

SKRB V ZDRAVSTVENI NEGI ALI ZDRAVSTVENA NEGA V (O)SKRBI

CARE IN HEALTH CARE OF HEALTH CARE IN CARE

Darinka Klemenc

UDK/UDC 616-083

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega; oskrba*

Izvleček – V času in prostoru, ki narekujeta spremembe, sta zdravstvena in socialna obravnava ključni za celostno obravnavo posameznikov in skupin. Staranje populacije in omejevanje sredstev za zdravstveno, pa tudi socialno varstvo tako zdravih kot bolnih narekuje pri vzdrževanju kakovostnega življenjskega sloga populacije potrebo po racionalnih pristopih. V prispevku je obravnavana skrb (angl. care) kot bistvo zdravstvene nege, zaznavanje in doživljanje človeka kot celote, ob upoštevanju izbire lastnega življenjskega sloga, etičnih vrednot in dobre prakse, ki jo kot del skrbi, poleg zdravstvene nege, predstavljajo tudi oskrba in njuni nosilci/izvajalci, to so medicinske sestre, zdravstveni tehniki, babice in bolničarji. Nakazana je pobuda za združevanje zdravstvene in socialne (o)skrb(e, i), da bosta ob enem človeku ali skupini delovali usklajeno in za iste cilje – zadovoljnega posameznika, družino ali skupnost.

Uvod

Zdravstvena nega postaja vedno bolj zahtevna in razvejana zdravstvena disciplina, postavljena v okolje in čas tako zdravih kot bolnih posameznikov in skupin. Nova definicija zdravstvene nege Mednarodnega sveta medicinskih sester izpostavlja samostojno soodvisno obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovornišvo promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja (Utrip, 2003). Postaviti pacienta (bolnika, varovanca, uporabnika, klienta) v središče dogajanja pomeni zavedati se številnih in različnih pristopov k njegovi celostni obravnavi. Obravnava človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega postaja smisel in cilj iskanja možnosti za nudenje pomoči in za vzpostavitev sodelovanja na različnih nivojih.

DESCRIPTORS: *nursing care*

Abstract – In our changing times health and social care are of vital importance for comprehensive treatment of individuals and groups. Aging of the population and reducing resources for health, as well as social care of healthy and sick requires a rational attitude to maintaining healthy life style of the population. The article deals with care as the basis of health care centering around a holistic concept of the individual, together with his/her choice of life style, ethic values and good practice, represented also by the carriers of the profession, i.e. nurses, nursing technicians, midwives and nursing aides. Indicated is the need for the combination of health and social care so that they will be acting in unison for the same goals – happy individual, family and community.

Skrb – bistvo zdravstvene nege

V okolju in času, ki narekujeta spremembe – tak je bil tudi moto tretjega delovnega posveta Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2002) – se sodobnejšemu, racionalnejšemu in učinkovitejšemu pristopu k posamezniku in/ali skupini ne da izogniti. Profesija zdravstvene nege, ki se ji ne uspe otresti močnega vpliva medicine in preseči okostenele hierarhične organiziranosti zdravstva, vendarle razmišlja o novi vlogi in o oblikah razvoja in delovanja v družbi, ki se neizogibno stara. Ali je v besedi »skrb«, (angl. »care«), ki je tudi moto predsednice Mednarodnega sveta medicinskih sester Christine Hanckock, zaobjeto vse, kar družba pričakuje od medicinskih sester (in obratno), je težko reči. Čas bo pokazal, ali smo se s širšim konceptom zadovoljevanja potreb posameznika in skupine približali višji kakovosti življenja v prostoru, ki prav tako kot čas narekuje spremembe.

Sedanja dejavnost zdravstvene nege ima dve izhodiščni točki. Prva je *tradicionalna zdraviteljska in negovalna (skrbstvena) vloga žensk v družini in skupno-*

sti. Mogoče je, da ta vloga izhaja iz materinske vloge žensk, iz materinjenja, pri čemer gre za prepoznavanje in podporo potreb šibkejšega (Sevenhuijsen, 1998). Tudi pojem nege že etimološko pomeni »pomoč pri okrevanju, zdravljenje«, ali »pomoč, da nekdo spet postane živahen« (Snoj, 1997). Druga izhodiščna točka dejavnosti je *vzpon bolnišnic v devetnajstem stoletju z medicinskimi sestrami kot zdravnikom podrejeni poklicni skupini*. Skrb za bolne se je prenesla v institucije – bolnišnice, kjer se je organizirala na podoben način kot materialna proizvodnja v tovarnah. V okviru institucionalizacije in industrializacije skrbi za bolne je prišlo do nove delitve dela v bolnišnicah. Medicinske sestre so poleg pomoči zdravnikom pri posegih prevzele skrb za higieno, red in nadzorovanje pomožnih delavcev in bolnikov (Habermas, 1984, Scambler, 1987, cit. po Pahor, 2000).

Posledica teh dveh različnih izhodišč je, da sta se razvila dva različna besednjaka, ki opisujeta dejavnost zdravstvene nege. Pogojno bi ju lahko imenovali »zasebni« in »javni« besednjak. V tem prevladujejo besede kot so: skrb, pomoč, potrebe, naklonjenost, povezanost, bližina, čustva, sočutje, dobrot, nega, nežno ravnanje. Drugi, »javni« besednjak se opira na drugačne besede: standardi, pravila, nadzor, red, hierarhija, organizacija, kadri. Ta dvojnost, ki sicer ni značilna samo za zdravstveno nego, je tipičen rezultat modernizacije. Posledica je, da se hierarhija »plošči«, pojavlja se novi »profesionalizem«, meje med disciplinami se brišejo z interdisciplinarnim in medsektorskim delovanjem, pojavlja se intelektualni nomadizem kot potovanje preko tradicionalnih mej akademskih panog (Sevenhuijsen, 1998, Bury, 1998, cit. po Pahor, 2000).

