

Strokovni članek/Professional article

Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS)

Directives for nursing education in the 1st cycle degree higher professional study programme Nursing

Brigita Skela-Savič

Ključne besede: izobraževanje; zdravstvena nega; diplomirana medicinska sestra; diplomirani zdravstvenik; kakovost; Direktiva 2013/55/EU

Key words: education; nursing; registered nurse; quality; Directive 2013/55/EU

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., mag. znanosti (org.); Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
bskelasavic@fzj.si

IZVLEČEK

Uvod: Področje izobraževanja v zdravstveni negi na ravni Evropske unije ureja Direktiva 2013/55/EU. Nacionalnih smernic za področje izobraževanja v zdravstveni negi, ki bi bile nadgradnja direktivi na tem področju, v Sloveniji ni, prav tako v zadnjih desetih letih ni opredeljenih potreb po izobraževanju v zdravstveni negi.

Metode: Uporabljena je bila komplementarna kombinacija kvalitativnih metod konsenza (panelna skupina ekspertov, tehnika skupinskega konsenza), kvantitativna neeksperimentalna opisna metoda Delfi in metoda pregleda literature. Vključeni so bili predstavniki visokošolskih in zdravstvenih zavodov, nacionalno združenje v zdravstveni negi in študenti zdravstvene nege.

Rezultati: Obdobje razvoja smernic je trajalo od leta 2013 do 2015 in je vključevalo šest iteracij različnih metod konsenza. Po metodi »snežne kepe« in institucijske pripadnosti je sodelovalo več kot 150 strokovnjakov na področju zdravstvene nege (visoko šolstvo, zdravstveni zavodi), od tega 18 študentov zdravstvene nege. Prepoznanih je bilo osem vsebinskih področij smernic.

Zaključek in implementacija: Smernice so dobro izhodišče za poenotenje visokošolskega izobraževanja na področju zdravstvene nege v Republiki Sloveniji. Dajejo osnove za presojo kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi in so podlaga tudi za politiko, ki mora prevzeti odgovornost na ravni količine in kakovosti visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi.

ABSTRACT

Introduction: Education in nursing in the European Union member states is regulated by the Directive 2013/55/EU. In Slovenia, the national directives as an upgrade to the European directives have as yet not been developed. Furthermore, in the last decades the needs for nursing education have not been explored into.

Methods: A complementary combination of qualitative consensus methods (panel group of experts, techniques of group consensus), qualitative non-experimental descriptive method Delfi and the literature review were utilised in the development of the directives. The representatives of higher educational and health institutions, national nursing association, and nursing students participated in the project.

Results: The process of development of directives lasted from 2013 till 2015. It encompassed 6 iterations of different consensus methods. More than 150 nursing experts participated in this process who were chosen by the snowball sampling technique and according to their institution affiliation (higher educational and healthcare institutions), and 18 nursing students. The total of 8 content-related directives were identified.

Conclusion and implementation: The directives present a solid basis for unification of nursing education in the Republic of Slovenia. They present the foundation for the evaluation of nursing education on the basis of which responsible political decisions may be reached relating to the quality and quantity of higher nursing education.

Uvod

Področje izobraževanja v zdravstveni negi na ravni Evropske unije (EU) ureja Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in sveta, ki je bila sprejeta 20. novembra 2013 in je nadomestila Direktivo 2005/36/EC. Direktiva postavlja minimalne standarde za usposabljanje sektorskih poklicev (zdravniki, zobozdravniki, medicinske sestre, babice, veterinarji, farmacevti, arhitekti), splošni sistem priznavanja dokazil usposobljenosti in samodejno priznavanje poklicnih izkušenj v državah EU (Directive 2005/36/EC, 2005; Directive 2013/55/EU, 2013).

Področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerjajo tudi mednarodna združenja, kot so Mednarodni svet medicinskih sester/International Council of Nurse (ICN), Svetovna zdravstvena organizacija/World Health Organization za področje Evrope (WHO for Europe), Evropske federacije združenj v zdravstveni negi/European Federation of Nurses (EFN), Evropsko združenje medicinskih sester v izobraževanju/European federation of nurse educators (FINE) ipd. Njihov namen je predvsem dodatna razlaga minimalnih standardov izobraževanja medicinskih sester in bobic, postavitve standardov na višjo raven zahtevnosti ter zavzemanje za pomen večjega znanja in višje stopnje izobrazbe v stroki. Svoje delovanje podpirajo z raziskovalnim in razvojnim delom, javno dostopnimi zapisi usmeritev o potrebnem razvoju ter umeščanjem zdravstvene nege v kontekst potreb v družbi in v razvoju stroke. V okviru nacionalnih združenj ima v evropskem prostoru velik pomen delovanje Svet medicinskih sester in bobic/Nursing and Midwifery Council (NMC, 2010) za področje Velike Britanije, ki kontinuirano razvija in posodablja nacionalne standarde izobraževanja v zdravstveni in babiški negi. Ti standardi predstavljajo pomemben prikaz urejenosti tega področja izobraževanja na ravni države.

Če gledamo s slovenske perspektive, področje izobraževanja v zdravstveni negi ureja veljavna Direktiva 2013/55/EU (v nadaljevanju Direktiva 2013) in njena predhodnica Direktiva 2005/36/EC (v nadaljevanju Direktiva 2005), Zakon o visokem šolstvu (2012), različni standardi in merila Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS), ki je med drugim odgovorna za akreditacijo in reakreditacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov. Usmeritve za delovanje visokošolskih zavodov v Sloveniji so tudi v Evropskih standardih in smernicah za zagotavljanje kakovosti v evropskem visokošolskem prostoru in Resoluciji nacionalnega programa razvoja visokega šolstva 2011–2020 (2011). Razen minimalnih zahtev v Direktivi 2005 in Direktivi 2013 se vsa omenjena zakonodaja in iz nje izhajajoči akti ne usmerjajo na področje reguliranih poklicev. Strategija razvoja zdravstvene nege 2012–2020 (Kadivec, et al., 2013) daje usmeritve za izobraževanje poklicev v zdravstveni negi.

Izobraževanje v zdravstveni negi v Sloveniji: stanje in potrebe

Potrebe po izobraževanju v zdravstveni negi v Sloveniji niso opredeljene

Nacionalnih smernic za področje izobraževanja v zdravstveni negi, ki bi bile nadgradnja direktivi na tem področju, v Sloveniji ni, prav tako v zadnjih desetih letih ni opredeljenih potreb po izobraževanju v zdravstveni negi. Zadnja raziskava o izobraževalnih potrebah je bila objavljena leta 2004 v raziskavi, ki jo je izvedel takratni Inštitut za varovanje zdravja (Albreht, 2005). Raziskava je predlagala povečanje vpisa za 15 % na takrat obstoječe tri visokošolske zavode treh univerz in uvoz dodatnega kadra na ravni 40 diplomiranih medicinskih sester na leto. Uvoz kadra ni bil uresničen, pomanjkanje visokošolskega kadra je bilo največje v Osrednjeslovenski in Gorenjski regiji, za to je bila leta 2006 podprta pobuda za akreditacijo novega visokošolskega zavoda. Ne glede na rezultate te raziskave in akreditacije novega visokošolskega zavoda so bili v obdobju od 2007 do 2009 v Sloveniji ustanovljeni še štirje novi visokošolski zavodi, vsi danes izvajajo program prve stopnje Zdravstvena nega (VS). Število vpisnih mest se je tako povečalo in je v študijskem letu 2014/2015 znašalo 415 mest za redni študij in 495 mest za izredni študij. Glede na povečan vpis na visokošolskem izobraževanju pa se z leti vpis na srednješolski ravni ni zmanjšal, prisotna je stalna brezposelnost srednješolskega kadra, ki v zadnjih letih znaša 1000 ali več.

V primerjavi z velikim pomanjkanjem diplomiranih medicinskih sester v letih izvedbe raziskave avtorja Albreht (2005) se danes soočamo z brezposelnimi diplomiranimi medicinskimi sestrami. Albreht in Pribaković Brinovec (2012) tako kritično zapišeta, da je »bila pozitivna posledica te analize v tem, da je prišlo do močne spodbude in interesa za povečanje števila medicinskih sester, predvsem z domačo produkcijo kadra. Na ta način se je Slovenija usmerila v iskanje poti, da bo sama zagotovila samozadostnost potrebnega kadra v zdravstveni negi. Manj pozitivno in dejansko neugodno je bilo to, da se je pričelo z nenadzorovanim in pretiranim ustanavljanjem novih visokih zdravstvenih šol. Taka rast je, glede na opisane projekcije iz 2005 in predlagano dinamiko rasti števila medicinskih sester, popolnoma neprimerna in pretirana, saj je bila leta 2012 projekcija presežena že za 60 %. Avtorja omenjata resne posledice take politike izobraževanja (ob upoštevanju nezavidljive ekonomske in javnofinančne situacije v Sloveniji): (1) prekomerno število diplomantk in diplomantov se bo še nadaljevalo, (2) skoraj zagotovo bo prišlo do brezposelnosti med diplomiranimi medicinskimi sestrami, (3) potrebno bo ovrednotiti kakovost izobraževanja za diplomirane medicinske sestre na vseh osmih visokošolskih zavodih – z vizitacijo s pomočjo tujih strokovnjakov«.

