

**KOMPETENTNOST DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V
PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU ZA IZVAJANJE
ZDRAVSTVENE NEGE ŽENSKE, NOSEČNICE, OTROČNICE,
NOVOROJENČKA IN DOJENČKA NA DOMU – USMERITVE ZA STROKO
IN ODLOČEVALCE V SLOVENIJI**

Strokovna ekspertiza

Avtorica

Red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znanstvena svetnica

Mednarodna strokovnjakinja za razvoj zdravstvenih profesij

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Ljubljana, december 2023

KOMPETENTNOST DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU
ZA IZVAJANJE ZDRAVSTVENE NEGE ŽENSKE, NOSEČNICE, OTROČNICE, NOVOROJENČKA IN DOJENČKA
NA DOMU – USMERITVE ZA STROKO IN ODLOČEVALCE V SLOVENIJI.

December, 2023

Avtorica: prof. dr. Brigita Skela Savič, znanstvena svetnica

Recenzentki: mag. Jožica Ramšak Pajk, prof. zdr. vzg., viš. pred., Martina Horvat, dipl. m. s., spec.

Naročnik dokumenta: Zbornica - Zveza, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov
v patronažni dejavnosti

Kraj: Ljubljana

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

618.2/.7

SKELA-Savič, Brigita

Kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu - usmeritve za stroko in odločevalce v Sloveniji : strokovna ekspertiza / avtorica Brigita Skela Savič. - Jesenice : Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2023

ISBN 978-961-6888-65-3

COBISS.SI-ID 177402115

KAZALO	Stran
Razširjeni povzetek	
Recenzija 1	
Recenzija 2	
1 UVOD	1
1.1 Strokovna vprašanja	1
2 PREGLED ZNANSTVENIH SPOZNANJ	2
2.1 Metodološki pristop	2
2.2 Ugotovitve pregleda znanstvenih spoznanj	3
2.2.1 <i>Med-poklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in babicami</i>	3
2.2.2 <i>Izidi zdravstvene predporodne in poporodne oskrbe žensk na domu</i>	4
2.2.3 <i>Izvajalci storitev predporodne in poporodne zdravstvene oskrbe žensk na domu</i>	6
2.2.4 <i>Razvoj družinskih medicinskih sester</i>	7
2.2.5 <i>Stanje profesionalizacije babištva v Sloveniji</i>	7
3 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI	8
3.1 Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni	9
3.2 Kadri v patronažnem zdravstvenem varstvu	9
3.3 Storitve v patronažnem zdravstvenem varstvu	10
4 PREGLED PREDPISOV EU ZA IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC	12
4.1 Direktiva EU za regulirane poklice	12
5 PREGLED DEFINICIJ IN DRUGIH VIROV	18
5.1 Definicija zdravstvene nege	18
5.2 Definicija babiške nege	18
5.3 Umestitev diplomiranih babic v sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji	20
5.4 Kompleksnost storitev v zdravstvene nege v patronažnem varstvu v Sloveniji	21
5.5 Umeščenost teoretičnih in kliničnih znanj preventivne obravnave nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka v predmetnik študijskega programa	22
Zdravstvena nega (VS)	
5.5.1 <i>Predmetna področja za izvajanje zdravstvene nege otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu</i>	23
6 RAZPRAVA	26
6.1 Skupne ugotovitve	26
6.2 Ugotovitve s predlogi aktivnosti	27
7 ZAKLJUČEK	33
LITERATURA	34

RAZŠIRJENI POVZETEK

Uvod: Patronažno zdravstveno varstvo je pomemben del zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. Temeljni na terenskem konceptu dela in na geografsko opredeljenem območju, z individualno in družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih. Izvajalka patronažnega zdravstvenega varstva je diplomirana medicinska sestra, izobražena v skladu z direktivami evropske unije in v patronažnem zdravstvenem varstvu deluje preventivno in kurativno na vseh kliničnih področjih njenega izobraževanja.

Strokovna vprašanja: 1) Kakšna je vloga in vključenost diplomirane medicinske sestre v izvajanje zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v znanstvenih raziskavah? 2) Kakšne so v znanstvenih raziskavah razlike v kliničnih izidih izvedene zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu s strani izvajalcev iz različnih poklicnih skupin? 3) Kakšna je kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu, za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v Sloveniji?

Metoda: Uporabljen je bil konceptualni model strokovne ekspertize (Yielder 2004). Izveden je bil hitri pregled sistematičnih pregledov znanstvenih raziskav (rapid literature review) na podatkovnih bazah PubMed in Cochrane Database of Systematic Reviews. Uporabljena je bila narativna analiza strokovnih virov, zakonodaje, področnih direktiv in mednarodnih dokumentov.

Ugotovitve pregleda znanstvenih spoznanj: Spoznanja znanstvenih raziskav pokažejo na enakovredno vključenost medicinskih sester v izvajanje zdravstvene oskrbe žensk, nosečnic, otročnic, novorojenčka in dojenčka na domu v primerjavi z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki (babice, zdravniki, ginekologi, porodničarji, idr.) (Downe et al., 2019; East et al. (2019). V zvezi s poklicnimi skupinami, ki obravnavajo ciljno populacijo žensk, nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu, sistematični pregledi raziskav ne pokažejo razlik v kliničnih izidih glede na različne izvajalce te zdravstvene oskrbe (Doswell 2013; Downe et al., 2019; East et al. 2019; Yonemoto et al., 2021; Gavine et al. 2022). Medicinska sestra je enakovredna izvajalka zdravstvene oskrbe žensk, nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu v primerjavi z babico. Medosebni odnosi, ki so posledica kognitivnih procesov znotraj stroke, kažejo na konflikte znotraj izvajalcev zdravstvene skrbi ciljne skupine, predvsem gre za konflikte med medicinskimi sestrami in babicami in babicami in babicami in zdravniki, kar poleg mednarodnih raziskav, potrди tudi slovenska raziskava Mivšek et al. (2021). Posledica tega je zmanjšana sposobnost integracije in sodelovanja med obema poklicnima skupinama in slednje generira ne sodelovalno strokovno prakso. Poleg tega Mivšek et al (2021) opozori tudi na težave v priznavanju babiške stroke s strani zdravnikov v Sloveniji, kar dodatno obremeni babiško stroko na poti k profesionalizaciji.

Ugotovitve pregleda normativnih in strokovnih virov: Kompetence obeh Direktiv (2005; 2013), Kompetence in poklicnih aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva (Ažman, 2021), nacionalni Kadrovski standardi in normativi (2021) in nacionalni pravilniki (Pravilnika za izvajanje preventivnega; Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti), je področja vključevanja in samostojnega delovanja strokovnjakov v babiški negi v Sloveniji jasno definirano in ni predvidena vključitev diplomiranih babic v patronažno zdravstveno dejavnost. Diplomirana babica po nacionalni zakonodaji ni razporejena na delovišča patronažne zdravstvene nege. Le tega ne predvidevajo najnovejše kompetence ICM (2019). Le te omenjajo izvedbo poroda na domu, ki ga vodi babica.

Zaključne ugotovitve in predlogi aktivnosti:

- Temeljno in klinično znanje ter usposabljanje v kliničnih okoljih za izvajanje preventivnih obiskov s ciljem zdravstvene nege nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v patronažnem zdravstvenem varstvu je v predmetnik visokošolskega študijskega programa Zdravstvena nega (VS) umeščeno v skladu z EU Direktivama (2005, 2013) in EFN smernicami (2015) za implementacijo Direktive iz leta 2013. Zato ima diplomirana medicinska sestra, ob predhodnem uvajanju v delo in kontinuiranem strokovnem izobraževanju, znanje, kompetence in sposobnosti za samostojno izvajanje zdravstvene nege nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v okviru patronažnega varstva.
- Diplomirana babica ne more delovati v patronažnem zdravstvenem varstvu v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji v skladu s kompetencami evropski Direktiv (2005 in 2013) za babice, prav tako njenega sodelovanja ne opredelita nacionalna pravilnika, Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti poklicev v zdravstvu. Babiška dejavnost v obeh pravilnikih ni opredeljena v patronažnem zdravstvenem varstvu, prav tako EU Direktivi (2005; 2013) ne navajata teoretičnega in kliničnega usposabljanja babic v patronažnem varstvu, niti usposabljanja na domu matere.
- EU Direktivi za babice (2005, 2013) ne predpisujeta predmetnega področja patronažno varstvo, zato v kolikor se ta predmet izvaja na programu babištva v Sloveniji, je potrebo podati diplomantom jasno informacijo, da niso kompetentni za delo v patronažni dejavnosti, tako kot medicinske sestre niso kompetentne za vodenje zdrave nosečnosti in poroda, kljub temu, da imajo v obeh Direktivah (2005 in 2013) jasno zapisano klinično področje teoretičnega in kliničnega usposabljanja varstvo matere in v EFN smernicah (2015) zdravstvena nega porodnic, diplomirana medicinska sestra v Sloveniji ne vodi in ne sodeluje pri porodu.
- Diplomirane medicinske sestre so že po definiciji zdravstvene nege nosilke preventivne dejavnosti v vseh življenjskih obdobjih. Kadrovski standardi in normativih (2021) jasno opredelijo delovišča za diplomirane babice (porodna soba, babiški oddelek, porodniški oddelek, ginekološki oddelek, neonatalni oddelek in specialistična ginekološka ambulanta na primarni ravni).
- Študij babištva je v Sloveniji potrebno začeti izvajati v dveh smereh, v skladu z Direktivama (2005, 2013) in nacionalnim Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti poklicev v zdravstvu (9. člen), da se zagotovi zadostno število kadra za zagotavljanje babiških storitev v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji.
- Na MZ in NIJZ je potrebno podati zahtevo za pripravo izračuna potreb po babiških storitvah in potreb za izobraževanje diplomiranih babicah dveh smeri. Le ta naj bo osnova za pripravo strateškega načrta izobraževanja in prenosa kompetenc iz specialista ginekologije na primarni ravni na diplomirane babice v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (poglavja 1.2.2., 1.4., 2.a). Tako bi dosegli večjo dostopnost žensk do storitev zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji.
- Klinična specializacija v patronažnem zdravstvenem varstvu bo z naprednimi znanji dodatno opolnomočila patronažne diplomirane medicinske sestre za ustrezen odziv na epidemiološke trende na terenu in razvoj inovativnih in sodobnih pristopov pri obravnavi posameznika in družine v skupnosti, tudi na področju zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu.

Zaključek: Strokovna praksa zdravstvene nege in oskrbe na domu je povezana z zgodovino posameznih zdravstvenih sistemov, večji del obravnave ciljne populacije te ekspertize izvajajo v svetu in v Sloveniji diplomirane medicinske sestre, ker jih je številčno več in ker je to ena od kompetenc diplomanta, to je zdravstvena obravnava v vseh obdobjih življenja na domu. Babiška nega je ciljana v največji meri v spremljanje zdrave nosečnice, pripravo na porod, izvedbo poroda in odpust v domačo

okolje. Tako babiško dejavnost opredelijo slovenski normativni akti in obe EU Direktivi. NICE smernice (2021) dajejo velik poudarek na proces zdravstvene obravnave po porodu v domači oskrbi in opozarjajo na ustrezno babiško predajo otročnice in novorojenčka na primarno raven strokovnjaku, ki ga definirajo kot »health visitor« (v preteklosti so to bile »district nurses«), kar je glede na izvedene storitve dejansko v našem primeru patronažna diplomirana medicinska sestra. Diplomirane babice v slovenskem zdravstvenem sistemu zelo potrebujemo, da prevzemajo dela in naloge, ki so predpisane v obeh Direktivah (2005, 2013) in nacionalni zakonodaji. Vstopanje diplomiranih babic v patronažno zdravstveno varstvo trenutno ni mogoče iz že navedenih razlogov. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem zdravstvenem varstvu je strokovnjakinja, ki ima znanja, veščine, kompetence in sposobnosti, da med drugimi izvaja tudi dela in naloge zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu. Slovenija je sprejela koncept družinske zdravstvene obravnave na pacientovem domu, ki jo izvaja patronažna diplomirana medicinska sestra. Zdravstvena nega na domu je eno od dvanajstih kliničnih področij, kjer diplomant zdravstvene nege pridobi temeljne teoretičnega in kliničnega usposabljanja za poklic diplomirana medicinska sestra (Direktiva 2005; EFN 2015). Vseh 12 kliničnih področij daje diplomantu veliko sliko zdravstvene obravnave zdravih in bolnih. Na kliničnem področju, kjer se diplomant zaposli, ima poglobljeno uvajanje v delo, se kontinuirano izobražuje, razvija sposobnosti delovanja v stroki, sodeluje pri razvoju strokovnega področja, evalvira opravljeno delo in karierno razvija. Vse opisano strokovnjakinje v patronažnem zdravstvenem varstvu izkazujejo. Ko bodo dosegle postavljene kadrovske normative, lahko pričakujemo še izboljšanje njihovega strokovnega delovanja.

Prav tako imajo diplomirane babice jasno zapisana znanja, veščine in kompetence v obeh Direktivah (2005; 2013) in nacionalnih normativnih aktih. Direktive veljajo za področje EU, mednarodne usmeritve in priporočila so globalna. Res je, da nekateri dokumenti navajajo, da bi se naj babica vključevala tudi v poporodno obravnavo na domu otročnice, vendar tega ni v EU Direktivah (2005; 2013) in tudi ni skladno s sistemom družinske obravnave patronažne dejavnosti v Sloveniji. Tudi za diplomirane medicinske sestre so zapisane mednarodne usmeritve za dodiplomsko izobraževanje, ki so skladne z zahtevami EU Direktiv (2005; 2013) in bi jih stroka želela uvesti v prakso, kot je podaljšanje dodiplomskega študija na štiri leta, posluha odločevalcev ni. Tudi mednarodne usmeritve za klinične specializacije v zdravstveni negi, ki se naj izvajajo kot strokovni magisteriji, so jasne, vendar jih odločevalci ne sprejmejo. Da bi babiška nega bila dostopna v skladu s kompetencami EU Direktiv in področnim pravilnikom, je v Sloveniji potrebno začeti izvajati v dveh smereh. Na ta način bi lahko omilili pomanjkanje diplomiranih babic. EU Direktivi sta jasni, diplomirana medicinska sestra lahko po zaključenem študiju vpiše skrajšan študijski program Babištva (VS) in tako pridobi dve licenci za delo. Direktiva za babice ne predpisuje predmetnega področja patronažno varstvo, zato v kolikor se ta predmet izvaja na programu babištva, je potrebo podati diplomantom jasno informacijo, da niso kompetentni za delo v patronažni dejavnosti, tako kot medicinske sestre niso kompetentne za vodenje poroda in vodenje zdrave nosečnice v specialistični ginekološki ambulanti na primarni ravni.

Ključne besede: direktiva, regulirani poklici, Evropska unija, babištvo, zdravstvena nega, dodiplomski študij, kompetence

Recenzija 1

Avtorica prof. dr. Brigita Skela Savič, je pripravila obsežno strokovno ekspertizo na temo »kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«. Namen strokovne ekspertize je na osnovi pregleda znanstvene literature, zakonodaje in pravilnikov v Sloveniji, v evropski uniji in primerljivih zdravstvenih sistemih po svetu, podati mnenje glede na vprašanje kompetentnosti medicinske sester v patronažnem varstvu o izvajanju zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu.

Za namen analize je uporabljen konceptualni model avtorice Yelder (2004), ki izpostavlja več problemskih področij kot so medosebni odnosi, kognitivni in integrativni procesi, znanstveno raziskovanje in strokovna praksa. Metodološko sledi ekspertiza znanstvenim utemeljitvam in spoznanjem pregleda literature, kjer enakovredno vključuje področji zdravstvene nege in babištva. Sintezo znanstvenih spoznanj glede na omenjena področja, raziskovalna vprašanja in uporabljeni konceptualni model, objektivno, z veliko mere refleksije in kritičnega pristopa, predstavi v okviru ureditve sistema zdravstvenega varstva in visokošolskega izobraževanja. Ugotovitve ekspertize so sistematično predstavljene po aktualnih področjih, slednje so podprte s relevantnimi znanstvenimi viri in možnimi spremembami.

Ekspertiza jasno poudari kompetentnost in enakovredno vključenost medicinskih sester v patronažno zdravstveno varstvo. Izpostavi konflikt v odnosu med poklicnima skupinama medicinskih sester in babic utemeljen s slovensko kot tujo literaturo, ki generira ne sodelovalno strokovno prakso. Kakovostno medsebojno sodelovanje je možno na osnovi zaupanja, medsebojnega profesionalnega sodelovanja in oblikovanja jasnih poklicnih vlog ter kompetenc. Predstavljeni so predlogi možnihboljšav v sistemu, kot so graditi izobraževanje in priznavanje kompetenc obeh poklicnih skupin, znanstveno raziskovanje, medsebojno povezovanje in sodelovanje.

Ekspertiza poda strokoven in sistematičen pogled h kompleksni problematiki. Pripravljena je strokovno, sistematično in temeljito predstavi širši uvid v področje pridobljenih kompetenc v zdravstveni negi in babištvu. Avtorica podpre svoje trditve z jasnimi argumenti in znanstvenimi ugotovitvami, kar pripomore k verodostojnosti predstavljenih utemeljitev in sklepnih priporočil.

Mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Recenzija 2

Pred nami je dokument, ki po več kot desetletju prizadevanj stroke zdravstvene nege v patronažnem varstvu, filigransko natančno opredeli ter z znanstvenimi dokazi podprto pojasni vloge posameznih izvajalcev na primarni ravni zdravstvenega varstva, v skrbi za nosečnico, otročnico, novorojenčka in dojenčka.

Dokument vsebuje pregled znanstvenih spoznanj o med-poklicnem sodelovanju med medicinskimi sestrami in babicami, izidih zdravstvene poporodne oskrbe žensk na domu in stanju profesionalizacije babištva v Sloveniji. Opisano je patronažno zdravstveno varstvo v Sloveniji. Pomemben del dokumenta je namenjen evropskim predpisom ter pregledu definicij in umeščenosti vsebin preventivne obravnave nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka v predmetnik študijskega programa Zdravstvena nega (VS). Kot tak ne samo, da jasno odgovori na izhodiščno vprašanje »Kakšna je kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu, za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu?«, v njem najdemo tudi odgovore na številna druga vprašanja ter vsebine, ki so pomembne za stroko zdravstvene nege v patronažnem zdravstvenem varstvu. Izjemno pomembne so usmeritve za klinično specializacijo v patronažnem zdravstvenem varstvu, o kateri se kljub temu, da je bila v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva za obdobje od 2011 do 2020, umeščena med prednostne, ne govori več.

Organizacija in delovanje slovenskega patronažnega zdravstvenega varstva sta edinstvena in med najstarejšimi v evropskem prostoru, model polivalentne strokovne dejavnosti pa zaradi promocije zdravja in preventive, ki jo izvaja, pomemben del evropskega modela družinske zdravstvene nege/zdravstvene nege lokalne skupnosti. Patronažno zdravstveno varstvo je skozi proces razvoja in s prenosom izvajanja vseh nalog namenjenih posameznikom, družinam in skupnosti na eno terensko diplomirano medicinsko sestro, ki je tudi nosilka dejavnosti, preraslo v družinsko patronažno zdravstveno varstvo in zdravstveno nego lokalne skupnosti.

