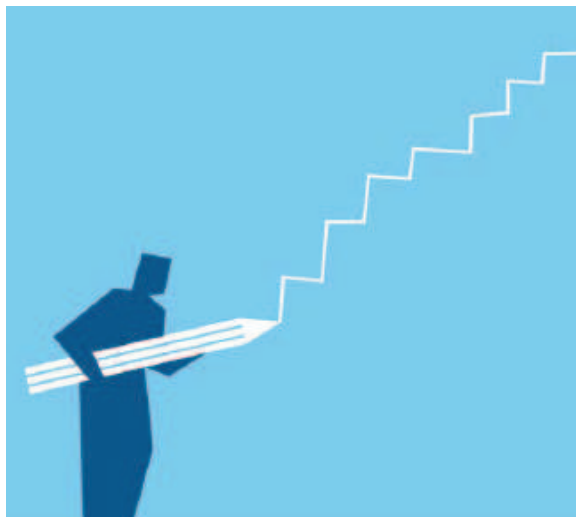




Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

MOJA KARIERA – QUO VADIS: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji



Posvet z okroglo mizo

Ljubljana, 30. januar 2009

Naslov:

Moja kariera – quo vadis: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji

Urednika:

doc. dr. Brigita Skela Savič

Boris Miha Kaučič

Izdala in založila:

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

Naklada:

100 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

614.253.5:377.36(082)

MOJA kariera - quo vadis : izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji / posvet z okroglo mizo, Ljubljana, 30. januar 2009 ; [urednika Brigita Skela Savič, Boris Miha Kaučič]. - Jesenice : Visoka šola za zdravstveno nego, 2009

ISBN 978-961-91988-5-8

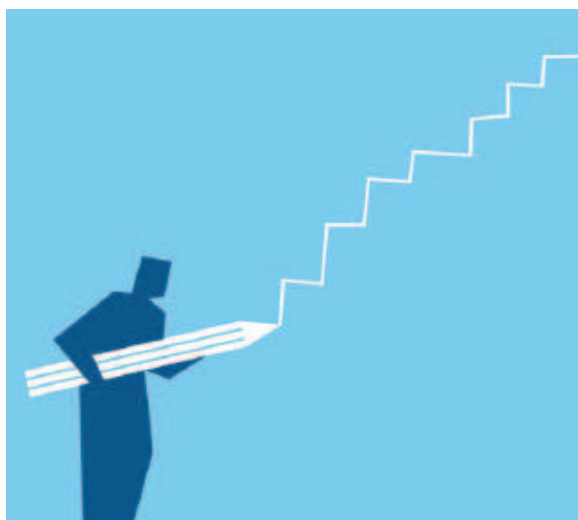
1. Skela-Savič, Brigita 2. Kaučič, Boris Miha

COBISS.SI-ID 62119937



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

MOJA KARIERA – QUO VADIS: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji



Posvet z okroglo mizo

Ljubljana, 30. januar 2009

KAZALO

Karierni razvoj: stičišče, kjer se srečajo odgovornosti posameznika, organizacije, politikov in poklicnih združenj (<i>dr. Daniela Brečko</i>)	5
Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji skozi čas, kot izhodišče za oblikovanje kariere (<i>dr. Bojana Filej</i>)	6
Sociološki pogled na razvoj zdravstvene nege v Sloveniji (<i>Majda Japelj Šlajmer, Tamara Lubi</i>)	22
Definicija problema izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji, kot ga zaznava Zbornica-Zveza danes (<i>Darinka Klemenc</i>)	28
Kako izobraženo medicinsko sestro potrebuje pacient in zdravstveni sistem – vidik opolnomočenja medicinske sestre pri izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (<i>dr. Andrej Robida</i>)	29
Kdo je medicinska sestra v Sloveniji – uresničevanje Evropske direktive in bolonjske prenovne v visokostrokovnem izobraževanju na področju zdravstvene nege	30
Dejavniki in kriteriji ustanavljanja novih srednjih zdravstvenih šol in visokostrokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega – vidik širše odgovornosti (<i>dr. Brigita Skela Savič</i>)	33
Nacionalne poklicne kvalifikacije – neformalno izobraževanje (<i>mag. Zdenka Tičar</i>)	40
Vloga državnega izpitnega centra v sistemu nacionalnih poklicnih kvalifikacij (<i>Slavko Lapanja</i>)	41
Primer uvajanja nacionalnih poklicnih kvalifikacij v Krka d.d. (<i>Alenka Kralj Pučko</i>)	42
Potrebe po medicinskih sestrah v Sloveniji – kako jih določiti in kako načrtovati projekcije potreb v prihodnje? (<i>mag. Tit Albreht</i>)	43
Karierni razvoj medicinskih sester z vidika potreb prakse zdravstvene nege (<i>Erna Kos Grabnar, dr. Saša Kadivec</i>)	44
PowerPoint predstavitve	46

Vabljeno predavanje

**KARIERNI RAZVOJ:
STIČIŠČE, KJER SE SREČAJO ODGOVORNOSTI POSAMEZNIKA,
ORGANIZACIJE, POLITIKOV, POKLICNIH ZDRUŽENJ**

dr. Daniela Brečko

daniela.brecko@planetgv.si

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI SKOZI ČAS,
KOT IZHODIŠČE ZA OBLIKOVANJE KARIERE**

dr. Bojana Filej

bojana.filej@uni-mb.si

(ppt predstavitev prilogi)

IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI SKOZI ČAS, KOT IZHODIŠČE ZA OBLIKOVANJE KARIERE

dr. Bojana Filej

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru

Izobraževanje za poklic medicinske sestre je od leta 1923, ko govorimo o prvi šoli za sestre v Sloveniji, pa vse do danes, doživelo številne reforme in spremembe. Nekatere so bile pozitivne in so doprinesle k dvigu strokovne ravni, statusu poklica in k večji prepoznavnosti, druge pa so vnesle v dejavnost zmedo in nezadovoljstvo.

Poklic medicinske sestre se prvič pojavi v Sloveniji 27. januarja 1919, ko je narodna vlada v Ljubljani izdala prvi uradni dekret o nastavitvi skrbstvene sestre, ki se je izučila na Dunaju. To je bila Angela Boškin, ki je postavila temelje stroki in poklicu medicinske sestre v Sloveniji. Imela je pionirsko vlogo na področju zdravstvene nege in bila je zaslužna za razvoj strokovnega šolstva na slovenskem.

Pregled izobraževanja medicinskih sester

18. avgusta 1923 je takratno Ministrstvo za narodno zdravje ustanovilo Šolo za sestre pri Zavodu za socialno higiensko zaščito dece v Ljubljani, ki je pričela s poukom 3. januarja 1924. Šola je bila monovalentnega tipa, vendar s preciziranim programom socialno higienske zaščite otroka. Pouk je trajal eno leto, absolventke so dobile naziv otroška zaščitna sestra. Šola je bila nato podaljšana v dvoletno Šolo za dečje zaščitne sestre in dojenske negovalke, pričetek pouka je bil 3. marca 1927.

Prvega decembra 1931 je pričela z delom triletna (polivalentna) Šola za zaščitne sestre v Ljubljani. Področja dela zaščitnih sester so bila: zaščita dojenčev in malih otrok, zaščita mladine, posvetovanje z materami in poklicno varuštvo v jaslih, dnevnih zavetiščih, vrtcih, domovih za varstvo mladine, v domovih za ogrožene, zapuščene in zanemarjene, dalje zaščita bolnih ljudi, sirot, revnih in jetičnih. Zaščitna sestra je delovala v mladinskih uradih in organizacijah za zaščito mladine, na deželi, pri okrajih, kontrolirala je zdravstveno in socialno stanje vseh članov družine, sodelovala je z vsemi organi socialno higienske zaščite otrok. V šolo so sprejemali učenke z dopolnjenim 18. letom starosti.

Leta 1949 se je šola preimenovala v Šolo za medicinske sestre v Ljubljani. V šolskem letu 1949/50 je bilo šolanje podaljšano na 4 leta. S šolskim letom 1951/1952 je Šola za medicinske sestre v Ljubljani začela sprejemati kandidatke s popolno srednjo šolo, šolanje prve generacije je trajalo dve leti, že naslednje šolsko leto pa se je podaljšalo na tri leta. Leta 1954 ji je bila priznana stopnja višje šole - Višja šola za medicinske sestre v Ljubljani. Leta 1962 je bil sprejet zakon o Višji šoli za zdravstvene delavce, ki je združil takrat tri višje šole – Višjo šolo za medicinske sestre, Višjo šolo za fizioterapevte, Višjo šolo za rentgenske pomočnike.

Danes Visoka šola za zdravstvo UL vključuje oddelek za zdravstveno nego, za babištvo, fizioterapijo, delovno terapijo, radiološko tehnologijo, sanitarno inženirstvo in oddelek za ortopedsko tehniko.

9.6.2008 je Senat za akreditacijo pri Ministrstvu za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo potrdil preoblikovanje Visoke šole za zdravstvo v Zdravstveno fakulteto.

Zaradi pomanjkanja višjih medicinskih sester v slovenskem prostoru je bila leta 1993 ustanovljena najprej Višja zdravstvena šola v Mariboru, ki se je 1.1.1995 preimenovala na osnovi Zakona o Visokem šolstvu v visoko, 12.3.2007 pa je bila uradno preoblikovana v Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Na fakulteti poteka dodiplomski in magistrski program Zdravstvene nege, v študijskem letu 2008/2009 pa se je začel izvajati tudi magistrski program Bioinformatika.

Leta 2002 je bila ustanovljena še Visoka šola za zdravstvo Izola UP, 2007 Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice in 2008 Visoka šola za zdravstvo Novo mesto v sklopu Visokošolskega središča Novo mesto.

Pomemben mejnik v izobraževanju medicinskih sester je bil pričetek univerzitetnega programa Zdravstvena vzgoja v študijskem letu 1993/1994 (zadnji vpis 1995/1996), ki je potekal med Visoko šolo za zdravstvo Univerze v Ljubljani in Pedagoško fakulteto, ki pa je bil kasneje zaradi zakonskih določil ukinjen. Vse do usmeritev Bolonjske deklaracije so si medicinske sestre v Sloveniji pridobivale fakultetno izobrazbo in akademske naslove na različnih fakultetah in si s tem pridobivale interdisciplinarna znanja. Magistrski program Zdravstvena nega pa daje osnovo za nadaljnje akademsko izobraževanje medicinskih sester v lastni stroki.

Po 2. svetovni vojni so se ustanovljale srednje zdravstvene šole z različnimi imeni, pravzaprav ima vsaka svojo zgodovino. Leta 1960 s prvo šolsko reformo so iz dvoletnih programov prešle na štiriletno izobraževanje. Enotno izobraževanje srednjih medicinskih sester se je razdelilo po smereh (ambulantno-bolnična, otroška, porodniško-ginekološka, zobozdravstvena). Druga šolska reforma leta 1980 je uvedla enotno izobraževanje v zdravstveni negi, s tem je bil omogočen prehod na nivo fakultetnega izobraževanja. Specialna strokovna znanja in praktično delo je bilo delno nadomeščeno s splošnimi učnimi vsebinami. Učenci so se izobraževali v štiriletnem programu (zdravstveni tehnik) in v dvoletnem programu (bolničar). Do zadnje prenove študijskih programov je prišlo v lanskem letu. Danes imamo v Sloveniji devet srednjih zdravstvenih šol: Murska Sobota, Maribor, Slovenj Gradec, Celje, Novo mesto, Ljubljana, Jesenice, Izola in Nova Gorica.

Stališča Mednarodnega sveta do izobraževanja medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN)

Mednarodni svet medicinskih sester – ICN (2004) je v zvezi z izobraževanjem medicinskih sester razvil okvir kompetenc, ki se nanaša na medicinsko sestro, ki dela s posamezniki, družinami in skupnostmi v različnih institucionalnih in skupnostnih okoljih zdravstvenega varstva v partnerstvu z drugimi izvajalci zdravstvenega in socialnega varstva.