Pomanjkanje razvojne perspektive in strategije delovanja na področju izobraževanja v zdravstveni negi

V Sloveniji smo ohranili izobraževanje na področju zdravstvene nege na dveh ravneh, srednješolsko in visokošolsko, medtem ko smo za področje babiške nege srednješolsko izobraževanje ukinito že leta 1981. Prvi visokošolski program ginekološko-porodniške smeri se je pričel izvajati 1996/1997, iz katerega se v naslednjih letih razvil visokošolski študij babištva in bil ob vstopu Slovenije v EU usklajen s takrat veljavno EU-direktivo (Starc, 2013). Za področje zdravstvene nege še danes ni narejene nobene jasne razvojne perspektive glede izobraževanja na dveh ravneh, srednješolska in visokošolska raven ter o obsegu izobraževanja na srednješolski ravni, kljub temu da področje ureja ista Direktiva 2013 in predhodna Direktiva 2005 ter da je vstop v poklic enak kot za babice, to je najmanj 12 let predhodnega splošnega izobraževanja. Zakaj tako različen pristop do dveh primerljivih in sorodnih poklicev? Zakaj je za babiško nego v Sloveniji vzpostavljeno le visokošolsko izobraževanje in za zdravstveno nego ne, ob primerljivih minimalnih standardih v EU-direktivi?

Še več, stanje v zdravstveni negi je bistveno slabše kot v babiški negi, saj je razmerje med izvajalci zdravstvene nege v registru Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije (Zbornica – Zveza) v korist srednješolsko izobraženega kadra (65 %). Evropski projekt *EU-Project: creating a pilot network of nurse educators and regulators* (SANCO/1/2009), (2014), ki vključuje 15 držav, jasno opredeli vlogo in pomen izobraževanja asistentov v zdravstveni negi, ki poteka na 5. ravni Evropske kvalifikacije poklicev. Profil je v vlogi asistenta v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi, delo vodi in koordinira visokošolsko izobražena medicinska sestra.

Dokument, ki posredno oblikuje politiko izobraževanja z vidika nacionalnih kompetenc diplomantov ter delitev del in nalog v kliničnem okolju med različnimi ravni izobraževanja, je dokument *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi* (Železnik, et al., 2008), v katerem je predstavljena delitev kompetenc med srednješolsko in visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami v Sloveniji. Za ta dokument lahko rečemo, gledano s perspektive mednarodne prakse *EU-Project: creating a pilot network of nurse educators and regulators* (SANCO/1/2009), (2014), da daje velik delež kompetenc srednješolsko izobraženemu kadru v zdravstveni negi, in sicer za 88 % izvedenih splošnih negovalnih intervencij, 65 % drugih negovalnih intervencij in 43 % negovalnih intervencij na specialnih področjih oziroma lahko srednješolsko izobražen kader izvaja 66,6 % vseh negovalnih intervencij (Prestor, 2013).

V Sloveniji izobraževanje na dveh ravneh povzroča številne težave pri delitvi kompetenc v 24-

urni zdravstveni obravnavi med srednješolsko in visokošolsko izobraženimi izvajalci zdravstvene nege, zlasti zaradi pomanjkanja visokošolsko izobraženega kadra. Poleg tega uporabljamo naziv za poklic »medicinska sestra« tudi na srednješolski ravni, kar ni v skladu z mednarodnimi usmeritvami, da se poimenovanje »nurse« uporablja samo za profile, ki so izobraženi v skladu z EU-direktivo. Sploh pa samo poimenovanje poklica zveni arhaično in ni v koraku s časom in potrebnim razvojem zdravstvene nege, saj v študijskih programih zdravstvene nege diplomantke pridobijo naziv diplomirana medicinska sestra, dejansko pa diplomirajo iz zdravstvene nege in bi naziv moral biti izpeljan iz »diplomant zdravstvene nege«, kot primer diplomirana zdravstvenica/diplomiran zdravstvenik, pri čemer je ta oblika poimenovanja uveljavljena za moški spol že od 2004 naprej. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje je predlog spremembe naziva v diplomirana zdravstvenica in diplomirani zdravstvenik potrdiril v letu 2014.

Mednarodne usmeritve in raziskave o pomenu izobraževanja v zdravstveni negi

Kompetence izvajalcev v zdravstveni negi in raziskave o pomenu izobrazbe v zdravstveni negi

Pomemben doprinos pri razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi daje *EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum* (EFN Workforce Committee, 2014), ki opredeli štiri kategorije izvajalcev zdravstvene nege: (1) Healthcare Assistant (HCA)/zdravstveni asistent, (2) General Care Nurse (GCN)/diplomirana medicinska sestra za splošno zdravstveno nego, (3) Specialist Nurse (SN)/diplomirana medicinska sestra specialistka in (4) Advance Nurse Practitioner (ANP)/magistrica zdravstvene nege. Dokument med drugim opredeli kompetence na posamezni ravni izvajanja. Prav tako so kompetence v zdravstveni negi opredeljene v dokumentu *Nursing Care Continuum Framework and Competencies* ICN, (2008), ki opredeli naslednje kategorije izvajalcev zdravstvene nege:

1. raven: Podporno/pomožno osebje (Support or assistive worker): potrebna izobraževanja niso predpisana, niso registrirani, delajo pod nadzorom tretje ravni.
2. raven: Registrirano podporno osebje (Enrolled Nurse / Registered Nurse Assistant / Licensed Practical Nurse): izobraževanja niso poenotena, so pa obvezna, predvidene so omejitve v kliničnem delu, delajo pod neposrednim in posrednim nadzorom tretje ravni.
3. raven: Diplomirana (registrirana) medicinska sestra (Registered/Licensed Nurse): samostojno delujoči profil z avtonomijo dela, zaključen predpisani program izobraževanja, izpolnjuje pogoje za vpis v register izvajalcev, potrebna licenca za poklic.

4. raven: Diplomirana (registrirana) medicinska sestra specialistka (Specialist Nurse): splošna znanja so nadgrajena s specialističnimi, kar omogoča zahtevnejšo strokovno delovanje, ki vključuje klinično delo, učenje, administriranje, raziskovanje in svetovanje.

5. raven: Diplomirana (registrirana) medicinska sestra na zahtevnejših delih in nalogah (Advanced Practice Nurse): pridobljena so ekspertna znanja, sposobnost kompleksnega odločanja, klinične kompetence za razširjeno delovanje v stroki. ICN priporoča zaključen magistrski študij zdravstvene nege za vstop v peto raven izvajalcev zdravstvene nege.

Kompetence posameznih ravni so različne in obsegajo naslednja področja delovanja: (1) profesionalnost, etika in zakonodaja pri izvajanju prakse; (2) zagotavljanje zdravstvene nege in management; (3) strokovni in osebnostni razvoj ter razvoj kakovosti (ICN, 2008).

Raziskav, ki govorijo v prid nujnosti povečanja stopnje izobrazbe v zdravstveni negi, je veliko. Zadnja raziskava Aiken in sodelavci (2014) v dvanajstih Evropskih državah pokaže na pomen števila zaposlenih v zdravstveni negi in stopnje dosežene izobrazbe le-teh, saj rezultati raziskave jasno kažejo, da imajo pacienti, ki jih obravnavajo univerzitetno diplomirane medicinske sestre in je le-teh več kot 60 % v timu ter skrbijo v povprečju za 6 pacientov, 30 % nižjo smrtnost v primerjavi s pacienti, kjer je v zdravstveni negi le 30 % univerzitetno izobraženih medicinskih sester in le-te v povprečju skrbijo za 8 pacientov. Raziskava pokaže na pomen univerzitetnega izobraževanja v zdravstveni negi. Blegen in sodelavci (2011) v raziskavi *Nurse staffing and inpatient hospital mortality* dokažejo, da večje zaposlovanje medicinskih sester, zmanjšuje smrtnost, padce in druge incidente, bolnišnične okužbe in ležalno dobo. Needleman in sodelavci (2011) so objavili rezultate, da je zmanjšanje števila medicinskih sester povezano z večjo mortaliteto (6 %). Aiken in sodelavci (2010) v raziskavi *Implications of the California nurse staffing mandate on other states* dokažejo, da manjše število pacientov na eno medicinsko sestro na internističnih in kirurških oddelkih zniža mortaliteto. Van den Heede in sodelavci (2013) v raziskavi na kardioloških oddelkih na 1000 pacientih pokažejo za 4,9 % nižjo smrtnost pri tistih pacientih, ki so jih obravnavale medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo.