Usmerjenost delovanja patronažnih medicinskih sester v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, še posebej v ranljive skupine prebivalstva in v subjekte v občutljivih življenjskih obdobjih, je ob temeljnem terenskem konceptu dela na geografsko opredeljenem območju, pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Enakomerno razporejena mreža izvajalcev omogoča dostop do storitev patronažnega zdravstvenega varstva tudi v najbolj oddaljenih delih države, kar je nedvomno pomembno tudi, ko govorimo o obravnavah nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov.

Razen vsega navedenega, je dokument odličen dokaz, kako pomembno je povezovanje izvajalcev patronažnega zdravstvenega varstva z akademskim okoljem in želim si, da je to šele začetek skupne poti in sodelovanja. Upam, da bo dokument dosegel vse pomembne inštitucije in da bo preko 900 izvajalcev patronažnega zdravstvenega varstva v pomoč pri soočanju z izzivi med-poklicnega sodelovanja.

Martina Horvat, dipl. m. s., spec., Nacionalna koordinatorica patronažnega zdravstvenega varstva, Nacionalni inštitut za javno zdravje

1 UVOD

Število prebivalcev Slovenije je od leta 1955 naraslo za 37,3 % in je v letu 2021 znašalo 2.107.007 prebivalcev, število živorojenih otrok na 1.000 prebivalcev pa se je v tem obdobju zmanjšalo za 57,4 %. V letu 2020 je pričakovano število zdravih let življenja ob rojstvu znašalo pri moških 63,9 let in pri ženskah 66,3 let. Vodilni vzroki za smrt prebivalcev Slovenije so danes bolezni obtočil (srčni infarkt, možganska kap, odpoved srca in drugo) ter neoplazme (rak prebavil, prostate, dojke in pljuč), ki so v letu 2021 predstavljale vzrok za 60 % vseh smrti (Zdravstveni statistični letopis, 2021).

Ob zaključku leta 2021 je bilo v zdravstvu zaposlenih 7.049 zdravnikov, 1.577 zobozdravnikov, 1.561 farmacevtov, 686 višjih medicinskih sester, 8.730 diplomiranih medicinskih sester, 12.699 zdravstvenih tehnikov in 334 diplomiranih babic (Izvajalci zdravstvene dejavnosti 2021, 2022).

Zdravstveno varstvo na primarni ravni vključuje zdravstveno varstvo predšolskih in šolskih otrok ter mladostnikov, reproduktivno zdravstveno varstvo žensk, dejavnosti splošne oziroma družinske medicine, medicine dela, patronažnega zdravstvenega varstva, zobozdravstvo, dežurna služba in nujna medicinska pomoč (Zdravstveni statistični letopis, 2021). Epidemiološka slika kaže, da je nujna krepitev primarne ravni zdravstvene dejavnosti, ker le ta predstavlja učinkovitega vratarja do drugih ravni zdravstvene dejavnosti in ker se dolžina hospitalizacij pomembno skrajšuje, s tem pa prihajajo v domače okolje pacienti z vse bolj kompleksno problematiko. Posledica staranja prebivalstva je med drugim tudi vse večje število ko-morbidnih in poli-morbidnih pacientov, kar zahteva kompleksnejšo obravnavo (Kadrovski standardi in normativi, 2021).

Patronažno zdravstveno varstvo je v »*Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013*« definirano kot pomemben del dejavnosti preventive in zdravljenja na domu, ki ga opravljajo patronažne medicinske sestre, ki so samostojne nosilke te dejavnosti (Resolucija, 2008). Temelji na terenskem konceptu dela na geografsko opredeljenem območju in družinski obravnavi pacientov v vseh življenjskih obdobjih, najpogosteje se izvaja na pacientovem domu, lahko pa tudi v zdravstvenem domu, lokalni skupnosti ali na terenu. Nosilka dejavnosti je diplomirana medicinska sestra, v tim se dodatno lahko vključujejo drugi zdravstveni delavci (tehnik zdravstvene nege, bolničarji, fizioterapevti, delovni terapevti in ostali). Z vidika dostopnosti uporabnikov do storitev patronažnega zdravstvenega varstva je razen geografske dostopnosti pomembna tudi zadostna in ustrezna kadrovska pokritost (Debeljak et al, 2023).

1.1 Strokovna vprašanja

Postavljena so bila tri strokovna vprašanja:

- 1) Kakšna je vloga in vključenost diplomirane medicinske sestre v izvajanje zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v mednarodnih znanstvenih raziskavah?
- 2) Kakšne so v mednarodnih znanstvenih raziskavah razlike v kliničnih izidih izvedene zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu s strani izvajalcev iz različnih poklicnih skupin?

3) Kakšna je kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu, za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v Sloveniji?

Za odgovor na vprašanje je bil uporabljen konceptualni model strokovne ekspertize avtorice Yelder (2004), ki definira pet temeljnih tematskih področij strokovne ekspertize: znanje pridobljeno z znanstveno raziskovalnim pristopom, kognitivni procesi, medosebni odnosi, interni integracijski procesi in strokovna praksa. Slednja povezuje štiri navedena področja (Slika 1).

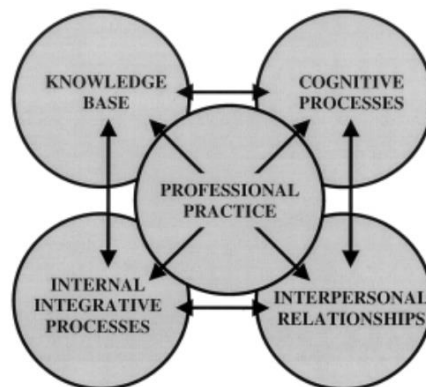


Figure 1. Conceptual model of integrated functions of professional expertise.

Slika 1. Konceptualni model strokovne ekspertize avtorice Yelder (2004)

2 PREGLED ZNANSTVENIH SPOZNANJ

2.1 Metodološki pristop

V pregledu mednarodnih znanstvenih spoznanja izhajamo dveh izhodiščnih strokovnih vprašanj v zvezi s kompetentnostjo diplomirane medicinske sestre za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu.

Raziskovalni vprašanji:

- 1) Kakšna je vloga in vključenost diplomirane medicinske sestre v izvajanje zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v mednarodnih znanstvenih raziskavah?
- 2) Kakšne so v mednarodnih znanstvenih raziskavah razlike v kliničnih izidih izvedene zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu s strani izvajalcev iz različnih poklicnih skupin?

Izvedli smo hiter pregled literature (rapid literature review), ki je alternativa sistematičnemu pregledu literature in ga izvedemo, ko potrebujemo hiter pregled najnovejših spoznanj na proučevanem strokovnem problemu. Metodološko je zanj značilno krajšo časovno obdobje izvedbe, poenostavitev postopkov izbora raziskav, vendar z izdelanim protokolom iskanja, jasno zastavljenim raziskovalnim vprašanjem. Uporabili smo bazi PubMed in Cochrane Database of Systematic Reviews. Pregled je

potekal med 10. 11. in 24. 11. 2023. Pri interpretaciji spoznanj smo upoštevali omejitve hitrega pregleda literature (Smela et al., 2013).

2.2 Ugotovitve pregleda znanstvenih spoznanj

2.2.1 Med-poklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in babcami

Zdravstvena in babiška nega sta nepogrešljiva poklica, ki pomembno prispevata k zagotavljanju zdravstvenega varstva in k izboljšanju zdravstvenih rezultatov. Njuna sodelovalna narava, raznolike vloge in dopolnjujoče se spretnosti krepijo kakovost in učinkovitost zdravstvene oskrbe (Singhal, 2023). Medicinske sestre so vključene v različne vidike zdravstvene nege pacienta, kot so ocenjevanje zdravstvenega stanja pacienta, dajanje zdravil, izobraževanje pacientov, usklajevanje zdravstvene oskrbe, idr. Delajo v različnih zdravstvenih ustanovah in različnih strokovnih področjih, za kar potrebujejo različne klinične specializacije, zagotavljajo celostno zdravstveno oskrbo in delujejo kot zagovornice pacientov. Po drugi strani so diplomirane babice specializirane za skrb za ženske med nosečnostjo, porodom in poporodnem obdobju, kar je z izjemo poroda, tudi vsebina študijskih programov in kompetenca diplomiranih medicinskih sester. Babice se osredotočajo na spodbujanje normalnega fiziološkega poroda, zagotavljanju prilagojene oskrbe in opolnomočenje žensk za sprejemanje informiranih odločitev o njihovem reproduktivnem zdravju. Za porodniško varstvo je značilno tesno sodelovanje med ginekologi, porodničarji, babcami, družinskimi zdravniki in medicinskimi sestrami. Ne glede na nujnost sodelovanja med navedenimi strokovnjaki, raziskave kažejo, da so med navedenimi zdravstvenimi delavci tudi konfliktih. Stopnja konfliktov ali sodelovanja med strokovnjaki v porodništvu je odvisna od zdravstvenega zavoda in kulture delovnega okolja v njem (Behruzi et al., 2017).

Raziskave kažejo, da k sodelovanju med babcami in medicinskimi sestrami pripomorejo naslednji dejavniki: medsebojna poklicna komunikacija, jasnost vlog, spoštovanje, zaupanje, podporno delovno okolje, management zdravstvene ustanove, medpoklicna kultura zdravstvene organizacije, skupna vizija delovanja in pripravljenost sodelovati. Ovire predstavljajo: slaba komunikacija, odpor do sprememb, različni filozofski pristopi glede strokovnih vprašanj, ogrožanje profesionalne vloge, zavarovanje in odgovornost, pomanjkanje spoštovanja med poklicema, nejasne poklicne vloge in premalo znanja o drugih zdravstvenih strokah. Očitna je soodvisnost med dejavniki sodelovanja in ovirami, saj prisotnost enega spodbujevalnega dejavnika, kot je na primer pripravljenost za sodelovanje, pogosto podpira druge dejavnike, kot sta komunikacija in zaupanje. Podobno prisotnost ene ovire, kot je slaba komunikacija, postane izziv za sodelovanje kot celoto (Macdonald et al., 2014). Macdonald et al. (2014) opozori, da so različni pristopi v zdravstveni obravnavi nosečnice, poroda, otročnice in novorojenčka, odraz svetovnih razlik v dostopu do izvajalcev porodniškega varstva. Te globalne razlike v zagotavljanju porodniškega varstva so priložnost za raziskovanje različnih modelov sodelovalne prakse v porodništvu in za razumevanje izkušenj s sodelovanjem iz vidika številnih izvajalcev porodniškega varstva. V sistematičnem pregledu znanstvenih dokazov Macdonald et al. (2015) opozori na dve spoznanji,

- 1) Na negativne izkušnje s sodelovanjem med medicinskimi sestrami in babcami, ki vplivajo na nezaupanje, pomanjkanje jasnih vlog ali neprofesionalno ali nespoštljivo vedenje;
- 2) Če imajo babice in medicinske sestre pozitivne izkušnje s sodelovanjem, obstaja upanje, da je mogoče premagati izzive sodelovanja.

Avtorji opozorijo na nujnost reševanja nezaupanja med obema poklicnima skupinama, na prisotnost nejasnih vlog v zdravstveni obravnavi, pomen skupnih ciljev obeh poklicnih skupin v zvezi s ciljno populacijo (ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčki, dojenčki) ter reševanje prepoznano pomanjkanje profesionalnih in spoštljivih poklicnih odnosov. Za zmanjšanje negativnih izkušenj med babicami in medicinskih sester pri zdravstveni obravnavi ciljne populacije, je potrebno razviti in izvajati strategije, ki obravnavajo in zmanjšujejo pojavnost teh treh elementov. Pozitivne izkušnje timskega dela je potrebno priznati in spodbujati, izzive, ki jih prinaša delitev vlog v zdravstveni obravnavi ciljne populacije, pa je potrebno razumeti kot del procesa sodelovanja (Macdonald et al., 2015).

Primer: Za mikro raven premisleka o timskem delu med medicinskimi sestrami (RN) in babicami (RM) so smernice, ki jih je pripravil College of Registered Nurses of Alberta v Kanadi, da bi izboljšali sodelovanje med poklicnima skupina. Zakonodaja in predpisi za oba poklica določajo pričakovanja, da morajo RN in RM izpolnjevati standarde prakse ter zagotavljati varno, kompetentno in etično oskrbo mater in njihovih otrok. RN in RM imajo celosten pristop k oskrbi, ki jo zagotavljajo v celotnem obdobju rodnosti, ki vključuje obdobje pred zanositvijo do šestih tednov po porodu. Sodelovanje med tema dvema poklicema je potrebno za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe mater in njihovih otrok tako v bolnišničnem okolju kot v skupnosti. Takšen odnos temelji na vzajemnem razumevanju in spoštovanju vlog in odgovornosti drug drugega. Čeprav se RN in RM v nekaterih kompetencah in na nekaterih področjih odgovornosti prekrivajo, obstajajo razlike v odobritvi omejenih dejavnosti in obsegu prakse za oba poklica. Zaradi prekrivanja kompetenc je pomembno, da so vloge jasno opredeljene, tako da je zmeda glede odgovornosti ali podvajanje vlog čim manjša. Jasen opis vloge RN in RM priznava odgovornosti, znanje in veščine vsakega strokovnjaka. Brez zadostne jasnosti vlog lahko pride do napetosti, saj se tako RN kot RM lahko počutijo izpodrinjene ali zamerijo, da drugi prevzemajo njihove vloge (Kennedy in Lyndon, 2008).

Kanada je država, ki nima dolge zgodovine visokošolskega izobraževanja babic in se srečuje z izzivi sodelovanja med medicinskimi sestrami in babicami v porodnišnicah in na terenu. Zdravstveno oskrbo otročnic na terenu večinsko izvajajo diplomirane medicinske sestre, ki se s kontinuiranim podiplomskim izobraževanjem vzdržujejo kompetentnost za multi-specialne vloge, saj se morajo prilagoditi nujnim primerom v celotnem življenjskem obdobju človeka (MacKinnon, 2008; Kornelsen & Koepke, 2022). Njihova vloga je podobna multi-specialnim vlogam zdravnikom družinske medicine, zato za vse vidike svojega dela, tudi za oskrbo nosečnic in njihovih družin, diplomirane medicinske sestre potrebujejo dostop do kontinuiranega izobraževanja, ustrezen urnik dežurstev, podporo drugih zdravstvenih delavcev in administratorjev ter vrednostni sistem, ki spoštuje njihovo strokovno znanje (MacKinnon, 2008).

Vse bolj se razvijajo sodelovalni modeli oskrbe na terenu, ki vključujejo v obravnavo otročnice tudi babice in razumevanje dvojnih vlog na terenu, ki lahko pripomorejo pri razvoju trajnostne oskrbe žensk v ruralnih okoljih, vendar je le ta povezan z zadostnim številom babic v zdravstvenem sistemu (Medves & Davies, 2005). V raziskavi MacKinnon (2008) se kot pomemben dejavnik izkaže, da medicinske sestre v ruralnem okolju poznajo svojo skupnost zato je ustrezno število usposobljenih medicinskih sester na terenu ključnega pomena za varno izvajanje poporodne oskrbe.

2.2.2 Izidi predporodne in poporodne zdravstvene oskrbe žensk na domu

Downe et al. (2019) so analizirali predporodno oskrbo. Predporodna oskrba je osrednji del porodniške oskrbe. Vendar se kakovost oskrbe in stopnja udeležbe v njej med državami in znotraj njih zelo

razlikujeta. Tri področja predporodne oskrbe so pomembna tako za ženske kot za izvajalce storitev v vseh regijah sveta. To so: potreba po prepoznavanju in upoštevanju družbeno-kulturnega konteksta, v katerem se oskrba izvaja; potreba po zagotavljanju, da sta zasnova in izvajanje storitev personalizirana, kakovostna, dostopna in varna oskrba. Zdravstveno osebje, ki je izvajalo predporodno oskrbo, so bili zdravniki, babice, medicinske sestre, porodničarji, ginekologi, družinski zdravniki in drugi zdravstveni strokovnjaki (Downe et al., 2019).

East et al. (2019) sintetizirajo dokaze o pomenu preventive za prezgodnji porod (pred 37. tednom in nizko porodno težo). Ti programi, imenovani kot dodatna socialna podpora, lahko vključujejo čustveno podporo, ki daje osebi občutek, da je ljubljena in oskrbovana, materialno podporo v obliki neposredne pomoči, obiskov na domu ter informacijsko podporo z zagotavljanjem nasvetov, usmerjanja in svetovanja. Programe lahko izvajajo multidisciplinarne skupine zdravstvenih delavcev, posebej usposobljeni laični delavci ali kombinacija laičnih in strokovnih delavcev. Ugotovitve kažejo, da programi, ki nudijo dodatno socialno podporo med nosečnostjo, verjetno nimajo velikega vpliva na delež otrok z nizko porodno težo ali rojstev pred 37. tednom nosečnosti in ne vplivajo na mrtvorojenost ali smrt novorojenčka, lahko pa pomagajo zmanjšati verjetnost poroda s carskim rezom in sprejema v bolnišnico zaradi simptomov prezgodnjega poroda. Vključenih je bilo 21 raziskav, ki so zajele 11.246 mater in novorojenčkov. Zdravstveni strokovnjaki, ki so izvajali preventivne programe so bili socialni delavci, babice, medicinske sestre in multidisciplinarni timi.

V poporodnem obdobju so pogosto opaženi zapleti pri materah, vključno s psihološkimi in duševnimi težavami ter obolevnostjo novorojenčkov. Obiski zdravstvenih delavcev ali laičnih podpornikov na domu v tednih po porodu lahko preprečijo, da bi zdravstvene težave postale kronične in bi imele dolgoročne posledice (Yonemoto et al., 2021). Posamezne raziskave kažejo na koristnost teh obiskov, vendar Yonemoto et al (2021) tega ne potrjuje na sistematični ravni. Po standardih Cochrane so izvedli sistematični pregled izidov načrtovanih obiskov v poporodnem obdobju na domu. Vključili so 16 randomiziranih raziskav, v katerih je sodelovalo 12.080 žensk. Obiske na domu so v skupini zdravstveni delavci izvajale različne strokovnjakinje: medicinske sestre različnih profilov (medicinska sestra javnega zdravja, otroška medicinska sestra), medicinska sestra-babica in babica. Dokazi o učinku obiskov na domu na umrljivost mater in novorojenčkov so zelo negotovi. Individualna oskrba kot del paketa obiskov na domu verjetno izboljša rezultate depresije v štirih mesecih, povečanje pogostosti obiskov na domu pa lahko izboljša stopnjo izključnega dojenja in uporabo zdravstvenih storitev pri dojenčkih. Zadovoljstvo mater je lahko tudi večje pri obiskih na domu v primerjavi s pregledi v bolnišnici. Med obiski medicinskih sester in obiskih babic ni značilnih razlik. Potrebne so dobro zasnovane randomizirane raziskave, ki bodo ovrednotile učinek intervencije individualni obiski na domu matere.

