

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

**Februar 2011**

## KAZALO

<b>Predgovor .....</b>	<b>3</b>
<b>Razlaga kratic .....</b>	<b>4</b>
<b>1 UVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>2 VIZIJA .....</b>	<b>8</b>
<b>3 STRATEGIJA .....</b>	<b>9</b>
3.1 STRATEGIJA IZOBRAŽEVANJA .....	9
3.1.1 Opis sedanjega stanja .....	9
3.1.2 Izhodišča.....	11
3.1.3 Vizija izobraževanja.....	13
3.1.4 Strateški cilji .....	14
3.2 STRATEGIJA MENEDŽMENTA IN VODENJA.....	21
3.2.1 Opis sedanjega stanja .....	21
3.2.2 Izhodišča.....	21
3.2.3 Vizija menedžmenta in vodenja.....	22
3.2.4 Strateški cilji na področju menedžmenta.....	22
3.2.5 Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti .....	24
3.2.6 Strateški cilji na področju razvoja zaposlenih.....	25
3.3 STRATEGIJA INFORMATIZACIJE .....	27
3.3.1 Opis sedanjega stanja .....	27
3.3.2 Izhodišča.....	28
3.3.3 Vizija informatizacije zdravstvene nege.....	28
3.3.4 Strateški cilji .....	29
3.4 STRATEGIJA PRAVNE UREDITVE.....	31
3.4.1 Opis sedanjega stanja .....	31
3.4.2 Izhodišča.....	34
3.4.3 Strateški cilji .....	35
3.5 STRATEGIJA RAZVOJA DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE .....	41
3.5.1 Opis sedanjega stanja .....	41
3.5.2 Izhodišča.....	42
3.5.3 Vizija.....	43
3.5.4 Strateški cilji .....	43
<b>4 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>45</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>46</b>

## **Predgovor**

Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 je bila imenovana s strani ministra pristojnega za zdravje s sklepom št.: 162 - 26/2010/2 z dne 21. 12. 2010 v sestavi:

- dr. Saša Kadivec, predsednica,
- mag. Branko Bregar,
- Irena Buček Hajdarević,
- Jelka Černivec,
- Martina Horvat,
- Darinka Klemenc,
- Zdenka Kramar
- Gordana Lokajner.
- mag. Olivera Masten Cuznar,
- doc. dr. Brigita Skela Savič,
- mag. Zdenka Tičar,
- Darinka Zavrl Džananović,

Ostali vabljeni sodelavci:

- Andreja Peternelj
- Erika Horvat (lektoriranje)

## **RAZLAGA KRATIC:**

AONE – American Organization of Nurse Executives

ARRS -Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

EFN - European Federation of Nurses Association

ICN - International Council of Nurses

EU – Evropska unija

IVZ – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

MZ - Ministrstvo za zdravje

RSK - Razširjeni strokovni kolegij

RSKZN – Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego

MVZT – Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo

MSŠ – Ministrstvo za šolstvo in šport

NAKVIS -Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

WHO – World Health Organisation

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

Zbornica – Zveza: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Opomba: V tem dokumentu uporabljeni izrazi za poklice v zdravstveni negi, zapisani v ženski slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške in obratno.

# 1 UVOD

Strategija razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 opredeljuje vizijo, izhodiščne usmeritve in strateške cilje razvoja zdravstvene nege. Predstavlja temeljni razvojni dokument dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki je hkrati okvir in podlaga za pripravo vseh drugih dokumentov razvojnega načrtovanja. V dokumentu so opredeljena področja, ki so skupna in pomembna za delovanje in razvoj zdravstvene nege in oskrbe na vseh nivojih in vseh delovnih okoljih. Strategija je živ dokument in se bo spreminjal, nadgrajeval ter dopolnjeval skladno z evropskimi, svetovnimi in strokovnimi trendi, na vseh področjih, katerih spremembe bodo vplivale na razvoj zdravstvene nege in oskrbe.

**ZDRAVSTVENA DEJAVNOST** obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev (ZZDej, 2005).

**ZDRAVSTVENA NEGA** zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (ICN, 2010).

**ZDRAVSTVENA OSKRBA** zajema oskrbo in podporo akutno in kronično bolnih, rehabilitacijo, odkrivanje primerov bolezni, ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni in invalidnosti, zdravstvena nega in zdravstveno vzgojo (Cibic, Filej, Grbec, Hajdinjak, Kersnič, Pavčič Trškan in sod., 1999). Namenjena je posamezniku v vseh starostih.

**DOLGOTRAJNA OSKRBA** je dejavnost, ki med seboj povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva, z namenom zagotoviti učinkovito pomoč ljudem, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb, invalidnosti ali splošne oslabelosti delno ali popolnoma odvisni od pomoči drugih v daljšem časovnem obdobju pri izvajanju temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti (ang.:ADL- Activities of daily living, IADL- Instrumental activities of daily living) (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013, Ur. list RS, št. 72/2008).

Delo tima dolgotrajne oskrbe koordinira diplomirana medicinska sestra. V izvajanje dolgotrajne oskrbe se vključujejo poklicni izvajalci (diplomirana medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege, bolničar negovalec, socialni delavec, socialni oskrbovalec) in nepoklicni izvajalci.

MEDICINSKA SESTRA v Sloveniji je diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (dipl.m.s./dipl.zn.), ki ima zaključen v Republiki Sloveniji akreditiran visokošolski študij zdravstvene nege. .

Medicinska sestra je odgovorna, da na osnovi znanj, izkušenj in rezultatov raziskovalnega dela pomaga pacientu pri ohranjanju, izboljševanju, pospeševanju zdravja, preprečevanju bolezni, in soočanju z boleznijo. Sodeluje pri diagnostiki, zdravljenju, preprečevanju in obvladovanju stranskih učinkov zdravljenja. Pacienta osvešča in vzgaja, rešuje negovalne probleme, gradi socialno mrežo z in za pacienta, koordinira zdravstveno obravnavo, pripravlja pacienta na odpust iz zdravstvenih ustanov in življenje z boleznijo, idr.. Pri tem izhaja iz različnih modelov in teorij zdravstvene nege.

Študijski program mora v celoti upoštevati Evropsko direktivo za regulirane poklice št. 2005/36/ES. Prvi vpis je v Republiki Sloveniji potekal v letu 2004/05, vpisi z bolonjsko prenovo pa potekajo od študijskega leta 2007/2008. Upoštevana so bila priporočila mednarodnih združenj na področju izobraževanja na področju zdravstvene nege.

NOSILKA/LEC DEJAVNOSTI zdravstvene nege in oskrbe v Republiki Sloveniji je v skladu z navedenimi izhodišči diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik. V luči razvoja profesije se podpira strokovni, karierni in akademski razvoj nosilk/cev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, kar se udejanja skozi temeljno izobraževanje na 1. bolonjski stopnji, podiplomsko izobraževanje na 2. in 3. bolonjski stopnji ter vseživljenjsko učenje.

V skladu z evropsko prakso ima nosilka dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe za uresničevanje ciljev delovanja strokovno sodelavko ("asistenta za področje zdravstvene nege"). Do sedaj sprejeti in uporabljeni nazivi zanj so: srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, zdravstveni/a tehnik/ca, tehnik/ca zdravstvene nege, srednja medicinska sestra/srednji medicinski tehnik, ki je izobražen na srednješolski ravni in se v skladu s

poklicnimi kompetencami in aktivnostmi vključuje v izvajanje zdravstvene nege. Podlaga za njuna delokroga so “Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi“ (Zbornica – Zveza, 2008).

Medicinska sestra izvaja dejavnost zdravstvene nege in oskrbe na primarni, sekundarni in terciarni ravni ter v socialno varstvenih in drugih zavodih. Deluje kot avtonomna strokovnjakinja na svojem področju dela in se aktivno vključuje v različne time za obravnavo zdrave in bolne populacije.

Timi na primarni ravni so: zdravstveni tim (vodja je zdravnik), tim zdravstvene nege in oskrbe (patronažna medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege, bolničar negovalec); vodja tega tima je patronažna medicinska sestra, v socialno varstvenih in drugih zavodih pa diplomirana medicinska sestra (ICN, 2003; Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternejl in sod., 2006).

Timi na sekundarni in terciarni ravni so: zdravstveni tim za zdravstveno obravnavo, tim zdravstvene nege in zdravstveno oskrbovalni tim – tim za zdravstveno oskrbo. Strokovni vodja področja zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra, v delo timov se vključujejo visokošolsko in srednješolsko izobraženi kadri na področju zdravstvene nege.

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni negi in s tem odgovornosti članov timov za področje zdravstvene nege in oskrbe so določene v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (Zbornica – Zveza, 2008).

## 2 VIZIJA

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

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



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

### **3 STRATEGIJA**

Strateška področja razvoja, ki so pomembna za delovanje in razvoj zdravstvene nege in oskrbe so:

- področje izobraževanja,
- področje menedžmenta in vodenja,
- področje informatizacije,
- pravna ureditev
- razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe.

V strategiji so podani opisi sedanjega stanja na posameznih področjih, izhodišča, vizija razvoja, strateški cilji, prioritete in predvidene aktivnosti za doseganje ciljev

.

#### **3.1 STRATEGIJA IZOBRAŽEVANJA**

##### ***3.1.1 Opis sedanjega stanja***

Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo zavezala tudi k spoštovanju EU direktive za regulirane poklice 2005/36/EC, kjer so opredeljeni minimalni kriteriji za izobraževanje poklicev: zdravnik, zobozdravnik, farmacevt, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica, veterinar, arhitekt.

Študija »Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033« (Albreht, 2004) je dala oprijemljiva izhodišča glede razumevanja ustreznega izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji ob vstopu v EU. EU določa minimalne zahteve za šolanje in usposabljanje medicinskih sester in bobic, kar naj

bi omogočilo prosto gibanje za oba profila, hkrati pa to pomeni tudi priporočilo glede usklajevanja izobraževanja. Zahteve vključujejo naslednja dva sklopa, in sicer:

1. splošno temeljno izobrazbo v trajanju najmanj 10 let, ki se konča z diplomom, spričevalom ali drugo ustrezno formalno izobrazbo, ki jo podeli pooblaščen ustanova v državi članici ali spričevalo izdano na podlagi ustreznega kvalifikacijskega izpita, ki opredeli ustreznost kandidata/ke za vpis v ustrezno šolo za medicinske sestre (Direktivi 77/453/EEC in 89/595/EEC, člen 2(B)) in
2. izpopolnjevanje v polnem delovnem času, posebej opredeljeno, ki mora zajeti predmete opredeljene v Prilogi k Direktivi in zajemati triletno izobraževanje ali 4600 ur teoretičnega in kliničnega pouka (Direktivi 77/453/EEC in 89/595/EEC, člen 2(B)).

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

Slovenski zdravstveni zavodi so po vstopu Slovenije v EU pričakovali dotok delovne sile na področju zdravstvene nege v Slovenijo. Poskusi so bili narejeni predvsem v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, ki pa niso bili uspešni in do načrtovanega zaposlovanja iz tujine ni prišlo. Pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester pa je bilo zlasti veliko v ljubljanski in gorenjski regiji.

Na podlagi izhodišč študije IVZ (Albreht, 2004) je bila v letu 2005 dana pobuda za ustanovitev visoke šole za zdravstveno nego na Jesenicah. Po ustanovitvi Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice pa je v obdobju 2007 do 2010 prišlo do ustanavljanja še štirih šol: Novo Mesto (2007), Celje (2009), Murska Sobota (2009) ter Slovenj Gradec (2009). Te so se pridružile trem, že prej obstoječim visokim šolam za zdravstvo (zdravstveno nego, zdravstvene vede) v Ljubljani, Mariboru in Izoli. Razlogi za ustanavljanje niso bili javno pojasnjeni in ne temeljijo na državni študiji potreb po diplomiranih medicinskih sestrah. Posledice povečanja vpisnih mest so pripeljale do situacije, da se lahko danes na visokošolski strokovni program Zdravstvena nega vpiše praktično vsak, če ni sprejet na redni, je pa na izredni študij. V ospredje se postavljajo naslednji problemi: pomanjkanje visokošolskih učiteljev, pomanjkanje kliničnih mentorjev, nezadostno število mest za usposabljanje v kliničnem okolju na vseh treh nivojih zdravstva, velika dostopnost do izrednega študija, brezposelnost diplomiranih medicinskih sester, idr..