Naraščanje števila starejših ljudi je značilen pojav za vsa razvita okolja današnjega sveta. To narekuje dinamično potrebo po včasih integriranih zdravstvenih in socialnih storitvah, ki zahtevajo tudi nove organizacijske oblike (npr. negovalne bolnišnice). Cilj te nove oblike je doseganje bolj humane in kontinuirane zdravstvene oskrbe, s poudarkom na zdravstveni negi in timskem sodelovanju. Prilagoditi se bomo morali evropskim merilom zdravstvenega varstva starejših, kar pomeni nujnost organizirati nove oblike podpore in pomoči v zavodih in doma. Potrebno bi bilo na novo opredeliti dejavnost zdravstvene nege in opredeliti njeno vlogo pri reševanju problema bolnih starejših ljudi na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Zato bi bilo med drugim potrebno: povezati zdravstveno nego med posameznimi nivoji zdravstvenega varstva, zagotoviti potrebno strokovnost kadra z verificiranimi izobraževalnimi programi za delo s starejšimi, podpirati dejavnost neprofitnih in prostovoljnih oblik pomoči, podpirati zasebno iniciativo za oskrbo in nego bolnikov na domu, organizirati pomoč na domu in preskrbo s pripomočki... Problem celovite skrbi za starejše pridobiva nove razsežnosti (Bohinc, Cibic, 1998).

Dandanes institucije/domovi za starostnike v razvitem svetu niso več zastarele ustanove, kjer skrbijo za kronične bolnike, ki ne potrebujejo več hospitalnega zdravljenja. Dom za starostnike je institucija za zdravstveno nego in oskrbo, kjer starostniki potrebujejo specialni pristop: da ostanejo čimbolj aktivni in po možnosti v domačem okolju; poudarjena je avtonomija posameznika, njegove sposobnosti, vpetost v socialno okolje, njegove pravice in občutek, da je pomemben in potreben član družbe. Z nudenjem takšne oblike skrbi se rušijo meje med intramuralno in ekstramuralno oskrbo z bolj fleksibilno obliko pristopa do starostnika (Nursing Home Policy, 2002).

Za razvijanjem koncepta transmuralne (brez upoštevanja zidov različnih institucij – op. avtorice) nege se skrivajo različni vzroki, ki niso zdravniške narave. Nizozemska, tako kot vse zahodne države, se sooča z rastočim številom potencialnih rizičnih skupin starejših in kronično bolnih pacientov, ki povzročajo določeno količino strukturnih stroškov. Ker povečanje porabe ni ekonomsko izvedljivo, se politika usmerja v spodbujanje boljše uporabe že obstoječih služb ter v njihovo reorganizacijo. Transmuralna nega obsega veliko različnih oblik nege, ki je usmerjena v zapolnjevanje vrzeli med primarnim zdravstvenim varstvom in specializirano bolnišnično nego, vendar to nujno vpliva tudi na preoblikovanje odgovornosti medicinskih sester, zdravnikov in specialistov (Hout, 2002).

Pri tem bi zaradi širokega in občutljivega področja zdravstvena nega lahko postala najbolj organizirana oblika skrbstvene prakse. Omogočanje človeku prijaznega življenja, kjer kakovost pomeni najvišjo možno stopnjo dobrega telesnega, psihičnega in socialnega počutja, je prioriteta naloga skrbstvene prakse. Koliko je pri tem zdravstvene nege in koliko oskrbe, je težko reči; odvisno je tudi od razumevanja človekovih potreb, razmejitev posameznih strokovnih pristopov k posamezniku, pa tudi od zdravstvene in socialne politike z enim ciljem: celovita skrb tako za zdravega kot za bolnega človeka, s posebnim poudarkom na celostni in kakovostni oskrbi ostarelih, kronično bolnih oz. občutljivih skupin prebivalstva.

Za delo medicinskih sester je središčnega pomena beseda skrb (care). Skrb, skrbstveno delo in profesionalna skrb so izrazi, ki jih Davies (1995, cit. po Pahor) ločuje. V slovenščino težko prevedljivi pojem, ki ima osnovo v besedi caritas (skrb, dejavna ljubezen, materinska ljubezen), je v družboslovju nedefiniran koncept. Izraža delo in ljubezen, dejavno ljubezen, naklonjenost, ki jo izražamo z dejanji itd. Organizacijska analiza tega pojma ne more zajeti. Davies (1995, cit. po Pahor) jo definira kot dejavnost zadovoljevanja fizičnih, duševnih in čustvenih potreb drugega, zavezanost podpori tistemu, za katerega skrbimo. Pojem ne obsega postopkov (oz. so sekundarni), ampak odnos, sposobnost refleksije te osebe (Pahor, 1999).

»Moj moto je skrb. Ko sem razmišljala o svojem motu, sem se vprašala, zakaj sem sploh postala medicinska sestra. Skrb je tema, ki se vleče skozi mojo celotno poklicno pot... Pogosto sem govorila o bistvu zdravstvene nege: varovati dostojanstvo pacientov, njihovo zasebnost, higieno, prehrano in udobje. Te bistvene stvari neposredno zadevajo zaznavanja pacientov glede kakovosti zdravstvene nege, ki so je deležni. Vplivajo na njihove izide bolezni« (Hancock, 2001).

