

**5. posvet z mednarodno udeležbo /**  
The 5<sup>th</sup> International Consultation on:

# **Moja kariera – Quo vadis – My Career**

**Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih  
stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti**

Nursing education and knowledge in the three cycles of higher  
education: differentiation of competences and skills

Ljubljana, 13. 3. 2012

# Quo vadis

**Naslov**

Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti/ Nursing education and knowledge in the three cycles of higher education: differentiation of competences and skills / 5. posvet Moja kariera Quo vadis z mednarodno udeležbo / The 5th International Consultation My Career Quo vadis

**Urednica**

doc. dr. Brigita Skela Savič

**Izdala in založila**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, marec 2012

**Tehnični pregled gradiva:**

Nina Rustja, Katja Skinder Savič

Avtorji odgovarjajo za jezikovno ustreznost gradiva.

**Oblikovanje in tisk**

Salve d.o.o.

**Naklada**

70 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Univerzitetna knjižnica Maribor

37:616-083(082)

614.253.5:331.108.4(082)

POSVET Moja kariera - quo vadis z mednarodno udeležbo (5 ; 2012 ; Ljubljana)

Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah : diferenciacija kompetenc ter sposobnosti = Nursing education and knowledge in the three cycles of higher education : differentiation of competences and skills / 5. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 13. 3. 2012 = the 5th International Consultation My career - quo vadis ;

[urednica Brigita Skela Savič]. - Jesenice :

Visoka šola za zdravstveno nego, 2012

ISBN 978-961-6888-00-4

1. Skela-Savič, Brigita

COBISS.SI-ID 69094401

## Kazalo

|  |    |
|--|----|
| <b>Pozdravni nagovori</b> .....  | 11 |
| <b>Vabljeni predavanja</b> .....   | 19 |
| Dr Fiona Murphy<br><b>The UK Nursing and Midwifery Council Standards for pre-registration nurse education: academic and clinical competencies</b> .....  | 18 |
| Mag. Zdenka Tičar<br><b>Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogled Ministrstva za zdravje</b> .....   | 23 |
| dr. Stojan Sorčan<br><b>Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogledi Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport</b> .....   | 23 |
| dr. Mojca Novak<br><b>Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogledi Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu</b> .....   | 27 |
| dr. Saša Kadivec, dr. Brigita Skela Savič, Zdenka Kramar, mag. Branko Bregar, Darinka Zavrl Đananovič, Irena Buček Hajdarevič, Jelka Černivec, Martina Horvat, Darinka Klemenc, Gordana Lokajner, Olivera Masten Cuznar, Andreja Peternelj, mag. Zdenka Tičar, člani delovne skupine Ministrstva za zdravje<br><b>Predstavitev dokumenta »Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje 2011 do 2020«: Izzivi za management zdravstvene nege in management v visokošolskem izobraževanju</b> ..... | 30 |
| Dr Fiona Murphy<br><b>Academic standards and competencies for Masters and PhDs in nursing: an example from Swansea University UK</b> .....   | 46 |

|   |    |
|---|----|
| Dr. Saša Kadivec, Zdenka Kramar, mag. Hilda Maze, Erna Kos Grabnar, Stalna delovna skupina RSKZN za bolnišnično zdravstveno nego<br><b>Pogled managementa zdravstvene nege na kakovost izobraževanja v zdravstveni negi: Kakšne so potrebe in pričakovanja glede kompetenc in sposobnosti v kliničnem okolju na vseh treh bolonjskih stopnjah?.....</b> | 47 |
| Tit Albreht, Radivoje Pribaković Brinovec<br><b>Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami v RS – metodološka izhodišča za nadgradnjo raziskave iz leta 2005.....</b>  | 56 |
| Marija Verbič<br><b>Srednješolsko izobraževanje v zdravstveni negi – količina in kakovost izobraževanja v Sloveniji .....</b>   | 62 |
| Darinka Klemenc, Peter Požun, Irena Buček Hajdarevič<br><b>Regulacija vpisnih mest in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi na visokošolski ravni v Sloveniji – vloga in mesto Zbornice – Zveze .....</b>   | 69 |
| dr. Brigita Skela Savič<br><b>Notranji dejavniki razvoja profesije: Enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi .....</b>  | 83 |



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

## 5. posvet z mednarodno udeležbo

# Moja kariera - Quo Vadis

## Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti

Posvet z okroglo mizo bo potekal v torek, 13. 3. 2012  
v Hotelu City, Ljubljana, z začetkom ob 9. uri.

### Cilji posveta:

- Podati informacije o standardih kakovosti visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi na primeru članic EU in predstaviti izkušnje v Sloveniji.
- Predstaviti in razpravljati o kompetencah in sposobnostih diplomantov na treh bolonjskih stopnjah ter njihovi umestitvi v klinično okolje.
- Razpravljati o potrebah zdravstvenega sistema in pričakovanjih managementa zdravstvene nege na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi.
- Opredeliti nadaljnje aktivnosti in odgovornosti na področju izobraževanja na srednješolski in visokošolski ravni v RS iz vidika potreb zdravstvenega sistema, strategije razvoja zdravstvene nege in zmogljivosti za doseganje standardov kakovosti na področju srednješolskega in visokošolskega izobraževanja.
- Opredeliti možnosti za razvoj doktorskega študija.

# Quo vadis

## Program posveta:

|               |  |
|---------------|--|
| 9.00 – 9.15   | <b>Uvodni nagovori:</b><br>doc. dr. Brigita Skela Savič, dekanja Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice<br>predstavnik Ministrstva za zdravje<br>dr. Stojan Sorčan, direktor direktorata za visoko šolstvo, Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport<br>Darinka Klemenc, predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije |
| 9.15 – 9.35   | <b>The UK Nursing and Midwifery Council Standards for pre-registration nurse education: academic and clinical competencies</b><br>dr. Fiona Murphy, College of Human and Health Sciences, Swansea University, Velika Britanija   |
| 9.35 – 09.55  | <b>Standards for nursing education on undergraduate level in Ireland</b><br>dr. Elizabeth A Curtis, Trinity College, School of Nursing and Midwifery, Irska  |
| 9.55 – 10.05  | <b>Pomen prospektivne analize pri ustanavljanju šol na področju zdravstvene nege</b><br>Majda Šlajmer Japelj, svetovalka, Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego  |
| 10.05 – 10.45 | <b>Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogledi Ministrstva za zdravje, Ministrstva za izobraževanje, znanost, kulturo in šport, Zbornice-Zveze in NAKVIS-a</b><br>mag. Zdenka Tičar, Ministrstvo za zdravje, dr. Stojan Sorčan, Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport, Darinka Klemenc, Zbornica-Zveza, dr. Mojca Novak, NAKVIS   |

|               |  |
|---------------|--|
| 10.45 – 11.05 | <b>Predstavitve dokumenta »Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje 2011 do 2020«: Izzivi za management zdravstvene nege in management v visokošolskem izobraževanju</b><br>dr. Saša Kadivec, dr. Brigita Skela Savič, Zdenka Kramar, mag. Branko Bregar, Darinka Zavrl Đananovič in drugi člani skupine Ministrstva za zdravje |
| 11.05 – 11.20 | <b>RAZPRAVA</b>  |
| 11.20 – 11.50 | <b>ODMOR</b>   |
| 11.50 – 12.10 | <b>Academic standards and competencies for Masters and PhDs in nursing: an example from Swansea University UK</b><br>dr. Fiona Murphy, College of Human and Health Sciences, Swansea University, Velika Britanija  |
| 12.10 – 12.30 | <b>Pogled managementa zdravstvene nege na kakovost izobraževanja v zdravstveni negi: Kakšne so potrebe in pričakovanja glede kompetenc in sposobnosti v kliničnem okolju na vseh treh bolonjskih stopnjah?</b><br>dr. Saša Kadivec, Zdenka Kramar, mag. Hilda Maze, Erna Kos Grabnar, Stalna delovna skupina RSKZN za bolnišnično zdravstveno nego                                   |
| 12.30 – 12.50 | <b>Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami v RS – metodološka izhodišča za nadgradnjo raziskave iz leta 2004</b><br>dr. Tit Albreht, Radivoje Pribaković Brinovec, Inštitut za varovanje zdravja RS  |

|               |   |
|---------------|---|
| 12.50 – 13.10 | <b>RAZPRAVA</b>   |
| 13.10 – 14.00 | <b>ODMOR</b>  |
| 14.00 – 14.20 | <b>Srednješolsko izobraževanje v zdravstveni negi – količina in kakovost izobraževanja v Sloveniji</b><br>Marija Verbič, Skupnost srednjih zdravstvenih šol   |
| 14.20 – 14.40 | <b>Regulacija vpisnih mest in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi na srednješolski in visokošolski ravni v Sloveniji – vloga in mesto Zbornice Zveze</b><br>Darinka Klemenc, Peter Požun, Irena Buček Hajdarevič, Zbornica-Zveza  |
| 14.40 – 15.00 | <b>Notranji dejavniki razvoja profesije: Enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi</b><br>dr. Brigita Skela Savič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice  |
| 15.00 – 16.00 | <b>OKROGLA MIZA:</b><br>Moderatorici: Darinka Klemenc, doc. dr. Majda Pajnkihar<br><b>Doktorski študij v zdravstveni negi / zdravstvenih vedah – priložnosti za združitev znanj, kompetenc in sposobnosti visokošolskih učiteljev in raziskovalcev zdravstvene nege in drugih zdravstvenih ved v Sloveniji?</b><br>izr. prof. dr. France Sevšek, Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani<br>red. prof. dr. Peter Kokol, Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru<br>red. prof. dr. Andrej Cör, Fakulteta za vede o zdravju, Univerza na Primorskem<br>doc. dr. Brigita Skela Savič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, samostojni visokošolski zavod |



## **Pozdravni nagovori**

Quo vadis

**Visoka je cena slabe šole.  
Dragih šol si ne moremo privoščiti.**

dr. Žiga Turk, Minister za  
izobraževanje, znanost,  
kulturo in šport, Pogledi  
Slovenije, 1. 3. 2012

Interesi in dejansko stanje na področju izobraževanja v zdravstveni negi so pomembna tema zadnjih nekaj let, ki ne prispevajo profesionalizaciji in k razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Pojavljajo se napetosti med pravico izobraževanja in dejanskimi potrebami ter zmožnostmi za izobraževanje. Medtem, ko se ves razviti svet sooča z dejstvom, da je premalo visokošolskih učiteljev za izvedbo izobraževanj in premalo kliničnih mest za klinično usposabljanje, se v Sloveniji že nekaj let srečujemo s prekomernim vpisom na visokošolske program prve stopnje Zdravstvena nega. Edino izhodišče za načrtovanje vpisnih mest za izobraževanje reguliranih poklicev je državna študija o potrebah po kadrih in ocena realnih zmožnosti, koliko lahko izobražujemo glede na standarde kakovosti v visokem šolstvu. Državno študijo imamo iz leta 2004 in njene rezultate vsi dobro poznamo. Takratni predlog za povečanje števila vpisnih mest je po podatkih Vpisne službe Univerze v Ljubljani presežen za 70% na rednem študiju in 150% na izrednem študiju. Danes bomo slišali, kaj to povečanje pomeni za visokošolski izobraževalni prostor.

V Resoluciji o nacionalnem programu visokega šolstva za obdobje 2011-2020 je zapisano, da bodo za določanje števila vpisnih mest za študijske programe, ki izobražujejo za regulirane poklice EU, pomembne za življenje in zdravje ljudi, visokošolski zavodi morali pridobiti soglasje Vlade RS oz. pristojnih ministrstev ali teles za regulacijo. Javne in koncesionirane visokošolske institucije bodo morale pridobiti soglasje Vlade RS za vpis v vse študijske programe vseh stopenj. NAKVIS v vseh primerih preverja zmožljivosti za izvajanje študijske dejavnosti.

Govorimo o tako imenovanih regulatorjih vpisa. Za študijsko leto 2012/2013 so v skladu z ReNPVŠ 2011-2020 regulatorji vpisa (Ministrstvo za zdravje, Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno nego, Zbornica - Zveza) prevzeli odgovornost in predlagali ukrepe za rešitev problemskega stanja, da se vpis na program Zdravstvena nega zmanjša. Žal so bili nekateri odmevi strokovne in regijske javnosti na ta predlog proti interesom profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji in kažejo na nerazumevanje

količine in kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi. Predlog o zmanjšanju vpisnih mest za redni in izredni študij je bil sprejet na najvišjem organu stroke v državi, ki ga imenuje Minister za zdravje in ga sestavljajo predstavniki štirih visokošolskih zavodov, predstavniki štirih bolnišnic in nacionalnega združenja Zbornica Zveza.

Kaže se, da visokošolski management ne deluje, saj se želi v slovenski prostor vnesti miselnost, da le majhen vpis pomeni kakovost in individualno delo. To kaže na to, da se ne bere študij, ki govorijo o kakovosti in učinkovitosti izvedbe programov iz vidika porabe virov v nepedagoški dejavnosti, o sposobnosti raziskovalne skupine doma in v tujini, ki je majhna raziskovalna skupina ne more doseči, o pomenu mednarodne vključenosti idr.

#### **Zato naj ta posvet prispeva k temu, da povemo:**

- da mora biti izobraževanje mednarodno primerljivo in mora upoštevati evropsko direktivo in mednarodne priporočila ter standarde na področju izobraževanja v zdravstveni negi, ki jih Slovenija še ni naredila, v razvitem svetu pa veljajo in morajo tudi pri nas postati kazalnik kakovosti v izobraževanju;
- da je glede na velikost populacije in izvedene raziskave v tujini in glede na to, da ima Slovenija bolonjsko vertikalno na dveh stopnjah vzpostavljeno šele od leta 2007, nemogoče pričakovati, da imamo zadostno kritično maso visokošolskih učiteljev, ki se strokovno in znanstveno udeležujejo za tako množično izobraževanje v zdravstveni negi;
- da znanstvenost v zdravstveni negi pomeni enako kot znanstvenost v medicini in drugih vedah, zato moramo preprečiti zlorabo te besede;
- da je glede na količino znanstveno raziskovalnega dela v slovenski zdravstveni negi in rezultate publiciranja v domačih in mednarodnih revijah nemogoče pričakovati množičnost magistrskih študijev;
- da je glede na »regijsko orientacijo« in »jemanje pravice« kaj komu pripada in ne, kaj država rabi in kaj zmoremo, v bližnji prihodnosti nemogoče pričakovati, da bi v Sloveniji lahko razvili kakovosten doktorski študij zdravstvene nege. S tem stroka samo izgublja.

Posvet je nastal iz nuje, da kakovostno visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi »preživi«. Kdo od nas si ob bolniški postelji želi diplomirano medicinsko sestro, ki je šla čez program, kjer niso bili doseženi standardi NAKVIS-a, ReNPVŠ 2011-2012, Evropski standardi visokošolskega izobraževanja in mednarodne profesionalne smernice različnih združenj (WHO, NMC, OECD) in seveda EU direktiva, ki je minimalni standard in država mora postavljati standarde nad njo?

**Želimo, da posvet prispeva v strokovni javnosti na naslednjih področjih:**

- Pridobiti informacije o standardih kakovosti visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi na primeru članic EU in predstaviti nekatere izkušnje regulatorjev v Sloveniji.
- Predstaviti in razpravljati o kompetencah in sposobnostih diplomantov na treh bolonjskih stopnjah ter njihovi umestitvi v klinično okolje.
- Razpravljati o potrebah zdravstvenega sistema in pričakovanih managementa zdravstvene nege na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi.
- Opredeliti nadaljnje aktivnosti in odgovornosti na področju izobraževanja na srednješolski in visokošolski ravni v RS iz vidika potreb zdravstvenega sistema, strategije razvoja zdravstvene nege in zmogljivosti za doseganje standardov kakovosti na področju srednješolskega in visokošolskega izobraževanja.
- Opredeliti možnosti za razvoj doktorskega študija.

doc. dr. **Brigita Skela Savič**  
D E K A N J A

Opomba: navajanje virov je natančneje opredeljeno v prispevkih avtorice v tem zborniku

## Uvodne besede

Spoštovane gospe in gospodje!

Živimo in ustvarjamo v času, ki je zaznamovan s hitrimi spremembami, po drugi strani pa se soočamo s težkimi razmerami, ki se odražajo na vsakem koraku. Na delovnem mestu ne zadošča več samo izobrazba, ki je za strokovno obvladovanje aktivnosti in kompetenc sama po sebi umevna, temveč mnogo več. Vključevanje v evropski prostor pomeni tudi za izvajalcev zdravstvene nege upoštevanje minimalnih pogojev, da lahko opravljamo poklic. Ob tem žal ne moremo mimo vprašanja ali je minimalna usposobljenost res tisto, kar si želimo ali pa so naša pričakovanja višja. Kvaliteta izobraževanja mora postati naš skupni cilj. Ne glede v kakšni trenutni situaciji smo, se moramo zavedati, da je dolgoročna naložba v poklic medicinske sestre poleg visoke kvalitete v izvajanju aktivnosti in kompetenc tudi na področju etike in morale.

Vse premalokrat se zavedamo, da ja izobraževanje v zdravstveni negi odvisno od pacientov, njihovega zaupanja in razumevanja, ključno za doseganje naših ciljev. Izobraževanje brez sodelovanja pacientov ne bi bilo. Glede na to dejstvo pa moramo obseg izobraževanja prilagoditi možnostim in zgraditi na zaupanju in dolgoročno zastavljenim ciljem, ki bodo temeljili na realnih dolgoročnih potrebah. Vlaganje v zdravstvo prinaša mnoge koristi tudi na drugih področjih in ne zgolj v zdravstveni dejavnosti.

Prednostna področja v zdravstveni negi, ki jih moramo urediti in s katerimi se soočamo na Ministrstvu za zdravje so povezana z izobraževanjem. Urejenost področja zahteva jasne usmeritve in kriterije za nadaljnje izobraževanje predvsem glede na možnosti kvalitetnega izobraževanja in izvajanja kliničnih vaj v kliničnem okolju. Ministrstvo za zdravje si prizadeva, da se ponovno pripravi projekcija kadrov, ki je glede na povečano število diplomantov, ki vstopajo v zdravstveni sistem, politiko izobraževanja in zaposlovanja bistveno spremenjena od projekcije, ki je bila narejena v letu 2004.

V prihodnje potrebujemo tako kratkoročno kot tudi dolgoročno načrtovanje izobraževanja zdravstvenih profilov. Sistem izobraževanja pa mora dopuščati možnost hitrega prilagajanja potrebam po novih kadrih in znanjih. Zagotavljanje ustreznega prilagajanja pa lahko temelji zgolj na dobrem povezovanju učnih ustanov in izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Žalimo vam kvalitetne razprave in upamo, da nam boste posredovali za-ključke, ki bodo v veliko pomoč pri naših nadaljnjih usmeritvah.

Hvala lepa.

mag. **Zdenka Tičar**,  
Ministrstvo za zdravje

## 5. posvetu, izobraževanju in znanju na pot

Tokratni že 5. posvet z mednarodno udeležbo VŠZN Jesenice z naslovom »Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti« ima med cilji posveta zapisane takšne, ki so videti realni in predvidoma tudi izvedljivi, recimo podajanje informacij o standardih kakovosti visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi na primeru članic EU in predstavitev izkušenj v Sloveniji, razprava o kompetencah in sposobnostih diplomantov na treh bolonjskih stopnjah (lažja bi bila razprava na prvih dveh, ker s tretjo še ni izkušenj), razprava o potrebah zdravstvenega sistema in pričakovanih managementa zdravstvene nege na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Zadnja dva cilja pa lahko pomenita večji izziv, še posebej pri realizaciji, morda celo že pri sami razpravi na posvetu. Zakaj? Opredeljevati nadaljnje aktivnosti in odgovornosti na področju izobraževanja na srednješolski in visokošolski ravni v RS z vidika potreb zdravstvenega sistema, strategije razvoja zdravstvene nege in zmogljivosti za doseganje standardov kakovosti na področju srednješolskega in visokošolskega izobraževanja pomeni v pregreti in po preživetju prežeti tako srednješolski kot visokošolski sceni, za povrhu v času, ko je država na robu recesije, primerno velik izziv.

Dejstvo, da na področju srednješolskega izobraževanja za zdravstveno nego ob vstopu Slovenije v EU in od tega trenutka naprej, ni bilo v državi nič narejenega, ko bi lahko ukinili vsaj kakšen oddelek srednje zdravstvene šole, kaj šele zaprtje cele šole, je nedvomno oteževalna okoliščina za ves nadaljnji razvoj izobraževanja po EU direktivi 2005/36/ES, ki opredeljuje jasne pogoje, kdo je medicinska sestra v EU.

Potrebe po medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikah v državi bodo gotovo naraščale, ob tem da je velika uganka, kaj bo z emigracijami izvajalcev zdravstvene in babiške nege iz ekonomskih razlogov v obeh smereh. Vzroki za naraščanje bodo predvidoma v staranju populacije, daljši življenjski dobi in kroničnih obolenjih.

Pred leti narejena analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami, ki jo je delal IVZ, zdaj nujno rabimo novo analizo, ki je bila s strani ministrstva za zdravje že pred dvema letoma naročena IVZ, a zgleda, brez uspeha. Če upoštevamo še dejstvo, da zdravstvena in babiška nega tudi nimata kadrovskih normativov, pa so narejeni, je izgledov za izračun potreb po kadrih v prihodnjih desetih ali dvajsetih letih malo.

Opozarjanje na naraščajočo problematiko visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi v Sloveniji ni le pravica, temveč predvsem dolžnost Zbornice-Zveze. Mnenja, stališča ter pobude Zbornice-Zveze, kolikor ne gre za izvajanje javnih pooblastil, pristojne institucije sicer formalno prav-

no niso dolžne upoštevati, njena mnenja niso pravno zavezujoča, imajo pa kljub temu posebno težo, saj Zbornica-Zveza ne le da skrbi za strokovni razvoj in delovanje stroke, ampak sama predstavlja stroko zdravstvene in babiške nege.

Zbornica-Zveza je že večkrat opozarjala, da število vpisnih mest na visokošolskih zavodih ni usklajeno s kadrovsko in razvojno politiko na področju zdravstva, zmogljivostmi in usposobljenostjo učnih baz za visokošolsko izobraževanje ter ni v sorazmerju s številom ustreznih usposobljenih visokošolskih učiteljev za področje zdravstvene nege.

Ko je Zbornica Zveza kot regulator poklicev medicinska sestra in babica in kot čuvar omenjene EU direktive pred dvema letoma predlagala pristojnemu ministrstvu (za šolstvo in šport) ukinitve enega samega razreda na eni od srednjih šol, kjer med tehničnimi poklici izobražujejo bolničarja negovalca in zdravstvenega tehnika, smo bili obdolženi kršenja ustave, češ da imajo otroci pravico izbirati šolanje na kateremkoli področju, ki jih zanima. Tako še naprej vzdržujemo dualni sistem, ki bi se sicer ob primerni reorganizaciji obnesel, saj strokovnega sodelavca /ko ob diplomirani medicinski sestri tudi potrebujemo. In ga/jo bomo še naprej.

Organizacija konference v času, ko se vsi po malem v državi ukvarjamo (poklicani in nepoklicani) s fenomenom izobraževanja za zdravstveno nego po EU direktivi tako na dodiplomskem kot na podiplomskem nivoju, je doprinos k odprti predstavitvi problematike obstoječega stanja in iskanju izhoda iz začaranega kroga razprtij, ki najbolj škodijo stroki sami, njenemu razvoju in ugledu. In razprtije po eni strani med različnimi izobrazbenimi nivoji, po drugi strani med šolami samimi, gredo na mlin tistih, ki nas ocenjujejo, da smo se na vseh nivojih »preveč razvili in povzpeli«, zlasti v zadnjih desetih, petnajstih letih, tako slišimo.

Zbornica - Zveza, ki v svojih prizadevanjih (ta izhajajo tudi iz statutarnih nalog) skrbi za umeščanje dovolj izobraženih in usposobljenih izvajalcev zdravstvene in babiške nege po EU direktivi diplomiranih medicinskih sester na delovišča, kjer je to potrebno, ves čas opozarja tudi definiranje vpisnih pogojev in kazalnikov za presojo kakovosti izobraževanja na kakovost, ustrezno izvajanje klinične prakse, prehodnost, zaposljivost diplomantov, doživlja občasno pravo šikano. Glede na to, da v odnosu na krovni Zakon o zdravstveni dejavnosti Zbornica Zveza vztraja na usposobljenosti diplomantov za delo na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva, to pomeni tudi opravljanje praktičnega dela izobraževanja na vseh treh nivojih. Ob stališču, da je izvajanje izrednega študija možno le, če istočasno teče tudi redni, se zamere kopičijo. Koliko časa še bo slovenska zdravstvena nega, vključno z nekaterimi mnenjskimi ali kakšnimi drugačnimi predstavniki, še iskala zaradi lokalnih nagibov podporo pri (prav tako lokalni) politiki, namesto s

trezno presojo razgrnila zemljevid lastnih potreb in razvoja stroke in se po njem ravnala?

Ob tem pa Zbornica Zveza nima prav nobene pohvale, da bo z odpiranjem možnosti, ki jih pomaga iskati (npr. z umestitvijo diplomiranih medicinskih sester na področju anesteziologije, reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, v referenčnih ambulantah, ne nazadnje po podpisu aneksa h kolektivni pogodbi, ...), odprtih več tisoč delovnih mest. Tu iščemo in apeliramo še naprej na podporo lastnega managementa, kar z vsakim novim ministrom in pritiski vlade na krčenje v zdravstvu na vseh nivojih (le kje je to bolj prikladno, če ne v zdravstveni negi in oskrbi) postaja bolj oddaljen cilj.

Če se osredotočimo na zadnji cilj posveta »opredelitev možnosti za razvoj doktorskega študija«, je to trenutno najbolj oddaljen cilj, celo bolj kot izvedba kliničnih specializacij, ki se nam iz znanih razlogov stalno odmika. Saj ne, da ne bi bilo vizije lastne stroke, tudi strategija njenega razvoja je narejena, a nekaj dejstev je tako specifičnih, da si ne gre obetati hitrega začetka. Pa vendarle, odprli bomo na okrogli mizi posveta še to Pandorino skrinjico in prebili zvočni zid tišine, kalkuliranja in ugibanja, kdo bi bil sposoben prvi izvesti prvi doktorat na področju zdravstvene nege v državi. Ob tem se nam vsake toliko časa dopoveduje, da samostojni doktorat, ob upoštevanju vertikalnega razvoja stroke, nima realne osnove na nobeni šoli, tako ocenjujejo »poznavalci«. Teh nikoli ne manjka. Nič zato. Potem razmišljajmo o enem skupnem na bilo kateri visoki šoli ali fakulteti. in gremo. Lepo, počasi, v bitko za nove zmage.

Pred leti je ena od predsednic ICN napisala: ne govorimo samo o viziji in ciljih, govorimo tudi o dobljenih zmagah. Zakaj pa ne, saj smo teh kar nekaj dobili? Nekaj jih še bomo. Ureditev izobraževanja na vseh nivojih bo gotovo ena večjih.