Za strokovno sodelavko diplomirani medicinski sestri kot nosilki stroke se je ohranil (iz prejšnjih izobraževalnih sistemov) v Republiki Sloveniji profil s srednješolsko izobrazbo. Nazivi, ki so se pojavljali skozi zgodovino, glede na reforme srednjega šolstva, so: srednja medicinska sestra, zdravstveni tehnik, tehnik zdravstvene nege. Izobražuje se po programu zdravstvena nega, sprejetem na Strokovnem svetu Republike Slovenije za poklicno in strokovno izobraževanje (Ur. list RS, št. 53/2008). Prenovljeni izobraževalni program nudi možnost zaposlitve ali nadaljevanja študija. Na stopnji srednjega poklicnega izobraževanja obstaja še program za poklic bolničar negovalec.

Zbornica – Zveza in RSKZN sta pri zavzemanju stališča o Nacionalnih poklicnih kvalifikacij (NPK) imela pred očmi predvsem kakovost obravnave in varnost pacientov, zato nadaljnjega razvijanja NPK ne podpirata. Stališče bilo usklajeno s predstavniki stroke v procesu izobraževanja, kliničnih okolij, menedžmenta zdravstvene nege, ki so ga podprli tudi zaradi razvoja in avtonomije stroke zdravstvene nege in oskrbe. Stališče je tudi v skladu z najnovejšimi usmeritvami OECD (Delamaire, Lafortune, 2010).

### **3.1.2 Izhodišča**

Področje izobraževanja medicinskih sester poleg EU direktive (2005/36/ES) in Bolonjske deklaracije urejajo še ICN (Okvir kompetenc za medicinske sestre, 2003), WHO (Evropska strategija izobraževanja za zdravstveno in babiško nego, 2000), EFN (stališča: “Bolonjski proces 2007“ in “Sinergija EU direktive 36, Bolonja in evropski okvir kvalifikacij“, 2008).

Iz navedenih dokumentov je mogoče povzeti:

- EU direktiva: izobraževanje traja najmanj tri leta, ima najmanj 4600 ur, od tega najmanj 2300 ur poteka v kliničnem okolju, ob mentorstvu visokošolskih učiteljev in mentorjev iz kliničnega okolja, predpisan je minimum vsebin, znanj in veščin v izobraževalnem programu, določena so razmerja med predavanji, seminarji, kliničnimi vajami in kliničnim usposabljanjem, nosilci izobraževanja so visokošolski učitelji s področja zdravstvene nege.
- Bolonjska deklaracija: izobraževalni program traja tri leta, ima 180 ECTS, oblikovan je modularno, vsebuje minimalno deset (10) odstotkov izbirnih vsebin, ovrednoteno je individualno delo študenta, omogočena je prehodnost med programi, študij je zaključen z diplomsko ali projektno nalogo. Študij se izvaja na treh bolonjskih stopnjah (1. stopnja: visokošolski strokovni študij, 2. stopnja: magistrski študij – strokovni magisterij, 3. stopnja: doktorski študij – doktorat stroke).

- V stališčih ICN je predpisan okvir kompetenc v zvezi z izobraževanjem medicinskih sester, iz katerih je jasno razvidno, da sta zahtevnost in obseg kompetenc lahko dosežena le z najmanj dodiplomskim visokošolskim izobraževanjem in te kompetence služijo pri oblikovanju študijskih programov Zdravstvena nega.
- EFN poudarja, da je pri uvajanju Bolonjskega procesa potrebno upoštevati splošne kompetence ICN za medicinske sestre, da mora biti izobraževanje za zdravstveno nego na najvišjem možnem nivoju v državi in razvito v tesnem sodelovanju z nacionalnim združenjem, ter, da je potrebno zagotoviti kontinuiran strokovni razvoj in vseživljenjsko učenje v skladu z EU kvalifikacijskim okvirjem. EFN poudarja, da je zdravstvena nega znanost in umetnost in da je tako akademska kot tudi na praksi temelječa disciplina.

Za strokovno sodelavko v timu diplomirani medicinski sestri/diplomiranemu zdravstveniku je usposobljena srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, ki se izobražuje po programu zdravstvena nega, ki je bil sprejet na Strokovnem svetu RS za poklicno in strokovno izobraževanje (Ur. list RS, št. 53/2008). Na tržišču je konstantno število nezaposlenih tehnikov zdravstvene nege (približno tisoč), ki končajo te programe. Zbornica Zveza je že večkrat pisno opozorila, da je potrebno zmanjšanje število vpisnih mest, do sedaj le ta niso bila upoštevana.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 (Resolucija) (Ur. list RS, št. 72/2008) narekuje, da je potrebno pri vseh izvajalcih zdravstvenega varstva predvideti specializacije, ki bodo zadovoljile spremenjene zdravstvene in družbene potrebe ter sledile razvoju posameznih profesionalnih področij. Pri pripravi projekta specializacij, katerega nosilka naj bo Zbornica-Zveza, se je mogoče zgledovati po sistemu specializacij, ki ga imajo že uspešno uvedenega nekateri poklici v zdravstvu, kot so zdravniki, farmacevti, biokemiki, psihologi idr. V samem začetku uvajanja specializacij je z vidika zagotavljanja mentorjev specializantom potrebno izdelati merila in kriterije za mentorje. Ti morajo imeti ustrezna dokazila, reference in aktivno delo na področju specializacije, ki ga pokrivajo.

Skladno z Resolucijo je potrebno predvideti tudi nove profile – npr. usklajevalke odpusta po zdravstveni obravnavi v zdravstveni instituciji. Potrebno je spodbuditi in razviti različne karierne poti za izvajalce zdravstvene nege in skladno s tem razvoj kliničnih specializacij. Slednje potrebujemo tudi zaradi prenosa aktivnosti z zdravnikov na diplomirane

medicinske sestre, zaradi potreb starajoče se populacije, stremljenja k celostni (integrirani zdravstveno-socialni) dolgotrajni oskrbi v domačem okolju in drugje (koordiniranje področja), razvoja znanosti in tehnologije (zahtevnost delovnih mest) ter racionalizacije dela drugih strokovnjakov (npr. vodenje in upravljanje v razvitem svetu je v pristojnosti ustrezno usposobljenih medicinskih sester), tudi večje samostojnosti pri delu (npr. vodenje pacientov z urejenimi kroničnimi obolenji).

### **3.1.3 Vizija izobraževanja**

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

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

### 3.1.4 *Strateški cilji*

1. Izobraževanje za poklic medicinska sestra je izobraževanje najmanj na visokošolskem strokovnem programu (VS) Zdravstvena nega, ki je usklajeno z EU direktivo. Direktiva postavlja minimalne kriterije, regulatorji v državi Sloveniji (MZ, MVZT, NAKVIS, Zbornica – Zveza) morajo regulirati in postaviti standarde kakovosti za področje visokošolskega izobraževanja na vseh treh bolonjskih stopnjah ter standarde na področju srednješolskega izobraževanja (MSSŠ). Standardi za izvajanje izobraževanja na VS programu Zdravstvena nega morajo glede na starost direktive presegati minimalne zahteve direktive in morajo biti odraz potreb po znanjih in sposobnostih, ki jih v slovenskem zdravstvenem sistemu potrebuje diplomirana medicinska sestra na vseh treh nivojih zdravstvene obravnave. Zahteve na področju izobraževanja opredelijo nadzorniki in varuhi direktive v državi (MZ, MVZT, NAKVIS, Zbornica Zveza).

Pristojni organi (MZ, Zbornica - Zveza) naj na osnovi državne študije opredelijo potrebe po kadrih na področju zdravstvene nege in oskrbe za najmanj 15 letno obdobje in načrt vpisnih mest za srednješolsko in terciarno izobraževanje. Študija potreb naj opredeljuje potrebe na naslednjih področjih: srednješolsko izobraževanje, visokošolsko izobraževanje s področja zdravstvene nege, strokovni magisterij s področja zdravstvene nege, specializacije s področja zdravstvene nege, doktorati s področja zdravstvene nege. Študija naj predlaga tudi mrežo šol v Republiki Sloveniji in število vpisnih mest za sekundarno in terciarno izobraževanje. MVZT, NAKVIS, MZ, Zbornica - Zveza naj predpišejo orodja za presojo kakovosti izobraževalnih procesov EU za reguliran poklic in izvajanja klinične prakse v kliničnih okoljih, pa tudi presojo usposobljenosti diplomanta v kliničnem okolju (presečna študija).

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

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

Na področju razvojnega in raziskovalnega dela, ki je osnova za razvoj profesije, naj se ocenjuje usposobljenost šole na naslednjih področjih: razvoj novih programov, ki so družbeno potrebni, izvajanje razvojnih projektov, ki so usmerjeni v razvoj profesije in izboljševanje pedagoškega dela, aktivno raziskovalno delo doma (ARRS uspešnost, točke in citati raziskovalne skupine, uspešnost na razpisih ministrstev) in v tujini (razpisi EU), mednarodno sodelovanje v obliki mednarodnih izmenjav učiteljev in študentov, skupni razvojni in raziskovalni projekti. Pomemben kazalnik je priprava študijskega gradiva v obliki učbenikov in skript idr. Pri tem se naj upošteva tudi merila NAKVIS za ponovno akreditacijo šole in programa, ki jih mora izpolnjevati visokošolski zavod.

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

2. Predlagamo, da Ministrstvo za šolstvo in šport vpis za izobraževanje na srednješolskih strokovnih in poklicnih programih postopoma znižuje, kot smo si v stroki zastavili

piramido obračanja zaposlenih v zdravstveni negi v korist diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v razmerju 70:30 v korist diplomiranih. Prav tako je potrebno postopoma zamenjevati bolničarje - negovalce za tehnike zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih in drugod. Dodati pa je potrebno bolničarje v tim patronažne medicinske sestre.

Določiti je potrebno obseg srednješolskega izobraževanja na osnovi državne študije potreb po kadrih na tem nivoju izobraževanja in kazalce kakovosti za izvajanje le tega. Maturant programa naj bo usposobljen za strokovnega sodelavca diplomirani medicinski sestri na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva. Potrebno je enotno poimenovanje delovnih mest v državi, za katera je potrebna peta stopnja izobrazbe zdravstvene smeri. Potrebna je sprememba poklicnega standarda, kjer je potrebna sprememba strokovnega naslova srednja medicinska sestra v tehnik zdravstvene nege (naziv medicinska sestra je rezerviran za nosilko dejavnosti). Takšno poimenovanje je primerljivo z državami OECD, kjer imajo nekatere države profil zdravstveni asistent. Redni in izrednimi vpisi za ta profil se naj zmanjša na podlagi podatkov o brezposelnih s to izobrazbo in potreb državne študije potreb po srednješolskem izobraževanju na področju zdravstva, izobraževanje naj potekajo le v srednjih zdravstvenih šolah, ne pa tudi v ljudskih univerzah, zasebnih zavodih idr. Upošteva se naj tudi vidik ogroženosti varnosti pacienta, saj dijaki prekomerno obremenjujejo klinična okolja glede na potrebe po zaposlovanju. Glede na usmeritve OECD se mora število strokovnih sodelavcev s srednješolsko izobrazbo zdravstvene smeri v kliničnih okoljih zmanjšati na največ 30% vseh kadrov, zato je potrebno tudi iz tega razloga postopoma zmanjševati vpis na letni ravni.

S področjem socialne oskrbe je potrebno iskati povezave in stičišča, kjer se izvajalci zdravstvene nege in socialne oskrbe srečujejo, zlasti v domačem okolju. Pozornost bo potrebna ob novem Zakonu o dolgotrajni oskrbi.

