

Medicinska sestra — delavka v združenem delu

PROBLEMSKA KONFERENCA O MESTU MED. SESTRE V ZDRAVSTVENI SLUŽBI

Zveza društev med. sester Slovenije je 21. XI. 1978 organizirala posvetovanje o problemih, s katerimi se soočajo med. sestre pri zaposlitvi v osnovnem zdravstvenem varstvu in delovnih področjih v hospitalnih in drugih zdravstveno vzgojnih ustanovah ter pri izobraževanju za svoj poklic, in to na srednji, višji in visoki stopnji.

Posvetovanje je sočasno vključevalo pripravo na problemsko konferenco »Delavka v združenem delu«, ki jo organizira Socialistična zveza delovnih ljudi.

Gradivo, ki je nakazovalo smernice za razpravo, so pripravile med. sestre na podlagi razprav v svojih strokovnih društvih o problemih, ki so prisotni že vrsto let in zahtevajo širšo razpravo za njihovo reševanje v okviru strokovnih služb in družbenopolitičnih organizacij.

Referati, ki obravnavajo navedeno problematiko, so bili posredovani vabljenim zastopnikom zdravstvene službe, družbenopolitičnih organizacij ter delegacijam področnih društev med. sester, ki so se posvetovanja udeležili in tudi aktivno sodelovali.

Posvetovanje je vodila predsednica ZDMMS višja med. sestra Marija Š i p e c in uvodoma naglasila naslednje:

Pripravam na problemsko konferenco »Delavka v združenem delu«, ki že nekaj mesecev potekajo na občinski, medobčinski in republiški ravni, se je pridružilo tudi strokovno društvo med. sester, ker menimo, da je problematika o mestu med. sestre v združenem delu tako kompleksna in specifična, da bi le posvetovanje z družbenopolitičnimi organizacijami in samoupravnimi organi lahko pomagalo opredeliti in zagotoviti pogoje, ki bi omogočili enakopravno delovno in družbenopolitično uveljavljanje številnih delavk v zdravstveni službi. Znano nam

je, da v poklicu med. sestre v Sloveniji dela v združenem delu polovica vseh zdravstvenih delavcev, tj. ca. 8000, zato naj to posvetovanje nakaže in obravnava problematiko, ki zadeva številne zdravstvene delavke. Hkrati naj bo to posvetovanje tudi prispevek med. sester k 35-letnici prvega kongresa slovenske protifašistične ženske zveze, ki je bila oktobra l. 1943 v Dobrniču na Dolenjskem.

Posvetovanja se udeležujejo delegati medobčinskih društev medicinskih sester, predsednice strokovnih sekcij, članice bolnišnične in izvenbolnišnične komisije, članice predsedstva, nadzornega odbora in častnega razsodišča Zveze društev med. sester Slovenije. Našemu vabilu so se odzvali od vabljenih predstavnikov družbenopolitičnih skupnosti, SIS in družbenopolitičnih organizacij na ravni republike tovariši dr. Dominik K o m a d i n a , republiški podsekretar za zdravstvo in socialno varstvo, Slavko G r č a r , sekretar zdravstvene skupnosti Slovenije, Erna F r a s - Š n u d e r l , predstavnica republiškega sveta zveze sindikatov Slovenije in Irena K a p e l j , tajnica skupnosti zdravstvenih delovnih organizacij Slovenije. Drugi vabljeni so se opravičili ali pa so pooblastili prisotne goste, da jih zastopajo.

Današnje posvetovanje naj bi osvetlilo razvoj in organizacijo zdravstvenega varstva z vidika ekonomskih sprememb in uvajanja sodobne tehnologije ter njenih posledic za zaposlovanje, družbenopolitično delovanje in uveljavljanje med. sester, ne nazadnje pa tudi za mesto med. sestre kot samoupravljalke ter pogojev za njihovo poklicno delovanje.

Za poglobljeno razmišljanje bi že uvodoma želela poudariti nekaj okolištin, ki se pojavljajo v zvezi s poklicem med. sestre in njenim uveljavljanjem in delom v združenem delu. Znano nam je, da je poklic babice, otroške negovalke in med. sestre že od samega začetka pretežno ženski poklic. Na podlagi poklicne usmerjenosti ženske mladine je poklic med. sestre že skoraj docela feminiziran. Po statističnih podatkih pa vidimo, da se veliko deklet pri 14 letih odloči za poklic med. sestre zato, ker se pač mora za nekaj odločiti, ne pa za bodoče uveljavljanje svojih interesov in sposobnosti. Zato ta poklic tako lahko zapuščajo, kar je tudi eden izmed problemov teh poklicno izobraženih delavk v zdravstveni službi.

Referati, ki ste jih prejeli, so okvirne teze iz posameznih področij, o katerih bi razpravljali. Vabim vas, da se vključite v razpravo in tako pomagate pri osvetlitvi in iskanju izhodišč za naše skupne in nadaljnje akcije.

POTREBE OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA PO MEDICINSKIH SESTRAH IN NEKATERIH DRUGIH ZDRAVSTVENIH DELAVCIH TER NJIHOVE NALOGE IN ORGANIZACIJA

Višja med. s. Silva V u g a , ZD Maribor

Da bi lahko ugotovili, koliko in kakšno vrsto medicinskih sester potrebuje osnovno zdravstveno varstvo, se opiramo na vlogo in naloge temeljnega zdravstvenega varstva ter na konkretne razmere delovnega procesa v zdravstvenih domovih.

Zakon o zdravstvenem varstvu določa za vse vrste zdravstvenih organizacij, da morajo biti organizirane tako, da lahko zagotavljajo prebivalstvu strokovno ustrezno, uspešno in racionalno zdravstveno varstvo v rednih in izrednih raz-

merah. To zakonsko določilo velja tudi za zdravstvene domove, ki organizirajo vrsto služb, da bi prebivalstvu več občin zagotavljali zdravstvene storitve, ki jih je mogoče izvrševati pri ambulantnih bolnikih v ambulantah in dispanzerju, na bolnikovem domu in na delovišču, čim bliže uporabniku storitve. V uporabi so: klasična ambulantna metoda dela, dispanzerske, epidemiološke in timske metode dela. Uveljavljeni sta vertikalna strokovna organiziranost in horizontalna organizacija dela po teritorialnem načelu. Z oblikami aktivnega zdravstvenega varstva, upoštevajoč načelo enotnosti medicine, deluje osnovno zdravstveno varstvo po vseh petih ravneh zdravstvenega varstva, vendar s primarno nalogo prizadevanja za ohranitev pozitivnega zdravja in za zgodnje zajetje zdravstvene okvare. Za temeljno zdravstveno varstvo je značilno delo malih skupin strokovnjakov različnih strokovnih profilov in ravni. Znotraj teh skupin morajo biti jasno opredeljena področja in delovne naloge. Nujno je upoštevati spoznanje, da osnovno zdravstveno varstvo ne more razreševati celotne zdravstvene problematike prebivalstva, skupin ali posameznika.

V družbenoekonomskih odnosih pa so uporabniki zdravstvenega varstva kot udeleženci svobodne menjave dela zavzeti za kompleksno zdravstveno varstvo, kar omogoča celovita zdravstvena tehnologija in v njenem okviru organizirano in usklajeno delovanje zdravstvenih delavcev v vseh fazah te tehnologije: preventivni, dispanzersko-ambulantni, specialistično-ambulantni in rehabilitacijski. Iz teh razmer izvirata tehnološka in dohodkovna povezanost in soodvisnost zdravstvenih delavcev ter podlaga za njihovo samoupravno-organiziranost.

V ZDMSS ugotavljamo, da obstaja razkorak med navedeno koncepcijo in prakso, nagradila se je vrsta problemov pri vnašanju spoznanih konceptualnih osnov v prakso. Usklajevanje strokovne in samoupravne organiziranosti je tudi v osnovnem zdravstvenem varstvu povzročilo zmedo v odnosu do sestrskega področja kot integralnega dela zdravstvenega varstva. Doživljamo neupoštevanje strokovnega področja nege v njenem najširšem pomenu besede ali sestrstva, to je vseh nalog, ki jih opravljajo medicinske sestre, torej tudi neupoštevanje organiziranja in kontrole te dejavnosti. V usklajevalnem procesu upravljanja in vodenja prihaja do škodljivih pojavov za strokovno področje nege. To dokazujejo predlogi in tendence, kot so npr.: zagotovitev višje med. sestre v specialističnih ambulantah; razporeditev med. sestre s srednjo izobrazbo k nalogam polivalentne patronaže; ukinitve delovnih nalog, ki jih združuje funkcija glavne sestre; zagotovitev lastne patronažne sestre zobozdravstveni službi; reorganizacija patronažne službe in vključitev patronažne sestre v ožje time splošnih ambulant ali dispanzerjev; pri oblikovanju elementov zahtevnosti in uspešnosti dela ter razvida del in nalog doživljamo oporekanje delovnih nalog, ki jih opravljajo medicinske sestre itd.

Po drugi strani ugotavljamo, da se zahtevnosti, naloge in odgovornosti dela medicinskih sester v zdravstvenem timu hkrati večajo. Napredek medicinske znanosti, načelo enotnosti medicine, razvoj medicinske diagnostike in terapije, potreba po multidisciplinarnosti zdravstvenega varstva, spremenjeni koncepti zdravstvenega varstva, večanje družbene vloge zdravstvenega varstva, pomen primarne zdravstvene skrbi za varovance pa terjajo vse bolj ekipno delo, timske povezave ter povečujejo vlogo in odgovornost slehernega člana zdravstvenega tima, tudi

medicinske sestre. Poleg tega, da medicinska sestra opravlja medicinsko tehnične storitve po zdravnikovem naročilu, pa je v osnovnem zdravstvenem varstvu samostojna na področju nege v ožjem pomenu besede, zdravstvene vzgoje in zdravstveno-socialnega dela, kjer deluje kot zdravstveni diagnostik in terapevt. Seveda pri tem ni prizadeto zdravnikovo strokovno področje. Izraza diagnostika in terapija sta za področje dela, kjer se združujejo delovne naloge medicinske sestre, nezaželena v naši praksi, kljub temu da sta z medicino povezani predvsem po grškem izvoru besede. Izraza sta že dolgo tega prenesena iz okvirov medicine tudi na druga strokovna področja od socialnega skrbstva, prek psihologije, sociologije, glasbe itd. do tehnike. Dejstvo je, da se je z rastjo medicine znotraj zdravstvenega varstva tudi medicinski sestri v osnovnem zdravstvenem varstvu razširila vsebina dela in odgovornosti. Vedno pogosteje se medicinska sestra prva sreča z varovancem. Utrjevanje dispanzerskega dela v vse številnejših strokovnih službah osnovnega zdravstvenega varstva in s tem povezano večanje vloge patronažne službe zahteva tako v dispanzerjih kakor v patronažni službi medicinsko sestro, usposobljeno za samostojna področja dela in zmožno sodelovanja v širšem strokovnem timu. To pomeni, da opravlja, organizira in nadzira področje, za katero je strokovno usposobljena.

V ta namen so potrebne jasne razmejitev delovnih področij in pristojnosti na osnovi ustreznega strokovnega izobraževanja in usposabljanja ter sočasnega institucionaliziranja tistih določil, ki bodo prispevala k odpravljanju problema poklicne identifikacije in usposobljenosti.

Naš samoupravni družbeni sistem ni že vnaprej naklonjen avtoritetam in hierarhijam, tudi ne klasični hierarhiji vodenja, zato so povsem naravne spremembe v vodenju na področju nege v širšem pomenu besede ali sestrstva. Vendar te spremembe niso nastopile v tistem smislu, kot si mnogi mislijo, da odslej glavne sestre niso več potrebne, zlasti glavne sestre zdravstvenih delovnih organizacij. Vloga koordinatorja je v našem samoupravnem družbenem sistemu izredno velika, še zlasti zaradi zahtevnega usklajevanja med upravljanjem in vodenjem.

Nega je tako obsežno in specifično delovno področje, da je koordiniranje dela prek glavnih in odgovornih medicinskih sester ne samo s strokovnega in organizacijskega, temveč tudi s samoupravnega vidika utemeljeno in nujno. In le medicinske sestre same so strokovno usposobljene, da neposredno in v zadovoljlivi meri izvajajo koordinacijo na specifičnem področju nege v najširšem pomenu besede. Usklajevanje tega dela na ravni zdravstvene delovne organizacije vključuje zahtevo po znanju iz organizacije, ekonomike, statistike, komuniciranja, pedagogike itd., kar lahko med. sestra pridobi z drugostopenjskim študijem in ji je potrebno, da se lahko ustrezno in enakovredno vključuje v ožji tim sodelavcev in da lahko skrbi za ustrezno mesto in prispevek enotne nege v širšem delovnem procesu ter v funkcionalnih povezavah z bolnišnično in drugo dejavnostjo. Navesti moramo, da je naraščanje administracije, ki odteguje naše sestre v dispanzerjih in ambulantah od njihovega strokovnega dela in jih spreminja v administratorje in blagajničarke, v zdravstvenih domovih mnogo večji problem kakor v bolnišnicah. Nobenega upanja ni, da bi nam SIZS bile pripravljene pomagati pri zmanjševanju te težave.

Obsežno delovno področje medicinskih sester v osnovnem zdravstvenem varstvu je zajeto v patronažni službi, zato ni čudno, če pretežna kadrovska, stro-

kovna in organizacijska problematika izvira iz te službe. Medicinske sestre smo se aktivno udeleževale javne razprave ob sprejemanju zakona o zdravstvenem varstvu. Opozarjale smo, da naj bi zakon med službami zdravstvenih domov ne navedel samo patronažne službe, temveč polivalentno patronažno službo. Kajti polivalentna patronažna služba pomeni obliko aktivnega zdravstveno socialnega varstva varovancev na njihovem domu, pri čemer zajame patronažna med. sestra vso družino v njenem ožjem in širšem okolju, se pravi vse njene člane, ki so tega varstva potrebni, in tako obravnava sočasno varovanca katerekoli strokovne službe ali dispanzerja zdravstvenega doma v smislu timskega sodelovanja za skupne cilje. Tako pa si zakonsko določilo razlagajo mnogi strokovni delavci po svoje in še vedno težijo k reorganizaciji v smislu monovalentne patronaže ali vključitve patronažnih med. sester v ožje time splošnih ambulant in dispanzerjev. Tako bi lahko po intuiciji in razpoloženju usmerjali patronažno dejavnost, čeprav so po 20 letih zorenja polivalentne patronaže znana metodika patronažnega dela, funkcija in naloge patronažne službe za doseganje njenih ožjih in širših ciljev v zdravstvenem varstvu. Polivalentna patronažna služba tudi zagotavlja, da patronažna med. sestra pri obravnavi varovancev upošteva njihove potrebe s kurativnega, preventivnega in socialnega vidika. Ta princip enotnosti obravnave zahteva tudi enotnost organizacije. Glede patronažne službe pomeni to, da patronažna služba zagotavlja tudi nego v domiciliarnem okolju, in sicer nego bolnika ter nego novorojenčka in otročnice. Na ta način zagotavlja patronažna služba upoštevanje kompleksnosti družinskih potreb, za reševanje katerih je usposobljena med. sestra. Regulatorji naj bi tako urejali, kajti mnogi si v delovnih organizacijah jemljejo samoupravno pravico, da povzročajo strokovno anarhijo. Strokovno nego je šteti kot integralni del polivalentne patronažne službe, v okviru katere lahko z enotno metodo dela in enotno organizacijo prispeva k razbremenitvi bolnišničnih posteljnih kapacitet, razbremenitvi rajonske zdravniške službe v zdravstvenem domu, zmanjševanju staleža aktivnih varovancev, zmanjšanju izdatkov za zdravstveno varstvo in s tem neposredno prispeva k racionalizaciji zdravstvenega varstva. V ta namen potrebujemo v ožjem timu strokovne nege bolniškega strežnika, sedanjo laično negovalko, s strokovnega vidika ni njeno mesto v krajevni skupnosti, temveč v zdravstvenem timu v neposredni delitvi dela. Le tako je možno manj zahtevne naloge v negi prenesti na delavca, ki je v pomoč pri opravljanju nege, in hkrati to delo organizirati in voditi. Neenotnost vlada med regijami glede finančnega zagotovila za to pomoč v negi in tu se zatakne. Prav na področju nege bolnika na domu za starostnike in kronične bolnike, na področju dela s predšolskimi otroki in rizičnimi skupinami ljudi prevzema patronažna služba obsežnejše strokovne in organizacijske naloge, kar je pogojeno tudi z demografskimi in sociološkimi spremembami.