**Darinka Klemenc,**  
Zbornica - Zveza



**Vabljena predavanja**

Quo vadis

# The UK Nursing and Midwifery Council Standards for pre-registration nurse education: academic and clinical competencies

dr. Fiona Murphy

## ABSTRACT

*The United Kingdom Nursing and Midwifery Council (NMC) is set up to safeguard the health and well being of the UK public. This is achieved through setting and maintaining standards of education to ensure nurses and midwives have appropriate knowledge and skills to practice safely and uphold professional standards. An additional aspect of the NMC function is to provide mandatory guidance to those developing and designing programmes to prepare nurses and midwives. Pre-registration nursing courses are currently in the process of being re-validated in the UK and there have been some significant changes proposed. Although these courses in the UK follow the EC directives in terms of theoretical and practical hours, all nurses must now be educated to degree level which is equal to the first cycle of the Bologna process. Students entering nursing choose one specific field of which there are four; adult, mental health, child and learning disability nursing.*

*This paper will aim to discuss the NMC standards for pre-registration education in the UK (NMC 2010) in which the standards for competence and standards for education will be discussed. Competence in the context of nursing practice and education will be defined and the components of these standards will be identified with examples provided from the field of adult nursing. These will include consideration of the domains of practice and the generic and field competencies as defined by the NMC. In order to achieve these competencies, the NMC has also identified ten standards for education which provide the framework for the delivering of courses by educational providers. An overview of these standards along with some specific examples will be provided.*

**Key words:** NMC standards pre-registration education UK

## Reference

*Nursing & Midwifery Council [NMC]. Standards for pre-registration nursing education. NMC. London. 2010. Available at: <http://standards.nmc-uk.org/Pages/Welcome.aspx>*

---

dr. **Fiona Murphy** PhD, MSc, BN, RGN, HV, NDN, RCNT, PGCE(FE)  
Senior Lecturer  
College of Human & Health Science  
Swansea University  
Wales, UK.  
f.murphy@swan.ac.uk

# Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogled Ministrstva za zdravje

Slovenian experience in higher education in nursing – positions of the Ministry of Health

mag. Zdenka Tičar

## IZVLEČEK

*Izobraževanje v zdravstveni negi se v zadnjem desetletju sooča s korenitimi spremembami. Vprašanje ali so bili vsi naporji res posvečeni temu, da se izognemo brezglavim in enostranskim potezam, ali pa je bilo izobraževanje v zdravstveni negi prepuščeno parcialnim interesom posameznikov. Kaj storiti v trenutku, ko vsi dejavniki jasno kažejo, da se pojavljajo težave, ki nam dolgoročno lahko pustijo posledice, s katerimi se bomo soočali več let? Ali je kritično razmišljanje posameznikov res dovolj ali pa se moramo vsi, tako izvajalci, izobraževalci in ostali, ki se v katerikoli vlogi ukvarjamo z zdravstveno nego, timsko dogovarjati kaj je najbolje za stroko in pacienta. Vsekakor ja pacient tisti, ki je le malokdaj v središče pozornosti. Praviloma nima možnosti presoje in podajanja kritičnega mnenja o trenutnih situacijah. Po drugi strani pa nam število zaposlenih v zdravstveni negi jasno prikazuje, da je izobraževanje nesorazmerno na vseh stopnjah zdravstvene nege glede na potrebe.*

**Ključne besede:** izobraževanje, diplomirana medicinska sestra, vpisna mesta.

## ABSTRACT

*Education in health care over the last decade faced with radical changes. The question of whether all the effort really is here to avoid the headless and unilateral moves, or that the education in nursing let partial interests of individuals. What to do at the moment when all factors clearly indicate that there are problems that we can leave long-term consequences, which we will face number of years? Is critical thinking individuals really were, or are we all, as artists, educators and others who are engaged in any capacity with the healthcare team about what is best dealt with by the profession and patient? Definitely a patient who is seldom in the spotlight. As a rule, no possibility of assessing and expressing a critical opinion about the current situation. On the other hand, a number of employees in health care clearly show that education is disproportionately at all levels of nursing care according to need.*

**Keywords:** education, graduate nurse, placements.

Slovenija je vključena v evropski prostor, kar pomeni tako dodatne izzive kot tudi priložnosti, ki jih mora upoštevati in ustrezno ovrednotiti, predvsem pa izkoristiti z vidika upravljanja s človeškimi viri v zdravstvu. Čeprav ostajajo zdravstveni sistemi izključno v pristojnosti države članice evropske unije pa je na tem področju veliko možnosti za sodelovanje, pred-

mag. **Zdenka Tičar**, dipl. upr. org., viš., med. ses.  
Ministrstvo za zdravje, Sektor za razvoj sistema zdravstvenega varstva,  
zdenka.ticar@gov.si

vsem v izmenjavi dobrih praks in iskanju skupnih rešitev. Taka področja so predvsem tam, kjer problematika presega nacionalne okvire, kot sta poenotenje kvalifikacij za zdravstvene delavce in migracije. Slovenija se v tem trenutku ne sooča s problemom migracij, odliv zdravstvenih delavcev ni velik, zaposlovanje tujcev pa tudi ne predstavlja velikega števila in se zmanjšuje. Razlog je v neugodnih razmerjih med dohodkom in življenjskimi stroški.

Ministrstvo za zdravje želi, da se uvedejo ustrezni pogoji, za prenos nekaterih kompetence na druge ravni ali druge zdravstvene profile. Podpira dobro sodelovanja med izvajalci na vseh ravneh in vzpodbuja timsko delo. V posameznih strokah so se razvili novi profili in nove oblike sodelovanja. Upravljanja s človeškimi viri v zdravstvu v preteklosti predvsem na področju zdravstvene nege ni bilo dobro načrtovano, zato so nastala nesorazmerja v kadrovske pokritosti in zagotavljanje celovite zdravstvene obravnave. V prihodnje potrebujemo tako kratkoročno kot tudi dolgoročno načrtovanje zagotavljanja in izobraževanja zdravstvenih profilov. Sistem izobraževanja pa mora dopuščati možnost hitrega prilagajanja potrebam po novih kadrih in znanjih. Zagotavljanje ustreznega prilagajanja pa lahko temelji zgolj na dobrem povezovanju učnih ustanov in izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zagotavljanju potreb po novih znanjih, ob upoštevanju novih tehnologij, prilagajanje spremembam glede kompetenc posameznih zdravstvenih profilov in spremenjenemu načinu dela.

Izobraževanje v zdravstveni negi v Sloveniji v zadnjih tridesetih letih doživlja nenehne spremembe. Razlogi za to so spremembe v izobraževalnih sistemih. Po drugi strani pa smo bili priča nujnosti spremembe v izobraževalnem sistemu v letu 2004 zaradi vstopa v Evropsko unijo. Prav vključevanje v Evropsko unijo pa je glede na sistem izobraževanja v Sloveniji terjalo, da je v osnovno izobraževanje možno vstopiti le z najmanj 10 letnim osnovnim izobraževanjem. Zahtevana sprememba je postavila izobraževanje za medicinsko sestro na visokošolsko strokovno raven, kar je pomenilo, da je medicinska sestra v slovenskem prostoru diplomirana medicinska sestra. Glede na zahteve izobraževanja, ki so opredeljene v Direktivi 2005/36 ES, mora minimalno izobraževanje trajati 4600 ur. Visokošolski zavod mora v času izobraževanja zagotoviti 2300 ur kliničnih vaj ob pacientu in ustrezno izobraženem mentorju. Ker Direktiva 2005/36 ES opredeljuje ure, to v slovenskem prostoru pomeni 5750 pedagoških ur. Študij traja tri leta. Vse omenjene opredelitve predstavljajo minimalno izobraževanje in zagotavlja pridobitev minimalnih kompetenc diplomirani medicinski sestri. Vsaka država članica evropske unije pa lahko zagotavlja več izobraževanja in s tem omogoča pridobitev več kompetenc.

Število diplomiranih medicinskih sester v letu 2004 ni zadostovalo za zasedanje vseh mest v kliničnih okoljih, ki so jih zahtevale nove nastale spremembe. Na podlagi potreb pa so se ustanovljale nove visoke šole. Jasno je bilo, da potrebe še nekaj let ne bodo dosegle ustreznega števila diplomiranih medicinskih sester. Kljub jasnemu razvoju, potrebam in pristopu v izobraževalnih sistemih pa ni bilo ustreznega pristopa v vseh

kliničnih okoljih. Kako bodo dolgoročne rešitve izpeljane in na kakšen način, pa ostaja kljub sedemletnemu obdobju še vedno odprto vprašanje. Kvaliteta izobraževanja se je korenito spremenila na srednješolskem strokovnem izobraževanju. Programi so prilagojeni izobraževanju za pomočnika medicinski sestri. Visokošolski študijski program pa omogoča delo na delovnih mestih medicinske sestre. Sistemizacija delovnih mest je bila v nekaterih zdravstvenih zavodih strateško usmerjena in je trenutno izredno ugodna. V nekaterih zdravstvenih zavodih pa ni bilo ustreznih strateških usmeritev in je v trenutnih razmerah stanje nezavidljivo. Ureditev razmer v letu 2004 ni upoštevala nekaterih izobraževalnih programov, ki bi jih bilo mogoče takrat drugače urediti, zato tako stanje pušča odprta vprašanja in dileme, predvsem pa mnogo nezadovoljstva.

Danes imamo osem visokih šol in fakultet za zdravstveno nego. Število vpisnih mest se je povečalo in že več let presega število 1000. Minimalno število ur usposabljanja v kliničnem okolju, od skupnega števila 4600, je 2300. Število pacientov se ne povečuje kljub temu, da se je število študentov povečalo za tri krat. Ali je izobraževanje ob pacientu res mogoče gledati zgolj skozi oči izobraževalcev in se ne ozirati na potrebe? To ključno vprašanje bi moralo biti razrešeno na nacionalni ravni na jasno opredeljenih potrebah in strategiji dodatnega izobraževanja tudi za vse tiste tehnike zdravstvene nege, ki bi želeli dopolniti izobrazbo. Ker je izobraževanje sodilo pod različna ministrstva in so bili poglede in interesi drugačni je izpostavljeno problematiko težko reševati. V zadnjih letih je k aktivnemu reševanju pristopilo Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo.

Kljub očitnim spremembam pa je število vpisnih mest na srednješolskem poklicnem izobraževanju ostalo nespremenjeno. Glede na zahtevnost izobraževanja v kliničnem okolju se pojavljajo težave zaradi velikega števila študentov in dijakov. Kljub opozarjanju, da se število zaposlenih v zdravstveni negi in število pacientov v zadnjih letih ni spremenilo pa je število dijakov in študentov nesorazmerno naraslo. Na srednješolskem strokovnem izobraževanju število vsako leto še vedno presega tisoč vpisnih mest, prav tako se je število v visokošolske programe zdravstvene nege povečalo preko tisoč vpisnih mest na letni ravni. To pomeni, da je v kliničnem okolju vsako leto potrebno zagotoviti praktični pouk in klinične vaje za preko pet tisoč dijakov in študentov. Skupno število zaposlenih v zdravstveni negi je 17 077, kar pomeni na tri zaposlene en študent ali dijak, ker število vključuje tudi zaposlene v izobraževalnih zavodih in drugih delovnih mestih, kjer ne poteka klinično izobraževanje. V kolikor bi na trenutno število zaposlenih v kliničnih okoljih imeli zaposlene le diplomirane medicinske sestre, bi to pomenilo, da z upoštevanjem 20% zmanjšanim številom diplomantov izobrazimo vsakih zadostno število diplomiranih medicinskih sester v dvajsetih letih. Če upoštevamo delovno dobo zaposlenih, ki se bo podaljševala in je trenutno 40 let to pomeni, da imamo za najmanj 50% prevelik vpis.

Po trenutnih podatki v kliničnih okoljih trenutno primanjkuje 20 % zaposlenih v zdravstveni negi. Število temelji na podlagi kategorizacije in kadrovskega normativih, kljub temu pa v trenutnih razmerah, v katerih je država ni realne možnosti za optimalno zaposlitev.

Ministrstvo za zdravje si bo prizadevalo, da se izobraževanje na področju zdravstvene nege uredi v skladu s potrebami in razvojem stroke, vpisna mesta pa se določajo glede na kratkoročne in dolgoročne potrebe na podlagi podatkov in projekcij kadrov. Kvalitetno izobraževanje pomeni kvalitetno izvajanje vaj, ob določenem številu primerov, pacientov in ustrezno izobraženih mentorjih. Vse naštetu pomeni, da je možno izobraževati le določeno število študentov in dijakov, če želimo doseči kvalitetno izobraževanje. Poleg vseh naštetih dejstev pa moramo upoštevati pacienta. Število pacientov se ne povečuje, zato jih tudi ne moremo nadpovprečno obremenjevati. Pacient ima možnost po Zakonu o pacientovih pravicah, ki mu daje pravico, da prisotnost študenta zavrne. Vse to pa v trenutnih razmerah kaže na kolizijo interesov in v takem stanju je potrebno zaščititi šibkejšega, to je pacient.

## Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogledi Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport

Slovenian experience in higher education in nursing – positions of Ministry of Education, Science, culture and sport

dr. Stojan Sorčan

Prispevek ministrstva, pristojnega za visoko šolstvo, na posvetu o *Izobraževanju in znanju v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti*, je lahko zgolj strateške narave. Ne bi bilo prav, da ministrstvo, pristojno za visoko šolstvo, na vašem posvetu razpravlja o strokovnih vprašanih standardov in kakovosti visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi ter o možnostih nadaljnjega razvoja visokošolskega študija zdravstvene nege v Sloveniji. Tu smo lahko zgolj za to, da vas dodatno spodbudimo, da o teh zadevah odkrito, strpno in strokovno razpravljate ter najdete možne skupne dogovore o nadaljnjih aktivnostih za razvoj zdravstvene nege v Sloveniji. Ministrstvo, pristojno za visoko šolstvo potrebuje vaše odgovore in nasvete v zvezi s tem.

A tu smo lahko tudi za to, da ponovno opozorimo nase, na vlogo znanja, visokošolskega izobraževanja in znanstvenega raziskovanja, ter spomnimo vas in slovensko javnost, da je o znanju danes treba razpravljati prav toliko, če ne več in bolje, kot o finančni in drugi krizi. Znanje je namreč tisto, ki nas bo lahko popeljalo naprej, ven iz krize in kriz, v boljše, kvalitetnejše, da ne rečem bolj zdravo življenje.

Minister za izobraževanje, znanost, kulturo in šport, prof. dr. Žiga Turk, je v svojem prvem govoru na nacionalnem posvetu o visokem šolstvu dejal, da je

»Slovenija sedaj v prelomnem obdobju. Vprašanje ni samo, ali bomo premostili sedanjo gospodarsko in finančno krizo, vprašanje je veliko bolj ambiciozno: ali bomo uspeli to krizo, to zmrzal, izkoristiti za to, da bi ustvarili pogoje, ki bi nam vsaj v mejah racionalnega razumevanja prihodnjih gospodarskih in finančnih gibanj omogočili, da se ponovno začnemo prebijati proti nadpovprečnosti v Evropski uniji in med najbolj ambiciozne male države sveta.«

V izhodišče Nacionalnega programa visokega šolstva za obdobje 2011-2020 smo lansko leto zapisali, da sta temeljni vlogi visokošolskega izobraževanja v družbi predvsem krepitev in opolnomočenje državljanov za osebni razvoj, poklicno kariero in aktivno državljanstvo ter za duhovni, socialni, umetniški in kulturni ter ekonomski razvoj skupnosti. Zato moramo visoko šolstvo in z njim povezano znanstveno raziskovanje vedno znova postavljati

dr. **Stojan Sorčan**, generalni direktor za visoko šolstvo  
Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport

v jedro razvojnih ambicij Republike Slovenije. Zapisali smo, da je visokošolsko izobraževanje za Republiko Slovenijo prednostno, še zlasti v zdajšnjem zahtevnem obdobju svetovne gospodarske krize. Z NPVŠ smo se zavezali, da bomo do leta 2020 vzpostavili kakovosten, raznolik in odziven visokošolski prostor.

To pomeni, da se bo visokošolski prostor odzival na potrebe in pričakovanja družbe, da bo aktivno vključeval visokošolske deležnike in zagotavljal transparentnost upravljanja. Pri ukrepu izboljšanje sodelovanja visokošolskih institucij z gospodarstvom in negospodarstvom smo poudarili, da so visokošolske institucije odgovorne za boljše sodelovanje z družbenim okoljem. Samo tako bodo lahko zagotavljale uspešen prenos znanja z visokošolskih institucij na gospodarstvo in negospodarstvo. Tu nismo mislili le na spodbujanje raziskovalnih in inovativnih projektov s t.i. potencialnimi uporabniki ter na prehajanje kadrov. Mislili smo tudi na sodelovanje pri pripravi in izvajanju študijskih programov. To je ključno.

Visokošolske institucije morajo avtonomno razvijati kakovostne akademske standarde za študijske programe ter se hkrati odzivati na družbena in gospodarska pričakovanja. Kljub avtonomiji morajo visokošolske institucije preučiti družbene potrebe po določenih študijskih programih, poklicnih profilih in ugotoviti, ali so pridobljene kompetence diplomantov primerne za zaposljivost in za razvoj posameznika v skladu z aktivnim državljanstvom in osebno rastjo. Visokošolske institucije morajo pri oblikovanju študijskih programov aktivno sodelovati z delodajalci in upoštevati potrebe iz sveta dela.

Pri izvajanju študijskega procesa bodo visokošolske institucije sprostile možnosti in spremenile pogoje za sodelovanje kadrov iz neakademskega sveta, kjer je to smiselno in potrebno ter prispeva k višji kakovosti študijskih programov, pri tem bodo upoštevale izpolnjevanje nekaterih poklicnih standardov in pedagoške usposobljenosti. Izobraževanje in usposabljanje, zlasti na strokovnih študijskih programih, bosta obogatena z izkušnjo dela v sodelujočih uporabniških organizacijah. Povezanost visokega šolstva z regionalnim okoljem in zadovoljevanje potreb prebivalstva po specifičnih strokovnih znanjih je eden od ključnih kriterijev, ki jih upoštevamo, in morali bi jih še bolj, pri presoji ob podeljevanju akreditacij posameznim, zlasti strokovnim, študijskim programom in visokošolskim zavodom.

Te ukrepe iz Nacionalnega programa visokega šolstva za prihodnje dolgoročno obdobje navajam in poudarjam zato, ker vam je verjetno vsem, ki ste danes tu, več kot jasno, da je na področju visokošolskega izobraževanja zdravstvene nege sodelovanje z družbenim okoljem izredno pomembno, a hkrati tudi izredno težko, polno nerazumevanj in konfliktov. Posvet, kakršen je danes, je lahko izredno pomemben pri vzpostavljanju sodelovanja in razvoju skupnih pogledov na visokošolski študij zdravstvene nege v Sloveniji.

Ob navajanju pomembnih ukrepov iz Nacionalnega programa visokega šolstva pa bi želel biti še aktualnejši. Vse bi nas rad spomnil na letošnjo izkušnjo, ki smo jo imeli ob pripravi vladnega gradiva za pridobitev soglasja k razpisu za vpis za prihodnje študijsko leto.



V procesu priprave vladnega gradiva za izdajo soglasja k razpisanim vpisnim mestom za prihodnje študijsko leto smo ugotovili probleme in skrbi Ministrstva za zdravje, ki v skladu z EU direktivo skrbi za regulacijo področja zdravstvene nege. Ob predlaganem številu razpisnih mest se je njihova skrb nanašala zlasti in predvsem na možnosti upoštevanja standardov, ki jih predpisuje direktiva EU, glede ustreznih razmerij med teoretičnim in praktičnim delom študija ter na premislek o realnih potrebah po teh kadrih na ravni države kot celote.

Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, ki je pripravljalo vladno gradivo za pridobitev soglasja k razpisnim mestom se je odločilo, da o izraženih skrbih in problemih neposredno seznanjeni izvajalce visokošolskih programov za področje zdravstvene nege ter jim naloži pripravo strokovnih izhodišč za nadaljnji razvoj visokega šolstva na področju zdravstvene nege v prihodnjih letih. Ministrstvo je to storilo na sestanku z vodstvi vseh visokošolskih zavodov na področju zdravstvene nege, ki je bilo 12. januarja tega leta, kjer je stališče predstavilo tudi Ministrstvo za zdravje in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Na sestanku smo večkrat jasno povedali, da bo Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo posredovalo Vladi Republike Slovenije v soglasje vsa predlagana vpisna mesta, ki so jih pripravili visokošolski zavodi. Visokošolski zavodi iz področja zdravstvene nege v Sloveniji so sprejeli tudi povabilo k izdelavi strokovnih izhodišč za nadaljnji razvoj visokega šolstva na področju zdravstvene nege v Sloveniji.

V razpravi z visokošolskimi zavodi na področju zdravstvene nege je bilo poudarjeno, da so tovrstni sestanki koristna oblika in način izmenjave stališč in pogledov na celovit razvoj stroke. Opozorila s strani Ministrstva za zdravje in strokovnih združenj so priložnost za še bolj strokoven in poglobljen premislek o ponujenih študijskih mestih s strani vsakega posameznega visokošolskega zavoda. Dogovorili smo se tudi, da se bomo v zvezi z omenjeno problematiko v prihodnje še sestali. Prvič, ko bodo pripravljena strokovna izhodišča visokošolskih zavodov.

Odzivi družbenega okolja, v katerih delujejo posamezni visokošolski zavodi, na tako vzpostavljen dialog so bili ostri. Obema ministrstvoma je bila očitana »diskriminacija zaradi kršitve temeljnih pravic in vrednot občanov, kot so enakost možnosti in pravice do izobraževanja, enakopravnost do osnovnega zdravstvenega varstva in skladen regionalni razvoj slovenskega nacionalnega razvoja.« Prepričan sem, da nič od tega ne drži. Prav pa bi bilo, da tudi na tem posvetu spregovorimo o možnostih sooblikovanju visokošolske politike na področju zdravstvene nege.

Spoštovani, če želimo razvijati akademsko okolje za razvoj visokega šolstva v Sloveniji moramo pripoznati različnost in odprtost, medsebojno sodelovanje in konkurenčnost. V NPVŠ smo zato zapisali, da trenutni sistem ureditve visokega šolstva in financiranja podpira stanje, v katerem poskušajo biti vse visokošolske institucije bolj ali manj enake in dobre na vseh področjih ter izpolnjevati vse cilje oziroma vloge visokega šolstva. Taka kultura delovanja ne

vodi k odličnosti in konkurenčnosti, temveč k povprečju, saj ne morejo biti vse institucije najboljše, in to celo na vseh področjih.

Družba znanja in doseganje temeljnih ciljev visokega šolstva potrebuje pestro izobraževalno ponudbo na raznolikih visokošolskih institucijah, a brez razdrobljenosti študijskih in raziskovalnih programov, ki se odraža v njihovem prevelikem številu.

In kot je na že omenjenem nacionalnem posvetu o visokem šolstvu letos dejal novi minister prof. dr. Žiga Turk: »Od Darwina smo se naučili, da so za razvoj dobri konkurenca, tekmovanje in izbira. Izbiro si zaslužijo študenti, izbiro si zaslužijo tudi učitelji, da bi v Sloveniji le imeli več kot eno ali dve delovni mesti za svojo specialnost. Drugo ime za konkurenco je odprtost. Slovenski visokošolski prostor mora biti bolj odprt za nove ustanove, za strokovnjake iz gospodarstva, za tujce, za Slovence, ki so uspeli v tujini ...«

# Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogledi Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu

Slovenian experience in higher nursing education – positions of Slovenian Quality Assurance Agency for Higher Education (NAKVIS)

dr. Mojca Novak

## IZVLEČEK

*V prispevku je predstavljena Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu, in sicer z opisom osnovnih značilnosti, opisom rezultatov dosedanjega dela in usmeritvami prihodnjih aktivnosti.*

**Ključne besede:** zagotavljanje kakovosti, nacionalna agencija, visoko šolstvo.

## ABSTRACT

*The author presents the Slovenian Quality Assurance Agency, underlining its basic properties, outcomes, and future activities.*

**Key Words:** Quality assurance, national agency, higher education.

## Kdo smo?

Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu je bila ustanovljena na podlagi Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o visokem šolstvu – ZViS-G (UL RS, 96/2009), v zakonu in Sklepu o ustanovitvi Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (UL RS, 114/2009) pa so določeni njeni organi, pristojnosti in naloge.

Agencijo sestavljajo: svet kot organ odločanja na prvi stopnji in pritožbena komisija kot organ odločanja na drugi stopnji ter strokovna služba, ki jo vodi direktor, imenovan s strani sveta za obdobje petih let. Agencija je organizirana v dveh sektorjih, in sicer za splošne zadeve in kakovost. Na agenciji je 21 zaposlenih; večina (16) jih deluje v okviru sektorja za kakovost, 5 pa v splošnem sektorju.

Svet agencije odloča na prvi stopnji in šteje 11 članov (3 je imenovala Rektorska konferenca, 1 samostojni visokošolski zavodi, 1 skupnost višjih strokovnih šol, 2 študentske organizacije, 1 sindikati v visokem šolstvu, 1 reprezentativne organizacije delodajalcev in 2 Vlada RS). Svet je bil konstituiran 14. aprila 2010 in imel do 29. 2. 2012 46 sej.

dr. **Mojca Novak**, direktorica  
Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu  
mojca.novak@nakvis.si

**Pritožbena komisija** je organ odločanja na drugi stopnji in je bila konstituirana 1. februarja 2011. Komisija šteje 3 člane, vsak član pa ima nadomestnega člana. Do 31. 1. 2012 je pritožbena komisija odločila o 17 pritožbah.

## Kaj smo naredili?

V okviru zastavljenih usmeritev so bile izvedene naslednje aktivnosti.

1. Osrednja dejavnost agencije je akreditiranje študijskih programov in visokošolskih zavodov ter njihovih sprememb in zunanja evalvacija višjih strokovnih šol, zato je bil pomemben delež aktivnosti agencije v letu 2010 usmerjen na pripravo in sprejem meril za zagotavljanje kakovosti.
2. Ob začetku delovanja je agencija prevzela v dokončanje vloge za akreditacijo, ki so jih visokošolski zavodi vložili še na prejšnji Svet Republike Slovenije za visoko šolstvo. Tako je agencija v času svojega delovanja obravnavala oziroma še obravnava 255 vlog za prvo akreditacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov, od katerih jih je bilo 106 že akreditiranih. Med temi je večina vlog, ki so bile vložene še na prejšnji Svet Republike Slovenije za visoko šolstvo in na agencijo pred 2. decembrom 2010 – torej pred veljavnostjo novih meril za akreditacijo. V skladu z novimi merili – tj. po 2. decembru 2010 je bilo vloženih skupaj 151 vlog za prvo akreditacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov (od 255 v obravnavi) – od teh je bilo 20 študijskih programov že akreditiranih.
3. Konec leta 2010 je agencija prvič posredovala visokošolskim zavodom obvestilo za vložitev vlog za podaljšanje akreditacije visokošolskih zavodov in študijskih programov, ki jim je potekla akreditacija konec leta 2011. Od pričakovanih 67 vlog je bilo na agencijo vloženih 42 vlog – od tega 5 vlog zaradi izredne evalvacije.
4. V letu 2011 je agencija začela tudi z izvajanjem zunanjih evalvacij 7 višjih strokovnih šol.
5. Februarja 2011 je agencija začela z usposabljanjem kandidatov za uvrstitev v register strokovnjakov. Kandidati so se prijavili na osnovi javnega poziva. Izvedenih je bilo že pet usposabljanj, v register agencije pa je uvrščenih 122 strokovnjakov. Agencija skrbi tudi za nadaljnje usposabljanje svojih strokovnjakov, zato je novembra 2011 organizirala posvet na temo zagotavljanja kakovosti v visokem šolstvu, kjer so svoje izkušnje predstavili domači in tuji strokovnjaki

## Kam gremo?

S svojim *poslanstvom* si je agencija zadala za nalogo, da bo skrbela za razvoj in delovanje sistema zagotavljanja kakovosti v slovenskem visokem šolstvu. Deluje vsebinsko in formalno odgovorno ter svetovalno do vseh deležnikov in

udeležencev v terciarnem izobraževanju v skladu z evropskimi in svetovnimi smermi razvoja.

