

ZAKON O DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE – STROKOVNA IN NORMATIVNA IZHODIŠČA

ACT ON NURSING CARE – PROFESSIONAL AND NORMATIVE STARTING POINTS

Andrej Starc

UDK/UDC 616-083(018)

DESKRIPTORJI: zakonodaja zdravstvena nega; zdravstvena nega standardi

DESCRIPTORS: legislation nursing; nursing care-standards

Izvleček – Namen dela je prikazati smernice za izdelavo sodobne in funkcionalnega zakona o zdravstveni negi, prilagojene ekonomskemu in socialnemu položaju države, zakona o zdravstveni negi, ki bi bil v korist uporabnikom zdravstvene nege ter njenim izvajalcem. Mnenje Mednarodnega sveta medicinskih sester na podlagi analiz problemskih vprašanj, stališč in utemeljitev je, da zakonska ureditev opredeljuje pristojnosti in zagotavlja avtonomnost stroke.

Abstract – The article presents directives to elaborate a modern legislation in nursing care which will be useful for users and executors of nursing care. Forming a modern and functional law of nursing care, adaptable in economic and social position in the country. The opinion of the International Council of nurses based on the analyses, standpoints and arguments declare, that the legislation in nursing care assurance a competence and autonomy of profession.

Uvod

Za doseg optimalne zakonske ureditve na področju zdravstvene nege si že vrsto let prizadevajo Mednarodni svet medicinskih sester, Svetovna zdravstvena organizacija in Mednarodna organizacija dela. Vloga izvajalca zdravstvene nege se je bistveno spremenila. Sistemi v zdravstvu, nova tehnologija in raznovrstni zdravstveni problemi narekujejo potrebo po bolj izobraženih medicinskih sestrah (v nadaljevanju izvajalec-ka zdravstvene nege).

Strokovnjaki, ki strokovno delujejo na področju zdravstvene nege, si prizadevajo to področje normativno opredeliti in ga umestiti med druge zdravstvene poklice in discipline tako, da bi dosegli boljša izhodišča za uveljavitev v družbi.

1. POGLAVJE

Ena od zahtev sodobne družbe je oblikovanje sodobne zdravstvene politike, ki bo naklonjena posamezniku, državi pa bo omogočila normalno delovanje. V zdravstveno politiko oziroma politiko slovenskega zdravstvenega varstva sodi sprejetje zakona o delovanju zdravstvene nege.

Za predstavitev in primerjavo ter razumevanje potrebe po naklonjenosti države tem spremembam poglavje omenja:

- položaj zdravstvene nege v Evropski skupnosti,
- položaj zdravstvene nege v avstrijskem zdravstvenem pravu,
- položaj zdravstvene nege v Sloveniji,
- primerjavo poljskega in slovenskega zakona o zdravstveni negi (v nadaljevanju predlog zakona o zdravstveni negi) – Utrip – september 1997.

1.1 Kratek opis položaja zdravstvene nege v Evropski skupnosti

Število registriranih izvajalcev zdravstvene nege v evropskih državah zajema približno 1.700.000 članov in članic. V evropskih državah zdravstveno nego opravljajo večinoma ženske. Odstotkovna zastopanost žensk v zdravstvu se spreminja. Tako je na Danskem v zdravstvu 97 %, Portugalskem 83 % v Nemčiji 82 % in Luksemburgu 75 % žensk.

Sistem kakovostnega zdravstvenega varstva v Evropski skupnosti ne obstaja brez kakovostne zdravstvene nege in izobraževanja.

Cilji izobraževanja so:

- izobraziti študente zdravstvene nege za vodilne funkcije v zdravstveni negi in v sistemu zdravstvenega varstva,
- pripraviti študente zdravstvene nege za raziskovalno delo v sistemu zdravstvenega varstva, kjer je te-

Tab. 1. Številčni prikaz zastopanosti žensk v zdravstveni negi v posameznih državah. *Hospital Committee of the European Community. European Nurse: 1997; 2 (3); 172.*

Država	Medicinske sestre	Populacija × 1000
Belgija	95.718	9.900
Nemčija	472.000	79.000
Danska	54.000	5.100
Španija	160.000	38.900
Francija	294.260	56.000
V. Britanija	590.589	56.700
Irska	28.500	3.500
Luksemburg	4.246	378
Nizozemska	292.000	15.000
Portugalska	24.973	10.300

žišče na »kakovostnem standardu«, tj. učinkoviti in uspešni zdravstveni negi,

- razvijati zdravstveno nego v sistemu zdravstvenega varstva kot znanost,
- pridobitev akademskih nazivov na magistrski in doktorski ravni v skladu z znano evropsko tradicijo visoke izobrazbe (1).

Našteti cilji predstavljajo smernice za oblikovanje ustreznih izobraževalnih programov. Tovrstni programi morajo zadovoljiti zahtevam Univerze ter zahtevam novo nastalih sprememb v zdravstvu. Znanje, ki ga morajo študentje osvojiti, je obširno, zato je potrebno programe izobraževanja prilagoditi našim potrebam za cilje kakovostnega zdravstvenega varstva.

2. Prikaz zdravstvene nege v zdravstvenem pravu Avstrije

Strokovna služba za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov

Pravna podlaga za opravljanje te službe je Zakon o zdravstveni negi in oskrbi bolnikov. Ta nekdanji zvezni zakon izvira iz leta 1961 in je bil nazadnje spremenjen leta 1992 (zakon ne ureja samo strokovne službe za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov, temveč tudi delo strokovne medicinsko – tehnične službe).

Delitev strokovne službe za zdravstveno nego in oskrbo na posamezne skupine

Na področje strokovne službe za zdravstveno nego in oskrbo sodijo splošna nega in oskrba bolnikov, zdravstvena nega in oskrba bolnih otrok in dojenčkov ter psihiatrična zdravstvena nega in oskrba bolnikov.

Splošna zdravstvena nega in oskrba

Splošno zdravstveno nego in oskrbo sestavljajo zdravstvena nega in oskrba za vse vrste bolezni, nega in oskrba porodnic ter zdravstvena nega, oskrba in prehrana novorojencev. Te dejavnosti vključujejo tudi sodelovanje z zdravniki pri njihovem delu ter delo po odredbi zdravnika med zdravljenjem.

Zdravstvena nega in oskrba bolnih otrok in dojenčkov

To področje opredeljujejo vsebinsko kot zdravstveno nego in oskrbo obolelih dojenčkov ter otrok do dopolnjenega 14. leta starosti, zdravstveno nego in oskrbo ter prehrano zdravih novorojencev in dojenčkov ter zdravstveno nego in oskrbo porodnic.

Tudi te dejavnosti vključujejo sodelovanje z zdravniki pri njihovem delu ter delo po odredbi zdravnika med samim zdravljenjem.

Psihiatrična zdravstvena nega in oskrba

Le-ta zajema oskrbo, opazovanje in zaposlovanje živčno in duševno bolnih ter zasvojenih z mamili in alkoholom.

Tudi na področju psihiatrije, ki zajema zdravstveno nego in oskrbo, je strokovna služba nujno potrebna. Opredeljena je z vsebino sodelovanja z zdravniki ter delo po odredbi zdravnika med zdravljenjem.

2.1 Druge naloge strokovne službe za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov

Evropski sporazum o teoretični in praktični izobrazbi diplomiranega osebja za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov (za Avstrijo je pričel veljati 9. februarja 1973) pozna naslednja delovna področja:

- strokovno zdravstveno nego in oskrbo oseb, ki potrebujejo zdravstveno nego in oskrbo,
- opazovanje telesnega in duševnega stanja ter okoliščin, ki vplivajo na zdravje ter javljanje rezultatov in opazovanj osebam, ki se ukvarjajo z zdravstveno oskrbo bolnikov,
- izobraževanje in vodenje pomožnega osebja. Poklic negovalca je bil uveden leta 1990. S spremembo Zakona o zdravstveni negi in oskrbi bolnikov in naj bi do 31. decembra 1995, v primeru pomanjkanja negovalcev pa najkasneje do 31. decembra 1997, zamenjal poklic oddelčnega negovalca. Poklic negovalca obsega oskrbovanje oseb, ki so potrebne zdravstvene nege in oskrbe, v sodelovanju in pod vodstvom diplomiranega osebja za zdravstveno nego in oskrbo ter v sodelovanju z zdravniki in diplomiranim medicinsko-tehničnim osebjem.

Sodelovanje z zdravniki

Odredbe odgovornih zdravnikov je treba natančno upoštevati. Prepovedano je vsako samovoljno delovanje, zlasti še samovoljno opravljanje posegov.