Bolničar negovalec naj se ne zaposluje na področju zdravstvene nege. Po končanem izobraževanju je cilj večine redno vpisanih dijakov, da nadaljujejo poklicno tehnično izobraževanje (3+2); kandidati, ki zaključijo izredno izobraževanje, pa imajo možnost zaposlitve v socialnih in drugih zavodih. Na primarnem nivoju je naš cilj, da bolničar negovalec zaradi vedno večjih zahtev pacienta postopoma nadomesti laičnega oskrbovalca na domu. S področjem socialne oskrbe je potrebno iskati povezave in stičišča, kjer se izvajalci zdravstvene nege in socialne oskrbe srečujejo, zlasti v



domačem okolju. Temu bo potrebno posvetiti več pozornosti v novem Zakonu o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.

3. V R Sloveniji na področju zdravstvene nege in oskrbe prej kot horizontalno podpiramo vertikalno izobraževanje, saj je več kot dovolj možnosti za vertikalno nadgrajevanje strokovnih znanj, za celovit strokovni, karierni in osebnostni razvoj - preko rednih izobraževalnih poti. Tako tudi ne podpiramo nacionalnih poklicnih kvalifikacij (NPK), prej specialna znanja.
4. Pristopiti je potrebno k mednarodno primerljivem razvoju kliničnih specializacij za medicinske sestre kot oblike podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi, ki bo podlaga za prenos poklicnih aktivnosti in kompetenc med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tudi za samostojno delo diplomiranih medicinskih sester (Laurant in sod., 2009). Določiti je potrebno prioriteta področja razvoja in standarde za razvoj programov za klinične specializacije, regulacijo izobraževanja naj izvajata Zbornica - Zveza in MZ ter opredeliti obveznosti delodajalcev do specializantov. V prioritetenem razvoju naj bodo klinične specializacije na naslednjih področjih zdravstvene nege in oskrbe: gerontologiji, psihiatriji, pediatriji, patronažni dejavnosti, anesteziologiji in intenzivni terapiji, onkologiji, zdravstveni negi pacienta s kroničnimi bolezenskimi stanji, paliativni oskrbi, preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb, medicini dela, enterostomalni terapiji, idr.. Potrebe po kliničnih specializacijah je potrebno opredeliti glede na demografske podatke in primerljivost z državami EU in OECD, kar naj bo predmet državne študije. Čas trajanja kliničnih specializacij mora biti vsaj eno leto do največ treh let. Klinične specializacije in magisteriji s področja zdravstvene nege so v skladu z opredelitvijo ICN in OECD napredna znanja v zdravstveni negi, "advanced level" (ICN, 2005; Delamaire, Lafortune, 2010). Specializanti naj del teoretičnih vsebin pridobijo z izbirnimi predmeti, ki so strokovne narave na magistrskih študijih zdravstvene nege, ki se jim ob morebitnem nadaljevanju študija na drugi bolonjski stopnji tudi priznajo v okviru doseženih ECTS.
5. Opredeliti je potrebno specialna znanja v zdravstveni negi za diplomirane medicinske sestre in izvajalce zdravstvene nege in oskrbe s srednje šolsko izobrazbo v obsegu in vsebini kot obliko kontinuiranega profesionalnega izobraževanja za zagotavljanje

kontinuiranih znanj v neposrednem delovnem okolju, ki niso povezana s prenosom poklicnih aktivnosti, temveč omogočajo strokovno delo in razvoj posameznika na določenem strokovnem področju ter so odgovornost delodajalca, prav tako pa mora posameznik pokazati interes in odgovornost za pridobivanje novih znanj. Specialna znanja omogočajo horizontalni razvoj znanj na specialnih področjih. Regulirana morajo biti s strani Zbornice - Zveze, ki opredeli minimalne kriterije za specialna znanja. Specialna znanja so javno veljavna, imajo preverjene vsebine, so kreditno ovrednotena in se lahko upoštevajo pri specializacijah.

6. Potreben je razvoj vertikalne izobraževanja v zdravstveni negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege. Magistranti in doktoranti bodo v sistem zdravstvenega varstva prinesli nova znanja po zgledu študije OECD (Delamaire, Lafortune, 2010), ki jim bodo omogočala prevzem dela na razvojnem in raziskovalnem področju ter dela v kliničnem okolju. Cilj vzpostavljanja tovrstnega izobraževanja ne sme biti "beg od bolniške postelje", temveč integriran razvoj kliničnega dela.

Magistrice zdravstvene nege bodo usposobljene za prevzemanje odgovornosti za sistematično spremljanje kliničnega dela (aplikativno in akcijsko raziskovanje, spremljanje in izboljševanje kliničnega dela), vodenje timov za izboljševanje klinične prakse, bodo pobudnice sprememb in izboljšav, mentorice študentom in visokošolske učiteljice na prvi bolonjski stopnji.

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

Oba profila bosta vključena v neposredno klinično prakso in delo s pacienti. Ob tako opisanem konceptu integracije magistric in doktoric zdravstvene nege v klinično okolje lahko zdravstveni sistem pričakuje povečanje spodbud za spremljanje in izboljševanje dela določene stroke. Poleg tega sta oba profila izjemnega pomena za zagotavljanje lastnega kadra v visokošolskem izobraževanju, saj EU direktiva navaja, da morajo biti nosilci in izvajalci predmetov za področje zdravstvene nege habilitirani visokošolski

učitelji zdravstvene nege. V Sloveniji moramo usposobiti visokošolske učitelje na področju zdravstvene nege, zato morajo obstoječe visoke šole s programi Zdravstvena nega na drugi in tretji bolonjski stopnji študija zdravstvene nege te programe izvajati z vključevanjem učiteljev s tujih univerz, kjer sta magistrski in doktorski študij zdravstvene nege že razvita. To je edino zagotovilo, da bo Slovenija v prihodnosti imela dovolj visokošolskih učiteljev na področju zdravstvene nege.

7. Pri ustanavljanju visokošolskih zavodov v Republiki Sloveniji naj se upošteva izračun potreb po kadrih, ki ga pripravijo državne institucije in kazalniki, ki so navedeni v točki Velik problem izvajanja kliničnega usposabljanja na programih prve stopnje je zagotavljanje ustreznih učnih baz na specialnih področij zdravstvene nege in na terciarnem nivoju zdravstva, kar študentu omogoča doseganje celovitosti kompetenc za poklic. Slovenija ima tri nivoje zdravstvene obravnave v katerih delujejo diplomirane medicinske sestre, zato je potrebno zagotavljati ustrezna razmerja kliničnega usposabljanja na vseh treh nivojih. Direktiva EU navaja splošne in specialne vsebine kliničnega usposabljanja na področju kirurške in internistične zdravstvene nege. Obseg dela, ki se odvija na nivoju splošne bolnišnice ne pokriva vseh specialnih področij in ne vsebuje terciarnosti ali tako imenovanih redkih obravnav in obravnav višje zahtevnosti ter s tem študentu ponuja slabše možnosti za osvojitve poklicnih aktivnosti in kompetenc. Poleg tega je EU direktiva stara več kot 30 let in ne vključuje predmetnih vsebin, ki so odraz razvoja zdravstvenih ved, ki so posledica kroničnih bolezni in vedno večje zahtevnosti zdravstvene obravnave ter pomena povezovanja vseh treh nivojev zdravstva v Republiki Sloveniji. Zaradi tega je direktiva ravno v tem obdobju v ponovnem usklajevanju in predstavlja za državo le minimalne standarde (več je opisano v točki 3). Diplomanti se zaposlujejo na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva, zato je nujno, da se na vseh treh nivojih tudi usposabljaajo. Zmogljivosti usposabljanja in s tem posredno število vpisnih mest določajo učni zavodi. Ko se pri ustanavljanju šol primerjamo s tujino, je potrebno vedno preveriti, ob kako velikih bolnišnicah, glede na obseg specialnosti delovanja, se ustanavljajo šole za medicinske sestre. V prihodnje ne podpiramo teženj in koncepta, da ima lahko v Sloveniji vsaka regijska bolnišnica visoko - strokovno šolo za program Zdravstvena nega. Ustanovitelji in organi, ki šole akreditirajo, se morajo vprašati, po kateri dobri praksi so to povzeli in kje so dokazi, da je takšna praksa najboljša za paciente, zdravstveni sistem in možnost zaposlovanja diplomantov. Nacionalni interes mora stopiti pred regijski interes, saj gre

za izobraževanje za reguliran poklic, za poklic, ki pomembno vpliva na kakovost obravnave zdrave in bolne populacije.

8. S ciljem zagotavljanja kakovosti terciarnega izobraževanja na področju zdravstvene nege je potrebno obstoječa merila za akreditacijo visokošolskih zavodov in visokošolskih programov v Republiki Sloveniji dopolniti s specifičnimi kazalci, ki kažejo na kadrovske in prostorske zmogljivosti ter zmogljivosti in usposobljenost učnih baz, kjer se izvaja 50 odstotkov programa.
9. V Komisijo za zdravstvo in socialo pri NAKVIS-u je potrebno vključiti visokošolske učitelje s področja zdravstvene nege oz. predstavnike stroke in izdelati kriterije za imenovanje recenzentov programov za področje zdravstvene nege.
10. Za nadaljnje dodeljevanje koncesij visokošolskim zavodom, ki koncesij za izvajanje programa na prvi stopnji še nimajo, je potrebno izvesti aktivnosti v točkah 1, 2. Dokler ni izvedena raziskava potreb po kadrih v zdravstveni negi, niso sprejemljivi predlogi o razširitvi ali prerazporeditvi vpisnih mest niti za redni niti za izredni študij zdravstvene nege na prvi stopnji, prav tako ne akreditacija novih magistrskih programov.
11. Redni in izredni magistrski študij naj izvaja le visokošolski zavod, ki izkazuje intenzivno raziskovalno in razvojno delo in mednarodno sodelovanje ter ima zaposlene visokošolske učitelje, dostopnost do sodobnega knjižničnega gradiva, dostop do mednarodnih baz in revij ter pomembno prispeva k razvoju profesije v državi. Akreditacija in izvajanje magistrskega študija naj bo možno šele po uspešno izvedeni prvi ponovni akreditaciji, ki jo je vsaka šola po standardih NAKVIS dolžna izvesti na vsakih 7 let. Magistrski študij naj izvajajo le šole, ki izvajajo redni študij na prvi stopnji, imajo redno zaposlene učitelje in raziskovalce, so mednarodno vpeti in imajo pridobljene raziskovalne projekte na katerih lahko delajo študenti in učitelji.
12. Za sprejemanje nadaljnjih strateških odločitev na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi je potrebno spremljati in se preko EU združenj in organov aktivno vključevati v razpravo o spremembah direktive 2005/36/ES, ki je v postopku dopolnjevanja od leta 2010 naprej.

## **3.2 STRATEGIJA MENEDŽMENTA IN VODENJA**

### **3.2.1 Opis sedanjega stanja**

Medicinske sestre še vedno nimamo avtonomije, tako pri delu s pacientom, kot tudi v celotni organiziranosti zdravstvene nege in oskrbe v zavodu. Lahko trdimo, da dejavnost zdravstvene nege in oskrbe še vedno ni samostojno, avtonomno strokovno področje. Prav tako ni ustrezno umeščena v sedanjo organiziranost zavodov.

Vodilne medicinske sestre v zdravstveni negi in oskrbi za zasedbo delovnih mest velikokrat nimajo ustreznega znanja in kompetenc s področja vodenja (Fakin, 2005; Skela Savič, 2002, 2004). Le nekateri zavodi imajo na področju zdravstvene nege in oskrbe opredeljene pristojnosti in odgovornosti zaposlenih z opisi delovnih mest ter jasnimi organizacijskimi predpisi ter navodili.

