

PATRONAŽNO VARSTVO IN PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA – NADGRADNJA IN PRILAGAJANJE NOVIM IZZIVOM

Dokument Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega je nastal kot nadgradnja obstoječega sistema patronažnega varstva, s katerim bo omogočeno lažje prilagajanje novo nastalim potrebam prebivalstva po patronažnem varstvu in izvajanju zdravstvene nege ter dolgotrajne oskrbe na domu. Dokument je sprejel Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno nego 18. januarja 2006.

Nekatere nacionalne in mednarodne usmeritve

Temeljne usmeritve pri obravnavi kompleksnih zdravstvenih in socialnih potreb ter problemov prebivalstva v državah težijo k njihovem reševanju v okolju, kjer posameznik živi. Pri tem je potrebno upoštevati, da naj posamezniki ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kolikor je mogoče, in kolikor dolgo to želijo ali zmorejo, tudi ob pomoči različnih oblik zdravstvene in socialne pomoči, ki jo potrebujejo. Z vidika staranja prebivalstva, ki ima drugačne oziroma specifične potrebe, se spreminja tudi področje socialne varnosti, tako za vzdrževanje ustreznosti kakovosti življenja in stikov v socialnem okolju. Delež prebivalstva, ki potrebuje določeno obliko pomoči druge osebe, se veča tudi zaradi posledic kroničnih obolenj in degenerativnih sprememb ter poškodb oziroma starostne oslabelosti.

Regionalni odbor Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo je dokumentu »Zdravje za 21. stoletje« določil 21 ciljev za 21. stoletje (WHO, 1998), med katerimi je peti cilj zdravo staranje. Doseganje tega cilja nameravajo v posameznih državah članicah doseči z ustrežno javno in zdravstveno politiko ter s programi, ki bodo omogočali starejšim uporabljati preostale zmožnosti, tudi z zagotovitvijo dostopa do primarnega zdravstvenega varstva ter drugih storitev, pripomočkov in pomoči.

Strateške usmeritve dejavnosti zdravstvene in babiške nege, ki jih je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija za obdobje do leta 2008 (WHO, 2002) poleg splošnih usmeritev podpira med partnerji razvoj ogrodja za skupno delovanje dejavnosti zdravstvene in babiške nege, za povečanje sposobnosti ter prispevka za doseg nacionalnih ciljev zdravstvene politike. Ključna področja usmeritev so: načrtovanje človeških virov in krepitev njihove dejavnosti, na dokazih temelječo prakso, izobraževanje in partnerstvo.

Izboljšanje prakse zdravstvene in babiške nege, ki je usmerjena v posameznika, družino in skupnost – posebej ranljive skupine, lahko odgovorno dosežemo s povečanjem integritane zdravstvene in babiške nege. Potrebno je krepiti jedro znanja in spretnosti medicinskih sester in babic, ki delujejo v praksi, namen tega pa so zadovoljevanje spremenjenih potreb populacije in tudi spremembam prilagojene strokovne dejavnosti. Za izvajanje učinkovite, uspešne ter za bolnika varne zdravstvene nege pa je potrebno razvijanje močnega in usmerjenega partnerstva z ostalimi zdravstvenimi delavci ter drugimi disciplinami. Identifikacija, zagovornišтво in koordinacija različnih virov znotraj zdravstvenega sistema in

širše zahtevajo zagotovitev storitev in zadovoljitev potreb po zdravstveni negi za doseg učinkovitosti dejavnosti. Velik izziv pa je poiskati način uravnoveženosti med preventivno in kurativno dejavnostjo ter integracijo z ostalimi dejavnostmi.

V »Pomladnem poročilu 2004« Evropska komisija upošteva demografske spremembe in staranje prebivalstva ter jih opredeljuje kot izziv v potrebah po socialnih povezavah. Državam članicam daje podporo za reformo in razvoj zdravstvenega varstva ter dolgotrajne oskrbe. Med drugim naj bi skladno s cilji predlaganimi v poročilu, zagotavljali zdravstveno varstvo starejših v skladu z njihovimi specifičnimi potrebami, ki temeljijo na tesnejšem povezovanju socialnih služb ter osnovne zdravstvene službe, bolnišnic in specializiranih institucij, podpiranje paliativne in paliativne terminalne oskrbe, izpopolnitev potrebne mreže za opravljanje storitev ter dolgoročno zagotavljanje ustreznih kadrov.

