

OMAJAN KONCEPT PATRONAŽNEGA VARSTVA

-kritična ocena razmer-

Spremenjene potrebe po zdravstveni negi na domu so krepko preoblikovale vsebino patronažne zdravstvene nege. Potrebe po drugačni zdravstveni negi v domačem okolju so odraz družbenega razvoja, socialno-ekonomskih razmer, demografskih sprememb in skokovitega razvoja medicinskih znanosti. Sodobnejši pristopi in manj invazivni posegi v sklopu bolnišničnega zdravljenja krajšajo ležalne dobe. Zaradi hitrejšega odpuščanja iz bolnišnic se zdravljenje in zdravstvena nega nemalokrat nadaljujeta v domačem okolju. Drugačne zahteve in potrebe po zdravstveni negi na domu so tudi odraz zdravstvene prosvetljenosti prebivalcev, ki je danes na višjem nivoju kot v času, ko so se postavili temelji delovanja patronažnega varstva.

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje redno spremljamo in primerjamo podatke o delu patronažnih služb, ki so letno objavljeni v Zdravstvenem statističnem letopisu na spletni strani NIJZ in dostopni širši in strokovni javnosti. Že pred leti smo zaznali spremembe v delovanju patronažnega varstva Slovenije in nanje patronažno stroko večkrat opozarjali (Opomba 1).

Patronažna zdravstvena nega med letoma 1999 in 2013

Primerjali smo gibanje števila zaposlenih in števila obiskov v obdobju zadnjih petnajstih let. Rezultati so naša predhodna opažanja samo še potrdili. V opazovanem obdobju sta bila kadrovska rast in povečanje števila obiskov nesorazmerna. Kadrovska krepitev (za 19 %) je posledica zaposlovanja zgolj diplomiranih medicinskih sester (DMS) (Opomba 2), medtem ko se je število tehnikov zdravstvene nege (TZN) v opazovanem obdobju zmanjšalo za 32 %.

V opazovanem obdobju je število obiskov v patronažni dejavnosti poraslo za 11 %, predvsem na račun povečanja števila kurativnih oziroma prvih kurativnih obiskov. Med letoma 1999 in 2013 se je delež preventivne dejavnosti v patronažnem varstvu Slovenije zmanjšal za 23 %. Relevantna je ugotovitev, da se delež preventivne dejavnosti počasi, vendar konstantno, zmanjšuje v vseh letih opazovanega obdobja. Postopno se spreminja tudi vsebina preventivnih obiskov. V nekaterih zdravstvenih regijah predstavljajo preventivni obiski novorojenčkov, otročnic in dojenčkov kar 75 % vseh opravljenih preventivnih obiskov. Opazno se je zmanjšal delež preventivnih obiskov kroničnih bolnikov in starostnikov. Med obravnavanimi pacienti se je v opazovanem obdobju statistično pomembno povečal delež starostnikov. V letu 2013 je bilo kar 87 % pacientov starejših od 65 let. Izrazito je povečanje deleža pacientov, starih 75 let in več, ki se je v petnajstih letih povečal za 24 odstotnih točk.

Trenutne razmere v patronažnem varstvu glede na kadrovski normativ

Kadrovski normativ, kot ga stroka navaja v zavezujočih dokumentih (Patronažno varstvo 2006, Resolucija 2008 do 2013; Strategija 2010 do 2020), določa, da ena DMS skrbi za 2500 prebivalcev in en TZN za 5000 prebivalcev na določenem geografskem območju. V negovalni tim se po potrebi, zaradi dolgotrajne zdravstvene nege in oskrbe, dodatno vključi še bolničar negovalec (BN) – eden na 5000 prebivalcev).

Po podatkih NIJZ (BPI IVZ16, VZD510, zapis februar 2014), je bilo v patronažnem varstvu Slovenije leta 2014 zaposlenih 816 oseb, od tega 673 DMS in 143 TZN. Upoštevajoč število prebivalcev in kadrovski normativ je v letu 2014 v patronažnem varstvu Slovenije primanjkovalo 419 oseb. Ob tem se nehotе poraja vprašanje, kaj bi za patronažno varstvo Slovenije pomenila zaposlitev dodatnih 150 DMS in 269 TZN? Če bi negovalnemu timu dodali še BN, kot predvidevajo dokumenti, bi to pomenilo še dodatnih 412 oseb, zaposlenih v patronažnem varstvu.