Prav tako bi morali biti podatki Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj/Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) o številu visokošolsko izobraženih medicinskih sester na 1000 prebivalcev (Buchan & Black, 2011) resno opozorilo za politiko, strokovno združenje in management zdravstvene nege v Sloveniji, za management visokošolskih zavodov pa izziv, kako doseči zadostno število kakovostno izobraženega kadra v zdravstveni negi. Podatki namreč kažejo, da ima Slovenija 7,9 zaposlenih v zdravstveni negi na 1000 prebivalcev, od tega jih je le 35 % izobraženih

na visokošolski ravni. Delež visokošolsko izobraženih medicinskih sester na 1000 prebivalcev je eden od najnižjih med vključenimi državami v analizi in najnižji med državami v EU.

Primeri mednarodnih smernic in standardov na področju izobraževanja v zdravstveni negi

Temeljni minimalni standard na področju izobraževanja in pridobljenih kompetenc za samostojno delo v zdravstveni negi je EU Direktiva. Novosti, ki jih prinaša EU Direktiva 2013, so:

– Za vpis na študij zdravstvene nege je potrebno najmanj 12 let splošnega izobraževanja ali najmanj 10-letno izobraževanje.

– Novost je, da mora biti študijski program ovrednoten z ECTS (European Credit Transfer System), ostajajo že opredeljeno trajanje programa v obsegu najmanj treh let in najmanj 4600 ur (1/2 kliničnega usposabljanja).

– Dodane so sposobnosti delovanja, ki se navezujejo na 6. odstavek v Direktivi 2013:

(a) sposobnost samostojno ugotoviti, kakšna zdravstvena nega je potrebna, z uporabo obstoječega teoretičnega in kliničnega znanja, ter načrtovati, organizirati in izvajati zdravstveno nego pri zdravljenju pacientov na osnovi znanja in veščin, pridobljenih v skladu s točkami (a), (b) in (c) 6. odstavka, da bi se izboljšala poklicna praksa;

(b) sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji v zdravstvenem sektorju, vključno s sodelovanjem pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja na osnovi znanja in veščin, pridobljenih v skladu s točkama (d) in (e) 6. odstavka;

(c) sposobnost usposabljanja posameznikov, družin in skupin za zdrav način življenja in samopomoč na osnovi znanja in veščin, pridobljenih v skladu s točkama (a) in (b) 6. odstavka;

(d) sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč;

(e) sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo zdravstveno nego, in njihove bližnje;

(f) sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati;

(g) sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju;

(h) sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege s ciljem izboljšanja svoje poklicne prakse kot medicinske sestre za splošno zdravstveno nego (Directive 2013/55EU, 2013).

Dodane sposobnosti pomenijo, da je treba študijske programe zdravstvene nege dopolniti z vsebinami, kot so: promocija zdravja, kakovost in varnost, svetovanje, vodenje in podpora posamezniku, družini, skupnosti, spremljanje in izboljševanje poklicne prakse, komunikacija na višji zahtevnostni ravni. Z vidika

kompetenc je treba preveriti obseg in zahtevnost kliničnega usposabljanja na področju nujne medicinske pomoči. Za umestitev vseh vsebin in stopnje zahtevnosti kompetenc je študijski program treba umestiti na raven štiriletnega univerzitetnega študija, kar je že praksa večine držav EU in članic OECD.

Drugi mednarodni standardi in smernice, ki usmerjajo razvoj in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi, so:

– EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU (EFN, 2014);

– *Standards for pre-registration nursing education* (NMC, 2010) – nacionalni standardi v Veliki Britaniji, ki so tudi mednarodno priznani;

– *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015* (World Health Organisation, 2010a);

– *Global standards for the initial preparation of nurses* (World Health Organisation, 2010b);

– *ICN Nursing Care Continuum and Competencies* (International Council of Nurses, 2008);

– *Nursing and Midwifery Human Resources for Health, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives* (2009).

Dokument *Standards for pre-registration nursing education* (NMC, 2010) poudarja ključne vsebine, ki so nadgradnja minimalnih standardov Direktive 2005 za dodiplomsko izobraževanje medicinskih sester v Veliki Britaniji, vključeni so tudi v posamezne področne standarde:

– Generične kompetence in specifične kompetence so prikazane na področjih: profesionalne vrednote, komunikacija, večine medsebojnega sodelovanja, klinično delovanje in odločanje, vodenje, management in timsko delo. Vsako področje kompetenc je zelo natančno opredeljeno.

– Izobraževanje je opredeljeno na ravni univerzitetnega izobraževanja.

– Minimalni čas trajanja program v obsegu 4600 ur je 3 leta, 17,5 % programa se lahko izvede v tujini. Izredni študij mora potekati 5 do 7 let. Izrednim študentom, ki delajo v zdravstveni negi, je omogočeno do 50% priznavanje programa.

– Študijski program mora vključevati etične, profesionalne in pravne vidike ter mora biti razvit na osnovi dokazov, ki so rezultat najnovejšega znanja, prakse, raziskovanja in tehničnih zahtev za delo v praksi. Uporabljajo se sodobni pristopi k učenju in med poklicno izobraževanje in učenje študentov.

– Klinično usposabljanje mora potekati na področjih, ki odražajo sestavo in delovanje zdravstvenega sistema. Največ 300 ur kliničnega usposabljanja (od 2300) se lahko izvaja v nadzorovanih in posebnih pogojih kot simulacije.

– Preverjanje znanja mora biti enakovredno na področju teorije in kliničnega usposabljanja.

Preverjanje znanja vključuje projektno delo, esejski pristop, pripravo portfolija, seminarsko delo, teste, izpite.

Standardi NMC (2010) vsebujejo deset vsebinskih poglavij:

– *Standard 1: Odgovornost izvajalcev študijskih programov za varnost uporabnikov storitev*: Potreben je jasen sistem odgovornosti za klinično usposabljanje, vzpostavljen in preverljiv sistem mentoriranja študentov, zapisani cilji in kompetence kliničnega usposabljanja po specifičnih področjih, vzpostavljen sistem preverjanja tveganj z vidika varnosti za študente in uporabnike storitev.

– *Standard 2: Enakost in različnost*: Izvajalci programov morajo zagotavljati javno dostopne informacije o programu, opredeliti dostopnost programa za osebe s posebnimi potrebami.

– *Standard 3: Izbor, sprejem v program, napredovanje v programu in zaključek programa*: V okviru selekcijskega postopka je treba preveriti zdravje in osebnostne lastnosti vpisanih ter morebitno kazensko odgovornost. Standard določa delež najnižjih točk, ki jih mora vpisani doseči na nacionalnih preverjanjih znanja pri splošnih in naravoslovnih vsebinah, da se sploh lahko vpiše v program.

– *Standard 4: Podpora študentom in učiteljem*: Klinični mentor mora biti študentu dostopen vsaj 40 % časa, ko je študent na kliničnem usposabljanju, študent mora biti kontinuirano spremljan in usmerjan v kliničnem okolju, mentorji morajo izpolnjevati standarde *Standards to support learning and assessment in practice* (NMC, 2010), ki so predpisani za to področje.

– *Standard 5: Struktura, načrt in organiziranje izvedbe študijskega programa*: Ustreznost učnih zavodov za izvedbo programa, klinično usposabljanje mora potekati v vsaj štiritedenskih neprekinjenih sklopih v drugem letniku in najmanj 12-tedenskem sklopu v tretjem letniku.

– *Standard 6: Učenje v kliničnem okolju*: Mentorji morajo biti usposobljeni po standardih, ki jih predpisuje NMC, področje kliničnega usposabljanja mora pokrivati vsa področja delovanja zdravstvenega sistema, kjer delujejo medicinske sestre. Klinično usposabljanje naj teče na način 24-urne obravnave in 7-dnevnega delovanja zdravstvenega varstva. Študent, ki ni dopolnil 18 let, ne sme vstopiti v klinično usposabljanje.