»Njen moto (C. Hancock – op. avtorice) razumem kot neke vrste potrebno dodano vrednost k delu medicinskih sester v smislu obogatitve aktivnosti in ukrepov v zdravstveni negi, z razumevanjem in občutenjem tako bolnika kot samega sebe« (Skela Savič, 2002).

James (Armstrong, 1983, Davies 1976, 1977, cit. po James, 1992) pravi, da skrb pomeni občutek za daničen medosebni odnos, ki je bil kasneje uveden v zdravstveno nego, ki je pred tem vsebovala predvsem elemente za vzdrževanje reda in higijene. Isti avtor trdi, da sta pojma skrb in skrbeti često zlorabljeni: od političnih fraz, preko nacionalnih do komercialnih interesov. Doll (et al. 1989) v *Skrbi za ljudi* navaja umik skrbi iz institucij nazaj v človekovo primarno skupnost, bivalno okolje, kjer je poudarek na tradicionalni vlogi skrbi v družini (Dalley, 1988). Ne glede na starost vsi potrebujemo skrb in jo vsi dajemo. Izraz *negovalec* v odnosu do časa in okoliščin ne pomeni vedno dela za plačilo. Izraza »privatno« in »javno« sta v času feminističnih gibanj opredelila domačo nego od njenega nasprotja – plačila skrbi/nege za zaslužek. Na splošno se domača skrb/nega/oskrba odvija v družinskem okolju, z družinskimi člani, kjer prejemniki in dajalci menjavajo vloge in kjer je skrb, vsaj retorično, žensko delo. V smislu organizacije življenja družina opravlja veliko vlog; zdravstvena skrb je le ena od mnogih (James, 1992).

Ključna razlika med domačo skrbjo in zdravstveno skrbjo/skrbjo v zdravstveni negi (health care) je, da se prva odvija v zasebnem življenju, često s pomočjo ženskega neplačanega doprinosa, kot še številne druge vloge v družini, medtem ko je druga dejavnost povezana s specialno usposobljenostjo, zdravstvenimi ustanovami, zaposlenimi, ki delajo tudi za status, plačilo in moč pod hierarhično organiziranostjo (James, 1992).

Skrb (care) po James (1992) vsebuje pomembne veščine izražanja pozornosti, topline, sposobnosti vključevanja in empatičnega razumevanja posameznika, kot tudi ocenjevanja in zadovoljevanja njegovih potreb. Razumevanje človekovih potreb se uresničuje do praktičnega doseganja le teh. Pri tem skrb običajno ostane nevidna, nihče ne ve, da se je zgodila in izjemno težko je ocenjevati njeno vrednost s pomočjo kvantitativnih pristopov oz. meritev.

Zdravstvena nega je disciplina, katere osrednja in temeljna naloga je skrb za človeka in po tej nalogi se

razlikuje od drugih disciplin. Skrb postavlja v središče svojih aktivnosti. Zdravstvena nega je danes na kritičnem, lahko bi rekli na tragičnem razpotju. Kljub temu, da medicinske sestre razpolagajo z več znanja in da so pacienti obdani s sijajnimi tehničnimi aparaturami, negovalnimi pripomočki in različnimi izboljšavami, se le ti počutijo osamljene, če ne celo zapuščene, kajti nihče ne skrbi zanje kot za ljudi (Filej, 2001).

Nekaj pomenov, izrazov in definicij besede SKRB (angl. care):

- Slovar slovenskega knjižnega jezika navaja številne razlage, med katerimi so za zdravstveno nego zanimive:
 - skrb: uresničitev, normalen potek nečesa, za zadovoljitev potreb...
 - skrbeti: prevzeti, imeti delno/celovito odgovornost za nekaj, nekoga; skrbim za bolnika – kot celoto, skrbim za okolje, dobro počutje, čistočo...
 - poskrbeti za: izvesti nekaj trenutno, konkretno; delna realizacija neke odgovornosti oskrbeti... koga z..., oskrba nekoga ali nečesa; kar se nanaša na fizično ali materialno stanje; oskrba s perilom, oskrba bolnika s tekočino, higienska oskrba, oskrba bolnika na splošno (SSKJ; 2002);
- Care (angl.): skrb, nega, pazljivost, varstvo (Angleško slovenski slovar, 1999).
- Care (angl.): biti v težavah ali zaskrbljen, biti čustveno prizadet..., zagotavljati zadovoljitev telesnih potreb, pomoči ali tolažbe, udobja, npr. *medicinska sestra je skrbela za pacienta* (Angleško angleški slovar, 2000).
- Psihosocialna dimenzija odnosov med dvema človekoma s posebnim poudarkom na upoštevanju posameznikovega dojemanja sveta. Je aktivnost in prizadevanje za uresničitev normalnega poteka česa (Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi, 1998).
- Skrb je bistvo zdravstvene nege (Hancock, 2001).
- Skrb ni le »skrbstveno delo«. Pojmovati bi jo morali kot družbeno, socialno in moralno prakso, kjer na dober način delujejo posameznik, drugi in materialni življenjski kontekst (ki so medsebojno prepleteni) (Sevenhuijsen, 2002).
- Skrb razumemo kot dejanja in ravnanja ljudi, usmerjena na druge ljudi (ali okolje), ki temeljijo na naklonjenosti in želji pomagati tistim, ki so pomoči potrebni (Pahor, 1999).