*Vizija* agencije je, da bo s sistemom razvoja zagotavljanja kakovosti pripomogla k temu, da bo visoko šolstvo v Sloveniji izobraževalno in raziskovalno kakovostno, mednarodno prepoznavno, konkurenčno in enakovredno vključeno v svetovni visokošolski prostor.

Agencija bo pri svojem delu težila k doseganju vrednot *neodvisnosti, odgovornosti, javnosti in transparentnosti, strokovnosti, učinkovitosti in zavezano-  
sti k napredku*.

Nadaljnji razvoj agencije bo sledil naslednjim *strateškim ciljem*: razvoj in delovanje sistema zagotavljanja kakovosti, spremljanje napredka in utrjevanje kulture kakovosti visokega šolstva, umeščanje in prepoznavanje vloge, pomena in kakovosti delovanja agencije v javnosti, soustvarjanje in razvoj politike visokega šolstva na področju kakovosti, spodbujanje kakovosti transnacionalnega izobraževanja, vključitev agencije v mednarodna združenja (ENQA in EQAR) in zagotavljanje visoko kakovostnih svetovalnih storitev agencije s strokovno usposobljenimi kadri.

Agencija bo še naprej ohranjala svojo neodvisnost, delovala javno in transparentno ter seznanjala javnosti z rezultati svojega dela, tesno sodelovala z deležniki v visokem šolstvu, tako v pripravi aktov kot skrbi za nenehno izboljševanje postopkov presoje kakovosti, analizirala in razvijala delovanje visokošolskega sistema za zagotavljanje kakovosti ter izmenjevala izkušnje z drugimi agencijami za zagotavljanje kakovosti in omrežji na tem področju.

## **Predstavitev dokumenta »Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje 2011 do 2020«: Izzivi za management zdravstvene nege in management v visokošolskem izobraževanju**

Overview of the document 'National strategy of nursing care development in the Slovenian health care system for the period 2011–2020': challenges for the nursing and higher education managements

dr. Saša Kadivec, dr. Brigita Skela Savič, Zdenka Kramar, mag. Branko Bregar, Darinka Zavrl Đananovič, Irena Buček Hajdarevič, Jelka Černivec, Martina Horvat, Darinka Klemenc, Gordana Lokajner, Olivera Masten Cuznar, Andreja Peternelj, mag. Zdenka Tičar, člani delovne skupine Ministrstva za zdravje

### **IZVLEČEK**

*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: izobraževanje, menedžment in vodenje, informatizacija, pravna ureditev in razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. 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.*

### **SUMMARY**

*Strategy of development in medical care and service in the system of health protection in RS for 2011 till 2020 defines the vision, baseline courses and strategic goals in medical care development. It represents the found document of medical care and service that also serves as a frame and base for preparation of other documents in development planning. In this document areas are defined that are in common and important for functioning and development of medical care and service on all stages and work environments: education, management and leadership, information, legal arrangements and development of medical care and services activities. This strategy is a live document that will change, progress and enrich in accordance with European, world and professional trends in all areas that will effect the development of medical care and service.*

## 1 Uvod

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje 2011 do 2020 (Kadivec idr., 2011) je dokument, ki smo ga pripravljali 2011. Razlog za strategijo so bile spremembe, katerim smo priča v zadnjih letih. V njej so opredeljena ključna področja, ki so pomembna za razvoj zdravstvene nege in oskrbe: izobraževanje, menedžment in vodenje, informatizacija, pravno področje, razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Strategija ZNO 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 (Kramar, 2011). V nadaljevanju bo strategija predstavljena po delovnih področjih.

## 2 Strateška področja

### 2.1 Izobraževanje

Področje izobraževanja zavzema pomembno mesto v dokumentu »Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva za obdobje 2011 do 2020« in je na tovrstnem posvetu že bilo predstavljeno v 2011 (Skela Savič in Klemenc, 2011; Požun in Skela Savič, 2011).

#### 2.1.1 EU direktiva in njene dopolnitve

Obvezna usmeritev, hkrati pa tudi minimalni standard za izobraževanje nosilke/ca zdravstvene nege v Sloveniji, diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika (v nadaljevanju dipl. m. s.) je EU direktiva za regulirane poklice 2005/36/EC. V Sloveniji je izobraževanje, ki zadosti minimalnim standardom direktive, izobraževanje na visokošolski ravni.

Smo v obdobju, ko se EU direktiva 2005/36/EC dopolnjuje v okviru tako imenovanega dokumenta »Green paper«, ki upošteva potrebe po izobraženosti izvajalcev zdravstvene nege danes in v prihodnosti. Dopolnitve potekajo preko Evropske komisije od 2010 naprej. V dokumentu Council of the European Union (2011) so predlagane dopolnitve direktive, ki bodo pojasnile nekatera vprašanja v državah EU. Tista, ki bo v Sloveniji razrešila vprašanje glede visokošolskega izobraževanja, je uvedba dvanajst letne predhodne splošne izobrazbe kot pogoj za začetek študija zdravstvene nege. Ključne argumente za dvig splošnega izobraževanja iz 10 na 12 let je dala raziskava OECD, kjer so raziskovali vlogo dipl. m. s. z naprednimi znanji (specializacija, magisterij) pri obravnavi kroničnih pacientov na primarni ravni. Raziskava pokaže, da ni razlike med izidi del in nalog, ki jih izvajajo zdravniki ali ustrezno usposobljene dipl. m. s. (OECD, 2010). S tem je bila dana jasna usmeritev, da mora

biti bazično izobraževanje za zdravstveno nego na visokošolski ravni in da je potrebno razvijati nadaljnja podiplomska znanja za prevzemanje novih vlog (specializacija, magisterij).

Pomembna dokumenta, ki podpirata dvig splošne izobrazbe za vstop v šolanje za poklic sta tudi »Global standards for the initial education of professional nurses and midwives« (WHO, 2009) in »Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization« (Buscher, Siversten in White, 2009). Upoštevana so bila spoznanja, da je bazična izobrazba ključnega pomena, da se lahko razvijajo formalna podiplomska znanja (specializacije, magisteriji, doktorati) in nove vloge dipl. m. s. v družbi (OECD, 2010).

### **2.1.2 Pomen mednarodnih standardov, priporočil in praks**

Iz vidika zagotavljanja kakovosti visokošolskega izobraževanja v Sloveniji je poleg upoštevanja EU direktive, ki predstavlja minimalne standarde za izvajanje izobraževanja za poklic, pomembno poznavanje mednarodnih dokumentov, ki opozorijo na kriterije in izide izobraževanja, kompetentnost diplomantov in promovirajo izobraževanje kot kontinuiran profesionalni razvoj, ki zagotavlja kakovost zdravstvene nege in pozitivne izide zdravstvene obravnave. Eden takih je Global Standards for the initial education of professional nurses and midwives (WHO, 2009), ki opozori na pomen izvajanja programa na vseh ravneh zdravstva, ki jih ima določena država in upoštevanje mednarodnih standardov in spoznanj na področju izobraževanja. Študenti zdravstvene nege naj imajo dobro predhodno izobrazbo v temeljnih vedah in matematiki, naj demonstrirajo veščine in sposobnosti dela s pacienti ter samostojnega učenja. Šole naj sprejemajo le tiste kandidate, ki imajo sposobnosti doseganja zahtev študijskega programa. Selekcija kandidatov naj bo določena z nacionalnimi predpisi.

Vidimo, da standardi ne omenjajo sistema izobraževanja v zdravstveni negi na srednješolski ravni, temveč na kakovostni bazični izobrazbi za vstop v poklic (WHO, 2009) in v primernosti kandidata za vstop v poklic (Guidance on professional conduct For nursing and midwifery students, 2012).

### **2.1.3 Kakovost izobraževanja v Sloveniji**

Uresničevanje strategije izobraževanja je osnova za doseganje vizije in ciljev profesionalnega razvoja v zdravstveni negi. Ključni pomen strategije izobraževanja v zdravstveni negi v Sloveniji je njena mednarodna primerljivost, uporaba primerov dobre in primerljive prakse (primeri držav, ki so primerljivi po velikosti populacije in velikosti države), postavitve standardov izobraževanja na podlagi Evropskih standardov kakovosti visokošolskega izobraževanja idr. Dober primer spremljanja izobraževanja in regulacije vpisa so standardi Britanskega združenja v zdravstveni negi, »Standards for pre-registration nursing education« (Nursing and Midwifery Council, 2010) ter ostali spremljajoči standardi, priporočila, navodila, ki so navedena v tem dokumentu, ki opredel-



juje nadgradnjo minimalnih zahtev izobraževanja po EU direktivi za regulirane poklice iz vidika varnosti pacientov, pogojev za učitelje, klinične mentorje, pogoje za vpis v program, pogoje za izvajanje kliničnega usposabljanja idr. Podobno vlogo morata v Sloveniji zavzeti in oblikovati Zbornica – Zveza in Ministrstvo za zdravje. Temu je potrebno prilagoditi visokošolsko zakonodajo, ki omogoča regulacijo vpisa za družbeno pomembne poklice, kamor sodijo regulirani poklici v EU. Današnji poskusi regulacije vpisnih mest, ki smo jim priča, naletijo na negativne odzive in so v nasprotju s prakso v tujini.

Znanje in usposobljenost kadrov v zdravstveni negi je prva osnova, da bo zdravstvena nega lahko pričela delovati kot na dokazih temelječa stroka in bo lahko sledila potrebam v družbi na različnih področjih, kot so: problemi staranja družbe, povečanje kroničnih bolezni v družbi, potrebe po dolgotrajni oskrbi in vzdržnem sistemu zdravstvene oskrbe, ustrezno izobražen in usposobljen kader idr (WHO, 2009a). To se danes od medicinskih sester pričakuje.

Regulirani poklici iz EU direktive 2005/36/EC in njihovo poenoteno izobraževanje predstavljajo zagotovljen nivo minimalnega znanja iz vidika zagotavljanja zdravja populacije in širše družbene odgovornosti navedenih poklicev v EU. V Sloveniji je bilo v zadnjih šestih letih akreditiranih pet visokošolskih zavodov za področja izobraževanja diplomiranih medicinskih sester, kljub temu, da je državna študija IVZ (Albreht, 2004) pokazala, da je potrebno vpis na obstoječih zavodih povečati za 15% in poleg tega doseči priliv dodatnih 40 diplomantov na leto (nova šola, uvoz delovne sile iz EU). Danes je posledica delovanja osmih šol velika dostopnost študija in različna prehodnosti v višji letnik, prav tako je vprašljiva zaposljivost bodočih diplomatov (brezposelnost po podatkih Zavoda za zaposlovanje RS na dan 31. 12. 2012 je 80 dipl. m. s.), ki šele prihajajo na trg delovne sile. Ustanavljanje šol na področju reguliranih poklicev, zlasti na področju zdravstvene nege, je v tujini skrbno načrtovano in podprto:

- z verodostojnimi predhodnimi nacionalnimi raziskavami, ki utemeljijo potrebo po novi šoli in njenih diplomatih,
- s projekcijo potreb po diplomatih za daljše obdobje v državi,
- z ustrezno zasedbo visokošolskih učiteljev zdravstvene nege, ki imajo pedagoške in raziskovalne kompetence,
- z analizo usposobljenosti kliničnih okolij, ki imajo status učne baze (število mest za klinično usposabljanje, število kliničnih mentorjev) za izvedbo študijskega programa novega visokošolskega zavoda,
- z analizo ustreznosti, različnosti in številčnosti kliničnih okolij, kjer se izvaja klinično usposabljanje (primarni, sekundarni, terciarni nivo zdravstvene dejavnosti),
- z kadrovsko, raziskovalno in mednarodno usposobljenostjo, kar omogoča pogoje za akademizacijo profesije in nadaljnji razvoj visokošolskega zavoda,
- idr (Nursing and Midwifery Council, 2010; WHO, 2009; Guidance on professional conduct For nursing and midwifery students, 2012).

Izobraževanje za regulirane poklice se ne sme razvijati po regijski inerciji, temveč mora slediti državnim potrebam, zagotovljeni morajo biti zgoraj navedeni standardi, vpis naj bo številčno reguliran s strani države, podlage za to naj bodo nacionalne študije o potrebah teh kadrov v zdravstvu v prihodnosti. Pri določanju števila vpisanih študentov na šolo na letni ravni je potrebno upoštevati poleg zmogljivosti kliničnih okolij še racionalnost izvedbe programov, kamor sodi presoja o potrebnem številu šol iz vidika izpolnjevanja kriterijev za neposredno pedagoško obveznost učiteljev kot so: število seminarских skupin, število skupin za vaje in klinično usposabljanje, financiranje izbirnih predmetov in drugih dejavnosti, ki so opredeljene v Uredbi o javnem financiranju visokošolskih in drugih zavodov (Uradni list RS, 7/2011), kot so pedagoška in z njo povezana znanstvenoraziskovalna, umetniška in strokovna dejavnost, knjižničarska, informacijska, organizacijska, upravna in druga infrastrukturna dejavnost. Financiranje študijskih programov ima fiksni in variabilni steber financiranja. Variabilni del je povezan s funkcijo kazalnika učinkovitosti, funkcijo kazalnika prehodnosti iz prvega v drugi letnik in funkcijo kazalnika mednarodnega sodelovanja. Razvojni steber financiranja je vezan na raznovrstnost, internacionalizacijo, kakovost in socialno razsežnost zavoda in slovenskega visokošolskega prostora.

Iz opisa financiranja visokošolskega zavoda je jasno, da mora šola imeti zadostno kritično maso učiteljev in raziskovalcev ter podpornega osebja, ki na osnovi razvojnega in raziskovalnega dela lahko spremljajo in izboljšujejo lastno delo ter izvajajo znanstveno raziskovalno dalo v povezavi s kliničnim okoljem ter tako dosežejo kriterije financiranja.

*Že Resolucija o nacionalnem programu visokega šolstva 2011-2020 (Uradni list RS, št. 41/2011) narekuje, da za določanje števila vpisanih mest za študijske programe, ki izobražujejo za regulirane poklice EU, izobraževanje za učitelje in poklice, pomembne za življenje in zdravje ljudi, bo v prihodnosti potrebno pridobiti soglasje Vlade RS oz. pristojnih ministrstev ali teles za regulacijo. Za poklic diplomirana medicinska sestra je pristojno telo za regulacijo Ministrstvo za zdravje, ki je skupaj z Zbornico-Zvezo in Razširjenim strokovnim kolegijem za zdravstveno nego že izrazilo skrb o številu vpisanih mest na visokošolske programe zdravstvene nege tako za študijsko leto 2011/2012, kot za 2012/2013. Stroka zdravstvene nege o tem vprašanju ostaja enotna. Izobraževanje za reguliran poklic ne sme biti povezano z regijsko politiko, temveč z izkazanimi potrebami po tem profilu na državni ravni ter dejanskimi možnostmi za izobraževanje (Zbornica Zveza, 2012).*

Jasno si je potrebno zastaviti vprašanje o racionalnosti razpršitve programov v Sloveniji in ne mešati dela v manjših skupinah, kar je pogoj za izvedbo študijskega programa iz zdravstvene nege, s skupnim številom vpisanih študentov. Delati je potrebno v manjših skupinah, če ima zavod 40 ali 150 študentov. Sprejemljiv vpis na program zdravstvene nege, ki omogoča še racionalno delovanje v drugem in tretjem letniku iz vidika prehodnosti in zagotavljanja ustreznega števila ur učiteljem za neposredno pedagoško obveznost na specialnih področjih programa, je vpis najmanj 90 rednih študentov na študijsko

leto. Zavedati se je potrebno, da si mora visokošolski zavod zgraditi razvojno in raziskovalno jedro, ki šoli omogoča uresničevanje kazalnikov financiranja, oblikovanje raziskovalne skupine, vpetost v mednarodni prostor, kreiranje kritične misli, sposobnost oblikovanja raziskovalnih problemov in multiprofesionalnega povezovanja. Šola ni samo izvajalec študijskega programa, temveč mora pomembno prispevati k širitvi razvojno raziskovalne perspektive v sodelovanju z domačim in mednarodnim okoljem. Raziskava Arieli in drugi (2009) pokaže tri dejavnike, ki usmerjajo razvoj zdravstvene nege v visokošolskem zavodu: status zdravstvene nege in medicinskih sester v visokošolskem zavodu, vloga raziskovanja in kritičnega mišljenja v izobraževalnem procesu, značilnosti študentov, ki se lahko vpišejo na program zdravstvena nega in percepcija »idealne medicinske sestre v družbi«.

Z ustanavljanjem majhnih šol v Sloveniji, ki bodo na robu preživetja, ne bomo dosegli razvojnega premika in tako priporočenega povezovanja med managementom visokošolskega zavoda in managementom zdravstvenih zavodov na področjih kot jih navajajo Danna, Schaubhut in Jones (2010): promocija raziskovanja, narediti delo v visokem šolstvu privlačno, delitev resursov, povečati in izboljšati komunikacijo, kar bo osnova za oblikovanje skupnih raziskovalnih in razvojnih projektov (Skela Savič, 2011). Prav tako ne bomo dosegli domače in mednarodne raziskovalne prepoznavnosti in ne bomo uspeli dokazati doprinosa znanja v zdravstveni negi na osnovi kliničnih raziskav.

Prav tako je potreben premislek o obsegu izobraževanja na srednješolski ravni. Za vstop v visokošolski program se priporoča dobro bazično znanje, zato je potrebno srednješolske programe na področju zdravstvene nege za določen del dijakov preoblikovati v programe za nadaljnji študij (zdravstvene gimnazije). Prav tako je potrebno vpisne pogoje na visokošolski študij poenotiti za vse dijake in tisti, ki nimajo srednje zdravstvene šole, naj ne bi več opravljali obvezni pripravljalni program za vstop v študij (propedevtični program), ker le to ni pogoj za vpis v program po EU direktivi, pogoj je le dvanajst let predhodnega bazičnega izobraževanja. Slovenijo čaka tudi izvedba sprejemnega razgovora za oceno primernosti kandidata za vstop v študij in kasneje v poklic.

## 2.2 Management in vodenje

Danes nihče več ne dvomi, da je menedžment eden od najpomembnejših dejavnikov učinkovitosti in uspešnosti v vsaki organizaciji, tako razmišljanje lahko prenesemo tudi v zdravstvene ustanove in neposredno tudi na področje zdravstvene nege. Danes se mora menedžment vsakodnevno soočiti z novimi izzivi. V slovenski zdravstveni negi je še vedno najpomembnejši izziv prepoznavnost in avtonomnost zdravstvene nege, podrejenost medicini in vzpostavitev take organizacijske strukture, da bo omogočena suverenost in avtonomnost stroke zdravstven nege. Zdravstvena nega še vedno ni ustrezno umeščena v sedanjo organiziranost zavodov. Potrebno je poudariti, da se je

menedžment zdravstven nege v zadnjih petih letih zelo hitro razvijal, predvsem zaradi vse večje zahtevnosti stroke, intenzivnosti dela, pomanjkanja medicinskih sester, ki so nosilke dejavnosti zdravstvene nege in tiste, ki največ doprinesejo k razvoju in prepoznavnosti zdravstvene nege. Ob tem je pomemben tudi izreden razvoj tehnologije v zdravstvu, razvoj drugih medicinskih strok, potrebe po izobraževanju in raziskovanju. Na razvoj menedžmenta v zdravstveni negi vpliva tudi stalne vse večje potrebe pacientov in njihovih svojcev.

Zaradi vse večjih zahtev in potreb, nenehnega spreminjanja in prilagajanja organizacije zdravstvene nege in ostalih virov morajo biti vodilne medicinske sestre ustrezno izobražene, imeti morajo dodatna znanja iz področju menedžmenta. Vodilne medicinske sestre v zdravstveni negi in oskrbi za zasedbo delovnih mest še vedno velikokrat nimajo ustreznega znanja in kompetenc s področja vodenja (Fakin, 2008; Skela Savič, 2002). 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.

Menedžerka mora imeti vizijo in cilje katerim bo na svoji poti sledila. Danes mora imeti menedžerka pogled vpert v prihodnost, znati mora preceniti katera je prava pot razvoja zdravstvene nege. Pri tem je pomembno, da ima izdelano strategijo s katero bo dosegla postavljene cilje. Mora znati motivirati zaposlene, da bodo sledili zastavljenimi cilji in strategiji. Pomembno je, da vzpodbuja izobraževanje vseživljenjsko učenje, raziskovanje in inovativnost. Mora znati prisluhniti zaposlenim in jih voditi v pravo smer. Voditi jih mora z zgledom. Vse to pa prispeva k dobri delavni klimi, zaposleni bodo bolj učinkoviti, zavzeti in si bodo prizadevali svoje delo izvajati kakovostno in varno.

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).

### **2.2.1 Strateški cilji na področju menedžmenta**

1. Vodenje zdravstvene nege in oskrbe mora biti avtonomno in naj bo integrirano na vse nivoje procesov zdravstvene oskrbe.
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.

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
4. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe mora razviti realna pričakovanja do znanja in kompetenc diplomantov programov prve stopnje, ki nimajo več pripravništva. Delodajalci morajo diplomantom pred začetkom samostojnega dela omogočiti uvajalno obdobje, ki ne sme biti krajše od 1 leta. Menedžerka zdravstvene nege in oskrbe naj si pridobi in upravlja razvojne vire (kadri, sredstva, oprema).

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

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

### **2.2.3 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.
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.
3. Potrebna je postopna zamenjava v kadrovski 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.
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. Razvijanje perspektivnih kadrov bo potekalo v dveh smereh, na področju stroke in na področju vodenja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe

7. 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.
8. 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.

## **2.3 Informatizacija**

### **2.3.1 Opis sedanjega stanja**

V sklopu strategije informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema (e-zdravje), je predvidena tudi informatizacija zdravstvene nege. Kljub računalniški opremljenosti zdravstvenih zavodov, je področje zdravstvene nege in oskrbe informacijsko slabo pokrito in nedorečeno. Problem predstavljajo različne informacijske rešitve v praksi zdravstvene nege, katere so bile razvite znotraj zdravstvenih ustanov izključno za lastne potrebe ali pa za potrebe zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene statistike. Dodatno oviro predstavlja tudi neenotnost v poimenovanju postopkov in nedefinirana uporaba pojmov v procesu zdravstvene nege na nivoju države. Vsebinska razhajanja so prisotna celo znotraj posameznih strokovnih področij zdravstvene nege. Glavna pomanjkljivost obstoječih informacijskih rešitev za področje zdravstvene nege in oskrbe je v neprimerljivosti in nepovezljivosti.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000, predvideva za področje zdravstvene nege dve nacionalni statistični zbirki podatkov. To sta Evidenca patronažne zdravstvene nege IVZ 6 (EPZN IVZ 6) in Evidenca zdravstvene nege IVZ 6.1 (EZN IVZ 6.1). Prva zbirka je zastarela, saj sega v leto 1959 in ne sledi več potrebam stroke, niti ne zahtevam zdravstvene statistike. Druga zbirka pa vse do danes še ni bila osnovana.

### **2.3.2 Vizija informatizacije zdravstvene nege**

S poenotenim informacijskim sistemom v zdravstveni negi bo dosežena večja kakovost in učinkovitost dela, transparentnost, racionalizacija in varnost. Kvalitetnejši nabor podatkov bo podpora managementu pri planiranju dela, potreb po kadru in načrtovanju izobraževanja. Primerljivi in objektivno zbrani podatki bodo tudi temelj raziskovanja in nadaljnega razvoja stroke. Nenazadnje je poenotenje informacijskih rešitev pogoj za vzpostavitev zbirk s področja zdravstvene nege in za nadaljevanje prenove že obstoječe zbirke podatkov.

### **2.3.3 Strateški cilji**

Kot prvo in najpomembnejše je poenotenje stroke pri uporabi in poimenovanju pojmov v praksi. Z izborom najprimernejših informacijskih rešitev v praksi in z naborom predlogov in potreb stroke, je potrebno v sodelova-

nju s strokovnjaki MZ in IVZ, izpeljati nadgradnjo obstoječih informacijskih rešitev in izvesti dodatno izobraževanje zaposlenih v dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe. Pravočasno je potrebno dopolniti zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva za vzpostavitev zbirke podatkov 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. Vse aktivnosti v zvezi s predpripravo in samo izvedbo bodo zato 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. Vzpostavitev enovitega informacijskega sistema za področje zdravstvene nege je ena od prioritet strategije razvoja zdravstvene nege in oskrbe do leta 2020.

## 2.4 Pravno področje

Danes je jasno, da so sistemi zdravstvenega varstva povsod v svetu v krizi. V Sloveniji se srečujemo z povečanimi potrebami po storitvah zdravstvenega varstva na eni strani in pomanjkanjem sredstev za zagotavljanje teh storitev na drugi strani. Potrebne bodo obsežne reforme, s katerimi se država sooča že desetletje (Giaimo in Manow, 1999; Albreht in Klazinga, 2002; Bohinc in Cibic, 2005). Izkazalo se je, da je zelo težko doseči reforme, tudi zaradi različnih interesov, ki vladajo v tem prostoru odločanja. Zaposleni v zdravstveni negi pri nas nismo prepoznani kot močna interesna skupina, ki bi lahko s svojimi odločitvami bistveno prispevali k preoblikovanju učinkovitejšega sistema zdravstvenega varstva (Živkovič, Pezdir et al. 2007). Zdravniška zbornica, Lekarniška zbornica in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije nasproti uporabnikov predstavljajo močne interesne skupine pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema v Sloveniji (Albreht in Klazinga, 2002; Uranič, 2006; Živkovič, Pezdir, Mrkalič in Hočevnar, 2007). V kolikor prištejemo v ta sistem uravnavanja interesov še državo, ki preko svojih vzvodov skrbi za ravnotežje med različnimi interesi, potem gre za tripartitni sistem upravljanja, kjer država skrbi, da te interese usklajuje na tak način, da je sam sistem vzdržen in zagotavlja dolžnosti, pravice in koristi vsem udeleženi (Uranič, 2006).

