

SLOVENSKA ZDRAVSTVENA NEGA – QUO VADIS

Številne družbene in politične spremembe, ki so presesale še zlasti države srednje in vzhodne Evrope, so prinesle korenite spremembe. Tudi Slovenija pri prehodu iz socialističnega družbenega reda v liberalni kapitalizem, iz industrijske tradicionalne družbe v postindustrijsko sodobno družbo pri tem ni bila izjema. Doživela je korenite spremembe, katerih razsežnosti so na posameznih področjih različne. Spremembe so temeljito vplivale na zdravstveni sistem, ki se še vedno spreminja. Zdravstveni sistem načeloma ne sodi med proizvajalne dejavnosti, vendar pa je jasno, da končni rezultati zdravstvene dejavnosti vplivajo tako na ustvarjanje nove vrednosti in na povečanje ali zmanjšanje nacionalnega dohodka. Pojav tržnosti in konkurenčnosti je vse bolj v ospredju tudi v zdravstvu. Do nedavnega še tuja vsebina izrazov »tržnost« in »konkurenčnost« postaja vse bolj prisotna pri vsakodnevnem delu.

Ne moremo prezreti dejstva, da je tudi zdravstvena nega, tako kot druge poklicne dejavnosti, vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja ter da vsaka politična, družbena, zakonodajna ali ekonomska sprememba vpliva nanjo.

V slovenskem prostoru smo si začrtali smeri razvoja zdravstvene nege že v dolgoročnem programu razvoja zdravstvene nege in postavili strategijo in vizijo razvoja stroke.

Dokument je leta 1993 pripravil Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego v sodelovanju z Zbornico zdravstvene nege Slovenije. Program je bil sestavljen iz splošnih usmeritev in iz programov za ožja področja zdravstvene nege. V tem času je slovensko zdravstvo zajadralo v zdravstvene reforme, ki še vedno trajajo. V navedeni strategiji smo sicer že lahko predvideli nekatere trende razvoja zdravstvene nege, saj je bila nova zdravstvena zakonodaja že sprejeta, vendar vseh sprememb nismo niti mogli niti znali predvideti. Dogodile so se na povsem drugačen način in v drugačnih razsežnostih.

Če program ocenjujemo sedaj, lahko rečemo, da je bil vsaj v nekaterih predvidevanjih kar precej idealistično naravnani, zato smo realnost kot posledico restrikcij zdravstvenih reform toliko težje občutili. Iz leta v leto je vse bolj prevladoval ekonomski vidik in jasno je, da bo tako tudi v prihodnje.

Spremembe so se začele najprej v osnovni zdravstveni dejavnosti, ko je zdravstvena zavarovalnica začela urejati zdravstveni sistem na področju normiranja kadra, storitev, financiranja... Zdravstvena zakonodaja je omogočila uvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti, ki še danes poteka dokaj stihijsko. Posledica

tega je, da marsikateri zdravstveni dom ne opravlja več tistih zdravstvenih dejavnosti, ki jih določa zakonodaja. Številne medicinske sestre in zdravstveni tehniki so se v tem času soočili s težko odločitvijo, ali oditi z zdravnikom v zasebno dejavnost, se zaposliti na drugem delovnem mestu ali v drugem zavodu. Ministri, ki so se v tem času izmenjali, so v večini primerov prihajali iz sekundarne ali terciarne dejavnosti in so v glavnem zagovarjali stališče, da je potrebna popolna privatizacija zdravstvenih domov, ne glede na to, da so izvajali takšno zdravstveno varstvo, da je bilo za zgled marsikateri visoko razviti državi. Sedanji minister zagovarja tudi stališče, da zdravnik koncesionar ne potrebuje ob sebi strokovno usposobljenih kadrov – medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ampak je po njegovem mnenju dovolj le administrativna pomoč, kot je to urejeno v Ameriki. Pozabil pa je na dejstvo, da je takšen sistem »zdravstveno obubožal« ameriško družbo.