– *Standard 7: Izidi izobraževanja*: Študenti morajo dosegati določene standardne in generične kompetence. Študijski program naj ima dva mejnika, kjer se odloča o napredovanju študenta na osnovi doseženih kompetenc v kliničnem okolju, za kar prevzame odgovornost klinični mentor. Posamezni mejnik je natančno definiran.

– *Standard 8: Vrednotenje programa glede na cilje in kompetence*: Potrebna je redna samoevalvacija in zunanja evalvacija.

– *Standard 9: Viri*: Vodja programa mora biti

visokošolsko izobražena medicinska sestra, ki ima kvalifikacije za visokošolskega učitelja in licenco za izvajanje poklica, kar je opredeljeno v dokumentu *Standards to support learning and assessment in practice* (NMC, 2010), večino pedagoškega in raziskovalnega dela morajo izvajati učitelji zdravstvene nege, njihovo akademsko delo mora biti aplicirano na zdravstveno nego. Mentorstvo mora biti vzpostavljeno v skladu s standardi NMC.

– *Standard 10: Zagotavljanje kakovosti:* vključuje povratno informacijo od študentov, kliničnih mentorjev, učiteljev, učnih zavodov, kakovost in izvedba teoretičnega in praktičnega dela programa. Jasno morajo biti opredeljene manjše in večje spremembe programa, postopek samoevalvacije, poročilo o samoevalvaciji ipd.

Metode

Uporabljena je bila komplementarna kombinacija kvalitativnih metod konsenza (panelna skupina ekspertov, tehnika skupinskega konsenza) (Jones & Hunter, 1995; List, 2005), kvantitativna neeksperimentalna opisna metoda konsenza (metoda Delfi) (Jones & Hunter, 1995) in metoda pregleda literature.

Namen članka ni opisati rezultate posamezne faze razvoja smernic, temveč prikazati metodološki pristop in razvita vsebinska področja smernic.

Faze raziskovalnega procesa pri razvoju smernic

Raziskovalni proces je potekal v naslednjih fazah:

1. Pregled literature (januar 2013–november 2014), izdelava Smernic 1 (predlog 1).
2. Panelna skupina ekspertov 1, ki so razpravljali o prvem predlogu smernic (november 2014), vključene so bile fakultete, ki so bile članice Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego (RSK ZN) v mandatnem obdobju do decembra 2014.
3. Izdelan predlog Smernice 2, sledila je Panelna skupina ekspertov 2, ki je vključevala člane kateder štirih fakultet (december 2014–januar 2015) z uporabo tehnike skupinskega konsenza, ki so podale predloge dopolnitev.
4. Kvalitativna analiza besedila predlogov kateder (februar 2015), ugotovljena so bila odstopanja v stališčih na naslednjih področjih:
 - zdravniško potrdilo za opravljanje poklica;
 - vloga visokošolskega učitelja pri opravljanju postopkov v kliničnih okoljih;
 - javna dostopnost do opisov vsebin predmetov v študijskem programu;
 - potrebnost vključitve kliničnega usposabljanja na terciarni ravni;
 - število ur v simuliranih okoljih in vključitev letih v ure kliničnega usposabljanja;
 - razmerje klinični mentor in študent;
 - nadzor kliničnega usposabljanja s strani

visokošolskih učiteljev na visokošolskih zavodih.

5. Izdelava predloga Smernice 3, ki je bil poslan v razpravo strokovni javnosti z uporabo metode Delfi (marec–april 2015) (Skela-Savič, 2015). Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje po tehniki »snežne kepe« ($n = 93$). Izdelan je bil strukturiran vprašalnik z osmimi vsebinskimi sklopi in 69 vprašanji oziroma trditvami/stališči do izobraževanja v zdravstveni negi. Na koncu vprašalnika je bilo sedem demografskih vprašanj. Vsako vprašanje je dopuščalo poleg zaprtega odgovora še možnost vnosa predloga s strani anketiranca. Dosežena je bila visoka zanesljivost instrumenta pri vseh vsebinskih sklopih. Dosežen je bil konsenz na razponu strinjanja med 51 in 70 %. Ker smo uporabili lestvico od 1 do 5, kjer je 3 pomenilo nevtralnno, smo za razpon strinjanja med 51 in 70 % določili povprečne vrednosti med 4,02 in 4,40.

6. Analiza rezultatov, predstavitev rezultatov raziskave Delfi na posvetu Moja kariera Quo Vadis v maju 2015, Smernice izobraževanja v zdravstveni negi za program prve stopnje Zdravstvena nega (VS). Na posvetu je potekala okrogla miza. Rezultati raziskave Delfi in razprava na Panelni skupini ekspertov 3 – okrogla miza posveta je bila osnova za oblikovanja predloga Smernice 4.

7. Predlog Smernice 4 je bil poslan v usklajevanje strokovni javnosti – tehnika skupinskega konsenza (vsi visokošolski zavodi, Zbornica - Zveza, Stalna delovna skupina za bolnišnično zdravstveno nego pri Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego (RSKZN), NAKVIS, junij–september 2015).

8. Analiza pridobljenih mnenj po tehniki skupinskega konsenza.

9. Izdelan končni predlog smernic, poslan v obravnavo na RSKZN in Strateški svet za zdravstveno in babiško nego na Ministrstvu za zdravje, november 2015. Uporabljena tehnika skupinskega konsenza.

10. Pristojna ministrstva, strokovna javnost in študenti so seznanjeni s smernicami v obliki osebne predstavitve, pisnega obveščanja, objave v nacionalni reviji, posvetih, sestankih dekanov ipd.

11. Dogovorjeni so roki za implementacijo smernic v praksi.

Rezultati

Rezultati temeljijo na pregledu literature in mednarodnih dokumentov na obravnavanem področju. Po pregledu literature je bilo izvedenih šest iteracij z metodami konsenza, in sicer trije paneli ekspertov, enkrat neeksperimentalna opisna raziskava Delfi in dvakrat tehnika skupinskega konsenza. V celotnem procesu razvoja smernic je po metodi »snežne kepe« in po metodi institucijske pripadnosti sodelovalo več kot 150 strokovnjakov na področju zdravstvene nege, od tega 18 študentov zdravstvene nege (visoko šolstvo, zdravstveni zavodi). Prepoznanih je bilo 8 vsebinskih področij smernic.

Smernice po vsebinskih področjih

Akreditacija študijskega programa

Izhodišča za akreditacijo študijskega programa morajo poleg minimalnih standardov za akreditacijo vključevati širše vidike usklajenosti študijskega programa. Študijski program Zdravstvena nega (VS) mora biti usklajen z naslednjim:

- aktualno direktivo EU, ki ureja izobraževanje za poklic (v času sprejema smernic Direktivi 2005/36/EC in 2013/55/EU),
- Zakonom o visokem šolstvu Republike Slovenije (RS) in podzakonskimi akti na tem področju,
- merili za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov v okviru Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu v RS (NAKVIS, 2014) oziroma veljavnimi merili,
- merila za kreditno vrednotenje študijskih programov po ECTS (NAKVIS, 2010a) oziroma veljavnimi merili,
- Resolucijo nacionalnega programa razvoja visokega šolstva 2011–2020 oziroma veljavno resolucijo na tem področju,
- načeli etike v poklicu – Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica - Zveza, 2014) oziroma veljavnim kodeksom,
- nacionalnimi potrebami po kadrih v zdravstveni negi (odgovornost za izračun nacionalnih potreb nosi Ministrstvo za zdravje), ki naj ne bodo starejše od petih let in so usklajene z demografskimi potrebami, potrebami zdravstvenega sistema in potrebami v razvoju stroke zdravstvene nege,
- Strategijo razvoja zdravstvene nege v Sloveniji za obdobje 2011–2020 oziroma veljavno strategijo razvoja (Kadivec, et al., 2013),
- dejanskimi zmožnostmi za izvedbo študijskega programa v kliničnih okoljih, ki jih preverja NAKVIS,
- v primeru da je visokošolski zavod član univerze, mora biti študijski program usklajen tudi z univerzitetnimi pravili in navodili na področju akreditacije študijskih programov.

Študijski program Zdravstvena nega (VS) sodi na področje reguliranih poklicev, zato mora poleg zgoraj navedenega slediti še aktualnim mednarodnim smernicam na področju izobraževanja v zdravstveni negi, kot so usmeritve ICN, WHO, EFN ter vplivnih nacionalnih združenj, ki oblikujejo mednarodno priznane smernice na področju zdravstvene nege, kot so NMC, Royal College of Nursing (RCN), v delu, ki se lahko prenese na sistem izobraževanja v Sloveniji. Te usmeritve je potrebno razumeti kot nadgradnjo minimalnih zahtev, ki so predpisane v veljavni direktivi EU za regulirane poklice, in jih uvesti v naš izobraževalni sistem postopno.