Skrb je, če se postavimo v vlogo pacienta, vse, kar se dogaja z njim, okrog njega in zanj, če smo sposobni/usposobljeni prepoznati njegove želje in potrebe in jih zadovoljiti. V širšem pomenu je zdravstvena nega le del skrbi, ožja od nje in vezana predvsem na zadovoljevanje telesnih potreb, je oskrba.

Skrb pa se ne nanaša samo na pacienta, temveč tudi na okolje izvajanja zdravstvene obravnave ter na medicinske sestre same. Ko v središče našega delovanja postavimo pacienta, lahko ugotovimo, da v tem okolju delujejo zdravniki, ki ga zdravijo ali preiskujejo, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki izvajamo zdravstveno nego, drugi zdravstveni delavci in nezdravstveno osebje. V tem okolju, neposredno ob pacientu oz. z njim, delujejo tudi zaposleni v oskrbovalnih službah, ki zagotavljajo primerne pogoje, da se lahko izvajajo temeljne dejavnosti zavoda. Sem je všteta še skrb za ustrezno okolje in za druge dejavnosti, ki so potrebne za delovanje zavoda. Ko povežemo skrb in okolje, kjer se pacient nahaja, ugotovimo, da imajo Dejavnosti skupnega pomena v Kliničnem centru, še posebej oskrbovalne službe, pri tej skrbi pomembno vlogo (Požun, 2001).

Verjetno je vsakomur jasno, da je zdravstvena nega utemeljena v osnovnih človekovih potrebah. Ne glede na to, ali je človek zdrav ali bolan, mora medicinska sestra vseskozi misliti na vselej prisotne človekove potrebe po hrani, zavetju in obleki, po ljubezni in priznanju; po občutju koristnosti in po medsebojni odvisnosti v odnosih do drugih (Henderson, 1997).

Pomembni dokumenti zdravstvene nege v Sloveniji, ki se ukvarjajo s skrbjo

1. Razmejitev zdravstvene nege (1993)

V **Uvodu** Silva Vuga, nosilka naloge, razlaga, da je bila v letu 1991 s strani Ministrstva za zdravstvo, družino in socialno varstvo RS Razširjenemu strokovnemu kolegiju zdravstvene nege dodeljena naloga strokovne opredelitve razmejitve zdravstvene nege na »zdravstveno« in »nezdravstveno«, predvsem tistega dela, ki se odvija v domovih varovancev in v socialnih zavodih, kasneje še v posebnih socialno-varstvenih zavodih. Tako so pripravili razmejitvena področja med zdravstveno nego in nezdravstveno nego, zdravstveno nego in oskrbo v domiciliarni zdravstveni negi, razmejitev med zdravstveno nego in oskrbo v socialnih zavodih, v posebnih socialno-varstvenih zavodih, povsod s pripadajočimi opravili, pa tudi navedbo zdravil, zdravstvenih sredstev, materialov in pripomočkov, potrebnih za izvajanje zdravstvene nege.

V **Opredelitvi zdravstvene nege** je poleg »zdravstvene nege« in »zdravstvene nege bolnika« obrazložena **Oskrba bolnika/varovanca**:

Oskrba bolnika oziroma varovanca je nujna podporni dejavnost zdravstveni negi bolnika znotraj zdravstvenih služb. Dve vrsti oskrbe delujeta v praksi zdravstvenih služb:

– **zdravstvena oskrba** kot dejavnost postrežbe ali fizične pomoči onemogli in prizadeti osebi, kar izvajajo profili bolniških strežnikov, pa tudi bolničarji ta dela priključijo k svojim nalogam na oddelkih posebnih zavodov in socialnih zavodov;

– **nezdravstvena oskrba** kot tehnična dejavnost, ki pokriva storitve hotelske nastanitve bolnišnic, zdravilišč, posebnih zavodov in socialnih zavodov. Povsod tam, kjer bolnik tudi biva, mora imeti zagotovljene tudi bivalne pogoje: nastanitev, kuhanje, čiščenje, pranje, likanje, kar v vse večji meri prevzemajo tudi zunanji servisi zunaj zdravstvenih zavodov.

Oskrba je vselej neločljiva sestavina zdravstvene službe, v kateri deluje, ker brez nje zdravstvena služba ne more delovati.

*Tudi na bolnikovem domu lahko nastopijo okoliščine, ko nikogar ni, ne svojcev, ne znancev, ne servisov, ki bi prevzeli nastanitvene naloge za varovanca in naloge postrežbe, pa tudi meja med boleznijo in onemoglostjo je često zabrisana, pa varovanec še vedno sodi v dejavnost zdravstvene nege na domu, ko mu bolničarka ob negovanju izvaja še storitve zdravstvene oskrbe (delo bolniških strežnikov)... Zato obstaja v urbanih sredinah tudi delitev dela na področju zdravstvene nege bolnika; orientacija za delitev dela negovalnega tima je kategorizacija bolnikov z vidika težine prizadetosti. Pri tako razsežni heterogenosti dela sodi **nujno ob patronažno medicinsko sestro vsaj še bolničarka**, ki naj*

1. razbremenjuje patronažno medicinsko sestro pri najmanj zahtevnih nalogah negovanja in
2. tam, kjer ni možnosti, prevzame namesto svojcev negovanje bolnika, pa tudi po potrebi priključi naloge oskrbe na domu. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča razbremenjevanje medicinske sestre manj zahtevnih nalog.