Zaposleni v zdravstveni negi lahko s svojim znanjem in izkušnjami pomembno prispevajo k oblikovanju učinkovitejšega sistema zdravstvenega varstva (Warner Rains, 2003; Zauderer, Ballestas, Cardoza, Hood in Neville, 2008). V Sloveniji je bila v letu 2011 sprejeta Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Eno izmed strateških področij razvoja, ki so pomembna za delovanje in razvoj zdravstvene nege in oskrbe je tudi doseganje takšne pravne ureditve, ki bo omogočala enakovrednejša razmerja med različnimi

skupinami, ki zdaj obvladujejo prostor odločanja v sistemu zdravstvenega varstva. Bistven premik na tem področju je prinesel vstop Slovenije v EU, saj je morala država s tem korakom tudi uskladiti svojo zakonodajo z zahtevami EU. S tem korakom smo zaposleni v zdravstveni negi lažje postavljali, zahtevali in sodelovali v različnih postopkih odločanja v sistemu zdravstvenega varstva (Bregar, 2010). Vendar še vedno ostaja nekaj nedoseženih strateških ciljev, ki so opredeljeni v strategiji:

- Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe mora biti s svojimi predstavniki prisotna pri izdelavi zakonskih in podzakonskih aktov, ki urejajo področje zdravstvenega varstva, z namenom ne samo zagovarjati koristi lastne stroke, ampak predvsem biti pozoren na zagotavljanje pravic in aktivno vključevanje tistih, ki jim je sistem zdravstvenega varstva namenjen - uporabnike. Spremembe, ki z osredotočenjem na uporabnike temeljito spreminjajo obstoječe procese zagotavljanja zdravstvenih storitev, zlasti v javnih sistemih, imenujemo »konzumerizacija zdravstva« (Laing in Hogg, 2002). Prav tako je potrebno doseči, da so izvajalci zdravstvene nege vključeni v vsa telesa in organe pri MZ ali drugje, kjer se oblikuje zdravstvena politika.
- Nujno je potrebno sprejeti lasten zakon, ki bo pravno uredil položaj zdravstvene nege. Mednarodne organizacije s področja zdravstvene nege pozivajo države naj dejavnost zdravstvene nege pravno uredijo. Zakonska ureditev je v korist uporabnikom, v nasprotnem primeru lahko za uporabnike predstavlja veliko tveganje. Prav tako je zakon potreben za enakovreden razvoj stroke v primerjavi z ostalimi v sistemu zdravstvenega varstva in mora zagotoviti najvišjo možno raven kakovosti zdravstvene nege in oskrbe v državi glede na razpoložljivost vseh virov.
- V mrežo javne zdravstvene dejavnosti je nujno potrebno vključiti tisti del dejavnosti zdravstvene nege, ki predstavlja samostojnejši del: neakutno bolnišnično zdravstveno obravnavo v okviru negovalnih bolnišnic/oddelkov, mrežo patronažne službe, mrežo reševalnih prevozov, mrežo referenčnih ambulant, zdravstveno nego in oskrbo v institucionalnem varstvu.
- V zadnjem času se tudi pri nas kaže vse večja potreba, da bo prišlo do prenosa nekaterih kompetenc z zdravnika na diplomirano medicinsko sestro, kljub temu, da za enkrat veliko interesa med zdravniki še ne obstaja. Vendar, lahko dosežemo, da s prenosom določenih kompetenc z medicine na zdravstveno nego, kot to poznajo nekatere tuje države, bi lahko zdravstveno varstvo postalo dostopnejše uporabnikom (Beecham, 2000). Zato je nujno potrebno, tudi zaradi pravne varnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, prenos kompetenc zakonsko omogočiti.
- Specializacije so naslednje področje, ki ga je potrebno nujno pravno urediti, tudi z vidika, da se oblikovanje različnih specializacij pospeši, predvsem z vidika onemogočanja s strani medicine, ki vidi v tem le izgubo svojih položajev in ne doprinos k učinkovitejšem in bolj racionalno organiziranem zdravstvenem sistemu.
- 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. 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.

## 2.5 Strategija razvoja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe

Z razvojem stroke zdravstvene nege postajamo izvajalci zdravstvene nege vedno bolj izobraženi in s tem sposobni prevzemati tudi večje odgovornosti. Izvajalci zdravstvene nege, samostojno delujemo na vseh ravneh zdravstvene vzgoje ter promoviramo zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. S promocijo zdravja 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. To lahko dosegamo kot koordinatorji različnih obravnav in oskrbe. V patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra koordinatorica 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).

Vizija ZNO je nenehno nadgrajevanje znanja in razvoj na dokazih temelječe zdravstvene nege in oskrbe. 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. Zato je potrebno:

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, 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 ter na druga področja in vsa druga, kjer bo prepoznana možnost prenosa poklicnih aktivnosti na diplomirano medicinsko sestro (paliativna oskrba, vodenje pacienta z rakom, koordinacija različnih obravnav, oblikovanje in uvajanje prepoznanih sodobnih modelov zdravstvene obravnave, promocija in krepitev zdravja v družbi.;
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.
  4. 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, Peternej in sod., 2006).
  5. 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.
  6. 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).

### 3 Zaključek

Uresničevanje vizije in strateških ciljev v prihodnosti bo zahtevalo veliko napora od ustanov, v katerih medicinske sestre delujejo in se izobražujejo. Prav tako je velika odgovornost na tistih institucijah, ki določajo standarde za izobraževanje medicinskih sester. Pri izvajanju strateških ciljev ima pomembno vlogo vodstvo zdravstvenih ustanov. Bolj kot karkoli pa uresničevanje strategije zahteva veliko napora od vseh delujočih v zdravstveni negi (Kramar, 2011).

#### Literatura

Albreht T, Klazinga N. Health manpower in Slovenia: A policy analysis of the changes in roles of stakeholders policy analysis of the changes in roles of stakeholders and methodologies. *J Health Polit Policy Law* 2002; 27(6): 1001 - 22.

- Albrecht T. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2004.
- Arieli D, Friedman VJ, Hirschfeld MJ. The establishment of an academic nursing faculty: action research in Israel. *Int Nurs Rev* 2009; 56(3): 299 – 305.
- Beecham L. UK health secretary wants to liberate nurses' talents. *BMJ* 2000; 320: 1025.
- Bohinc M, Cibic D. Country profile: Slovenia. *Nurs Ethics* 2005;12(3): 317 – 22.
- Bregar B. Pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema [magistrsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2010.
- Buscher A, Siversten B, White J. Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization. 2009. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/114157/E93980.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf) (18. 2. 2012).
- Council of the European Union. Proposal for a Directive of The European Parliament and of The Council amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation on administrative cooperation through the Internal Market Information System. Brussels, COM, 2011, 883 final.
- Danna D, Schaubhut RM, Jones JR. From Practice to Education: Perspectives from three nurse leaders. *J Contin Educ Nurs* 2010; 41(2): 83-7.
- European Union, EU Parliament and Council. Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC. Brussels: EU Parliament and Council; 2005.
- Fakin, S. Razvoj organizacijske kulture, ki podpira pričakovanja uporabnikov storitev. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj. Dnevi Angele Boškin*; 2008 10 – 11; Bled, Slovenija. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2008.
- Giaimo S, Manow P. Adapting the welfare state: The case of health care reform in Britain, Germany, and the United States. *Comp Polit Stud* 1999; 32: 967 - 1000.
- Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarevič I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D, et al. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2011.
- Kramar Z. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. *Obzor Zdrav Neg* 2011; 45(3).
- Laing A, Hogg G. Political Exhortation, Patient Expectation and Professional Execution: Perspectives on the Consumerization of Health Care. *British Journal of Management* 2002; 13: 173 - 88.
- Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo. Novica: Nacionalni posvet o visokem šolstvu 2012 »Diverzifikacija visokega šolstva. 2012. Dostopno na: [http://www.mvzt.gov.si/nc/si/medijsko\\_sredisce/novica/article/94/7217/299ccced81/](http://www.mvzt.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/94/7217/299ccced81/) (8. 2. 2012).
- Nursing and Midwifery Council. Standards for pre-registration nursing education. 2010. Dostopno na: <http://standards.nmc-uk.org/PublishedDocuments/Standards%20for%20pre-registration%20nursing%20education%2016082010.pdf> (18. 2. 2012).

- Nursing and midwifery Council. Guidance on professional conduct: For nursing and midwifery students. 2012. Dostopno na: <http://www.nmc-uk.org/Documents/Guidance/Guidance-on-professional-conduct-for-nursing-and-midwifery-students-September-2010.PDF> (18. 2. 2012).
- OECD Health Working Papers No. 54: "Nurses in Advanced Roles - A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", July 2010. Dostopno na: <http://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/54-en.html> (18. 2. 2012).
- Požun P, Skela Savič B. Mednarodne usmeritve, priporočila in predpisi na področju podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi - OECD, EU direktiva za regulirane poklice, WHO, EFN in ICN. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurb J, Skinder Savič K, eds. Moja kariera – quo vadis: specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino. 4. posvet z mednarodno udeležbo; 2011 Mar 8; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 34-44.
- Resolucija o nacionalnem programu visokega šolstva 2011-2020. Uradni list RS, št. 41/2011. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201141&stevilka=1974>, (19. 2. 2012).
- Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.
- Skela Savič B, Klemenc D. Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje od 2011 do 2020. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurb J, Skinder Savič K, eds. Moja kariera – quo vadis: specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino. 4. posvet z mednarodno udeležbo; 2011 Mar 8; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011:20-33.
- Skela Savič B. Vloga vodij pri razvoju profesije. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurb J, Skinder Savič K, Zaletel M, Bregar B, et al., eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo 4. mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. 2011; Jun 9 – 10; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 85-96.
- Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu. [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2002.
- Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu. [doktorsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2007.
- Uranič J. Privatizacija zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2006.
- Uredbi o javnem financiranju visokošolskih in drugih zavodov. Uradni list RS, 7/2011. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=102064> (19. 2. 2012).
- Warner Rains J. A phenomenological approach to political competence: Stories of nurse activists. Policy Polit Nurs Pract 2003; 4: (2): 135 - 43.
- World Health Organization. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives, 2009. Dostopno na: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf) (18. 2. 2012).

Zauderer CR, Ballestas HC, Cardoza MP, Hood P, Neville SM. United we stand: preparing nursing students for political activism. JNY State Nurses Assoc 2008; 39(2): 4-7.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pojasnilo Zbornice-Zveze Varuhu človekovih pravic glede vpisa v študij zdravstvene nege v študijskem letu 2012/2013, februar 2012. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/Dokument.aspx?ID=133> (19. 2. 2012).

Živkovič A, Pezdir R, Mrkalič M, Hočevar F. Je slovenski zdravstveni sistem pred zlomom? Analiza in priporočila nosilcem slovenske ekonomske in zdravstvene politike. Zdravstvena ekonomika 2007; 1(1).

# Academic standards and competencies for Masters and PhDs in nursing: an example from Swansea University UK

dr. Fiona Murphy

## ABSTRACT

*This paper will draw on the experience of the College of Human and Health Sciences, Swansea University, United Kingdom in developing and providing post-graduate courses for nurses. It will provide a brief overview of how graduate and post-graduate education developed over the last 20 years in this institution and briefly some of the challenges that were to be overcome.*

*Utilising the framework for higher education in the UK (QAA 2008), the paper will compare the UK framework with the FQ-EHEA cycles (Bologna process) and then identify examples of Masters and PhD programmes available to nurses in Swansea. The academic standards and competencies for Master's and Doctoral programmes will be compared and contrasted to highlight the knowledge, intellectual and key skills that graduates will be expected to develop and achieve through following these programmes. Specifically, the paper will then provide detail on the Masters in Nursing course and the Professional Doctorate programmes (Rolfe and Davies 2009) which are offered at Swansea University to provide examples of post-graduate study opportunities open to nurses.*

### Key words

*Bologna process, postgraduate study, nursing*

## References

Quality Assurance Agency. The framework for higher education qualifications in England, Wales and Northern Ireland. QAA. Mansfield. 2008. Available at: <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/FHEQ08.pdf>

Rolfe G, Davies R. The second generation professional doctorate for nurses: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 1265–73. Available at: [http://www.doctorsofnursingpractice.org/cmsAdmin/uploads/second\\_generation\\_professional\\_doctorates\\_in\\_nursing.pdf](http://www.doctorsofnursingpractice.org/cmsAdmin/uploads/second_generation_professional_doctorates_in_nursing.pdf)

---

dr. **Fiona Murphy** PhD, MSc, BN, RGN, HV, NDN, RCNT, PGCE (FE)  
Senior Lecturer  
College of Human & Health Science  
Swansea University  
Wales, UK.  
[f.murphy@swan.ac.uk](mailto:f.murphy@swan.ac.uk)

# Pogled managementa zdravstvene nege na kakovost izobraževanja v zdravstveni negi: Kakšne so potrebe in pričakovanja glede kompetenc in sposobnosti v kliničnem okolju na vseh treh bolonjskih stopnjah?

Opinions of nursing management on the quality of nursing education—what are the needs and expectations for nursing competences and skills in the clinical environment for the three cycles of higher education?

Dr. Saša Kadivec, Zdenka Kramar, mag. Hilda Maze, Erna Kos Grabnar,  
Stalna delovna skupina RSKZN za bolnišnično zdravstveno nego

## IZVLEČEK

*Danes se vse bolj zavedamo, da je vlaganje v znanje investicija, ki se vedno v večkratniku povrne. Poklic medicinske sestre je reguliran poklic, način študija je točno opredeljen, opredeljeno je število teoretičnih ur in število ur kliničnega usposabljanja. Menedžment v zdravstvenih ustanovah upravičeno pričakuje, da bodo diplomanti na začetku svoje karijerne poti imeli bazična znanja na področju zdravstvene nege, da bodo samostojni pri izvajanju nekaterih aktivnosti in da bodo pri delu upoštevali etična načela, komunikativnost in humanost. Prav tako je pomembna umestitev magistric in doktoric zdravstvene nege v sistem. V prispevku so razmišljanja štirih pomočnic direktorja za področje zdravstvene nege o pričakovanjih in potrebah na vseh treh bolonjskih stopnjah.*

## 1 Uvod

Danes se na področju menedžmenta in vodenja zdravstvene nege trudimo za doseganje sodobne, na dokazih temelječe zdravstvene nege in oskrbe, ki bo osredotočena na potrebe pacienta, družine in širše družbene skupnosti. Temeljna usmeritev delovanja zdravstvene nege je kakovostna, varna, učinkovita in humana zdravstvena nega. Za obvladovanje poslovanja in vodenja je nujno

---

### dr. Saša Kadivec

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik,  
e-pošta: sasa.kadivec@klinika-golnik.si

### Zdenka Kramar

Splošna bolnišnica Jesenice, e-pošta:zdenka.kramar@sb-je.si

### mag. Hilda Maze

Splošna bolnišnica Celje, e-pošta: hilda.maze@guest.arnes.si

### Erna Kos Grabnar

Univerzitetni klinični center Ljubljana, e-pošta: erna.kos@kclj.si

Stalna delovna skupina RSKZN za bolnišnično zdravstveno nego

potrebno, da ima managerka v zdravstveni negi 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 (Kadivec idr., 2011).

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe 2011-2020 (Delamaire in Lafortune, 2010) je glede pridobivanja znanja zapisano:

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.

1. Potreben je razvoj vertikale 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 (Skela Savič, 2007), 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.
2. Magistricе 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.
3. 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.

Kakšna so pričakovanja slovenskega managementa zdravstvene nege glede kompetenc in sposobnosti diplomantov vseh treh stopenj bolonjskega študija, je razvidno iz treh prispevkov treh pomočnic direktorja za področje zdravstvene nege: UKC Ljubljana, Splošne bolnišnice Celje, Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) in Splošne bolnišnice Jesenice.



## 2 Razmišljanja managementa zdravstvene nege štirih slovenskih bolnišnic

### 2.1 Univerzitetni klinični center Ljubljana

UKC Ljubljana je bolnišnica na sekundarni in terciarni ravni s trojnim poslanstvom: nudenje kakovostne, varne zdravstvene oskrbe, izvajanje pedagoške in raziskovalne dejavnosti.

Področje zdravstvene nege je v celoti vpeto v izvajanje strokovnega kliničnega dela, to je v izvajanje neposredne in posredne zdravstvene nege ter v pedagoški proces. Mnogo manj pa smo medicinske sestre prisotne na raziskovalnem področju, še posebno ne za potrebe lastne stroke. Vključujemo se v klinično preizkušanje zdravil, kjer so nosilci zdravniki; zadnja tri leta pa vse bolj uspešno v interno razpisane terciarne projekte, kjer prijavljamo svoje teme. Sistematičnega raziskovalnega dela do sedaj še nismo razvili. Govorimo lahko zgolj o zametkih.

Z novimi diplomanti na 2. in 3. bolonjski stopnji postavljamo temelje raziskovalnemu delu v zdravstveni negi - saj stremimo k z dokazi podprti zdravstveni negi«. Razen tega omogočamo medicinskim sestram osebni in karierni razvoj in s tem večamo motivacijo in pripadnost lastni stroki. Vsekakor gre pri doseganju višje stopnje izobrazbe tudi za rast osebne kakovosti.

Sedanja Strategija razvoja zdravstvene nege (Kadivec idr., 2011) zelo jasno definira predvidene kompetence in sposobnosti magistrskih in doktorskih diplomantov. *Ključno pri tem je, kar je poudarjeno tudi v dokumentu, da bo učinek viden neposredno v boljši praksi zdravstvene nege, v kakovostnejši, varnejši zdravstveni obravnavi, kjer bo medicinska sestra ob bolniški postelji. Bolnik, njegove potrebe in pričakovanja morajo ostati osrednji predmet zanimanja.*

*Kompetence in sposobnosti* diplomantov bodo ob izpolnjevanju vsaj 5 - 10 let dela v klinični praksi vsekakor primerne za vodilni kader, za managerje, saj bodo tekom izobraževanja pridobili sodobna znanja, nove, sodobne veščine vodenja z vključevanjem zaposlenih, vodenja od spodaj navzgor ter vitkega pristopa.

Diplomant na 2. in 3. bolonjski stopnji bo razvil dodatne kompetence za poglobljeno delo na področju raziskovanja, kakovosti, pedagoškega dela. Zato vidim veliko priložnost, da bomo dobili raziskovalce, ki bodo sistematično vpeljevali na dokazih podprto zdravstveno nego, ki bo rezultirala v merljivih izidih uspešnosti našega dela. Razvijali bodo strokovne smernice in standarde. Magistricice in doktorice bodo odgovorne za kakovost, notranje in zunanje presojevalke s sposobnostjo definiranja in vpeljevanja kazalnikov kakovosti in varnosti na področju zdravstvene nege in oskrbe. Kdo se vpisuje v magistrske programe?

Predvsem mlajša generacija z nekaj leti delovnih izkušenj in njihova pričakovanja so nejasna. Njihova mladost ima prednosti v zagnanosti, zavzetosti, pogumu, zato moramo to izkoristiti in jim pomagati, da bodo ob izkušenih

kolegicah rasli tudi v klinični praksi, ob delu s pacienti in z zaposlenimi; pridobivali neprecenljive izkušnje: poznavanje procesa dela, komunikacije, empatije, sposobnost opazovanja in reševanja konfliktov.

Kot delodajalec podpiramo študij, toda potrebna je jasna umestitev v sistem, tako na vsebinski kot vrednostni osnovi. Prav je, da z diplomanti dogovorimo njihovo karierno pot, ki bo vsekakor prednostno ob bolniku, toda obenem z neko novo, dodatno dimenzijo, bodisi poglobljeno delo na raziskovalnem področju, na področju učenja, kakovosti ali na področju vodenja.

Vse karierne poti, klinični specialist, magister, doktor znanosti se morajo odražati tudi v višjem vrednostnem-plačnem razredu. Odstotek enih in drugih v razmerju do diplomiranih medicinskih sester pa ostaja še nedorečen.

## 2.2 Splošna bolnišnica Celje

Na I. stopnji pričakujemo, da bodo visokošolske inštitucije opremile diplomirane medicinske sestre tako s teoretičnimi znanji kot praktičnimi veščinami. V kliničnem okolju je zelo pomembno, da znajo kritično oceniti potrebe pacientov in jih celovito razreševati. V tem kontekstu je pomembno kritično razmišljanje, saj enake negovalne intervencije nimajo enakega učinka na vse paciente oziroma niso primerne za enake probleme. Za doseganje takšnega cilja, si enakovredno vlogo delita tako šola, kjer bo diplomirana medicinska sestra pridobila teoretična izhodišča ter se naučila pravilnega izvajanja postopkov in posegov kot klinično okolje, ki mora omogočiti bodoči diplomirani medicinski sestri, ne le da to teoretično znanje uporabi v praksi, temveč tudi, da ga ponotranji. Pri tem je izjemnega pomena vloga kliničnega mentorja, ki mora tako s svojimi besedami kot dejanji usmerjati njen razvoj.

Klinični mentor mora vedno imeti v mislih, da bodo diplomirane medicinske svoje delo opravljale v prihodnosti tako, kot jo bodo oni naučili. S tega vidika mora tako pri svojem delu kot procesu izobraževanja upoštevati smernice in standarde zdravstvene nege. Navsezadnje sodeluje v procesu izobraževanja oseb, ki bodo pri njemu v primeru bolezni izvajale negovalne intervencije. Diplomirano medicinsko sestro v bolnišničnem okolju vidimo kot osebo, ki bo znala pogledati tudi čez meje svojega oddelka.

Na II. stopnji pričakujemo, da bodo visokošolske inštitucije omogočile magistricam zdravstvene nege širok pogled na celoten zdravstveni sistem, kar jim bo omogočalo povezati vse dejavnike, ki kakor koli vplivajo na zdravje in zdravljenje pacientov, kot zagotavljanje virov zanju. Vidimo jo kot osebo, ki bo večša multidisciplinarnega sodelovanja, bo imela potrebna znanja za raziskovanje in ne nazadnje bo obvladala tudi področje organiziranja ter zagotavljanja celovite kakovosti in varnosti tako za paciente kot zaposlene v zdravstvenem sistemu. Temelj za drugo stopenjski študij vidimo v zaključenem študiju na prvi stopnji zdravstvene nege. Menimo, da moraš znati najprej abecedo, šele potem lahko začneš pisati in brati. Magistrica zdravstvene nege bo morala dobro poznati probleme pacientov in načine za njihovo razreševanje tako na

matičnem oddelku kot celi bolnišnici in se predvsem znati povezati z drugimi bolnišnicami in klinikami, ki obravnavajo isto specifiko obolenj, saj bo le tako napredovala na svojem strokovnem področju (raziskovanje, izobraževanje), s ciljem izboljšati uspešnost in učinkovitost zdravstvene nege. V prvi vrsti je mesto magistrice zdravstvene nege ob pacientu.

III. stopnja omogoča akademizacijo naše profesije. Doktorico zdravstvene nege ne vidimo zgolj v akademskih sferah, temveč tudi v kliničnem okolju. Če želimo izvajati na dokazih podprto zdravstveno nego, moramo raziskovati tako probleme, ki so vezani na zdravstveno nego pacienta kot področje organizacije dela, zaposlenih in procesov dela. Le s trdnimi dokazi bomo argumentirali svoj prispevek v celotnem zdravstvenem sistemu.

Zadnje čase nenehno govorimo o zdravstveni negi podprti z dokazi. Pot do nje je speljana po vijugasti cesti, ki se ji reče raziskovanje. Prepričani smo, da so zanj potrebni vsi trije nivoji izobraževanja v zdravstveni negi. Od diplomirane medicinske sestre pričakujemo, da bo v času izobraževanja pridobila osnovne pojme o raziskovalnem delu. Magistrica zdravstvene nege naj bi imela poglobljena znanja in spretnosti za izvedbo raziskave. Temeljni namen dela doktorice zdravstvene nege pa je po mojem mnenju predvsem izvajanje raziskovalnega dela, ki ga lahko s tem, ko se občasno vključi v klinično prakso, le oplemeniti.

### **2.3 Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik)**

Klinika Golnik je vrhunska ustanova za diagnostiko in zdravljenje pacientov s pljučnimi, alergijskimi in ostalimi internističnimi boleznimi. Znana je po izvajanju sodobne in kakovostne zdravstvene nege in vzgoje. Kot terciarna in raziskovalna ustanova ustvarja novo znanje, predvsem na področju pljučnih in alergijskih bolezni in je učna baza za študente medicine, farmacije, diplomirane medicinske sestre, zdravstvene tehnike in laboratorijske delavce.

Naša pričakovanja in potrebe od diplomantov vseh treh stopenj bolonjskega procesa so visoka. Zdravstvena oskrba postaja kompleksna, pričakovanja pacientov so vse večja. Od diplomirane medicinske sestre pričakujemo obvladovanje osnovne zdravstvene nege na vseh področjih zdravstvene obravnave, znanje, ki ga zna povezati s prakso, široko razmišljanje in natančnost, poznavanje timskega dela, zanesljivost ter strokovnost pri svojem delu v okviru svojih kompetenc.

Diplomanti prve stopnje so kompetentni in samostojni za opravljanje del in nalog v zdravstveni negi in oskrbi. Pomembno pa na njihov razvoj vpliva delovno okolje in način, pridobivanja znanj, ki mora temeljiti na spoznavanju procesne obravnave in samokritičnem odnosu do opravljenega dela. Šele z dobro organiziranim in vodenim usposabljanjem, preverjanjem znanja in spodbudo diplomirana medicinska sestra z diplomo postane ustrezen strokovnjak. Očitki, da šole ne izobrazijo študentov za samostojno delo vedno ne držijo, kajti diplomant se izoblikuje v praksi. V prakso pa smo delovne organizacije vpete že ves čas izobraževanja in prav tu je ključnega pomena pristop

managementa, na kakšen način je organizirana klinična praksa v delovnih organizacijah in kako uspešni so mentorji pri proaktivne praktičnem izobraževanju. Diplomirani medicinski sestri moramo, ko jo zaposlimo, zagotoviti pridobivanje znanja na najvišji strokovni ravni, razumevanje in povezovanje teorije s prakso. Skladnost posameznika s pričakovani managementa pa se prikaže z matriko znanja. Današnja menedžerka v zdravstveni negi in oskrbi je diplomirana medicinska sestra. Tudi v prihodnje je to nujno potrebno, poleg tega mora imeti dodatna znanja, obvladovati mora smiselno in mrežno povezovanje različnih virov (Skela Savič, 2002). Zato se nam zdi pomembno, da diplomirana medicinska sestra pozna delovanje in organizacijo zdravstvenega sistema. Večja vključenost v raziskovalno delo je problem prav zaradi (ne) znanja diplomirane medicinske sestre iz tega področja zato je nujno, da pozna osnove statistike in metodologije raziskovalnega dela. S tem bomo zagotovili, da bomo že na prvi stopnji bolonjskega študija lahko izvajali enostavne aplikativne študije in na tak način tudi omogočili vrednotenja svojega dela.

Za kakovostno in varno opravljanje svojega dela so pomembna tudi druga znanja. Komunikacija je eno od pomembnih področij v izvajanju kakovostne in varne zdravstvene nege in oskrbe. Dobro poznavanje veščin komuniciranja omogoča lažje sporazumevanje s pacienti ter dobro sodelovanje v zdravstvenem in negovalnem timu.

Na drugi stopnji od magistric zdravstvene nege pričakujemo usmerjena znanja, predvsem usposobljenost za raziskovalno delo. Magistrica zdravstvene nege se mora vključevati v klinično delo in klinične raziskave. V Kliniki Golnik pričakujemo, da bodo imele to stopnjo izobrazbe vodilne medicinske sestri bolniških oddelkov / enot, da bodo opremljene za vse zahteve delovnega mesta. Magistric zdravstvene nege prav tako vidimo kot osebe, ki vodijo time za izboljšanje kakovosti, pobudnice sprememb in tiste, ki opravljajo pedagoško delo.

Na tretji stopnji bolonjskega študija vidimo predvsem osebe, ki bodo poleg dobre vključenosti v raziskovalno klinično delo sposobne vpeljevanja nove pristope ali področja, na podlagi raziskovalne dejavnosti v zdravstveni negi, ki vplivajo na večjo kakovost in varnost pacientov. Doktorice se bodo po naših pričakovanjih vključevale v vodenje kliničnih in temeljnih raziskav, postavitev standardov in smernic, bodo nosilke prijav razpisov in učiteljice ter mentorice.