Študijski program Zdravstvena nega (VS) se akreditira glede na predhodno opredeljene potrebe po

diplomantih v RS in ugotovljene zmožnosti za izvedbo pedagoškega procesa. Nacionalne potrebe po kadrih v zdravstveni negi naj ne bodo starejše od petih let in naj bodo usklajene z demografskimi potrebami, potrebami zdravstvenega sistema in potrebami v razvoju stroke zdravstvene nege. Načrt vpisnih mest za redni in izredni študij, ki izhaja iz omenjenih potreb, naj bo načrtovan za najmanj obdobje petih let in reguliran s strani Ministrstva za zdravje ter reprezentativnega nacionalnega združenja na področju zdravstvene nege, Zbornica - Zveza. Posebno področje presoje morajo biti število in usposobljenost visokošolskih učiteljev na področju zdravstvene nege, število učnih zavodov in njihove zmogljivosti za klinično usposabljanje, število kliničnih mentorjev in področje kliničnega usposabljanja.

Akreditirani visokošolski zavodi naj izvajajo redni študij in glede na nacionalno opredeljene potrebe po diplomantih tudi izredni študij. Izvedba izrednega študija mora potekati v skladu z Direktivo 2005/36/EC in njenimi dopolnitvami 2013/55/EU oziroma aktualno veljavno direktivo EU, kar za prostor RS pomeni podaljšanje časa izvedbe izrednega študija na 4,5 ali 6 let. Izvedba izrednega študija mora potekati v enakem obsegu kot redni študij. Študentom je treba omogočiti priznavanje študijskih obveznosti v skladu z direktivo EU in nacionalno zakonodajo.

Nacionalno združenje na področju zdravstvene nege Zbornica - Zveza, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in šport in drugi deležniki (regijska društva Zbornice - Zveze, občine ipd.), ki podajo soglasje k akreditaciji ali mnenje o akreditaciji, morajo prevzeti odgovornost za izdajo mnenja/soglasja/podpore k akreditaciji študijskega programa. Le-to mora biti usklajeno z nacionalno strategijo razvoja zdravstvene nege, mednarodnimi smernicami in utemeljenimi nacionalnimi potrebami po kadrih in študijskih programih ter vzpostavljenimi pogoji za izvedbo študijskega programa. Mnenje o programu in soglasje k akreditaciji se lahko poda le na osnovi razširjenega povzetka oddane vloge, ki je pripravljena po Merilih NAKVIS-a za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov.

Visokošolski zavod mora imeti zaposlene visokošolske učitelje zdravstvene nege, ki izvajajo teoretični del programa in prevzemajo odgovornost za organiziranje in izvajanje kliničnega usposabljanja. V izvajanje teoretičnih vsebin študijskega programa v obliki predavanj, seminarjev in vaj se vključujejo tudi visokošolski učitelji iz kliničnih okolij, ki pa morajo biti ustrezno habilitirani za vključitev v pedagoški proces. Visokošolski zavod mora zagotavljati takšno kadrovsko strukturo, da se poleg izvedbe študijskega programa zagotavlja pogoje za raziskovalno in razvojno delo, ki predstavlja osnove za izboljševanje in nadgradnjo pedagoških vsebin.

Zaradi obsega obveznih ur izobraževanja, ki je naveden v 31. členu Direktive 2013 – »Usposabljanje

medicinskih sester za splošno zdravstveno nego zajema skupno vsaj tri leta študija, ki je lahko dodatno izražen z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS in ga sestavlja vsaj 4600 ur teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega usposabljanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja« – ter zaradi opredeljenih sposobnosti in kompetenc študijskega programa v tem členu naj se študij podaljša s tri na štiri leta, prav tako naj se študijski program preoblikuje v univerzitetni študij na prvi bolonjski stopnji. Glede na sedanji potek študija je obremenitev študentov z neposredno pedagoško obveznostjo nadpovprečna in presega pričakovane standarde v RS. Preoblikovanje študija glede na dolžino trajanja je bilo izvedeno že v večini držav EU in OECD.

Vpis v študijski program

Vpis v študij zdravstvene nege v Sloveniji naj se izvaja po 31. členu Direktive 2013, odstavek (a), kar je usklajeno tudi s pristopnimi pogoji za vstop Slovenije v EU. 31. člen (a) Direktive 2013: »Zaključeno dvanajstletno splošno izobraževanje, potrjeno z diplomom, potrdilom ali drugim dokazilom, ki ga izdajo pristojni organi ali telesa v državi članici, ali s potrdilom o opravljenem izpitu enakovredne ravni, ki omogoča sprejem na univerzo ali visokošolske ustanove s priznano enakovredno ravno.«

Za Slovenijo to pomeni končano srednješolsko splošno izobraževanje na peti ravni Evropskega kvalifikacijskega okvira, ki omogoča vpis na visokošolske programe (VS) in v prihodnosti tudi na UNIV-program iz zdravstvene nege.

Dosedanji pogoj za vpis, to je dokončanje srednje zdravstvene šole, ni skladen z Direktivo 2013 in tudi ne s predhodno Direktivo 2005, zato naj visokošolski zavodi vpisne pogoje v delu, ki sprejetim študentom na program Zdravstvena nega (VS) predpisujejo opravljanje »Propedevtičnega programa« kot obvezni del vpisnih pogojev na program Zdravstvena nega (VS), umaknejo kot vpisni pogoj. Vsebine, ki jih študenti potrebujejo za lažji začetek študija in razumevanje zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu, naj visokošolski zavodi urejajo samostojno, v obliki diferencialnega predmeta prvega letnika, opravljen predmet se vpiše v prilogo k diplomu. Visokošolski zavod samostojno določi pogoje za izvedbo predmeta.

V prehodnem obdobju je potrebno vzpostaviti pogoje za vpis, ki bodo skladni z Direktivo 2013, kar pomeni, da mora imeti študent končano predhodno srednješolsko izobraževanje splošnih smeri. Le-to naj bo izhodišče, da se srednješolski program zdravstvene smeri prilagodi tej zahtevi in program dopolni s povečanjem ur na predmetih splošnega srednješolskega izobraževanja ter da se dijakom omogoči opravljanje mature na način, da se bodo ob preoblikovanju VS-programa v UNIV, lahko vpisali na UNIV-program v

Sloveniji. Na ta način bo dijakom teh smeri omogočeno dobro napredovanje v študijskem programu in bodo vpisni pogoji na študij zdravstvene nege skladni z Direktivo 2013 in mednarodno primerljivi.

Vpisne pogoje za študij zdravstvene nege na ravni prve stopnje moramo v RS poenotiti z vidika potrebnosti zdravniškega potrdila o zdravstveni usposobljenosti za opravljanje poklica (obrazec DZS 8,204, sistematski pregled v dispanzerju Medicine dela, prometa in športa). Dobro zdravje (fizično in psihično) je navedeno kot usmeritev v smernicah za izobraževanje v zdravstveni negi v EU in razvitem svetu (NMC, 2010) in ga je treba upoštevati kot vpisni pogoj za študij zdravstvene nege tudi v RS. Treba je poenotiti zdravstvene kriterije, na osnovi katerih dispanzer Medicine dela, prometa in športa presoja sposobnosti za opravljanje poklica.

Vpisne pogoje je z vidika zdravstvene usposobljenosti študenta in diplomanta treba poenotiti tudi z vidika prehajanja diplomantov v EU, saj lahko države članice v okviru priznavanja poklicnih kvalifikacij v skladu s Prilogo VII, točka e, zahtevajo dokument o preverjenem telesnem ali duševnem zdravju diplomanta.

Strokovni naslov diplomanta

Strokovni naslov diplomanta se za ženski spol spremeni v diplomirana zdravstvenica (dipl. zn.). Dokler sprememba ni potrjena s strani Ministrstva za zdravje, se uporablja naziv dipl. m. s. za ženski spol, dipl. zn. za moški spol.

