

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tina Belej

**Profesionalizacija poklica medicinske sestre v Sloveniji**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2010

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tina Belej

Mentor:izr. prof. dr. Anton Kramberger

**Profesionalizacija poklica medicinske sestre v Sloveniji**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2010

## **PROFESIONALIZACIJA POKLICA MEDICINSKE SESTRE V SLOVENIJI**

Delo medicinske sestre je preprosto povedano izvajanje zdravstvene nege, ki je pomemben del vsakega zdravstvenega sistema. Gre za poklic, ki je najštevilčnejši na področju zdravstvene nege in se po hierarhiji uvršča takoj za zdravniki. Pri tem poklicu je potrebno upoštevati njegove posebne in določene značilnosti. Ključnega pomena je dejstvo, da gre pri poklicu medicinske sestre za pretežno ženski poklic, čeprav se za ta poklic odločajo tudi moški. Feminiziranost tega poklica ima svoje socialne vzroke in posledice, ki so vplivale tudi na njegov razvoj in položaj. Gre za poklic, ki mu je bil določen podrejen položaj, predvsem s strani zdravniške profesije, ki uživa visok in privilegiran položaj. Diplomaska naloga tako predstavlja zgodovinski razvoj tega poklica, razvoj tega poklica na Slovenskem, vlogo medicinske sestre v zdravstvenem sistemu, njen položaj in podoba na delovnem mestu in družbi. Predstavljen je problem profesionalizacije tega poklica, ovire s katerimi se srečuje poklic na poti do profesionalizacije, razlogi zakaj se poklic kot profesija ne more vzpostaviti oz. zakaj ta poklic dosega določene značilnosti profesije ter izzivi in priložnosti s katerimi se ta poklic sooča.

**KLJUČNE BESEDE:** medicinska sestra, zdravstvena nega, profesija, profesionalizacija, zdravstveni sistem

## **PROFESSIONALIZATION OF NURSE PROFESSION IN SLOVENIA**

The work of nurses is simply speaking the practice of health care which is an important part of each health system. It is the biggest profession in the field of health care and hierarchically ranks right after the doctors. It is important to take into account its special and specific characteristics. It is essential that this is mostly female profession, although some male decide for it. Feminization of this profession has its social causes and consequences which are also affecting its development and function. It is a profession which has been designated with subservient position, particularly by the medical profession which has a high and privileged position.

The diploma presents the historical development of this profession, development of this profession in Slovenia, the role of nurses in health system, her position and image at workplace and society. It also presents the problem of professionalisation of this profession, obstacles faced on the way to professionalisation, reasons why this profession cannot re-establish as profession, respectively, why this profession reaches certain characteristics of profession and the challenges and opportunities it has to face.

**KEY WORDS:** nurse, health care, profession, professionalisation, health system

## KAZALO

1	Uvod.....	5
2	Zdravstvena nega – delo medicinskih sester.....	7
3	Razvoj poklica medicinske sestre in tradicija na Slovenskem.....	9
3.1	Zgodovina zdravstvene nege.....	9
3.2	Razvoj zdravstvene nege in poklica medicinske sestre na Slovenskem.....	11
3.3	Sodobna zdravstvena nega.....	12
3.4	Položaj zdravstvene nege v sistemu zdravstva v Sloveniji.....	14
3.4.1	Sistem zdravstva v Sloveniji.....	14
3.4.2	Financiranje zdravstvenega sistema.....	15
3.4.3	Privatizacija zdravstva.....	16
3.4.4	Sindikati na področju zdravstvene nege.....	18
3.4.5	Zaposleni v zdravstvu in zdravstveni negi.....	18
4	Družbeni in poklicni položaj ter podoba medicinske sestre.....	20
4.1	Problemi medicinskih sester: zaposlovanje žensk, seksizem in emocionalno delo.....	20
4.2	Položaj in podoba medicinske sestre.....	22
4.2.1	Položaj medicinske sestre.....	22
4.2.2	Podoba medicinske sestre.....	25
5	Zdravstvena nega kot profesija?.....	26
5.1	Delno uspešen projekt profesionalizacije.....	29
5.2	Novi profesionalizem.....	30
6	Sklep.....	33
7	Literatura.....	36

# 1 Uvod

Na spremembe, ki se dogajajo na področju sodobnega zdravstvenega sistema in medicine na splošno, je potrebno gledati skozi spekter širših družbenih, kulturnih, ekonomskih, političnih sprememb.

Kot pravi Uletova (2003b, 196) je medicina nastala iz magije in religije in nekaj tega magično-religioznega odnosa do medicine in zdravnikov je v odnosih med bolnikom in zdravnikom ostalo do danes. Čeprav lahko na eni strani govorimo o odčaranju medicine, o koncu tudi te velike zgodbe, pa smo na drugi strani priča medikalizaciji vsakdanjega življenja in družbe. Spremenil se je odnos ljudi in javnosti do zdravstvenega sistema in pa tudi do lastnega zdravja. Na področju zdravstva so se v zadnjih desetletjih vsekakor začele dogajati velike spremembe. Podobno je tudi s spremembami, ki se dogajajo na področju zdravstvene nege, in s spremembami, ki se dogajajo z razvojem poklica medicinskih sester.

Diplomska naloga tako predstavlja poklic medicinske sestre, njegov nastanek in razvoj, podobo in položaj tega poklica in na koncu še spremembe na področju razvoja tega poklica v smeri njegove profesionalizacije. S tem namenom sta bili postavljeni tudi hipotezi, ki pravita da poklicne spremembe vodijo v večjo profesionalizacijo poklica medicinske sestre ter, da so medicinske sestre glede priznavanja profesionalne vloge in položaja nezadovoljne.

Pri tem pa je potrebno upoštevati tudi določene značilnosti tega poklica. Izrednega pomena je dejstvo, da gre pri poklicu medicinske sestra za pretežno ženski poklic, čeprav se za ta poklic odločajo tudi moški. Feminiziranost tega poklica ima svoje socialne vzroke in posledice, kar je vplivalo tudi na njegov razvoj in položaj. Socializacija spolnih vlog, ki na splošno obstaja v družbi, se prenaša in reproducira tudi v tem poklicu, družbena delitev vlog tako narekuje pričakovano in zaželeno obnašanje, ravnanje ter obenem določa položaje in vloge. Kljub vsem spremembam v družbi lahko še vedno rečemo, da se za »ženske poklice« predvideva tista dela, ki naj bi bila po »naravi« ali pa predvsem zaradi »narave« bližje ženskam; se pravi nega bolnih, otrok, emocionalno delo...

Tradicionalno je tako za dobro medicinsko sestro veljalo, da tiho in neopaženo opravlja svoje delo, vendar pa je bilo področje zdravstvene nege podvrženo mnogim spremembam, ki preurejajo razmerja na področju zdravstvene nege. Mnogi avtorji in teoretiki so tako spoznali,

da je poklic medicinskih sester zgodovinsko v podrejenem položaju, predvsem s strani zdravniške profesije, ki uživa visok in privilegiran položaj.

Je pa zdravstvena nega relativno mlada, a znanstveno zasnovana stroka, ki pokriva široko področje znanj (od medicine, psihologije...), ki jih je združila skozi svoj razvoj. Je osnovna sestavina zdravstvenega varstva, ki se razvija kot stroka v širši verigi zdravstvenih poklicev z lastnim strokovnim znanjem in si prizadeva stopati po poti profesionalizacije in si s tem pridobiti višjo stopnjo ugleda, avtonomije, nagrajevanja ... nenazadnje gre za poklic, ki je najštevilčnejši na področju zdravstvene nege in se po hierarhiji uvršča takoj za zdravniki.

Pomembnost poklica medicinske sestre pa je tudi v tem, da se prej ali slej, skoraj vsi brez razlike, v življenju srečamo z zdravstveno nego, čeprav si pod pojmom tega poklica predstavljamo različna dela, ki naj bi jih medicinske sestre opravljale.

## 2 Zdravstvena nega – delo medicinskih sester

Glavno področje dela medicinske sestre je strokovno opravljanje zdravstvene nege, ki se tako kot tako razlikuje od vsakodnevnega, neprofesionalnega ali domačega opravljanja nege. Če bi naredili pregled definicij zdravstvene nege, bi ugotovili, da so se njene vloge in naloge skozi čas spreminjale. Danes je še vedno aktualna definicija Virginije Henderson iz leta 1957 in predstavlja podlago mednarodnemu združenju medicinskih sester ICN. Ta definicija pravi:

*Medicinska sestra pomaga bolnemu ali zdravemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjakinja in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega načrta, katerega pobudnik je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe bolnika ali varovanca (Kisner in drugi 1998, 14-15).*

Skrbstveno delo resda ni edinstveno samo zdravstveni negi, a se v zdravstveni negi pojavlja na edinstven način. Zdravstvena nega pomeni neposredno pomoč, pri kateri izkušnje, čustva, vdanost in razmerja predstavljajo velik del vsakodnevnega dela. Skrbstveno delo se nanaša na ljudi, opravljajo ga ljudje za ljudi ter s tem povezuje ljudi z ljudmi oz. človeka s sočlovekom (Tschudin 2004, 1).

V slovenskem prostoru se je za posameznice, ki so poklicno opravljele zdravstveno nego, uveljavil izraz medicinska sestra oz. v pogovoru sestra. Raba te besede verjetno izvira iz časov začetka krščanstva, ko so pripadniki redov začeli medsebojno nazivati z nazivi sestra oz. brat (Urbančič 1996, 21).

Najbolj preprosto in osnovno definicijo besede medicinska sestra predstavlja angleška beseda *nurse*, ki pomeni osebo, ki hrani, vzreja ali vzgaja in ščiti drugega, ki je pripravljena negovati bolne, poškodovane in ostarele. Samostalniška beseda »nurse« izhaja iz latinske besede *nutrix*, medtem ko glagolska oblika te besede izhaja iz besede *nutrire*. Obe obliki latinske besede »nurse« se v osnovi nanašata na dojenje ali hranjenje. Tako je že izvirna beseda in raba besede »nursing« povezana z žensko. Skozi stoletja je beseda »nurse« čedalje bolj prevzemala pomen, ki označuje osebo, ki je skrbela za bolne. Nič nenavadnega ni torej, da je

bil razvoj zdravstvene nege povezan z žensko in njeno vlogo, ki jo je prevzela v družbi (Urbančič 1996, 21).

Pa vendar danes skorajda ne moremo več govoriti o poklicu z nazivom medicinska sestra, čeprav je ta naziv še vedno močno zasidran in uporabljen med ljudmi, sploh v svoji skrajšani obliki »sestra«. S spremembami v šolstvu dijaki in dijakinje po končanem srednjem šolskem izobraževanju na srednji zdravstveni šoli in opravljenem zaključnem izpitu ne pridobijo naziva srednja medicinska sestra, temveč naziv »tehtnica / tehnik zdravstvene nege«. Naziv medicinska sestra se je ohranil za študentke ob zaključku fakultetnega izobraževanja.

Obenem pa sam naziv nič ne pove o delovnem mestu in izobrazbenem ozadju. Enak naziv se namreč uporablja za najrazličnejše aktivnosti v zdravstveni negi, v več različnih kliničnih okoljih in za ljudi oz. medicinske sestre z različno izobrazbo. Od medicinskih sester na različnih položajih se je vedno zahtevalo, da sprejemajo veliko odgovornost, vendar jim formalna avtoriteta, avtonomija ali pozornost, ki bi bila pričakovana spričo takšne odgovornosti, ni bila nikoli dodeljena (Urbančič 1996, 21).