Pooblastilo za dajanje injekcij, odvzem krvi in infuzije

Zdravnik, ki je upravičen do samostojnega opravljanja poklica (zdravnik splošne prakse, specialist), lahko osebo, ki je upravičena do opravljanja strokovne službe za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov, v po-

*Trenutno veljavni položaj*Tab. 2. Pooblastila izvajalcem zdravstvene nege za injekcijsko terapijo. Jauernig P, Sladeček E. *Osnove zdravstvene prava, delovnega prava in prava socialnega zavarovanja. Dunajska zveza bolnišnic. Dunaj, 1993: 38.*

Poklicna skupina/ Pogoji	Strokovna služba za Zdravstveno nego in Oskrbo	Babica	MTA RTA MTF	Pomožni negovalci (z dodatno izobrazbo diabetes/insulin)
Na osnovi pooblastila ali po odredbi odgovornega zdravnika, ki je upravičen do samostojnega opravljanja poklicne dejavnosti (zdravnik splošne medicine ali zdravnik specialist) Kot zgoraj, vendar samo v oddelkih bolnišnic, kjer je zaradi specifičnosti dela (zlasti anesteziji, dializa, intenzivnega zdravljenja) nujna stalna prisotnost upravičenega zdravnika	Subkutane injekcije, intramuskularne injekcije, odvzem krvi iz vene (vsakokrat v posameznem primeru)	Subkutane injekcije, intramuskularne injekcije (vsakokrat v posameznem primeru)	Odvzem krvi iz vene (MTF v posameznem primeru)	Subkutane insulinske injekcije (v posameznem primeru)
	Intravenozne injekcije, (vsakokrat v posameznem primeru)			

MTA = medicinsko-tehnični (-a) analitik (-čarka)

RTA = radiološko-tehnični (-a) asistent (-ka)

MTF = strokovno medicinsko-tehnično osebje

sameznem primeru pooblasti za dajanje subkutanah in intramuskularnih injekcij in odvzem krvi iz vene.

Na oddelkih bolnišnic, v katerih je zaradi posebnosti dela (zlasti na oddelku za anestezijo, dializo in intenzivno zdravljenje) potrebna stalna prisotnost zdravnika, ki opravlja svoje delo samostojno, se lahko v posameznem primeru izda to pooblastilo izvajalcu zdravstvene nege tudi za intravenozne injekcije in infuzije.

Zdravnik se mora prepričati, da ima diplomirano osebje za zdravstveno nego in oskrbo tudi potrebna znanja in izkušnje (za katera opravila je zakonsko predvidena odredba zdravnika, je prikazano v pregledu slika št. 2).

Izobraževanje za strokovno službo

Izobraževanje in temeljne učne vsebine so urejene v zakonu o zdravstveni negi in oskrbi bolnikov in se podrobneje izvajajo v nekaterih uredbah, npr. v prvi in drugi uredbi o zdravstveni negi in oskrbi bolnikov. Pristojni organi pa že nekaj let pripravljajo temeljito reformo za izboljšanje dodiplomskega izobraževanja diplomiranega osebja za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov.

Pregled nad pooblastili za dajanje injekcij, odvzem krvi in infuzije 1993.

Šole za zdravstveno nego in oskrbo bolnikov

Izobraževanje za splošno zdravstveno nego in oskrbo odraslih ter zdravstveno nego in oskrbo otrok in dojenčkov traja 4 leta.

Po uspešno opravljenim izpitu imajo absolventi pravico do opravljanja poklica in sledečih nazivov:

- diplomirana medicinska sestra,
- diplomirani medicinski tehnik oziroma
- diplomirana medicinska sestra za otroke in dojenčke,
- diplomirani medicinski tehnik za otroke in dojenčke.

3. Primerjava slovenskega in poljskega zakona o zdravstveni negi

Na prvi pogled sta si zakona (oba obravnavata področje zdravstvene nege) dokaj podobna. Pri obeh zasledimo splošne določbe, naloge, kontinuirano izobraževanje, dolžnosti in pravice ter kazenske določbe.

Slovenski predlog zakona o zdravstveni negi – v nadaljevanju S – (Utrip, september 1997) je v splošnih določbah natančnejši pri obravnavi zdravstvene nege. Zajema opredelitve, kaj zdravstvena nega je, njene splošne in specifične naloge ter poda definicijo zdravstvene nege (1. – 4. člen S). Opazno je, da 5. člen (S) podrobneje, oziroma nekoliko obširneje podaja naloge zdravstvene nege (katere so natančneje opisane v osnutku zakona o zdravstveni negi) v primerjavi s poljskim.

Poljski zakon o zdravstveni negi (v nadaljevanju P) prav tako narekuje naloge zdravstvene nege, vendar je skopo podana tudi definicija zdravstvene nege (4. člen P).

- Lik medicinske sestre oziroma izvajalec zdravstvene nege je pri obeh jasno opredeljen, prav tako pogoji in pravila za opravljanje profesije:
S: 6., 7. člen
P: 7., 8. člen

- Mentorstvo je v slovenskem predlogu natančneje določeno:
S: 22. – 25. člen
- Specializacija je definirana pri obeh zakonih:
S: 26., 27. člen
P: 10. člen
- Kontinuirano izobraževanje je prisotno pri obeh zakonih,
S: 28. – 30. člen
P: 10. člen
- Dolžnosti in pravice izvajalcev zdravstvene nege so prisotne pri obeh zakonih:
S: 42. – 50. člen
P: 18. – 32. člen
- Zbornica zdravstvene nege (naloge in pooblastila) je prisotna pri obeh:
S: 51. – 56. člen
P: 25., 26., 29., 30. člen
- Registracija in zasebna dejavnost je omenjena pri obeh:
S: 66. – 68. člen
P: 24. – 31. člen

Analiza obeh zakonov nam pokaže, da se zakona po vsebini bistveno ne razlikujeta. Zaslediti je pomankljivost oblikovanja kadrovskih standardov in izdelave normativov za posamezne ravni zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni in terciarni) v slovenskem in poljskem zakonu.

Seveda ne moremo mimo dejstva, da je obstoječi poljski zakon o zdravstveni negi prilagojen trenutnemu ekonomskemu in socialnemu položaju države, ki je prav tako kakor Slovenija država v tranziciji.

Vsako vpeljevanje novosti je namenjeno k izboljšanju že obstoječega. Preučevanje obstoječih zakonov, primerjava in postavitvev iztočnic pripomore k odpravljanju napak in omogoča lažje umeščanje novosti v našem okolju.

3.1 Pregled reform zdravstvenega varstva na Poljskem

Na Poljskem so 19. aprila 1991 sprejeli pomembna določila in smernice za razvoj zdravstvene nege.

Najbolj pomembne so:

- kontrola nad delom profesije zdravstvene nege,
- registracija medicinskih sester in babic ter izdaja licenc za samostojno opravljanje poklica,
- določitev pogojev dela glede profesije
- določitev profesionalno etičnih načel,
- določitev profesionalnih standardov,
- sodelovanje stroke pri postavitvah smernic za razvoj zdravstvene nege,
- skrb za ohranjanje interesov medicinskih sester in babic.

4. Zdravstvena nega v zakonodajnih aktih

Zdravstvena nega in njeni izvajalci so neposredno in posredno imenovani v treh glavnih zakonskih aktih, ki opredeljujejo dejavnost zdravstva:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju RS (Uradni list Republike Slovenije št. 9/92),
- Zakon o zdravstveni dejavnosti RS (Uradni list Republike Slovenije št. 9/92)
- Zakon o socialnem varstvu RS (Uradni list Republike Slovenije 54/92).

Osnutek zakona o delovanju zdravstvene nege, ki bo odražal profesionalno samostojnost in strokovno suverenost zdravstvene nege, pripravlja projektna skupina pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije. Tak zakon je zrcalo splošne zakonodaje v državi in odraža njen socialni, politični in ekonomski sistem ter moralne vrednote in norme, ki vladajo v državi.

2. POGLAVJE

Proces nastajanja zakona o zdravstveni negi in vpeljevanja v slovensko zdravstveno politiko je kompleksna dejavnost. Ustanavljanje tovrstnega zakona zahteva medpodročno sodelovanje ob upoštevanju osnutkov in smernic, jasno izdelane sheme regulativnih okvirov ter poznavanje delovanja vladnih struktur. Za razumevanje tega procesa moramo razumeti postopke (osnutke, smernice) za uresničitev cilja ustanovitve zakona o delovanju zdravstvene nege. Oblikovanje zakona je kompleksna dejavnost, kar pomeni sodelovanje različnih strokovnjakov z medpodročnim sodelovanjem ter jasno shemo regulativnih okvirov in poznavanje delovanja vladnih struktur.

Poglavje pripomore k boljšemu razumevanju dejavnikov in načel za oblikovanje zakona ter njegovo brezhibno delovanje.