Leta 2016 je bil narejen sistematični pregled dokazov po metodologiji Cochrane o primerjavah različnih modelov vodenja poroda (Sandal leta al., 2016). Vključenih je bilo 15 raziskav, 17.674 žensk. Raziskava pokaže, da je bilo pri ženskah, ki so bile deležne modelov kontinuirane oskrbe, ki jih je vodila babica, manj verjetno, da bodo doživele intervencijo in bolj verjetno, da bodo z oskrbo zadovoljne, pri čemer so bili neželeni izidi za ženske ali njihove dojenčke vsaj primerljivi kot pri ženskah, ki so bile deležne drugih modelov oskrbe.

V avstralskem poročilu »*Models of Maternity care*« (2007) so pregledali dokaze mednarodnih raziskav (35) o različnih modelih pristopa k nosečnosti, porodu in poporodni oskrbi. Ženske z visoko tvegano nosečnostjo, ki so imele pogoste predporodne preglede, zlasti tiste z nižjim socialno-ekonomskim statusom, so imele izboljšano perinatalno oskrbo in so potrebovale manj dni v bolnišnici, če so oskrbo na domu izvajale medicinske sestre s predpisanimi podiplomskimi znanji. Ta model je bil povezan s

stroškovno učinkovitostjo. Model zgodnjega odpusta iz porodnišnice v 48 urah po porodu ni pokazal dodatnih zapletov, v kolikor je otročnico in novorojenčka takoj po odpustu obiskala na domu babica. Ta model ni pokazal nobenega izboljšanja pri dojenju ali zdravju matere in je zahteval zadostno število babic v sistemu zdravstva in ni prinesel dodatnih koristi v primerjavi s standardizirano bolnišnično obravnavo porodnic. Model spremljanja porodnic po odpustu iz porodnišnic je vključeval različne vidike obravnave: glede na dolžno hospitalizacije, dojenje, zdravje otročnice, zadovoljstvo s porodom in poporodno obravnavo, stroškovno učinkovitostjo, idr. Večinsko so obiske na domu pri vključenih v raziskave izvedle medicinske sestre, v manjšem delu babice (Models of Maternity care, 2007).

Dennis in Doswell (2013) sintetizira spoznanja na področju preventivne poporodne depresije. Storitve so izvajali zdravstveni strokovnjaki kot so babice, medicinske sestre, psihologi, edukator ob rojstvu, zdravniki, porodničarji in drugi usposobljeni strokovnjaki v skupnosti. Splošna ugotovitev je, da psihosocialni in psihološki ukrepi znatno zmanjšajo število žensk, pri katerih se razvije poporodna depresija. Med obetavne intervencije sodijo intenzivni, strokovno utemeljeni obiski na domu po porodu, telefonska vrstniška podpora in medosebna psihoterapija.

Sistematični pregled Gavine et al. (2022) o podpori pri dojenju v zvezi z izvajalci podpore pokaže, da so v skupini zdravstvenih strokovnjakov podporo izvajali medicinske sestre, babice in zdravniki. Vključene so bile 103 raziskave, skupaj 98.816 mater. Meta regresijski model je pokazal, da ni bilo razlike v učinkih intervencije na dojenje glede na izvajalca podpore materi, tudi med skupinama zdravstveni delavci in ostali strokovnjaki. Podpora pri dojenju je lahko bolj koristna, če je načrtovanih 4-8 obiskov. Raziskava ne pokaže razlik v tem, kdo nudi podporo (tj. strokovni ali nestrokovni delavec) ali kako jo nudi (osebno, po telefonu, z digitalnimi tehnologijami ali kombinirano).

Pozitivna vloga medicinske sestre na terenu, ki dobro pozna družino in jo obravnava celostno (družinska medicinska sestra) je bila preverjena v okviru projekta »Nurse Family Partnership Program«, ki je bil usmerjen zlasti v mlade matere v ZDA. Izkazala se je kot odlična praksa, ki je bila ovrednotena s tremi randomiziranimi kontroliranimi raziskavami (RCT). Le te so dosledno pokazale izboljšanje prenatalnega zdravja, rezultatov poroda ter duševnega zdravja in razvoja otrok pri vključenih v program (Olds et al., 2007, 2014). Del delovanja družinske medicinske sestre je ciljana intervencija na področju javnega zdravja za izboljšanje zdravja otrok in mater s pomočjo obiskov medicinske sestre na domu. Poseben poudarek je bil na mladih materah, starih manj kot 19 let. Primerljiva raziskava je potekala tudi na Nizozemskem in je pokazala, da je bilo delo družinske medicinske sestre učinkovita strategija za preprečevanje slabega ravnanja z otroki in zmanjšanje nasilja v intimnem partnerskem odnosu ter drugih zdravstvenih izidov (tj. kajenje pred rojstvom, porodna teža, obiski otrok in sprejemi na urgenco ter poznejše nosečnosti) (Mejdoubi et al., 2013, 2015). V Kanadi se celostna obravnava potreb nosečnice, otročnice, otročnice in dojenčka s strani družinske medicinske sestre izkaže kot učinkovita, posebej je bila raziskana oskrba mladih mater (Jack et al., 2012, 2015).

S spoznanji znanstvene literature o vlogi in vključenosti diplomirane medicinske sestre v izvajanje zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v mednarodnih znanstvenih raziskavah pokažemo, da je medicinska sestra izvajalka tako predporodne kot poporodne zdravstvene obravnave na domu, najpogosteje po modelu družinske obravnave. S tem smo odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje pregleda znanstvenih spoznanj.

2.2.3 Izvajalcih storitev predporodne in poporodne zdravstvene oskrbe žensk na domu

V pregledanih raziskavah smo preverili tudi izvajalce storitev v zvezi z oskrbo nosečnice, matere, novorojenčka in dojenčka. Obravnava vključuje različne profile, odvisno od organiziranosti

zdravstvenega sistema. Nikakor ni mogoče izključiti medicinskih sester, ki na tem področju izvajajo storitve poimenovane kot »nurse, family nurse, public health nurse, nurse visitors, nurse practitioner«, idr. V noben od pregledanih člankov ni navedeno, da »nurse« ne bi bila kompetentna za izvajanje storitev v zvezi z oskrbo nosečnice, matere, novorojenčka in dojenčka. Medicinske sestre so v omenjeno obravnavo na domu vključene vsaj toliko kot babice ali več, zlasti medicinske sestre, ki obravnavajo družino (family nurse), otroke (child care nurse) in skupnost (community nurse, public health nurse) (Dennis & Doswell, 2013; Downe et al., 2019; East et al., 2019; Gavine et al., 2022; Jack et al., 2012, 2015; Mejdoubi et al., 2013, 2015; Models of Maternity care, 2007; Olds et al., 2007, 2014; Yonemoto et al., 2021).

Na osnovi pregleda znanstvenih spoznanj je odgovor na drugo raziskovalno vprašanje o kompetentnosti medicinskih sester, da izvajajo storitve pri nosečnicah, otročnicah, novorojenčkih in dojenčkih na domu, pritrdilen. Raziskave ne opisujejo njihove ne kompetentnosti za to področje, oziroma da bi ta oskrba izključno sodila v domeno babic in da babice izvajajo bolj kakovostno oskrbo omenjene ciljne skupine.

2.2.4 Razvoj družinskih medicinskih sester

Področje delovanja družinske medicinske sestre zagotovo potrebuje podiplomsko nadgradnjo v obliki klinične specializacije, ki naj pokriva vsa področja delovanja družinske (patronažne) medicinske sestre, eden od pomembnih področij te specializacije je tudi zdravstvena obravnava nosečnice in matere. V Kanadi so si za ta področje obravnave, ki ga izvaja družinska medicinska sestra, zadali naslednje cilje: (a) izboljšanje izidov nosečnosti s spodbujanjem zdravega vedenja v prenatalnem obdobju; (b) izboljšanje zdravja, razvoja in varnosti otrok s spodbujanjem kompetentnega in občutljivega starševskega vedenja; in (c) spremembo življenjskih poti mater s spodbujanjem finančne stabilnosti in odložitvijo naslednjih nosečnosti pri mladih materah (Campbell et al. 2020).

Družinske medicinske sestre na terenu potrebujejo danes napredna podiplomska znanja v obliki strokovnega kliničnega magisterija, da lahko sodelujejo v primarnem zdravstvenem varstvu na domu od diagnostike do zdravljenja, s poudarkom na promociji zdravja in preventivnih ukrepih (Melo et al., 2023). Zaradi dolgoživosti postaja pomembno tudi znanje dolgotrajne in paliativne oskrbe na domu.

Poimenovanje, ki je zelo pogosto je »family and community nurse«, v slovenskem jeziku jih poimenujemo patronažne medicinske sestre, le te pomembno prispevajo k zdravju prebivalstva, saj imajo ključno vlogo pri razumevanju in odzivanju na potrebe pacientov. Čeprav naložba v preventivo ne zagotavlja takojšnjih potrebnih strategij in predvidevanj s strani odločevalcev, je nujno vložiti več političnih, institucionalnih in ekonomskih sredstev za podporo in zagotavljanje kompetenc te poklicne skupine ter njihove poklicne avtonomije (Dellafiore et al., 2022). Družinska medicinska sestra pokriva tudi zdravje matere, otrok in družine. Fraser et al. (2014) so opredelili sedem krovnih elementov vloge družinske medicinske sestre. Te vključujejo ocenjevanje in spodbujanje duševnega zdravja mater, ocenjevanje odnosov med starši in dojenčki ter navezanosti, delo z ranljivimi in ogroženimi družinami, nadzor zdravja dojenčkov, podporo družini, spodbujanje zdravja in razvijanje terapevtskih odnosov.

2.2.5 Stanje profesionalizacije babištva v Sloveniji

Mivšek et al (2021) v izvedeni raziskavi ugotavlja, da ima slovensko babištvo slabo oceno pri nekaterih lastnostih profesionalizacije stroke, zlasti sta v ospredju znanje in avtonomija. Tudi babice same menijo, da je babištvo bolj poklic kot stroka. Avtonomijo babištva bo težko doseči v institucijah, v katerih prevladuje medicina. Kvantitativna raziskava med 300 babicami, 666 medicinskimi sestrami in

416 porodničarji je pokazala, da so udeleženci vseh treh skupin v tekmovalnem odnosu in se slabo zavedajo vlog in kompetenc drugih dveh poklicev. Zato bi bilo koristno spodbuditi več med-poklicnega sodelovanja med vsemi tremi vključenimi skupinami v raziskavi. Mivšek et al. (2021) namreč ugotavlja, da se medicinske sestre dojemajo manj avtonomne kot babice, kar delno pojasnjuje, zakaj je večina medicinskih sester menila, da bi babištvo moralo biti specialistični študij, ki bi sledil diplomski splošne zdravstvene nege. Porodničarji so trdili, da podpirajo babice, vendar babicam niso priznavali temeljnih babiških kompetenc in babištva niso imeli za enakovrednega svojemu poklicu. Babice so razkrile, da se ne počutijo avtonomne; menile so, da zdravstvena nega in porodništvo ogrožata samostojno babiško prakso.

Spoznanja raziskave Mivšek et al. (2021) med ključnimi akterji zdravstvene oskrbe žensk v Sloveniji so odgovor, zakaj prihaja do konfliktov in da je potrebno delovati na medsebojnem zaupanju in med-poklicnem sodelovanju med vključenimi strokovnjaki.

3 PATRONAŽNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V SLOVENIJI

Patronažno zdravstveno varstvo je skozi proces razvoja in s prenosom izvajanja vseh nalog namenjenih posameznikom, družinam in skupnosti na eno terensko medicinsko sestro, ki je tudi nosilka dejavnosti, preraslo v družinsko patronažno varstvo in zdravstveno nego lokalne skupnosti. Medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu imajo v sklopu svojega polivalentnega delovanja, pri obravnavi posameznikov ter njihovih družin v vseh življenjskih obdobjih in bolezenskih stanjih, številne možnosti za prepoznavanje ter obravnavo dejavnikov tveganja za zdravje in zdrav življenjski slog (Zdravstveni statistični letopis Slovenije, 2021).

Horvatova (2016) navaja najpogosteje uporabljeno definicijo patronažnega varstva: »Patronažno varstvo je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali ne navajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja...« (Clark, 1984; Šušteršič, 1997 cit. po Šušteršič, Rajkovič, Leskover, Bitenc, & Zelič, 1999, str.151 povz. po Horvat, 2016). Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obravnava posameznika, njegovo družino in skupnost v okolju, kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo (Šušteršič, et al., 2006 povz. po Horvat, 2016). Področja dela v patronažnem varstvu so: zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti, zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu, zdravstvena nega in oskrba pacienta na domu (Rajkovič, & Šušteršič, 2000 povz. po Horvat, 2016).

Glede na zakonsko ureditev je patronažno zdravstveno varstvo organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (7. in 9. člen) in Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (23. člen).

Zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti ter zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka na domu uvrščamo med preventivno dejavnost v patronažnem varstvu, zdravstveno nego bolnika na domu pa med kurativno dejavnost. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarnega zdravstvenega varstva. Nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu je diplomirana medicinska sestra. Negovalni tim v patronažnem varstvu sestavljajo: vodja

patronažnega varstva, ki ima tudi naloge koordinatorja, diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so nosilke patronažne zdravstvene nege in tehniki zdravstvene nege, ki se vključujejo v izvajanje kurativne zdravstvene nege pacienta na domu (Šušteršič et al., 2006; Železnik et al., 2011 povz po Horvat 2016).

3.1 Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni

Ogrodje za zagotavljanje kakovostnega preventivnega zdravstvenega varstva za varovance obravnavane v patronažni dejavnosti daje Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Pravilnik jasno definira preventivne aktivnosti patronažne službe, med katere sodi tudi preventivna aktivnost za varovanje reproduktivnega zdravja in obsega (glede na ciljno populacijo): svetovanje o načinu življenja in pripravi na porod; svetovanje o načinu življenja in oskrbi novorojenčka; nasveti o dojenju, pravilni prehrani in negi; oskrba otročnice in novorojenca (pregled dojk, čišče, nadzor nad krčenjem maternice, nega epiziotomijske rane, kontrola krvnega tlaka, nega novorojenčka). V točki 7.1.1. so definirani patronažni obiski pri novorojenčku in dojenčku, 7.1.2. patronažni obiski pri otroku v 2. in 3. letu starosti in 7.3. obiski patronažne medicinske sestre pri otročnici in nosečnici (Pravilnik za izvajanje).

Nosilka dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva in terenskega območja je izključno diplomirana medicinska sestra, ostali strokovnjaki se lahko v obravnavo posameznikov in družin vključujejo kot člani širšega tima (Debeljak et al, 2023). Dokument *Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi* (2021) diplomirane babice v tim patronažne zdravstvene dejavnosti ne vključuje. Diplomirana babica tudi po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni ni navedena kot izvajalka zdravstvene nege na domu pri novorojenčku, dojenčku (7.1.1.), nosečnicah in otročnici (7.3.). Diplomirana babica po navedenem pravilniku izvaja preventivne preglede v nosečnosti (1.2.2) v okviru specialističnega ginekološkega tima na primarni ravni. Če v timu ni diplomirane babice, jo je dopustno nadomestiti z diplomirano medicinsko sestro, ki je ustrezno izobražena za samostojno preventivno delo. Pravilnik definira tudi preventivno zdravstveno varstvo novorojenčkov, ki se izvaja na neonatalnih oddelkih, neonatalnih odsekih ali pediatričnih oddelkih porodnišnic. Člani tima so: zdravnik specialist pediatrije, ki je tudi vodja tima, diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik ali diplomirana babica oziroma diplomirani babičar in zdravstveni tehnik (Pravilnik za izvajanje).

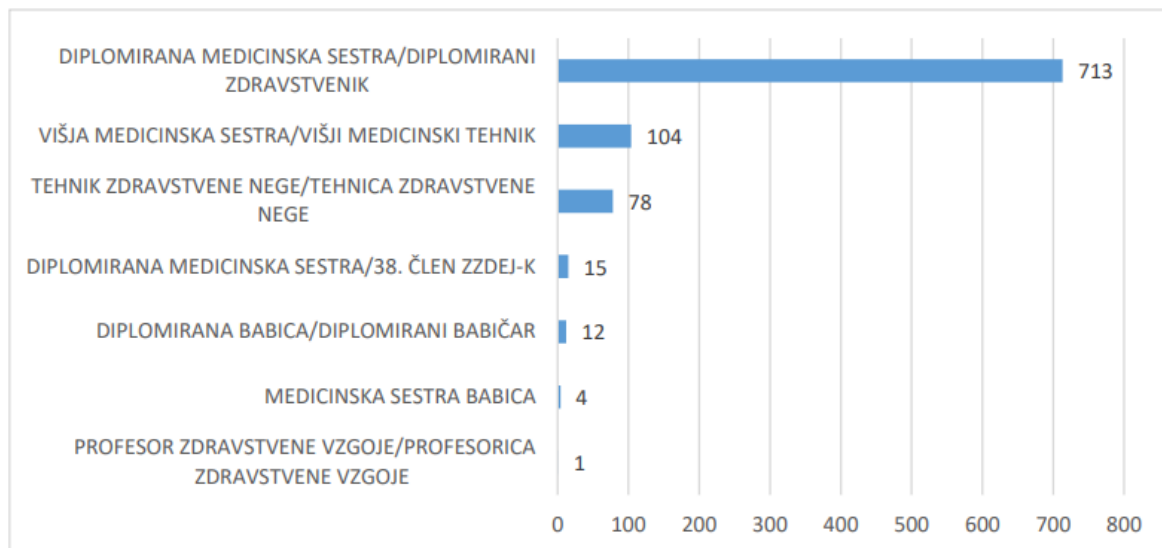
3.2 Kadri in v patronažnem zdravstvenem varstvu

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) na pravni podlagi, ki jo predstavlja Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva vodi Evidenco gibanja zdravstvenih delavcev in mreže zdravstvenih zavodov, poimenovano *Registar izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev z zdravstvu*. Namen vzpostavitve omenjene zbirke podatkov je načrtovanje in spremljanje mreže javne zdravstvene službe, načrtovanje in spremljanje gibanja zdravstvenega kadra ter izvajanje sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja (Debeljak et al, 2023).

Vsebina zdravstvene nege posameznika in njegove družine na domu postaja vse bolj zahtevna ter kompleksna, zato jo izvaja diplomirana medicinska sestra, izobražena v skladu z evropskima direktivama za regulirane poklice, to sta Direktiva 2005/36/ES (Direktiva 2005) in Direktiva 2013/55/EU (Direktiva 2013). V januarju 2023 je bilo v *Registar izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v*

zdravstvu (Register izvajalcev) evidentiranih 927 oseb, ki so bile vključene v izvajanje patronažnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, od tega je bilo 907 (97,8 %) žensk in 20 (2,2 %) moških. V izvajanje patronažnega zdravstvenega varstva so glede na podatke Registra izvajalcev vključene različne poklicne skupine v zdravstveni negi: profesor zdravstvene vzgoje/profesorica zdravstvene vzgoje, višji medicinski tehnik/višja medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik / diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege / tehničar zdravstvene nege in diplomirana medicinska sestra po 38. členu ZZDEJ-K. V izvajanje patronažnega varstva se vključuje 16 babic: 12 dipl. bab., 4 medicinske sestre babice in ena prof. zdr. vzg. (Slika 1). Največji delež zaposlenih po poklicnih skupinah predstavljata diplomirana medicinska sestra (77 %) in višja medicinska sestra (11,2 %) (Debeljak et al., 2023) (Slika 2). Število kadra glede na izobrazbo znaša 713 dipl. m. s., 104 viš. med. ses., 78 TZN, 15 TZN v kompetencah dipl. m. s. po 38. členu ZZDEJ-K. Slika 2 pokaže, da je v izvajanje patronažnega zdravstvenega varstva glede na aktualne podatke Registra izvajalcev vključenih tudi 12 diplomiranih babic in 4 medicinske sestre babice. Ob tem je pomembno izpostaviti, da gre pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih babicah za dva različna poklica, regulirana z EU Direktivama (Direktiva 2005; Direktiva 2013).