Kompetenco je definiral kot »raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo znanja, veščin in presoje«. Kompetenca odseva:

- znanje, razumevanje in presojo;
- niz veščin – kognitivne, tehnične ali psihomotorične ter medosebne;
- niz osebnih lastnosti in drž.

Kompetence za medicinsko sestro so opredeljene v treh vsebinskih sklopih:

- poklicna, etična in pravna praksa,
- upravljanje in zagotavljanje zdravstvene nege,

- razvoj poklica.

Poklicna, etična in pravna praksa

Odgovornost

- Sprejema konkretno odgovornost za lastno poklicno presojo in dejanja.
- Se zaveda omejitev lastne vloge in kompetenc.
- Se posvetuje z medicinsko sestro, ki ima potrebno strokovno znanje, ki ga sama nima.
- Posvetuje se z drugimi strokovnjaki zdravstvenega varstva in ustreznimi organizacijami / službami, ko zadovoljevanje potreb posameznika ali skupine ni več v dosegu prakse zdravstvene nege.

Etična praksa

- Deluje na način, ki se sklada z Etičnim kodeksom ICN.
- Učinkovito sodeluje pri etičnem odločanju.
- Deluje v vlogi zagovornice, da zaščiti človekove pravice, kot je opisano v Etičnem kodeksu ICN 2000.
- Spoštuje pacientovo pravico do informacij.
- Zagotavlja zaupnost podatkov in varnost pisnih ter ustnih informacij, ki jih dobi, ker opravlja svoj poklic.
- Spoštuje pacientovo pravico do zasebnosti.
- Spoštuje pacientovo pravico do izbire in odločitev v zdravstveni negi in zdravstvenem varstvu.
- Ustrezno nasprotuje praksi zdravstvenega varstva, ki bi lahko škodila varnosti, zasebnosti ali dostojanstvu pacienta.
- Prepoznava nevarno prakso in ustrezno ukrepa.
- Pozna lastna prepričanja in vrednote ter ve, kako to lahko vpliva na zagotavljanje zdravstvene nege.
- Spoštuje vrednote, običaje, duhovna prepričanja in prakse posameznikov in skupin.
- Zagotavlja zdravstveno nego, ki je dojemljiva za različne kulture.
- Kaže razumevanje izzivov za etično odločanje in določanje prednosti v vojnih, nasilnih, konfliktnih situacijah ter ob naravnih nesrečah.

Pravna praksa

- Deluje v skladu z veljavno zakonodajo.
- Deluje v skladu z nacionalnimi in lokalnimi politikami ter proceduralnimi smernicami.
- Prepoznava in reagira na kršitve zakonov, ki se nanašajo na prakso zdravstvene nege, in/ali poklicnega kodeksa vedenja / kodeksa prakse.

Upravljanje in zagotavljanje zdravstvene nege

Ključna načela zagotavljanja zdravstvene nege in upravljanja

- Uporablja ustrezno znanje in veščine v praksi zdravstvene nege.
- V prakso vključuje veljavna in relevantna raziskovalna odkritja ter druga dognanja.

- Daje pobude in sodeluje v razpravi o inovacijah in spremembah v zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi.
- Uporablja kritično mišljenje in veščine za reševanje problemov.
- Uporablja trezno klinično presojo in sprejemanje odločitev v različnih poklicnih kontekstih in v kontekstih zagotavljanja zdravstvene nege.
- Zagotavlja logične razlage za zagotovljeno zdravstveno nego.
- Določa prednostne naloge v delovnih obremenitvah in uspešno upravlja s časom.
- Kaže razumevanje procesa zagovorništva.
- Deluje kot vir za posameznike, družine in skupnosti, ki se soočajo s spremembami v zdravju, z invalidnostjo in smrtjo.
- Informacije predstavlja jasno in jedrnat.
- Točno interpretira objektivne in subjektivne podatke ter njihov pomen za varno izvajanje zdravstvene nege.
- Kaže razumevanje za načrtovanje v primeru katastrof.

Zagotavljanje zdravstvene nege

Promocija zdravja

- Kaže razumevanje nacionalnih politik zdravstvenega in socialnega varstva.
- Pri delu sodeluje z drugimi poklicnimi strokovnjaki in skupnostmi.
- Na posameznika, družino in skupnost gleda s holistične perspektive ter upošteva mnogovrstne determinante zdravja.
- Sodeluje pri promociji zdravja in preprečevanju bolezni ter prispeva k njenemu vrednotenju.
- Uporablja znanje razpoložljivih virov za promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo.
- Deluje tako, da posamezniku, družini in skupnosti omogoči sprejemanje zdravih načinov življenja.
- Posameznikom, družinam in skupnostim zagotavlja ustrezne zdravstvene informacije, s čemer jim pomaga pri doseganju optimalnega zdravja in rehabilitacije.
- Kaže razumevanje tradicionalnega zdravilstva v okviru zdravstvenih prepričanj posameznika, družine in/ali skupnosti.
- Zagotavlja podporo/izobraževanje pri razvijanju in/ali vzdrževanju veščin neodvisnega življenja.
- Zdravstveno poučuje izvajanje negovalnih intervencij.
- Pri posameznikih, družinah in skupnostih uporablja poznavanje različnih strategij učenja in poučevanja.
- Vrednoti učenje o zdravstvenih praksah in njihovo razumevanje.

Ocenjevanje

- Izvaja relevantno in sistematično vrednotenje zdravstva in zdravstvene nege.
- Točno analizira, interpretira in dokumentira podatke.

Načrtovanje

- Formulira načrt zdravstvene nege, kjer je to možno v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- Posvetuje se s člani tima zdravstvenega in socialnega varstva.
- Poskrbi, da pacienti in/ali negovalci dobijo in razumejo informacije, na podlagi katerih se pride do pristanka o zdravstveni negi.
- Vključi zagovornika, ko pacient in/ali negovalec zahteva podporo ali ko ima omejene sposobnosti za sprejemanje odločitev.
- Določi prednostne naloge zdravstvene nege, kjer je to možno v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- Identificira pričakovane rezultate in časovni okvir za njihovo doseganje in/ali pregled v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- Redno pregleduje in popravlja načrt zdravstvene nege, kjer je to možno v sodelovanju s pacienti in/ali negovalci.
- Dokumentira načrt zdravstvene nege.

Izvajanje

- Izvaja načrtovano zdravstveno nego, da doseže načrtovane rezultate.
- Izvaja zdravstveno nego na način, ki spoštuje meje poklicnega odnosa s pacientom.
- Dokumentira izvajanje postopkov in posegov.
- Učinkovito se odziva v nepričakovanih ali hitro spreminjajočih se situacijah.
- Učinkovito se odziva v nujnih primerih ali v primeru katastrof.

Vrednotenje

- Vrednoti in dokumentira napredek v smeri pričakovanih rezultatov.
- Sodeluje s pacienti in/ali negovalci pri pregledovanju napredka v smeri pričakovanih rezultatov.
- Uporabi vrednotenje za modificiranje načrta zdravstvene nege.

Terapevtska komunikacija in medosebni odnosi

- Začne, razvija in prekine terapevtske odnose z uporabo ustreznih komunikacijskih in medosebnih veščin s pacienti in/ali negovalci.
- Dosledno posreduje relevantne, točne in celostne informacije o zdravstvenem stanju pacineta, ustno, pisno ali v elektronski obliki.
- Poskrbi, da so informacije, ki jih dobi pacient in/ali negovalci, predstavljene na ustrezen in jasan način.
- Ustrežno se odziva na vprašanja in probleme pacienta in/ali negovalcev.
- Komunicira na način, ki pomaga pacientu in/ali negovalcem.
- Učinkovito in pravilno uporablja razpoložljivo informacijsko tehnologijo.
- Kaže poznavanje razvojnih premikov / lokalnih aplikacij na področju zdravstvene tehnologije.

Upravljanje zdravstvene nege

Varno okolje

- Ustvarja in vzdržuje varno okolje zdravstvene nege z uporabo strategij za zagotavljanje kakovosti in upravljanje s tveganji.
- Uporablja ustrezna orodja za ocenjevanje, da identificira dejanska in potencialna tveganja.
- Poskrbi za varno uporabo terapevtskih substanc.
- Izvaja postopke za nadzor nad okužbami.
- Beleži in posreduje varnostna vprašanja relevantnim nadrejenim.

Medpoklicno zdravstveno varstvo

- Uporablja znanje o učinkovitih medpoklicnih praksah.
- Vzpostavlja in vzdržuje konstruktivne delovne odnose z medicinskimi sestrami in drugimi kolegi.
- Z vzdrževanjem sodelovalnih odnosov prispeva k učinkovitemu multidisciplinarnemu timskemu delu.
- Ceni vloge in veščine vseh članov timov zdravstvenega in socialnega varstva.
- Sodeluje s člani timov zdravstvenega in socialnega varstva pri sprejemanju odločitev v zvezi s pacienti.
- Pregleduje in vrednoti zdravstveno nego s člani timov zdravstvenega in socialnega varstva.
- Upošteva mnenja pacientov in/ali negovalcev, ko medpoklicni tim sprejema odločitve.

Delegiranje in supervizija

- Drugim delegira dejavnosti, ki so primerne njihovim sposobnostim in dosegu prakse.
- Uporablja različne podporne strategije, ko nadzoruje vidike zdravstvene nege, ki so bili delegirani drugim.
- Vzdržuje konkretno odgovornost, ko delegira vidike zdravstvene nege drugim.

Razvoj poklica

Utrjevanje poklica

- Promovira in vzdržuje poklicno podobo izvajalcev zdravstvene nege.
- Zagovarja pravico do udeležbe pri razvijanju zdravstvene politike in načrtovanju programov.
- Prispeva k razvoju poklicne prakse zdravstvene nege.
- Raziskuje in prispeva k razvojnim premikom v zdravstveni negi in izboljšuje standarde zdravstvene nege.
- S svojim delovanjem ponuja učinkovit zgled.
- Prevzame vodstvene odgovornosti, kjer je to ustrezno, pri zagotavljanju zdravstvene nege in zdravstvenega varstva.

Izboljševanje kakovosti

- Uporablja veljavna dognanja pri vrednotenju kakovosti prakse zdravstvene nege.
- Sodeluje pri postopkih za izboljševanje in zagotavljanje kakovosti.

Nadaljevalno izobraževanje

- Sledi razvoju prakse zdravstvene nege.
- Prevzema odgovornost za vseživljenjsko učenje in vzdrževanje kompetenc.
- Deluje tako, da zadosti potrebam po nadaljevalnem izobraževanju.
- Prispeva k izobraževanju in poklicnemu razvoju študentk in kolegic.
- Deluje kot učinkovita mentorica.
- Izkorišča priložnosti za učenje skupaj z drugimi, ki prispevajo k zdravstvenemu varstvu (ICN, 2004).

Navedene kompetence so služile kot osnova za oblikovanje študijskih dodiplomskih programov zdravstvene nege.

Stališča Evropskega združenja medicinskih sester do izobraževanja (European Federation of Nurses – EFN)

Najpomembnejši stališči EFN glede izobraževanja medicinskih sester sta »Bolonjski proces« sprejet junija 2007 in »Sinergija EU direktive 36, Bolonja in evropski okvir kvalifikacij« sprejet oktobra 2008.

V prvem dokumentu EFN poudarja, da je pri uvajanju Bolonjskega procesa potrebno upoštevati ICN-ove splošne kompetence za medicinske sestre, da mora biti izobraževanje za zdravstveno nego na najvišjem možnem nivoju v državi in razvito v tesnem sodelovanju z in med nacionalnim združenjem (pri nas z Zbornico – Zvezo), ter da je potrebno zagotoviti kontinuiran strokovni razvoj in vseživljenjsko učenje v skladu z EU kvalifikacijskim okvirjem.

V drugem dokumentu EFN poudarja, da je zdravstvena nega znanost in umetnost in da je tako akademska kot tudi na praksi temelječa disciplina. Potrebno je uskladiti direktivo, Bolonjo in kompetence, da bodo zagotovljeni strokovnjaki usposobljeni za prakso, s čimer bo zagotovljena kakovost obravnave in varnost pacientov v skladu z evropsko zakonodajo.

