

ZDRAVSTVENA NEGA POTREBUJE ZAKONSKI IN REGULATIVNI OKVIR

NURSING CARE REQUIRES LEGAL AND REGULATIVE FRAME

Majda Šlajmer-Japelj

UDK/UDC 614.52

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega; zakonodaja, nega bolnika*

DESCRIPTORS: *nursing care; legislation, nursing*

Izvleček – Avtorica predstavlja predviden zakonski okvir za zdravstveno nego in potrebne vsebine bodočega slovenskega zakona o zdravstveni negi.

Abstract – The article is discussing the framework and the necessary contents of the future Slovene nursing legislation.

Namen zakonodaje je, da vzpostavi splošne standarde vedenja za ljudi, za organizacije, za upravne organe in omogoča odločanje v konkretnih situacijah.

Zakon nas mora takoj informirati o načinu postopanja, pa tudi o razlogih za določene predpise. Zakoni praviloma odražajo socialni in ekonomski sistem države, seveda pa tudi politične koncepte, moralne vrednote, pravno tradicijo, tradicionalne norme družbe in njene standarde. Zakone sooblikuje tudi zgodovina države in ne nazadnje njena geografska lega.

Včasih je na zakone vplival le vladajoči razred, danes ga močno sooblikujejo v razvitih družbah socialne organizacije, sindikati in tista strokovna združenja, ki imajo status pravne osebe.

Zakon in predpisi za področje zdravstvene nege bodo sicer zrcalo splošne zakonodaje v državi, vendar morajo izražati tudi profesionalno samostojnost. Zakon mora odražati odvisnost stroke od drugih predpisov in njene samostojne zakonodajne naloge.

Zakon mora nastati v sodelovanju najvišjega upravnega organa z Zbornico zdravstvene nege in seveda mora biti napisan v okviru splošne državne zakonodaje. Z ozirom na vključitev v mednarodno sodelovanje, mora zakon upoštevati tudi dokumente ICN (International Council of Nurses), katerega članica je tudi Slovenija. Vsebina teh predpisov mora biti sicer prilagojena pravni situaciji v državi, a mora upoštevati stališča, ki omogočajo razvoj stroke zdravstvene nege.

Vsebinsko naj zakon predstavi poklic medicinske sestre, strukturo negovalnega tima, pričakovano raven znanja, pogoje za začetek samostojnega dela, strokovni nadzor, poklicno etiko in obvezno dokumentacijo.

Zakon o zdravstveni negi izraža poudarjeni interes države za to strokovno področje.

Podrobneje posamezne elemente v zakonu obravnavajo podzakonski predpisi.

Mnoge države vključujejo v Zakon o zdravstveni negi tudi nekatere odločitve v zvezi z izobraževanjem medicinskih sester in vsega negovalnega tima, vendar je to odvisno od dejstva, kako specifično je izobraževanje obravnavano v šolski zakonodaji posamezne države oziroma v univerzitetnih statutih.

Dokumenti, ki spremljajo zakon, so osnovni standardi in normativi, predpisi za obvezno dokumentacijo in komuniciranje ter poklicni etični kodeks.

Posebno poglavje predstavlja baza podatkov za zdravstveno nego, registracija, strokovni izpiti in izdajanje licenc za samostojno prakso.

Zakon mora biti napisan z namenom, da zagotovi najvišjo možno raven zdravstvene nege v državi.

Dejstvo, da se Slovenija z vsemi aktivnostmi prizadeva vključiti v delovanje Evropske unije in želi postati njena članica, morajo upoštevati tudi pisci Zakona o zdravstveni negi.

Pomembno stališče Evropske unije je, da je treba evropske dokumente pri regulaciji poklica in poklicne zakonodaje internacionalizirati.

Poznati moramo zato strokovno raven, pogoje dela in »tržišče« za stroko v drugih evropskih državah. Močno izraženo je mnenje, da je vpliv stroke na odločitve o izobraževanju in pogojih dela prešibek. Potrebna je tudi redefinicija stroke tam, kjer še ni usklajena s sprejetimi cilji države.

Strokovnjaki EU priporočajo, da bi za definicijo poklica upoštevali dokument: EC First General Systems Directive: 89/48 EEC/1989 L 19/16.

Po mnenju strokovnjakov EU je zdravstvena nega poklic, ki se izredno hitro razvija ter dobiva vedno

širše dimenzije. Ker opravlja specifične, socialno izredno pomembne naloge, je v interesu držav, da temu področju dajo primerno zakonsko osnovo za delo ter da dvignejo raven izobraževanja. Zdravstvena nega deluje v javnem zdravstvu, v zasebnih zdravstvenih inštitucijah in kot samostojna strokovna dejavnost. Vendar je zdravstvena nega odvisna močno od državnih odločitev, na te pa vpliva predvsem ekonomska situacija. Specifičnost stroke zdravstvene nege je tudi v dejstvu, da je to pretežno ženski poklic, in v njeni dvojni funkciji:

- v samostojnem delu na lastnem strokovnem področju in v
- podrejenosti v funkcijah, ko izvaja naročila zdravnika v diagnostiki in terapiji.

V zvezi z nekaterimi poklici, med njimi tudi za poklic medicinske sestre ugotavljajo strokovnjaki, da »dežele v tranziciji«, med katere sodi tudi Slovenija, izvajajo proces reprofesionalizacije in deproletarizacije. Ta proces ima namen osvoboditi profesijo pred pretirano upravno kontrolo, jo v nekem smislu decentralizira ter ji nudi možnost za potrebne spremembe in s tem omogoča dinamičen razvoj.

Strokovnjaki EU menijo, da bo »evropeizacija« posameznih poklicev pospešila tudi ekonomsko integracijo.