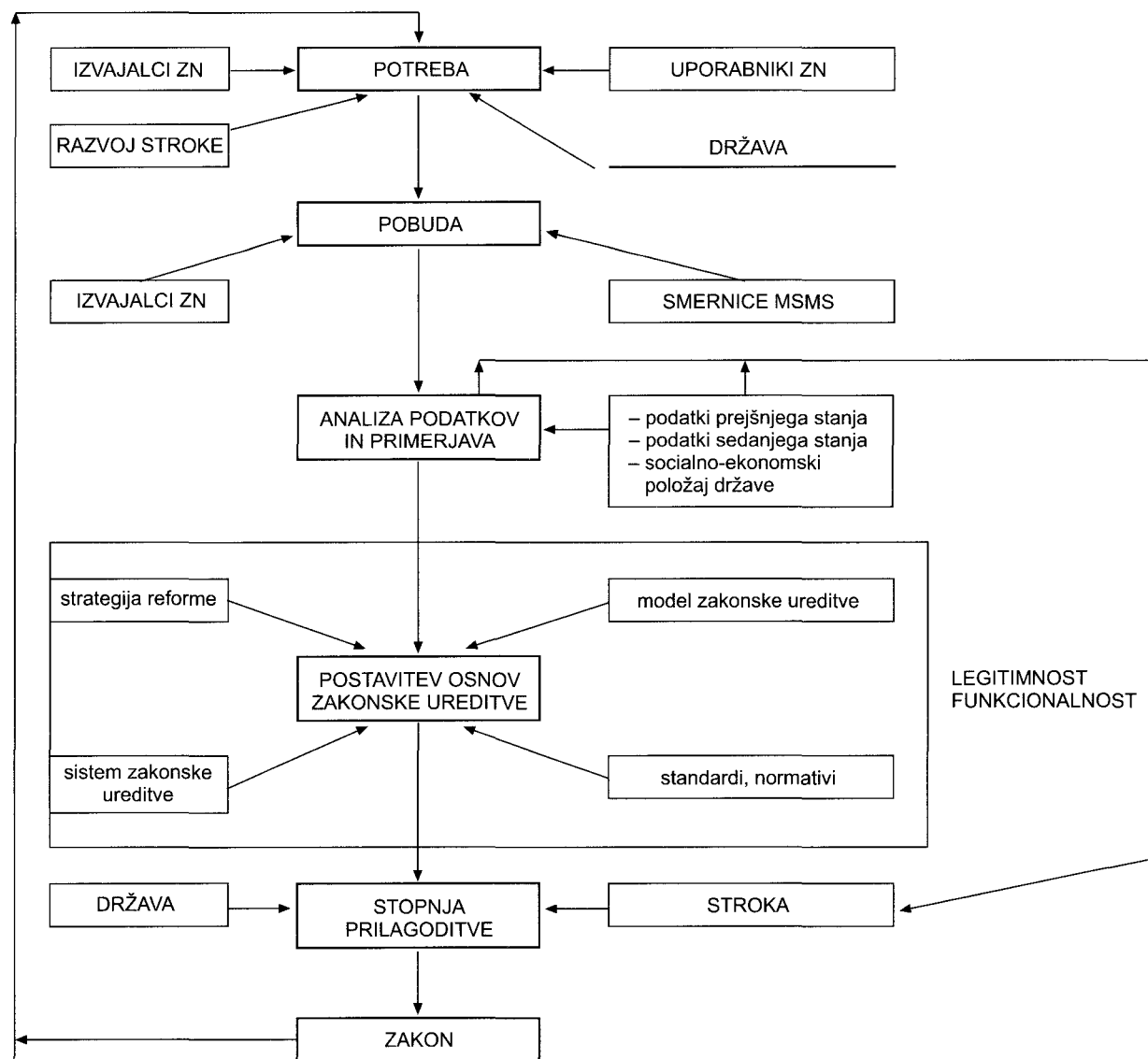
Potreba

Potreba po pripravi določenega zakona ni samodejni proces. Potrebno jo je zaznati s strani izvajalcev in uporabnikov zdravstvene nege, stroke ter posredno države. Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo za svoje delo dokument in pravni akt. Pravni akt bi storitvam zdravstvene nege dal pravno veljavo in ščitil izvajalce zdravstvene nege, hkrati pa jih obvezal k popolni odgovornosti, strokovnosti in profesionalnosti. Uporabniki storitev zdravstvene nege pa bi bili pravno zaščiteni pred nestrokovno opravljenimi storitvami in imeli možnost vpogleda v pravno delovanje zdravstvene nege.

Podobno potrebo zasledimo tudi s strani stroke same, saj si le-ta želi dvigniti raven profesionalizacije.

Država je v shemo vključena le kot »nemi« del. Zakaj? Naloga vsake vlade je ščititi interese svojih državljanov, kar se odraža v njeni zakonodajni vlogi. V

1. SHEMA SISTEMA REALIZACIJE ZAKONA



Sl. 1. Starc A. Strokovna izhodišča profesionalizacije zdravstvene nege. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Univerze v Ljubljani, 1999: 13. (ZN – zdravstvena nega, MSMS – Mednarodni svet medicinskih sester.)

našem primeru je država ostala do sedaj izolirani del te sheme. Vsebinsko zakon postavlja človeka, bolnega ali zdravega, na prvo mesto, kar daje aktu prednost obravnave v vladnih in v parlamentarnih strukturah.

Vsi štirje dejavniki izvajalci zdravstvene nege, uporabniki zdravstvene nege, razvoj stroke, država sestavljajo »odskočno desko« za realizacijo postavljenih ciljev. Med vsemi štirimi dejavniki mora biti vzpostavljen kanal nenehnih povratnih informacij. Natančnost informacij je predpogoj za uspešnost dela. Kajti sistem brez medsebojne komunikacije je namreč nefunkcionalen in obsojen na propad. Zmanjšati je potrebno hierhično porazdelitev posameznih delov sistema, sistemu moramo omogočiti brezhibno delovanje, kar pomeni hkratno sodelovanje vseh prej omenjenih teles.

Pobuda

Moderne smernice Mednarodnega sveta medicinskih sester ter izvajalcev zdravstvene nege so privedle do potrebe za pripravo in sprejem zakona.

Analiza podatkov in primerjava

Z analizo podatkov pripomoremo k boljši razlagi podatkov, ki izražajo težnjo po vnosu novega znanja v stroko zdravstvene nege. Podatki ne služijo samo interpretaciji morebitnih izboljšav, temveč predstavljajo iztočnice za postavitev cilja – zakon, ki mora biti v celoti usklajen z evropsko zakonodajo.

Področje preučevanja je veliko. V poštev pridejo podatki iz organizacije zdravstvene nege – kadrovske

standardi in normativi ter poznavanje socialno-ekonomskega položaja države, v kateri želimo zakon uveljaviti. Slovenija ima kot država v tranziciji urejena vprašanja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in ima zato ustrezne pogoje za začetek pogajanj ter uveljavitev zakona o delovanju zdravstvene nege.

Postavitev osnov zakonske ureditve

Na podlagi zbranih informacij in primerjav lahko izvedemo odločilni korak, t.j. postavitev osnov zakonske ureditve s strategijo reforme zdravstvene zakonodaje, v kolikor le-ta ni v skladu z zahtevami Evropske skupnosti, izpeljemo uvedbo sistema zakonske ureditve, oblikujemo zakonske modele, normative in standarde. Vsi dejavniki morajo biti fleksibilni, hkrati pa legitimni in funkcionalni.

Stopnja prilagoditve

Pristop države v temu delu sistema ima pomembno vlogo. Država ne sme biti nezainteresirana, saj bo zakon prilagojen trenutni pravni, ekonomski, socialni in zdravstveni zakonodaji. Sklicujoč se na:

- *enotnost pravnega sistema* – v vsakem pravnem redu obstaja temeljna norma, ki je na vrhu sistema, s čimer opravlja funkcijo poenotenja pravnih virov,
- *koherentnost pravnega sistema* – prva značilnost je, da se morajo kakovostno nižje vsebine pravnega reda uskladiti s kakovostno višjimi, pomembnejšimi sestavinami – formalna in materialna zakonitost ter druga značilnost je odpravljanje protislovij,
- *popolnost pravnega sistema* – ni mogoče najti primera, ki ga pravna norma ne bi zajela, torej v dejstvu, da v pravnem sistemu ni praznin,
- *strategijo reforme* – enakopravni del, možnost sprememb predlaganega zakona.

Stroka pa bo v povezavi z razpoložljivimi podatki, analizo podatkov in primerjavo le teh med različnimi državami, ki tovrstni zakon že uspešno izvajajo, predstavljala osnove zakonske ureditve. Hkrati pa bo predstavljala interese izvajalcev zdravstvene nege na prvo mesto.

Sistem realizacije zakona je linearen, kar pomeni potovanje informacij od nižjih ravni k višjim, ter hkrati krožen, saj omogoča izmenjavo informacij in dopolnjevanje na posameznih ravneh – medsebojna komunikacija elementov sistema. Na ta način je končni produkt sistema dosežen z zakonom in zadovoljuje izraženo potrebo.

Produkt sheme je nastanek zakona o delovanju zdravstvene nege z elementi humanosti, strokovnosti in profesionalnosti, ki obvaruje človekovo integriteto in identiteto, stroki pa daje značaj profesije.

Zakon nas mora takoj informirati o načinu pristopa, pa tudi o razlogih za določene predpise. Zakoni praviloma odražajo socialni in ekonomski sistem države,

seveda tudi politične zasnove, moralne vrednote, pravno tradicijo, tradicionalne družbene norme in državne standarde. Zakon mora odražati odvisnost stroke od drugih predpisov in njene samostojne zakonodajne naloge. Nastati mora v sodelovanju najvišjega upravnega organa z Zbornico zdravstvene nege in mora biti seveda napisan v okviru splošne državne zakonodaje.

Zakon o zdravstveni negi že imajo naslednje evropske države: Avstrija, Francija, Belgija, Nizozemska, Danska, Poljska, Velika Britanija, Izrael, Nemčija, Češka, Irska, Luksemburg, Romunija, Slovaška, Španija in Švedska.

Zakoni so sicer vsebinsko nekoliko različni, imajo pa enotna izhodišča in sicer:

- izobraževanje,
- delo v praksi,
- razmejujejo delo med izvajalci zdravstvene nege,
- postavljajo etična načela v poklicni skupini,
- predpisujejo nadzor nad stroko in kakovost,
- strokovna združenja v državi,
- določajo kazensko odgovornost.

Mnoge države vključujejo v svoje zakone o zdravstveni negi tudi nekatere odločitve glede izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege ter celotnega negovalnega tima, vendar je to odvisno od dejstva, kako specifično je izobraževanje obravnavano v učnih programih posameznih šol oziroma fakultet.

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

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

Za pisce zakona o zdravstveni negi naj bo vodilo tudi poročilo delovne skupine glavnega urada SZO – Svetovne zdravstvene organizacije iz Ženeve »Zdravstvena nega po letu 2000« in zdravstvene nege za 21. stoletje.