### **3.2.2 Izhodišča**

Danes je menedžerka v zdravstveni negi in oskrbi diplomirana medicinska sestra. Tudi v prihodnje je to nujno potrebno, poleg tega mora imeti dodatna menedžerska znanja, obvladovati mora smiselno in mrežno povezovanje različnih virov (človeški, tehnološki, prostorski, finančni, informacijski). Znati mora uveljaviti timsko delo in avtonomijo na področju stroke zdravstvene nege in oskrbe ter področju odgovornosti za svoje delo. Vodenje v zdravstveni negi in oskrbi mora biti usmerjeno v gradnjo avtonomije, zmanjševanje hierarhije znotraj zdravstvenih timov in vodenje z vitko organizacijsko obliko (Skela Savič, 2002). Glede na to, da danes vodilne medicinske sestre v nekaterih zavodih še vedno niso članice vrhnjega menedžmenta in stalne članice strokovnega sveta zavoda, morajo to nujno postati oz. ostati, saj bodo le tako lahko soodgovorne za celotno delovanje zavoda (Požun, 2001).

Vizija s katero bomo oblikovali prihodnost zdravstvene nege in oskrbe je mogoča le s pomočjo raziskovanja in inovativnega vodenja zdravstvene nege. Zavedati se moramo, da je odlično vodenje zdravstvene nege in oskrbe bistvenega pomena za zagotovitev odlične

oskrbe pacientov. Le na osnovi kliničnih dokazov in s pomočjo združenj uporabnikov storitev bo politika pripravljena nameniti več sredstev za izobraževanje in zaposlovanje v zdravstveni negi, saj bo imela dokaze, da več znanja prinaša večjo kakovost dela, manj zapletov, večje zadovoljstvo uporabnikov in s tem več prihrankov v zdravstveni obravnavi (Skela Savič, 2007).

Po vzoru razvitih držav bodo vedno bolj pomembni izobraževanje, specialna znanja, klinične specializacije in delovanje na znanstvenih dokazih podprte zdravstvene nege in oskrbe. Za zagotavljanje ustrezne kakovosti, varnosti in učinkovitosti je treba vključiti menedžment zdravstvene nege in oskrbe v vodenje zavoda na vseh treh nivojih. Gradili in razvijali bomo tak koncept in orodja vodenja, ki bodo omogočala pristop od spodaj navzgor, samoiniciativnost, inovativnost, kjer bodo vodje zaposlene obravnavali kot za svoje delo odgovorne sodelavce (Mundinger, 2008).

### ***3.2.3 Vizija menedžmenta in vodenja***

Vizija raziskovanja in razvoja zdravstvene nege ter postavljena strategija njenega razvoja sta gonilni sili, ki vodita strokovnjake zdravstvene nege in jih motivirata v njihovih prizadevanjih za razvoj in nenehno uvajanje sprememb za doseganje večje avtonomije stroke ter vrednotenje njenih rezultatov. Razumevanje in doseganje enkratnega poslanstva vodi stroko tako, da prispeva tudi k spremenjeni vlogi njenih nosilcev v širši družbeni skupnosti.

Skupna prizadevanja in delovanje izvajalcev zdravstvene nege v interdisciplinarnih timih za dostopnost in enakost pri zdravju morajo prispevati k zmanjšanju razlik v zdravju prebivalcev. Razvijanje zagovornišva kot integralnega dela poklicne prakse zdravstvene nege in kot aktivne podpore posamezniku, družini in skupnosti omogoča zaščito njihovih pravic in interesov (<http://www.aone.org/aone/certification/docs%20and%20pdfs/NurseExecCompetencies.pdf>).

### ***3.2.4 Strateški cilji na področju menedžmenta***

1. Vodenje zdravstvene nege in oskrbe mora biti avtonomno in naj bo integrirano na vse nivoje procesov zdravstvene oskrbe. Menedžerka v zdravstveni negi in oskrbi mora

imeti pristojnosti in odgovornosti ter avtoriteto za vodenje integrirane, kakovostne in varne ter k doseganju uspešnih izidov usmerjene zdravstvene nege in oskrbe. Zdravstvena nega in oskrba se mora vključevati v pripravo in izvedbo strategije razvoja na vseh nivojih vodenja z vsemi ključnimi sodelujočimi v procesu, ob iskanju skupnih resursov (<http://www.aone.org/aone/certification/docs%20and%20pdfs/NurseExecCompetencies.pdf>).

2. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe mora prevzeti odgovornost za vzpostavitev razvojno raziskovalnih timov v zdravstvenih in drugih zavodih, katerih delo naj bazira na aplikativnem in akcijskem raziskovanju ter na pregledu dokazov in prenosu najboljše prakse v neposredno delo po definiciji na dokazih podprte prakse. Zaposlenim je potrebno omogočiti karierni razvoj na področju znanstvenega razvoja stroke. Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe naj ima pomočnika za raziskovanje in razvoj, dejavnost zdravstvene nege in oskrbe pa raziskovalno razvojni oddelek.
3. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe naj organizira referenčne oddelke/ambulante/enote, kjer zdravstveno nego in oskrbo večinsko izvajajo in razvijajo diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji, kliničnimi specializacijami in magistrice zdravstvene nege s svojimi strokovnimi in drugimi sodelavci. Rezultati dela naj se primerjajo s primerljivimi oddelki, kjer ni ustrezne kadrovske zasedbe.
4. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe mora razviti realna pričakovanja do znanja in kompetenc diplomantov programov prve stopnje, ki nimajo več pripravništva. Diplomant namreč v procesu izobraževanja pridobi le splošne kompetence, saj gre za izobraževanje za splošno zdravstveno nego. Delodajalci morajo diplomantom pred začetkom samostojnega dela omogočiti uvajalno obdobje, ki ne sme biti krajše od 1 leta. V uvajalnem obdobju se mora diplomantu omogočiti pridobivanje specifičnih znanj in veščin ter specifičnih kompetenc značilnih za delovno področje ter poznavanje celotne dejavnosti zavoda. Program uvajanja mora biti strukturiran, prilagojen glede na potrebna specifična znanja v delovnem okolju in enoten v celotnem slovenskem prostoru.

5. Menedžerka zdravstvene nege in oskrbe naj si pridobi in upravlja razvojne vire (kadri, sredstva, oprema). Pripraviti je potrebno podlage, ki bodo omogočale:

- razvoj takšnega kliničnega okolja, ki bo vplivalo na izboljšanje kakovosti na področju izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi;
- oceno stanja in možnosti raziskovanja in razvoja v zdravstveni negi in oskrbi;
- oceno potreb po izobraževanju in razvoju kadrov v zdravstveni negi in oskrbi na področju razvoja in raziskovanja;
- sodelovanje s fakultetami in visokimi šolami na področju raziskovanja v zdravstveni negi;
- promocijo dobre klinične prakse,
- analizo nacionalnih strokovnih smernic/protokolov/priporočil in implementacijo primerljivih evropskih strokovnih smernic glede na organizacijo zdravstvenega varstva;
- podporo delovanju nacionalne skupine za razvoj in raziskovanje;
- zagotavljanje principov nenehnega izboljševanja sistema kakovosti in varnosti;
- model vseživljenjskega učenja, vključno s kliničnim znanjem.

Vse aktivnosti v zvezi s poenotenjem stroke pri uporabi in poimenovanju pojmov v praksi, bodo potekale pod okriljem RSKZN in bodo izvedene do leta 2012.

### ***3.2.5 Strateški cilji na področju kakovosti in varnosti***

1. Uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi in oskrbi je integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda (Robida, 2009). Kot pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti se mora uporabljati sistem nenehnih izboljšav, ki vključujejo:

- standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
- redno merjenje kazalnikov kakovosti,
- identifikacijo vzrokov odstopanja,
- sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
- upravljanje s tveganji – risk menedžment.

2. MZ mora skupaj s stroko zdravstvene nege opredeliti nove kazalnike kakovosti za zdravstveno nego in oskrbo (prenos bolnišničnih okužb, postopke v zvezi z zdravili in



storitvami, posebne varovalne ukrepe, register škodnih dogodkov, kazalnike kakovosti na področju zagotavljanja varnostne kulture, idr.). Menedžment zdravstvene nege in oskrbe naj poleg nacionalnih kazalnikov kakovosti oblikuje in spremlja tudi lastne standarde kakovosti. Izhodišče za sistematično vodenje kakovosti in varnosti predstavlja nacionalna strategija za kakovost in varnost 2010 – 2015. Izhodišče za delovanje sistema vodenja kakovosti predstavljajo standardi, kot so ISO 9001, ISO 14001, ISO 22000, OHSAS 18001, ISO 15189, SA 8000. Glede na potrebe naj se menedžment zdravstvene nege in oskrbe odloča še za izvedbo certifikacijskih in akreditacijskih postopkov na osnovi teh standardov (Robida, 2009).

### **3.2.6 Strateški cilji na področju razvoja zaposlenih**

1. Zaposlene je potrebno razumeti kot vir konkurenčne prednosti, zato se iz funkcije nadzora vodenje usmerja v razvijanje sposobnosti zaposlenih. Razvoj kadrov bo osredotočen na posameznika, ki bo integriran v kompleksen proces in se bo nanašal na celotno osebje zdravstvene nege in oskrbe.
2. Vodilne medicinske sestre zavoda morajo imeti znanje s področja menedžmenta in znanje na področju sodobnega vodenja. Kritično razmišljanje in analiziranje organizacijskih postopkov glede na dokaze je ena od ključnih sposobnosti, ki jih vodja potrebuje. Izobrazba vodilnih medicinskih sester mora obsegati najmanj izobrazbo II. stopnje bolonjskega programa, pri čemer mora biti I. stopnja s področja zdravstvene nege (Skela Savič, 2000; Maze, 2008).
3. Potrebna je postopna zamenjava v kadrovske strukturi dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih v korist diplomiranih medicinskih sester, predvsem na tistih delovnih mestih, kjer zahtevnost zdravstvene obravnave zahteva VII. stopnjo izobrazbe. Iz načrta kadra v zdravstveni negi in oskrbi mora biti razviden letni načrt povečanega zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester in sofinanciranja izobraževanja obstoječega srednješolsko izobraženega kadra na visokošolskih programih Zdravstvena nega.
4. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe, skupaj z drugimi člani vodstva zavoda, opredeli dejanske potrebe po diplomiranih medicinskih sestrah v skladu s kadrovske

normativi iz leta 2005, pri čemer naj upošteva dokumente sprejete na RSKZN in potrebe procesa dela ter zahtevnosti zdravstvene obravnave za vse tri nivoje zdravstvenega varstva. Ta delovna mesta naj tudi sistemizira.

5. Zdravstveni svet MZ naj do konca leta 2011 sprejme kadrovske normative za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe za vse tri nivoje zdravstvenega varstva.
6. Za strateški razvoj kadrov v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe morajo biti izdelani individualni razvojni načrti posameznika, v katerih naj se opredeli tiste srednjeročne in dolgoročne potrebne sposobnosti, znanja, veščine in izkušnje, ki so nujne za doseganje strateških ciljev stroke.
7. Razvijanje perspektivnih kadrov bo potekalo v dveh smereh, na področju stroke in na področju vodenja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. S takim načinom bomo dosegli horizontalno in vertikalno napredovanje zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe.
8. Za uspešno in učinkovito delovanje zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov bo ključno, da bo imel zavod ustrezen kader, zato je nujno vlagati v razvoj kadrov, da bomo lažje sledili spremembam v družbi glede na potrebe po zdravstvenem varstvu posameznika, družine in lokalne skupnosti. Pritegniti želimo vrhunske strokovnjake, zato bomo pri zaposlovanju izvajali selekcijske intervjuje. Za razvoj kadrov bomo izvajali letne razgovore ter tako zagotavljali sistematičen in stalen strokovni, delovni in osebni razvoj zaposlenih, skladen z zahtevami dela. Izvajali bomo načrtno izpopolnjevanje pri upravljanju z znanjem (merjenje učinkov izobraževanja, načrtno, usmerjeno izobraževanje usklajeno s potrebami dela). Razvijali in izpopolnjevali bomo sodelovanje z relevantnimi izobraževalnimi dodiplomskimi in podiplomskimi ustanovami v državi in izven nje.
9. V zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih s statusom učne baze ter v visokošolskih zavodih naj se vzpodbuja kombinirano zaposlovanje, tako kliničnih mentorjev kot visokošolskih učiteljev. Tak način predstavlja odlično orodje za večjo skladnost med teorijo in prakso zdravstvene nege in oskrbe ter pripomore k razvijanju raziskovalnega dela, ki je pogoj za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege (Skela Savič, 2008).