Dokument »Priporočilo Rec 24« (Council of Europe, 2003) Odbora ministrov držav članic Sveta Evrope je sprejel priporočila, ki med drugim, v splošnih načelih, opredeljuje potrebo po vključevanju vsebin paliativne oskrbe v programe usposabljanja zdravstvenih delavcev. Poleg tega morajo države članice zagotoviti širok spekter služb oziroma dejavnosti, kot so zdravstvena nega na domu, institucionalno varstvo v posebnih ali standardnih enotah, dnevni bolnišnici, storitve v izven bolnišnični dejavnosti, pomoč na daljavo in podobno. Paliativna oskrba mora biti sestavni del zdravstvenega varstva, ki ima vsestranske in specifične programe, ki pa morajo biti interdisciplinarno zasnovani ter morajo vključevati strokovnjake različnih strokovnih ravni oziroma morajo usposablјati različne strokovnjake, vključno s prostovoljci.

Evropska socialna listina (Zakon o ratifikaciji Evropske socialne listine, Uradni list RS, št. 7/1999) v členu o pravicah starejših oseb do socialnega varstva opredeljuje za zagotavljanje učinkovitega uresničevanja pravic sprejemanje in spodbujanje ukrepov, ki omogočajo starejšim, da ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kot je mogoče, ter da si svobodno izberejo življenjski slog in živijo samostojno v domačem okolju tako dolgo kot želijo in zmorejo s pomočjo »zdravstvene nege in storitev, ki jih potrebujejo glede na svoje stanje.«

Osnutek Strategije skrbi za starejše na področju zdravstvenega varstva za obdobje do leto 2010 opredeljuje patronažno zdravstveno nego kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki mora v določenem zdravstvenem območju razvijati programe promocije zdravja ter vzpodbujati k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin. Predvideva tudi krepitev dejavnosti ter oblikovanje enakomerne mreže dejavnosti in povezovanje s socialnim področjem za uskladitev obeh aktivnosti. Predstavlja tudi poizvedovalni in povezovalni člen na primarni ravni, vključno s koordinacijo dejavnosti s področjem socialnega varstva in drugih lokalnih dejavnikov.

Usmeritve Republike Slovenije v osnutku izhodišč za pripravo strategije varstva starejših do leta 2010 predvideva pluralno zasnovano mrežo izvajalcev zdravstvene nege na domu z namenom hitrega in učinkovitega posredovanja glede na potrebe starejših prebivalcev in s tem zagotovitev ustreznega sodelovanja zdravstvenega in socialnega področja.

Leta 2004 sprejeto "Navodilo o zagotavljanje socialno-varstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter primerih, ko bolnik živi doma" (Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2004) je uvrstilo patronažno zdravstveno nego kot pomemben vmesni dejavnik, ki sprejema informacije o potrebah posameznikov, izvaja, usklajuje in koordinira zdravstveno in socialno obravnavo bolnika po odpustu iz bolnišnice.

Izhodišča za pripravo zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo imajo kot osrednji cilj opredeljeno povečanje socialne varnosti in kakovosti življenja starejših, bolnih, poškodovanih, invalidnih in onemoglih oseb, ki so odvisne od tuje pomoči. Kot pomemben cilj pa je opredelitev povezovanja izvajalcev dolgotrajne oskrbe, ki delujejo na različnih področjih in institucijah, v celovit sistem, s katerim bi dosegli večjo učinkovitost in uspešnost njihovega dela, kakovost storitev in zadovoljstvo prebivalcev. Pomembno vlogo patronažne zdravstvene nege kot vezne in koordinacijske vloge na primarni ravni z ostalimi ravnmi zdravstvene dejavnosti, je pričakovati še posebej pri pripravi individualnih načrtov dolgotrajne oskrbe, spremljanju stanja posameznika ter vrednotenju. Pri izvajanju njenih aktivnosti pa mora upoštevati čim boljše organizacijo, kakovost in racionalnost.

Patronažno varstvo

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja (Stražar, Šušteršič, 1996; Šušteršič, 1997; Rajkovič, Šušteršič, 2000; Allender, Walton Spradly, 2001).

Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 23/05 – prečiščeno besedilo, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 100/05 – prečiščeno besedilo).

Patronažno zdravstveno nego lahko opravlja medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. V tem primeru mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego bolnika na domu. Patronažno varstvo je organizirano 24 ur na dan in vse dni v letu.

Vodja patronažnega varstva je medicinska sestra, lahko tudi s specializacijo s področja zdravstvene nege ali fakultetno izobrazbo. Je koordinatorka dela v negovalnem in zdravstvenem timu s službami v zdravstvenem domu in izven nje. Glede na zdravstveno stanje posameznika, druga stanja, razmere v družini in zdravstveno-socialno stanje v lokalni skupnosti, vključuje v širši zdravstveni tim še druge strokovnjake in sodelavce, kar je potrjeno tudi s sklepom Razširje-

nega strokovnega kolegija za zdravstveno nego z dne 17. decembra 2003, ki pravi: »Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in s stresom. Ocenjuje kdo, kdaj in kaj je sposoben posameznik ali družina storiti zase in česa ne. Medicinska sestra v patronažnem varstvu je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom.«

Tako koordinira delo:

- s službami v zdravstvenem domu:
 - z izbranim zdravnikom (nalog za zdravstveno nego pacienta za izvajanje diagnostično-terapevtskega programa, poročanje o zdravstvenem stanju pacienta ter o stanjih, razmerah v družini ter sodelovanje oz. urejanje dodatka za pomoč in postrežbo);
 - z drugimi zdravstvenimi timi glede na specifiko pacienta (novorojenček, dojenček, predšolski otrok, šolar in mladostnik, odrasli zdrav ali bolan posameznik, invalidi, starostnik itn.);
- s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (povezanost s službo zdravstvene nege, odpustna dokumentacija, obvestilo patronažni službi o zdravstvenem stanju pacienta, odpustnica iz porodnišnice, ki vključuje obvestilo o novorojenčku in otročnici, itd);
- z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki kakorkoli lahko pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini: Zavod za oskrbo na domu, Rdeči križ, Center za socialno delo, lokalna skupnost, Dom starejših občanov itd.

Delo koordinira individualno ali z organizacijo timskih sestankov.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora poznati teren in vedeti, katere dejavnosti so organizirane, da lahko načrtuje zdravstveno nego in usmerja ljudi oz. jim pomaga urejati pomoč na domu oz. t.i. servisno dejavnost. Na ta način so zagotovljeni pogoji, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, bolezni ali onemoglosti.

Negovalni tim v patronažnem varstvu sestavljajo: vodja patronažnega varstva, ki ima tudi naloge koordinatorka, medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so nosilke patronažne zdravstvene nege, in tehniki zdravstvene nege, ki se vključujejo v izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu. Delovni normativ je 2500 prebivalcev na eno patronažno medicinsko sestru in 5000 prebivalcev na enega tehnika zdravstvene nege.

Patronažna zdravstvena nega

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki je članica ne-govalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Zdravstvena vzgoja je permanenten proces, ki spremlja človeka od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odrasčanja do odraslosti in starosti. Za vsako obdobje ima specifične potrebe po znanju. Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora slediti potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupini in skupnosti, se jim prilagajati in jih skupaj z njimi zadovoljevati.

S promocijo zdravja spodbuja ljudi, da postavijo zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbijo zanj in imajo večji vpliv na ekonomske in socialne dejavnike zdravja.

Vključuje se v vsa področja promocije zdravja: preventivno delo, delo v lokalni skupnosti, organizacijsko delo, okoljevarstveno delo, javnozdravstveno politiko, ekonomsko-pravno in izobraževalno.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu si s sodelavci prizadeva dosežati in večati pozitivno zdravje posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševati oz. preprečevati negativno zdravje. Načrtujejo delo dnevno, mesečno in letno, zato morajo poznati teren, kjer delujejo in upoštevati kadrovske normative. Delo načrtujejo na osnovi:

- števila bioloških oz. rizičnih skupin prebivalstva – otroci (novorojenček, dojenček, majhen in predšolski otrok, šolar in mladostnik), ženske (nosečnice, otročnice, ženske v fertilem in postmenopavzalnem obdobju), invalidi, starostniki, bolniki itn.;
- socialno-medicinskih kazalcev zdravstvenega stanja na določenem območju – posnetek stanja na terenu, občini, regiji:
 - vitalne statistike (rojstva, umrljivost, mrtvorojenost);
 - zdravstvene statistike (zbolevnost, travmatizem, absenzizem);
 - demografska statistika (število prebivalcev, struktura po starosti in spolu);
- higiensko-epidemioloških posebnosti območja:
 - registrirani higienski problemi (pitna voda, smog, dispozicija odpadnih voda);
- epidemične bolezni (ušivost, garje, nalezljivo vnetje jeter);
- sporadične bolezni;
- značilnosti krajevnih področij (urbane, geografske, gospodarske, kulturne);
- izkušnje iz prejšnjih let (Rajkovič, Šušteršič, 2000).

Cilji patronažne zdravstvene nege

S patronažno zdravstveno nego želimo doseči naslednje cilje:

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo okolje in izboljšano okolje,
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja in

- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranju (Rajkovič, Šušteršič, 2000).

Področja dela patronažne zdravstvene nege

V celotnem procesu patronažne zdravstvene nege je subjekt obravnave posameznik, njegova družina in skupnost (Šušteršič in sod., 2002). Posameznik in člani ožje in širše skupnosti so o vsem informirani, pripravljeni za aktivno sodelovanje in zaupajo v delo patronažne medicinske sestre.

Področja dela v patronažnem varstvu so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti;
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu;
- zdravstvena nega bolnika na domu.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege pacienta, družine in skupnosti v stanju zdravja in blaginje ter v stanju bolezni, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in nezaželenih stanj ter koordinira delo, zato načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego. Zdravstveno-socialno obravnava posameznika, družine in skupnosti ter zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu uvrščamo med preventivno, zdravstveno nego bolnika na domu pa med kurativno dejavnost (Rajkovič, Šušteršič, 2000).

Zdravstveno-socialno obravnava posameznika, družine in skupnosti načrtuje na osnovi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št.19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005), za varovance v patronažnem varstvu, prav tako zdravstveno nego otročnice in novorojenčka, vendar po predhodnem obvestilu iz porodnišnice. Preventivno patronažno zdravstveno varstvo obsega:

- šest patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri slepih in invalidnih materah;
- patronažni obisk pri otroku v drugem in tretjem letu;
- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 5 do 25 let, če so ti v domači oskrbi;
- patronažni obisk pri nosečnici;
- dva patronažna obiska pri otročnici;
- dva patronažna obiska zavarovane osebe, stare nad 25 let:
 - bolniki, ki imajo aktivno tuberkulozo,
 - bolniki, ki imajo mišično in živčno-mišična obolenja,
 - paraplegiki in tetraplegiki,
 - bolniki, ki imajo multiplo sklerozo, cerebralno paralizno,
 - osebe z motnjami v razvoju,
 - invalidi,
 - bolniki, ki imajo kronična obolenja,
 - osebe, stare nad 65 let,
- programirana zdravstvena vzgoja v:
 - družini,
 - lokalni skupnosti in
 - skupinah.

V dogovorih s plačnikom je potrebno doseči, da bosta tudi družina in lokalna skupnost subjekta ter da se načrtujejo

preventivni patronažni obiski v družini in v lokalni skupnosti v skladu z navodilom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Prav tako je potrebno zagotoviti, da se ponovno v celoti prizna ter finančno ovrednoti izvajanje (tako količinsko kot vsebinsko) preventivnega programa za varovance v patronažnem varstvu kot je navedeno v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list 19/98.

Zdravstvena nega pacienta na domu je načrtovana in izvajana na osnovi naročila, praviloma naročila izbranega zdravnika. Na tem področju mora medicinska sestra v patronažnem varstvu pridobiti še višjo stopnjo samostojnosti pri odločanju o prioriteti negovalnih problemov, kar zagotovo pomeni večjo kakovost nasploh in kakovost izvajanih storitev, ki ji sledi tudi stroškovna učinkovitost.