Države morajo zato vzpostaviti regulacijske mehanizme, ki bodo:

- določili naloge zdravstvene nege ter kategorije delavcev v negovalnem timu,
- določili izobraževalne standarde,
- omogočili nadzor nad prakso,
- upoštevali profesionalno etiko.

Med širšo družbo in poklici je v veljavi »družbeni dogovor« (2), ki zagotavlja željeno stopnjo poklicne samostojnosti. Družba pričakuje, da bodo delavci določene stroke svoje delo opravljali odgovorno in v skladu z družbenimi pričakovanji. Osnova za zagotavljanje kakovosti opravljenega dela pa je zakonska ureditev v okviru določenega poklica, ki je odlika odgovorne in zrele dejavnosti.

2. Osnova zakonske ureditve

Zakonska ureditev omogoča urejenost, doslednost in nadzor v stroki in pri praktičnem delu (3).

Zaradi kompleksnosti in razvejanosti stroke zdravstvene nege moramo oblikovati zakonske okvire, ki bi nam omogočili vpogled v posamezne dele sistema, in ugotoviti, kakšni so odnosi med njimi.

Zakonska ureditev je v korist uporabnikom (»uporabnik« je posameznik, družina in javnost, ki so deležni zdravstvene nege v vseh življenjskih obdobjih, v času zdravja in bolezni, na domu, v bolnišnicah in v drugih zavodih) in izvajalcem storitev (»izvajalec« se nanaša na osebe ali ustanove, ki storitve izvajajo).

Razlogi za oblikovanje in sprejetje zakonske ureditve:

- zavarovanje uporabnika pred nestrokovno opravljenimi storitvami,
- zagotavljanje kakovostnih storitev,
- seznanjanje uporabnikov o možnosti izbire storitev,
- spodbujanje razvoja stroke,
- priznanje strokovnosti, identitete in družbenega položaja izvajalcev zdravstvene nege,
- izboljšanje socialno-ekonomskega položaja zdravstvene nege.

3. Strategija reforme zakonske ureditve

V načrtovanju reforme zakonske ureditve je priporočljivo razdeliti aktivnosti v tri kategorije, in sicer glede na:

- *stroko* – povečati moč nacionalnih zvez izvajalcev zdravstvene nege, večji vpliv pri odločanju, oblikovanju politike,
- *politiko* – pridobiti podporo vplivnih ali aktivnih posameznikov iz področja zakonodaje, ki zadeva zdravstveno nego,
- *zakonsko ureditev* – vplivati na taka zakonska določila, ki bi podpirala cilje zdravstvene nege.

Odločilno za uspešno reformo pa je seveda aktivno vključevanje izvajalcev zdravstvene nege v razvoj zakonske ureditve.

Mednarodni svet medicinskih sester v delu »Smernice razvoja javne politike v zvezi z zdravjem« (Guidelines for Public Policy Development Related to Health, ICN, 1985) predlaga proces, ki bi pripomogel pri reformi zakonske ureditve. Slika št. 4 predstavlja osnovne elemente tega procesa .

Komentar tabele 3

Politično ozaveščanje in pripravljenost za delo

Nujno je prepričati izvajalce zdravstvene nege, da je zakonska ureditev stroke in poklica odločilni dejavnik v njihovem izobraževanju, delu, nagrajevanju, po-

Tab. 3. *Smernice za politični razvoj. Affara FA, Madde Styles M. Zakonska ureditev zdravstvene nege od principov do uveljavitve. Mednarodni svet medicinskih sester, 1991: 92–3.*

Politično ozaveščanje in pripravljenost za delo	Poznavanje delovanja vlade	Postavljanje ciljev
Povratna informacija članom vlade	Uspešno sodelovanje v politiki zakonske ureditve	Stališča o vprašanjih, problemih
Koalicije, povezovanje v lobjih	a. aktivnost in vključevanje b. povezanost c. koordinacija d. urejenost e. informiranost	Podatki, ki podpirajo stališča, predloge

klicni uspešnosti ter vplivanju na politične odločitve in načrtovanje.

Poznavanje delovanja vlade

Dobro poznavanje dela vladnih organov, zakonodajnih procesov ter politike je izredno pomembno za določanje ciljev zakonske ureditve kot tudi za načrtovanje.

Načrtovanje ciljev in aktivnosti

Pričnemo z določitvijo problema zakonske ureditve. Pomembno se je usmeriti na vprašanja, ki jih je v danih razmerah možno rešiti.

Pri odločanju za spremembe je treba najprej izdelati jasne cilje reforme in skladno z njimi načrtovati aktivnosti. Imeti moramo jasen pregled nad razpoložljivimi viri (resursi) in časovnim zaporedjem dejavnosti.

Stališča o vprašanjih in problemih

Mednarodni svet medicinskih sester meni, da morajo biti postavljena jasna stališča o ureditvi in jasne predstave o ciljih reforme. Eden od ciljev zakonske ureditve je npr. v celoti prenesti izobraževanje iz splošne zdravstvene nege na visokošolsko raven.

Podatki, ki podpirajo stališča, predloge

Na osnovi zbiranja informacij je Mednarodni svet medicinskih sester oblikoval svoja stališča o zakonski ureditvi zdravstvene nege⁽³⁾.

Prav tako je treba strokovno utemeljiti vse predloge. Podatki izvirajo iz organov vlade, upravnih teles zdravstvene nege ali drugih strok.

Aktivnost in vključevanje

Če v načrtovanju dejavnosti sodeluje več posameznikov ali skupin, je treba delo koordinirati in nadzorovati. Poročevalci morajo biti dobro seznanjeni o napredovanju dela in biti sposobni tekoče in verodostojno predstaviti in zagovarjati dejavnost.

Koalicije, povezovanje v lobijih

Izvajalci zdravstvene nege, ki so sodelovali v spremembah zakonske ureditve, so poudarili pomembnost pazljivega in smotrnega povezovanja v koalicije in lobije. Povezovanje z drugimi posamezniki in skupinami omogoča spoznavanje privržencev, nasprotnikov in nevtralnežev. Naj uspešnejši so neposredni stiki s tistimi, ki imajo pravico in moč odločanja.

Povratna informacija članom stroke

Pogosto se dogaja, da člani o teh dejavnostih niso pravočasno ali natančno obveščeni, kar je sicer predpogoj za enotno delo in sodelovanje vseh pripadnikov stroke. Sproti je treba odgovarjati na vprašanja, reševati probleme in dileme. Ob reformi zakonske ureditve je potrebna širša javna podpora vseh izvajalcev zdravstvene nege.

4. Sistem zakonske ureditve

Sistem zakonske ureditve mora upoštevati vse razsežnosti ter naravo stroke, katere razvoj, kontrolo in zakonsko ureditev obravnavajo in podpirajo (4):

- širša družba, ki potrebuje sprejemljive in dostopne storitve zdravstvene nege;
- vlada, ki do različnih stopenj sprejema odgovornosti za zdravje svojega naroda;
- stroka, ki želi uveljavljanje in priznavanje svojih delavcev;
- strokovnjaki zdravstvene nege, ki želijo ustrezno nagrajevanje za svoje delo in poklicno zadovoljstvo;
- drugi poklici in strokovnjaki, ki nudijo sorodne strokovne storitve in si želijo osebnega in strokovnega zadovoljstva;
- delodajalci, ki so odgovorni za nagrajevanje in vodenje, prav tako pa tudi za kakovost opravljenih storitev, integriranje resursov in integriteto zdravstvenih zavodov in organizacij.

Tab. 4. Dejavniki, ki vplivajo na zakonsko ureditev – vzorec 1. Affara FA, Madde Styles M. Zakonska ureditev zdravstvene nege od principov do uveljavitve. Mednarodni svet medicinskih sester, 1991: 69.

Ključni dejavniki	Pomembni pogoji/usmeritve
Kvaliteta in cilji storitev	Uvajanje storitev, ki so ekonomsko utemeljene
Dostopnost in cena storitev	Zavarovalnice – poravnava določenih storitev zdravstvene nege
Politika družbe	Privatizacija zdravstvenih služb
Drugi zdravstveni delavci	Preveliko število zdravnikov
Cilji poklica	Ministrstvo za zdravstvo prvič določi svojo vodilno medicinsko sestro
Status, dobro socialno stanje medicinskih sester	Decentralizacija odločanja o plačilu in bonitetah

Tab. 5. Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje zakonske ureditve – vzorec 2. Affara FA, Madde Styles M. Zakonska ureditev zdravstvene nege od principov do uveljavitve. Mednarodni svet medicinskih sester, 1991: 70.

Pogoji/usmeritve	Vplivi na zakonsko ureditev (struktura zdravstvene nege, obseg dela, nadzor, odgovornost, standardi, središče in kontrola zakonske ureditve itd.)
Razširitev primarne zdravstvene oskrbe na bolj oddaljena področja	Ali medicinska sestra dela v legalno določenem obsegu (definicije, standardi)? Ali je izobraževanje ustrezno za te naloge in odgovornosti (standardi izobraževanja, študijski program, nadaljevanje izobraževanja)? Ali so službe nadzora primerne (zakonska opredelitev, zdravstvena politika in pravilniki, opisi del in nalog, drugi dokumenti)? Mesto pomožnega negovalnega osebja v strukturi zdravstvene nege (definicije, opis nalog in del, članstvo v zvezi medicinskih sester). Izobraževanje in zakonska ureditev pomožnega negovalnega osebja (nacionalno urejanje zakonske ureditve in izobraževanja, podobno kot v drugih poklicih, zakonske opredelitve, drugi uradni dokumenti).