Druge naloge negovanja in pomoči:

Nezdravstvene storitve na domovih varovancev... te dejavnosti so izjemnega pomena, ker ustvarjajo pogoje tudi za uspešno delovanje zdravstvene nege bolnika na domu in omogočajo čim daljše bivanje onemoglih v lastnih domovih ter razbremenjujejo zaposlene občane. Gre za kategorijo redne dejavnosti oziroma socialno oskrbo in socialno pomoč.

- a) Storitve postrežbe na domu – zajemajo pomoč pri fizičnih vsakodnevnih potrebah stranke, kot so osebna higiena, oblačenje in slačenje, serviranje, gibanje, skrb za čistočo postelje in sobe, pomoč pri odvajanju, vzdrževanju nočnih posod in sobnih stranišč, prezračevanje in vzdrževanje stikov za stranko.
- b) Storitve pomoči na domu zajemajo gospodinjska dela: čiščenje stanovanja, skrb za kurjavo in ogrevanje, pranje in likanje, kuhanje in prinašanje hrane, pomivanje posode, nakupovanje, spremljanje in druga opravila.

Storitve postrežbe na domu in pomoči na domu izvajajo nezdravstveni delavci. Gospodinjska pomoč je namenjena zdravim, onemoglim, prizadetim in bolnim strankam, postrežba pa onemoglim, invalidnim in prizadetim strankam.

Prostovoljne oblike pomoči: vse možne oblike prostovoljne pomoči: humanitarne, voluntaristične, karitativne idr. Prostovoljci lahko izvajajo vse vrste ne-profesionalne oblike pomoči, oskrbe in nege, ki bi jih sicer človek opravil sam, in do tiste stopnje, ko vključitev profesionalnih služb, organiziranih dejavnosti in servisov še ni potrebna.

2. Razmejitev zdravstvene nege (1997)

Dokument je oblikovala delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija zdravstvene nege in Zbornice zdravstvene nege – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. **V njem o oskrbi ni govora, bolničarji niso več omenjeni.** Strokovna opravila so omejena na postopke zdravstvene nege in na medicinsko tehnične posege. Tu je zapisano še: zdravstvena nega je sestavni del zdravstvene dejavnosti, kjer se funkcionalno povezuje v interdisciplinarnem delu. Zdravstvena nega se multisekorsko povezuje z različnimi sektorji, ki vplivajo na zdravje populacije.

3. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege (1994)

V Splošnih usmeritvah je v točki 6. napisano:

Interdisciplinarno in multisekorsko delovanje v skrbi za zdravje ljudi ter kontinuiteta obravnave posameznika, družine in skupnosti bodo segali vse do lokalne skupnosti in zahtevajo avtonomnost in pristojnost zdravstvene nege, kar bo zagotovljeno z njeno vgraditvijo na zakonodajnem področju (1994).

V tem dokumentu so omenjeni še: kontinuiranost delovanja zdravstvene nege, povezovanje teorije in prakse, raziskovanje, kakovost, dokumentacija, informatika, zdravstvena vzgoja, naloge na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju, tudi ustanavljanje negovalnih oddelkov. V sistemu vzgoje in izobraževanja se bo bolničar izobraževal »samo še prehodno in le ob delu«, le začasno naj bi deloval tudi v domovih za starejše in posebnih socialnih zavodih (1994).

Etika skrbi

Zdravstvena nega je etična disciplina in etika je temeljni element zdravstvene nege. Skrb predstavlja sistem vrednot, humanost, človečnost, ki so vpleteni v zdravstveno nego. Gre za poglobljeno dejavnost v najširšem pomenu, s ključnimi komponentami skrbi: sočutjem, pristojnostmi, zaupanjem, zavestjo, pripadnostjo. Ker so prisotni čustva in občutki, je skrb težko merljiva.

Cilj delovanja je ustvariti praktične oblike uporabe etike skrbi. Napačno je razumevanje etike skrbi kot ženske etike, etike zasebne sfere in zasebnih odnosov, etike dolžnosti. Etika skrbi je pristop v etiki, ki resno jemlje misel, da skrb je (in bi morala biti) osrednja razsež-

nost človekovega življenja. Skrb ni le skrbstveno delo, ampak socialna in moralna praksa, v kateri na dober način delujejo posameznik, drugi in materialni življenjski kontekst (povzeto po Sevenhuisen, 2002).

Skrb je po definiciji odnosna dejavnost; gre za potrebo po odnosnem jeziku in etičnem okviru. Skrb kot družbena in moralna praksa pomeni na najsplošnejši ravni skrb za dejavnost človeštva. Vključuje vse tisto, kar delamo, da ohranjamo, nadaljujemo in popravljamo naš »svet«, da lahko v njem kar najbolje živimo. Ta svet vključuje naša telesa, nas in naše okolje, kar poskušamo preplesti v kompleksno mrežo, ki vzdržuje naše življenje (Tronto, 1994, cit. po Sevenhuisen, 2002).

Skrb ne zadeva le drugih (tistih, ki so odvisni od nje), temveč tudi nas same; vsi potrebujemo skrb, smo zmožni posvečati skrb, smo na kakšen način vključeni v prakse skrbi. Skrb ima za cilj, da ljudje živimo kolikor je mogoče dobro, da uspevamo in se razvijamo. Imamo različne lokacije skrbi. Potrebno je natančno opredeliti definicijo in cilj praks skrbi: otroško varstvo, skrb za stare, *zdravstvena nega, skrb in izobraževanje*, skrb v izobraževanju, skrb za okolje, itd. Vselej je treba razlikovati pogled tistih, ki posvečajo skrb, od pogleda tistih, ki jo prejemajo (povzeto po Sevenhuisen, 2002).