## **3 Razvoj poklica medicinske sestre in tradicija na Slovenskem**

### **3.1 Zgodovina zdravstvene nege**

Človeštvo se je skozi zgodovino moralo nenehno srečavati z zdravstveno nego. Bolezni, poškodbe, staranje... namreč spremljajo ljudi skozi celoten človeški obstoj. Na razvoj zdravstvene nege so v preteklosti vplivali različni družbeni in kulturni dejavniki. Urbančičeva (1996, 22) v tem smislu govori o treh vplivih: o vplivu ljudske podobe medicinske sestre, ki izvira še iz starega veka, o vplivu religije v srednjem veku ter o vplivu podobe medicinske sestre – hišne pomočnice, ki se je oblikovala v času protestantsko-kapitalistične etike med 16. in 19. stoletjem. Razvoj poklica pa avtorica deli na štiri obdobja: na intuitivno - empirično dobo, ki zajema čas od začetka razvoja zdravstvene nege do 6. stoletja, na dobo organiziranega priučevanja, ki je trajala od 6. stoletja do leta 1859, tej dobi je sledila doba modernega sestrinstva, od leta 1945 pa naj bi govorili o dobi sodobne zdravstvene nege.

V starodobnih družba so ljudje dojemali bolezen, poškodbe... kot kazen hudobnih bogov, z darovi in priprošnjami so jih želeli podkupiti in tako poskrbeti za bolnikovo ozdravitev. Proti boleznim so se borili s svojo intuicijo, s preprostimi postopki kot je božanje, gnetenje, uporaba toplote ter s pripravki iz zelišč. Ženske so bile tiste, ki so skrbele tako za vzrejo in prehranjevanje otrok, kot tudi za ostarele in oslabele člane družine. Znanje je temeljilo predvsem na poskusih in napakah, intuiciji, širilo pa se je z medsebojno izmenjavo, tesno povezano z magijo in religijo (Urbančič 1996, 22-23; Štebe 1996, 2).

Znanost in profesija se je v medicini začela razvijati v antičnem obdobju, kar potrjujejo zapisi Hipokrata, v katerih avtor iz religioznega mišljenja prehaja k logično osnovani medicini. V tem obdobju je na področju medicine potekalo organizirano priučevanja, prav tako pa naj bi grški zdravniki, ki so delovali v Rimu, že izrazili željo po dobro izučenem negovalnem osebju, čeprav zdravstvena nega kot taka (še) ni obstajala. Obstajale so že prve bolnišnice, v katerih so delovali priučeni negovalci, ki so opravljali preprosta negovalna dela. Bolnišnico pa so lahko koristili zgolj finančno priskrbljeni ljudje in sužnji, ki so imeli visoko tržno vrednost (Kisner in drugi 1998, 12).

S širitvijo krščanstva se je razširila tudi skrb za obolele in onemogle, saj je krščanstvo poudarjalo ljubezen do bližnjega, karitativno dejavnost in opravljanje dobrih del. V zgodnjem

krščanstvu je bilo negovanje bolnega najpomembnejši del zdravljenja, vendar je bilo to obdobje krščanstva s pozitivnim odnosom do človeškega zdravja dokaj kratko. Oblikovati se je začela zdravstvena nega, ki pa ji je bila sočasno vtisnjena tudi religiozna podoba. Za obolele so skrbeli diakoni in diakonese, ki so izhajali iz različnih verskih skupin. Ker je imela krščanska vera v srednjem veku velik vpliv na vzgojo verskih fanatikov, ki so želeli prezreti vse telesno in so se osredotočali samo na posmrtno življenje, so oskrbo za obolele prevzeli menihi in redovnice, ki pa so se posvečali predvsem skrbi za bolnikovo dušo. Posledično so začele nastajati prve samostanske bolnišnice, v času križarskih vojn pa tudi bolnišnice za ranjence. Poleg različnih samostanskih redov so začele v 17. stoletju za obolele skrbeti tudi negovalke. V bolnišnicah so bila organizirana predavanja za negovalca iz anatomije in klinične medicine, kljub razvoju medicine pa izobraževanje na področju zdravstvene nege še vedno ni obstajalo. Največje spremembe na področju zdravstvene nege so prišle v 19. stoletju iz Anglije (Kisner in drugi 1998, 12; Štebe 1996, 6-12; Urbančič 1996, 23-24).

Znano je, da za začetnice tega poklica veljajo ženske, velik del zaslug za razvoj zdravstvene nege kot stroke je imela v 19. stoletju prav gotovo Florence Nightingale (1820-1910). Dokazala je namreč bistven pomen strokovne zdravstvene nege za uspešno zdravljenje, postavila je temelje teoriji zdravstvene nege in zahtevala formalno izobraževanje tega kadra. Tako je leta 1860 v okviru bolnišnice sv. Tomaža v Londonu ustanovila prvo civilno šolo za medicinske sestre ter napisala tudi priročnik oz. učbenik za šolanje. S svojo prizadevnostjo je naredila velik napredek pri uveljavljanju žensk v družbi, dosegla je, da je postalo sestrsko delo plačan poklic, čeprav je veljal v družbi tedanjega časa za neuglednega. Sodelovala pa je tudi pri ustanavljanju mednarodne humanitarne organizacije Rdeči Križ (Štebe 1996, 13-15; Urbančič 1996, 24).

Bistvena so tudi prizadevanja Florence Nightingale za napredek zdravstvene nege kot profesije. Menila je, da mora medicinska sestra svoj čas porabiti ob bolniku za negovanje in ne za čiščenje. Medicinska sestra bi se morala izobraževati celo življenje, biti bi morala izobražena in pametna ter svoje znanje uporabljati za izboljšanje pogojev za bolnike. Zdravstvena nega in vodilne medicinske sestre pa bi morale uživati družbeni ugled. Njen vpliv je bil tako močan, da so se programi zdravstvene nege hitro razvijali in širili v druge države (Urbančič 1996, 25). Zaradi posebnosti razvoja je verjetno statusni položaj medicinskih sester, v odnosu do zdravnikov, v Angliji ugodnejši kakor drugod.

### **3.2 Razvoj zdravstvene nege in poklica medicinske sestre na Slovenskem**

K razvoju javnega zdravstva na Slovenskem je bistveno prispevala Angela Boškin, ki je bila ena izmed prvih skrbstvenih oz. zaščitnih sester na Slovenskem. Sama si je potrebno znanje pridobila na Dunaju, zaradi njenega znanja, spretnosti in osebnih lastnosti pa je osnovala in pomembno vplivala na profesionalni razvoj zdravstvene nege na Slovenskem. Bistven je njen doprinos k razvoju strokovnega zdravstvenega šolstva, uveljavljanju poklica, razvoju strokovne organizacije ter tudi delovne obleke (Korenčan 2009). Prav Angela Boškin je bila z letom 1919 prva šolana medicinska sestra, tako da so bili začetki in razvoj tega poklica pri nas dokaj pozni (Kisner in drugi 1998, 13).

Začetke organiziranega zdravstvenega šolanja na Slovenskem sicer predstavlja ustanovitev dveh babiških šol leta 1753 v Ljubljani in Celovcu, za začetek organiziranega šolanja medicinskih sester pa lahko štejemo leto 1923, ko je takratno Ministrstvo za narodno zdravje ustanovilo »Šolo za sestre pri Zavodu za socialno-higiensko zaščito dece v Ljubljani«. Šolanje je potekalo najprej eno leto, kmalu pa je postalo triletno, absolventke pa so prejele naziv otroška zaščitna sestra. Pred tem je izobraževanje za bolniške strežnice potekalo v enomesečnih tečajih, ki so prešli v dvoletno, triletno in štiriletno šolanje. Po 2. svetovni vojni so se študentke lahko v šolskem letu 1946/47 vpisale v triletni študijski program na Šoli za medicinske sestre v Ljubljani, ki se je leta 1954 preimenoval v Višjo šolo za medicinske sestre. V tem času je bila ustanovljena tudi Šola za medicinske sestre v Mariboru (Kralj 2005, 21-22; Kvas in Seljak 1998, 14).

Dolgo tradicijo ima na Slovenskem tudi organiziranost medicinskih sester. Prva stanovska Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani je bila ustanovljena v Ljubljani leta 1927, leta 1952 pa so medicinske sestre v Ljubljani ustanovile Društvo medicinskih sester Slovenije (Kvas in Seljak 2004, 58).

Danes šolanje za poklic tehnik zdravstvene nege / zdravstveni tehnik poteka na srednjih zdravstvenih šolah v Ljubljani, Izoli, Novi Gorici, na Jesenicah, v Novem mestu, Postojni, Celju, Mariboru, Slovenj Gradcu in Murski Soboti. Šolanje za poklic srednja medicinska sestra je bilo odpravljeno z letom 1981, po tem letu pa so dijaki oz. dijakinje končali šolanje z nazivom zdravstveni tehnik (reformno obdobje poklicno usmerjenega izobraževanja). Z vpisom v šolskem letu 1998/99 pa so dijaki in dijakinje pridobili naziv tehnik zdravstvene nege (Kvas in Seljak 2004, 60). Z nadaljevanjem šolanja na visokošolskih strokovnih

študijskih programih zdravstvene nege prve stopnje v Ljubljani, Mariboru, Izoli, Novi Gorici, Novem mestu, Jesenicah, Slovenj Gradcu in Celju si diplomanti pridobijo naziv diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik. Z nadaljevanjem študija na programih zdravstvene nege druge stopnje (prenovljeni, t.i. bolonjski študijski programi) pa si študentje ob zaključku študija pridobijo naziv magistrica / magister zdravstvene nege.

V Sloveniji medicinske sestre opravljajo delo polni delovni čas, imajo razvit sistem izobraževanja – fakultetni študij, imajo profesionalna združenja na lokalni in državni ravni – regijska društva medicinskih sester in Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zakon o zdravstveni dejavnosti jim nudi pravno zaščito, imajo pa tudi svoj etični kodeks – Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Pajnikihar 1999, 13).

### **3.3 Sodobna zdravstvena nega**

Na strokovnem področju zdravstvene nege je prišlo v zadnjih desetletjih do velikih sprememb, ki so posledica spremenjenega odnosa družbe in posameznikov do zdravja in zdravstvenega varstva. Na ta proces so v veliki meri vplivali demografski, tehnološki, politični in ekonomski dejavniki, spremenilo pa se je tudi tradicionalno pojmovanje vloge medicinske sestre. Zdravstvena nega postaja namreč čedalje bolj specializirana, obenem pa se je povečal obseg njenega delovnega področja. Glavna naloga medicinske sestre je, da prispeva k ohranjanju in krepitvi zdravja in dobrega počutja ljudi ter organizira in izvaja zdravstveno nego v času njihove bolezni in okrevanja. Nova razširjena vloga pa prinaša stroki zdravstvene nege in poklicu medicinske sestre številne nove zahteve, ki poleg opravljanja tradicionalnih zdravstveno negovalnih nalog zahteva še soočanje z nalogami in odgovornostmi, za katere se v času svojega poklicnega izobraževanja niso pripravljale. Te nove naloge tako danes pomenijo poučevanje bolnikov in varovancev ter ostalih članov negovalnih timov, sodelovanje v zdravstvenih timih in razvijanje lastne stroke na podlagi kritične refleksije in raziskovalnega dela. Ponekod prevzemajo tudi naloge, ki so jih pred tem opravljali izključno zdravniki (Cvetek 1991, 19,20).