Stališča Svetovne zdravstvene organizacije do izobraževanja medicinskih sester (WHO)

Najpomembnejši dokument SZO glede izobraževanja medicinskih sester je Evropska strategija izobraževanja za zdravstveno in babiško nego, sprejeta leta 2000 na Ministrski konferenci o zdravstveni negi. SZO je prepoznala v medicinskih sestrah ključni potencial, ki lahko pomaga pri realizaciji ciljev »Zdravje za vse za 21. stoletje«, za to pa morajo imeti medicinske sestre ustrezna znanja.

V navedeni strategiji je postavila osnovna izhodišča za izobraževanje medicinskih sester in babic:

- izobraževanje mora trajati najmanj tri leta,
- pogoji vstopa v izobraževanje morajo biti enaki, kot za vstop v izobraževanje na univerzah (končana srednja šola),
- študentje ne smejo biti zaposleni v času izobraževanja in morajo imeti enak status kot drugi študentje,

- z uspešno zaključenim izobraževalnim programom si diplomantje pridobijo ustrezno kvalifikacijo medicinske sestre,
- izobraževanje medicinskih sester mora potekati le na enem nivoju,
- medicinski sestri pri delu pomaga usposobljen »zdravstveni asistent«,
- izobraževalni program mora temeljiti na raziskovanju, kompetencah in na podatkih,
- študijski programi morajo biti formalno akreditirani, redno revidirani in morajo imeti uveden sistem evalvacije,
- dekan, direktor ali vodja šole ali oddelka za zdravstveno nego mora biti medicinska sestra,
- predavatelji zdravstvene nege morajo biti medicinske sestre. Njihova izobrazba na akademskem nivoju mora biti enaka kot se zahteva za druge univerzitetne učitelje,
- učitelj zdravstvene nege mora imeti najmanj dve leti praktičnih izkušenj in mora imeti izkušnje iz tistega specialnega področja, ki ga poučuje.

Stališča Zbornice – Zveze do izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege

Zbornica-Zveza se od ustanovitve dalje dobro zaveda pomena izobraževanja, ki mora temeljiti na dejanskih potrebah prakse in ki mora biti usklajeno z usmeritvami stroke zdravstvene nege in z direktivo 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij, zato je sodelovanje v procesu izobraževanja zapisala kot eno izmed svojih temeljnih nalog. Zbornica-Zveza je svoja stališča od leta 1992 dalje nekoliko spreminjala, ni pa bistveno odstopila od osnovne usmeritve, da je medicinska sestra (višja, diplomirana) nosilka zdravstvene nege in da za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege (postopkov in posegov) potrebuje sodelavca, ki ji pri delu pomaga z ozirom na svoje pristojnosti.

Zbornica-Zveza je v vseh svojih dokumentih podpirala poglobljanje znanj za opravljanje specifičnih nalog. Pri uvajanju novih programov pa je opozarjala, da mora biti pristop ustanovitve novega programa celosten, kar pomeni ugotovljene potrebe prakse in mednarodna primerljivost, sistemizacija delovnih mest in razvrstitev v plačni razred.

Z vstopom države Slovenije v Evropsko unijo leta 2004 je Zbornica-Zveza tudi »varuh« upoštevanja direktive.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije je že v svojem prvem Statutu, sprejetim na ustanovni skupščini 15.12.1992, med svoje temeljne naloge zapisala: »sodeluje z Ministrstvom za zdravstvo, družino in socialno varstvo, Inštitutom za varovanje zdravja, Ministrstvom za šolstvo in šport, Višjo šolo za zdravstvene delavce in ostalimi zdravstvenimi šolami pri načrtovanju in spremljanju dodiplomskega in podiplomskega študija« (10. člen / 13. točka).

Navedena dikcija se je spreminjala z ozirom na spremembe zakonodaje na zdravstvenem in izobraževalnem področju kot tudi zaradi razvoja stroke in sprememb organiziranosti Zbornice – Zveze:

- 3. redna skupščina 25. marec 1994: 13. točka 4. člen: »sodeluje z Ministrstvom za zdravstvo, Inštitutom za varovanje zdravja, Ministrstvom za šolstvo in šport, srednjimi, višjimi in visokimi zdravstvenimi šolami pri

načrtovanju, oblikovanju in spremljanju dodiplomskega in podiplomskega študija«.

- 5. redna skupščina 27. november 1996: 14. točka 3. člen: »sodeluje z Ministrstvom za zdravstvo, Inštitutom za varovanje zdravja, Ministrstvom za šolstvo in šport, srednjimi in visokimi zdravstvenimi šolami ter fakultetami pri načrtovanju, oblikovanju in spremljanju dodiplomskega in podiplomskega študija zdravstvene nege« (dodano je bilo le, da Zbornica sodeluje tudi s fakultetami in izpuščene so bile višje šole).
- 8. redna skupščina 20. februar 1999: 8. naloga 3. člen: »sodeluje z Ministrstvom za zdravstvo, Ministrstvom za šolstvo in šport, srednjimi in visokimi zdravstvenimi šolami ter fakultetami pri načrtovanju, oblikovanju, spremljanju in posodabljanju dodiplomskega in podiplomskega študija zdravstvene nege« (izpuščeno je bilo sodelovanje z Inštitutom za varovanje zdravja, ter dodano sodelovanje pri posodabljanju).
- 28. marec 2008: 8. naloga 4. člen: »sodeluje z ministrstvom, pristojnim za zdravje, ministrstvoma, pristojnima 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«.

Pomembni dogodki, stališča in predlogi v zvezi z izobraževanjem medicinskih sester

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego je v letu **1992 v Dolgoročnem programu splošnega razvoja zdravstvene nege** sprejel prvo Razmejitev zdravstvene nege (Zdravstveni obzornik št. 1-2, 1993). V tem dokumentu je v točki 13.3 zapisano: »V sistemu vzgoje in izobraževanja se bodo za zdravstveno nego izobraževali:

- bolničar samo še prehodno in le ob delu,
- zdravstveni tehnik,
- medicinska sestra,
- diplomirana medicinska sestra,
- profesor zdravstvene vzgoje,
- specialisti zdravstvene nege,
- magistri in doktorji zdravstvene nege.«

Dolgoročni program je vseboval še posebno poglavje o izobraževanju za zdravstveno nego, kjer je bila zapisana kvalifikacijska struktura zgoraj navedenih profilov.

V Viziji in strategiji dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege (Obzornik zdravstvene nege št. 5-6, 1994) so bili natančneje opisani posamezni profili, stopnja izobazbe in nekatere specifike za posamezni profil.

Na 21. redni seji Predsedstva Zbornice zdravstvene nege Slovenije dne **2.7.1997 je bil sprejet predlog Zakona o zdravstveni negi** (Utrip, september 1997). V 8. členu v poglavju 1.4. - Izvajalci zdravstvene nege je bila predvidena kvalifikacijska struktura izvajalcev zdravstvene nege in sicer:

- srednja strokovna izobrazba (zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra),
- visoka strokovna izobrazba (višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra),

- specializacija ožjega strokovnega področja (specialist),
- fakultetna izobrazba (medicinska sestra s fakultetno izobrazbo),
- akademska izobrazba (medicinska sestra z akademsko izobrazbo).

Ko je bil zakon usklajen na Ministrstvu za zdravje leta 2000 in ponovno sprejet v strokovni javnosti, so bili v 10. členu - nazivi in naslovi izvajalcev zdravstvene nege – opredeljeni naslednji izvajalci zdravstvene nege:

- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik,
- diplomirana babica/diplomirani babičar,
- tehnik zdravstvene nege/tehničar zdravstvene nege.

(s pripisom – v nadaljevanju besedila izvajalci zdravstvene nege).

2. odstavek tega člena je navajal, da izvajalci zdravstvene nege pridobijo izobrazbo v izobraževalnih programih zdravstvene nege na:

- fakultetah,
- visokih strokovnih šolah,
- srednjih strokovnih šolah.

V 11. členu je bila opredeljena diplomirana medicinska sestra in v 13. členu kdo je tehnik zdravstvene nege (je zdravstveni delavec, ki izvaja naloge zdravstvene nege usklajeno z izvajalci zdravstvene nege, navedenimi v 10. členu tega zakona). Predlog samostojnega zakona o zdravstveni negi ni bil sprejet.

Sledil je **predlog za spremembo Zakona o zdravstveni dejavnosti** ter predlog samostojnega poglavja o zdravstveni negi. V predlogu je bilo v 3. členu zapisano: »Zdravstveno nego opravljajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki in tehniki zdravstvene nege/tehničarji zdravstvene nege, ki so končali predpisani program izobraževanja in jim je Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev podelila dovoljenje za samostojno opravljanje poklica in jih vpisala v register«. V 6. členu v poglavju prehodne in končne določbe pa so bili naštetni vsi strokovni nazivi, ki so si jih izvajalci zdravstvene nege pridobili pred uveljavitvijo navedenga zakona. Predlog ni bil sprejet.

Razmejitev zdravstvene nege iz leta 1997 (Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego, 1997) je definirala negovalni tim in njegovo sestavo:

- zdravstveni tehnik zt (srednja stopnja izobrazbe),
- medicinska sestra vms (višja stopnja izobrazbe),
- medicinska sestra -vms- specialistka na različnih strokovnih področjih,
- medicinska sestra s fakultetno izobrazbo,
- medicinska sestra z akademsko podiplomsko izobrazbo.

Dopisano pa je še bilo, da bodo nazivi članov negovalnega tima po reviziji nomenklature poklicev naknadno usklajeni. Opisana sta bila tudi lik medicinske sestre in lik zdravstvenega tehnika.

Namen klasifikacije negovalnih intervencij je bil razlikovanje in razdelitev del na podlagi poklicne odgovornosti in pristojnosti. To je bila vertikalna razdelitev dela. V procesu zdravstvene nege je bila medicinska sestra nosilec. Zaradi celovite odgovornosti za zdravstveno nego je imela pristojnost delegiranja v negovalnem timu in je bila opredeljena tudi kot prvi izvajalec.

1. delovni posvet Zbornice – Zveze je potekal 10. 5. **1998** z naslovom »Ustvarjajmo pogoje in vizijo za delo nacionalnega združenja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji za novo tisočletje«. Med drugim je bilo v zapisu delovnega posveta zapisano: »Oceno stanja na področju izobraževanja, ki je nastalo po uveljavitvi nove visokošolske zakonodaje, bomo pripravili po posvetu v mesecu juniju. Hkrati bo na tem posvetu predstavljena tudi strategija izobraževanja za zdravstveno nego, kot jo oblikuje Svetovna zdravstvena organizacija. Cilj posveta je tudi v tem, da se pregleda zakonska določila in možnosti za pridobitev visoke strokovne izobrazbe za vse višje medicinske sestre«.

Posvet o izobraževanju se je res zgodil in to 17. 6. **1998** v Ljubljani. Sprejetih je bilo 15 stališč (Utrip, september 1998). Naj povzamemo najpomembnejše iz sprejetih stališč:

- Izobraževanje medicinskih sester – nosilk stroke zdravstvene nege – mora potekati le na eni ravni in sicer v visoko strokovnem programu.
- Medicinska sestra potrebuje za izvajanje zdravstvene nege le en profil pomočnika, kar je v slovenskih razmerah zdravstveni tehnik, ki je član negovalnega tima. Zato je izobraževanje bolničarjev in načrtovano izobraževanje novega profila kadrov v višjih zdravstvenih šolah strokovno in ekonomsko neutemeljeno in nepotrebno.
- Izobraževanja monovalentnih profilov v zdravstveni negi ne podpiramo, saj je s tem onemogočena osebna promocija v poklicu in onemogočeno prehajanje iz ene dejavnosti v drugo (npr. iz bolnišnične v zunajbolnišnično dejavnost). Zato priporočamo, da se za specialna področja zdravstvene nege uvede specialistično podiplomsko izobraževanje.
- Bolničar, ki ni član negovalnega tima, je profil, ki izvaja storitve s področja oskrbe v socialnih zavodih, zato se mu povsod črtajo vse naloge, ki opredeljujejo vsebino njegovega dela s »pomočjo pri zdravstveni negi«.