### **3.3 STRATEGIJA INFORMATIZACIJE**

#### **3.3.1 Opis sedanjega stanja**

Slovenska zdravstvena informatika sledi EU usmeritvam, ki so načrtane v akcijskem načrtu za e-zdravje (Communication on e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, COM (2004)356) (strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005-2010), vendar v zdravstveni sistem vstopajo prepočasi, postopoma in po segmentih. V sklopu strategije informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema je predvidena tudi informatizacija zdravstvene nege. Trenutno je področje zdravstvene nege in oskrbe informacijsko slabo pokrito in nedorečeno.

Večina dokumentacije v zdravstveni negi in oskrbi je še vedno v papirnati obliki. Na področju dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe se na eni strani srečujemo z informacijskim rešitvami, ki so bile razvite znotraj zdravstvenih ustanov izključno za lastne potrebe in z informacijskimi sistemi na drugi strani, ki so prilagojeni predvsem za potrebe zdravstvenega zavarovanja in le delno za zdravstveno statistiko. Poglavitna pomanjkljivost lokalnih informacijskih rešitev za področje zdravstvene nege in oskrbe je v neprimerljivosti in nepovezljivosti. V praksi pa dodatno oviro predstavlja neenotnost v poimenovanju postopkov in nedefinirana uporaba pojmov v procesu zdravstvene nege na nivoju države.

V okviru zdravstvene nege obstaja za področje patronažnega varstva nacionalna statistična zbirka podatkov - Evidenca patronažne zdravstvene nege IVZ 6 (EPZN IVZ 6). Segla v leto 1959 in je nastala na osnovi poročil o delu patronažne službe. Podatki se iz papirne dokumentacije prepisujejo v računalnik (v Excelovo tabelo prilagojeno obrazcu 8,95). Tako zbrani podatki so pomanjkljive kvalitete in v neustrezni obliki za uporabo (Zavrl, 2010). Zbirka ne služi več svojemu namenu, ker ne sledi potrebam stroke, niti ne zahtevam zdravstvene statistike. Stroka patronažnega varstva je že konec leta 2007 pričela z aktivnostmi za prenovo EPZN IVZ 6. Imenovana je bila delovna skupina, ki je pripravila

vsebinsko osnovo za posodobitev zbirke in z delom zaključila v novembru 2009. Nadaljevanje prenove, oziroma izvedba pilotne študije je odvisna od IVZ in določitve prioriternih nalog.

V Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000, je stroka zdravstvene nege predvidela tudi Evidenco zdravstvene nege IVZ 6.1 (EZN IVZ 6.1), ki pa do danes še ni bila osnovana. Med poglavitnimi razlogi, da ni prišlo do realizacije nacionalne zbirke EZN IVZ 6.1 in da se proces prenove zastarele EPZN IVZ 6 odvija tako počasi, je tudi neustrezen informacijski sistem na področju zdravstvene nege.

V okviru RSKZN obstaja zbirka podatkov o zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (od leta 2004) in je podlaga za načrtovanje potreb diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege na ravni bolnišnične zdravstvene nege.

### ***3.3.2 Izhodišča***

Informatizacija zdravstvene nege se bo izvajala na nacionalnem nivoju in je strateškega pomena za stroko, zato bodo vse aktivnosti v zvezi s predpripravo in samo izvedbo potekale pod okriljem RSKZN. Enako velja tudi za zbirke podatkov s področja zdravstvene nege in oskrbe.

### ***3.3.3 Vizija informatizacije zdravstvene nege***

Vizija informatizacije zdravstvene nege je razvoj uporabnikom prijazne in sodobne informacijske podpore vsem procesom v zdravstveni negi in oskrbi. Informatizacija zdravstvene nege in oskrbe se razvija in deluje skladno z nacionalno strategijo e –zdravje ([http://www.src.si/library\\_si/pdf/infosrc/2007-51](http://www.src.si/library_si/pdf/infosrc/2007-51)).

Vpeljava informacijske tehnologije v zdravstveni negi in oskrbi bo omogočila izboljšanje beleženja, spremljanja, analiziranja in odločanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter uspešen nadaljnji razvoj stroke. Dosežena bo razbremenitev zaposlenih, ki bo pripomogla k večjemu zadovoljstvu. Zmanjšal se bo obseg administrativnega dela, ustvarjen bo prihranek na času, ki bo namenjen pacientu, iskanju konsenzov ali izobraževanju. Z informacijsko podporo bomo prispevali h kakovosti in izboljšali učinkovitost procesa zdravstvene nege in oskrbe. On-line evidentiranje bo omogočilo transparentnost, ki bo med ostalim zagotovila tudi večjo varnost, tako pacientov kot medicinskih sester.

Poenoten in primerljiv informacijski sistem bo vsekakor pozitivno in odločilno vplival na vzpostavitev potrebnih zbirk podatkov in na razvoj prenove že obstoječe zbirke podatkov s področja patronažnega zdravstvenega varstva. Stroka si bo s pomočjo zbirk končno zagotovila lasten nabor objektivno zbranih podatkov na nivoju države, ki jih bo s pridom izkoristila za najrazličnejše namene. Zagotovljen bo analitski pristop do spremljanja procesa zdravstvene nege, primerjanja, vrednotenja in različnega načrtovanja. Širok nabor objektivno zbranih podatkov bo omogočil tudi raziskovalne aktivnosti, ki bodo zagotovile trajnostni razvoj zdravstvene nege.

#### **3.3.4 Strateški cilji**

1. Potrebno je poenotenje stroke pri uporabi in poimenovanju pojmov v praksi. Še pred pričetkom aktivnosti za vzpostavitev enotnega informacijskega sistema za področje zdravstvene nege, je treba v stroki doseči poenotenje poimenovanja in uporabe negovalnih diagnoz, kategorij posameznih obravnav pacientov in drugih postopkov, ki so pomembni za spremljanje v zdravstveni negi in oskrbi. Enotna terminologija, enotne definicije pojmov in enotna raba v praksi so predpogoj za oblikovanje informacijskega sistema na ravni države in osnova za vzpostavitev statistične zbirke podatkov s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Vse aktivnosti v zvezi s poenotenjem stroke pri uporabi in poimenovanju pojmov v praksi, bodo potekale pod okriljem RSKZN in bodo izvedene do leta 2012.
2. Potrebna je dopolnitev zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Za vzpostavitev spremljanja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je treba dopolniti zakonske podlage obstoječega Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, kot tudi v primeru novega zakona. Predstavniki stroke, ki so odgovorni za spremljanje zdravstvene zakonodaje (RSKZN, Zbornica-Zveza), bodo poskrbeli, da bo pravočasno in ustrezno dopolnjena vsebina zbirk in definiran namen zbiranja podatkov. Po potrebi se v zakon doda tudi predlog za novo zbirko s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Zbirke podatkov s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je potrebno umestiti med zbirke z osebnimi podatki.
3. Potrebna je nadgradnja obstoječih informacijskih rešitev z upoštevanjem predlogov in potreb stroke. RSKZN bo po doseženem konsenzu o uporabi in poimenovanju pojmov

v praksi, imenoval delovno skupino, ki bo sestavljena iz predstavnikov različnih področij in ravni v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Delovna skupina bo sodelovala s Svetom za informatiko v zdravstvu pri MZ in IVZ, zastopala interese stroke zdravstvene nege ter skrbela za koordinacijo na ravni države.

Še pred pričetkom informatizacije dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe bo delovna skupina, na podlagi analize različnih informacijskih rešitev za področje zdravstvene nege znotraj zdravstvenih ustanov Slovenije pripravila mnenje o najboljših rešitvah za stroko, ki ga bo posredovala Svetu za informatiko. Pripravila bo nabor potreb in predlogov stroke, ki bodo nadgradnja obstoječih informacijskih rešitev in strukturiranega zapisa predvidoma do leta 2013. Člani delovne skupine s področja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe bodo v sodelovanju z zdravstvenimi informatiki oblikovali računalniško aplikacijo, ki bo v podporo stroki zdravstvene nege in v skladu z vizijo razvoja e - zdravja. Nadalje bodo člani delovne skupine sodelovali v usposabljanju zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, izvedli evalvacijo in s pomočjo zdravstvenih informatikov, po potrebi dopolnili ali spremenili elektronski zapis.

4. Za uspešno izvedbo sistema informatizacije je treba izvesti dodatno izobraževanje zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Usposabljanje bodo izvedli člani delovne skupine s področja zdravstvene nege in oskrbe v sodelovanju z zdravstvenimi informatiki, ki bodo oblikovali elektronski zapis. Izobraževanje bo izvedeno vzporedno z oblikovanjem informacijskega sistema in bo prvotno namenjeno vodilnim in odgovornim na področju zdravstvene nege in oskrbe, v nadaljevanju pa se bo izobraževanje izvajalo po potrebi, v okviru posameznih zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov. Organizacija in izvedba izobraževanja v zvezi z informatizacijo v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe bo v domeni Zbornice-Zveze.
5. Potrebna bo vzpostavitev evidence in zbirke podatkov v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. V ta namen bo RSKZN imenoval delovno skupino, ki jo bodo sestavljali predstavniki različnih strokovnih področij zdravstvene nege in oskrbe. Delovna skupina bo pripravila vsebinski nabor podatkov zbirke in vzpostavila sodelovanje z IVZ predvidoma do 2013. V sodelovanju z metodologi IVZ, ki se ukvarjajo z zbirkami podatkov za področje zdravstva, bo delovna skupina pripravila tudi metodološka

navodila, ki bodo v pomoč tako izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe kot uporabnikom podatkov. Delovna skupina bo izvedla tudi ustrezno izobraževanje zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, naredila evalvacijo in v sodelovanju z metodologi, po potrebi, spremenila vsebinski nabor podatkov zbirke v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe.

Informatizacija zdravstvene nege in vzpostavitev zbirke podatkov s področja zdravstvene nege in oskrbe sta strateškega pomena za stroko in se bosta izvajali na nacionalnem nivoju zato bodo vse aktivnosti v zvezi s predpripravo in samo izvedbo potekale pod okriljem RSKZN. Pri tem bodo imele pomembno vlogo delovne skupine, ki bodo aktivno delovale v vseh fazah procesa informatizacije zdravstvene nege, to je od obveznih predpriprav, vzpostavitve sodelovanja s strokovnjaki MZ in IVZ, do izvedbe izobraževanja in evalvacije ter oblikovanja ustreznih ukrepov.

### **3.4 STRATEGIJA PRAVNE UREDITVE**

#### ***3.4.1 Opis sedanjega stanja***

Bistven premik na področju pravne ureditve se je v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe zgodil z vstopom Slovenije v Evropsko skupnost, ki je državi na tem področju postavila zahteve po harmonizaciji nacionalne zakonodaje. Evropska skupnost namreč posveča posebno pozornost zdravju in varovanju pravic svojih državljanov v zdravstvenem sistemu ter s tem namenom izdaja pravne dokumente, s katerimi regulira področje zdravstvene dejavnosti svojih članic (Bregar, 2010). Na področju zdravstvene dejavnosti je sprejela direktivo, ki regulira poklic diplomirane medicinske sestre. Direktiva je v Republiki Sloveniji imela močan vpliv na spremembo Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki je bil v letu 2004 posledično deležen sprememb. Tako je v obstoječem ZZDej zakonsko urejena celotna dejavnost zdravstvene nege. Vendar so v današnjem času, kjer so potrebe po zdravstvenem varstvu vse večje, potrebne obsežnejše spremembe, ki bi omogočile dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe enakovredno mesto v zdravstvenem sistemu. Potrebne zakonske spremembe v smislu nujenosti enakih možnosti razvoju dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v primerjavi z drugimi dejavnostmi bodo omogočile takšen

razvoj, kjer so viri izkoriščeni na učinkovit in ekonomičen način ter tako vsaka dejavnost v sistemu doprinese najbolj optimalne rešitve k skupnim ciljem (ZZDej, 2005).

