakonska ureditev zdravstvene nege je nujna, kajti le zakon naj bo tisti, ki bo urejal prakso zdravstvene nege, izobraževanje, kompetence in odgovornosti, in ne drugi strokovnjaki ali institucije celo izven zdravstvenega sistema. Vse preveč je strokovnjakov, ki »obvladajo« zdravstveno nego, ki lahko o njej razpravljajo in seveda o njej tudi odločajo. Zakonodajca ni nič drugega kot »realistično postavljeni cilji v strategiji razvoja zdravstvene nege« in ki nam bo v prihodnje legalno dodelila določene kompetence in s tem omogočila prevzem odgovornosti za lastno stroko.

Resnično pomembne odločitve v zdravstvenem sistemu so žal le medicinske in ekonomske odločitve. Zdravstvena nega, varovanci in družba kot celota so ujeti v te stereotipe. Medicinske sestre vsakodnevno sprejemajo mnoge odločitve, ki so ključne za varovancevo okrevanje in ohranjanje njegovih funkcionalnih sposobnosti, za varnost, za njegovo dobro počutje in za dobro počutje njegove družine. Toda te odločitve, kakor tudi v glavnem celotno delo medicinskih sester, so nevidne in niso finančno ovrednotene. V vsakodnevni praksi so medicinske sestre pogosto odgovorne za način, kako medicinske in ekonomske odločitve vplivajo na bolnikovo obravnavo. Najpogosteje sta varovanec in medicinska sestra tista, ki najprej občutita vplive in posledice teh odločitev v praksi.

Jasno je, da nas čaka še veliko dela, ki nikoli ne bo zaključeno, in pojavlja se vprašanje, kako doseči tako korenite zasuke miselnosti ob dejstvu, da je na papirju možno sistem hitro zamenjati, ljudje pa ostanejo isti, z znanjem, navadami in izkušnjami, ki so jih pridobili v preteklosti in jih v kratkem času ni moč spremeniti.

Pomembni elementi našega dela ostajajo isti, kot so bili nekdanj. Znanje, spretnost, empatija. Skozi čas je bil kak element bolj ali manj poudarjen. Sprva je bila pomembna le empatija, nato še spretnost. Obema se je pridružilo znanje. Dehumanizacija medicine je

pomen empatije zmanjšala tudi v zdravstveni negi in ko smo uspeli s formalno rastjo izobraževanja, se je ob preveč teoretičnih izhodiščih zmanjšala vrednost spretnosti. Počasi postajajo ti elementi spet enako pomembni. Varovanec postaja človek, teorija in praksa si vedno bolj smiselno podajata roke.

V naslednjem tisočletju nas bo premalo za vse, ki nas bodo potrebovali. Toda kljub temu ostaja poslanstvo medicinskih sester enako, z njihovo edinstveno vlogo, ki jo je že leta 1959 opredelila Virginia Henderson kot »pomoč medicinske sestre posamezniku, bolnemu ali zdravemu, pri opravljanju tistih dejavnosti, ki krepijo njegovo zdravje ali mu pomagajo okrevati (ali mirno umreti) in bi jih opravljal sam, če bi imel za to potrebno moč, voljo ali znanje«. Od začetnice modernega sestinstva Florence Nightingale prek modrosti Virginie Henderson ter v luči izzivov in obetov jutrišnjega dne si bodo medicinske sestre še v naprej prizadevale za boljše zdravje vseh ljudi.

Poklic medicinske sestre postaja zanimiv izziv za tiste, ki želijo kreativno delovati in ki ne želijo hoditi po ustaljenih poteh. Naj bo naša prihodnost svetla in obetavna.

### Literatura

1. Filej B. Položaj medicinske sestre v osnovni zdravstveni dejavnosti. Utrip 1997; 12: 14–5.
2. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.
3. World Health Organization. Nursing beyond the year 2000. Report of a WHO Study Group. Geneva, 1994.
4. World Health Organization. Nursing Practice. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1996.
5. World Health Organization – Regional Office for Europe. Health care reforms: The nursing response 1996.
6. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health 21 – The health for all policy for the WHO European region – 21 targets for the 21<sup>st</sup> century. Copenhagen 1998.
7. World Health Organization, Regional Office for Europe. Nursing in transition: Nurses & midwives contributing to reforms. Nursing & Midwifery Programme – 1998/99.
8. Wright S. Die Grundlagen der Pflege-Werte und essentielle Pflegekonzepte für die Praxis der Pflege. In: Dimensionen der Pflege in neuen Europa. Graz: 3. Kongress für Krankenpflegepersonen – Arbeitsgemeinschaft Alpen-Adria, 1994: 1–36.
9. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Usmeritve razvoja zdravstvene nege v luči zdravstvenih reform v Republiki Sloveniji. Utrip 1998; 6: 23–6.