Na podlagi izračunov potreb po diplomiranih medicinskih sestrah v patronažnem zdravstvenem varstvu bi poleg obstoječih 845 zaposlenih diplomiranih medicinskih sester potrebovali še približno 200, oziroma 19,2 % več kot sedaj. S tem bi dosegli število 1045 zaposlenih diplomiranih medicinskih sester, kar predstavlja optimalno število diplomiranih medicinskih sester zaposlenih v patronažnem zdravstvenem varstvu na ravni države. Regije z največjim pomanjkanjem diplomiranih medicinskih sester so Osrednjeslovenska, Savinjska, Gorenjska in Podravska (Debeljak et al, 2023).



Graf 2: Zaposleni v PZV po poklicih in poklicnih skupinah Ministrstva za zdravje, RIZDDZ, januar 2023.

Slika 2. Vir: Debeljak et al, 2023; [Analiza-stanja-kadra-v-patronaznem-zdravstvenem-varstvu2023.pdf](#)

3.3 Storitve v patronažnem zdravstvenem varstvu

V patronažnem zdravstvenem varstvu se izvajajo preventivne in kurativne storitve. Kurativne storitve predpiše lečeči ali osebni zdravnik pacienta, medtem ko preventivne storitve potekajo po naprej

pripravljenem programu, ki ga vodi in usmerja NIZJ, prav tako skrbi za zbiranje in analiziranje podatkov o storitvah in kadrih in izvaja izobraževanja za zaposlene v patronažni dejavnosti. Slika 3 in 4 prikazujeta vrste in pogostnost opravljenih preventivnih storitev v patronažnem varstvu v letu 2021. Razvidno je da največji obseg storitev predstavljajo preventivne intervencije pri novorojenčkih in otročnicah (67,5 %), sledijo dojenčki in nosečnice (12,1 %), kronični bolniki (10,7 %) in ostali (9,7 %). Opazno je tudi manj izvedenih preventivnih obiskov, kar je lahko povezano tudi z epidemijo COVID-19.



5.2 Tabela 9: Preventivni obiski v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva po varovancih in statističnih regijah, Slovenija, 2021

Varovanci po skupinah (število)	Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	Jugovzhodna Slovenija	Osrednjeslovenska	Gorenjska	Primorsko-notranjska	Goriška	Obalno-kraška	SLOVENIJA	%
Novorojenčki	3.124	11.711	2.717	8.606	2.180	2.202	6.176	23.820	8.153	2.259	3.825	4.620	79.393	47,9
Dojenčki	723	1.780	573	2.646	373	501	1.197	4.056	1.770	418	859	696	15.592	9,4
Otroci 1-6 let	204	443	142	371	37	65	213	833	581	63	170	180	3.302	2,0
Solarji	-	2	-	2	-	-	1	4	-	-	-	-	9	0,0
Nosečnice	274	1.143	150	406	61	105	531	1.109	185	70	244	152	4.430	2,7
Otročnice	1.436	5.029	1.094	3.883	914	848	2.737	9.179	3.378	824	1.567	1.580	32.469	19,6
Starostniki ¹⁾	30	501	61	328	48	142	252	545	984	475	87	132	3.585	2,2
Rakavi bolniki	43	25	16	146	20	17	82	300	1.168	45	32	42	1.936	1,2
TBC bolniki	1	-	-	3	14	-	1	1	3	1	2	-	26	0,0
Bolniki s kisikom	9	7	3	13	4	2	3	34	19	1	-	4	99	0,1
Duševni bolniki	-	13	15	32	11	5	23	117	244	27	17	16	520	0,3
Diabetiki	34	30	26	92	41	3	42	225	493	82	30	17	1.115	0,7
Invalidi	7	27	13	26	67	9	48	185	236	24	14	67	723	0,4
Kronični bolniki in ostali	403	1.341	331	1.323	581	177	1.205	2.439	8.473	418	663	445	17.799	10,7
Ostali varovanci	126	656	25	1.582	27	814	85	351	71	10	1.065	13	4.825	2,9
SKUPAJ	6.414	22.708	5.166	19.459	4.378	4.890	12.596	43.198	25.758	4.717	8.575	7.964	165.823	

¹⁾ Zajem podatkov po spremenjenih ZZS kriterijih iz leta 2016.
Vir: Statistično poročilo o delu patronažnega varstva (Obr. 8,95)

Slika 3. Vir: [5.2 Patronaza 2021 .pdf \(nijz.si\)](#)



5.2 Tabela 3: Preventivni obiski v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva po varovancih, Slovenija, 2021

Varovanci po skupinah	Število	%	Odmik od leta 2020 (%)
Novorojenčki	79.393	47,9	+6,0
Otročnice	32.469	19,6	+0,4
Kronični bolniki in ostali bolniki	17.799	10,7	-38,0
Dojenčki	15.592	9,4	-1,8
Ostali varovanci	4.825	2,9	+124,3
Nosečnice	4.430	2,7	+50,7
Starostniki ¹⁾	3.585	2,2	+5,0
Otroci 1-6 let	3.302	2,0	-10,2
Rakavi bolniki	1.936	1,2	-27,1
Diabetiki	1.115	0,7	-35,5
Invalidi	723	0,4	-46,5
Duševni bolniki	520	0,3	-39,6
Bolniki s kisikom	99	0,1	-61,8
TBC bolniki	26	0,0	+73,3
Solarji	9	0,0	-10,0
SKUPAJ	165.823	100,0	

V preventivni dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva prevladujejo obravnave, ki so namenjene:
- novorojenčkom,
- otročnicam,
- dojenčkom in
- nosečnicam.

¹⁾ Zajem podatkov po spremenjenih kriterijih ZZS iz leta 2016.
Vir: Statistično poročilo o delu patronažnega varstva (Obr. 8,95)

Slika 4. Vir: [5.2 Patronaza 2021 .pdf \(nijz.si\)](#)

4 PREGLED PREDPISOV EU ZA IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC

4.1 Direktiva EU za regulirane poklice

Poklic medicinska sestra za splošno zdravstveno nego in poklic babica sta evropsko regulirana poklica, opredeljena v Direktivi evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES (Direktiva 2005), ki je bila sprejeta leta 2005 in leta 2013 dopolnjena z Direktivo 2013/55/EU evropskega parlamenta in sveta (Direktiva 2013). Zahteve primarne direktive iz 2005 in njenih dopolnitev v 2013 so za oba poklica predstavljene v tabeli 1, medtem ko je struktura teoretičnih in praktični vsebin usposabljanja predstavljena v tabeli 2. Opisane zahteve so zapisane tudi v slovenskem Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (Pravilnik o minimalnih pogojih).

Za razumevanje primerjave zahtev v tabeli 1 je ključno izhodišče, da gre pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih babicah za različna poklica, z različnimi kompetencami, ki sta regulirana z omenjenima direktivama (Direktiva 2005; Direktiva 2013), vsaka v ločenih poglavjih.

Primerjava obeh poklicev po zahtevi omenjenih direktiv pokaže, da so pogoji za sprejem v študij primerljivi, zahtevano je dvanajst letno splošno izobraževanje, kar oba študija za poklic umešča na visokošolsko raven izobraževanja. Pri obeh poklicih je ta pogoj na prvem mestu. Visokošolski zavodi v Sloveniji pod tema pogojema vpisujejo v študij zdravstvene nege (VS) in študij babištva (VS). Gre za študij 1. bolonjske stopnje v trajanju treh let in 180 ECTS. Za študij babištva Direktivi (2005, 2013) poleg Smeri I navajata tudi sprejemni pogoj Smer II, ki omogoča vpis diplomantom zdravstvene nege, ki imajo prilagojen program in obveznosti programa opravijo v obsegu 3600 ur ali 3000 ur.

Implementacijo 31. člena EU Direktive 2013 v nacionalne izobraževalne programe za medicinske sestre ureja dokument »EFN smernice za implementacijo člena 31 v nacionalnih izobraževalnih programih za medicinske sestre« (EFN, 2015), ki ga je pripravilo in leta 2015 izdalo Evropsko združenje v zdravstveni negi (EFN, 2015). Dopolnjena direktiva o poklicnih kvalifikacijah v glavnem delu Direktive (2013) (člen 31) vsebuje nabor novih osmih kompetenc, ki so pravno zavezujoče. Države članice so morale zagotoviti njihovo implementacijo najkasneje do 18. januarja 2016. Posodobitev študijskih programov je bila nujna iz vidika dodanih osmih kompetenc (a do h) (Tabela 3) in je bila izvedena tudi v Sloveniji.

Komisija ima tudi pristojnost, da skozi delegiran akt posodobi aneks št. 5 k Direktivi, to je »5.2. Medicinska sestra za splošno zdravstveno nego - 5.2.1 Program usposabljanja medicinskih sester za splošno zdravstveno nego (Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES«), ki na dan priprave tega mnenja, še ni posodobljen.

Tabela 1. Prikaz pogojev Direktive 2013 za poklica medicinska sestra in babica

Pogoji (Direktiva 2013)	Medicinska sestra	Babica
<p>Sprejemni pogoji</p>	<p>Za sprejem v usposabljanje medicinskih sester za splošno zdravstveno nego se zahteva:</p> <p>(a) zaključeno dvanaestletno 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 ravni; ali</p> <p>(b) zaključeno vsaj desetletno 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 v poklicno šolo ali v program poklicnega usposabljanja za medicinske sestre.</p>	<p>Za sprejem v usposabljanje za babice mora biti izpolnjen eden od naslednjih pogojev:</p> <p>(a) zaključek vsaj dvanaestlet let splošnega šolskega izobraževanja ali potrdilo o opravljenem preizkusu enakovredne ravni, ki omogoča sprejem v babiško šolo za smer I;</p> <p>(b) dokazila o formalnih kvalifikacijah za medicinsko sestro za splošno zdravstveno nego iz točke 5.2.2 Priloge V za smer II.</p>
<p>Usposabljanje</p>	<p>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 4 600 ur teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer trajanje teoretičnega usposabljanja predstavlja vsaj tretjino, trajanje kliničnega usposabljanja pa vsaj polovico minimalnega trajanja usposabljanja. Države članice lahko delno oprostito teh obveznosti strokovnjake, ki so se delno usposabljali v programih usposabljanja, ki so vsaj enakovredne ravni.</p> <p>Teoretično usposabljanje je tisti del usposabljanja medicinskih sester, med katerim medicinske sestre, udeleženske usposabljanja, pridobijo poklicno znanje, veščine in kompetence, ki se zahtevajo v odstavkih 6 in 7.</p> <p>Odstavki 6 in 7 v Direktivi 2013.</p>	<p>(a) vsaj triletno usposabljanje babic s polno časovno obveznostjo, ki se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS in obsega najmanj 4 600 ur teoretičnega in praktičnega pouka in vključuje najmanj tretjino neposredne klinične prakse;</p> <p>(b) usposabljanje s polno časovno obveznostjo za babice, ki traja vsaj dve leti in vsaj 3 600 ur ter se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, pod pogojem, da ima oseba dokazila o formalnih kvalifikacijah za medicinsko sestro za splošno zdravstveno nego, kot je opredeljeno v točki 5.2.2 Priloge V;</p> <p>(c) usposabljanje s polno časovno obveznostjo za babice, ki traja vsaj 18 mesecev in ki se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, in vsaj 3 000 ur, pod pogojem, da ima oseba dokazila o formalnih kvalifikacijah za medicinsko sestro za splošno zdravstveno nego, kot je to opredeljeno v točki 5.2.2 Priloge V, in eno leto poklicnih izkušenj, za katere je bilo izdano potrdilo v skladu z odstavkom 2.</p>
<p>Znanja in veščine</p>	<p>Usposabljanje medicinskih sester za splošno zdravstveno nego zagotavlja, da zadevni strokovnjak pridobi naslednja znanja in veščine:</p> <p>(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;</p> <p>(b) poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege;</p>	<p>Usposabljanje babic zagotavlja, da zadevni strokovnjak pridobi naslednja znanja in veščine:</p> <p>(a) podrobno poznavanje ved, na katerih temeljijo dejavnosti babic, zlasti babišta, porodništva in ginekologije;</p> <p>(b) ustrezno poznavanje poklicne etike in relevantne zakonodaje za opravljanje tega poklica;</p> <p>(c) izčrpno znanje o bioloških funkcijah, anatomiji in fiziologiji porodništva in zdravstvene nege novorojenčka, kakor tudi znanja o odnosu med zdravstvenim</p>

	<p>(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 sta številu usposobljenega osebja in oprema primerna za zdravstveno nego bolnikov;</p> <p>(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.</p>	<p>stanjem človeka ter njegovim fizičnim in družbenim okoljem ter o njegovem vedenju;</p> <p>(d) ustrezne klinične izkušnje v pooblaščenih ustanovah pod nadzorom usposobljenih strokovnjakov iz babištva in porodništva;</p> <p>(e) ustrezno razumevanje usposabljanja zdravstvenih delavcev in izkušnje pri delu s tem osebjem.</p>
<p>Sposobnosti</p>	<p>(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) odstavka 6, da bi se izboljšala poklicna praksa;</p> <p>(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) odstavka 6;</p> <p>(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) odstavka 6;</p> <p>(d) sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč;</p> <p>(e) sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje;</p> <p>(f) sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati;</p> <p>(g) sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju;</p> <p>(h) sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege s ciljem izboljšanja svoje poklicne prakse kot medicinske sestre za splošno zdravstveno nego.</p>	<p>Niso definirane.</p>
<p>Program usposabljanje za podelitev formalne izobrazbe - Priloga direktive</p>	<p>V.2. Medicinska sestra za splošno zdravstveno nego, 5.2.1 Program usposabljanja medicinskih sester za splošno zdravstveno nego, Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES, str. 111</p>	<p>V.5. Babica, 5.5.1 Program usposabljanja za babice (vrsta usposabljanja I in II), Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES, str. 123</p>

<p>Dejavnosti poklica - Zakonodaja Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (pistrs.si)</p>	<p>Diplomirana medicinska sestra, ki izpolnjuje vse pogoje 8. člena slovenskega pravilnika, pridobi naslednje kompetence:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sposobnost samostojno ugotoviti, kakšna zdravstvena nega je potrebna ter načrtovati, organizirati in izvajati zdravstveno nego pri pacientu, - sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji, sodelovanjem pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja, - sposobnost usposabljanja posameznikov, družin in skupin za zdrav način življenja in samopomoč, - sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč, - sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje, - sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati, - sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z drugimi zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, - sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege zaradi izboljšanja svoje poklicne prakse. 	<p>Diplomirana babica, ki izpolnjuje pogoje iz 9. člena slovenskega pravilnika, lahko opravlja vsaj naslednje dejavnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informiranje in svetovanje v zvezi z načrtovanjem družine, - diagnosticiranje nosečnosti in spremljanje normalnega poteka nosečnosti, izvajanje preiskav, potrebnih za spremljanje razvoja normalnega poteka nosečnosti, - predpisovanje in svetovanje v preiskavah, potrebnih za čimprejšnje diagnosticiranje rizičnih nosečnosti, - izvajanje programov šole za starše in popolne priprave na porod, vključno s svetovanjem o higieni in prehrani, - skrb za mater in pomoč med porodom ter spremljanje stanja zarodka v maternici z ustreznimi kliničnimi metodami in tehničnimi sredstvi, - izvajanje spontanih porodov vključno z epiziotemijo, kadar je potrebna, v nujnih primerih pa tudi porod v medenični vstavi, - prepoznavanje opozorilnih znakov nepravilnosti pri materi ali otroku, ki zahtevajo nاپotitev k zdravniku, in pomoč temu zdravniku, kadar je to primerno; izvajanje ustreznih nujnih ukrepov v zdravnikovi odsotnosti, zlasti ročne odstranitve placentе, ki ji lahko sledi ročni pregled maternice, pregledovanje in negovanje novorojenčka, ukrepanje po lastni presoji v primeru potrebe in izvajanje takojšnjega oživiljanja, kadar je to potrebno, nega matere in spremljanje njenega napredka v poporodnem obdobju ter dajanje vseh potrebnih nasvetov o negi otroka, da bi lahko svojemu novorojenemu otroku zagotovila optimalen razvoj, - izvajanje zdravljenja, ki ga predpiše zdravnik, - priprava potrebnih pisnih poročil.
---	--	--

Tabela 2. Prikaz vsebin predmetnikov za medicinske sestre in babice v prilogi Direktive 2005

A. Teoretični pouk MEDICINSKIH SESTER (2005)	A. Teoretični in tehnični pouk BABIC (2005)
<p>a. Bolniška nega:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Narava in etika poklica — Splošna načela zdravja in bolniške nege — Načela bolniške nege v odnosu do: <ul style="list-style-type: none"> — splošne in specialistične medicine — splošne in specialistične kirurgije — varstva otroka in pediatrije — varstva matere — duševnega zdravja in psihiatrije — skrbi za ostarele in geriatrijo <p>b. Osnovne vede:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Anatomija in fiziologija — Patologija — Bakteriologija, virologija in parazitologija — Biofizika, biokemija in radiologija — Dietetika — Higiena: <ul style="list-style-type: none"> — preventivna medicina — zdravstvena vzgoja — Farmakologija <p>c. Družbene vede:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sociologija — Psihologija — Načela upravljanja — Načela poučevanja — Socialna in zdravstvena zakonodaja — Pravni vidiki nege 	<p>a. Splošni predmeti</p> <ul style="list-style-type: none"> — Osnove anatomije in fiziologije — Osnove patologije — Osnove bakteriologije, virologije in parazitologije — Osnove biofizike, biokemije in radiologije — Pediatrija s posebnim poudarkom na novorojenčkih — Higiena, zdravstvena vzgoja, preventivna medicina, zgodnje diagnosticiranje bolezni — Prehrana in dietetika s posebnim poudarkom na ženskah, novorojenčkih in majhnih otrocih — Osnove sociologije in družbeno medicinska vprašanja — Osnove farmakologije — Psihologija — Načela in metode poučevanja — Zdravstvena in socialna zakonodaja in organizacija varstva — Poklicna etika in delovna zakonodaja — Spolna vzgoja in načrtovanje družine — Pravno varstvo matere in dojenčka <p>b. Učni predmeti, značilni za babiško dejavnost</p> <ul style="list-style-type: none"> — Anatomija in fiziologija — Embriologija in razvoj zarodka — Nosečnost, porod in zdravstveno stanje porodnice po porodu — Ginekološka in porodniška patologija — Priprava na porod in starševstvo, vključno s fiziološkimi vidiki — Priprava na porod (vključno s poznavanjem in uporabo tehnične opreme v porodništvu) — Analgezija, anestezija in oživljanje — Psihologija in patologija novorojenčka — Nega in nadzor novorojenčka — Psihološki in socialni dejavniki
<p>B. Klinični pouk MEDICINSKIH SESTER (2005)</p> <p>Klinični pouk</p> <ul style="list-style-type: none"> — Zdravstvena nega v odnosu do: <ul style="list-style-type: none"> — splošne in specialistične medicine — splošne in specialistične kirurgije — varstva otroka in pediatrije — varstva matere — duševnega zdravja in psihiatrije — skrbi za ostarele in geriatrije — nege na domu 	<p>B. Praktično in klinično usposabljanje BABIC (2005)</p> <p>Praktično in klinično usposabljanje mora biti pod ustreznim nadzorom:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Svetovanje nosečnicam, vključno z vsaj 100 predporodnimi pregledi. — Nadzor in nega vsaj 40 nosečnic. — Študentova izvedba vsaj 40 porodov; če te številke ni mogoče doseči zaradi pomanjkanja nosečnic, jo je mogoče znižati na najmanj 30, vendar pod pogojem, da študent asistira ob vsaj 20 nadaljnjih porodih. — Asistenca pri vsaj enem ali dveh porodih v medenični vstavi. Kjer to ni mogoče zaradi pomanjkanja porodov v medenični vstavi, se praksa lahko izvede v simuliranem položaju. — Izkušnje z epiziotomijo in uvajanje v šivanje ran. Uvajanje vsebuje teoretični pouk in klinično prakso. Praksa šivanja vključuje šivanje rane po epiziotomiji in enostavnih perinealnih raztrganinah. Kadar je to nujno potrebno, gre lahko za simulirani položaj.