2. delovni posvet Zbornice-Zveze je potekal dne 24. in 25. 5. **2001** v Plesniku z naslovom »Ljudje se družimo zaradi podobnosti, rastemo pa ob razlikah« (Utrip, julij-avgust 2001) z namenom oblikovanja osnutka dokumenta Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji in pregleda delovanja Zbornice-Zveze. Sprejetih je bilo 16. stališč in v 5. stališču je bilo zapisano: »Negovalni tim sestavljajo diplomirane medicinske sestre/višje medicinske sestre, višje medicinske sestre – specialistke/diplomirane medicinske sestre – specialistke, medicinske sestre s fakultetno izobrazbo in tehniki zdravstvene nege. Medicinske sestre s fakultetno izobrazbo se izobražujejo za potrebe izobraževanja, razvoja in raziskovanja, managementa ter izvajanja zdravstvene vzgoje in promocije zdravja«.

V Nacionalni strategiji razvoja zdravstvene nege v Sloveniji (Utrip, oktober, 2001), sprejeti na 3. kongresu zdravstvene nege v Portorožu 13. 9. **2001** je bilo med cilje delovanja Zbornice-Zveze tudi zapisalno:

- Izobraževanje medicinskih sester bo potekalo usklajeno z Evropsko strategijo Svetovne zdravstvene organizacije o izobraževanju medicinskih sester in babic, ki je bila sprejeta na 2. evropski ministrski konferenci o zdravstveni negi v Munchnu leta 2000. Zbornica-Zveza si bo prizadevala za upoštevanje vseh usmeritev Svetovne zdravstvene

organizacije, Evropske unije, Sveta Evrope ter za usklajevanje z evropskimi sektorskimi direktivami, da se bodo lahko diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice nemoteno zaposlovale v vseh državah Evropske unije.

- Nosilka zdravstvene nege in vodja negovalnega tima bo tudi v prihodnje diplomirana medicinska sestra (višja medicinska sestra), ki potrebuje za izvajanje zdravstvene nege le enega sodelavca na srednji strokovni ravni (tehnik zdravstvene nege). Le v taki sestavi negovalnega tima bo možna učinkovita organizacija in koordinacija dela ter delitev nalog glede na stopnjo izobrazbe. Zaradi spremenjenih razmer v zdravstvenem sistemu bo revidiran dokument Razmejitev zdravstvene nege in opredeljene kompetence izvajalcev zdravstvene nege.
- Medicinske sestre se bodo tudi v prihodnje izobraževale na fakultetni ravni za potrebe prakse, pedagoškega dela, razvoja in raziskovanja, managementa ter izvajanja zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.

V sprejeti **Resoluciji** (Utrip, oktober, **2001**) sta bili Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport ter Ministrstvo za zdravje pozvani:

- da spoštujeta Evropsko strategijo izobraževanja Svetovne zdravstvene organizacije o izobraževanju medicinskih sester in babic;
- da vključita predstavnike Zbornice-Zveze v načrtovanje izobraževanja za zdravstveno nego
- da se za potrebe zdravstvene nege izobražujejo le diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice in tehniki zdravstvene nege
- da podpreta ustanovitev fakultetnega študija zdravstvene nege.

3. posvet Zbornice - Zveze je bil 28. in 29. junija **2002** v Plesniku in je potekal pod naslovom »Okolje in čas narekujeta spremembe«. Med drugim smo se seznanili tudi s certifikatnim sistemom izobraževanja. V zvezi z izobraževanjem so bila sprejeta naslednja stališča (Utrip, oktober, 2002):

- Evropska medicinska sestra in babica se bosta v Sloveniji izobraževali na visokih strokovnih šolah, po dopoljenih programih, ki upoštevajo določila (ure, vsebine, kompetence, razmerje teorija-praksa) direktive Evropske unije.
- Visoke strokovne šole naj takoj pristopijo k spremembam visokošolskih strokovnih programov, pri čemer naj upoštevajo poročilo ekspertne skupine Evropske unije, da se program razbremeni medicinskih vsebin in da se nameni večji poudarek vsebinam zdravstvene nege.
- Zbornica-Zveza bo vplivala in izvajala pritiske na ustrezna ministrstva za vspostavitve čim prejšnjega izobraževanja evropske medicinske sestre in babice.
- Zbornica-Zveza bo oblikovala predlog kvalifikacijske strukture poklicev na področju zdravstvene nege, v katerem bodo določene tudi kompetence posameznih izvajalcev zdravstvene nege.
- Zbornica-Zveza bo nadaljevala s prizadevanji za ustanovitev Fakultete za zdravstveno nego.
- V primeru izkazanih in argumentiranih potreb zdravstvenih zavodov v Sloveniji in tudi primerljivosti z drugimi državami bo Zbornica-Zveza podprla višješolsko strokovno izobraževanje. Možen naslov za ta profil

na višješolski strokovni stopnji izobraževanja je višji tehnik zdravstvene nege.

- Bolničar – negovalec je izvajalec pomoči in oskrbe v skladu s poklicnim standardom v službi zdravstvene nege.

Stališča Zbornice-Zveze do izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege so bila predstavljena na **Posvetu o poteh in možnostih izobraževanja in usposabljanja ter certificiranja poklicnih kvalifikacij za potrebe trga dela na področju zdravstvene nege**, ki ga je organiziral Center RS za poklicno izobraževanje dne, 29. maja **2003**. Posveta so se udeležili predstavniki Ministrstva za šolstvo, znanost in šport, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Ministrstva za zdravje, predstavniki srednjih in visokih zdravstvenih šol, zdravstvenih institucij in Zbornice-Zveze.

Z **vstopom v Evropsko unijo** se je moral spremeniti Zakona o zdravstveni dejavnosti. V 64. členu (Ur. list 80/**2004**) je zapisano kdo je diplomirana medicinska sestra:

»diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik (v nadaljevanju diplomirana medicinska sestra), ki je zaključila triletni ali 4600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem«. Za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti mora biti vpisana v register in imeti licenco. »Licenca se podeli za določen čas – za dobo sedmih let, podaljšati pa jo je možno na podlagi usposobljenosti za nadaljnje delo«.

V Ur. listu 122/2004 je bil objavljen Seznam izvajalcev posameznih poklicev oziroma s posameznih področij, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco (višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik /višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik, profesorica zdravstvene vzgoje / profesor zdravstvene vzgoje) ter Seznam izvajalcev posameznih poklicev oziroma s posameznih področij, ki morajo biti vpisani v register (srednja medicinska sestra, zdravstvena tehničarica / zdravstveni tehnik, tehničarica zdravstvene nege / tehnik zdravstvene nege).

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti – zdravstveni delavci, zdravstveni sodelavci z dopolnitvami je bil objavljen v naslednjih Uradnih listih: 82/2004, 40/2006. V seznamu je naveden poklic, kvalifikacija, delovno področje in poklicna dejavnost (kompetence). Navedeni so naslednji poklici: profesor zdravstvene vzgoje / profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra specialistka / višji zdravstveni tehnik specialist / višji medicinski tehnik specialist, diplomirana medicinska sestra specialistka / diplomirani zdravstvenik specialist.

Bolničar je v seznamu naveden kot zdravstveni sodelavec. V seznamu sta navedena poklic in kvalifikacija (Uradni list RS, št. 40/2006).

Leta 2004 je Zbornica – Zveza imenovala Delovno skupino za revizijo dokumenta Razmejitev zdravstvene nege. Prvi sestanek skupine je bil 24. 3. 2004. Delovna skupina je zaključila z delom leta **2008** in Zbornica – Zveza je izdala publikacijo z naslovom »**Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi**«. V dokumentu je definirana sestava tima zdravstvene nege:

- profesorica zdravstvene vzgoje,
- diplomirana medicinska sestra,
- tehnik zdravstvene nege.

Diplomirana medicinska sestra tudi koordinira delo drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ki se vključujejo v področje oskrbe.

V dokumentu je seznam 1594 aktivnosti, ki jih izvajajo medicinske sestre in temeljijo na teoretičnem modelu Virginije Henderson in na drugih specialnih področjih.

Izobraževanje medicinskih sester kot izhodišče za oblikovanje kariere

Stopnja formalne izobrazbe je prav gotovo osnova za karierni razvoj ali karierno mobilnost medicinske sestre. »Karierni razvoj ali karierna mobilnost medicinskih sester je lahko definirana kot pomikanje medicinskih sester na višji strokovni nivo, na različna področja prakse zdravstvene nege ali na položaj« (Požun, 2008).

V prakso prihajajo generacije z drugačnimi vrednotami in z različnim razumevanjem sveta (Štular, 2008). Zdravstveni zavodi se bodo morali prilagoditi različnim specifikam zaposlenih, še zlasti tisti, ki zaposlujejo deficitarne poklice, kar poklic medicinske sestre vsekakor je, še zlasti, če na to pogledamo iz vidika globalnega sveta. Karierni razvoj tudi za medicinske sestre postaja vse bolj pomemben.

Ob poplavi možnosti izbire tako formalnega kot tudi kontinuiranega izobraževanja je pomembno oceniti zlasti kakovost programa izobraževanja in seveda oceniti kompetence, ki jih z izobraževanjem udeleženec izobraževanja pridobi. Odgovornost za izbiro programa, izobraževalne institucije in osebe mora prevzeti vodja oziroma management, ne le če gre za financiranje s strani zavoda ali nudenje drugih ugodnosti (odsotnost z dela), temveč tudi zaradi zavedanja potrebe po čim bolj kakovostni obravnavi pacientov. V ospredju ne more in ne sme biti več želja posameznika, da bi »nekam šel«, ostati pa mora njegova vzpodbuda za pridobitev novega znanja in kompetenc. Še vedno ali vedno bolj postaja pomembna Taylorjevo misel, da je vsak delavec za neko delo prvovrsten in v tisto smer se mora profesionalno razvijati

Literatura

Direktiva 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Evropska unija. Evropski parlament. Strasbourg, 7.september 2005.

Drobne J. Izobraževalni programi za poklicno in strokovno izobraževanje za zdravstveno nego in oskrbo. Utrip 2002 sept 9: 44-6.

European federation of nurses. EFN Policy Statement. Bologna Process. June 2007. Dostopno na: <http://www.efnweb.org/version1/en/index.html> (19.1.2009).

European federation of nurses. EFN Policy Statement. Synergy EU Directive 36, Bologna and European Qualifications framework. October 2008. Dostopno na: <http://www.efnweb.org/version1/en/index.html> (19.1.2009).

Filej B. Medicinska sestra nekoč in danes. SECLI – SouthEast European Comparative Law Institute. 1. simpozij o pravnih vidikih v zdravstveni negi. Pravni položaj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Portorož, 15.-16. maj 2003.

ICN Framework of Competences for Generalist Nurse. Geneva: International Council of Nurses, 2003.

Mednarodni svet medicinskih sester. Usmeritve o globalnih kompetencah medicinskih sester. Ljubljana: Utrip 2004; XII: št. 7-8: 11-24.

Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Utrip, julij-avgust 2001: 23-30.

Požun P. Razvoj zaposlenih v zdravstveni negi v očeh Zbornice – Zveze. In: Skela Savič B., Ramšak Pajk J., Kaučič BM. Jaz in moja kariera. Seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. januar 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2008: 13-8.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravstvo in Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Razmejitve zdravstvene nege. Utrip 1997 dec 12: 21-40.

Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego. Razmejitve zdravstvene nege. Zdrav Obzor, 1993; 27: 1-45.

Seznam izvajalcev posameznih poklicev oziroma s posameznih področij, ki morajo biti vpisani v register. Ur. list RS, št. 122/2004.

Seznam izvajalcev posameznih poklicev oziroma s posameznih področij, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco. Ur. list RS, št. 122/2004.