Tako medicinske sestre kot ostali zdravstveni delavci delujejo v okviru širokega sistema zdravstvenega varstva. Razvoj medicinskih in drugih znanosti, splošni družbeni, tehnični in znanstveni napredek ter spreminjajoče se potrebe so privedle do sprememb v sodobnem

zdravstvenem sistemu. Sodobno zdravstvo zahteva sodelovanje vrste različnih strokovnjakov, delo z vrhunsko opremo in sodelovanje specializiranih delavcev (Grbec 2003, 237). Tako razvoj zdravstvene nege stremi v smeri izboljšanja izobraževanja in organizacije negovalne službe, uveljavila se je ideja permanentnega izobraževanja, strokovnega izpopolnjevanja in razvoj raziskovalnega dela (Urbančič 1996, 26).

Po Štebetovi (1996, 13) so cilji sodobne zdravstvene nege usmerjeni na več različnih področji, ki se nanašajo na dvig kvalitete in kvantitete izobraževanja, izboljšanje organizacije negovalne službe - opredelitev vsebine dela in kompetenc negovalnega tima, uveljavitev ideje permanentnega strokovnega izpopolnjevanja, razvoj zdravstveno raziskovalnega dela, graditev teorije zdravstvene nege, razvijanje metodologije zdravstvene nege ter uveljavljenje večje samostojnosti stroke v okviru zdravljenja.

Evropske direktive o reguliranih poklicih v zdravstvu prištevajo poklic medicinske sestre kot samostojni poklic. Zdravnik vsekakor postavlja diagnozo bolezni, predpiše zdravljenje in rehabilitacijo, vendar pa celotno dejavnost zdravstvene nege, ki (količinsko) predstavlja največ zdravstvenih storitev, izvedejo medicinske sestre. Grbčeva (2003, 237-239) tako poudarja, da ima zdravstvena nega enakopravnejšo vlogo med zdravstvenimi disciplinami v tistih okoljih, kjer pacient dejansko zaseda osrednje mesto. Ker Slovenija nima svojih določil o samostojnem poklicu medicinskih sester, tako tudi ni transparentno določena meja med ostalimi samostojnimi poklici, še posebej med zdravnikom in medicinsko sestro. Neurejena zakonodaja, nejasne kompetence med posameznimi profesionalnimi skupinami, neizpeljana odgovornost, neupoštevanje timskega dela, hierarhični sistem in nadvlada medicine oz. zdravnikov nad ostalimi zdravstvenimi poklici ter ostali dejavniki sprožajo neurejene odnose med poklicnimi skupinami in vplivajo na kakovost dela v zdravstvu.

Opozoriti pa je potrebno tudi na ambivalenten odnos zdravstvenih politik in praks do zdravstvene nege. Medicina na eni strani stalno opozarja na skrb, sočutje, pozornost, na drugi strani pa medicinske sestre od bolnikov odteguje z birokratskimi postopki, administrativnim nadzorom nad potekom zdravljenja, urniki, deljenjem zdravil, nadzorovanjem aparatov... Vzroke in vzgibe lahko iščemo v razvoju in definicije zdravstvene nega, na katero je imela velik vpliv Florence Nightingale, ki je poskušala v zdravstveni negi narediti preobrat. V šolo za zdravstveno nego je sprejemala ugledne ženske iz srednjih slojev (pred tem so zdravstveno nego opravljale nune ali ženske brez drugih možnosti v življenju), nadgradila in profesionalizirala je negovalno terapijo, delo medicinskih sester je postavila v službo

zdravstveni terapiji, zdravstveno nego pa zaznamovala s tem, da je medicinske sestre doktrinarno naredila za pomočnice moškim zdravnikom, s prepovedjo, da bi delale karkoli brez njihovega dovoljenja (Ule 2003a, 243-246).

Do sprememb v odnosu med medicinsko in zdravstveno-negovalno profesijo je prišlo v Združenih državah Amerike, kjer visoko usposobljene medicinske sestre prehajajo na področja dela, ki so bila prej izključno rezervirana za zdravnike v primarnem varstvu. V večini držav tako smejo medicinske sestre s pridobljeno dodatno izobrazbo opravljati telesne preglede, dajati injekcije, predpisovati zdravila in opravljati samostojno prakso (Cvetek 1999, 22).

### **3.4 Položaj zdravstvene nege v sistemu zdravstva v Sloveniji**

#### **3.4.1 Sistem zdravstva v Sloveniji**

Z osamosvojitvijo Slovenije so se zgodile tudi korenite spremembe na področju zdravstvenega varstva. Sprejetje novih zakonov je tako postavilo nove temelje zdravstvenemu varstvu oz. zavarovanju. S sprejetjem Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bilo z letom 1992 v Sloveniji ponovno uvedeno zdravstveno zavarovanje Bismarckovega tipa, opuščen pa je bil prejšnji socialistični samoupravni model. Najpomembnejša sprememba uvedena s tem zakonom je bila uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja na področju Republike Slovenije. Za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je bil ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je imel status javnega in neprofitnega zavoda (Toth 2003, 464-468).

Področje zdravstvenega varstva v Sloveniji ureja več zakonov in sicer Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravniški službi in ostali. Z sprejetjem Zakona o zdravstveni dejavnosti se je z letom 1992 v Sloveniji opredelila organizacija zdravstvene dejavnosti, pogoji za opravljanje te dejavnosti, možnosti zasebnega dela... (Ministrstvo za zdravje 2010, 1).

Na podlagi tega zakona se je zdravstvo razvrstilo na tri ravni: primarno, sekundarno in terciarno. Sprejetje zakona leta 1992 je vodilo v mešan javno-zasebni model izvajanja zdravstvene dejavnosti, pri čemer pa večina zasebnega izvajanja temelji na zasebnih

izvajalcih s koncesijo. Javno dejavnost lahko namreč pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Ker so storitve koncesionarjev plačane na enak način kot storitve javnih izvajalcev ja ta model s stališča financiranja javen. Javno zdravstveno dejavnost in mrežo tako predstavljajo javni zavodi in zasebni izvajalci s koncesijo (Ministrstvo za zdravje 2010, 1-2).

Nosilec javnega zdravstvenega interesa države je Ministrstvo za zdravje. Javna zdravstvena dejavnost je v Sloveniji, kot smo že omenili, organizirana na treh ravneh. Primarni, sekundarni in terciarni ravni. Primarna zdravstvena raven obsega lekarniško dejavnost in osnovno zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo v zdravstvenih domovih, postajah ali pri zasebnih zdravstvenih delavcih. Zasebno zdravstveno dejavnost opravlja zdravnik, ki mora poleg svojih storitev bolnikom zagotoviti tudi stalno dostopno nujno medicinsko pomoč, diagnostične in terapevtske intervencije. S tem namenom se tudi poveže z najbližjimi zdravstvenimi domovi in drugimi zdravstvenimi zavodi. Sekundarna zdravstvena dejavnost se izvaja v specialističnih ambulantah, v splošnih bolnišnicah in v specialnih bolnišnicah, terciarna zdravstvena dejavnost pa se izvaja na klinikah in inštitutih. Na tej ravni se izvajajo znanstveno-raziskovalna in vzgojno-izobraževalna dela, opravljajo se najzahtevnejše zdravstvene storitve, na tej ravni pa se tudi oblikujejo doktrine in usmeritve za zdravstvene zavode, zasebne zdravnike (skupaj z zbornico), sooblikujejo pa se tudi podiplomski izobraževalni programi. Pod druge zdravstvene dejavnosti pa se uvršča še zdraviliška dejavnost, del javne zdravstvene službe predstavlja lekarniška dejavnost ter preskrba z ortopedskimi in drugimi pripomočki in socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka služba (Kisner in drugi 1998, 6-7).

### **3.4.2 Financiranje zdravstvenega sistema**

Z izbiro t.i. Bismarckovega modela in sprejetjem Zakona o zdravstvenem zavarovanju leta 1992 je bil določen tudi znesek razpoložljivih javnih financ za zdravstvo, ki je bil postavljen na okoli 7% bruto domačega proizvoda. Zdravstvena blagajna se tako polni iz javnih in zasebnih sredstev. Javni viri prihajajo iz sistema obveznega zavarovanja, proračunskih sredstev države in občin namenjenih zdravstvu. Zasebna sredstva financiranja pa predstavljajo sredstva prostovoljnih dodatnih zdravstvenih zavarovanj, del sredstev ostalih zavarovalnic in sredstva neposrednih plačil zavarovancev za zdravstvene storitve (samoplačništvo). Delež

namenjen zdravstvu se je dosedaj vedno gibal okoli 7% bruto domačega proizvoda oz. nad tem procentom. Zaradi stabilne sestave virov sredstev za zdravstvo je ta poklicna skupina prav gotovo najmočnejša v Sloveniji. Večina sredstev (90%) za zdravstveno varnost prebivalcev se namreč zagotavlja iz storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, 80% teh prispevkov zagotovijo delavci in delodajalci, okrog 16% pa Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (Kramberger 1999, 219-221).

Slovenija je v zadnjih letih za financiranje javne zdravstven dejavnosti namenjala iz javnih sredstev (obvezno zdravstveno zavarovanje) okrog 6% bruto domačega proizvoda (brez zdravil in medicinskih pripomočkov), kar je leta 2008 pomenilo okrog 2.169 mio €. K temu se prišteje še okrog 394 mio € sredstev za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, kar skupno predstavlja 6,85% bruto domačega proizvoda. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije pa so za financiranje zdravstvenih storitev, poleg javnih sredstev, gospodinjstva oz. posamezniki namenili še dodatnih 379 mio € (1% BDP) (Ministrstvo za zdravje 2010, 7-8).

Javni zavodi, javni izvajalci in zasebni izvajalci imajo sklenjene pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ter s tem zagotovljena sredstva iz javne zdravstvene blagajne. Bolnikom v teh primerih ni potrebno doplačevati opravljenih storitev, plačniki pa so pri privatnih zdravnikih, ki niso del javnega zdravstva oz. nimajo sklenjene pogodbe z ZZZS (Zdravniška zbornica Slovenije 2010).

### **3.4.3 Privatizacija zdravstva**

Zakon o zdravstveni dejavnosti omogoča opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti v primeru pridobitve javnega pooblastila – koncesije, zakon pa v zvezi s tem predpisuje določene pogoje in predvideva ločitev javne in zasebne zdravstvene dejavnosti. Položaj koncesionarjev je v javni zdravstveni mreži izenačen s položajem javnih zdravstvenih zavodov, a so zakonska določila o podeljevanju koncesij precej nedorečena in so pogosto predmet različnih polemik. Določene oblike privatizacije so se zaradi nezadostnega nadzora pojavile tudi v javnih zdravstvenih zavodih. To so samoplačniške ambulante, ki opravljajo zdravstvene storitve za samoplačnike v času in z zmogljivostmi, ki bi morale biti na podlagi pogodbe z ZZZS izključno namenjene izvajanju javne zdravstvene dejavnosti. Pri tem se pogosto izrablja javna sredstva (kadri, oprema, sredstva za zdravljenje) za zasebne zasluge.



Drug podoben pojav pa je ustanavljanje samostojnih podjetij s strani zdravstvenih delavcev, ki so sicer v delovnem razmerju z javnimi zavodi za polni delovni čas (Ministrstvo za zdravje 2010, 4).