Kadrovski normativi se iz leta v leto spreminjajo glede na sklenjene dogovore med zdravstveno zavarovalnico in zdravstvenimi zavodi. Temeljijo le na statistično izračunanih povprečjih. Zasebniki pogosto ne spoštujejo trenutno predpisanih kadrovskih normativov, niti glede številčnosti niti glede izobrazbe. Zdravstvena služba zato ni nič bolj poceni, saj zasebnik dobi enako plačilo za zdravstveni tim kot javno zdravstvo. Gre le za bogatenje zasebnika na račun pacienta, saj je ta prikrajšan, če ga obravnava nezadostno in neustrezno izobraženo osebje, pa tudi marsikatera preiskava mu je odtegnjena na račun zasebnikovega varčevanja. Zagovorniki zasebne dejavnosti tudi trdijo, da je ta bolj kakovostna, bolj humana in bolj prijazna do pacienta. Le kako je vse to mogoče doseči samo z administrativnim kadrom?

Pomemben ni dispanzer kot organizacijska oblika, temveč dispanzerska metoda dela. S tem se seveda strinjamo, vendar je dispanzersko metodo možno izvajati le z ustrezno izobraženim kadrom, ki lahko izvaja zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, čemur sedaj dajemo velik poudarek in kar je zapisano tudi v nacionalnem programu razvoja zdravstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004.

Vsekakor pa bo postajala vse bolj pomembna patronažna dejavnost, ki se bo v prihodnje morala krepiti. Patronažna medicinska sestra je poleg zdravnika in fizioterapevta opredeljena kot nosilka dejavnosti. Je edina dejavnost v zdravstveni negi, ki ima zakonsko opredeljeno dokumentacijo, predpisano zbiranje vrste statističnih podatkov in ki je financirana na osnovi storitev.

Število patronažnih medicinskih sester bi se moralo v prihodnje povečati, saj se bo zdravljenje in intenzivna zdravstvena nega nadaljevala na pacientovem domu. Intervencije zdravstvene nege bodo zato vse zahtevnejše.

Opaziti je že občutno zmanjšanje ležalne dobe v bolnišnici, marsikje že za tretjino. Postavlja se celo že vprašanje, ali bodo dnevni prostori v bolnišnici sploh še potrebni. Zaradi intenzitete obravnave bodo morale biti medicinske sestre dobro usposobljene, sposobne za hitro ukrepanje in prilagajanje. Vzpostavljanje empatičnega odnosa do pacienta bo zaradi kratkega časa obravnave postalo zelo naporno.

Zaradi tega se bodo pojavile različne oblike pomoči pacientom, ki jih bodo opravljale prostovoljne organizacije. Medicinska sestra bo prevzela naloge koordinatorja in učitelja pomoči pacientu na domu, ko bo po kratki hospitalizaciji odpuščen iz bolnišnice.

Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov se v bolnišnični dejavnosti ne bo zmanjševalo, kot je zapisano v nacionalnem programu, temveč bo prišlo le do prerazporejanja. Zato mora biti seveda jasno opredeljena delitev dela med posameznimi profili glede na raven izobrazbe, služba zdravstvene nege pa mora biti dobro organizirana.

Razmejitev zdravstvene nege je dokument, ki žal ni bil nikoli uradno sprejet. To je bil prvi poskus razmejevanja del in nalog med zdravstvenim tehnikom, višjo medicinsko sestro in zdravnikom, ki sicer ni bil odličen, vsekakor pa je bil dober in bi nam bil v veliko pomoč pri urejanju zdravstvene nege in pri organizaciji dela ter s tem pri določitvi pristojnosti in obveznosti. Nihče nas ni pozval ali zahteval od nas določenih sprememb, dokument preprosto ni bil sprejet. Nove naloge, ki se postavljajo pred medicinske sestre zaradi spremenjene demografske slike, zaradi trenutne nove usmeritve zdravstvene politike, ki daje prioriteto promociji zdravja, zaradi pojava sekundarijev, seveda bistveno posežejo v obstoječo razmejitev. Zato bo potrebno dokument dopolniti in si šele nato prizadevati za to, da bo sprejet.