Po republiških statističnih podatkih za leto 1977 je bilo v zdravstvenih domovih Slovenije 223 babic, rojstev je bilo 29.815, od tega doma rojenih 119. Če je bilo opravljenih 10 obiskov na en porod na domu, je bilo skupaj nekaj več kot 1000 obiskov opravljenih v ta namen, vendar je bilo babiških obiskov 321.767, seveda v smislu nege novorojenčka in otročnice. Funkcija babice se torej bistveno spreminja, saj je po ginekološko-porodniški doktrini dovoljen le izjemoma porod na domu, a tudi v takem primeru naj bi babica porodnico in novorojenčka zatem odpremila v porodnišnico. Kljub temu da je terensko babiško delo praviloma

nega novorojenčka in otročnice in izjemoma prva pomoč pri porodu, višjim medicinskim sestram zdravniki ginekologi in porodničarji odrekajo usposobljenost za nego novorojenčka in otročnice in naj bi se višja medicinska sestra več mesecev dodatno usposabljala za to vrsto nege. Medtem pa poudarjajo drugi zdravniki, da bi lahko polivalentno patronažo prepustili medicinskim sestram s srednjo strokovno usposobljenostjo. S takim prepričevanjem vplivno delujejo zdravstveni strokovni delavci prek SIZS. Tako tudi ni ugodnega vzdušja za prepotrebno korekcijo nekaterih kadrovskih normativov, med njimi tistih, ki zadevajo patronažno službo.

Za uresničitev nalog in ciljev osnovnega zdravstvenega varstva sta krepitev dispanzerskih in patronažne dejavnosti neobhodno potrebni. Toda kakor v osnovnem zdravstvenem varstvu najbolj primanjkuje zdravnikov v splošni medicini, tako najbolj primanjkuje tudi med. sester v patronaži. Oba pojava imata nekaj skupnega. Obe vrsti zdravstvenih delavcev izobražujemo, motiviramo in stimuliramo neustrezno.

Lahko bi zaključili, da osnovno zdravstveno varstvo potrebuje:

- delavce v zdravstvu za zdravstveno administrativna dela,
- delavce v zdravstvu za pomoč pri negi na domu,
- medicinsko sestro za pomoč pri ambulantnem delu,
- višjo medicinsko sestro za delo v dispanzerjih in v polivalentni patronaži ter
- medicinsko sestro z visoko strokovno usposobljenostjo za vodilne funkcije.

V primarni zdravstveni oskrbi potrebujemo medicinsko sestro, usposobljeno za vse naloge medicinske sestre, ki sodeluje v multidisciplinarnem timu, pri delu z varovanci in njihovimi družinami in je hkrati sposobna dolgoročno načrtovati svoje delo.

Utemeljitev in razmišljanje. Zbiranje podatkov za te teze je dolgo časa potekalo po različnih poteh, in to tako, da so delegatke same prenašale probleme iz združenega dela in iz področnih društev medicinskih sester ter jih slednjič v posebej za to določeni skupini zbirali in oblikovali skupaj. V tezah gre torej za zbrane probleme, ki so jih nakazovale delegatke iz združenega dela. Kljub temu pa te teze vendar niso zajele vsega, kar lahko beležimo v okviru te tematike v osnovnem zdravstvenem varstvu. Zato naj bodo te teze samo izhodišča za razpravo.

Uvodoma sem skušala povedati, ko govorimo o problematiki iz tistega dela osnovnega zdravstvenega varstva na področju nege (ta izraz obsega izvajanje vseh tistih nalog in opravil, ki jih izvajajo medicinske sestre), da imamo pred očmi osnovno zdravstveno varstvo v naši današnji aktualni situaciji, torej v procesu združevanju dela in sredstev in iskanja takih oblik samouprave in strokovne organiziranosti, ob kateri bi morali zagotavljati čim kompleksnejšo tehnološko in dohodkovno povezanost.

Pri tem ugotavljamo, da so se nabrale na tem področju številne težave, ki so dosegle tolikšen obseg, da se moramo o njih posvetovati v širšem krogu in s skupnimi razmišljanji priti do skupnih usmeritev za to področje. To zadeva vprašanja organizacije, kadrovske zasedbe, delitve dela v zdravstvenem teamu, vprašanja izobraževanja in vprašanja delovnih metod.

Ce pravimo, da ima osnovno zdravstveno varstvo v kompleksu celotnega zdravstvenega varstva zelo obsežno, pomembno in polivalentno nalogo pri zagotavljanju zdravja populaciji, potem pomeni to, da se te kompleksne in polivalentne naloge in

funkcije prenašajo na vse sestavne dele osnovnega zdravstvenega varstva, torej na vso verigo dispanzerskih dejavnosti, na katerih leži osnovna teža dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva, na ves obseg zdravljenja na domu itd. in v okviru tega se polivalentne naloge delijo v zdravstvenih teamih, med drugim tudi na medicinske sestre. V okviru teh kompleksnih nalog postaja tudi obsežnost in odgovornost medicinskih sester v zdravstvenih teamih vse večja.

Ugotavljamo, da je osnovno, kar nam pri ustreznem združevanju del in nalog v teh kompleksnih polivalentnih zahtevah znotraj zdravstvenih teamov manjka, profilizacija kadrov in kodeksi storitev. Tako se znova vračamo na problem, ki ga že dolgo časa ugotavljamo in nanj že dolgo časa opozarjamo in zanj že dolgo vemo, da je v reševanju, a nam ga ne uspe rešiti do kraja. Hotela bi samo povedati, kako važni so ti dokumenti, kako potrebno bi bilo, da bi jih na naši mizi imeli že danes, kako bi bili potrebni združenemu delu, da bi se lahko racionalno razporedili delavci k ustreznim delom in nalogam po zahtevnosti posameznih del in nalog.

Kako pomembno bi bilo, da bi se lahko to gradivo oprlo na profilizacijo kadrov in na kodekse storitev, v katerih bi našli odgovore, kaj kdo sme, za kakšne naloge je kdo usposobljen, kakšne naloge po zahtevnosti zahtevajo katerega od zdravstvenih delavcev. Ne morem povsem mimo vprašanja glede usposobljenosti kadrov v osnovnem zdravstvenem varstvu. Poudariti moram, da tudi osnovno zdravstveno varstvo potrebuje za primerno delitev dela znotraj zdravstvenih teamov ustrežnejše izobražene kadre, kadre, izobražene po različnih stopnjah, da se ne bi ponavljalo to, kar so zdravstveni delavci na neki stopnji že pridobili glede usposobitve. Izobraževanje naj bi torej potekalo v obliki določene nadgradnje in z določeno specialno usposobitvijo za posamezna delovna področja. V tej obliki izobraževanja pa bi prav posebej rada omenila profil negovalke ali laične negovalke ali bolniške strežnice ali drug naziv. Gledanja na ta naziv so različna, vemo pa, koga mislimo s tem — mislimo na tistega delavca v zdravstvu, ki je v pomoč pri izvajanju nege.

Da bi osnovno zdravstveno varstvo lahko zadostilo svoji funkciji in da bi lahko v celoti opravljalo naloge, ki jih ima na področju izvenbolnišničnega zdravstvenega varstva, je seveda nujno, da razvija uspešno zdravljenje na domu. V okvir tega zdravljenja pa sodi dobro organizirana, strokovno neoporečna in sposobna strokovna nega na bolnikovem domu. V razmerah osnovnega zdravstvenega varstva pa moramo vedeti, da ne kaže dobro za razvoj strokovne nege na bolnikovem domu pri sedanjih kadrovskih kapacitetah in možnostih in pri sedanjih neenotnih gledanjih na organiziranost nege na bolnikovem domu. Vsekakor je neobhodno potreben profil zdravstvenega delavca za pomoč v negi kot sestavnega člana negovalskega teama v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Ob tem bi opozorila na velika razhajanja v gledanju na ta profil delavca. Znano je, da se razhajamo v mišljenju, kje je mesto temu delavcu in v kateri organizaciji je to mesto. Ko smo razpravljali v okviru strokovnega društva in se poglobljali v težave tega problema, smo prišli do nespornega zaključka, da zdravstveni delavec za pomoč v negi posega na strokovno področje medicinske sestre in je s strokovnega gledišča nedvoumno, da ta delavec sodi v organizacijo in pod strokovno vodenje v okvir strokovne nege na bolnikovem domu.

Kadrovsko smo zelo šibki za organizirano izvajanje nege na bolnikovem domu — te prepotrebne dejavnosti v okviru osnovnega zdravstvenega varstva, kajti vsa dejavnost, ki poteka na varovančevem domu, v družini varovanca in razumemo z njo patronažno službo, je v dokaj težkem položaju. Mogoče je prav zato, ker se obsežno delovno področje medicinske sestre v osnovnem zdravstvenem varstvu razvija ravno v patronažni službi in s tem iz te službe izvira pretežna kadrovska strokovna in organizacijska prob-

lematika, nemara prav, da se posebej dotaknem te problematike, kamor sodi tudi nega na bolnikovem domu.

Naj navedem nekaj številčnih podatkov, ki naj približajo kadrovski problem:

— število vseh med. sester in med. tehnikov se je v obdobju od leta 1963—1977 povečalo za 273 %,

— v tem obdobju se je število zaposlenih patronažnih med. sester povečalo za 37 %,

— odstotni delež zdravstvenih delavcev polivalentne patronaže v strukturi med. sester in med. tehnikov je v tem času padel od 16 % na 5,8 % ali z drugimi besedami: polivalentna patronažna služba Slovenije pridobi povprečno v enem letu okrog 5 novih med. sester, medtem ko prevzema vse kompleksnejše in polivalentnejše naloge v okviru osnovnega zdravstvenega varstva in ko vemo, da ležijo prav na patronažni službi vključno z nego bolnika na domu velike zahteve tudi v okviru splošnega ljudskega odpora.

Problem, ki je zlasti težak v osnovnem zdravstvenem varstvu in ga je treba posebej osvetliti, je administracija, ki bremeni medicinske sestre v osnovnem zdravstvenem varstvu. Brez dvoma se zdravstvena administracija pojavlja tudi v bolnišničnem zdravstvenem varstvu, vendar tam nima tako specifične slike, kot jo ima prav v okviru osnovnega zdravstvenega varstva, saj so možnosti za organiziranje delovnega procesa tod drugačne kakor v bolnišnici. Medicinske sestre bodo vsekakor vedno obremenjene v osnovnem zdravstvenem varstvu tudi z medicinsko administracijo, vendar se obseg administrativnega dela povečuje v smer tistih opravil, ki bi jih v zdravstvu brez dvoma lahko prevzemal delavec za zdravstveno-administrativne naloge. Mislim na vse tiste evidence, ki jih morajo voditi med. sestre za prikaz finančnega rezultata storitev, in na evidence, ki jih je treba predložiti plačnikom, pa tudi na vsa tista strojepisna dela, ki so vezana na ožji zdravstveni team in pomenijo pisanje določenih strokovnih poročil, pisanje izvidov, pisanje poročil različnim komisijam in ne nazadnje tudi na obsežnost participacije in nalog, ki so povezane s tem.

Posebej pa bi rada poudarila tudi tisti del iz tez, ki govori o razhajanju pri usklajevanju strokovne in samoupravne organiziranosti v tisti obliki, ko trčimo na nerazumevanje potreb po organizaciji nege v tem smislu, da ta organizacija še vedno potrebuje za usklajevanje tega delovnega procesa vodilne sestre, glavne sestre delovnih organizacij. V okviru organizacijskih vprašanj pa se kaže pomanjkljivost organizacijskega reševanja tudi v pomanjkanju potrebnih dokumentov in predpisov. Kar se tiče npr. patronažne službe, lahko ugotavljamo, da še vedno delujemo po strokovnih navodilih, ki so zelo zastarela in ne kažejo potreb današnjega časa, zato tudi pri ustrežnejših reorganizacijskih postopkih ne najdemo vedno pravih rešitev glede organizacijskih oblik in pa organiziranja posameznih strokovnih področij iz nege bolnikov.

PROBLEMATIKA MEDICINSKE SESTRE V BOLNIŠNICAH

Lucija T e k a u c , splošna bolnišnica Maribor

Organizatorji dela v bolnišnicah se iz leta v leto srečujemo z vedno večjim pomanjkanjem delavcev za nego bolnikov.

Pomanjkanje medicinskih sester je že tako pereče, da obstajajo obdobja, ko bi morali zapirati posamezne delovne enote. Ob tem se pojavlja masa dopolnilnega dela, prepogostno prihajanje v nočno izmeno — tudi po dva tedna v

mesecu — meseci brez prostih dni. Vse to povzroča, da postaja delo v bolnišnicah manj vabljivo. Tako se vrtimo v začaranem krogu kljub velikemu interesu za poklic in ekspanziji prepolnih šol.

Delo v bolnišnici ima za delavce v negi naslednje značilnosti:

- nego bolnika izvajamo 24 ur na dan, ob nedeljah in praznikih;
- nega bolnika v bolnišnici je sestavljena iz visoko strokovnih del, kulturnega odnosa do bolnika in fizičnega napora, kar je težko združljivo v eni sami osebi;

- nega bolnika je integrirana celovito, ne glede na specialnost, zato ima lastne organizacijske oblike, ki naj bodo vsaj v delovni organizaciji enake. Potrebujemo sposobne medicinske sestre, ki znajo organizirati delo v teamu — v enoti ali v organizaciji združenega dela. Sposobne morajo biti delo programirati za različna časovna obdobja.

V vseh bolnišnicah opazamo premajhno vrednotenje dela, ki se opravlja neposredno ob bolniku. Obstaja tendenca, da ima večjo veljavo zdravstveni delavec, ki asistira zdravniku in dela pod njegovim vodstvom.

Sestre zato silijo v razne funkcionalne kabinete, ambulante itd., nega bolnika pa je v bistvu le glavna značilnost poklica med. sestre.

Medicinske sestre prevzemajo vedno več delovnih nalog, ki so bile včasih domena zdravnikov in so formalno-pravno še danes — posebno takrat, ko ocenjujemo delo.

Medicinska znanost je napredovala; vedno več je preiskav, zahtevni posegi postajajo rutina, in to v rokah sester. Zdravnik je vedno bolj zaposlen v funkcionali — v operacijskih dvoranah — in vedno manj ima možnosti in časa opazovati in neposredno spremljati bolnikovo stanje. Med. sestra je opazovalka in obveščevalka, ki mora svoje informacije posredovati odgovorno.

Verjetno se s te poti ne bomo vračali, ker so nekatere dežele že prehodile isto pot zdravstva.

Poleg tega, da se je veliko novo zaposlenih med. sester vključilo v razširjene funkcionalne enote, se je tudi v posameznih bolnišnicah povečal posteljni fond, praviloma brez kadrovskega projekta in brez zagotovila, kako priti do zdravstvenih delavcev.

Prevladuje splošno mnenje, da se sestre odmikamo od nege, da so naši bolniki vedno manj negovani, slabše in manj humano obravnavani kljub boljšim materialnim možnostim.

Kako priti iz sedanje situacije?

Leta 1960 smo reformirali zdravstveno šolstvo. Reformo smo opravičevali s tem, da se bo strokovna raven delavcev za nego bolnikov dvignila. Odpravljene so bile enoletne in dvoletne poklicne šole. Še prej je bila ustanovljena višja šola za medicinske sestre. Iz leta v leto je srednja šola zgubljala ure v programih praktičnega pouka in večala število ur pri splošno-izobraževalnih predmetih. S tem je izgubila dokaj specifičnosti, kakršno pričakujemo od šole, ki šola delavce za nego bolnika.

Prišlo je do anahronizmov, ob katerih se lahko vprašamo, kaj je bazična izobrazba za sestre, kot jo poznamo širom po svetu? Ali je to višja šola, ki daje

sicer dobro medicinsko sestro s solidno splošno izobrazbo? Ali je to štiriletna šola za zdravstvene delavce, ki je celo specializirana?

Po bazični šoli potrebujemo funkcionalno izobraženo specializirano medicinsko sestro. Funkcionalno izobražen delavec prihaja v ospredje, ker ga delovni proces potrebuje. Vedno bolj nam je očitno, da potrebujemo tudi delavca za pomoč pri negi. Sestra, ki je izobražena v štiriletni šoli, beži iz bolnišnice in beži iz poklica. Verjetno so za osemnajstletna dekleta pretežke naloge, ki jih srečuje ob osnovni negi bolnika. Računati moramo na to, da se šele v službi sreča z nočnim delom, s tem, da ni vedno prosta ob sobotah in nedeljah, predvsem pa občuti, da tega nimajo drugi poklici. Prvič dela z bolnikom celih osem ur dnevno. Tudi teža odgovornosti, ki jo občuti, je, če je bila pozitivno vzgojena, zanjo težka.