Število popolnih zasebnikov, ki delujejo izključno na trgu, je v Sloveniji relativno malo -151 zobozdravnikov in 40 zdravnikov različnih specialnosti (Ministrstvo za zdravje 2010, 7).

Ministrstvo za zdravje od leta 1992 podeljuje koncesije, konec leta 2009 je bilo tako v Sloveniji 1289 koncesionarjev, od tega 644 zdravnikov in 645 zobozdravnikov. Čeprav mnogi zdravniki koncesionarji trdijo, da bi lahko bolje delovali v okviru javnega zavoda so koncesije, tudi glede na njihovo število, še vedno privlačne. Precej koncesionarjev namreč poleg javne službe opravlja še zasebno zdravstveno dejavnost, kar pomeni dodaten zaslužek. Ker Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije plačuje v ceni zdravstvenih storitev koncesionarjem davke in prispevke po pavšalu, so zaradi nizkih plač, ki jih koncesionarji lahko prikažejo, finančno v prednosti pred zdravstvenimi domovi. Temeljna razlika med zdravstvenim domom in zasebnikom je tudi ta, da zdravstveni dom opravlja dejavnost kot nepridobitna institucija, koncesionarji pa delujejo po podjetniški zakonodaji, tudi s ciljem pridobivanja dobička. Kar uspe koncesionar prihraniti na pacientih, gre lahko tudi v njegov dobiček. In zgodi se lahko, da je bolnik prikrajšan za določene zdravstvene obravnave ali preiskave. Zdravstveni dom pa je dolžan bolnika obravnavati, četudi ne dobi plačanih zdravstvenih storitev, kar pa ne velja za koncesionarja (Černog 2009). Koliko zdravnikov koncesionarjev poleg javne službe opravlja še zasebno zdravstveno dejavnost je težko reči, bilo naj bi jih veliko, vendar pa natančen podatek ni znan.

Poleg zdravnikov lahko preidejo v zasebnitvo tudi patronažne medicinske sestre, te lahko kot edine medicinske sestre zaprosijo za koncesijo. Vendar pa se pri svojem delu soočajo s številnimi administrativnimi problemi, saj jim je bila odvzeta pravica do avtonomnega odločanja, predvsem pri opravljanju zdravstvene nege na domu. Nimajo pravice in možnosti samostojnega odločanja o potrebi po patronažnem obisku, o odklonitvi le-tega, podaljšanju delovnega naloga ali kakršnegakoli samostojnega odrejanja, čeprav se za opravljanje patronažne dejavnosti zahteva visoka strokovna izobrazba, specializacija, potrebna so nenehna dopolnjevanja znanja in izkušenj ter stalna izobraževanja. To delo še vedno vodi in nadzoruje zdravnik (delovni nalogi), kljub temu, da patronažna medicinska sestra prevzema vso strokovno odgovornost tako pri izvedbi kot tudi pri ugotavljanju potreb po potrebni zdravstveni negi (Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester 2007).

### **3.4.4 Sindikati na področju zdravstvene nege**

Po osamosvojitvi je v Sloveniji na sindikalnem področju, tudi v zdravstvu, prišlo do ustanavljanja novih poklicnih sindikatov. Primarni vzrok sindikaliziranja zaposlenih je njihov ekonomski interes. S kolektivnim, organiziranim nastopom si namreč zaposleni zagotavljajo boljšo pogajalsko pozicijo pri določanju pogojev menjave med delodajalci in delojemalci. Ključna metoda sindikalnega delovanja je stavka, ki predstavlja možnost sankcioniranja delodajalca z začasnim umikom delovne sile iz delovnega procesa (Stanojevič 1998, 395).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so predstavljali najštevilčnejšo članstvo v obstoječih sindikatih in posledično niso bili deležni podpore pri ustanavljanju svojega sindikata. Prvi sindikat na področju zdravstvene nege Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije je bil ustanovljen leta 1994 in je že ob ustanovitvi štel 4.100 članov in članic, to stanje se je v desetih letih še podvojilo. Z letom 1998 pa je omenjeni sindikat podpisal Kolektivno pogodbo za zaposlene v zdravstveni negi. (Černivec 2003, 1).

Ostali sindikati, ki so podpisniki dopolnjen Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi so še: Sindikat zdravstva in socialnega skrbstva Slovenije, Sindikati v zdravstvu Slovenije – PERGAM, Sindikat zdravstva in socialnega varstva Slovenije, Zveza svobodnih sindikatov Slovenije – Sindikat zdravstva in socialnega skrbstva Slovenije.

### **3.4.5 Zaposleni v zdravstvu in zdravstveni negi**

V Sloveniji je bilo leta 2007 aktivnih 28.722 zdravstvenih delavcev, od tega 4.814 zdravnikov, 1.234 zobozdravnikov, 975 farmacevtov ter 15.522 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Glede na število zaposlenih medicinskih sester oz. zdravstvenih tehnikov na 100.000 prebivalcev Slovenija ne zaostaja za povprečjem držav članic Evropske unije, medtem ko se v primeru zdravnikov nahaja malo pod povprečjem (Ministrstvo za zdravje 2010, 7). Medicinske sestre torej predstavljajo največji delež zaposlenih v zdravstvenem sistemu, ter s tem tudi strošek za zdravstveno blagajno. Ni torej presenetljivo, da zaradi razmerja med zaposlenimi zdravniki in medicinskimi sestrami (v sistemu javnega zdravstva so po zgoraj navedenih podatkih na enega zdravnika zaposlene tri medicinske sestre) prihaja do različnih vrst trenj (višina plače, status poklica...).

Poklic medicinske sestre že nekaj časi ni več samo ženski poklic, ampak se zanj odločajo tudi moški. Konec leta 2008 je tako v Sloveniji opravljalo poklic medicinske sestre 11 % moških, medicinskih tehnikov. Pomembno dejstvo pa je, da so bili ti v povprečju za 4,1 % bolje plačani kot njihove poklicne kolegice (Brnot 2009).

Število zaposlenih zdravnikov in medicinskih sester se od osamosvojitve ni bistveno spremenilo. Po podatkih Statističnega urada republike Slovenije (v Kramberger 1999, 219) je bilo število zaposlenih zdravnikov leta 1991 4.946, število zaposlenih medicinskih sester pa 16.727. Poklicno prostor pa se je začel bistveno kadrovske povečevati v obdobju dveh desetletjih pred osamosvojitvijo pa do osamosvojitve. V Sloveniji je bilo tako leta 1971 zaposlenih 2.475, leta 1981 pa 3.825 zdravnikov. Podobno je bilo tudi pri poklicu medicinskih sester. Leta 1971 je bilo zaposlenih 7009, leta 1981 pa že 13.215 medicinskih sester. V obeh primerih se je število zaposlenih do leta 1991 še povečalo ter nato ostalo približno enako do danes.

## **4 Družbeni in poklicni položaj ter podoba medicinske sestre**

Razvoj zdravstvene nege in doseganje avtonomije poklica medicinskih sester je močno povezano z družbenim položajem žensk, z družbenim dogajanjem in problemi spola s, katerimi se ženske srečujejo vsakodnevno, tudi na delovnem mestu.

### **4.1 Problemi medicinskih sester: zaposlovanje žensk, seksizem in emocionalno delo**

Delitev dela in organizacijsko delovanje je v sodobnih družbah vpeto v obstoječe koncepte družbenih vlog moških in žensk. Spol je eden ključnih dejavnikov vključevanja oz. izključevanja na trgu delovne sile, vertikalne in horizontalne segregacije ter poklicne mobilnosti. S spolom določena razmerja pri delu in organizacijskem življenju temeljijo tudi na eksplicitnem in implicitnem upoštevanju spolne delitve dela ter pripomorejo k ustvarjanju in ohranjanju stališč, simbolov in načinov delovanja ter komuniciranja, kar ohranja in podpira spolne stereotipe in spolno hierarhičnost (Kanjuro-Mrčela 2005, 710). Seksizem, oblika diskriminacije, ki temelji na spolu, omogoča določanje družbenih položajev obeh spolov. Ohranja socialno stratifikacijo in privilegirane položaje nosilcev družbene moči, v tem primeru moških (Černigoj-Sadar in Verša 2002, 404).

Seksistični diskurz, donedavna tradicionalno močno prisoten tudi v Sloveniji, vzpostavlja konstrukcijo binarne pozicije, v kateri je en člen favoriziran, nasprotni pa diskvalificiran, prvi je večvreden, drugi manjvreden, vzpostavlja se odnos podrejenega in nadrejenega, prvi je moški in drugi je ženska (Kuhar 2001, 117). Prvi je zdravnik, drugi je medicinska sestra, pri odnosu med zdravnikom in medicinsko sestro gre za tradicionalen vzorec dominantnosti zdravnika in podrejenosti medicinske sestre oz. dominantnosti moškega in podrejenosti ženske. Medicinske sestre se tako dnevno soočajo z izrazi seksizma tako s strani zdravnikov kot tudi bolnikov.

Na to dualnost opozori tudi Carpenter (1993, 100), ki govori o razmerju hierarhije med zdravljenjem in nego (cure and care), med razumskim in emocionalnim, umom in telesom ali med moškim in ženskim. Ta diskurz in dojemanje razmerij pa pripomore k ohranjanju vloge medicinske sestre, ki je vedno na drugem mestu, mestu pomočnice.

Čeprav je v zahodni medicini velika večina profesionalnega zdravstvenega osebja ženskega spola, zdravniki, medicinske sestre, strežnice, pa so moč, prestiž in odločitve v rokah moških. Kljub temu, da sta zahodna medicina in zdravstvo feminizirano, večino srednjega in spodnjega dela piramide zasedajo ženske, medtem ko majhen zgornji del piramide zasedajo moški, ki branijo trdnjavo najvišjih in najprestižnejših delovnih mest (Ule 2003b, 215-216).

Najgloblje posledice polarizacije po spolu so vidne pri družbenih vlogah, kajti tudi na področju zaposlovanja je močno prisotna delitev na moška in ženska delovna mesta (Černigoj-Sadar in Verša 2002, 405). Tradicionalno se tako ženske zaposlujejo v tistih dejavnostih, ki naj bi bile zanje »primerne«, dela, pri katerih lahko ženska razvija svoja posebna, materinska svojstva, poklici, ki pomenijo podaljšanje gospodinjske dejavnosti (Jogan 1990, 173).

Z razmahom storitvenih dejavnosti se je v postindustrijskih družbah oblikovala nova oblika dela in s tem nov uveljavljen pojem čustvenega oz. emocionalnega dela. Potreba po emocionalnem delu se je tako pokazala v storitvenih poklicih, tudi v skrbstvenih, z namenom, da se delavci v teh domenah vedno bolj soočajo s pričakovanji in zahtevami po prilagajanju potrebam in željam strank ali klientov. Emocionalno delo tako pomeni ustvarjanje in vzdrževanje primernih odnosov, razpoloženj in čustev do strank oz. klientov, nanaša se na aktivnosti, ki jih zaposleni izvajajo v javni sferi zaposlitve za plačilo, torej se te aktivnosti oz. emocionalno delo prodajajo kot blago (Šadl 1999, 212-213). Človek oz. v našem primeru medicinska sestra naj bi pri opravljanju svojega dela izključila nezaželene emocije ter oblikovala in izkazovala zaželene in pričakovane emocije, ki omogočajo učinkovitejše opravljanje vloge z namenom zadovoljitve potreb klientov (Kanjuo-Mrčela 2002, 38-39).

