

STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V REPUBLIKI SLOVENIJI ZA OBDOBJE OD 2011 DO 2020: POVZETEK

NURSING AND HEALTH CARE DEVELOPMENT STRATEGY WITHIN THE
HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA

(2011–2020): SUMMARY

Saša Kadivec, Brigita Skela Savič, Zdenka Kramar,

Darinka Zavrl Džananović, Branko Bregar

Opombe:

Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 je bila imenovana s strani ministra, pristojnega za zdravje, s sklepom št. 162 - 26/2010/2 z dne 21. 12. 2010 v sestavi: viš. pred. dr. Saša Kadivec, predsednica, pred. mag. Branko Bregar, Irena Buček Hajdarevič, Jelka Černivec, Martina Horvat, Darinka Klemenc, Zdenka Kramar, pred. Gordana Lokajner, mag. Olivera Masten Cuznar, izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, pred. mag. Zdenka Tičar, Darinka Zavrl Džananović.

Strategija je bila potrjena na 66. seji Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego in na 5. seji Zdravstvenega sveta 25. 10. 2011. Objavljen je povzetek strategije. Celotni dokument je dostopen na spletni strani Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice – Zveze).

V tem dokumentu uporabljeni izrazi za poklice v zdravstveni negi so ne glede na žensko ali moško slovnično obliko uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.

viš. pred. dr. Saša Kadivec, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.; Klinika Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; Golnik 36, 4204 Golnik

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org.; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice
Kontaktni e-naslov/Correspondence e-mail: bskelasavic@vszn-je.si

Zdenka Kramar, dipl. m. s.; Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, 4270 Jesenice

Darinka Zavrl Džananović, dipl. m. s.; Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.; Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1000 Ljubljana

Uvod

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 opredeljuje vizijo, izhodiščne usmeritve in strateške cilje razvoja zdravstvene nege. Predstavlja temeljni razvojni dokument dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki je hkrati okvir in podlaga za pripravo vseh drugih dokumentov razvojnega načrtovanja. V dokumentu so opredeljena področja, ki so skupna in pomembna za delovanje in razvoj zdravstvene nege in oskrbe na vseh nivojih zdravstvenega varstva in v vseh delovnih okoljih.

Terminološka razlaga uporabljenih pojmov

- ZDRAVSTVENA DEJAVNOST obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev (Zakon, 2005a).
- ZDRAVSTVENA NEGA zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovornišтво, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (Definition, 2010).
- ZDRAVSTVENA OSKRBA zajema oskrbo in podporo akutno in kronično bolnih, rehabilitacijo, odkrivanje primerov bolezni, ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni in invalidnosti, zdravstveno nego in zdravstveno vzgojo (Cibic, et al., 1999). Namenjena je posamezniku v vseh starostih.
- DOLGOTRAJNA OSKRBA je dejavnost, ki med seboj povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva z namenom zagotoviti učinkovito pomoč ljudem, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb invalidnosti ali splošne oslabelosti pri izvajanju temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti delno ali popolnoma odvisni od pomoči drugih v daljšem časovnem obdobju (Resolucija, 2008).
- NOSILKA DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE v Republiki Sloveniji je v skladu z navedenimi izhodišči diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik. V luči razvoja profesije se podpira strokovni, karierni in akademski razvoj nosilk/-cev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, kar se udejanja skozi temeljno izobraževanje na 1. bolonjski

stopnji, podiplomsko izobraževanje na 2. in 3. bolonjski stopnji ter vseživljenjsko učenje. V skladu z evropsko prakso ima nosilka dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe za uresničevanje ciljev delovanja strokovno sodelavko. Do sedaj sprejeti in uporabljeni nazivi so: srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, zdravstveni/-a tehnik/-ca, tehnik/-ca zdravstvene nege, srednja medicinska sestra/srednji medicinski tehnik. Posamezniki z navedeno izobrazbo, doseženo na srednješolski ravni, se v skladu s poklicnimi kompetencami in aktivnostmi vključujejo v izvajanje zdravstvene nege. Podlaga za njihov delokrog so »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi« (Železnik, et al., 2008).

Vizija

Želimo sodobno, na dokazih temelječo zdravstveno nego in oskrbo, ki bo osredotočena na potrebe pacienta, družine in širše družbene skupnosti. Temeljna usmeritev delovanja zdravstvene nege je kakovostna, varna, učinkovita in humana zdravstvena nega. Zdravstvena nega bo lahko dala ustrezne odgovore na potrebe zdrave in bolne populacije skozi naslednje izhodiščne usmeritve:

1. spodbujanje in razvijanje vertikalnega in horizontalnega izobraževanja s ciljem akademizacije profesije za potrebe razvoja stroke in kakovostnega visokošolskega poučevanja;
2. prevzemanje odgovornosti s strani menedžmenta zdravstvene nege na področju upravljanja znanja zaposlenih, izgradnje na dokazih podprtega delovanja, razvoja raziskovalne in razvojne dejavnosti in poznavanja širšega družbenega okolja, v katerem deluje zdravstveni sistem; menedžment mora delovati na osnovi znanj iz vodenja, večšin upravljanja, imeti mora etično odgovornost do razvoja profesije in njene širše vpetosti v družbeni prostor v državi in izven;
3. izvajanje aktivnosti za zviševanje stopnje izobrazbe v zdravstveni negi in oskrbi s ciljem doseganja večje avtonomije poklica, kar je pogojeno z razvojem podiplomskih znanj, kot so specializacije v zdravstveni negi in kontinuirana strokovna izobraževanja v obliki specialnih znanj, ter z vzpostavljenimi vsemi tremi bolonjskimi stopnjami študija zdravstvene nege;
4. spodbujanje in razvijanje kliničnega, aplikativnega in temeljnega raziskovanja ter na dokazih podprte prakse zdravstvene nege in oskrbe; v ta namen je potrebno na nacionalni ravni oblikovati razvojnoraziskovalno skupino

za razvoj in implementacijo smernic, protokolov ter priporočil klinične prakse in raziskovanja ter razvojnih interesnih področij raziskovanja ob upoštevanju etičnih načel;

5. razvijanje vloge dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v sodobni družbi na vseh segmentih delovanja zdravstvenega sistema, zdravstvene informatizacije, zdravstvene politike in zdravstvene zakonodaje.

Strategija

Strateška področja razvoja, ki so pomembna za delovanje in razvoj zdravstvene nege in oskrbe, so: izobraževanje, menedžment in vodenje, informatizacija, pravna ureditev, razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. V strategiji so podani opisi sedanjega stanja na posameznih področjih, izhodišča, vizija razvoja, strateški cilji, prioritete in predvidene aktivnosti za doseganje ciljev.

Strategija izobraževanja

Izhodišča

Republika Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo (EU) zavezala tudi k spoštovanju direktive EU za regulirane poklice 2005/36/EC, kjer so opredeljeni minimalni kriteriji za izobraževanje poklicev: zdravnik, zobozdravnik, farmacevt, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica, veterinar, arhitekt. Študija »Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033« (Albreht, 2004) je dala oprijemljiva izhodišča glede razumevanja ustreznega izobraževanja medicinskih sester v Republiki Sloveniji ob vstopu v EU. EU določa minimalne zahteve za šolanje in usposabljanje medicinskih sester, kar naj bi omogočilo prosto gibanje, hkrati pa to pomeni tudi priporočilo glede usklajevanja izobraževanja. Zahteve vključujejo naslednja dva sklopa:

1. splošno temeljno izobrazbo v trajanju najmanj deset let, ki se konča z diplomom, spričevalom ali drugo ustrezno formalno izobrazbo, ki jo podeli pooblaščen ustanova v državi članici, ali spričevalo, izdano na podlagi ustreznega kvalifikacijskega izpita, ki opredeli ustreznost kandidata/-ke za vpis v ustrezno šolo za medicinske sestre (Direktiva 77/453/EGS (Direktiva, 1977) in Direktiva 89/595/EGS, člen 2(B) (Direktiva, 1989)), in
2. posebej opredeljeno izpopolnjevanje v polnem delovnem času, ki mora zajeti predmete, opredeljene v Prilogi k Direktivi, in sicer znotraj

triletnega izobraževanja ali 4.600 ur teoretičnega in kliničnega pouka (Direktiva 77/453/EEC in 89/595/EEC, člen 2(B)).

Iz take opredelitve Albreht (2004) zaključuje, da je jasno, da takim zahtevam lahko zadostijo samo tiste medicinske sestre v Republiki Sloveniji, ki so že (oziroma bodo) dokončale program za poklic diplomirane medicinske sestre. Nedvomno v tako postavljene zahteve ni moč uvrstiti tehnikov zdravstvene nege.

Za tisko strokovno sodelavko diplomirani medicinski sestri/diplomiranemu zdravstveniku je predvidena usposobljena srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, ki se izobražuje po programu zdravstvena nega, ki je bil sprejet na Strokovnem svetu RS za poklicno in strokovno izobraževanje (Uradni list Republike Slovenije št. 53/2008).