Delitev dela bo uspešna, če bo v negovalni tim vključenih čim manj različnih profilov. Zato še vedno trdimo, da v negovalnem timu potrebujemo največ dva profila – diplomirano medicinsko sestro in sodelavca – tehnika zdravstvene nege. Fakultetno izobraženo medicinsko sestro potrebujemo v izobraževanju, v medžmentu in razvoju stroke.

Vse pomembnejše postaja kakovostno dodiplomsko izobraževanje in seveda tudi trajnostno izobraževanje, saj je znanje tista kategorija, ki glede na današnji intenzivni razvoj družbe in znanosti zelo hitro zastari.

Danes imamo dve visoki strokovni šoli za izobraževanje diplomiranih medicinskih sester. Izobraževanje, ki poteka v sklopu univerze in traja tri leta, za vpis pa so določeni enaki pogoji kot za ostale fakultete, je pri-

merljivo z evropskim izobraževanjem, kot ga zahtevajo Evropska skupnost, Svetovna zdravstvena organizacija in Svet Evrope. Izobrazba diplomirane medicinske sestre pri nas je torej primerljiva z evropsko ravni (angl. »registered nurse«).

O primerljivosti vsebin izobraževalnega programa pa žal ne moremo govoriti, saj so te še vedno močno medicinsko obarvane. Zato si moramo prizadevati za tako vsebino predmetov, ki bodo prilagojene potrebam medicinskih sester za izvajanje celostne, kakovostne in k pacientu usmerjene zdravstvene nege. Prizadevati si moramo za vsebine, ki bodo bodoče diplomirane medicinske sestre naučile timskega sodelovanja in spoštovanja vseh, ki prispevajo svoj delež k uspešni obravnavi pacienta, upoštevanju stroškovne učinkovitosti pri svojem delu ter zavedanju dejstva, da so soodgovorne za razvoj humane zdravstvene službe.

Učne baze bodo morale biti verificirane skladno z usmeritvami evropske strategije izobraževanja, ki jo je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija in ki so jo njene članice na drugi evropski ministrski konferenci o zdravstveni negi v Münchnu tudi sprejele. Vse predavateljice medicinske sestre in mentorice, ki bodo vodile klinične vaje, bodo morale imeti znanje in izkušnje v praksi. Le na ta način bodo diplomanti lahko dobivali evropske diplome, s čimer jim bo omogočeno nemoteno zaposlovanje v državah Evropske unije.

Medicinska sestra mora s svojim strokovnim znanjem postati razmišljujoča partnerka zdravniku in nepogrešljiva strokovnjakinja v zdravstvenem timu. Znanja različnih strokovnjakov se morajo dopolnjevati, njihova mnenja pa spoštovati. To je tudi pogoj, da bo timsko sodelovanje zares zaživelo in da ne bodo odnosi med različnimi poklici zaostreni kot sedaj, ko si vsak poklic posebej išče ustrezno pozicijo in priznanje v družbi. Čimprej se bomo zavedli, da je vsak poklic v zdravstvenem sistemu le eden izmed členov verige, ki je čvrsta le toliko, kolikor je čvrst njen posamezni člen in da k ozdravljenju pacienta prispevajo prav vsi, tem hitreje bodo lahko medicinske sestre v prihodnje prevzele nove naloge. Ena izmed takih nalog je zagovornišтво kot specifični vzorec njihovega dela.