V primerjavi z evropskimi državami in tudi širše ocenjujemo, da smo bili premalo odločni pri oblikovanju samostojne - lastne zakonodaje. V preteklosti je bilo že vloženega veliko navora za samostojen zakon. Že pred dobrim desetletjem (1995) smo si prizadevali za zakonsko ureditev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v okviru lastnega zakona (lex specialis). Primerjali smo se z drugimi državami v EU in ugotovili, da je potrebno uporabnikom zagotoviti večjo ter stabilnejšo varnost in kakovost zdravstvenih storitev v našem okolju. Tudi v zdravstvenem sistemu so se pričeli procesi privatizacije/zasebnitva, kar ni bila vedno najbolj optimalna možnost za uporabnike. Raziskave potrjujejo, da zasebni izvajalci zdravstvenih storitev vedno ne upoštevajo strokovnih doktrin, kadrovskih normativov idr..

Danes zakonsko ureditev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe poznajo mnoge države v evropskem prostoru in izven njega: Anglija, Armenija, Danska, Finska, Nemčija, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Španija, Švedska in druge. Materija normativne ureditve dejavnosti zdravstvene nege v teh državah se bistveno ne razlikuje, saj vse bolj ali manj sledijo priporočenim smernicam mednarodnih organizacij, kamor se združujejo zaposleni v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe (Bregar, 2010). Leta 1995 je bila zato s strani Zbornice - Zveze na MZ poslana pobuda, da se položaj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe tudi normativno uredi. Zakon naj bi zagotovil najvišjo možno raven zdravstvene nege in oskrbe v državi. Vsebinsko naj bi pokrival področja, ki bi zagotavljala večjo avtonomnost in samostojnost dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, kar bi posledično povzročilo enakomernejši razvoj posameznih strok in sistema zdravstvenega varstva. Potrebo po normativni ureditvi dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe so do takrat že spoznale nekatere države, ki so videle v zdravstveni negi in oskrbi pomembno dejavnost za doseganje ciljev zdravstvenih sistemov. Zbornica – Zveza je leta 1996 imenovala delovno skupino za oblikovanje zakona, ki je že v letu 1997 kot rezultat svojega dela MZ posredovala predlog Zakona o zdravstveni negi. Po pregledu je MZ izdalo sklep, da se do konca leta 1998 izdelata celosten predlog Zakona o zdravstveni negi. Do leta 1999 se na področju oblikovanja zakona, kljub sklepu ministrstva o ustanovitvi komisije, ni zgodilo nič. MZ se je na sestanku, ki je bil na ponovno pobudo Zbornice - Zveze ustno sklican, seznanilo s predlogom zakona. Predstavnik ministrstva je zagotovil, da bo predlog posredoval v nadaljnjo obravnavo



Zdravstvenemu svetu, ki do takrat, kljub pobudi Zbornice – Zveze tega ni uvrstil na dnevni red svojih sej. V letu 1999 je minister za zdravje ponovno izdal sklep o imenovanju delovne skupine MZ z nalogo izdelave predloga Zakona o zdravstveni negi, ki naj bi bil pripravljen za prvo obravnavo v Državnem zboru najkasneje do 3. 3. 2000. Tokrat se je delu komisije pridružila tudi Zdravniška zbornica, ki je predlog že napisanega zakona ocenila kot dobro osnovo za nadaljnje delo. Na predlog zakona so dali številne pripombe. Komisija je zakon, ki se je v začetku imenoval predlog Zakona o zdravstveni negi, preimenovala v predlog Zakona o dejavnosti zdravstvene nege. Predlog Zakona o dejavnosti zdravstvene nege je bil leta 2000 predstavljen Zdravstvenemu svetu. Vse od takrat pa do danes predlog Zakona o dejavnosti zdravstvene nege ponovno miruje (interna gradiva Zbornice – Zveze, 1997, 1999, 2000, 2001, 2002).

Predstavniki dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe smo bili v zadnjem času bolj aktivno vključeni v sodelovanje pri oblikovanju nove zdravstvene zakonodaje (ZZDej). Ocenjujemo, da smo bili pri predlogu ZZDej razmeroma uspešni, saj je dejavnost zdravstvene nege in oskrbe skozi ves zakon bolj prisotna, kot v obstoječem ZZDej. Z nastopom novega ministra do sprejetja novega predloga ZZDej ni prišlo.

Aktivnosti Zbornice - Zveze so usmerjene zlasti v tisto zdravstveno zakonodajo, ki bo omogočala kar največjo izrabo različnih virov, zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe in drugih virov (npr. materialnih, zlasti ob upoštevanju participacije medicinskih sester v srednjem in vršnem menedžmentu). Pri predlogu ZZDej smo bili enotnega mnenja, da mora nova zakonodaja jasno opredeljevati tudi prenos poklicnih aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro v dogovorjenih okvirih obeh deležnikov. Dosedanje aktivnosti v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe so bile vseskozi usmerjane v formalno priznanje že obstoječega obsega dela in tudi v razširitev določenih aktivnosti. Mnenja smo, da lahko le tako izboljšamo dostopnost do zdravstvenih storitev tistim, ki jih potrebujejo. Zavedamo se, da je potrebno znanje in usposobljenost za take prenose preveriti in ju po potrebi poglobiti s pomočjo specialnih znanj in/ali specializacij. Pri tem smo želeli prenesti modele dobrih praks iz tujine, kjer je samostojnejše delo diplomiranih medicinskih sester utečena praksa. Ob uvajanju le tega (npr. referenčne ambulante) se soočamo z nekaj pomisleki prehodnega značaja, ki so pri obeh poklicnih skupinah posledica tradicionalnega hierarhičnega gledanja na obstoječe stanje in uveljavljanja sprememb v zdravstvenem sistemu (predlog, <http://www.mz.gov.si/> 27. 6. 2010 ).

### **3.4.2 Izhodišča**

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

Ker se politika zdravstvenega sistema ne oblikuje samo na MZ, temveč tudi v drugih telesih in organih na državnem nivoju, se izkazujejo vedno večje potrebe, da bi imela dejavnost zdravstvene nege in oskrbe formalno svoje predstavnike v Skupnosti zdravstvenih zavodov Slovenije, na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na Inštitutu za varovanje zdravja, Zavodu za zdravstveno varstvo in v posameznih telesih, zlasti v okviru MZ. Okrepiti je potrebno ekipo medicinskih sester na MZ, najbolje v obliki formalnega oddelka, urada, direktorata. Predstavnike dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je potrebno vključiti v vse RSK-je, z nekaj izjemami. Prav tako manjkajo predstavniki dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v Skupnosti socialnih zavodov in nekaterih drugih za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe pomembnih telesih (Državna komisija za medicinsko etiko, NAKVIS, itd).

Nova zakonodaja mora odločneje poseči na področje upravljanja v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih ter področje zadovoljivo urediti. Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe je v zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih tako obsežna, da menedžerke nujno potrebujejo samostojnejše pozicije, ki bodo omogočale kar najbolj učinkovito delo. Čas je, da se dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe omogoči učinkovito vodenje, kjer ne bo prostora za tradicionalne in neučinkovite vloge v sistemih vodenja. Danes je menedžment zdravstvene nege in oskrbe prepuščen notranjim aktom posameznih zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov - statutom, ki so se v preteklosti največkrat spreminjali prav na tem področju. Zato naj zakonodaja omogoča postavitev

enotnega menedžmenta v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, ki lahko suvereno sodeluje v upravah in tudi na drugih nivojih vodenja ter s tem doprinese k učinkovitosti zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov.

Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ima velik vpliv na zdravstveno obravnavo, prav tako tudi na stroške zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov ter zadovoljstvo pacientov. Zaposleni v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe predstavljajo najštevilčnejšo poklicno skupino zaposlenih v zdravstvu kot tudi institucionalnem varstvu, s tem tudi velik strošek dela. Imajo velik vpliv na porabo materiala in pripomočkov in s tem na ekonomičnost delovanja zdravstvenih, socialnih in drugih zavodov. Samostojnejša vloga menedžmenta zdravstvene nege in oskrbe je nujna, kajti procesi, ki so v današnjem času potrebni za odločanje, so vse preveč neučinkoviti. Vloga menedžmenta mora biti na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti avtonomna (patronažno varstvo, institucionalno varstvo) in neodvisna od drugih vplivnih struktur. ZZDej in ustrezni podzakonski akti morajo omogočati stabilnejši položaj menedžmenta zdravstvene nege.

### ***3.4.3 Strateški cilji***

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

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

2. Potrebna je izdelava in sprejem lastnega zakona (*lex specialis*). Mednarodne organizacije pozivajo države, naj dejavnost zdravstvene nege in oskrbe pravno uredijo. Zakonska ureditev dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe omogoča urejenost, doslednost in nadzor v stroki ter praktičnem delu. Zakonska ureditev je v korist uporabnikom, v nasprotnem primeru lahko za uporabnike predstavlja veliko tveganje. Lasten zakon za dejavnost zdravstvene nege in oskrbe je potreben tudi zaradi oblikovanja enakovrednejših odnosov v togem in hierarhičnem sistemu zdravstvenega varstva, posebej v medosebnih in medpoklicnih odnosih. Zagotoviti mora najvišjo možno raven kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v državi glede na razpoložljivost vseh virov.

Vsebinsko naj zakon opredeli poklic medicinske sestre, izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, strukturo negovalnega tima, delovna področja, poklicne aktivnosti, pristojnosti in odgovornosti, definirano vlogo v zdravstvenem timu tako soodločajočo kot samostojno, pričakovano raven in obseg znanja in usposobljenosti, izobraževalne standarde, kadrovske normative, splošne in specifične kompetence, uvajalno obdobje kot pogoj za začetek samostojnega dela, regulacijo poklica, poklicno etiko in obvezno negovalno dokumentacijo.

3. Pri nastajanju novega (ZZDej) naj se zagotovi enakovredna vloga in položaj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v odnosu na druge dejavnosti (preventivo, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo). Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe naj bo jasno opredeljena na vseh treh nivojih delovanja in v vseh strokovnih telesih. Dokler dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ne bo zakonsko urejena v samostojnem zakonu, naj bo kar najboljše opredeljena v novem ZZDej.
  - Mreža javne zdravstvene dejavnosti naj vključuje tudi dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ali vsaj tisti del, ki predstavlja samostojnejši del dejavnosti zdravstven nege in oskrbe: neakutno bolnišnično zdravstveno obravnavo v okviru negovalnih bolnišnic/oddelkov, mrežo patronažne službe (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013, Ur. list RS, št. 72/2008), mrežo reševalnih prevozov, mrežo referenčnih ambulant, zdravstveno nego in oskrbo v institucionalnem varstvu. Mreža je potrebna na vseh ravneh zdravstvenega varstva, ker edino tako lahko zagotovimo pregled nad enakomernim zagotavljanjem

zdravstvenih storitev. Referenčne ambulante so priložnost za povečanje dostopnosti in korak naprej k bolj učinkovitem zdravstvenem varstvu. ZZDej ali drugi pravni akt mora omogočiti zakonsko podlago za delovanje referenčnih ambulant in kasneje vseh področij, kjer se bo dogajal prenos aktivnosti z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro.