Frekvenca kurativnih patronažnih obiskov in trajanje zdravstvene nege je odvisno od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti. V izvajanje zdravstvene nege pacienta na domu se po presoji medicinske sestre v patronažnem varstvu vključuje tehnik zdravstvene nege (zaključen program srednjega izobraževanja, smer tehnik zdravstvene nege).

Subjekti v patronažnem varstvu

V praksi patronažnega varstva je v ospredju zdrav ali bolan/poškodovan posameznik, njegova družina in skupnost. Obravnavani so v okolju, kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo. Ne glede na to, ali je uporabnik zdravstvene nege posameznik, družina ali skupnost, se uporablja enoten metodološki pristop, to je procesna metoda dela.

Posameznik

Medicinska sestra v patronažnem varstvu obravnava posameznike iz naslednjih skupin prebivalstva: ženske (nosečnice, porodnice, otročnice, ženske v fertilnem obdobju in v menopavzi), otroci (novorojenček, dojenček, mali in predšolski otrok ter osnovnošolska in srednješolska mladina), odrasli varovanci (zaposleni, bolniki, ki imajo kronične nealezljivo bolezni, prebivalci velikih mest in industrijskih središč...), invalidi, starostniki in socialno deprivilegirane skupine (begunci, Romi, brezdomci itn.).

Pri svojem delu medicinska sestra uporablja individualen in celosten pristop, ki vključuje fizični, psihični, duhovni in socialni vidik. Skupaj s posameznikom (zdravim ali bolnim) ugotavlja kaj lahko posameznik in pomembni drugi zanj storijo sami. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu so usmerjene v preučevanje in iskanje poti, kako uveljaviti sodobna spoznanja o zdravju v okviru prizadevanj za zdravo življenje, krepitev zdravja in izboljšanje zdravja.

Dobro zdravstveno stanje posameznika je temeljni pogoj za socialni, ekonomski in osebni razvoj ter odločilna sestavina kakovosti življenja.

Najpogosteje je izhodišče vsebine dela, filozofije patronažne zdravstvene nege, obsega in načina dela v modelih zdravstvene nege Virginie Henderson in Dorothee E. Orem (Henderson, 1998, Orem, 2001). Model zdravstvene nege Hendersonove opredeljuje štirinajst temeljnih življenjskih aktivnosti, ki omogočajo celostni pristop, model Oremove pa temelji na stopnji samooskrbe posameznika, družine in članov skupnosti, usmerjen je k razvijanju odgovornosti za lastno zdravje in k podpori rizičnim skupinam prebivalcev.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora na osnovi ugotovljenega zdravstvenega stanja pacienta ter stanj in razmer v družini pripraviti načrt zdravstvene nege pacienta in družine, sodeluje v diagnostično-terapevtskem programu, zdravstveno vzgoja, po potrebi koordinira delo z drugimi službami v zdravstvenem domu in izven njega ter organizira in nadzira oskrbo na domu. V krajih, kjer so organizirani zavodi za oskrbo na domu ter druge oblike storitev socialnega varstva, koordinira delo z njimi vodja patronažnega varstva. Če takih zavodov ni, potem je možno organizirati službo za oskrbo na domu v zdravstvenih domovih in je pod nadzorom službe za patronažno zdravstveno nego. V vsakem primeru mora biti zagotovljena oskrba 24 ur na dan in vse dni v letu.

Družina

Pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe ima pomembno vlogo družina. S svojo sorodstveno mrežo družina predstavlja specifično sociokulturno institucijo, v kateri se na poseben način povezujejo socialna vezanost in individualna svoboda. Medicinska sestra v patronažnem varstvu se srečuje z različnimi oblikami družine ter z družinami v različnih razvojnih obdobjih. Tako ločimo obdobje novoporočencev, obdobje rojstva prvega otroka, obdobje družine s šolarji in mladostniki, obdobje oblikovanja nove družine, družino praznega gnezda in ostarele družino.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora poznati:

- značilnosti posameznih razvojnih obdobj, najpogostejše zdravstvene probleme, socialna in eksistenčna vprašanja ter
- hierarhično lestvico potreb A. Maslowa, prirejeno za družino:
 - osnovne potrebe za preživetje in fiziološke (zdravstveno stanje in zdravstvena vzgojenost članov družine ter higienske razmere) potrebe,
 - varnost in zaščita (bivalni pogoji in ekonomsko stanje),
 - ljubezen, naklonjenost, pripadnost (komunikacija v družini in s širšo okolico),
 - spoštovanje (odnosi med družinskimi člani in s širšo okolico) ter
 - samouresničitev (izobrazba in zaposlitev družinskih članov).