Zdravstvena nega lahko s pomočjo univerze (sistematičnega raziskovanja, kritične, odprte razprave) prinese v javno sfero skrb kot temeljni odnos med ljudmi in dokaže, da je možno združiti zasebno in javno. Kajti, skrbna presoja javnih zadev je v demokratični družbi državljanska pravica. In skrbna presoja je presoja s skrbjo, je prepoznavanje ranljivosti sebe, drugih in okolja, in naklonjeno ravnanje. Etika skrbi je humanizem postmoderne družbe (Sevenhuijsen, 1998, cit. po Pahor, 2000).

Skrb v zdravstveni negi pomeni biti navzoč ob sočloveku, zaznati, da potrebuje pomoč, ga negovati, tolažiti, zagovarjati, skrbeti zanj v najširšem pomenu besede: skušati zadovoljevati njegove telesne, duhovne, psihične in socialne potrebe, kjer so izpostavljeni medosebni odnosi, vključno z odgovornostjo in izborom najboljšega delovanja v danem trenutku. Opisati vse obraze skrbi je nemogoče. Gre za pojme in predstave, ki so v kvantitativni znanstveni paradigmi težko merljivi, zaznavanje in doživljanje sočloveka, zaupanje, pripadnost, sočutje, vključno z upoštevanjem etičnih vrednot, tako tistega, ki skrb nudi, kot onega, ki jo prejema. Prejemanje in nudenje pomoči je potreba obeh, torej prejemnika in dajalca, je dokazovanje, da smo ljudje.

Zdravstvena in socialna varnost

V razvitih družbah je nemogoče ločevati sisteme, ki so med seboj tesno povezani, včasih celo odvisni drug od drugega. Takšna sistema sta tudi zdravstveni in socialni.

Zdravstveno varstvo je ena izmed sestavin širšega področja socialne varnosti posamezne države in je z njo najtesneje povezano. Kot je razvidno iz definicije zdravja, ima socialno blagostanje, ki vključuje tudi ustrezno socialno varnost posameznika in celotne družbe, pomemben vpliv na zdravstveno stanje. Sistem socialne varnosti je nastajal vzporedno s sistemi zdravstvenega varstva, kot odziv delavstva na čedalje težje delovne in življenjske pogoje... Socialna varnost pomeni prerazporeditev ustvarjenega dohodka od skupin z večjimi dohodki in boljšim materialnim položajem k skupinam, ki so v ekonomsko nezavidljivem položaju zaradi bolezni, onemoglosti in osamelosti, ali iz drugih razlogov ne morejo poskrbeti za svoj obstoj. V večini držav prevladuje opis socialne varnosti, po kateri gre za javne ukrepe družbe, za varstvo njenih članov pred ekonomskimi in drugimi prizadetostmi in bi jih privedle v pomanjkanje in izgubo dohodka zaradi bolezni, materinstva, poškodb na delu, nezaposlenosti, invalidnosti, starosti, smrti, potreb po zdravljenju in po pomoči družinam (Toth, 2002).

Razvitost in stopnja socialne varnosti je stvar družbenega odnosa do revnih in ljudi v ekonomskih, zdravstvenih in socialnih težavah. Če pa jo postavimo v funkcijo zdravja, skladno z definicijo Svetovne zdravstvene organizacije, je njena razvitost in uspešnost eden od dejavnikov blagostanja, ki je sestavina zdravja. Tako je zdravstveno varstvo z drugimi področji socialne varnosti najtesneje obojesmerno povezano in soodvisno. Spoznanje o tej medsebojni povezanosti posameznih področij socialne varnosti je zato še kako pomembno pri načrtovanju zdravstvenega varstva in v prizadevanjih po boljšem zdravju (Toth, 2002).

Zdravstveno varstvo na domu je sestavni del patronažnega zdravstvenega varstva, ki se odziva na zdravstvene potrebe skupnosti tako, da identificira zdravstvene probleme, opravlja intervencije, promovira zdravje in preprečuje bolezni. Natančneje povedano – zdravstveno varstvo na domu zagotavlja velik izbor storitev služb zdravstvene nege, zdravstvenega varstva in socialnih služb, ki so potrebne v okolju doma za akutno bolne, okrevajoče, invalidne ali kronično bolne osebe (Spradley & Dorsey, 1985, cit. po Saba, 2002).

Razprava in sklepne misli

Skrb kot rdeča nit delovanja medicinskih sester pomeni humanistični vrednostni sistem, ki je sposoben zaznavanja človeka kot celostnega bitja, njegovih potreb, tudi v odnosu do zdravja in bolezni. Skrb so vse oblike naklonjenega ravnanja, kar se dogaja s človekom, okrog njega in zanj, s posebnim poudarkom na etiki skrbi. Oskrba je ožji pojem na polju skrbi; običajno se nanaša na zadovoljevanje telesnih potreb (npr. preskrba v zvezi z bivalnimi potrebami) Zdravstvena nega kot del skrbi je stalnica delovanja nosilcev in izvajalcev zdravstvene nege.

Skrb kot prvenstvena vloga zdravstvene nege, »se še vedno ukvarja s praktično obravnavo pacienta, včasih skrčeno na telesno obdelavo, neposredno izvajanje negovalnih postopkov in posegov pri bolnem (manj zdravem) posamezniku ali skupini. Fizična dela na fizičnem objektu«, je nekoč dejala Jana Šmitek.