Pomoč pri negi bi moral opravljati delavec z dokončano osnovno šolo s primerno strokovno izobrazbo iz osnovne nege, higijene in etike. Potrebe po takem delavcu ne bi smeli pavšalirati in bi moral biti v takem razmerju do zdravstvenih delavcev pri negi, da ne bi šlo v škodo strokovnosti nege.

Ta delavec mora imeti tudi možnost za nadaljnje izobraževanje.

Iz tega sledi, da potrebujemo v bolnišnicah:

- delavca za pomoč pri negi,
- osnovno izobraženo medicinsko sestro,
- specializirano medicinsko sestro in
- medicinsko sestro, izobraženo za vodstvena opravila v delovnem procesu nege in oskrbe bolnika v zdravstvenih OZD.

Upali smo, da nam bo usmerjeno izobraževanje rešilo ta vprašanja. Žal pa ta proces traja predolgo.

Zelo neenotno ravnanje pri kadrovanju v posameznih delovnih organizacijah probleme še pogloblja. Vedno nove spremembe in zahteve v kadrovski strukturi delavcev v OZD rojeva medsebojne konflikte in nedoslednosti, nezadovoljstvo, ki hromi delo posameznikov in organizacije zdravstva. Od takega stanja nima koristi niti zdravstveni delavec niti varovanci.

Zdravstveni delavci v bolnišnici imamo posebne pogoje dela, katerih ne bomo mogli nikoli bistveno spremeniti.

Nočno delo žensk bo ostalo v zdravstvu kljub mednarodno predpisanim konvencijam. Smo najštevilnejši ženski poklic v Sloveniji, z vsemi težavami zaposlene žene. Naš družbeni status se specifično ne rešuje. Varstva otrok v vzgojno varstvenih ustanovah, ki bi imele našemu delovniku prilagojen delovni čas, skoraj nimamo (naša delovna organizacija nobene). Stanovanjska problematika se ravno pri sestrah rešuje prepočasi. Primernih samskih domov nimamo. Vsi ti objekti bi morali spremljati vsaj novogradnje, kjer vemo, da zaradi razširitev potrebujemo več delavcev.

V osnovi smo med. sestre vedno manj nagrajevane kakor drugi poklici na isti stopnji v družbenih službah in težko primerljivi z vrednotenjem dela s povsem administrativnim delom izven teh služb.

Dopolnilno delo in dežurstvo pa izčrpavata delavce v zdravstvu. Postavljata jih na raven »delovne sile« in jim jemljeta ustvarjalnost, ki ostaja brez pozitivne filozofije poklica.

Ali ni nobene možnosti za ureditev beneficiranega staža delavcev, v večini ženam, ki so vključene v nočno delo, izpostavljene infektom, nekontroliranim radiacijam in napornemu delu z bolniki?

Utemeljitev in razmišljanje. Organizatorji dela v bolnišnicah se srečujemo z vse večjimi problemi, kako organizirati delo pri negi bolnika, saj imamo vedno manj sester, ki bi želele delati na bolniških oddelkih.

Uspelo nam je, da smo v naših bolnišnicah uredili zelo drage enote za intenzivno nego bolnikov, nimamo pa dovolj sester za osnovno nego bolnikov na drugih oddelkih. Dogaja se celo, da v poletnih mesecih zapiramo posamezne enote. Prihaja tudi do velikega števila ur nadurnega dela, dežurstev in malo prostih dni, kar ni v skladu z našo zakonodajo, delo v bolnišnicah pa postaja vedno manj vabljivo.

Specifičnost dela v bolnišnicah je namreč v tem, da negujemo bolnika 24 ur na dan ter ob praznikih in nedeljah.

V Sloveniji smo posteljni fond precej povečali, vsaj v naši ustanovi, nobeden od idejnih načrtov pa ni vseboval načrta tudi za kadre. Brez tega ne vemo, kje se bodo izšolali potrebni delavci in koliko delavcev bomo potrebovali. Doseči moramo, da bo v bodočih projektih zajeto tudi izobraževanje in pa potrebe kadrov za razširjeni posteljni fond. Potreben nam je specifičen družbeni standard, ki bi ustrezal zdravstvenim delavcem in bi bil prilagojen delavniku med. sestre, saj jih je večina z družino in otroki. Očitajo nam, da vedno slabše negujemo bolnika, da smo manj humane, kljub temu da imamo na videz boljše materialne pogoje. Nad tem problemom se lahko zamislimo, ga analiziramo, ker to ni več samo naš problem, ampak problem skupnosti.

Dotaknila bi se še enega od pogojev dela, ki jih imajo med. sestre v bolnišnicah, tj. nočnega dela. Glede na podpisane mednarodne konvencije v bolnišnicah ne bomo mogli odpraviti nočnega dela, ker se rojevamo in umiramo tudi ponoči. Premisliti pa je treba o možnosti, da bi tem delavcem pričeli urejati beneficiran delovni staž.

PODROČJE DELA GLAVNE MEDICINSKE SESTRE V NOVIH OBLIKAH SAMOUPRAVNE ORGANIZIRANOSTI

Višja med. s. Marjana Dolenc, Zdravstvena šola, Maribor

Položaj, delno tudi funkcija glavnih med. sester določenih organizacijskih stopenj sta danes dokaj drugačna, kot sta bila v preteklih obdobjih in o katerih, razen prizadetih, ne razmišlja nihče.

Naši družbeni odnosi so v različnih obdobjih družbenoekonomskega razvoja doživljali velike spremembe, spremenjena samoupravna organiziranost delovnih organizacij nasploh, pa tudi na področju zdravstvenega varstva, razširjanje in poglobljanje samoupravljanja na vseh področjih družbenega življenja. Ob tem ne smemo pozabiti tudi dejstva, da imajo delovne organizacije ob novi organiziranosti največkrat samo ustanovni samoupravni akt, s katerim se registrirajo. Tako ostane veliko odprtih vprašanj, ki so pogosto vzrok sporov, predvsem na mejnih področjih dela. Prav tako so nerazčiščeni še odnosi med samoupravljanjem in vodenjem, konec koncev niti še ne znamo dobro samoupravljati, tudi neznanje in tradicija sta še močno prisotna. Delavci, ki so bili prej le strokovni delavci, so čez noč postali organizatorji in vodje.

Te spremembe so se pokazale tudi na vlogi glavne medicinske sestre, predvsem v okviru temeljne organizacije združenega dela in delovne organizacije. Glavna sestra delovne organizacije je v preteklih obdobjih na večjih področjih dela — ozko strokovnih pa tudi drugih — v okviru samoupravnih aktov, normativov in dogovorov vodila in odločala sama. V teh obdobjih so seveda poleg zdravstvenih delavcev delali le redki strokovnjaki drugih strokovnih področij (ekonomisti, pravniki). Današnje delovne organizacije pa imajo vse več ekonomistov, pravnikov, sociologov, varnostnikov, socialnih delavcev, inženirjev različnih področij, raznih referentov za različna področja, skratka — izpeljali smo delitev dela, opisali naloge in opravila, vendar se tega dela nismo lotili študijsko in ga obdelali do konca z vseh strani in ga med seboj povezali s pravilno usmerjanim informacijskim sistemom. Vsi smo pravzaprav usmerjeni k istemu cilju. V zdravstvu je dobilo svoj košček kruha veliko različnih strokovnjakov. Potrebni so in prav je, da so prišli. Današnja oblika samoupravne organiziranosti zahteva veliko visoko usposobljenih kadrov, ki so sposobni pripraviti take informacije za samoupravne odločitve, na podlagi katerih se bomo resnično približevali postavljenemu cilju.

Glede na to, da so se področja, na katerih je delovala tudi glavna sestra (delovne organizacije), specializirala in osamosvojila, je v novi organizacijski obliki dobro sodelovanje tem bolj potrebno in v obojestransko korist. Nega in oskrba bolnika je tesno povezana z drugimi delovnimi področji v zdravstvu in je zaradi tega ne moremo obravnavati izolirano. Glavna sestra delovne organizacije sodeluje kot teamski delavec v drugih strokovnih službah, usklajuje delo glavnih sester, usklajuje nego in oskrbo bolnika, in to tudi z drugimi službami, ki posredno skrbijo za bolnika, vodi strokovni kolegij kot posvetovalni organ KPO delovne organizacije, usklajuje mentorstvo in pripravništvo ter strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester in drugih delavcev s tega delovnega področja, sodeluje pri načrtovanju, rešuje pritožbe uporabnikov s področja, za katero odgovarja, pripravlja analize in usmerja znanstveno raziskovalno delo s področja nege in oskrbe. Nalog in opravil je še dovolj, vendar ni potrebno, da jih naštevamo vse.

Nerazumljivo je, da se ob vsem navedenem še vedno pojavlja vprašanje, ali je glavna sestra sploh potrebna. Kdor ne pozna organizacije dela v zdravstvu in vidi v tej sestri samo stopničko nezaželene hierarhije, brez dvoma lahko trdi, da je ne potrebujemo. Ta sestra danes ne pomeni »strašila za ne vem koga«, po čemer se je včasih odlikovala dobra glavna sestra. Glavna sestra mora biti danes oseba z najboljšim strokovnim znanjem, z organizacijskimi sposobnostmi, sposobnostmi za razvijanje socialističnih odnosov, na katero se obračamo z zaupanjem v vseh strokovnih pogledih, ki jih zastopa in predstavlja. V sociološkem pogledu gre za osebo, ki ima lastnosti dobrega vodje, imeti mora torej ustrezne karakterne lastnosti ter visoko strokovno znanje z medicinskega in organizacijskega področja. Potrebe po teh lastnostih se seveda širijo in ožijo glede na to, na kateri organizacijski stopnji deluje. Glavna medicinska sestra se v današnji organiziranosti zdravstvenega varstva pojavlja kot glavna sestra osnovne organizacijske celice v zdravstvu, to je delovne enote, glavna sestra TOZD ali službe in glavna sestra delovne organizacije. Naloge glavne sestre delovne enote bi v grobem lahko opredelili takole:

Vodi, organizira, usklajuje in nadzira delo vseh delavcev, ki opravljajo dela v zvezi z nego in oskrbo bolnika v delovni enoti. Skrbi za red, higieno in čistočo ter za redno in pravilno prehrano bolnikov. Skrbi za pravočasno naročanje, racionalno uporabo, pravilno hranjenje, evidenco zdravil ter izvajanje terapije po naročilu zdravnika. Skrbi za pravočasno naročanje in racionalno uporabo potrošnega materiala in drobnega inventarja na enoti. Sodeluje pri nabavi osnovnih sredstev. Skrbi za izvajanje ustreznega režima po hišnem dnevnem redu na enoti. Skrbi za zdravstveno vzgojo bolnikov, medicinskih sester in drugih delavcev ter za pravilne medsebojne odnose in odnose do bolnikov. Skrbi za dnevni, tedenski in mesečni razpored delavcev. Izvaja vsa strokovno-administrativna dela v zvezi z zgoraj navedenimi nalogami, uvaja nove metode dela in se vključuje v znanstveno-raziskovalno delo.

Naloge glavne sestre TOZD pa bi bile naslednje:

Povezuje, usklajuje dela s področja nege in oskrbe bolnika posameznih organizacijskih enot v okviru TOZD. Povezuje in usmerja delo glavnih medicinskih sester delovnih enot. Skrbi za enakomerno razporeditev kadrov po posameznih delovnih enotah, sodeluje s samoupravnimi organi pri izvajanju kadrovske politike. Skrbi v skladu z normativi za enakomerno in racionalno organizacijo dela. Vodi strokovni kolegij med. sester TOZD za določena strokovna vprašanja ali kot stalni posvetovalni organ KPO TOZD. Skrbi za enotno metodologijo dela in uvajanje novih metod dela na področju dejavnosti nege in oskrbe. Skrbi za uporabo enotnih delovnih pripomočkov. Sodeluje pri izvajanju pripravništva v okviru TOZD. Sodeluje pri načrtovanju v okviru TOZD, vključuje se v znanstveno-raziskovalno delo itd.

Opravila glavne sestre delovne organizacije smo že omenili. Če ima temeljna organizacija združenega dela manjše število delovnih enot, lahko funkcijo glavne sestre TOZD in glavne sestre ene delovne enote združimo. Če je TOZD zelo velika (določiti bi bilo treba neki normativ), pa ima ta sestra lahko še pomočnico. Prav tako bi bilo potrebno postaviti normativ za opravila glavne sestre delovne organizacije.

Naj navedem samo še razmišljanje, kolikšen prihranek v dinarjih pomeni zares potrebno in izbrano sredstvo za delo, opremo, pravilno ravnanje z aparaturami (in čas delovanja), pravilni postopki z zdravili, v okviru dejanskih potreb razpisana služba — racionalna organizacija dela itd.

Končno naj omenimo še tole: industrijske delovne organizacije imajo v procesu proizvodnje tudi mehanizme za kontrolo svojih proizvodov. Zato pa to, grobo rečeno, lahko primerjamo z zdravstvom. Zdravstvo je dejavnost širšega družbenega pomena. Zaradi tega mora biti nekakšna kontrola tudi v zdravstvu. Določene naloge s tega nadzornega področja opravljajo zdravstvene skupnosti in zavodi za socialno medicino in higieno. To, kar je kontrola v industriji, pa bi v zdravstvu moral biti nadzor nad posameznimi deli procesa pri izvajanju zdravstvenega varstva. Vsak vodstveni in vodilni delavec bi moral kritično nadzirati opravljanje delovnih nalog in opravil v procesih zdravstvenega varstva.

Ali je mogoče v republiškem merilu opredeliti vlogo glavnih medicinskih sester ob standardiziranih opisih delovnih nalog in opravil ter pogojev za opravljanje le-teh za vse zdravstvene delavce?

Utemeljitev in razmišljanje. Do razmišljanja o delovnem področju glavne medicinske sestre v novih oblikah samoupravne organiziranosti je privedlo dejstvo, da v praksi prihaja do preobrazbe zahtevnih opravil in nalog v smislu vse večje odgovornosti in potrebe po dodatnem znanju, ter občutek negotovosti, ki ga povzročajo mnenja nekaterih, da TOZD oziroma delovne organizacije ne potrebujemo glavne sestre. Naloge glavne medicinske sestre posegajo tako v področje zdravstva, kot ekonomike, prava, kadrovske politike, organizacije dela, zato so ji potrebna znanja na vseh teh področjih, da lahko deluje kot nekakšen most med strogo strokovnimi področji nege bolnika in drugimi strokovnimi področji v zdravstvu. Vse delo postaja teamsko, kar zahteva tudi primerno strokovno usposobljenost in zrelost človeka.

Morda je razvoj samoupravne organiziranosti prerasel naziv »glavna sestra« in bi ga kazalo ustrezno spremeniti. Povezovanje, usklajevanje nalog in opravil glavnih sester kakor tudi teh nalog z drugimi strokovnimi področji v zdravstvu je ob pravilnem lotevanju reševanja problemov utemeljeno in potrebno. Zdravstvo je dejavnost širšega družbenega pomena, zato organiziranje za izvajanje nalog in opravil obravnavanega področja ne more in ne sme biti prepuščeno improvizaciji in iznajdljivosti posameznika. Ker ta opravila velikokrat spodbujajo k raznim aktivnostim, so lahko pri posameznikih neželena. Predvsem sta nezaželena nadzor in kontrola, čeprav ju vsak dan bolj pogrešamo in sta potrebna ob vse večjem številu delovnih enot.

Nega bolnika in vse v zvezi z njo pa ostaja celovito delovno področje v sklopu službe zdravstvenega varstva.

PROBLEMATIKA PRIPRAVNISTVA

Višja med. s. Mira F i r m , Bolnišnica Koper

Ko analiziramo zakonodajo in druge predpise, ki urejajo pripravništvo in na drugi strani spremljamo potek pripravništva v praksi, ugotavljamo, da se v zdravstvenih delovnih organizacijah pojavljajo na tem področju številni problemi. Trdimo lahko, da gre za specifičen problem predvsem zato, ker je značilen za profil, tj. za medicinsko sestro in se kaže predvsem v tem, da pripravništvo ne poteka oziroma se ne izvaja vedno po vsebinsko zastavljenih okvirih in zato tudi ne daje pričakovanih rezultatov.

Specifična pa je problematika tudi zato, ker je ravno pri tem profilu povezana tudi z drugimi značilnimi pojavi, tj. s kadrovskimi normativi in dejansko kadrovsko zasedbo, fluktuacijo, absentizmom ipd. Vsekakor le okvirna trditev in ugotovitev, da pripravništvo v praksi ne poteka v skladu s predpisano zakonodajo in da so z njim povezane številne težave za našo razpravo, ne zadošča, zato se moramo vsaj z nekaterimi od številnih problemov seznaniti pogloblje.