<p>Eden ali več predmetov se lahko poučuje kot del drugih disciplin ali v povezavi z njimi.</p> <p>Teoretični pouk je treba ovrednotiti in uskladiti s kliničnim poukom tako, da se lahko znanje in spretnosti iz te priloge pridobijo na ustrezen način.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Nadzor in nega 40 žensk v rizični nosečnosti, s porodnimi popadki ali v poporodnem obdobju. — Nadzor in zdravstvena nega (vključno s pregledom) vsaj 100 poporodnih žensk in zdravih novorojenčkov. — Opazovanje in zdravstvena nega novorojenčkov, ki zahtevajo posebno nego, vključno z nedonošenčki, prenošenimi novorojenčki, novorojenčki s premajhno telesno težo in bolnimi novorojenčki. — Zdravstvena nega patoloških primerov v ginekologiji in porodništvu. — Uvajanje v zdravstveno nego v medicini in kirurgiji. Uvajanje vsebuje teoretični pouk in klinično prakso. Teoretično in tehnično usposabljanje (del A programa usposabljanja) je uravnoteženo in usklajeno s kliničnim usposabljanjem (del B programa usposabljanja) tako, da se lahko znanje in izkušnje, navedene v tej prilogi, pridobijo na ustrezen način. Klinični pouk ima obliko nadzorovanega usposabljanja in usposabljanja na delu v oddelkih bolnišnic ali drugih zdravstvenih službah, ki jih so jih odobrili pristojne oblasti ali organi. Kot del tega usposabljanja, študentke babice sodelujejo v dejavnostih teh oddelkov, če te dejavnosti prispevajo k njihovem usposabljanju. Naučiti jih je treba odgovornosti dejavnosti babic.
---	---

Vir: V.5. BABICA, 5.5.1 Program usposabljanja za babice (vrsta usposabljanja I in II), DIREKTIVA EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA 2005/36/ES, stran 123

Vir: V.2. MEDICINSKA SESTRA ZA SPLOŠNO ZDRAVSTVENO NEGO, 5.2.1 Program usposabljanja medicinskih sester za splošno zdravstveno nego, DIREKTIVA EVROPSKEGA PARLAMENTA IN SVETA 2005/36/ES, stran 111

Tabela 3. Pregled vsebin izobraževanja in usposabljanja za poklic medicinska sestra za splošno zdravstveno nego (EFN, 2015)

Teoretično izobraževanje in usposabljanje (EFN smernice, 2015, str. 13, 15)	Vsebine praktično klinično izobraževanje in usposabljanje (EFN smernice, 2015, str. 16, 14)
<ul style="list-style-type: none"> • Teorije in koncepti zdravstvene nege • Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina • Proces zdravstvene nege, na posameznika osredotočena zdravstvena oskrba in dokumentacija • Anatomija in fiziologija • Patologija • Farmakologija in biokemija • Sociologija, psihologija in pedagogika • Prehrana in dietetika • Preprečevanje in obvladovanje okužb v zdravstvu • Paliativna oskrba, konec življenja in obvladovanje bolečine • Varo ravnanje z zdravili in njihovo predpisovanje • Nadzor, ocena in zagotavljanje vitalnih telesnih funkcij, prve pomoči in temeljni postopki oživljanja • Načela zdravstvene nege, zdravstvena nega kot osredotočenost na posameznika, kontinuirana zdravstvena oskrba, osnovne klinične kompetence v povezavi z zdravstveno nego posameznikov, skupin in družin v različnih življenjskih obdobjih in v različnih okoljih, tudi na različnih področjih zdravstvene nege v specialističnih/specialnih kliničnih okoljih • Kakovost zdravstvene oskrbe • Varnost pacientov • Pripravljenost na naravne in druge nesreče, izredne razmere in kritične situacije 	<ul style="list-style-type: none"> • Akutna obravnava • Zdravstvena nega življenjsko ogroženih • Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostnikov • Zdravstvena nega porodnic • Dolgotrajna oskrba • Splošna interna medicina in kirurgija • Duševno zdravje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo / psihiatrična obolenja • Invalidnost in zdravstvena oskrba invalidnih oseb • Geriatrija in zdravstvena nega starejših • Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo • Paliativna oskrba, konec življenja in obvladovanje bolečine • Podpora bližnjim

5 PREGLED DEFINICIJ IN DRUGIH VIROV

5.1 Definicija zdravstvene nege

Definicija zdravstvene nege pravi, da »zdravstvena nega zajema samostojno in sodelovalno oskrbo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih, v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter oskrbo bolnih, invalidnih in umirajočih ljudi. Ključne vloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter pri upravljanju pacientov in zdravstvenih sistemov ter izobraževanje (ICN, 2002). Medicinska sestra za splošno zdravstveno nego je pripravljena in pooblaščenca za 1) izvajanje zdravstvene nege, vključno s promocijo zdravja, preprečevanjem bolezni in oskrbo telesno bolnih, duševno bolnih in invalidnih ljudi vseh starosti ter v vseh zdravstvenih in drugih okoljih skupnosti; (2) za izvajanje poučevanja zdravstvene nege; (3) za polno sodelovanje kot članica zdravstvenega tima; (4) za vodenje in usposabljanje medicinskih sester in zdravstvenih sodelavcev; (5) za sodelovanje pri raziskovanju" (Hall, 2013).

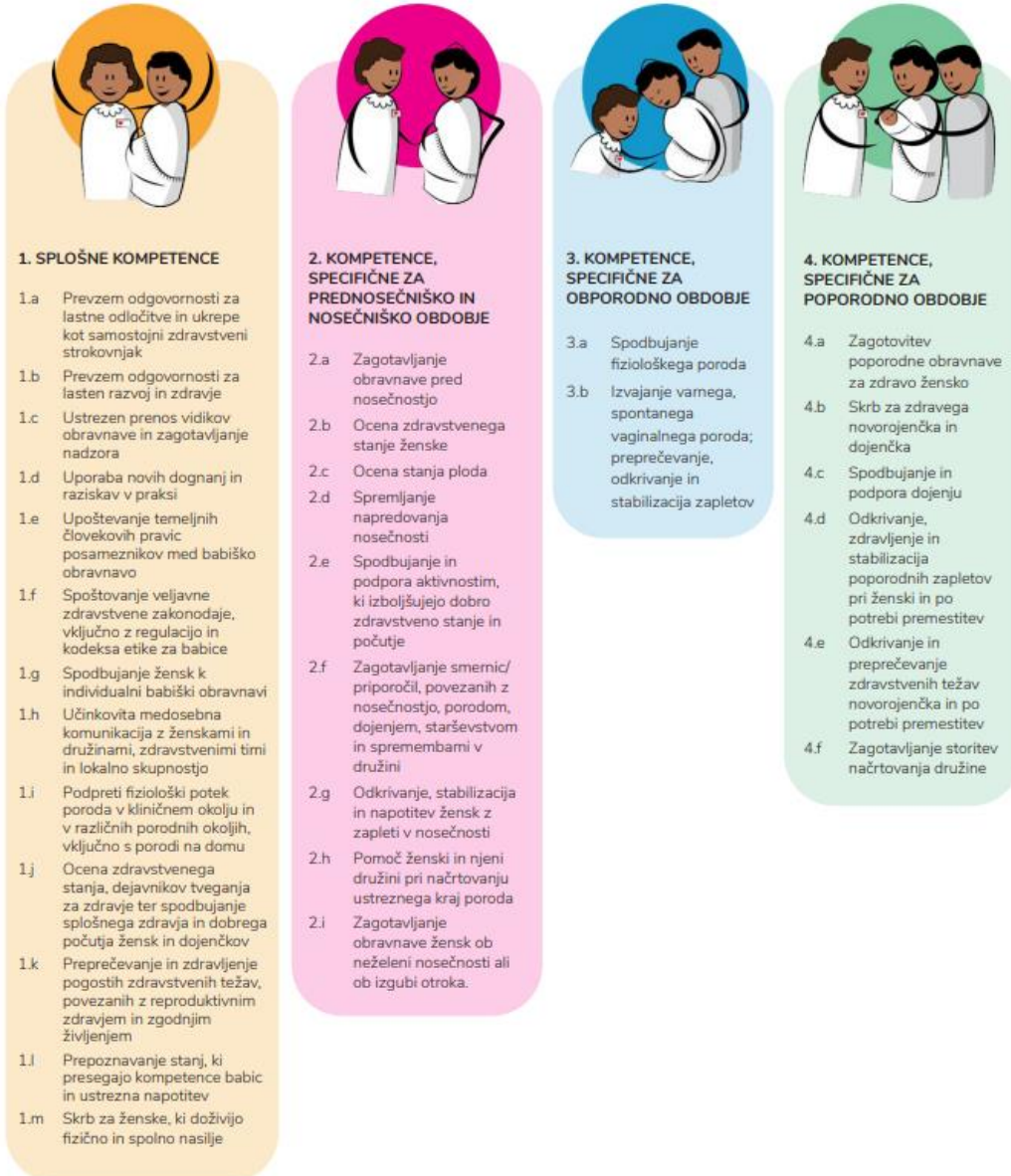
Royal College of Nursing (RCN, 2023) je predstavil spremenjeno opredelitev zdravstvene nege, ki je za medicinske sestre v Združenem kraljestvu prelomna. V desetletjih, odkar je Mednarodni svet medicinskih sester (ICN, 2002) objavil svojo opredelitev zdravstvene nege, so se medicinske sestre prilagodile sodobnim medicinskim tehnologijam, demografskim spremembam in razvijajoči se zdravstveni politiki. Tako definicija RCN pravi, da je zdravstvena nega varnostno kritičen poklic, ki temelji na štirih stebrih: klinični praksi, izobraževanju, raziskovanju in vodenju. Diplomirane medicinske sestre uporabljajo z dokazi podprto znanje ter strokovno in klinično presojo za ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje visokokakovostne zdravstvene nege, osredotočene na osebo. Delo diplomiranih medicinskih sester je sestavljeno iz številnih specializiranih in kompleksnih intervencij. Njihova strokovnost je ključnega pomena za varnost ljudi, preprečevanje škode, ki se ji je mogoče izogniti, in obvladovanje tveganj ne glede na kraj ali situacijo, sočutno vodenje je osrednjega pomena za zagotavljanje in usklajevanje zdravstvene nege, ki temelji na njenih vrednotah, integriteti in strokovnem znanju. Odgovornost vključuje vodenje in povezovanje čustvenega, fizičnega, organizacijskega in kognitivnega dela zdravstvene nege za izpolnjevanje potreb ljudi, organizacij, sistemov in populacij (RCN, 2023). Zato, čeprav opredelitev ICN (2002) zagotavlja splošnejši pogled na zdravstveno nego, ki vključuje različne vloge, nova različica opredeljuje kritične vidike sodobnih praks zdravstvene nege, ki temeljijo na dokazih, specializiranih intervencijah in vodstvenih vlogah (RCN, 2023).

5.2 Definicija babiške nege

Definicija babiške nege povzeta po dokumentu Kompetence v babiški dejavnosti (Njenić et al., 2020) navaja, da je babištvo poklicno področje, ki obravnava ženske med normalno nosečnostjo, porodom, poporodnim obdobjem ter novorojenčka in dojenčka, s ciljem, da se ohrani oziroma doseže najboljše zdravje družine; posega tudi na določena področja reprodukcije, porodništva, ginekologije, neonatologije, socialnih ved, zdraviliške dejavnosti, javnega zdravja, etike ipd. Babištvo je pomemben del slovenskega zdravstvenega sistema, ki šteje nosečnost, porod in poporodno obdobje za naravni del človeškega življenjskega ciklusa, na katerem temelji zdravje družine oziroma celotne skupnosti. Babica kot izvajalka babiške nege se vključuje v zdravstveno dejavnost tako na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Babica je prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja, ki dela v partnerstvu

z žensko, jo podpira, neguje, ji svetuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. Spremlja žensko med porodom, pri čemer se zaveda lastne odgovornosti, izvaja pa tudi babiško nego novorojenčka in dojenčka. Ta skrb vključuje preventivne ukrepe, promocijo normalnega poroda, prepoznavanje zapletov pri materi in otroku, dostop do zdravstvene oskrbe ali druge ustrezne pomoči ter izvedbo nujnih ukrepov.

Kompetence babiške nege so opisane v dokumentu »Essential Competencies for Basic Midwifery Practice« (ICM, 2019) in nacionalne dokumentu kompetenc babiške nege (Ažman, 2021). ICM je mednarodno svetovno združenje babic, tako kot je za medicinske sestre ICN. Oba združenja pripravljata ločene usmeritve za razvoj babištva in zdravstvene nege (ICM 2017; ICM, 2019, ICN, 2020), ki pa niso nujno skladne z zahtevami za izobraževanje v EU in niso zavezujoče za nacionalne politike.



1. SPLOŠNE KOMPETENCE

- 1.a Prevzem odgovornosti za lastne odločitve in ukrepe kot samostojni zdravstveni strokovnjak
- 1.b Prevzem odgovornosti za lasten razvoj in zdravje
- 1.c Ustrezen prenos vidikov obravnave in zagotavljanje nadzora
- 1.d Uporaba novih dognanj in raziskav v praksi
- 1.e Upoštevanje temeljnih človekovih pravic posameznikov med babiško obravnavo
- 1.f Spoštovanje veljavne zdravstvene zakonodaje, vključno z regulacijo in kodeksa etike za babice
- 1.g Spodbujanje žensk k individualni babiški obravnavi
- 1.h Učinkovita medosebna komunikacija z ženskami in družinami, zdravstvenimi timi in lokalno skupnostjo
- 1.i Podpreti fiziološki potek poroda v kliničnem okolju in v različnih porodnih okoljih, vključno s porodi na domu
- 1.j Ocena zdravstvenega stanja, dejavnikov tveganja za zdravje ter spodbujanje splošnega zdravja in dobrega počutja žensk in dojenčkov
- 1.k Preprečevanje in zdravljenje pogostih zdravstvenih težav, povezanih z reproduktivnim zdravjem in zgodnjim življenjem
- 1.l Prepoznavanje stanj, ki presega kompetence babic in ustrezna napotitev
- 1.m Skrb za ženske, ki doživijo fizično in spolno nasilje

2. KOMPETENCE, SPECIFIČNE ZA PREDNOSEČNIŠKO IN NOSEČNIŠKO OBDOBJE

- 2.a Zagotavljanje obravnave pred nosečnostjo
- 2.b Ocena zdravstvenega stanja ženske
- 2.c Ocena stanja ploda
- 2.d Spremljanje napredovanja nosečnosti
- 2.e Spodbujanje in podpora aktivnim, ki izboljšujejo dobro zdravstveno stanje in počutje
- 2.f Zagotavljanje smernic/priporočil, povezanih z nosečnostjo, porodom, dojenjem, starševstvom in spremembami v družini
- 2.g Odkrivanje, stabilizacija in napotitev žensk z zapleti v nosečnosti
- 2.h Pomoč ženski in njeni družini pri načrtovanju ustreznega kraj poroda
- 2.i Zagotavljanje obravnave žensk ob neželjeni nosečnosti ali ob izgubi otroka.

3. KOMPETENCE, SPECIFIČNE ZA OBPORODNO OBDOBJE

- 3.a Spodbujanje fiziološkega poroda
- 3.b Izvajanje varnega, spontanega vaginalnega poroda; preprečevanje, odkrivanje in stabilizacija zapletov

4. KOMPETENCE, SPECIFIČNE ZA POPORODNO OBDOBJE

- 4.a Zagotovitev poporodne obravnave za zdravo žensko
- 4.b Skrb za zdravega novorojenčka in dojenčka
- 4.c Spodbujanje in podpora dojenju
- 4.d Odkrivanje, zdravljenje in stabilizacija poporodnih zapletov pri ženski in po potrebi premestitev
- 4.e Odkrivanje in preprečevanje zdravstvenih težav novorojenčka in po potrebi premestitev
- 4.f Zagotavljanje storitev načrtovanja družine

Slika 5. Kompetence za osnovno babiško prakso po ICM (2019) povzeto po Ažman (2021, str. 22)

Države imajo različno urejena delovišča za diplomirane babice. Tako International Confederation of Midwives (2017) zapiše, da lahko babice prakticirajo svojo prakso tudi na domu in da je babica je

odgovorna strokovnjakinja, ki dela z ženskami, da bi jim nudila potrebno podporo, oskrbo in nasvete med nosečnostjo, porodom in poporodnem obdobju, vodenje poroda na lastno odgovornost in zagotavljanje oskrbe novorojenčka in dojenčka. Ta oskrba vključuje preventivne ukrepe, spodbujanje normalnega poroda, odkrivanje zapletov pri materi in otroku, dostop do medicinske oskrbe, spodbujanje normalnega poroda, preprečevanje zapletov pri materi in otroku ali druge ustrezne pomoči ter izvajanje nujnih ukrepov. NICE smernice (2021) dajejo velik poudarek na proces zdravstvene obravnave po porodu v domači oskrbi in opozarjajo na ustrezno babiško predajo otročnice in novorojenčka na primarno raven strokovnjaku, ki ga definirajo kot »health visitor« (v preteklosti so to bile »district nurses«), kar je glede na izvedene storitve dejansko v našem primeru patronažna medicinska sestra.