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur. list RS, št. 82/2004, št. 110/2004.

Štular S. Spremembe v vodenju – medgeneracijsko komuniciranje, generacija y. In: Kaučič BM., Klemenc D., Požun P., Vidnar N. Zbornik predavanj z recenzijo. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – Novi izzivi. Podčetrtek, 5.-6. november 2008. Ljubljana: Zbornica-Zveza. Sekcija medicinskih sester v managementu; 2008: 62-6.

Šušteršič O. Program razvoja izobraževanja za zdravstveno nego. Obzor Zdr N 1994; 28: 10-11.

Vuga S. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 133-36.

World Health Organization. Regional Office for Europe. Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen, 2000.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti. Ur. list RS, št. 2/2004.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege. Zdrav Obzor, 1993; 27: 1-2.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Vizija in strategija dolgoročnega razvoja stroke zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1994; 28: 5-6.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Statut Zbornice zdravstvene nege Slovenije in Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Utrip 1996 dec 12: 29-36.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Predlog zakona o zdravstveni negi. Utrip 1997 sept 9: 19-34.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Sklepi posveta: Izobraževanje v luči nove zakonodaje in ustvarjanje pogojev za vstop v Evropo. Utrip 1998 sept 9: 7.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zapis 2. delovnega posveta. Utrip 2001 jul-avg 7-8: 6-11.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji. Utrip 2001 okt 10: 39-50.

Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zapis in stališča 3. posveta Zbornice-Zveze. Utrip 2002 okt 10: 8-15.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Statut. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/akti/STATUT_%20sprejet_283.2008 (23.1.2009).

Železnik D., Brložnik M., Buček Hajdarevič I., Dolinšek M., Filej B., Istenič B., et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2008.

Vabljeno predavanje

**SOCIOLOŠKI POGLED NA RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE V
SLOVENIJI**

Majda Šlajmer Japelj, Tamara Lubi
majda.japelj@slon.net, tamara.lubi@zd-mb.si

(ppt predstavitev v prilogi)

SOCIOLOŠKI VPLIVI NA RAZVOJ SLOVENSKE ZDRAVSTVENE NEGE

Majda Šlajmer Japelj, Tamara Lubi

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego

Ko razmišljamo o bodočem razvoju zdravstvene nege in o možni karieri medicinskih sester/zdravstvenikov, je koristno, da se ozremo nekoliko nazaj in pogledamo, kaj je izven naše sposobnosti in volje dejansko vplivalo v pozitivnem in v negativnem smislu na ta razvoj v preteklosti.

Kako vplivni so zunanji politični in socialni dejavnik, nam jasno predstavi sledeč zgodovinski primer:

Za zgodovino zdravstvene nege je nepozabna in povsod prisotna Florence Nightingale. Vsi vemo, kako je delovala v Krimski vojni in organizirala nego angleških ranjencev in bolnikov.

Njeni zapisi, kasneje napisane knjige, organizacija zdravstvene nege v civilnih in vojaških bolnišnicah, ustanovitev šole za medicinske sestre, so prva lekcija za vse študente in jih nato spremljajo praktično v vsem času strokovnega delovanja. Ko je umrla, so jo pokopali z državnimi častmi, krsto so nosili vojaki gardnega regimenta, ki se je boril v Krimski vojni.

Koliko ljudi pa ve, da je enako kot v Krimski vojni na angleški strani, za ruske ranjence in bolnike delovala Jekaterina Mihajlovna Bakunina?

Obe sta pripadali visoki družbi svojega okolja, imeli sodelavke iz istih krogov, bili izobraženi in energični ter zelo uspešni v organizaciji in izvajanju nege v izjemno težkih okoliščinah.

Tudi Jekaterina M.Bakunina je o svojem delu napisala knjigo kot vodilo za izobraževanje na področju nege.

Kako se je to lahko zgodilo?

Florence Nightingale je živela in delovala v državi, ki je bila takrat monarhija in je to še danes. Njena pripadnost višjemu sloju ji je dala poseben status in ohranila tudi njenemu spominu primerno vlogo. V obdobju njenih predlogov za šolanje medicinskih sester je bila država v intenzivnem obdobju industrializacije; dobro izučeni delavci so bili dragocen kapital in zato ohranjanje njihovega zdravja pomembna podpora razvoju industrije in rasti kapitala.

Jekaterina Bakunina je živela v Rusiji, ki ji je vladal car in ki je bila še fevdalna država z zemljiškimi gospodi in gospodarji tlačanov.

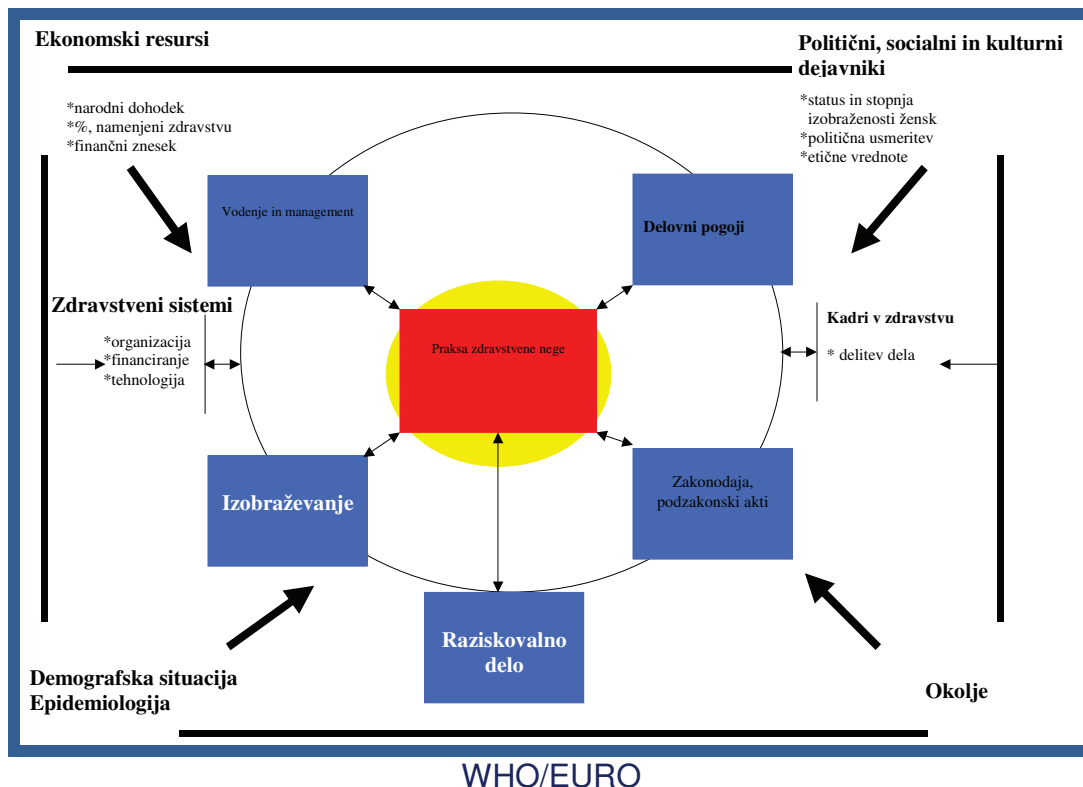
Njihovo življenje ni bilo dragoceno za gospodarje, saj je bil nakup vasi z novimi delavci cenejši od skrbi za njihovo zdravje

Oktobrska revolucija je zrušila monarhični sistem in uničila praktično vse, kar bi spominjalo na osovraženo aristokracijo. Izginile so tudi knjige Jekaterine Bakunine. Po razpadu Sovjetske zveze so v Rusiji našli en izvod; sprva so ga želeli natisniti, ker

pa se je zdravstvena nega začela razvijati pod močnim ameriškim vplivom, je bila ta pobuda pozabljena, enako tudi ime in delo Jekaterine M.Bakunine.

Ta primer je morda res ekstremen, vendar vsak dan doživlja področje zdravstvene nege, tudi slovenske, spremembe, ki jih narekujejo zunanje okoliščine.

Kateri so najmočnejši dejavniki vpliva na zdravstveno nego?



Prvo formalno izobraževanje za področje zdravstvene nege je bilo med obema svetovnjima vojnoma usmerjeno predvsem v socialno zdravstveni sektor z izredno primernim študijskim programom ter je usmerjalo diplomantke predvsem v delo na terenu-naziv je tudi umestno pojasnjeval njihovo vlogo-bile so zaščitne sestre.

Druga svetovna vojna je prekinila izobraževanje za področje zdravstvene nege. Diplomirane zaščitne sestre in redovnice, ki so delale v bolnišnicah, so v veliki meri pomagale osvobodilnemu boju, bodisi z delom v partizanskih bolnišnicah ali z zelo domiselnim pošiljanjem sanitetnega materiala in instrumentov za njihovo delovanje.

Po zaključku vojne so na razvoj zdravstvene nege močno vplivale zunanje politične okoliščine in stroka ni imela možnosti, da bi vplivala na odločitve, ki so kar za kakšno desetletje upočasnile smiselni razvoj. V šole za medicinske sestre, kakor smo od takrat poimenovani, se niso več vpisovale polnoletne kandidatke (le izjemno fantje), ampak absolventke nižje gimnazije, kasneje osemletke, v dobi lastnega odraščanja in dozorevanja.

Vendar so učiteljice zdravstvene nege zelo angažirano pripravljale in izvajale programe štiriletnega izobraževanja.

A še preden se je prva generacija diplomantk/diplomantov lahko vključila v prakso, so novi zakonodajni predpisi terjali tudi od redovnic, ki so delale v bolnišnicah, opravljeno državno diplomu in nošnjo predpisanih uniform-brez dovoljenega prehodnega obdobja..

Ob trku dveh močnih ideoloških sistemov je bila profesionalna etika brez moči. Redovnice, ki niso pristale na dane pogoje, so ob tem ultimatu države morale na ukaz Cerkve dobesedno preko noči zapustiti bolnišnice (ob štirih zjutraj) in pustiti paciente same. Nekaj se jih je odločilo po svoji profesionalni etični vesti, a so bile zato izločene iz svoje redovne skupnosti.

Prazna delovna mesta v bolnišnicah so morale nemudoma prevzeti dijakinje in nekateri dijaki srednjih šol za medicinske sestre, še preden so zaključili šolanje. Kako bi lahko pričakovali od teh mladih ljudi v močnem piramidalnem hierarhičnem sistemu, kjer je bilo področje nege na dnu, da bi ga lahko normalno razvijali?

Kljub nenormalnim pogojem so storili ogromno, a zaostanek v rasti avtonomne, k človeku usmerjene zdravstvene nege je bil velik. Te razmere so tudi omogočale, da so medicinske sestre v takratni skupni državi Jugoslaviji poimenovali celo kot zdravniške pomočnike in le solidarnostno odklanjanje delovnih knjižic s tem poimenovanjem je pripomoglo k ponovnemu poimenovanju medicinska sestra

Je pa na dobro usmeritev razvoja slovenske zdravstvene nege v tistem času pomembno vplivala skupina zelo angažiranih medicinskih sester, ki je zasnovala in izdajala prvo strokovno revijo *Medicinska sestra na terenu*; ta je bistveno vplivala na strokovno razmišljanje in je podpirala pripadnost poklicu. Drug izredno pomemben dejavnik je bilo pa delovanje *prvih medicinskih sester* na današnji ministrski ravni (prej Komite za zdravstvo).

Bile so avtonomne in dovolj močne, da so zagotovile možnost razvoja višješolskega izobraževanja za medicinske sestre in pomagale pri začetkih mednarodnega strokovnega sodelovanja. K slednjemu je pripomoglo tudi dejstvo, da je na takratnem Zveznem komiteju za zdravstvo v Beogradu imela to funkcijo medicinska sestra, ki je bila Slovenka pa še zelo visok vojaški rang je imela. Takrat smo se tudi prvič seznanili s pomenom profesionalnega lobiranja, čeprav imena tega procesa še nismo poznali.