Predvsem ugotavljamo, da je letno število medicinskih sester pripravnikov razmeroma visoko in da v posameznih organizacijah dosega od skupnega števila medicinskih sester v povprečju 10 %, ponekod pa celo nad 20 %, tako stanje pa je predvsem v razmerah, kjer je fluktuacija velika.

Delovne organizacije sprejemajo za prosta dela in naloge, kjer se zahteva že ustrezna usposobitev, tudi pripravnike. Večinoma zato, ker teh del ne morejo

opravljati s kadri, ki imajo pripravništvo že opravljeno, ampak so lahko zadovoljne, da kader sploh dobijo.

Nadalje ugotavljamo, da je vloga, ki jo imajo mentorji, dokaj različna.

V večini primerov mentor dejansko spremlja pripravnikovo delo, ga uvaja, nadzira, seznanja in preverja njegovo usposobljenost, niso pa izjemni tudi primeri, ko ima mentor zgolj formalen pomen, zlasti kadar mentorstvo v organizaciji nima s samoupravnimi akti urejenega statusa ali pa so stalni kadri preobremenjeni in jih je premalo, saj ta naloga pomeni dodatno obremenitev. Tudi pojavi premajhne zavzetosti do teh nalog niso izjemni.

V večini primerov traja v naših delovnih organizacijah pripravništvo za medicinske sestre 12 mesecev, pa tudi manj.

Ob krajšem pripravništvu gre za skrajšan postopek, ki intenzivira delo in vodenje. V praksi je ta oblika sprejeta kot izjemna, zlasti ob kadrovski stiski in ob pogoju, da se delavec posebno odlikuje in prizadeva, da čimprej osvoji praktično znanje in tako pridobi možnost za čimprejšnje samostojno delo, skratka, kadar se pripravnik izkaže ali pa pokaže ustrezno sposobnost in znanje.

Torej je lahko krajše le dejansko vodeno pripravništvo, vodenje pa je pomembno tudi zato, ker je praktični pouk zlasti v srednjih zdravstvenih šolah (10—12 ur tedensko) minimalen in je zato treba manjkajoče znanje med pripravništvom dopolniti. Do skrajšanega pripravništva se tudi v praksi pojavljajo načelna negativna stališča, češ da naj bo enotno, kot je šolanje in naj to ne bo oblika oziroma možnost za pokrivanje oziroma reševanje kronične kadrovske stiske v naših organizacijah združenega dela.

Zdravstvene organizacije bi morale s svojimi strokovnimi programi in načrti zagotoviti ustrezno kroženje, tako da pripravniki spoznajo in obvladajo vsa strokovna opravila. V praksi pa so prav pri tem načrtovanju in kroženju omejitve, ki jim botrujejo večje kadrovske težave, za katere lahko trdimo, da so zadnja leta čedalje večje. Ob pretežni zaposlitvi žensk in visokem procentu odsotnosti z dela (bolniški dopust, porodniški dopust, letni dopust, prosti dnevi) ter neizpolnjenih kadrovskih normativih ni mogoče zagotoviti, da bi pripravnik spoznal tudi dejavnosti izven sedeža lastne organizacije. Če npr. združuje delo na področju bolnišnice, mu ni mogoče zagotoviti, da bo med pripravništvom spoznal tudi patro-nažno dejavnost, dispanzersko metodo dela, naloge preventive idr. Omejitve zadevajo celo tudi samo delovno organizacijo, saj je pripravniku večinoma mogoče zagotoviti le kroženje v okviru lastnega oddelka oziroma temeljne organizacije združenega dela in ne more spoznati vseh služb in dejavnosti delovne organizacije.

Preizkusi praktičnega znanja se uresničujejo v večini zdravstvenih organizacij in se o njih vodi pismena dokumentacija bodisi sproti ali pa ob zaključku pripravniške dobe.

Ko se pa zaustavimo ob mejniku te dobe, seveda ne moremo prezreti dejstva, da nekatere organizacije, čeprav izjemno, nimajo v samoupravnih splošnih aktih določila o končnem roku za strokovni izpit kot ukrep za čimprejšnjo pridobitev strokovne samostojnosti in da je v teh primerih časovna priključitev k strokovnemu izpitu prepuščena pripravnikom samim.

V celotnem postopku in poteku pripravništva ne smemo zanemariti vprašanja, ki zadeva vsebino pripravnikovega dela. Ko se vprašamo, kako pripravnik opravlja naloge, potem ugotavljamo, da jih v mnogih primerih opravlja samo-

stojno. Velikokrat se ta samostojnost kaže pri manj zahtevnih opravilih potem, ko je bilo preverjeno znanje, v drugih primerih pa pripravnik opravlja, čeprav ob nadzorstvu, vse naloge iz sestrskega področja.

Take razmere so značilne in najbolj izrazite v tistih delovnih organizacijah, ki imajo veliko fluktuacijo in zato tudi stalno pomanjkanje kadra. Prevelika kadrovska insuficienca jih sili oziroma jim narekuje potrebo po čimprejšnji vključitvi vseh zdravstvenih delavcev v delovni proces.

Pomanjkanje kadra je najbolj izrazito pri sestrah s srednjo strokovno izobrazbo. Razlogi za to pomanjkanje načeloma presegajo predmet te naloge in jih moramo iskati v drugih okvirih, med katerimi so gotovo pomembni: sistem šolanja, število in struktura profilov, ki opravljajo naloge iz področja nege, beg iz poklica idr. Pomanjkanje pri tem kadru pa se v nekem delu pojavlja tudi zaradi večjih potreb kot posledica razvoja zdravstvene dejavnosti same.

Ker poteka delo ob bolniku v treh izmenah, ga je pogosto, zlasti v manjših enotah, mogoče organizirati le ob pogoju, da se tekoče naloge porazdelijo med vsemi fizično prisotnimi delavci.

Zaradi velike fluktuacije so torej pripravniki številni, torej veliko mladih sester, ki so zaradi delovnih potreb kar kmalu postavljene v delovno središče in morajo nekje prej nekje kasneje, vsekakor pred iztekom pripravniške dobe, opravljati delovne naloge samostojno. V pripravniški praksi imamo tudi primere, ki so sicer izjemni, ko se medicinske sestre upirajo nadzoru mentorjev pri opravljanju posegov, češ da so jih opravljalje že med šolanjem, ali pa ko pripravnik sam odkloni samostojno delo in se sklicuje na zakon, pa čeprav so mu bile naloge poverjene v sili razmer in ob nadzoru.

H gornjim navedbam gotovo sodi zaključek, pri čemer moramo potrditi predvsem dejstvo, da so zakonodaja in predpisi, ki urejajo pripravništvo, temeljiti, da pa praksa poteka neenotno in da v prenekaterih primerih ta vsebina tudi odstopa od zakonitih predpisov.

Da se v opisano stanje vnesejo nekatere pozitivne korekcije, bi morda lahko upoštevali in ob skupni razpravi osvojili nekatere sugestije in predloge.

— Ker zdravstvene delovne organizacije sprejemajo pripravnike pretežno na prosta dela v razvidu del in nalog, ki bi morale v bodoče potrebe po pripravnikih načrtovati z letnimi načrti in si tako zagotoviti ne le številčni sestav, ampak predvsem dodatna sredstva za te kadre.

— Ker se v praksi glede na vsebino in potek pripravništva pojavljajo med organizacijami tudi metodološke razlike, bi bilo primerno, da bi odslej vsaka ustanova bila pri tem načrtovanju bolj eksaktna in izdelala za posamezni profil pripravnika razpored dejansko možnega kroženja po oddelkih — enotah ter okvirni program specifičnih nalog in opravil za vse razporejene enote. Tak razpored in program bi moral biti izročen vsakemu pripravniku.

— Ker so v praksi naloge mentorstva praviloma dodatna obremenitev, bi jih kazalo opredeliti, kvantificirati ter urediti ustrezno nagrajevanje, predvsem pa bi bilo potrebno strokovno in pedagoško usposobiti kadre za to delo.

— Ker nastajajo v razmerah visoke fluktuacije, ko pripravniki še pred iztekom pripravniške dobe že samostojno opravljajo strokovne naloge, najbolj izraziti zakoniti odkloni, bi morali prav temu vprašanju posvetiti največ pozornosti.

— Ker je problematika kompleksna, bi sanacijo takega stanja verjetno lahko dosegli edinole z zadostnim in konstantnim dotokom kadrov, za kar so pa vsekakor potrebna predvsem širša razglabljanja in potem analize in ukrepi, ki bi posegali na različna področja, kot npr. v sistem šolanja, v vrsto in strukturo potrebnih profilov za naloge v zdravstvenem varstvu, v zdravstvene delovne organizacije same z analizami o fluktuaciji, absentizmu ipd.

Utemeljitev in razmišljanje. Ko govorimo o pripravnštvu, bi rada še obrazložila, zakaj je to na tem področju sploh problem in zakaj je ta problem specifičen povsod. Problem je v tem, ker vemo, da so predpisi, ki urejajo pripravnštvu, temeljiti, praksa pa se po svoji vsebini od tega oddaljuje, ker so pogoji (subjektivni in objektivni) dostikrat takšni, da se pojavlja vrsta zadržkov in problemov in delovna praksa največkrat ni tisto, kar predpisuje zakonodaja. Specifično pa je pripravnštvu zato, ker je to tipično za profil medicinske sestre.

Predvsem ugotavljamo, da je število pripravnikov v naših delovnih organizacijah veliko. To pomeni, da je od vsega števila kadrov za nego 9 0/0—20 0/0 pripravnikov, so pa tudi odkloni, ko je pripravnikov do 40 0/0 od vseh zaposlenih; so tudi primeri, ko pripravnikov v posamezni zdravstveni organizaciji sploh nimajo, ker tam fluktuacija ni velika, prosta mesta pa zasedajo kadri, ki so pripravnštvu opravili.

Dalje ugotavljamo, da delovne organizacije sprejemajo pripravnike tudi na tista dela, za katera se zahteva že določena usposobljenost za delo. Tel del namreč ne morejo izpolniti s kadri, ki izpolnjujejo pogoje, in so zadovoljni, da sploh dobijo pripravnike.

Ko naprej analiziramo probleme, ki se pojavljajo v zvezi s pripravnštvom, ugotavljamo, da je mentorstvo v naši praksi okrnjeno. Pogosto je mentor samo formalnega pomena, ker njegov status ni urejen s samoupravnimi akti, pogosto pa te naloge opravlja tudi kot dodatno nalogo poleg svojega rednega dela, kar tudi ne more dati zadovoljivih rezultatov. Pripravnštvu traja v zdravstvenih delovnih organizacijah večinoma 12 mesecev, nekatere organizacije pa uvajajo tudi krajši pripravniški staž. Mišljeno je, da bi bil skrajšan pripravniški staž le izjemen, kar pa pomeni tudi intenzivnejši postopek, ki je sprejemljiv le, če ga dejansko lahko vodimo in se je pripravnik posebno odlikoval pri delu — skratka, če je pokazal sposobnosti, da v krajšem obdobju opravi vse, kar je treba.

Naslednje vprašanje je vsebinski potek pripravništva. Vemo, da bi organizacije morale zagotoviti programe, po katerih bi pripravniki v tem času spoznali vsa delovna področja v določeni organizaciji in vsa varstvena področja zunaj ustanove. Žal pa v v praksi to ni mogoče zaradi večnega problema kadrovske stiske. Imamo zaposlene pretežno ženske in vemo, da je zaradi tega veliko odsotnosti z dela, pač zavoljo porodniških dopustov, prostih dni, letnih dopustov itd.

Nadaljnja ugotovitev je tudi, da se pri preverjanju pripravniškega znanja držimo enotnega načina. O tem se vodi tudi pismena dokumentacija; mnogo organizacij v svojih aktih tudi nima določenega roka za strokovni izpit.

Eden temeljnih problemov pripravništva je vsebina dela, ki ga opravlja pripravnik. Ugotavljamo, da v mnogih primerih že med pripravništvom delavec opravlja naloge samostojno. To je znana in pogostna resnica v mnogih organizacijah. Zaradi pomanjkanja kadrov je značilno, da pripravnika hitro vključijo v delovne procese. Delo poteka takoj v več turnusih in ga zlasti v manjših organizacijah pogosto ni mogoče organizirati drugače, ko da se vsi fizično razpoložljivi delavci vključijo v delovni raspored. Če imamo 40-odstotno pripravniško zasedbo nasproti kadrovskim normativom itd., je jasno, da bo tudi pripravnik takoj na začetku delal samostojno. Včasih je ta samostojnost zlasti v nočnem času, ko je prepuščen sam sebi, kar problematična.

Na koncu bi z nekaj predlogi spodbudila razpravo. Menim, da je treba zagotoviti, da v bodoče delovne organizacije ne bi več sprejemale pripravnikov na prosta dela in

naloge, ampak da bi potrebe po pripravnikih vključile v letne načrte, in to številčno in finančno.

Zato bi kazalo, da bi bile organizacije bolj dosledne, ko izdelujejo svoje načrte za pripravništvo. V teh načrtih naj bi določile tudi program nalog, ki jih mora pripravnik opraviti na posameznih delovnih področjih ali jih spoznati.

Ugotovili smo, da so naloge mentorstva okrnjene, zato bi jih bilo treba opredeliti in določiti, koliko je teh nalog. Za to delo bi morali urediti tudi ustrezno nagrajevanje. Mentor tudi ne more biti vsak z ustrezno šolsko kvalifikacijo. Za to delo je potrebna dodatna usposobitev — strokovna in pedagoška.

Najizrazitejši odklon v odnosu do zakonodaje je samostojno opravljanje delovnih nalog. To je kompleksen problem in ne samo pomanjkanje kadra, temveč vprašanje širšega značaja, ki ga ne moremo reševati enostransko. Treba je iskati vzroke v sistemu šolanja; razmisliti o profilih, ki jih potrebujemo ob bolniku, o problemih fluktuacije, absentizma, organizacije dela itd. Začeti je treba v sami delovni organizaciji in izhajati iz dejanskih potreb, ki jih narekuje delo, jih proučiti ter jih skladno reševati s skupnimi napori.

POVEZAVA SEDANJEGA SISTEMA VZGOJE IN IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER NA SREDNJI STOPNJI S PRAKSO IN NJENI PROBLEMI

Višja med. s. Levina H r i b e r n i k , Zdravstvena šola »Juga Polak«, Maribor

Zadnja reforma sedanjega šolanja medicinskih sester na srednji stopnji je bila leta 1960 in od tedaj je to popolna srednja šola, ki traja 4 leta. Glede na potrebe zdravstvene dejavnosti se učenke že s prvim letnikom usmerjajo bodisi v poklic medicinske sestre ambulantno-bolnišnične smeri, otroške smeri ali ginekološko-porodniške oziroma babiške smeri. Ker prihajajo učenke neposredno po uspešno zaključeni osemletki, je sprejemna starost 14 do 15 let.

Predmetnike predpisuje vsako leto Zavod za šolstvo SRS in izda tudi ustrezne učne načrte. Oboji so le začasni, saj so za pripravo stalnih predmetnikov in učnih načrtov potrebni potrjeni profili med. sester. Teh pa za zdaj še ni in obstajajo na šolah le bolj ali manj zastarani osnutki. Glede na to se predmetniki spreminjajo zelo pogosto in se menjajo tudi razmerja predpisanih učnih ur za vaje in za teorijo, znotraj teorije pa dalje med splošno izobraževalnimi predmeti in stroko.

Šola mora vzgojiti med. sestro, ki bo kvalitetno usposobljena za delo. Vendar mora srednja šola izpolniti tudi temeljni vzgojno-izobraževalni smoter, se pravi, oblikovati mora celovito svobodno osebnost z razvito samoupravljaljsko zavestjo, oskrbeti učenčevo moralno, intelektualno in kulturno rast in vzgojiti osebnost, ki bo pojmovala izobraževanje kot lastno potrebo ter bo razen tega pripravljena na splošni ljudski odpor in družbeno samozaščito.

