

Dr. Tone Ravnikar

Nekaj vprašanj o našem srednjem medicinskem šolanju*

Potrebno je skrbneje načrtovati kadre in sredstva

Stanje zdravstvenih delavcev je v SR Sloveniji — vsaj kar zadeva njihovo število — še dokaj zadovoljivo.

Zdravnikov imamo (vsi podatki se nanašajo še na konec leta 1967) 1.170 ali enega na 953 prebivalcev. Pri tem niso všteti zobozdravniki, ki jih je 330.

Zdravstvenih delavcev s srednjo in višjo strokovno izobrazbo imamo 4.892 ali enega na 345 prebivalcev. Od tega je sester 2.018 ali ena na 836 prebivalcev.

Zdravstvenih delavcev z nižjo strokovno izobrazbo imamo 3.304 ali enega na 530 prebivalcev, od tega je bolničarjev 2.087. Pripominjamo pa, da zdravstvenih delavcev z nižjo strokovno izobrazbo že nad deset let ne šolamo več.

Manj kakor s številom smo zadovoljni s sistemom šolanja navedenih kadrov. Čeprav smo se vedno zavedali, da je pri planiranju števila zdravstvenih delavcev in pri programiranju njihovega šolanja potrebno upoštevati zdravstvene, kulturne in socialno-ekonomske razmere dežele, nam to ni vedno uspelo. Imamo dober, zadnjih 15 let kar odličen pregled o patologiji terena. Vzroka za manj ugodne rezultate v programiranju in šolanju kadrov torej ne smemo iskati v nepoznavanju potreb, ki jih narekuje patologija, ampak drugod.

Eden od vzrokov, ki sicer ni bistvenega pomena, pa je v tem, da pretogo vztrajamo ali da smo vsaj do nedavnega vztrajali pri formalni enakosti v sistemu šolanja za celo državo, čeprav vemo, da so potrebe zelo različne. Še pomembnejši vzrok je v tem, da se preradi zgledujemo po tujih sistemih, zdaj vzhodnih zdaj zahodnih, in jih brez globlje analize poskušamo presajati na naša tla, navadno takrat, ko jih te dežele že opuščajo ali vsaj spreminjajo.

Glavni vzrok pa je verjetno v tem, da se damo premočno vplivati od ugotovljenih potreb, ki so seveda zelo velike, tako da nas želje po hitrejšem napredku zavajajo v čezmerno planiranje, kar nas vodi v nasprotje z našimi realnimi možnostmi. Posledice so neugodne: srednjih, višjih in visokih (fakultetnih) zdravstvenih kadrov izšolamo toliko, da je določen procent teh strokovnjakov (ki sicer ni velik, ni pa nepomemben) bolj ali manj prisiljen odhajati v inozemstvo in si tam poiskati zaposlitve; brž ko pa se doma odpre večji nov zdravstveni zavod, nastane težava, kje najti potrebne ustrezne kadre. V inozemstvu zaposleni zdravstveni delavci se namreč le poredkoma vračajo, ker so si zunaj ustvarili zadovoljiv položaj. Dejstvo, da si naši zdravniki,

* Članek je bil objavljen v »Zdravstvenem varstvu« 1970, št. 3/4. Spričo aktualnosti in pereče problematike o šolanju zdravstvenih delavcev ga tu objavljamo v celoti. — Op. uredništva.

naše sestre in drugi brez težav najdejo zaposlitev zunaj naše države, nam dokazuje ne le to, da teh kadrov primanjkuje tudi v ekonomsko močnejših deželah, ampak tudi to, da naše šole le niso slabe, vsaj ne bistveno slabše od onih v deželah, ki zaposlujejo naše zdravstvene delavce. Seveda je tak način produkcije zdravstvenih delavcev za naše razmere odločno predrag.