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (Resolucija, 2008) narekuje, da je potrebno pri vseh izvajalcih zdravstvenega varstva predvideti specializacije, ki bodo zadovoljile spremenjene zdravstvene in družbene potrebe ter sledile razvoju posameznih profesionalnih področij. Skladno z Resolucijo je potrebno predvideti tudi nove profile – npr. usklajevalec odpusta po zdravstveni obravnavi v zdravstveni instituciji. Potrebno je spodbuditi in razviti različne karijerne poti za izvajalce zdravstvene nege in skladno s tem razvoj kliničnih specializacij. Slednje potrebujemo tudi zaradi prenosa aktivnosti z zdravnikov na diplomirane medicinske sestre, zaradi potreb starajoče se populacije, stremljenja k celostni (integrirani zdravstveno-socialni) dolgotrajni oskrbi v domačem okolju in drugje (koordiniranje področja), razvoja znanosti in tehnologije (zahtevnost delovnih mest) ter racionalizacije dela drugih strokovnjakov (npr. vodenje in upravljanje je v razvitem svetu v pristojnosti ustrezno usposobljenih medicinskih sester), tudi večje samostojnosti pri delu (npr. vodenje pacientov z urejenimi kroničnimi obolenji).

Vizija izobraževanja

Znanje diplomiranih medicinskih sester mora slediti potrebam, ki izhajajo iz potreb zdrave in bolne populacije. Znanja, pridobljena v okviru formalnega dodiplomskega izobraževanja, formalnega podiplomskega izobraževanja in kontinuiranega vseživljenjskega profesionalnega izobraževanja, jim morajo omogočiti razvoj kompetenc in sposobnosti za:

- samostojno ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege in oskrbe s pomočjo procesne metode dela;
- izvajanje celostne zdravstvene obravnave v skladu s formalno pridobljenimi kompetencami na vseh treh nivojih visokošolskega in drugega

- podiplomskega izobraževanja, ki bo temeljila na preprečevanju bolezni, zgodnjem odkrivanju le-teh ter zdravstvenovzgojnem delu in promociji zdravja v družbi;
- uporabo kritičnega mišljenja in veščin za reševanje problemov;
 - uporabo trezne klinične presoje in sprejemanje odločitev v različnih poklicnih kontekstih in v kontekstih zagotavljanja zdravstvene nege in oskrbe;
 - načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene obravnave in intervencij v sodelovanju z zdravniki in drugimi strokovnimi sodelavci v zdravstvenem timu;
 - spodbujanje samooskrbe pacienta ob sodelovanju svojcev in celotne družbe ter krepitev sposobnosti domačega in družbenega okolja, kamor se pacient vrača;
 - prenos znanja in izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter sodelovanje v izobraževanju drugih sodelavcev v zdravstveni obravnavi in oskrbi;
 - prevzemanje odgovornosti za raziskovalno in razvojno delo ter delo, ki temelji na dokazih;
 - prevzemanje menedžerskih in vodstvenih mest.

Strateški cilji na področju izobraževanja

1. Izobraževanje za poklic medicinska sestra je izobraževanje najmanj na visokošolskem strokovnem programu (VS) zdravstvene nege, ki je usklajeno z direktivo EU. Direktiva postavlja minimalne kriterije, regulatorji v Republiki Sloveniji (Ministrstvo za zdravje (MZ), Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo (MVZT), Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS), Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza)) morajo regulirati in postaviti standarde kakovosti za področje visokošolskega izobraževanja na vseh treh bolonjskih stopnjah ter standarde na področju srednješolskega izobraževanja (Ministrstvo za šolstvo in šport). Standardi za izvajanje izobraževanja na VS-programu zdravstvene nege morajo glede na starost direktive presegati minimalne zahteve direktive in morajo biti odraz potreb po znanjih in sposobnostih, ki jih v slovenskem zdravstvenem sistemu potrebuje diplomirana medicinska sestra na vseh treh nivojih zdravstvene obravnave. Zahteve na področju izobraževanja opredelijo nadzorniki in varuhi direktive v državi (MZ, MVZT, NAKVIS, Zbornica – Zveza).

Pristojni organi (MZ, Zbornica – Zveza) naj na osnovi državne študije opredelijo potrebe po

kadrih na področju zdravstvene nege in oskrbe za najmanj petnajstletno obdobje in načrt vpisnih mest za srednješolsko in visokošolsko izobraževanje. Študija potreb naj opredeljuje potrebe na naslednjih področjih: srednješolsko izobraževanje, visokošolsko izobraževanje s področja zdravstvene nege, strokovni magisterij s področja zdravstvene nege, specializacije s področja zdravstvene nege, doktorati s področja zdravstvene nege. Študija naj predlaga tudi mrežo šol v Republiki Sloveniji in število vpisnih mest za sekundarno in terciarno izobraževanje. MVZT, NAKVIS, MZ, Zbornica – Zveza naj predpišejo orodja za presojo kakovosti izobraževalnih procesov EU za reguliran poklic in izvajanja klinične prakse v kliničnih okoljih, pa tudi presojo usposobljenosti diplomanta v kliničnem okolju.

Merila NAKVIS je za prvo in ponovno akreditacijo visokošolskega zavoda ter programa potrebno dopolniti z vidika kazalnikov na področju izobraževanja reguliranih poklicev. Pristojni organi (MZ, NAKVIS, Zbornica – Zveza) naj na osnovi državne študije določijo mrežo visokošolskih zavodov za izobraževanje na osnovi ocene zmogljivosti in kakovosti izobraževanja na posameznem visokošolskem zavodu. MZ naj pristopi k izvajanju dogovorov iz junija 2008 v zvezi z določbami »Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod«.

Z vidika izvajanja študijskega programa naj se oceni: usposobljenost in ustreznost visokošolskih učiteljev (izobrazba, habilitacija), transparentnost podatkov o izvajanju programa (nosilci predmetov, opisi predmetov, predpisana literatura, ocenjevanje znanja idr.), klinična okolja, kjer visokošolski zavod izvaja klinično usposabljanje, število kliničnih mentorjev, razmerje med številom študentov in številom kliničnih mentorjev za izvajanje kliničnega usposabljanja na vseh nivojih zdravstvenega varstva v RS (zahteva se en mentor na enega študenta), kontinuirano izobraževanje in izpopolnjevanje kliničnih mentorjev, spremljanje študenta na klinični praksi, samoevalvacija pedagoškega dela idr.

Na področju razvojnega in raziskovalnega dela, ki je osnova za razvoj profesije, naj se ocenjuje usposobljenost šole na naslednjih področjih: razvoj novih programov, ki so družbeno potrebni; izvajanje razvojnih projektov, ki so usmerjeni v razvoj profesije in izboljševanje pedagoškega dela; aktivno raziskovalno delo doma (Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije – ARRS: uspešnost, točke in citati raziskovalne

skupine, uspešnost na razpisih ministrstev) in v tujini (razpisi EU); mednarodno sodelovanje v obliki mednarodnih izmenjav učiteljev in študentov; skupni razvojni in raziskovalni projekti. Pomemben kazalnik je priprava študijskega gradiva v obliki učbenikov in skript idr. Pri tem naj se upoštevajo tudi merila NAKVIS za ponovno akreditacijo šole in programa, ki jih mora izpolnjevati visokošolski zavod.

Visokošolski zavod mora slediti zaposljivosti diplomantov, zagotavljati mora kontinuirano izobraževanje visokošolskih učiteljev, kliničnih mentorjev, delež zaposlenih visokošolskih učiteljev v zavodu mora presegati delež tistih, ki delajo po avtorskih pogodbah. Spremlja naj se delež vključevanja visokošolskih učiteljev iz visokošolskega zavoda v delo s študenti v kliničnem okolju ter odzivnost visokošolskega zavoda na potrebe kliničnega okolja (znanja, veščine, nove vsebine v programu). Ocenjuje naj se delo kateder in uspešnost na področju raziskovanja in razvoja. Spodbuja naj se dopolnilno zaposlovanje strokovnjakov iz kliničnega okolja in kombinirano zaposlovanje do 100 % med zdravstvenim in visokošolskim zavodom.

2. Predlagamo, da Ministrstvo za področje srednjega šolstva vpis za izobraževanje na srednješolskih strokovnih in poklicnih programih postopoma znižuje glede na v stroki zastavljeno piramido obračanja zaposlenih v zdravstveni negi v korist diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v razmerju 70 : 30. Prav tako je potrebno postopoma zamenjati bolničarje negovalce za tehnike zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih in drugod, bolničarje pa je potrebno dodati v tim patronažne medicinske sestre.

Določiti je potrebno obseg srednješolskega izobraževanja na osnovi državne študije potreb po kadrih na tem nivoju izobraževanja in kazalce kakovosti za izvajanje le-tega. Maturant programa naj bo usposobljen za strokovnega sodelavca diplomirani medicinski sestra na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva. Potrebno je enotno poimenovanje delovnih mest v državi, za katera je potrebna peta stopnja izobrazbe zdravstvene smeri. Potrebna je sprememba poklicnega standarda, kjer je potrebna sprememba strokovnega naslova srednja medicinska sestra v zdravstveni tehnik (naziv medicinska sestra je rezerviran za nosilko dejavnosti). Takšno poimenovanje je primerljivo z državami OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development), kjer imajo nekatere države profil zdravstveni asistent. Redni in izredni vpisi za ta profil naj se zmanjšata na podlagi podatkov o brezposelnih s to izobrazbo in na podlagi državne študije potreb po srednješolskem izobraževanju na

področju zdravstva, izobraževanje naj poteka le v srednjih zdravstvenih šolah, ne pa tudi v ljudskih univerzah, zasebnih zavodih idr. Upošteva naj se tudi vidik ogroženosti varnosti pacienta, saj dijaki prekomerno obremenjujejo klinična okolja glede na potrebe po zaposlovanju. Vpis na letni ravni je potrebno postopoma zmanjševati tudi glede na usmeritve OECD, po katerih se mora število strokovnih sodelavcev s srednješolsko izobrazbo zdravstvene smeri v kliničnih okoljih zmanjšati na največ 30 % vseh kadrov.