Glede na trenutne razmere in ugotovitve, ki temeljijo na poročilih o delu patronažnih služb, se porajajo pomisleki o ustreznosti kadrovskega normativa. Radi bi opozorili na nasprotujoča si dejstva med strokovnimi smernicami in dejanskim stanjem – prakso. Glede na strokovni normativ je trenutno razmerje med DMS in TZN neustrezno in ni v skladu s stališči stroke. Po strokovnem normativu naj bi bilo razmerje 2:1 v korist DMS, namesto sedanjih 4,7:1, kot je povprečje za Slovenijo. V patronažnem varstvu smo priča kroničnemu pomanjkanju TZN. Podatki kažejo, da v ZR Kranj, Ravne, Nova Gorica in Novo mesto v preteklosti TZN sploh niso zaposlovali. Petnajstletno zaposlovanje zgolj DMS se je izkazalo za neučinkovito, saj se vzporedno s kadrovsko krepitvijo DMS delež preventivne dejavnosti zmanjšuje. Vsi prvi kurativni obiski in vsi preventivni obiski skupaj predstavljajo povprečno 25 % delež vseh opravljenih obiskov v patronažnem varstvu Slovenije. To so obiski, ki jih glede na strokovne smernice lahko izvaja izključno DMS. Ponovni obiski predstavljajo večino, to je ¾ vseh opravljenih obiskov v patronažnem varstvu. Ocenjujemo, da je med ponovnimi obiski dovršen del takšnih, ki bi jih lahko izvedel TZN, saj so po podatkih npr. preveze že 15 let med najpogostejšimi storitvami, ki jih izvedejo patronažne medicinske sestre.

Res je, da se spreminja tudi zahtevnost zdravstvene nege na domu. Po naših podatkih se v praksi brez predhodnega izobraževanja patronažnih medicinskih sester in, kar je še bolj sporno, brez enotno dorečenih objektivnih kriterijev izvaja kategorizacija, na kar smo vodstvo stroke večkrat opozorili. Z analizo o zahtevnosti obravnav posameznih pacientov na terenu bi lažje pojasnili tudi nekatere ugotovitve, ki so navedene v nadaljevanju. Tako je bilo leta 2013 v patronažnem varstvu Slovenije zaposlenih 128 oseb več kot leta 1999, vendar je 1 zaposlen v letu 2013 naredil 94 obiskov manj, kot jih je naredil 1 zaposlen leta 1999.

Trenutno povečanje števila obiskov na zaposlenega, kot rezultat pogajanja stroke z ZZZS v letu 2015, že sedaj marsikje predstavlja problem pri doseganju normativa, saj je v praksi zaznati upad števila izdanih delovnih nalogov za patronažne obiske.

V povezavi s kadrovskim normativom je potrebno omeniti tudi dejstvo, da so med obravnavanimi pacienti v veliki večini starostniki. Potrebe starostnika so specifične, obravnave so praviloma daljše in prepletene s storitvami osnovne zdravstvene nege, katere najpogosteje sodijo med strokovne kompetence TZN (Poklicne aktivnosti in kompetence, 2008). Ker TZN niso ustrezno umeščeni v patronažne negovalne time, omenjene storitve izvajajo DMS, kar je neracionalno in finančno potratnejše. Nikakor ne smemo prezreti dejstva, da smo priča splošnemu trendu vse večjega izvajanja paliativne in dolgotrajne zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju, kar bo v prihodnje tudi vplivalo na zaposlovanje v patronažni dejavnosti.

Kljub dejstvu, da smo že leta 2010, na 8. Kongresu zdravstvene nege v Mariboru, vodstvo patronažne stroke opozorili na neustrezno razmerje med zaposlenimi DMS in TZN ter na nerazumno pomanjkanje TZN, so bile leta 2011 pripravljene Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu pri Zbornici - Zvezi. Dokument predstavlja seznam aktivnosti izključno za DMS, kar je v nasprotju s konceptom teoretičnih smernic stroke. Seznama storitev oziroma aktivnosti, ki jih TZN v sklopu patronažne dejavnosti lahko opravlja, vodstvo stroke še do danes ni pripravilo. Razsežnosti omenjenega problema so se pokazale v procesu prenove podatkovne zbirke za patronažno zdravstveno nego, natančneje pri pripravi seznama storitev v patronažni dejavnosti.

Potrebne so spremembe

Za ohranitev primarnega koncepta patronažnega varstva, to je preventivne orientiranosti, v čim večji možni meri, je nujna reorganizacija dejavnosti. Potrebni so takojšnji ukrepi, da bi se vsaj nekoliko približali najnižjemu deležu (40 %) opravljene preventivne dejavnosti. Povečan obseg preventivne dejavnosti bo možno doseči le z razbremenitvijo DMS, kar bo omogočila vertikalna delitev dela, ki terja jasne razmejitve med poklicnimi skupinami s seznamom aktivnosti glede na njihove kompetence.