Pri nas je pomanjkanje finančnih sredstev nesporno pomembnejši razlog za manj zadovoljive uspehe v reševanju zdravstvenih problemov kot pa morebitno nepoznavanje teh problemov, vsaj kolikor smemo poznavanje problemov reducirati na poznavanje nacionalne patologije. K relativnemu pomanjkanju finančnih sredstev pa moramo — če naj bomo objektivni — dokazati marsikdaj tudi nepravilno oceno v najbližji prihodnosti razpoložljivih sredstev, našo neskromnost pri načrtovanju in vse prepogostno menjavanje stališč glede razvoja gospodarskih kot negospodarskih dejavnosti.

Izvajanje učnih načrtov moramo nadzorovati

Prizadevanja za racionalizacijo zdravstvenih delavcev so že stara. Ključni problemi so vsaj pri nas v sistemu izobraževanja medicinskih sester, ki so številčno najmočnejši profil zdravstvenih delavcev. Brž ko bi z reformo uspeli pri sestrah, bi po analogiji brez večjih težav uredili tudi problematiko drugih profilov srednjih in višjih zdravstvenih delavcev.

Leta 1962 je bila na pobudo republiških organov za zadeve zdravstva imenovana posebna komisija, ki naj bi med drugim uredila tudi najvažnejše probleme v sistemu šolanja medicinskih sester. Takrat so bili izdealni enotni učni načrti in programi, obvezni za vse sestrške šole. Ker pa izvajanja teh načrtov in programov ni nihče kontroliral, nihče pomagal odstranjevati težav, nihče poizkušal po enotnih kriterijih oceniti doseženih rezultatov, so šole že po nekaj letih na lastno pobudo, upoštevajoč kadrovske možnosti, opremljenost šol in krajevne zdravstvene potrebe, začele enotne načrte in programe spreminjati in danes ni od enotnosti ostalo skoraj ničesar.

Nad zdravstvenimi šolami zadnjih deset let ni nadzorstva. Splošno izobraževalni predmeti so sicer od leta 1968 zopet poenoteni in se nad njimi izvaja določena kontrola in dajejo napotke pedagoški strokovnjaki Zavoda za šolstvo SRS, medicinsko strokovni predmeti pa so prepuščeni sami sebi oziroma večji ali manjši vestnosti in uvidevnosti učiteljev in vodstev posamezne šole.

Izdelati moramo načrt za temeljito reformo

Ob začetku leta 1968 je izdal sekretariat za prosveto in kulturo SR Slovenije dokument: »Racionalizacija na področju vzgoje in izobraževanja«. Dokument ni pomenil dodelanega načrta, saj ni globlje utemeljeval potrebe po racionalizaciji v šolstvu niti ni predvideval mehanizmov za njeno izvedbo, bil je pa znamenje, da se resneje kakor doslej iščejo ustreznejše organizacijske in pedagoške oblike izobraževanja in vzgajanja.

Do tega ni prišlo slučajno. Tudi za nas veljajo razlogi, ki jih je navedel Philip H. Coombs v svoji študiji »The world educational crisis«: Zaradi enormno hitrega razvoja vseh vej znanosti zahtevajo vlade, starši in otroci vse več znanja, ki ga sedanje šole s starimi metodami ne morejo dati; zaradi demografske eksplozije naglo narašča število oseb, ki študirajo, pri čemer je naraščanje toliko hitrejše, kolikor višja je raven šol (osnovne šole 72%, srednje 139%, visoke 185% porasta v manj ko 20 letih).

Skoraj obenem s citirano pobudo sekretariata za prosveto in kulturo je Republiški zdravstveni center imenoval posebno komisijo za proučitev problematike srednjega in višjega zdravstvenega šolstva, ki naj bi v čim krajšem času izdelala predloge za reformo tega šolanja. Komisiji, sestavljeni iz treh zdravnikov, štirih medicinskih sester in enega pedagoga, sicer ni manjkalo dobre volje, kljub temu pa so pomembnejši uspehi izostali. Komisija je bila brez finančnih sredstev; njeni člani naj bi delo opravljali prostovoljno v svojem prostem času; s problematiko zdravstvenega šolstva so bili sicer bolj ali manj na tekočem, vendar samo kot praktiki, ki so dotlej imeli le malo možnosti, da bi pri razčlenjevanju problemov uporabljali metode, ki bi vzdržale resno kritiko.