Bolničar negovalec naj se ne zaposluje na področju zdravstvene nege. Po končanem izobraževanju naj bo cilj večine redno vpisanih dijakov, da nadaljujejo poklicno tehnično izobraževanje (3 + 2); kandidati, ki zaključijo izredno izobraževanje, pa imajo možnost zaposlitve v socialnih in drugih zavodih. Na primarnem nivoju je naš cilj, da bolničar negovalec zaradi vedno večjih zahtev pacienta postopoma nadomesti laičnega oskrbovalca na domu. S področjem socialne oskrbe je potrebno iskati povezave in stičišča, kjer se izvajalci zdravstvene nege in socialne oskrbe srečujejo, zlasti v domačem okolju. Temu bo potrebno posvetiti več pozornosti pri oblikovanju novega Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (Predlog, 2010).

3. V Republiki Sloveniji na področju zdravstvene nege in oskrbe bolj kot horizontalno podpiramo vertikalno izobraževanje, saj je preko rednih izobraževalnih poti več kot dovolj možnosti za vertikalno nadgrajevanje strokovnih znanj, za celovit strokovni, karierni in osebnostni razvoj. Tako tudi ne podpiramo nacionalnih poklicnih kvalifikacij (NPK), bolj specialna znanja.

4. Pristopiti je potrebno k mednarodno primerljivemu razvoju kliničnih specializacij za medicinske sestre kot oblike podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi, ki bo podlaga za prenos poklicnih aktivnosti in kompetenc med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tudi za samostojno delo diplomiranih medicinskih sester (Laurant, et al., 2009). Določiti je potrebno prioriteta področja razvoja in standarde za razvoj programov za klinične specializacije, regulacijo izobraževanja naj izvajata Zbornica – Zveza in MZ, ter opredeliti obveznosti delodajalcev do specializantov. V prioritetenem razvoju naj bodo klinične specializacije na naslednjih področjih zdravstvene nege in oskrbe: gerontologiji, psihiatriji, pediatriji, patronažni dejavnosti, anesteziologiji in intenzivni terapiji, onkologiji, zdravstveni negi pacienta s kroničnimi bolezenskimi stanji, paliativni oskrbi, preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb, medicini dela, enterostomalni

terapiji idr. Potrebe po kliničnih specializacijah je potrebno opredeliti glede na demografske podatke in primerljivost z državami EU in OECD, kar naj bo predmet državne študije. Čas trajanja kliničnih specializacij mora biti vsaj eno leto do največ treh let. Klinične specializacije in magisteriji s področja zdravstvene nege so v skladu z opredelitvijo ICN (International Council of Nurses) in OECD napredna znanja v zdravstveni negi, »*advanced level*« (ICN, 2005; Delamaire, Lafortune, 2010), kar omogoča delovanje na zahtevnejših delovnih mestih v zdravstveni negi. Specializanti naj del teoretičnih vsebin pridobijo na magistrskih študijih zdravstvene nege s strokovnimi izbirnimi predmeti, ki se jim ob morebitnem nadaljevanju študija na drugi bolonjski stopnji tudi priznajo v okviru doseženih ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System).

5. Za diplomirane medicinske sestre in izvajalce zdravstvene nege in oskrbe s srednješolsko izobrazbo je potrebno po obsegu in vsebini opredeliti specialna znanja v zdravstveni negi, in sicer znanja, pridobljena v obliki kontinuiranega profesionalnega izobraževanja za zagotavljanje kontinuiranih znanj v neposrednem delovnem okolju, ki niso povezana s prenosom poklicnih aktivnosti, temveč omogočajo strokovno delo in razvoj posameznika na določenem strokovnem področju ter so odgovornost delodajalca, prav tako pa mora posameznik pokazati interes in odgovornost za pridobivanje novih znanj. Specialna znanja omogočajo horizontalni razvoj znanj na specialnih področjih, regulirana morajo biti s strani Zbornice – Zveze, ki opredeli njihove minimalne kriterije. Specialna znanja so javno veljavna, imajo preverjene vsebine, so kreditno ovrednotena in se lahko upoštevajo pri specializacijah.
6. Potreben je razvoj vertikale izobraževanja v zdravstveni negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege. Magistranti in doktorandi bodo v sistem zdravstvenega varstva po zgledu študije OECD prinesli nova znanja (Delamaire, Lafortune, 2010), ki jim bodo omogočala prevzem dela na razvojnem in raziskovalnem področju ter dela v kliničnem okolju. Cilj vzpostavljanja tovrstnega izobraževanja ne sme biti »beg od bolniške postelje«, temveč integriran razvoj kliničnega dela. Magistricе zdravstvene nege bodo usposobljene za prevzemanje odgovornosti za sistematično spremljanje kliničnega dela (aplikativno in akcijsko raziskovanje, spremljanje in izboljševanje kliničnega dela), vodenje timov za izboljševanje klinične prakse, bodo pobudnice sprememb in izboljšav, mentorice študentom in visokošolske učiteljice na prvi bolonjski stopnji.

Doktorice zdravstvene nege bodo usposobljene za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav, za postavitev standardov, smernic, teorij in razvoja novih pristopov v zdravstveni obravnavi, zadolžene bodo za raziskovanje in povezovanje potreb kliničnega okolja in temeljnega znanja profesije, imele bodo pogoje za nosilke prijav razpisov na ARRS in EU in bodo visokošolske učiteljice predvsem na drugi in tretji bolonjski stopnji.

Oba profila bosta vključena v neposredno klinično prakso in delo s pacienti. Ob tako opisanem konceptu integracije magistric in doktoric zdravstvene nege v klinično okolje lahko zdravstveni sistem pričakuje povečanje spodbud za spremljanje in izboljševanje dela določene stroke. Poleg tega sta oba profila izjemnega pomena za zagotavljanje lastnega kadra v visokoškolskem izobraževanju, saj direktiva EU navaja, da morajo biti nosilci in izvajalci predmetov za področje zdravstvene nege habilitirani visokošolski učitelji zdravstvene nege. V Republiki Sloveniji moramo usposobiti visokošolske učitelje na področju zdravstvene nege, zato morajo obstoječe visoke šole s programi zdravstvene nege na drugi in tretji bolonjski stopnji študija zdravstvene nege te programe izvajati z vključevanjem učiteljev s tujih univerz, kjer sta magistrski in doktorski študij zdravstvene nege že razvita. To je edino zagotovilo, da bo Republika Slovenija v prihodnosti imela dovolj visokošolskih učiteljev na področju zdravstvene nege.

7. Pri ustanavljanju visokošolskih zavodov v Republiki Sloveniji naj se upošteva izračun potreb po kadrih, ki ga pripravijo državne institucije, in kazalniki, ki so navedeni v merilih NAKVIS. Velik problem izvajanja kliničnega usposabljanja na programih prve stopnje je zagotavljanje ustreznih učnih baz na specialnih področjih zdravstvene nege in na terciarnem nivoju zdravstva, kar študentu omogoča doseganje celovitosti kompetenc za poklic. Republika Slovenija ima tri nivoje zdravstvene obravnave, v katerih delujejo diplomirane medicinske sestre, zato je potrebno zagotavljati ustrezna razmerja kliničnega usposabljanja na vseh treh nivojih. Diplomanti se zaposlujejo na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva, zato je nujno, da se na vseh treh nivojih tudi usposabljujejo. Zmogljivosti usposabljanja in s tem posredno število vpisnih mest določajo učni zavodi.
8. S ciljem zagotavljanja kakovosti terciarnega izobraževanja na področju zdravstvene nege je potrebno obstoječa merila za akreditacijo visokošolskih zavodov in visokošolskih programov v Republiki Sloveniji dopolniti s specifičnimi kazalci, ki kažejo na kadrovske in prostorske

zmogljivosti ter zmogljivost in usposobljenost učnih baz, kjer se izvaja 50 % programa.