Zakaj in kam smo pred leti izločili negovalce in bolničarje, ki so bili že umeščeni v sistem celostne oskrbe (glej prvo razmejitvev zdravstvene nege 1993), zlasti v domačem okolju (npr. kot pomoč patronažni medicinski sestri)? Stroka je v drugi razmejitvi zdravstvene nege (1997) zavzela do njih precej odklonilno stališče. Izgubili smo pomembno poklicno skupino ljudi, s katero smo sodelovali, jo strokovno in organizacijsko vključevali v celostno oskrbo in skrbeli za strokovni nadzor. Zaradi družbenih sprememb, ki jih narekujeja prostor in čas, bo potrebno iskati nove oblike zdravstvene in socialne obravnave posameznika ali skupine, predvsem ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Tudi zaradi spremenjene starostne in demografske strukture prebivalstva in ker ekonomija ter politika narekujeja enostavno, predvsem pa učinkovito reševanje potreb sodobne družbe, tudi zmanjševanje institucionalne oskrbe in omogočanje človeku prijaznega življenja v vseh starostnih obdobjih, predvidoma v domačem okolju. Nosilci in izvajalci zdravstvene nege igramo v sistemu zdravstvenega varstva eno ključnih vlog. Vprašanje pa je, če znamo to vlogo uveljaviti v praksi. S človekom se srečujemo v vseh življenjskih obdobjih. Se zavedamo pomembnosti sodelovanja z drugimi sistemi, v tem primeru s socialnim? Se jih zaveda politika, vključno z obema ministroma, torej za zdravje in za socialne zadeve? Koliko je skupnih projektov obeh ministrstev?

Imamo pa skupno stičišče, to so bolničarji in negovalci v zdravstveni in/ali socialni oskrbi. Izobražujemo jih oboji, pa še lokalne skupnosti povrh. Njihov delokrog se naslanja na obe strokovni področji, torej socialno in zdravstveno varstvo. V skrbi za celovit pristop k posamezniku bi bilo smiselno, da jih zdravstvena nega ponovno vzame pod svoje okrilje, vsaj za področje oskrbe, če že ne osnovne nege (brez zdravstvene). Praksa izkazuje, da so ljudje, ne le doma, tudi v zdravstvenih institucijah, vedno slabše higiensko obravnavani ter celo lačni (ni pomoči pri hranjenju), ker ne vemo, kje se prične zdravstvena nega in konča laična nega in oskrba – v bolnišnicah seveda brez bolničarjev in negovalcev.

Sorodne stroke v zdravstvu (npr. medicina) in socialnem varstvu (socialno skrbstvo) pospešeno iščejo dodatna polja svojega delovanja; gre za poglobitev in izpopolnitev stroke, pa tudi za iskanje dodatnega mesta in krepitve vpliva v družbi, tudi političnega, dvigovanje ugleda poklicni skupini in novega zaslužka. Kaj to pomeni v tem času in prostoru za delovanje in vpliv zdravstvene nege? Kaj smo sposobni s svojim strokovnim in organizacijskim delovanjem opra-

viti sami, kje nam lahko pomagajo drugi (pa jih včasih ne zaznavamo), kako to vidi politika in kaj od nas pričakuje sleherni državljan?

Ne gre prezreti tudi prostovoljnih oblik pomoči, ki jih navaja prva razmejitev zdravstvene nege in ki bodo vedno bolj dobrodošle, tudi na področju oskrbe, ne le v domačem okolju, verjetno celo v zdravstvenih zavodih. Zaradi možnosti strokovnega nadzora s strani zdravstvene nege naletimo na ponovni argument, zakaj se oskrba ne bi odvijala v tesnem sodelovanju z izvajalci zdravstvene nege. Na primer: storitev pomoči na domu, kot je kuhanje in prinašanje hrane, se v primeru bolnika s sladkorno boleznijo še kako dotika strokovnega delovanja medicinske sestre, ali osebna higiena bolnika z golenjo razjedo narekuje prav tako sodelovanje med negovalcem in patronažno medicinsko sestro.

Že F. Nightingale se je ukvarjala s skrbjo in oskrbo – z bolnikovim makro in mikro okoljem (načrtovanje bolnišnic, standardi bolniške opreme..., poleg strokovnih vsebin). Smo pripravljeni ta del popolnoma prepustiti drugim (gradbeniki, ekonomisti...), ali imeti »pod nadzorom« vse dogajanje okrog pacienta – zaradi njega samega?

Smu sposobni združiti moči in se skupaj z drugimi (socialnim varstvom, nevladnimi in prostovoljnimi organizacijami in posameznimi prostovoljci,...) usposablјati za pomoč ranljivim skupinam in starajoči se populaciji, z osnovnima ciljema: spoštovati človekovo voljo in skrbeti za ljudi čim dalj časa v domačem okolju?

Potrebno se bo tudi vprašati, ali sta sistema izobraževanja za področje zdravstvene nege in področje oskrbe usklajena in morda preveriti, kakšne so vsebine in oblike zlasti slednjega, ki je bil v bližnji preteklosti neposredno vezan na zdravstveno nego, danes pa le še na oskrbo. Ob tem ne morem mimo razmišljanja, ali je bistvo delovanja, višek stroke (brez veliko filozofije) izključno zdravstvena nega, ali tudi »nega bolnika«, ki smo ji obrnili hrbet in se neposredno navezuje na oskrbo. Tudi v obliki bolničarjev in negovalcev, ki smo jih izločili iz »negovalnega« tima, pa toliko »nege« opravljajo. Povrhu pa se danes bolničarji uspešno in v velikem številu izobražujejo, kljub temu, da smo jih v zadnji razmejitvi zdravstvene nege (1997) postavili v kot, pojavljajo pa se v številnih domovih za ostarele (in bolne) in v domačem okolju občutljive, ogrožene (in bolne) populacije.