Od medicinskih sester se pričakuje, da morajo znati prepoznati in podoživljati varovančeva čustva, njegovo vedenje in razmišljanje ter pri tem znati ohranjati profesionalno distanco, ki je nujna za strokovno opravljanje dela (Urbančič 1998, 163). Altruizem, empatija, humanost so vse lastnosti in spretnosti, ki so osnovne lastnosti poklica medicinske sestre. Čeprav se od negovalnega osebja zahtevajo emocionalne spretnosti (prijaznost, dobra volja, nasmejanost, zadrževanje negativnih čustev...), jim le-te niso priznane, niso vključene v načrt dela in niso ovrednotene, prav tako pa te lastnosti ne bi smele biti celo osnova za zniževanje plačila ter statusa in ugleda poklica (Lovrec 2006, 59).

## 4.2 Položaj in podoba medicinske sestre

Tradicionalno je bila dobra medicinska sestra tista, ki je neopazna, ki tiho in učinkovito opravi svoje naloge, vendar je bilo področje zdravstvene nege podvrženo mnogim spremembam, ki preurejajo družbena razmerja na področju zdravstvene nege (Carpenter 1993, 95-96).

### 4.2.1 Položaj medicinske sestre

Spremembe, ki se dogajajo na področju zdravstva, dajejo večje možnost za razvoj tudi ostalim zdravstvenim strokam, ne le zdravnikom, predvsem zdravstveni negi. Glavni problem medicinskih sester ni samo prilagajanje spremembam in novim razmeram v zdravstvu, temveč predvsem njihov nejasen status v odnosu do bolnika in zdravnika - glavna skrb medicinskih sester je skrb za bolnika, obenem pa morajo precej svojega časa posvečati birokratskim pravilom in moči zdravniških avtoritet, ki zatirajo njihove težnje po poklicni avtonomiji. Tako bolniki kot zdravniki vrednotijo medicinske sestre in njihovo delo kot manj pomembno, kljub temu, da so prav one tiste, ki morajo pogosto posredovati med bolnikom in zdravnikom. Medicinske sestre se morajo pogajati za moč in vpliv v zdravstvenem sistemu z zdravniki ter se srečevati z izrazi seksizma in paternalizma tako s strani zdravnikov kot bolnikov (Ule 2003a, 246).

Raziskavo *Razkorak med znanjem medicinskih sester in njegovo uporabo v praksi* (Filej 1997, 97-104) je želela ugotoviti probleme, s katerimi se sooča zdravstvena nega, ter njen položaj in vlogo na Slovenskem. V raziskavi so sodelovale višje medicinske sestre in višji zdravstveniki, raziskava pa je pokazala na veliko odvisnost in podrejenost tega poklica zdravniškemu, saj medicinske sestre večino svojega dela opravijo po naročilu zdravnika, čeprav so izučene in opremljene z znanjem za samostojno delo. Zanimivo je, da je tudi komunikacija z zdravnikom pogostejša kakor običajna horizontalna, z višjo medicinsko sestro. Pri razreševanju strokovnih dilem na področju zdravstvene nege upoštevajo strokovno hierarhijo, najpogosteje je to vodilna medicinska sestra, sledi ji timska medicinska sestra, zdravstveni tehnik in zdravnik, nato pa ostali zdravstveni delavci. Najpogostejše delo, ki ga prevzemajo, pa je delo zdravnikov. Položaj zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih, njihov lastni položaj in splošen položaj medicinskih sester, je tako ocenjen kot povprečen do slab oz. zelo slab.

Omeniti velja tudi raziskavo, ki je preučevala povezanost stopnje poklicnih kompetenc s potrebnim časom, da po šoli nekdo postane strokovnjak, zahtevano stopnjo ključnih kompetenc ter možnost opravljanja dela brez ustrezne izobrazbe (Pavlin, 2007). V raziskavo so bili izmed 63 poklicev uvrščeni tudi medicinski poklici: zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra in zdravnik.

Pri preučevanju povezanosti stopnje poklicnih kompetenc s potrebnim časom, da po šoli nekdo postane strokovnjak, je pri poklicu višja medicinska sestra ta čas ocenjen z 3,61, pri zdravstvenih tehnikih z 3,67, pri zdravnikih pa s 4,93 na 5-stopenjski lestvici (5 pomeni največ potrebnega časa). Glede na čas, da nekdo po šoli postane strokovnjak, je bil tako poklic višje medicinske sestre na primerjalni lestvici vseh opazovanih poklicev uvrščen na 30. mesto, poklic zdravstvenega tehnika na 23. mesto, zdravniški poklic pa na 2. mesto. Pri poklicu višje medicinske sestre na razvoj kompetenc torej ne vpliva samo šola, temveč tudi drugi dejavniki (praksa, izkušnje). Glede na zahtevano stopnjo ključnih kompetenc oz. zahtevnost kompetenc, ki jih potrebujejo za (dobro) opravljanje dela, je bil poklic višje medicinske sestre na primerjalni lestvici poklicev uvrščen na 10. mesto, zahtevana stopnjo kompetenc je bila pri višjih medicinskih sestrah ocenjena z 5,68, pri zdravnikih je bila ocenjena s 5,60, uvrščeni so bila na 14. mesto, zdravstveni tehnik pa na 32. mesto z ocenjeno stopnjo zahtevnosti kompetenc 5,06 na 7-stopenjski lestvici (7 pomeni najvišjo zahtevano stopnjo kompetenc), izmed vseh 63 različnih poklicev. Ta del raziskave je torej pokazal, da čas, ki je potreben, da nekdo postane strokovnjak, statistično značilno vpliva na zahtevano stopnjo kompetenc pri delu. Vendar pa na razvoj ključnih kompetenc ne vpliva samo delovna praksa, temveč tudi kaj drugega, npr. šola (primer zdravnikov) (Pavlin 2007, 197-201).

Raziskana je bila tudi povezava med formalno izobrazbo in možnostjo opravljanja poklica brez nje. V primeru poklica višja medicinska sestra je bila ocena te možnosti 3,43, pri zdravstvenem tehniku z 2,81 pri zdravniku pa s 4,86 na 5-stopenjski lestvici (5 pomeni nezmožnost opravljanja poklica brez ustrezne izobrazbe). Poklic zdravnik je bil torej s to oceno na primerjalni lestvi poklicev uvrščen najvišje, glede na možnost opravljanja dela brez ustrezne izobrazbe, poklic višje medicinske sestre je bil uvrščen na 7. mesto, poklic zdravstveni tehnik pa na 19. mesto med 63 različnimi poklici. Za poklice, ki zahtevajo daljše šolanje, torej praviloma tudi res velja, da jih je težje opravljati brez ustrezne izobrazbe, kar potrjuje tudi raziskava za predstavljene medicinske izpite (Pavlin 2007, 202-205).

Ta raziskava je pokazala bistven pomen izobraževanja za pridobivanje ključnih kompetenc in znanja za opravljanje medicinskih poklicev, tako zdravniškega poklica, kot tudi poklica višje medicinske sestre in zdravstvenega tehnika.

Raziskava *Vrednotenje delovne uspešnosti medicinskih sester* (Zaletel 1997, 106-111), opravljena med medicinskimi sestrami, je pokazala, da same niso zadovoljne s svojim ekonomskim položajem in da niso dovolj plačane za svoje delo. Pri delu jih motivirajo uspehi pri zdravljenju, spoštovanje bolnikov in njihovih svojcev, zadovoljstvo predstojnikov z opravljenim delom, možnost strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja ter ostale nematerialne spodbude. Razočarane pa so nad slabo organizacijo dela, slabimi medsebojnimi odnosi in nad hierarhičnimi odnosi med njimi in zdravniki.

V Sloveniji so plače medicinskih sester že desetletja nižje kot pri delavcih z isto stopnjo izobrazbe, tako v gospodarstvu kot tudi v javnem sektorju. Do tega prihaja predvsem zaradi nesorazmerja med dobro organizirano zdravstveno dejavnostjo z visoko strokovnimi kadri, razmeroma dobro opremljenostjo in ravnjo zdravstvenih storitev ter močno omejenimi finančnimi sredstvi. Na splošno bi lahko rekli, da so zdravstveni poklici glede na stopnjo izobrazbe, na dolgotrajno in zahtevno izobraževanje, visoko stopnjo samostojnosti in odgovornosti nasploh premalo vrednoteni. Posebni pogoji dela narekujejo potrebo po nudenju neprekinjenega zdravstvenega varstva. Zdravniki imajo organiziran svoj sindikat in pravno veljavno Zdravniško zbornico, ki se med drugim bojuje za njihov boljši materialno položaj (to sicer ni običajno, saj naj bi se za materialni status boril sindikat, za uveljavitev doktrine pa zbornica; toda specifika razvoja v Sloveniji je privedla do tega, da se obojega loteva aktivnejša zbornica) (Zaletel 1997, 105).

V primerjavi z zdravniki je ekonomska moč medicinskih sester precej šibkejša, imajo nižjo izobrazbo, so manj samozavestne in zahtevne pri uveljavljanju svojih zahtev, hromi pa jih tudi velika solidarnost do zdravnikov, ki je večinoma enostranska in je posledica tradicionalne podrejenosti, ki izhaja iz hierarhičnega odnosa (Zaletel 1997, 105). Tudi zaradi naštetega so zdravniki opri uveljavljanju svojih zahtev v boljšem položaju.

Razlika je opazna tudi v samem nazivanju medicinskih sester in zdravnikov. V nazivu medicinske sestre se uporablja osebno ime skupaj s nazivom sestra, medtem ko se pri nazivu zdravnika oz. zdravnice uporablja priimek. Odnosi so pogosto enostransko označeni tudi s tikanjem oz. vikanjem, ki nakazuje odnos podrejenosti medicinskih sester.



#### 4.2.2 Podoba medicinske sestre

Velik pomen pri doseganju razvoja in avtonomije zdravstvene nege ima prav gotovo podoba medicinske sestre. Na tem mestu se zdi primerno opozoriti na podobo medicinske sestre v njenem poklicnem, profesionalnem okolju in tudi širše, v družbenem, kulturnem okolju.

Samo posameznik, medicinska sestra, ki sprejema svojo telesno podobo in gradi pozitivno samopodobo, tudi poklicno na osnovi samoocen in vrednotenja socialne okolice, bo lahko zadovoljen pri opravljanju svojega poklica in bo to prenašal na ljudi, s katerimi dela (Urbančič 1998, 156). Pozitivna podoba zdravstvene nege in poklica pa prav gotovo pripomore tudi k razvoju in doseganju avtonomije medicinskih sester.

Po mnenju Tschudinove (2004, 20) so bile medicinske sestre pogosto prikazane stereotipno, kot angeli, sobarice, spolni simboli ali celo kot oblastne matrone, ki imajo lahko tudi nepoštene namene. Gibanje za enakost med spoloma, za enako plačilo, družbeni položaj, izobrazbo in možnost zaposlitve so okrepili njihovo samozavest. S krepitevijo obrambe proti omenjenim stereotipom so le-ti izgubili svojo veljavo in medicinskim sestram ni bilo več treba opozarjati nase, da bi jih ljudje sprejeli in jemali resno.