9. V skupino strokovnjakov NAKVIS je potrebno vključiti visokošolske učitelje s področja zdravstvene nege oz. predstavnike stroke in izdelati kriterije za imenovanje recenzentov programov za področje zdravstvene nege.
10. Za nadaljnje dodeljevanje koncesij visokošolskim zavodom, ki koncesij za izvajanje programa na prvi stopnji še nimajo, je potrebno izvesti aktivnosti v točkah 1, 2. Dokler ni izvedena raziskava potreb po kadrih v zdravstveni negi, predlogi o razširitvi ali prerazporeditvi vpisnih mest niso sprejemljivi niti za redni niti za izredni študij zdravstvene nege na prvi stopnji, prav tako ne akreditacija novih magistrskih programov.
11. Redni in izredni magistrski študij naj izvaja le visokošolski zavod, ki izkazuje intenzivno raziskovalno in razvojno delo in mednarodno sodelovanje ter ima zaposlene visokošolske učitelje, dostopnost do sodobnega knjižničnega gradiva, dostop do mednarodnih baz in revij ter pomembno prispeva k razvoju profesije v državi. Akreditacija in izvajanje magistrskega študija naj bo možno šele po uspešno izvedeni prvi ponovni akreditaciji, ki jo je vsaka šola po standardih NAKVIS dolžna izvesti na vsakih sedem let. Magistrski študij naj izvajajo le šole, ki izvajajo redni študij na prvi stopnji, imajo redno zaposlene učitelje in raziskovalce, ki so mednarodno vpeti in imajo pridobljene raziskovalne projekte, pri katerih lahko delajo študenti in učitelji.
12. Za sprejemanje nadaljnjih strateških odločitev na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi je potrebno spremljati in se preko združenj in organov EU aktivno vključevati v razpravo o spremembah direktive 2005/36/ES (Direktiva, 2005), ki je v postopku dopolnjevanja od leta 2010 naprej.

Strategija menedžmenta in vodenja

Izhodišča

Medicinske sestre še vedno nimajo avtonomije niti pri delu s pacientom niti v celotni organiziranosti zdravstvene nege in oskrbe v zavodu. Lahko trdimo, da dejavnost zdravstvene nege in oskrbe še vedno ni samostojno, avtonomno strokovno področje. Prav tako zdravstvena nega ni ustrezno umeščena v sedanjo organiziranost zavodov. Vodilne medicinske sestre v zdravstveni negi in oskrbi za zasedbo delovnih mest velikokrat nimajo ustreznega znanja in kompetenc s

področja vodenja (Fakin, 2008; Skela Savič, 2002). Le nekateri zavodi imajo na področju zdravstvene nege in oskrbe opredeljene pristojnosti in odgovornosti zaposlenih z opisi delovnih mest ter jasnimi organizacijskimi predpisi ter navodili.

Danes je menedžerka v zdravstveni negi in oskrbi diplomirana medicinska sestra. Tudi v prihodnje je to nujno potrebno, poleg izobrazbe pa mora imeti dodatna menedžerska znanja, obvladovati mora smiselno in mrežno povezovanje različnih virov (človeški, tehnološki, prostorski, finančni, informacijski).

Vizija, s katero bomo oblikovali prihodnost zdravstvene nege in oskrbe, je mogoča le s pomočjo raziskovanja in inovativnega vodenja zdravstvene nege. Zavedati se moramo, da je odlično vodenje zdravstvene nege in oskrbe bistvenega pomena za zagotovitev odlične oskrbe pacientov. Le na osnovi kliničnih dokazov in s pomočjo združenj uporabnikov storitev bo politika pripravljena nameniti več sredstev za izobraževanje in zaposlovanje v zdravstveni negi, saj bo imela dokaze, da več znanja prinaša višjo kakovost dela, manj zapletov, večje zadovoljstvo uporabnikov in s tem več prihrankov pri zdravstveni obravnavi (Skela Savič, 2007). Po vzoru razvitih držav bodo vedno bolj pomembni izobraževanje, specialna znanja, klinične specializacije in delovanje na znanstvenih dokazih podprte zdravstvene nege in oskrbe. Za zagotavljanje ustrezne kakovosti, varnosti in učinkovitosti je potrebno vključiti menedžment zdravstvene nege in oskrbe v vodenje zavoda na vseh treh nivojih. Graditi in razvijati je potrebno tak koncept in orodja vodenja, ki bodo omogočali pristop od spodaj navzgor, samoiniciativnost, inovativnost, kjer bodo vodje zaposlene obravnavali kot za svoje delo odgovorne sodelavce (Munding, 2008).

Vizija menedžmenta in vodenja

Vizija raziskovanja in razvoja zdravstvene nege ter postavljena strategija njenega razvoja sta gonilni sili, ki vodita strokovnjake zdravstvene nege in jih motivirata v njihovih prizadevanjih za razvoj in nenehno uvajanje sprememb za doseganje večje avtonomije stroke ter vrednotenje njenih rezultatov.

Strateški cilji na področju menedžmenta

1. Vodenje zdravstvene nege in oskrbe mora biti avtonomno in naj bo integrirano na vse nivoje procesov zdravstvene oskrbe. Menedžerka v zdravstveni negi in oskrbi mora imeti pristojnosti in odgovornosti ter avtoriteto za vodenje integrirane, kakovostne in varne ter k doseganju uspešnih izidov usmerjene zdravstvene nege in oskrbe. Zdravstvena nega in oskrba se morata vključevati v pripravo in izvedbo strategije razvoja na vseh nivojih vodenja z vsemi ključnimi sodelujočimi v procesu, ob iskanju skupnih resursov.

2. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe mora prevzeti odgovornost za vzpostavitev razvojnoraziskovalnih timov v zdravstvenih in drugih zavodih, katerih delo naj temelji na aplikativnem in akcijskem raziskovanju ter na pregledu dokazov in prenosu najboljše prakse v neposredno delo po definiciji na dokazih podprte prakse. Zaposlenim je potrebno omogočiti karierni razvoj na področju znanstvenega razvoja stroke. Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe naj ima pomočnika za raziskovanje in razvoj, dejavnost zdravstvene nege in oskrbe pa raziskovalnorazvojni oddelek.
 - analizo nacionalnih strokovnih smernic, protokolov, priporočil in implementacijo primerljivih evropskih strokovnih smernic glede na organizacijo zdravstvenega varstva;
 - podporo delovanju nacionalne skupine za razvoj in raziskovanje;
 - zagotavljanje principov nenehnega izboljševanja sistema kakovosti in varnosti;
 - model vseživljenjskega učenja, vključno s kliničnim znanjem.
3. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe naj organizira referenčne oddelke, ambulante, enote, kjer zdravstveno nego in oskrbo večinsko izvajajo in razvijajo diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji, kliničnimi specializacijami in magistrice zdravstvene nege s svojimi strokovnimi in drugimi sodelavci. Kjer ni ustrezne kadrovske zasedbe, naj se rezultati dela primerjajo s primerljivimi oddelki.
4. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe mora razviti realna pričakovanja do znanja in kompetenc diplomantov programov prve stopnje, ki nimajo več pripravništva. Diplomant namreč v procesu izobraževanja pridobi le splošne kompetence, saj gre za izobraževanje za splošno zdravstveno nego. Delodajalci morajo diplomantom pred začetkom samostojnega dela omogočiti uvajalno obdobje, ki ne sme biti krajše od enega leta. V uvajalnem obdobju se mora diplomantu omogočiti pridobivanje specifičnih znanj in veščin ter specifičnih kompetenc, značilnih za delovno področje ter poznavanje celotne dejavnosti zavoda. Program uvajanja mora biti strukturiran, prilagojen potrebnim specifičnim znanjem v delovnem okolju in enoten v celotnem slovenskem prostoru.
5. Menedžerka zdravstvene nege in oskrbe naj si pridobi in upravlja razvojne vire (kadri, sredstva, oprema). Pripraviti je potrebno podlage, ki bodo omogočale:
 - razvoj takšnega kliničnega okolja, ki bo vplivalo na izboljšanje kakovosti na področju izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi;
 - oceno stanja in možnosti raziskovanja in razvoja v zdravstveni negi in oskrbi;
 - oceno potreb po izobraževanju in razvoju kadrov v zdravstveni negi in oskrbi na področju razvoja in raziskovanja;
 - sodelovanje s fakultetami in visokimi šolami na področju raziskovanja v zdravstveni negi;
 - promocijo dobre klinične prakse,

Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti

1. Uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi je integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda (Robida, 2009). Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo:
 - standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
 - redno merjenje kazalnikov kakovosti,
 - identifikacijo vzrokov odstopanja,
 - sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
 - upravljanje s tveganji (*risk management*).
2. MZ mora skupaj s stroko zdravstvene nege opredeliti nove kazalnike kakovosti za zdravstveno nego in oskrbo (prenos bolnišničnih okužb, postopke v zvezi z zdravili in storitvami, posebne varovalne ukrepe, register škodnih dogodkov, kazalnike kakovosti na področju zagotavljanja varnostne kulture idr.). Menedžment zdravstvene nege in oskrbe naj poleg nacionalnih kazalnikov kakovosti oblikuje in spremlja tudi lastne standarde kakovosti. Izhodišče za sistematično vodenje kakovosti in varnosti predstavlja Nacionalna strategija za kakovost in varnost 2010–2015 (Simčič, 2010). Izhodišče za delovanje sistema vodenja kakovosti predstavljajo standardi, kot so ISO 9001, ISO 14001, ISO 22000, OHSAS 18001, ISO 15189, SA 8000. Glede na potrebe naj se menedžment zdravstvene nege in oskrbe odloča še za izvedbo certifikacijskih in akreditacijskih postopkov na osnovi teh standardov (Robida, 2009).