Ob tem pa ne gre izgubiti rdeče niti prizadevanja slovenskih medicinskih sester za izobraževanje na fakultetni stopnji, saj se zavedamo, da izvajanje skrbi predstavlja poleg dobre prakse tudi primerno izobraževanje in potrjevanje strokovnega delovanja s pomočjo raziskovanja.

Zdravstvena nega lahko s pomočjo univerze prinese v javno sfero skrb kot temeljni odnos med ljudmi in dokaže, da je možno združiti zasebno in javno. Kajti *skrbna presoja javnih zadev je v demokratični družbi*

državlјanska pravica. In skrbna presoja je *presoja s skrbjo*, je prepoznavanje ranljivosti sebe, drugih in okolja, in naklonjeno ravnanje (Sevenhuijsen, 1998, cit. po Pahor, 2000).

Vprašanje je, ali tiste skupine v slovenski družbi, ki imajo moč za odločanje, vidijo potencialno vlogo znanstveno utemeljene zdravstvene nege za razvoj kakovostnega življenja prebivalcev te države. Verjetneje je, da bodo morale pripadnice (in pripadniki – op. avtorice) tega poklica same, ali v povezavi z ne tako maloštevilnimi zavezniki, uveljaviti spremembe v tej smeri Pahor, 2000).

Kako bomo sestavili celotno skrb družbe v odnosu do potreb posameznikov in skupin, je vprašanje prostora, časa, pa tudi političnih odločitev. Glede na isto polje delovanja je težko razstavljati zdravstveno nego in skrb/oskrbo, pa tudi samo (o)skrb(o) na zdravstveno in socialno, tudi zato, ker so ključne niti obeh (npr. financiranje) v pristojnosti države. To pomeni, da bo potrebno delovati skupaj, složno za isti cilj? Smo tega sposobni? Tudi v zdravstveni negi? Zakaj ne bi prvi ponudili sodelovanja?

Zavedam se, da s tem člankom, ki ga je oseba, ki jo zelo cenim, ocenila »bolj političnega kot znanstvenega, a dokaj trdno sedečega v teoriji«, odpiram predvidoma živahno razpravo, posebej v tistih krogih kolegic in kolegov, ki si zdravstveno nego razlagajo strogo podkrepljeno s trenutno aktualnimi (beri: modernimi) teorijami zdravstvene nege, naslonjeno pretežno na koncepte ožje strokovne obravnave posameznika, skrčene na postopke in intervencije, tudi na proces zdravstvene nege, ki, izgleda, na določenih strokovnih področjih ne bo nikoli zaživel, ker je prezamuden, nepraktičen, neprimeren pri kratkih obravnavah, kjer posameznih faz procesa iz različnih vzrokov ni mogoče izvesti. Skrb je mnogo širša od pravkar omenjenega, morda zahtevnejša, a upam, učinkovitejša in prijaznejša tako za pacienta kot za nosilca in izvajalca zdravstvene nege. Predlagam resnejšo in morda skupinsko javno obravnavo konceptov, ki jih tu odpiram in v katere sem »zagrizla« že na posvetu Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije lani v Plesniku.

Literatura

1. Anon. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994;28: 1–3.
2. Anon. The nursing home: general. Nursing homes: facts and figures. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisorg. Association for Nursing Home. Care in the Netherland. Amsterdam, 2002.
3. Bohinc M, Cibic D. Potreba po novi obliki organizacije zdravstvene oskrbe – zdravstvene nege – negovalna bolnišnica. Zdrav Var 1998; 37: 406–9.
4. Definicija zdravstvene nege Mednarodnega sveta medicinskih sester. Utrip 2003: leto XI, št. 1: 12.
5. Filej B. Profesionalna načela v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 71–4.
6. Hancock C. Care: The Essence of Nursing. Inaugural Address as ICN President. Copenhagen, 2001.

7. Hancock C. Medicinske sestre za zdrav narod. ICN. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana, 2002.
8. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.
9. James N. Care = organization + physical labour + emotional labour. *Sociology of health and illness* 1992; 14: 488–509.
10. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
11. Pahor M. Sociologija za zdravstvene delavce. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 1999.
12. Pahor M. Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: vzpostavitev znanstvene osnove dejavnosti. *Obzor Zdr N* 2000; 34: 173–5.
13. Požun P. Idejni elaborat delovanja dejavnosti Službe skupnega pomena. Klinični center Ljubljana, 2001.
14. Razmejitev zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 1993; 27: 1–43.
15. Razmejitev zdravstvene nege. *Utrip* 1997; 12: 21–39.
16. Saba VK. Pregled klasifikacijskega sistema zdravstvenega varstva na domu (HHCC). *Obzor Zdr N* 2002; 36: 255–65.
17. Sevenhuijsen S. Državljanstvo in etika skrbi. Mirovni inštitut Ljubljana, 2002.
18. Skela Savič B. Predstavljamo vam predsednico mednarodnega sveta medicinskih sester – ICN Christine Hanckock. *Utrip* 2002; 9: 13.
19. Slovar slovenskega knjižnega jezika. <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>
20. Ton van den Hout. Managementski vplivi na kakovost v zdravstvenem varstvu v: Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2002.
21. Toth M. Zdravstvena in socialna varnost in njuna ureditev v drugih državah. Organizacija. Bilten: julij 2002, letnik 18, številka 3–4; 102–9.