Kako povezujemo šolanje medicinskih sester s prakso? Delo medicinske sestre je namenjeno človeku, to je negi bolnika v ožjem in širšem pomenu besede in zdravstvenovzgojni dejavnosti. Nege bolnika se lahko naučimo le z nego bolnika, zato vzgojno izobraževalni proces poleg strokovno teoretičnega pouka

nujno vključuje tudi vaje oziroma praktični pouk v zdravstvenih organizacijah in na terenu. S tem v zvezi izkoriščamo kvalificirano pomoč, ki nam jo lahko dajejo sodobno organizirane in opremljene zdravstvene organizacije s specializiranimi kadri. To je vsekakor najbolj neposredna oblika pouka in priprave na bodoče delovne naloge. Hkrati nam ta način dela omogoča, da uveljavljamo teorijo v praksi, ter zagotavlja, da bo vsako opravilo izvedeno pravilno in strokovno utemeljeno in nam hkrati pomaga, da smo z najnovejšimi dosežki v medicini tako na tekočem, kot je naše zdravstvo v celoti, obenem pa te vaje potekajo po pedagoških načelih in v skladu z učnimi načrti, jih organizirajo in vodijo z dodatnim pedagoškim izobraževanjem usposobljene višje medicinske sestre.

Ne bi bilo prav, če bi pozabili na vsa dolgoletna prizadevanja in uspehe zdravstvenih šol pri vzgoji in izobraževanju medicinskih sester, saj so uspehi našega zdravstva v veliki meri rezultat tudi iz dela naših diplomantk. Vendar se je ob sprotnem ugotavljanju, kaj je slabo, kaj dobro in kaj bi lahko bilo še boljše, izkristalizirala vrsta problemov, ki jih je treba rešiti v samem sistemu šolanja medicinskih sester. Najpomembnejši so:

1. Sporna vpisna starost učenk

Nekako navadili smo se, da učenke že v drugem letniku, to je v starosti 15 do 16 let soočamo z vsemi težavami, ki lahko doletijo bolnega ali poškodovanega.

Drugo vprašanje pa je, če so se na to navadile tudi vedno nove generacije z lastnimi težavami obremenjenih pubertetnic in kakšne so zanje psihološke posledice situacij, ki pretresajo celo zrele ljudi.

2. Prezgodnje opredeljevanje za poklic

Prezgodnje in neosveščeno opredeljevanje za poklic nam zdaj povzroča zelo velik osip in s tem veliko škodo. Tudi učenkam je prestopanje vedno zelo oteženo. Ker bi z usmerjenim izobraževanjem specializirano poglobljanje v poklic premaknili na višjo stopnjo, bi se rešil tudi ta problem.

3. Pouk strokovnih vsebin usmeriti bolj problemsko

Pouk na naših šolah je treba usmeriti bolj v delovne naloge in probleme, s katerimi se medicinska sestra srečuje pri dnevnem delu. V ta namen je sedanje število ur, namenjenih za praktični pouk in specialno nego, vsekakor preskromno. Na to kaže vsaka doslej izvedena anketa. Ker je teoretični program precej širši, se nam zdaj dogaja, da so učenke bolj pripravljene za nadaljnji študij, kakor za neposredno vključevanje v delo ob bolniku. Zato se po zaključnem izpitu v prenetljivo velikem številu takoj odločajo za vpis v višje in visoke šole.

4. Prenatrpani učni načrti

Ker ni jasno opredeljeno, kaj je dovolj in kaj odveč, so učni načrti prenatrpani z gradivom. Še tako dobra šola ne more dati vsega, zato je še kako dobrodošla zamisel postopnega šolanja, pripravništvo z mentorjem, premanentno izpopolnjevanje v ožji stroki ter širše možnosti za izobraževanje ob delu. Zlasti mentorstvu in permanentnemu izpopolnjevanju bi morali dati večji poudarek kakor doslej ter ga moralno in materialno stimulirati.

5. Vprašanje verificiranosti naših zaključnih spričeval

Ali ta spričevala pomenijo ali pa ne pomenijo zagotovila za določeno strokovno usposobljenost naših diplomantk? Če pomenijo, čemu potem razna pooblastila naših zdravnikov. Tu gre predvsem za apliciranje injekcij, infuzij ipd. Treba se je odločiti — če jih medicinska sestra ne sme dajati, to ne more veljati samo za dopoldanski čas, ampak za ves dan, in potem je injekcij ne bomo učili. Če pa jih sme, jo bomo pač naučili. V eni in drugih primerih pa so potem pooblastila odveč. Zdravnik sam kot terapevt pa se mora odločiti, katera zdravila bo apliciral sam, katera pa glede na učinke lahko naroči medicinski sestri.

Večina rešitev teh problemov je že nakazana v osnutkih programov usmerjenega izobraževanja za zdravstvo, ki so ta hip še v dodelavi. Če bomo te osnutke dobro pripravili, nato pa še uresničili, bo začetek praktičnega pouka na stresnih oddelkih mogoče premakniti najmanj za eno leto navzgor. Možno bo postopnejše opredeljevanje za poklic. Učenci bodo funkcionalno bolje pripravljene za poklic, s tem pa se bodo tudi razbremenili učni načrti in razjasnila delitev dela.

Vsekakor bi morali omogočiti, da se učenci že v desetem letu šolanja usposobijo za neki ozki profil, ki potrebuje le higienski minimum in konkretno znanje za pomoč v negi, nega v domovih ostarelih in na domu, delavka v zdraviliških kopališčih, maser, pomožni laborant ipd. Tudi na današnji srednji stopnji bi zadnje leto izbirni program po potrebah in interesih učenke pripravljaj razen za področje bolniške nege in dela v osnovni zdravstveni dejavnosti tudi za zobarsko asistentko, zdravstveno administratorko ipd. Višja šola za zdravstvene delavce ne bi smela več ponavljati programa srednjih šol, temveč bi morala graditi na znanju kandidatke, ki ga te iz srednje šole že prineso. Morala bi jih specializirano poglobljati v stroko za opravljanje samostojnih delovnih nalog na področju patronažne službe, zdravstvenovzgojnega in dispanzerskega dela, porodniško-ginekološke dejavnosti, operativne stroke, medicine dela itd. Bolj na široko se mora za sestre odpreti tudi pot do najvišjih stopenj izobraževanja, zlasti za potrebe organiziranja in načrtovanja zdravstvene dejavnosti ter šolstva.

Zdravstvene šole potrebujejo torej trden osnovni skelet strokovnega znanja, ki bi bil zanesljiva osnova za vključevanje v delo, razen tega pa bi omogočal dopolnjevanje izobrazbe in strokovno rast za opravljanje vseh tistih funkcij, ki jih potrebuje naše zdravstveno varstvo. V ta namen so jasna delitev dela, enotna doktrina dela, nomenklatura poklicev in zakonito izdelani in potrjeni profili zdravstvenih delavcev za naše šole življenjskega pomena, sicer v zdravstvu nikoli ne bomo mogli govoriti o ustrezno izobraženih delavcih.

Utemeljitev in razmišljanje. Navedla bi samo še nekaj problemov, ki so se izkristalizirali znotraj šolskega sistema in jih je treba rešiti.

Sedanja spodnja starost učenk, ki se vpišejo v srednjo šolo, je že na srednji stopnji specializirana in se že v drugem letniku — torej v starosti 16 let — srečajo z vsemi tistimi težavami in problemi, ki lahko doletijo bolnega ali poškodovanega človeka. Vprašanje je, kako nanje vplivajo ti vtisi in kakšen vpliv ima to na osip, ki je na naših šolah izredno velik — povprečno 1/4 vpisanih učenk. Učenke odhajajo že med šolanjem ali pa se kasneje vpisujejo na druge višje in visoke šole, npr. na višjo šolo za socialne delavce.

Pouk je treba usmeriti bolj problemsko, bolj v delovne naloge. Če želimo učenca usposobiti za delavca, bo treba več poudarka dati vajam oziroma praktičnemu pouku in mu do tega dela privzgojiti pozitivnejši pristop. Žal se pa v zadnjem času število ur praktičnega pouka nenehno krči na račun teorije.

Stalno nas muči tudi vprašanje verificiranosti naših učnih spričeval — ali ta pomenijo ali pa ne pomenijo zagotovila za določeno strokovno usposobljenost naših diplomantk. Če pomenijo, čemu so potem potrebna razna pooblastila zdravnikov?! Pri tem mislim impliciranje injekcij, vodstvo normalnega poroda ipd. Res bi se morali odločiti.

Treba je reči, da se na področju šolstva kažejo jasnejša obzorja. Šole težko čakamo usmerjeno izobraževanje. Res je večina rešitev teh problemov že nakazana v shemi usmerjenega izobraževanja za zdravstvene delavce. Po tej shemi bi omogočili učencem postopnejše opredeljevanje za poklic. Ta bi bil funkcionalneje oblikovan. Razširile bi se možnosti vključevanja v delo in vračanja nazaj v šolo. V 10. letu bi se učenci že usposobili za neki ozki profil. Na današnji srednji stopnji pa bi program dajal široko strokovno izobrazbo bodoče med. sestre oziroma bodočega med. tehnika za nego v bolnišnicah in za potrebe v osnovnem zdravstvenem varstvu. Drug program pa bi lahko pripravili za zdravstveno asistentko, zdravstveno administratorko ipd.

Višja šola bi izobraževala zdravstvenega terapevta in naj bi omogočila specializirano poglobljanje v stroko za opravljanje samostojnih delovnih nalog na področju organizacije dela na oddelkih v patronažni službi, ginekološko-porodniški dejavnosti, operativni stroki, medicini dela, psihiatriji itd.

Po tej shemi bi se bolj na široko odprla tudi pot do vrha izobraževalnih možnosti, zlasti za potrebe organiziranja zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega šolstva. Perspektive so torej dokaj ugodne. Če bomo osnutke dobro pripravili, nato pa še uresničili, bomo morda v zdravstvu le lahko pričeli govoriti o ustrezno izobraženih delavcih.

IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER

Višja med.s. Marija Miloradovič, republiški komite za zdravstveno varstvo

V svoji razpravi bi se želela dotakniti vprašanja izobraževanja medicinskih sester do visoke izobrazbe ter zaposlovanja medicinskih sester na odgovornejših delovnih mestih.

Ta problem je v naši strokovni organizaciji prisoten in o njem razpravljamo že vrsto let. Nanj smo opozorili že na problemski konferenci leta 1972, ker lahko trdimo da je cela vrsta del in nalog, v bolnišnični in osnovni zdravstveni dejavnosti, kjer bi medicinske sestre zaradi narave dela, zaradi dolžnosti in odgovornosti močno potrebovale več in bolj poglobljenega znanja, pa tudi primernejši status.

O organizaciji zdravstvene službe in raziskovalnem delu sliši medicinska sestra le malo ali nič, zato največkrat ostaja pri tem delu samouk in samorastnik. Mnoge države podpirajo in so osvojile stališče, da je tudi za medicinske sestre potrebno univerzitetno izobraževanje, ker je mnenje, da visokošolska izobrazba povečuje možnost za sistematičnejše in širše spoznanje in poglede na zdravstveno problematiko, sprejeto tudi za medicinsko sestro. Trdimo lahko, da mora dejavnost, ki so ji zaupane tako pomembne in odgovorne naloge, kot

je organizacija nege in oskrbe, imeti najsposobnejši vodilni kader, šolan na univerzitetni stopnji.

V naši republici problem izobraževanja med. sester na visoki stopnji še ni ustrežno urejen. Danes ima pri nas medicinska sestra možnost dopolniti svoje znanje na Visoki šoli za organizacijo dela Kranj — vmesna usmeritev za zdravstvene delavce, na Fakulteti za sociologijo — kadrovska smer in Visoki šoli za pedagogiko na Reki.

Ni več malo teh absolventk in diplomantk, ki so v nazivu medicinske sestre pridobile visokošolsko izobrazbo in bi v organizaciji nege in oskrbe varovanca, pri izobraževanju poklica med. sestre in znanstveno raziskovalnem delu lahko bile uspešne, ker so pripravljene sodelovati. Toda ta delovna področja se ne odpirajo, največkrat pa se tudi pridobljena fakultetna izobrazba niti ne prizna za odgovornejša dela.

Naj navedem primer: Po zakonu o srednjem šolstvu so lahko učitelji za strokovno teoretične predmete v srednji šoli tisti, ki so končali drugo stopnjo visokošolskega študija. Na vseh zdravstvenih šolah so učiteljice strokovnega predmeta nega bolnika višje med. sestre. Nekaj jih je že končalo študij na fakulteti za sociologijo ali visoki šoli za industrijsko pedagogiko na Reki v upanju, da jim bo pridobljena izobrazba za učitelja priznana. Toda po tolmačenju komiteja za vzgojo in izobraževanje se pridobljena fakultetna izobrazba za ta dela ne more priznati, ker omenjeni študij ne pogloblja strokovno teoretičnega znanja sestrskih predmetov oziroma za pouk predmeta o negi bolnika. Študija na drugi stopnji sestrške smeri pa v naši republici in niti v Jugoslaviji še nimamo.

Tako je zdravstvo v zadnjem kratkem času izgubilo kar 7 medicinskih sester, ki so si pridobile visoko izobrazbo in si našle ustrežno zaposlitev v šolah izven zdravstva in v kadrovskih službah.gospodarskih organizacij.

Ker bomo v kratkem času dobili več diplomantk Visoke šole za organizacijo dela v Kranju in da se ne bi ponavljal beg od dela na področju zdravstvenega varstva, bomo čimprej morali rešiti problem zaposlovanja medicinskih sester z visoko izobrazbo. V bolnišnicah, osnovnem zdravstvenem varstvu, zdravstvenih šolah, inštitutih in še kje so prav gotovo dela in naloge, kjer bi med. sestra z visoko izobrazbo bila lahko uspešno zaposlena.

Po zgledu drugih držav bi prav gotovo tudi pri nas morali poskrbeti, da si medicinske sestre pridobijo visoko izobrazbo in tudi dobijo ustrezna delovna mesta na področju zdravstvenega varstva in tako s pridobljenim znanjem prispevajo, da bo delo v zdravstvenih organizacijah boljše, hitrejše, smotrnejše in bolj analitično — raziskovalno.

Veliko je že bilo napisanega o izobraževanju in zaposlovanju med. sester z visoko izobrazbo v naši strokovni reviji »Zdravstveni obzornik«, zato ne bi širše obravnavala tega problema, pač pa bi za zaključek svoje razprave postavila le dve vprašanji:

1. Ali je obravnavani problem rešljiv samo v zdravstvenih organizacijah, kjer se po samoupravni poti pripravljajo splošni akti?

2. Ali bi bila kršena samouprava, če bi se za rešitev nakazanega problema poleg prizadevanja strokovne sestrške organizacije vključile s priporočili tudi ustrezne republiške strukture?

Utemeljitev in razmišljanje. O izobraževanju medicinske sestre na visokošolski stopnji je bilo že veliko napisanega, povedanega in v tezah nakazanega, zato lahko samo še ugotovimo, da problem še danes ni rešen tako, kot smo si to želeli v naši strokovni organizaciji. Problem smo osvetljevali predvsem skozi delo, ki ga med. sestre opravljajo na področju organizacije zdravstvene službe, za kar pa med. sestra niti na srednji niti na višji stopnji ni dovolj usposobljena in dejansko opravlja to delo samorastniško. Zato ji moramo omogočiti, da se za to delo usposobi na visokošolski stopnji in se enakovrno z drugimi vključi v organizacijo zdravstvene službe ter v raziskovalno delo.

Če izhajamo iz dejstva, da visokošolska izobrazba povečuje možnost načrtnjšega in širšega spoznanja in pogleda na določeno problematiko, bi prav gotovo morali to trditev sprejeti tudi za medicinsko sestro, zlasti še, ker so ji zaupane pomembne in odgovorne naloge v organizaciji in bi ji morali omogočiti izobraževanje na visoki stopnji.

V naši republiki ta problem ni ustrežno rešen. Danes si med. sestra lahko izpopolni znanje glede na njeno predhodno izobrazbo, tako da ostane v svojem poklicu, edino le na visoki šoli za organizacijo dela v Kranju, kjer je usmeritev za višje zdravstvene delavce, na fakulteti za sociologijo, politične vede in novinarstvo v kadrovske smeri ter na visoki šoli za pedagogiko na Reki. Zadovoljni lahko ugotavljamo, da že imamo nekaj absolventk in diplomantk z visokošolsko izobrazbo. V organizaciji nege in oskrbe varovanja, v izobraževalnem poklicu medicinske sestre ter v znanstveno-raziskovalnem delu bi lahko te delavke bile uspešne, vendar moramo ugotoviti, da se ta mesta ne odpirajo, dostikrat pa se tudi že pridobljena izobrazba na visokih šolah tem sestram ne prizna na tistih delovnih mestih, ki jih dejansko že zasedajo.