Strateški cilji na področju razvoja zaposlenih

1. Zaposlene je potrebno razumeti kot vir konkurenčne prednosti, zato se iz funkcije nadzora vodenje usmerja v razvijanje sposobnosti zaposlenih. Razvoj kadrov bo osredotočen na posameznika, integriran bo v kompleksen proces in se bo nanašal na celotno osebo zdravstvene nege in oskrbe.

2. Vodilne medicinske sestre zavoda morajo imeti znanje s področja menedžmenta in znanje na področju sodobnega vodenja. Kritično razmišljanje in analiziranje organizacijskih postopkov glede na dokaze je ena od ključnih sposobnosti, ki jih vodja potrebuje. Izobrazba vodilnih medicinskih sester mora dosegati najmanj 2. stopnjo bolonjskega programa, pri čemer mora biti 1. stopnja s področja zdravstvene nege.
3. Potrebna je postopna zamenjava v kadrovski strukturi dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih v korist diplomiranih medicinskih sester, predvsem na tistih delovnih mestih, kjer zahtevnost zdravstvene obravnave zahteva VII. stopnjo izobrazbe. Iz načrta kadra v zdravstveni negi in oskrbi mora biti razviden letni načrt povečanega zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester in sofinanciranja izobraževanja obstoječega srednješolsko izobraženega kadra na visokošolskih programih zdravstvene nege.
4. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe skupaj z drugimi člani vodstva zavoda opredeli dejanske potrebe po diplomiranih medicinskih sestrah v skladu s kadrovske normativi iz leta 2005, pri čemer naj upošteva dokumente, sprejete na RSKZN (Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego), potrebe procesa dela ter zahtevnost zdravstvene obravnave za vse tri nivoje zdravstvenega varstva. Ta delovna mesta naj tudi sistemizira.
5. Zdravstveni svet MZ naj sprejme kadrovske normative za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe za vse tri nivoje zdravstvenega varstva.
6. Za strateški razvoj kadrov v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe morajo biti izdelani individualni razvojni načrti posameznika, v katerih naj se opredeli tiste srednjeročne in dolgoročne potrebne sposobnosti, znanja, veščine in izkušnje, ki so nujni za doseganje strateških ciljev stroke.
7. Razvijanje perspektivnih kadrov bo potekalo v dveh smereh, na področju stroke in na področju vodenja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. S takim načinom bo doseženo horizontalno in vertikalno napredovanje zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe.
8. Za uspešno in učinkovito delovanje zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov bo ključno, da bo zavod imel ustrezen kader, zato je nujno vlagati v razvoj kadrov. V želji pritegniti vrhunske strokovnjake se bodo pri zaposlovanju izvajali selekcijski intervjuji. Za razvoj kadrov se bodo izvajali letni razgovori, ki bodo zagotavljali sistematičen in

stalen strokovni, delovni in osebnostni razvoj zaposlenih, skladen z zahtevami dela. Izvajalo se bo načrtno izpopolnjevanje pri upravljanju z znanjem (merjenje učinkov izobraževanja, načrtno, usmerjeno izobraževanje, usklajeno s potrebami dela). Razvijalo in izpopolnjevalo se bo sodelovanje z relevantnimi izobraževalnimi ustanovami za dodiplomski in podiplomski študij v državi in izven nje.

9. V zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih s statusom učne baze ter v visokošolskih zavodih naj se spodbuja kombinirano zaposlovanje tako kliničnih mentorjev kot visokošolskih učiteljev. Tak način predstavlja odlično orodje za večjo skladnost med teorijo in prakso zdravstvene nege in oskrbe ter pripomore k razvijanju raziskovalnega dela, ki je pogoj za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege (Skela Savič, 2010).

Strategija informatizacije

Izhodišča

Slovenska zdravstvena informatika sledi usmeritvam EU, ki so začrtane v akcijskem načrtu za e-zdravje (e-Health, 2004) vendar v zdravstveni sistem vstopajo prepočasi, postopoma in po segmentih. V sklopu strategije informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema (Kodele, 2010) je predvidena tudi informatizacija zdravstvene nege. Trenutno je področje zdravstvene nege in oskrbe informacijsko slabo pokrito in nedorečeno. Večina dokumentacije v zdravstveni negi in oskrbi je še vedno v papirnati obliki. Na področju dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe se na eni strani srečujemo z informacijskimi rešitvami, ki so bile razvite znotraj zdravstvenih ustanov izključno za lastne potrebe, in z informacijskimi sistemi na drugi strani, ki so prilagojeni predvsem potrebam zdravstvenega zavarovanja in le delno zdravstveni statistiki.

Vizija informatizacije

Vizija informatizacije zdravstvene nege je razvoj uporabnikom prijazne in sodobne informacijske podpore vsem procesom v zdravstveni negi in oskrbi. Informatizacija zdravstvene nege in oskrbe se razvija in deluje skladno z nacionalno strategijo e-zdravje (Kodele, 2010).

Vpeljava informacijske tehnologije v zdravstveni negi in oskrbi bo omogočila izboljšanje beleženja, spremljanja, analiziranja in odločanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter uspešen nadaljnji razvoj stroke. Dosežena bo razbremenitev zaposlenih, ki bo pripomogla k večjemu zadovoljstvu. Zmanjšal se bo obseg administrativnega dela, ustvarjen bo

prihranek časa, več ga bo namenjenega pacientu, iskanju konsenzov, izobraževanju. Informacijska podpora bo prispevala h kakovosti in izboljšala učinkovitost procesa zdravstvene nege in oskrbe. Online evidentiranje bo omogočilo transparentnost, ki bo med ostalim zagotovila tudi večjo varnost tako pacientov kot medicinskih sester.

Strateški cilji na področju informatizacije

1. Potrebno je poenotenje stroke pri uporabi in poimenovanju pojmov v praksi. Še pred pričetkom aktivnosti za vzpostavitev enotnega informacijskega sistema za področje zdravstvene nege je potrebno v stroki doseči poenotenje poimenovanja in uporabe negovalnih diagnoz, kategorij posameznih obravnav pacientov in drugih postopkov, ki so pomembni za spremljanje v zdravstveni negi in oskrbi. Enotna terminologija, enotne definicije pojmov in enotna raba v praksi so predpogoj za oblikovanje informacijskega sistema na ravni države in osnova za vzpostavitev statistične zbirke podatkov s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe.
2. Za vzpostavitev spremljanja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je potrebno dopolniti zakonske podlage obstoječega Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Zakon, 2000), enako tudi v primeru novega zakona. Predstavniki stroke, ki so odgovorni za spremljanje zdravstvene zakonodaje (RSKZN, Zbornica – Zveza), bodo poskrbeli, da bo pravočasno in ustrezno dopolnjena vsebina zbirk in definiran namen zbiranja podatkov. Po potrebi se v zakon doda tudi predlog za novo zbirko s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Zbirke podatkov s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je potrebno umestiti med zbirke z osebnimi podatki.
3. Potrebna je nadgradnja obstoječih informacijskih rešitev z upoštevanjem predlogov in potreb stroke. RSKZN bo po doseženem konsenzu o uporabi in poimenovanju pojmov v praksi imenoval delovno skupino, ki bo sestavljena iz predstavnikov različnih področij in ravni dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Delovna skupina bo sodelovala s Svetom za informatiko v zdravstvu pri MZ in IVZ (Inštitut za varovanje zdravja), zastopala interese stroke zdravstvene nege in oskrbe ter skrbela za koordinacijo na ravni države.
4. Še pred pričetkom informatizacije dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe bo delovna skupina, na podlagi analize različnih informacijskih rešitev za področje zdravstvene nege znotraj zdravstvenih

ustanov Republike Slovenije, pripravila mnenje o najboljših rešitvah za stroko, ki ga bo posredovala Svetu za informatiko v zdravstvu pri MZ. Pripravila bo nabor potreb in predlogov stroke, ki bodo nadgradnja obstoječih informacijskih rešitev in strukturiranega zapisa. Za uspešno izvedbo sistema informatizacije je potrebno izvesti dodatno izobraževanje zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Potrebna bo vzpostavitev evidence in zbirke podatkov v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. V ta namen bo RSKZN imenoval delovno skupino, ki jo bodo sestavljali predstavniki različnih strokovnih področij zdravstvene nege in oskrbe. Delovna skupina bo pripravila vsebinski nabor podatkov zbirke in vzpostavila sodelovanje z IVZ.

Strategija pravne ureditve

Izhodišča

Bistven premik na področju pravne ureditve se je v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe zgodil z vstopom Republike Slovenije v EU, ki je državi na tem področju postavila zahteve po harmonizaciji nacionalne zakonodaje. EU namreč posveča posebno pozornost zdravju in varovanju pravic svojih državljanov v zdravstvenem sistemu ter s tem namenom izdaja pravne dokumente, s katerimi regulira področje zdravstvene dejavnosti svojih članic (Bregar, 2010). Na področju zdravstvene dejavnosti je sprejela direktivo, ki regulira poklic diplomirane medicinske sestre. Direktiva je v Republiki Sloveniji imela močan vpliv na spremembo Zakona o zdravstveni dejavnosti (Zakon, 2005b), ki je bil v letu 2004 posledično deležen sprememb. Tako je v obstoječem ZZDej-UPB2 (Zakon, 2005b) zakonsko urejena celotna dejavnost zdravstvene nege. Toda v današnjem času, kjer so potrebe po zdravstvenem varstvu vse večje, so potrebne obsežnejše spremembe, ki bi dejavnostim zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem sistemu omogočile enakovredno mesto. Potrebne zakonske spremembe v smislu nujenja enakih možnosti za razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v primerjavi z drugimi dejavnostmi bodo omogočile takšen razvoj, kjer so viri izkoriščeni na učinkovit in ekonomičen način, tako da vsaka dejavnost v sistemu k skupnim ciljem doprinese najbolj optimalne rešitve (Zakon, 2005a).