Dobra medicinska sestra mora biti integrirana in zrela osebnost – etična, moralna, čustvena, spoznavno in socialno zrela osebnost. K prepoznavni poklicni identiteti strokovnjakinje oz. medicinske sestre navznoter in priznanosti navzven največ prispeva samostojna in kritična uporaba znanja, ki ga lahko izkaže v praksi. Vloga medicinske sestre vsebuje določena pravila, norme vedenja, pričakovanja in predstave, kakšna naj bo posameznica v vlogi medicinske sestre. Medicinske sestre predstavljajo svojo poklicno skupino v javnosti tudi s svojo poklicno podobo, tudi z videzom in vedenjem. Ustrezen videz zagotavljajo z nošenjem delovne obleke oz. uniforme, ki ima zaščitno vlogo, estetsko, modno in simbolično. Vendar pa uniforme niso predpisane niti po barvi ali kroju, zaradi česar se močno razlikujejo pri nas in po svetu (Kvas in Seljak 2004, 149-150). Na podobo medicinske sestre pa opozarja tudi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

## 5 Zdravstvena nega kot profesija?

V osnovi je profesionalizacija proces, v katerem iz laika nastane ekspert oz. izvedenec na nekem ožjem področju. Povezana je z obstojem neke poklicno zaokrožene skupine, z njeno profesionalno socializacijo, oblikovanjem profesionalnega etosa in institucionalizacijo oz. normativno regulacijo statusne moči. Podrobna sociološka analiza pa pokaže naslednje značilnosti in dimenzije profesionalizacije, ki jih lahko pojmuje kot kriterije, ki nam pomagajo oceniti, do katere stopnje je določen poklic profesionaliziran:

- Uporaba tehničnih veščin (»know how«), ki bazirajo na teoretskem znanju. Bolj intelektualizirani in kompleksni poklici so v večji meri kot enostavni poklici odvisni od teoretskih znanj.
- Izobraževanje in usposabljanje za osvojitve specifičnih veščin in znanja.
- Kompetenca in kvalifikacija, zagotovljena najprej z izpiti in diplomo, nato pa s prakso, kariero in ugledom v redni oz. kontinuirani poklicni dejavnosti.
- Obstoj profesionalnega združenja, ki ima naslednje funkcije: zastopa interese članstva nasproti klientom, delodajalcem in državi, izključuje nepoklicane, se pravi tiste, ki niso kvalificirani, iz stroke, z etičnim kodeksom regulira notranjo konkurenco in vzpostavlja zaželene standarde obnašanja.
- Državno oz. zakonsko sankcioniranje vseh naštetih konstitutivnih elementov profesije, predvsem prestiža in statusne moči pripadnikov neke profesije oz. profesionalnega združenja. Na ta način je tehnična kompetenca nadgrajena s socialno kompetenco oz. legitimacijo.
- Profesionalna etika, ki poleg internaliziranih standardov delovanja vključuje tudi glavne prvine samoidentitete in avtonomije (Adam 1992, 9-11).

Jasno razmejitev oz. opis lastnosti poklica in profesije ponudi tudi Svetlik (1999, 9-10). Za (običajne) poklice je značilno, da zavzemajo obrobna mesta v družbeni delitvi dela, pripadniki so neorganizirani, nizko kvalificirani, njihovo usposabljanje je kratkotrajno, njihova dejavnost pa temelji na izkustvu. Njihove izdelke in storitve ocenjujejo in izbirajo potrošniki, njihov položaj ureja trg, delujejo po tehničnih pravilih in nimajo posebne poklicne kulture. Vstop v poklicno dejavnost je preprost, imajo nizko avtonomijo in se slabo identificirajo s poklicem.

Na drugi strani pa za profesije kot bolj samoorganizirane poklicne skupine velja, da zavzemajo centralno mesto v družbeni delitvi dela, imajo svojo organizacijo, obvladujejo visoko zahtevna znanja in se dolgo usposablajo. Njihova dejavnost temelji na sistematični teoriji, klienti sprejemajo njihovo ekspertizo in storitve kot nevprašljive, njihov položaj uravnava država, delujejo v skladu s kodeksom profesionalne etike in oblikujejo posebno profesionalno kulturo. Za vstop v profesijo obstaja mehanizem kontrole, imajo visoko avtonomijo in se močno identificirajo s profesijo.

Različni avtorji torej profesijo opredeljujejo drugače, ji pripisujejo določene značilnosti, kljub vsemu pa navajajo določene skupne točke profesij:

- Visoko raven specializiranega znanja, ki temelji na znanstveni podlagi a ima kljub temu praktično vrednost.
- Dejavnost, ki ji ljudje pripisujejo velik pomen, s tem pa je povezana tudi družbena moč in status.
- Zavezanost lastni profesiji in storitvam za uporabnike in družbo.
- Pozitiven odnos do učenja, katerega cilj je ohranjanje in izboljševanje profesionalnega znanja in kompetentnosti (Cvetek 1999, 21).

Ker postajo zdravstvo in zdravstvena nega v sodobni tehnološki družbi čedalje bolj sofisticirana in se sooča z nenehnimi spremembami, je nujnost pomena izobraževanja nenehno izpostavljena (Cvetek 1999, 21).

Pomen strokovne kompetentnosti in profesionalnega znanja opredeljuje tudi Slovenski etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Peto načelo pravi, da je medicinska sestra dolžna varovancu nuditi kompetentno zdravstveno nego. Kompetentnost pa je še podrobneje opredeljena s štirimi standardi:

- Medicinske sestre morajo svoje znanje nenehno izpolnjevati.
- Medicinska sestra si prizadeva za osebno in strokovno rast.
- Pridobljeno strokovno znanje je medicinska sestra dolžna posredovati kolegicam in kolegom ter ostalim članom tima.
- Medicinska sestra je dolžna, da si prizadeva za razvoj in napredek stroke kot celote in za uvajanje novosti iz stroke.

Vprašanje, ki si nam ob naštetem postavlja, je, ali lahko v primeru zdravstvene nega govorimo o profesiji. Ali obstaja teoretsko znanje kot močna podlaga za razvoj tehničnih veščin, obstaja specifično izobraževanje in usposabljanje ter kompetence in kvalifikacije, ki se izkazujejo preko izpitov, diplome, prakse, kariere in ugleda? Ali obstaja profesionalno združenje, ki zastopa interese članov, izključuje nekvalificirane, vzpostavlja etični kodeks in zaželene standarde obnašanja, ali obstaja nadgradnja tehničnih kompetenc s socialnimi kompetencami oz. legitimacija in ali obstaja profesionalna etika?

Pritrdilno lahko odgovorimo na večinoma vse zahteve, pa vendar se zdi, da se zdravstvena nega kot profesija nekako ne more vzpostaviti. Zgolj zaradi tega, ker ji nasproti stoji močna profesija zdravnikov, ki onemogoča in omejujejo njen obstoj z vzpostavljanjem svoje ali obstajajo tudi drugi dejavniki, ki onemogočajo obstoj zdravstvene nege kot profesije. To pomeni, da je projekt profesionalizacije odvisen od drugih, zlasti poklicnih skupini v poklicni verigi neke dejavnosti. In da je uspeh projekta profesionalizacije tudi tekmovalen, ne pa zgolj kooperativen družbeni proces. Če ne drugega, na primer zdravniki zdravstveni negi odrekajo visoko raven specializiranega znanja, ki je osrednji pogoj za uspešnost profesionalizacije.

Letica in Letica (1991, 23), ki razumevata profesijo kot ozko področje poklicev, ki imajo v tehnični in družbeni delitvi dela izjemen, najpogosteje privilegiran družbeni položaj, izpostavljata več problemov o obstoju zdravstvene nege kot profesije. Kot prvi problem navajata dejstvo, da si same medicinske sestre niso enotne, za kaj pravzaprav gre, čeprav se z razvojem poklica, predvsem v smeri višanja izobrazbe, vse več medicinskih sester odloča za profesijo. O profesionalizaciji priča še obstoj etičnega kodeksa, opravljanje del s polnim delovnim časom, strokovne revije, baza specifičnih znanj, fakultetna raven izobrazbe, strokovna združenja... Poglavitni prvini (uspešne) profesije pa sta predvsem javna avtoriteta in avtonomija. To pomeni, da mora biti narava dela takšna, da je za javnost temeljnega pomena in nepogrešljiva v družbi, delo mora zadovoljiti temeljne človekove potrebe in biti za ljudi življenjskega pomena. S temi izpolnjenimi pogoji namreč profesija oz. njeni pripadniki uživajo ugled in veljavo. Druga ključna značilnost profesij je avtonomija. Poklici z najvišjo stopnjo avtonomije nadzirajo svoje delovno področje sami in dominirajo tudi nad ostalimi poklici, s katerimi so povezani. V medicinski sferi lahko govorimo o številnih skupinah poklicev, ki pa oblikujejo strogo hierarhično strukturo. Na vrhu te hierarhije je zdravniška profesija. Zdravniki namreč nadzorujejo bazo znanja in proizvodnjo medicinskih storitev, uživajo velik ugled in imajo funkcionalno avtonomijo. Ostali zdravstveni poklici pa so organizirani tako, da zdravnikom »strežejo«. Pripadniki teh poklicev opravljajo svoje naloge

in igrajo vloge pod neposrednim nadzorstvom zdravnikov, saj imajo le-ti tisto teoretično in praktično znanje, na podlagi katerega je zdravljenje mogoče.

Razvoj večje funkcionalne avtonomije medicinskih sester bi nedvomno ogrozil dosedanje vlogo zdravnikov, ki se sicer strinjajo z razširitvijo sestrskih vlog, ki pa neposredno še vedno sodijo v sfero njihovega nadzora, ne strinjajo pa se s tem, da bi sestre opravljale tudi preglede ali pojasnjevale rezultate diagnostičnih testov (Letica in Letica 1991, 25 -27). Na lestvici zdravstvenih profesij so sicer medicinske sestre takoj za zdravniki, vendar prav zaradi pomanjkanje avtonomije in družbene veljave (glede baze znanja in proizvodnje medicinskih storitev) ne moremo trditi, da je delo medicinske sestre profesija. Lahko pa bi rekli, da je ta poklic v fazi profesionalizacije.

Dejavnik, ki otežuje profesionalizacijo sestrtva je tudi dejstvo, da medicinske sestre opravljajo zelo različna dela. Različna po zapletenosti, odgovornosti in intelektualni zavzetosti. Ta raznolikost zmanjšuje možnosti, da bi prišel do izraza enoten, specifični prispevek medicinskih sester k zdravstvenemu varstvu in s tem možnost presojanja njihove učinkovitosti. Ne glede na izobrazbo in zahtevnost dela pa je medicinska sestra za laika »samo medicinska sestra« (Letica in Letica 1991, 27).

## **5.1 Delno uspešen projekt profesionalizacije**

Pahorjeva (1998, 9-10) navaja, da je oddaljenost zdravstvene nege od idealne profesije velika, saj delo opravljajo pretežno ženske, ki imajo v družbi nižji status kot moški. Medicinske sestre imajo prenizko izobrazbo, plačo in nizek ugled, prihaja do velike menjave osebja, delajo dolg delovni čas, pri delu imajo nizko avtonomijo ter majhne možnosti za poklicno napredovanje. Velik del te »krivde« avtorji pripisujejo Florence Nightingele, ki je sredi 19. stoletja zavestno vpeljala princip popolne podrejenosti zdravstvene nege zdravnikom. Vendar pa je bil to edini način, da je bil novi poklic sploh sprejet v bolnišnični sistem in je s tem zagotovil ženskam družbeno sprejemljivo plačano zaposlitev.