Potrebno je, da se stroka prilagodi nastali situaciji, za povečanje preventivne dejavnosti je vsekakor potrebno tesnejše sodelovanje z referenčnimi ambulantami, zdravstveno vzgojnimi centri, specialističnimi ambulantami in drugimi. Še posebej bi tu izpostavili centre za socialno delo. »Slabo obveščanje« in spremenjena pravila ZZZS so prevečkrat neutemeljeno opravičilo za nizko raven opravljene preventivne dejavnosti. Osnova delovanja patronažnih medicinskih sester je dobro poznavanje terena in opredeljenih prebivalcev. Zato je pridobivanje informacij in zbiranje podatkov ključnega pomena za izdelavo preventivnega načrta posamezne patronažne dejavnosti. Brez tesnega sodelovanja patronažnih

medicinskih sester tako z zdravstvenimi kot nezdravstvenimi deležniki, vsebin preventivnih aktivnosti ni mogoče načrtovati niti realizirati

Nujno je potrebno preučiti tudi primernost in ustreznost obstoječega kadrovskega normativa in sestavo negovalnega tima. Ponovno je potrebno določiti razmerje med poklicnimi skupinami, ki bodo izvajale patronažno zdravstveno nego. Pomembno je, da bo oblikovanje strokovnega normativa temeljilo na argumentih in na realnih razmerah. Zato je potrebno odgovoriti tudi na zgoraj zastavljeno vprašanje: kaj bi za patronažno varstvo Slovenije ta trenutek pomenila zaposlitev dodatnih 150 DMS in 269 TZN? (+412 BN?)

Slabi rezultati kažejo na neučinkovito vodenje stroke patronažne zdravstvene nege v zadnjih letih. Neodzivnost na naše relevantne ugotovitve in pozive (Centra za zdravstveno varstvo/NIJZ) o potrebnem ukrepanju za omilitev odklonov od teoretičnih smernic, nakazuje na samovoljno vodenje stroke. Dejstvo, da v Centru za zdravstveno varstvo/NIJZ že vrsto let nismo bili obveščeni o aktivnostih in delovanju IO sekcije za patronažno varstvo, niti z zapisniki rednih sej ne, zgovorno priča o netransparentnosti vodenja.

Soočamo se tudi s situacijo, da na nivoju države še vedno nimamo enotnega seznama kazalnikov kakovosti v patronažnem varstvu. Kazalniki kakovosti so ključnega pomena za strokovno rast in krepitev dejavnosti. S spremljanjem in primerjanjem rezultatov bi lahko opredelili cilje glede zmanjšanja regijskih razlik in neenakosti v dostopnosti, organizaciji in izvajanju patronažne dejavnosti v državi.

Regijska različnost je največja značilnost in ključni problem patronažnega varstva Slovenije. To potrjuje tudi neenako in neenotno kategoriziranje v patronažni dejavnosti. Tudi na problem neustreznega pristopa do kategoriziranja v praksi smo v Centru za zdravstveno varstvo/NIJZ večkrat opozarjali. Samoumevno je, da brez jasne in enotne opredelitve kriterijev za oceno zahtevnosti posamezne obravnave in brez dodatnega izobraževanja s praktičnimi, učnimi delavnicami ne bo dosežen namen kategoriziranja. Z rezultati analize o kategoriziranju v patronažni zdravstveni negi bi argumentirano in bolj objektivno pristopili k reševanju ugotovljene problematike, tako pri kadrovanju, oblikovanju kadrovskih normativov, oblikovanju negovalnega tima, kot pri izobraževanju....

Zaključek

Opisane razmere v patronažnem varstvu Slovenije niso od včeraj, saj so ugotovitve rezultat petnajstletnega delovanja patronažne dejavnosti, zato je stanje še toliko bolj zaskrbljujoče.

Ugotavljamo, da patronažno varstvo Slovenije v zadnjih letih ni doseglo zadovoljivega strokovnega napredka, predvsem ne v razvoju preventivnega delovanja. Zgolj z doslednim izvajanjem patronažne zdravstvene nege »po naročilu« stroka ni sledila strokovnim smernicam in potrebnim spremembam. Tako je polivalentna obravnava posameznika,

družine in lokalne skupnosti ostala bolj ali manj le teoretični model na papirju, saj petnajstletno kadrovanje pretežno DMS ni prineslo želenih rezultatov.

Ugotovitve so zaskrbljujoče, vendar so lahko stroki v pomoč pri oblikovanju ustreznih ukrepov. Za ohranitev primarnega koncepta patronažnega varstva, to je preventivne orientiranosti, v čim večji možni meri, je nujna reorganizacija dejavnosti. Z reorganizacijo, posodobljenim sistemom poročanja o delu, na osnovi rezultatov kategoriziranja in kazalnikov kakovosti, bo možno zmanjšati razlike v neenaki in neenotni patronažni zdravstveni negi v državi. Potrebno je spremeniti tudi način vodenja patronažne stroke. Pričakujemo nujno potrebno sodelovanje, konstruktivnost in transparentnost. Strokovni razvoj, planiranje kadrovanja in izobraževanja lahko temeljijo le na kakovostnih podatkih, ki jih na nivoju države spremlja in prikazuje NIJZ.

Opomba 1. Stroki predstavljeni statistični kazalniki za patronažno dejavnost s strani IVZ/NIJZ:

Patronažno varstvo Slovenije od leta 1987 do 2005

Patronažno varstvo v luči statističnih poročil (2000 do 2005); 6. Kongres ZN, 2008

Patronažno varstvo včeraj, danes, jutri, Zdr. Obzornik, 2000 2008

Realnost in vizija patronažnega varstva, 2000 2009 (strokovni posvet, Rogla)

Ko spregovorijo statistični podatki (Utrip, 2013)

Dostopnost prebivalcev Slovenije do storitev patronažnega varstva, 8. Kongres ZN, 2010

Preventivna dejavnost patronažnega varstva od leta 2000 do 2008

Zdravstveni statistični letopis - vsako leto: <http://www.nijz.si/>

Kadrovska mreža za leta 2010, 2011 2012, 2013, 2014 Dostopno na:

<http://www.nijz.si/podatki/evidenca-patronazne-zdravstvene-nege>

Opomba 2. Zaradi večje transparentnosti in izračuna preskrbljenosti je bilo potrebno združevanje poklicnih skupin, ki je bilo narejeno s soglasjem stroke patronažne zdravstvene nege (sestane s predstavnicami stroke patronažne zdravstvene nege, po izboru predsednice IO sekcije za patronažo, na Zbornici - Zvezi, marec 2010). Zaposlene smo združili po stopnji izobrazbe in delu, ki ga v praksi dejansko opravljajo. Tako so v izračunih pod kategorijo diplomirana medicinska sestra (DMS) upoštevane tudi vse višje medicinske sestre (VMS), diplomirane babice (DB), magistric zdravstvene nege (MAG ZN), profesorji zdravstvene vzgoje (PROF ZV), organizatorji dela (ORG DEL) in socialni delavci (SOC DEL). S strani predstavnic stroke patronažnega varstva nam je bilo zagotovljeno, da imajo omenjeni profili predhodno zdravstveno izobrazbo, vrsto let delovnih izkušenj in se permanentno strokovno izobražujejo, tako da v praksi kompetentno opravljajo delo kot diplomirana medicinska sestra. V kategoriji zdravstveni tehnik (TZN) smo združili vse zaposlene s srednjo zdravstveno izobrazbo in babice (BA). Ker smo v bazi podatkov zasledili tudi dva bolničarja negovalca, ki delujeta v patronažni dejavnosti, smo ju priključili skupini TZN.

Viri:

1. Poročilo o delu patronažnega varstva, Obr. 8,95.
2. Centralni register prebivalstva RS, Ministrstva za notranje zadeve.
3. Evidenca patronažne zdravstvene nege IVZ6, IVZ RS (zap.št.6 v ZZPPZ).
4. Zdravstveni statistični letopisi Slovenije, od 1999 do 2013. Dostopno na: <http://www.nijz.si/>
5. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom, Ministrstvo za zdravje, 2006.
6. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije št. 19, 1998 s spremembami in dopolnitvami.
7. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije št. 3, 1998 s spremembami in dopolnitvami.
8. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). Uradni List Republike Slovenije št.052-04/97-1/3, 11.7.2000.

9. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013. Ur. l. RS 72/2008
10. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020
11. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 23/05-prečiščeno besedilo.
12. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, št. 100/05-prečiščeno besedilo.
13. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2008.

Pripravila:

Darinka Zavrl Džananović

Ljubljana, november 2015

Pojasnilo avtorice: Prispevek je kritičen pogled na trenutne razmere v patronažni dejavnosti, ki temelji na opravljenih analizah (<http://www.nijz.si/sl/podatki/evidenca-patronazne-zdravstvene-nege>) in je bil novembra 2015 poslan na uredništvo Utripa. Objava je bila zavrnjena.