Danes zakonsko ureditev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe poznajo mnoge države v evropskem prostoru in izven njega: Anglija, Armenija, Danska, Finska, Nemčija, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Španija, Švedska in druge. Materija normativne ureditve dejavnosti zdravstvene nege v teh državah se bistveno ne razlikuje, saj vse bolj ali manj sledijo priporočenim smernicam mednarodnih organizacij,

kamor se združujejo zaposleni v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe (Bregar, 2010).

Stanje na področju pravnega reda je za poklicno skupino zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi potrebno v naslednjem obdobju izboljšati in doseči cilje, ki bodo dejavnost zdravstvene nege in oskrbe normirali na način, da bodo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi lahko na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti opravljali svoje poslanstvo v pravnih okvirih, ki bodo zaposlenim v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe nudili kar največjo stopnjo varnosti, tudi ustrezno mero avtonomnosti ter uporabnikom zdravstvenih storitev največjo možno kakovost in varnost storitev zdravstvene nege in oskrbe.

Strateški cilji na področju pravne ureditve

1. Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe mora biti s svojimi predstavniki prisotna pri izdelavi zakonskih in podzakonskih aktov, ki urejajo področje zdravstvenega varstva. S tem bodo omogočene zakonske rešitve, ki bodo plod interesov različnih interesnih skupin in s tem bolj usmerjene k uporabnikom. Nikakor pa se ne sme pozabiti, da morajo biti kot interesna skupina prisotni tudi uporabniki, ki so jim spremembe namenjene. Predstavniki dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe morajo v razmerjih pri oblikovanju zdravstvene politike v prvi vrsti videti interes uporabnikov in zagovarjati takšne spremembe, ki bodo te interese tudi omogočale.

Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe naj bo preko svojih predstavnikov vključena tudi v vsa telesa in organe, kjer se oblikuje zdravstvena politika, postavljajo ključni cilji razvoja in sprememb na področju zdravstva, planirajo finančni viri ter izdelujejo strateške usmeritve (npr. Skupnost zdravstvenih zavodov, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), IVZ, Zavod za zdravstveno varstvo (ZZV), Skupnost socialnih zavodov idr.).

2. Potrebna je izdelava in sprejem lastnega zakona (*lex specialis*). Mednarodne organizacije pozivajo države, naj dejavnost zdravstvene nege in oskrbe pravno uredijo. Zakonska ureditev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe omogoča urejenost, doslednost in nadzor v stroki ter praktičnem delu. Zakonska ureditev je v korist uporabnikom, v nasprotnem primeru lahko za uporabnike predstavlja veliko tveganje. Lasten zakon za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe je potreben tudi zaradi oblikovanja enakovrednejših odnosov v togem in hierarhičnem sistemu zdravstvenega varstva, posebej v medosebnih in medpoklicnih odnosih. Vsebinsko naj zakon opredeli poklic medicinske sestre, izvajalcev zdravstvene nege

in oskrbe, strukturo negovalnega tima, delovna področja, poklicne aktivnosti, pristojnosti in odgovornosti, vlogo v zdravstvenem timu, tako soodločajočo kot samostojno, pričakovano raven in obseg znanja in usposobljenosti, izobraževalne standarde, kadrovske normative, splošne in specifične kompetence, uvaljalno obdobje kot pogoj za začetek samostojnega dela, regulacijo poklica, poklicno etiko in obvezno negovalno dokumentacijo.

3. Pri nastajanju novega (ZZDej) naj se zagotovita enakovredna vloga in položaj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v odnosu na druge dejavnosti (preventivo, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo). Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe naj bo jasno opredeljena na vseh treh nivojih delovanja in v vseh strokovnih telesih. Dokler dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ne bo zakonsko urejena v samostojnem zakonu, naj bo kar najbolj opredeljena v novem ZZDej.

- Mreža javne zdravstvene dejavnosti naj vključuje tudi dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ali vsaj tisti del, ki predstavlja samostojnejši del dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe: neakutno bolnišnično zdravstveno obravnavo v okviru negovalnih bolnišnic oz. oddelkov, mrežo patronažne službe (Resolucija, 2008), mrežo reševalnih prevozov, mrežo referenčnih ambulant, zdravstveno nego in oskrbo v institucionalnem varstvu. Mreža je potrebna na vseh ravneh zdravstvenega varstva, ker edino tako lahko zagotovimo pregled nad enakomernim zagotavljanjem zdravstvenih storitev. Referenčne ambulante so priložnost za povečanje dostopnosti in korak naprej k bolj učinkovitemu zdravstvenem varstvu. ZZDej ali drugi pravni akt mora omogočiti zakonsko podlago za delovanje referenčnih ambulant in kasneje vseh področij, kjer se bo dogajal prenos aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro.

- Področje prenosa poklicnih aktivnosti in s tem razširitev področja delovanja izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je nujno potrebno zakonsko urediti. Prenos poklicnih aktivnosti je že opredeljen in s tem v določenem delu tudi omogočen v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013, vendar nima zakonske podlage (Resolucija, 2008). V kolikor MZ v novem ZZDej ne omogoči pravne ureditve tega področja, s tem namensko dopušča pravno praznino in nevarnost kazenske odgovornosti. Prenos aktivnosti bo uporabnikom omogočal boljšo dostopnost zdravstvene obravnave tudi na primarnem nivoju (vloga patronažnih medicinskih sester kot samostojnih nosilk in izvajalcev zdravstvene nege v

ambulantah družinske medicine: preventiva, zdravstvena vzgoja, manjši medicinskotehnični posegi, vodenje pacientov s kroničnimi obolenji, paliativna oskrba, predpisovanje ortopedskih pripomočkov). Specifična in specializirana znanja, ki so potrebna za prevzem kompetenc, se bodo postopoma pridobivala z izvedbo kliničnih specializacij in specialnih znanj.

- Članstvo v zbornicah oz. strokovnih združenjih z javnimi pooblastili naj bo za vse poklicne skupine v zdravstvu enako; torej za vse obvezno ali za vse neobvezno. Za regulirane poklice zagovarjamo obvezno članstvo, saj le-to zagotavlja pregled in nadzor nad izobraževanjem in usposobljenostjo izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter nad kakovostjo in varnostjo njihovega dela. Organiziranja zdravstvenih delavcev v zbornice oz. strokovna združenja ne sme biti prepuščena trgu, saj na tem področju ne sme prihajati do tekmovalnosti, temveč morata biti osnovno vodilo strokovnost in nadzor nad opravljanjem poklica. V kolikor bo dovoljeno svobodno organiziranje, je nujno določiti odstotek članstva (60 %). Združevanje v zbornice oz. strokovna združenja z javnimi pooblastili naj bo regulirano.
- V delovanje razširjenih strokovnih kolegijev naj se vključi tudi izvajalce zdravstvene nege in oskrbe z ožjih strokovnih področij, ki jih RSKZN pokriva. To bo omogočalo usklajeno strokovno delovanje v multidisciplinarnih zdravstvenih timih.
- Upravljanje zdravstvenih zavodov je bilo v raznih predlogih ZZDej med področji, ki so bila največkrat spremenjena. Vztrajamo, da smo enakovredni zastopniki dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe ter da v vrhnji menedžment sodi glavna medicinska sestra oz. direktorica zdravstvene nege (pomočniški naziv ni primeren). Aktivnosti na tem področju utemeljujemo s tem, da ponekod kar do 80 % proračuna zdravstvenih zavodov pokriva dejavnost zdravstvene nege in oskrbe. V kolikor bo v ZZDej opredeljena enočlanska uprava, naj bo odgovorna oseba za zdravstveno nego in oskrbo takoj na drugem nivoju, pri veččlanski upravi pa na prvem nivoju. Menedžment naj bo opredeljen tako, da bo rešen vpliva drugih struktur, vendar naj mu zakon prav tako nalaga odgovornost za delovanje zdravstvenih zavodov. Izobrazba za področje menedžmenta zdravstvene nege in oskrbe mora dosegati najmanj izobrazbo 2. stopnje bolonjskega programa, pri čemer mora biti 1. stopnja s področja zdravstvene nege.

4. Potreben je sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (Predlog, 2010). V Republiki Sloveniji dolgotrajna oskrba

opredeljuje novo dejavnost, ki povečuje socialno varnost posameznika in zagotavlja zdravstvene in socialne storitve, ki jih posameznik potrebuje daljše časovno obdobje ali doživljenjsko, in temelji na integraciji, partnerstvu in interdisciplinarnem pristopu. Ker je zmanjšana sposobnost samooskrbe najpogosteje posledica kroničnih stanj, invalidnosti, krhkosti, psihične ali duševne nezmožnosti, je pogosto izvajana skupaj z drugo zdravstveno oskrbo.