Na osnovi teh podatkov ugotavlja skupaj z družinskimi člani stanje in razmere v družini, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti. To je pomembno za vzdrževanje dinamičnega ravnotežja v družini in za zagotavljanje kakovosti življenja družine (Rajkovič, Šušteršič, 2000; Allender, Walton Spradly, 2001).

Skupnost

Pri uresničevanju strategije Svetovne zdravstvene organizacije »Cilji za vse za 21. stoletje« imajo pomembno vlogo medicinske sestre, še posebno v lokalni skupnosti. Zdravje skupnosti pomeni skupno doseganje najvišje stopnje fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja, ki je v skladu z dosegljivim znanjem in sredstvi. Pomeni izpolnjevanje kolektivnih (skupnih) potreb z ugotavljanjem problemov in vodenjem medsebojnih vplivov znotraj skupnosti ter med sku-

pnostjo in širšo družbo. To pa zahteva zavzemanje, učinkovito komunikacijo, prisotnost in usklajevanje konfliktov, so delovanje, reševanje odnosov s širšo družbo, zavest o sebi in drugih in mehanizme za zagotavljanje interakcije med udeleženci in za sprejemanje odločitev. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu v skupnosti so na primarni, sekundarni in terciarni preventivi. Vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posameznika, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni in dejavnikov tveganja, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja, pa tudi povrnitev zdravja. Oblike dela so predavanja, učne delavnice, delo v malih skupinah v lokalni skupnosti (Rajkovič, Šušteršič, 2000; Allender, Walton Spradly, 2001).

Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi

Dokumentiranje vsakodnevnega dela v patronažni zdravstveni negi zagotavlja neprekinjenost dela medicinske sestre v patronažnem varstvu, zato je v procesu zdravstvene nege nepogrešljivo v vseh fazah. V patronažni zdravstveni negi poteka ročna obdelava podatkov v predpisane dokumente, ki so zastareli in ne upoštevajo potreb in razvoja stroke. Dokumentacijo izpolnjuje medicinska sestra ročno, običajno naslednji dan. Hitrost dostopa in redundanca podatkov v dokumentaciji patronažne zdravstvene nege nista v prid dosedanje metode dela. Računalniška obdelava podatkov že obstoji v praksi patronažnega varstva, vendar pa ta zajema obračunski in statistični del (Šušteršič, Rajkovič, 2005).

Pri Ministrstvu za zdravje poteka že od leta 2003 projekt Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi (Šušteršič in sod., 2005). V okviru tega je projektna skupina pripravila informacijski model in prototip e-dokumentacije patronažne zdravstvene nege. Ti rezultati so bili predstavljeni in sprejeti na Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje, zato smo predlagali, da se v eZdravje, šas Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010 predvidi nadaljnji razvoj e-dokumentacije zdravstvene nege v sklopu celovitega informacijskega zdravstvenega sistema s ciljem povečane kakovosti v zdravstveni negi in s tem v celotni zdravstveni obravnavi.

S tem bi se še bolj približali usmeritvam Svetovne zdravstvene organizacije in projektu Family Health Nurse.

Podlage za dopolnjen koncept patronažne zdravstvene nege

1. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2004.
2. Commission of the European Communities COM (2004)304 final.
3. European Commission COM (2003) 261 final.
4. European Commission, The Social protection Committee Development of a continuous Professional Training Programme for Nurses and Public Health within the European Union
5. Ramovš. J. 2005. Izhodišča in predlogi za nacionalni program socialnega varstva starih ljudi v obdobju 2006–2010 ter za nacionalnega strateškega razvoja v državah z velikim deležem starega prebivalstva. *Kakovostna starost*: 8: 2–38.

6. Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju (NAP/vključevanje) 2004–2009, Republika Slovenija, Ljubljana, 2004.
7. Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter primerih, ko upravičenec živi doma. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2004.
8. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004. Uradni list RS, št. 49, 2000.
9. Program razvoja varstva starejših do 2005. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije, 1997.
10. Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, Council of Europe, 6 November 2003
11. Strategija skrbi za starejše na področju zdravstvenega varstva (osnutek), Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, oktober 2004.
12. Zakon o ratifikaciji Evropske socialne listine. Uradni list Republike Slovenije, št. 7, 1999.
13. World Health Organisation. Evropska strategija 21. ciljev za 21. stoletje, Geneva 1998.
14. World Health Organisation. Munich Declaration: Conference of Ministers of Health for Member States in the Europe Region: Nurses and Midwives: A Force for Health, WHO, 2000.
15. World Health Organisation. Nursing and Midwifery Office, Global Monitoring System for Nursing and Midwifery, Geneva, 2004.
16. World Health Organisation. Nursing Midwifery Services; Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2002–2008, Geneva, 2002.
17. World Health Organisation. Resolution/Statement for endorsement: Re-emphasizing Munich: nurses and Midwives: A Force for Health, Madrid, 2003.
18. World Health Organisation. Supporting People with Chronic Disease in Europe: the role and Contribution of Nurses, Geneva, 2003.

Literatura

1. Allender J.A., Spradley Walton B. Community health nursing. Concepts and Practice. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
2. Henderson, V. Osnovna načela zdravstvene nege (prevod Kalčič, D.). Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Ljubljana, 1998.
3. Orem DE. Nursing: concepts of practice. (6th ed.). St. Louis: Mosby, 2001.
4. Rajkovič V, Šušteršič O. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj: Moderna organizacija, 2000.
5. Stražar D, Šušteršič O. Razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu od leta 1984 do 1993 v Ljubljani. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 79–88.
6. Šušteršič O. Patronažno varstvo. V: Premik M (ur.). Zbornik strokovnega posveta Oskrba na domu: Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi, Ljubljana, marec 1997. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, 1997: 26–30.
7. Šušteršič O, Rajkovič V, Leskovar R, Bitenc I, Bernik M, Rajkovič U. An information system for community nursing. *Public Health Nurs* 2002; vol. 19, 3: 184–90.
8. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M, Lednik L, Pavčič-Trškan B, Prijatelj V, Rajkovič U, Ramšak-Pajk J, Zaletel M. Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi. V: e-zdravje v e-Sloveniji: Zbornik kongresa sloven-

- skega društva za medicinsko informatiko, Bled, 1. december 2004. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, 2004, 94–107.
9. Šušteršič O, Rajkovič U. Stanje dokumentiranja procesa zdravstvene nege v Sloveniji. V: Kaluža Jindřich (ur.). Sinergija metodologij: zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 16.-18. marec 2005. Kranj: Moderna organizacija, 2005: 1327–41.
 10. The family health nurse; Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO, 2000.
 11. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 23/05 – prečiščeno besedilo.
 12. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 100/05 – prečiščeno besedilo.
 13. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005.

Ostala uporabljena literatura

1. Zbornica Zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege. Utrip, št. 7-8, 2001.
2. Zbornica Zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji. Utrip, št. 10, 2001.
3. Zbornica Zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Okolje in čas narekuje spremembe. Utrip, št. 10, 2002.
4. Dolgoročni program razvoja zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 1–11
5. European Health for All Series No. 6. Copenhagen: World Health Organization Regional office for Europe, 1999.
6. Integrated health care services – The role of nursing. Ljubljana: Ministry of Health, 2003.
7. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004. Uradni list RS, št. 49/2000.
8. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo in Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Razmejitev zdravstvene nege. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo in Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Utrip, št. 12, 1997.

doc. dr. Olga Šušteršič, viš. med. ses.,
univ. dipl. org., Univerza v Ljubljani,
Visoka šola za zdravstvo, Poljanska 26a,
1000 Ljubljana

Martina Horvat, dipl. m. s.,
Zdravstveni dom Murska Sobota,
Grajska ulica 22, Murska Sobota

Darja Cibic, viš. med. ses., univ. dipl.
org., Ministrstvo za zdravje,
Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Andreja Peternešlj, dipl. m. s.,
Bolnišnica Golnik KOPA, Golnik

Magda Brložnik, viš. med. ses., spec.
za patronažno zdrav. nego, Zdravstveni
dom Celje, Gregorčičeva ulica 5, Celje