Dostopnost javnih informacij o študijskem programu

Izvajalec študijskega programa mora zagotavljati javno dostopne informacije o programu, kar vključuje:

- v skladu z Merili NAKVIS za akreditacijo študijskih programov: splošne podatke o programu, stopnja, vrsta in trajanje programa;
- splošne in specifične kompetence programa;
- predmetnik programa po študijskih letih, ovrednoten z ECTS za vsak predmet in skupaj po letnikih in skupaj po letih, razvidne morajo biti vse oblike in ure izvedbe posameznega predmeta (neposredne kontaktne ure, individualno delo študenta), nosilci in izvajalci predmeta z navedenimi habilitacijskimi nazivi, priporoča se link na bibliografijo nosilcev in izvajalcev;
- glede na Direktivo 2013, člen 31, točka 3, morajo biti iz javno objavljenega študijskega programa razvidni naslednji podatki: leta študija, ure neposredne pedagoške obveznosti v obliki teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega usposabljanja predstavlja vsaj tretjino od 4600 ur, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja, to je najmanj 2300 ur;

- priznavanje obveznosti za študente, ki so se delno usposabljali v programih usposabljanja, ki so vsaj enakovredne ravni (Directive 2013/55/EU, 2013, 31. člen, točka 3);
- vsak predmet mora imeti javno objavljen povzetek učnega načrta z navedbo ciljev, predmetno specifične kompetence, obvezno in priporočljivo literaturo, pogoje za opravljanje študijskih obveznosti in način preverjanja znanja;
- v skladu z veljavno direktivo EU (Direktive, 2013) morajo biti razvidna vsa področja teoretičnega in praktičnega usposabljanja po predmetih, število ur neposredne pedagoške obveznosti (predavanja, seminarji, seminarske vaje, klinične vaje v simuliranih pogojih, klinično usposabljanje), področja kliničnega usposabljanja, cilji in kompetence po področjih usposabljanja, vključena morajo biti vsa področja usposabljanja po Direktivi 2013 (Priloga V/5.2.1.), ki morajo biti prilagojena na tri ravni slovenskega sistema zdravstvenega varstva z vidika zahtevnosti zdravstvene obravnave po predpisanih področjih usposabljanja, razvidna morajo biti področja usposabljanja, ki so značilna za slovenski zdravstveni sistem;
- seznam učnih zavodov, kjer se klinično usposabljanje izvaja, število kliničnih mentorjev za izvedbo kliničnega usposabljanja;
- navedeni morajo biti podatki o akreditaciji, veljavnost akreditacije in informacija, ali ima visokošolski zavod namen podaljšati akreditacijo študijskega programa;
- navedeni morajo biti podatki o vpisu študijskega programa v Razvid visokošolskih zavodov in študijskih programov na Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport;
- javno mora biti objavljeno število vpisnih mest v program in razpisana prosta mesta na posameznih vpisnih rokih.

Odgovornost izvajalcev študijskih programov za varnost uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev ter varnost študentov

Visokošolski zavod mora imeti jasen sistem odgovornosti za izvedbo pedagoškega procesa, zlasti na področju kliničnega usposabljanja, kjer je študent vključen v neposredno zdravstveno obravnavo. Sistem odgovornosti vključuje: vzpostavljen in preverljiv sistem mentoriranja študentov na kliničnem usposabljanju, zapisane cilje in kompetence kliničnega usposabljanja po specifičnih področjih ter evalvacijo le-teh in splošnih kompetenc študijskega programa, vzpostavljen sistem preverjanja tveganj z vidika varnosti za študente in uporabnike storitev.

Smernice za zagotavljanje kakovosti in varnosti na področju kliničnega usposabljanja:

- Visokošolski zavod mora pred vstopom študenta v klinično okolje zagotoviti učenje in usposabljanje v simuliranem okolju, ki mora vključevati preverjanje znanja kot pogoj za vstop v neposredno delo v kliničnem okolju.

- Visokošolski zavod mora zagotoviti, da vključevanje študentov v neposredno delo s pacienti ne povzroča tveganja za varnost pacientov.

- Visokošolski zavod naj ima izdelana pravila ali navodila za študente, koordinatorje kliničnega usposabljanja in klinične mentorje, v katerih je razvidna odgovornost študentov, koordinatorjev in kliničnih mentorjev in so v pomoč vsem pri izvajanju kliničnega usposabljanja.

- Visokošolski zavod mora znati oceniti vpliv usposabljanja študentov na klinično delo in spoštovati pravico in presojo učnih zavodov, da preveliko število študentov v kliničnem okolju odklonijo z vidika varnosti pacientov in tudi z vidika pomanjkanja usposobljenih kliničnih mentorjev.

- Visokošolski zavod mora slediti smernicam in standardom na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu v RS ter jih vnašati v pedagoški proces in delo s študenti v kliničnih okoljih.

- Visokošolski zavod mora poleg pridobivanja strokovnih znanj in veščin posebno pozornost nameniti razvoju ustreznih osebnostnih značilnosti, lastnosti študentov, profesionalnih vrednot in poklicne etike za delo z uporabniki zdravstvene obravnave. Ta dimenzija razvoja študenta mora biti del ocenjevanja uspešnosti študentov na kliničnem usposabljanju.

- Visokošolski zavod mora imeti izdelan proces kliničnega usposabljanja tako, da so vzpostavljeni sistemi za zaščito uporabnikov, kjer je možno takoj ukrepati, če študenti nimajo ustreznega nadzora ali če se pojavi dvom v kakovost dela študenta.

- Študentu, ki ne dosega pričakovanih kompetenc na kliničnem usposabljanju in predstavlja nevarnost za uporabnike storitev, se klinično usposabljanje prekine. Oceno podajo klinični mentor, odgovorna oseba učnega zavoda in visokošolski učitelj visokošolskega zavoda.

- Visokošolski zavod mora zagotoviti, da študenti in klinični mentorji razumejo svoje odgovornosti in vedo, kaj storiti, če obstaja nevarnost za uporabnike.

- Visokošolski zavod naj izdela standard odgovornosti in kompetenc po področjih kliničnega usposabljanja na ravni visokošolskega zavoda, vidiki odgovornosti so: visokošolski zavod, učni zavod, študent, visokošolski učitelj, visokošolski strokovni sodelavec, koordinator kliničnega usposabljanja, klinični mentor.

- Znanje in veščine na področju varnosti pacientov naj bodo eden od elementov ocenjevanja uspešnosti študenta na kliničnem usposabljanju.

Pogoji in izvedba kliničnega usposabljanja

Smernice za izvedbo kliničnega usposabljanja:

- Klinično usposabljanje mora biti izvedeno v skladu z urami, ki jih predpisuje Direktiva 2013.

- Klinični mentor mora biti študentu dostopen vsaj 40 % časa na dan, ko je študent na kliničnem usposabljanju, študent mora biti kontinuirano

spremljan in usmerjan v kliničnem okolju. Izvajalci kliničnega usposabljanja morajo zagotoviti, da študenti delajo pod neposrednim ali posrednim mentorstvom ves čas kliničnega usposabljanja.

– Priporočeni kadrovski normativ za klinično usposabljanje je 1 študent/1 klinični mentor. Na področjih, kjer je prisotno pomanjkanje kliničnih mentorjev, je sprejemljiv standard 2 študenta/1 klinični mentor, vendar naj tak kadrovski standard ne presega več kot polovice ur kliničnega usposabljanja.

– Razmerje med urami teoretičnega in kliničnega usposabljanja na ravni vsakega študijskega leta naj ne bo manj kot 40 % in ne več kot 60 %.

– Študent, ki ni dopolnil 18 let, ne more vstopiti v klinično usposabljanje.

– Mentorji morajo izpolnjevati minimalne zahteve za izvajanje kliničnega mentorstva, ki jih predpiše visokošolski zavod in vključujejo: pogoje za prevzem del in nalog kliničnega mentorja (vsaj tri leta delovnih izkušenj na področju, kjer se izvaja mentorstvo, aktivno delovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege znotraj ali izven zdravstvenega zavoda), naloge in odgovornosti kliničnega mentorja, obveznosti visokošolskega zavoda, pogostost potrebnega izobraževanja in usposabljanja ipd.

– Habilitacija v naziv strokovni sodelavec ni pogoj za izvajanje kliničnega mentorstva v učnem zavodu.

– Klinični mentor mora biti ustrezno pripravljen na delo s študenti, odgovornost za izobraževanje kliničnih mentorjev mora prevzeti visokošolski zavod, usposabljanja morajo potekati kontinuirano, vsaj 1x na letni ravni. Posebno pozornost je na ravni vsakega novega študijskega leta treba nameniti mentorjem začetnikom.

– Študent mora pri delu v kliničnem okolju imeti podporo s strani kliničnega mentorja, koordinatorja kliničnega usposabljanja iz visokošolskega zavoda in študenta tutorja.