To trditev bi osvetlila s primerom, ko so si med. sestre, zaposlene na srednjih zdravstvenih šolah, pridobile visokošolsko izobrazbo, a se jim za ta dela in naloge ne prizna. Po tolmačenju komiteja za vzgojo in izobraževanje se takšen študij ne prizna za delovno mesto med. sestre — predavateljice, ker s tem študijem niso poglabljale poznavanja sestrskih predmetov, ki jih na šoli poučujejo. Vemo pa, da drugega študija za medicinske sestre na II. stopnji ni ne v Sloveniji in ne v Jugoslaviji. Zato je logičen beg iz našega poklica. Zadnji čas smo tako izgubili že sedem medicinskih sester z visokošolsko izobrazbo. Te sestre pa rade sprejemajo druge šole izven zdravstva, pa tudi gospodarske delovne organizacije v svojih kadrovskih službah.

V kratkem bomo dobili več diplomantk z visoke šole za organizacijo dela v Kranju. Da bi omejili beg od dela na področju zdravstvenega varstva, si je treba prizadevati, da se problem zaposlovanja sester z visoko izobrazbo reši na ustrezen način. Lahko trdimo, da je v bolnišnicah v osnovnem zdravstvenem varstvu, v zdravstvenih šolah, inštitutih in morda še kje, več delovnih mest, kjer bi bila medicinska sestra z visoko izobrazbo lahko zelo uspešna. Čeprav vemo, da bi ta problem najlažje reševali po samoupravni poti v samih zdravstvenih organizacijah, pa vidimo, da tam za zdaj še ni posluha za odpiranje teh del in nalog. Zato je treba, kot v drugih državah, poskrbeti ne samo za to, da bodo imele sestre možnost za šolanje na visoki stopnji, ampak tudi možnost za primerno zaposlitev v zdravstveni službi. Trdimo lahko, da bi z visokošolsko izobrazbo med. sestra lahko uspešno delovala v korist boljšemu delu našega zdravstva. To je gotovo problem širše družbene skupnosti, o katerem je treba razpravljati.

Majda Šlajmer - Japelj, predsednica zveze medicinskih sester Jugoslavije: Ne iz formalnih razlogov, ampak ker moramo dobiti možnost, da gradimo poklic iz svoje perspektive in ne iz gledanja drugih, zastopam stališče, da je sedaj čas in so dane možnosti, da dobimo visoko šolo za medicinske sestre, ki bodo nosilke preobrazbe našega poklica v najširšem pomenu besede.

1. Na raznih visokih šolah so si pridobile medicinske sestre in si še pridobivajo visokošolsko izobrazbo raznih strok, kar je za start naše vsoke šole zelo ugodno, ker bi pokrile vsa področja sestrške stroke kot učiteljice profesionalnih predmetov. Visoka šola za sestre je sicer interdisciplinarna veda, a če nosilci bazalnih strokovnih predmetov niso ljudje istega poklica, so izpolnjene sicer formalne zahteve, vsebinskih kvalitiet pa taka šola ne more dati. Celo v srednjih šolah odsotnost izrazito profesionalne miselnosti rojeva potrebam varovancev in zdravstvene službe neprimerne delavce. Vsak poklic ima pravico in dolžnost do lastne reprodukcije, zato se moramo odločiti ali je med. sestra samostojna profesija ali pa le vmesna stopnička na hierarhični lestvici zdravstvenih poklicev.

2. Medicinska fakulteta v Ljubljani ima statut, ki daje možnost za ustanovitev sestrške visoke šole, ki bi bila tudi nosilec ali vsaj pobudnik raziskovalnega dela medicinskih sester. Druge republike tega še nimajo. Nedopustno je, da zanemarjamo možnost, da bi se kot člani istega zdravstvenega teama izobraževali skupaj.

3. Veliko je delovnih mest, ki terjajo in upravičujejo najvišjo izobrazbo medicinskih sester, in sicer:

- na organizacijsko-kadrovskem področju,
- na pedagoškem področju,
- na mestu dela medicinske sestre — specialiste za posamezna strokovna področja.

Z organizacijsko-kadrovskega področja je mogoče posebej opredeliti: modeli, v katerih so se medicinske sestre do sedaj izobraževale na Visoki šoli v Kranju za organizacijsko-kadrovsko delo, izvirajo v glavnem iz industrije, kjer je to področje pač že razvito in se po njih zgleduje celo področje družbenih služb. Organizacija v zdravstvu pa ima svojo specifiko, katero lahko podajajo samo medicinske sestre, ki so si pridobile osnovno znanje sicer drugje, a bodo proučile sistem funkcioniranja zdravstvene službe in njenemu funkcioniranju prilagodile svoje delo tako, kot so to storile v drugih razvitih državah.

Za pedagoško področje utemeljum: izobrazba za pedagoško delo je tudi bila le informativna, saj je odsoten ves kompleks specifične pedagoške prakse, poučevanje in učenje z delom, kompleksno obravnavanje človekovih in človeških sistemov itd.

Področje medicinske sestre — specialiste je mogoče utemeljiti: medicinsko sestro — specializirano delavko imamo sicer že marsikje prisotno, a večinoma kot avtodidakta. Le psihiatrija, intenzivna nega, operacijske sobe imajo organizirano funkcionalno specializacijo, ki pa ni organizirana kot drugostopenjski študij, za področje, kjer bi to moralo biti organizirano.

Dominik dr. Komadina, Rep. komite za zdravstvo in socialno varstvo: Razpravljam v imenu republiškega komiteja za zdravstveno in socialno varstvo. Menimo, da je ta problemska konferenca in z njo vred številna odprta vprašanja, ki so prisotna na tem področju, zelo potrebna. Zavedamo se pa, da samo kritična analiza stanja in ustvarjalni predlogi, ki lahko privedejo k ustreznim rešitvam v dolgoročnem procesu preobrazbe naših družbenoekonomskih odnosov na področju zdravstvenega varstva,

prispevajo k odpravljanju vseh naštetih problemov. Odgovore na vprašanja bomo morali poiskati v praktični konfrontaciji med realnimi potrebami družbe in konkretnimi možnostmi združenega dela. Vsi namreč vemo, kaj je najboljše, pri tem pa moramo ostati tudi realni in se zavedati, kaj zmoremo.

Problematika, ki smo jo analizirali v dosedanji razpravi, žal le ni specifičnost poklica medicinske sestre, ampak v večji ali manjši meri problematika zdravstva v celoti. Zato se je treba lotiti razreševanja problemov iz širšega zornega kota, z vidika medsebojne pogojenosti in soodvisnosti, medsebojne vzajemnosti in prepletenosti problematike ter hkrati vzrokov in posledic takšnega stanja.

Živimo v času uresničevanja novih družbenoekonomskih odnosov, ki jih narekujejo ustava, zakon o združenem delu in druge pozitivne spremembe predpisov v naši družbi, ki pomenijo temeljno orientacijo za naše bodoče delo. Od tod izhaja, da se moramo orientirati k novim rešitvam in iskati najustreznejše rešitve. V tem konceptu je potrebno analizirati probleme med. sestre v združenem delu in najti optimalne rešitve, ki zagotavljajo pravo mesto in vlogo med. sestre v opravljanju nalog na področju zdravstvenega varstva.

Teze za razpravo so bolj ali manj izčrpno obravnavale najbolj aktualno problematiko na tem področju. Ugotovitve in predlogi dajejo jasnejši pregled situacije in možne poti za reševanje te problematike. Seveda pa je potrebno o vsem tem spregovoriti konkretno. Naš moto pa bi moral biti tudi v tem, kakšna je naša vloga v sistemu zdravstvenega varstva. Citiral bi, kot je v tezah povedala tovarišica Tekauc: »... prevladuje splošno mnenje, da se sestre odklikajo od nege, da so naši bolniki vedno manj negovani, slabše in manj humano obravnavani kljub boljšim materialnim...« dodal bi še »kadrovskim in drugim možnostim«. To pomeni, da je potrebno tudi iz tega zornega kota gledati na mesto in vlogo medicinske sestre, namreč na to, kako te probleme razreševati v konkretni praksi in tudi našo pozitivno zakonodajo, ki nam daje možnosti, da v konkretnih razmerah najdemo pravo mesto in vlogo sestre.

V tezah je povedano marsikaj, kar nakazuje pravilne rešitve in tudi malo manj optimalne poglede, ki v sedanjem odnosu skušajo pricepiti stare odnose in v tej hierarhiji dati tudi mesto in vlogo med. sestri. Ko gradimo nove sisteme družbenoekonomskih odnosov, moramo izhajati iz tega, da teh sistemov v celoti ne prilagajamo posameznim poklicem ali hierarhičnim odnosom tako, da na tej ali oni stopnji vrinemo ta ali oni poklic v sistem hierarhije, ampak da spreminjamo sistematično te odnose v celoti, in to v tem smislu, da v soodvisnosti, soodgovornosti, delitvi dela itd. najdemo pravo mesto in vlogo posameznega delavca. Mi zdravstveni delavci moramo pri tem izhajati v segmentu tega združenega dela in tega, da na uspešnost zdravstvenega varstva delujejo številni dejavniki. Med njimi so najpomembnejši: materialna sredstva, vzgoja in izobraževanje kadrov (tudi idejno vzgajanje v tem smislu, da se zavedamo svojih pravic in dolžnosti) in ne nazadnje tudi organiziranost tega zdravstvenega varstva. Pri tem ne mislim samo na formalno organiziranost, ampak na samoupravno organiziranost, strokovno organiziranost, delitev dela, teamsko delo, metode dela, doktrino in sploh cel kompleks, ki spada k temu.

V razpravi je bilo povedano, da se razhajata samoupravna organiziranost in organizacija delovnega procesa. Mislim, da se organiziranost ne more ločiti na samoupravno in strokovno organiziranost, ampak je med seboj prepletena in kompleksna. Pri tem tudi ne smemo izhajati iz hierarhičnih odnosov, ki se prenašajo na vsa področja dela in odločanja in pod hierarhičnimi odnosi potem tudi mešamo samoupravno in strokovno organiziranost. Pravimo, da bi strokovna organiziranost sicer lahko bila hierarhična, samoupravna pa naj bi to ne bila. Menim, da ima v sistemu enakopravnosti teamskega dela in medsebojnih odnosov — vsak delavec v združenem delu svoje jasno mesto in odgovornost in pri tem ne moremo ločiti problemov na strokovne in samoupravne.

Povedal bi še svoje mnenje o nekaterih stvareh, ki sem jih tu slišal:

Pravimo, da potrebujemo na vseh področjih različne profile delavcev. Ločimo administrativno delo od t. i. medicinskega dela ter iščemo različne pomoči oziroma pomožna dela v negi, pomožna dela v ambulantni, vodilna dela itd. Iz tega tudi izhaja, da — kot je v celotnem sistemu prisotna specializacija in subspecializacija ter super-specializacija — to pomeni beg od dela in beg od bolnika. Vsi hočemo dosegati višjo izobrazbo. Na ta način se odmikamo od naše osnovne obveznosti do človeka, zaradi katerega smo na tem delu. Prvo mesto med. sestre je pri bolniku, kjer mora tudi sestra najti svoje zadovoljstvo in doseči polno afirmacijo slehernega dela. Delo se ne deli na visoko, super visoko in nizko, ampak na kvalitetno, pošteno opravljeno delo na vseh ravneh ter nekvalitetno delo. Zaradi tega tudi te t. i. privlačne vodilne funkcije moramo gledati iz tega zornega kota, da je treba tudi to delo tako vrednotiti.

Nikomur ne bi želel delati krivice, vendar najbrž tudi področje glavne med. sestre (oz. če uporabim katerikoli drug izraz) mora dobiti svoje mesto in vlogo. Ni toliko bistveno vprašanje, ali bo med. sestra bolj ali manj glavna in ali se bo po sistemu hierarhije vrnila med zdravniške kadre ter bo v tem smislu ostala hierarhična samo veriga, ali pa bomo našli vlogo in mesto višje med. sestre samo v smislu delitve dela. Vprašanje je, ali bomo v novih družbenoekonomskih odnosih in v nagrajevanju po delu in rezultatih dela iskali t. i. glavno v hierarhiji, ali bo na horizontalni ravni v okviru teama našla svoje mesto taka organizatorica dela, kakršno bomo potrebovali. Rekel sem že, da je uspešno, racionalno in efektivno zdravstvo odvisno tudi od organizacije, ki jo je treba speljati do kraja ne samo na ravni delovne organizacije, ampak na ravni teamskega dela, ki ga je treba organizirati. Zato postavljam pod vprašaj to, ali bomo vedno imeli to klasično »glavno« sestro, ki skrbi in odgovarja za vse. Najbrž moramo to odgovornost razdeliti.

Okrog monovalentne, polivalentne itd. patronažne, ginekološke in druge službe ne bi izgubljal veliko časa. Razvoj je pokazal in dokazal, da potrebujemo v teamskem delu polivalentno patronažno sestro in da najbrž vračanje nazaj niti v zgodovini niti pri nas ni možno.

Glede problematike pripravništva je tovarišica Firmova jasno opredelila stvari. Dodal bi samo še to, da to na žalost ni zgolj problematika med. sester, ampak problematika vseh zdravstvenih delavcev. Res je, da je v zakonskih predpisih eno, v praksi pa je nasprotje tega. O kadrovski problematiki mislim podobno, kot ste povedale, da je potrebno programirati potrebe in spremljati zadeve. O tem doslej ne vodimo dosti skrbi. Skrbimo za investicije, za uvažanje najboljših ter najsodobnejših opreme, ne skrbimo pa za to, da bi z mnogo manjšimi sredstvi dosegli tudi usposobitev delavcev. Človek je tisti, ki lahko rešuje probleme. Nobena uvožena tehnika in tehnologija tega ne moreta nadomestiti.

Glede vprašanja izobraževanja med. sester so že dolgo dileme. Naša družba se glede tega vprašanja še ni opredelila. Mislim, da bi morali najprej temeljito analizirati dosedanji sistem šolanja in izobraževanja med. sester ter odpraviti dupliranje na tem področju, jasno postaviti koncept delitve dela in videti, ali in kje je potreba po kakšnem številu visoko ali najvišje izobraženih med. sester. Iz potreb po racionalnosti v tej družbi in iz potrebe po delitvi dela si je treba zastaviti jasno vprašanje, ali sploh potrebujemo visoko in najvišje izobražene medicinske sestre. Če ugotovimo, da jih potrebujemo, moramo odgovoriti na vprašanje, koliko teh sester potrebujemo, kdaj in kje jih bomo namestili, ter predvideti vse možne oblike izobraževanja. Če bomo težili samo za tem, da izobražujemo na najvišji stopnji, problemi, o katerih je bil danes govor (od pripravništva, načrtovanja, delitve dela do mesta in vloge med. sestre), pa ne bodo rešeni, potem ne bomo dosegli rezultatov.

Mesto in vloga diplomantk visoke šole za organizacijo dela: Naša zdravstvena dejavnost je potrebovala in potrebuje kadre, ki so usposobljeni za vodenje ustrezne organizacije za boljšo učinkovitost in racionalnost zdravstvenega varstva. Naše dosedanje izobraževanje na vseh ravneh od srednje medicinske, višje in visoke šole ni dajalo ustrezne podlage, niti ne razmišljanja v tej smeri. Vzgajali so nas in nas še vedno vzgajajo v tem smislu, da za bolnika dajemo najboljša zdravila in najboljšo možno opremo, pa tudi nego, ne pa da bi si prizadevali z omejenimi sredstvi doseči največje in najboljše rezultate. Visoka šola za organizacijo skuša vcepiti tudi te elemente, od posameznika in njegove odzivnosti pa je odvisno, kako bomo v konkretni praksi to uresničevali. Sama diploma ne daje nikomur niti pravice niti možnosti za to, da avtomatično zasede vodilno ali »najodgovornejše« mesto, ki je odvisno od našega znanja, ustvarjalnosti in usposobljenosti.

Okrog 70 % sredstev bi se uspešneje lahko uporabilo, če bi bila bolj usmerjena in racionalneje uporabljena (od delovnega časa, od porabe materiala na vseh ravneh). Na tem področju nas čaka še veliko dela, ker bodo sredstva vedno omejena.

Odgovorov na vsa vprašanja ne bomo mogli izčrpno dati brez konfrontacije drugih zdravstvenih delavcev, pa tudi ne brez konfrontacije med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev. Šele na podlagi takšne konfrontacije in družbene verifikacije naših stališč bomo lahko učinkoviteje in hitreje prihajali do cilja, ki nas vodi k temu.

Erna Š n u d e r l, Zveza sindikatov Slovenije: Dr. Komadina je široko družbeno-politično osvetlil problematiko sestre v združenem delu. Resno upam, da to ne bo ostalo samo na tej ravni, ker teh problemov ni mogoče razreševati izven združenega dela v zdravstvu. Vsa opažanja je treba verficirati v OZD, kjer delate, in tam pripraviti načrte za njihovo reševanje. V vaših delovnih sredinah med. sestra kot žena in delavka v sklopu vseh delavcev v združenem delu lahko najbolj ustrezno razrešuje to svojo problematiko.