- Področje prenosa poklicnih aktivnosti in s tem razširitev področja delovanja izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je nujno potrebno zakonsko urediti. Prenos poklicnih aktivnosti je že opredeljen in s tem v določenem delu tudi omogočen v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, nima pa zakonske podlage (Ur. list RS, št. 72/2008). V kolikor MZ v novem ZZDej ne omogoči pravne ureditve tega področja, s tem namensko dopušča pravno praznino in nevarnost kazenske odgovornosti. Prenos aktivnosti bo omogočal uporabnikom boljšo dostopnost do zdravstvene obravnave tudi na primarnem nivoju (vloga patronažnih medicinskih sester, kot samostojnih nosilk, in izvajalcev zdravstvene nege v ambulantah družinske medicine: preventiva, zdravstvena vzgoja, manjši posegi, vodenje pacientov s kroničnimi obolenj, paliativna oskrba, predpisovanje ortopedskih pripomočkov). Specifična in specializirana znanja, ki so potrebna za prevzem kompetenc, se bodo postopoma pridobivala z izvedbo kliničnih specializacij in specialnih znanj.
- Članstvo v zbornicah oz. strokovnih združenjih z javnimi pooblastili naj bo za vse poklicne skupine v zdravstvu enako; torej za vse obvezno ali za vse neobvezno. Za regulirane poklice zagovarjamo obvezno članstvo, saj le to zagotavlja pregled in nadzor nad izobraževanjem in usposobljenostjo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, nad kakovostjo in varnostjo njihovega dela. Organiziranja zdravstvenih delavcev v zbornice oz. strokovna združenja ne sme biti prepuščena trgu, saj na tem področju ne sme prihajati do tekmovalnosti, temveč mora biti osnovno vodilo strokovnost in nadzor nad opravljanjem poklica. V kolikor bomo dovolili svobodno organiziranje, je nujno določiti odstotek članstva (60%). Združevanje v zbornice oz. strokovna združenja z javnimi pooblastili naj bo regulirano.

- V delovanje Razširjenih strokovnih kolegijev naj se vključi tudi izvajalce zdravstvene nege in oskrbe z ožjih strokovnih področij, ki jih RSK pokriva. To bo omogočalo usklajeno strokovno delovanje v multidisciplinarnih zdravstvenih timih.
  - Upravljanje zdravstvenih zavodov je bilo v raznih predlogih ZZDej med področji, ki je bilo največkrat spremenjeno. Vztrajamo, da smo enakovredni zastopniki dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe ter, da v vrhnji menedžment sodi glavna medicinska sestra oz. direktorica zdravstvene nege (pomočniški naziv ni primeren). Aktivnosti na tem področju utemeljujemo s tem, da ponekod kar do 80 odstotkov proračuna zdravstvenih zavodov pokriva dejavnost zdravstvene nege in oskrbe. V kolikor bo v ZZDej opredeljena enočlanska uprava, naj bo odgovorna oseba za zdravstveno nego in oskrbo takoj na drugem nivoju, pri veččlanski upravi pa na prvem nivoju. Menedžment naj bo opredeljen tako, da bo rešen vpliva drugih struktur, vendar mu naj zakon prav tako nalaga odgovornost za delovanje zdravstvenih zavodov. Izobrazba za področje menedžmenta zdravstvene nege in oskrbe mora obsegati najmanj izobrazbo II. stopnje bolonjskega programa, pri čemer mora biti I. stopnja s področja zdravstvene nege.
4. Potreben je sprejem Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. V Sloveniji dolgotrajna oskrba opredeljuje novo dejavnost, ki povečuje socialno varnost posameznika in zagotavlja zdravstvene in socialne storitve, ki jih posameznik potrebuje daljše časovno obdobje ali doživljenjsko in temelji na integraciji, partnerstvu in interdisciplinarnem pristopu. Ker je zmanjšana sposobnost samooskrbe najpogosteje posledica kroničnih stanj, invalidnosti, krhkosti, psihične ali duševne nezmožnosti, je pogosto izvajana skupaj z drugo zdravstveno oskrbo, kot je oskrba pacientov s kroničnimi ranami, vodenje lajšanja bolečine, spremljanje zdravstvenega stanja, izvajanje različnih preventivnih aktivnosti, splošna rehabilitacija in paliativna oskrba.

Evropska skupnost dolgotrajno oskrbo opredeljuje kot področje, ki med seboj povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva, z namenom zagotoviti učinkovito pomoč ljudem, ki so delno ali popolnoma odvisni pri izvajanju temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti (ang.:ADL- Activities of daily living, IADL- Instrumental activities of daily living). S povezovanjem različnih služb in izvajalcev ni več ostre meje med zdravstvenimi in socialnimi storitvami, temveč je vse več

prepletanja. V izvajanje dolgotrajne oskrbe se vključujejo poklicni in nepoklicni izvajalci.

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

Z večjo osveščenostjo prebivalstva vsekakor naraščajo tudi pričakovanja. Iz zelo ozko usmerjene obravnave posameznika, tako z zdravstvenega, socialnega kot tudi drugih vidikov, prehajamo počasi na obravnavo, ki temelji na partnerskem odnosu, spodbuja aktivno vlogo posameznika in je usmerjena v njegove individualne potrebe. Z vključevanjem različnih strokovnjakov razvijamo integriran interdisciplinaren pristop, ki povečuje kakovost obravnave. Integracija obeh dejavnosti omogoča predvsem izvajanje učinkovite, pregledne, kakovostne in tudi finančno bolj obvladljive oskrbe posameznika.

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

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

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

Dolgotrajna oskrba mora biti tudi v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe prepoznana kot pozitivno odzivanje na spremenjene družbene potrebe in resen izziv za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe. Postavljanje ustreznih zakonskih podlag zahteva dobro medresorsko sodelovanje na ravni Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Zbornico - Zvezo in Skupnostjo socialnih zavodov ter Socialno zbornico. S partnerskim odnosom ter razumevanjem dolgotrajne oskrbe s strani vseh deležnikov se bo povečevala tudi možnost integracije in njenega intenzivnejšega razvoja.

5. Za celovito regulacijo dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je poleg lastnega zakona potrebno tudi sprejetje ustreznih podzakonskih aktov in izvršilnih predpisov. Zakon o dejavnosti zdravstvene nege, ki bo določal temeljne kriterije za dejavnost, mora biti dopolnjen z vsebinsko usklajenimi podzakonskimi akti in izvršilnimi predpisi, ki bodo zagotavljali, da se izognemo negativnim posledicam, med katerimi je najpomembnejša pravna negotovost, ki je lahko v škodo tako izvajalcem kot uporabnikom.
6. Zdravstvena in demografska struktura prebivalstva kot tudi socialne, gospodarske in tehnološke spremembe vplivajo na sposobnost odzivanja sistema zdravstvenega varstva na vedno večje potrebe uporabnikov. Za prilagoditev na obstoječe razmere in povečano povpraševanje uporabnikov zdravstvenih storitev bo potrebna reorganizacija zdravstvenega varstva.

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



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

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

### **3.5 STRATEGIJA RAZVOJA DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE**

#### ***3.5.1 Opis sedanjega stanja***

Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe ustvarja pomembno področje družbenopolitičnega koncipiranja sveta in (nenehnega izboljševanja kakovosti) življenja. Konstruktivno pristopa k družbenim spremembam, se zaveda, da jih ne more odklanjati, temveč jih zaznava in aktivno pristopa k razvoju kot stalnici življenja. Pripravljena je na sodelovanje

tako v smislu profesionalne kot splošne (humane, človeške) skrbi za posameznika in družbo. Nastopa v paleti različnih vlog: od medicinske sestre – strokovnjakinje v neposrednih kliničnih in drugih okoljih do vrhunske raziskovalke, učiteljice, menedžerke; ne nazadnje “upravlja“ z rojstvom in smrtjo ter vso paleto življenja v vmesnih obdobjih.

### **3.5.2 Izhodišča**

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

Z razvojem stroke zdravstvene nege postajamo izvajalci zdravstvene nege vedno bolj izobraženi in s tem sposobni prevzemati tudi večje odgovornosti. Aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe so usmerjene v proučevanje 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. Izvajalci zdravstvene nege, ki smo člani negovalnega in zdravstvenega tima, samostojno delujemo na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni ter promoviramo zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Zdravstvena vzgoja je trajen proces, ki spremlja človeka od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odraščanja do odraslosti in starosti. Izvajalci zdravstvene nege moramo slediti in se prilagajati potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupini, skupnosti in jih skupaj z njimi zadovoljevati. S promocijo zdravja izvajalci zdravstvene nege spodbujamo ljudi, da bi postavili zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbeli zanj in imeli večji vpliv na ekonomske in socialne vplive na zdravje. Izvajalci zdravstvene nege moramo biti vključeni v vsa področja promocije zdravja: preventivno, delo v lokalni skupnosti, organizacijsko, okoljevarstveno, javno zdravstveno politiko, ekonomsko - pravno in izobraževalno. Izvajalci zdravstvene nege s sodelavci si prizadevamo dosežati in večati pozitivno zdravje posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševati oz. preprečevati negativno zdravje. (WHO, 1998; Pravilnik za izvajanje preventivnega

zdravstvenega varstva na primarni ravni, Ur. list RS, št. 19/98, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005; Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in sod., 2006). To lahko dosegamo kot koordinatorji različnih obravnav in oskrbe. V patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (WHO, 2000; ICN, 2003; Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in sod., 2006).

### **3.5.3 Vizija**

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

### **3.5.4 Strateški cilji**

1. Izvajalci zdravstvene nege se bomo vključevali v interdisciplinarne time pri obravnavi in oskrbi pacienta na področju zdravstvene in socialne dejavnosti in sicer v:
  - izvajanje preventivne zdravstvene dejavnosti, zdravstvene vzgoje;
  - uvajanje in izvajanje novega koncepta delovanja zdravstvene obravnave, ki temelji na prenosu poklicnih aktivnosti med člani zdravstvenega tima, katerim podlaga je pridobitev ustreznega znanja in upoštevanje potreb in zmožnosti na vseh ravneh zdravstvene obravnave;
  - organizacijsko in strokovno vodenje in koordiniranje neakutne obravnave (negovalni oddelki) ter dolgotrajne zdravstvene nege in oskrbe v vseh okoljih in na vseh nivojih;
  - okviru patronažne dejavnosti v izvajanje zdravstvene nege in oskrbe na pacientovem domu ter v koordinacijo vseh oblik pomoči na pacientovem domu;
  - vodenje in koordiniranje paliativne oskrbe ter samostojno delovanje na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe;
  - uvajanje mobilnih timov glede na razvoj stroke in potrebe pacientov;

- vključevanje in koordinacijo prostovoljcev ter drugih preizkušenih oblik pomoči sočloveku.
2. Glede na demografske spremembe, naraščanje kroničnih bolezni, ekonomske kazalce in večje potrebe populacije po zdravstveni obravnavi in oskrbi, bodo aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v prihodnjem obdobju usmerjene in razširjene predvsem na naslednja tipična področja:
- vodenje pacienta s kronično boleznijo (sladkorna bolezen, srčno popuščanje, arterijska hipertenzija, KOPB, astma, demenca, depresija, kronično rana z inkontinenco), ter na druga področja (gerontologijo, psihiatrijo, pediatrijo, patronažno dejavnost, anesteziologijo in intenzivno terapijo, onkologijo, paliativno oskrbo, preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, medicino dela, enterostomalno terapijo) in vsa druga, kjer bo prepoznana možnost prenosa poklicnih aktivnosti na diplomirano medicinsko sestro;
  - paliativna oskrba;
  - vodenje pacienta z rakom;
  - koordinacija različnih zdravstvenih obravnav;
  - oblikovanje in uvajanje prepoznanih sodobnih modelov zdravstvene obravnave;
  - promocija in krepitev zdravja v družbi;
  - patronažno dejavnost, ki obsega zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego in oskrbo pacienta na domu (Allender, Spradley, 2005; Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternej in sod., 2006).
3. Potrebno bo spodbuditi in razviti različne karijerne poti za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe in skladno s tem razvoj kliničnih specializacij in specialnih znanj, glede na specifičnosti področij. Slednje potrebujemo tudi zaradi prenosa aktivnosti z zdravnikov na diplomirane medicinske sestre, zaradi potreb starajoče se populacije, stremljenja k celostni (integrirani zdravstveno-socialni) oskrbi v domačem okolju (koordiniranje področja), razvoja znanosti in tehnologije (zahtevnost delovnih mest) ter racionalizacije dela dragih strokovnjakov (npr. vodenje in upravljanje v razvitem svetu je v pristojnosti ustrezno usposobljenih medicinskih sester), tudi samostojnosti in odgovornosti pri delu (npr. vodenje pacientov z urejenimi kroničnimi obolenji). Na področju zdravstvene nege in oskrbe na domu in v institucionalnem varstvu mora

medicinska sestra postati samostojna pri odločanju o potrebah po zdravstveni negi, prioriteti reševanja negovalnih problemov ter načrtovanju in izvajanju aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe ter obiskov, za kar ne potrebuje delovnega naloga oz. naročila osebnega izbranega zdravnika. To zagotovo pomeni večjo varnost in kakovost izvajanih storitev, kateri sledi tudi stroškovna učinkovitost (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternejl in sod., 2006).