EU dolgotrajno oskrbo opredeljuje kot področje, ki med seboj povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva, z namenom zagotoviti učinkovito pomoč ljudem, ki so pri izvajanju temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti delno ali popolnoma odvisni (angl. ADL – Activities of daily living, IADL – Instrumental activities of daily living). S povezovanjem različnih služb in izvajalcev ni več ostre meje med zdravstvenimi in socialnimi storitvami, temveč je vse več prepletanja. V izvajanje dolgotrajne oskrbe se vključujejo poklicni in nepoklicni izvajalci.

Izvajanje visokokakovostne oskrbe starejših ljudi, še posebno dolgotrajne oskrbe, je področje, ki danes predstavlja osrednji problem, ki mu moramo tudi v naši državi nameniti vidnejše mesto v okviru socialne politike in tudi poklicnih področij. Zdravstvene storitve dolgotrajne oskrbe, ki jih državljani potrebujejo, so v pretežni meri povezane s storitvami zdravstvene nege in oskrbe tako v domačem okolju kot v institucionalnem varstvu. Medicinske sestre so in bodo tudi v prihodnosti pomemben člen te dejavnosti. Storitve na pacientovem domu s svojimi timskimi sodelavci izvaja patronažna medicinska sestra, ki v domačem okolju izvaja koordinacijo obravnave kroničnega pacienta in posledično tudi z dolgotrajno oskrbo povezanih storitev. Storitve dolgotrajne oskrbe v socialnih in drugih zavodih izvaja tim zdravstvene nege in oskrbe, katerega delo koordinira diplomirana medicinska sestra (Leichsenring, Alaszewski, 2004).

Že nekaj let v državi pripravljamo zakonske podlage za organiziran razvoj dolgotrajne oskrbe in zavarovanje za dolgotrajno oskrbo. Večanje potreb prebivalstva narekuje hitrejša koraka in predvsem postavitev jasnih ciljev in poti za njihovo doseganje, ki jim bo razvoj dejavnosti dolgotrajne oskrbe sledil.

Vzporedno s sistematično krepitvijo že obstoječih oblik izvajanja dolgotrajne oskrbe je potrebno vpeljevati nove organizacijske oblike, ki bodo uporabniku prijaznejše, ter interdisciplinarni pristop. Z organiziranim pristopom in zakonskimi podlagami bo vzpostavljen enovit, dostopen in povezan sistem, v katerem se bodo načrtovane storitve prilagajale potrebam uporabnika.

Specifičnosti, ki jih bo izvajala medicinska sestra v dejavnosti dolgotrajne oskrbe, so predvsem na področju izvajanja koordinacije, ugotavljanja potreb po dolgotrajni oskrbi in izvajanja zdravstvene nege in oskrbe ter zahtevnejših storitev in svetovanja. Vključevati pa se mora tudi v izdelavo smernic, standardov, kazalnikov kakovosti in varnosti.

Postavljanje ustreznih zakonskih podlag zahteva dobro medresorsko sodelovanje na ravni MZ in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Zbornico – Zvezo in Skupnostjo socialnih zavodov ter Socialno zbornico. Za celovito regulacijo dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je poleg lastnega zakona potrebno tudi sprejetje ustreznih podzakonskih aktov in izvršilnih predpisov. Zakon o dejavnosti zdravstvene nege, ki bo določal temeljne kriterije za dejavnost, mora biti dopolnjen z vsebinsko usklajenimi podzakonskimi akti in izvršilnimi predpisi, ki bodo zagotavljali, da se izognemo negativnim posledicam, med katerimi je najpomembnejša pravna negotovost, ki je lahko v škodo tako izvajalcem kot uporabnikom.

5. Zdravstvena in demografska struktura prebivalstva kot tudi socialne, gospodarske in tehnološke spremembe vplivajo na sposobnost odzivanja sistema zdravstvenega varstva na vedno večje potrebe uporabnikov. Za prilagoditev na obstoječe razmere in povečano povpraševanje uporabnikov zdravstvenih storitev bo potrebna reorganizacija zdravstvenega varstva.

Skladno z višjo izobrazbeno ravno izvajalcev zdravstvene nege in težnjo po stroškovni učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva je potrebno ponovno definiranje delovnih nalog medicinskih sester in definiranje postopkov za prenos poklicnih aktivnosti. Prednosti tovrstnega prenosa so: učinkovitejša izraba kadrovskih, materialnih in drugih virov, strokovni in karierni razvoj posameznika, stroškovna učinkovitost in večja dostopnost zdravstvenih storitev.

Prenos poklicnih aktivnosti pomeni, da se na medicinske sestre prenesejo tako pristojnosti kot odgovornosti za pričetek in izvedbo posamezne dejavnosti. Tovrstni prenosi morajo biti načrtovani in regulirani. Regulacija mora vključevati: opis aktivnosti, prevzemnika aktivnosti, obseg in raven strokovnega znanja in veščin prevzemnika aktivnosti, časovni potek prenosa aktivnosti, odgovornost, oceno uspešnosti in nadzor. Prenos poklicnih aktivnosti se izvede, ko prevzemnik izkaže, da izpolnjuje predpisane pogoje in ko MZ ali pooblaščen regulator dejavnosti izda potrebne izvršilne predpise, ki bodo zagotavljali kakovost oskrbe in varnost uporabnikov.

V dodiplomskem izobraževanju na visokih strokovnih šolah in zdravstvenih fakultetah

diplomanti osvojijo osnovno znanje in veščine, ki so potrebni za opravljanje dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe na splošni ravni, ter pridobijo splošne kompetence. Skladno z razvojem strokovnih področij v zdravstveni dejavnosti, večjo specializacijo posameznih področij zdravstvenega varstva in razvojem novih tehnologij se izkazuje tudi vedno večja potreba po specifičnih znanjih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe ter specifičnih kompetencah na različnih kliničnih področjih. Tovrstna specifična znanja morajo biti strukturirana, preverjena in javno veljavna. Izobraževanja za njihovo pridobivanje naj bodo organizirana kot modularna specialna znanja (ožje področje) ali kot klinična specializacija (širše strokovno področje). Navedeno bo omogočalo razlikovanje med različnimi ravnmi prakse zdravstvene nege in oskrbe ter spodbujanje horizontalnega razvoja v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe.

Strategija razvoja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe

Izhodišča

Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ustvarja pomembno področje družbenopolitičnega koncipiranja sveta in (nenehnega izboljševanja kakovosti) življenja. Konstruktivno pristopa k družbenim spremembam, se zaveda, da jih ne more odklanjati, temveč jih zaznava in aktivno pristopa k razvoju kot stalnici življenja. Pripravljena je na sodelovanje tako v smislu profesionalne kot splošne (humane, človeške) skrbi za posameznika in družbo. Nastopa v paleti različnih vlog: od medicinske sestre – strokovnjakinje v neposrednih kliničnih in drugih okoljih – do vrhunske raziskovalke, učiteljice, menedžerke; ne nazadnje »upravlja« z rojstvom in smrtjo ter vso paleto življenja v vmesnih obdobjih.

Razvoj medicine, demografske spremembe, spremenjene potrebe državljanov, ekonomski dejavniki in bolj zavestno usmerjanje k celostni zdravstveni obravnavi narekujejo hitro prilagajanje tem spremembam in tudi intenzivnost razvoja zdravstvene nege in oskrbe. Predvsem usmeritev v celostno obravnavo pacienta zahteva povezovanje z drugimi strokovnimi področji, dober pretok informacij in koordinirano delovanje (Maze, 2008).

Izvajalci zdravstvene nege, člani negovalnega in zdravstvenega tima, samostojno delujejo na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni, ter promovirajo zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe morajo slediti in se prilagajati potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupini, skupnosti in jih skupaj z njimi zadovoljevati. S promocijo

zdravja izvajalci zdravstvene nege spodbujajo ljudi, da bi zdravje postavili na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbeli zanj in imeli večji vpliv na ekonomske in socialne vplive na zdravje. Izvajalci zdravstvene nege morajo biti vključeni v vsa področja promocije zdravja: preventivno, delo v lokalni skupnosti, organizacijsko, okoljevarstveno, javnozdravstveno politiko, ekonomsko-pravno in izobraževalno. Izvajalci zdravstvene nege s sodelavci si prizadevajo dosegati in večati pozitivno zdravje posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševati oz. preprečevati negativno zdravje (Health21, 1998; Pravilnik, 1998; Šušteršič, et al., 2006).

To lahko dosega kot koordinatorji različnih obravnav in oskrbe. V patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra koordinatorica vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Fischer, Danzo, 2000; Frame, 2003; Šušteršič, et al., 2006).

Vizija razvoja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe

Izvajalci zdravstvene nege bodo nenehno nadgrajevali svoje znanje in razvijali na dokazih temelječo zdravstveno nego in oskrbo. Z vključevanjem v interdisciplinarne time bodo pomemben člen celostne obravnave pacienta in bodo sposobni izvajati zdravstveno nego in oskrbo na osnovi poklicnih aktivnosti in kompetenc ter na osnovi lastnih strokovnih smernic, standardov, priporočil, navodil in kliničnih poti.