– Klinično usposabljanje mora potekati na vseh področjih, ki jih predpisuje Direktiva 2013, in tudi na področjih, ki so specifična za zdravstveni sistem Slovenije (primarna, sekundarna in terciarna raven). Minimalno število ur, ki jih študent mora opraviti na predpisanih študijskih področjih je 160 ur ali 4 tedni.

– Pogoj za izvedbo kliničnega usposabljanja v učnem zavodu je status učnega zavoda v RS, pridobljen na Ministrstvu za zdravje.

– Klinično usposabljanje mora vključevati preverjanje znanja in mora biti ocenjeno tako, kot se preverja znanje pri teoretičnih predmetih, ter mora biti pogoj za vpis v višji letnik študija.

– Klinično usposabljanje naj v 2. in 3. letniku poteka v daljših časovnih sklopih, vključuje naj izmensko delo in obdobje vikenda, vendar največ v obsegu 40 ur na teden.

– Visokošolski zavod je odgovoren za sprotno in končno evalvacijo kliničnega usposabljanja.

– Visokošolski zavod mora imeti koordinatorje

kliničnega usposabljanja na posameznih področjih usposabljanja in koordinacijo kliničnega usposabljanja na ravni VZ.

– Visokošolski zavod mora imeti sklenjeno pogodbo z učnim zavodom za izvedbo usposabljanja, kjer se opredeli odgovornosti obeh partnerjev. Pogodba naj kot priloga vsebuje seznam študentov, ki bodo izvajali klinično usposabljanje po skupinah in seznam kliničnih mentorjev, ki bodo vključeni v mentorstvo študentom.

Kompetence študijskega programa (splošne in specifične)

Študijski program se mora izvajati na ustrezni akademski ravni in mora biti na dokazih podprt. Kompetence programa morajo biti na ravni visokošolskega študija, skladno s šesto ravnjo Evropskega kvalifikacijskega okvira. Splošne in specifične kompetence morajo z vidika strokovnih vsebin obsegati najmanj minimalna znanja, veščine in sposobnosti 31. člena Direktive 2013 in morajo biti usklajene z nacionalnimi kompetencami za poklic ter z delodajalci.

Znanja in veščine po Direktivi 2013, 6. odstavek:

(a) »celovito poznavanje ved, na katerih temelji splošna zdravstvena nega, vključno z zadostnim razumevanjem strukture, fizioloških funkcij in vedenja zdravih in bolnih oseb, pa tudi odnosa med zdravstvenim stanjem človeka ter njegovim fizičnim in socialnim okoljem;

(b) poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege;

(c) ustrezne klinične izkušnje; pridobivanje teh izkušenj, ki bi se moralo izbrati glede na njihovo vrednost za usposabljanje, bi moralo spremljati usposobljeno osebje medicinskih sester ter potekati na krajih, kjer je dovolj usposobljenega osebja in oprema, primerna za zdravstveno nego bolnikov;

(d) sposobnost za sodelovanje pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja in izkušnje pri delu s tem osebjem;

(e) izkušnje pri delu z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju«.

Sposobnosti:

(a) »sposobnost samostojno ugotoviti, kakšna zdravstvena nega je potrebna, z uporabo obstoječega teoretičnega in kliničnega znanja, ter načrtovati, organizirati in izvajati zdravstveno nego pri zdravljenju bolnikov na osnovi znanja in veščin, pridobljenih v skladu s točkami (a), (b) in (c) 6. odstavka, da bi se izboljšala poklicna praksa;

(b) sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji v zdravstvenem sektorju, vključno s sodelovanjem pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja na osnovi znanja in veščin, pridobljenih v skladu s točkama (d) in (e) 6. odstavka;

(c) sposobnost usposabljanja posameznikov, družin

in skupin za zdrav način življenja in samopomoč na osnovi znanja in veščin, pridobljenih v skladu s točkama (a) in (b) 6. odstavka;

(d) sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč;

(e) sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje;

(f) sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati;

(g) sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju;

(h) sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege s ciljem izboljšanja svoje poklicne prakse kot medicinske sestre za splošno zdravstveno nego« (Directive 2013/55/EU, 2013).

Potrebno je usklajeno delovanje visokošolskih zavodov na področju splošnih in specifičnih kompetenc poklica. Poleg Direktive 2013 je smiselno upoštevati še druge mednarodne usmeritve, kot so NMC (2010), Tuning Educational Structures in Europe (2010), EFN matrika kompetenc (2014) in usmeritve EFN za implementacijo Direktive 2013 (EFN, 2014), ki pripomorejo k razumevanju in umestitvi kompetenc na ravni dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja.

Kakovost izvedbe študijskega programa

Potrebno je vrednotenje programa glede na cilje in kompetence na način redne samoevalvacije in zunanje evalvacija. Priporoča se naslednje:

– Spremljanje kakovosti dela glede na minimalne standarde, ki so zapisani v Direktivi EU, Zakon o visokem šolstvu (ZViS), smernicah NAKVIS-a, Resoluciji nacionalnega programa razvoja visokega šolstva 2011–2020 (ReNPRVŠ 2011–2020), mednarodnih usmeritvah in priporočilih, sprejete smernice za izobraževanje na nacionalni ravni in lastne postavljane kazalnike kakovosti na ravni visokošolskega zavoda ali univerze.

– Visokošolski zavod mora stremeti k mednarodni primerljivosti izvajanja študijskega programa in uvajati sodobne pristope k učenju.

– Visokošolski zavod mora izvesti vsaj en nenapovedan nadzor teoretičnega in praktičnega usposabljanja na študijsko leto.

– Visokošolski zavod mora zagotavljati redne samoevalvacije, iskati priložnosti za izboljšave in graditi mehanizme za razvoj dobre prakse na področju pedagoškega dela, ki je podprto z dokazi.

– Preverjanje znanje študentov mora zajemati vsa področja programa, cilje in kompetence tako teoretične izvedbe programa kot kliničnega usposabljanja, klinični mentorji morajo biti usposobljeni za spremljanje napredka pri študentu in preverjanje znanja.

– Visokošolski zavod mora imeti izdelane lastne standarde dela tako na področju teoretične in

praktične izvedbe študijskega programa, ki so skladni najmanj z minimalnimi zahtevami veljavne direktive EU, nacionalno zakonodajo in nacionalnimi smernicami.

– Visokošolski zavod mora skrbeti za kontinuiran profesionalni razvoj visokošolskih učiteljev, visokošolskih strokovnih sodelavcev in kliničnih mentorjev.

– Merila za habilitacijo vseh izvajalcev študijskega programa morajo biti usklajena z Minimalnimi standardi za izvolitev v nazive visokošolskih učiteljev, znanstvenih delavcev in visokošolskih sodelavcev na visokošolskih zavodih (NAKVIS, 2010b). Visokošolski zavod mora v Merilih za izvolitev v naziv natančno opredeliti temeljne in splošne minimalne standarde za naziv predavatelj, saj je ta naziv vstopni pogoj za učenje na visokošolskem strokovnem študijskem programu. Zlasti je pomembna opredelitev usposobljenosti za strokovno delo, ki se izkazuje z objavami. Deseti člen Minimalnih standardov NAKVIS namreč navaja, da kandidat izkazuje usposobljenost za strokovno delo z dokumentiranimi objavami znanstvenih in strokovnih del, dokumentiranimi raziskovalnimi in strokovnimi dosežki, dokumentiranim sodelovanjem pri znanstvenih ali strokovnih projektih, podeljenimi patenti in drugimi dokumentiranimi dosežki, ki se na področju posamezne stroke štejejo za dokaz izvirnosti in kakovosti. Navedbe v Minimalnih standardih NAKVIS so dovolj natančne, da visokošolski zavodi podrobneje določijo pogoje za naziv predavatelj. Usposobljenost na področju izvolitve v naziv se tako glede na 15. člen Minimalnih standardov NAKVIS izkazuje:

- z ustrežno bibliografijo na področju, za katero želi kandidat biti izvoljen,
- z dokazili o uspešnem sodelovanju v mednarodnem prostoru,
- z dokazljivimi navedki v znanstveni literaturi in
- s pozitivnimi ocenami poročevalcev.

– Visokošolski zavod naj ima raziskovalno skupino, ki jo sestavljajo visokošolski učitelji zdravstvene nege, njihova raziskovalna uspešnost je razvidna v sistemu Slovenian Current Research Information System (SICRIS), seštevek A.

– Visokošolski zavod mora dati svoj prispevek pri razvoju stroke na državni ravni, na področju katere ima akreditiran študijski program.