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

## **4 ZAKLJUČEK**

Zdravstvena nega in oskrba je pomemben del zdravstvenega varstva, ki se prilagaja potrebam državljanov in z nenehnim razvojem pomembno vpliva na kakovost in varnost v sistemu zdravstvenega varstva. Naša naloga v prihodnjem obdobju bo izdelava akcijskih načrtov za čimbolj dejavno uresničevanje strategija razvoja zdravstvene nege.

Na uresničevanje strategije in vizije bo vplivalo tudi razumevanje Ministrstva za zdravje.

## 5 LITERATURA

1. Affara, F, Styles, MM. (1992). *Nursing regulation guidebook: from principle to power*. Geneva: International Council of Nurses.
2. Albreht, T. (2004). *Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
3. Allender, JA., Spradley Walton, B. (2005). *Community health nursing. Promoting and protecting the public's health*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
4. American Organization of Nurse Executives. (2005). AONE Nurse executive competencies. Dostopno na: <http://www.aone.org/aone/certification/docs%20and%20pdfs/NurseExecCompetencies.pdf>. (Datum dostopa: 14. 1. 2011).
5. Bregar, B. (2010). *Pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema*. Koper: Fakulteta za management.
6. Cibic, D, Filej, B, Grbev, V, Hajdinjak, G, Kersnič, P, Pavčič Trškan, B (uredniki) et al. (1999). *Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi*: Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
7. Commission of the European Communities. (2003). *Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy: Streamlining open coordination in the field of social protection*. COM (2003) 261 final. Dostopno na: [www.eugms.org/index.php?pid=167](http://www.eugms.org/index.php?pid=167). (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
8. Commission of the European Communities. (2007). *White Paper: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. COM (2007) 630 final. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf). (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
9. Council of Europe, Committee of Ministers. (2003). *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care*. Dostopno na: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85719&Lang=en>. (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
10. Delamaire, ML, Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. *OECD Health Working Papers, No. 54*. OECD Publishing. Dostopno na: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en). (Datum dostopa: 19. 1. 2009).
11. Dobnikar, B. (1999). *Predlogi in pripombe na gradivo Zakon o zdravstveni negi*. Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
12. European Federation of Nurses association. (2000). *Recommendations for a European Framework for Specialist Nursing Education*. Paris: European Federation of Nurses association.
13. European federation of nurses. (2007). *EFN Policy Statement. Bologna Process*. June 2007. Dostopno na: <http://www.efnweb.org/version1/en/index.html>. (Datum dostopa: 19.1.2009).
14. European federation of nurses. (2008). *EFN Policy Statement. Synergy EU Directive 36, Bologna and European Qualifications Framework*. October 2008. Dostopno na: <http://www.efnweb.org/version1/en/index.html>. (Datum dostopa: 19. 1. 2009).
15. European Union, EU Parliament and Council. (2005). *Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC*. Brussels: EU Parliament and Council.

16. Fakin, S. (2008). Razvoj organizacijske kulture, ki podpira pričakovanja uporabnikov storitev. V: Kramar, Z (ur.), Kraigher, A (ur.). *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj*. Jesenice: Splošna bolnišnica, 9–19.
17. Filej, B. (2001). *Zakon o dejavnosti zdravstvene nege*. Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
18. Filej, B. (2002). *Predlog dopolnitev Zakona o zdravstveni dejavnosti*. Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
19. Henderson, V. (1998). *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
20. Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
21. International Council of Nurses. (2003). *ICN Framework and core competencies for the family nurse*. Geneva: International Council of Nurses.
22. International Council of Nurses. (2003). *ICN Framework of Competences for Generalist Nurse*. Geneva: International Council of Nurses.
23. International Council of Nurses. (2005). *ICN Regulation terminology – Version 1*. Geneva: International Council of Nurses.
24. International Council of Nurses. (2005). *Nurse Practitioner/Advanced Practice Network - definition and characteristics of the role*. Dostopno na: <http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/practice%20issues/role%20definitions.asp>. (Datum dostopa: 10. 1. 2011).
25. Jereb, M. (1999). *Sklep o imenovanju delovne skupine*. Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
26. Kersnič, P (ur.), Filej, B (ur.). (2006). *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: mednarodni kodeks etike za babice*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
27. Kersnič, P. (1997). *Zapis sestanka na MZ*. Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
28. Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
29. Kodele, D (ur). (2005). *e-Zdravje 2010: strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005-2010*. Ljubljana: ministrstvo za zdravje.
30. Laurant M, Reeves D, Hermens, R, Braspenning, J, Grol, R, Sibbald, B. (2009). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 18 (2): CD001271.
31. Leichsenring, K, Alaszewski, AM. (2004). *Providing integrated health and social care for older persons*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
32. Maze, H. (2008). *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici*. Magistrsko delo Univerze v Mariboru, Fakultete za organizacijske vede Kranj.
33. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2004). *Nacionalni akcijski načrt o socialnem vključevanju (NAP/vključevanje) 2004-2006*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

- Dostopno na:  
[http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/nap\\_si\\_04\\_06.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/nap_si_04_06.pdf).  
(Datum dostopa: 28. 11. 2010).
34. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2004). *Navodilo o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter primerih, ko upravičenec živi doma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Dostopno na:  
[http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/navodilo\\_odpust\\_bolnik.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/navodilo_odpust_bolnik.pdf). (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
35. Ministrstvo za zdravje. (2010). *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/dokumenti\\_strategije\\_resolucije/](http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_strategije_resolucije/). (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
36. Ministrstvo za zdravje. (2010). *Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni – Strategija 2010-2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/dokumenti\\_strategije\\_resolucije/](http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_strategije_resolucije/). (Datum dostopa: 28. 10. 2010).
37. Ministrstvo za zdravje. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. Uradni list RS, št. 72/2008.
38. Munding, MO. (2008). *Growing role of nurse practitioners*. Dostopno na: <http://physiciansnews.com/cover/508.html>. (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
39. Orem, DE. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
40. Planinc, N, Kralj, U. (2007). Kako izkoristiti potencialne eZdravja. V: *Infosrc.si*, št. 51: 24-8. Dostopno na: [http://www.src.si/library\\_si/pdf/infosrc/2007-51/InfoSRC.SI-2007-51.pdf](http://www.src.si/library_si/pdf/infosrc/2007-51/InfoSRC.SI-2007-51.pdf). (Datum dostopa: 27. 6. 2010).
41. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list RS*, št. 19/98, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004, 31/2005.
42. 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.
43. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (1997). Razmejitev zdravstvene nege. *Utrip*, 5 (12): 21–40.
44. Robida A, Yazbeck AMY, Kociper B, Mate T, Marušič D, (2006). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje.
45. Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV, 269.
46. Skela Savič, B. (2000). Razvoj in usposabljanje vodstvenih kadrov v zdravstveni negi. *Organizacija*, 33: 651–9.
47. Skela Savič, B. (2002). *Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu*. Magistrska naloga Univerze v Mariboru, Fakultete za organizacijske vede Kranj.
48. Skela Savič, B. (2007). *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu*. Doktorska dizertacija Univerze v Mariboru, Fakultete za organizacijske vede Kranj.



49. Skela Savič, B. (2008). Raziskovanje kot podpora procesom celovite kakovosti. V: Kramar, Z (ur.), Kraigher, A (ur.). *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj*. Jesenice: Splošna bolnišnica, str. 35–41.
50. Stražar, D, Šušteršič, O. (1996). Razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu od leta 1984 do 1993 v Ljubljani. *Obzor Zdr N*, 30: 79–88.
51. Šušteršič, O, Horvat, M, Cibic, D, Peternelj, A, Brložnik, M. (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*, 40: 247-52.
52. Šušteršič, O, Rajkovič, V, Kljajič, M, Lednik, L, Pavčič– Trškan, B, Prijatelj, V et al. (2004). Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi. V: *E-zdravje v e-Sloveniji*. Zbornik kongresa slovenskega društva za medicinsko informatiko, Bled, 1. december 2004. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko: 94–107.
53. Šušteršič, O, Rajkovič, V, Leskovar, R, Bitenc, I, Bernik, M, Rajkovič, U. (2002). An information System for community nursing. *Public Health Nurs*, 19 (3): 184–90.
54. World Health Organisation. (1999). *Health 21: health for all in the 21 century: an introduction*. European Health for All, Series No. 5. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe; 1999. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf). (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
55. World Health Organisation. (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for health*. Geneva: World Health Organisation. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf). (Datum dostopa: 28.11.2010).
56. World Health Organisation. (2002). *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2002–2008*. Geneva: World Health Organisation. Dostopno na: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/strategic\\_directions\\_en.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/strategic_directions_en.pdf). (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
57. World Health Organisation. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organisation. Dostopno na: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. (Datum dostopa: 28. 11. 2010).
58. World Health Organisation. (2003). *Resolution/Statement for endorsment: re-emphasizing Munich: Nurses and midwives: a Force for health*. Madrid, World Health Organisation.
59. World Health Organisation. (2003). *Supporting people with chronic disease in Europe: the role and contribution of nurses*. Geneva: World Health Organisation.
60. World Health Organisation. (2006). *Working together for health: world health report*. Geneva: World Health Organisation.
61. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2000) *Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education*. Copenhagen: World Health Organization.
62. World Health Organization. (1998). *WHO HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region European Health for All, Series no. 5*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf). (Datum dostopa: 10. 1. 2011).

63. World Health Organization. (2000). *The family health nurse: context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: World Health Organization. Dostopno na: [http://www.see-educoop.net/education\\_in/pdf/family\\_health\\_nurse-oth-en1-t06.pdf](http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-en1-t06.pdf). (Datum dostopa: 10. 1. 2011).
64. Zakon o pacientovih pravicah. *Uradni list RS*, št. 15/2008.
65. Zakon o ratifikaciji Evropske socialne listine. *Uradni list RS*, št. 7/1999.
66. Zakon o ratifikaciji Evropske socialne listine. *Uradni list RS*, št. 7/1999.
67. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). *Uradni list RS*, št. 65/2000.
68. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (prečiščeno besedilo). *Uradni list RS*, št. 100/2005.
69. Zakon o zdravstveni dejavnosti (predlog, 10. 3. 2010). Dostopno na: <http://www.mz.gov.si/>. (Datum dostopa: 27. 6. 2010).
70. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). *Uradni list RS*, št. 23/2005.
71. Zavrl Džananović D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri: Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzor Zdr N*, 44: 117–125.
72. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2001). Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji. *Utrip*, 9 (10): 39–50.
73. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2002). Okolje in čas narekujeja spremembe. *Utrip*, 10 (10): 8–15.
74. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (1997). *Zakaj Zakon o zdravstveni negi?* Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
75. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (2000) *Zakon o dejavnosti zdravstvene nege. Delovno gradivo – predlog (verzija 7. 3. 2000)*. Interno gradivo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
76. Zupančič, P, Vuga, S, Švajncer, M et al. (1994). Dolgoročni program razvoja zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*, 28 (1–2): 1– 12.
77. Železnik, D, Filej, B, Brložnik, M, Buček Hajdarević, I, Dolinšek, M, Istenič, B et al. (2008). *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.