Vemo sicer, da besede pomenijo to, za kar se ljudje dogovorijo, a psihološki vpliv poimenovanj je zelo močan in vpliva na kompleksen odnos družbe do neke specifične skupine. Če bi svoj poklic poimenovali analogno z drugimi poklici v zdravstvu, bi bili morda danes po poklicni nomenklaturi negovalni terapevti (analogno s fizio- in delovnimi terapevti). Zaradi zgodovinskih vplivov in dejstva, da je bilo področje zelo dolgo podrejeno in namenjeno predvsem delu žensk, je tudi poimenovanje poklica bilo svojevrstno oblikovano.

- **Sestra** je poimenovanje, ki smo ga povzeli po redovniških poimenovanjih in kar nekako samoumevno je postalo, da se je temu nazivu pridalo le krstno ime v službenem komuniciranju.
- Naziva **Skrbstvena sestra** in kasneje **zaščitna sestra** sta bila smiselno dopolnjena, ker sta predstavila bistvo poklicne funkcije v izven hospitalni službi in

današnja **patronažna medicinska sestra** ohranja smiselno ta naziv, le prilagojen mednarodnim poimenovanjem.

- **Medicinska sestra** se pojavi kot poklicno poimenovanje istočasno s povojno ustanovitvijo srednjih šol za medicinske sestre po sovjetskem vzorcu; s tem pridevnikom se mnogi niso strinjali, ker je področje medicine področje dela zdravnika, vsi zdravstveni delavci pa opravljajo zdravstvene naloge. Moški diplomanti so bili poimenovani kot zdravstveni tehniki. Se je pa to tradicionalno poimenovanje ohranilo in z vertikalno rastočim izobraževanjem smo dobili do sedaj še **višje medicinske sestre** in **diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike**.

Z vključitvijo v EU se tudi formalno izenačujemo v odnosu do poklica, saj to terjajo tudi priznanja ekvivalence dodiplomskega in podiplomskih izobraževanj. Medicinsko sestro/zdravstvenika izobražujemo le na visokošolski ravni.

Usmerjeno izobraževanje je v srednje šole prineslo naziv **zdravstveni tehnik**, predvsem, ker so takratni kreatorji programov želeli kar najbolj poenotiti srednje poklicne šole. Ker v zdravstvu delamo za ljudi neposredno, je bil naziv tehnik težko sprejet in se je tem delavkam nekako pripisal brez formalne podlage naziv **srednja medicinska sestra**, kar pa terja kar nekaj pojasnjevanja v mednarodnih organizacijah, ki ponujajo programe podiplomskih specializacij na področju zdravstvene nege, kot npr. psihiatrija, gerontologija in zdravstveno varstvo pri delu za medicinske sestre, za katere smo tudi formalno izjavili, da jih šolamo le na visokošolski ravni.

Sociološko je enako pomembno tudi poimenovanje poklicnega področja.

Čeprav so slovenske medicinske sestre ves čas obstoja in prej kot mnoge druge evropske države bile strokovne delavke na socialno zdravstvenem področju, na področju promocije zdravja in preventive, je delovno področje v učnih programih in v opisu dela bilo imenovano **nega bolnika**.

Šele vključitev v mednarodno sodelovanje preko oddelka za zdravstveno nego pri SZO, ko je stroka morala razviti lastno strokovno terminologijo in jo definirati, smo uradno poimenovali **zdravstveno nego**, ki vključuje zdravstveno nego na vseh ravneh zdravstva.

Družbeni vplivi na razvoj se še vedno kažejo v Sloveniji tudi na nekaterih specifičnih strokovnih področjih.

SZO/EURO ki je s svojo strategijo pomagala k vertikalni rasti šol, je ponudila tudi konkretne programe oblikovanja le teh in na takrat edini višji šoli za med. sestre v Ljubljani je WHO Kolaborativni Center organiziral izpopolnjevanje za kreatorje programov in bodoče učitelje.

Rezultat tega je bil tudi dober program za *profesorje zdravstvene vzgoje*; ker pa je zaradi odločitev drugih in brez možnega vplivanja stroke bil realiziran na filozofski fakulteti, tudi z drugačnimi interesi, je bilo njegovo življenje zelo kratko, kar je stroki in javnemu zdravstvu v škodo.

Podobno se je dogajalo s *specializacijo ginekološko porodniške smeri*, ki jo je prav tako odlično pripravila takrat edina ljubljanska Višja šola za medicinske sestre.

Na način izobraževanja za področje babišva v posameznih državah po priporočilih praviloma vplivata predvsem dva kazalca zdravja v državi: umrljivost mater in novorojenčkov ter seveda demografski trendi.

Pri zadnjih morajo šole, ki načrtujejo programe, upoštevati dvoje: zagotavljanje kadra, ki ga družba sedaj in v bodoče potrebuje ter možnost študentov, da bodo lahko našli zaposlitev na lastnem delovnem področju.

Ker so večletne izkušnje srednjih šol ginekološko porodniških smeri potrjevale, da imajo te diplomantke (šolanje je bilo takrat omogočeno le ženskam) vedno manj možnosti za zaposlitev na lastnem strokovnem področju, je bil ustanovljen študij kot podiplomska specializacija po diplomah s področja zdravstvene nege. To je zagotavljalo diplomantom širšo fizično in profesionalno pa tudi socialno mobilnost, boljše nagrajevanje in izogib rigidni monovalentni izobrazbi.

Program je bil odličen, vendar so specializacije morale plačevati zdravstvene ustanove same in zato niso usmerjale dovolj kandidatk/kandidatov (študij je postal odprt tudi za moške) na šolanje, čeprav so jih potrebovali. Po močnem lobiranju so dosegli, da se je ustanovila posebna visoka šola za babice/babičarje, ki prinaša predvsem vprašanje, katera znanja mora zagotoviti svojim diplomantom, da bodo imeli možnost zaposlovanja na svojem ožjem področju dela na osnovi veljavne doktrine tega področja pa tudi, koliko drugih znanj bi morali dobiti, da bi lahko delovali tudi širše.

Če je namreč program teh znanj enak področju zdravstvene nege, pomeni to nepotrebno in drago podvajanje osnovnega programa namesto možnosti spiralne rasti v obliki specializacij na vseh ravneh.

Poseben problem predstavlja tudi dejstvo, da je mobilnost mladih diplomantov omejena zaradi pomanjkanja cenovno dostopnih stanovanj.

V inozemstvu imajo velike zdravstvene institucije na razpolago dovolj stanovanj za mlajše kadre, ki bi se radi zaposlili in pridobili nova znanja v višje organiziranih zdravstvenih institucijah; pri nas so te možnosti preskromne z ozirom na potrebe velikih ustanov in ne more priti do normalne porazdelitve kadra v slovenskem prostoru, kar povzroča nepotrebne kadrovske deficite tudi ob naraščajočem številu izobraževalnih institucij.

Kako koristen bo stroki današnji posvet?

Nedvomno zelo, saj futurologi ugotavljajo, da bodočnost ni le izbira ene od ponujenih poti, je prostor, ki ga ustvarimo-ustvarimo najprej v duhu in volji in nato s svojim delom. Bodočnost ni prostor, kamor gremo, ampak je prostor, ki smo ga sami ustvarili. Poti ne iščemo, ampak jih napravimo in ta proces spremeni oboje-tistega, ki pot dela in smer, kamor gremo.

Vabljeno predavanje

**DEFINICIJA PROBLEMA IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER
V SLOVENIJI, KOT GA ZAZNAVA ZBORNICA - ZVEZA DANES**

Darinka Klemenc

predsednica@zbornica-zveza.si

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**KAKO IZOBRAŽENO MEDICINSKO SESTRO POTREBUJETA
PACIENT IN ZDRAVSTVENI SISTEM –
VIDIK OPOLNOMOČENJA MEDICINSKE SESTRE PRI
IZBOLJŠEVANJU KAKOVOSTI IN VARNOSTI ZDRAVSTVENE
OBRAVNAVE**

dr. Andrej Robida

andrej.robida@telemach.net

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**KDO JE MEDICINSKA SESTRA V SLOVENIJI –
URESNIČEVANJE EVROPSKE DIREKTIVE IN BOLONJSKE
PRENOVE V VISOKOSTROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU NA
PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE**

dr. Bojana Filej, Fakulteta za zdravstvene vede UM

Boris Miha Kaučič, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

mag. Jožica Ramšak Pajk, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

dr. Marija Zaletel, Visoka šola za zdravstvo UL

mag. Irena Trobec, Visoka šola za zdravstvo UP

mag. Ana Podhostnik, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto

KDO JE V MEDICINSKA SESTRA V SLOVENIJI – URESNIČEVANJE EVROPSKE DIREKTIVE IN BOLONJSKE PRENOVE V VISOKOSTROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE

Globalizacija ne povzroča sprememb samo na gospodarskem področju, ampak z vso intenzivnostjo vpliva na proces izobraževanja tudi v zdravstveni negi. Evropska unija posveča posebno pozornost področju zdravja in varovanju pravic "potrošnikov" v tem segmentu. Tako je za področje zdravstva sprejela direktive in s tem regulirala poklice, torej tudi poklic medicinske sestre. Poklic medicinske sestre je s tem nadzorovan, državljanom EU pa je zagotovljeno, da bodo deležni enako kakovostne zdravstvene oskrbe samo ustreznih strokovnjakov. S tem se zagotavlja tudi temeljno načelo o enakih pravicah državljanov držav članic (Filej, 2004).

Medicinsko sestro v Sloveniji opredeljuje več zakonov in predpisov. To so:

- Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-G) (Ur. list RS 2/2004), 11. člen; Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS 80/2004), 64. člen

Diplomirani medicinski sestri (in diplomirani babici), ki je diplomo pridobila po študijskem programu, ki je obsegal 2250 ur, ima končano pripravništvo in opravljen strokovni izpit, se prizna enaka kvalifikacija kot tisti, ki konča študij skladno s 7. členom tega zakona.

Višji medicinski sestri, višjemu zdravstvenemu tehniku oziroma višjemu medicinskemu tehniku, ki je diplomo pridobila oziroma pridobil po prej veljavnih študijskih programih, ima končano pripravništvo, opravljen strokovni izpit in tri leta opravljanja svojega poklica v zadnjih petih letih, se prizna enaka kvalifikacija kot tisti oziroma tistemu, ki konča študij skladno s 7. členom tega zakona, in lahko samostojno opravlja delo v zdravstveni dejavnosti.

Delo v zdravstveni dejavnosti smejo samostojno opravljati:

- diplomirana medicinska sestra (in diplomirana babica oziroma diplomirani babičar) oziroma diplomirani zdravstvenik (v nadaljnjem besedilu diplomirana medicinska sestra) po končanem najmanj triletnem ali 4.600 ur trajajočem študiju s teoretičnim in praktičnim izobraževanje.

- Seznam izvajalcev posameznih poklicev oziroma s posameznih področij, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco (Ur. list RS 122/2004)

višja medicinska sestra /višji zdravstveni tehnik /višji medicinski tehnik
diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
profesorica zdravstvene vzgoje /profesor zdravstvene vzgoje

- Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti - zdravstveni delavci (Ur. list RS 82/2004)

profesor zdravstvene vzgoje / profesorica zdravstvene vzgoje
diplomirana medicinska sestra /diplomirani zdravstvenik
višja medicinska sestra specialistka / višji zdravstveni tehnik specialist / višji medicinski tehnik specialist
diplomirana medicinska sestra specialistka / diplomirani zdravstvenik specialist

- **Pravilnik o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Ur. list RS 24/2007)**
- **Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Ur. list RS 24/2007)**

Oba pravilnika sta z oznako EVA 2005-2711-002 postala del slovenske in po vstopu Slovenije v EU tudi skupne evropske zakonodaje (Požun, 2008).

Na osnovi zakonskih določil je nujno upoštevati določila **direktive 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij (31., 32., 33. člen, priloga V.2)**

31. člen: Usposabljanje medicinskih sester za splošno zdravstveno nego

32. člen: Opravljanje dejavnosti medicinskih sester za splošno zdravstveno nego

33. člen: Pridobljene pravice medicinskih sester za splošno zdravstveno nego

Priloga V.2.: Medicinska sestra za splošno zdravstveno nego. Program usposabljanja medicinskih sester. Teoretični pouk. Klinični pouk.