– Izvajalci študijskega programa morajo biti večinsko visokošolski učitelji zdravstvene nege. Visokošolski učitelji strokovnih predmetov na področju zdravstvene nege morajo delovati v kliničnih okoljih ali biti v tesni povezavi s kliničnim okoljem prek mentorstva pri kliničnem usposabljanju.

– Visokošolski zavod, ki izvaja študijski program Zdravstvena nega (VS), mora v vodstvu zavoda na prvi stopnji vodenja imeti predstavnika iz zdravstvene nege (dekan, prodekan, vodja oddelka za zdravstveno nego).

Zaključek – umestitev smernic v prakso

Smernice so dobro izhodišče za poenotenje visokošolskega izobraževanja na področju zdravstvene nege v RS. Dajejo osnove za presojo kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi in so podlaga tudi za politiko, ki mora prevzeti odgovornost na ravni količine in kakovosti visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Smernice sta novembra 2015 potrdila RSKZN in Strateški svet za zdravstveno in babiško nego. Predlog predlagatelj je, da imajo visokošolski zavodi od sprejetja smernic tri leta časa, da jih prenesejo v prakso. Ministrstvu za zdravje, Ministrstvu za visoko šolstvo in NAKVIS-u bo predlagano, da smernice vključijo v različne razprave, presoje in odločitve o ustanavljanju visokošolskih zavodov in akreditacije študijskih programov na področju zdravstvene nege. Smernice bodo predstavljene tudi na Zdravstvenem svetu s ciljem razumevanja potreb po ureditvi tega področja v RS in celostni ureditvi izobraževanja v zdravstveni negi na vseh ravneh v RS.

Zahvala

Zahvaljujemo se vsem sodelujočim pri pripravi smernic:

– Panelna skupina ekspertov 1 za pregled prvega osnutka smernic: dr. Klavdija Čuček Trifkovič, mag. Vida Gönc, dr. Andreja Kvas, Andreja Mihelič Zajec, Doroteja Rebec, mag. Tamara Štamberger Kolnik, dr. Brigita Skela-Savič, Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlovič, Marta Smodiš.

– Panelna skupina ekspertov 2, ki je vključevala člane kateder za zdravstveno nego naslednjih fakultet: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani.

– Sodelujoči v raziskavi Delfi.

– Panelna skupina ekspertov 3, ki je vključevala vabljene strokovnjake na dve okrogli mizi posveta »Moja kariera Quo Vadis« v maju 2015: dr. Marija Zaletel, dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar, dr. Darja Barlič Maganja, Jože Prestor, dr. Saša Kadivec, Nataša Čermelj, mag. Dragica Blatnik, Robertina Benkovič, Danijela Pušnik, mag. Marija Milavec Kapun, Jasmina Nerat, Sedina Kalender Smajlovič, Rade Pribaković Brinovec, Jožica Čampa, Helena Skočir, mag. Breda Koban, dr. Alenka Bračček Lalič, mag. Zdenka Tičar.

– Sodelujoči visokošolski zavodi in druge organizacije, ki so se odzvali na poziv k sodelovanju pri usklajevanju končnega predloga smernic (tehnika skupinskega konsenza): Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem, Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene

vede Novo mesto, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Stalna delovna skupina za bolnišnično zdravstveno nego pri Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego.

Izjava o financiranju projekta

Projekt »Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi za študijski program prve stopnje Zdravstvena nega (VS)« je bil izveden v okviru projekta »Kontinuiran razvoj sistema kakovosti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ) za doseganje mednarodne odličnosti visokošolskega izobraževanja na področju zdravstva« (OP RCV-VS-12-29), trajanje 2012–2015. MIZŠ, Javni razpis za vzpostavitev sistema zagotavljanja kakovosti na visokošolskih zavodih v Republiki Sloveniji v letih 2012–2015 v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013, razvojne prioritete 3. »Razvoj človeških virov in vseživljenjskega učenja«, prednostne usmeritve 3.3, »Kakovost, konkurenčnost in odzivnost visokega šolstva«.

Literatura

Aiken, L.H., Sloane, D.S., Cimiotti, J.P., Clarke, S.P., Flynn, L. & Seago, J.A., 2010. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), pp. 904–921.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x>

PMid:20403061; PMCID:PMC2908200

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Albreht, T., 2005. *Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Albreht, T. & Pribaković Brinovec, R., 2012. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami v RS – metodološka izhodišča za nadgradnjo raziskave iz leta 2005. In: Skela-Savič, B. ed. *Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti, 5. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis*, Ljubljana, 13. 3. 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 56–61.

Blegen, M.A., Goode, C.J., Spetz, J., Vaughn, T. & Park, S.H., 2011. Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. *Medical Care*, 49(4), pp. 406–414. PMid:21407034

Buchan, J. & Black, S., 2011. The impact of pay increases on nurses' labour market: a review of evidence from four OECD countries. *OECD Health Working Papers*, No. 57.

<http://dx.doi.org/10.1787/5kg6jwn16tjd-en>

Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, L 255, pp. 22–142. Available at: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF> [2. 12. 2015].

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].

EFN Workforce Committee, 2014. *EFN matrix on the 4 categories of the nursing care continuum*. EFN Workforce Committee.

EU-Project: creating a pilot network of nurse educators and regulators (SANCO/1/2009) - Final report, 2014.

ICN, International Council of Nurses, 2008. *Nursing Care Continuum and Competencies*. Geneva: International Council of Nurses.

Jones, J. & Hunter, D., 1995. Qualitative research: consensus methods for medical and health service research. *British Medical Journal*, 311(7001), pp. 376–380. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376> PMID:7640549; PMCID:PMC2550437

Kadivec, S., Skela-Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97–112.

List, D., 2005. *The consensus group technique. a users' manual*. Wellington: Original Books.

NAKVIS, 2010a. *Merila za kreditno vrednotenje študijskih programov po ECTS*. NAKVIS. Available at: <http://test.nakvis.si/sl-SI/Content/Details/4> [2. 12. 2015].

NAKVIS, 2010b. *Minimalni standardi za izvolitev v nazive visokošolskih učiteljev, znanstvenih delavcev in visokošolskih sodelavcev na visokošolskih zavodih*. NAKVIS. Available at: <http://test.nakvis.si/sl-SI/Content/Details/4> [28. 10. 2015].

NAKVIS, 2014. *Merila za akreditacijo in zunanjo evalvacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov v RS*. NAKVIS. Available at: <http://test.nakvis.si/sl-SI/Content/Details/4> [3. 4. 2015].

Needleman, J., Buerhaus, P., Shane Pankratz, V., Leibson, C.L., Stevens, S.R. & Harris, M., 2011. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), pp. 1037–1045. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1001025> PMID:21410372

NMC, Nursing and Midwifery Council, 2010. *Standards for pre-registration nursing education*. Available at: <http://www.nmc.org.uk/standards/additional-standards/standards-for-pre-registration-nursing-education/> [28. 10. 2013].

Nursing and midwifery human resources for health: global standards for the initial education of professional nurses and midwives, 2009. Geneva: World Health Organization.

Prestor, J., 2013. Prenova poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni negi iz vidika stopenj izobraževanja. In: Skela-Savič, B. & Hvalič Touzery, S. eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis*, Ljubljana, 27. 3. 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 102–112.

Resolucija nacionalnega programa razvoja visokega šolstva 2011–2020, 2011. Available at: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO71> [10. 4. 2015].

Skela-Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi za program prve stopnje Zdravstvena nega (VS): rezultati prve Delfi iteracije. In: Skela-Savič, B. & Hvalič Touzery, S. eds. *Smernice izobraževanja v zdravstveni negi za program prve stopnje Zdravstvena nega (VS)*, 8. posvet *Moja kariera - Quo vadis, Posvet z okroglo mizo*, Ljubljana, 6. maj 2015. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 1–32.

Starc, T., 2013. *Porodniška babica: njeno delo, odgovornost in kompetence: diplomsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za humanistične študije, Kulturni študiji in antropologija.

Tuning educational structures in Europe, 2010. [online] Available at: <http://www.unideusto.org/tuningeu/> [10. 4. 2015].

Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., et al., 2013. Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 185–194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001> PMID:22204812

World Health Organization, 2010a. *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organisation, 2010b. *Global standards for the initial preparation of nurses*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf [2. 12. 2015].

Zakon o visokem šolstvu (ZVis), 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 32. Available at: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO172> [10. 4. 2015].

Zbornica – Zveza, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*.

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

Citirajte kot/Cite as:

Skela-Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvene nege (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320–333. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.79>