Ključne ovire na poti do profesionalizacije dela medicinskih sester ležijo tako v samem poklicu kot tudi izven njega. Eden izmed ključnih problemov pri doseganju funkcionalne avtonomije medicinskih sester pa so medicinske sestre same, ki so socializirane tako, da

voljno igrajo »ženske« vloge, da izpolnjujejo ukaze, strežejo in pomagajo ter ničesar ne zahtevajo (Letica in Letica 1991, 26).

Sam potek oz. proces profesionalizacije določenega poklica poteka počasi, postopoma, vsi atributi profesij niso dani nobeni poklicni skupini vnaprej, treba si jih je priboriti, vloga znanja in izobraževanja pri vzpostavljanju profesij ni preprosta. Medicina si je tako naprimer pridobila položaj profesije, še preden je medicinsko znanje postalo učinkovito in oprto na sistematično (znanstveno) teorijo. Pridobitev ugleda in visokih dohodkov je vodilo v skupinsko socialno mobilnost navzgor, poklic pa je dobil privilegije profesionalnosti šele na osnovi pogajanj z nosilci moči (Pahor 1998, 10).

Letica in Letica (1991, 26) pa navajata tudi razloge, ki bi morali pospeševati proces profesionalizacije zdravstvene nega in so posledica sodobnega načina življenja. Ti procesi so vezani na spremenjene narave bolezni, ki prehajajo iz akutnih, kratkotrajnih in infekcijskih v kronične in dolgotrajne, staranje svetovnega prebivalstvo, kar pomeni, da se večja število ljudi s kroničnimi zdravstvenimi težavami, narašča število ljudi z dolgotrajnimi, neozdravljivimi boleznimi, prisotna je vse večja je težnja po medikalizaciji vsakdanjega življenja – medicinski nadzor vseh naravnih življenjskih pojavov (rojevanje, umiranje...), prisotno je vse večje povpraševanje po zdravstvenem varstvu, povečuje pa se tudi število visoko specializiranih zdravstvenih storitev.

V spremembah, ki nastajajo, je prav gotovo mogoče najti izzive, na katere se lahko področje zdravstvene nega osredotoča v prihodnosti ter s tem stopa po poti profesionalizma. Obenem pa je bistvenega pomena osredotočenost na širše družbeno in kulturno okolje ter na bolnika.

## **5.2 Novi profesionalizem**

O projektu profesionalizacije lahko razmišljamo kot o eni izmed velikih zgodb preteklosti, saj razvoj sodobnih družb na prvo mesto čedalje bolj postavlja pomen sodelovanja, partnerski položaj, medtem ko monopol, dominacija, zapiranje, nadzor – značilnosti »starih« profesij – izginjajo in postajajo nezaželene.

Govorimo lahko o »novem profesionalizmu«, ki pomeni demokratizacijo profesionalizma, partnerstvo in profesionalizacijo vseh sodelujočih ter oblikovanje novih mehanizmov odločanja in načrtovanja. Za novi profesionalizme je značilna vključitev uporabnika in

vzpostavitev diskusije in ne distance profesionalca, nadzor pa nadomesti podpora in pomoč pri osamosvajanju (Pahor 1998, 11).

Profesionalec ima v novem modelu profesionalizma tudi nove značilnosti. Profesionalec ni več oddaljen in vključen, ampak je zavzet, ni več nadzorovalen in odvisen, ampak povezan, ni vase usmerjen ali samozanikovalen, temveč sprejema »uporabo sebe« kot del terapevtskega srečanja, je ustvarjalec aktivne skupnosti ter reflektirano uporablja okolje in se ne zanaša zgolj na zanje oz. izkušnje (Pahor 1998, 11 po Davies 1995).

Možnosti za samostojno delo medicinskih sester se tako pokažejo predvsem v lokalnih skupnostih, v patronažni zdravstveni negi in zdravstveni vzgoji, kot šolske medicinske sestre, z delom v zdravstvenih domovih in delom v primarnem zdravstvenem varstvu. To usmeritev spodbujajo predvsem demografske spremembe, staranje prebivalstva, kronične bolezni, ki zahtevajo več nege, skrbi, svetovanja in podpore za uporabnike zdravstvenega varstva. Več možnosti za samostojni razvoj poklica pa imajo tako predvsem tiste medicinske sestre, ki delajo zunaj bolnišnic (Pahor 1998, 12).

Največje profesionalne ambicije imajo po raziskavah medicinske sestre s končano fakulteto za zdravstveno nego, z opravljenim podiplomskim študijem ali doktoratom. Ker v Sloveniji le nekaj sester dosega višja izobrazbo od višje šole, se med njimi še ni mogla razviti akademsko izobražena elita, ki je drugod po svetu pobudnik izražanja profesionalnih ciljev in načrtov. Medicinske sestre z nižjo stopnjo izobrazbe imajo nižje profesionalne ambicije, opravljajo dela, ki so neposredno povezana z bolnikom in ne razmišljajo o višjih intelektualnih ciljih. Obenem pa so medicinske sestre prevzele velik del administrativnih opravkov, ob tem delu pa praviloma nikoli ne dosežejo funkcionalne avtonomije, temveč so vedno v podrejenem položaju (Letica in Letica 1991, 27).

Avtorja še omenjata, da medicinske sestre pri doseganju profesionalnih potez omejuje tudi njihov socialni izvor – čeprav izhajajo iz različnih družbenih slojev, jih večina izhaja iz družin, kjer starši nimajo fakultetne izobrazbe, njihov materialni status pa je nižji. Zaradi tega raven srednje izobrazbe zadovoljuje njihove izobrazbene težnje in s tem tudi profesionalne cilje. Medicinske sestre naj bi si po raziskavah na začetku svoje kariere želele več avtonomije in imajo večje želje po profesionalnem napredovanju. Z leti pa se sprijaznijo s hierarhično lestvijo in s svojim položajem. S tem se verjetno tudi zmanjša čut za odgovornost, zaradi česar ne prevzamejo prevelikega tveganja za izid zdravljenja.

Mnogi so si enotni, da je zdravstvena nega mejni primer profesije oz. profesionalnega poklica. Eden od razlogov je prav gotovo ta, da sledi medicinski stroki oz. profesiji, ki ima že tradicionalno visok profesionalni status. Na eni strani torej zdravstvena nega pridobiva značilnosti uveljavljenih profesij, na drugi strani pa je neločljiva od značilnosti, ki jo opredeljujejo kot negovalni poklic, kar je nenazadnje njeno bistvo. Z novimi izzivi pa zdravstveno nego kot profesijo soočajo spremembe sodobne družbe – ne samo demografske, temveč tudi zmanjševanje ekskluzivnosti in prestižnosti medicine, večanje odgovornosti posameznika do lastnega zdravja, tržni nadzor in nadzor kapitala nad medicino in na drugi strani vse večja težnja po medikalizaciji vsakdanjega življenja.

Možnosti za izboljšanje profesionalnega položaja zdravstvene nege so v Sloveniji predvsem v uveljavljanju tega poklica izven togih birokratskih zdravstvenih ustanov, kjer dominirajo zdravniki. Razmah negovalnega zdravstvenega osebja, morda tudi njegove večje avtonomije, bo pri nas potreben tudi zaradi relativno zelo nizkega deleža tovrstnega osebja glede na starajočo demografsko sliko populacije.



## 6 Sklep

Zdravstvena nega je dejavnost v razvoju, podvržena vsem spremembam, s katerimi se sooča sodobni zdravstveni sistem in nenazadnje celotna družba. Zdravstvo postaja čedalje bolj vpeto v sodobno družbo, tudi z dejavniki kot je globalizacija in individualizacija. Pomemben dejavnik so tudi demografske spremembe in staranje prebivalstva, saj posledično čedalje bolj narašča pomen zdravstva in zdravja. Na drugi strani pa je v zdravstvu vse bolj v ospredju pomen tržnosti in konkurenčnosti, kar vodi v paradoks z idejo o negi, pomoči, altruizmu, bistvenih značilnosti zdravstvene nege. Na to opozarja tudi Carpenter (1993, 126), ki pravi, da demografska kriza, ki vodi v naraščajoče potrebe družbe po negi in oskrbi, na drugi strani tega ne ceni. Omenjene spremembe za zdravstveno nego in poklic medicinske sestre predstavljajo nove izzive in priložnosti, s katerim se morajo soočiti in si s tem pridobiti možnosti za nadaljnji razvoj.

Podoba medicinske sestre se je skozi čas spreminjala, vendar pa vseskozi predstavlja nasprotje podobi zdravnika, ki se ga prikazuje kot samostojnega, izobraženega, vsevednega, profesionalnega zdravstvenega delavca. Težko torej govorimo o podobi medicinske sestre kot izobraženi, samostojni ženski. Prej o ženski, ki streže zdravniku, medicinski sestri kot seksualnemu simbolu ali o prijetni, prijazni, dobrohotni ženski. Poklic medicinske sestre je pomembno zaznamovala tudi Florence Nightingale, ki je dosegla, da je sestrsko delo postalo plačano, pomembno je vplivala na razvoj šolstva, vendar je sestrski poklic potisnila v podrejen položaj, pod nadzor zdravnika.

Še vedno je razvoj zdravstvene nege in doseganje avtonomije poklica povezan in omejen z družbenim dogajanjem in problemi spola in slojev ter političnim in ekonomskim dogajanjem. Za poklic medicinske sestre je značilna zgodovinska in družbena zaznamovanost. Čeprav postajajo medicinske sestre pri svojem delu čedalje bolj profesionalizirane in njihov poklic dobiva lastnosti profesije, pa gre še vedno za pretežno ženski poklic, ki skozi svoje značilnosti odseva tradicionalni položaj žensk v družbi. Da bo zdravstvena nega postala samostojna dejavnost v zdravstvenem sistemu, se bo najprej morala otresti svoje tradicionalne vloge, t.j. vloge zdravniške pomočnice, ter razviti boljše odnose med različnimi izvajalci zdravstvene nege. Vloga medicinske sestre je tako pogosto pomožna, ne pa vodilna, zanemarjena pa so področja za katera je usposobljena kot strokovnjakinja in področja, kjer bi lahko imela vodilno vlogo.

Z današnjim stanjem in položajem, s katerim se soočajo medicinske sestre, vsaj po raziskavah sodeč, niso zadovoljne, saj so še vedno potisnjene v podrejen položaj, pri svojem delu ne dosežajo avtonomije, zadovoljne niso s svojim ekonomskim položajem, za moč in vpliv pa se morajo pogajati z zdravniki.

Sam proces profesionalizacije sestrska poklica se zdi nedokončana zgodba. Na eni strani se borijo z močno zdravniško profesijo, na drugi strani pa z lastnimi ambicijami. Sam proces profesionalizacije tega poklica se tako srečuje z vrsto preprek, čeprav se z razvojem ponujajo za zdravstveno nego tudi nove možnosti.