Komentar tabele 5

Postopek predstavlja dejavnike, ki vplivajo na zakonsko ureditev. Dejavniki izven zdravstvene nege je zdravstvena politika, v okviru zdravstvene nege pa so pomembne kategorije negovalnega osebja in stopnja izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege.

Če želimo doseči nove in drugačne cilje v zdravstveni negi, se mora to odražati tudi v zakonski ureditvi. Potrebno je opredeliti obseg in območje del in nalog, zanesljivost, odgovornost, odnose med kategorijami izvajalcev zdravstvene nege, odnose med izvajalci zdravstvene nege in drugimi zdravstvenimi delavci ter izobraževalne standarde. Zato je nujno potrebno ponovno preučiti obstoječo zakonsko ureditev in njeno izvajanje ter oceniti njeno primernost glede na nove, spremenjene pogoje.

5. Model zakonske ureditve

Zakon o zdravstveni negi mora biti *enoten* (hierarhična razporeditev vseh pravnih norm v okviru posameznega sistema), *funkcionalen* (pravni akt služi svojemu namenu) in *legitimen* (v skladu s postavami, zakonit, zakonski). Poleg zgoraj omenjenih funkcij mora biti zakon o zdravstveni negi fleksibilen, t.j. prilagodljiv. Prilagodljivost je ena od poleg zgoraj omenjenih funkcij pomembnejših.

Tab. 6. *Oblikovanje sistema zakonske ureditve. Affara F. A., Madde Styles M. Zakonska ureditev zdravstvene nege od principov do uveljavitve. Mednarodni svet medicinskih sester, 1991: 75.*

Ravni	Namen, cilj	Organ odločanja
statuti zakoni uredbe, predpisi odloki	zagotoviti zakonito vodenje stroke	parlament predsednik minister
pravila in pravilniki	dopolnitev zakona	minister svet medicinskih sester
tolmačenje in izvajanje zakona, pravilnikov	specifične smernice za delo; izvajanje	svet medicinskih sester in drugi

Tab. 7. *Model oblikovanja zakonodaje za zakonsko ureditev zdravstvene nege. Affara FA, Madde Styles M. Zakonska ureditev zdravstvene nege od principov do uveljavitve. Mednarodni svet medicinskih sester, 1991: 79–80. (*) MSMS – Mednarodni svet medicinskih sester.*

Poudarki	Opombe
1. Moč odbora medicinskih sester: a. izvajati zakone, b. tolmačiti zakone, c. oblikovati pravila in pravilnike.	Ta pooblastila so pomembna, ker: a. odboru omogočajo izvajati zakone b. stroki omogočajo večjo kontrolo nad politiko in v praksi c. omogočajo večjo fleksibilnost odzivanja na spremembe
2. Funkcije odbora (urejanje negovalnega osebja, dovoljenja za delo) a. posodabljanje registra, b. disciplinski postopki, c. urejanje pomožnega negovalnega osebja, d. določanje izobraževalnih in delovnih standardov, e. priznavanje (koncesije) šol in programov, f. disciplinski postopki, g. določanje in zbiranje šolnin, članarin	Glavna naloga odbora je oblikovanje in izvajanje izobraževalnih in delovnih standardov za vse kategorije negovalnega osebja, vzdrževanje in posodabljanje registra (vir podatkov za načrtovanje zdravstvene nege).
3. Sestava odbora zakonske ureditve a. večina medicinskih sester, b. vodi ga medicinska sestra, c. predsedniki izobraževanja, delavcev iz prakse in vodilnih delavcev, d. predstavniki sestrskih zvez, e. predstavniki javnosti, f. drugi zdravstveni delavci, g. zakonski svetovalci.	Večinska zastopanost medicinskih sester omogoča strokovno kontrolo sistema zakonske ureditve zdravstvene nege. Vključeni so lahko tudi drugi zdravstveni delavci, vendar MSMS* priporoča recipročnost. Zakonodajni strokovnjaki so pomembni zaradi takojšnjega reševanja teh problemov. Vedno pogosteje je prisotna javnost, vprašanje, kakšno vlogo ima pri odločanju.
4. Izbor in pogoji za člane odbora: a. imenovanje, volitve, b. vloga nacionalne sestrске zveze (NZS),	Medicinske sestre želijo biti aktivni člani odbora. Z imenovanjem in volitvami je doseženo ravnovesje članstva. Ponekod ima NSZ eno ali več mest. NSZ

Poudarki	Opombe
c. kvalifikacije, trajanje, drugi pogoji članstva.	mora aktivno sodelovati v izбору članstva.
5. Definicija zdravstvene nege	Akti morajo vključevati splošno definicijo zdravstvene nege s cilji, obsegom in nalogami.
6. Definicije kategorij negovalnega osebja	Jasno mora biti, komu je zakonska ureditev namenjena. Definicija v danem primeru kaže, kaj so: a. potrebna znanja, b. področje dela, c. zanesljivost, odgovornost. Definicija je skladna s predpisanimi standardi odbora. Če odbor sprejme standarde, spremembe ne vplivajo na definicijo v zakonu.

Tab. 8. *Definicije nalog osebja v zdravstveni negi. Affara FA, Madde Styles M. Zakonska ureditev zdravstvene nege od principov do uveljavitve. Mednarodni svet medicinskih sester, 1991: 81 – 82.*

Poudarki	Opombe
1. Definicije nalog medicinskih sester	Potrebno se je odločiti, kako natančno te naloge opredeliti. Ponekod so naloge, tehnike in postopki vključeni v zakone. Ločeno so navedene naloge, ki jih opravlja samostojno ali pod nadzorom. Zaradi hitrih sprememb so medicinske sestre včasih v dilemi: kršiti predpise ali zavrniti sprejemanje odgovornosti za določena dela. Zato morajo biti naloge medicinske sestre ustrezno bolj ali manj razčlenjene.
2. Standardi in smernice	Večji del zakonske ureditve zadeva izobraževanje in usposabljanje. Standardi zadevajo pogoje vpisa, učni program, metode in evalvacijo, organizacijo študija, kvalifikacijo učiteljev, tehnično opremljenost, klinično prakso.
3. Postopki za določene aktivnosti: a. dovoljenje za delo (registracija/licenca), b. strokovni izpit, c. razgovori, d. disciplinski postopki, e. odvzem, obnovitev dovoljenja za delo, f. določitev, zbiranje članarin, šolnin, itd.	
4. Določanje, definicije in zakonska ureditev pomožnega negovalnega osebja	To omogoča večjo fleksibilnost uvajanja in ukinjanja pomožnega negovalnega osebja glede na trenutne potrebe.
5. Obvezno delo	Nekatere dežele zahtevajo obvezno prakso pred nastopom dela, predvsem zaradi pomanjkanja in slabe razporeditve delovne sile. Pri večji migraciji delavcev je obvezno nekaj časa delati v določeni organizaciji zaradi povrnitve štipendij.

Torej, zakon o zdravstveni negi mora biti prilagojen zahtevam slovenskega ozemlja in biti v skladu z normami Evropske skupnosti.

Vsi trije dejavniki predstavljajo celoto, kjer se vsak del tega sistema medsebojno dopolnjuje in razvija. Funkcionalnost, legitimnost in fleksibilnost torej označujejo zakon kot vodilo, z vsemi atributi »popolnosti«.

Sklep

Seveda ne moremo prezreti težavnih začetkov nastajanja zakona o delovanju zdravstvene nege. Popravki, dodajanja in spreminjanja členov ali posameznih alinej so del tega začetka. Če zakon dopolnjujemo oziroma spreminjamo, to ne pomeni, da tovrstni zakon ne ustreza določenim kriterijem. Pomeni le, da zakon dozoreva, se prilagaja, izboljšuje, vsebuje manj napak in nedorečenosti.

V razpravi so omenjene določene prednosti in pomanjkljivosti, ki jih predlagani zakon o delovanju zdravstvene nege vsebuje.

Sprememba načina življenja, razvoj novih tehnologij in naraščanje zahtev po zdravstvenih storitvah hkrati narekujejo spreminjanje sistema zdravstvenega varstva.

Sama struktura zdravstvenega prava v določeni državi je odvisna od sistema zdravstvenega varstva, ki je določen z zakonom. Posamezni strukturni elementi, ki zaokrožajo zdravstveno pravo, so izpeljani iz raznih zakonov, predvsem tistih, ki obravnavajo zdravstveno varstvo, zdravstveno dejavnost, zdravništvo in zdravstveno zavarovanje. Seveda ne moremo mimo posebnih predpisov na področju zdravstvenega varstva in nekaterih področij, ki še niso urejena z zakonom – zakon o delovanju zdravstvene nege, zakon o zdravstvenem inšpektoratu itn.⁽⁵⁾ Izhodišče za zagotavljanje zdravstvene varnosti slehernega človeka je njegova pravica do zdravstvenega varstva. V nekaterih državah je določena z ustavo, kar pomeni, da je temeljna pravica človeka in državljana. Zdravstveno varstvo predstavlja zagotovljene zdravstvene programe in zdravstvene storitve, kot jih določa zakon, in na njegovi podlagi sklenjene pogodbe o izvrševanju pravic nad zdravstvenimi zavodi in zasebnimi zdravstvenimi delavci ter Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Uspešnost zdravstvenega varstva je odvisna od organiziranosti zdravstva, števila zavodov – mreže zdravstvenega varstva, števila zdravnikov na prebivalstvo, bruto nacionalnega dohodka itn.