Še glede problema, ki je bil danes večkrat podan, vendar nikoli takó, da bi na njem lahko gradili problemsko razpravo. Ta problematika bi morala izhajati iz družbene funkcije, zaradi katere pravzaprav imamo poklic med. sestre. To je pa izvajanje nege na vseh ravneh — od tiste nege na domu do najbolj zahtevne nege v medicinskih ustanovah. V vaših sredinah bi bilo potrebno evalvirati proces nege, videti, kaj ustreza, kaj je treba v zvezi z nego na posameznih ravneh znati in kako glede na opravila in delo na področju nege opredeliti v razvidu del in nalog. V tem razvidu bi morali opredeliti tudi, kakšne profile delavcev zahtevajo posamezna dela in naloge v zvezi z nego, kako je treba delavce izobraževati v sistemu usmerjenega izobraževanja itd. Danes je bilo dosti govora o pomoči pri negi, o laični negi itd. Tudi med. sestre z visoko šolo, k jim daje npr. neko znanje iz organizacije, imajo vlogo pri negi bolnika. Tako bi bilo treba gledati ta problem in se posebej posvetiti vprašanju, kaj je to organizator dela v zdravstvu s področja nege, ki jo opravljajo medicinske sestre s srednjo šolo in visoko izobražene medicinske sestre.

Slavko G r č a r, sekretar Zdravstvene skupnosti Slovenije: Najprej bi rad ugotovil, da je vrsta problemov, ki ste jih odprle s svojimi gradivi in s prispevki na tem posvetovanju, gotovo vredna vse pozornosti v nadaljnjem obravnavanju te in druge problematike. V naslovu današnjega posvetovanja ste se opredelile na širše posvetovanje o vlogi medicinske sestre, tj. v najširšem smislu besede.

Medicinske sestre so enakopravni in enakovredni sestavni del delavskega razreda Slovenije. Brez njih ni slovenskega zdravstva, torej so sestavni in enakovredni del združenega dela. S te osnovne pozicije kaže ponovno naglasiti misel, da se poglobitni problemi in odnosi, ki v zvezi s tem delom nastajajo v zdravstvenem združenem delu in v celotnem združenem delu, lahko uspešno rešujejo dejansko samo v okviru samo-

upravljanja v tem združenem delu. Tu je treba ponovno zelo jasno povedati, da so med. sestre enakopravne in enako vredne samoupravljalke v vseh sredinah, v katerih delujejo.

Zato mislim, da kaže podpreti vaše naglašanje tistih rešitev, ki so vpeti v celotni sistem združenega dela. Nočem trditi, da problemov ni. Navedle ste jih nekaj, jih je pa še veliko več. Niti ene dejavnosti v Sloveniji ni, ki bi za sebe trdila, da ima urejene razmere. Povsod dosledno trdimo, da je posamezna dejavnost najtežja, najbolj problematična, najbolj zapostavljena itd. To trdim zato, da ne bi mislile, da se drugi delavci v združenem delu počutijo v povsem urejenih razmerah.

Velikokrat se sklicujemo na zakon o združenem delu, pa ne upoštevamo dovolj, da je to nova družbena revolucija v pravem pomenu besede, revolucija, ki mora spremeniti svet našega združenega dela. V tem okviru vedno znova postavljamo na dnevni red oceno vsega, kar smo doslej zgradili, in to v tem smislu, da ugotavljamo, ali je to še dobro, ali to še ustreza našim novim družbenoekonomskim odnosom oziroma kje ne in zakaj ne, kaj je treba spremeniti, da bo to tako, kot hočemo imeti itd. To mora biti torej stalno v zavesti nas vseh.

Prvič imam priliko, da govorim med. sestram. Zato bi povedal svojo ugotovitev in tako je tudi mišljenje nas vseh v Zdravstveni skupnosti Slovenije in verjamem, da tudi v mnogih drugih organih in organizacijah. Med. sestre so dale doslej neprecenljiv prispevek k napredku našega zdravstvenega varstva, verjamemo, da bo to tudi v bodoče tako ali še boljše, zlasti v vseh tistih smereh, kot je bil danes govor in na kar sta posebej opozarjala tovariš dr. Komadina in tovarišica Šnuderlova. V novih razmerah imamo veliko boljše pogoje, da se delež med. sester še izboljša in še poveča. Kljub vsem težavam in problemom nam je vsem vsak dan boljše, vsak dan smo bogatejša družba, vsak dan imamo več in boljših izkušenj, v celoti vzeto gremo naprej v pozitivni smeri.

Vaše ugotovitve iz razprave sem primerjal s koncepti, ki jih imamo v načrtu za nadaljnje spreminjanje naših družbenoekonomskih odnosov. V pripravi je pomemben dokument z naslovom »Zakon o zdravstvenem varstvu«, ki ima za podlago drug pomembni dokument z naslovom »Zakon o skupnih osnovah svobodne menjave dela«. To sta dva izredno pomembna dokumenta za nadaljnji napredek našega izpopolnjevanja celotnega sistema itd. Ob tem je tudi vrsta priprav za samoupravne sporazume. V pripravi je samoupravni sporazum o delitvi dela in o organiziranosti zdravstva na Slovenskem, ki naj vse dosedanje pozitivne izkušnje strne v celoto in zagotovi, da se bomo dokopali do kompleksnejšega zdravstvenega varstva (ne tako razbitega, v plovce ograjenega, v monopole spremenjenega itd.) z njegovim izjemnim pomenom in poslanstvom — tu je človek, uporabnik tega zdravstvenega varstva, njemu služimo, zanj delamo, samo zaradi njega smo tukaj. Tu smo tudi zato, da bi bilo čim manj bolnikov. Zato moramo našo preventivno in drugo dejavnost tako razviti, da bi imeli po možnosti čimbolj prazne bolnišnice in čimbolj prazne ambulante. Takrat bo učinek dela zdravstvenih delavcev zares na višku.

Ta sporazum pomeni, da moramo marsikaj obstoječega spremeniti, dograditi in dopolniti. Na ta sporazum se navezuje poseben sporazum o kadrovski politiki. Znatni del te problematike, ki ste jo danes načenjale ve — mislim da z vso upravičenostjo — je zaobsežen v tem sporazumu. Podčrtujem tisto, kar je bilo morda malo premalo poudarjeno v vaših razmišljanjih — to je kadrovsko načrtovanje. Vsak ima pravico, da se izobražuje do najvišje stopnje. Vendar to ne reši stvari. Vedeti moramo, kakšne so naše družbene potrebe in celoten sistem izobraževanja vpeti v te potrebe. To je pravi cilj in smisel. Znotraj tega tudi posameznik lahko najde svojo potrditev in potrditev svoje usposobljenosti. Izven tega pa bodo vedno prerekanja in prepiri.

Poglavitna točka v kadrovskem načrtovanju je spet zdravstvena organizacija združenega dela, ki mora skupaj z uporabniki opredeljevati te potrebe zato, da bi lahko uspešno uresničevala cilje zdravstvenega varstva.

V tem sporazumu so predvidene tudi mnoge rešitve v zvezi s smotrnejšim razporejanjem zdravstvenih delavcev, zlasti v zvezi z deficitarnimi območji. Razen tega so tu številni pogledi v zvezi s štipendiranjem, pripravništvom, izobraževanjem ob delu, usposabljanjem ob delu itd.

Drug pomembni sklop teh vprašanj se mora začeti razreševati v okviru na novo se porajajoče samoupravne interesne skupnosti za usmerjeno izobraževanje na področju zdravstva. Tu morajo priti skupaj uporabniki, torej zdravstvene organizacije združenega dela in izvajalci, tj. pedagoški delavci in drugi, ki delujejo v zdravstvenem šolstvu. Tu se morajo razrešiti vprašanja profiliranja, stopenjskega študija, prirejenega delu itd. Tu je nesporazum. Tu bo vaš prispevek kot samoupravljalcev v zdravstvu zelo pomemben. Usmerjeno izobraževanje bo končno tako, kakršnega si bomo s skupnimi močmi naredili sami, saj nam ga nihče izven nas samih ne more razrešiti bolje kakor mi sami, upoštevajoč naše skupne družbene usmeritve. Ta prizadevanja gredo proti koncu. Imamo že osnovne koncepte, kmalu bomo prišli do prvih osnutkov samoupravnih sporazumov, ki naj podrobneje opredelijo ta področja. Vse te procese, postopke in ukrepe bomo lahko speljali tako, da bi samoupravne interesne skupnosti zaživele v začetku leta 1980. Gre za celotni sistem izobraževanja na tem področju od temeljev do najvišjega vrha. Tu se je treba pogovarjati tako, kot je prav.

Razen teh samoupravnih sporazumov in drugih dokumentov bi rad omenil samo še to, da se zdaj vendarle približujemo razmeram, v katerih bo tudi sodobna menjava dela začela živeti na nekoliko solidnejših osnovah, kot smo bili temu priča v preteklem času. Smo v veliki akciji po vsej Sloveniji, da bi za leto 1979 bilo to bolj solidno izpeljano.

Opozarjam pa na to zato, ker so samoupravni sporazumi o svobodni menjavi dela poglavitno sredstvo, s katerim lahko v znatni meri uresničujemo interese, ki so upravičeno oblikovani na področju zdravstvenega varstva na načelu, da je treba delo pošteno vrednotiti, da je delavcem v zdravstvu treba zagotoviti enakovreden in enakopraven družbenoekonomski položaj, pri čemer ne mislimo samo na osebni dohodek, ampak na celotni splet samoupravnih pravic, hkrati pa tudi na celoto samoupravnih obveznosti in samoupravnih odgovornosti, ker se nihče ne more obnašati kot posameznik, ki je sam sebi namen, ampak kot sestavni del celotnega združenega dela in služiti vsem tem skupno dogovorjenim interesom dela, zaradi katerega smo vsak na svojem mestu.

Prav bo, če boste med. sestre kot samoupravljalke v zdravstvu, tudi glede teh sporazumov zelo pozorne. Tudi v tem okviru ugotavljajte, ali je to tisto, kar vam služi, in ne pustite, da se ti sporazumi razpravljajo samo v ozkem krogu vodstvenih delavcev v vaši delovni organizaciji (morda celo ne v temeljni organizaciji), ker je to neodtujljiva samoupravna pravica zdravstvenih delavcev v njihovih temeljnih organizacijah združenega dela, znotraj tega pa tudi neodtujljiva pravica vas med. sester.

Vesel sem, da sem vam to lahko povedal, saj bom srečen, če bo nadaljnji razvoj potrdil, da ste med. sestre integralni sestavni del tega celotnega in posebej zdravstvenega združenega dela z vsemi enakovrednimi in enakopravnimi pravicami, ki vam gredo iz tega naslova. Moram reči, da društvo med. sester ni edino mesto, kjer se o tem pogovarjate. Morale bi si biti na jasnem, da je poglavitna družbenopolitična organizacija, v kateri se morate angažirati in pogovarjati o teh družbenoekonomskih odnosih, sindikalna organizacija. Ona je tista, kjer se je treba pogovarjati o teh problemih. Tudi sestrsko društvo bo še naprej zelo koristno v skupnih naporih in današnji posvet je gotovo eden od teh naporov.

Joža Tomšič, Zdravstvena šola Maribor: Ne bom govorila samo v svojem imenu; o problemski konferenci smo namreč veliko razpravljali v naših delovnih organizacijah, zato želim dobiti na tem posvetu odgovor na posamezna vprašanja. Tako npr. bi želela odgovor, kdaj bo izvršena sprememba v sistemu usmerjenega izobraževanja.

Zdaj so operacijske sobe zasedene z najrazličnejšimi profili medicinskih sester. Delo operacijske med. sestre je zelo odgovorno, zato želim centralizirati to službo, spremeniti delo v turnuse (kar je cenejše in bolj sprejemljivo od stalnega nadurnega dela), zagotoviti želimo proste dneve po dežurstvih, in pa zagotoviti zadostno število operacijskih sester, da se zaradi pomanjkanja med. sester ne bi odlagale operacije. Za operacijsko sestro se zahteva višješolska izobrazba, ki pa je v bistvu dupliranje srednje izobrazbe in ne specializacija za to delo. Če tako sestro sprejmemo za ta dela, ne dobimo specializiranega zdravstvenega delavca, ampak je priučena za tisto delovno področje, kamor slučajno pride. Ko govorimo o turnusih in centralizaciji te službe za celotno bolnišnico, moramo vedeti, da sestra ne more delati v dežurstvu, če je npr. izobražena samo v ginekologiji, ponoči pa naj bi prisostvovala travmatološkim operacijam itd.

Želim vedeti, kdaj in kaj bo na tem področju storjenega. Imamo podiplomski študij za operacijske sestre, ki pa ni pogoj za opravljanje teh del. Večkrat pride do nesoglasij med med. sestrami ravno zaradi tega, saj je delo teamsko. V nekaterih bolnišnicah je to sicer urejeno, npr. v mariborski, kjer morajo imeti vse sestre, ki delajo v operacijskem bloku, še ta dodatni študij. Na sestankih sekcije operacijskih med. sester so pogostna taka vprašanja, na katera ne vemo odgovoriti. Prosim za pojasnilo.

Zdenka Kaplan, Bolnišnica Novo mesto: Slišali smo, da naše iskanje zdravstvenih administratorjev in pomožnih delavcev pri negi bolnika, pomeni beg od dela. Če se med. sestri nalaga preveč administrativnih del, celo pobiranje participacije itd., se sestra oddaljuje od svojega strokovnega dela. Administrativno delo je lažje od dela ob bolniku in se opravlja pretežno v dopoldanskem času, zato je za med. sestro tudi bolj vabljivo in že veliko sester je odšlo iz bolnišnic na taka delovna mesta.

Delam v bolnišnici, poznam problem naše bolnišnice, kjer je kadrovski primanjkljaj ogromen. Tudi izvajanje zakona o združenem delu s tem kadrom ni možno.

Strinjam se s priporočilom, da naj probleme rešujemo doma v svojih delovnih organizacijah. Marsikaterega od problemov, o katerih govorimo, pa bi težko rešili doma v svoji ustanovi, ker so še marsikje stara mišljenja v odnosu do med. sester in njihovega dela. Zato tudi želja in potreba, da imamo glavne sestre in sestre z visoko izobrazbo, ker bomo le tako lažje reševali problematiko poklicnega dela med. sester.

Slišimo očitke, da se sestre premalo vključujemo v družbenopolitično delo, ker premalo sodelujemo, smo tudi slabše seznanjene s spremembami itd. Ker marsičesa ne vemo, tudi marsikdaj sprejemamo različne akte in sporazume, ki jih nismo dobro pregledale, kasneje pa ugotovimo, da bi bilo bolje, če bi si za to vzele več časa. Prepričana sem, da bi se tudi na družbenopolitičnem področju med. sestre lažje udeleževale, če bi se več napravilo za splošni družbeni standard medicinskih sester. Dobro pa vemo, da se npr. stanovanja, ki so razpoložljiva, hranijo za strokovnjake, sestre pa dobijo, če kaj ostane. Z gradnjo stanovanj bi bolnišnice dobile veliko več sester, kar bi prispevalo k uresničevanju zakona o združenem delu, odpravile bi se nadure, dežurstva idr.

Pereč problem je tudi ureditev varstva otrok med. sester. Organizirano je samo dopoldne, če sploh je, v zdravstvu pa se dela dopoldne, popoldne, v nedeljo in ob praz-

nikih. Tudi delovni pogoji niso povsod urejeni. Ne nazadnje je treba tudi preučiti pravilnost nagrajevanja, še posebno za delo v turnusih.

Marija Horvat, Ptuj: Sestre na sestankih vedno ugotavljamo probleme v zdravstvu in v največji možni meri skušamo vplivati na dobro zdravstveno varstvo, predvsem pa na dobro počutje bolnikov v zdravstvenih ustanovah ter za njihovo boljše oskrbo. Pri tem ugotavljamo, da je v naših zdravstvenih delovnih organizacijah marsikaj narobe in da nam posamezniki kreirajo zdravstveno varstvo. Veliko nas je sester v praksi, pa nimamo dovolj vpliva na stvari, ki naj bi se reševale.

Pri nas v Ptujju društvo med. sester ostaja vedno samo, zaprto v svoje probleme. Na sestanke področnih društev vabimo vedno tudi zdravnike in druge predstavnike družbenopolitičnih organizacij, vodstva zdravstvenih zavodov itd., pa ostajamo osamljene pri reševanju svojih problemov.