Ovire, s katerimi se soočajo medicinske sestre na poti do profesije v Sloveniji, so različne. Pri doseganju funkcionalne avtonomije so velika ovira medicinske sestre same, saj so socializirane tako, da igrajo »žensko vlogo«, da izpolnjujejo ukaze, pomagajo in ne zahtevajo ničesar. Želja po profesionalizaciji sestrtva je višja pri medicinskih sestrah z opravljeno fakultetno ali podiplomsko izobrazbo, za več samostojnosti si prizadevajo medicinske sestre na začetku svojega službovanja. Medicinske sestre so prevzele tudi velik del administrativnega dela, pri katerem ne morejo doseči samostojnosti, temveč ohranijo podrejen položaj. Prav opravljanje zelo različnih del, različnih po zapletenosti, odgovornosti, onemogoča enostaven vpogled v njihov doprinos in vpliv, hkrati pa sledijo zdravniški profesiji, ki uživa visok profesionalni status.

Na drugi strani pa imajo medicinske sestre razvit sistem izobraževanja, imajo profesionalna združenja, etični kodeks, njihove delovanje opredeljuje tudi zakon. Na lestvici zdravstvenih profesij so medicinske sestre takoj za zdravniki, vendar prav zaradi pomanjkanje avtonomije in družbene veljave ne moremo trditi, da je delo medicinske sestre profesija. Lahko pa bi rekli, da je ta poklic v fazi profesionalizacije in pred novimi izzivi v spreminjajočem se svetu. Predvsem v smeri razvoja bolj demokratične, manj ekskluzivistične oblike (novega) profesionalizma, ki temelji na medsebojni pomoči in sodelovanju.

Možnosti, ki jih ponujajo spremembe v »razvitih« družbah in omogočajo samostojno delo medicinskih sester, predstavlja delo v lokalnih skupnostih, patronažni zdravstveni negi, v zdravstveni vzgoji, v zdravstvenih domovih, na področju promocije zdravja...se pravi predvsem v primarnem zdravstvenem varstvu. V možnosti doseganja samostojnosti vodijo tudi demografske spremembe, ki pomenijo staranje prebivalstva in s tem povečano potrebo po negi in oskrbi, narašča število kroničnih in dolgotrajnih bolezni, ki prav tako pomenijo

povečano potrebo po negi in oskrbi, potrebna so svetovanja in podpora zdravstvenim uporabnikom, izobraževanja. Prav tako je v sodobnih družbah prisotna vse večja težnja medikalizaciji naravnih življenjskih pojavov in vse večje povpraševanje po zdravstvenem varstvu.

Za medicinske sestre se torej ponuja vrsta priložnosti, ki vodijo v doseganje večje avtonomije, samostojnosti, obenem pa si sodobne medicinske sestre zavzemajo za enakopravnejši odnos glede na medicino oz. zdravniško profesijo in ne za pomožno vlogo pri zdravstvenem varstvu.

Nasploh pa tudi za zdravniško nego, kot za katerikoli projekta profesionalizacije, velja, da ni vnaprejšnjih zagotovil uspeha: veliko jih je poklicanih, malo izvoljenih. Kajti postati profesija, tudi 'nova profesija', pomeni – postati izjema, ne pravilo.

## 7 Literatura

1. Adam, Frane. 1992. Pomen profesionalizacije politike v kontekstu modernizacije političnega sistema. V *Politika kot poklic*, ur. Frane Adam, 7-18. Ljubljana: Krt.
2. Brnot, Nuška. 2009. *Mednarodni dan medicinskih sester 2009*. Dostopno prek: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=2334](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2334) (22. junij 2010).
3. Carpenter, Mark. 1993. The subordination of nurses in health care: towards a social division approach. V *Gender, work and medicine: women and the medical division of labour*, ur. Elianne Riska, 95-129. London: Sage.
4. Cvetek, Slavko. 1999. Profesionalnost in profesionalizacija v zdravstveni negi v spreminjajočem se kontekstu zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege* 33 (1-2): 19 -23. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=f3cb942f-c8f3-402f-8c7f-43b719196e38](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=f3cb942f-c8f3-402f-8c7f-43b719196e38) (18. april 2010).
5. Černigoj-Sadar, Nevenka in Dorotea Verša. 2002. Zaposlovanje žensk. V *Politika zaposlovanja*, ur. Ivan Svetlik, 397-432. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Černoga, Meta. 2009. Kdo bo najbolj občutil posledice vse siromašnejše zdravstvene blagajne. *Dnevnik*, 27. oktober. Dostopno prek: [http://www.dnevnik.si/tiskane\\_izdaje/nedeljski/1042310498](http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/nedeljski/1042310498) (22. junij 2010).
7. Černivec Jelka. 2003. Vključevanje Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije pri spremembah zakonodaje. *Obzornik zdravstvene nege* (37) 1-2. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=105732bd-aa0f-44bc-a31b-ee8f2d10b217](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=105732bd-aa0f-44bc-a31b-ee8f2d10b217) (19. junij 2010).
8. Filej, Bojana. 1997. Razkorak med znanjem medicinskih sester in njegovo uporabo v praksi. *Obzornik zdravstvene nege* 31 (3-4): 97-104. Dostopno prek:

[http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=8fcccc33-0c35-4970-a08a-e2dd3254a3a1](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=8fcccc33-0c35-4970-a08a-e2dd3254a3a1) (26. maj 2010).

9. Grbec, Vera. 2003. Samostojni poklici v sistemu zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege* 37 (4): 37-239. Dostopno prek:  
[http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=91ffb3a3-61d9-4a6c-be49-f6f15be18c89](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=91ffb3a3-61d9-4a6c-be49-f6f15be18c89) (18. april 2010).
10. Jogan, Maca. 1990. *Družbena konstrukcija hierarhije med spoloma*. Ljubljana: Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo.
11. Kanjuo-Mrčela, Aleksandra. 2002. Sodobna rekonceptualizacija dela: delo med racionalnim in emocionalnim. *Teorija in praksa* 39 (1), 30-48.
12. --- 2005. Zaposlovanje in delo žensk v Sloveniji in Evropski uniji. V *Potovanje z Evropo: Slovenija v Evropski uniji*, ur. Bogomil Ferfila, 710-733. Ljubljana. Fakulteta za družbene vede.
13. Kisner, Nevenka, Marija Rozman, Melita Klasinc in Silva Pernat. 1998. *Zdravstvena nega*. Maribor: Obzorja.
14. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. 2005. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Dostopno prek: <http://www.pos.si/zbornica/kodeks-etike-MSZT2005.pdf> (5. maj 2010).
15. Korenčan, Andreja. 2009. *Življenje in delo Angele Boškin, prve šolane medicinske sestre na Slovenskem*. Gorica: Goriška Mohorjeva družba.
16. Kralj, Božo. 2005. Ob 50-letnici visoke šole za zdravstvo univerze v Ljubljani. *Obzornik zdravstvene nege* 39 (1): 21-25. Dostopno prek:  
[http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=75c8784a-b78d-466f-b6d0-0fc399797758](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=75c8784a-b78d-466f-b6d0-0fc399797758) (18. april 2010).

17. Kramberger, Anton. 1999. *Poklici, trg dela in politika*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
18. Kuhar, Roman. 2001. »Favo ritke«. *Poročilo skupine za spremljanje nestrpnosti* 1 (1): 114-135.
19. Kvas, Andreja in Janko Seljak. 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
20. Letica, Slaven in Gordana Letica. 1991. Medicinska sestra kot profesionalka: družbeni položaj in etični problemi. *Obzornik zdravstvene nege* 25 (1-2): 23-30. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=904e6d97-77e7-434e-846f-863dd7fec2f3](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=904e6d97-77e7-434e-846f-863dd7fec2f3) (18. april 2010).
21. Lovrec, Ksenija. 2006. *Altruizem in seksizem – poklic medicinske sestre*. Magistrsko delo. Dostopno prek: [http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag\\_Lovrec-Ksenija.PDF](http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_Lovrec-Ksenija.PDF) (18. april 2010).
22. Ministrstvo za zdravje. 2010. *Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti*. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna\\_razprava/medresorsko\\_u\\_ZZDej\\_120210/medresorsko\\_u\\_ZZDej\\_12.2.2010\\_.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/medresorsko_u_ZZDej_120210/medresorsko_u_ZZDej_12.2.2010_.pdf) (20. junij 2010).
23. Pahor, Majda. 1998. Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njegove značilnosti. *Obzornik zdravstvene nege* 32 (1-2): 5-19. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=ff6175fb-a77f-4c3d-9918-a13cef8e6b21](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=ff6175fb-a77f-4c3d-9918-a13cef8e6b21) (25. maj 2010).
24. Pajnkihar, Majda. 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
25. Pavlin, Samo. 2007. Izobraževalni sistem kot generator ključnih kompetenc za delo: empirična analiza izbranih poklicev. V *Zaposljivost v Sloveniji: analiza prehoda iz šol*

- v zaposlitve: stanje, napovedi, primerjave*, ur. Anton Kramberger in Samo Pavlin, 185-213. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
26. Stanojevič, Miroslav. 1998. Delovni odnosi, sindikati in participacija zaposlenih. V *Management kadrovskih virov*, ur. Stane Možina, 389-408. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
27. Svetlik, Ivan. 1999. Sodobni izzivi profesionalizmu. *Knjižnica* 43 (2-3): 7-18. Dostopno prek: <http://revija-knjiznica.zbds-zveza.si/Izvodi/K9923/SVETLIK.pdf>. (27. maj 2010).
28. Šadl, Zdenka. 1999. *Usoda čustev v zahodni civilizaciji*. Ljubljana: znanstveno in publicistično središče.
29. Štebe, Vera. 1996. *Zdravstvena nega: repetitorij zgodovine zdravstvene nege*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
30. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
31. Tschudin, Verena. 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerje skrbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
32. Ule, Mirjana. 2003a. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene nege* 37 (4): 243-249. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=f1fa1107-fd06-438b-9e59-3a50ba121468](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=f1fa1107-fd06-438b-9e59-3a50ba121468) (18. maj 2010).
33. --- 2003b. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
34. Urbančič, Klaudia. 1996. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 30 (1-2): 21-28. Dostopno prek:

[http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=8817a8ba-f4ed-4231-9d58-3db80b60d310](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=8817a8ba-f4ed-4231-9d58-3db80b60d310) (29. april 2010).

35. --- 1998. Komunikacija s starši prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne terapije. *Obzornik zdravstvene nege* 32 (3-4): 155-166. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=b249d1d1-fb8d-40bf-9525-8eaf13f066e9](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=b249d1d1-fb8d-40bf-9525-8eaf13f066e9) (1. junij 2010).
36. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1)*. Ur.l. RS 36/2004. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200436&stevilka=1569> (19. junij 2010).
37. Zaletel, Marija. 1997. Vrednotenje delovne uspešnosti medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege* 31 (3-4): 105-113. Dostopno prek: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=00c21d09-3e11-4d14-83fe-a8aa9bb4d964](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=00c21d09-3e11-4d14-83fe-a8aa9bb4d964) (18. maj 2010).
38. Zdravniška zbornica Slovenije. 2010. *Zasebna zdravstvena dejavnost*. Dostopno prek: [www.zdravniskazbornica.si/library/includes/file.asp?FileId=119](http://www.zdravniskazbornica.si/library/includes/file.asp?FileId=119) (19. junij 2010).
39. Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester. 2007. *Širitev pristojnosti patronažne medicinske sestre in ostala problematika izvajanja patronažne dejavnosti*. Dostopno prek: [shrani.si/f/3P/oc/3W1D4eUx/problematikaskom.doc](http://shrani.si/f/3P/oc/3W1D4eUx/problematikaskom.doc) (20. junij 2010).