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

Svetovna banka daje naslednje podatke (6):

- Dežele z nizkim narodnim dohodkom imajo:
 - eno diplomirano medicinsko sestro, diplomirane zdravstvenike na 2180 prebivalcev,

- enega zdravnika na 6760 prebivalcev.
- Dežele s srednje močno ekonomijo imajo:
 - eno diplomirano medicinsko sestro, diplomirane zdravstvenike na 980 prebivalcev,
 - enega zdravnika na 2060 prebivalcev.
- Dežele z visokim narodnim dohodkom imajo:
 - eno diplomirano medicinsko sestro, diplomirane zdravstvenike na 140 prebivalcev
 - enega zdravnika na 420 prebivalcev.

Svetovna banka svetuje, naj bi bila razmerje med izvajalci zdravstvene nege in zdravnikom med 2:1 in 4:1.

Ocena uspešnosti delovanja zdravstvenega varstva je odvisna tudi od ozemeljske razsežnosti izvajanja zdravstvenega varstva. Sistem zdravstvenega varstva, ki je deloval na našem območju, je imel samoupravno naravo, kajti pristojnosti sistema so se ob neupoštevanju nujnosti globalizacije sistema prenesle na regionalne in občinske ravni. Slovenija kot država v tranziciji doživlja spremembe položaja strokovno-organizacijskega področja (na ravni ekonomske, pravne, socialne in zdravstvene politike). Delovanje vseh teh struktur je usmerjeno k uskladitvi pripadajoče zakonodaje z zakonodajo Evropske skupnosti. Poudariti velja spremembo socialne zakonodaje, v katero sodi tudi zdravstvena. Soočiti se bo trebna z evropskim modelom zdravstvenega varstva, ki pa še ni poenoten za vse države članice. Znano je, da si evropski model prizadeva za kompromis med socialno-demokratskim in konzervativnim modelom. Tej kombinaciji se bo morala približati tudi Slovenija s svojimi razpoložljivimi sredstvi.

V Sloveniji doživlja zdravstvena nega svoj profesionalni in strokovni razmah z novo usmerjenostjo zdravstvene nege in težnjo po aktivnem sodelovanju pri oblikovanju in vodenju zdravstvene politike. Nova usmerjenost zdravstvene nege je osrediščena na razvoj in preoblikovanje izobraževalnih programov, čimprej njo neodvisnost varovancev, enotno strokovno terminologijo itn. Vizija zdravstvene nege v Sloveniji načrtuje takšno dolgoročno strategijo, ki bo usmerjena k večji profesionalizaciji in razvoju, v katerem bo zagotovljena pristojnost stroke in zakonita avtonomnost. Predpogoj za avtonomnost stroke je razvoj profesionalizacije in opuščanje ustaljene prakse, razvoj avtoritete, razvoj monopola presoje.

Legitimnost zakona o zdravstveni negi

Enotnost sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji zagotavljajo in urejajo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti ter zakonski predpisi in številni splošni akti na tem področju. Z ustavo, ki določa temelje pravnega reda, in skupaj z zakonskimi predpisi ter splošnimi akti zdravstvenih zavodov predstavljajo omenjeni zakoni pravne vire in dajejo pravno podlago za zagotavljanje in uresničevanje zdravstvenega varstva.

Zaradi kompleksnosti in razvejanosti stroke zdravstvene nege morajo biti izpostavljeni in oblikovno urejeni okviri, ki omogočajo ugotavljanje, kaj se v posameznih delih sistema dogaja in kakšni so odnosi med njimi. Tovrstni sistem naj bo zasnovan po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije ter predpisih in določilih že obstoječih tovrstnih zakonov v državah Evropske skupnosti. Predpisi morajo biti prilagojeni trenutnemu ekonomskemu, pravnemu in socialnemu stanju države. Sistem zakonske ureditve mora upoštevati vse razsežnosti ter naravo stroke, katere razvoj, kontrolo in zakonsko ureditev obravnavajo in podpirajo družba, vlada, stroka, strokovnjaki zdravstvene nege, drugi poklici in delodajalci. Predmet preučevanja je v tem primeru zdravstvena nega, saj mora kot stroka zavzemati integralni del sistema zdravstvenega varstva. Predstavljati mora integralni del mreže organiziranosti zdravstvenega varstva, pravno veljavni in nenadomestljivi del. Vključno s pripadajočimi strokami mora imeti možnost soodločanja pri vodenju politike zdravstvenega varstva.

Funkcionalnost zakona o zdravstveni negi

- Ali predlagani zakon o zdravstveni negi res služi svojemu namenu?
- Ali ta zakon stroki zdravstvene nege daje pravno veljavni položaj?
- Ali omogoča razvoj profesionalizacije?
- Ali obravnava vsa področja delovanja zdravstvene nege?
- Ali postavlja v ospredje posameznika (zdravega/bolnega)?
- Ali odraža profesionalno identiteto?

Funkcionalnost zakona lahko ugotavljamo, če upoštevamo določene funkcije prava oziroma pravna sredstva. V ospredje so postavljene tri:

1. Ali zakon vsebuje preventivno funkcijo?

Se pravi, ali zakon vsebuje ustrezne varovalne mehanizme za zavarovanje zdravja pred možnimi tveganji, posegi, protipravnimi dejanji in drugačnimi zlorabami?

Komentar

Zakon o delovanju zdravstvene nege že v 1. in 3. členu natančno opredeljuje splošne in specialne naloge zdravstvene nege. Zakon specificira (2. in 4. člen) vključenost zdravstvene nege v sistem zdravstvenega varstva ter enkratnost naloge izvajalcev zdravstvene nege, ki ugotavljajo potrebe in načrtujejo zdravstveno nego v korist varovanca. V nadaljevanju so v 5. členu tega zakona natančno opredeljene naloge in ukrepi, ki izvajalcem zdravstvene nege omogočajo vzpostaviti varovalne mehanizme za varovanje zdravja ter izključitev vnosa tveganja. Posegi zdravstvene nege, ki jih sme izvajalec zdravstvene nege opravljati, so omenjeni v 9. členu tega zakona in natančneje definirani v Razmejitivi del in nalog zdravstvene nege. Mehanizmi

za preventivo protipravnih dejanj ter drugih zlorab (v okviru kompetenc izvajalcev zdravstvene nege) so ustrezno opisani v 11., 12., in 24. členu tega zakona ter v 6. poglavju (Dolžnosti in pravice izvajalcev zdravstvene nege; 42. – 50. člen).

2. Ali zakon vsebuje socialno funkcijo?

Se pravi, ali zakon zagotavlja pravičnost in objektivno enakost zdravstvenega varstva za vse?

Komentar

Ponovno je potrebno omeniti 2. člen tega zakona, ki pravi: »Zdravstvena nega je vključena v zdravstveno varstvo na primarni, sekundarni in terciarni ravni v skladu z veljavno zdravstveno zakonodajo«. Socialno funkcijo zasledimo še v 5. členu, prvi odstavek, peta alineja; 32. členu, prvi in drugi odstavek; ter v 39. členu. Zakon omogoča pravičnost in objektivnost z vključevanjem posameznika in družine v zdravstveno nego ter sodelovanje posameznika in družine pri načrtovanju, organiziranju, vodenju in vrednotenju zdravstvene nege (5. člen, prvi odstavek, peta alineja; tretji odstavek, prva alineja istega člena). V procesu so varovanci obravnavani tako, da bo čimprej dosežena njihova neodvisnost pri opravljanju življenjskih aktivnosti, zagotovljena je kontinuiteta obravnave v zavodu in zunaj njega ter individualno prilagojena negovalna dokumentacija (32., 39. člen).

3. Ali zakon vsebuje storitveno funkcijo?

Se pravi, ali zakon vsebuje postopke in pogoje za zagotovitev pravic in obveznosti do zdravstvenih zavodov?

Komentar

Zakon pravi, da morajo izvajalci zdravstvene nege svoje naloge opravljati tako, da bodo varovancem vrnili neodvisnost v najkrajšem možnem času (4., 32. člen). Delo izvajalcev zdravstvene nege ima močan vpliv na zdravje in kakovost življenja ljudi. Zagotovljene so temeljne človekove pravice. Zakon nalaga izvajalcem zdravstvene nege določene dolžnosti v okviru zdravstvene nege (42. – 50. člen).

Vloga zdravstvenega prava v odnosu z zakonom o zdravstveni negi

Vloga zdravstvenega prava je:

1. nacionalna,
2. poroštvena,
3. koordinativna,
4. zavarovalna.

Ad 1) Nacionalna naloga prava je izražena v splošnem zagotavljanju zdravstvenega varstva. V Sloveniji se že izvaja zdravstveno varstvo, ki seže celo do zdravstvenega varstva tujcev in oseb s tujim državljanstvom, ki iz različnih razlogov pri nas zbolijo ali se ponesrečijo, za begunce, apatride, osebe v azilu itn.

Komentar

Glede na to trditev zakon o delovanju zdravstvene nege zagotavlja delovanje zdravstvenega varstva, še več, želi postati integralni del. Zdravstvena nega bi v tem primeru kot integralni del omogočala lažje delovanje le-tega. Kar zadeva zdravstveno varstvo tujcev, zakon vsebuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (57. – 61. člen).