Komisija je kmalu uvidela, da ji je naloženo delo, ki mu ne bo zlahka kos:

1. ker naše zdravstvene šole vzgajajo celo vrsto različnih delavcev, nimajo pa zanje izdelanih natančnih profilov ali vsaj področij dela (v Sloveniji npr. imamo doslej izdelanih profilov za nekaj nad 80 poklicev, med katerimi pa ni niti enega zdravstvenega. Ur. list SRS 29/67 ima sicer kratek opis področij dela zdravstvenega osebja v bolnišnicah, Zvezni zavod za zdravstvo pa je leta 1966 objavil brošuro: »Prednacrt delokruga viših, srednjih i nižih zdravstvenih radnika«, vendar je oboje tako pomanjkljivo, da se more uporabiti kvečjemu za osnovo pri razpravi, ne pa za obvezno rabo);

2. ker so učni načrti, programi in predmetniki teh šol različni, nekontrolirani ne neovrednoteni;

3. Ker ni arbitra, ki bi bil pooblaščen, da napravi red glede učbenikov, skript, števila in opreme specialnih učnih kabinetov, obsega in načina prakse ipd.;

4. ker si nismo na jasnem glede tako važnih vprašanj, kot sta starost in poprejšnja izobrazba tistih, ki naj bi bili sprejeti v šole za kadre, ki imajo neposredno opravka z nego bolnikov in nosijo za svoje delo vso odgovornost.

Komisija je bila soglasno mnenja, naj se za začetek takega študija zahteva 18 let starosti in čim višja splošna izobrazba (npr. gimnazija z maturo). Zavedajoč se, da je bila večina naših sedanjih sester ob začetku šolanja stara le 15 let in da je imela samo 8 let splošno izobraževalne šole, je komisija svoj predlog motivirala nekako takole: prehoda na višjo starost in na višjo splošno izobrazbo ne narekujejo le psihološki oziri do dijakinj, ki prihajajo sedaj premlade do kontakta z bolniki in jih situacije, v katerih se neizogibno znajdejo, močno travmatizirajo, ampak še bolj splošna potreba po vse večji življenjski zrelosti (pogoj za prevzemanje odgovornosti), spremenjene metode dela (teamsko delo, superspecializacija, uvajanje elektronike in drugih kompliciranih aparatu v medicino). Navedenih sprememb v oblikovanju novih sester zato ne bi uvajali na hitro, ampak sukcesivno, kot bi to narekovala potreba, vsekakor pa tako, da s tem ne bi prizadeli sedanjih »srednjih« medicinskih sester, ki bi jim bilo treba dati možnost, da s podiplomskim študijem dopolnijo vrzeli v znanju in obvladajo novosti v razvoju medicinske znanosti.

Glede vprašanja višje začetne starosti (18 let) in višje ravni, kar zadeva splošno izobrazbo in še o nekaterih drugih stališčih, ki jih je nakazala komisija za proučitev problematike višjega in srednjega zdravstvenega šolstva, je bila izvedena anketa med najvažnejšimi slovenskimi hospitalnimi in nehospitalnimi zdravstvenimi zavodi. Rezultat je bil presenetljiv: docela ista stališča kot komisija so zavzele le klinične bolnišnice v Ljubljani.

Reforma zdravstvenega šolstva ni lahka naloga. Če naj bo od nje kaj koristi, se je je treba lotiti študijsko, dokumentarno in brez primesi subjektivnih mnenj ali s tradicijo obarvanih vnaprejšnjih stališč.