Strateški cilji na področju razvoja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe

1. Izvajalci zdravstvene nege se bodo vključevali v interdisciplinarne time pri obravnavi in oskrbi pacienta na področju zdravstvene in socialne dejavnosti, in sicer:

- v izvajanje preventivne zdravstvene dejavnosti, zdravstvene vzgoje;
- v uvajanje in izvajanje novega koncepta delovanja zdravstvene obravnave, ki temelji na prenosu poklicnih aktivnosti med člani zdravstvenega tima, katerih podlaga je pridobitev ustreznega znanja in upoštevanje potreb in zmožnosti na vseh ravneh zdravstvene obravnave;
- v organizacijsko in strokovno vodenje in koordiniranje neakutne obravnave (negovalni oddelki) ter dolgotrajne zdravstvene nege in oskrbe v vseh okoljih in na vseh nivojih;
- v okviru patronažne dejavnosti v izvajanje zdravstvene nege in oskrbe na pacientovem domu ter v koordinacijo vseh oblik pomoči na pacientovem domu;

- v vodenje in koordiniranje paliativne oskrbe ter samostojno delovanje na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe;
- v uvajanje mobilnih timov glede na razvoj stroke in potrebe pacientov;
- v vključevanje in koordinacijo prostovoljcev ter drugih preizkušenih oblik pomoči sočloveku.

2. Glede na demografske spremembe, naraščanje kroničnih bolezni, ekonomske kazalce in večje potrebe populacije po zdravstveni obravnavi in oskrbi bodo aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v prihodnjem obdobju usmerjene in razširjene predvsem na naslednja tipična področja:

- vodenje pacienta s kronično boleznijo (sladkorna bolezen, srčno popuščanje, arterijska hipertenzija, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), astma, demenca, depresija, kronična rana, inkontinenca), gerontologija, psihiatrija, pediatrija, patronažna dejavnost, anesteziologija in intenzivna terapija, onkologija, paliativna oskrba, preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, medicina dela, enterostomalna terapija in vsa druga področja, kjer bo prepoznana možnost prenosa poklicnih aktivnosti na diplomirano medicinsko sestro;
- paliativna oskrba;
- vodenje pacienta z rakom;
- koordinacija različnih zdravstvenih obravnav;
- oblikovanje in uvajanje prepoznanih sodobnih modelov zdravstvene obravnave;
- promocija in krepitev zdravja v družbi;
- patronažna dejavnost, ki obsega zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego in oskrbo pacienta na domu (Šušteršič, et al., 2006; Allender, Spradley, 2005).

3. Potrebno bo spodbuditi in razviti različne kariere poti za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe in skladno s tem razvoj kliničnih specializacij in specialnih znanj, glede na specifičnosti področij. Slednje potrebujemo tudi zaradi prenosa aktivnosti z zdravnikov na diplomirane medicinske sestre zaradi potreb starajoče se populacije, stremljenja k celostni (integrirani zdravstveno-socialni) oskrbi v domačem okolju (koordiniranje področja), razvoja znanosti in tehnologije (zahtevnost delovnih mest) ter racionalizacije dela dragih strokovnjakov (npr. vodenje in upravljanje je v razvitem svetu v pristojnosti ustrezno usposobljenih medicinskih sester), tudi samostojnosti in odgovornosti pri delu (npr. vodenje pacientov z urejenimi kroničnimi obolenji). Na področju zdravstvene nege in oskrbe na domu in v institucionalnem varstvu mora medicinska sestra postati samostojna pri

odločanju o potrebah po zdravstveni negi, prioriteti reševanja negovalnih problemov ter načrtovanju in izvajanju aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ter patronažnih obiskov, za kar ne potrebuje delovnega naloga oz. naročila osebnega izbranega zdravnika. To zagotovo pomeni večjo varnost in kakovost izvajanih storitev, ki ji sledi tudi stroškovna učinkovitost (Šušteršič, et al., 2006).

- Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe bodo ob strokovnih sledili tudi sodobnim etičnim in moralnim trendom v družbi v smislu skrbi za posameznika, in sicer še posebej za ranljive skupine: otroke, ženske, starostnike, brezdomece, ljudi različnih verskih, spolnih, političnih in drugih identitet, tistih, ki doživljajo različne oblike nasilja, begunce, priseljence, uživalce opojnih substanc, ljudi z duševnimi obolenji in druge, ki lahko v družbi predstavljajo stigmo (zaznamovanost).
- Izvajalci zdravstvene nege bodo spodbujali splošno zavest o pomoči sočloveku skozi oblike, kot so: prostovoljstvo, karitativna dejavnost, preizkušene neplačljive oblike pomoči in skrbi za sočloveka, ki so vrednota v primerljivih družbenih okoliščinah (v smislu imeti skrb za družbo).

Zaključek

Zdravstvena nega in oskrba je pomemben del zdravstvenega varstva, ki se prilagaja potrebam državljanov in z nenehnim razvojem pomembno vpliva na kakovost in varnost v sistemu zdravstvenega varstva. Naša naloga v prihodnjem obdobju bo izdelava akcijskih načrtov za čim bolj dejavno uresničevanje strategije razvoja zdravstvene nege. Na uresničevanje strategije in vizije bo vplivalo tudi razumevanje Ministrstva za zdravje.

Literatura

Albrecht T. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2004.

Allender JA, Spradley WB. Community health nursing. Promoting and protecting the public's health. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

Bregar B. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema: magistrska naloga. Koper: Fakulteta za management; 2010.

Cibic D, Filej B, Grbec V, Hajdinjak G, Kersnič P, Pavčič Trškan B, et al., eds. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi: Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 1999.

Definition of nursing. Geneva: International Council of Nurses; 2010.

Delamair ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD

Health Working Papers. 2010;54. Dostopno na: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en). (26. 2. 2013).

Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij. (Besedilo velja za EGP). Uradni list Evropske unije; 2005. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:sl:PDF> (26. 2. 2013).

Direktiva sveta z dne 10. oktobra 1989 o spremembah Direktive 77/452/EGS o vzajemnem priznavanju diplom, spričeval in drugih dokazil o formalnih kvalifikacijah medicinskih sester za splošno zdravstveno nego, vključno z ukrepi, ki omogočajo učinkovito uresničevanje pravice do ustanavljanja in prostega opravljanja storitev, ter o spremembah Direktive 77/453/EGD o usklajevanju določb zakonov in drugih predpisov o dejavnosti medicinskih sester za splošno zdravstveno nego (89/595/EGS). Uradni list Evropske unije; 1989. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:06:01:31989L0595:SL:PDF> (26. 2. 2013).

Direktiva sveta z dne 27. junija 1977 o usklajevanju določb zakonov in drugih predpisov o dejavnosti medicinskih sester za splošno zdravstveno nego (77/543/EGS). Uradni list Evropske unije; 1977. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:06:01:31977L0453:SL:PDF> (26. 2. 2013).

e-Health - making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health Area. Brussels: Commission of the European Communities; 2004. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF> (26.2.2013).

Fakin S. Razvoj organizacijske kulture, ki podpira pričakovanja uporabnikov storitev. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar. Zbornik predavanj. Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2008: 9–19.

Fischer A, Danzon M. Munich declaration: nurses and midwives: a force for health. Copenhagen: World Health Organization; 2000. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf. (26. 2. 2013).

Frame work and core competencies for the family nurse. Geneva: International Council of Nurses; 2003.

Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf (10. 1. 2011).

ICN regulation terminology – Version 1. Geneva: International Council of Nurses; 2005.

Kodele D, ed. eZdravje 2010: strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005 – 2010. Dostopno na: <http://uploadi.www.ris.org/editor/1130935067OsnutkeZdravje2010-01.pdf> (26. 2. 2013).

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005;18;(2):CD001271. PMID:15846614

Leichsenring K, Alaszewski AM. Providing integrated health and social care for older persons. Aldershot: Ashgate Publishing Limited; 2004.

- Maze H. Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici: magistrsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2008.
- Munding MO. Growing role of nurse practitioners. 2008. Dostopno na: <http://www.lifeupenn.org/Growing%20role%20of%20nurse%20practitioners.pdf> (28. 11. 2010).
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998.
- Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; 2010. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/17022010_ZDOZDO.pdf (26. 2. 2013).
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Uradni list Republike Slovenije št. 72/2008.
- Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009: 269.
- Simčič B, ed. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010.
- Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu: magistrska naloga. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2002.
- Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2007.
- Skela Savič B. Znanje v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije – perspektive razvitega sveta. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zurc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 54–66.
- Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N.* 2006;40(4):247–52.
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). Uradni list Republike Slovenije št. 65/2000.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (uradno prečiščeno besedilo) (ZZVZZ-UPB2). Uradni list Republike Slovenije št. 100/2005a.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2). Uradni list Republike Slovenije št. 23/2005b.
- Železnik D, Filej B, Brložnik M, Buček Hajdarevič I, Dolinšek M, Istenič B, et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.

Citirajte kot/Cite as:

Kadivec S, Skela Savič B, Kramar Z, Zavrl Džananović D, Bregar B. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1):97–112.