Ad 2) Poroštvna vloga prava se odraža tudi v pravem in posebej v sodnem varstvu. Zajema pravice do zdravstvenega varstva v primeru nezakonitih in moralno-etično spornih posegov v človekovo identiteto in integriteto.

Komentar

Izvajalci zdravstvene nege imajo veliko odgovornost, ki je opredeljena z zakoni in moralno etičnimi pravili stroke. Izvajalci zdravstvene nege so pri opravljanju svojega dela dolžni zagotavljati temeljne človekove pravice in humano obravnavo varovanca (42., 43., 46., 47., 48. člen). Uporabnik zdravstvene nege je tako zaščiten pred spornimi posegi v svojo identiteto in integriteto, izvajalci zdravstvene nege pa so v primeru zlorab kaznovani po 83. členu tega zakona.

Ad 3) Koordinativna vloga tega prava je v iskanju in reševanju vmesne vloge med jamstvom in odločanjem o pravicah zdravstvenega varstva.

Komentar

Zakon narekuje izvajalcem zdravstvene nege koordinativno vlogo za zagotovitev zdravstvenega varstva. Izvajalci zdravstvene nege delajo na naslednjih področjih: načrtovanje, dokumentiranje, zdravstveno-vzgojno delo, sodelovanje v zdravstvenem timu, sodelovanje v večpodročnih in multidisciplinarnih skupinah, iskanje novih načinov dela in izvajanje razvojno–raziskovalnega dela (5. člen).

Ad 4) Zavarovalna vloga tega prava pa se izraža kot postopek za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva na podlagi zdravstvenega zavarovanja.

Komentar

Posameznik uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva na podlagi zdravstvenega zavarovanja. Vkolikor je potreben strokovni pristop zdravstvene nege, je ta vključen v sam proces zdravstvene nege. Zakon ne določa postopka uveljavljanja pravic.

Pomanjkljivosti v predlaganem zakonu o zdravstveni negi – leto 1997

Zakon o zdravstveni negi ima v odnosu do delovnega prava določene pomanjkljivosti:

1. Varstvene ukrepe in normative, s katerimi se določajo načini in sredstva za odkrivanje, preprečevanje oziroma odстранjevanje vzrokov, zaradi katerih pri delu lahko pride ali je prišlo do poškodb,

poklicnih boleznih in drugih škodljivih posledic za delovno sposobnost, zdravje in življenje delavca ter druge, v te namene potrebne predpise, sprejemajo delavci v zavodih s sporazumi in drugimi splošnimi akti⁽⁷⁾.

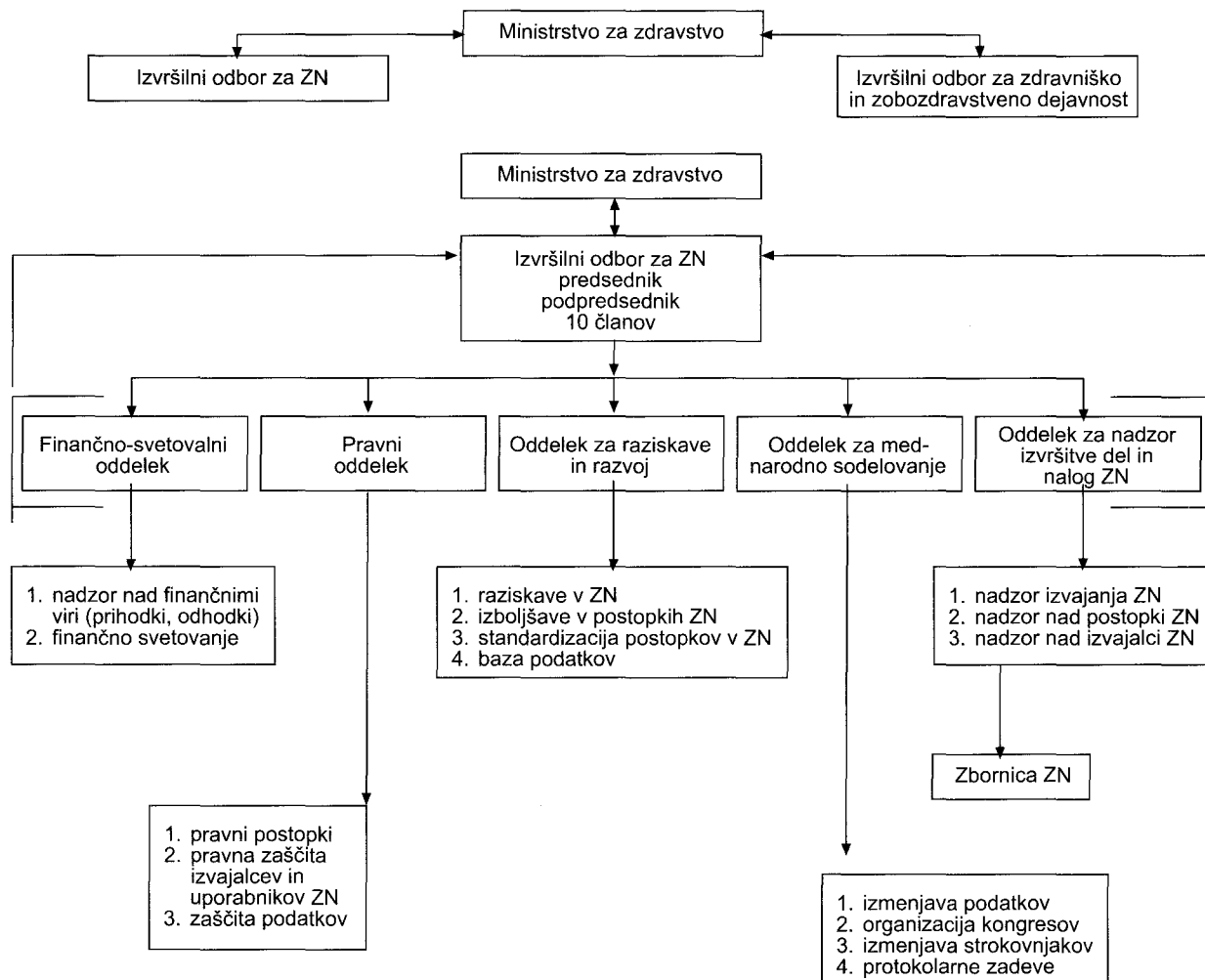
Varstvene ukrepe in normative je treba dopoljevati v skladu z izpolnjevanjem in spremembami tehnološkega in delovnega procesa in v skladu s spremembami delovnih razmerij, ki nastanejo z uvedbo novih tehnoloških postopkov, novih delovnih naprav in priprav.

Predlagani zakon o delovanju zdravstvene nege je glede tega zelo skop, saj nikjer v zakonu ni omenjeno varstvo pri delu, na primer nesreče pri delu in poklicne bolezni. Ljudje, ki opravljajo ta poklic, se ukvarjajo z nujno medicinsko pomočjo na terenu in v zdravstvenih zavodih, na posebnih oddelkih z radioaktivnim sevanjem, reševalno službo, zahtevnostjo določenih oddelkov (intenzivna terapija in nega) in kužnimi bolniki ter sodelujejo s helikoptersko reševalno službo. Glede na težavnost samih opravil – del in nalog zdravstvene nege ter podvrženost tveganju, ni nikjer v zakonu omenjena **pravna zaščita izvajalcev zdravstvene nege**. Zakon bi lahko vseboval določeno poglavje, kjer bi bila natančno opisana delovna mesta, stopnje nevarnosti pri opravljanju del na delovnih mestih ter naloge in odgovornosti, ki jih imajo delavci na delovnih mestih v zvezi z zagotavljanjem varnega delovnega okolja in varnih delovnih razmer. Zakon mora predvideti nevarnosti pojava poklicnih boleznih.

Zakon omenja: »Izvajalci zdravstvene nege, ki delajo z varovanci, morajo biti zavarovani za odgovornost za škodo, ki bi lahko nastopila pri njihovem delu. Zaposlenega izvajalca zdravstvene nege zavaruje delodajalec. Zavarovalno vsoto določi Zbornica zdravstvene nege v soglasju z ministrstvom, pristojnim za zdravstvo«. Specifike varstva pri delu pa ne obravnava.

2. Predlagani zakon o delovanju zdravstvene nege premalo poudarja preventivno dejavnost zdravstvene nege, saj vemo, da je primarna dejavnost oziroma učinek, ki ga skuša doseči z zdravstveno vzgojnim delom, prav ta. Usmerjenost zdravstvene nege se kaže z opustitvijo biomedicinskega modela obravnave bolnika/varovanca in prehod k holističnemu pristopu s poudarkom na preventivi (primarna prevencija). Predlagani zakon sicer omenja delovanje zdravstvene nege na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva (2. člen), vendar nikjer niso podani kadrovske standardi in normativi za razporeditev izvajalcev zdravstvene nege na omenjenih ravneh ter delovanje zdravstvene nege v posameznih življenjskih obdobjih. Predlagani zakon bi lahko vseboval posamezna poglavja, kjer bi bili tovrstni kadrovske standardi in normativi natančneje opisani (opis del in nalog izvajalcev zdrav-

PROJEKT ZDRAVSTVENE NEGE NA REPUBLIŠKI RAVNI



Sl. 2. Starc A. Strokovna izhodišča profesionalizacije zdravstvene nege. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Univerze v Ljubljani, 1999: 51. ZN – zdravstvena nega.

stvene nege). To ne bi smelo biti prepuščeno naključju.