5.3 Umestitev diplomiranih babic v sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji

Na področju preventivne dejavnosti sta v skladu s pravilnikom [Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni \(pisrs.si\)](#) babiška nega in zdravstvena nega navedeni kot sodelujoči stroki, v kolikor diplomirane babice ni. Področja preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, kjer sodeluje babiška nega so:

- **Pet sistematičnih pregledov pri zdravi nosečnici** z nizkim tveganjem za zaplete v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti opravi diplomirana babica ali diplomirana medicinska sestra, ki sme samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti v okviru specialistične ginekološke ambulante na primarni ravni. Če v ginekološkem timu ni zaposlene diplomirane babice ali diplomirane medicinske sestre, ki sme samostojno opravljati delo v zdravstveni dejavnosti oziroma zdravstvena ustanova nima ginekološko-porodniške referenčne ambulante, opravi tudi te preglede ginekolog.
- **Individualno zdravstveno vzgojno svetovanje v nosečnosti** obsega zdravstvena priporočila v zvezi z nosečnostjo, s posebnim poudarkom na delu, ki ga nosečnica opravlja, ter je posvečeno spodbujanju zdravega načina življenja in nadzoru telesne teže. Opravi ga lahko diplomirana babica individualno ali v skupinski obliki v okviru specialistične ginekološke ambulante na primarni ravni.
- Preventivno zdravstveno varstvo novorojenčkov opravlja tim, katerega člani so zdravnik specialist pediatrije, ki je tudi vodja tima, diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik ali diplomirana babica oziroma diplomirani babičar in zdravstveni tehnik. Mesto izvajanja so neonatalni oddelkih, neonatalni odseki ali pediatrični oddelki porodnišnic.
- Po omenjenem pravilniku diplomirana babica sodeluje pri preventivnih programih varovanje reproduktivnega znanja (VRZ), ki ga izvaja ginekološki tim na primarni ravni in tudi na sekundarni ravni. Ginekološki tim sestavljajo zdravnik specialist, diplomirana babica in zdravstveni tehnik. Če v timu ni diplomirane babice, jo je dopustno nadomestiti z diplomirano medicinsko sestro, ki je ustrezno izobrazena za samostojno preventivno delo.

V dokumentu Kadrovski standardi in normativi (2021), poglavje Kadrovski standardi in normativi za primarno raven zdravstvene obravnave pacientov je pojasnjeno, da je za področje zdravstvenega varstva žensk in obporodne obravnave otročnice in novorojenčka bil uporabljen dokument o kompetencah babic za osnovno babiško prakso (ICM, 2019) in predlog dokumenta Kompetence in poklicne aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva (Njenjić, et al., 2020).

Delovišča babiške nege so v dokumentu Kadrovski standardi in normativi (2021) opredeljena:

- Poglavje 2.1.4, Zdravstvena in babiška nega na področju ginekologije in porodništva, delovišča za diplomirano babico so v **porodni sobi in babiški oddelek**. Za **porodniški in ginekološki oddelek** je postavljen normativ v enakem razmerju za diplomirano medicinsko sestro in diplomirano babico.
- Poglavje 2.1.5, Zdravstvena nega na področju pediatrije, **neonatalni oddelek**, normativ je postavljen v enakem razmerju za diplomirano medicinsko sestro in diplomirano babico.
- Poglavje Primarna raven, **specialistična ginekološka ambulanta**, normativ v enakem razmerju za diplomirano medicinsko sestro in diplomirano babico.

Diplomirana babica po nacionalni zakonodaji ni razporejena na delovišča patronažne zdravstvene nege. Le tega ne predvidevajo najnovejše kompetence ICM (2019). Le te omenjajo izvedbo poroda na domu, ki ga vodi babica.

Kot je razvidno iz kompetenc obeh Direktiv (2005; 2015), Kompetenc in poklicnih aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva (Ažman, 2021), nacionalnih Kadrovskih standardov in normativov (2021) in nacionalnih pravilnikov (Pravilnika za izvajanje preventivnega; Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti), je področja vključevanja in samostojnega delovanja strokovnjakov v babiški negi v Sloveniji jasno definirano in ni predvidena vključitev diplomiranih babic v patronažno zdravstveno dejavnost.

5.4 Kompleksnost storitev v zdravstvene nege v patronažnem varstvu v Sloveniji

Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, v 7. točki Zdravstveno varstvo za varovance obravnavane v patronažnem varstvu, natančno določa organizacijo dela patronažnega zdravstvenega varstva in vsebino obravnav pri posameznih varovancih. Za opisani pristop patronažnega varstva se je v Sloveniji razvilo poimenovanje »polivalentno patronažno varstvo« in predstavlja celostno obravnavo varovancev obravnavanih od rojstva do smrti, njihov družin in skupnosti. Patronažno zdravstveno varstvo izvaja obvezno preventivno zdravstveno varstvo in programirano zdravstveno vzgojo. Delo patronažne službe je usmerjeno predvsem v obravnavo območja kot celote, s tem pa tudi v obravnavo posameznika, družine in skupnosti v njihovem življenjskem okolju. Zagotoviti mora povezavo med institucionalnimi varstvi (zdravstvo, šolstvo, otroško varstvo, socialno skrbstvo itd.) in posamezniki oziroma družinami in skupnostmi na terenu. Patronažna medicinska sestra opravlja patronažno varstvo zavarovancev na njihovem domu in lokalni skupnosti, kar pomeni, da aktivno skrbi za zdravstveno stanje varovancev v določenem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako vzpodbuja zavarovance k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin. Poglobljeno individualno in družinsko obravnavo zahtevajo predvsem prednostne skupine prebivalstva zaradi svojih bioloških lastnosti (dojenčki, šolarji, nosečnice, starostniki itd.), zaradi spremenjenih pogojev življenja in socialne ogroženosti (priseljenci, brezdomci itd.) ter zaradi zdravstvene ogroženosti (invalidi in kronični bolniki itd.) in drugo. V tem pravilniku so v točki 7.1 definirani patronažni obiski pri novorojenčku, dojenčku, z vsemi specifičnimi nalogami (7.1.1) in otročnici (7.3). ([Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni \(pisrs.si\)](#))

Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu (Navodilo) je namenjeno dipl. m. s. v patronažni dejavnosti za izvajanje nadgrajenih preventivnih obravnav od 1. 1. 2021 dalje. Patronažno varstvo obsega osem vsebinskih preventivnih področij: preventivna obravnava otročnice, novorojenčka in dojenčka, preventivna obravnava kroničnega pacienta, preventivna

obrnava neodzivnika, preventivna obrnava starejše osebe, preventivna obrnava na področju kroničnih nenalezljivih bolezn, integrirano presajanje, obrnava v lokalni skupnosti, analiza terenskega področja. ([Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu | Nijz](#)).

V zvezi z izvajanjem Navodila (2021) so bila s strani NIJZ organizirana izobraževanja za posamezno področje Navodil. Izobraževanja so se udeležili vsi izvajalci patronažnega varstva (tudi TZN, ki so bili na podlagi 38.člena prevedeni in izvajajo polivalentno patronažo). Predavatelji so bili strokovnjaki z različnih področij in poklicev, med njimi tudi strokovnjakinje z večletno prakso na področju patronažne zdravstvene nege. Skupaj je bilo izvedenih 44,5 pedagoških ur izobraževanj za implementacijo Navodil (2021), 18,5 ur Preventivne obrnave otročnice in novorojenčka, 7 ur Družina, lokalna skupnost, terensko območje, 15,5 ur Preventiva KNB - Dejavniki tveganja in zdrav življenjski slog, 3,5 ur Preprečevanje padcev v domačem okolju. Pomembno je poudariti, da so na NIJZ pripravili spletno učilnico za izvajalce patronažnega varstva. V spletni učilnici je možno dostopati do vseh omenjenih vsebin.

5.5 Umeščenost teoretičnih in kliničnih znanj preventivne obrnave nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka v predmetnik študijskega programa Zdravstvena nega (VS) v Sloveniji

Storitev preventivna obrnava otročnice in novorojenčka in dojenčka je natančno opisana v omenjenih navodilih (Navodila) ([Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu | Nijz](#)). Vsebine, kot so priprava na delo, ocena stanja in izvedba specifičnih aktivnosti zdravstvene nege v zvezi z obrnavo otročnice na domu, diplomant zdravstvene nege pridobi pri predmetih študijskega programa Zdravstvena nega (VS): zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom, zdravstvena nega otroka in mladostnika s pediatrijo, zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu, metodika zdravstveno vzgojnega dela, javno zdravje, promocija zdravja, zdravstvena nega in duševno zdravje, idr. Vse vsebine Navodil so tudi predmetna področja, ki so zapisana v Direktivah (2005, 2013) in EFN smernicah (2015). Ko se diplomirana medicinska sestra zaposli na področju patronažnega varstva, pridobi poglobljena znanja z uvajanjem v delo, tako kot na vseh drugih področjih delovanja v zdravstvu, zato ni mogoče trditi, da diplomirana medicinska sestra ni kompetentna za naloge, ki so opisane v navedenih Navodilih. Diplomanti imajo teoretično in klinično znanje tako iz ginekologije in porodništva, pediatrije in zdravstvene nege na vseh omenjenih področjih. Gre za predmete, ki ima vsak posebej v povprečju 10 ECTS. Prav tako študijski program zdravstvene nege vključuje vsebine promocije zdravja, celostno in ciljano zdravstveno vzgojo, delo z otročnico in družino, urgentna stanja, oskrbo rane in popka, podpora pri dojenju, svetovanje v zvezi z dojenjem, rokovanje z novorojenčkom, prehrano in dietetiko, urejanje bolečine, zakonodajo na tem področju, idr. Enako velja za pregled in oskrbo novorojenčka. Zaradi specifičnosti intervenciji pri zdravstveni obrnavi otroka so v študijski program vključene kabinetne vaje za rokovanje z novorojenčkom in specifičnosti zdravstvene nege (fizični pregled, rokovanje, nega telesa, kože, popka, pomoč pri dojenju, prostor, ocena družinskih razmer, hrana, pitje, cepljenje, idr.) (tabela 4). Tako kot na vseh strokovnih področjih delovanja je potrebno kontinuirano izobraževanje na vseh področjih patronažne obrnave, pripravljena so tudi Priporočila obrnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre (2016), kar kaže na to da Strokovna sekcija medicinskih sester in

tehnikov zdravstvene nege v patronažni dejavnosti nenehno sodeluje pri pripravi in posodabljanju strokovnih vsebin za področje patronažnega varstva, ki jih pripravljajo na NIJZ in v okviru ZZ.

5.5.1 Predmetna področja za izvajanje zdravstvene nege otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu

Kompetence po Direktivi 2013, ki direktno nagovarjajo usposobljenost diplomirane medicinske sestre za samostojno delo v patronažnem varstvu za vsa področja preventive, tudi za izvajanje zdravstvene nege otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu so zapisane v tabeli 1, zlasti so pomembne naslednje tri:

- (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) odstavka 6;
- (e) sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje;
- (g) sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju.

Iz tabele 4 je razviden obseg vsebin v študijskih programih zdravstvene nege po predmetnih področjih, prikazujemo neposredne vsebine in ne posrednih predmetnih vsebin. Podatki so pridobljeni kot javno dostopni podatki na spletnih straneh fakultet. Minimalni dogovorjeni obseg ur na posameznem področju kliničnega izobraževanja in usposabljanja je vsaj 4 tedne kliničnega usposabljanja oz. 8 ECTS (160 ur) kliničnega usposabljanja v kliničnem okolju (sklep sestanka vodstev visokošolskih zavodov v organizaciji Zbornice-Zveze, dne 8. 3. 2023). Podatki v tabeli 4 pokažejo odstopanja pri nekaterih fakultetah.

Menimo, da smo z zapisanimi dejstvi, znanstvenimi spoznanji, zakonodajo in nacionalnimi pravilniki zelo jasno odgovorili, da je diplomirana medicinska sestra, ki deluje v patronažni zdravstveni dejavnosti in se redno usposablja v okviru kontinuiranega profesionalnega izobraževanja kompetentna za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v Sloveniji in da se tovrstni dvomi ne bi smeli pojavljati znotraj strokovnega združenja. Gre za urejeno in med strokovnjaki prepoznano strokovno področje.

Tabela 4. Prikaz predmetov po fakultetah v Sloveniji, ki so povezani s kliničnimi kompetencami diplomiranih medicinskih sester za »izvajanje zdravstvene nege otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«

Poimenovanje kliničnih predmetov po EFN (2015)	Fakultete	Poimenovanje predmeta po fakultetah	ECTS	Ure teorija	Ure KU	Opombe
ULZF						
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostrictnikov	ULZF	Zdravstvena nega otroka in mladostrictnika s pediatrijo	4	55	160	
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	4	55	120	
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu	5	45	200	
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševo motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega in mentalno zdravlje	4	55	160	
UM FZV						
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostrictnikov	UM FZV	Zdravstvena nega otroka in mladostrictnika s pediatrijo	11	110	160	
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	10	50	210	
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu	9	45	160	
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševo motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega in mentalno zdravlje	8	45	160	
UP FVZ						
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostrictnikov	UP FVZ	Zdravstvena nega otroka	9	75	150	
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	9	75	135	
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu	9	40	180	
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševo motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega in mentalno zdravlje	6	45	90	
FZAB						
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostrictnikov	FZAB	Zdravstvena nega otroka in mladostrictnika	10	70	180	
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	9	45	180	
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega na primarnem in patronažnem zdravstvenem varstvu s promocijo zdravlja	9	45	180	
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševo motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega in duševo zdravlje	9	50	180	

Brigita Skela Savič (2023). Kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu – Usmeritve za stroko in odločevalce v Sloveniji.

Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladoštnikov	UNM FZV	Zdravstvena nega otroka in mladoštnika s pediatrijo	8	75	150
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	8	55	170
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu	6	60	100
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega in mentalno zdravlje	5	45	90
FZSV SG					
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladoštnikov	FZSV SG	Zdravstvena nega otroka in mladoštnika s pediatrijo	9	70	180
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	15	45	360
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem zdravstvu	12	45	270
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega v odnosu do mentalnega zdravlja s psihiatrijo	12	45	270
FZV CE					
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladoštnikov	FZV CE	Zdravstvena nega otroka in mladoštnika s pediatrijo	12	45	145
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	10	45	200
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu	11	40	250
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega in mentalno zdravlje	8	45	150
Alma Mater					
Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladoštnikov	Alma Mater	Zdravstvena nega otroka in mladoštnika s pediatrijo	9		Alma Mater Europaea: Na spletu so dostopni le ECTS za posamezni predmet, obseg KU ni razviden.
Zdravstvena nega porodnic		Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	15		
Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo		Zdravstvena nega v patronažnem varstvu	9		
Duševo zdravlje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo / psihiatrična obolenja		Zdravstvena nega v odnosu do mentalnega zdravlja s psihiatrijo	9		

6 RAZPRAVA

6.1 Skupne ugotovitve

Predlog za izdelavo strokovne ekspertize je nastal zaradi pogosto izrečenih namer s strani odgovornih predstavnikov Zbornice-Zveze, da je potrebno babiško nego vključiti v obravnavo nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v okviru patronažnega zdravstvenega varstva, ker diplomirane medicinske sestre niso dovolj kompetentne za to področje.

Izdelana strokovna ekspertiza po konceptualnem modelu Yelder (2004), opozori na več problemskih področij:

- 1) Pregledali smo spoznanja mednarodnih znanstvenih raziskav, ki pokažejo na **enakovredno vključenost medicinskih sester** v izvajanje zdravstvene oskrbe žensk, nosečnic, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v primerjavi z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki (babice, zdravniki, ginekologi, porodničarji, idr.) (Downe et al., 2019; East et al., 2019). S tem smo odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje.
- 2) Pregledane raziskave sistematičnih meta analiz in meta sintez na *Cochrane Database of Systematic Reviews* v zvezi s poklicnimi skupinami, ki obravnavajo ciljno populacijo žensk, nosečnic, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu, **ne pokažejo razlik v kliničnih izidih glede na različne izvajalce te zdravstvene oskrbe** (Doswell 2013; Downe et al., 2019; East et al. 2019; Yonemoto et al., 2021; Gavine et al. 2022). Medicinska sestra je pogostejša in enakovredna izvajalka zdravstvene oskrbe žensk, nosečnic, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v primerjavi z babico. S tem smo odgovorili na drugo raziskovalno vprašanje pri pregledu literature.
- 3) **Medosebni odnosi, ki so posledica kognitivnih procesov znotraj stroke**, kažejo na konflikte znotraj izvajalcev zdravstvene skrbi ciljne skupine, predvsem gre za konflikte med medicinskimi sestrami in babicami, kar poleg mednarodnih raziskav, potrdi tudi slovenska raziskava Mivšek et al. (2021). Posledica tega je **zmanjšana sposobnost integracije in sodelovanja med obema poklicnima skupinama** in slednje **generira ne sodelovalno strokovno prakso**. Ne sodelovalna praksa med babicami in ginekologi se v Sloveniji kaže z nizko vključenostjo babic v spremljanje zdravih nosečnic v specialističnih ginekoloških ambulantah na primarni ravni.

V skladu s priporočili raziskav (Macdonald et al. 2014, 2015), morajo medicinske sestre in babice v Sloveniji izboljšati in graditi kakovostno medsebojno poklicno komunikacijo, jasnost poklicnih vlog, osebno in poklicno spoštovanje, zaupanje v strokovno presojo, oblikovati podporno delovno okolje, ki bo omogočalo dogovore o vlogah obeh poklicnih skupin. Strokovne odločitve in strategijo medpoklicnega sodelovanja naj gradijo na sistematičnih pregledih znanstvenih raziskav čim višje ravni v hierarhiji znanstvenih dokazov. Pri tem naj upoštevajo zmogljivosti visokošolskega sistema za pridobivanje kadrov in naj z dokazi podprto opozarjajo na nujne ukrepe za ustrezno število usposobljenih kadrov za kakovostno, učinkovito in varno zdravstveno obravnavo.

Obe poklicni skupini se naj zavzemata za akreditacijo in uveljavitev strokovnih kliničnih magisterijev za pridobitev klinične specializacije glede na zahteve ICN (2020) in ESNO (2015).

Ugotovili smo, da ima postavljeno vprašanje izvor v neustrezno ali pomanjkljivo dogovorjenih profesionalnih vlogah med diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažni dejavnosti in razvijajočimi se vlogami diplomiranih babic na primarni ravni v Sloveniji, za kar mora prevzeti

odgovornost Zbornica – Zveza, ki obe stroki zastopa in predstavlja. Vprašanje nima izvora v normativni urejenosti patronažnega zdravstvenega varstva, sprejetih kadrovskih standardih in normativih v zdravstveni in babiški negi na nacionalni ravni (2021) in zahtevah evropskih Direktiv (2005, 2013) za usposabljanje medicinskih sester in babic. Diplomirane medicinske sestre so po končani diplomi in ustreznem uvajanju v strokovno področje, pripravljene za delovanje na področju patronažne zdravstvene nege, tudi za zdravstveno nego žensk, nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov. Te naloge so jim na osnovi dosežene izobrazbe naložene z zakoni in pravilniki na področju zdravstva, ki smo jih v tem dokumentu večkrat navedli. Zato je dvom neupravičen, nepotreben in pogloblja nesoglasja med poklicnima skupinama.