Medicinske sestre pogosto menijo, da je koncept zagovornišтва in pomoč pacientom, da sprejmejo odločitve, v nasprotju s konceptom negovanja. V bistvu pa je razlika odvisna le od etičnih načel in volje posameznika, ki prevzame to vlogo. Medicinske sestre so zato dolžne posredovati pacientu znanje, ki ga le-ta potrebuje za izbiro in sodelovanje v odločanju ter mu zagotavlja svobodo. Argument za nov koncept je predvsem ta, da so medicinske sestre nenehno v stiku s pacientom in njegovo družino in to jim mora pomeniti vrednoto. Za izvajanje navedenega koncepta je potrebno posebno izobraževanje, ki bo medicinskim sestram omogočalo, da bodo obvladale takšno komunikacijo in spretnosti ter razvile etiko, kar jim bo omogočilo soočanje s problemi znotraj te vloge.

Vendar pa medicinske sestre še vedno niso dovolj vplivne znotraj zdravstvenega sistema, da bi to vlogo prevzele.

Vse pomembnejše postaja tudi zavedanje lastnih pristojnosti, ki nam jih daje določena stopnja izobrazbe, z njimi povezani odgovornost in pravica odločanja v vseh razsežnostih. Odgovornost tudi pri nas vzporedno z razvojem profesije dobiva svojo razsežnost. Dobro moramo razmisliti, kaj odgovornost pravzaprav pomeni v praksi.

Zato je nujna zakonska ureditev dejavnosti zdravstvene nege, saj tudi naša družba pričakuje, da bodo zaposleni na tem področju lahko ustrezno izpolnjevali odgovorno vlogo ob čedalje večjih strokovnih zahtevah in pričakovanih ljudi. Zakon o dejavnosti zdravstvene nege bo v korist tako uporabnikom, ki bodo zaščiteni pred nestrokovno opravljenimi storitvami, kot tudi izvajalcem zdravstvene nege, da bodo zagotavljali kakovostne intervencije zdravstvene nege. Zakon naj bi tudi spodbujal razvoj stroke ter omogočal doseči strokovnost, identiteto in družbeni položaj izvajalcev zdravstvene nege ter jim zagotovil ustrezen socialno-ekonomski položaj.

Še vedno smo država v tranziciji, ki si prizadeva za posodobitev in evropeizacijo zdravstvenega sistema in ko je na pohodu liberalni kapitalizem, v katerem prevladuje vsesplošna konkurenčnost, ko denar marsikje pomeni vse, ko ima vse, tudi prijazna beseda, svojo ceno in ko marsikomu prijateljstvo pomeni bolj malo ali pa celo meni, da ga je možno kupiti.

Zato si moramo prav vsi prizadevati za dobre medosebne odnose in poudarjati pomen komunikacije v odnosih med ljudmi, ki so pogosto neskončno zapleteni. Čeprav je res, da imajo nekateri od nas več talenta za ustvarjanje dobrih odnosov z drugimi, drugi manj, to nikakor ni nedoumljiva skrivnost ali nedosegljiva večšina, ampak naravnost do ljudi, ki jo lahko zavestno izberemo, in spretnost, ki se je lahko naučimo.

Razvoj tehnologije gre bliskovito naprej, odnosi med ljudmi pa ostajajo nespremenjeni ali celo nazadujejo, namesto da bi napredovali. Zavedati se moramo pomena medosebnih odnosov, ki postajajo vse pomembnejši in morda se bo, širše gledano, okrog njih vrtelo novo tisočletje. Vsi si želimo biti cenjeni, upoštevani, priljubljeni, sprejeti, sproščeni, svobodni... Eni bolj eno, drugi bolj drugo, eni na tak, drugi na drugačen način. Tega si želimo med seboj, v odnosu do zdravnikov in drugih sodelavcev, tega si želijo tudi pacienti in njihovi svojci.