3. Kazenske določbe 83. člena tega zakona uvrščajo v isti kazenski razred kršitev določil Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z opustitvijo dokumentacije v skladu z določili 38. člena tega zakona, izdajo podatkov 44. člena ter zasebno dejavnostjo v nasprotju z 72. in 73. členom.

Kršitve določil Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so v nasprotju z varovančevo identiteto in integriteto, saj kršijo v posameznikovo nedotakljivost. Kršitve kodeksa predstavljajo hujše kaznivo dejanje zoper posameznika. Kršitev določil kodeksa zahteva samostojno mesto v zakonu o zdravstveni negi (samostojni člen) in ne v korelaciji z ostalimi prekrški omenjenega 83. člena zakona o zdravstveni negi (predvidena de-

narna kazen naj bi bila odvisna od vrste in obsega prekrška v okviru kodeksa).

4. Predlagani zakon o zdravstveni negi ima prekomerno »feministično« naravnost. To trditev potrjuje dejstvo, da je v vsakem členu, ki omenja zdravstvenega delavca kot nosilca zdravstvene nege s primerno izobrazbo, izpostavljen lik medicinske sestre. To lahko zasledimo v poglavju 1.3. Medicinska sestra (6., 7. člen) in 1.4. (Izvajalci zdravstvene nege, 8. člen). Res je, da so sprva tovrstni poklic opravljale večinoma ženske in statistike to še danes potrjujejo (tab.1). Vendar zdravstveno nego izvajajo tudi pripadniki moškega spola. Predlagani lik je neprimeren, še zlasti, če s tem poimenujemo oziroma označimo izvajalca zdravstvene nege. Predlagani zakon bi moral upoštevati načelo enakosti in zato spremeniti zgoraj omenjena poglavja in člene v bolj ustrezno vsebino. Skupni imenova-

lec je lahko izvajalec/izvajalka zdravstvene nege – z jasnimi in primernimi nazivi.

Zaradi novosti, ki so se pojavile v sami stroki, lahko pomislimo na reorganizacijo zdravstvene nege na republiški ravni.

Spremembe morajo zajemati vse ravni zdravstvene varstva od posameznih zavodov in naprej.

Sistem, ki sem ga zasnoval temelji na interdisciplinarnosti.

Tu se odvijajo procesi:

- povezave z ostalimi, stroki podobnih služb,
- izmenjava informacij,
- zaščita izvajalcev in uporabnikov ZN,
- zbiranje podatkov,
- načrtovanje ciljev,
- kontrola nad celotnim osebjem, kjer se ZN odvija,
- možnost stalnega načrtovanja.

Seveda sistem močno ponazarja centralizacijo oziroma poslovno-funkcijsko organizacijsko strukturo glede na hierarhično povezanost med ministrom za zdravstvo in izvršilnim odborom ter decentralizirano organizacijsko strukturo v preostalih oddelkih.

Centralizacija omogoča večjo stopnjo specializacije in koncentracijo znanja na vodilnem mestu v drugem delu so oddelki samostojni in povezani; vsak opravlja svoje funkcije, sodeluje z ostalimi ter s feedbackom sporoča informacijo o opravljenih nalogah.

Sklep

Stroka potrebuje akt, ki bi odražal profesionalno samostojnost zdravstvene nege. Tak zakon naj bo zrcalo splošne zakonodaje v državi in naj odraža njen socialni, politični in ekonomski sistem, moralne vrednote in norme, ki vladajo v njej, vzpostavitev splošnih standardov vedenja za ljudi, organizacije, upravne organe in organe odločanja v konkretnih okoliščinah.

Vsebina predpisov mora biti prilagojena pravni situaciji države, ki omogoča razvoj stroke zdravstvene nege z upoštevanjem dokumentov in priporočil ICN – International Council of Nurses. Zakon naj omogoča sistemsko urejenost, doslednost in nadzor v stroki, nadzor izvajalcev in uporabnikov zdravstvene nege.

V načrtu reforme zakonske ureditve se aktivnosti razdelijo na tri kategorije:

- stroka,
- politika,
- zakonska ureditev.

Te kategorije povečujejo moč sestrskih zvez, lobi-ranje vplivnih in aktivnih posameznikov s področja zakonodaje in podpirajo izvrševanje že postavljenih ciljev zdravstvene nege (slika št. 4).

Ta konceptualni okvir in iz njega izhajajoče trditve predstavljajo osnovo za analizo sistema zakonske ureditve zdravstvene nege, katere razvoj, kontrolo in ureditev obravnava in podpira širša družba.

Zdravstvena nega je profesija in zahteva pravnovejavni položaj v zakonskih aktih. Za vzpostavitev splošnih standardov vedenja v določenih okoliščinah. Odraža ekonomski, socialni sistem države, katerega integralni del je zdravstvena nega.

Zakon o delovanju zdravstvene nege ne pomeni samo informacije (postopki, standardi, obvezno dokumentiranje ter poklicno etični kodeks), temveč je ta ureditev v korist uporabnikom zdravstvene nege. Posameznik je na ta način informiran in zakonsko zaščiten glede opravljenih storitev.

Poleg omenjene samostojne funkcije zdravstvene nege v zakonodajnih aktih je potrebno omeniti še sodelujočo in soodvisno funkcijo. Pomen sodelujoče funkcije je enakopravni položaj strokovnjakov zdravstvene nege pri odločitvah na strokovni ravni skupaj z drugimi udeleženci zdravstvenega tima (bolnišnic, klinik, zdravstvenih zavodov itn.). Sodelujoča funkcija nakazuje smer enakopravnosti pri odločitvah, saj se zdravstvena nega povezuje z drugimi strokami – je multidisciplinarna.

Koncept soodvisne funkcije pa zavzema položaj mrežne strukture pri prenosu informacij in sodelovanja. V tem primeru odpade hierarhična struktura pri prenosu informacij (katerakoli) med sodelujočimi strokami ter ponovni enakovredni položaj stališč.

Literatura

1. European Nurse 1997; 2 (3): 175–71.
2. Donbedian A. Evaluation of the quality of medical care. Millbank Memorial Fund Quarterly, 1966; 44 (Part 2), 166–206.
3. World Health Organisation. Guidelines for regulatory changes in nursing education and practice to promote primary health care. Geneva, 1988.
4. World Health Organisation. Guidelines for regulatory changes in nursing education and practice to promote primary health care. Geneva, 1988.
5. Strojina A. Uvod v zdravstveno pravo. Uradni list Republike Slovenije 1998: 11–64.
6. Šlajmer-Japelj M. Zdravstvena nega potrebuje zakonski in regulativni okvir. Zdrav Obzor 1995; 29: 63–5.
7. Korun V, Kavš L. Pravna ureditev varstva pri delu. ČGP Delo, TOZD Časopisi, 1974: 13–45.
8. Bohinc M, Cibic D. Model matrike – Uvajanje sprememb v sistemih zdravstvene nege v zdravstvu. Zdrav Var 1998; 37: 51–4.
9. Kersnič P. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo in Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996; 36–79.
10. Vuga S. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1994; 28: 133–6.
11. Baly ME. Nursing and social change. Third edition. London, New York: Routledge, 1995.
12. Friedson E. Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy. Polity Press, 1994.
13. Wolby S, Greenwell J. Medicine and nursing. London: Sage Publications, 1994.
14. Davies C. Gender and the professional predicament in nursing. Buckingham: Open University Press, 1995.
15. International Council of Nurses. Nursing regulation: A report on the present: A position for the future. Geneva, 1986.

16. World Health Organisation. Guidelines for regulatory changes in nursing education and practice to promote primary health care. Geneva, 1988.
17. World Health Organisation. Regulatory mechanisms for nursing training and practice. Meeting primary health care needs. Geneva, 1986.
18. Bridges DC. A history of the International Council of Nurses, 1899–1964. Philadelphia: Lippincott. International Council of Nurses. Nursing regulation: A report on the present, a position for the future. Geneva, 1986.
19. International Labour Organisation (ILO). International standards classification of occupations. Geneva, 1988.
20. American Nurses' Association. Nursing: A social policy statement. Kansas City, 1980.
21. Henderson V. Basic principles of nursing care. International Council of Nurses. Geneva, 1977.
22. International Council of Nurses. ICN position statement. Unpublished document, 1987.
23. International Council of Nurses. Regulation on nursing: Workshop report. Geneva, 1990.
24. National Council of State Boards of Nursing. The Model Nursing Practice Act. Chicago, 1982.
25. American Nurses' Association. A plan for the implementation of standards of nursing practice. Kansas City, 1975.
26. American Nurses' Association. Quality assurance workbook. Kansas City, 1976.
27. Donabedian A. Evaluation of the quality of medical care. Millbank Memorial Fund Quarterly, 1966; 44: 206–66.
28. International Council of Nurses (ICN). Guidelines for National Nurses' Association: Development of standards for nursing education and practice. Geneva, 1989.
29. Meisenheimer MK. Quality control: Professional or institutional control? In: McCloskey JC. & HK eds., Current issues in nursing. St. Louis: Mosby, 1990.
30. Canadian Nurses Association. CAN's certification program: An information booklet. Ottawa, 1988.
31. International Council of Nurses. Specialization in nursing: A discussion paper. Unpublished, 1987.
32. Styles MM. On specialization in nursing: Towards a new empowerment. Kansas City. American Nurses' Foundation, 1989.
33. International Council of Nurses. Guidelines for public policy development related to health. Geneva, 1985.
34. Health Care in Transition. WHO Newsletter for Nursing and Midwifery 1997; 3: 5–4.