Usklajena stališča kateder za zdravstveno nego – Fakultete za zdravstvene vede UM, Visoke šole za zdravstvo UL, Visoke šole za zdravstvo Izola UP, Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, Visoke šole za zdravstvo Novo mesto – do izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji bodo predstavljena na samem srečanju.

Literatura

Direktiva 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Evropska unija. Evropski parlament. Strasbourg, 7. september 2005.

Filej B. Sodobni trendi v zdravstveni negi. V: Trampuž R. (ur.). Kakovost zdravstvene nege - kako jo prenesti v prakso. Nova Gorica, 3. april 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2004: 5-11.

Požun P. Regulacija poklicne dejavnosti, licence kot orodje managementa zdravstvene in babiške nege. V: Kaučič BM (ur.), Klemenc D (ur.), Požun P (ur.), Vidnar N (ur.). Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi. Podčetrtek, 5. in 6. november 2008. Ljubljana: Zbornica-Zveza, 2008: 81-5.

Pravilnik o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. list RS 24/2007.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. list RS 24/2007.

Seznam izvajalcev posameznih poklicev oziroma s posameznih področij, ki morajo biti vpisani v register. Ur. list RS, št. 122/2004

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur. list RS, št. 82/2004

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti. Ur. list RS, št. 2/2004

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradno prečiščeno besedilo (ZZDej-UPB2). EPA 1499-III. Ur. list RS 23/2005.

Vabljeno predavanje

**DEJAVNIKI IN KRITERIJI USTANAVLJANJA NOVIH SREDNJIH
ZDRAVSTVENIH ŠOL IN VISOKOSTROKOVNIH ZDRAVSTVENIH
ŠOL S PROGRAMI ZDRAVSTVENA NEGA –
VIDIK ŠIRŠE ODGOVORNOSTI**

dr. Brigita Skela Savič

bskelasavic@vszn-je.si

DEJAVNIKI IN KRITERIJI USTANAVLJANJA NOVIH SREDNJIH ZDRAVSTVENIH ŠOL IN VISOKOSTROKOVNIH ZDRAVSTVENIH ŠOL S PROGRAMI ZDRAVSTVENA NEGA – VIDIK ŠIRŠE ODGOVORNOSTI

doc. dr. Brigita Skela Savič
Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

Izvleček

Visokošolski učitelji morajo biti strokovno, pedagoško, znanstveno in raziskovalno usposobljeni, da lahko dosežejo cilje na področju povezovanja teorije, raziskovanja in prakse.

Slovenski zdravstveni sistem ne sme bati, kaj mu bodo prinesle izobražene medicinske sestre in v tem ne sme videti le stroškov, ampak mora težiti k temu, da se nenehno povečuje razmerje med srednješolsko in visokostrokovno izobraženim kadrom v zdravstveni negi, v korist visokostrokovnega kadra. Na drugi strani morajo medicinske sestre zavzeti stališče, da zaključen magistrski ali doktorski študij ne pomeni novo delovno mesto, ampak pomeni več znanja za izvajanje bolj kakovostne zdravstvene nege na obstoječem delovnem mestu v kliničnem okolju. Znanje naj ne beži v pisarne, ampak se ga naj uporablja in razvija ob bolniku in razširja v timski metodi dela ter predaja študentom.

na drugi strani pa moramo postaviti kriterije kakovosti za področje ustanavljanja novih visokostrokovnih in srednjih šol na področju zdravstva. pomembna je presoja usposobljenosti visokošolskih učiteljev, usposobljenost in zmogljivost učnih baz ter dosledno upoštevanje EU direktive na področju izobraževanja diplomiranih medicinskih s ester.

Zbornica zdravstvene nege mora pričeti z aktivnostmi na področju priprave specializacij za diplomirane medicinske sestre in v ta proces vključiti zdravstveni management in visokošolske zavode ter s tovrstnimi aktivnostmi dati jasno vedeti, da mora zdravstveni sistem temeljiti na visokostrokovno izobraženih medicinskih sestrah, ki svoje poklicno delovanje gradijo na specialnih znanjih in podiplomskem študiju na drugi in tretji stopnji.

Ključne besede: izobraževanje, razvoj profesije, management

Uvod

Znanje je danes ena izmed najpomembnejših dobrin in vrednot pri razvoju sodobne družbe. Vsem nam je znan hiter razvoj zdravstva v razvitem svetu v zadnjem stoletju, ki je močno vplival na sposobnosti družbe kot celote. Danes govorimo o na dokazih temelječem delovanju posamezne znanstvene discipline, ki delujejo v zdravstvenem sistemu. Žal razvoj vseh disciplin ni enakomeren iz številnih razlogov, na drugi strani pa prihajajoče potrebe sodobne družbe po celoviti in integrirani zdravstveni obravnavi kažejo na to, da ne bo več dovolj, da je znanstvenoraziskovalno delo potrebno le v medicini, ampak bodo morale temu slediti tudi druge stroke in področja dela v zdravstvenem timu.

Vloga zdravstvene nege v sodobni družbi

Vloga zdravstvene nege je v današnji družbi pogosto zanemarjena, povezuje se jo predvsem z izvajanjem medicinsko tehničnih posegov in prijaznostjo ter ustrežljivostjo medicinskih sester. Današnji pacient pričakuje zagotovo več kot kakovostno izvedbo posega, nasmeh in izvajanje asistencije zdravnikom. Zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta, ki se jih medicinske sestre v kliničnem delu pogosto ne zavedajo ali jim dajejo premalo poudarka (Skela Savič, 2008). Woodward (2003) opiše delo medicinske sestre kot pomoč posamezniku pri prepoznavanju in doseganju resursov, pomembnih za posameznikovo zdravje in ozdravitev. Proces se izvaja na stopnji individualizacije, saj medicinska sestra izhaja iz sposobnosti in stanja pacienta kot posameznika, pri tem izvaja progresivni koncept delovanja, kjer deluje kot dobra komunikatorica, reševalka problemov, pospeševalka rešitev, vzgojiteljica, vodja, managerka in

zdravstvena zagovornica. Pri tem pa ostane kritično razmišljujoča, deluje neodvisno in odgovorno, prepoznava edinstvenost vsakega posameznega pacienta in okolja v katerem posameznik deluje. Središče delovanja zdravstvene nege je pacient kot posameznik, kot družina in skupnost. Woodwardova (2003) tako prikaže enega od teoretičnih pristopov v zdravstveni negi, ki opozarja na bistvo zdravstvene nege.

Znano je globalno pomanjkanje medicinskih sester, ki je dobro opisano v literaturi in medijsko prepoznavno (Beres, 2006). V Sloveniji ne govorimo o točnih številkah, ker se znotraj sistema organiziranja zdravstvene nege srečujemo s problemom izobraževanja kadra na dveh stopnjah, to je srednješolski nivo in visokostrokovni nivo. V letu 2009 pričakujemo tudi prve diplomante na strokovnem magistrskem študiju. V neposredni praksi se srečujemo s premajhnim številom visokostrokovnega kadra na področju zdravstvene nege, kar pomeni, da srednješolsko izobražen kader dnevno pri svojem delu presega svoje poklicne kompetence, ki jih pridobi z usposabljanjem v srednješolskih programih in pripravništvom. Na drugi strani pa na strani delodajalcev ni zaznati zaskrbljenosti zaradi pomanjkanja diplomiranih medicinskih sester in zaradi posledičnega prenosa del in nalog diplomiranih medicinskih sester na tehnike zdravstvene nege. Obstaja nevarnost, da bo ekonomski vidik sistema zagovarjal stališče, da je srednješolsko izobraženi kader v zdravstveni negi ustrezen za izvajanje zdravstvenih storitev na področju zdravstvene nege, kljub jasnim usmeritvam direktive Evropske unije (EU), kdo je nosilec zdravstvene nege in kako mora biti le ta izobražen (Skela Savič, 2008). Glede na delitev kompetenc po Anderssonu (2004), si moramo v Sloveniji postaviti zahtevno raziskovalno vprašanje v praksi zdravstvene nege in njenih specialnih področjih, ki pa mora skrbeti tudi širšo družbo.

Direktiva EU za področje poklica diplomirana medicinska sestra (RN) jasno opredeli, da so kompetence za opravljanje tega poklica pridobljene s formalnim izobraževalnim sistemom, ki traja najmanj tri leta in obsega 4600 ur izobraževanja, od tega 50% v kliničnem okolju. Natančno so definirana področja študijskega programa in pogoji za izvajanje programa v kliničnem okolju. Naslednje pomembno vprašanje, ko govorimo o poklicnih kompetencah je metodologija merjenja kompetenc, ki je odvisna med drugim od tega kaj vzamemo kot osnovno definicijo kompetence. Muršak (2006) poudarja, da je potrebno v kontekstu merjenja upoštevati dve sestavini kompetence in to je znanje in možnost za uporabo le tega. Poudarek je tako na kognitivni kot na performativni plati.

Vloga visokošolskega izobraževanja

Pomembno za usposabljanje kadrov v zdravstveni negi je kakovostna izvedba programa, ki poteka v kliničnem okolju. Tukaj se srečamo s situacijami, ko študent prenaša svojo teoretično znanje in praktične veščine iz kabinetnih vaj v klinično okolje, v neposredni stik s pacientom ali varovancem. V tem procesu igrajo pomembno vlogo mentorji, to so visokošolski učitelji in mentorji v kliničnem okolju, ki so zadolženi za aktivno delo s študenti (Skela Savič, 2008). Gleeson (2008) povzema nekatere študije iz perspektive študentov o tem, kdo je dober klinični mentor:

- je prijateljski in sprejme študenta kot del tima (Lofmark and Wikblad, 2001; v Gleeson, 2008);
- ima teoretična in praktična znanja (Kaviani and Stillwell, 2000; v Gleeson, 2008)
- ima dobre komunikacijske veščine (Spouse, 1998; v Gleeson, 2008)

- je sposoben dajati konstruktivno povratno informacijo (Hardyman and Hickey, 2001; v Gleeson, 2008)
- je motiviran in sposoben poučevanja in podpirati študenta pri študiju (Phillips et al, 1996a; v Gleeson, 2008)
- izraža vedenje, pripravljenost in obvezo za vključevanje posameznika v študijskih procesih (Dunn and Hansford, 1997; v Gleeson, 2008).

Navajanja raziskovalcev opozarjajo na pomembno področje izvajanja programov zdravstvene nege, to je usposobljenost mentorjev v kliničnem okolju in usposobljenost učnih baz za mentorstvo. Visokošolski program Zdravstvena nega je reguliran z EU direktivo in predpisuje, da se mora najmanj polovico ur programa izvesti v kliničnem okolju. Izvajanja tega dela programa mora temeljiti na kakovostni mreži učnih baz, v kateri visokošolski zavod vzpostavi kakovostno mrežo mentorjev iz kliničnega okolja in mentorjev iz visokošolskega zavoda. Rezultati zgoraj omenjenih raziskav pokažejo, da je mentor oseba, ki mora poleg svoje strokovne usposobljenosti imeti še dodatna znanja s področja dela z ljudmi in podajanja znanja ter kliničnega usposabljanja študentom, ki so v slovenskem prostoru različnih generacij. Visokošolski zavod mora zagotoviti kontinuirano izobraževanje mentorjev, vzpostaviti mora redne koordinacijske sestanke v učnih bazah in sprotno ter končno vrednotiti proces napredovanja študenta v kliničnem okolju.