Mira Firm: Vrsta problemov, ki smo jih danes poudarjali, izhaja prav iz bolnikovega neposrednega okolja.

Nega je pomemben sestavni del zdravljenja. Naloga nege sodi v domeno med. sestre, ki je glavni nosilec tega dela. S problemi, ki smo jih danes nakazali, želimo dati prispevek k njihovi čimprejšnji ureditvi, da bo naše delo uspešno. Spregovoriti moramo tudi o tem, katere profile delavcev potrebujemo ob negi in za druga področja in kakšna naj bo izobrazba teh profilov in ali je potrebna specializacija. Ni pomembna samo struktura profilov delavcev, ampak tudi delitev nalog in dela. V imenu mnogih kolegic lahko rečem, da me moti, da kršimo zakon tu, konkretno v primeru pripravnikov.

Slavko Grčar: Glede medsebojnih odnosov bi povzel besede tovariša Tita, ki je rekel, da morajo biti delavci enakovredni v vseh pogledih, pa se v praksi ni spremenilo nič. Načelno vsi pristajajo na to, da so med. sestre enakopravne. Drugo pa so okostenele navade, odnosi, ki so bili oblikovani pred več leti in se prenašajo v nove odnose. Ne gre samo za navedene odnose, ampak tudi za mnoge druge stvari. Zato je treba pričeti s konkretnim razreševanjem v vsakodnevni praksi. Seveda pa mislim, da se lahko vodi reševanje tudi na višji ravni. Prvenstveno pa je delo v osnovni organizaciji sindikata, v občinski organizaciji sindikatov in prek njih do republike. Izkoriščajte te možnosti bolj kakor doslej. Tudi v interesnih skupnostih je najbrž še premalo izkoriščenih možnosti. Zdravstvena skupnost Slovenije je odprta za vse tokove in se vsak dan spopadamo s temi problemi z željo, da bi bilo vse boljše. Seveda pa vse ni preprosto izvedljivo.

Društva medicinskih sester na terenu in z njimi vred tudi slovensko društvo bi lahko nastopilo s temi problemi in predlagalo, da damo to na dnevni red v posameznih organih in organizacijah združenega dela.

Tudi glede osebnih dohodkov marsikaj ni v redu. Glede pripravnštva je treba — ne enkrat — opozoriti ustrezne organe. Ne bi se mi zdelo čudno, če bi od vaše zveze kdaj dobili npr. spomenico, da je v določeni stvari poseben problem, zato predlagajte take in take rešitve. Če bi nam razložile natančno, v čem je problem, bi se še hitreje lotili reševanja.

V občinah imate še občinske komiteje ZK, občinske konference SZDL, zdravstvene skupnosti itd. Nikjer na svetu ni toliko možnosti za urejanje problemov, kot v naši socialistični ureditvi, le da možnih poti ne znamo izkoristiti.

Silva Vuga: Ne strinjam se povsem z določenimi navedbami predgovornikov. Imam občutek, kot da gradiva niso dodobra predelana, čeprav bi to pričakovali v odnosu do tega tehtnega prispevka.

Zavedati se moramo, da med. sestre prihajamo iz združenega dela in da vse v združenem delu na prvi fronti vodimo bitko za reševanje problemov. Naše sestre niso pasivne, ampak so maksimalno angažirane in bi bilo napačno razumeti to problematiko kot problematiko med. sester v združenem delu, temveč je treba to vzeti za problematiko združenega dela v okviru zdravstvenega varstva.

Besede, ki smo jih slišale: sestre ste enakopravne v samoupravljanju in dogovarjanju. Tega v praksi ne doživljamo tako, zato tudi ne uspevamo, kot bi morale. Sestre pričakujemo to, kar je rekel tovariš Grčar: ... ne samo, da se združujemo v združenem delu in se aktivno vključujemo v razreševanje problematike doma, ampak vključujemo se tudi prek Zveze v javno razpravo, ker se tako čutimo povezane in ker tako ne morejo spregledati naše udeležbe. Zato se posebej zahvaljujem za te besede. To se pa vsem ne zdi tako samo po sebi umevno. Med. sestre smo dolgo časa potrebovale, da smo poklicane tudi nastopati v javni razpravi, in to enotno. V smislu tega pojasnila nas današnji zbor ne more razočarati.

Erna Šnuderl: Ne bom se spuščala v oceno društvenega delovanja, ker je to opredeljeno z ustavo in zakonom o delovanju društev, tudi teze sem dobro prebrala. Kar sem govorila o delih in opravilih na področju nege, sem govorila z namenom, da bi ta dela in opravila v razvidu del in nalog opredelile medicinske sestre same. Obdelati bi morale vso to stopnjevitost, ker se na to veže tudi usmerjeno izobraževanje. To bo vaš konkreten prispevek h graditvi sistema usmerjenega izobraževanja. To pa delajte prek društva in tudi prek sindikata.

Današnja razprava bi bila lahko akcijski napotek tudi za delo osnovnih organizacij sindikata. Stvari rešujte tam, v konfrontaciji z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci. V tem smislu sem dala napotek — nazaj v združeno delo!

Marija Miloradovič: V društvu delam kot član ali kot predsednica več kot 20 let. Tudi sedaj, ko delam na Rep. komiteju za zdravstvo in socialno varstvo, tesno sodelujem z društveno organizacijo. Kot medicinska sestra lahko rečem, da je res veliko problemov, so pa med. sestre izredno aktivne pri njihovem reševanju, tako v svojih organizacijah kakor v samoupravnih interesnih skupnostih in drugod. Kolikor sem imela možnost, sem se tudi doslej oglašala v Zdravstveni skupnosti v zvezi z reševanjem problemov, ki jih imajo medicinske sestre. Vendar so težave, da bo medicinska sestra priznana in sprejeta kot enakopraven član strokovnega teama v zdravstveni organizaciji s tisto usposobljenostjo, ki nam jo je dala šola.

Situacija je taka, da medicinska sestra ponekod sploh nima možnosti sodelovati na strokovnem kolegiju. Skoraj pregrešno je misliti, da bi lahko sedela tam tudi med. sestra, čeprav bi imela tam dosti povedati. Če bomo prebili to pregrado, bomo marsikaj rešili. Zato se prizadevamo za uveljavitev glavne sestre, ker ima edina dostop na strokovne kolegije in zakaj hočemo visoko izobrazbo — zato, da nas bodo sprejemali, ko se pogovarjamo o izboljšanju zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Gre za preobrazbo in bo potrebno še nekaj časa, da te stvari privedemo tja, kamor želimo. Na področju usmerjenega izobraževanja gre za velike premike, ker tega ne delamo samo za področje zdravstvenega varstva, ampak za vse stroke. Ne gre samo za reformo, ampak za nekaj več. Stvari moramo reševati s strpnostjo. In prav je, da stvari rešujemo tako počasi, da ne pridemo v enake pogoje kot druge republike, ki so prehitro osvojile spremembe in se danes že sprašujejo, kako naj stvari izpeljejo do konca.

Mislim, da bi Zveza društev med. sester s pomočjo Zdravstvene skupnosti Slovenije, ki dotira tudi naše društvo (čeprav v manjšem obsegu), morala najti sredstva tudi za to, da bi razpravo z današnjega posvetovanja poslali vsem, ki bi lahko in bi morali prispevati k izboljšanju stanja na tem področju. Morda bi bilo prav predlagati

tudi to, da bi Rep. zdravstvena skupnost ob priliki spregovorila o teh problemih, ker to niso samo problemi med. sester, ampak problemi zdravstvenega varstva sploh.

Slavko Grčar: Priprave za sporazum o ustanovitvi izobraževalne skupnosti za področje zdravstva so v taki fazi, da bodo lahko morda že do konca leta vsi dejavniki v republiki šli na širše posvetovanje. Računamo, da bi lahko v letu 1979 opravili vse potrebne priprave, vključno z vsemi razpravami, ki bodo odgovorile na pretežni del vprašanj, zastavljenih v zvezi z izobraževanjem. V začetku leta 1980 bi samoupravna interesna skupnost za usmerjeno izobraževanje že zaživela. Torej je do tega še eno leto.

Ugotovitve, ki so v teh tezah in v današnji razpravi, so v znatni meri zaobsežene v pripravljajočih se sistemskih rešitvah. Posamezne stvari, ki udarjajo na dan, bomo pojasnili na razpravah in videli, kaj je morda treba postaviti drugače. Tale napor za današnji posvet gotovo ni odveč. Za nas, ki imamo nalogo, da sodelujemo pri vsem tem, kar naj bi bilo za najširšo razpravo, je dober spominski pripomoček, ki kaže na to, ali so navedeni problemi ustrezno zajeti, na ustrezen način razrešeni ali pa je še kaj takega, kar manjka, in bi bilo treba dodati. V tem pogledu greste lahko z današnjega posveta z optimizmom in ne s slabimi občutki.

Poudaril bi ponovno, da smo se vsi skupaj zavedali, da je to samo delček celovitega položaja medicinske sestre v celovitem združenem delu in da poglavitno mesto za razreševanje posameznih problemov ni več v nekih sistemskih rešitvah. Še tako dobro zapisane stvari v zakonih in drugih aktih niso nič vredne, če ne bodo zaživele v konkretnih medljudskih odnosih v delovnih kolektivih. Zato pa je potrebna tudi vaša pozornost ob sporazumih, ki urejajo družbenoekonomske odnose posamezne temeljne ali delovne organizacije zdravstva nasproti uporabnikom v okviru sporazuma o svobodni menjavi dela. V tem okviru so rešena skoraj vsa vprašanja, s katerimi se srečujete v svojem samoupravljanju. Tudi družbenoekonomska in materialna podlaga se ustvarja s temi samoupravnimi sporazumi.

Družbenoekonomski položaj delavca v zdravstvu je v znatni meri odvisen od razreševanja tega vprašanja.

Problem delovnega časa je prav gotovo tudi bistveni problem. V tej zvezi je dosti razprav in iskanj najbolj ustreznih rešitev. Tu se zavezuje sindikat in nekateri drugi organi in organizacije. S sporazumi o menjavi za leto 1979 se bomo prav tako morali opredeliti za osnovne časovne dimenzije našega dela. Stvari so po mojem mnenju na dobri poti, zato nam bo s skupnimi prizadevanji marsikaj uspelo, vse pa nikdar, ker idealnih situacij nimamo in jih ne bomo imeli.

Predlagam še sledeče: Tudi Zveza društev medicinskih sester Slovenije naj bi se posebej vključila v razpravo o samoupravnem sporazumu o kadrovske politiki in o samoupravnem sporazumu o usmerjenem izobraževanju. V tej razpravi precenite, ali se predlagane rešitve skladajo s tistim, kar ve ocenjujete kot pravilno oziroma boste tudi same ugotovile pri določenih stvareh, da vaše dosedanje mišljenje ni pravilno in da se je treba prilagoditi novim odnosom ter je zato treba iskati tudi nekatere rešitve, ki nimajo nobene podobnosti s preteklo ureditvijo. Če ne bomo iskali tudi novih rešitev, ne bomo mogli uresničiti vseh interesov, ki jih imamo v naši samoupravni družbi.

Dr. Dominik Komadina: Razprava nas je obogatila s spoznanjem, da je probleme treba reševati v okolju, kjer nastajajo, in to z aktivnim delom,

Naslov današnjega posvetovanja »medicinska sestra v združenem delu« pomeni, da so enakopravni odnosi zagotovljeni že po ustavi in zakonu o združenem delu in da delo medicinske sestre še daleč ni samaritanstvo, pomožno ali drugorazredno delo. Zdravstveni delavci se nasploh ne morejo deliti na delavce prve in druge vrste. V hierarhiji, ki posameznikom daje neutemeljene pravice, da vodijo in odločajo v imenu

drugih, pa prihaja do pojava, da 5 % delavcev odloča še v imenu ostalih 95 %. S tem je treba prekiniti. K temu pa morate prispevati ve same, nihče drug namesto vas ne more razrešiti tega vprašanja.

V razpravi je bilo rečeno, da bi potrebovali novih administrativnih moči in pa pomoč pri negi. Mi pa delavcev ne delimo na strokovne in nestrokovne delavce oz. na strokovno in nestrokovno ter administrativno delo. Ločimo samo koristno in nekoristno delo, potrebno in nepotrebno delo, dobro in slabo delo. T. i. administracija je sestavni del strokovnega dela, ki ga lahko opravlja strokovno usposobljen delavec. Tudi na področju nege ne razlikujemo pomožnih in nepomožnih del, ampak le intenzivno in manj intenzivno nego. Zavzeti se moramo za racionalna opravila, ki so potrebna, in odpraviti vse, kar je nepotrebna — in tega je veliko.

V usmerjenem izobraževanju teče proces, ki ga ni mogoče izvršiti čez noč. Pripravljajo se izhodišča. V začetku prihodnjega meseca bo posvetovanje glede profilov, usmeritev itd. Uresničevanje usmerjenega izobraževanja pa se bo začelo šele leta 1980. Opredeliti pa se morajo tako, kot izhajajo iz potreb konkretnega dela na tem področju.

Razlike med zakonodajo in prakso v pogledu pripravnštva res obstajajo in je treba iti v akcijo, da se le-te odpravijo. Ni nobenega razloga, da se ne bi izvajalo pripravnštvo vseh profesionalnih delavcev v zdravstvu. Enako ne želimo formalnega pripravnštva, ampak dejansko. Možnost, da se pripravnštvo skrajša na šest mesecev, je dana bolj kot izhod v sili v izjemnih primerih, ne pa kot pravilo.

Problemska konferenca je prekratka za osvetlitev vseh problemov, ki so na tem področju. Glede na problematiko je treba probleme ločiti in jih do konca izpeljati, seveda ne samo prek društva, ampak na tistih mestih, kjer se problemi dogajajo, kjer živimo in delamo. To so prvenstveno naše delovne organizacije. Da bi tam prebili led, je potrebna podpora sindikata, SZDL in društva, ki naj bi dajalo osnove in izhodišča za posamezne rešitve.

Marija Š i p e c : K referatom in razpravi predlagam nekaj sklepnih misli:

Zveza društev med. sester Slovenije, ki združuje 11 področnih društev kot fronta socialistične zveze delovnega ljudstva, zastopa prek svojih vseh mogočih instrumentov med. sestre — samoupravljalke, jih osvešča, da se vključujejo v sistem samoupravljanja v svojih organizacijah združenega dela, v družbenopolitičnih skupnostih in v samoupravnih interesnih skupnostih ter na vseh ravneh samoupravnega sporazumevanja in družbenega dogovarjanja. Tak namen je imelo tudi današnje posvetovanje.

Vsi, ki že več let spremljajo dogajanja v naši družbi, vemo, da se ob reševanju velikih problemov in dilem rodi tudi napredek družbe. Kjer je veliko problemov, tam je veliko akcij in tudi uspehov. Če smo danes govorili o tehtnih problemih, je to znak, da smo zdrav del naše SZDL in se bomo s takim konceptom dela vključevali tudi v naše samoupravne in družbenopolitične tokove.

Vse teze, ki jih je dopolnjevala razprava na današnjem posvetovanju, so izhajale iz našega združenega dela. Že v programu Zveze DMS Slovenije smo sprejeli sklep, da je problematika združenega dela, kjer je pretežni del dejavnosti med. sester, velika in da lahko pomagamo pri organizaciji zdravstvenega varstva kot sistema ni kot celote. Delegati našega društva so prihajali od tod s svojimi idejami in predlogi, zato so teze skupek potreb, želja in dinamike v organizacijah združenega dela.

Zavedamo se, da je med. sestra v zdravstvu najštevilnejša samoupravljalnica, saj jih je prek 80 % v OZD hospitalnega tipa, kjer zavzemajo odgovorne funkcije.

Veseli smo, da je RK SZDL dala pobudo, da zaradi številne, kompleksne ter aktualne problematike organiziramo svoje posvetovanje za konferenco »Delavka v združenem delu«.

Članice naših društev so vključene v svoje organizacije združenega dela in imajo bogate izkušnje kot delegatke v združenem delu. Zato se zavedamo deleža, ki ga dajemo h konstruktivnemu izgrajevanju sistema našega zdravstva in naše družbene ureditve kot celote.

Pobude iz tega posvetovanja nam bodo smernice za naše bodoče delo. Sprejemamo tudi akcijski napotek, da bomo konkretne probleme reševali v osnovni organizaciji sindikata.

Informacije o današnjem posvetovanju bomo posredovali organizacijam združenega dela s področja zdravstva, družbenopolitičnim organizacijam in samoupravnim interesnim skupnostim ter drugim zainteresiranim dejavnikom v naši republiki.