6.2 Ugotovitve s predlogi aktivnosti

6.2.1 Temeljno in klinično znanje ter usposabljanje v kliničnih okoljih za izvajanje preventivnih obiskov s ciljem zdravstvene nege nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v patronažnem varstvu je v predmetnik visokošolskega študijskega programa Zdravstvena nega (VS) umeščeno v skladu z EU Direktivama (2005, 2013) in EFN smernicami (2015). Zato ima diplomirana medicinska sestra, ob predhodnem uvajanju v delo in kontinuiranem strokovnem izobraževanju, znanje, kompetence in sposobnosti za samostojno izvajanje zdravstvene nege nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v okviru patronažnega zdravstvenega varstva.

Dokazi za celostno usposobljenost diplomirane medicinske sestre so predpisane kompetence od a) do h) v Direktivi (2013) (Tabela 1). Te kompetence so tudi zapisane kot dejavnosti poklica v nacionalnem Pravilniku o minimalnih pogojih usposobljenosti (Tabela 1). Vsebine teoretičnega in praktičnega kliničnega izobraževanja in usposabljanja (EFN smernice, 2015, str. 16, 14) jasno opredelijo usposobljenost za akutno obravnavo v vseh življenjskih obdobjih, tudi zdravstveno nego novorojenčkov, otrok in mladostnikov in zdravstveno nego porodnic ter zdravstveno nego na primarnem zdravstvenem nivoju in nego na domu, ki jo naša zakonodaja poimenuje patronažno zdravstveno varstvo. Gre za nabor teoretičnih in praktičnih znanj v obsegu vsaj 40 ECTS. Predmeti, ki so posredno povezani s cilji navedenih preventivnih obiskov so metodika zdravstveno vzgojnega dela, javno zdravje, promocija zdravja, duševno zdravje in psihiatrija, okužbe povezane z zdravstvom, prehrana in dietetika, idr., vsi skupaj v povprečnem obsegu vsaj 30 ECTS. Že definicija zdravstvene nege in metodološki predmeti temeljev zdravstvene nege jasno opredelijo delovanje medicinske sestre, saj »zdravstvena nega zajema samostojno in sodelovalno oskrbo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih, zato ni mogoče oporekati, da diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ne more izvajati v pravilniku zapisanih intervencij (Pravilnik za izvajanje), v katerem so v točki 7.1 definirani patronažni obiski pri novorojenčku, dojenčku, z vsemi specifičnimi nalogami (7.1.1) in pri otročnici (7.3). Trditi, da diplomirane medicinske sestre v patronažni dejavnosti nimajo kompetenc za »zdravstveno nego otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«, je neutemeljeno in je v nasprotju z dvema zakonoma (Zakon o zdravstvenem varstvu; Zakon o zdravstveni dejavnosti), dvema pravilnikoma (Pravilnik o izvajanju preventivnega; Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti) in različnimi navodili na tem področju, ki jih pripravlja NIJZ.

6.2.2 Diplomirana babica ne more delovati v patronažnem zdravstvenem varstvu v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji. Teh kompetenc ji ne dajejo evropski Direktivi (2005 in 2013), mednarodne kompetence (ICM, 2019), nacionalne kompetence babic (Ažman, 2021),

slovenska zakonodaja (Zakon o zdravstvenem varstvu; Zakon o zdravstveni dejavnosti) in tudi ne nacionalni Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti, saj ne opredeli opravljanja babiške dejavnosti v patronažnem zdravstvenem varstvu. Po obeh Direktivah (2005; 2013) usposabljanje za babice nima teoretičnega in kliničnega usposabljanja v patronažnem varstvu.

Kompetenčni okvir izobraževanja babic ne dopušča obravnave zdravih in bolnih v vseh življenjskih obdobjih (ICM, 2019). Vsebine študijskega programa so osredotočene na babiško nego v povezavi z znanjem iz porodništva in ginekologije in izvedbe porodov, predporodne in poporodne skrbi ter naloge na področju reproduktivnega zdravja. Usposabljanje babic je v Direktivi (2005, 2013) jasno definirano in mora omogočiti ustrezne klinične izkušnje v pooblaščenih ustanovah, ki babici omogočajo, da v pooblaščenih ustanovah samostojno in na lastno odgovornost, v potrebnem obsegu in brez patoloških situacij, vodi nego pred rojstvom, porod in njegove posledice in nadzoruje porod in rojstvo, nego po porodu in oživiljanje novorojenčka med čakanjem na zdravnika (Tabela 1). Nacionalni Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti (Tabela 1) ne opredeli opravljanja dejavnosti v patronažnem zdravstvenem varstvu, tudi Direktiva (2005 in 2013) praktičnega usposabljanja babice na domu matere nima vključenega. Bistvo delovanja v patronažni dejavnosti je delovanje v entiteti družinskega okolja v povezavi s socialnim okoljem, kjer varovanec, varovanka in družina živi. Celostno znanje diplomanta zdravstvene nege omogoča izgradnjo strokovnjaka, ki lahko izvaja polivalenten pristop in se osredotoča na celostno sliko razmer, tako za izvajanje preventivnih kot kurativnih vidikov zdravstvene obravnave, kamor sodijo tudi skupina »novorojenček, otročnica in dojenček«, zdravstvena obravnava ženske in otroka na domu.

6.2.3 Direktiva za babice (2005, 2013) ne predpisuje predmetnega področja patronažno varstvo, zato v kolikor se ta predmet izvaja na programu babištva, je potrebo podati diplomantom jasno informacijo, da niso kompetentni za delo v patronažni dejavnosti, tako kot medicinske sestre niso kompetentne za vodenje zdrave nosečnosti in poroda, kljub temu, da imajo v Direktivah (2005 in 2013) jasno zapisani klinično področje teoretičnega in praktičnega usposabljanja varstvo matere in v EFN (2015) smernicah predpisana dva klinična področja, zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostnikov in zdravstvena nega porodnic.

Diplomirana medicinska sestra je izobražena za splošno zdravstveno nego z jasno opredeljenimi kliničnimi področji delovanja in lahko v patronažnem varstvu deluje preventivno in kurativno na vseh kliničnih področjih njenega izobraževanja (Direktiva 2005, 2013; EFN, 2015), tudi v »zdravstveni negi otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«. Medtem ko diplomirana babica v patronažni dejavnosti ne more delovati na desetih od dvanajstih kliničnih področji diplomirane medicinske sestre v patronažni dejavnosti.

Ključnega pomena je, da se visokošolski zavod, ki izobražuje za poklic diplomirane babice in tisti, ki bodo to izvajali v prihodnosti, izvajajo študij v skladu z Direktivo (2005; 2013) za področje izobraževanja babic. Mednarodne smernice niso regulativa za izobraževanje, so le priporočila, ki še niso bila sprejeta na ravni direktive EU, zato naj program babištva vključuje tiste vsebine, ki so zapisane v regulativnih mednarodnih in nacionalnih dokumentih. Iz Pravilnika o dejavnostih poklica v Sloveniji (spodaj) je jasno razvidno področje delovanja babice in le to ni predvideno na domu matere.

<p>Dejavnosti poklica - Zakonodaja Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (pirsrs.si)</p>	<p>Diplomirana medicinska sestra, ki izpolnjuje vse pogoje 8. člena slovenskega pravilnika, pridobi naslednje kompetence:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sposobnost samostojno ugotoviti, kakšna zdravstvena nega je potrebna ter načrtovati, organizirati in izvajati zdravstveno nego pri pacientu, - sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji, zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, vključno s sodelovanjem pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja, - sposobnost usposabljanja posameznikov, družin in skupin za zdrav način življenja in samopomoč, - sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč, - sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje, - sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati, - sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z drugimi zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, - sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege zaradi izboljšanja svoje poklicne prakse. 	<p>Diplomirana babica, ki izpolnjuje pogoje iz 9. člena slovenskega pravilnika, lahko opravlja vsaj naslednje dejavnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informiranje in svetovanje v zvezi z načrtovanjem družine, - diagnosticiranje nosečnosti in spremljanje normalnega poteka nosečnosti, izvajanje preiskav, potrebnih za spremljanje razvoja normalnega poteka nosečnosti, - predpisovanje in svetovanje v preiskavah, potrebnih za čimprejšnje diagnosticiranje rizičnih nosečnosti, - izvajanje programov šole za starše in popolne priprave na porod, vključno s svetovanjem o higieni in prehrani, - skrb za mater in pomoč med porodom ter spremljanje stanja zarodka v maternici z ustreznimi kliničnimi metodami in tehničnimi sredstvi, - izvajanje spontanov porodov vključno z epiziotemijo, kadar je potrebna, v nujnih primerih pa tudi porod v medenični vstavi, - prepoznavanje opozorilnih znakov nepravilnosti pri materi ali otroku, ki zahtevajo napotitev k zdravniku, in pomoč temu zdravniku, kadar je to primerno; izvajanje ustreznih nujnih ukrepov v zdravnikovi odsotnosti, zlasti ročne odstranitve placent, ki ji lahko sledi ročni pregled maternice, - pregledovanje in negovanje novorojenčka, ukrepanje po lastni presoji v primeru potrebe in izvajanje takojšnjega oživljanja, kadar je to potrebno, - nega matere in spremljanje njenega napredka v poporodnem obdobju ter dajanje vseh potrebnih nasvetov o negi otroka, da bi lahko svojemu novorojenemu otroku zagotovila optimalen razvoj, - izvajanje zdravljenja, ki ga predpiše zdravnik, - priprava potrebnih pisnih poročil.
---	---	--

6.2.4 Diplomirane medicinske sestre so že po definiciji zdravstvene nege nosilke preventivne dejavnosti v vseh življenjskih obdobjih.

Navajati, da diplomirane medicinske sestre v Sloveniji niso usposobljene za zdravstveno nego otročnice, novorojenčka in dojenčka je neodgovorno in kaže na nepoznavanje zakonodaje v Sloveniji in zahtevami za izobraževanje medicinskih sester v obeh Direktivah (2005, 2013). Odvzeti jim eno klinično področje preventive in strokovnosti, za vsa ostala klinična področja, ki jih predpisuje direktiva, pa reči, da so usposobljene, ni osnovano ne z znanstvenimi dokazi in ne normativnimi mednarodnimi in nacionalnimi akti. Po tej logiki diplomirana medicinska sestra ni usposobljena za nobeno od kliničnih področij, ki so v predmetnikih študija zdravstvene nege v Sloveniji in EU, kljub jasni definiciji dvanajstih kliničnih področij (teoretično in klinično usposabljanje, tabela 3) v Direktivi in razlagi in implementaciji

direktive v EFN smernicah (2015). Usposabljanje se izvaja v 2300 urah teoretičnega in 2300 urah kliničnega usposabljanja na naslednjih področjih:

1. Akutna obravnava
2. Zdravstvena nega življenjsko ogroženih
3. Zdravstvena nega novorojenčkov, otrok in mladostnikov
4. Zdravstvena nega porodnic
5. Dolgotrajna oskrba
6. Splošna interna medicina in kirurgija
7. Duševno zdravje in zdravstvena nega oseb z duševno motnjo / psihiatrična obolenja
8. Invalidnost in zdravstvena oskrba invalidnih oseb
9. Geriatrija in zdravstvena nega starejših
10. Zdravstvena nega na primarnem zdravstvenem nivoju in patronažno varstvo
11. Paliativna oskrba, konec življenja in obvladovanje bolečine
12. Podpora bližnjim (EFN, 2015)

6.2.5 Kadrovski standardi in normativi (2021) jasno opredelijo delovišča za diplomirane babice.

Delovišča babiške nege so v dokumentu Kadrovski standardi in normativi (2021) opredeljena v rodni sobi, babiškem oddelku, rodnem oddelku, ginekološkem oddelku, neonatalnem oddelku in specialistični ginekološki ambulanti. Dejstvo je, da je normativ v enakem razmerju za diplomirano medicinsko sestro in diplomirano babico za vse navedene oddelke, razen za rodno sobo in babiški oddelok, kjer so zaposlene izključno babice. Torej je sodelovalna vloga nujna in potrebna. Opisana delovišča so tudi mednarodno primerljiva. Torej je diplomirana medicinska sestra enakovredna sodelavka na področju zdravstvene nege otročnice, novorojenčka, izvajalka poporodne zdravstvene nege in priprave na porod, ki se odvija na oddelkih porodništva. Trditi, da diplomirana medicinska sestra samostojno deluje v zdravstveni negi pred in po porodu in zdravstveni negi novorojenčka na oddelkih za porodnice, ni pa usposobljena za zdravstveno nego na domu otročnice, nima normativnih nacionalnih in mednarodnih podlag, ni utemeljeno v znanstveni literaturi in nikakor ne krepi medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in bobicami.

Kot je razvidno iz kompetenc obeh Direktiv (2005; 2015) in nacionalnih Kadrovskih standardov in normativov (2021), je področje vključevanja in samostojnega delovanja strokovnjakov v babiški negi v Sloveniji jasno definirano. Zato dvanajst zaposlenih diplomiranih bobic v patronažni zdravstveni dejavnosti (Zdravstveni statistični letopis, 2021) predstavlja izjemo, ki ima različne izvore nastanka. Eden je zagotovo ta, da ob prihodu prvih diplomantov v klinična okolja, ni bilo dovolj jasno, da gre za dva ločena poklica in da so kompetence babice mnogo ožje, kot so kompetence diplomirane medicinske sestre. Tudi zaposlovanje bobic je bilo leta nazaj problematično, zato so se zaposlile na delovnih mestih, za katera primarno nimajo kompetenc, primera sta patronažno varstvo in operacijska zdravstvena nega.

6.2.6 Študij babištva je v Sloveniji potrebno začeti izvajati v dveh smereh, v skladu z Direktivo (2005, 2013) in nacionalnim pravilnikom (Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti, 9. člen), da se zagotovi zadostno število kadra za zagotavljanje babiških storitev v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Za sprejem v usposabljanje za babice mora biti izpolnjen eden od naslednjih pogojev:

1. Smer I (a)

(a) vsaj **triletno usposabljanje babic** s polno časovno obveznostjo, ki se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS in obsega **najmanj 4 600 ur teoretičnega in praktičnega pouka** in vključuje **najmanj tretjino neposredne klinične prakse**;

2. Smer II (b, c)

(b) usposabljanje s polno časovno obveznostjo za babice, ki traja vsaj **dve leti** in vsaj **3 600 ur** ter se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, pod pogojem, **da ima oseba dokazila o formalnih kvalifikacijah za medicinsko sestro za splošno zdravstveno nego, kot je opredeljeno v točki 5.2.2 Priloge V**;

(c) usposabljanje s polno časovno obveznostjo za babice, ki traja vsaj **18 mesecev** in ki se lahko dodatno izrazi z enakovrednimi kreditnimi točkami ECTS, in vsaj **3 000 ur**, pod pogojem, **da ima oseba dokazila o formalnih kvalifikacijah za medicinsko sestro za splošno zdravstveno nego, kot je to opredeljeno v točki 5.2.2 Priloge V, in eno leto poklicnih izkušenj**, za katere je bilo izdano potrdilo v skladu z odstavkom 2.

Evropski prostor usposabljanje babic po smeri II zelo uporablja, v Sloveniji vpisa pod pogoji b in c ne izvajamo, kljub temu, da je vpis kot smer II jasno navedena v evropski in tudi naši zakonodaji. V mnogih državah izvajajo specialistični študij babištva in nimajo dodiplomskega izobraževanja babic, kar je primerno predvsem za manjše države. Države, ki imajo študij babištva, je študij odprt tudi za diplomirane medicinske sestre, kar omogoča pridobiti strokovnjakinje z dvojno licenco (diplomirana medicinska sestra-diplomirana babica; nurse-midwife), kar je razvita praksa anglo saksonskih držav. Implementacija le tega bi pomembno prispevala k zagotavljanju boljše dostopnosti babiških storitev zlasti na delovnih mestih, kjer je prisotnost diplomirane babice nujna (specialistične ambulante za ginekologijo in porodništvo na primarni ravni, porodnišnice na sekundarni in terciarni ravni). Tako bi dosegli večje število diplomiranih babic v Sloveniji, s tem večjo učinkovitost dela zlasti v manjših zdravstvenih zavodih, diplomantom bi ta pristop omogočil več kariernih priložnosti, saj omogoča delovanje na dveh poklicnih področjih.

6.2.7 Na MZ in NIJZ je potrebno podati zahtevo za pripravo izračuna potreb po babiških storitvah in potreb za izobraževanje diplomiranih babicah dveh smeri. Le ta naj bo osnova za pripravo strateškega načrta izobraževanja in prenosa kompetenc iz specialista ginekologije na primarni ravni na diplomirane babice. Tako bi dosegli večjo dostopnost žensk do storitev zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji.

Diplomirane babice naj celostno izvajajo storitve, ki so v njihovih kompetencah, to so vodenje zdravih nosečnic, informiranje in svetovanje v zvezi z načrtovanjem družine, diagnosticiranje nosečnosti in spremljanje normalnega poteka nosečnosti, izvajanje preiskav, potrebnih za spremljanje razvoja normalnega poteka nosečnosti, predpisovanje in svetovanje v preiskavah, potrebnih za čimprejšnje diagnosticiranje rizičnih nosečnosti, prepoznavanje opozorilnih znakov nepravilnosti pri materi ali otroku, ki zahtevajo napotitev k zdravniku (Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti). Babice kot strokovna skupina ne bi smele dopustiti, da ženske v Sloveniji nimajo ginekologa, morale bi opozoriti, da nimajo možnosti izvajati kompetenc, ki jih dobijo s študijem, ker jim ginekologi tega dela ne dovolijo. S prevzemom vodenja zdravih nosečnosti bi se povečala dostopnost žensk do ginekologa. Nerazumno je, da se babice kot stroka vidijo v patronažni službi, za katere pristop niso izobražene in nimajo kompetenc po Direktivah (2005, 2013), ne opozorijo pa na preprečevanje del in nalog, ki bi jih lahko izvajale, pa jim jih ginekologi in porodničarji ne dovolijo. S tem so jim kratene pravice za izvajanje storitev, za katere so izobražene.

6.2.8 Patronažna zdravstvena nega v Sloveniji celostno deluje na razvoju stroke in uspešno sodeluje z NIJZ in drugimi akterji.