Za pisce Zakona o zdravstveni negi naj bo duhovno vodilo tudi Poročilo delovne skupine Glavnega urada SZO iz Geneve »Zdravstvena nega po letu 2000«, kajti tja bodo segale posledice novega zakona.

Osnovni razlogi za analizo evropske zdravstvene službe, ki zadevajo tudi našo državo in kot druge poklicne skupine v zdravstvu tudi zdravstveno nego, so:

- večanje socialnih razlik,
- višja mobilnost varovancev, iz osebnih razlogov, pa tudi zaradi vojne v bližini (begunci),
- epidemiološke in demografske spremembe, predvsem staranje prebivalstva, naraščanje števila kronično bolnih,
- finančni in kadrovske deficiti.

Resolucija SZO 45.5. se je že osredotočila na nekatere akutne probleme, kot na primer na:

- naraščajoče potrebe po zdravstvenem varstvu in posledično rastoče stroške zanj,
- kronično pomanjkanje medicinskih sester in na potrebe po kvalitativno in kvantitativno močnih timih patronažne službe (vključujoč zdravstveno nego bolnih na domu),
- nujnost vključevanja medicinskih sester v vse projekte nacionalne zdravstvene strategije.

Eno izmed priporočil SZO terja od držav članic, da analizirajo službo zdravstvene nege in da ugotovijo, kakšne možnosti ima to strokovno področje, da se polnovredno vključi v realizacijo ciljev SZO.

Svetovna banka daje sledeče podatke:

Dežele z nizkim narodnim dohodkom imajo
1 diplomirano medicinsko sestro na 2180 prebivalcev
1 zdravnika na 6760 prebivalcev

Dežele s srednje močno ekonomijo imajo
1 diplomirano medicinsko sestro na 980 prebivalcev
1 zdravnika na 2060 prebivalcev

Dežele z visokim narodnim dohodkom imajo
1 diplomirano medicinsko sestro na 140 prebivalcev
1 zdravnika na 420 prebivalcev

Kje je Slovenija? Ne vemo, ker nimamo jasno definirano, koga šteje statistika med diplomirane medicinske sestre.

Svetovna banka svetuje, naj bi bil odnos med diplomirano medicinsko sestro in zdravnikom med 2:1 do 4:1.

Dejstvo, da je zdravstvena nega pretežno ženski poklic, je po mnenju SZO zelo vplivno v negativnem smislu: medicinske sestre so slabše plačane, poklic ima nižji družbeni status, slabše delovne pogoje, manj možnosti za osebno promocijo in za dobro šolanje.

Retorično se države izrekajo za primarno zdravstveno varstvo, dejansko pa usmerjajo interes in večino finančnih sredstev v kurativo, kjer pogosto dobivajo medicinske sestre obilo nalog le kot tehnološka asistenta in nimajo časa za svoje primarno strokovno delo.

Trendi dežel v tranziciji kažejo na reduciranje ali celo ukinjanje delovnih mest medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu.

Generalni direktor SZO je napisal oktobra 1992 v World Health:

»Dokler družba ne bo zdravstvene nege in ženskega dela nasploh bolj vrednotila, ne bomo imeli dovolj teh kadrov; izobražene, motivirane ženske si bodo ustvarjale kariere v poklicih z višjim družbenim statusom in z boljšim nagrajevanjem; družbene posledice tega bodo za zdravje ljudi katastrofalne«.

Zavedati se moramo, da se bo zdravstveno varstvo spremenilo zaradi novih tehnologij, zaradi naraščajočih potreb in zaradi pomanjkanja sredstev. Uporabniki se bodo vedno močneje vključevali v nadzor nad dejavnostmi zdravstva. Istočasno pa mora in bo naraščala tudi odgovornost in skrb za lastno zdravje. V naslednjem stoletju bodo lokalne skupnosti in njihovi prebivalci odločali o načinu zdravstvenega varstva.

Vloga patronažne službe bo drugačna, ker bo bolj jasno, da slog življenja odloča o zdravju. Potrebno bo organizirati za ostarele tudi prostovoljno varstvo in pomoč; ljudje bodo sami vedno aktivnejši. Zato bodo patronažne medicinske sestre imele v lokalni skupnosti vedno več zunanjih partnerjev; postale bodo bolj vzgojiteljice in organizatorice skupnih prizadevanj za zdravje lokalne skupnosti in posameznikov.

Najučinkovitejše oblike zdravstvenega varstva imajo večdisciplinirane zdravstvene time, a težko je

načrtovati primerno število zdravstvenih delavcev v državi, ki še ni jasno definirala teh timov.

V deželah, kjer se pojavlja in raste privatizacija zdravstva, raste potreba po doslednem strokovnem nadzoru, kar potrjujejo študije, ki ugotavljajo, da zdravstveni delavci v privatni praksi pogosto ne upoštevajo strokovne doktrine.

Države morajo zato vzpostaviti regulacijske mehanizme, ki bodo:

- določili naloge zdravstvene nege ter kategorije delavcev v negovalnem timu,

- ki bodo določili izobraževalne standarde,
- ki bodo omogočili nadzor nad prakso,
- ki bodo upoštevali poklicno etiko.

Ob koncu 20. stoletja narašča neenakost tudi na področju zdravstvenega varstva. Tehnični in humani aspekti na področju zdravstvenega varstva so vedno bolj oddaljeni. Vedno bolj skrbno bomo morali ravnati s sredstvi za zdravstveno varstvo, zdravstveni sistemi bodo morali opustiti togo hierarhijo, postati bodo morali bolj fleksibilni in se bodo morali odločiti za dosledno multisektorsko sodelovanje.