Reforma zahteva analize in študij

Ko so člani komisije prišli do pravkar navedenega sklepa, so izdelali predloga za prehod na boljše metode dela. Potrebovali bi pooblastilo, da si poiščejo novih sodelavcev, pregledajo sedanje stanje v tem šolstvu, izdelajo potrebne analize in pripravijo dokumentacijo za vse reformne ukrepe, ki bi jih predlagali. Vse to bi se seveda ne dalo napraviti v nekaj tednih ali mesecih in tudi ne brez angažiranja določenih finančnih sredstev. Predlog je bil v poletju 1969 poslan Republiškem zdravstvenemu centru. Zaradi preskromnih finančnih sredstev, s katerimi je v tem času razpolagal center, se predlog v letu 1969 še ni pričel izvajati v večjem obsegu.

Letos na začetku januarja je komisija dobila zaveznika v Zavodu za šolstvo v SRS, ki se je doslej ukvarjal v glavnem le s problematiko splošnega izobraževalnega šolstva, za leto 1970 pa je sprejel v svoj program dela tudi študijo o stanju srednjih zdravstvenih šol. Zadnja pobuda za to, da pričenjajo odgovorni forumi v republiki na reformna prizadevanja v zdravstvenem šolstvu gledati resneje kot doslej, izhaja iz želje, da bi nam uspelo zdravstvene šole čimprej verificirati. Ko je v Zavodu za šolstvo prišlo do izraza povsem isto stališče, kot so ga ves čas izpovedovali člani komisije pri Republiškem zdravstvenem centru, da namreč ni mogoče misliti na verifikacijo šol, dokler le-te ne vedo, kakšne profile zdravstvenih delavcev naj izobražujejo, in da ne more biti v istovrstnih šolah zadovoljivih rezultatov brez enotnih programov in vsega tega, kar mislimo z racionalizacijo pouka, je verjetno definitivno prevladalo spoznanje o resnosti naloge.

Menimo, da smo z reformo zdravstvenega šolstva toliko napredovali, da so odgovorni forumi spoznali zapletenost in resnost naloge in se odločili za temu primerne metode dela.

POSLOANSKO VPRAŠANJE

Na seji socialno-zdravstvenega zbora Skupščine SRS dne 8. julija 1970 je poslanec dr. Zdravko Javh načel vprašanje glede na relativno zmanjšanje osebnih dohodkov zdravstvenih delavcev ob sočasno porastu deleža za zdravstvo ter glede na število v tujini zaposlenih zdravstvenih delavcev.

V imenu izvršnega sveta je odgovorila tov. Majda Gaspari, republiški sekretar za zdravstvo in socialno varstvo. Pojasnila je, da so po analizi, ki jo je za obdobje zadnjih 12 let napravil sekretariat, skupni dohodki zdravstvenih zavodov v tem obdobju rasli za povprečno 20,52% na leto, v zadnjih 5 letih pa za 18,87%. Od leta 1957 do vštetega leta 1965 je rasla tudi udeležba osebnih prejemkov v celotnem dohodku zdravstvenih zavodov. Leta 1957 so zavodi namenili za osebne dohodke 71,8% vseh sredstev, leta 1965 pa 50,2%. Po letu 1965 je udeležba sredstev za osebne dohodke začela ponovno upadati in je leta 1969 dosegla 45,5% vseh sredstev zdravstvenih zavodov. Iz razpoložljivih pokazovalcev izhaja, da so zdravstveni zavodi v zadnjih petih letih z dohodki poslovali gospodarno. Za leto 1970 lahko računamo, da osebni dohodki zdravstvenih delavcev ne bodo dosegli ravni, ki jo katalog sindikata predvideva za leto 1969. Če se bodo osebni dohodki v Sloveniji leta 1970 povišali za 15,5%, bodo osebni dohodki v zdravstvu po realizaciji letošnjih pogodb zaostajali za njimi povprečno za okoli 30%.

O številu naših zdravstvenih delavcev, zaposlenih v tujini, ni zanesljivih podatkov. Po naših ocenitvah je po letu 1960 odšlo v tujino na delo 150 do 200 zdravnikov, od tega približno 1/4 stomatologov, poleg tega pa okoli 500 medicinskih sester.

»(Zdravstveni vestnik« 1970, št. 9)