Tudi medicinske sestre so vse pogosteje pod drobnogledom pacientov in niso redke pritožbe v zdravstvenih zavodih zaradi njihovega neljubeznivega odnosa, zaradi prekoračitve kompetenc ali nestrokovnega ravnanja. Medicinske sestre bodo zato morale prevzeti odgovornost za pacienta kot človeka ter soodgovor-

nost za humanizacijo zdravstvene službe in za varstvo vseh pacientovih pravic ali pravic njegovih svojcev ali zanj pomembnih drugih. Vsa prizadevanja morajo biti usmerjena v pridobivanje ugleda poklica medicinske sestre in zdravstvenega tehnika.

Proces zdravstvene nege kot temeljna metoda dela medicinskih sester omogoča, da medicinske sestre neprekinjeno ugotavljajo pacientove potrebe in jih nenehno vrednotijo. Pacient je celovita in avtonomna osebnost, ki zahteva spoštovanje. Medicinske sestre, bolj kot drugi strokovnjaki, imajo dostop do varovanja v vsakem stanju njegovega zdravja ali bolezni. Edinstvenost te zveze med medicinsko sestro in pacientom temelji na medsebojnem zaupanju, razumevanju in vsakodnevnih odnosih. Prizadevanja po celostni in k pacientu usmerjeni obravnavi se morajo torej nadaljevati.

Sklep

Ko želimo odgovoriti na vprašanje, kam gre slovenska zdravstvena nega, se pojavljajo tudi druga vprašanja.

Ali se razvija dovolj hitro? Ali sledimo vsem usmeritvam tistih mednarodnih institucij, katerih člani smo? Ali bomo medicinske sestre in zdravstveni tehniki kdaj dosegli družbeno priznan status in ekonomsko ustrezno vrednotenje svojega dela? Ali bomo sploh kdaj sodelovali in soodločali v zdravstveni politiki? Ali bomo lahko učili bodoče medicinske sestre o tistih vsebinah, ki so za njihovo delo in za opravljanje kakovostne zdravstvene nege zares potrebne? Ali se nam vendarle ne bo potrebno vedno znova dokazovati, utemeljevati in začenjati zopet na začetku poti, ko se zamenjajo politična usmeritev in interesi ali pa se zamenjajo tisti ljudje, ki imajo moč in vpliv?

Seveda ni možno natančno opisati smeri razvoja slovenske zdravstvene nege, saj so predvidevanja glede prihodnosti prezahtevna in v tranzicijskem obdobju nepredvidljiva. Odgovore nam bodo dali tisti, ki danes začenjajo svojo poklicno pot in se v šolskih klopeh seznanjajo z vso razsežnostjo zdravstvene nege. Ali kot je zapisala prof. dr. Martha Rogers leta 1966: »Zgodba o zdravstveni negi je veličasten ep o pomoči človeštvu. Pripoveduje o ljudeh: kako se rodijo, živijo in umirajo; o zdravju in bolezni; o radosti in žalosti. Njeno poslanstvo je prenašanje znanja v pomoč človeku. Zdravstvena nega je sočutna skrb za ljudi. Je srce, ki razume, in so roke, ki blažijo. Je razum, ki združuje mnogo naučenega v pomoč s polno vsebino. Za študente zdravstvene nege je prihodnost bogata z kladnica daljnosežnih možnosti – okrog tega planeta in proti nadaljnjim dosežkom človekovih odkrivanj novih svetov in novih idej. Njihovo poslanstvo je zadovoljevanje zdravstvenih potreb ljudi, ki jim je ta veda že dolgo posvečena.«

Literatura

- Breznik M. Dvomljev obstoj zdravstvenih domov. Maribor: Večer: 25. 5. 2001: leto LVII, št. 118: 11.
- Clark DJ. Accountability in nursing. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.
- Marilli R, Šlajmer-Japelj M. Patient empowerment and health care reform. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.
- Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004. Uradni list Republike Slovenije št. 49/2000. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 1–12.
- Vuga S. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 133–6.

mag. Bojana Filej, viš. med. s., univ. dipl. org.,
Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,
Ul. talcev 9, 2000 Maribor