Strokovnjakinje patronažne zdravstvene nege aktivno sodelujejo s predstavniki NIJZ, tam so tudi zaposlene predstavnice stroke zdravstvene nege za to področje in tako sooblikujejo politike in razvoj patronažnega varstva v Sloveniji. Tudi aktivnosti Strokovne sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici – Zvezi jasno kažejo, da se področje strokovno razvija. Ko se diplomirana medicinska sestra zaposli v patronažnem varstvu, pridobi dodatna znanja z uvajanjem v delo v patronažni dejavnosti in drugih dejavnosti na ravni zdravstvenega doma. Uvajanje v delo poteka primerljivo, kot na vseh drugih področjih delovanja v zdravstvu, zato ni mogoče trditi, da diplomirana patronažna medicinska sestra ni kompetentna za naloge, ki so opisane v navedenih Navodilih (2021), natančneje »zdravstvena nega otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«. Dejstvo je, da so poleg zaposlenih na NIJZ soavtorji teh navodil tudi strokovnjaki, ki aktivno delujejo na razvoju patronažnega zdravstvenega varstva in da so se vsi izvajalci patronažnega varstva pred uvedbo omenjenih navodil v zvezi s preventivno obravnavo v patronažnem varstvu (za vse izvajalce so navodila obvezna od 1. 1. 2021) za dodatne vsebine iz preventive dodatno »strokovno usposabljali« v okviru programa, ki ga je pripravil NIJZ. V zvezi z izvajanjem Navodila (2021) so bila s strani NIJZ organizirana izobraževanja za posamezno področje Navodil v obsegu 44,5 pedagoških ur, kar je tudi stalna praksa NIJZ ob uvajanju novosti v delo. Pristop predhodnih strokovnih izobraževanj in uvajanju novosti je stalnica delovanja v patronažni dejavnosti. Poleg tega potekajo redna letna izobraževanja na različnih področjih patronažnega varstva, patronažne medicinske sestre se udeležujejo izobraževanja sekcije v pediatriji, sekcije babic, izobraževanja izven Zbornice-Zveze, idr.

6.2.9 Klinična specializacija v patronažnem zdravstvenem varstvu bo z naprednimi znanji opolnomočila patronažne medicinske sestre za ustrezen odziv na epidemiološke trende na terenu in razvoj inovativnih in sodobnih pristopov pri obravnavi posameznika in družine v skupnosti.

To potrebo so predstavnice sekcije in strokovnjakinje na tem področju že večkrat jasno podprle, ta specializacija je tudi umeščena v dokument *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020*. Žal še klinične specializacije vedno ni, v tem času razviti del sveta implementira smernice za klinične specializacije, ki sta jih pripravila ESNO (2015) in ICN (2020). Klinična specializacija bo morala vključevati napredna klinična znanja na vseh področjih preventive in kurative v patronažni dejavnosti, torej tudi napredna znanja o »zdravstveni negi otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«, kar ne pomeni, da ne bodo potrebna tudi po specialistična izobraževanja, ki se izvajajo na vseh področjih specializacij v zdravstvu. Dosežena specializacija še ni konec izobraževanja strokovnjakov. Odgovorni v nacionalnem združenju Zbornice-Zveze naj realizirajo že predolgo trajajoče pogovore, da se diplomiranim medicinskim sestram omogoči klinična specializacija za dosego naprednih znanj, kar je glede na usmeritve ESNO (2015) in ICN (2020) mogoče doseči le z akreditiranimi strokovnimi magisteriji, ki so usmerjeni v klinična znanja in klinično usposabljanje v kliničnih okoljih v obsegu najmanj 500 ur in celoten študij v obsegu od 60 do 120 ECTS. Doseganje naprednih znanj s specialnimi znanji, ki se jih sedaj Zbornica-Zveza poslužuje, ni mogoče, to jasno definirano v omenjenih dokumentih.

6.2.10 Tehnikom zdravstvene nege (TZN) v patronažnem zdravstvenem varstvu v kompetencah dipl. m. s.

Vsem TZN, ki delajo v patronažnem varstvu v kompetencah diplomirane medicinske sestre je potrebno v skladu z novelo Zakona o zdravstveni dejavnosti (38. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti) priznati vse kompetence, na katerih je posameznik deloval in je delovanje potrdil delodajalec, tudi področje »zdravstvena nega otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu«. 38. člen ne daje možnosti, da bi jim slednje odrekli, kar se po podanih informacijah delujočih v patronažnem varstvu sedaj dogaja.

7 ZAKLJUČEK

Odgovorili smo na vsa tri zastavljena strokovna vprašanja. Mednarodne znanstvene raziskave potrjujejo izvajanje zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu s strani diplomiranih medicinskih sester. Mednarodne znanstvene raziskave ne pokažejo nobeni razlik v kliničnih izidih izvedene zdravstvene obravnave ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu s strani izvajalcev iz različnih poklicnih skupin. Slovenske diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu so kompetentne za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu v Sloveniji.

Strokovna praksa zdravstvene oskrbe na domu je povezana z zgodovino posameznih zdravstvenih sistemov, večji del obravnave ciljne populacije te ekspertize izvajajo v svetu in v Sloveniji medicinske sestre, ker jih je številčno več in ker je babiška nega ciljana v največji meri v pripravo na porod, izvedbo poroda in odpust v domačo okolje. Diplomirane babice v slovenskem zdravstvenem sistemu zelo potrebujemo, da prevzemajo dela in naloge, ki so predpisane v obeh Direktivah (2005, 2013) in nacionalni zakonodaji.

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem zdravstvenem varstvu je strokovnjakinja, ki ima znanja, veščine, kompetence in sposobnosti, da med drugimi izvaja tudi dela in naloge zdravstvene nege otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu. Slovenija je sprejela koncept družinske zdravstvene obravnave na pacientovem domu, ki jo izvaja patronažna diplomirana medicinska sestra. Nega na domu je eno od dvanajstih kliničnih področij, kjer diplomant zdravstvene nege pridobi temeljne teoretičnega in kliničnega usposabljanja za poklic diplomirana medicinska sestra (Direktiva 2005; EFN 2015). Vseh 12 kliničnih področij daje diplomantu veliko sliko zdravstvene obravnave zdravih in bolnih. Strokovnjakinja zdravstvene nege v patronažnem zdravstvenem varstvu ima zato temeljna znanja, veščine, kompetence na dvanajstih kliničnih področjih. Na področju, kjer se zaposli, se poglobljeno karierno razvija, kontinuirano izobražuje, razvija sposobnosti delovanja v stroki, sodeluje pri razvoju strokovnega področja in evalvira opravljeno delo. Vse opisano strokovnjakinje v patronažnem zdravstvenem varstvu izkazujejo. Ko bodo dosegle postavljene kadrovske normative in imele možnosti opraviti klinično specializacijo, lahko pričakujemo še izboljšanje njihovega strokovnega delovanja.

LITERATURA

- 1) Ažman M (urednica). KOMPETENCE in poklicne aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2021.
- 2) Behruzi R, Klam S, Dehertog M, Jimenez V, and Hatem M. Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:200. DOI 10.1186/s12884-017-1381-x
- 3) Campbell KA, MacKinnon K, Dobbis M and Jack SM. 2020. Nurse-Family Partnership and Geography: An Intersectional Perspective. *Global Qualitative Nursing Research* Volume 7: 1–12. <https://doi.org/10.1177/2333393619900888>
- 4) Canadian Association of Midwives. The world needs Midwives now more than ever! 2010. [\[Context Link\]](#)
- 5) Debeljak I, Horvat M, Albreht T, Pribaković Brinovec R (2013). Analiza stanja kadra v patronažnem zdravstvenem varstvu na podlagi podatkov iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ). NIJZ. Dostopno na: [Analiza-stanja-kadra-v-patronaznem-zdravstvenem-varstvu2023.pdf](#)).
- 6) Dellafiore, F.; Caruso, R.; Cossu, M.; Russo, S.; Baroni, I.; Barello, S.; Vangone, I.; Acampora, M.; Conte, G.; Magon, A.; et al. The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>
- 7) Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- 8) Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, L 255, pp. 22–142. [Internet] [cited 2023 May 20]. Dostopno na: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF>
- 9) Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. [Internet] [cited 2023 May 20]. Dostopno na: <http://eurlex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>.
- 10) Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 6. Art. No.: CD012392. DOI: 10.1002/14651858.CD012392.pub2.
- 11) East CE, Biro MA, Fredericks S, Lau R. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 4. Art. No.: CD000198. DOI: 10.1002/14651858.CD000198.pub3.
- 12) European Federation of Nurses Association [EFN], 2015. Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Available at: http://www.efnweb.be/?page_id=6897 [9. 1. 2016]. Dostopno na: [EFN guidelines:Layout 1.qxd \(zbornica-zveza.si\)](#)
- 13) European Specialist Nurses Organisations (ESNO), 2015. Clinical nurse specialist competencies (CNS): a common plinth of competencies for the common training framework of each specialty. S.I. : European Specialist Nurses Organisations. Available at: [Harmonise-Common Training Framework.pdf \(esno.org\)](#)
- 14) Fraser, S., Grant, J., & Mannix, T. (2014). The role and experience of child and family health nurses in developed countries: A review of the literature. *Neonatal, Paediatric & Child*

- HealthNursing, 17(3), 2.
(12) (PDF) *Maternal Child and Family Health Nurses: Delivering a Unique Nursing Speciality*. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/305271531_Maternal_Child_and_Family_Health_Nurses_Delivering_a_Unique_Nursing_Speciality [accessed Nov 26 2023].
- 15) Fullerton JT, Shah MA, Holmes G, Roe V, Campau N. Direct-entry midwifery education: evaluation of program innovations. *J Nurse Midwifery* 1998; **43**: 102–5.
 - 16) Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, Marshall J, Cumming SE, Dare S, McFadden A. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 10. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub6.
 - 17) Hall C & Ritchie D (2013). *What is nursing? Exploring theory and practice*, 3rd edn. Sage/Learning Matters, London.
 - 18) Horvat M. Analiza vsebin izobraževalnih programov v Sloveniji in tujini za izvajanje zdravstvene nege na domu. *Specialistično delo, UM, FZV*. 2016. pp 114. [Dokument.php](#)
 - 19) ICM, 2019. *Essential Competencies for Midwifery Practice*. Dostopno na: [Essential Competencies for Midwifery Practice \(internationalmidwives.org\)](#)
 - 20) International Confederation of Midwives (2017). *International Definition of the Midwife*. Dostopno na: [ICM Definitions \(internationalmidwives.org\)](#)
 - 21) International Council of Nurses. *Definition of nurse practitioner*, <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> (2020, accessed 4 April 2020)
 - 22) International Council of Nurses (ICN) (2002) *Definition of nursing*. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
 - 23) *Izvajalci zdravstvene dejavnosti 2021* (2022). NIJZ. Dostopno na [prva objava rizddz 2021 0.pdf \(nijz.si\)](#).
 - 24) *Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi* (2021). Zbornica-Zveza. Dostopno na: [Z Z Kadrovski-standardi 2021 splet.pdf \(zbornica-zveza.si\)](#)
 - 25) Kennedy, H. P., & Lyndon, A. (2008). Tensions and teamwork in nursing and midwifery relationships. *JOGNN*, 37(4), 426-435.
 - 26) Kornelsen J & Koepke K, 2022. *Building Blocks to Sustainable Rural Maternity Care: Toward a Systems Approach to Service Planning*. *HEALTHCARE POLICY* Vol.18 No.1, 2022.
 - 27) Jack SM, Busser LD, Sheehan D, Gonzalez A, Zwygers EJ, MacMillan HL. *Adaptation and implementation of the Nurse-Family Partnership in Canada*. *Can J Public Health*. 2012;103 Suppl 1:S42–8
 - 28) Jack et al. (2015). *British Columbia Healthy Connections Project process evaluation: a mixed methods protocol to describe the implementation and delivery of the Nurse-Family Partnership in Canada*. *BMC Nursing* (2015) 14:47. DOI 10.1186/s12912-015-0097-3. [British Columbia Healthy Connections Project process evaluation: a mixed methods protocol to describe the implementation and delivery of the Nurse-Family Partnership in Canada | BMC Nursing | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)
 - 29) Macdonald D, Snelgrove-Clarke, E, Ross-White A, Bigelow-Talbret K. *JB I Evidence Synthesis*, 2014. *The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review protocol*. Volume :12 Number 12 , page 10 – 26. [The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review protocol | Article | NursingCenter](#)
 - 30) Macdonald D & Etowa J (2021). *Experiences of and visions for collaboration between midwives and nurses in Nova Scotia*. [Women and Birth, Volume 34, Issue 5, September 2021, Pages e482-](#)

- e492. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519220303619#preview-section-references>
- 31) Macdonald, Danielle; Snelgrove-Clarke, Erna; Campbell-Yeo, Marsha; Aston, Megan; Helwig, Melissa; Baker, Kathy A. The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports **13(11)**:p 74-127, November 2015. | DOI: 10.11124/jbisrir-2015-2444
- 32) https://journals.lww.com/jbisrir/abstract/2015/13110/the_experiences_of_midwives_and_nurses.8.aspx
- 33) MacKinnon, K. 2008. Labouring to Nurse: The Work of Rural Nurses Who Provide Maternity Care. Rural and Remote Health **8(4)**: 1047. doi:10.22605/RRH1047.
- 34) Medves JM and Davies BL (2005). Sustaining rural maternity care--don't forget the RNs. Can J Rural Med. **10(1)**:29-35. [Sustaining rural maternity care--don't forget the RNs - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16344448/)
- 35) Melo MDM, Silva IP, Freitas LS, Mesquita SKC, Sonenberg A, Costa IKF. Family Nurse Practitioners: an exploratory study. Rev Esc Enferm USP. 2023;**57**:e20220362. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0362> [en 1980-220X-reeusp-57-e20220362.pdf \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41254547/)
- 36) Mejdoubi, J., Heijkant, S. C. C. M., van den Leerdam, F. J. M., Heymans, M. W., Crijnen, A., & Hirasing, R. A. (2015). The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on child maltreatment and development: A randomized controlled trial. PLOS ONE, **10(4)**, Article e0120182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120182>
- 37) Mejdoubi, J., Heijkant, S. C. C. M., van den Leerdam, F. J. M., Heymans, M. W., Hirasing, R. A., & Crijnen, A. A. M. (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. PLOS ONE, **8(10)**, Article e78185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078185>
- 38) Mivšek P, Hundley V, Teijlingen E, Pahor M, Hlebec V (2021). Slovenian midwifery professionalization: Perception of midwives and related health professions. Eur J Midwifery **2021**;5(July):30. <https://doi.org/10.18332/ejm/137664>
- 39) Models of Maternity care, 2007. [PLAN OF FINAL REPORT \(health.wa.gov.au\)](https://www.health.wa.gov.au/~/media/2/0/2007-models-of-maternity-care-report.pdf) (26. 11. 2023)
- 40) Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu (2021). NIJZ. Dostopno na: ([Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu | Nijz](https://www.nijz.si/web/izvajanje-belezenje-in-obračunavanje-storitev-v-patronažnem-varstvu)).
- 41) NICE (2021). Postnatal care. NICE guideline. Dostopno na: [Overview | Postnatal care | Guidance | NICE](https://www.nice.org.uk/guidance/ng197)
- 42) Njenić G (2020). Kompetence in poklicne aktivnosti izvajalcev v babiški dejavnosti. Zbornica-Zveza. Dostopno na: [KOMPETENCE-IN-POKLICNE-AKTIVNOSTI-IZVAJALCEV-V-DEJAVNOSTI-BABIŠTVA-JULIJ-2020-JAVNA-RAZPRAVA-.pdf \(zbornica-zveza.si\)](https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2020/07/KOMPETENCE-IN-POKLICNE-AKTIVNOSTI-IZVAJALCEV-V-DEJAVNOSTI-BABIŠTVA-JULIJ-2020-JAVNA-RAZPRAVA-.pdf)
- 43) Olds, D. L., Kitzman, H., Knudtson, M. D., Anson, E., Smith, J. A., & Cole, R. (2014). Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: Results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. JAMA Pediatrics, **168(9)**, Article 800. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.472>
- 44) Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. Journal of Child Psychology and Psychiatry, **48(3-4)**, 355-391.
- 45) Posthumus A, G., Scholmerich VLN, Waelpuut AJM, Vos AA, De Jong-Potjer LC, Bakker R, et al. Bridging Between Professionals in Perinatal Care: Towards Shared Care in The Netherlands. Matern Child Health. J **2013**; **17(10)**:1981-1989. [\[Context Link\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124448/)

- 46) Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (Uradni list RS, št. 4/17, 10/20 in 163/22). Dostopno na: [Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije \(pisrs.si\)](#).
- 47) Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Dostopno na: [\(Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni \(pisrs.si\)\)](#).
- 48) Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre (2016). Zbornica- Zveza. [Priporocila Patronaza:Layout 1.qxd \(zbornica-zveza.si\)](#)
- 49) Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV) (2008). Državni zbor RS. Dostopno na: [Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev" \(ReNPZV\) \(pisrs.si\)](#)
- 50) Reeves, S., A. Xyrichis and M. Zwarenstein. 2018. Teamwork, Collaboration, Coordination, and Networking: Why We Need to Distinguish between Different Types of Interprofessional Practice. *Journal of Interprofessional Care* 32(1): 1–3. doi:10.1080/13561820.2017.1400150.
- 51) Royal College of Nursing (2023). RCN's new definition of nursing reflects changes in health care. Dostopno na: [British Journal of Nursing - RCN's new definition of nursing reflects changes in health care](#)
- 52) Schlinger H. Circle of midwives: organized midwifery in North America. Midwives Alliance of North America, 1992.
- 53) Shah MA, Hsia L. Direct-entry midwifery education: history in the making. *J Nurse Midwifery* 1996; 41: 351–4.
- 54) Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti. Dostopno na: [\(5. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti – Zbornica – Zveza \(zbornica-zveza.si\)\)](#)
- 55) Singhal K (2023). Nursing and Midwifery: Collaborative Roles in Healthcare Professionals. *International Research Journal of Nursing and Midwifery* Vol. 12(3) pp. 1-4, June, 2023 Available online <https://www.interestjournals.org/research-nursing-midwifery/archive.html>
- 56) Skinner JP, Foureur M. Consultation, referral, and collaboration between midwives and obstetricians: lessons from New Zealand. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55(1):28-37. [\[Context Link\]](#)
- 57) Smela B et al. (2023). Rapid literature review: definition and methodology. *Journal of market access & health policy* 2023, VOL. 11, 2241234 <https://doi.org/10.1080/20016689.2023.2241234> [Rapid literature review: definition and methodology - PMC \(nih.gov\)](#)
- 58) Yelder J. (2004). An integrated model of professional expertise and its implications for higher education. *INT. J. OF LIFELONG EDUCATION*, VOL. 23, NO. 1 (JANUARY–FEBRUARY 2004), 60–80. [\(12\) \(PDF\) An integrated model of professional expertise and its implications for higher education \(researchgate.net\)](#)
- 59) Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Dostopno na: [\(Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva \(ZZPPZ\) \(pisrs.si\)\)](#)
- 60) Zakon o zdravstveni dejavnosti. Dostopno na: [Zakon o zdravstveni dejavnosti \(ZZDej\) \(pisrs.si\)](#);
- 61) Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Dostopno na [\(Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju \(ZZVZZ\) \(pisrs.si\)\)](#).

Brigita Skela Savič (2023). Kompetentnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem zdravstvenem varstvu za izvajanje zdravstvene nege ženske, nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka na domu – Usmeritve za stroko in odločevalce v Sloveniji.

62) Zdravstveni statistični letopis 2021 (2021). NIJZ. Dostopno na: [1_DEMOGRAFIJA_2021_-2.pdf \(nijz.si\)](#); [5.2_Patronaza_2021_.pdf \(nijz.si\)](#)