Medicinske sestri z 2. in 3. stopnjo izobrazbe, morajo imeti znanja za sistematično spremljanje kliničnega dela, vodenje timov za izboljšanje kakovosti klinične prakse in za uvajanje sprememb. Njihov glavni adut mora biti usposobljenost za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav. Seveda pa je njihovo mesto ob bolniški postelji.

## **2.4 Splošna bolnišnica Jesenice**

Danes se vse bolj zavedamo, da je vlaganje v znanje investicija, ki se vedno v večkratniku povrne. 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. To je tudi izhodišče v Splošni bolnišnici Jesenice. Že pred desetimi leti smo v strateškem dokumentu jasno opredelili cilje glede potreb po diplomiranih medicinskih sestrah. Vsekakor smo v teh letih vlagali veliko finančnih sredstev in usmerjali zaposlene zdravstvene tehnike, da so sprejeli izziv in se pričeli izobraževati za poklic diplomirane medicinske sestre. Poleg tega smo glede na letne načrte potreb po kadrih vsako leto tudi zaposlovali mlade diplomirane medicinske sestre in s tem povečali njihovo število več kot za 50%. Glede na veliko število visokošolskih ustanov na področju zdravstvene nege se vse pogosteje sprašujemo kakšno diplomirano medicinsko sestro si želimo, katera znanja in veščine naj bi obvladala po končanem izobraževalnem procesu. Naše mnenje je, da bi moral biti cilj izobraževalnega procesa na področju zdravstvene nege usmerjen predvsem v to, da bi bil diplomant po končanem študiju neodvisen strokovnjak na področju zdravstvene nege, ki bo zadostil potrebam kliničnega okolja. Zelo nam je pomembno, da je študij usmerjen v povezovanje teorije in prakse. Prav tako je naše mnenje, da mora biti celotno izobraževanje zasnovano kakovostno z upoštevanjem vseh kriterijev in kazalnikov, ki kakovost dokazujejo in jo potrjujejo, kajti le to bo privedlo, da bo učinek viden kasneje pri izvajanju neposrednega dela v zdravstveni negi. Diplomant se mora po zaključku izobraževalnega procesa na delavnem mestu znati soočiti z različnimi zdravstvenimi problemi, znati mora izvajati aktivnosti v okviru svojih kompetenc. Delo pri bolniku mora izvesti kakovostno in varno.

Vodilne medicinske sestre v naši bolnišnici upravičeno pričakujemo, da bo diplomant na začetku svoje karijerne poti imeli bazična znanja na področju zdravstvene nege, da bo samostojen pri izvajanju nekaterih aktivnosti in da bo pri delu upošteval etična načela, da bo obvladal osnove komunikacije in da bo znal kritično razmišljati. Prav tako nam je zelo pomembno, da bo sposoben sprejemati znanja od kolegov in se bo znal učiti iz lastnih izkušenj. Pomembno je, da se zaveda potreb po nadgradnji znanja in vseživljenjskega učenja. V Splošni bolnišnici od diplomanta pričakujemo, da bo obvladal osnovna znanja kompetenc in aktivnosti, ki so opredeljena glede na dokončano izobrazbo.

Zavedati se morama, da je kljub še tako kakovostnem izobraževanju iluzorno pričakovati, da diplomirana medicinska sestra po končanem izobraževalnem procesu ne bo več potrebovala učenja in usposabljanja za neposredno delo ob pacientu. V naši bolnišnici smo takoj po uvedbi bolonjskega načina izobraževanja pričeli s šest do devet mesečnim uvajanjem v neposredno delo vseh novo zaposlenih diplomiranih medicinskih sester. V vseh teh letih se je to izkazalo kot nujno potrebno in zelo dobrodošlo.

Razmišljanje menedžmenta zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice je ta trenutek usmerjen predvsem v razprave, kaj nam bo v prihodnosti prineslo veliko število visokih šol na dodiplomske izobraževanju v zdravstveni negi. Vstopni kriteriji za vstop na visoke šole v Sloveniji se je zelo znižali. Vpišejo se lahko dijaki, ki so dosegli zelo nizek uspeh v srednjih šolah. Vsekakor so

potem pomembni kriteriji za prehodnost in sama kakovost izobraževalnega procesa na posamezni visoki šoli. Kmalu se bodo pokazale težave pri zaposlovanju tistih diplomiranih medicinskih sester, ki so zaključile manj kakovostni študij.

V zadnjih letih imamo v zdravstveni negi tudi možnost vertikalnega izobraževanja v smeri bolonjskega magisterija v zdravstveni negi, ki že pomembno vpliva na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Tako kot je pomembna kakovost izvajanja dodiplomskega študija je to na podiplomskem študiju še toliko bolj pomembno in odgovorno. Zdravstvene nege se šele uveljavlja na področju raziskovanja in akademizacije stroke, zato je še toliko bolj pomembno kako kakovosten študij imamo na tem področju. Pomembno je, da si študent v času študija pridobi znanja in veščine raziskovanja in tudi znanja, da rezultate vpelje v klinično okolje.

V Splošni bolnišnici Jesenice smo mnenja, da ima ključno vlogo menedžment zdravstvene nege, ki mora podpirati razvoj raziskovanja saj je to zelo pomembno za razvoj stroke zdravstvene nege. V naši bolnišnici so vodilne medicinske sestre visoko motivirane, da v svoja delovna okolja pridobijo tako izobražene medicinske sestre tako znanje pomembno vpliva na razvoj inovativnost in razvoj stroke zdravstvene nege. Poudariti je potrebno, da so tudi vodilne medicinske sestre oddelkov same pristopile k podiplomskem izobraževanju zdravstvene nege.

Pomembno je tudi, da vrhnji menedžment bolnišnice vzpodbuja implementacijo rezultatov raziskav v neposredno klinično delo.

Skela Savičeva (2008) meni, da je še bolj kot aplikativno raziskovanje pomembno tudi sistematično pregledovanje dokaze, ki omogoča združevanje in sistematično povezovanje posameznih dokazov na določenem raziskovalnem vprašanju in odgovorov na to, kateri so najboljši dokazi v času, ko raziskovalec proučuje raziskovalno vprašanje. Študent, ki zaključi magistrski študij zdravstvene nege mora znati tudi ta način raziskovanja in se zavedati pomena pregledovanja dokazov različnih raziskav.

Zelo pomembno pa je, da se v bolnišnici zavedamo, predvsem pa tiste medicinske sestre, ki zaključujejo magistrski študij v zdravstveni negi, da se ne izobražujejo za nova delovna mesta ampak si s tem izobraževanjem pridobivajo dodatna znanja za izvajanje bolj kakovostne in varne zdravstvene nege, ki bo temeljila na dokazih različnih raziskav ali jih bo tudi sama izvajala.

### **3 Zaključek**

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. Je pa odgovornost na managementu zdravstvene nege. Omogočeno je pridobivanje znanja na vseh treh stopnjah bolonjskega procesa, od nas pa je odvisno, ali smo se pripravljene

ni enakovredno postaviti v zdravstvenem timu. Zavedati se moramo pomena akademizacije stroke zdravstvene nege. V nadaljevanju nas v zdravstveni negi čaka razvoj doktorskega študija. Na tem področju nas vsekakor čakajo različni izzivi in pasti. Pomembno pa je tudi, da bomo znali umestiti medicinske sestre s končanim magisterijem zdravstvene nege v klinična okolja.

## Literatura

- Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. 2010. 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) (19. 1. 2009).
- Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarević I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D, et al. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2011.
- Skela Savič, B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2002.
- Skela Savič, B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu [doktorsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2007.
- Skela Savič B. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, Filej B, Kadivec S, Klmenc D, et al., eds. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo 1. mednarodne znanstvene konference. 2008 Sep 25-26; Bled, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 38-47.

# Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami v RS – metodološka izhodišča za nadgradnjo raziskave iz leta 2005

Supply of nurses in Slovenia—an analysis and methodological framework for upgrading the 2004 study

dr. Tit Albreht, Radivoje Pribaković Brinovec

## IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** V Sloveniji imamo na ravni države relativno omejene izkušnje z na znanstvenih spoznanjih utemeljenimi načrti kadrovskega razvoja ključnih profilov v zdravstvu. Tradicionalno so v Sloveniji tovrstni načrti nastajali precej voluntaristično in 'refleksno', kar pomeni, da so ob pomanjkanju ali presežku določenih skupin zdravstvenih delavcev, odločevalci v zdravstveni politiki ukrepali s hitrimi, predvsem kratkoročnimi, posegi. Pri opredelitvi metodologije načrtovanja potreb po zdravstvenih delavcih ključni izziv ponavadi predstavlja opredelitev namena (oz. ciljnega / raziskovalnega vprašanja) kadrovske projekcije. Model načrtovanja kadra v zdravstvu mora upoštevati vsaj naslednje elemente: demografska struktura obravnavane poklicne skupine, trende v strukturi šolajočih, migracije, značilnosti vstopa in izstopa s trga delovne sile, poklicne standarde, strateške usmeritve države na področju razvoja zdravstvenega varstva ter širši družbeno-ekonomski kontekst, v katerem zdravstveno varstvo deluje.

## ABSTRACT

**Theoretical background:** Evidence-based planning of human resources in health (HRH) care is at a relatively limited experience in Slovenia. Traditionally, the plans of this kind emerged fairly voluntaristic and 'reactive', which means that in the absence or excess of certain groups of health professionals, health policy makers took fast, especially short-term, interventions. When defining methodologies for HRH planning, a key challenge is usually a definition of the aim (or research question) of such projections. Model of HRH planning should address at least the following elements: demographic structure of the professional groups, trends in students' structure, migration, the characteristics of entry and exit from the labor market, professional standards, strategic policy objectives in development of health care and wider socio-economic context of health system.

---

dr. **Tit Albreht**

**Radivoje Pribaković Brinovec**

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Korespondenca: tit.albreht@ivz-rs.si



## 1 Uvod in oris problema

V Sloveniji imamo na ravni države relativno omejene izkušnje z na znanstvenih spoznanjih utemeljenimi načrti kadrovskega razvoja ključnih profilov v zdravstvu (t.i. regulirani poklici) (Direktiva o priznavanju poklicnih kvalifikacij, 2005). Zadnjo celovito projekcijo potreb po zdravstvenih delavcih so na Univerzitetnem zavodu za zdravstveno in socialno varstvo pripravili leta 1986 (Ravnikar, Kastelic, Eržen in Šegula, 1986). Seveda je ta analiza temeljila na takratni organizaciji sistema zdravstvenega varstva in na takratni tipologiji zdravstvene dejavnosti.

Ob spremembi političnega in družbenega sistema ter v sklopu priprav na sprejetje takratne nove zakonodaje je prišlo do ponovnega preverjanja potreb in do opredeljevanja standardov kadrovske zasedbe timov na vseh ravneh. Takrat sprejeti kadrovske normativi so veljali dejansko samo za osnovno zdravstveno dejavnost, za katero so bili precej natančno opredeljeni.

Tradicionalno so v Sloveniji tovrstni načrti nastajali precej voluntaristično in 'refleksno', kar pomeni, da so ob nastanku pomanjkanja ali presežka določenega kadra, odločevalci v zdravstveni politiki ukrepali s hitrimi, predvsem kratkoročnimi, posegi. To v praksi pomeni, da so ob presežkih kadra posegali predvsem po omejitvah dostopa do študijev z omejitvijo števila vpisnih mest in tudi pozneje števila prostih delovnih mest ter, v primeru zdravnikov, omejevanju števila prostih mest za specializacije.

## 2 Možni metodološki pristopi

Ključni problem, ki ga moramo pri vsakem znanstveno-strokovnem delu upoštevati, je v tem, da je potrebno jasno opredeliti raziskovalno ali ciljno vprašanje oziroma, bolj preprosto, za kakšen namen nam bo služila tovrstna projekcija. Projekcije potreb po kadru so lahko namenjene samo opredelitvi potreb po recimo številu zdravnikov specialistov na posameznem specialističnem področju, opredelitvi potreb po medicinskih sestrah v patronažni službi, ipd. Lahko pa je projekcija takšna, da je vseobsegajoča ter vsebuje celotne potrebe po določenem profilu ter na ta način tudi usmerja profesionalni razvoj v določeni poklicni skupini. Slednji pristop je bolj celovit, bolje upošteva celovite potrebe po kadru ter se naslanja na koncept celovitega načrtovanja.

Poleg tega načelnega izhodišča pa v naslednjem koraku pridemo do nekoliko bolj zahtevnih vsebinskih izhodišč. Če načrtujemo potrebe po kadru v zdravstvu, bi morali najprej izhajati iz zdravstvenih potreb prebivalstva. Na podlagi teh bi nato opredelili seznam in vsebino zdravstvenih storitev, ki jih je potrebno opraviti za zadovoljitev tovrstnih zdravstvenih potreb. Na koncu naj bi ob takšnem procesu lahko prišli do utemeljenih potreb po kadru.

V praksi sta načrtovanje in projekcije kadra mnogo bolj poenostavljena ter dejansko temeljita le na nekaterih demografskih značilnostih prebivalstva, na opisu nekaterih ključnih značilnosti zbolewnosti prebivalstva ter na demo-

grafiji same poklicne skupine, ki jo obravnavamo. To seveda hkrati pomeni številne omejitve pri širši uporabnosti takšne projekcije.

Prej opisani model načrtovanja kadra v zdravstvu bi moral upoštevati vsaj naslednje elemente:

1. Trenutno demografsko strukturo v obravnavani poklicni skupini
2. Trende v strukturi šolajočih se za to poklicno skupino, skupaj s fluktuacijo, migracijami ter značilnostmi vstopa in izstopa s trga delovne sile
3. Standarde v poklicu – tako kadrovske v grobem, kot tudi storitvene, zahteve za licenciranje in akreditacijo, ipd.
4. Strateške usmeritve države na področju razvoja zdravstvenega varstva, skupaj z razvojem kadrovske politike v zdravstvu
5. **Širši družbeno-ekonomski kontekst, v katerem zdravstveno varstvo deluje, in** ki odločilno vpliva na ekonomsko podlago zdravstva

### **3 Projekcija potreb po medicinskih sestrah iz leta 2005 – njene prednosti, slabosti in omejitve**

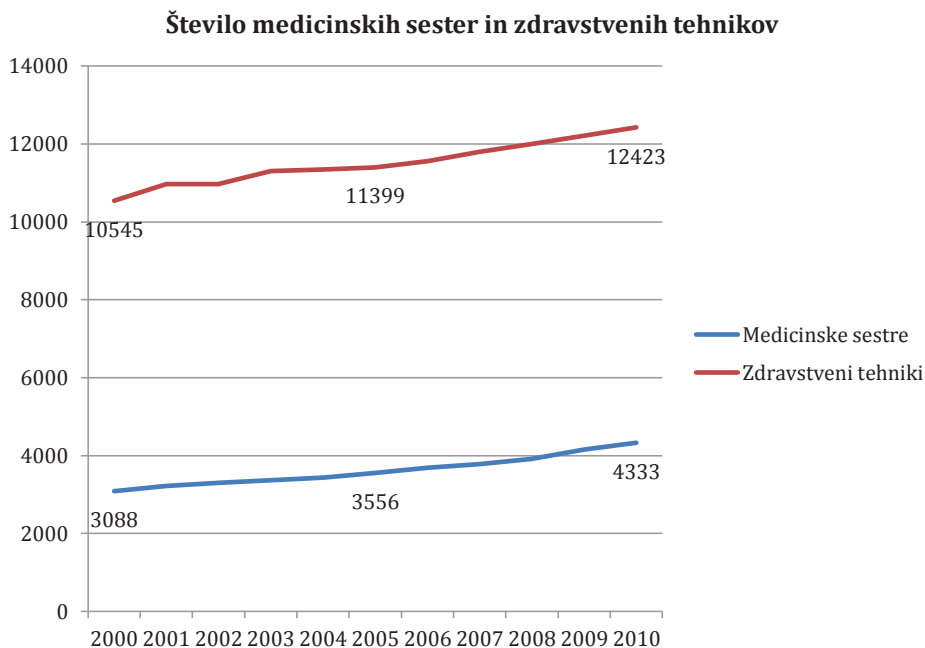
Projekcijo potreb po medicinskih sestrah smo leta 2005 (Albreht, 2005) pripravili na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije na pobudo Zdravstvenega sveta v okviru rednega programa dela financiranega s strani Ministrstva za zdravje. Izhodišča za projekcijo so bila demografija poklica, t.j. diplomiranih in višjih medicinskih sester, ter nekateri elementi spreminjanja trga delovne sile, med drugim tudi spremembe pri vpisni politiki na univerzah in visokih šolah oz. imigracija medicinskih sester iz tujine. S projekcijo smo prikazali trend naraščanja potreb po medicinskih sestrah ob različnih dinamikah rasti povpraševanja po njihovih storitvah ter določen razkorak, ki je bil tedaj prisoten. Analiza je ponudila naslednje sklepe oziroma ugotovitve:

1. V Sloveniji bomo v prihodnjih desetletjih potrebovali pomembno dodatno število medicinskih sester, ki ga ne moremo v celoti pridobiti le z domačim izobraževanjem.
2. Vitalno demografski podatki populacije medicinskih sester kažejo, da bo v prihodnjih 10 do 15 letih prišlo do prvega dela velike generacijske premene na področju zdravstvene nege.
3. Gre seveda za ocene trendov in ne za natančne izračune, saj je težko načrtovati kadrovske zmogljivosti za toliko časa vnaprej. Vseeno pa se kaže ravnati po grobih značilnostih opisanih trendov.
4. Potrebno bo upoštevati medicinsko in drugo zdravstveno inflacijo ter temu prilagoditi načrtovanje izobraževanja na področju zdravstvene nege. Primerno bi bilo presoditi o povečanju vpisa na smer zdravstvena nega za še nadaljnjih 10% na ravni celotne Slovenije.
5. Na podlagi ocenjevanja demografskih sprememb med medicinskimi sestrami lahko pričakujemo, da bodo le-te zadostile le potrebam po obnovi obstoječega kadra in v veliki meri krile vplive posredne učinke medicinske inflacije.

6. Za kritje realnega povečanja potreb po medicinskih sestrah bo potrebno angažirati dodaten kader, in sicer:
  - a. V prvem obdobju do leta 2014 pretežno z uvozom potrebnega dodatnega kadra (približno 40 medicinskih sester letno)
  - b. V nadaljnjem obdobju s povečanim prilivom diplomantov s smeri zdravstvena nega (vsaj za 15% povečan priliv z vseh treh visokih šol)
7. Ob takih gibanjih bi se število medicinskih sester do leta 2014 povečalo za 640 oziroma za 1052, do leta 2024 za skoraj 1900 oziroma za 2750 in do leta 2033 za 3250 oziroma za 4650. Take spremembe imajo seveda pomembne javnofinančne učinke, ki jih je potrebno oceniti in celovito ovrednotiti ter niso bili predmet pričujoče analize.
8. Večji premiki v tistih elementih, ki smo jih upoštevali kot nespremenljive, npr. odseljevanje in umrljivost, bi lahko privedli do nadaljnjega povečevanja potreb po medicinskih sestrah v Sloveniji.
9. Predlagamo, da se podobno analizo s to ali sorodno metodologijo opravlja na 3 do 5 let zaradi verifikacije nekaterih podatkov.

Kot je razvidno iz sklepov in priporočil, je bila takratna ocena, da bi bil, poleg povečanja vpisa na smer zdravstvena nega na zdravstvenih fakultetah, potreben tudi uvoz medicinskih sester. Takratne ocene pa so upoštevale samo dinamiko rasti na podlagi povečevanja vpisa na tedaj obstoječe štiri

Graf 1. Število medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zdravstvu, 2000-2010 (Vir: IVZ).



zdravstvene fakultete oziroma visoke šole. Če pogledamo takratne predlagane oziroma ocenjene hitrosti rasti števila medicinskih sester, vidimo, da smo danes že dosegli raven, ki so jo projekcije načrtovale za leto 2027. Poleg tega je bilo v takratnih projekcijah ocenjeno, da naj bi število diplomantov na smeri zdravstvena nega naraščalo do 275 letno. V letu 2010 smo imeli na vseh visokih zdravstvenih šolah v Sloveniji že 450 diplomantov (na rednem in izrednem študiju), kar pomeni, da močno presegamo izhodišča postavljena v Analizi.

Prednosti omenjene Analize so: pripravljena je bila za dolgoročno obdobje ob upoštevanju takrat veljavnih izhodišč in predpostavk, upoštevala je situacijo absolutnega in relativnega pomanjkanja števila medicinskih sester v letu 2005.

Slabosti omenjene Analize so: neupoštevanje spremenjenih razmer, neupoštevanje spremembe kompetenc in organizacije dela ter neupoštevanje uradno sprejetih standardov in normativov usklajenih med stroko, politiko in plačnikom. Slednje se nikoli ni zgodilo, tako da to še vedno ostaja pomembna nedorečenost pri načrtovanju števila medicinskih sester.

## **4 Kje smo danes – kaj je bilo pozitivnega, kaj je bilo narobe in kako naprej?**

Kot smo navedli že zgoraj, je Analiza iz leta 2005 upoštevala takratne okoliščine ob predpostavkah demografije populacije medicinskih sester v letu 2005, ob odsotnosti uradno od vseh ključnih partnerjev sprejetih normativov in standardov. Pozitivna plat posledic te analize je bila v tem, da je prišlo do močne spodbude in interesa za povečanje števila medicinskih sester, predvsem z domačo produkcijo kadra. Na ta način se je Slovenija usmerila v iskanje poti, da bo sama zagotovila samozadostnost potrebnega kadra v zdravstveni negi.

Manj pozitivno in dejansko neugodno je bilo to, da se je pričelo z nenadzorovanim in pretiranim ustanavljanjem novih visokih zdravstvenih šol, in sicer še v Novem mestu, Celju, Slovenj Gradcu in Murski Soboti (tri od teh sicer brez koncesije in samo z izrednim študijem). Taka rast je bila, glede na opisane projekcije in predlagano dinamiko rasti števila medicinskih sester popolnoma neprimerna in pretirana. Glede na dejstvo, da presegamo število diplomantk in diplomantov ocenjeno kot maksimalno v projekciji že danes za 60%, pomeni, da streljamo visoko mimo cilja. To je vsekakor pot, ki bo imela naslednje resne posledice (ob upoštevanju nezavidljive ekonomske in javnofinančne situacije v Sloveniji):

1. Prekomerno število diplomantk in diplomantov se bo še nadaljevalo
2. Skoraj zagotovo bo prišlo do brezposelnosti med medicinskimi sestrami
3. Potrebno bo ovrednotiti kakovost izobraževanja za diplomirane medicinske sestre na vseh osmih visokih zdravstvenih šolah – z vizitacijo s pomočjo tujih strokovnjakinj

Poleg navedenega bo potrebno pristopiti k usklajevanju in sprejetju normativov in standardov v zdravstveni negi, ki bodo:

1. Usklajeni med stroko, zdravstveno politiko in plačnikom
2. Odražali realne možnosti in pričakovanja glede na celotne razmere in zmogljivosti v slovenski družbi
3. Upoštevali novo postavljena razmerja med kompetencami ključnih profilov v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji

Pot naprej je vsekakor v pripravi nove projekcije, ki pa bo morala upoštevati naslednje elemente:

1. Demografijo populacije medicinskih sester v letu 2012
2. Normative in standarde v zdravstveni negi
3. Strateške usmeritve novega plana zdravstvenega varstva
4. Finančne zmožnosti države v zaostrenih razmerah ekonomske in finančne krize

## 5 Zaključek

Potrebe po medicinskih sestrah v Sloveniji naraščajo in bodo v prihodnjih letih še naraščale. Vzroki za to bodo predvsem v povečevanju prevalence kroničnih nenalezljivih bolezni in v staranju prebivalstva, z vsemi posledicami teh stanj. Vloga in pomen medicinske sestre pri neprekinjeni obravnavi kroničnega bolnika je v tem smislu neprecenljivega pomena.

Pred sedmimi leti pripravljena Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami je poskušala usmeriti pozornost v naraščajoče potrebe po medicinskih sestrah, tudi glede na takratno nesorazmerje med zmogljivostmi za njihovo izobraževanje in potrebami. Prikazali smo, da so ta nesorazmerja v celoti odpadla, in da je današnje stanje povsem drugačno, kot je bilo v projekcijah nakazano tudi ob najhitrejših dinamikah rasti.

Zato bo potrebno pripraviti novo projekcijo, ki pa bo morala upoštevati tudi med partnerji usklajene kadrovske normative in standarde ter strateške usmeritve in splošne cilje zdravstvene politike za prihodnje srednje- in dolgoročno obdobje. Takšna projekcija ne bo mogla več temeljiti samo na demografskih značilnostih populacije medicinskih sester, temveč bo morala celoviteje upoštevati tudi danes že doseženo stanje.

### Literatura

- Direktiva 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Uradni list Evropske unije L255.
- Ravnikar B, Kastelic I, Erzen N, Segula I. Načrtovanje rasti števila zdravstvenih delavcev v SR Sloveniji do leta 2000 s prilagoditvami potreb in zmogljivosti izobraževanja. Zdrav Var 1986.
- Albreht T. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005.

# Srednješolsko izobraževanje v zdravstveni negi – količina in kakovost izobraževanja v Sloveniji

Secondary nursing education—quantity and quality of education in Slovenia

Marija Verbič

## IZVLEČEK

*V zadnjih letih je na področju srednjega izobraževanja prihajalo do velikih sprememb, ki so zahtevale aktivno vključevanje izobraževalnih zavodov in delodajalcev pri pripravi programa in pri izvajanju kakovostnega izobraževanja. Izobraževalni program srednjega strokovnega izobraževanja s področja zdravstvene nege omogoča, da dijak osvoji kompetence, ki mu omogočijo, da v različnih okoliščinah v poklicu, v družbenem in zasebnem življenju zna uporabljati pridobljeno znanje, spretnosti in veščine. Kakovostno izobraževanje in sodelovanje izobraževalnih zavodov, ki izobražujemo za poklic, kot tudi dobro sodelovanje med izobraževalnimi zavodi in delodajalci so pogoj, da bodo uporabniki zdravstvenih in socialnih storitev, ki so vse bolj prosvetljeni in zahtevni, dobili kakovostno in strokovno obravnavo, kot tudi prijazen odnos in primerno komunikacijo.*

**Ključne besede:** zdravstvena nega, izobraževanje, kakovost, izobraževalni zavod.

## ABSTRACT

*The recent years have seen many changes in the field of secondary education demanding active participation of educational establishments and prospective employers in the process of writing the educational programmes and implementing them with a high degree of quality. The secondary nursing care educational programme enables students to gain knowledge, skills and experiences necessary to be successful in their professional as well as personal lives. High quality education and cooperation between different educational establishments and prospective employers are two basic conditions for more and more demanding users of nursing and social care services. Only when these conditions are met, the services provide high quality and professional treatment as well as a friendly attitude and appropriate communication.*

**Key words:** nursing care, education, quality, educational establishment.

## 1 Uvod

Slovenski srednješolski prostor v zadnjih desetletjih zaznamuje vedno manjše število vpisanih dijakov. V zadnji osmih letih se je število dijakov zmanjšalo za 19 %, trend zmanjševanja pa se bo nadaljeval tudi v prihodnjih letih. Analize, ki so jih pripravili na Ministrstvu za izobraževanje, znanost,

**Marija Verbič**

Skupnost srednjih zdravstvenih šol

kulturo in šport, na sektorju za srednje šolstvo, kažejo, da se bo v naslednjih devetih letih število srednješolcev vključenih v izobraževanje, zmanjšalo še za približno 6 %. Na celotnem območju Republike Slovenije imamo v zadnjih letih dokaj razvejano in stabilno programsko mrežo, pa kljub temu demografski podatki in podatki o številu in deležu vpisanih dijakov v posamezne izobraževalne programe kažejo, da nas v prihodnosti čakajo poglobljeni ukrepi, ki bodo zagotovili predvsem kakovostno izvajanje vzgojno izobraževalnega procesa, dostopnost in izbirnost na področju srednješolskega izobraževanja ter vzdržen sistem financiranja. Podatki kažejo tudi na to, da je bila zamrznitev novega razmeščanja programov v zadnjih letih upravičena, da dodatno razmeščanje programov na šole v prihodnjih letih ni odgovorno in da je tudi s stališča zagotavljanja kakovosti ob vsakoletnem razpisu potrebno temeljito razmisliti o izvajanju programov na posameznih šolah, predvsem tam, kjer šola nima ne kadrovskih ne materialnih pogojev za izvajanje programa.