Pri ustanavljanju novih visokošolskih zavodov na področju programov zdravstvene nege v Sloveniji se moramo posebej ustaviti pri vprašanih glede zadostne kritične mase habilitiranih visokošolskih učiteljev in strokovnih sodelavcev za kakovostno izvedbo programa ter usposobljenosti učnih baza za izvedbo programa, ki v 50% poteka v kliničnem okolju. Le ustrezna kadrovska zasedba visokošolskega zavoda in učnih baz, nam omogoča dobro osnovo za izvedbo programa. Pri tem obstaja bojazen, da bi manjkajoče visokošolske učitelje na področju zdravstvene nege v Sloveniji, nadomestili zdravniki, kar direktiva EU izrecno prepoveduje in pravi, da morajo biti nosilci in izvajalci predmetov na področju zdravstvene nege habilitirani visokošolski učitelji zdravstvene nege (Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES). Tako mora Slovenija razviti visokošolske učitelje na področju zdravstvene nege, kar pomeni, da morajo obstoječe visoke šole, s programi zdravstvene nege, pričeti s pomočjo visokošolskih učiteljev iz držav EU, izobraževati kadre na magistrskem in doktorskem študiju. To je edino zagotovilo, da bo Slovenija v prihodnosti imela dovolj visokošolskih učiteljev na področju zdravstvene nege. S tem bodo tudi ustvarjeni pogoji za ustanavljanje novih šol na tem področju, kar bo vplivalo na konkurenčnost in kakovost izobraževanja. Današnje stanje, ko se srečujemo s pomanjkanjem usposobljenih visokošolskih učiteljev na področju zdravstvene nege, ne dopušča razvoja kakovosti na področju izobraževanja diplomiranih medicinskih sester, zlasti v pedagoški, znanstveni in raziskovalni usposobljenosti visokošolskih učiteljev. Brez znanstveno raziskovalne usposobljenosti visokošolskih učiteljev si težko predstavljamo uresničevanje povezave med teorijo, raziskovanje in prakso zdravstvene nege (Skela Savič, 2008).

Skela Savič opozarja še na naslednji moment, ki se pojavlja pri ustanavljanju novih visokošolskih zavodov na področju programov zdravstvene nege je, kakšne so dejanske potrebe trga? Postavljajo se tehtna vprašanja vezana na potrebe trga na eni strani in potrebe zdrave in bolne populacije po zdravstveni negi na drugi strani. Ali bomo v Sloveniji ves kader na področju zdravstvene nege dali v eno vrečo in tako rešili ekonomsko zagato, ki bo nastala, če bodo zdravstveni zavodi povečevali delež

zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester in tako večinsko srednješolsko izobrazbo na tem področju nadomestili z visokostrokovno izobrazbo in več? Ali se višanje stopnje izobrazbe kadra v zdravstveni negi kaže samo v finančnih učinkih? Zagotovo ne! Številne raziskave v svetu so pokazale statistično pomemben vpliv izobrazbe medicinskih sester in števila medicinskih sester na kakovost zdravstvene obravnave in izide le te (Skela Savič, 2008).

V Sloveniji so že akreditirani prvi bolonjski programi druge stopnje, tako imenovani strokovni magisteriji. Pojavlja se občutljivo vprašanje, ali bodo ti kadri zaposljivi. Vprašanje zagotovo ima svojo paralelo, saj se pri zdravnikih spodbuja podiplomski študij in se nihče ne pogovarja o njihovi nezaposljivosti. Zaradi tega se jim delovne kompetence v kliničnem okolju ne povečujejo, se pa povečujejo kompetence na področju vključevanja v izvajanje visokošolskih programov in pridobivanja habilitacijskih nazivov. Delodajalci jim tudi priznajo dodatek za doktorat ali magisterij pri izplačilu dohodka. Podiplomsko izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester mora biti zaželen proces za delodajalce, saj posameznik pridobiva nova znanja, se uri na področju znanstveno raziskovalnega dela in ob primernih vzpodbudah v delovnem okolju lahko pomembno prispeva k razvoju strokovnega področja, kjer dela. To pomeni, da mu management dopušča inovativnost, timsko povezovanje, izvedbo raziskovalnih projektov in implementacijo rezultatov raziskav v klinično okolje. Zato se slovenski zdravstveni sistem ne sme bati, kaj mu bodo prinesle izobražene medicinske sestre in v tem ne sme videti le stroškov, ampak mora težiti k temu, da se nenehno povečuje razmerje med srednješolsko in visokostrokovno izobraženim kadrom v zdravstveni negi, v korist visokostrokovnega kadra (Skela Savič, 2008).

Medicinske sestre in študij na drugi ter tretji stopnji

Pomembno odgovornost pri razvoju magistrskih in doktorskih programov v Sloveniji imajo medicinske sestre same, saj morajo zavzeti stališče, da zaključen magisterij ali doktorski študij ne pomeni novo delovno mesto, ampak pomeni več znanja za izvajanje bolj kakovostne zdravstvene nege na obstoječem delovnem mestu v kliničnem okolju. Znanje naj ne beži v pisarne, ampak se ga naj uporablja in razvija ob bolniku in razširja v timski metodi dela ter predaja študentom. Piramido vrednostnega sistema, da diplomirane medicinske sestre delajo samo dopoldne in to predvsem na delovnih mestih, kjer organizirajo delovni proces, je potrebno obrniti. V neposrednem delovnem okolju je potrebno v 24 urnem procesu zdravstvene obravnave povečati število diplomiranih medicinskih sester, ki so izobražene v skladu z direktivo EU in zmanjševati število srednješolsko izobraženega kadra. Le na ta način lahko povečujemo kakovost zdravstvene oskrbe, ki mora temeljiti tudi na dokazih podprti zdravstveni negi. Mesto diplomirane medicinske sestre je ob bolniku, študijski programi so v prvi vrsti usmerjeni v izobraževanje in usposabljanje za klinično delo (Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES). Znanja, ki jih potrebuje medicinska sestra za vodenje in organizacijo niso osrednje vsebine programa Zdravstvena nega in jih je potrebno pridobiti v podiplomskem izobraževanju. Enako velja za druge študijske programe za izobraževanje v zdravstvu (Skela Savič, 2008).

Na drugi strani po morajo izvajalci študijskih programov prevzeti odgovornost in pripravljati in izvajati programe, ki bodo temeljili na prenosu znanja v klinično okolje. Zato je pomembni moment, ki ga morajo upoštevati odgovorni v Sloveniji za akreditacijo dodiplomskih in podiplomskih programov na področju zdravstvene nege,

usposobljenost visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev (Skela Savič, 2008).

Zaključek

V zdravstvu se srečujemo s fenomenom, da je dovolj, da so zdravniki izobraženi, »vsi ostali so le njihovi pomočniki in ne odgovarjajo za bolnika, ker je to odgovornost prevzel zdravnik«. Opisan sistem zagotovo ni dober. Bolezni sodobne družbe kažejo, da pacient potrebuje več, kot samo zdravnika, da je potrebna celostna obravnava in približevanje bolnemu človeku v okolju, v katerem živi. Vse manj bo institucionaliziranega zdravljenja, vedno bolj se bo izvajala obravnava na domu, obravnava v bolnišnicah bo kratka, intenzivna in podprta z zdravstveno vzgojno pripravo bolnika in svojcev na okrevanje na domu. Pomembno vlogo pri doseganju celovitosti obravnave bodo imele diplomirane medicinske sestre, ki bodo sistem odpusta bolnika gradile na resursih bolnika (fizični, psihični, socialni, ekonomski idr), svojcev in celotne družbe (sposobnosti družbenega okolja, kamor se bolnik vrača za celostno zdravstveno oskrbo). Tovrstni proces obravnave zahteva usposobljene medicinske sestre, ki bodo gradile mrežo zdravstvene oskrbe za pacienta v kontekstu kontinuirane oskrbe (Skela Savič, 2007).

Na osnovi že raziskanega se mora celotni management zdravstvenega zavoda zavedati pomembnosti kakovostnega izobraževanja diplomiranih medicinskih sester in načrtovati prenovo kadrovske strukture v prid povečevanja števila diplomiranih medicinskih sester. Zbornica zdravstvene nege mora pričeti z aktivnostmi na področju priprave specializacij za diplomirane medicinske sestre in v ta proces vključiti zdravstveni management in visokošolske zavode ter s tovrstnimi aktivnostmi dati jasno vedeti, da mora zdravstveni sistem temeljiti na visokostrovnosti izobraženih medicinskih sestrah, ki svoje poklicno delovanje gradijo na specialnih znanjih in podiplomskem študiju na drugi in tretji stopnji (Skela Savič, 2008).

Literatura

Andersson P., Fejes A., Ahn S.E. (2004). Recognition of prior vocational learning in Sweden. *Studies in the Education of Adults*, 36; 57-71.

Beres, J. (2006). Staff Development to University Faculty: Reflections of a Nurse Educator. *Nursing Forum* Volume 41, 3; 141-5.

DIREKTIVA EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij.

Gleeson, M. (2008). Perceptorship: facilitating student nurse education in Uie Republic of Ireland. *British Journal of Nursing*, Vol 17, 6; 376-80.

Muršak, J. (2006). Informalno ali priložnostno učenje kot del vseživljenjskega učenja in njegovi učinki v povezavi s formalnim in neformalnim izobraževanjem. Neformalno izobraževanje odraslih, Zbirka Obrazi edukacije, Pedagoška fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Polit, D.F., Beck, T.C. (2008). *Nursing research: principles and methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Rafferty, A.M., Allcock, N., Lathlean, J. (1996). The theory/practice 'gap': taking issue with the issue. *Journal of Advanced Nursing*, 23; 685-91.

SKELA-SAVIČ, Brigita (2008). Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi - vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu = Theory, research and practice - the view of responsibility for health care management and management in higher education. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), KAUČIČ, Boris Miha (ur.), RAMŠAK-PAJK, Jožica (ur.). 1st International Scientific Conference, September 25-26,

2008, Bled, Slovenia. *Theory, research and practice - the three pillars of contemporary nursing care : proceedings of lectures with peer review : 1st international scientific conference : zbornik predavanj z recenzijo : 1. mednarodna znanstvena konferenca, September 25-26, 2008, Bled, Slovenia.* Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2008, str. 38-46.

Skela Savič, Brigita. (2007). Kontinuirana zdravstvena obravnava : izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege = Continuing health care : the challenge of modern management of hospital nursing care. *Obzor. zdrav. neg.*, 41, 1; 3-11.

Woodward, W. (2003). Preparing a new workforce. *Nurs Adm Q.* 2003 Jul-Sep;27(3):215-22.

Vabljeno predavanje

**NACIONALNE POKLICNE KVALIFIKACIJE –
NEFORMALNO IZOBRAŽEVANJE**

mag. Zdenka Tičar

zdenka.ticar@gov.si

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**VLOGA DRŽAVNEGA IZPITNEGA CENTRA V
SISTEMU NACIONALNIH POKLICNIH KVALIFIKACIJ**

Slavko Lapanja

slavko.lapanja@ric.si

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**PRIMER UVAJANJA NACIONALNIH POKLICNIH KVALIFIKACIJ
V KRKI D.D.**

Alenka Kralj Pučko
alenka.pucko@krka.biz

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**POTREBE PO MEDICINSKIH SESTRAH V SLOVENIJI –
KAKO JIH DOLOČITI IN KAKO ZAČRTATI PROJEKCIJE POTREB V
PRIHODNJE?**

mag. Tit Albreht

tit.albreht@ivz-rs.si

(ppt predstavitev v prilogi)

Vabljeno predavanje

**KARIERNI RAZVOJ MEDICINSKIH SESTER Z VIDIKA POTREB
PRAKSE ZDRAVSTVENE NEGE**

Erna Kos Grabnar, dr. Saša Kadivec
erna.kos@kclj.si, sasa.kadivec@klinika-golnik.si

(ppt predstavitev v prilogi)

STALIŠČA DO IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI

Izjava dekanov visokih strokovnih šol in fakultete

dr. Brigita Skela Savič

Izjava ravnateljev srednjih zdravstvenih šol v Sloveniji

Marija Verbič

**Izjava Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije**

Darinka Klemenc

Izjava Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije

Jelka Mlakar

Izjava Kolaborativnega centra SZO za primarno zdravstveno nego

Tamara Lubi

Izjava Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego

OKROGLA MIZA

PowerPoint predstavitve