## **2 Srednješolsko izobraževanje s področja zdravstvene nege v Sloveniji**

V slovenskem prostoru imamo 11 javnih izobraževalnih zavodov, ki izobražujejo dijake v programu zdravstvena nega. Pri predstavitvi vpisanih dijakov v program zdravstvena nega (tabela 1), je vključeno izobraževanje mladine v javnih zavodih, kar dokazujejo tudi javno dostopni podatki na Ministrstvu za izobraževanje, znanost, kulturo in šport. Srednješolski program zdravstvena nega pa vpisujejo tudi javni in privatni izobraževalni zavodi, ki so verificirani za izobraževanje odraslih.

V prenovi izobraževalnega programa so bili vključeni predstavniki Centra RS za poklicno izobraževanje, predstavniki izobraževalnih zavodov, predstavniki delodajalcev in predstavnik sindikata zdravstvene nege. Osnova pri prenovi programa zdravstvene nege je bil poklicni standard, ki ga je pripravil Center RS za poklicno izobraževanje, pri čemer so se upoštevali razvojni trendi na trgu dela, predlogi delodajalcev in seveda zakonska osnova prenove. Omenjeni izobraževalni program je bil sprejet na Strokovnem svetu RS za poklicno in strokovno izobraževanje in objavljen v Uradnem listu RS št. 53/2008.

V izobraževalnem programu so upoštevane vse sistemske rešitve Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju, to je modularizacija, kompetenčna zasnova, praktično izobraževanje pri delodajalcih, uvedba odprtega kurikula in kreditno vrednotenje. Dijak ima tako poleg obveznih modulov v zadnjih dveh letnikih možnost izbire enega izmed ponujenih izbirnih modulov, ki jih izobraževalni zavod ponudi na podlagi potreb na trgu dela. Pri izobraževanju se pri vseh programskih enotah povezuje splošno, strokovnoteoretično in praktično znanje. S prenovljenim programom je uvedeno praktično izobraževanje pri delodajalcu, kjer se dijaki že v času izobraževanja vključijo v proces dela. Izobraževalni zavod ima z uvedbo odprtega kurikula možnost, da vsako

šolsko leto določi vsebine odprtega kurikula glede na potrebe, ki jih izrazijo delodajalci. Program je kreditno ovrednoten, tako da bo dijak, ki bo zaključil izobraževanje v prenovljenem programu, imel možnost nadaljevanja izobraževanja na visoki stopnji in tudi možnost prekvalifikacije.

V šolskem letu 2011/12 bo prva generacija dijakov vpisanih v srednje strokovno izobraževanje programa zdravstvena nega zaključila izobraževanje in si tako pridobila poklic srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik.

Tabela 1: *Prikaz števila vpisanih učencev v program srednješolskega izobraževanja zdravstvene nege po šolah v šolskem letu 2012/13 (Vir: Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport, Vpis v srednje šole 2012/13)*

| REGIJA  | SSI – ZN    | PTI – ZN   | SKUPAJ      |
|---|-------------|------------|-------------|
| <b>POMURJE</b><br>Srednja zdravstvena šola Murska Sobota                | 84          | /          | 84          |
| <b>PODRAVJE</b><br>Srednja zdravstvena in kozmetična šola Maribor       | 112         | 28         | 140         |
| <b>KOROŠKA</b><br>Srednja zdravstvena šola Slovenj Gradec               | 84          | 28         | 112         |
| <b>SAVINJSKA</b><br>Srednja zdravstvena šola Celje                      | 140         | 28         | 168         |
| <b>ZASAVSKA</b><br>Srednja šola Zagorje                                 | 56          | /          | 56          |
| <b>JUGOVZHODNA</b><br>Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto   | 84          | 28         | 112         |
| <b>OSREDNJESLOVENSKA</b><br>Srednja zdravstvena šola Ljubljana          | 224         | /          | 224         |
| <b>NOTRANJSKO KRAŠKA</b><br>Srednja gozdarska in lesarska šola Postojna | 28          | /          | 28          |
| <b>GORENJSKA</b><br>Srednja šola Jesenice                               | 84          | /          | 84          |
| <b>GORIŠKA</b><br>Tehniški šolski center Nova Gorica – zdravstvena šola | 56          | /          | 56          |
| <b>OBALNO KRAŠKA</b><br>Srednja zdravstvena šola Izola                  | 56          | /          | 56          |
| <b>SKUPAJ</b>   | <b>1064</b> | <b>112</b> | <b>1176</b> |

Tabela 2: *Prikaz števila učencev, ki so zaključili osnovnošolsko izobraževanje v šolskem letu 2011/12; prikaz števila učencev, ki bodo zaključili osnovnošolsko izobraževanje v šolskem letu 2012/13; prikaz števila vpisanih mest v programe srednješolskega izobraževanja*



| 2011/12<br>št. učencev | 2012/13<br>št. učencev | RAZLIKA | ŠTEVILO VPISNIH MEST<br>1. letnik SSI |
|------------------------|------------------------|---------|---------------------------------------|
| 18.014                 | 17.662                 | 352     | 22.039                                |

Podatki kažejo, da se vsako leto zmanjšuje število učencev, ki zaključijo osnovnošolsko izobraževanje in da je v zadnjih letih na razpolago več prostih mest za vpis učencev v srednješolsko izobraževanje. Razpis za vpis v srednje šole za šolsko leto 2012/13 razpisuje prosta mesta za vpis 1176 učencev v program zdravstvena nega, kar predstavlja 6,2 % vse vpisujoče generacije osnovnošolcev. Izobraževalni zavodi bodo vpisali 112 učencev v program poklicno tehničnega izobraževanja (PTI) in 1064 učencev v program srednjega strokovnega izobraževanja (SSI) (Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport, Vpis v srednje šole).

### 3 Kakovost srednješolskega izobraževanja s področja zdravstvene nege

Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (Ur. List RS, št. 79/2006) postavlja okvir delovanja in razvoj sistema poklicnega in strokovnega izobraževanja v Sloveniji. V skladu z Zakonom (16. člen) smo šole dolžne:

- razvijati kakovost po načelih celovitega sistema zagotavljanja kakovosti,
- imenovati komisijo za kakovost,
- poročilo komisije za kakovost vsako leto objaviti na spletni strani šole.

Komisijo za kakovost v sestavi predstavnikov delodajalcev, predstavnikov staršev, predstavnikov dijakov in predstavnikov zaposlenih potrди Svet zavoda.

Izvajalci izobraževanja moramo zagotavljati kakovost po načelih celovitega sistema vodenja kakovosti, ki upošteva tudi evropski okvir zagotavljanja kakovosti (15. člen Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju).

Priporočena metoda skupnega okvirja zagotavljanja kakovosti je samoevalvacija, ki zagotavlja sistematičen in celoten pogled v vse dejavnosti zavoda.

Pogoji za uspešno samoevalvacijo so:

- Opredeljeno poslanstvo, vizija in vrednote šole, ki dajejo odgovore na vprašanja, kot sta: »Zakaj sploh delujemo?«; »Kakšni so naši cilji?« Odgovori predstavljajo izhodišče za načrtovanje procesa samoevalvacije šole.
- Sodelovanje vodstva šole, ki ima aktivno vlogo in vidni interes, je bistveno za uspešnost samoevalvacije. Vodstvo mora biti intenzivno in učinkovito vpleteno v samoevalvacijo.
- Avtonomija šole in učitelja (šola in učitelji so sami najbolj odgovorni za kakovostno delo).
- Dialog je potreben pogoj za samoevalvacijo, lahko pa je tudi eden izmed uspešnih izidov procesa samoevalvacije. Dialog vodi v odprto in iskreno delovno ozračje s sprejemanjem drugačnosti in spoštovanjem dela med sodelavci.
- Dokazila (dosežki na maturi, zapisniki, dnevniki, uradni rezultati različnih tekmovanj ...) pomenijo osnovo za odločanje. Izjava, kot je denimo: »Zelo dobro poučujemo, vsi tako pravijo!«, je lahko sprejemljiva le, če jo spre-

mlja vsa potrebna dokumentacija – ovrednoteni rezultati anketnih vprašalnikov, analiza šolskih evidenc ... Če teh evidenc ni, je njihova pridobitev prednostno področje za izboljšavo.

Področja, ki jih šola zajame v samoevalvaciji so naslednja:

- vodenje šole,
- sistem kakovosti,
- načrtovanje procesa izobraževanja,
- učenje in poučevanje,
- preverjanje in ocenjevanje,
- doseganje ciljev izobraževanja,
- praktično usposabljanje z delom,
- svetovanje in podpora dijakom,
- strokovni razvoj učiteljev in drugih sodelavcev,

Tabela 3: *Prikaz primera 1. področja vodenje zavoda, ki ga šola zajema v samoevalvaciji (Srednja zdravstvena šola Ljubljana)*

| Kazalniki kakovosti   | Smernice za izboljšanje kakovosti   | Temeljna raven kakovosti  |
|---|---|---|
| Poslanstvo, vrednote, vizija                                  | Vodstvo šole pri vsakodnevni realizaciji uresničuje poslanstvo šole. Poslanstvo in vizija sta intenzivno usmerjena k izboljšanju kakovosti izobraževalnih rezultatov učečih. Vrednote šole so razvidne iz prakse. | Šola ima zapisano in od sveta šole potrjeno poslanstvo, vizijo in vrednote.<br><br>V šoli je razdelitev odgovornosti jasno opredeljena. |
| Strategija in načrtovanje                                     | Vodstvo šole pripravlja dokumente v sodelovanju s socialnimi partnerji in drugimi zainteresiranimi. Vodstvo šole redno evalvira uresničevanje sprejetih dokumentov.   | Šola ima na svetu zavoda sprejet letni delovni načrt, vsebinski načrt in finančni načrt.  |
| Financiranje  | Vodstvo šole uporablja finančne vire po načelih dobrega gospodarja. Vodstvo šole sistematično skrbi za dodatne vire financiranja (donacije, oddaja prostorov šole zunanjim porabnikom ...).                       | Vodstvo šole uporablja finančne vire po načelu dobrega gospodarja.  |
| Partnerstvo (starši, lokalna skupnost, delodajalci, zbornice) | Vodstvo šole v uresničevanje ciljev in procesov na šoli sistematično vključuje svet staršev in svet zavoda.   | Na šoli delujejo oblike sodelovanja s socialnimi partnerji. Svet staršev se sestane trikrat letno.                                      |

- šola kot središče vseživljenjskega učenja,
- razvojni projekti.

Za vsako področje so opredeljeni kazalniki kakovosti, smernice za razvoj kakovosti in temeljna raven kakovosti. Skozi samoevalvacijo šola oblikuje oceno o doseganju kakovosti in ukrepe za izboljšanje za vsa našeta področja. Strokovni svet RS za poklicno in strokovno izobraževanje pa določi obvezna področja in kazalnike, ki jih vsaka šola mora zajeti v poročilu.

Kvaliteta prenovljenih programov je ravno v tem, da lahko ustanove, ki izobražujemo za določen poklic, izobraževanje v veliko večji meri kot prej prilagodimo potrebam in zahtevam delodajalcev. Skupni cilj izobraževalnih ustanov in delodajalcev je pridobiti dobro usposobljene delavce, zato smo pripravljeni vedno prisluhniti in sodelovati z delodajalci ter izobraževalnimi ustanovami na visokošolski stopnji.

## 4 Europass – priloga k spričevalu

Priloga k spričevalu je dokument, ki služi kot pripomoček za lažje razumevanje, priznavanje in vrednotenje posameznikove kvalifikacije, v smislu pridobljenega znanja in usposobljenosti. Priloga k spričevalu posreduje informacije o stopnji kvalifikacije, pridobljenih znanjih in kompetencah, učnih vsebinah, dostopu do naslednje ravni izobraževanja ter podatke o ustanovi, ki je spričevalo izdala. Poseben prostor je namenjen prikazu deleža teoretičnega in praktičnega izobraževanja ter umeščenosti pridobljene kvalifikacije glede na slovenski izobraževalni sistem in glede na mednarodne klasifikacije. V Sloveniji pa smo zaradi kakovostnejše predstavitve temu dokumentu dodali še specifične informacije osebnega značaja (podatke o imetniku, predmetniku, izbirnih predmetih, načinu zaključevanja izobraževanja ...).

Seznam prenovljenih izobraževalnih programov, za katere je možno dobiti priloge k spričevalu, je objavljen na spletnih straneh *Nacionalnega informacijskega središča*.

Prilogo k spričevalu ustrezno izpolni in izda pristojna šola poklicnega in strokovnega izobraževanja, hkrati s spričevalom v slovenskem in angleškem jeziku.

## 5 Zaključek

Novosti in spremembe na področju poklicnega in strokovnega izobraževanja dajejo veliko avtonomijo posameznim izobraževalnim zavodom. Šole želimo postaviti temelje za zvišanje kakovosti in učinkovitosti sistema izobraževanja. Prepričana sem, da dijaki ob zaključku izobraževanja osvojijo tako splošne kot poklicne kompetence, za katere smo jih usposabljali. Vsi zaposleni pa si prizadevamo, da razvijamo znanje, da smo inovativni in da skrbimo

za prenos znanja in izkušenj na vse, ki se pri nas izobražujejo. Pomembni so nam medsebojno spoštovanje, iskrenost in odkritost v odnosih do vseh, s katerimi sodelujemo. Trudimo se, da razvijamo pripadnost in mlade vzgajamo v ustvarjalne, sposobne, strpne in poštene ljudi, ki bodo v svojem bodočem poklicu tako tudi delovali.

## Literatura

- Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju. Uradni list Republike Slovenije št. 79/06.
- Nacionalno informacijsko središče Slovenije za poklicne kvalifikacije. Poklicni standard za program zdravstvena nega. Dostopno na: [www.nrpslo.org](http://www.nrpslo.org).
- Izhodišča za pripravo nižjega, srednjega poklicnega izobraževanja ter srednjega strokovnega izobraževanja. Strokovni svet Republike Slovenije za poklicno in strokovno izobraževanje; 1996.
- Priporočila šolam za izvajanje samoevalvacije. Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje; 2007.
- An European Guide on Self-assessment for VET-providers, 2003 (12–14).
- Europass. Priloga k spričevalu. Nacionalno informacijsko središče Slovenije za poklicne kvalifikacije. Dostopno na: [www.nrpslo.org](http://www.nrpslo.org).
- Izobraževalni program Zdravstvena nega. Uradni list Republike Slovenije št. 53/08.
- Podatki za srednje šole in dijaške domove. Ljubljana: Republika Slovenija Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport; 2011.

# Regulacija vpisnih mest in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi na visokošolski ravni v Sloveniji – vloga in mesto Zbornice – Zveze

Regulation of admissions and the quality of nursing education at the higher education level in Slovenia - the role and position of Nurses and Midwives Association of Slovenia

Darinka Klemenc, Peter Požun, Irena Buček Hajdarevič

## IZVLEČEK

*Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi v Sloveniji poteka na srednješolski in visokošolski ravni. Število vpisnih mest na posamezne izobraževalne programe naj bi odsevalo potrebo po študijskem programu, potrebe po kadrih, vpis študentov glede na potrebe relevantnih okolij, zagotavljanje takšnih kadrov, ki bodo omogočali kakovostno izvedbo načrtovanih dejavnosti in kakovostno izvajanje študijskih programov; visoko kakovost študijskih programov ter stalno skrb visokošolskih zavodov za zagotavljanje kakovosti, s posebnim poudarkom na kakovostnih učnih izidih in dosežkih, zagotavljanje praktičnega usposabljanja predvidenega števila vpisanih študentov, zaposljivost diplomantov in možnosti njihovega nadaljnjega izobraževanja. Sodelovanje in vpliv nacionalnega strokovnega združenja pri regulaciji in zagotavljanju kakovosti izobraževanja pravno formalno je urejen, v praksi pa nacionalno strokovno združenje zaradi nekonsistentne zakonodaje formalnega vpliva tako rekoč nima. V prispevku so opisana prizadevanja Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije za regulacijo vpisnih mest in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi.*

**Ključne besede:** izobraževanje, zdravstvena nega, medicinska sestra, kakovost

## ABSTRACT

*Professional nursing education in Slovenia takes place on the level of secondary and higher education. The role of the state and its regulatory bodies is to ensure comparable and coordinated educational programs in accordance with European legislation and a free movement of labour force between the members of the European Union. The number of admissions on individual educational programs should reflect the need for such studies, the need for personnel, the number of student enrolments according to the needs of relevant environments and ensuring such personnel that will enable quality implementation of planned activities and quality implementation of educational programs; high quality educational programs and a constant care of higher education institutions to ensure quality, with the emphasis on quality learning outcomes and accomplishments, ensuring practical training for the number of predicted enrolments,*

**Darinka Klemenc, Peter Požun, Irena Buček Hajdarevič**

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije  
E pošta: predsednica@zbornica-zveza.si

*employability of graduates and the ability for their further education. The cooperation and influence of the national professional association on regulation and ensuring a quality education is legally regulated, however, in practice the national professional association has no formal influence due to inconsistent legislation. The endeavours of Nurses and Midwives Association of Slovenia to regulate the number of admissions and a quality health care education are described in this contribution.*

**Key words:** education, nursing care, nurse, quality

## 1 Uvod

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica - Zveza) združuje preko 90 odstotkov medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v državi. Članstvo v združenju je prostovoljno, za razliko od druge primerljive poklicne skupine, zdravnikov, kjer je članstvo obvezno. Krovno združenje poleg drugih, s statutom določenih nalog, opravlja tudi vlogo regulatorja za poklica medicinska sestra in babica.

Zaradi naštetih nezanemarljivih dejstev vloga stanovskega nacionalnega strokovnega združenja pri vplivu na vpisna mesta v izobraževalnih procesih ne bi smela biti spregledana. Pa je tako rekoč bila vsa desetletja in je praktično še danes.

Prvi poskusi vplivanja na število vpisnih mest, zlasti na visokošolskem nivoju (čeprav se ob vstopu v Evropsko unijo (EU) srednješolsko izobraževanje ni v ničemer spremenilo, sploh pa ne uredilo; beri: zmanjšalo število srednjih zdravstvenih šol ob nastajajočih visokih šolah in večanju nezaposlenosti zdravstvenih tehnikov) so bili s strani vodstva Zbornice - Zveze narejeni leta 2008 in potem vsako leto znova. Pobuda je s strani Zbornice - Zveze prišla samoiniciativno, le enkrat z Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo in enkrat z Ministrstva za zdravje (MZ), slednja neformalna. Tako se krovna organizacija pretežno sama ukvarja s problematiko vpisnih mest; lani je k vpisu za študijsko leto 2012/2013 oblikoval svoje mnenje tudi Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego (RSKZN). Ob tem je čutiti slabo medresorsko sodelovanje med Ministrstvom za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo in MZ.

## 2 Izobraževanje v zdravstveni negi

Izobraževanje zdravnikov, zobozdravnikov, farmacevtov, veterinarjev, medicinskih sester, babic in arhitektov je v EU urejeno z Direktivo 2005/36/EC. Izobraževanje na osnovi le te omogoča avtomatsko priznavanje poklicnih kvalifikacij in prost pretok delovne sile, ki je primerljivo izobražena in usposobljena. Gre za regulirane poklice v EU. Vsaka država je dolžna direktivo uresničiti v praksi. V slovenskem prostoru ni zaznati nobenih problemov ali razprav o izobraževanju navedenih poklicnih skupin in uresničevanju direktive, večina jih je ob prehodu na bolonjsko prenovo prešla na enovit magistrski študij (me-

dicina, farmacija, veterina, arhitektura). Zatika se predvsem pri izobraževanju medicinskih sester. Razlogov za to je več, vsekakor pa ni v ospredju razlog, ki bi v središče postavil pacienta in njegove potrebe po zdravstveni negi, ki jo naj izvaja evropsko primerljivo izobražena medicinska sestra (Skela Savič, 2009).

Za strokovno sodelavko v timu medicinski sestri je usposobljen zdravstveni tehnik, ki se izobražuje po programu zdravstvena nega, ki je bil sprejet na Strokovnem svetu RS za poklicno in strokovno izobraževanje (Pravilnik o sprejemu izobraževalnih programov za pridobitev poklicne in srednje strokovne izobrazbe, 2008). Zdravstveni tehnik je zdravstveni delavec, ki je usposobljen za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Za opravljanje poklica zdravstveni tehnik se zahteva izobrazba, ki se izvaja na ravni srednjega strokovnega izobraževanja. V okviru teoretičnega usposabljanja dijak pridobi znanje na humanističnih, družboslovnih in naravoslovnih področjih ter strokovna znanja s področja zdravstvene nege, ki zajemajo: zdrav način življenja in škodljive vplive na zdravje, bolezenske procese v človekovem organizmu, zdravstveno varstvo in timsko delo v zdravstvu, zdravstveno nego kot integralni del zdravstvenega varstva, zdravstveno nego v različnih življenjskih obdobjih. Za samostojno opravljanje poklica mora opraviti še šest mesecev pripravništva in strokovni izpit (Seznam o spremembah in dopolnitvah Seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti, 2006).

Danes se veliko govori o pomenu usposobljenosti zdravnikov in o njihovi deficitarnosti, veliko manj besed je namenjenih medicinskim sestram, njihovu izobraževanju in njihovi vlogi v zdravstveni obravnavi. Številne raziskave v razvitem svetu so pokazale, da je uspešnost zdravstvene obravnave pacientov povezana s stopnjo izobrazbe medicinskih sester, njihovim številom v neposredni zdravstveni negi in njihovim kliničnim in raziskovalnim delom. Zdravstvena nega je integralni del zdravstvene dejavnosti, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v zdravju in bolezni ter obravnava ljudi vseh starosti in na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter na različnih strokovnih področjih (Skela Savič, 2009).

Izobraževanje za vsako ceno zagotovo ni ustrezna rešitev, kljub jasno izraženi deficitarnosti poklica diplomirana medicinska sestra, saj morajo biti za izvajanje študijskega programa zdravstvena nega v skladu z direktivo zagotovljeni ustrezni pogoji tako na strani visokošolskega zavoda kot na strani zdravstvenih zavodov. Gre za prevzemanje odgovornosti za doseganje poklicnih kompetenc, saj diplomanti nimajo pripravništva. V Sloveniji trenutno deluje pet visokošolskih zavodov, ki izvajajo redni in izredni študijski program prve stopnje zdravstvena nega. Poleg tega so se v zadnjem letu v Sloveniji ustanovili še trije visokošolski zavodi, ki izvajajo izredni študij zdravstvene nege. Skupno kar osem visokošolskih zavodov, trije v okviru univerz in pet izven univerz.

Slej kot prej se bosta pokazala vsaj dva problema s svojimi posledicami, ki si jih danes še ne priznamo, to je pomanjkanje usposobljenih visokošolskih učiteljev in usposobljenost učnih baz za tako velik obseg kliničnega usposabljanja tako na srednješolski kot visokošolski ravni. Zanimivo je narediti primerjavo z

zdravniki, ki so v Sloveniji ravno tako deficitarni poklic, pa ne ustanavljajo novih medicinskih fakultet, saj se pomembno zavedajo problema pomanjkanja visokošolskih kadrov za učenje in problema majhnosti, ko se večina medicine "dogaja" v dveh največjih centrih in nekaj inštitutih in klinikah. Vsekakor bo čas pokazal, ali so poteze na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi bile pravilne. Pričakuje se kakovostno izvedbo programov in diplomante, ki bodo prepoznani po usposobljenosti za strokovno in razvojno delo. Smisel ni v količini, temveč v kakovosti izobraževanja. Gre za odgovorno delo s pacienti, kjer je potrebno slediti ciljem programa in kakovostni izvedbi. Enako velja za študij druge stopnje zdravstvene nege. Bistvo izobraževanja na magistrski ravni je oblikovanje stališč in vrednot do lastne prakse in razvoja ter usposabljanje in motivacija študentov za raziskovalno in razvojno delo na področju, na katerem delujejo v kliničnem okolju. Le to pa jim lahko posredujejo visokošolski učitelji zdravstvene nege, ki izpolnjujejo pogoje za učenje na drugi stopnji (doktorat znanosti, izvolitev v ustrezen naziv) in so raziskovalci v povezavi s kliničnim okoljem. Le teh je v Sloveniji izjemno malo in kakovostna izvedba programa je povezana z vabljenimi visokošolskimi učitelji zdravstvene nege iz tujih univerz. Programi, ki to upoštevajo, so v prednosti. Slabo je, če mislimo, da lahko magistrski in doktorski študij zdravstvene nege vzpostavimo sami, pri tem pa zanemarimo, da zdravstvena nega nikoli ni imela lastne vertikale (magistrski in doktorski študij) v visokošolskem izobraževanju. Prihod tujih visokošolskih učiteljev morajo študenti dojeti kot prednost, saj spoznajo pristope in izkušnje tujih držav, kar jih bogati in daje širino v znanju in razumevanju (Skela Savič, 2009).

### **3 Naloge Zbornice – Zveze**

Statut Zbornice - Zveze v zvezi z izobraževanjem določa, da Zbornica - Zveza sodeluje z ministrstvom, pristojnim za zdravje, ministrstvom, pristojnim za izobraževanje, srednjimi in visokimi zdravstvenimi šolami, fakultetami in drugimi organizacijami pri načrtovanju, oblikovanju, spremljanju in posodabljanju dodiplomskega in podiplomskega študija zdravstvene in babiške nege, in v nadaljevanju še, da spremlja kadrovsko politiko in sodeluje pri načrtovanju potreb po zaposlovanju medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v R Sloveniji. Torej je ena izmed statutarnih nalog, h kateri je zavezano vodstvo in organi Zbornice - Zveze, spremljati področje izobraževanja in se aktivno vključevati v politiko izobraževanja na področju zdravstvene in babiške nege.

#### **3.1 Zakonski vidik**

Zbornica - Zveza nima formalnega vpliva na število vpisnih mest v srednješolskem in visokošolskem izobraževanju za zdravstveno in babiško nego,



saj t.i. “šolska” zakonodaja eksplicitno ne predvideva vloge naše organizacije pri teh odločitvah. Določa pa ta vpliv Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja (ZOFVI-UPB4), ustanovitev in delovanje Strokovnega sveta Republike Slovenije za poklicno in strokovno izobraževanje, v katerega sestavo lahko vstopi predstavnik Zbornice - Zveze (Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja, 2005).

Strokovni svet pomaga vladi pri odločanju o strokovnih zadevah na področju poklicnega in strokovnega izobraževanja, pri sprejemanju odločitev in pri pripravi predpisov. Predsednik in člani strokovnega sveta so imenovani za dobo šestih let. Strokovni svet lahko za posamezna področja svojega delovanja oblikuje komisije, odbore, ekspertne skupine in druga delovna telesa. Organizacijo in način dela ureja poslovnik. Pristojnosti strokovnega sveta so:

- določa predmetne kataloge znanj in izpitne kataloge za strokovno teoretične predmete in za mojstrski izpit;
- določa obseg in vsebino izobraževanja v nižjem in srednjem poklicnem izobraževanju, ki se izvaja pri delodajalcu;
- določa organizacijo izvajanja izobraževalnega programa (celoletna, periodična),
- določa vsebino vmesnega preizkusa;
- potrjuje učbenike in učila za strokovno teoretične predmete;
- ugotavlja enakovreden izobrazbeni standard izobraževalnih programov za odrasle na področjih, na katerih je pristojen za določanje katalogov znanj;
- podeljuje naziv predavatelj višje šole, če predavateljski zbor še ni konstituiran;
- predlaga pristojnemu ministru:
  - izobraževalne programe poklicnega oz. strokovnega izobraževanja,
  - prilagojene izobraževalne programe za mladostnike s posebnimi potrebami,
  - normative in standarde za opremo šol in šolskih delavnic in
  - opravlja druge naloge v skladu z zakonom (Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja, 2005).

Sestavo strokovnega sveta določa zakon (predsednik in štirinajst članov), imenuje ga vlada izmed uveljavljenih strokovnjakov s področja poklicnega oziroma strokovnega izobraževanja, in sicer:

- pet na predlog ministrstev, od tega dva na predlog ministrstva, pristojnega za šolstvo;
- pet na predlog pristojnih zbornic in
- štiri na predlog sindikatov (Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja, 2005).

Žal zakon navedeni zakon nikjer ne opredeljuje pojma »pristojne zbornice« in je to prepuščeno vsakokratnemu tolmačenju ministrstva.

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) je v 2. členu navedeno, da se zdravstvena dejavnost opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, na sekundarni specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost ter na terciarni ravni opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. S tem zakonodaja opredeljuje, da je za usposobljenost na delovnem mestu potrebna usposobljenost za vse tri nivoje zdravstvenega varstva. Enako iz tega sledi, da morajo biti študenti v kliničnih okoljih seznanjeni z vsemi temi nivoji.

### 3.2 Vpliv Zbornice Zveze na izvajanje izobraževanja

Vpliv Zbornice - Zveze na kurikule, na vpisna mesta in preverjanje kakovosti izobraževanja formalno ni opredeljen. Ima pa lahko "pristojna zbornica" vpliv na izvajanje praktičnega izobraževanja in usposabljanja, saj resorni sistemski zakon (ZZDej) v 32. členu določa, da minister za zdravje, v soglasju z ministrom za šolstvo in šport ter ministrom za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, predpiše pogoje, ki jih mora izpolnjevati zdravstveni zavod za opravljanje praktičnega pouka za učence in študente medicinske fakultete in drugih zdravstvenih šol. Zavodu, ki izpolnjuje predpisane pogoje za dejavnost iz prejšnjega odstavka, ministrstvo, pristojno za zdravje, podeli naziv učni zavod.

Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod, določa, da izpolnjevanje pogojev za naziv učni zavod ugotavlja komisija, ki jo imenuje minister, pristojen za zdravje. Komisijo sestavljajo štirje člani, od katerih sta dva predstavnika MZ, en predstavnik Ministrstva za šolstvo in šport ter en predstavnik Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo. Pravilnik nadalje določa, da lahko MZ pri zavodu kadarkoli ponovno in po uradni dolžnosti preveri in oceni izpolnjevanje pogojev za podelitev naziva učni zavod. V primeru ugotovitve neizpolnjevanja pogojev oziroma bistveno spremenjenih okoliščin minister, pristojen za zdravje, na predlog komisije zavodu določi rok, v katerem morajo biti pomanjkljivosti odpravljene. Če zavod v tem roku pomanjkljivosti ne odpravi, se mu odvzame naziv učni zavod (Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod, 2005).

### 3.3 Primerjava z nalogami nekaterih zbornic v Evropi

Hrvaška zbornica (Hrvatska komora medicinskih sestara) vpliva na izobraževanje preko Zakona o sestrinstvu (Narodne novine 57/11), ki določa ravni izobraževanja in kompetence. Zbornica imenuje člane v delovne skupine agencij za strokovno in visoko izobraževanje<sup>1</sup>. Delovne skupine razpravljajo

---

<sup>1</sup> Elektronsko pismo avtorju 25. 1. 2012

o kurikulah, medtem ko je število vpisnih mest in akreditacija v pristojnosti ministrstva pristojnega za izobraževanje, znanost in šport.

Srbska zbornica (Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije) nima formalnega vpliva na kurikule in število vpisnih mest, sodeluje pa v razpravah preko ministrstva, pristojnega za zdravje<sup>2</sup>.

V Združenem kraljestvu je regulatorni organ za področje zdravstvene in babiške nege Nursing and Midwifery Council (NMC), ki je bil ustanovljen z zakonom (Nursing and Midwifery Order, 2001) 1. aprila 2002. Regulira področje zdravstvene in babiške nege v Angliji, Welsu, na Škotskem ter Severni Irski in Otočju. Naloge NMC na področju izobraževanja so, da postavljajo standarde izobraževanja in praktičnega usposabljanja, tako da lahko medicinske sestre in babice zagotavljajo visoko stopnjo zdravstvene oskrbe. Stalno izvajajo revizijo in vzdržujejo nivo standardov izobraževanja na obeh nivojih, pred registracijskim ter po registracijskim. Ti standardi so sestavni del usposabljanja medicinske sestre ali babice; so v podporo študentom in zagotavljanje, da lahko študenti dokažejo svoje sposobnosti za delo v praksi pred vpisom v registre. NMC izvaja letne preglede (monitoringe) programov izobraževanja in tako zagotavljajo kakovost izobraževanja preko odobrevanja novih programov ter potrditev in spremembe obstoječih programov, določa pogoje, ki jih morajo izpolniti kandidati za sprejem v izobraževanje ter nadaljevanje izobraževanja, ki lahko vključujejo tudi zahteve glede dobrega zdravja in dobrega značaja. Prav tako lahko NMC izvaja nadzor nad potekom izobraževanja z obiski na izobraževalnih ustanovah ali enotah, kjer poteka klinični pouk (The Nursing and Midwifery Order, 2001).

Na Irskem je regulatorni organ za področje zdravstvene in babiške nege An Bord Altranais (the Board), ki je bil ustanovljen z zakonom (Nurses Act) leta 1950 in ponovno konstituiran in njegove naloge redefinirane in razširjene z zakonom (the Nurses Act) v letu 1985. Naloga Boarda je promoviranje visokih standardov izobraževanja, kliničnega usposabljanja ter prakse zdravstvene nege in s tem zagotavljanje zaščite javnosti – uporabnikov. Skrb Bord Altrans je varstvo kakovosti v izobraževanju, poklicne prakse medicinskih sester in babic ter potrebo, da je izvajanje utemeljeno na dokazih. Ključnega pomena za uspeh izobraževanja je, da so izpolnjene zahteve in standardi izobraževanja ter s tem kakovostni okvir izobraževanja za medicinske sestre in babice. V zvezi s tem izobraževalni oddelek Borda izvaja nadzorne obiske v izobraževalnih institucijah in z njimi povezanih zdravstvenih ustanovah, ki izvajajo pred registracijsko izobraževanje na področju zdravstvene nege. Ti nadzorni obiski so sestavni del ugotavljanja ustreznosti izobraževalnih institucij in zdravstvenih ustanov v zvezi z izobraževalnimi programi za pridobitev registracije, kot je opisano v zahtevah in standardih za izobraževanje medicinskih sester (Requirements and Standards for Nurse Registration Education Programmes, 2005).

<sup>2</sup> Elektronsko pismo avtorju, 26. 1. 2012

## 4 Aktivnosti Zbornice - Zveze v zvezi z regulacijo vpisnih mestih

Prvič smo (v mandatu 2008 – 2012) Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo na neustreznost števila vpisnih mest in kakovost izobraževanja opozorili 18. 6. 2008 (ministrica Mojca Kucler Dolinar). Odgovor ministrstva je bil, da ministrstvo nima nič pri ustanavljanju visokih šol, saj akreditacijske postopke izvaja Svet za visoko šolstvo. Ministrstvo daje le konsenz k nosilcem posameznih predmetov. Ministrstvo smo opozorili, da Zbornica – Zveza nima analize potreb, ocen, projekcije potreb po kadrih za nadaljnje obdobje, razen zadnje analize Inštituta za varovanje zdravja iz leta 2003 (IVZ); za podatke o potrebah medicinskih sester služi le kategorizacija pacientov, vprašljiva je kakovost izvajanja klinične prakse (neusposobljenost mentorjev, premalo ustreznih kliničnih okolij, ozaveščenost pacientov o svojih pravicah); Direktiva EU 2005/35 nam nalaga, da kot regulatorno telo opozarjamo na nepravilnosti, tudi EU, ki nastajajo zaradi izvajanja klinične prakse na ne-terciarnem nivoju in zamenjave laboratorijskih vaj s kliničnim okoljem; podobno je z odhodi medicinskih sester v tujino, saj od nas zahtevajo potrdilo, da so bili ljudje izšolani po direktivi EU; tako smo dolžni na to opozarjati in če ne bo posluha, obvestiti pristojna telesa v EU, kjer so za neizvajanje direktiv predpisane visoke denarne kazni. Dogovorili smo se, da se obrnemo še na Svet za visoko šolstvo, ker je pridobivanje ekspertnega mnenja v njihovi pristojnosti, na ministrstvu pa bodo večjo pozornost posvetili področju, ki je v njihovi pristojnosti (habilitirani kadri – nosilci predmetov s področja zdravstvene nege, prostorski pogoji) (Arhiv Zbornice – Zveze, 2008).

Na lastno pobudo smo 21. 12. 2009 (dopis štev. 142/2009) na Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo (mag. Majda Širok) poslali naša priporočila glede vpisa v dodiplomski in podiplomski študij zdravstvene nege za študijsko leto 2010/2011 in obširno obrazložili problematiko, med drugim, da od obeh pristojnih ministrstev pričakujemo takojšnjo ustavitev ustanavljanja novih visokih zdravstvenih šol/fakultet na dodiplomski ravni. Konkretno smo predlagali, da se omeji vpis v redne programe v petih izobraževalnih institucijah (Fakulteta za zdravstvo - Univerza v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene vede - Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo Izola (Nova gorica) - Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice in Visoka šola za zdravstvo Novo mesto – Visokošolsko središče Novo mesto) na približno skupno število 800 študentov, kar pomeni, da bi vpisovali nekaj več rednih kot izrednih študentov, vendar ne preko tega števila. Povprečno število študentov, deljeno s petimi šolami/fakultetami, je 80 študentov na regijo, če sledimo enakomerni regijski porazdelitvi po R Sloveniji. Glede na specifičnost študija zdravstvene nege smo predlagali, da se poleg splošnih vstopnih pogojev (število doseženih točk) uvedejo dodatni kriteriji, npr. testiranje za delo z ljudmi (psihološko testiranje, osebni razgovori), saj je področje dela s pacienti zahtevno in narekuje psihofizično zrelost posameznika že ob vstopu v sistem.

Pobudo za reševanje problematike visokošolskega izobraževanja na programu prve stopnje zdravstvena nega v R Sloveniji smo 8. 12. 2010 obravnavali na seji Upravnega odbora Zbornice – Zveze, kjer je le-ta bila potrjena in poslana pristojnima ministrstvoma (visoko šolstvo, znanost in tehnologijo ter zdravje), poleg njiju pa še Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstvu za javno upravo, Nacionalni agenciji R Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS), RSKZN in na IVZ. V pobudi so bila izpostavljena sledeča področja:

- Z akreditacijo petih šol v obdobju 2006 do 2009 (2006 Jesenice, 2007 Novo mesto, 2009 Celje, Murska Sobota, Slovenj Gradec) je vpis na študij postal lahko dostopen; ocenjujemo, da se lahko vpiše praktično vsakdo. Vpisna mesta so se povečala glede na obdobje, ko je bila narejena zadnja državna študija o potrebah izobraževanja v zdravstveni negi (IVZ, 2004), kjer smo iz 230 vpisanih prešli na okrog 500 vpisanih na redni študij in iz 230 vpisanih na 585 na izredni študij. Posledica tega je zniževanje števila vstopnih točk, ki so potrebne za vpis na šole in nedoseganje pogojev za omejitve vpisa.
- Z lahko dostopnostjo študija nas skrbi kakovost izvedbe študija, saj nam je znano, da v državi nimamo dovolj primernih visokošolskih učiteljev, kliničnih mentorjev ter mest za klinično usposabljanje in kritične mase raziskovalcev za razvojno delo na vseh omenjenih šolah. S tem postaja vprašljivo tudi zaposlovanje naših diplomantov v državah EU v smislu prostega pretoka ljudi.
- Po podatkih Zavoda za zaposlovanje je danes blizu sto brezposelnih diplomiranih medicinskih sester (največ v štajerski in pomurski regiji), ob tem da šole, ki so bile akreditirane od 2007 naprej, sploh še nimajo diplomantov. Sprašujemo se, kdo bo zaposlil vse te diplomante in kako bodo vsi izredni študenti dobili delo oz. delovno mesto diplomirane medicinske sestre v zdravstvenih organizacijah, kjer že delajo.
- Ocenjujemo, da v pogojih, ko si vse šole prizadevajo za preživetje na tržišču (za študente), obstaja možnost zniževanja kriterijev znanja, kar je nedopustno, saj gre za reguliran študij, katerega kakovost izvedbe ima vpliv na zmogljivosti zdravstvenega sistema v RS in EU in na varnost pacientov.
- Ocenjujemo, da vse šole ne zagotavljajo ustreznega kliničnega okolja na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva, zato regijska drobitev izobraževanja po naši presoji ni ustrežna. Smiselno bi bilo, da se program izvaja v tistih regijah, kjer lahko poteka na vseh treh nivojih zdravstvene obravnave in kjer imajo študenti dostop do kliničnih centrov in drugih terciarnih zavodov. S tem lahko visokošolski zavod zagotovi zadostno zahtevnost zdravstvene obravnave in pogostnost ustreznih primerov pacientov po zdravstveni negi v času klinične prakse študenta (Arhiv Zbornice - Zveze).
- Programe naj izvajajo le tisti akreditirani visokošolski zavodi, ki izpolnjujejo pogoje za izvedbo programa, ki so opredeljeni v merilih NAKVIS in izkazujejo kakovostno delo. Zlasti se je potrebno osredotočiti na kadrovsko strukturo v visokošolskih zavodih, razvojno in raziskovalno delo ter mednarodno sodelovanje.

- Izredni študij naj izvajajo zavodi, ki izvajajo tudi redni študij in ki imajo ustrezne pogoje: kadrovska zasedba, razvojno, raziskovalno in mednarodno usposobljenost ter klinično usposabljanje na vseh treh nivojih zdravstva in izkazujejo ustrezno kadrovska zasedba za visokošolsko učenje. Na zavodih naj delujejo katedre, mednarodne izmenjave, razvojna orientiranost, zavod naj izkazuje projekte raziskovalne dejavnosti v skladu z nalogami Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS), idr. Na osnovi podanih meril naj se študij razpiše na tistih zavodih, ki ustrezajo merilom zapisanim v merilih NAKVIS in veljajo za zavode, ki že izvajajo dejavnost (ponovna evalvacija).
- Potrebno je vzpostaviti preglednost v delovanju z vidika izvajanja pedagoškega procesa. Podatki o izvajanju programa (opis predmetov, literatura, habilitirani nosilci) naj bodo javno objavljeni. Ni vedno znano, kdo uči določen predmet (nas zanimajo zlasti strokovna področja zdravstvene nege), ali je habilitiran idr.
- Klinično usposabljanje se mora izvajati na vseh treh nivojih zdravstvene obravnave. Zaradi velikega števila študentov je nastal problem zagotavljanja ustreznih učnih baz in s tem usposabljanja študentov po EU direktivi. Klinično usposabljanje mora doseči kritično maso zahtevnosti in različnosti primerov zdravstvene obravnave v času razpisa študenta na prakso. V praksi se srečujemo z nesprejemljivimi situacijami, tudi na Zbornico - Zvezo prihajajo pritožbe, ker ni dovolj mest v kliničnih okoljih in zanje poteka prava »bitka«, kar je nesprejemljivo.
- EU direktiva predpisuje, da morajo biti nosilke izobraževanja medicinske sestre z ustrezno izobrazbo za področje visokošolskega učenja v državi. Menimo, da teh kadrov v Sloveniji za obstoječe število šol ni dovolj.
- Nasprotujemo nadaljnji drobitvi izvajanja rednega študija. To je po naši presoji nesmiselno, saj bo šlo za še večjo drobitev sredstev in kadrov in za neskladnost z normativi za izvajanje visokošolske dejavnosti. Posledica bo prerazporeditev rednih študentov na še več zavodov, ki pa ne bodo imeli nič boljših točk na maturi, saj se bodo le prerazporedili. Ob zmanjšanem vpisu na redni študij se za šole, ki zaposlujejo in razvijajo kadre, pojavi velik problem zadostnih ur za učitelje, ki učijo specialne predmete, saj ne bo dovolj skupin študentov idr.
- Predlagali smo tudi, da se nadaljnji razvoj podpre na tistih šolah, ki izpolnjujejo pogoje po merilih NAKVIS, natančno se naj pregleda delo na vseh obstoječih šolah, stanje zaposlenih (habilitacije), stanje učnih baz na vseh treh nivojih zdravstva, prehodnost študentov, razvojni, raziskovalni projekti, mednarodno sodelovanje, drugo. V pobudi smo zapisali, da v januarju (do 15. 1. 2011) pričakujemo njihov odgovor tako strokovni javnosti in pacientom kot nam, v nasprotnem primeru bomo prisiljeni javnost sami obvestiti, saj se čutimo soodgovorne za razvoj stroke, profesije in s tem za kakovost ter varnost zdravstvene obravnave tako v naši državi kot v EU (Arhiv Zbornica – Zveza).

Naslednji dopis smo na Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo poslali 12. 01. 2010 (minister Gregor Golobič), kjer smo jih seznanili, da smo od MZ v vednost prejeli dopis, ki nas je, prav tako Svet RS za visoko šolstvo, seznanilo z neurejenimi, na trenutke nedopustnimi razmerami na področju izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji. Mnenju MZ se je pridružil tudi Upravni odbor Zbornice – Zveze in apeliral, da se zadeve čim prej uredijo. Ministrstvo smo seznanili, da:

- Zbornica – Zveza že dalj časa opozarja, tudi javno, na problematiko neuskklajenega in potrebam trga neprilagojenega ustanavljanja novih visokih strokovnih šol/fakultet in programov za področje zdravstvene nege tako na prvi kot na drugi bolonjski stopnji.
- trenutno imamo za izobraževanje na dodiplomskem nivoju, torej na področju izobraževanja za diplomirane medicinske sestre (ki so po direktivi EU 36/2005 nosilke stroke), v R Sloveniji osem visokošolskih zavodov; pet od teh jih ima koncesijo, trije so brez nje, a so težnje po pridobitvi le te velike; te šole so lani presegle vpis tisoč (1000) študentk in študentov;
- predlagali, da se naredi evalvacija izvajanja programa za študij 1. stopnje na vseh petih šolah. Po informacijah, ki smo jih dobili od Ministrstva za zdravje, je Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo izvedlo nadzor nad izvajanjem programa 1. stopnje in predlagamo, da se na osnovi le tega oceni kakovost visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Zlasti nas zanimajo informacije o izvajanju kliničnega usposabljanja, kot so: dokumentiranje usposabljanja, kompetence, evidence, izobraževanje, število in pogoji za izbiro mentorjev, njihove habilitacije, sledenje napredku študenta na usposabljanju, urejenost pogodb z učnimi bazami, delež kliničnega usposabljanja na primarni, sekundarni in terciarni ravni idr. Ocenjujemo, da so pomemben kazalec kakovosti tudi podatki o zaposlenih kadrih, raziskovalnih in razvojnih projektih, stroških kliničnega usposabljanja, opremljenosti knjižnice, kabinetov idr;
- nasprotujemo novim dodelitvam koncesij na 1. stopnji in predlagamo, da vsi visokošolski zavodi upoštevajo podan predlog vpisnih mest. Glede na to, da se danes lahko vsakdo vpiše na visoko zdravstveno šolo, smo predlagali, da spremljajo prehodnost študentov po šolah; saj glede na nizke vpisne točke pričakujemo znižanje prehodnosti.
- apeliramo na ministrstvo, da nemudoma ustavi nadaljnje potrjevanje morebitnih dodiplomskih programov izobraževanja za poklic diplomirane medicinske sestre kakor tudi akreditiranje podiplomskih programov, ki obidejo soglasje stroke zdravstvene nege, so pa akreditirani ravno za to profesijo;
- predlagamo, da ocenijo delovanje šol, ki trenutno izvajajo redni študij;
- v bodoče pričakujemo, da nas kot regulatorno telo z javnimi pooblastili, ki po zakonu bdi nad izobraževanjem za poklice v zdravstveni in babiški negi, in s tem nad strokovnostjo, kakovostjo, varnostjo zdravstvene obravnave pacientov, vključujejo v vse statusne spremembe in brez našega mnenja ne akreditirajo novih študijskih programov, sicer bomo kot skrbniki EU direk-

tive 36/2005 prisiljeni, o neurejenih razmerah tako na dodiplomskem kot na podiplomskem nivoju obvestiti pristojne institucije v EU, prebivalce/uporabnike zdravstvenih storitev v naši državi pa opozoriti, da je njihovo zdravje ogroženo.

- zahtevamo, da se z našim mnenjem seznanijo člani Sveta za visoko šolstvo in se mnenje upošteva pri delu komisije že na predvideni seji v februarju 2010 (Arhiv Zbornica - Zveza).

Glede na napisano je razvidno, da smo na problematiko večkrat opozarjali pristojna ministrstva, jo predstavljali v strokovni in splošni javnosti (simpoziji, kongresi, drugi posveti, mediji, Utrip), tudi že v EU (EFN konference, okrogle mize). Prav tako smo v letih 2009, 2010, 2011 poslali predloge vpisnih mest za vse šole in fakultete, ki izobražujejo na dodiplomski stopnji za področje zdravstvene nege.

## 5 Zaključek

Glavno vodilo pri nadaljnjih prizadevanjih in aktivnostih Zbornice - Zveze tako v vlogi strokovnega združenja kot regulatorja bo še naprej po eni strani izvajanje Strategije razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS od 2011 do 2020, kjer smo kot stroka skupaj zapisali:

»Pri ustanavljanju visokošolskih zavodov v Republiki Sloveniji naj se upošteva izračun potreb po kadrih, ki ga pripravijo državne institucije. Velik problem izvajanja kliničnega usposabljanja na programih prve stopnje je zagotavljanje ustreznih učnih baz na specialnih področjih 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. Zmoglјivosti 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 spe-



cialnosti 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« (Kadivec in ostali, 2011, Skela Savič, Klemenc, 2011).

Po drugi strani bodo šla naša prizadevanja v smeri upoštevanja poročil in odmevov stroke, torej bomo pozorni na glasove s »terena« - iz kliničnih okolij z vseh treh nivojev. Dolžni smo pozorno spremljati problematiko in poročila stroke tako študentov kot vseh vpletenih v procese praktičnega pridobivanja izkušenj, tja do managementa zdravstvenih zavodov, s poudarkom na sistematičnem izboljševanju procesov izobraževanja. S tem bomo povezovali naše nadaljnje aktivnosti, ob čemer vloga pacienta in njegovega pogleda na to področje ne sme biti prezrta.

## Literatura

- Arhiv Zbornice – Zveze od 2008 do 2011.
- Merila za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov. Uradni list Republike Slovenije št 95/2010. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201095&stevilka=4993> (20.2.2012).
- Nurses Act. 1950. Dostopno na: <http://www.irishstatutebook.ie/1950/en/act/pub/0027/index.html> (10.2.2012).
- The Nursing and Midwifery Order 2001, 2002 No. 253. Dostopno na: <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2002/253/made> (10.2.2012).
- Pravilnik o sprejemu izobraževalnih programov za pridobitev poklicne in srednje strokovne izobrazbe. Uradni list Republike Slovenije št. 53/2008.
- Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod. Uradni list Republike Slovenije št. 103/2005.
- Requirements and standards for nurse registration education programmes. 3rd ed. 2005. Dostopno na: <http://www.lenus.ie/hse/handle/10147/91789> (10.2.2012).
- Seznam o spremembah in dopolnitvah Seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2006.
- Skela Savič B. Razrahljajmo hierarhične odnose. Dnevnikov objektiv - sobota, 19. 12. 2009. Dostopno na: [http://www.dnevnik.si/tiskane\\_izdaje/dnevnik/1042324418](http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/dnevnik/1042324418) (20.2.2012).
- Skela Savič B, Klemenc D. Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS od 2011 do 2020 v Sloveniji. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, Skinder Savič K, eds. Moja kariera - quo vadis: specializacije v zdravstveni negi - partnerstvo med zdravstveno nego

- in medicino. 4. posvet z mednarodno udeležbo; 2011 Mar 8; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 20 -33.
- Skupščina Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Statut Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2011. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/akti/Statut\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/akti/Statut_2011.pdf)
- Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja. Uradni list Republike Slovenije št. 98/2005.
- Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (ZPSI-1). Uradni list Republike Slovenije št. 79/2006.
- Zakon o sestrinstvu, - urednički pročiščeni tekst, "Narodne novine", broj 121/03, 117/08 i 57/11). Dostopno na: <http://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu> (10.2.2012).
- Zakon o visokem šolstvu (ZViS-UPB2) (uradno prečiščeno besedilo). Uradni list Republike Slovenije št. 100/2004.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004.

# Notranji dejavniki razvoja profesije: Enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi

Internal factors of nursing development: practice development units

dr. Brigita Skela Savič

## IZVLEČEK

*Ustrezni pristop do izobraževanja za poklic je ključnega pomena za profesionalizacijo. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi so opisane kot doseganje visokega nivoja kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje, za kar je potrebna vhodna izobrazba na magistrskem nivoju. Potrebno je vzpostaviti povezovanje med prakso zdravstvene nege in izobraževanjem v zdravstveni negi. Le sodelovanje med medicinskimi sestrami v izobraževanju in medicinskimi sestrami vodi bo prineslo razvoj zdravstvene nege. Zdravstveni zavodi, ki so pristopili k izvajanju zdravstvene nege na osnovi dokazov, uporabljajo lastno in drugo dostopno raziskovalno delo kot osnovo za odločanje in kot pogajalska izhodišča za ugotavljanje in zagotavljanje virov, bodo lahko sledili ciljem profesionalizacije in razvili tudi profile za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi. Če bo management zdravstvene nege razumel pomen raziskovalnega in razvojnega dela za profesionalizacijo, bo karierno razvijal medicinske sestre na magistrski in doktorski ravni. Le s spremljanjem že izvedenih raziskav in lastnim raziskovalnim delom je mogoče pravočasno in ustrezno reagirati na vse potrebe, ki izhajajo iz demografske slike, zagovarjati pomen števila in izobraženosti medicinskih sester za varnost pacientov in razviti ustrezne oblike znanj in pristopov v zdravstveni negi, ki bodo odgovor na vedno bolj zahtevnejšo zdravstveno obravnavo.*

## ABSTRACT

*The right approach to education is the key for professionalization. The difficult forms of work in medical care are described as high level of clinical skills achievement, self-reliant clinical decision making, work and activities evaluation, research work and leadership. For all this a Master level education is needed. Only cooperation between nurses in education and in practice will bring development in medical care. Health institutions that stepped up on the basis of evidence are using their own and also other research work as a basis for decision making and as a negotiation start point for determination and acquiring sufficient funds that will follow goals for professionalization and also develop work profiles for more difficult tasks in medical care. Management of medical care must start to understand the meaning of research and development work for professionalization in order to help nurses in enriching their carrier on master and PhD level. Only with updating research work and starting with new research is possible*

dr. **Brigita Skela Savič**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice  
bskelasavic@vszn-je.si

*to timely and effectively react to all needs that derive from the demographic structure, defend the meaning of number and rank of education of nurses for patient safety and develop sufficient forms of skills and approaches in medical care that will respond to ever more demanding medical treatment.*

## 1 Uvod

### 1.1 Znanje kot dejavnik razvoja profesije

Ustrezni pristop do izobraževanja za poklic je ključnega pomena za profesionalizacijo (Büscher, Sivertsen, White, 2009). Pahor (2006; povz. po Bregar, 2010) povzema po tujih avtorjih teorijo atributov, ki govori tudi o določenih značilnostih poklicnih skupin, ki se profesionalizirajo: teoretično znanje kot osnova za delo, specializirano izobraževanje, ki ga nadzoruje sama profesija, preverjanje kompetentnosti pripadnikov profesije, profesionalna organizacija, kodeks profesionalne etike, altruistična orientacija.

Raziskava Fleming in Holmes (2005) pokaže, da se izobraževanje v zdravstveni negi v Evropi sicer odziva na spremembe, ki so potrebne v zdravstveni obravnavi, vendar pa minimalni standardi izobraževanja za vstop v poklic, še vedno niso doseženi v vseh državah. Ključno priporočilo izvedene raziskave je bilo, da je potrebno za vstop v poklic vzpostaviti izobraževanje za medicinske sestre in babice na stopnji univerzitetnega študija. Sheer in Wong (2008) sta analizirala na mednarodnem nivoju potrebo po povečevanju znanja za delo v zdravstveni negi in ugotovila, da potreba po povečanju znanj v zdravstveni negi narašča iz vidika stroškov zdravstvene obravnave, potreb po povečanju dostopnosti zdravstvene obravnave, zmanjšanja čakalnih dob, pomoči socialno ogroženim skupinam v družbi in varovanja zdravja specifičnih skupin v populaciji. Bryant-Lukosius s sodelavci (2004), Browne, Tarlier in Denise (2008) razpravljajo o vplivnih dejavnikih za povečanje znanj v zdravstveni negi, osredotočajo se na vloge, kjer lahko izobrazena medicinska sestra nadomesti zdravnika. Fleming in Holmes (2005) pravita, da medicinska sestra ne sme delovati kot »mini zdravnik«, ampak kot zdravstveni delavec z znanji za širše delovanje. Rezultati izvedene raziskave v okviru WHO (Büscher, Sivertsen, White, 2009) pokažejo na pomanjkanje zdravnikov, probleme z dostopnostjo do zdravstvene obravnave in neenakosti v družbi kot dejavnike, ki zahtevajo oblikovanje nove vloge in novih znanj za medicinske sestre. Te nove vloge se najpogosteje začnejo oblikovati z delegiranjem določenih del in nalog iz zdravnika na medicinsko sestro.

Opisane potrebe in nove vloge medicinskih sester prinašajo različna tveganja. Priporočen nivo znanj za vstop v prevzemanje novih vlog, kjer so potrebna razširjena znanja je najpogosteje strokovni magisterij (Sheer in Wong, 2008; Delamaire, Lafortune, 2010). Raziskava WHO (Büscher, Sivertsen, White, 2009) pokaže, da mnogo evropskih držav nima kritične mase ustrezno izobraženih medicinskih sester, ki bi lahko prevzele nove vloge v zdravstve-

ni obravnavi. Ni zagotovo mišljenje, da bodo medicinske sestre na splošno bolj pripravljene delati v oddaljenih in ruralnih področjih in delati z ranljivimi skupinami, kot zdravniki. Poleg spoznanja, da družba potrebuje medicinske sestre z razširjenimi znanji in povečanimi odgovornostmi, bodo potrebne še druge aktivnosti, ki bodo privlačile visoko usposobljene medicinske sestre v manj atraktivna delovna okolja. Davies (2009) meni, da k oblikovanju novih vlog v zdravstveni negi lahko pomembno prispeva Bolonjska reforma s sistemom dveh stopenj diplome na visokošolski ravni (prva in druga stopnja), z ECTS, s promocijo mobilnosti v času študija in s promocijo kakovosti študija na podlagi evropskih standardov kakovosti izobraževanja.

## **1.2 Raziskovanje kot dejavnik razvoja profesije**

Raziskava WHO (Büscher, Sivertsen, White, 2009) pokaže razlike med evropskimi državami na področju raziskovanja. Močna raziskovalna jedra so prisotna le v državah, ki imajo tradicijo izobraževanja na magistrski in doktorski ravni. Prav tako je prepoznati slabo vključenost zdravstvene nege v interdisciplinarne raziskave in slabo razpoložljivost raziskovalnih sredstev za področje širše zdravstvene obravnave. V državah, kjer se medicinske sestre uspejo uveljaviti kot raziskovalke, tudi prispevajo na nivoju države in širše k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev. Znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost sta tudi tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. Medicinske sestre se morajo tega zavedati in biti pripravljene spremljati in razvijati svojo prakso in zagotavljati sistem varnosti in kakovosti. Na drugi strani pa se morajo odločevalci v zdravstvenem sistemu zavedati pomena kakovostnega izvajanja zdravstvene nege.

## **1.3 Enote za raziskovanje in razvoj kot osnova za delovanje na dokazih in povečanje znanja za delo v zdravstveni negi**

Primer enote za raziskovanje in razvoj je Center za prakso in inovacije v zdravstveni negi v Wales-u. Center je bil ustanovljen z namenom, da doseže pozitivne premike v izvajanju zdravstvene prakse tako za izvajalce, kot za uporabnike storitev na osnovi spodbujanja inovacij, raziskovanja, izobraževanja in učenja. Povezali so se partnerji: visokošolski zavod, zdravstveni zavod (bolnišnica), nacionalni zdravstveni odbor in lokalni zdravstveni odbor.

Profesionalno in medinstitucionalno povezovanje znotraj zdravstvene nege je odgovornost vodij (Skela Savič, 2011). Potrebno je vzpostaviti povezovanje med prakso zdravstvene nege in izobraževanjem v zdravstveni negi. Le sodelovanje med medicinskimi sestrami v izobraževanju in medicinskimi sestrami vodi bo prineslo razvoj zdravstvene nege (Danna, Schaubhut in Jones, 2010; povz. po Skela Savič, 2011). Danna, Schaubhut in Jones (2010; povz. po

Skela Savič, 2011) predlagajo na osnovi izvedene raziskave strategije za izboljšanje sodelovanje med medicinskimi sestrami v izobraževanju in kliničnem okolju, odgovornost za to nosijo vodje na obeh področjih:

- *Promocija raziskovanja*: iskanje skupnih točk v raziskovanju na obeh področjih dela, visokošolski zavod na deluje svetovalno v raziskovalnih skupinah v kliničnih okoljih, sodelovanje se naj razvija skozi skupne prijave na razpise za sredstva za raziskovanje;
- *Narediti delo v visokem šolstvu privlačno*: uporaba sodobne tehnologije za učenje na daljavo, priprava skupnih strokovnih dogodkov, konferenc;
- *Delitev resursov*: vzpostaviti skupni dogovor o sodelovanju osebja med visokošolskim in zdravstvenim zavodom, delitev prostorov in opreme, visokošolski zavod naj sodeluje pri usposabljanju in vrednotenju kompetentnosti in usposobljenosti novo zaposlenih skozi oblikovanje liste potrebnih veščin za delo v kliničnem okolju, povabilo vodij iz kliničnega okolja za vabljene predavatelje na visokošolskem zavodu, skupno delo na področju spremljanja študentov in njihove percepcije kliničnega okolja, sodelovanje v lokalnih profesionalnih združenjih;
- *Povečati in izboljšati komunikacijo*: osebje visokošolskega zavoda pomaga z izvedbami delavnic o pisanju člankov in posterjev, izvajanje skupnih sestankov med vodstvi visokošolskega in zdravstvenega zavoda za boljše razumevanje potreb kliničnega okolja;
- *Narediti visokošolsko izobraževanje privlačno*: razumeti potrebe, da je potrebno visokošolsko izobraževanje na visoki kakovostni ravni, vzpostaviti Centre odličnosti za raziskovanje v zdravstveni negi, ki lahko delujejo le v sodelovanju s kliničnim okoljem

Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi (advanced practice in nursing) je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, kar je povezano z izvajanjem zahtevnejših kliničnih intervencij, izvajanjem kliničnih raziskav, nenehnim izobraževanjem in vodenjem/managementom. Ko govorimo o zahtevnejših oblikah dela v zdravstveni negi, prihaja do razprav o razumevanju vloge specializacij v zdravstveni negi in zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, pojavljajo se tudi vprašanja o nivojih potrebnega znanja za omenjeni vlogi. V držav s tradicijo na področju razvoja zdravstvene nege je razumljeno, da je specialist strokovnjak, ki je na osnovi podiplomskega izobraževanja (post graduate certificate) poglobil svoje znanje na določen polju splošnega izobraževanja za poklic diplomirana medicinska sestra. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi so opisane kot doseganje visokega nivoja kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje, za kar je potrebna vhodna izobrazba na magistrskem nivoju (Atkinson idr., 2010; The Scottish Government, 2008).

Atkinson in drugi (2010; The Scottish Government, 2008) predstavljajo za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni nego naslednje ključne stebre: klinično delo, izobraževanje, raziskovanje management/vodenje. Največji pomen ima klinično delo. Značilnosti stebrov:

- **management in vodenje** (prepoznavanje potreb za spreminjanje, vodenje inovacij in sprememb, razvoj stroke, razvijanje zaznavanja potreb za spremembe, razvoj veščin, mreženje, razvoj tima in timskega dela);
- **izobraževanje** (principi poučevanja in učenja, podpora zaposlenim pri razvoju znanja in veščin, promocija učenja, izgradnja učečega okolja, razvoj kariere in dajanje povratne informacije, učenje, mentorstvo in vodenje kariere);
- **raziskovanje** (sposobnost pridobiti raziskovalno delo, uporaba informacijske tehnologije, kritično ovrednotenje raziskovalnega dela, vključenost v raziskovanje, vključenost v nadzore kakovosti, spodobnost implementacije raziskovalnega dela v prakso, uporaba smernic, protokolov, predstavljanje rezultatov raziskovanja, publiciranje rezultatov raziskovanja);
- **klinično delo** (odločanje, klinično presojanje, reševanje problemov, kritično razmišljanje, analitične veščine, kritična refleksija, upravljanje kompleksnih pojavov, klinično vodenje, enakost in različnost, etično odločanje, ugotavljanje kliničnih problemov, oblikovanje diagnoz, odpuščanje, razvoj visokih nivojev avtonomije pri delu, predpisovanje zdravil glede na zakonodajo, razvijanje zaupanja, razvoj terapevtskih intervencij za izboljšanje izidov obravnave, visoka stopnja komunikacijskih veščin, osredotočenost na uporabnike storitev, vključevanje javnosti, promocija in vplivanje za izgradnjo vrednot, razvoj zahtevnejših psihomotornih veščin).

## 2 Razprava

Globalna kriza vse bolj prizadeva tudi zdravstveni sistem, zato je postaja še bolj pomembno, da management zdravstvene nege zna poiskati inovativne pristope, da ohranja sredstva, ki so namenjena zdravstveni negi v zdravstvenem zavodu. V dani situaciji predstavljajo največjo nevarnost za zdravstveno obravnavo in varnost pacientov zmanjševanje števila medicinskih sester. Blegen in ostali (2011) v raziskavi "Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality," dokažejo, da večje zaposlovanje medicinskih sester, zmanjšuje smrtnost, padce in druge incidente, bolnišnične okužbe in ležalno dobo. Needleman in ostali (2011) so objavili rezultate, da je zmanjšanje števila medicinskih sester povezano z večjo mortaliteto. Raziskava je bila narejena na pregledu dokumentacije 198 000 sprejetih pacientih in 177 000 osem urnimi delavniki za medicinske sestre in 43 bolnišničnimi oddelki velikih univerzitetnih bolnišnic. Smrtnost je bila za 6% večja na oddelkih, kjer so zmanjšali število medicinskih sester. Aiken in ostali (2010) v študiji "Implications of the California Nurse Staffing Mandate on Other States" dokaže, da manjše število pacientov na eno medicinsko sestro na internističnih in kirurških oddelkih, zniža mortaliteto. Van den Heede (2011) v raziskavi na kardioloških oddelkih na 1000 pacientih pokaže za 4,9% nižjo smrtnost pri tistih pacientih, ki so jih obravnavale medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo. Raziskav na področju pomena univerzitetne izobrazbe v zdravstveni negi je v zadnjih petih letih več ([www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingWrkf.htm](http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingWrkf.htm)), prav tako na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti ([www.ahrq.gov/](http://www.ahrq.gov/)

downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf), doseganje ciljev zdravstvene obravnave ([www.medscape.com/viewarticle/525650](http://www.medscape.com/viewarticle/525650)), idr. Spremljanje tovrstnih raziskav je naloga razvojnih oddelkov v zdravstveni negi, ki morajo tovrstne raziskave uporabiti pri svojem razvojnem in raziskovalnem delu in jih pripravljati kot podatke za management.

Zdravstveni zavodi, ki so pristopili k izvajanju zdravstvene nege na osnovi dokazov, uporabljajo lastno in drugo dostopno raziskovalno delo kot osnovo za odločanje, kot pogajalska izhodišča za ugotavljanje in zagotavljanje virov, bodo lahko sledili ciljem profesionalizacije in razvili tudi profile za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi. Če bo management zdravstvene nege razumel pomen raziskovalnega in razvojnega dela za profesionalizacijo, bo karierno razvijal medicinske sestre na magistrski in doktorski ravni ter zagotavljal tudi ustrezna specialna znanja za poglobljanje strokovnih znanj na določenih področjih in s tem iz »generalistke« razvil specialistko zdravstvene nege. Ob tem ima pomembno mesto tudi nacionalno združenje, Zbornica Zveza, ki mora pričeti z aktivnostmi in zagotavljanja virov za strateške nacionalne raziskovalne projekte na področju kliničnega dela.

Dejstvo, o katerem v Sloveniji premalo govorimo je, da je v državah EU študij zdravstvene nege že na univerzitetnem nivoju izobraževanja in ne več na visokostrokovnem nivoju. Za visokošolske zavode po slovenski zakonodaji to pomeni, da morajo biti nosilci predmetov visokošolski učitelji z doktorati znanosti in izvolitvijo v nazive docent, izredni profesor, redni profesor, kar je pa pri zdajšnji razdrobljenosti učiteljev zdravstvene nege z doktorati znanosti po osmih šolah, praktično nemogoče doseči. Zato je strateškega pomena, da regijski interes in interes posameznika ne prevlada nad zahtevami za profesionalizacijo in akademizacijo zdravstvene nege. Drobitev na osem šol tudi pomeni drobitev raziskovalnega jedra, s čemer se zmanjšujejo možnosti po razvoju doktorskega študija v zdravstveni negi in oblikovanje raziskovalnega področja zdravstvena nega na šifrantu raziskovalnih ved, področij in podpodročij (Javna agencija Republike Slovenije za raziskovanje. Klasifikacije, šifranti). Na nacionalnem posvetu o visokem šolstvu »Diverzifikacija visokega šolstva« (2012) je bil v okrogli mizi s strani rektorjev univerz v Sloveniji jasno izpostavljen problem, da imamo v Sloveniji preveliko drobitev visokošolskih zavodov, posledica tega so majhne raziskovalne skupine, ki nimajo dovolj znanj, kompetenc in sposobnosti za prijavo na večje raziskovalne projekte v Sloveniji in EU. S tem se moramo strinjati tudi na področju zdravstvene nege, podatki o raziskovalni uspešnosti in pogojih za prijavo na razpise ARRS, so dostopni v bazi SICRIS (<http://sicris.izum.si/>), prav tako rezultati citiranosti v bazi Wos ([http://sicris.izum.si/search/rsr\\_list\\_biblio\\_citations.aspx?lang=slv](http://sicris.izum.si/search/rsr_list_biblio_citations.aspx?lang=slv), [http://sicris.izum.si/search/rsr\\_list\\_biblio\\_citations.aspx?lang=slv&order\\_by=lname,fname](http://sicris.izum.si/search/rsr_list_biblio_citations.aspx?lang=slv&order_by=lname,fname)), izpolnjevanje pogojev raziskovalcev za aplikativne in temeljne projekte (<http://sicris.izum.si/>) idr.

Zavedati se je potrebno, da si mora visokošolski zavod zgraditi razvojno in raziskovalno jedro, ki šoli omogoča uresničevanje kazalnikov financiranja, oblikovanje raziskovalne skupine, vpetost v mednarodni prostor, kreiranje



kritične misli, sposobnost oblikovanja raziskovalnih problemov in multiprofesionalnega povezovanja. Šola ni samo izvajalec študijskega programa, temveč mora pomembno prispevati k širitvi razvojno raziskovalne perspektive v sodelovanju z domačim in mednarodnim okoljem. Raziskava Arieli in drugi (2009) pokažejo tri dejavnike, ki usmerjajo razvoj zdravstvene nege v visokošolskem zavodu: status zdravstvene nege in medicinskih sester v visokošolskem zavodu, vloga raziskovanja in kritičnega mišljenja v izobraževalnem procesu, značilnosti študentov, ki se lahko vpišejo na program zdravstvena nega in percepcija »idealne medicinske sestre v družbi«.

V Veliki Britaniji od leta 2005 deluje The Association of Advanced Nursing Practice Educators (<http://www.aanpe.org/>), ki združuje 45 univerz in njihovih učiteljev na programih zdravstvene nege. Ena izmed pomembnih nalog združenja je, da razvije status zahtevnejših znanj v zdravstveni negi v primerjavi z drugimi zdravstvenimi poklici. Tovrstna povezovanja so potrebna tudi v Sloveniji, vendar so ovira temu trenutno nedefinirane potrebe po visokošolskem izobraževanju, veliko število vpisnih mest, ki onemogoča ustrezno selekcijo kandidatov in kakovostno klinično usposabljanje.

Terry in Whitman (2011) v raziskavi med šolami na področju zdravstvene nege ugotovita, da je finančna kriza zelo zmanjšala zaposlovanje novih diplomantov, zmanjšal se je interes za študij pri delodajalcih, manj je mest za klinično usposabljanje.

V Sloveniji je potrebno pristopiti k oblikovanju razvojnih oddelkov na nivoju zdravstvenih zavodov, visokošolskih zavodov in razvojnih skupin na nacionalni ravni. Med njimi je potrebno mreženje. Le na ta način bomo lahko s spremljanjem že izvedenih raziskav in lastnim raziskovalnim delom pravočasno in ustrezno reagirali na vse potrebe, ki izhajajo iz demografske slike, zagovarjali pomen števila in izobraženosti medicinskih sester za varnost pacientov in razvili ustrezne oblike znanj in pristopov v zdravstveni negi, ki bodo odgovor na vedno bolj zahtevnejšo zdravstveno obravnavo.

## Literatura

- Aiken LH, Sloane DS, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. Health Research and Educational Trust; DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x
- Arieli D, Friedman VJ, Hirschfeld MJ. The establishment of an academic nursing faculty: action research in Israel. *Int Nurs Rev* 2009; 56: 299–305.
- Atkinson K, Bevan L, Donovan L, Semple M, Jenkins M, Elson P, et al. Framework for Advanced Nursing, Midwifery and Allied Health Professional Practice in Wales. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. 2010. Dostopno na: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/NLIAH%20Advanced%20Practice%20Framework.pdf> (26. 2. 2012).
- Blegen MA, Goode CJ, Spetz J, Vaughn T, Park SH. Nurse Staffing Effects on Patient Outcomes: Safety-Net and Non-Safety-Net Hospitals. *Med Care* 2011; 49(4): 406-14.

- Bregar B. Pomen vključevanje zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema [magistrska naloga]. Koper: Fakulteta za management Koper; 2010. Dostopno na: [http://www.ediplome.fm-kp.si/Bregar\\_Branko\\_20100812.pdf](http://www.ediplome.fm-kp.si/Bregar_Branko_20100812.pdf). (26.2.2012).
- Browne AJ, Tarlier, Denise S. Examining the potential of nurse practitioners from a critical social justice perspective. *Nurs Inq* 2008; 15(2): 83-93.
- Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs* 2004; 48(5): 519-29.
- Büscher A, Sivertsen B, White J. Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization. 2009. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/114157/E93980.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf), (26. 2. 2012).
- Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles. Pariz: OECD; 2010.
- Davies R. The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Educ Today* 2008; 28: 935-42.
- Fleming V, Holmes A. Basic nursing and midwifery education programmes in Europe. A report to the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
- Griffiths P. RN+RN=better care? What do we know about the association between the number of nurses and patient outcomes? *Int J Nurs Stud* 2009; 46(10): 1289 – 90.
- Javna agencija Republike Slovenije za raziskovanje. Klasifikacije, šifranti. Dostopno na: <http://www.arrs.gov.si/sl/gradivo/sifranti/sif-vpp.asp> (19. 2. 2012).
- Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo. Novica: Nacionalni posvet o visokem šolstvu 2012 »Diverzifikacija visokega šolstva. 2012. Dostopno na: [http://www.mvzt.gov.si/nc/si/medijsko\\_sredisce/novica/article/94/7217/299cccd81/](http://www.mvzt.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/94/7217/299cccd81/) (18. 2. 2012).
- Myny D, Van Hecke A, De Bacques D, Varhaeqhe S, Gobert M, Defloor T, et al. Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2011; 24.
- Needleman J, Buerhaus P, Shane Pankratz V, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *Engl J Med* 2011; 364:1037-45.
- The Scottish Government. Supporting the Development of Advanced Nursing Practice. MNC Advanced Practice. 2008. Dostopno na: <http://www.aanpe.org/LinkClick.aspx?fileticket=giFsLijsCRw%3D&tabid=1051&mid=2508&language=en-US> (26.2.2012).
- Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(3): 204-11.
- SICRIS. Dostopno na: <http://sicris.izum.si/> (19. 2. 2012).
- Dostopno na: [http://sicris.izum.si/search/rsr\\_list\\_biblio\\_citations.aspx?lang=slv](http://sicris.izum.si/search/rsr_list_biblio_citations.aspx?lang=slv), (19. 2. 2012).
- Dostopno na: [http://sicris.izum.si/search/rsr\\_list\\_biblio\\_citations.aspx?lang=slv&order\\_by=lname,fname](http://sicris.izum.si/search/rsr_list_biblio_citations.aspx?lang=slv&order_by=lname,fname) (19. 2. 2012').
- Skela Savič B. Vloga vodij pri razvoju profesije. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo 4. mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja

v zdravstveni negi in zdravstvu. 2011; Jun 9 – 10; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: str. 85-96.

Terry AJ, Whitman MV. Impact of the Economic Downturn On Nursing Schools. *Nursing Economics* 2011; 29(5).

Van den Heede K, Florquin M, Bruyneel L, Aiken L, Diya L, Lesaffre E, et al. Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *Inte J Nurs Stud*; 2011; In Press Corrected Proof.

***Drugi uporabljeni internetni viri:***

American Association of Colleges of Nursing. Dostopno na: [www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingWrkf.htm](http://www.aacn.nche.edu/Media/FactSheets/NursingWrkf.htm) (26.2.2012).

Minnesota Evidence – based Practice Center. Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report /Technology Assesment. Number 151. 2007. Dostopno na: [www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf) (26.2.2012).

Medscape. Dostopno na: [www.medscape.com/viewarticle/525650](http://www.medscape.com/viewarticle/525650) (26.2.2012).

The Association of Advanced Nursing Practice. Dostopno na: <http://www.aanpe.org/> (26.2.2012).



## Želite kakovostno profesionalno izobraževanje?

Vabimo vas na dogodke Centra v letu 2012. Naš cilj je povezati visokošolsko izobraževanje, klinično znanje, razvojno in raziskovalno delo ter menedžment in vodenje. Pridružite se našim prizadevanjem in se v letu 2012 odločite za katerega od naših dogodkov. Izvedli jih bomo kakovostno, s priznanimi domačimi in tujimi strokovnjaki, nekatere tudi brez kotizacije. Vsebino dogodkov lahko pomembno oblikujete tudi Vi, zato se odzovite na naša povabila ali nam pišite na [center@vszn-je.si](mailto:center@vszn-je.si).

| ZNANJE ZA KAKOVOSTNO ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO      |   |
|---|---|
| marec 2012                                      | 5. POSVET Z MEDNARODNO UDELEŽBO MOJA KARIERA - QUO VADIS<br>Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc in sposobnosti  |
| oktober 2012                                    | 3. SIMPOZIJ KATEDRE ZA TEMELJNE VEDE<br>Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv   |
| RAZISKOVANJE IN RAZVOJ                          |   |
| 5. junij 2012                                   | RAZISKOVALNA DELAVNICA Z MEDNARODNO UDELEŽBO ZA KLINIČNE MENTORJE<br>Raziskovanje v zdravstveni negi: zakaj in kako začeti?   |
| 7. in 8. junij 2012                             | 5. MEDNARODNA ZNANSTVENA KONFERENCA<br>Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe   |
| november 2012                                   | 4. ŠOLA RAZISKOVANJA Z MEDNARODNO UDELEŽBO<br>Integracija znanja in potreb v raziskovanju: razvojni in raziskovalni oddelki v zdravstveni negi  |
| ZNANJE ZA KAKOVOSTNO VISOKOŠOLSKO IZOBRAŽEVANJE |   |
| januar 2012                                     | 4. ZIMSKA ŠOLA TUTORSTVA<br>Učenje za učinkovit študij, kreativno reševanje študijskih problemov in primeri dobre prakse študentskega tutorstva   |
| februar 2012                                    | 4. ZIMSKA ŠOLA VISOKOŠOLSKE DIDAKTIKE<br>Sodobne učne strategije v visokošolskem izobraževanju  |
| maj 2012  | 5. ŠOLA ZA KLINIČNE MENTORJE<br>Kakovostno delo kliničnih mentorjev: vidiki didaktike in mednarodne primerljivosti pristopov ter izvedbe kliničnega usposabljanja   |
| obdobje september 2012 - februar 2013           | 6. ŠOLA ZA KLINIČNE MENTORJE<br>Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje |