

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

SANJA VRBOVŠEK

**STRUKTURNE ZNAČILNOSTI RAZMERIC MED
MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI**
DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA, 2006

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

SANJA VRBOVŠEK

MENTORICA: RED. PROF. DR. MIRJANA ULE

SOMENTORICA: DOC. DR. MAJDA PAHOR

**STRUKTURNE ZNAČILNOSTI RAZMERIJ MED
MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI**
DIPLOMSKO DELO

LJUBLJANA, 2006

Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki

POVZETEK

Diplomsko delo se na sistematičen način loteva proučevanja interprofesionalnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki in na osnovi identifikacije temeljnih dejavnikov vpliva na njuno interprofesionalno sodelovanje ugotavlja možnosti za vzpostavitev sodelovalnih odnosov. Diplomsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu je pozornost najprej usmerjena na obravnavo profesij medicine in zdravstvene nege iz sociološke perspektive, saj je okvir, v katerem se sociologija loteva razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki, sociologija profesij. V nadaljevanju teoretičnega dela je prikazan kratek pregled profesionalizacijskega procesa medicine in zdravstvene nege, teoretični del pa je sklenjen z identifikacijo temeljnih značilnosti interprofesionalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki. Empirični del diplomskega dela pa temelji na analizi dveh lestvic kvantitativnega dela raziskave *Interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki v zdravstvenem timu*, s čimer ugotavlja doživljanje in percepcijo značilnosti medpoklicnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki v Sloveniji. Rezultati predstavljajo prvi sistematičen vpogled v doživljanje in percepcijo medpoklicnih odnosov s strani tistih, ki so vanje najbolj vpeti. Diplomsko delo se zaključi z ugotovitvijo, da je med medicinskimi sestrami in zdravniki več razlik kot podobnosti, tako da so v danih razmerah sodelovalni odnosi med njima močno oteženi, s pomočjo nadaljnjega raziskovanja in s skupnimi prizadevanji pa vsekakor mogoči.

Ključne besede: interprofesionalno sodelovanje, medicinske sestre, zdravniki

Structural characteristics of relationships between nurses and doctors

ABSTRACT

The thesis deals with the study of interprofessional relationships between nurses and doctors in a systematic way. By identifying the fundamental factors that bear influence on interprofessional collaboration, the thesis considers the possibilities of its establishment. The thesis consists of the theoretical and the empirical part. In the theoretical part the attention is focused on the study of the medical and nursing care professions from the sociological perspective. The framework of the sociological perspective on the relationship between nurses and doctors is provided by the sociology of professions. The theoretical part continues with a short review of the professionalization process of medicine and nursing care. It is concluded with the identification of essential characteristics of interprofessional relationships between nurses and doctors. The empirical part is based on the analysis of two scales used in the quantitative part of the research *Interprofessional collaboration between nurses, nurse assistants and doctors in health care team*. It focuses on the experience and perception of the characteristics of interprofessional relationships between nurses and doctors in Slovenia. The results represent the first systematic insight into the experience and perception of interprofessional relationships from the viewpoint of those who are most involved. The thesis concludes that there are more differences than similarities between doctors and nurses. For the time being, this makes interprofessional collaboration between them very difficult, still, further research and joint endeavour can make it achievable.

Key words: interprofessional collaboration, nurses, doctors

KAZALO

1. UVOD	6
---------	---

I. TEORETIČNI DEL

2. ZDRAVSTVENE PROFESIJE IZ SOCIOLOŠKE PERSPEKTIVE	9
2.1 Funkcionalistični pogled na profesije in teorije značilnosti	10
2.2 Moč profesij in medicinska moč	13
2.3 Profesionalizacija kot poklicna strategija, profesionalni projekt in poklicno zapiranje	20
2.4 Zdravstvene profesije in spol	25
2.5 Novi izzivi zdravstvenih profesij v pozni moderni družbi – upadanje medicinske moči?	30
3. TEMELJNE ZNAČILNOSTI RAZVOJA IN UVELJAVLJANJA MEDICINE IN ZDRAVSTVENE NEGE	35
3.1 Profesionalizacija medicine	36
3.2 Profesionalizacija zdravstvene nege	38
4. INTERPROFESIONALNI ODNOSI MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI	42
4.1 Temeljni vidiki koncepta sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki	48
4.1.1 Značilnosti, predpogoji in posledice sodelovanja	51
4.1.2 Koncept sodelovanja v relaciji s sorodnimi koncepti	53
4.1.3 Sodelovanje in timsko delo	55
4.2 Temeljne značilnosti determinant interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki	56
4.2.1 Sistemske determinante	56
4.2.1.1 Družbeni sistem	56
4.2.1.2 Kulturni sistem	59
4.2.1.3 Izobraževalni sistem	61
4.2.1.4 Profesionalni sistem	62
4.2.2 Organizacijske determinante	63
4.2.2.1 Organizacijska struktura	64
4.2.2.2 Organizacijska filozofija	64
4.2.2.3 Administrativna podpora	64
4.2.2.4 Timski resursi	65
4.2.2.5 Koordinacijski in komunikacijski mehanizmi	65
4.2.3 Interakcijske determinante	66
4.2.3.1 Pripravljenost sodelovati	66
4.2.3.2 Zaupanje	66
4.2.3.3 Komunikacija	67
4.2.3.4 Medsebojno spoštovanje	68
4.3 Ovire za interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki	69

II. EMPIRIČNI DEL

5. METODE DELA IN VZOREC	74
5.1 Predstavitev vzorca raziskave	74
5.2 Metodologija raziskave	77
6. REZULTATI	79
6.1 Doživljanje medpoklicnih razmerij	82
6.2 Značilnosti medpoklicnih razmerij	87
6.3 Zadovoljstvo s situacijo na delovnem mestu	101
7. SKLEP	104
8. VIRI IN LITERATURA	111
PRILOGE	118
Priloga A: Anketni vprašalnik	118
Priloga B: Izpis rezultatov	127

1. UVOD

Zdravje, kompleksen in multidimenzionalen fenomen, predstavlja eno najpomembnejših vrednot za vse skupine prebivalstva. Po Tošu in Malnarjevi (2002: 89–90) je vrednota *zdravje* v raziskavah Slovenskega javnega mnenja (SJM) v zadnjih letih (SJM 1996, SJM 1999) v vseh izobrazbenih in starostnih skupinah ter pri obeh spolih pozicionirana na prvem ali drugem mestu (med osmimi vrednotami, in sicer zdravje, družina, delo, prijatelji, denar, vera, domovina, zabava); kot najpomembnejšo vrednoto jo ocenjuje več kot tri četrtine respondentov. Zdravje je pomembno sredstvo za funkcioniranje posameznikov v okviru družbenih struktur in za kakovost njihovega življenja.

Zaradi visokega vrednotenja zdravja, vse večje izobraženosti in (zdravstvene) prosvetljenosti prebivalstva, lažje dostopnosti do informacij, zavedanja pravic, ki jih zagotavlja zakonodaja, naraščajoče kompleksnosti potreb pacientov in še česa, se javnost z vse večjo mero kritičnosti obrača na sistem zdravstvenega varstva in s tem njegove nosilce, to je zdravstvene delavce, postavlja pred nove izzive. Konvencionalni, tradicionalni principi delovanja in hierarhična medsebojna razmerja med zdravstvenimi delavci namreč postajajo neustrezni. Področje zdravja in zdravstva tako postaja vse bolj pomembno raziskovalno polje tudi za sociologijo.

V javnem diskurzu o zdravstvu se pozornost vse prevečkrat osredotoča na vse bolj izpopolnjene in drage medicinske aparature ter opremljenost bolnišnic in ostalih zdravstvenih ustanov; pogosto se poudarja, kako zastarelost in pomanjkanje sodobne medicinske opreme ogrožata kakovostno obravnavo pacientov. Do določene mere je to najbrž res, toda delo v zdravstvu je v prvi vrsti »živo delo«, tehnološko izpopolnjene aparature pa naj bi bile le *podporni mehanizem* za kakovostno delo. Raziskave v tujini ugotavljajo velik vpliv medsebojnih odnosov, načina komuniciranja med zdravstvenimi delavci na kakovost zdravstvene oskrbe. Uspešno zdravljenje brez interakcij med subjekti namreč ni mogoče – pomembne so tako interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti kot tudi interakcije med zdravstvenimi delavci samimi. Izpostavljanje problematike pomanjkanja, zastarelosti in nakupa medicinsko-tehničnih pripomočkov in aparaturne je lahko le zatiskanje oči pred mnogo kompleksnejšimi in resnejšimi problemi, kot so medosebni odnosi med profesionalci različnih strukturnih značilnosti. Pomen človeškega kapitala, medosebnih odnosov v zdravstvu počasi prihaja v ospredje tudi pri nas. Svoja kritična stališča do kakovosti in organizacije dela v

slovenskem zdravstvu pogosto izraža slovenski zdravnik infektolog, Andrej Trampuž, ki dela na kliniki Mayo (Rochester, Minnesota, ZDA); pravi (2002a: 6; 2002b: 8–9), da naše zdravstvo po večini mednarodnih kazalcev kakovosti zaostaja za zahodnoevropskim povprečjem, zato bi se bilo potrebno usmeriti k izboljševanju organizacije dela. Trdi, da je v prizadevanjih za kakovostno zdravstveno oskrbo pomembna aktivna participacija vseh poklicnih skupin, ki delujejo v zdravstvu in da je vsaka poklicna skupina v zdravstvu enako pomembna. Trampuž še meni, da je optimalno skrb za bolnika mogoče doseči le s tesnim medsebojnim delovanjem vseh vpletenih.

Za doseganje delovne in stroškovne učinkovitosti ter kakovosti storitev, zahtev sodobne družbe, interprofesionalno sodelovanje postaja imperativ. Koncept sodelovanja pa je v regulaciji medsebojnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki, največjima poklicnima skupinama v zdravstvu, relativno nov; med omenjenima poklicnima skupinama so sodelovalni odnosi prisotni v bistveno manjši meri kot tradicionalni hierarhični odnosi nadrejenosti in podrejenosti. Tudi v procesu izobraževanja bodočih zdravstvenih delavcev je premalo (ali pa sploh ni) spodbujanja in poudarjanja pomena interprofesionalnega sodelovanja; raziskave, analize skritega kurikula pri izobraževanju bodočih zdravstvenih profesionalcev so pokazale, da je še vedno prisotno vzpodbujanje tekmovalnega (bolj kot sodelujočega!) in hierarhičnega vzdušja (prim. Lempp, Seale, 2004). Za uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki pa je potrebno preiti od prevladujočega biomedicinskega modela k družbenemu. Družbeni model zdravja je holističen, saj zajema vse vidike človekovega življenja, za medicino pa je bolezen predvsem izoliran in individualen pojav. Moderna zahodna medicina je osnovana na tradicionalnem biomedicinskem modelu, ki pa ne more zajeti vseh faktorjev, ki vplivajo na zdravje ljudi, saj se preozko fokusira na telo in tehnologijo, spregleda pa človeka in družbeni kontekst, v katerem živi in dela, in se tako težko (ali se ne more) adekvatno odziva na spremenjene vzorce obolevanja v današnji globalni družbi. Prej infekcijske bolezni so namreč nadomestila kronična degenerativna obolenja, z izoliranim biomedicinskim pristopom pa zdravstvo ne bo več kos zahtevam in izzivom, s katerimi se mora soočiti.

Pomembnost »živega dela«, zdravstvenih delavcev in njihovih medosebnih odnosov za kakovostno zdravstveno oskrbo počasi prihaja v ospredje. Aktualnost v diplomskem delu obravnavane teme potrjuje tudi moto letošnjega svetovnega dneva zdravja, 7. aprila 2006; Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je namreč izbrala moto *Working together for*

health. Tudi Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) se je pri izbiri letošnjega mota za svetovni dan medicinskih sester, 12. maja 2006, osredotočil na pomen zdravstvenih delavcev, saj je izbral moto *Safe staffing saves lives*. Torej se tudi na področju zdravstva pozornost počasi preusmerja na »živo delo«, na ljudi in na njihove medosebne odnose.

V svojem diplomskem delu se bom sistematično lotila proučevanja interprofesionalnega razmerja med poklicnima skupinama medicinskih sester in zdravnikov; poskušala bom identificirati temeljne dejavnike vpliva na interprofesionalno sodelovanje. S tem bi raziskovalno utemeljila relevantnost in možnosti interprofesionalnega sodelovanja. Diplomsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. V teoretičnem delu je pozornost najprej usmerjena na obravnavo zdravstvenih profesij iz sociološke perspektive, s poudarkom na profesijah medicine in zdravstvene nege, saj je okvir, v katerem se sociologija (predvsem v tujini) loteva razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki, sociologija profesij. V nadaljevanju teoretičnega dela je prikazan kratek pregled profesionalizacijskega procesa medicine in zdravstvene nege, v zaključnem delu pa so predstavljene temeljne značilnosti interprofesionalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki. Empirični del tega diplomskega dela temelji na analizi dveh lestvic kvantitativnega dela raziskave *Interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki v zdravstvenem timu* (poteka od leta 2004 dalje), s čimer ugotavljam doživljanje in percepcijo značilnosti medpoklicnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki v Sloveniji.

Temeljno raziskovalno vprašanje tega diplomskega dela je, *ali so upoštevajoč strukturne značilnosti interprofesionalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki sodelovalni odnosi med tema dvema poklicnima skupinama mogoči? Z osredotočenjem na slovenski prostor pa želim ugotoviti, kako slovenske medicinske sestre in zdravniki doživljajo in percipirajo medpoklicna razmerja ter ali je v slovenskem zdravstvu v interprofesionalnih odnosih med medicinskimi sestrami in zdravniki vzpostavljena klima, naklonjena sodelovanju.*

2. ZDRAVSTVENE PROFESIJE IZ SOCIOLOŠKE PERSPEKTIVE

Interprofesionalna razmerja med medicinskimi sestrami in zdravniki ne predstavljajo enega vidnejših področij proučevanja v okviru medicinske (zdravstvene) sociologije, pa tudi sociologije nasploh; njihova medsebojna razmerja se še v največji meri proučujejo v okviru sociologije profesij. »Ta literatura se osredotoča na profesionalizacijo kot prizadevanje za napredovanje poklica na račun sorodnih poklicev in vseh ostalih. V središču teh razprav je moč. Zato so interprofesionalni odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami pogosto razumljeni kot boj za položaj in moč« (Davies, 1980; Gamarnikow, 1978; Mackay, 1989; Stacey, 1988; Witz, 1992, v Walby, Greenwell et al., 1994: 59).

Na začetku tega teoretičnega dela se osredotočam na obravnavo profesij, na vidnejše avtorje, koncepte, različne teoretične vidike sociološkega proučevanja zdravstvenih profesij, saj je lastni poklicni status vsake poklicne skupine (v konkretnem primeru zdravnikov in medicinskih sester) pomembno izhodišče za proučevanje njihovih interprofesionalnih razmerij; z obravnavo zdravstvenih profesij (s poudarkom na medicini in zdravstveni negi) njihova interprofesionalna razmerja torej postavljam v širši teoretski okvir. Razprave o profesijah v zdravstvu so se dolga desetletja dotikale le medicinske profesije, ki so jo najpogosteje percipirali kot »osrednjo točko v omrežju odnosov« (Coburn, Willis, 2003: 378) v zdravstvu, zdaj pa so zanimanje za sociološko proučevanje pritegnile tudi druge poklicne skupine, predvsem zdravstvena nega. Po Walby, Greenwell et al. (1994: 56) medicina pogosto predstavlja primer uspešne profesije, medtem ko se na zdravstveno nego gleda kot na tisto, ki tega statusa še ni dosegla.

V sistemu zdravstvenega varstva, izjemno kompleksnem področju številnih interakcij, deluje veliko akterjev različnih izobrazbenih stopenj, različnega družbenega statusa, z različnimi ambicijami, pričakovanji, vrednotami ipd.; zato področje zdravstva predstavlja torišče številnih odnosov, zelo pomembnih za kakovostno nudenje zdravstvene oskrbe, ki pa so vse prevečkrat na račun ukvarjanja in izpostavljanja (tudi medijskega) problemov pomanjkanja oziroma zastarelosti tehnične opreme (operacijske mize, ultrazvoki, endoskopski aparati ipd.), spregledani, potisnjeni na stranski tir in percipirani kot manj pomembni in manj problematični. Ker je pri proučevanju interprofesionalnih odnosov eden osrednjih konceptov moč, je v tem delu največ pozornosti posvečene prav konceptu moči pri zdravstvenih

profesijah. Zaradi osredotočenosti tega diplomskega dela na interprofesionalne odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki je tu izpuščena skupina bolnikov, s čimer pa nikakor ne nakazujem na marginalnost oziroma manjšo pomembnost te skupine pri proučevanju odnosov v zdravstvu.

2.1 FUNKCIONALISTIČNI POGLED NA PROFESIJE IN TEORIJE ZNAČILNOSTI

Zdravstveno oskrbo v sistemu zdravstvenega varstva izvajajo predstavniki različnih poklicnih skupin, od katerih se »vse označujejo kot profesije. To vključuje značilnosti, kot sta zavezanost članov organizirani poklicni skupnosti in močan občutek profesionalne identitete, povezan s skupnimi vrednotami in znanjem« (Gabe, Bury, Elston, 2004: 168).

Eno ključnih izhodišč sociološkega zanimanja za profesije je bilo Durkheimovo. Emile Durkheim je v začetku 20. stoletja razpravljal o tem, da so (oziroma bi morale biti) profesije pomembna integrativna sila v hitro se spreminjajočih industrializiranih družbah. Zanj so profesije predvsem poklici, organizirani kot kohezivne skupnosti, ki temeljijo na skupnih etičnih vrednotah. Durkheimovo osredotočenost na profesionalno etiko in funkcionalni prispevek profesij k družbi je prevzela funkcionalistična sociologija (Gabe, Bury, Elston, 2004: 164), ki jo je na področje medicine apliciral funkcionalist Talcott Parsons, eden vodilnih sociologov v petdesetih letih 20. stoletja. Funkcionalistični pristop v medicinski sociologiji vidi družbene relacije v sistemu zdravstvenega varstva kot rezultat konsenzualistične družbe, v kateri družbeni red in harmonijo ohranjajo ljudje s tem, da igrajo določene družbene vloge in vršijo določene funkcije. Funkcionalizem zanimajo procesi, s katerimi zdravniki in ostali zdravstveni delavci izvršujejo svoje vsakdanje delo, in načini, s katerimi se ljudje spopadajo z obolelostjo (*illness*) in boleznijo (*disease*). Ta klasična funkcionalistična pozicija obolelost vidi kot potencialno stanje družbene »deviance«, kar na nek način pomeni neuspeh pri prilagajanju družbenim pričakovanjem in normam (Lupton, 2003: 7).

Parsons je leta 1951 izdal dolgo pričakovano knjigo *The Social System*, s katero se je tedaj »uveljavil kot dominantna osebnost v ameriški sociologiji« (Ritzer, 2000, v Cockerham, 2005: 5). V tem pomembnem delu, ki predstavlja strukturalno-funkcionalističen model družbe, je v razdelku *The case of modern medical practice* predstavil svoj koncept vloge

bolnika, »prvi teoretični koncept, ki eksplicitno zadeva medicinsko sociologijo« (Maguire, 2002). To je bilo prvič, da je eden glavnih socioloških teoretikov v svoj pogled na družbo vključil analizo funkcije medicine (Cockerham, 2005: 5). Za sociološko obravnavo profesij pa je v okviru Parsonsovega koncepta vloge bolnika posebno pomembna njegova analiza vloge medicinske profesije kot institucije družbenega nadzora, saj je »centralna premisa Parsonsovega koncepta vloge bolnika ta, da mora prisotnost bolezni potrditi medicinska profesija« (Nettleton, 1995: 70). Z boleznimi se morajo namreč soočiti vse družbe, v modernih družbah s specializirano delitvijo dela in s poudarkom na racionalni avtoriteti pa je po Parsons u ta naloga zaupana strokovnemu poklicu, ki poseduje sistem teoretičnega znanja. Zaradi zdravnikovega strokovnega znanja se od bolnikov pričakuje, da se bodo podredili njegovi avtoriteti¹, medtem ko se zdravnikom podeljuje pravica, da svoje delovanje regulirajo in evalvirajo sami. Vendar je po Parsons takšna moč lahko nevarna, saj bi na primer zdravniki paciente lahko finančno izkoriščali. Zato, da se profesionalci vedejo etično in altruistično, so se razvila močno institucionalizirana pričakovanja, v zameno za to pa so zdravniki (in ostali profesionalci) visoko nagrajeni, kar še dodatno zmanjšuje skušnjave po finančnem izkoriščanju pacientov (Gabe, Bury, Elston, 2004: 164). Za Parsonsa (1939, v Turner, 1995: 129) profesionalne storitve predstavljajo pomembno alternativo racionalnemu egoizmu kapitalističnega trga. Parsons pa ni trdil, da je oziroma da bi morala biti nesebičnost psihološka značilnost vsakega zdravnika, temveč da so norme in kodeksi etike profesij takšni, da profesionalni uspeh temelji na doseganju v skupnost orientiranih in ne egoističnih ciljev. To pa je za Parsonsa razlika med profesijo in posli (Parsons, 1954, v Gabe, Bury, Elston, 2004: 164). Parsons torej razlikuje med profesionalcem (*professional man*) in poslovnežem (*business man*). V primerjavi z moralnostjo poslovnežev, katerih interes za profit je temeljni motiv za njihov način vedenja, profesije ohranjajo poseben odnos zaupanja s klienti. Parsons profesionalce vidi kot altruistične služabnike svojih klientov, medtem ko si poslovneži prizadevajo za doseganje lastnih interesov (Parsons, 1949: 186, v Riska, 2005: 145). Za sociologe Durkheimove in Parsonsove tradicije liberalne profesije predstavljajo institucionalizacijo altruističnih vrednot. Parsons je pomemben predstavnik sociološke tradicije, ki poudarja etični značaj profesij, njihovo pomoč posameznikom ter njihovo utemeljenost na strokovnem znanju (Turner, 1995: 129). Za Parsonsa je medicinska profesija prototip profesije.

¹ Da bi si bolnik v odnosu z zdravnikom prizadeval za kako bolj aktivno vlogo ali za bolj izravnane socialni odnos, niti ni zaželeno. Po Parsons vloga zdravnika zdravnikom narekuje, da ohranjajo socialno distanco, strokovno avtoriteto in zadržanost v odnosu do bolnika. Po njegovem mnenju morajo celo prekinjati pričakovanja bolnikov glede vzajemnosti odnosa, ki so sicer inherentna vsem socialnim odnosom (Ule, 2003a: 199).

Funkcionalistična teorija profesij je pri proučevanju medicinske profesije dominirala v 50. in 60. letih 20. stoletja (Riska, 2005: 145). V funkcionalističnem pristopu je mogoče identificirati naslednje značilnosti oziroma lastnosti profesij: posedovanje sistema teoretičnega znanja, samoreglativna praksa, avtoriteta nad pacienti ter orientiranost v skupnost (Gabe, Bury, Elston, 2004: 164). Sicer pa kot temeljne značilnosti profesij avtorji (Nettleton, 1995: 196; Millerson, 1964, v Turner, 1995: 132) navajajo naslednje:

- strokovno, teoretično znanje kot osnova za delo;
- specializirano in dolgotrajno izobraževanje;
- formalno preverjanje kompetentnosti pripadnikov profesije;
- ker le profesionalci lahko ocenjujejo, kdo je kompetenten za izvajanje prakse, so profesije samoreglativne in zato avtonomne;
- profesije imajo monopol nad prakso;
- razvoj profesionalne organizacije²;
- altruistična orientacija (profesionalci morajo delovati v interesu svojih klientov, torej morajo biti altruistični);
- kodeks profesionalne etike.

Iz funkcionalistične perspektive so poklici s temi lastnostmi odločilni za učinkovito funkcioniranje kompleksnih modernih družb (Parsons, 1951, v Nettleton, 1995: 196). Načini za definiranje poklica kot profesije pa so polemični in problematični. Dolgo uveljavljen pristop k temu problemu predstavljajo teorije značilnosti (*trait theories*). Po (zgodnjih) teorijah značilnosti Carr-Saundersa in Wilsona (1933, v Coburn, Willis, 2003: 380) ter Greenwooda (1957, v Coburn, Willis, 2003: 380) naj bi profesije posedovale določene značilnosti oziroma attribute, najpogosteje poseben sistem znanja, kodeks etike in altruistično orientacijo³. Teorijam značilnosti pa so sledile procesne teorije (*process theories*), po katerih naj bi se profesije razvijale skozi zaporedje pridobivanja določenih značilnosti (Wilensky, 1964, v Coburn, Willis, 2003: 380). Nekateri sociologi torej te osnovne značilnosti profesij vidijo kot način določanja, kateri poklici so profesije in kateri niso oziroma katere bi lahko označili kot »polprofesije«. Uporaba teorije značilnosti vključuje primerjanje značilnosti določenega poklica z značilnostmi poklicev, kot sta na primer medicina in pravo, ki sta tradicionalno sprejeta kot profesiji. To, v kolikšni meri so te značilnosti primerljive ali enake,

² Po Durkheimu naj bi poklicna združenja skrbela za moralno avtoriteto, kontroliranje nezdravega, anarhičnega egoizma in privzganje nesebičnosti. Kot vir novega moralnega reda takšne profesionalne organizacije služijo javnemu interesu (Saks, 1995: 14).

³ Za funkcionaliste so osrednje značilnosti profesij tiste, ki so funkcionalno pomembne za širši družbeni sistem ali za odnos med profesionalcem in klientom, na osnovi katerih so profesije dobile privilegiran položaj v družbi (Rueschemeyer, 1986, v Saks, 1995: 12).

določa, ali je določen poklic profesija, polprofesija ali ni profesija. Hugman (1991, v Giddey, 1995: 137) pravi, da ta teorija zdravstveno nego, socialno delo in druge nemedicinske zdravstvene poklice identificira kot polprofesije, v glavnem zato, ker nimajo diskretnega temelja znanstvenega znanja in bolj težijo k poudarjanju veščin kot pa znanja (Giddey, 1995: 137; Gabe, Bury, Elston, 2004: 164; Coburn, Willis, 2003: 380). Tudi Gabe, Bury in Elston (2004: 165) pravijo, da so zdravstveno nego na primer v 50. in 60. letih 20. stoletja označevali kot polprofesijo, in sicer zato, ker naj ne bi imela ustreznega teoretičnega znanja oziroma moči samoregulacije, da bi upravičila naziv profesija.

Ta pristop pa je omejene vrednosti. Kot prvo preprosto navajanje značilnosti, ki so jih identificirale profesije same, le reflektira in krepi njihove ideale in vrednote; kot drugo je ta nekritičen pristop statičen, ahistoričen in ne zajema socialnih, ekonomskih in političnih dejavnikov, ki pospešujejo pojav nekaterih poklicev kot profesij ter sledeče delitve dela med profesionalnimi skupinami. Te unilinearne oziroma evolucijske teorije profesionalizma zanemarjajo specifične in odvisne zgodovinske kontekste, v okviru katerih se profesije razvijajo. Kot tretje naj profesije ne bi delovale sebično, ampak v dobro družbe, marksisti pa trdijo, da so profesije prispevale k prihodu kapitalizma, hkrati pa je kapitalizem tudi pospešil njihov pojav (Johnson, 1977; Navarro, 1978, v Nettleton, 1995: 197). Končno pa pristop teorij značilnosti predpostavlja, da je v samih poklicih nekaj inherentnega, kar pospešuje njihov razvoj k profesionalnemu statusu. V primeru medicine naj bi bil uspeh povezan z njihovim strokovnim znanjem biomedicinske znanosti. Kritiki pa trdijo, da je bila za medicinsko profesijo medicinska znanost sredstvo za prepričanje države in javnosti o svoji superiornosti, tako je bila dejansko uporabljena za pospeševanje njihovih strategij poklicnega zapiranja (Larson, 1978, v Nettleton, 1995: 196–197) (Nettleton, 1995: 196–197; Turner, 1995: 133). Turner (1995: 134) pravi, da je profesionalizem prej poseben tip poklicne kontrole na področju trga kot pa le seznam atributov, ki definirajo nespremenljive temelje določenih poklicev. Turner (ibid.: 131), ki je skušal teoretsko sintetizirati pretekle pozicije pri proučevanju profesij in procesa profesionalizacije ter tako razviti bolj stabilen in celovit pristop, pa kot nujne dimenzije profesionalizma izpostavlja znanje, moč in etiko.

2.2 MOČ PROFESIJ IN MEDICINSKA MOČ

Johnson (1980, v Coburn, Willis, 2003: 378) pravi, da so »profesije odnosi moči«. Funkcionalistični socialni teoretiki kot Parsons socialno moč pojmujejo kot posplošen socialni

vir, ki teče skozi politični sistem, ne pa kot lastnost institucij, skupin ali posameznikov. Moč medicinskega osebja je družbeno podeljena in občutena kot pravična zaradi nagrad in poplačil, ki jih prinaša članom družbe za njihove prispevke v doseganju skupnih ciljev. Razlike v moči in družbena delitev so po tem pojmovanju nujni pojavi in služijo družbenim interesom.⁴ Moč omogoča najsposobnejšim, da izpolnjujejo najzahtevnejše socialne vloge in s tem pomagajo šibkejšim. Socialna moč naj bi torej koristila tako močnejšim kot tudi šibkejšim. Tako funkcionalizem medicinski poklic definira kot institucijo, katere člani upravičeno uživajo visok družbeni položaj, prestiž in moč za svojo skrb in altruizem, za svoj dolgoletni študij ter trening in za svoje visoko strokovno znanje (Ule, 2003a: 198–199).

Od konca 60. let 20. stoletja (v 70. in 80. letih) pa so bili v sociologiji profesij funkcionalistični pristopi in značilnosti profesij (teorije značilnosti) deležni številnih kritik. Na primer analitiki iz tradicije simboličnega interakcionizma (Becker, 1962; Hughes, 1958, v Coburn, Willis, 2003: 380) so se spraševali, ali se mnoge pozitivne značilnosti, pripisane profesijam, udejanjajo tudi v realnosti. Kmalu je postalo jasno, da so medicina in ostale profesije daleč od tega, da bi bile pretirano samoreglativne, etične ali orientirane v skupnost, kot so trdili nekateri analitiki. Profesije so kaj hitro začeli imeti za izkoriščevalske monopoliste in ne za altruiste. Medicino (kot prvi primer tega, kaj pomeni biti profesija) so kmalu začeli videti kot egoistično in motivirano predvsem z željo po povečanju avtoritete in dohodka zdravnikov. Skupaj s pojavljajočimi se sociološkimi kritikami funkcionalizma so v modelu razvoja nekaterih poklicev v profesijo in drugih ne prepoznali posvečanje nezadostne pozornosti problematiki moči in zgodovinskimi okoliščinam, ki so oblikovale poklicni razvoj. Ta nova, bolj kritična usmeritev v sociologiji profesij in medicinski sociologiji je bila bolj zainteresirana za moč profesij in to, kako je bila le-ta pridobljena in kako se uveljavlja/izvaja ter bolj skeptična do dobrotelčnosti profesij in njihove orientiranosti v skupnost (Gabe, Bury, Elston, 2004: 165; Coburn, Willis, 2003: 380). Willis (1989, v Ule, 2003a: 200) na primer pravi, da je medicina kot stroka in kot splet institucij nastala v nenehnem konfliktu družbenih interesov med različnimi skupinami, sloji in razredi, v boju za čim višji družbeni status in čim večjo družbeno moč. Po teh razlagah imajo zdravniki socialno moč zaradi svojega privilegiranega družbenega položaja in avtonomije v svojem poklicu, ki so si ju pridobili zato, ker nadzirajo polje medicinskega znanja, in ne predvsem zaradi inherentnih vrednot svojega dela, zaradi svojih spretnosti in znanja.

⁴ Ben-David (1963–64, v Turner, 1995: 132) pravi, da imajo po funkcionalističnem prepričanju profesije privilegiran položaj zato, ker izvajajo storitve, ki so družbeno vrednotene.

Po Keithu Macdonaldu (1995: xii) se je od funkcionalističnega zanimanja za vlogo, ki jo profesije igrajo v uveljavljenem družbenem redu, sociološki interes premaknil k vprašanju, *kako poklicem uspe družbo prepričati, da jim podeli privilegiran položaj?*

V razpravah o moči profesij (še posebej v zvezi z medicinsko profesijo) sta zelo pomembna medsebojno povezana koncepta *avtonomije* (zmožnost nadzorovati lastno delovanje) in *dominance* (nadzorovanje dela drugih pri delitvi dela). V kompleksni delitvi dela ima visoko stopnjo legitimne avtonomije lahko le poklicna skupina, ki je zmožna dominirati nad drugimi in obratno. Od 60. do 80. let 20. stoletja je bil glavni interes medicinske sociologije osredotočen na izvor in ohranjanje medicinske avtonomije ter njene družbene posledice, v 90. letih pa so se medicinski sociologi bolj ukvarjali z morebitnim upadanjem medicinske avtonomije in dominance ter z morebitnimi posledicami (Gabe, Bury, Elston, 2004: 173; Taylor, Field, 2003: 212).

Začetno kritiko funkcionalističnega pogleda na profesije (s poudarkom na medicinski profesiji) predstavlja v medicinski sociologiji zelo vplivno delo ameriškega sociologa Eliota Freidsona, *The Profession of Medicine* (1970). Freidson je razvil razširjeno in kritično razlago medicinske moči, njenega pomena v družbi in njenih implikacij za zdravstvo. Kot odločilno za status profesije izpostavlja eno značilnost, in sicer **legitimno avtonomijo**, to je poklicni samonadzor nad terminologijo in pogoji dela (Gabe, Bury, Elston, 2004: 165; Riska, 2005: 146; Turner, 1995: 130). Freidson (1970, v Giddey, 1995: 137) izpostavlja tri značilnosti profesionalne avtonomije: legalni oziroma politični privilegij, ki preprečuje poseganje drugih profesij (sredstvo, s katerim je ta privilegij zagotovljen, je podeljevanje licenc oziroma državna registracija tistih, ki so zaključili priznано izobraževanje), nadzor nad specializiranim sistemom znanja in veščin (s pomočjo izobraževanja v ekskluzivno segregiranih izobraževalnih ustanovah) ter obstoj kodeksa etike, po katerem se morajo profesionalci ravnati (namen tega pa je javnost prepričati, da temu poklicu lahko zaupajo).

Seveda pa nadzor nad terminologijo in pogoji dela ter zmožnost preudarnega izvajanja nalog ni izključni privilegij profesij, saj imajo v določeni meri to moč predstavniki dejansko vseh poklicev. Tudi uporabniki skoraj vseh storitev morajo (vsaj včasih) zaupati izvajalcem teh storitev. Vendar pa Freidson pravi, da imajo za razliko od drugih poklicev le profesije »pogodbeno zagotovljeno avtonomijo, vključno z ekskluzivno pravico, da določajo, kdo lahko legitimno opravlja to delo in kako naj ga opravlja« (1970: 72, poudarek v originalu, v Gabe,

Bury, Elston, 2004: 174). Za Freidsona so visoka stopnja državno sankcionirane avtonomije in posledično institucionalizirana pričakovanja zaupanja družbe v postavke poklica značilnosti prave profesije. V tem smislu je imela medicina (vsaj v 70. letih v Združenih državah) visoko stopnjo avtonomije in je bila tako jasen primer profesije (Gabe, Bury, Elston, 2004: 173–174).

Za Freidsona pa pri medicinski avtonomiji ni toliko pomembna njena funkcija pri vzdrževanju družbenega reda, temveč to, kako jo je medicinska profesija pridobila in ohranila. Avtonomija je lahko vzpostavljena (oziroma je pridobljena ali izgubljena) na različnih nivojih in pri različnih vidikih medicinskega dela. Vsi segmenti medicinske profesije v isti družbi nimajo enakega nivoja avtonomije; lahko gre za razlike med specialnostmi ali položaji v poklicni strukturi, vse to pa je lahko povezano s pripadnostjo družbeni skupini (Gabe, Bury, Elston, 2004: 165, 175–176). Elston (1991: 61, v Nettleton, 1995: 198) razlikuje med tremi tipi avtonomije:

- ekonomska avtonomija – pravica profesij, da določijo svoje nagrade;
- politična avtonomija – pravica, da se politično odločajo kot legitimni strokovnjaki na področju zdravstva;
- klinična avtonomija – pravica do postavitve standardov in do kontroliranja klinične prakse.

Drugi pomemben koncept, ki ga je potrebno upoštevati pri proučevanju moči medicinske profesije, pa je koncept **medicinske dominance**, ki se uporablja v različnih kontekstih in se nanaša na različne vidike medicinske moči. Freidson (1970, v Coburn, Willis, 2003: 380) trdi, da medicina dominira na področju zdravja in zdravstvenega varstva⁵; medicina kontrolira tako vsebino medicinskega dela kot tudi kliente, ostale zdravstvene profesije ter kontekst, v katerem je zdravstvena oskrba posredovana (zdravstveno politiko) (Coburn, Willis, 2003: 380; Gabe, Bury, Elston, 2004: 176). Turner (1995: 138) pravi, da je medicinska dominanca neizogibna značilnost profesionalne moči in superiornosti zdravnikov v odnosu do drugih poklicev.

V medicinski sociologiji so posebno pomembni naslednji trije vidiki medicinske dominance (Gabe, Bury, Elston, 2004: 176):

⁵ Zdravniki imajo vpliv na celotno področje medicine, vključno s pravico definirati, kaj konstituira bolezen in kako se jo zdravi. Profesionalna dominanca pa ne pomeni le izključne pravice zdraviti bolezen, temveč tudi pravico omejevati in evalvirati delo večine ostalih zdravstvenih delavcev (Conrad, 2005: 168).

1. medicinska dominanca v sociologiji nasploh, to je kulturna avtoriteta za določanje, kaj na primer lahko štejejo za bolnost (*sickness*) (to vključuje na primer koncept medikalizacije);
2. medicinska dominanca nad pacienti (ta vidik se dotika odnosa pacient – zdravnik);
3. medicinska dominanca nad ostalimi poklici v vse kompleksnejši delitvi dela v zdravstvu in v procesu oblikovanja politik.

Medicina ima torej družbeno in kulturno avtoriteto, pa tudi klinično avtonomijo (Coburn, Willis, 2003: 380). Profesionalna dominanca medicine je bila za Freidsona problematična. Bila je namreč daleč od tega, da bi pospeševala družbeno kohezijo in pozitivno prispevala k oskrbi pacientov, saj je paciente in druge zdravstvene delavce postavljala v podrejene in pasivne vloge, alternativnih definicij zdravja, bolezni in pristopov k zdravstveni oskrbi pa sploh ni upoštevala (izločila jih je iz okvirov razmišljanja). Po njegovem videnju so bile za odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki (ter med zdravniki in pacienti) bolj značilne tenzije in konflikti kot pa konsenz in kohezija (Taylor, Field, 2003: 212). Glede na medicini sorodne poklice je mogoče identificirati tri načine dominacije, in sicer subordinacija, omejevanje in izključevanje (Turner, 1985; Willis, 1983, v Turner, 1995: 138–139).

- Pri *subordinaciji* gre za to, da značilnosti in dejavnosti poklica določajo zdravniki, pri čemer je malo prostora za neodvisnost, avtonomijo in samoregulacijo. Poklicna subordinacija je značilna za zdravstveno nego in babištvo.
- Pri *poklicnem omejevanju*, ki ga ilustrirata na primer zobozdravstvo in farmacija, pa gre za različne oblike omejevanja na določen del telesa (kot pri zobozdravstvu) oziroma na specifično terapevtsko metodo (kot pri farmaciji); to omejevanje izhaja iz dejstva, da medicinsko dominanco večinoma izvajajo zdravniki, ki predstavljajo pomemben del v uradnih registracijskih komisijah teh poklicev. Registracijski akti/zakoni (*Registration Acts*) specificirajo profesionalno kompetenco teh skupin v okviru ozkega poklicnega področja, hkrati pa potrjujejo kontrolo medicinske profesije nad temi področji.
- Tretja oblika medicinske dominacije je *izključevanje*, s čimer medicina alternativnim in konkurenčnim medicinskim praksam onemogoča legitimiranje z registracijo. Na primer v sodobnih družbah so s predominanco medicinske profesije iz psihiatrične prakse in psihološkega svetovanja izključeni duhovniki, drug primer izključevalne strategije pa predstavlja poklicni konflikt med medicinsko profesijo in kiropraktiko (Parkin, 1979, v Turner, 1995: 139); medicinska profesija namreč ščiti svojo monopolistično kontrolo nad delitvijo dela v medicini in različnimi oblikami zdravstvene oskrbe.

Za Freidsona (1970, v Gabe, Bury, Elston, 2004: 176) je bila postopna subordinacija ostalih poklicev, kot je na primer zdravstvena nega, izjemno pomemben del profesionalizacijskega procesa medicine (to je pridobitve avtonomije). Čeprav je imela zdravstvena nega v sredini 20. stoletja precejšnji nadzor nad določenimi vidiki svojega dela, Freidson pravi, da še vedno nima polnega profesionalnega statusa, saj je delo medicinskih sester odvisno od »zdravnikovih navodil«. Trdi, da zdravstvena nega ne bo nikoli mogla pridobiti statusa prave profesije, razen če bo lahko nadzorovala ločeno področje dela, ki ne bo odvisno od medicine, hkrati pa pravi, da bo medicina verjetno delovala tako, da bo zdravstveni negi onemogočila tako samostojnost; medicina si bo nenehno prizadevala ščititi svojo avtonomijo. (Gabe, Bury, Elston, 2004: 176). Za razumevanje Freidsonove precepcije avtonomije in dominance v okviru proučevanja moči medicinske profesije pa je potrebno poznati tudi okoliščine in značilnosti medicinske profesije v času, ko je to njegovo delo nastajalo. Taylor in Field (2003: 212) pravita, da so se tedaj zdravniki o zdravljenju pacientov lahko odločali brez zunanje regulacije s strani vlade in zdravstvenega menedžmenta. Mnogo manj verjetno kot danes je bilo, da so pacienti spraševali o odločitvah, povezanih z zdravljenjem, medicinske sestre pa so opravljale pomočniško vlogo.

Kritiki pa so Freidsonu očitali, da je njegov opis medicinske avtonomije pretiran, koncept medicinske dominance pa preveč poenostavljen. Zanimaril je na primer spol (*gender*) in vlogo države ter predvideval, da je med profesijami in poklicnimi skupinami, ki bi to želele postati (*would-be professions*), mogoče razlikovati le na osnovi avtonomije in prizadevanja zanjo. Pri Freidsonovi razlagi medicinske dominance je morda podcenjen tudi raznolik zgodovinski razvoj ostalih zdravstvenih poklicev. Larkin (1993) pa na primer trdi, da je (vsaj v britanskem primeru) državno sankcionirano avtonomijo medicinske profesije država vedno bolj definirala kot to kažejo Freidsonovi opisi (Gabe, Bury, Elston, 2004: 176–177). Elianne Riska (2005: 151, 153) pravi, da Freidsonovo delo v britanskem kontekstu ni bilo tako vplivno kot dela drugih predstavnikov pristopa moči, Johnsona (1972) in Parkina (1979). Bistvo Parkinove (1972, v Coburn, Willis, 2003: 382) pozicije je, da je odnos do trga (Weber) bistveno pomembnejši od odnosa do produkcijskih sredstev (Marx). Parkin pravi, da glavna razredna vrzel v družbi ne temelji na različnih odnosih do produkcijskih sredstev, ampak se pojavi med tistimi skupinami, ki skušajo ohraniti ali povečati dominantno tržno pozicijo (s pomočjo »izključevanja«), in tistimi skupinami, ki skušajo posegati v moč in privilegije dominantnih skupin (s pomočjo »uzurpacije«). Parkinov razvoj veberjanske ideje zapiranja (*closure*) je na primer postal okvir za proučevanje intraprofesionalnega in

interprofesionalnega tekmovanja in kontrole ter predstavlja uporabno analitično orodje za empirično proučevanje raznovrstnosti zdravstvenih profesij in poklicev. Nasploh je britansko raziskovanje zdravstvenih profesij in poklicev manj osredotočeno na zdravnike kot ameriško ter predstavlja širok pogled na delitev dela med različnimi zdravstvenimi profesijami (Coburn, Willis, 2003: 382; Riska, 2005: 151, 153).

Za tiste, ki skušajo pojasniti moč medicinske profesije ter izzive oziroma profesionalne projekte drugih zdravstvenih profesij, torej pomemben teoretični okvir predstavlja **neoveberjanski pristop** (Riska, 2005: 147), ki na profesije gleda v luči njihovega prizadevanja za monopolistično kontrolo trga (svojih storitev) ter vključuje Webrov koncept socialnega zapiranja (*social closure*)⁶. Coburn in Willis (2003: 381) na primer pravita, da privrženci neoveberjanske različice »šole moči« profesij medicino vidijo preprosto kot enega izmed mnogih poklicev, ki za pridobitev in ohranitev tržnega monopola uporablja strategije izključevanja; ta monopol pa je profesijam omogočil pridobitev neprecedenčne kontrole ne le svojega lastnega dela, temveč tudi zdravja in zdravstvenega varstva na splošno.

Marksistični avtorji pa so po Turnerju (1995: 130) na osnovi vidika moči trdili, da je profesionalna dominanca posebej pomembna za kapitalizem in da profesionalci (profesionalna telesa) pod pokroviteljstvom države prispevajo k ekonomskemu in političnemu funkcioniranju kapitalističnega sistema; profesionalne skupine skupaj z drugimi pripadniki novega srednjega razreda s prispevanjem k menedžmentu in nadzoru nad delavskim razredom prispevajo k legitimizaciji produkcije pod kapitalističnimi pogoji. Profesije izvajajo kontrolo v imenu kapitalističnega razreda pod okriljem države; ta oblika družbene regulacije pa konstituira medicinsko dominanco (Willis, 1983, 1994: 6, v Turner, 1995: 130). Neomarksistična perspektiva moči medicinske profesije, ki jo je predstavil McKinlay s kolegi (McKinlay in Arches, 1985; McKinlay in Stoeckle, 1988; McKinlay in Marceau, 1988, v Riska, 2005: 147), pa je predvidela postopen upad profesionalne dominance ameriške medicinske profesije zaradi naraščajoče korporativne in birokratske strukture ameriške medicine; trdili so namreč, da moč ni več v rokah profesije, temveč v rokah velikih zdravstvenih korporacij, ki sestavljajo razvijajoč se medicinski industrijski kompleks. Ta proces pa ni nek izoliran ameriški primer, temveč gre za bolj globalen razvoj.

⁶ Riska (2005: 147) pravi, da je bilo pri začetkih tovrstnega raziskovanja zelo vplivno delo Larsonove iz leta 1977 (glej poglavje 2.3 – *Profesionalizacija kot poklicna strategija in profesionalni projekt*).

Sodobne razprave o medicinski moči pa so razprave o medicinskem znanju; razprave o tem, da je način operiranja z medicinskimi znanji, kot se podajajo študentom medicine in si jih morajo ti pridobiti, kot v znanjih, s katerimi nastopajo zdravniki v odnosu do drugega medicinskega osebja (medicinske sestre, tehniki), še posebej pa v odnosu do bolnikov in javnosti, tudi način operiranja s socialno močjo medicine in zdravnikov. V tem kontekstu so posebno pomembne in pomenljive Foucaultove raziskave o zvezah med močjo in znanjem. Michel Foucault je prekinil s klasičnimi makrostrukturnimi pojmovanji moči: moč kot izraz razredne stratifikacije in produkcijskih razmerij v družbi ali z veberjanskim pojmovanjem legitimne moči kot dejavnikom socialne integracije. Obrnil se je k raziskovanju mikrostruktur moči in k raziskovanju delovanja moči v vsakdanjem svetu (Foucault, 1984, v Ule, 2003a: 197). Sodobni analitiki medicine poudarjajo, da zelo »ezoterično«, tj. učeno in težko dostopno medicinsko znanje prispeva k veliki socialni moči medicine. Foucault je menil, da tudi na splošno težko razlikujemo med znanjem in močjo. Čim težje je neko znanje dostopno javnosti in čim bolj je omejeno na ozek krog posvečenih poznavalcev, tem večja je moč nosilcev znanja (Ule, 2003a: 197–198). Moč za postmoderniste ni nujno povezana z ekonomsko kontrolo (kapitalizem), kot to menijo marksisti, temveč je bolj subtilna: upoštevati moramo namreč tudi to, da je moč v jeziku – avtorji, kot na primer Foucault (1963, v Senior, Viveash, 1998: 326), pravijo, da lahko način uporabljanja besed in stavkov vpliva na način razmišljanja ljudi (Senior, Viveash, 1998: 326). Socialni konstrukcionisti raziskujejo predvsem pogovore med zdravniki in bolniki, zlasti zdravnikovo uporabo jezika, medicinski diskurz in različne vedenjske oblike. Raziskujejo torej medicinsko moč nadzoroovanja skozi komuniciranje oz. nadzorovalno vlogo pogovora in diskurza (Ule, 2003a: 203).

2.3 PROFESIONALIZACIJA KOT POKLICNA STRATEGIJA, PROFESIONALNI PROJEKT IN POKLICNO ZAPIRANJE

Profesionalizacijo pojmuje kot poklicno strategijo, pri kateri družbene skupine skušajo kontrolirati svoj prostor na trgu (Turner, 1995: 139). Pozornost pri Freidsonovem delu (in pri delih, ki so mu sledila v 70. letih) je usmerjena na profesionalizacijo, ki vključuje specifične zgodovinske in politične procese, ter na strategije in taktike, ki jih uporabljajo poklicne skupine, da bi pridobile nadzor nad trgom svojih storitev oziroma da bi pridobile podporo države za poklicni samonadzor. Ena izmed posledic tega pristopa je koncept, imenovan **profesionalni projekt**, pri katerem gre za prizadevanje pripadnikov nekega poklica, da bi s kolektivnim delovanjem izboljšali svoj status in svoje ekonomske možnosti (na primer za

Larsonovo je bil pomemben dejavnik za uspešno profesionalizacijo medicine razvoj univerzitetnega medicinskega izobraževanja) (Gabe, Bury, Elston, 2004: 165–166). Magali S. Larson⁷ je razvila idealnotipski koncept »profesionalnega projekta«. Analizirala je vzpon profesij (ne le medicine) v 19. in 20. stoletju. Profesionalni projekt opisuje kot pridobivanje kontrole trga in kolektivni proces mobilnosti navzgor (Coburn, Willis, 2003: 383). Larsonova (1977: xvii, v Macdonald, 1995: 9–10) pravi, da je »profesionalizacija poskus prevajanja ene vrste redkih virov – specialnega znanja in veščin – v drugo – družbene in ekonomske koristi/nagrade. Za vzdrževanje relativne redkosti teh virov pa je potrebno težiti k monopolu: monopolu strokovnega znanja na trgu in monopolu statusa v stratifikacijskem sistemu.« Po Larsonovi sta ti dve dimenziji – *kontrola trga* in *družbena mobilnost* – v praksi neločljivi; s kontroliranjem trga si namreč poklici lahko zvišajo svoj socialni status in povečajo moč. Larsonova pa skozi vse delo poudarja, da družbena mobilnost in kontrola trga nista zgolj dejstvi družbenega življenja, torej nista enostaven odraz veščin, znanja ali etičnih standardov, temveč sta rezultat »profesionalnega projekta«, termina, ki »poudarja koherentnost in konsistentnost« posebnega postopka (Macdonald, 1995: 9–10).

Za profesije je pomemben tako ekonomski kot družbeni vidik. Kolektivno prizadevanje za ekonomske koristi tako ne more biti ločeno od teženj po *ugledu*, v konceptu profesionalnega projekta pa pomembno vlogo igra tudi *zaupanje*. Storitve, ki jih nudijo profesionalci, se namreč zelo razlikujejo od dobrin proizvajalcev, trgovcev, in sicer v tem, da so neotipljive, prejemnik pa jih mora sprejeti z zaupanjem. Diplome in certifikati lahko zagotavljajo, da profesionalci posedujejo določeno znanje in veščine, vendar le do določene mere. Zato je izjemno pomembno zaupanje, ki pa je podeljeno le tistim, katerih zunanji izgled in vedenje se skladata z družbeno sprejetimi standardi ugleda in spoštovanja (Macdonald, 1995: 30–31).

Macdonald (1995: 31) pravi, da so prizadevanja »profesionalnega projekta« usmerjena na dve glavni področji: legalno zapiranje in monopolizacijo trga in poklica ter ekskluzivno

⁷ Model profesionalizacije Magali S. Larson v delu *The Rise of Professionalism* (1977) je močno vplival na sociološko proučevanje profesij. Pri konceptualizaciji »profesionalnega projekta« Larsonova črpa iz Webrovega pogleda na stratifikacijo in združuje njegove ideje o ekonomski in družbeni ureditvi ter ideji, da specialistično znanje predstavlja »možnost za dohodek«. Webrove ideje, pomembne za koncept profesionalnega projekta so naslednje:

- profesije so interesne skupine, ki tekmujejo med seboj in z drugimi skupinami v družbi, in tvorijo konflikt, ki je za Webra družbi inherenten;
- takšne skupine imajo ekonomske interese; težnje po ekonomskih koristih pa so povezane s prizadevanjem za socialni status in glede na Webrov model družbene stratifikacije profesije delujejo tako v ekonomski kot v družbeni ureditvi (torej profesije lahko vidimo kot nosilke ekonomskih in družbenih interesov);
- profesije so pozicionirane v razrednem sistemu, ker njihove »možnosti za dohodek« izvirajo iz njihovega znanja in sposobnosti, kar je po Webru enako kot pri tistih, katerih razredni položaj izvira iz njihovega kapitala ali njihove delovne sile;
- ta razredni položaj do določene mere determinirajo strukturne značilnosti industrijskih družb, toda velik pomen imajo dejanja akterjev, še posebno kolektivna dejanja skupin, ki jih lahko konceptualiziramo kot strategijo socialnega zapiranja (po Macdonald, 1995: 2, 9, 30).

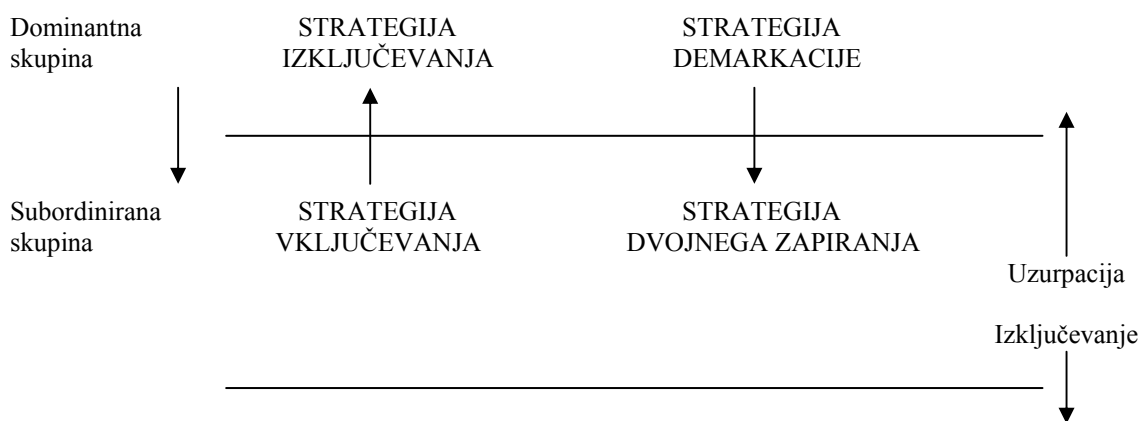
pridobivanje znanja in izobraževanje, na katerem temelji profesija. Po Turnerju (1995: 137) sta tržna strategija in proces družbenega zapiranja v družbi, temelječi na znanju, odvisna od univerzitetnega izobraževanja kot temelja akreditacije (*credentialism*) (pridobivanja formalnega zaupanja).

Macdonald (1995: 35) pravi, da strategijo profesij najbolje razumemo s konceptom **družbenega zapiranja**; ta veberjanski koncept predstavlja temelj za razumevanje uspeha profesionalnega projekta, konfliktov in interakcij, ki se razvijajo v poklicih in med njimi. Po Macdonaldu (1995: 29) je družbeno zapiranje, ki predstavlja konceptualni dvojnik modela Larsonove, eno najpomembnejših sredstev, ki jih uporabljajo za realizacijo profesionalnega projekta. Po Walby, Greenwell et al. (1994: 63) je »zapiranje« (*closure*) proces, s katerim profesija nadzoruje vstopanje na svoje poklicno področje, to »zapiranje« pa vključuje vrsto praks, s katerimi profesija ustvarja monopol nad svojim znanjem in veščinami, in sicer z nadzorovanjem vstopanja v izobraževanje in poklic ter s preprečevanjem opravljanja tega poklica tistim, ki niso kvalificirani (niso pridobili legalnega članstva skupine). Ta monopol poklicu omogoči, da dvigne ceno svojega dela ter poveča nagrade in privilegije profesije. Poklicne skupine si torej prizadevajo za strategije socialnega zapiranja z zagotavljanjem legalnega monopola nad lastno prakso in z zmožnostjo omejiti dostop do svojega položaja. Medicina pa si na primer ni zagotovila le avtonomije za samoregulacijo, temveč tudi avtoriteto za določanje nalog in meja ostalih, kakor jih imenuje Freidson (1970, v Nettleton, 1995: 197), paramedicinskih profesij, kot sta zdravstvena nega in babištvo. Strateški uspeh pa bolj verjetno dosežejo tisti poklici, katerih strukturne značilnosti, kot so razred, spol in rasa, se bolj približajo tistim, ki imajo moč na nivoju države in širše civilne družbe (Johnson, 1977; Witz, 1992, v Nettleton, 1995: 197). Walby, Greenwell et al. (1994: 63) pravijo, da se »zapiranje« (*closure*) lahko razlikuje glede na to, ali se nanaša na nadzorovanje intrapoklicnih razmerij ali razmerij med določenim poklicem in njemu sorodnimi (bližnjimi) poklici.

Pomemben prispevek pri proučevanju koncepta zapiranja predstavlja Parkinova (1979, v Walby, Greenwell et al., 1994: 63) analiza strategij zapiranja. Vplivne, močne profesije se šibkejšim profesijam zoperstavljajo z uporabo *izključevalnega zapiranja* (*exclusionary closure*), občasne pritiske (navzgor – *upward*) subordiniranih skupin proti dominantnim skupinam pa Parkin označuje kot *uzurpacijske* (*usurpatory*). Witzova (1992, v Macdonald, 1995: 131) pa je izpopolnila konceptualizacijo družbenega zapiranja (Slika 2.1). Leva stran tega modela reprezentira uporabo koncepta družbenega zapiranja, kot jo predstavljata Parkin

(1979, v Macdonald, 1995: 131) in Murphy (1988, v Macdonald, 1995: 131), le da je namesto Parkinove uzurpacijske strategije uporabila izraz *strategija vključevanja* (levo spodaj). Desna stran modela pa prikazuje kategorije Witzove, ki so sicer izpopolnitev kategorij na levi strani, vendar toliko drugačne, da zahtevajo ločeno obravnavo (Macdonald, 1995: 131). Witzova (1992, v Walby, Greenwell et al., 1994: 64) je povezala spolno analizo z androcentričnimi koncepti, hkrati pa je razlikovala med strategijami izključevanja in demarkacije dominantne skupine ter strategijami vključevanja in dvojnega zapiranja subordinirane skupine.

Slika 2.1: *Strategije poklicnega zapiranja: konceptualni model*



Vir: Witz (1992: 45, v Nettleton, 1995: 200)

Witzova (1992, v Nettleton, 1995: 199–200) torej identificira štiri strategije poklicnega zapiranja: strategijo izključevanja, strategijo demarkacije, strategijo vključevanja in strategijo dvojnega zapiranja. **Dominantne skupine** izvajajo dve vrsti strategij: strategije izključevanja in strategije demarkacije.

- Pri *strategijah izključevanja* gre za intrapoklicno (*intra-occupational*) nadzorovanje internih zadev, ki jim omogoča omejiti dostop do njihovega položaja (npr. kriteriji vstopa v poklic, izključevanje tistih, ki se jim zdijo »neprimerni« (Parkin, 1979: 450, v Macdonald, 1995: 131) ali »outsiderji« (Weber, 1978: 342, v Macdonald, 1995: 131)). Primer *spolne izključevalne strategije* je oviranje žensk pri vstopanju v izobraževalne institucije, potrebne za vstop v profesijo.
- Pri *strategijah demarkacije* gre za določanje in nadzorovanje meja lastne profesije. Gre za medpoklicni nadzor zadev sorodnih paraprofesij (*para-professions*); dominantna skupina pa skuša tudi ohraniti prednost pred praktiki na sorodnih področjih. Primer demarkacijskega zapiranja (*demarcationary closure*) je v medicini, kjer zdravniki igrajo ključno vlogo pri definiranju področij kompetentnosti paramedicinskih skupin in dejansko odločajo, ali bodo

neko znanje, večino pripisali subordinirani skupini ali pa bo postala del medicinske prakse. *Spolne demarkacijske strategije* so očitne tam, kjer dominantni poklici obdajajo ženske na sorodnem področju kompetentnosti/pristojnosti. Demarkacijsko zapiranje pa se precej prekriva z Larkinovim (1983, v Walby, Greenwell et al., 1994: 63) konceptom *poklicnega imperializma*, ki zajema način, na katerega en poklic lahko uveljavlja moč nad drugimi zavoljo lastnih koristi; poklicni imperializem je še posebej pomemben pri analizi zdravstvenega dela, kjer ima medicina pomembno vlogo pri strukturiranju sorodnih poklicev. Velik del 20. stoletja je medicina oblikovala naravo zdravstvene nege s praksami, kot je na primer vključevanje zdravnikov v izobraževanje v zdravstveni negi in v imenovanje oddelčnih medicinskih sester. V zadnjih desetletjih pa zdravstvena nega to vse bolj odklanja.

Subordinirane skupine (na primer ženske iz svojega strukturno podrejenega položaja) pa uporabljajo strategije vključevanja in strategije dvojnega zapiranja.

- Pri *strategijah vključevanja*, ki predstavljajo nasprotje strategij izključevanja, gre za to, da si subordinirane skupine prizadevajo postati pripadniki poklica, iz katerega so izključene (na primer poskusi žensk v 19. stoletju, da bi vstopile v medicinsko profesijo – več o tem v poglavju 2.4).
- To, da subordinirane skupine uporabljajo *strategije dvojnega zapiranja*, pomeni, da na eni strani kljubujejo intrapoklicnemu nadzorovanju njihovih kompetenc s strani dominantnih profesij (subordinirane skupine skušajo prodirati navzgor, prizadevajo si ustvariti svoje lastno poklicno področje in ga ločiti od drugih), po drugi strani pa si prizadevajo za konsolidiranje svojega lastnega položaja s pomočjo izključevanja (zapiranja navzdol) (Nettleton, 1995: 199–200; Macdonald, 1995: 131–132; Walby, Greenwell et al., 1994: 63).

Giddey (1995: 138) pravi, da je ena izmed značilnosti vedenja profesionalcev v institucijah teritorialnost. Vsaka profesionalna disciplina namreč skrbi za demarkacijo obsega in meja svojih vlog in odgovornosti. Temelji za te demarkacije izhajajo iz izobraževanja, kvalifikacij, izkušenj in kliničnih funkcij, ki so ekskluzivne oziroma monopolne. Medtem ko so te demarkacije koristne zaradi jasnosti, pa so po drugi strani rigidne na ta način, da se je profesionalcem težko prilagoditi spreminjajočim se organizacijskim zahtevam. Tako na primer hierarhije intraprofesionalno in interprofesionalno komunikacijo lahko upočasnjujejo in jo delajo neučinkovito.

Profesionalizacijski proces kot strategija poklicnega monopola ima po Turnerju (1995: 137–138) tri pomembne dimenzije.

1. Produkcija in ohranjanje sistema posebnega (»ezotričnega«) znanja, ki za uporabljanje zahteva precej interpretacije. Da pa bi ta sistem znanja ohranili, poklic zahteva formalno izobraževanje in sistematične zahteve za vstop, za vse to pa je potreben univerzitetni sistem izobraževanja.
2. Profesija si prizadeva za ohranjanje/zagotavljanje klientele za svoje storitve, to pa vključuje različne izključevalne prakse, pri čemer so konkurenčni poklici subordinirani oziroma odstranjeni s tržnega prostora. Ta dostop do klientov pa zahteva zakonodajo, pri čemer je viden pomen države pri ohranjanju profesionalnega monopola.
3. Profesionalna skupina si prizadeva za ohranjanje določenih privilegijev pri delu in nujenju storitev, in sicer za ohranjanje avtonomije pri izvajanju strokovnega dela in v odnosu s klientom. Profesije nasprotujejo dequalifikaciji, vključeni v menedžerske strategije na delovnem mestu, ki fragmentira in rutinizira delovne odnose med ekspertom in klientom.

Lockwood (1958, v Turner, 1995: 138) pravi, da profesionalna strategija od poklica zahteva, da si zagotovi položaj glede na razred, trg in status.

Medicinska profesija je pri mnogih raziskovalnih projektih in teoretičnih pristopih v sociologiji profesij predstavljala model za določanje ključnih značilnosti in elementov funkcionalne logike profesij ter za analiziranje uspešnih profesionalizacijskih procesov (npr. Freidson, 2001; Larson, 1977; Parry in Parry, 1976, v Blättel-Mink, Kuhlmann, 2003: 4). Blättel-Mink in Kuhlmann (2003: 5) pravita, da medicinska profesija v veliki meri določa merila za uspešnost ali neuspešnost profesionalnega projekta, kar pa vodi k percepciji, da obstaja le *en* možen profesionalizacijski projekt in ena *uniformna* strategija profesionalizacije, profesionalni projekti, ki nimajo določenih kriterijev, pa so devalvirani in označeni kot »polprofesije«.

2.4 ZDRAVSTVENE PROFESIJE IN SPOL

Pri sociološkem proučevanju profesij je dominirala medicina⁸. Celo v medicinski sociologiji je bilo bistveno manj zanimanja za zdravstveno nego in ostale poklice, tako da so bili ti v 60.

⁸ Carpenter (1993: 95) pravi, da mnogi sociologi menijo, da so z obravnavanjem skupine zdravnikov »pokrili« glavne poklicne akterje v zdravstvu.

letih označeni kot »polprofesije«. Spolne delitve dela niso problematizirali in pojasnjevali, ampak so jo imeli za samoumevno. Z vplivom feminizma v 70. letih pa se je to začelo spreminjati⁹. To, da je profesionalizirana medicina popolnoma moška in mnoge od polprofesij pretežno ženske, ni bilo več samoumevno, temveč je postalo področje, primerno za sociološko raziskovanje. Konvencionalni pristopi k profesijam so po mnenju feminističnih avtorjev spolno slepi (*gender-blind*) (Witz, 1992, v Coburn, Willis, 2003: 386). Feminizem se je osredotočil na ženske kot negovalke/oskrbovalke in na ženske kot pacientke¹⁰. Feministični raziskovalci so kritizirali spolni (*gendered*) značaj medicinskega dela, medicino so opisovali kot patriarhalno institucijo (na primer Ehrenreich in English, 1978; Oakley, 1980, v Riska, 2005: 149), medicinsko profesijo pa kot profesijo, ki jo sestavljajo moški (po Gabe, Bury, Elston, 2004: 166–167; Coburn, Willis, 2003: 386; Riska, 2005: 149). Turner (1995: 130) pravi, da feministična kritika medicinsko profesijo vidi kot privilegirano poklicno skupino, ki izvaja patriarhalno avtoriteto in kontrolo nad subordiniranimi družbenimi skupinami, še posebej nad ženskami.

Po Turnerju (1995: 131) v delitvi dela v zdravstvu ženske še naprej funkcionirajo kot subordinirana delovna sila, to značilnost ženskega dela v medicini pa prepričljivo ilustrirata primera zdravstvene nege in babištva. Joseph (1994, v Turner, 1995: 131) pravi, da je v okviru razprav o spolu (*gender*) in patriarhiji še posebej pomembna profesija zdravstvene nege¹¹. Feministični avtorji zdravstvene nege niso opisovali le kot skrbstveno profesijo, ampak tudi kot subordinirano žensko profesijo (Abbott in Wallace, 1990; Witz, 1992; Davies, 1995, v Riska, 2005: 149). Po Walby in Greenwell et al. (1994: 68) so »ženski« poklici manj plačani, kader je manj izobražen, imajo pa tudi nižji status kot »moški« poklici, kar seveda vpliva na delovne odnose med profesijami. V številnih primerih napetosti med zdravniki in medicinskimi sestrami predstavljajo napetosti med moškimi in ženskami; eden od takih primerov je na primer »pospravljanje«, pri čemer zdravniki (večinoma moški) od medicinskih sester (večinoma žensk) pričakujejo, da bodo za njimi pospravljale (tako kot to doma mož pričakuje od žene).

⁹ Razvoj »žensko-orientiranih« pristopov v sociološki teoriji je bil bolj kot na katerem koli drugem področju očiten na področju zdravstva (Coburn, Willis, 2003: 386).

¹⁰ Vendar Carpenter (1993: 95) pravi, da je v primerjavi s hitro naraščajočo literaturo o odnosu med pacientkami in zdravniki medicinskim sestram posvečene zelo malo pozornosti.

¹¹ Prizadevanja zdravstvene nege za profesionalizacijo je mogoče postaviti v kontekst patriarhalizma kot enega osrednjih družbenih konceptov (Turner, 1995: 145–147). Po Pahorjevi (1997: 48) je zdravstvena nega tipičen primer patriarhalne podreditve žensk. V bolnišnici se oblikuje klasična triada: zdravnik je mož in oče, gospodar, racionalen, odločen, oddaljen; medicinska sestra je mati, gospodinja, je čustvena, podrejena, blizu in stalno prisotna; bolniki so otroci, ki so nemočni in morajo ubogati, zaupati materi in spoštovati ter se bati očeta. To freudovsko razumevanje odnosov v bolnišnici odseva razmerja v patriarhalni družini 19. stoletja.

Patriarhija je po Witzovi (1992, v Turner, 1995: 131) splošna značilnost profesionalne dominance in ne posebnost oziroma posebna značilnost zdravstvenih profesij. Identificiranje spolne strukture medicine, spolnega značaja profesionalnih projektov v zdravstvu in spolne strukturiranosti profesij, delo britanskih sociologov (na primer Witz, 1992; Davies, 1996, v Riska, 2005: 149), predstavlja pomemben prispevek v sicer spolno nevtralni literaturi o zdravstvenih profesijah in poklicih.

Anne Witz (1992) je razširila koncepte, ki so tvorili analizo profesionalizacije medicine, še posebej področje družbenega zapiranja s pomočjo potrdil/spričeval oziroma uporabe zakonodaje, ter razvila bolj splošen model spolnih (*gendered*) profesionalnih projektov. Na primerih razvoja medicine, zdravstvene nege, babištva in radiološkega inženirstva v Veliki Britaniji je raziskovala strategije teh različnih skupin za izboljšanje svojega statusa, s prizadevanjem za uzurpacijo privilegijev superiorne skupine ali za izključevanje inferiorne skupine oziroma za oboje (Gabe, Bury, Elston, 2004: 167). Riska in Wegar (1993, v Coburn, Willis, 2003: 386), Witz (1992, v Coburn, Willis, 2003: 386) ter drugi so se oprijeli teorije zapiranja kot načina pojasnjevanja subordinacije žensk v zdravstvenem varstvu in medicini. Zdravstvene poklice so videli kot področja izključevanja in uzurpacije, pri čemer je bil največji izključevalni kriterij spol; vendar pa so tudi profesije, v katerih so dominirale ženske, same poskušale subordinirati ženske alternative (strategija dvojnega zapiranja).

V sistemu zdravstvenega varstva večino subordiniranih zdravstvenih profesij sestavljajo ženske. Tako se je delitev dela v zdravstvu razvila v obliko, za katero je značilno, da večinoma moška medicina kontrolira večinoma žensko skupino, ki opravlja pomočniško vlogo. Ženski skrbstveni poklici pa so postali del formalne delitve dela v zdravstvu v času, ko je bilo splošno predvideno, da naj bi se vloge žensk v javni sferi približale tistim v gospodinjstvu (tj. skrbstvena vloga in gospodinjstvo namesto »strokovnega« zdravljenja) (Coburn, Willis, 2003: 386). Turner (1995: 143) pravi, da je poklicu, v katerem je velik delež žensk, proces profesionalizacije otežen.

Razprave o spolu pa se razločujejo glede na to, ali je spol konceptualiziran na socialno psihološkem nivoju (kot pri Gilligan, 1982, v Walby, Greenwell et al., 1994: 64) ali na strukturnem nivoju (kot v delu Witzove, 1992, v Walby, Greenwell et al., 1994: 64). Pri prvi teoriji gre za to, da so spolni atributi pogosto percipirani kot rezultat socializacije in so močno ukoreninjeni v posameznikov ustroj; poklic in poklicno vedenje pa sta stvar izbire na osnovi

posameznikovih vrednot. Pri drugi teoriji pa je spol predstavljen kot rezultat struktur, vključno z družino, državo in trgom delovne sile; na položaj poklica v zaposlitveni hierarhiji se gleda kot na rezultat struktur razmerij moči. V tem primeru je nizek položaj zdravstvene nege v primerjavi z visokim položajem zdravnikov povezan s širšim položajem žensk v družbi, kjer imajo ženske manjšo formalno politično moč (Walby, Greenwell et al., 1994: 64).

Pri pogledu na zdravstvene profesije s spolne perspektive zdravstveno nego največkrat percipiramo kot žensko, medicino pa kot moško profesijo. Riska in Wegar (1993: 89) pravita, da so pri proučevanju medicinske profesije sociologi do zgodnjih 70. let 20. stoletja zanemarjali obstoj zdravnic. V klasičnih socioloških delih so študente medicine in zdravnike videli izključno kot moške (Lorber, 1975, v Riska in Wegar, 1993: 89). Z vplivom feminizma in naraščajočim deležem zdravnic (in tudi vse večjim deležem študentk medicine) pa se je pozornost sociologije usmerila tudi na ženske v medicinski profesiji.

Ženske so bile iz medicine najprej izključene, potem pa z nejevoljo sprejete (Coburn, Willis, 2003: 386). Prizadevanje žensk v 18. stoletju za vstop v medicino dobro ponazarja strategijo vključevanja. Sarah Nettleton (1995: 200–201) pravi, da je avtonomno profesijo medicine legitimiral Medical Registration Act iz leta 1858, po katerem prakso lahko izvajajo le »legalno oziroma primerno kvalificirani zdravniki«. Ta akt govori o posameznikih in sam po sebi ne izključuje žensk. Vseeno pa so bile ženske v Veliki Britaniji izločene iz medicine, saj jim ni bilo dovoljeno študirati in se usposobiti na katerikoli od priznanih izobraževalnih institucij. Torej so bili viri moške moči učinkoviteje institucionalizirani na moderni univerzi in v profesionalnih združenjih kot pa v državni zakonodaji. To, da so bili ti položaji moči končno osvojeni, je zasluga vztrajnosti številnih žensk. Zgodbe o boju žensk za to, da so lahko postale zdravnice, so slikovito dokumentirane (Jex-Blake, 1886; Stacey, 1988; Witz, 1992; Roberts, 1993, v Nettleton, 1995: 201). Te ženske, kot so Elisabeth Garrett Anderson, Sophia Jex-Blake in Edith Petchy, so se soočale s številnimi boji, diskriminacijo in žalitvami s strani moških profesionalcev. Na primer opisujejo, da ko se je skupina žensk končno uspela udeležiti izpita v Edinburghu, »se je pred poslopjem zbrala številna množica, »mladi moški, ki so bili med nami, ter kadili in si podajali steklenice viskija, medtem ko so nas žalili v najslabšem možnem jeziku«, pa so jim pred nosom zaloputnili vrata.« (Witz, 1992: 90, citira Sophio Jex-Blake, 1886: 92, v Nettleton, 1995: 201) Med izpitom pa so se izgretniki spustili celo tako nizko, da so v izpitno dvorano porinili ovco!

S prizadevanjem za separatistično taktiko je bila leta 1874 osnovana *London School of Medicine for Women*. Ta taktika pa je bila na začetku onemogočena zato, ker je bil potreben dostop v učne bolnišnice, njihove izpite pa bi morala priznati ena izmed obstoječih izpitnih komisij. Končno jo je leta 1876 priznal Kings and Queens College of Physicians na Irskem. Leta 1877 pa je bilo tudi v Dublinu pet žensk (vodila jih je Sophia Jex-Blake), ki so študirale v Edinburghu, vpisanih v register. Ti zgoščeni prikazi iz zgodovine ilustrirajo tezo Witzove, da so bili glavni položaji patriarhalne moči locirani v civilnih institucijah, na univerzah, kolidžih in v združenjih. Pri moški strategiji poklicnega zapiranja je šlo predvsem za zagotavljanje podpore in priznanja s strani države, v nasprotju s tem pa je ženski profesionalni projekt zahteval spopad z moško močjo, ki je bila močno zasidrana v civilni družbi (Nettleton, 1995: 200–201).

Po drugi svetovni vojni se je naglo povečal delež študentk medicine, ne pa še delež žensk v praksi (za razliko od nekaterih vzhodnoevropskih držav). Kljub nastopu močnih ženskih gibanj pa so medicino še vedno prežemale patriarhalne ideologije in strukture ter zagotavljale, da so ženske zadrževali v »ženskih medicinskih enklavah« z nizkim statusom, kot sta pediatrija in družinska medicina¹² (Riskin in Wegar, 1993, v Coburn, Willis, 2003: 386). Tiste ženske, ki so bolj uspešne, so ali v ženskih enklavah ali pa so maskulinizirane. Riskin in Wegar (1993: 78) pravita, da je raziskovanje zdravnic v Združenih državah (Carpenter, 1977; Walsh, 1977; Farrell et al., 1979; Rinke, 1981; Morantz et al., 1982; Lorber, 1984; Graves in Thomas, 1985; Drachman, 1986, v Riskin, Wegar, 1993: 78) in v Britaniji (Elston, 1977, 1980; Allen, 1990, v Riskin, Wegar, 1993: 78) pokazalo, da je v medicinski profesiji prisotna jasna spolna segregacija. Ženske so nadreprezentirane na področjih, ki so jih sociologi označili kot tiste z nizkim profesionalnim statusom (npr. splošna medicina, družinska medicina, anesteziologija in pediatrija), kot profesorice, raziskovalke ali upravljavke v menedžmentu oziroma soustvarjalke politik v organizaciji zdravstvenega varstva pa so ženske podreprezentirane. Blättel-Mink in Kuhlmann (2003: 2) pravita, da se na ženske po eni strani gleda kot na dejavnike sprememb, po drugi strani pa se na njihovo vstopanje na profesionalna področja pogosto gleda kot na grožnjo deprofesionalizacije. Aktualen primer iz slovenskega prostora, ki priča o zakoreninjenosti patriarhalne ideologije, je prispevek zdravnika Marjana Fortune z naslovom *Feminizacija medicine*, objavljen v letošnji (2006) februarški številki

¹² Zdravnice težijo k delovanju v specialnostih, ki ustrezajo njihovim domnevnim, tradicionalnim ženskim lastnostim: na področjih primarnega zdravstvenega varstva, kjer je veliko interakcij, ter na področjih, kjer skrbijo za otroke in ostarele, kot so na primer pediatrija, otroška psihiatrija in geriatrija. V nasprotju s tem pa so področja medicine, kjer dominirajo moški, tista, kjer je malo interakcije in tista, ki jih povezujejo s herojstvom, kot so na primer kirurgija, športna medicina in interna medicina (Riskin, 2005: 150).

glasila ISIS (glasila Zdravniške zbornice Slovenije): »Za zdravnice je praviloma značilno, da so pridne študentke, ki hitro dokončajo študij in so dobre ter vestne zdravnice. Dosežejo tudi visoke akademske stopnje, vendar so večinoma le nekoliko manj ambiciozne in manj agresivne ter največkrat bolj zadovoljne s svojim poklicem in vrednotenjem njihovega dela. Tako je tudi vodilnim strukturam v zdravstvu pogodu, če imajo čim manj »troublemakerjev«, ker jih je lažje obvladovati kot bolj agresivne moške, ki stalno nekaj »težijo« in zahtevajo več, kot jim je družba sposobna ali pripravljena nuditi«. Avtor feminizacijo medicine vidi kot enega (pomembnih) dejavnikov pomanjkanja zdravnikov v Sloveniji in se zavzema za omejitev vpisa žensk na medicinsko fakulteto na največ 50 odstotkov!

2.5 NOVI IZZIVI ZDRAVSTVENIH PROFESIJ V POZNI MODERNI DRUŽBI – UPADANJE MEDICINSKE MOČI?

Od poznih 80. let 20. stoletja dalje je prihodnost medicinske avtonomije oziroma profesionalne moči in avtoritete postala ena pomembnejših tem v britanski in ameriški medicinski sociologiji. Mnogo literature (Gabe et al., 1994; Hafferty in McKinlay, 1993, v Gabe, Bury, Elston, 2004: 178) obravnava vprašanje, v kolikšni meri je ena od predpostavk medicinske sociologije iz 70. let postala zastarela in če je, zakaj; ta predpostavka pa je, da je medicina profesija z zelo visoko stopnjo avtonomije, to je legitimnega nadzora nad mnogimi vidiki svojega dela, in dominantni poklic v delitvi dela v zdravstvu ter dominantni glas v zvezi z zdravstvenimi zadevami/vprašanji v družbi.

Pri kritičnem pogledu na profesionalno moč je bistvena *analiza pridobivanja medicinske avtonomije*, ne le kot funkcionalnega družbenega odziva na probleme obvladovanja bolezni v industrijskih družbah, temveč kot rezultat uspešnega profesionalizacijskega projekta medicine. Če pa je pridobitev profesionalne avtonomije rezultat specifičnih zgodovinskih in političnih okoliščin, to pomeni, da bi njihove spremembe lahko imele posledice za moč profesij, kot je na primer medicina. Vendar pa je v primerjavi z mnogimi drugimi poklici družbena in kulturna avtoriteta medicinske profesije bila in je še precejšnja. Celo tisti, ki pravijo, da se dogajajo velike spremembe, to vidijo kot potekajoči proces in ne zaključeno transformacijo; poleg tega tisti, ki trdijo, da medicinska avtonomija slabi, to povezujejo s transformacijo, ki vpliva na družbo nasploh in zato tudi na poklice. V tem smislu medicinska avtonomija lahko oslabi, vendar pa bo relativna dominanca in prednost medicine pred ostalimi poklici ostala nespremenjena. Razen tega pa je medicinska avtonomija kompleksen,

večplasten fenomen in ni nujno, da spremembe enega vidika profesionalne moči vplivajo na druge vidike (po Gabe, Bury, Elston, 2004: 178–179). Tudi Nettletonova (1995: 207) pravi, da je medicinska profesija v NHS (*National Health Service*) ostala dominantna poklicna skupina, vendar so meje poklicne kontrole fluidne, saj nanje vplivajo širši socioekonomski in politični procesi. Verjetno pa se bo spremenil obseg, do katerega medicinska profesija ohranja kontrolo nad sorodnimi paraprofesijami kot tudi kontrolo pogojev njihovega dela. Medicinska dominanca je torej relativen koncept. Freidson (1986, v Nettleton, 1995: 207) je to relativnost poudarjal kljub kritikam, ki so napeljevale na to, da je takšna dominanca v upadanju. Te kritike, predstavljene v tezah deprofesionalizacije in proletarizacije, predpostavljajo, da so zdravniki vse bolj podvrženi zunanjim oblikam regulacije in da izgubljajo kontrolo nad vsebino svojega dela, skratka da smo priča koncu profesionalne avtonomije in zato tudi dominanc.

Proletarizacijska teza (Oppenheimer, 1973; McKinlay in Stoeckle, 1988, v Nettleton, 1995: 207) predpostavlja, da bo medicina (tako kot vsi drugi poklici) postala vse bolj inkorporirana v kapitalistični sistem, z neizogibno posledico, da ji bodo odvzeli kontrolo nad proizvodnimi sredstvi. Nadalje, ko bodo postale podvržene kontroli menedžmenta, pa bodo medicinska in sorodne profesije postale vse bolj odtujene od svojega dela. Oppenheimer (1973: 213, v Turner, 1995: 135) proletarizacijo definira kot proces, ki vključuje naslednje značilnosti:

- obsežna delitev dela, pri kateri delavec izvaja omejeno število nalog;
- pogoje dela, naravo delovnega mesta in značilnosti delovnega procesa determinirajo višje avtoritete in ne delavec sam;
- primarni vir prihodka je plača, le-to pa determinira trg in ne posameznikovo pogajanje;
- da bi se delavci zavarovali pred transformacijami svojega dela, morajo formirati združenja in se tako kolektivno pogajati za izboljšave.

Razvoj birokratskega organizacijskega sistema tako ustvarja proletarske delovne pogoje in vse dokler bodo profesionalci delovali pod temi pogoji, bodo proletarizirani. In ker medicinska profesija vse bolj deluje v birokratskih okoljih, lahko pričakujemo upad statusa teh poklicev ter spodkopavanje njihovega profesionalizma. Coburn in Willis (2003: 382, 384) pa pravita, da mnogi analitiki, še posebno tisti v Združenih državah, verjamejo, da v proletarizacijo vodi kontrola zdravstvenega sektorja s strani korporacij (oziroma države).

Deprofesionalizacijska teza (Haug, 1988, v Nettleton, 1995: 207) pa se manj osredotoča na odnos profesionalcev do države in bolj na njihov odnos do klientov ter še posebej na kulturno

krizo moderne medicine in dvome o njeni učinkovitosti, ki vodijo v vse večji skepticizem uporabnikov. Vendar pa moramo biti tu pazljivi; kot opozarja Elston (1991, v Nettleton, 1995: 208), je težko oceniti veljavnost teh teorij, saj sta nastali v Združenih državah Amerike, kjer doživljajo vse večjo birokratizacijo zdravstvenega sistema in je bolj odkrito kapitalistična pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Vseeno pa sta poučni, saj usmerjata pozornost na negotovo/nezanesljivo naravo profesionalne moči. Weiss in Fitzpatrick (1997, v Coburn, Willis, 2003: 384) koncepta deprofesionalizacije in proletarizacije ne interpretirata kot alternativna vidika izzivov medicine, temveč kot popolnoma različna procesa. Trdita, da se proletarizacija nanaša na poklicno kontrolo, medtem ko deprofesionalizacijo povezujeta z demistifikacijo medicinskega znanja.

Narava medicinskega dela se torej spreminja in medicina je na začetku 21. stoletja postavljena pred nove izzive na številnih področjih. Gabe, Bury in Elston (2004: 178–179) pravijo, da na osnovi literature lahko identificiramo tri glavne vire teh izzivov: prvi je vključenost tretjih strani (*third party*) pri financiranju oziroma organiziranju zdravstva/zdravstvenega varstva, drugi so uporabniki zdravstvenih storitev in tretji ostali zdravstveni poklici.

1. Prvi je naraščajoča in spreminjajoča se oblika **vključenosti tretjih strani** pri financiranju oziroma organiziranju zdravstva/zdravstvenega varstva. Tako v Veliki Britaniji glavne reforme NHS (*National Health Service*, sistem zdravstvenega varstva) od 80. let dalje, ki vključujejo uvajanje bolj tržno naravnane etosa in strukture, mnogi vidijo kot napad na dominanco izvajalcev in izvzetost profesionalcev iz zunanjega nadzora. V Združenih državah pa ekspanzijo profitnih zdravstvenih korporacij, premik k »vodenemu zdravljenju« (*managed care*) in s tem povezan novi finančni menedžment zdravstvene prakse pozdravljajo kot poseganje v pravice profesij s strani organiziranih interesentov, ki vse bolj kupujejo zdravstvene storitve v imenu pacientov.
2. Druga vrsta izzivov pa se nanaša na **uporabnike zdravstvenih storitev**, na javnost. Na eni strani gre za porast potrošništva pri individualnih uporabnikih, ki zavračajo (oziroma so spodbujeni k zavračanju) pasivno zaupanje v medicinsko znanje: zavračanje se kaže v porastu pritožb in navedb o malomarnem ravnanju ter v aktivnejšem vključevanju v klinično odločanje (laiki in uporabniki zdravstvenih storitev postajajo tudi bolj izobraženi) oziroma v vse večji uporabi alternativne medicine. Bolj kolektiven potrošniški izziv pa predstavljajo skupine za samopomoč in družbena gibanja, kot sta na primer gibanje za žensko zdravje ali aktivizem za pravice gejev v povezavi s HIV-om/AIDS-om.

To, kar identificirajo tisti sociologi, ki menijo, da izzivi za medicinsko avtonomijo v glavnem izhajajo iz javnosti, je proces kulturne spremembe, za katerega je bil skovan izraz »deprofesionalizacija« (tj. »upad medicinske avtoritete nad pacienti«, Haug, 1975, v Coburn, Willis, 2003: 384). Po eni strani zagovorniki te pozicije trdijo, da je javnost bolj informirana, kritična, manj nagnjena k spoštljivosti do strokovnjakov, kar pa je proces, ki ga pospešuje široka medijska pokritost določenih incidentov zaradi medicinske malomarnosti (eden od takih primerov je Shipmanov primer, v katerem je bil britanski splošni zdravnik obsojen umora velikega števila starejših pacientov). Po drugi strani pa z vse večjo specializacijo in kompjuterizacijo strokovno znanje postaja bolj obvladljivo in dostopno za »outsiderje«. Vrzel v znanju med profesijo in javnostjo tako postaja vse manjša.

Tako korporatizacija kot deprofesionalizacija pa sta bili deležni precejšnjih kritik (na primer Hafferty in McKinlay, 1993, v Gabe, Bury, Elston, 2004: 181). Pojmovani sta bili kot nezadostno zgodovinsko osnovani in preveč posplošeni na osnovi specifičnega, kratkoročnega ameriškega razvoja. Freidson trdi, da oba sklopa ugotovitev kažeta na podcenjevanje organiziranega značaja medicinske profesije in pravi, da bi morali biti sociologi bolj kot na zunanji nadzor medicine pozorni na vse večjo notranjo stratifikacijo profesije. Z izpopolnjenimi disciplinarnimi postopki, širjenjem kliničnih vodil in protokolov ter pojavom novih kadrov medicinskih menedžerjev, po Freidsonu (1994, v Gabe, Bury, Elston, 2004: 181) profesionalna elita vse bolj dominira nad navadnimi zdravniki. To je tisto, kar lahko oslabi koherentnost in zato avtonomijo profesije. Coburn in Willis (2003: 384) pravita, da je medicina postala interno fragmentirana oziroma stratificirana ravno v času, ko je priča številnim zunanjim izzivom.

3. Tretji vir izzivov za medicino pa predstavljajo **ostali zdravstveni poklici**. V zadnjem času se na primer razvijata izobraževanje in praksa zdravstvene nege, na primer z vključevanjem šol za zdravstveno nego v univerze in s širjenjem vloge medicinskih sester na področja, ki so prej veljala za medicinsko odgovornost. Podobno se razvijajo tudi nekateri drugi poklici, označeni kot »medicini sorodne profesije«, kot sta na primer fizioterapija in farmacija.

Blättel-Mink in Kuhlmann (2003: 5) pravita, da je medicinska profesija po dolgem obdobju naraščajočega ugleda in statusa v večini zahodnih družb postala podvržena procesom restrukturiranja, ki povzročajo boje za ohranjanje statusa, medtem ko se nekatere druge profesije na novo formirajo in doživljajo družbeno mobilnost navzgor, kar je opazno še

posebej na področjih zdravstvene nege in babištvu (prim. Broadbent, 1998; de Vries et al., 2001, v Blättel-Mink in Kuhlmann, 2003: 5). V času splošnega pomanjkanja resursov v sistemu zdravstvenega varstva, kjer stroški storitev vzbujajo vse več pozornosti, na statusu pridobivajo prav tiste profesije, ki so bile prej razvrednotene.

V ospredje prihajajo nove organizacijske oblike, novi modeli (zdravstvene) oskrbe in nove zahteve glede profesionalnih kompetenc in dela. Integrirani koncepti oskrbe, mreženje (*networking*), »vodeno zdravljenje« (*managed care*) in »vodenje primerov« (*case management*) kot tudi avtonomija in samoodločanje (informirani pristanek – *informed consent*) pacientov in klientov so ključni koncepti razvoja, pri katerem so naloge in delovne razporeditve zdravstvenih profesij reorganizirane. Ekskluzivna pravica medicinske profesije, da definira potrebe družbe po zdravstveni oskrbi, postaja vse bolj vprašljiva. Blättel-Mink in Kuhlmann (2003: 5) pravita, da je vse več dokazov za to, da del zdravnikovega dela lahko učinkovito opravijo drugi zdravstveni profesionalci, še posebej medicinske sestre, ne da bi to vplivalo na izide (npr. Richards et al., 2000, v Blättel-Mink, Kuhlmann, 2003: 5). Posledica teh sprememb je postopno izginjanje *enega* idealnega tipa profesionalca (moškega), ki ustreza podobi profesionalizma, hkrati pa tudi ne obstaja enoten profesionalni projekt, ki bi predstavljal ustrezen odgovor na današnje družbene izzive. Odgovori na vprašanja, kot so koga štejemo kot strokovnjaka/eksperta in katere strategije smatramo kot profesionalne, niso več natančno definirani, ampak vse bolj postajajo stvar pogajanj (po Blättel-Mink, Kuhlmann, 2003: 1–2, 5).

Razumevanje medicinske moči, konceptov avtonomije in dominance se spreminja; vse te spremembe pa se ne dogajajo v vakuumu, ampak so odraz sprememb v širši družbi, ki pred medicino postavljajo nove izzive. Po Hafferty in McKinlay (1993, v Coburn, Willis, 2003: 385) so izzivi, s katerimi se sooča medicina, družbeni in kulturni, ne le organizacijski oziroma tehnični. Coburn in Willis (2003: 379, 384, 390) pravita, da nobeden od avtorjev ne trdi, da medicina ni še vedno najmočnejša profesija na področju zdravja in zdravstvenega varstva, vprašanje pa je, ali je še tako močna, kot je bila nekoč. Pravita, da je več konsenza o upadu medicinske kontrole nad zdravstveno politiko, kontekstom oskrbe, kot pa konsenza o upadu na drugih področjih medicinske moči. Kljub temu, da ni več tako močna kot nekoč, medicina še vedno ohranja veliko profesionalne avtonomije, svojega monopola, njena družbena in kulturna avtoriteta pa upadeta. Ironično pa je, da se vse to dogaja ravno v času naraščajoče

medikalizacije in znanstvenih medicinskih inovacij; medtem ko se strokovno znanje izpopolnjuje, se danes na medicinsko znanje gleda s postmodernim skepticizmom.

3. TEMELJNE ZNAČILNOSTI RAZVOJA IN UVELJAVLJANJA MEDICINE IN ZDRAVSTVENE NEGE

Medicina in zdravstvena nega naj bi se razlikovali glede na funkcijo, ki jo opravljata v zdravstvenem sistemu; področje zdravnikovega dela je diagnosticiranje in zdravljenje, medtem ko je področje dela medicinske sestre skrb¹³ (Walby, Greenwell et al., 1994: 10–11). V tej luči je aktualna diskusija o »*cure*« (zdravljenje) in »*care*« (skrb) vidiku zdravljenja. Po Moonu (1995: 52–53, 61) dominanco medicinske profesije (in s tem tudi dominanco koncepta »*cure*« nad konceptom »*care*«) lahko zasledimo že davno v preteklosti, v podreditvi tradicije Hygeie (grška boginja zdravja) Asklepijevi (grški bog zdravljenja) tradiciji. Asklepijeva tradicija poudarja kirurgijo in interveniranje s pomočjo uporabe zdravil (tj. primernih zelišč), gre torej za poseganje v telo. Asklepijevo tradicijo izenačujemo z zdravljenjem (*cure*). V nasprotju s tem pa tradicija Hygeie poudarja razumen življenjski slog, čistočo, higieno, harmonijo; zdravje reflektira življenjski slog ljudi in njihove življenjske pogoje, zato bolezen lahko odpravljamo z izboljševanjem teh okoliščin. Tradicijo Hygeie izenačujemo s skrbjo (*care*). Pri tem gre torej za ločevanje zdravljenja (Asklepij) od skrbi (Hygeia), pa tudi za temelj spolne delitve zdravstvene oskrbe: Hygeia je s porastom znanja o notranji strukturi telesa (s čimer je Asklepijeva medicina postala učinkovitejša) postala podrejena Asklepiju, njeno področje delovanja pa so videli kot manj moško in manj napredno. Sullivan in Deane (1994, v Jackson, Borbasi, 2002: 64) pa pravita, da se na skrb (tako kot na zdravstveno nego) gleda kot na tradicionalno žensko aktivnost, ki nima takšne moči in statusa kot moške aktivnosti, na katere se sklicujejo zdravniki/tisti, ki zdravijo.

Pojmovanje teh dveh konceptov kot antagonističnih in v hierarhičnem razmerju pa je danes potrebno preseči, saj je v sodobnem, holističnem pristopu do pacienta za zagotavljanje kakovostne obravnave potrebno konstruktivno prepletanje obeh konceptov. Vse bolj postaja

¹³ Po definiciji Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN, <http://www.icn.ch/definition.htm>) zdravstvena nega obsega avtonomno in sodelovalno skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne in zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promocija varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike, pri upravljanju zdravstvenih sistemov in pri izobraževanju.

jasno, da ne sam koncept *care* ne sam koncept *cure* ne moreta ustrezno odgovoriti na zahteve sodobne obravnave pacientov. Williams (1997, v Jackson, Borbasi, 2002: 64) celo pravi, da je skrb (*care*) osnova zdravljenja (*cure*), King in Norsen (1994, v Jackson, Borbasi, 2002: 64) pa trdita, da pojmovanje konceptov »*care/cure*« izključno kot domene posamezne profesije – ali zdravstvene nege (*care*) ali medicine (*cure*) – ni sprejemljivo, saj tako zdravniki kot medicinske sestre pri svojem delovanju združujejo obe dimenziji.

Na medpoklicna razmerja med medicinskimi sestrami in zdravniki (in s tem tudi na razmerje med vidikoma *care* in *cure*) pomembno vpliva uveljavljenost določene profesije v družbi, njen položaj v strukturi moči in ugled, ki ga uživa, vse to pa je rezultat zgodovinskega razvoja poklica, družbenega konteksta oziroma družbenih razmer, v katere je postavljen, strukturnih dejavnikov, sistema znanja, ki ga poseduje, in uspešnosti kolektivnega delovanja pripadnikov poklica, torej uspešnosti profesionalizacijskega projekta.

3.1 PROFESIONALIZACIJA MEDICINE

Pri medicini gre sicer za uspešen profesionalizacijski projekt, vendar medicina svojega ugleda in moči nima »od nekdanj« oziroma ju ni pridobila spontano, ampak je to rezultat določenega procesa. Pahor (2006: 30) na primer pravi, da zgodovinska analiza uveljavljanja zdravniške profesije (npr. v Veliki Britaniji) kaže, da pri zdravnikih ni šlo za pasivno sprejemanje privilegijev s strani družbe kot nagrade za njihove zasluge, ampak za njihovo aktivno delovanje in njihov pritisk na nekatere družbene institucije. Profesionalnega ugleda in moči jim ni podelila hvaležna družba, ampak so si ju izborili korak za korakom. Po Conradu in Schneiderju (2005: 170) je status medicinske profesije produkt medicinske politične dejavnosti *in* zdravstvenega znanja.

V 18. in na začetku 19. stoletja medicina ni bila preveč cenjena. Medicinski praktiki so imeli relativno nizek družbeni status, saj je bila medicina za paciente učinkovita le v določeni meri (Rosen, 1983, Starr, 1982, v Turner, 1995: 152). Medicinsko »sekaštvo« (pojav raznih medicinskih sekt – poleg »regularnih«/izobraženih zdravnikov so se pojavljali tudi npr. homeopati, zeliščarji), »herojsko« zdravljenje, ki so ga izvajali »regularni« zdravniki (šlo je za invazivne oblike zdravljenja, kot sta npr. puščanje krvi in bruhanje), in neučinkovito zdravljenje so prispevali k nizkemu statusu medicine, ki tedaj ni imela ugleda (Conrad, Schneider, 2005: 171). V drugi polovici 19. stoletja pa sta se zmanjšali incidenca določenih

bolezni in mortaliteta. Izboljšanje zdravstvenega stanja populacije (kuga in gobavost sta skoraj izginili, koze, malarija in kolera pa so postale manj usodne) je vzbudilo optimizem in povečalo zaupanje ljudi v medicino, čeprav vse te izboljšave večinoma *niso* bile rezultat novega medicinskega znanja, medicinskih intervencij ali izboljšane klinične prakse. Bolj kot to so bile rezultat družbenih sprememb, kot so na primer višji življenjski standard, boljše prehranjevanje in stanovanjske razmere ter higiena. Z izjemo cepljenja proti kozam upad teh bolezni ni imel praktično nič opraviti s klinično medicino. Zdravniki so tako pridobili na ugledu, še preden so pokazali kakršno koli učinkovitost (Dubos, 1959, McKeown, 1971, v Conrad, Schneider, 2005: 173; Conrad, 2005: 167). Z razvojem medicinskega znanja in tehnologije pa je (»regularna«) medicina napredovala, dosegala je vse večje uspehe, zdravila je vse več bolezni in tako pridobivala na ugledu. Znanstvena medicina je pripomogla k napredku medicine. Anestezija in antisepsa sta pomembno vplivali na razvoj kirurgije in bolnišnične oskrbe; z bakteriološkimi raziskavami Kocha in Pasteurja se je razvila »bakteriološka teorija bolezni«. Po Freidsonu (1970: 16, v Conrad, Schneider, 2005: 174) so bili dosežki kirurgije in bakteriologije tisti, ki so medicino postavili na znanstveni temelj (Conrad, Schneider, 2005: 173–174). Kot pravi Kelman (1977, v Conrad, Schneider, 2005: 174), se je s pojavom znanstvene medicine razvila enotna paradigma medicinske prakse, ki je temeljila na pogledu na telo kot na stroj (npr. osredotočenje na motnjo v delovanju organov) in na bakteriološki teoriji bolezni. Medicina se je tako »osredotočila na notranje okolje (telo), zunanje (družbo) pa je ignorirala« (Dubos, 1959, v Conrad, Schneider, 2005: 174).

Znanstvena medicina je tako ustvarila ugodne okoliščine za razvoj medicinskega monopola. »Ko je znanstvena medicina dala dovolj zagotovil glede svoje večje učinkovitosti pri obvladovanju bolezni, je to prispevalo k ustvarjanju monopola s pomočjo registracije in licenciranja.« (Larson, 1977: 23, v Conrad, Schneider, 2005: 174). Z zakoni licenciranja je »regularna« medicina tako pridobila legalno uveljavljen monopol nad prakso (Freidson, 1970: 83, v Conrad, Schneider, 2005: 174).

Turner (1995: 151–152) pravi, da je medicina specifičen produkt družbenih razmer na koncu 19. stoletja, vzpona srednjega razreda, pojava bakteriološke teorije, državne podpore na osnovi zakonodaje ter sprememb medicinske prakse, zaradi katerih so medicinske intervencije postale manj nevarne za paciente. Uspeh medicinske dominancije v prvi polovici 20. stoletja je povezan z urbanizacijo, razvojem zdravstvenega zavarovanja, izpopolnjevanjem medicine ter ekspanzijo bolnišnic kot mesta uveljavljanja znanstvene medicine; pomembno vlogo pri tem

pa igra tudi specifičnost medicinskega znanja, ki v določeni meri sicer omogoča rutinizacijo dela in sistematičnost postopkov (in s tem tudi splošno razumevanje), vendar pušča tudi prostor za zdravnikovo interpretacijo¹⁴, s čimer se ohranja relativna nevednost in podrejenost pacienta.

Kljub novim izzivom, s katerimi se v 21. stoletju sooča medicinska profesija (čeprav npr. korporatizacija zaenkrat bolj ogroža medicinsko dominanco v Združenih državah Amerike kot v Sloveniji, sčasoma pa je ta trend najbrž pričakovati tudi pri nas), je njen položaj v družbi še vedno visok, o čemer pričajo visoki dohodki, ugled, ki ga uživa v družbi, še vedno dominantna vloga v zdravstvenem timu, nadzor nad večino ostalih zdravstvenih delavcev, izključna (legalna) pravica določati značilnosti bolezni in jih zdraviti, moč pri političnem odločanju v povezavi z zdravstvom in zdravjem ipd.

3.2 PROFESIONALIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE

Profesionalizacijski projekt zdravstvene nege je za razliko od medicine le delno uspešen, in sicer zaradi »kontinuirane medicinske kontrole ključnih vidikov zdravstvene nege« (Davies, 1980; Stacey, 1988, Witz, 1992, v Walby, Greenwell et al., 1994: 65). Zgodovinsko gledano so bili odzivi medicine na razvoj zdravstvene nege mešani, večinoma pa je medicina pozdravljala napredek zdravstvene nege, vendar le dokler so zdravniki ohranjali celotno kontrolo nad pacienti (Walby, Greenwell et al., 1994: 85). Za relativni neuspeh profesionalizacijskega projekta zdravstvene nege Dingwall (1991, v Pahor, 2006: 34) vidi naslednje razloge:

- zdravstvena nega še nima sistematičnega znanja, ločenega od drugih disciplin, in se glede teoretičnih osnov navezuje na medicino, delno pa na humanistiko in družboslovje;
- opredelitve, kdo lahko izvaja zdravstveno nego, so še relativno nejasne, kar omogoča zaposlovanje manj kvalificirane delovne sile.

Mnoge težave, s katerimi se zdravstvena nega spopada še danes (npr. podrejena, pomočniška vloga medicinskih sester), so »dediščina« Florence Nightingale (1820–1910), začetnice moderne sekularne zdravstvene nege. In čeprav podrejenost medicini danes predstavlja eno največjih ovir pri uveljavljanju enakopravnosti (in s tem tudi ovir za profesionalizacijo)

¹⁴ Ule (2003a: 244) pravi, da reproduciramo lahko le tako imenovani medicinsko-tehnični del prakse, ne pa npr. znanj, spretnosti in izkušenj zdravnikov. Razmerje med tistimi deli prakse, ki jih ne moremo zlahka ali sploh ne reproducirati, in onimi, ki jih lahko reproduciramo, kaže, koliko je medicina odprta rutini in koliko ekskluzivne moči ima.

zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu, je bil v času Florence Nightingale – v Angliji 19. stoletja – princip popolne podrejenosti zdravstvene nege medicini edini način, s katerim je lahko zagotovila javno priznано in moralno neoporečno plačano delo za ženske in vstop v tedanji bolnišnični sistem. Pahorjeva (2006: 23) pravi, da je Florence Nightingale za dosego svojega cilja – transformacijo bolnišnične zdravstvene nege iz obrti ali konjička bogatih dam v profesijo – razvila strategijo podrejenosti zdravstvene nege navzven (zdravnikom) in s tem ohranila samostojnost navznoter (notranja lastna poklicna hierarhija). Lorber (1997: 38) trdi, da je Florence Nightingale vpeljala pomočniško vlogo medicinskih sester zato, ker je želela, da bi opravljale *medicinsko* delo in ne nekaj, kar ženske delajo kot žene, matere, nune ali služkinje. Florence Nightingale je zdravstveno nego uspela nadgraditi in profesionalizirati s kurikulum, pri katerem je šlo za kombinacijo bazične medicinske znanosti, higijene in obposteljne nege¹⁵. Carpenter (1993: 118) pravi, da je bila zdravstvena nega tedaj ženski poklic, za katerega so bile najpomembnejše lastnosti visok moralni značaj (spodobnost), pripravljenost opravljati servilna dela, ki so pomembna za pacientovo dobrobit, ter pripravljenost biti pokorna zdravniku in delovati kot podrejena oseba¹⁶.

V nasprotju s kasnejšimi prizadevanji je bila Florence Nightingale proti kakršnim koli izpitom kot pogoju za pričetek dela, kajti »zavzetosti, prijaznosti, sočustvovanja – najpomembnejših lastnosti medicinske sestre ni mogoče preverjati z izpraševanjem«. Počasi pa je postalo prisotno prizadevanje za profesionalizacijo/družbeno zapiranje zdravstvene nege, iniciatorka katerega je bila nasprotnica Florence Nightingale, gospa Bedford–Fenwick, ki je želela doseči registracijo (državni izpit) kot osnovo za poklicno delo v zdravstveni negi in dokaz, da so medicinske sestre primerno usposobljene za delo z zdravniki. Zmago tega prizadevanja predstavlja leta 1919 sprejeti *Nurse Registration Act* – za delo v zdravstveni negi v Veliki Britaniji (tako kot v večini drugih držav) je tako potrebna registracija na osnovi državnega izpita, vsebino tega pa so določali (ali še določajo) skoraj izključno zdravniki. Za zakon o zdravstveni negi je bilo potrebnega še več časa, da je prišel skozi angleški parlament, kot

¹⁵ Prve učenke so bile ženske iz nižjih slojev, slabo izobražene, a moralno neoporečne; predvsem so pomagale zdravnikom in skrbele za paciente po njihovih naročilih. Od leta 1867 pa je Šola Florence Nightingale odprla dvoje »vhodov« v šolo – enega za navadne učenke, ki so dobile stanovanje, hrano in pouk zastonj (zanje je usposabljanje trajalo štiri leta); drugega pa za »*lady-nurses*«, to je ženske iz srednjih in višjih slojev, ki so same plačevale stroške in so bile pripravljene za zaposlitev v treh letih. Ta druga kategorija učenk je bila že od začetka namenjena za odgovornejša dela v vodenju zdravstvene nege po bolnišnicah. Pri njih ni bilo poudarka na praksi, ampak so večinoma zavzele vodilna delovna mesta (matrone) v zelo kratkem času po zaključku šolanja. Šlo je torej za dvojnost v dejavnosti zdravstvene nege (na eni strani gospe in na drugi ženske, na eni strani profesionalke in na drugi služkinje/mezdne delavke), ki se v zdravstveni negi ohranja še v poznem 20. in celo 21. stoletju (Pahor, 2006: 23, 43). Na primer na Norveškem so *nurse assistants* (v slovenskem zdravstvenem sistemu so to zdravstveni tehniki) v javnem sporu z medicinskimi sestrami (Dahle, 2005), tenzije med tema dvema skupinama zaposlenih v zdravstveni negi pa se vse bolj kažejo tudi pri nas.

¹⁶ Delitev dela v zdravstvu reflektira tedanjo širšo družbeno delitev dela: ženska iz srednjega sloja je v gospodinjstvu nadrejena, ima svoje področje avtonomije nad služabniki, vendar pa mora spoštovati avtoriteto svojega moža (Carpenter, 1993: 118).

dobrega pol stoletja pred njim zakon o zdravnikih (v Sloveniji pa zakona, ki bi definiral kompetence in področje zdravstvene nege, sploh (še) ni). V Veliki Britaniji je zdravstvena nega torej pridobila nekatere attribute profesije, kot so specializirano izobraževanje, profesionalno organizacijo in državno registracijo. Toda v nasprotju z zdravniki so ti koraki k profesionalizaciji le malo povečali avtonomijo pri delu in plače medicinskih sester. Delo medicinskih sester še vedno v veliki meri nadzorujejo zdravniki in so relativno slabo plačane (Pahor, 2006: 34, 43; Carpenter, 1993: 119–120). Strogo gledano zdravstvena nega v tradicionalnem pomenu (v kontekstu »teorije značilnosti«) ni profesija oziroma je polprofesija. Salvage (1995, v Pahor, 2006: 33) pravi, da je oddaljenost zdravstvene nege od idealne podobe profesije velika: delo opravljajo pretežno ženske, ki imajo v družbi nižji status kot moški, imajo nizko izobrazbo, slabe plače, nizek ugled, osebje je med seboj zamenljivo, delovni čas je dolg, pri delu niso avtonomne, možnosti za poklicno napredovanje pa so majhne.

Družbene spremembe, katerih posledice so bile višanje izobrazbe prebivalstva v 70. letih 20. stoletja, žensko gibanje v tem času in povečan vpliv uporabnikov na zdravstvene storitve so bile gonilo sprememb na področju profesionalizacije zdravstvene nege in uveljavljanja tako imenovane »nove« profesionalizacije. Ključna sprememba je dostop do visokega izobraževanja na tem področju. Elementi/predpostavke »nove« profesionalne zdravstvene nege so: večja avtonomija, zasnovana na teoretičnem znanju, premik od biomedicinskega k celostnemu pristopu ter spodbujanje pacientovih lastnih potencialov v procesu zdravljenja. Sestavni del »nove zdravstvene nege« je poskus osnovanja/uveljavljanja novega temeljnega znanja, neodvisnega od medicine in ostalih zdravstvenih profesij. V preteklosti je namreč »zdravstveno-negovalno znanje« pogosto obsegalo skrajšano verzijo medicinskega izobraževanja. Razvoj »intelektualnih sistemov zdravstvene nege« pa reflektirajo »zdravstveno-negovalni modeli« (npr. proces zdravstvene nege, primarna zdravstvena nega¹⁷), ki poskušajo izdelati sistematičen in intelektualno natančen pristop za definiranje pacientovih zdravstvenih potreb, da bi izboljšali izvajanje zdravstvene oskrbe (Salvage, Kershaw, 1986, 1990, v Carpenter, 1993: 123). Za »novo zdravstveno nego« je bolj kot organizacija zdravstvene nege na osnovi nalog (kot je oblačenje, injiciranje ipd.) značilna

¹⁷ *Proces zdravstvene nege* je sistematična, racionalna metoda načrtovanja in izvajanja individualizirane zdravstvene nege. Njen cilj je identifikacija pacientovega zdravstvenega statusa (njegovih aktualnih in potencialnih zdravstvenih problemov/potreb), oblikovanje načrta in izvajanje specifičnih negovalnih intervencij, ki ustrezajo pacientovim problemom/potrebam (Kozier, Erb et al., 1998: 83). Pri *primarni zdravstveni negi* gre za na pacienta osredotočeno skrb/oskrbo; namesto tega, da na oddelku dela več medicinskih sester, od katerih vsaka lahko izvaja naloge, povezane z oskrbo pacientov, v tem sistemu vsaka medicinska sestra (večinoma) sama skrbi za majhno skupino pacientov, s čimer ti prejmejo bolj individualno oskrbo (Salvage, 1992; v Walby, Greenwell et al., 1994: 176).

individualizacija skrbi. Na te modele pa lahko gledamo tudi kot na poskuse označevanja meja področij poklicne avtonomije in redefiniranja zdravstvene nege kot intelektualnega dela (Carpenter, 1993: 122–123; Walby, Greenwell et al., 1994: 77; Pahor, 2006: 34).

Klasično pojmovanje profesionalizma poudarja elitizem, moč, zanesljivost, za novi profesionalizem pa sta bistveni vključitev vidika uporabnika in vzpostavitev razprave namesto distance profesionalca. Nadzor nadomestita podpora in pomoč pri osamosvajanju; profesionallec svoje znanje uporablja za povečevanje znanja pacienta. V novem modelu profesionalizma profesionallec pristaja na medsebojno odvisnost, pripoznava prispevek drugih in ga poskuša povečevati v smislu čedalje bolj kooperativnih medsebojnih odnosov. Med medicinskimi sestrami pa se za profesionalizacijo zavzema le ozka voditeljska elita, ki pa sama ne izvaja zdravstvene nege, ampak jo vodi, raziskuje ali poučuje. Ovire za uveljavljanje »novega profesionalizma«, ki ga je načrtovala poklicna elita, so različne. Najprej je potrebno omeniti močan antiintelektualizem v lastni poklicni skupini; izhaja iz pretekle številčne prevlade nizko izobraženih medicinskih sester v poklicu, ki so mu izoblikovale specifično subkulturo (zanikanje pomena izobrazbe, poveličevanje prakse¹⁸ ipd.). Meje osamosvajanja postavljata zdravniška profesija in management, ki hoče čim cenejšo in zamenljivo delovno silo, svoja profesionalna področja pa definirajo in omejujejo tudi druge poklicne skupine (fizioterapevti, delovni terapevti, socialni delavci itd). Osamosvajajo se poklicne skupine, ki jih je zdravstvena nega tradicionalno nadzorovala, to je negovalke, čistilke, pomožni delavci (Pahor, 2006: 34 – 36).

Podrejen položaj zdravstvene nege vpliva in nehote ustvarja nadaljnje pritiske, delitve in hierarhije znotraj poklica medicinskih sester. Delo medicinskih sester namreč ni umeščeno samo v medicinsko hierarhijo, ampak tudi samo razvija svojo hierarhijo. Na primer za razliko od medicine, v kateri so vsi nosilci naziva »doktor ali doktorica medicine« (torej vsi, ki uspešno končajo študij medicine) profesionalno enakopravni, pa je zdravstvena nega stratificirana, znotraj vrst medicinskih sester se ustvarjajo hierarhije glede na dolžino študija (zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre)¹⁹. Problem hierarhije v zdravstveni negi

¹⁸ V skrbstvenih poklicih, kamor sodi tudi zdravstvena nega, je prisotno prepričanje, da je praksa pomembnejša od znanja. To pa ima pomembne posledice: kot prvo devalvira vidik znanja pri določenem poklicu in na ta način poraja dvom o njegovem položaju profesije; kot drugo pa s tem poudarja skrbstveni del poklica in glede na to, da je skrb nekaj, s čimer se vsakdo ukvarja v družini, ponovno devalvira poklic (Macdonald, 1995: 134–135).

¹⁹ V zdravstveni negi pa interna hierarhija ni izoblikovana le na osnovi izobrazbe, ampak tudi na osnovi spola; glede na rezultate nekaterih raziskav so moški v ženskem poklicu, kot je zdravstvena nega, uspeli obdržati prednosti na osnovi spola. »Čeprav je zdravstvena nega pretežno ženski poklic, je za moške več možnosti napredovanja« (Pahor, 2006: 33). Lorber (1997: 39) na primer pravi, da se moški v zdravstveni negi v Združenih državah Amerike nahajajo v bolj uglednih in bolje plačanih zdravstveno-negovalnih specializacijah, mentorji pa jih bolj spodbujajo k zasedanju položajev z avtoriteto.

je, da je manj jasna, manj določena s pravili in standardi kot zdravniška hierarhija, kar zmanjšuje povezanost in homogenost profesije ter slabi profesionalno moč zdravstvene nege v primerjavi s klasično močjo zdravnikov. Kadar imajo medicinske sestre ločeno hierarhijo, je ta tipično fordovska – rigidna in birokratska, kjer je napredovanje predvsem posledica dolgoletne prakse in konformizma. Očitno pritisk k podrejanju ustvarja potrebo po nadaljnjem podrejanju in ta pritisk lomi profesionalno integracijo in samozavest medicinskih sester, da bi lahko izgradile svoj poklic kot enakovreden zdravniškemu poklicu (Lorber, 1997: 39; Ule, 2003a: 215; Ule, 2003b: 247; Pahor, 2006: 34).

Zdravstvena nega se bori za ugled v času, ki je razvrednotil bistvo skrbi za drugega in trivializiral tiste, ki to delajo (Pahor, 2006: 37). Demografske spremembe, staranje prebivalstva, povečevanje števila kroničnih bolnikov, aktivnejši pacienti/varovanci ipd. pa za zdravstveno nego predstavljajo nove priložnosti. Pahorjeva (ibid.) pravi, da se bodo medicinske sestre kot samostojna poklicna skupina lažje uveljavile zunaj bolnišnic, po Mirjani Ule (2003b: 248) pa danes vse bolj prisotne aktivne oblike varovanja zdravja predstavljajo močan izziv zdravstvenemu osebju, da se angažira zunaj tradicionalnih institucij zdravstvenega sistema in ustaljenih poti zdravstvene oskrbe in nege, da torej aktivno stopi nasproti potencialnim iskalcem strokovne pomoči v varovanju in izboljševanju svojega zdravja. Meni, da bo v tem procesu profesija zdravstvene nege igrala zelo pomembno vlogo, toda le ob pogoju, da bo preseгла tradicionalno »obzdravniško« vlogo in dejavno posegla v prostor in trg zdravstvenih uslug, za to pa se bo verjetno potrebno dodatno strokovno izpopolniti.

4. INTERPROFESIONALNI ODNOSI MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI

Odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki so bili sprva povsem enostavni in jasni – zdravniki (večinoma moški) so bili superiorni, izobraženi, imeli so moč in znanje za zdravljenje bolnih, medicinske sestre (večinoma ženske) pa so bile v podrejeni vlogi (skladno z opredelitvijo Florence Nightingale, da je zdravstvena nega podrejena medicini), v veliki meri neizobražene, opravljale so skrbstveno delo, ki je bilo odraz tradicionalne ženske skrbstvene in negovalne vloge v družini in skupnosti. Delovanje, vloge in odnosi med tema

dvema največjima poklicnima skupinama v zdravstvenem sistemu pa so se sčasoma spremenili in postali bolj kompleksni. Po Barbari LeTourneau (2004: 12–13) so v preteklosti zdravniki vodili bolnišnice in veliko časa prebili v stiku s svojimi pacienti, zato so jih tudi dobro poznali; medicinske sestre pa s pacienti niso bile tako seznanjene, saj so bile manj vključene v njihovo oskrbo. Od medicinskih sester se tedaj ni pričakovalo, da bi samostojno sprejemale kompleksne odločitve. To so bili tudi časi, ko je medicinska sestra zdravniku, ko prišel na oddelek na vizito, prinesla kavo in včasih tudi krof. Ko je zdravnik opravljaj vizito, je bila pacientova dokumentacija (njegov temperaturni list) vedno pripravljena, medicinska sestra pa je zdravnika spremljala, da se je seznanila z novimi navodili in načrti²⁰. Od tedaj so se stvari precej spremenile. Medicinske sestre so odgovorne za oskrbo pacientov, sprejemajo odločitve v zvezi z oskrbo, delajo s kompleksnimi aparaturami, izračunavajo odmerke zdravil in se odločajo, katera od možnosti zdravljenja, ki jih je predlagal zdravnik, je za pacienta najustreznejša. Spremenili so se tudi zdravniki; v stiku s pacientom so lahko le nekaj minut, specialisti (npr. kirurgi) svoje paciente v bolnišnici lahko vidijo le enkrat ali dvakrat, medtem ko so bili v preteklosti zdravniki tisti, ki so največ vedeli o pacientovem stanju in specifični zdravstveni oskrbi, ki jo potrebuje. Danes se v zdravstveno oskrbo vključujejo tudi drugi profesionalci, kar pa vodi tudi v boje za področje dela, občutja nespoštovanosti in konflikte glede odgovornosti. Medicinske sestre in zdravniki se prepirajo o tem, kdo je za kaj odgovoren in kaj je za pacienta najbolje. MacKay (1993, v Pahor, 1997: 47) pa celo pravi, da raziskave konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki kažejo, da sta ti dve poklicni skupini včasih bolj obremenjeni z medsebojnimi odnosi kot s pacienti, kar zlasti velja za medicinske sestre.

Od 60. let 20. stoletja dalje podrejenost (subordinacija) medicinskih sester moči zdravnikov predstavlja področje raziskovanja. Leta 1967 je Leonard Stein opisal koncept »igra zdravnik – medicinska sestra« (*»doctor – nurse game«*); pravi, da odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki vodijo pravila zapletene igre. Stein je izpostavil, da zdravniki pogosto težko ohranjajo samozavest, saj opravljajo delo, ki je vedno do določene stopnje negotovo in nagnjeno k napakam. Način soočanja s tem predstavlja kultivacija vsevednosti, to je neomejenega znanja in veščin; vendar pa je zanje ravno ta status vsevednosti tisti, zaradi katerega težko priznajo, da pri oskrbi pacientov potrebujejo input zdravstvene nege. Oba dejavnika, vsevednost zdravnikov in podložnost zdravstvene nege, sta medicinskim sestram oteževala njihovo prispevanje h klinični oskrbi, čeprav je bil njihov prispevek potreben, še

²⁰ V nekaterih zdravstvenih ustanovah pri nas je tako še zdaj.

posebej tedaj, ko so bili mladi zdravniki negotovi ali pa so delali napake. Po Steinu je bila rešitev »igra zdravnik – medicinska sestra«. Osnovno pravilo igre je, da se morajo igralci za vsako ceno izogibati odkritim nesoglasjem. Medicinske sestre morajo biti asertivne, dajati morajo predloge glede oskrbe pacientov, vendar tako, da to ni vidno oziroma tako, da te predloge zdravniki lahko poberejo in jih prikažejo kot svojo iniciativo (Taylor, Field, 2003: 212–213; Wicks, 1998: 185).

V sredini 80. let so medicinske sestre začele izražati nezadovoljstvo z odnosi z zdravniki in razvijati strategije za večjo avtonomijo. To je vključevalo razvoj temeljev akademskega znanja, ločenega od medicine, ter razvoj partnerstva s pacienti s pomočjo novih modelov, kot sta proces zdravstvene nege in primarna zdravstvena nega. Leta 1990 je Stein na osnovi refleksije lastne analize zaključil, da je »igra zdravnik – medicinska sestra« kljub pomembnim spremembam, kot so večja avtonomija zdravstvene nege, večje število zdravnic in nižanje socialnega statusa medicinske profesije, še vedno aktualna, ostale raziskave pa so kazale na to, da je postala bolj kompleksna (Taylor, Field, 2003: 213). Danes številne raziskave kažejo, da tak hierarhičen odnos (značilen za »igro zdravnik – medicinska sestra«) ni več prevladujoča oblika interakcije med medicinskimi sestrami in zdravniki (Snelgrove, Hughes, 2000: 661).

Hughes (1988, v Taylor, Field, 2003: 213) je na osnovi raziskave, izvedene v 70. letih na urgentnem oddelku, trdil, da medicinske sestre niso vedno podrejene zdravnikom. Odnos med medicinsko sestro in zdravnikom ni homogen, ampak variira glede na situacijo in kontekst. Medicinske sestre namreč »ne igrajo igre« vedno, na primer na urgenci pogosto neposredno izražajo predloge, nadrejene medicinske sestre (*senior nurses*) pa (čeprav manj pogosto) odkrito oporekajo odločitvam zdravnikov in same prevzemajo nadzor nad pacienti (pogosteje, če delajo z mladimi zdravniki). Svensson (1996, v Taylor, Field, 2003: 213) pa je te ideje razvil še naprej; trdi, da ima Steinov model medicinske sestre v osnovi za nemočne in zmožne izraziti svoj vpliv samo s pomočjo posrednih, manipulativnih strategij, ki služijo le krepitvi prevladujočih odnosov moči. Poudarja, da se odločitve glede organizacije dela, kot so na primer kdo kaj dela, kakšno delo mora biti opravljeno in kdaj, sprejemajo s pogajanjem na oddelku.

Porter (1995, v Taylor, Field, 2003: 213–214) je na osnovi raziskav na različnih kliničnih področjih v urbani splošni bolnišnici med leti 1989 in 1993 identificiral štiri vrste odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki (Tabela 4.1).

1. Prvo je poimenoval *popolna subordinacija*, pri kateri medicinske sestre sprejmejo nesporno pokorščino medicinskim navodilom ter nimajo neposrednega inputa pri medicinskem odločanju.
2. Druga je *neformalno prikrito odločanje*, kjer ugotovitve/predloge medicinskih sester o oskrbi pacientov zdravniki prevzamejo kot svoje lastne (to je sorodno Steinovi »igri zdravnik – medicinska sestra«).
3. Tretjo vrsto odnosa je poimenoval *neformalno odkrito odločanje*, kjer so medicinske sestre vključene v oskrbo pacientov, vendar to ni uradno uveljavljeno. Ta tip interakcije vključuje medicinske sestre, ki predlagajo in celo zahtevajo, da zdravniki (pogosto mladi) uvedejo ali spremenijo določen vidik oskrbe pacienta.
4. Zadnji tip odnosa pa je *formalno odkrito odločanje*, kateremu se medicinske sestre ponavadi izognejo, vključuje pa sprejemanje formalno potrjenih neodvisnih odločitev o oskrbi pacientov.

Tabela 4.1: *Odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki*

Tip	Vloga medicinske sestre	Vloga zdravnika
Popolna subordinacija	Uboganje zdravnikovih navodil	Odločanje Dajanje navodil
Neformalno prikrito odločanje	Nakazovanje delovanja »Usmerjanje« odločitev	Odločanje »Poslušanje« predlogov/ugotovitev
Neformalno odkrito odločanje	Predlaganje delovanja Diskutiranje o odločitvah	Odločanje Diskutiranje o odločitvah
Formalno odkrito odločanje	Odločanje Razpravljanje o skupnih odločitvah	Odločanje Razpravljanje o skupnih odločitvah

Vir: Porter (1995, v Taylor, Field, 2003: 214)

Porter (1995, v Taylor, Field, 2003: 213–214) pravi, da popolna subordinacija sčasoma upada, neformalno prikrito odločanje – »igro zdravnik–medicinska sestra« – pa s tem, ko so odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami pričeli izgubljati svoje avtoritarne značilnosti, lahko vidimo kot korak k avtonomiji medicinskih sester. To nadomešča danes prevladujoča oblika odnosa, in sicer neformalno odkrito odločanje. V času Porterjeve raziskave je bilo formalno odkrito odločanje redko, vendar spreminjajoče se vloge medicinskih sester kažejo na to, da ta tip odnosa v sodobni praksi zdravstvene nege postaja bolj običajen.

Pri odnosu med medicino in zdravstveno nego gre za dva konkurenčna principa: prvi je hierarhičen, pri katerem je medicinska sestra zdravnikova »pomočnica«, pri drugem principu pa sta medicina in zdravstvena nega komplementarni profesiji (Walby, Greenwell et al., 1994: 10–11). V Veliki Britaniji so odnosi med poklicnima skupinama medicinskih sester in zdravnikov urejeni na tri načine:

1. delni nadzor zdravnikov nad delom medicinskih sester, kjer so medicinske sestre pri določenih delih samostojne, druga pa opravljajo po naročilu zdravnikov,
2. popolni nadzor zdravnikov nad medicinskimi sestrami in
3. ločeni organizacijski shemi in hierarhiji za zdravnike in za medicinske sestre.

Odnose med tema dvema poklicnima skupinama pa zlasti medicinske sestre zaznavajo kot konfliktne (Pahor, 1997: 46). Raziskave odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki (Walby, Greenwell et al., 1994: 20–22; MacKay, 1993, v Pahor, 1997: 47) so identificirale tri kategorije problemov, v zvezi s katerimi se konflikti pojavljajo najpogosteje:

- upor zdravniški avtoriteti – do konfliktov pride, ker medicinske sestre, zlasti vodilne, težijo k avtonomnemu položaju dejavnosti zdravstvene nege, zdravniki pa jih želijo obdržati v pomočniški in podrejeni vlogi;
- prizadevanje po ločevanju zdravljenja in nege na področjih, kjer meje niso jasne, npr. pri intenzivni negi, oskrbi ran, skrbi za umirajoče;
- v zvezi s položajem bolnikov – kako naj bi se do njih obnašali, kdo je odgovoren zanje ali z drugimi besedami, »čigavi« so bolniki.

Odnos med zdravniki in medicinskimi sestrami kljub prizadevanju slednjih še vedno ni enakovreden; še vedno so medicinske sestre tiste, ki morajo svoj delovni proces prilagajati zdravnikovemu in vsaj v določeni meri še vedno opravljati pomočniško vlogo. Turner (1995: 148–149) pravi, da je v zdravstveni negi še vedno prisotna ideologija poslušnosti in discipline (še iz tradicije Florence Nightingale). Psihološke raziskave poslušnosti medicinskih sester glede zdravnikovih navodil so pokazale, da so medicinske sestre nagnjene k pretirani poslušnosti; medicinske sestre namreč ubogajo zdravnikova navodila, četudi ogrožajo pacientovo življenje (Hofling et al., 1966; Milgram, 1974, v Turner, 1995: 149)! Sodobnejše raziskave poslušnosti medicinskih sester pa kažejo, da niso več pripravljene brezpogojno ubogati zdravnikovih navodil, kar pa je najbrž povezano z naraščajočo samopodobo medicinskih sester in s strahom pred tožbami zaradi malomarnega ravnanja (Rank, Jacobson, 1977, v Turner, 1995: 149).

Podrejenost pa pri medicinskih sestrah povzroča občutja nezadovoljstva; prilagoditev temu odnosu podrejenosti je po Turnerju (1995: 149–151) formiranje »subkulture pritoževanja«, neformalne kulture medicinskih sester. Medtem ko študenti zdravstvene nege v času študija osvojijo formalno poklicno kulturo, v okviru neformalne socializacije med prakso internalizirajo subkulturno ideologijo profesije (ki jo imenujemo tudi »besednjak pritoževanja« – *vocabulary of complaint*). Ta nenapisana ideologija omogoča preživetje v sistemu, v katerem so medicinske sestre podrejene. »Besednjak pritoževanja« ima pet glavnih funkcij.

1. Pritoževanje razvrednoti funkcijo in pomen zdravnikov, poudarja njihove negativne lastnosti ali celo potencialno nevarnost za paciente ter neodvisen prispevek in pomen zdravstvene nege v procesu zdravljenja.
2. Pritoževanje delegitimizira sistem avtoritet in hierarhije v bolnišnici.
3. Pritoževanje spodbuja razkroj idealizma mladih medicinskih sester; starejše kolegice jim delo prikažejo kot naporno, utrujajoče in nenagrajeno. Pogled poklicne subkulture na zdravstveno nego je ciničen, negativen in lastno dejavnost predstavlja kot težko delo.
4. Pritoževanje ustvarja občutek solidarnosti med pripadnicami poklica in njihovo zaveznitvo tako proti birokraciji kot proti medicinski profesiji²¹. S pritoževanjem se potrjuje enotnost in koherentnost medicinskih sester kot družbene skupine nasproti avtoriteti bolnišnične hierarhije.
5. Pritoževanje deluje kot varovalka, ki omogoča sproščanje napetosti in frustracij; ne vodi pa k spremembam.

Namen pritoževanja je združiti medicinske sestre kot poklicno skupino s skupnimi izkušnjami in jezikom. Pritoževanje, ki predstavlja kolektivne poteze proti avtoriteti, delegitimizira strukturo avtoritet v bolnišnici, še posebno glede na odnos medicinska sestra – zdravnik.

Taylor in Field (2003: 214) pravita, da sta za premik od popolne subordinacije medicinskih sester k večji avtonomiji dva medsebojno povezana razloga: nove vladne politike in profesionalni razvoj zdravstvene nege. Te spremembe so ustvarile večje možnosti za širjenje vplivnega področja medicinskih sester in izvajanje večjega nadzora nad svojim delom.

²¹ Majda Pahor (1997: 48) pravi, da gre pri medicinskih sestrah tudi za zaveznitvo proti kolegicam, ki jim je kot posameznicam uspelo doseči katere od ciljev, ki jih medicinske sestre kot skupina niso.

4.1 TEMELJNI VIDIKI KONCEPTA SODELOVANJA MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI

Družbene spremembe, razvoj zdravstvenega varstva, ki v ospredje postavlja učinkovitost, zahteve po visoki kakovosti zdravstvenih storitev, naraščanje stroškov v zdravstvu, vse večja kompleksnost zdravstvenih potreb, naraščanje kroničnih bolezni, vse bolj zdravstveno prosvetljeni in vzgojeni ljudje, ki tudi na zdravstvenem področju postajajo zahtevni potrošniki, so le nekatere značilnosti pozne moderne družbe, ki generirajo potrebo po interprofesionalnem²² sodelovanju med zdravstvenimi delavci, še posebno med medicinskimi sestrami in zdravniki. Vse bolj kompleksno delo v zdravstvu od zdravstvenih delavcev (in sodelavcev) namreč zahteva preseganje tradicionalnih hierarhičnih konceptov delovanja. Po Headrickovi, Wilcocku in Bataldnu (1998) s kompleksnostjo potreb pacientov vse bolj narašča število vključenih profesionalcev in pomen njihove sposobnosti za sodelovanje. Lindeke in Sieckert (2005) namreč trdita, da ima vsaka zdravstvena profesija informacije, ki jih morajo za uspešno delovanje imeti tudi drugi (druge zdravstvene profesije). Tudi izboljševanje zdravstvenih izidov, za kar si prizadevajo v sodobnih zdravstvenih sistemih, je po Langeleyu (1996, v Headrick, Wilcock, Batalden, 1998) in Nelsonu (1998, v Headrick, Wilcock, Batalden, 1998) izven dosega posameznega profesionalca samega. Pahorjeva (2003: 84) pravi, da brez upoštevanja skrbstvenih in zdravstvenonegovalnih vidikov zdravstvenega dela znanje o tem področju ne more biti zanesljiv temelj za učinkovito dejavnost. Številni avtorji pa ugotavljajo, da je uspeh ali neuspeh organizacije odvisen od tega, kako učinkovito ljudje sodelujejo v timih (Margerison, McCann, 1995; Smith-Blancett, 1994, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 132).

Kompleksen koncept **sodelovanja** (*collaboration*) predstavlja rešitev za mnoge probleme, ki izvirajo v tradicionalnem, hierarhičnem delovnem okolju (Kraus, 1980, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 103). Sodelovanje med zdravstvenim osebjem, še posebno med medicinskimi sestrami in zdravniki, pa je kljub številnim raziskavam, ki potrjujejo pozitiven vpliv sodelovanja, prej izjema kot pravilo. Sodelovanje med zdravstvenimi profesionalci na primer

- pozitivno vpliva na izide pacientov (Knaus, Draper, Wagner, Zimmerman, 1986, Alpert et al., 1992, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 103; Baggs, 1989, v Baggs, Ryan, 1990),
- vpliva na skrajšanje ležalne dobe (Rubenstein, Josephson, Weiland, 1984, v Gardner, 2005),
- vpliva na zmanjševanje stroškov (Barker, Williams, Zimmer, 1985, v Gardner, 2005),

²² Interprofesionalnost je definirana kot razvoj kohezivne prakse med profesionalci različnih disciplin (D'Amour, Oandasan, 2005: 9).

- vpliva na večje zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu in njihovo ostajanje v poklicu (Baggs, Ryan, 1990) ter nasploh na večje zadovoljstvo vseh zdravstvenih profesionalcev na delovnem mestu (Henneman, 1995),
- vpliva na izboljšano timsko delo (Abramson, Mizrahi, 1996, v Gardner, 2005),
- hkrati pa sodelovalne modele skrbi/oskrbe zagovarjajo profesionalne organizacije in akreditacijske agencije (National Joint Practice Commission, 1981, American Association of Critical Care Nurses, 1982, National Institutes of Health, 1983, Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, 1993, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 103).

Henneman, Lee in Cohen (1995: 108) pravijo, da potreba po sodelovanju ni nikjer tako evidentna kot med medicinskimi sestrami in zdravniki. Trdijo, da pomanjkanje sodelovanja lahko igra ključno vlogo pri fragmentaciji oskrbe, nezadovoljstvu pacientov in slabših izidih zdravljenja. To, da odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe pacientov je pokazala tudi raziskava²³ Kramerjeve in Schmalenbergove (2003), izvedena v štirinajstih »magnetnih« bolnišnicah²⁴. Rezultati (v vseh štirinajstih bolnišnicah) namreč kažejo, da obstaja pozitivna korelacija med kakovostjo odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki ter kakovostjo zdravstvene oskrbe (medicinske sestre, ki so poročale o kolegialnih in sodelovalnih odnosih, so kakovost zdravstvene oskrbe na oddelku ocenjevale signifikantno višje kot tiste, ki so poročale o negativnih ali nevtralnih odnosih oziroma odnosih učitelj/učenec). Sodelovanje pa po Lindi L. Lindeke in Ann M. Sieckert (2005) ni pomembno le za dobrobit pacientov, temveč tudi za zadovoljstvo zdravstvenih delavcev.

Enega večjih problemov v zdravstvenem sistemu tako v Sloveniji kot v tujini predstavlja odhajanje medicinskih sester iz poklica; kljub temu, da se mnogo dijakov in študentov izobražuje za delo v zdravstveni negi, pa po vstopu na trg dela (v zdravstveni sistem) iz njega zaradi različnih razlogov izstopijo²⁵. Fluktuacija medicinskih sester je še posebej prisotna na oddelkih za intenzivno nego in terapijo. Po Baggsovi in Ryanovi (1990: 386) je zato pomembno identificirati dejavnike, ki vplivajo na zadrževanje medicinskih sester (na

²³ Izvedeni so bili globinski intervjuji z medicinskimi sestrami, vsaka intervjuvanka pa je bila tudi naprošena, da na 10-stopenjski lestvici oceni (10 je najvišja ocena) kakovost zdravstvene oskrbe na svojem oddelku (Kramer, Schmalenberg, 2003: 35).

²⁴ Status »magnetne« bolnišnice (*»Magnet« hospital* – magnetna zato, ker privablja in zadržuje dobre medicinske sestre) je priznanje zdravstveni negi v določeni zdravstveni organizaciji, ki ga podeljuje American Nurses' Credentialing Center (ANCC), sestavni del Ameriškega združenja medicinskih sester (*American Nurses Association*), in pomeni, da ta zdravstvena organizacija (bolnišnica) izpolnjuje številne kriterije oziroma standarde, ki opredeljujejo najvišjo kakovost zdravstvene nege, pri čemer ne gre le za odlično oskrbo pacientov, temveč za vse vidike zdravstvene nege (za njeno filozofijo, menedžment, izobraževanje, raziskovanje, (inter- in intraprofesionalno) sodelovanje itd.). Magnetne bolnišnice slovijo po svoji veliki privlačnosti, majhni fluktuaciji kadra, zadovoljstvu medicinskih sester ter visoko kakovostni oskrbi (<http://nursecredentialing.org/magnet/consumer/magweb.htm>; Kramer, Schmalenberg, 2003: 35).

²⁵ Tako v Veliki Britaniji kot na Švedskem so kot razloge za fluktuacijo medicinskih sester odkrili težave pri uvajanju sprememb, pomanjkanje vpliva in spoštovanja, preveč dela ob koncu tedna in ponoči ter psihične obremenitve (Pahor, 2006: 33).

delovnem mestu, v poklicu). Weiss (1982, v Baggs, Ryan, 1990: 386) v svoji raziskavi ugotavlja, da sta dva od treh najbolj stresnih problemov, ki so jih izpostavljale medicinske sestre, povezana s pomanjkanjem sodelovanja z zdravniki. Baggs in Ryan (1990: 386) pravita, da sodelovanje vpliva na zadovoljstvo medicinskih sester. Raziskave v 70. letih 20. stoletja so namreč pokazale, da so odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki eden najboljših napovednikov zadovoljstva bolnišničnih medicinskih sester z delom (Everly, Falcione, 1976, Longest, 1974, v Baggs, Ryan, 1990: 386). Tudi Alt-White, Charns in Strayer (1983, v Baggs, Ryan, 1990: 386) so ugotovili signifikantno pozitivno korelacijo med sodelovanjem in zadovoljstvom bolnišničnih medicinskih sester. Zadovoljstvo medicinskih sester pa je po ugotovitvah C. S. Weisman, C. S. Alexander in G. A. Chase (1981, v Baggs, Ryan, 1990: 387) neposredno povezano z namenom medicinskih sester ostati na svojem delovnem mestu.

Beseda sodelovanje (*collaboration*) izvira iz latinske besede *collaborare*, kar pomeni »delati skupaj«. Sodelovanje običajno opisujemo kot proces, ki poudarja skupno vključenost v intelektualne aktivnosti (American Heritage Dictionary, 1983, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104). Po D'Amour, Ferrada–Videla et al. (2005: 116) termin sodelovanje izraža idejo povezanosti in pomeni kolektivno delovanje, usmerjeno k skupnemu cilju, v duhu harmonije in zaupanja. V povezavi z zdravstvom sodelovanje definiramo kot »skupen proces komuniciranja in odločanja z izraženim ciljem zadovoljiti potrebe pacientov, ob hkratnem spoštovanju edinstvenih kvalitete in sposobnosti vsakega profesionalca« (Coluccio & Maguire, 1983, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104). Koncept sodelovanja v zdravstvu pogosto povezujemo z odnosom med dvema (včasih si nasprotnima) skupinama – med medicinskimi sestrami in zdravniki. Kraus (1980, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104) sodelovanje opisuje kot »kooperativno delo, ki temelji na deljeni moči in avtoriteti. Po naravi je nehierarhično in predpostavlja moč, ki temelji na (strokovnem) znanju, kot nasprotje moči, ki temelji na vlogi oziroma funkciji«. D'Amour, Ferrada–Videla et al. (2005: 118–119) so s pregledom literature s tega področja ugotovili, da se pri definiranju koncepta sodelovanja določeni koncepti ponavljajo; najpogostejše se s sodelovanjem povezuje koncepte povezanosti, partnerstva, medsebojne odvisnosti, moči (ki si jo člani tima delijo) in procesa.

Koncept sodelovanja je kompleksen, sofisticiran proces, pri katerem gre za izmenjavo pogledov in idej, torej perspektiv vseh, ki sodelujejo, ne vključuje pa nadzorovanja niti ne pomeni preproste enosmerne ali dvosmerne izmenjave informacij. Za oblikovanje odnosa, v katerem je možno sodelovanje, so zato pomembne in potrebne kompetentnost, predanost,

vztrajnost in potrpežljivost vseh vključenih; pomemben je tudi čas. Ključna za sodelovanje sta medsebojno spoštovanje in zaupanje (Henneman, Lee, Cohen, 1995: 108; Lindeke, Sieckert, 2005; Kramer, Schmalenberg, 2003). Interdisciplinarno pa lahko sodelujejo zrele profesije z močno identiteto, samozaupanjem in integriteto (Kyle, 1995, v Lindeke, Block, 1998: 217). Za učinkovito sodelovanje pri zdravstveni oskrbi so značilne različne, vendar komplementarne veščine, skupna odgovornost in moč ter skupni cilji oziroma vizija (Cowan in Tviet, 1994, v Lindeke, Block, 1998: 213), neučinkovito pa je sodelovanje tedaj, ko ni resničnega partnerstva, ko so prisotne nediferencirane veščine, nejasni odgovornost in moč ter nejasni oziroma neenaki cilji (Lindeke in Block, 1998: 213).

Sodelovanje za zdravstvene profesionalce predstavlja izziv zaradi različnih razlogov. Zahteva namreč delitev informacij in strokovnega znanja med različnimi disciplinami, ki so tradicionalno delale samostojno, hkrati pa v sodelovalnem okolju tradicionalni hierarhični in zato tekmovalni odnosi, ki so tipični za medicinske sestre in zdravnike, ne obstajajo; namesto tega je moč deljena, temelji pa na znanju in veščinah in ne na nazivu in vlogi (Henneman, 1995: 360).

4.1.1 ZNAČILNOSTI, PREDPOGOJI IN POSLEDICE SODELOVANJA

Za sodelovanje je značilno to, da sta dva ali je več posameznikov vključenih v skupno delo (pri sodelovanju je delo timsko), ponavadi v delo intelektualne narave. Pri tem intelektualnem in kooperativnem prizadevanju so sodelujoči pripravljene participirati pri načrtovanju, postavljanju ciljev, odločanju in reševanju problemov. Pomembno je, da posamezniki sebe vidijo kot člane tima ter da prispevajo k skupnemu cilju²⁶, da vsi sodelujoči nudijo svoje strokovno znanje (si ga delijo), si delijo odgovornost za pacientovo oskrbo, za izide, za prispevek v procesu pa jih drugi člani tima cenijo. Pri sodelovanju gre za visoko povezano omrežje, za majhna pričakovanja recipročnosti, odnos med posamezniki je nehierarhičen, moč, ki je deljena, pa temelji na znanju in veščinah, ki so pomembnejše od vloge ali naziva (Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104; Carnwell, Carson, 2005: 11; Baggs, Ryan, 1990: 387; Lindeke, Sieckert, 2005).

²⁶ Liedtka in Whitten (1998, v Hall, 2005: 192) pravita, da morajo biti dogovorjeni cilji kompatibilni s prioritetami in vrednotami vsakega člana tima.

Pri ocenjevanju sodelovalne klime v določenem delovnem okolju, ugotavljanju uspešnosti sodelovanja ali proučevanju vzrokov morebitne neuspešnosti sodelovanja pa se nikakor ne moremo osredotočiti zgolj na attribute sodelovanja, ampak moramo sodelovanje kot proces evalvirati celovito, na osnovi atributov in predpogojev, saj je lahko na primer odsotnost enega izmed ključnih predpogojev sodelovanja vzrok za njegovo neuspešnost ali neučinkovitost. Da se sodelovanje uspešno udejanji v praksi, v konkretnem primeru v kliničnem okolju, so torej pomembni številni predpogoji, ki jih morajo izpolnjevati/posedovati vse vključene skupine. Henneman, Lee in Cohen (1995: 106) namreč opozarjajo, da ni dovolj, da si skupnega dela želi le ena skupina.

Henneman, Lee in Cohen (1995: 106) dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje, ločijo na osebne in okoljske. Na ravni osebnih dejavnikov pomembno vlogo igra pripravljenost posameznika, da se vključi v sodelovalni proces, ta pripravljenost pa je rezultat mnogih dejavnikov, kot so na primer pripravljanje na sodelovanje v času izobraževanja, zrelost in predhodne izkušnje dela v podobnih situacijah. Za posameznika je zelo pomembno tudi jasno razumevanje in sprejemanje svoje vloge in ravni strokovnega znanja, za kar je potrebno zaupanje v svoje sposobnosti in prepoznavanje meja lastne discipline. Zaupanje ponavadi izhaja iz občutka kompetentnosti na lastnem strokovnem področju in predhodnega priznavanja vrednosti s strani drugih članov tima. Pri promociji/pospeševanju sodelovanja ključno vlogo igra tudi učinkovita skupinska dinamika, pri čemer pomembno vlogo igrajo zmožnost učinkovitega komuniciranja, spoštovanje in priznavanje znanja in mnenja članov vseh vključenih skupin, številni tipi povezanosti (delitev znanja, vrednot, odgovornosti, skupni izidi in skupna vizija) ter zaupanje (po Henneman, Lee, Cohen, 1995: 106–107; Henneman, 1995: 360).

Z vidika dejavnikov okolja pa je po Hennemanovi, Leejevi in Cohenovi (1995: 107) za sodelovanje potrebno naslednje:

- okolje s timsko orientiranostjo (Evans, Carlson, 1992, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 107),
- organizacijska struktura mora biti sploščena in ne hierarhična,
- strukture in procesi morajo sodelujočim dopuščati avtonomno delovanje,
- obstajati morajo sistemi nagrajevanja, ki prepoznavajo skupinske vs. individualnim dosežkom,
- kot način obravnave problemov mora biti poudarjena kooperacija in ne tekmovanje (po Henneman, Lee, Cohen, 1995: 107).

Vloga institucije je pomembna v tem, da določa filozofijo, na osnovi katere posamezniki delujejo; za sodelovanje je pomembna filozofija, ki visoko vrednoti participacijo, svobodo in enakost, avtonomijo, svobodo izražanja ter medsebojno odvisnost (Kraus, 1980, v Henneman, 1995: 360). Vrednostni sistem, ki poudarja enakost, je zelo pomemben za uspeh sodelovanja; Bruce (1980, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 106) namreč pravi, da razlike v statusu, ki so posledica zgodovinskih in družbenih dejavnikov, predstavljajo pomembno oviro za kooperacijo med profesionalci.

O posledicah sodelovanja, ki se nanašajo na posameznike, skupine, organizacije in potrošnike (v našem konkretnem primeru na paciente/kliente), pa govorimo prvenstveno na teoretični ravni, saj sodelovanje (še) ni dovolj proučeno.

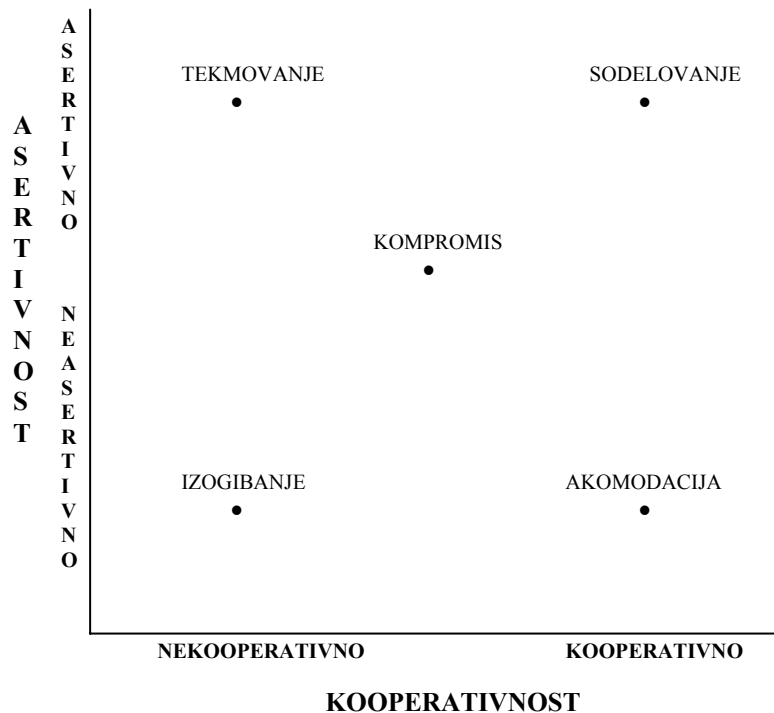
- Prednost sodelovanja za vključene posameznike je podporno in razvijajoče se okolje, ki ga sodelovanje ustvarja. Sodelovanje zagovarja edinstvenost in pomembnost prispevka posameznikov, s čimer krepi njihov občutek kompetentnosti, lastne vrednosti in pomembnosti.
- Sodelovanje pospešuje *esprit de corps* (duha skupnosti) in interprofesionalno kohezivnost, najbrž najpomembnejša pa je vloga, ki jo sodelovanje igra pri poudarjanju kolegialnosti in spoštovanja med profesionalci (Miccolo, Spanier, 1993, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 107).
- Organizacije, ki podpirajo sodelovanje, imajo od le-tega različne koristi. Sodelovanje pripomore k maksimalni produktivnosti in učinkoviti uporabi osebja, saj člani svoje sposobnosti in veščine uporabljajo na kooperativen in ne tekmovalen način. Zadržanje zaposlenih in njihovo zadovoljstvo je namreč večje, če posamezniki čutijo, da je njihov prispevek cenjen ter da sodelujejo pri načrtovanju in odločanju.
- Henneman, Lee in Cohen (1995: 107) pravijo, da ima od sodelovanja največje koristi potrošnik; na primer sodelovanje v bolnišničnem okolju naj bi pozitivno vplivalo na izide pacientov (Knaus et al., 1986, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 107).

4.1.2 KONCEPT SODELOVANJA V RELACIJI S SORODNIMI KONCEPTI

Pri proučevanju sodelovanja pa je potrebno razlikovati med sodelovanjem in ostalimi modeli reševanja konfliktov. Sodelovanje (*collaboration*) je namreč pogosto definirano v povezavi z drugimi oblikami medosebnega vedenja oziroma reševanja konfliktov – tekmovanjem (*competition*), kompromisom (*compromise*), izogibanjem (*avoidance*) in akomodacijo

(*accomodation*) (Kilmann, Thomas, 1977, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104). Te oblike vedenja reflektirajo različne stopnje kooperativnosti in asertivnosti (Ruble, Thomas, 1976, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104).

Slika 4.1: *Modeli reševanja konfliktov*



Vir: Ruble, Thomas (1976, v Baggs, Ryan, 1990: 388)

Slika 4.1 shematično predstavlja teh pet modelov reševanja konfliktov. Horizontalna os predstavlja dimenzijo kooperativnosti (upoštevanje interesov drugih), vertikalna os pa dimenzijo asertivnosti (upoštevanje lastnih interesov) (Thomas, Kilmann, 1974, v Baggs, Ryan, 1990: 387). Sodelovanje predstavlja en ekstrem pri reševanju konfliktov, pri katerem je posameznik tako kooperativen kot asertiven; drug ekstrem je izogibanje, pri katerem je posameznik neasertiven in nekooperativen. Med tema dvema ekstremoma so akomodacija (neasertivnost in kooperativnost), kompromis (srednja stopnja tako asertivnosti kot kooperativnosti) in tekmovanje (asertivnost in nekooperativnost) (Baggs, Ryan, 1990: 387–388; Henneman, Lee, Cohen, 1995: 104). Bradford (1989, v Baggs, Ryan, 1990: 388) pravi, da so medicinske sestre na splošno šibkejše na dimenziji asertivnosti in močnejše na dimenziji kooperativnosti.

4.1.3 SODELOVANJE IN TIMSKO DELO

V sodobnih zdravstvenih sistemih je timsko delo *conditio sine qua non*. Koncepta timskega dela in sodelovanja, »pogosto uporabljena kot sinonima« (Thomas, Sexton, Helmreich, 2003, v Gardner, 2005), sta neločljivo povezana. Baggs in Schmitt (1988, v Gardner, 2005) sodelovanje definirata kot najpomembnejši, a gotovo ne edini vidik timske oskrbe. Tudi Larson in LaFasto (1989, v Lindeke, Sieckert, 2005) sodelovanje percipirata kot eno od značilnosti timskega dela, saj sta med osem osnovnih značilnosti timske odličnosti vključila sodelovalno klimo. Timsko delo je torej kontekst, v katerem se razvija in poteka sodelovanje.

Potrebno pa je ločevati med različnimi vrstami timov, ki odražajo različne stopnje sodelovanja med člani.

- Za multidisciplinarni tim je značilno, da različni profesionalci delajo na istem projektu, vendar samostojno oziroma vzporedno; med njimi ni pravega sodelovanja. Člani tima prepoznajo le svoj odnos do delovne naloge (od njih se pričakuje le to, da vsak opravi svojo nalogo), ne pa tudi odnosov med seboj; morebitne konfliktne vsebine tako ostajajo neopažene in neizgovorjene.
- Pri interdisciplinarnem timu gre za večjo stopnjo sodelovanja med člani tima; ta tim temelji na integraciji znanja in veščin vseh profesionalcev. Interdisciplinarni tim je entiteta s skupnim ciljem in skupnim procesom odločanja. Člani tima so medsebojno odvisni, za obravnavanje potreb svojih klientov pa morajo odpreti svoje teritorialne meje. Medosebno učinkovanje pa prinaša v ospredje vprašanja odnosov v skupini. Tim je odprt organizem, ki se uči in razvija.
- Transdisciplinarni tim (ki je redek) je tip profesionalne prakse, pri kateri pomembno vlogo igrata iskanje konsenza in odpiranje profesionalnih teritorijev; rezultat tega je, da meje postanejo nejasne ali pa izginejo. Pri transdisciplinarnem timu gre za izmenjavo strokovnega znanja in veščin, ki presega tradicionalne disciplinarne meje. Med člani se ob ohranjanju njihovih specifičnih razlik ustvari visoka stopnja notranje povezanosti; razvijanje medosebne povezanosti s sodelovanjem pa pripelje do stopnje, ko je vsak član sposoben celostnega reševanja problemov in ne več le na osnovi svoje stroke (D'Amour, Ferrada–Videla et al., 2005: 120; Praper, 2001: 33).

4.2 TEMELJNE ZNAČILNOSTI DETERMINANT INTERPROFESIONALNEGA SODELOVANJA MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI

Razvoj sodelovanja in njegovo konsolidacijo v zdravstvenih timih determinirajo številni elementi, ki so utemeljeni v medosebnih odnosih med profesionalci v timu, v organizacijskem kontekstu in v zunanjem okolju organizacije (D'Amour, Sicotte, Levy, 1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 133). Determinante, ki vplivajo na dinamiko sodelovanja, San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al. (2005: 133) klasificirajo kot:

- interakcijske dejavnike (medosebni odnosi med člani tima),
- organizacijske dejavnike (pogoji v organizaciji) ter
- systemske dejavnike (pogoji, ki se nahajajo izven organizacije).

Sodelovanje je kompleksen proces, o čemer priča vrsta determinant, ki nanj vplivajo, čeprav obstoječa literatura s tega področja pozornost posveča predvsem (sicer zelo pomembnim) interakcijskim determinantam. Po San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al. (2005: 144–145) je izjemno malo pozornosti posvečene predvsem sistemskim determinantam; pravijo, da je to tako, kot da bi se skupinsko delovanje razvijalo v izolaciji, s popolno kontrolo nad okoljem (kar pa se nikoli ne zgodi). V kompleksnih zdravstvenih sistemih profesionalci sami namreč ne morejo ustvarjati vseh potrebnih pogojev za uspeh.

Za uspešnost sodelovanja so pomembne vse tri vrste determinant, vendar San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al. (2005: 145) opozarjajo, da jih ne moremo obravnavati ločeno. Ni namreč pomembno le razumevanje vpliva vsake determinante posebej, temveč je potrebno razumeti tudi odnose med njimi.

4.2.1 *SISTEMSKE DETERMINANTE*

Sistemske determinante so elementi, ki se nahajajo izven organizacije, kot so na primer komponente družbenih, kulturnih, izobraževalnih in profesionalnih sistemov (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 134).

4.2.1.1 *Družbeni sistem*

Družbeni dejavniki so vir razlik v moči med profesionalci v timu. Ti dejavniki vplivajo na to, kako se bo sodelovalna praksa razvijala. Razlike v moči med profesionalci v timu²⁷, ki temeljijo na spolnih stereotipih in različnem družbenem statusu, zavirajo enakost med

²⁷ Ravnotežje moči je nagnjeno na stran starejše in bolj uveljavljene medicinske profesije (Hugman, 1991, v Caldwell, Atwal, 2003: 1214).

profesionalci, eno temeljnih značilnosti sodelovalne prakse; to konstituira pomembno oviro za interprofesionalno sodelovanje (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 134). Pozicijska moč temelji na statusu (Rowe, 1996, v Lindeke, Block, 1998: 215), ki je v zdravstvu tesno povezan z ugledom in nazivom. Pri interdisciplinarnem delovanju imajo sodelujoči pozicijsko moč, ki je lahko simbolična za njihovo profesijo, njihov spol ali njihov družbenoekonomski razred. Po Deborah Lupton (2003: 131–132) se razlike v moči med medicinskimi sestrami in zdravniki nanašajo na razlike glede na spol, družbeni razred in status ter naravo dela.

Medicinske sestre so večinoma ženske, medtem ko so zdravniki večinoma moški²⁸; medtem ko je v preteklih dveh desetletjih medicino začelo študirati več žensk, pa v zdravstveno nego ni vstopilo več moških. Dominacija žensk na področju zdravstvene nege in pomanjkanje terciarne kvalifikacije (čeprav sedaj medicinske sestre v številnih državah lahko študirajo na univerzitetnem nivoju²⁹) sta povezana z nizkim statusom zdravstvene nege; povezovanje zdravstvene nege z vrednotami, ki so predstavljene kot idealne »ženske«, na primer altruizem, skrb, nežnost in empatija, je namenjeno krepitevi profesije zdravstvene nege kot domene žensk ter s tem povezanemu nizkemu statusu in pomanjkanju moči v zdravstvenem okolju (Lupton, 2003: 132–133). V zdravstvu pa lahko zasledimo tudi za zanimive medspolne relacije med medicinskimi sestrami in zdravniki. Gledano iz stališča zdravnikov Judith Lorber (1997: 39) pravi, da zdravnice sicer morajo sodelovati z medicinskimi sestrami, če želijo delati učinkovito, vendar se zaradi ohranjanja statusa nočejo premočno povezati z ženskami z nižjim statusom v medicinski hierarhiji, saj so po Uletovi (2003a: 213) zdravnice v medicinski hierarhiji bolj ogrožene kot moški in se morajo zato statusno obnašati bolj konformno. Gledano s stališča medicinskih sester pa raziskava Barbare Zelek in Susan Phillips (2003) ugotavlja, da na vedenje medicinskih sester vpliva zdravnikov spol. V interakciji med zdravnico (žensko) in medicinsko sestro (žensko) zaradi odstranitve razlike v moči glede na spol medicinska sestra manj zaznava neenako moč. Tako se medicinske sestre lažje približajo zdravnicam in z njimi komunicirajo, hkrati pa so do njihove medicinske avtoritete tudi bolj sovražno naravnane.

²⁸ To velja predvsem za pripadnike medicinske profesije na Zahodu (v vzhodni Evropi je izrazito več žensk) – v Sloveniji je delež zdravnic večji od deleža zdravnikov; vendar pri spolni strukturiranosti teh dveh profesij izhajam iz dejstva, da je v medicini signifikantno več pripadnikov moškega spola (približno 40 %) kot v zdravstveni negi (po ocenah 5 % – natančnega podatka ni).

²⁹ V Sloveniji ni mogoče pridobiti univerzitetne izobrazbe s področja zdravstvene nege; slovenske medicinske sestre pridobivajo univerzitetno izobrazbo na ostalih fakultetah (npr. na Filozofski fakulteti, Fakulteti za družbene vede, Fakulteti za organizacijske vede), akademske nazive s področja zdravstvene nege pa le v tujini (npr. v Veliki Britaniji, na Švedskem).

Po Lindeke in Block (1998: 215) pa razlike v moči, ki so povezane s spolom, vplivajo tudi na sodelovalno prakso samo. Tiste zdravstvene profesije, ki so pretežno ženske, namreč (lahko) prevzemajo funkcije, ki so povezane s tradicionalno žensko vlogo v družbi; na primer medicinska sestra pri interdisciplinarnem projektu prevzema (oziroma so ji dodeljene) skrbstvene funkcije (npr. skrb za sodelovalni proces, skrb za člane tega procesa, skrb za izide), poudarek zdravstvene nege na skrbi za druge in tradicionalna ženska skrbstvena vloga pa se lahko prevedeta v skrb za iniciative. Avtorici še opozarjata, da je za ugotavljanje distribucije moči in vlog v interdisciplinarnih timih z raznoliko spolno sestavo potrebno še nadaljnje raziskovanje. Tudi Sevenhuijsen (2002, v Pahor, 2003: 80) pravi, da je ena od strukturnih osi moči tudi spol: medicinske sestre so pretežno ženske, njihova podrejenost pa se kaže v različnih oblikah.

- *Konstrukcija drugosti.* Medicinske sestre so pogosto opisane kot »druge« v sistemu zdravstvenega varstva. Redko se jih omenja (čeprav v zadnjih letih ne več tako zelo redko kot pred desetletjem), ampak ponavadi padejo pod »ostale zdravstvene delavce«, »osebje« ali »medicinsko osebje«. Dober primer tega odnosa do medicinskih sester je naslov poglavja v učbeniku splošne medicine (Švab, 1992: 171), in sicer »Zdravnik in njegova medicinska sestra«.
- *Dostop do sredstev za komunikacijo in interpretacijo.* V času izobraževanja imajo medicinske sestre malo možnosti za razvoj komunikacijskih spretnosti, razen na individualni ravni. Imajo malo izkušenj z javnim nastopanjem, dokazovanjem in razpravljanjem. Pri delu imajo zelo omejeno pravico do posredovanja informacij pacientom in sorodnikom, in pogosto se odločijo, da ne bodo posredovale niti takih informacij, ki izhajajo iz njihovega področja dela.
- *Dostop do virov moči in sprejemanja odločitev.* V večini zdravstvenih ustanov v Sloveniji zdravniki odločajo, kdo bo vodil zdravstveno nego. Medicinske sestre imajo relativno malo besede pri načrtovanju svojega dela, izbiranju opreme in pripomočkov in so redko na vodilnih položajih v zdravstvenih zavodih. Tak položaj spodbuja kulturo privilegirane neodgovornosti: če medicinske sestre ne načrtujejo same svojega dela, niso odgovorne zanj in jim ni treba razmišljati o njem.
- *Marginalizacija in stereotipizacija.* Vztrajno se ohranjajo stereotipi medicinskih sester kot »prenašalk nočnih posod«, stereotip medicinskih sester kot »spogledljivk«, »zmajev« ali »pridnih-a-ne-preveč-pametnih« žensk.

Lupton (2003: 132) pravi, da je glede družbeno-kulturnih vidikov odnosov moči med medicinskimi sestrami in zdravniki (ali pa med medicinskimi sestrami in pacienti) objavljenih malo (družboslovnih) raziskav, kar dokazuje, da celo sociologi in antropologi zapostavljajo vlogo medicinskih sester v zdravstvenem okolju.

Na razlike v moči med medicinskimi sestrami in zdravniki vpliva tudi narava dela. Medicinske sestre morajo namreč opravljati »umazano delo«, ki je tradicionalno percipirano kot »žensko delo«, in vključuje umivanje pacientovih genitalij, prinašanje in odnašanje nočnih posod, ukvarjanje s telesnimi tekočinami, kot so kri, slina, gnoj, sluz, bruhanje in feces ter sodelovanje pri urejanju trupel (Lawler, 1991, Wiltshire, Parker, 1996, v Lupton, 2003: 133). Raziskava Sherill Snelgrove in Davida Hughesa (2000: 662) je pokazala, da medicinske sestre in zdravniki jasno razločujejo svoje vloge, kar tudi odraža distinkcijo med skrbjo (*care*) in zdravljenjem (*cure*).

Kljub enakovredni pomembnosti prispevka prav vseh sodelujočih prispevek zdravstvene nege pogosto ostaja neviden; Fagin (1992, v Lindeke, Sieckert, 2005) pravi, da je ta nevidnost lahko posledica dejstva, da so razlike v prihodku in spolu v preteklosti vplivale na razmerja moči med medicinskimi sestrami in zdravniki. Baggsova in Schmittova (1997, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 134) sta v svoji raziskavi, izvedeni na intenzivnem oddelku, ugotovili, da so za medicinske sestre razlike v moči eden glavnih dejavnikov, ki preprečujejo njihovo sodelovanje z zdravniki. Po Arslanian–Engoren (1995, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 134) pa je kolegialna atmosfera, v kateri so medicinske sestre in zdravniki enakovredni partnerji, odločilna za uveljavljanje sodelovalnih odnosov. Lindeke in Sieckert (2005) pravita, da je lahko eden od načinov uravnoteženja neenake moči in avtoritete opuščanje nazivov in uporabljanje imen, s čimer bi nevtralizirali škodljive vplive neenakosti.

4.2.1.2 Kulturni sistem

Na razvoj sodelovanja med profesionalci lahko vplivajo tudi specifične kulturne vrednote. Hall (2005: 188) pravi, da (različne) profesionalne kulture predstavljajo izziv za učinkovito interprofesionalno delo v timu. Po Gage (1998, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 134) in Mariano (1989, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 134) so v nekaterih kulturah močno zasidrane vrednote, ki so v nasprotju z duhom sodelovanja. V zdravstvenem timu bo na primer močna kulturna afiniteta do avtonomije vodila k razvijanju in podpiranju individualizma in specializacije namesto k sodelovalni praksi. Coles (1995, v

Headrick, Wilcock, Batalden, 1998) pravi, da so zdravstveni profesionalci nagnjeni k avtonomnemu delovanju, čeprav morda govorijo, da delajo v timu.

Po Pippi Hall (2005: 188, 190) ima vsaka zdravstvena profesija različno kulturo, ki vključuje vrednote, prepričanja, stališča, navade in vedenja. Profesionalne kulture so se razvijale z razvojem profesij in odražajo zgodovinske dejavnike³⁰, pa tudi spolno in socialno strukturo. Izobraževalne izkušnje in socializacijski procesi posamezne profesije krepijo skupne vrednote, skupne pristope k reševanju problemov in skupni jezik/žargon; z nadaljnjo specializacijo pa se znanje in kultura lastne profesije še poglobljata. Ob zaključku profesionalnega izobraževanja študenti tako prevzamejo poklicno identiteto.

Zdravnike na primer izobražujejo/pripravljajo za nadzorovanje, za prevzemanje vodstvene vloge, za prevzemanje odgovornosti za odločitve. Zato zanje učenje delitve vodstva v interprofesionalnem timskem okolju predstavlja izziv. Kultura izobraževanja zdravnikov se bolj kot na odnose osredotoča na delovanje in izide (Reese, Sontag, 2001, v Hall, 2005: 191); glavni izid, ki ga zdravniki visoko vrednotijo, pa je rešiti pacientovo življenje in ne kakovost pacientovega življenja³¹. Zato zdravstvena oskrba kroničnih bolnikov in vsakdanja zdravstvena oskrba pri njih ni tako cenjena kot srčna ali možganska kirurgija. Kronične bolezni, geriatrija, psihično zdravje in paliativna oskrba pa so področja, kjer so potrebe pacientov tako kompleksne, da je postala nujna interprofesionalna oskrba.

Vrednostni sistem drugih zdravstvenih profesij pa je po Pippi Hall (2005: 191) drugačen. Na primer medicinske sestre se pri svojem delu ne sklicujejo toliko na objektivne podatke kot zdravniki, ampak upoštevajo tudi pacientovo perspektivo (Roberts, 1989, v Hall, 2005: 191). Za rešitev pacientovega problema zdravnik pri svojem delu od medicinske sestre pričakuje, da mu bo posredovala objektivne podatke. Vsaka od teh internaliziranih profesionalnih vrednot tako lahko ustvari komunikacijsko oviro za interprofesionalno sodelovanje.

³⁰ Na primer na razvoj kulture zdravstvene nege pomembno vpliva izobraževanje medicinskih sester. V procesu izobraževanja so se razvi(ja)le/izoblikovale temeljne značilnosti in vrednote kulture podrejanja. Pahorjeva (2003: 81) pravi, da je bil tipičen princip šol za medicinske sestre v Evropi do 2. polovice 20. stoletja (ponekod pa še dlje) ta, da je »praksa več kot teorija«, zlasti v smislu, da je ohranjanje obstoječega pomembnejše kot iskanje novih možnosti. Drugi princip je izhajal iz pomočniške vloge medicinskih sester in se je kazal v prepričanju, da je pomembno vedeti, kako nekaj narediš, ne pa zakaj. Take šole so seveda zagotavljale množično produkcijo vodljive delovne sile. V spominih mnogih medicinskih sester so zato šole ostale kot »šole uboganja«, ki so temeljile na spoštovanju avtoritete kot osnovni vrednoti.

³¹ Zato področja, kot so preventiva, oskrba psihično bolnih ter oskrba kroničnih bolnikov in umirajočih ne pritegne pozornosti zdravnikov, saj ta oskrba ne rezultira v očitni rešitvi življenja (Roberts, 1989, v Hall, 2005: 191).

Petrie (1976: 35, v Hall, 2005: 190) pravi, da ima vsaka profesija drugačno »kognitivno shemo« (mentalni zemljevid) in da » ... dva pripadnika nasprotnih si disciplin lahko gledata isto stvar in ne vidita iste stvari ...«. Kognitivna shema se razvije kot posledica izobraževalnih in socializacijskih izkušenj študentov vsake profesije; ta shema je glavna komponenta kulture vsake profesije. Glavni izziv, s katerim se soočajo zagovorniki učinkovitega interprofesionalnega timskega dela, pa je omogočanje priložnosti, da bi člani tima spoznali in razumeli kognitivne sheme drug drugega.

4.2.1.3 Izobraževalni sistem

Ena pomembnih strategij za uvajanje interprofesionalnega sodelovanja v (klinično) prakso je izobraževanje za sodelovanje, saj sodelovalna praksa zahteva obvladovanje novih kompetenc; »v literaturi je izobraževalni sistem predstavljen kot ena pomembnejših determinant interprofesionalnega sodelovanja, saj predstavlja glavno gibalno promocije sodelovalnih vrednot³² med bodočimi zdravstvenimi profesionalci« (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137). Po definiciji Centra za napredek interprofesionalnega izobraževanja iz Velike Britanije (*UK Center for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE*), ki promovira in razvija interprofesionalno izobraževanje, o interprofesionalnem izobraževanju govorimo tedaj, »ko se dve profesiji učita skupaj, ena od druge in ena o drugi, da bi izboljšali sodelovanje in kakovost oskrbe« (<http://www.caipe.org.uk/index.php?&page=mission&nav=1>).

Študenti zdravstvenih ved so tradicionalno socializirani z močno profesionalno identifikacijo z lastno profesijo, posledica takšne socializacije pa je zelo omejeno poznavanje ostalih profesionalcev v timu – pripadniki vsake profesije namreč zelo malo vedo o praksi, strokovnem znanju, odgovornostih, veščinah, vrednotah in teoretičnih perspektivah profesionalcev drugih disciplin, kar predstavlja eno glavnih ovir za sodelovalno prakso v zdravstvenih timih (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137). Že leta 1985 je Makadon (v Larson, 1999: 43) trdil, da je sodelovanje težko dosegljivo zato, ker se študentje medicine in zdravstvene nege leta učijo za to, da bodo klinično kompetentni, medosebnih veščin pa se učijo v glavnem z metodo poskusov in napak. Po S. Glen (1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137) je potreben izobraževalni sistem, ki bi študente izobraževal v duhu profesionalne pluralnosti in pripomogel k temu, da bi prepoznavali

³² Med izobraževanjem se razvijajo sodelovalna stališča, vrednote, veščine, komunikacijske spretnosti ipd., ki so pomembni dejavniki za uspešno sodelovanje v praksi.

vrednote in odgovornosti posameznih disciplin. Zato številni avtorji³³ poudarjajo pomen interprofesionalnih izobraževalnih programov, ki bi študentom pomagali vrednotiti profesionalni pluralizem. Tudi nekatere empirične raziskave³⁴ poudarjajo, da seznanjenost z vlogami, ki jih igrajo druge profesije, njihovo razumevanje in pozitivno vrednotenje, olajšuje razvoj interprofesionalnega sodelovanja. Raziskava dvanajstih bolnišničnih interprofesionalnih timov, ki sta jo izvedla Liedtke in Whitten (1998, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137), je pokazala, da različne vrednote, različni stili dela in različne osebnosti ovirajo razvoj sodelovalnih odnosov.

Interdisciplinarne izkušnje študentov, ki vključujejo diskurz in samorefleksijo, po Lindeke in Block (1998: 216–217) izkristalizirajo njegovo razumevanje lastne, pa tudi drugih disciplin. Opozarjata pa, da je izjemnega pomena časovna usklajenost in prostorska umestitev interdisciplinarnih izkušenj. Pravita namreč, da postavljanje študentov v situacije, kjer se od njih pričakuje, da bodo sodelovali z drugimi, še preden dobijo občutek za lastno profesionalno integriteto, lahko vodi k negotovostim/nejasnostim glede njihovih osebnih prepričanj in vrednot. Zato je lahko skupno učenje z ostalimi disciplinami v pomembnih obdobjih poklicne socializacije idealen način, da zdravstveni delavci pridobijo sodelovalne veščine in postanejo predani sodelovanju. Lindeke in Sieckert (2005) pa poudarjata, da nobene študijske izkušnje ne bodo spremenile vedenja, če študentje uspešnega sodelovanja ne bodo videli v praksi. Tudi D'Amour in Oandasan (2005: 12) pravita, da je za interprofesionalno izobraževanje potrebno okolje s sodelovalno prakso.

Del kontinuiranega profesionalnega razvoja zdravstvenih delavcev v sodobnem zdravstvu ne more biti več le (sicer zelo pomembno) vseživljenjsko izobraževanje na področju lastne profesije in nenehen stik z novostmi na konkretnem področju dela, temveč tudi kontinuirano izobraževanje in usposabljanje za sodelovalno delo v timih.

4.2.1.4 Profesionalni sistem

Profesionalni sistem pomembno vpliva na razvoj sodelovalne prakse, saj izpostavlja perspektivo, ki je v popolnem nasprotju z načeli sodelovanja (D'Amour et al., 1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 136). Za procese profesionalizacije je namreč

³³ Fagin, 1992; Johnson, 1992; Lindeke, Block, 1998; MacIntosh, McCormack, 2001; Mariano, 1989; Satin, 1994; Walsh et al., 1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137

³⁴ Arslanian-Engoren, 1995; Baggs, Schmitt, 1997; Silen-Lipponen, Turunen, Tossavainen, 2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137

značilno doseganje dominacije, avtonomije in kontrole in ne kolegialnosti in zaupanja (Freidson, 1986, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 136). Medtem ko razvoj sodelovalne prakse temelji na vzajemnem prepoznavanju medsebojne odvisnosti profesionalcev in sprejemanju »sivih con«, kjer se posamezni prispevki lahko prekrivajo, dinamika profesionalizacije vodi k diferenciaciji profesionalcev in teritorialnemu vedenju v timu. V fazi profesionalne socializacije se zdravstveni profesionalci poglobljajo v filozofijo, vrednote in temeljne teoretične perspektive lastne profesije, te razlike med različnimi profesionalci pa predstavljajo potencialen vir konflikta in ovirajo razvoj prave sodelovalne prakse (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137); socializacija študentov je ponavadi namreč specifična za določeno disciplino, ne poudarja pa značilnosti drugih disciplin (Lindeke in Sieckert, 2005).

Raziskave interprofesionalnih timov v skupnostnih zdravstvenih centrih v Quebecu (D'Amour et al., 1999; Sicotte, D'Amour, Moreault, 2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 137) so jasno pokazale vpliv profesionalnih sistemov na razvoj sodelovanja. Raziskava D'Amourjeve in kolegov je fragmentacijo oskrbe – kot posledico tendence k ohranjanju profesionalnih teritorijev – identificirala kot enega od dejavnikov, ki ovirajo razvoj sodelovalnih odnosov med profesionalci. Raziskava Sicottejeve in kolegov pa je pokazala, da privrženost sodelovalnim načelom (bolj kot profesionalizacijskim načelom) in družbena integracija med skupinami spodbujata sodelovalno delo.

Vendar pa je za uspešno in učinkovito sodelovanje v prvi vrsti pomembno razumevanje vloge lastne profesije. Laidlerjeva (1991, v Molyneux, 2001: 33) opisuje koncept »profesionalne odraslosti« (*professional adulthood*). Da bi učinkovito skupno delovali, morajo namreč pripadniki različnih disciplin dovolj zaupati v svojo vlogo in svojo profesionalno identiteto. Vkolikor ta »profesionalna odraslost« ni dosežena, se po Laidlerjevi pojavijo ljubosumje in konflikti, kar škoduje timu, še bolj pa oskrbi pacientov. Pomembnost gotovosti v lastno profesionalno identiteto izpostavlja tudi Dombeck (1997: 15, v Molyneux, 2001: 34), ki pravi, da posameznik težko razvija sodelovalne vezi, če je negotov v lastno profesionalno identiteto.

4.2.2 ORGANIZACIJSKE DETERMINANTE

Za interprofesionalno sodelovanje je potrebno tudi ugodno organizacijsko okolje. Pri organizacijskih determinantah gre za kombinacijo atributov organizacije, ki definirajo delovno okolje tima, kot so struktura in filozofija, timski resursi in administrativna podpora,

pa tudi komunikacijski in koordinacijski mehanizmi (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 138).

4.2.2.1 Organizacijska struktura

Walsh et al. (1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 138) pravijo, da organizacijska struktura močno vpliva na razvoj sodelovalne prakse v zdravstvenih timih. Nekateri avtorji (King, 1990, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 138; Henneman, Lee, Cohen, 1995) trdijo, da je za uspešno sodelovanje med zdravstvenimi profesionalci potreben premik od tradicionalnih hierarhičnih struktur k bolj horizontalnim strukturam. Na primer Evans (1994, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139) pravi, da tradicionalne strukture ne spodbujajo temeljnih pogojev za sodelovanje, kot sta na primer skupno odločanje in neposredno, odkrito komuniciranje. V nasprotju s tem pa decentralizirane in fleksibilne strukture poudarjajo pomen timskega dela in podpirajo skupno odločanje in tako spodbujajo razvoj sodelovalne prakse (Evans, 1994; Feifer, Nocella, DeArtola, Rowden, Morrison, 2003, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139). Po San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al. (2005: 139) pa na tem področju zaenkrat še ni bila izvedena nobena empirična raziskava.

4.2.2.2 Organizacijska filozofija

Na sodelovalno prakso vplivajo tudi organizacijska filozofija, ki mora podpirati sodelovanje med zdravstvenimi profesionalci, in organizaciji inherentne vrednote. Za razvoj sodelovanja v zdravstvenih timih je bistvena filozofija, ki ceni participacijo, poštenost, svobodo izražanja in medsebojno odvisnost. Klima odprtosti, prevzemanja tveganja, integritete in zaupanja namreč pospešuje oblikovanje sodelovalnih stališč med profesionalci. Po Alt–White, Charns in Strayer (1983, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139) ter Silen–Lipponen et al. (2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139) delovna klima igra odločujočo vlogo pri razvoju sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139).

4.2.2.3 Administrativna podpora

Pri implementiranju interprofesionalnega sodelovanja je potrebna tudi administrativna podpora. Nekatere raziskave³⁵ so pokazale pomembnost vodenja pri razvoju sodelovanja v interprofesionalnih timih. Razvoj sodelovanja med člani tima namreč pospešujejo vodje, ki

³⁵ Borrill et al., 2002, D'Amour et al., 1999; Prescott, Bowen, 1985, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139

vedo, kako posredovati novo vizijo sodelovalne prakse, ki profesionalce motivirajo za sodelovanje in ki so zmožni oblikovati organizacijsko okolje, ki spodbuja sodelovanje (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139; Henneman, Lee, Cohen, 1995).

4.2.2.4 Timski resursi

Eden ključnih pogojev za uspešno sodelovanje je razpoložljivost časa za interakcijo in prostora za srečevanje med člani tima. Za sodelovalne odnose je namreč potrebnega dovolj časa, da si profesionalci v timu lahko izmenjajo informacije, razvijejo medosebne odnose in obravnavajo timske probleme, razpoložljiv prostor in delo v fizični bližini pa zmanjšuje profesionalno teritorialnost in atavistično vedenje (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139) ter olajšuje sodelovanje, še posebej v konfliktnih situacijah (Lindeke, Block, 1998: 216)³⁶. Pomembnost fizične bližine profesionalcev in razpoložljivost časa dokazujejo tudi nekatere empirične raziskave³⁷. Prescott in Bowen (1985, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139) tako poudarjata, da je odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki boljši na manjših oddelkih in oddelkih s primarno zdravstveno nego. Številni avtorji³⁸ pa poudarjajo tudi potrebo po zadostnih finančnih investicijah za promocijo razvoja sodelovalne prakse.

4.2.2.5 Koordinacijski in komunikacijski mehanizmi

Za razvoj sodelovalne prakse so potrebni tudi koordinacijski in komunikacijski mehanizmi. Za interprofesionalno sodelovanje so pomembni in koristni standardi, politike, interprofesionalni protokoli, poenotena in standardizirana dokumentacija, seje, forumi in formalni sestanki, na katerih so prisotni vsi zdravstveni profesionalci (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 140). D'Amour et al. (1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 140), Sicotte et al. (2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 140) in Silen–Lipponen et al. (2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 140) so v svojih delih pokazali, da formalizacija pravil in procedur pomembno vpliva na razvoj sodelovanja med profesionalci.

³⁶ Sicer je razvoj informacijsko-komunikacijske tehnologije olajšal komunikacijo z uporabo elektronskih sporočil, faksov, telekonferenc ipd., vendar fizični prostor in realen čas olajšujeta interdisciplinarno sodelovanje, še posebej v začetnih fazah in v konfliktnih situacijah (Lindeke, Block, 1998: 216).

³⁷ Alt–White et al., 1983; Baggs, Schmitt, 1997, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139

³⁸ MacIntosh, McCormack, 2001; Mariano, 1989; Siegler, Whitney, 1994; Walsh et al., 1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 139

4.2.3 INTERAKCIJSKE DETERMINANTE

Uspešnost sodelovanja ni odvisna le od organizacijske filozofije, saj je sodelovanje proces, ki poteka med ljudmi, zato so posamezniki tisti, ki dokončno odločijo, ali bo sodelovanje potekalo ali ne. Interakcijske determinante so elementi medosebnih odnosov med člani tima, kot so pripravljenost sodelovati, vzajemno zaupanje, spoštovanje in komunikacija (Henneman, 1995: 360; San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141).

4.2.3.1 Pripravljenost sodelovati

Interprofesionalno sodelovanje je po naravi prostovoljno, zato morajo biti za implementiranje sodelovalne prakse profesionalci pripravljeni sodelovati. Nekateri avtorji³⁹ trdijo, da je skupinska kohezija eden ključnih indikatorjev posameznikove pripravljenosti postati del tima, po Stahelski in Tsukuda (1990, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141) pa je ključni indikator kohezije profesionalna konstantnost v skupini (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141; Henneman, Lee, Cohen, 1995).

Empirične študije so pokazale, da je za razvoj sodelovanja pomembna dovzetnost za sodelovanje in predanost profesionalcev sodelovalnim projektom, za pripravljenost sodelovati pa so pomembna posameznikova pričakovanja glede sodelovalnega dela, prepričanje v koristnost interprofesionalnega sodelovanja, skupni cilji, ki si jih delijo vsi profesionalci in to, ali so ti skupni cilji jasni (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141).

4.2.3.2 Zaupanje

Večina raziskovalcev zaupanje ocenjuje kot enega ključnih elementov, ki so potrebni za razvoj sodelovanja. Za izgraditev zaupanja pa so potrebni čas, trud, potrpežljivost in predhodne pozitivne izkušnje. Za sodelovanje je pomembno samozaupanje v lastno vlogo profesionalca kot tudi zaupanje drugim profesionalcem. Raziskovalci pravijo, da je zaupanje na obeh ravneh (zaupanje v lastne sposobnosti in v druge) odvisno od kompetentnosti (znanja in veščin) in izkušenj (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141; Henneman, Lee, Cohen, 1995; Henneman, 1995). Empirične raziskave kažejo, da je po mnenju profesionalcev za sodelovalne odnose zaupanje nujno potrebno⁴⁰, po Henneman, Lee in Cohen (1995: 107) pa pomanjkanje zaupanja predstavlja nepremostljivo oviro za razvoj sodelovanja.

³⁹ Cohen, Bailey, 1997; Evans, Dion, 1991; Stahelski, Tsukuda, 1990, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141

⁴⁰ Arslanian-Engoren, 1995; Baggs, Schmitt, 1997; D'Amour, 1997; Liedtka, Whitten, 1998; Prescott, Bowen, 1985, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141

4.2.3.3 Komunikacija

Tudi komunikacija je za sodelovanje neobhoden element. Številni avtorji⁴¹ trdijo, da komunikacijske veščine igrajo izjemno pomembno vlogo pri razvoju sodelovalnih odnosov med člani tima (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142). Po Henneman, Lee, Cohen (1995: 106) gre pri zmožnosti učinkovitega komuniciranja za to, da člani poslušajo drug drugega, pri predstavljanju svojega vidika pa so asertivni; učinkovita komunikacija članom tima omogoča konstruktivno medsebojno pogajanje. San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al. (2005: 142) pravijo, da je mogoče izpostaviti tri glavne razloge, zakaj komunikacija lahko predstavlja ključno determinanto sodelovanja v zdravstvenih timih.

1. Za razvoj sodelovalne prakse je pomembno, da profesionalci razumejo, kako njihovo delo prispeva k izidom in timskim ciljem, ter da vedo, kako vsebino tega svojega prispevka posredovati drugim profesionalcem (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142; Lindeke, Block, 1998).
2. Učinkovita komunikacija je bistvena zato, ker omogoča konstruktivno pogajanje z ostalimi profesionalci (Henneman, 1995; San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142). Hall (2005: 193) pa pravi, da so komunikacijske veščine, ki se jih učijo študenti, običajno osredotočene na interakcije s pacienti, ne pa na interakcije z drugimi profesionalci.
3. Komunikacija je medij za ostale determinante sodelovanja, kot je medsebojno spoštovanje, povezanost ali medsebojno zaupanje (Henneman, Lee, Cohen, 1995: 106).

Številne empirične raziskave, ki so proučevale komunikacijo, so ugotovile pomembnost odprtega in aktivnega komuniciranja ter aktivnega poslušanja (Baggs, Schmitt, 1997; Prescott, Bowen, 1985; Silen–Lipponen et al., 2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142), ki profesionalcem v timu omogoča skupno znanje (D'Amour et al., 1999, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142) ter izboljševanje procesa zaradi delitve kliničnih informacij (Alt–White et al., 1983; D'Amour et al., 1999; Silen, Lipponen et al., 2002, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142). Lindeke in Block (1998: 215) pravita, da mora jezik sodelovanja reflektirati skupne vrednote, cilje, procese in izide; na primer govorjenje z »mi« in »naše« namesto »jaz« in »moje« kaže na skupne probleme, procese in izide. Tudi opisovanje oskrbe kot »zdravstvene« in ne »medicinske« kaže na interdisciplinarnost.

⁴¹ Burd, Cheung, Wong, Ying, Cheng, 2002; Evans, 1994; Fagin, 1992; Henneman, Lee, Cohen, 1995; Koerner et al., 1986; Mariano, 1989; Siegler, Whitney, 1994; Way et al., 2000, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 141–142

Spolna strukturiranost obeh profesij – zdravstvene nege kot pretežno ženske in medicine kot pretežno moške discipline – pomembno vlogo igra tudi pri komunikaciji kot eni od interakcijskih determinant interprofesionalnega sodelovanja. Gardner (2005) pravi, da je stereotipiziranje spolnega značaja komuniciranja sicer nevarno, vendar je enako nevarno tudi ignoriranje teh razlik. Na splošno so moški bolj orientirani na naloge, ženske pa na odnose (Tannen, 1990, v Gardner, 2005), za sodelovanje pa je pomembno osredotočenje tako na naloge kot na odnose. Coeling in Wilcox (1994, v Gardner, 2005) sta izvedla raziskavo med medicinskimi sestrami in zdravniki, da bi proučila komunikacijske dimenzije, ki vplivajo na sodelovanje. Osredotočila sta se na vsebino (kaj je povedano), način odnosa (kako je vsebina podana in kako tisti, ki jo posreduje, percipira odnos z drugim) ter čas (čas, ki je potreben za razvoj dobrega komunikacijskega procesa). Ugotovila sta, da medicinske sestre in zdravniki sodelovanje visoko vrednotijo, vendar pa komunikacijskim elementom dajejo različne prioritete. Zdravniki v njuni raziskavi so se primarno osredotočali na vsebinski vidik (kaj je povedano), medicinske sestre pa na odnosni vidik sporočila (način odnosa)⁴². Medtem ko so zdravniki kot najpomembnejši element komunikacije z medicinskimi sestrami izpostavljali podatke o pacientih (vsebina), je bila za medicinske sestre najpomembnejša afirmativna komunikacija, kot je priznavanje idej in truda (način odnosa); na primer zdravniki so se osredotočali na laboratorijske izvide in to, kako bodo ukrepali, redko pa so verbalno priznavali vrednost/pomen informacij, ki so jih posredovale medicinske sestre. Coeling in Wilcox (1994: 51, v Larson, 1999: 41) pravita, da »zaznavanje pomanjkanja potrditve s strani zdravnikov pri medicinskih sestrah lahko ovira napredek k sodelovalnim odnosom«.

4.2.3.4 Medsebojno spoštovanje

Ena od interakcijskih determinant sodelovanja je tudi medsebojno spoštovanje, ki pomeni poznavanje in prepoznavanje komplementarnosti ter medsebojne odvisnosti prispevkov različnih profesij v timu (San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142). Pri spoštovanju gre za to, da člani razumejo in sprejemajo strokovno znanje in vlogo drug drugega; vzajemno spoštovanje pomeni priznavanje sistema znanja, sposobnosti, veščin in edinstvenosti vsake discipline (Evans, Carlson, 1992, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 106). Pomanjkanje razumevanja, spoštovanja in pozitivnega vrednotenja prispevka drugih profesij tako predstavlja pomembno oviro za interprofesionalno sodelovanje v timu (Bradford, 1989,

⁴² Poudarjanje odnosov s strani zdravstvene nege in poudarjanje vsebine s strani medicine ustreza dihotomiji skrb – zdravljenje (*care – cure*) (Larson, 1999: 41). Larsonova (ibid.) tudi pravi, da je znanost povezana z objektivnostjo in moškostjo, etika in humanizem pa z ženskostjo. Rezultat tega je hierarhija vrednot v zdravstvu, kjer so objektivni fizični znaki in simptomi bolj kredibilni od subjektivnih odzivov na bolezni. Subjektivne vidike zdravljenja je mogoče zaslediti pri zdravstveni negi, objektivne pa v medicini.

Stichler, 1995, v San Martin-Rodriguez, Beaulieu et al., 2005: 142). Za učinkovito sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki je potrebno spremeniti percepcijo druge poklicne skupine oziroma njenih pripadnikov, saj Hennemanova (1995: 360) pravi, da se na zdravnike ali medicinske sestre gleda ne kot na kolege, temveč kot na oviro, ki jo je potrebno premagati za doseg lastnih ciljev.

Gledanje na medicinske sestre kot tiste, ki sodelujejo in pomagajo, in na zdravnike kot tiste, ki diagnosticirajo in vodijo time, je stereotipno in posplošeno in lahko vodi do komunikacijskih težav in nesporazumov (Larson, 1999: 40). Medicinske sestre in zdravniki prispevajo različne perspektive pri oskrbi pacientov. Ko so različne disciplinarne perspektive cenjene, na edinstvenost vsake profesije lahko gledamo kot na prednost in ne škodo za oskrbo pacientov (Pike, 1991, v Lindeke, Sieckert, 2005). Rezultat interdisciplinarnega sodelovanja med posamezniki z različnimi znanji in veščinami so kreativne in praktične rešitve, ki se drugače ne bi pojavile; da pa se pojavijo, se morajo profesionalci izogibati postavljanju predpostavk o drugih profesionalcih, si vzeti čas in se truditi, da se poučijo o perspektivi drugega. Z namenskimi ugotavljanjem, kaj drugega kot profesionalca motivira, medicinske sestre in zdravniki lahko odkrijejo svoje skupne cilje in pri oskrbi pacientov sodelujejo, v središče svojega delovanja pa postavijo dobrobit pacienta. Larsonova (1999: 42) pa pravi, da je leta 1991 v raziskavi, izvedeni med 1000 medicinskimi sestrami, večina respondentk poročala o tem, da ne verjamejo, da zdravniki vedo, kaj medicinske sestre delajo, da se počutijo podrejene in da (čeprav z mlajšimi zdravniki delajo bolje) njihovi odnosi z zdravnicami niso boljši kot z zdravniki. Larsonova (ibid.) ob tem dodaja, da so stereotipi in interakcijski stili med obema profesijama tako ukoreninjeni, da se bo moralo izmenjati nekaj generacij, da se bodo te stvari spremenile.

4.3 OVIRE ZA INTERPROFESIONALNO SODELOVANJE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI

Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki je zahteven projekt, saj se ti dve poklicni skupini kljub skupnemu cilju, to je dobrobiti pacienta, v mnogih vidikih razlikujeta. V literaturi o interprofesionalnem sodelovanju avtorji izpostavljajo številne ovire, ki se v veliki meri nanašajo na pomanjkljivosti v okviru zgoraj omenjenih determinant sodelovanja. (Pre)poznavanje in razumevanje teh ovir je pomembno predvsem zato, da vemo, katere so tiste kritične točke, ki jim moramo v procesu razvoja sodelovalne prakse med medicinskimi

sestrami in zdravniki (v zdravstvenem timu) posvetiti še posebno pozornost ter da se zavedamo pomena postavitve interprofesionalnega sodelovanja v širši družbeni kontekst.

Eno ključnih ovir za interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki predstavlja neenako razmerje moči, na čemer temelji večina ostalih ovir za sodelovanje med tema dvema poklicnima skupinama. Zdravniki so že desetletja primarni nosilci moči v zdravstvenem sistemu, delo medicinskih sester pa je v veliki meri podrejeno delu zdravnikov in odvisno od njega; zdravniki v družbi uživajo ugled, poklic zdravnika namreč sodi med najuglednejše poklice v družbi – na primer v raziskavi Slovensko javno mnenje iz leta 1995 (v Toš, Malnar, 2002: 104) je bil poklic zdravnika na prvem mestu lestvice najuglednejših poklicev, medtem ko se medicinske sestre kljub temu, da predstavljajo najštevilčnejšo poklicno skupino v zdravstvu in zagotavljajo kontinuirano (24-urno) zdravstveno nego pacientov, ponavadi prišteva v skupino »ostalih zdravstvenih delavcev«. O njihovi tradicionalni podrejenosti, »nevidnosti« in marginalnosti na primer priča tudi podatek, da med številnimi (73-imi) avtorji, sodelavci in svetovalci osnutka Zdravstvene reforme (2003) ni niti ene medicinske sestre oziroma pripadnika profesije zdravstvene nege. Mirjana Ule (2003a: 206) pravi, da »dolgotrajno posedovanje moči lahko pretirano poveča samozavest in samospoštovanje nosilcev moči in zmanjša njihovo občutljivost za probleme podrejenih«, kar glede na že desetletja uveljavljena razmerja moči med medicinskimi sestrami in zdravniki lahko predstavlja težko obvladljiv problem pri uvajanju sodelovalne prakse med tema dvema profesijama. Kenneth in Mary Gergen (1986: 267, v Ule, 2003a: 207) poročata o raziskavah Davida Kipnisa s sodelavci, ki je izdelal petstopenjski model korupcije moči.

1. Dostop do sredstev moči poveča verjetnost, da bo moč uporabljena. Podobno kot prisotnost orožja vzbudi težnjo k agresivnosti, tudi posest moči vzbuja težnjo k njeni uporabi.
2. Bolj ko se uporablja moč, raje nosilec moči verjame, da nadzoruje dejanja podrejene osebe in pripisuje njihove uspehe lastni sposobnosti, nadzoru in kontroli.
3. Kolikor bolj si nosilci moči lastijo zasluge za dejanja podrejenih, toliko manj vredni se jim zdijo podrejeni.
4. Z znižanjem veljave podrejene osebe se večja socialna distanca med podrejenim in nosilcem moči. Če nosilci velike moči težijo k znižanju veljave manj močnih oseb, potem se ne marajo angažirati v tesnejših odnosih z manj močnimi ali »videti svet s stališča nemočnih«.

5. Dostopnost in uporaba moči v dalj časa trajajočem procesu postopno zvišuje samozaupanje močnih in znižuje samospoštovanje podrejenih ter vodi do fenomena »naučene nemoči« pri podrejenih in zlorabe moči pri nadrejenih.

Če ta model prevedemo na področje odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki, lahko ugotovimo, da takšne relacije moči (superiornost zdravnikov in podrejenost medicinskih sester), ki so močno zakoreninjene in se v procesu poklicne socializacije prenašajo od starejših kolegov k mlajšim, otežujejo uvajanje interprofesionalnega sodelovanja, pri katerem je nehierarhičnost imperativ. Da se bodo ti odnosi moči spremenili in da bo sodelovanje v polni meri nadomestilo hierarhičnost, pa se bo najbrž moralo zamenjati nekaj generacij zdravnikov in medicinskih sester.

Razvoj interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, pri katerem pomembno vlogo igrata tudi medsebojno spoštovanje in zaupanje, v slovenskem zdravstvu močno ovira tudi odnos medicinske profesije (medicinske elite) do zdravstvene nege, kar se med drugim kaže tudi v njihovem odnosu do izobraževanja medicinskih sester. Pahorjeva (2003: 84) na primer pravi, da »postsekundarno izobraževanje za zdravstveno nego obstaja že dobrih 50 let (Višja šola za medicinske sestre v Ljubljani je pričela z delom leta 1951), a ves čas poteka v senci »velike sestre«, Medicinske fakultete, ki je že večkrat jasno pokazala, kje so po njenem mnenju meje izobrazbene ravni za zdravstveno nego, da bi ta še naprej lahko ohranjala sedanjo, zdravnikom podrejeno vlogo. To prepričanje se je usidrilo tudi v glavah mnogih pripadnic poklica«. Na željo po ohranjanju *statusa quo* v slovenskem zdravstvenem varstvu, za katerega je značilna »hierarhična vertikalna struktura, ki omejuje komunikacijo in razvoj znanja in spretnosti nižjih slojev v hierarhiji« (ibid.), kaže tudi odpor Medicinske fakultete (oziroma njenega vodstva) do univerzitetnega študija zdravstvene nege (prim. Pahor, 2006).

Headrick, Wilcock in Batalden (1998) navajajo naslednje ovire za interprofesionalno sodelovanje: razlike v zgodovini in kulturi, zgodovinsko interprofesionalno in intraprofesionalno rivalstvo, razlike v jeziku in žargonu, razlike v urnikih in profesionalni rutini, variirajoči nivoji pripravljanja, kvalifikacij in statusa, razlike v zahtevah, regulacijah in normah profesionalnega izobraževanja, strah pred oslabljeno profesionalno identiteto, razlike v odgovornosti, plačilu in nagradah, stvari, ki se tičejo klinične odgovornosti. Ovire torej segajo od strahu pred oslabljeno profesionalno identiteto do razlik v urnikih in profesionalni rutini.

Lindeke in Block (1998: 215–216) pa izpostavljata štiri temeljne ovire za interprofesionalno sodelovanje: komunikacijske ovire, ovire glede moči in avtoritete, profesionalne ovire (menita, da profesionalizem pripadnike disciplin ločuje na osnovi strokovnega znanja ter postavlja meje med njimi na osnovi izobraževanja, socializacije in uporabe žargona) in strukturne ovire (ovire glede časa in prostora – menita, da strukturne značilnosti zdravstvenih institucij in družbene norme ne podpirajo sodelovanja oziroma ga celo ovirajo). Tudi Kay Caldwell in Anita Atwal (2003: 1213) probleme, ki so povezani z interprofesionalnim sodelovanjem, klasificirata v štiri kategorije:

- ideološke razlike med zdravstvenimi profesijami (Stevenson, 1985; Beattie, 1995, v Caldwell, Atwal, 2003: 1213),
- neenaka razmerja moči med zdravstvenimi profesijami (Blane, 1991; Hugman, 1991; Carrier, Kendall, 1995, v Caldwell, Atwal, 2003: 1214),
- komunikacija v okviru profesionalnih skupin in med njimi (Kilcoyne, 1991, v Caldwell, Atwal, 2003: 1215) in
- prekrivanje vlog in nejasnosti glede vlog (Department of Health, 1997, 2000, v Caldwell, Atwal, 2003: 1216).

Da profesionalna ideologija, profesionalna paradigma lahko predstavlja pomembno oviro za interprofesionalno sodelovanje, meni tudi Rowe (1996, v Lindeke, Block, 1998: 214), ki pravi, da medicina uporablja patofiziološko paradigmo, medtem ko zdravstvena nega uporablja holistično paradigmo. Po Caldwell in Atwal (2003: 1213) to na najosnovnejši ravni predstavlja dihotomijo med konceptoma »*care*« (skrb) in »*cure*« (zdravljenje).

Po Lindeke in Sieckert (2005) oviro za sodelovanje in učinkovito komunikacijo med medicinskimi sestrami in zdravniki lahko predstavlja tudi izgorevanje; Hall (2005: 193) pravi, da utrujenost in stres članov tima lahko povzročita njihov umik v lastno profesijo.

Elizabeth A. Henneman (1995: 359–360) pravi, da se za probleme, povezane s sodelovanjem med medicinskimi sestrami in zdravniki, običajno krivi zdravnike, in trdi da številne ovire za sodelovanje lahko zasledimo pri zdravstveni negi. Kot oviro za razvoj interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki izpostavlja proces izobraževanja in socializacije medicinskih sester; v kurikulumih zdravstvene nege je namreč mogoče zaslediti pomembno vrzel glede vloge medicinskih sester kot članic tima – še vedno se namreč poudarja vloga medicinskih sester kot samostojnih izvajalk namesto da bi se poudarjala medsebojna odvisnost z ostalimi člani tima. Sicer dobronamernimi poskusi promocije

edinstvenosti medicinskih sester in definiranjem meja discipline je zdravstvena nega zgradila zid med seboj in ostalimi disciplinami. Hennemanova trdi, da se je pri medicinskih sestrah zasejalo seme nezaupanja in nespoštovanja v kolege s področja medicine. Rezultat socializacije pa je, da medicinske sestre na zdravnike začnejo gledati kot na »sovražnike«, posledica vsega tega pa je, da medicinske sestre menijo, da le njih skrbi za dobrobit pacienta. Lindeke in Sieckert (2005) pravita, da je ena izmed pomembnih strategij spodbujanja pozitivnega timskega dela izogibanje »igri krivde« (*blame game*). Easson-Bruno (2003: 8) trdi, da morajo medicinske sestre za probleme v zdravstveni negi nehati kriviti druge (po njenem mnenju je to še ena izmed značilnosti vedenja zatirane skupine) – kriviti zdravnike, administratorje, zdravstveni sistem ali celo druge medicinske sestre je povsem kontraproduktivno. Roberts (1999, v Lindeke, Sieckert, 2005) pravi, da delovanje medicinskih sester kot zatirane skupine drugih ne bo spodbudilo k temu, da bi jih spoštovali in jim zaupali.

Ker medicina in zdravstvena nega predstavljata dve različni kulturi – profesionalna socializacija medicine poudarja dejavnosti, povezane z zdravljenjem (*cure*), profesionalna socializacija zdravstvene nege pa dejavnosti, povezane s skrbjo (*care*) (Mauksch, Campbell, 1985, v Gardner, 2005) – je po Gardnerjevi (2005) konflikt neizogiben. Vendar pa konfliktov med medicinskimi sestrami in zdravniki ne smemo preprosto percipirati kot oviro za interprofesionalno sodelovanje, saj po Gardnerjevi (2005) konflikti sodelovanje lahko ovirajo ali pa ga pospešujejo; pravi, da je način in uspešnost reševanja nastalih konfliktov lahko eden od pokazateljev profesionalnosti odnosa.

Po King et al. (1993, v Henneman, Lee, Cohen, 1995: 107) so odlična priložnost za ocenjevanje prisotnosti oziroma odsotnosti sodelovanja vizite. Ocenjevanje tega interaktivnega procesa kaže na to, ali dejansko gre za »skupen pristop« k načrtovanju in evalviranju zdravstvene oskrbe pacienta. Na primer, ali gre za aktiven dialog med profesionalci? Ali člani drug drugega aktivno poslušajo? Ali vsi člani sodelujejo? Izmenjava med zdravstvenimi profesionalci nakazuje na stopnjo povezanosti, spoštovanja in zaupanja v delovnih odnosih. Opazovalec lahko na primer ugotovi, ali medicinske sestre prispevajo k načrtu oskrbe in če prispevajo, ali je ta njihov prispevek cenjen in upoštevan. Ocenjujemo lahko tudi pogostost uporabe stavkov z »jaz« v primerjavi z uporabo stavkov z »mi« (Henneman, Lee, Cohen, 1995: 107). Po Caldwell in Atwal (2003: 1217) je za učinkovito delovanje interprofesionalnih timov potrebno obravnavati tako strukturo kot proces.

5. METODE DELA IN VZOREC

Empirični del diplomskega dela temelji na analizi dveh lestvic kvantitativnega dela obsežne raziskave *Interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki v zdravstvenem timu*, ki poteka v okviru Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in Slovenskega zdravniškega društva ob sodelovanju Raziskovalnega inštituta Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani. Še vedno trajajoča raziskava se je začela leta 2004.

5.1 PREDSTAVITEV VZORCA RAZISKAVE

Ciljno populacijo raziskave predstavljajo vsi zdravniki, medicinske sestre⁴³ in zdravstveni tehniki⁴⁴ v Sloveniji. Vzorčni okvir je pri skupini *zdravnikov* predstavljala baza članov Slovenskega zdravniškega društva, pri skupini *medicinskih sester* in *zdravstvenih tehnikov* pa (skupna) baza članov regijskih društev in s tem tudi članov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

V raziskavi gre za slučajni (verjetnostni) vzorec. Pri *zdravnikih* gre za enostavni slučajni vzorec – vzorec je bil izbran s programom za naključni izbor in tako smo dobili 800 enot/naslovnikov, ki jim je bil poslan anketni vprašalnik (to je približno 20 % celotne populacije zdravnikov v Sloveniji). Pri *medicinskih sestrah* in *zdravstvenih tehnikih* pa gre za sistematični slučajni vzorec (z vzorčnim intervalom 5). Tako smo dobili 2646 enot, ki jim je bil poslan anketni vprašalnik (to je približno 20 % celotne populacije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji). Skupno je vzorec obsegal 3446 enot. Realizacija vzorca je bila pri *zdravnikih* 22,3 % (od 800 poslanih vprašalnikov je bilo vrnjenih 178), pri *medicinskih sestrah* in *zdravstvenih tehnikih* pa 19,2 % (od 2646 vprašalnikov je bilo vrnjenih 508). Skupna realizacija vzorca je bila 20 % (od poslanih 3446 vprašalnikov je bilo vrnjenih 686). Sociodemografske in poklicne značilnosti raziskovalnega vzorca so predstavljene v tabeli 5.1.

⁴³ Z izrazom *medicinska sestra* smo definirali izvajalce zdravstvene nege s končanim vsaj postsekundarnim izobraževanjem, to so višje medicinske sestre, višji medicinski tehniki, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki, diplomirane babice in babičarji ter profesorice in profesorji zdravstvene vzgoje.

⁴⁴ Z izrazom *zdravstveni tehnik* smo definirali izvajalce zdravstvene nege s končanim srednješolskim izobraževanjem, in sicer srednje medicinske sestre, zdravstvene tehnike, zdravstvene tehnice in srednje medicinske sestre – babice.

Tabela 5.1: *Sociodemografske in poklicne značilnosti raziskovalnega vzorca*

Spol	<p>V realiziranem vzorcu prevladujejo ženske, saj jih je 83 %, moških je 17 %. Razmerje (približno) ustreza tudi razmerju med spoloma v populaciji, saj je bilo po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa iz leta 2003 pri zdravnikih 56,7 % žensk in 43,3 % moških, zdravstvena nega (ZN) pa je (v zahodnih državah) še vedno več kot 90 % ženski poklic. Po ocenah naj bi bilo v slovenski ZN približno 90 do 95 % žensk in 5 do 10 % moških.</p> <p>Tudi pri izobraževanju za te poklice je slika podobna, saj je bilo v študijskem letu 2003/04 na Medicinski fakulteti vpisanih 63,3 % žensk in 36,7 % moških. V istem študijskem letu je na visokih šolah za zdravstvo zdravstveno nego študiralo 89,8 % žensk in 10,2 % moških. V srednjih zdravstvenih šolah pa se je v šolskem letu 2003/04 šolalo 74,9 % žensk in 25,1 % moških (Zdravstveni statistični letopis 2003).</p>
Starost	<p>V vzorcu je največ respondentov starih od 35 do 44 let (31,9 %), povprečna starost pa je 41 let. Velika večina – skoraj 84 % respondentov – je starih od 25 do 54 let; 5,6 % je mlajših od 24 let in dobrih 10 % starejših od 55 let. Večino torej predstavlja skupina, ki že ima določene delovne izkušnje.</p> <p>Kot je bilo pričakovati, so zdravniki v vzorcu starejši od medicinskih sester (MS) in zdravstvenih tehnikov (ZT) in skladno s populacijo zdravnikov (Zdravstveni statistični letopis 2003) je največ zdravnikov starih od 45 do 54 let (30,5 %). Podatkov o starosti MS in ZT na nivoju populacije ni.</p>
Zakonski stan	<p>Več kot tri četrtine respondentov (77,3 %) je v partnerski zvezi, in sicer so ali poročeni (62,3 %) ali živijo v izvenzakonski skupnosti (13,7 %) ali pa živijo ločeno od partnerja (1,3 %). 15,5 % respondentov je samskih, 5,1 % razvezanih in 2,2 % ovdovelih.</p>
Tip naselja	<p>Skoraj polovica respondentov živi v mestnem okolju (47,8 %), dobra četrtina (26,7 %) v primestnem in četrtina (25,5 %) v vaškem okolju. Tudi po podatkih Popisa iz leta 2002 približno polovica prebivalcev živi v mestnih okoljih (50,8 %), druga polovica pa v nemestnih okoljih (49,2 %). So pa pri tipu naselja, v katerem živijo, v vzorcu razlike med skupino zdravnikov in skupino MS in ZT – in sicer pri mestnem in vaškem okolju. V mestnem okolju namreč živi 59,9 % zdravnikov in 43,7 % MS in ZT, medtem ko v vaškem okolju živi 12,2 % zdravnikov in 30 % MS in ZT.</p>
Najvišja dosežena izobrazba	<p>Največ respondentov (36,6 %) ima končano srednješolsko izobrazbo (predvsem na račun/zaradi ZT, ki imajo vsi srednješolsko izobrazbo). Slaba četrtina respondentov (24,2 %) ima končano visokošolsko strokovno izobrazbo (predvsem na račun/zaradi MS, od katerih imata slabi dve tretjini končano visokošolsko strokovno izobrazbo). Na tretjem mestu pa je specializacija, ki jo ima opravljeno 18,1 % respondentov.</p> <p>Od zdravnikov jih ima največ končano specializacijo (62,2 %), kar ustreza tudi deležu v populaciji: po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa (2003) ima 60,9 % zdravnikov končano specializacijo.</p> <p>V realiziranem vzorcu ima največ MS končano visokošolsko strokovno izobrazbo (63,9 %), 23,1 % pa jih ima končano višješolsko izobrazbo. To razmerje pa ni skladno z razmerjem na nivoju populacije (Zdravstveni statistični letopis 2003), kjer jih ima od medicinskih sester 71,1 % višješolsko izobrazbo, 27,7 % pa visokošolsko strokovno izobrazbo. Vzroke za toliko večjo zastopanost MS z visokošolsko strokovno izobrazbo je moč iskati v večji zainteresiranosti za sodelovanje v anketah, v študiju, ki bodoče MS skuša naučiti kritičnega razmišljanja, v večji senzibilnosti za raziskovano problematiko ...</p> <p>Po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa ima 1,2 % MS v populaciji fakultetno izobrazbo – to so prof. zdravstvene vzgoje. Vendar pa ta odstotek MS s končano fakultetno izobrazbo ne odraža realnega stanja, saj upošteva le MS s fakultetno izobrazbo s področja zdravstvene vzgoje (tj. kombinacija študija na Visoki šoli za zdravstvo in Pedagoški fakulteti), ne upošteva pa MS, ki so končale študij na kakšni drugi fakulteti (npr. na Fakulteti za organizacijske vede, na Filozofski fakulteti, na Fakulteti za družbene vede).</p>

Tabela 5.1 – nadaljevanje: Sociodemografske in poklicne značilnosti raziskovalnega vzorca

Katero delo opravljate?	<p>Največ respondentov (37 %) opravlja delo višje m. s., dipl. m. s., dipl. zdrav., dipl. bab., kar je razumljivo glede na to, da največji delež respondentov predstavlja skupina MS. Dobra tretjina respondentov (34,2 %) opravlja delo srednje medicinske sestre, zdravstvenega tehnika, srednje medicinske sestre–babe – od tega večina zdravstvenih tehnikov. Pri tem pa je prišlo do nekaterih neskladij med opravljanjem določenega dela in izobrazbo, saj 1,2 % MS opravljata delo zdravstvenih tehnikov in 6,7 % zdravstvenih tehnikov opravlja delo medicinskih sester.</p> <p>Zdravniki večinoma (v 93 %) opravljajo delo zdravnika, 1 % vseh respondentov pa opravlja delo profesorja zdravstvene vzgoje.</p>
Položaj v službi	<p>Največ respondentov, dobri dve tretjini (66,7 %), na svojem delovnem mestu nima vodstvenega ali vodilnega položaja. Vodstveni položaj na ravni delovne enote ima četrtnina (25,6 %) respondentov (vodstveni položaj na ravni delovne enote ima največ MS – gre za vodje timov, oddelkov), 3,2 % pa jih ima vodilni položaj na ravni ustanove (so na reelekciji). Primerjava s populacijo ni mogoča, ker ni podatkov.</p>
Delovno mesto	<p>Največ respondentov (77,9 %) je zaposlenih v bolnišnicah in zdravstvenih domovih (torej na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti), 22,1 % respondentov pa drugje. Na pacientovem domu dela 3,2 % respondentov, malo manj kot 7 % respondentov pa dela v domovih starejših občanov in v posebnih zavodih. V zasebnih ustanovah dela 6,3 % respondentov, v izobraževalnih ustanovah pa 2,3 %, od tega največ zdravnikov.</p>

V populaciji je razmerje med zdravniki, medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami naslednje: 23,7 % je zdravnikov, 17,9 % je medicinskih sester in 58,4 % zdravstvenih tehnikov. V realiziranem vzorcu pa je razmerje naslednje: 25,95 % je zdravnikov, kar ustreza razmerju v populaciji, 38,05 % je medicinskih sester in 36 % zdravstvenih tehnikov, kar pa ni skladno z razmerji v populaciji. Medicinske sestre so močno nadreprezentirane, zdravstveni tehniki pa podreprezentirani. Ker se realizirani vzorec ne ujema s strukturo zaposlenih v zdravstveni negi, je nereprezentativen.

Popolnoma (idealnega in) reprezentativnega vzorca (v družboslovju) zaradi variabilnosti ni, saj vedno obstajajo manjša ali večja odstopanja od populacije. Tudi pri tem raziskovalnem vzorcu je tako, saj so nekatere značilnosti skladne s populacijo, druge ne. Enega večjih problemov pri tej raziskavi (in tudi pri raziskovanju na populaciji zaposlenih v zdravstveni negi nasploh) pa predstavlja neustrezen vzorčni okvir zaposlenih v zdravstveni negi, saj je baza članov⁴⁵ skupna za vse zaposlene v zdravstveni negi – tako medicinske sestre kot zdravstveni tehniki so združeni v eni bazi, tako da je praktično nemogoče zasnovati popolnoma nepristranski vzorec (ne vemo na primer tega, koliko zdravstvenih tehnikov in koliko medicinskih sester je bilo sploh vključenih v naš slučajni vzorec). Teh rezultatov na

⁴⁵ Gre za bazo članov regijskih društev in s tem tudi članov Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

populacijo ne moremo posploševati; strogo vzeto ima raziskava značaj pilotske raziskave. Raziskava pa je kljub pomanjkljivostim izjemno pomembna, saj je prva v slovenskem prostoru, ki obravnava problematiko medpoklicnih razmerij.

5.2 METODOLOGIJA RAZISKAVE

Podatki so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika *Interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki v zdravstvenem timu* (Priloga A), ki smo ga oblikovali na osnovi instrumentov, razvitih na *University of the West of England* v Bristolu. Po predhodno pridobljenem dovoljenju raziskovalne skupine iz Bristola smo opravili dvojno slepi prevod trditev, nato pa smo lestvice prilagodili slovenskemu prostoru – kulturnemu okolju in značilnostim proučevanih poklicnih skupin. Anketni vprašalniki so bili razposlani konec maja 2005 in vrnjeni do začetka julija 2005. Vnos pridobljenih podatkov v statistični program SPSS 12.0 je potekal poleti 2005.

Empirični del diplomskega dela temelji na analizi dveh lestvic iz anketnega vprašalnika, in sicer prve lestvice, *Doživljanje medpoklicnih razmerij*, in druge lestvice, *Značilnosti medpoklicnih razmerij*. Gre za Likertovo lestvico z vrednostmi od 1 (povsem drži) do 4 (sploh ne drži), pri čemer so respondenti označevali stopnjo strinjanja ali nestrinjanja s trditvami (vmesne vrednosti *niti-niti* in vrednosti *ne vem* ni bilo). Analizirala sem tudi odgovore na zaprto vprašanje o zadovoljstvu s situacijo na delovnem mestu, kjer je bilo respondentom ponujenih pet odgovorov, in sicer od 1 (sploh nisem zadovoljen/zadovoljna) do 5 (popolnoma sem zadovoljen/zadovoljna).

Prva lestvica, *Doživljanje medpoklicnih razmerij*, je sestavljena iz 17 trditev, postavljenih v prvo osebo ednine, ki merijo subjektivno doživljanje medpoklicnih razmerij. Trditve pokrivajo naslednje koncepte:

- razumevanje poklicnih vlog (trditve 2–4),
- medpoklicni odnosi (trditve 1, 5–7, 11–13) in
- medpoklicno sodelovanje (trditve 8–10, 14–17).

Medpoklicna razmerja kot dobra doživljajo tisti respondenti, katerih vrednosti odgovorov se čim bolj približajo vrednosti 1. Na zanesljivost lestvice *Doživljanje medpoklicnih razmerij* kaže vrednost Cronbach alfa, in sicer 0,876.

Druga lestvica, *Značilnosti medpoklicnih razmerij*, je nekoliko daljša, saj jo sestavlja 33 trditve, ki pa so za razliko od prejšnjih postavljene v tretji osebi množine. Merijo percepcijo stanja medpoklicnih razmerij med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki, pri čemer se ta percepcija lahko razlikuje od posameznikovega osebnega doživljanja (na splošno je neka situacija lahko boljša/slabša od lastne izkušnje). Trditve pokrivajo naslednje koncepte:

- stereotipi (trditve 1–6),
- komunikacija (trditve 7–9, 19–21, 25–27),
- hierarhija (trditve 10–12),
- pristranskost (trditve 13–15),
- spoštovanje (trditve 16–18),
- enakovrednost (trditve 22–24) in
- pripravljenost sodelovati (trditve 28–33).

Na zanesljivost lestvice *Značilnosti medpoklicnih razmerij* kaže vrednost Cronbach alfa, in sicer 0,913.

Raziskovalna vprašanja so naslednja:

- Ali so upoštevajoč strukturne značilnosti interprofesionalnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki sodelovalni odnosi med tema dvema poklicnima skupinama mogoči?
- Kako slovenske medicinske sestre in zdravniki doživljajo medpoklicna razmerja?
- Kakšne značilnosti imajo po mnenju slovenskih medicinskih sester in zdravnikov medpoklicni odnosi v zdravstvu?
- Ali je v slovenskem zdravstvu v interprofesionalnih odnosih med medicinskimi sestrami in zdravniki vzpostavljena klima, naklonjena sodelovanju?

Večja možnost za uvajanje uspešnega interprofesionalnega sodelovanja je, če so razlike v doživljanju in percepciji interprofesionalnega sodelovanja med poklicnimi skupinami čim manjše.

6. REZULTATI

Osrednji namen tega diplomskega dela je ugotavljanje, ali je interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki mogoče. Raziskave v tujini (predvsem v zahodnih in skandinavskih državah ter v Združenih državah Amerike) namreč ugotavljajo številne pozitivne učinke interprofesionalnega sodelovanja⁴⁶ (in celo škodljive učinke odsotnosti sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki za zdravstveno obravnavo pacientov), po drugi strani pa sta poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov pogosto percipirani kot »ločena svetova«, kar predstavlja oviro za uspešno delo in nadaljnji razvoj. To je pomembno izhodišče za raziskovanje interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki.

Z značilnostmi profesij medicine in zdravstvene nege ter njunim interprofesionalnim razmerjem sem se na teoretični ravni ukvarjala v prvem delu. V želji po aplikativni vrednosti tega diplomskega dela pa se v empiričnem delu osredotočam na slovenski prostor, konkretno na slovenske medicinske sestre, zdravstvene tehnike in zdravnike. Zaposleni v zdravstveni negi so ločeni na dve skupini, na medicinske sestre s končanim postsekundarnim izobraževanjem in zdravstvene tehnike s srednješolsko izobrazbo, in sicer zato, ker se tudi v slovenski zdravstveni negi⁴⁷ vse bolj kažejo tendence k diverzifikaciji teh dveh poklicnih skupin in vse bolj konfliktnim odnosom med njima. Ker se zaposleni v zdravstveni negi kažejo kot heterogena skupina, jih torej ločujem na dve skupini, na ta način pa v empiričnem delu ugotavljam obstoj razlik v doživljanju in percepciji medpoklicnih razmerij med *tremi* poklicnimi skupinami.

Uvajanje in uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki le na osnovi teoretičnih spoznanj in raziskovalnih rezultatov raziskovalcev po svetu je pomanjkljivo; vedno je namreč potrebno upoštevati tudi širši kulturni kontekst, zgodovinski razvoj profesij (medicine in zdravstvene nege) v danem okolju, njihov položaj v strukturi moči, na ravni posameznika pa izjemno pomembno vlogo igrata njegovo subjektivno doživljanje medpoklicnih razmerij in njegov pogled nanje (na primer nekdo, ki je zadovoljen na svojem delovnem mestu, se počuti spoštovanega, upoštevanega in medpoklicna razmerja

⁴⁶ Več o tem v 4. poglavju tega diplomskega dela.

⁴⁷ O postopnem »ločevanju« zaposlenih v zdravstveni negi na dve različni (včasih si celo nasprotujoči in konfliktni!) skupini – medicinske sestre in zdravstvene tehnike – poročajo tudi raziskovalci iz tujine (prim. Dahle, 2003, 2005).

ocenjuje kot dobra, si bo najbrž manj prizadeval za spremembe kot tisti, ki se počuti zatiran, neupoštevan in nespoštovan). Zato se je poleg upoštevanja tujih raziskovalnih spoznanj potrebno usmeriti tudi v lastno raziskovanje. Ob morebitnih neuspehih pri uvajanju interprofesionalnega sodelovanja⁴⁸ lastni raziskovalni rezultati pomenijo izziv za nadaljnje delo in razvoj, saj z raziskovanjem lahko identificiramo ključne težave, s katerimi se soočamo, jih lociramo v konkretni čas in prostor in na tej osnovi načrtujemo nadaljnje delovanje. Neraziskani neuspehi in težave pa lahko ohromijo nadaljnje prizadevanje, saj na primer lahko vodijo do sklepa, da je v konkretnem okolju interprofesionalno sodelovanje popolnoma nemogoče. Kljub dragocenosti tujih raziskav se moramo torej zavedati pomena lastnega raziskovanja.

Prav odsotnost raziskovanja interprofesionalnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki v slovenskem prostoru predstavlja veliko vrzel. S tem diplomskim delom želim prispevati svoj del k zapolnjevanju te vrzeli. Rezultati raziskave predstavljajo prvi sistematičen vpogled v doživljanje in zaznavanje medpoklicnih odnosov v slovenskem zdravstvenem sistemu s strani tistih, ki so vanj (poklicno) najbolj vpeti.

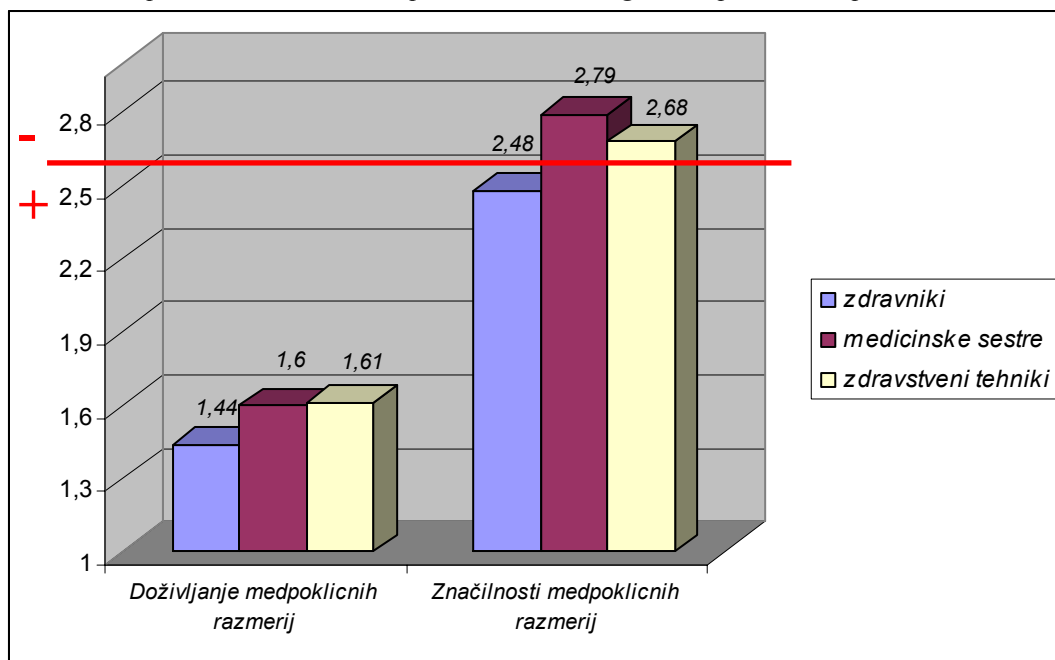
V raziskavi gre za model »idealnega tipa« stališč, povezanih z dobrim medpoklicnim sodelovanjem med medicinskimi sestrami in zdravniki. Glavna predpostavka je, da obstaja večja možnost za sodelovanje, čim bližje so izjave respondentov temu »idealnemu tipu« in čim manjše so razlike v pogledih med proučevanimi poklicnimi skupinami. Bolj se vrednosti odgovorov bližajo vrednosti 1, bolj pozitivno respondenti doživljajo in percipirajo medpoklicna razmerja.

Grafična predstavitev povprečnih vrednosti vsake posamezne lestvice (glede na poklicno skupino) (Graf 6.1) kaže, da so povprečne vrednosti subjektivnega doživljanja medpoklicnih razmerij pri vseh treh poklicnih skupinah bližje vrednosti 1 kot pa povprečne vrednosti njihove percepcije medpoklicnih razmerij nasploh, kar pomeni, da respondenti medpoklicna razmerja doživljajo bolj pozitivno kot pa percipirajo medpoklicna razmerja med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki nasploh. Postavlja se vprašanje, kje so razlogi za to. Morda gre za način razmišljanja, kot je na primer »Moje izkušnje so sicer kar v redu, na splošno pa je situacija slaba.«. Lahko gre tudi za distinkcijo med »mi« in »oni«: »Pri nas, ki delamo in se

⁴⁸ Na primer neuspešni poskusi uvajanja interprofesionalnega sodelovanja v paliativnem timu (pri paliativni oskrbi) na Onkološkem inštitutu v Ljubljani.

trudimo, je situacija dobra, pri njih pa ne.« (ker se ne trudijo, se pripravajo ipd.). Tudi trditve v lestvicah so formulirane drugače – v prvi gre za prvo osebo ednine, kar torej cilja direktno na respondenta in njegovo delovanje, v drugi lestvici pa gre za formulacijo trditev v tretji osebi množine, torej gre za zdravnike/medicinske sestre/zdravstvene tehnike na splošno. Lahko pa gre tudi za to, da so na anketni vprašalnik odgovorili bolj »sodelovalni respondenti« (realizacija vzorca je bila namreč nizka).

Graf 6.1: Povprečna vrednost celotne posamezne lestvice glede na poklicno skupino



Opomba: Doživljanje medpoklicnih razmerij: $p = 0,000$; Značilnosti medpoklicnih razmerij: $p = 0,000$. Rdeča črta označuje mejo med pozitivnim in negativnim doživljanjem/percepcijo medpoklicnih razmerij.

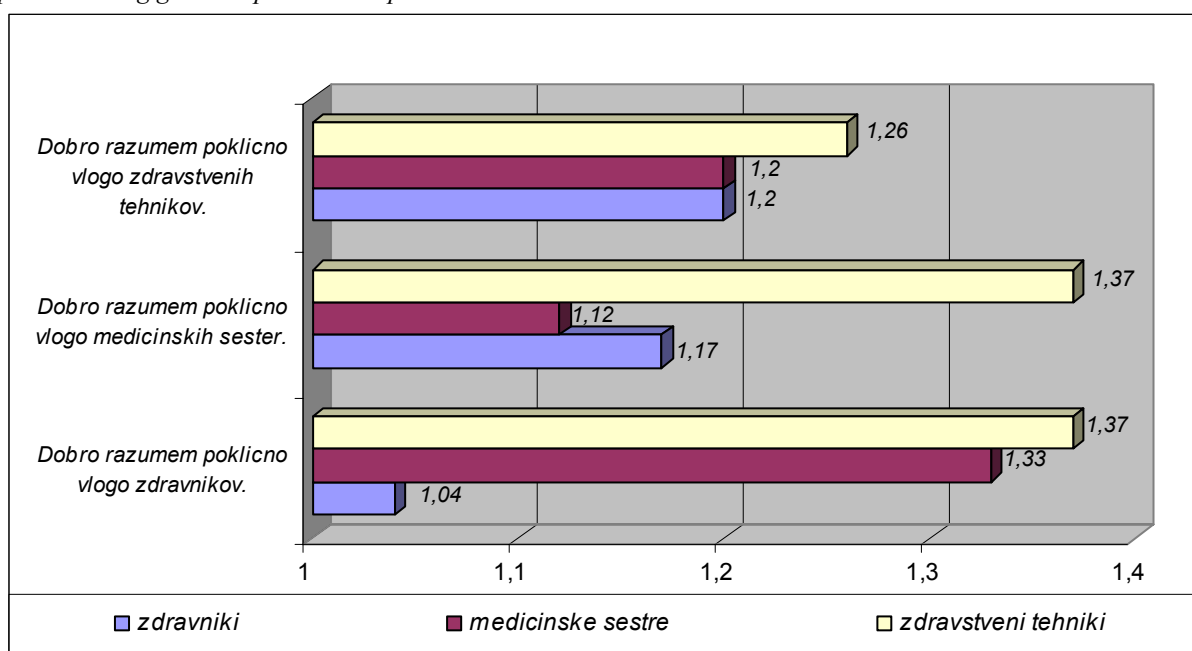
Povprečne vrednosti obeh lestvic pa se statistično značilno razlikujejo tudi glede na poklicno skupino (povprečja sem primerjala s pomočjo analize variance – *One-Way ANOVA*; Priloga B). Pri doživljanju medpoklicnih razmerij gre za statistično značilno razliko (razlike so značilne ob $p < 0,05$) v odgovorih med zdravniki in medicinskimi sestrami ter med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami; medicinske sestre in zdravstveni tehniki medpoklicna razmerja doživljajo podobno. Pri značilnostih medpoklicnih razmerij pa gre za statistično značilno razliko (razlike so značilne ob $p < 0,05$) v odgovorih med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. Medpoklicna razmerja najbolj pozitivno doživljajo in percipirajo zdravniki; vzrok bi lahko iskali v njihovem dominantnem položaju v strukturi moči v zdravstvu, zaradi česar si najbrž najmanj želijo sprememb.

Če pri vrednosti 2,5 potegnemo ločnico med pozitivnim in negativnim doživljanjem in percepcijo medpoklicnih razmerij, vidimo, da je le skupina zdravnikov pri obeh lestvicah na »pozitivni strani«, medtem ko sta skupini medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri doživljanju medpoklicnih razmerij na »pozitivni strani«, pri čemer je med njima minimalna razlika, pri značilnostih medpoklicnih razmerij pa sta obe skupini na »negativni strani«, pri čemer skupina medicinskih sester najbolj kritično ocenjuje medpoklicna razmerja.

6.1 DOŽIVLJANJE MEDPOKLICNIH RAZMERIJ

Pri Doživljanju medpoklicnih razmerij sem trditve razdelila v tri sklope: razumevanje poklicnih vlog, medpoklicni odnosi in medpoklicno sodelovanje; rezultati (povprečne vrednosti trditve) so predstavljeni v treh grafičnih predstavitev (Graf 6.2, Graf 6.3 in Graf 6.4). Respondenti medpoklicna razmerja doživljajo pozitivno, saj nobena vrednost ne sega čez mejo 2,5, torej na »negativno stran«.

Graf 6.2: Doživljanje medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta razumevanje poklicnih vlog glede na poklicno skupino



Ena pomembnih značilnosti interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki je razumevanje tako lastne poklicne vloge kot tudi poklicnih vlog tistih, s katerimi sodeluješ. Iz zgornje grafične predstavitve (Graf 6.2) je razvidno, da svojo poklicno vlogo najbolj razumejo zdravniki (da trditev *Dobro razumem poklicno vlogo zdravnikov* povsem drži, meni

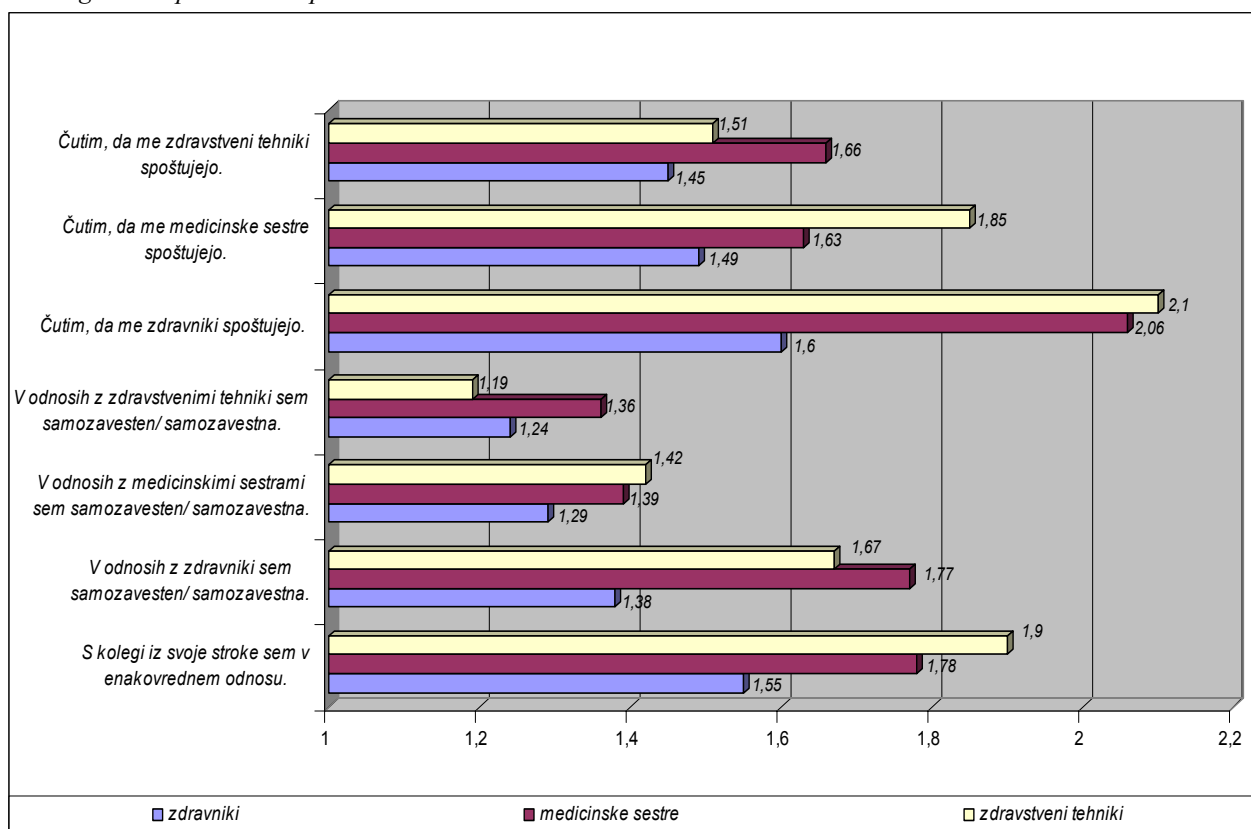
97 % zdravnikov), najmanj pa zdravstveni tehniki, kar bi lahko pripisali še vedno nejasni razmejitvi del in nalog v zdravstveni negi. Tudi poklicne vloge drugih profesij najbolj razumejo zdravniki, najslabše pa zdravstveni tehniki.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Dobro razumem poklicno vlogo zdravnikov* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);
- *Dobro razumem poklicno vlogo medicinskih sester* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester).

Drugi sklop trditev se nanaša na medpoklicne odnose in obsega sedem trditev, povprečne vrednosti pa nikjer ne segajo preko meje med »pozitivno« in »negativno stranjo« (Graf 6.3).

Graf 6.3: Doživljanje medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditev v okviru koncepta medpoklicni odnosi glede na poklicno skupino



Tudi tu merjeni koncepti so v literaturi o interprofesionalnem sodelovanju med medicinskimi sestrami in zdravniki izpostavljeni kot izjemno pomembni, predvsem bi želela izpostaviti spoštovanje kot enega od temeljev oziroma predpogojev za interprofesionalno sodelovanje. Pri tem je pomembno tako spoštovanje drugih poklicnih skupin kot posameznikova lastna percepcija, da drugi spoštujejo njega. V tej luči je zaskrbljujoč podatek, da je največji odklon od »idealnega« doživljanja medpoklicnih razmerij prisoten pri trditvi *Čutim, da me zdravniki spoštujejo*. Da ta trditev povsem drži, je odgovorilo 50 % zdravnikov ter 26,4 % medicinskih sester in 26 % zdravstvenih tehnikov. V okviru koncepta spoštovanja gre tudi za statistično značilno razliko v povprečnih vrednostih med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami pri trditvi *Čutim, da me medicinske sestre spoštujejo*. Da ta trditev povsem drži, meni 55,1 % zdravnikov, 43,5 % medicinskih sester in 36,7 % zdravstvenih tehnikov. Spoštovane s strani medicinskih sester se čuti več zdravnikov kot medicinskih sester. Na napete medpoklicne odnose v zdravstveni negi pa kaže podatek, da se najmanj spoštovane s strani medicinskih sester počutijo zdravstveni tehniki, najmanj spoštovane s strani zdravstvenih tehnikov pa se počutijo medicinske sestre. Od vseh treh poklicnih skupin se najbolj spoštovani čutijo zdravniki, najmanj pa zdravstveni tehniki.

Pomembno vlogo pri uvajanju interprofesionalnega sodelovanja igra samozavest v odnosih/pri sodelovanju z drugimi. Samozavest je odraz številnih dejavnikov, kot so razumevanje lastne poklicne vloge (torej posameznikovo razumevanje vloge, ki jo igra v določenem procesu, njegove odgovornosti), občutek kompetentnosti na lastnem področju dela, občutek spoštovanosti, enakovrednosti v odnosih, ne nazadnje pa je tudi odraz položaja v strukturi moči⁴⁹. Koncept samozavesti je torej tesno povezan z značilnostmi in predpogoji interprofesionalnega sodelovanja. Posameznikova samozavest je povezana z njegovo zmožnostjo sodelovanja: samozavestni posamezniki učinkoviteje sodelujejo s sodelavci, so bolj asertivni, opozarjajo na napake, posredujejo in zagovarjajo svoje ideje, predloge, ne da bi se bali zavrnitve ali kritike na svoj račun, saj zaupajo v svoje znanje in sposobnosti. Posamezniki (in skupine, katerih pripadniki so), ki so v podrejenem položaju, njihovi naporji niso cenjeni, njihovi predlogi pa percipirani kot nerelevantni, izpričujejo nižjo stopnjo samozavesti; ne morejo učinkovito prispevati k skupnemu cilju, saj je njihova vloga pasivna – so le izvrševalci navodil. Pomanjkanje samozavesti v odnosih/pri sodelovanju z drugimi torej zmanjšuje možnosti za učinkovito sodelovanje.

⁴⁹ Seveda je posameznikova samozavest povezana tudi z njegovo osebnostjo, njegovim osebnim razvojem, vendar obravnava tega vidika presega namen tega diplomskega dela, lahko pa predstavlja izhodišče za nadaljnje raziskovanje.

Vse tri poklicne skupine so najmanj samozavestne v odnosih z zdravniki, najbolj pa v odnosih z zdravstvenimi tehnikami, kar lahko odraža položaj teh poklicnih skupin v strukturi moči v zdravstvu – v odnosih z zdravniki, ki imajo največjo moč v zdravstvu, so ostale poklicne skupine manj samozavestne, zanimivo pa je, da so zdravniki najmanj samozavestni ravno v odnosih z zdravniki (torej v odnosih s pripadniki lastne profesije), v čemer lahko prepoznamo tudi strogo hierarhičnost v okviru medicinske profesije same. Pri skupini zdravnikov pri trditvi *V odnosih z zdravniki sem samozavesten* na primer obstajajo statistično značilne razlike ($p < 0,05$) po starosti, in sicer so razlike med starostno skupino zdravnikov do 30 let (povprečna vrednost trditve 1,78) in starostno skupino zdravnikov od 41 do 50 let (povprečna vrednost trditve 1,26), torej so starejši zdravniki bolj samozavestni v odnosih s kolegi kot mlajši zdravniki.

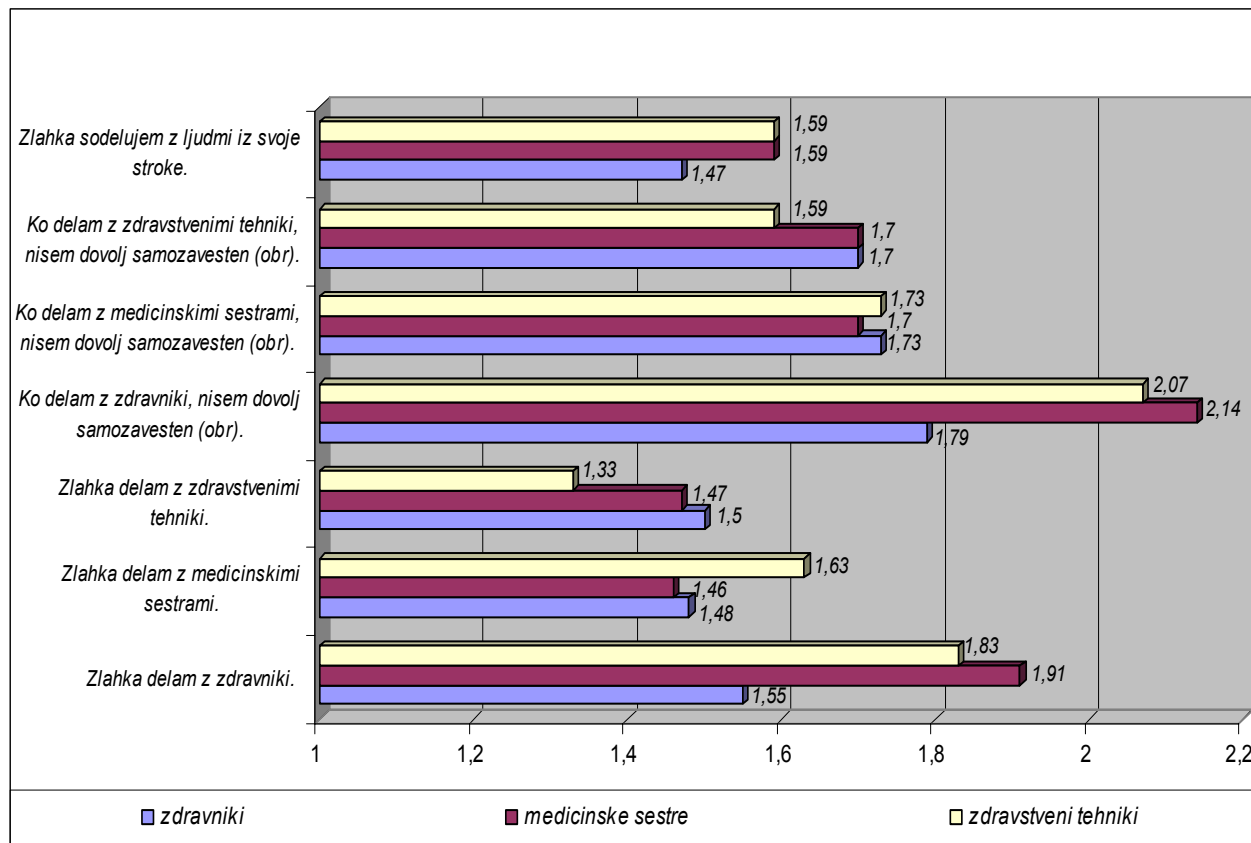
S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *S kolegi iz svoje stroke sem v enakovrednem odnosu.* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);
- *V odnosih z zdravniki sem samozavesten/samozavestna* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);
- *V odnosih z zdravstvenimi tehnikami sem samozavesten/samozavestna* (in sicer le med skupinama zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester);
- *Čutim, da me zdravniki spoštujejo* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);
- *Čutim, da me medicinske sestre spoštujejo* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov);
- *Čutim, da me zdravstveni tehniki spoštujejo* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov).

Tretji sklop trditev pri *Doživljanju medpoklicnih razmerij*, ki tudi obsega sedem trditev, pa se nanaša na medpoklicno sodelovanje. Tudi pri tem sklopu nobena vrednost ne sega čez mejo med »pozitivno« in »negativno stranjo« (Graf 6.4). Zaradi lažjega in razumljivejšega

grafičnega prikaza ter enostavnejše interpretacije so bile vrednosti treh trditve obrnjene – na koncu teh trditve je oznaka (obr)⁵⁰ (tako da so sedaj vse trditve »obrnjene v isto smer«).

Graf 6.4: Doživljanje medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta medpoklicno sodelovanje glede na poklicno skupino



V tem sklopu se koncept samozavesti nanaša na skupno delo z različnimi poklicnimi skupinami. Rezultati kažejo podobno sliko kot pri trditvah, povezanih s samozavestjo v medpoklicnih odnosih (pri prejšnjem sklopu). Pri vseh treh poklicnih skupinah je pomanjkanje samozavesti najbolj prisotno pri sodelovanju z zdravniki, najmanj pa pri sodelovanju z zdravstvenimi tehnikami. Glede na pomen samozavesti za učinkovito sodelovanje je zaskrbljujoč podatek, da kar 41,8 % (združeni vrednosti povsem drži in delno drži) medicinskih sester meni, da pri delu z zdravniki niso dovolj samozavestne, kar lahko na primer pomeni tudi to, da medicinska sestra zdravnika ne bo »upala« opozoriti na kakšno napako ali pomanjkljivost, četudi se bo njej zdela očitna (primer iz literature predstavlja Turnerjeva (1995: 149) navedba, da medicinske sestre ubogajo zdravnikova navodila, četudi

⁵⁰ Ista oznaka (obr) se pojavlja tudi pri nekaterih drugih trditvah v nadaljevanju te predstavitve rezultatov, in sicer pri tistih, ki so bile obrnjene v drugo smer (ponavadi je šlo za zanikane trditve), vrednosti pa sem spremenila zaradi lažje grafične predstavitve rezultatov in interpretacije.

ogrožajo pacientovo življenje!). Da pri delu z zdravniki niso dovolj samozavestni, meni tudi skoraj ena tretjina zdravnikov (29,7 % – združeni vrednosti povsem drži in delno drži).

Tudi pri opredeljevanju težavnosti sodelovanja z različnimi poklicnimi skupinami (trditve *Zlahka delam z ...*) so rezultati podobni prejšnjim. Najmanj respondentov zlahka dela z zdravniki, največ pa jih zlahka dela z zdravstvenimi tehnikami. Da trditve *Zlahka delam z zdravniki* povsem drži, je odgovorilo največ zdravnikov (53 %) in najmanj medicinskih sester (34,1 %). Vse poklicne skupine pa najlažje delajo s pripadniki lastne poklicne skupine, iz česar morda lahko sklepamo, da slovenski zdravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki še vedno nimajo skupne vizije, skupnih ciljev, skupnega načina dela, skupne odgovornosti (značilnosti interprofesionalnega sodelovanja) ter da je delo v zdravstvu še vedno fragmentirano, pri čemer gre za ločeno obravnavo pacientovih problemov.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Zlahka delam z zdravniki* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);
- *Zlahka delam z medicinskimi sestrami* (in sicer le med skupinama zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester);
- *Zlahka delam z zdravstvenimi tehnikami* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov);
- *Ko delam z zdravniki, nisem dovolj samozavesten/ samozavestna* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama zdravnikov in medicinskih sester).

Kot je razvidno iz pregleda rezultatov tega sklopa, so trditve in koncepti tesno medsebojno povezani.

6.2 ZNAČILNOSTI MEDPOKLICNIH RAZMERIJ

Lestvica *Značilnosti medpoklicnih razmerij* je razdeljena v naslednje sklope: stereotipi, pristranskost, komunikacija, hierarhija, spoštovanje, enakovrednost in pripravljenost sodelovati; rezultati (povprečne vrednosti trditve) so predstavljeni v sedmih grafičnih predstavitev (od Graf 6.5 do Graf 6.11). Respondenti medpoklicna razmerja percipirajo bolj

negativno kot jih subjektivno doživljajo; kot je razvidno iz grafičnih predstavitev, v vsakem sklopu vsaj kakšna povprečna vrednost (pogosto pa več) sega čez mejo med »pozitivno« in »negativno stranjo« (pri vrednosti 2,5) – na »negativno stran«.

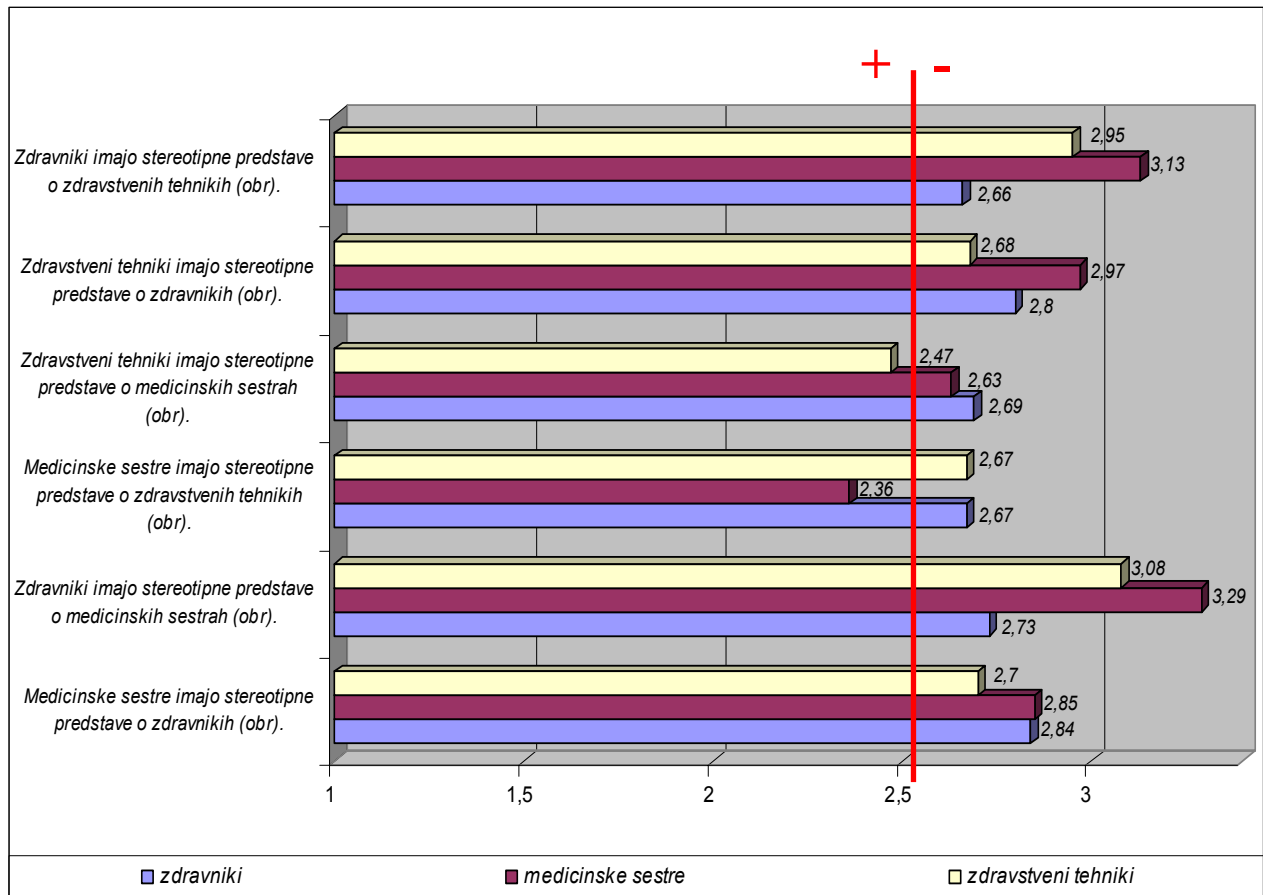
Prva dva sklopa trditev se nanašata na medsebojno povezana koncepta, in sicer na stereotipe in pristranskost. Stereotipiziranje je način redukcije kompleksnosti posameznikovega okolja. Po Mirjani Ule (2004: 162, 202–203) so stereotipi poenostavljene, posplošene, pristranske kognitivne sodbe o drugih ljudeh, socialnih situacijah, nas samih, stereotipizacija pa je pristranska kategorizacija stvarnosti. Uletova (ibid.: 164) tudi pravi, da stereotipi vplivajo na odnose med skupinami, ki pridejo v medsebojni stik, in usodno zaznamujejo te medskupinske odnose.

Pristransko, stereotipno gledanje na pripadnike drugih profesij ovira uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja, pri katerem so spoštovanje, enakovrednost, zaupanje ter upoštevanje in priznavanje znanja in mnenja vsakega posameznika v timu osrednjega pomena. Pri stereotipnem gledanju na sodelavce pa njihovo znanje, sposobnosti, ambicije, individualne značilnosti zreduciramo na lastnosti, značilnosti skupine, ki ji pripadajo; na primer na zdravnike se gleda kot na akademsko sposobne, izobražene, voditelje, odločne, samozavestne, na medicinske sestre pa kot na angele, prijazne, sposobne za sodelovanje in tradicionalno podrejene (ta položaj pa naj bi jim bržkone ustrezal, saj so to v največji meri ženske, ki so hkrati večinoma tudi žene in matere). Tako se ohranjajo obstoječa razmerja moči, vloge in naloge so razdeljene na enak način; vse to pa ovira fleksibilnost, dinamičnost in spremembe, značilnosti sodelovalnih odnosov (na primer gledanje na zdravnika kot na voditelja in na medicinsko sestro kot na prijazno in zadovoljno s svojim podrejenim položajem onemogoča, da bi vodilno mesto v timu prevzela medicinska sestra).

Glede na rezultate raziskave (Graf 6.5) največ respondentov meni, da imajo zdravniki stereotipne predstave o medicinskih sestrah, najmanj pa jih meni, da imajo zdravstveni tehniki stereotipne predstave o medicinskih sestrah. Da trditev *Zdravniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah* povsem drži, meni 10,1 % zdravnikov, 41 % medicinskih sester in 28,9 % zdravstvenih tehnikov. Zanimivo pa je, da je med tistimi, ki menijo, da imajo zdravstveni tehniki stereotipne predstave o medicinskih sestrah, največ zdravnikov; da trditev *Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah* drži (združeni vrednosti povsem drži in drži), meni 70,3 % zdravnikov, 64,3 % medicinskih sester in 62,6 % zdravstvenih tehnikov. Iz

grafične predstavitev rezultatov tega sklopa je razvidno, da večina povprečnih vrednosti odgovorov sega čez mejo (postavljeno pri vrednosti 2,5) med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij, kar implicira na slabše možnosti za sodelovanje.

Graf 6.5: Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta stereotipi glede na poklicno skupino



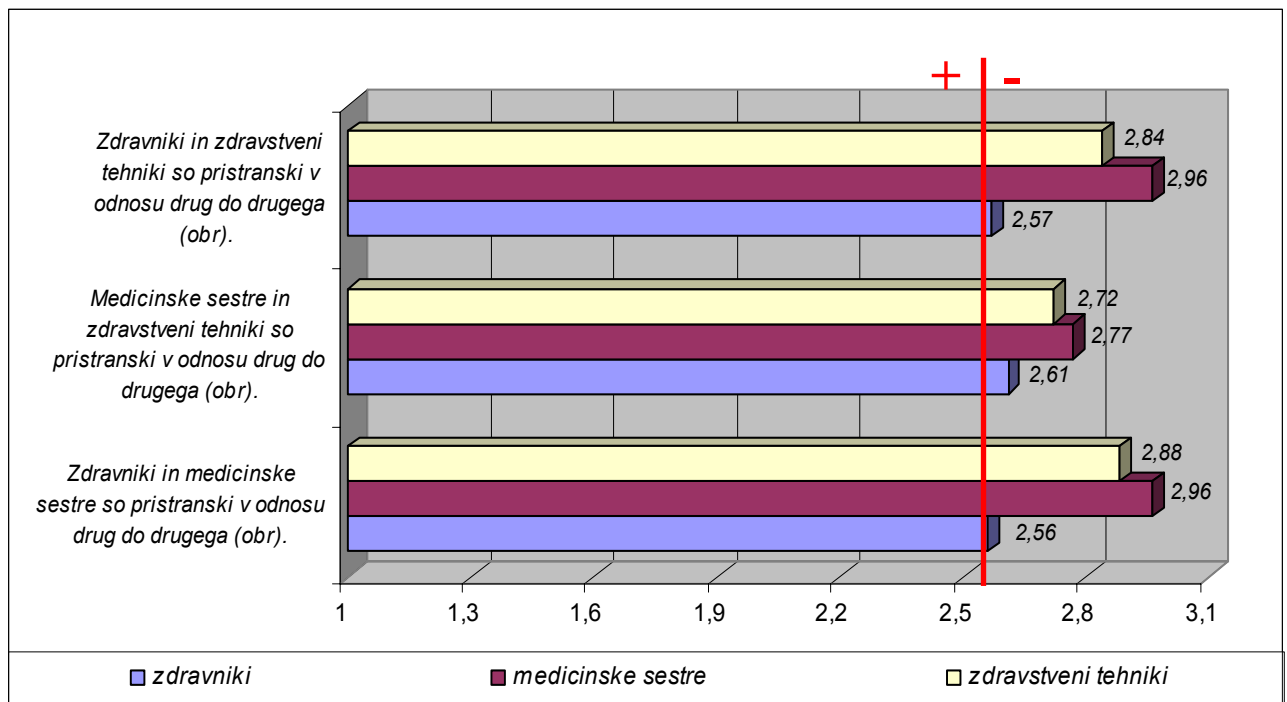
Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Zdravniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah* (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);
- *Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikah* (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov);

- *Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah (in sicer le med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);*
- *Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o zdravnikih (in sicer le med skupinama zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester);*
- *Zdravniki imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih (in sicer med vsemi tremi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, zdravniki in zdravstvenimi tehniki ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehniki).*

Graf 6.6: *Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta pristranskost glede na poklicno skupino*



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

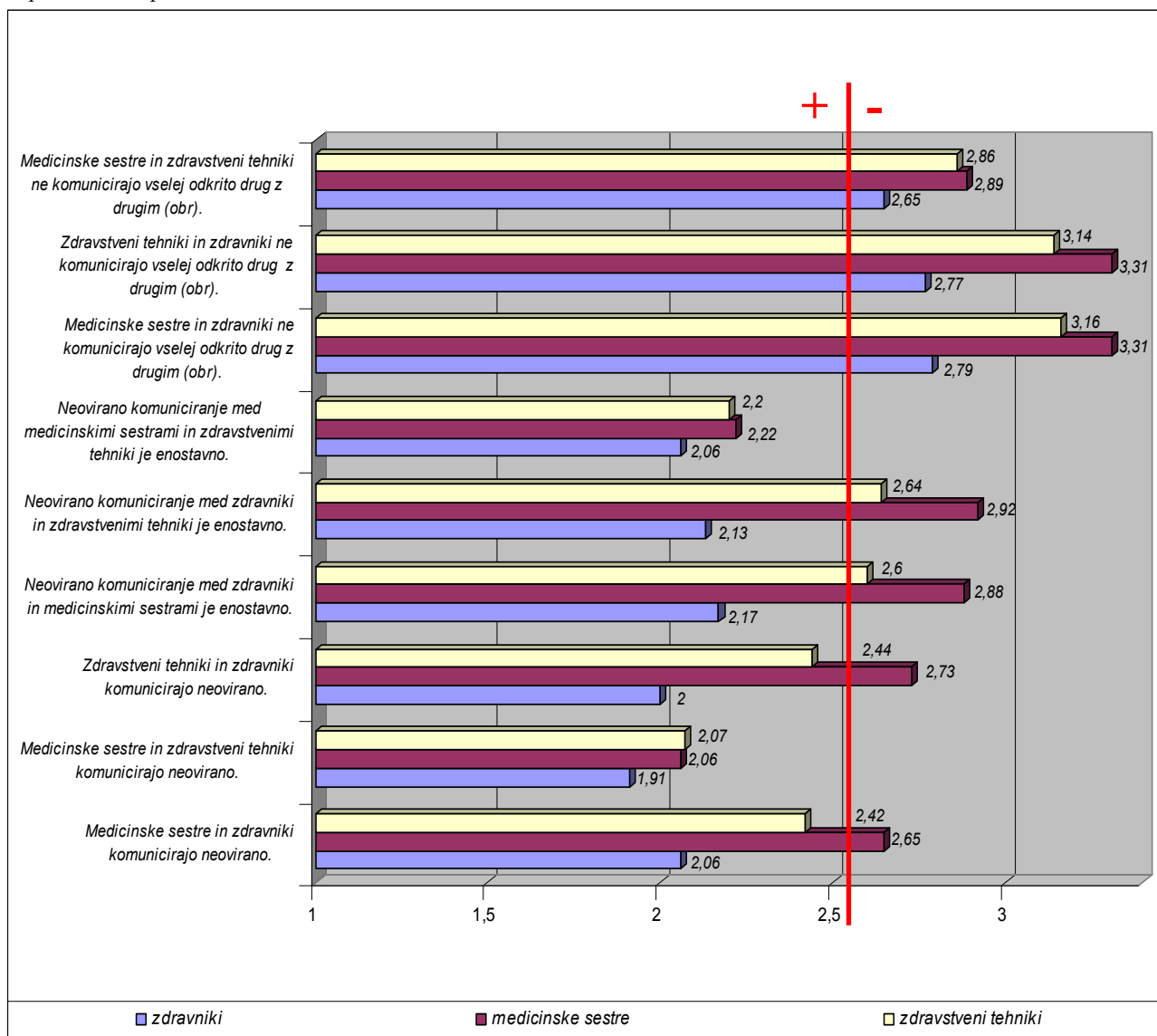
Tudi povprečne vrednosti trditve, povezanih s pristranskostjo v medpoklicnih odnosih, segajo na »negativno stran« (Graf 6.6). Pri vseh treh trditvah najbolj kritična stališča izražajo medicinske sestre, še posebej glede pristranskosti v odnosih med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi (tako medicinskimi sestrami kot zdravstvenimi tehniki). Da trditev *Zdravniki in medicinske sestre so pristranski v odnosu drug do drugega* povsem drži, meni 6,6 % zdravnikov, 20,1 % medicinskih sester in 16,5 % zdravstvenih tehnikov (skoraj identični odstotki so tudi pri trditvi *Zdravniki in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega* – 6,6 % zdravnikov, 24,4 % medicinskih sester in 16,5 % zdravstvenih tehnikov). Najmanj pristranskosti v medpoklicnih razmerjih zaznavajo zdravniki. Tudi prisotnost pristranskosti v medpoklicnih

odnosih med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki negativno vpliva na možnosti interprofesionalnega sodelovanja med njimi.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- Zdravniki in medicinske sestre so pristranski v odnosu drug do drugega (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);
- Zdravniki in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov).

Graf 6.7: Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta komunikacija glede na poklicno skupino



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

Na lestvici *Značilnosti medpoklicnih razmerij* se na koncept komunikacije navezuje devet trditve, ki se nanašajo na odkritost, enostavnost in ne/oviranost medpoklicnega komuniciranja (Graf 6.7). Komuniciranje, ki ga prištevamo med interakcijske determinante interprofesionalnega sodelovanja, je eden pomembnejših elementov sodelovanja, saj predstavlja medij za ostale determinante, kot so na primer delitev informacij, spoštovanje in zaupanje. Oviranost, težavnost in neodkritost komuniciranja predstavljajo pomembne ovire za uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja.

Tudi pri teh trditvah, povezanih s konceptom komunikacije, povprečne vrednosti segajo čez mejo 2,5 – na »negativno stran«. Pri tem sklopu trditve na »negativno stran« ne sega nobena povprečna vrednost le pri dveh trditvah, in sicer *Neovirano komuniciranje med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami je enostavno in Medicinske sestre in zdravstveni tehniki komunicirajo neovirano* (pri teh trditvah tudi ni statistično značilnih razlik v odgovorih med poklicnimi skupinami). V medpoklicnih odnosih med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami komuniciranje torej ne predstavlja posebno problematičnega področja; večji problemi med tema dvema poklicnima skupinama se kažejo na primer pri skupnem delu, enakovrednosti, medsebojnem spoštovanju. Od trditve (v okviru koncepta komunikacije), vezanih na medpoklicna razmerja med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami, na »negativno stran« segajo le povprečne vrednosti trditve *Medicinske sestre in zdravstveni tehniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim*.

Največji odklon od »idealne« percepcije medpoklicnih razmerij je prisoten pri trditvah, povezanih z odkritostjo komuniciranja. Tako kot pri trditvah, povezanih s pristranskostjo v medpoklicnih odnosih, so tudi pri odkritosti medpoklicnega komuniciranja najbolj kritične medicinske sestre, najmanj pa zdravniki. Da medicinske sestre in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim, meni 22 % zdravnikov, 45,9 % medicinskih sester in 35 % zdravstvenih tehnikov (gre za odgovore »povsem drži«); da zdravstveni tehniki in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim, pa meni 20,8 % zdravnikov, 44,9 % medicinskih sester in 34,2 % zdravstvenih tehnikov (gre za odgovore »povsem drži«). Pri odgovorih na te trditve se torej izpostavlja problematika odkritosti komuniciranja med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi.

Ostale trditve v tem sklopu pa se navezujejo na ne/oviranost komuniciranja v medpoklicnih razmerjih med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki. Da medicinske

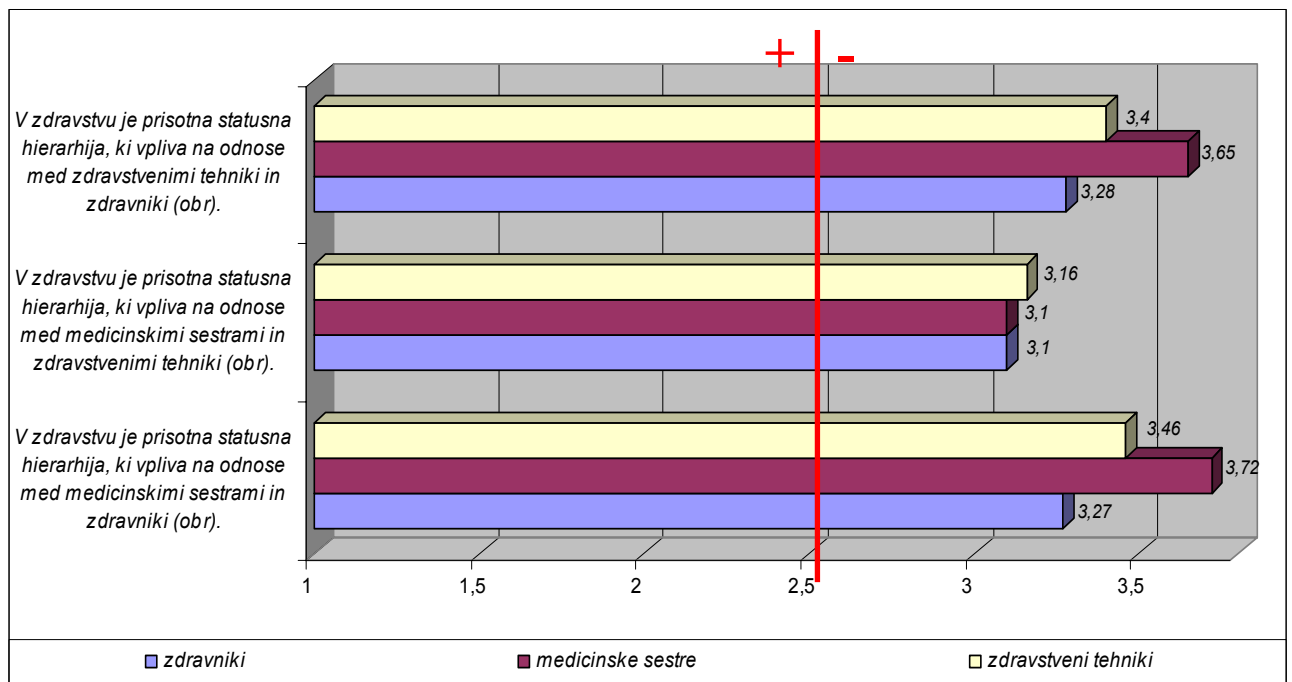
sestre in zdravniki komunicirajo neovirano, meni 24,7 % zdravnikov, 7,4 % medicinskih sester in 11,1 % zdravstvenih tehnikov (gre za odgovore »povsem drži«), da povsem drži trditev *Zdravstveni tehniki in zdravniki komunicirajo neovirano* pa meni 24,4 % zdravnikov, 6,3 % medicinskih sester in 12,7 % zdravstvenih tehnikov. Kot je razvidno tudi iz grafične predstavitev teh rezultatov (Graf 6.7), gre za precejšnjo diskrepanco v odgovorih med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi. Zdravniki bistveno bolj pozitivno percipirajo medpoklicno komunikacijo. Še bolj kritičen pogled medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na ne/oviranost medpoklicnega komuniciranja pa kažejo rezultati trditev o *enostavnosti* neoviranega komuniciranja. Da je neovirano komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami enostavno, meni 23,8 % zdravnikov, 5,5 % medicinskih sester in 6,2 % zdravstvenih tehnikov (gre za odgovore »povsem drži«), da je neovirano komuniciranje med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami enostavno pa meni 22,9 % zdravnikov, 4 % medicinskih sester in 7,8 % zdravstvenih tehnikov (gre za odgovore »povsem drži«). Ti rezultati lahko kažejo na več stvari: da zdravniki medpoklicno komuniciranje vidijo kot manj problematično, da so za težave pri medpoklicnem komuniciranju manj senzibilni, da ne prepoznavajo večjega pomena komuniciranja pri svojem delu, da se njihova percepcija neoviranega in odkritega komuniciranja razlikuje od percepcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ali pa da so preprosto zadovoljni z obstoječim stanjem. Vsekakor pa dobljeni rezultati, pri katerih gre za statistično značilne razlike v odgovorih med poklicnimi skupinami, kažejo na težavnost neoviranega komuniciranja med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Medicinske sestre in zdravniki komunicirajo neovirano* (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);
- *Zdravstveni tehniki in zdravniki komunicirajo neovirano* (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);
- *Neovirano komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami je enostavno* (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);

- *Neovirano komuniciranje med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami je enostavno (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);*
- *Medicinske sestre in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);*
- *Zdravstveni tehniki in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov);*
- *Medicinske sestre in zdravstveni tehniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov).*

Graf 6.8: Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta hierarhija glede na poklicno skupino



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

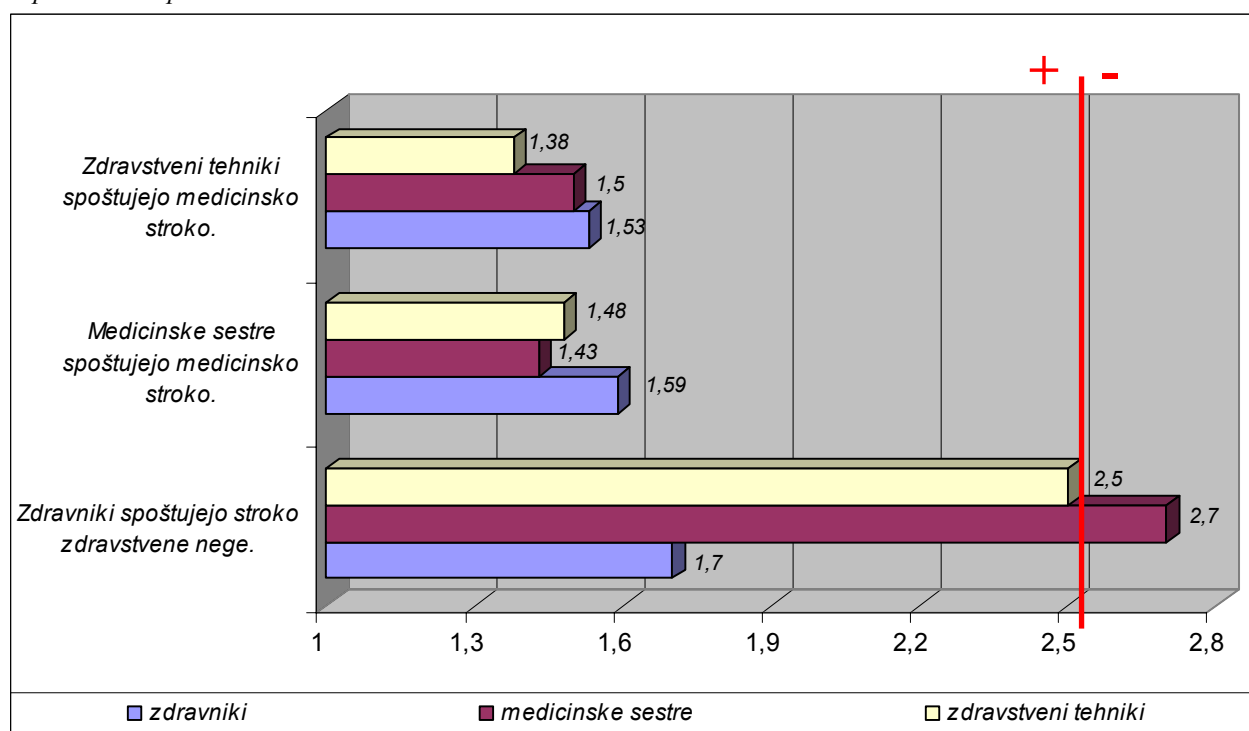
Koncept hierarhije je povezan s sistemskimi determinantami sodelovanja, saj implicira odnose moči, odnose podrejenosti in nadrejenosti. Nehierarhičnost predstavlja enega ključnih predpogojev interprofesionalnega sodelovanja. Kot je razvidno iz zgornje grafične predstavitev rezultatov (Graf 6.8) pa pri vseh treh trditvah, povezanih s hierarhičnostjo, povprečne vrednosti vseh treh poklicnih skupin krepko segajo na »negativno stran«; najmanj kritična stališča do obstoja hierarhije (pri vseh treh trditvah) izražajo zdravniki, najbolj pa medicinske sestre. Pri medicinskih sestrah je povprečna vrednost pri trditvi *V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki* le malo manj kot 4.

Da ta trditev povsem drži, meni 91,7 % zdravnikov, 98,8 % medicinskih sester in 95 % zdravstvenih tehnikov (združeni vrednosti »povsem drži« in »delno drži«). Rezultati kažejo, da slovenski zdravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki obstoj hierarhije v zdravstvu vidijo kot dejavnik, ki močno vpliva na njihove medpoklicne odnose.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);
- V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med zdravstvenimi tehnikami in zdravniki (in sicer med skupinama zdravnikov in medicinskih sester ter med skupinama medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov).

Graf 6.9: Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditev v okviru koncepta spoštovanje glede na poklicno skupino



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

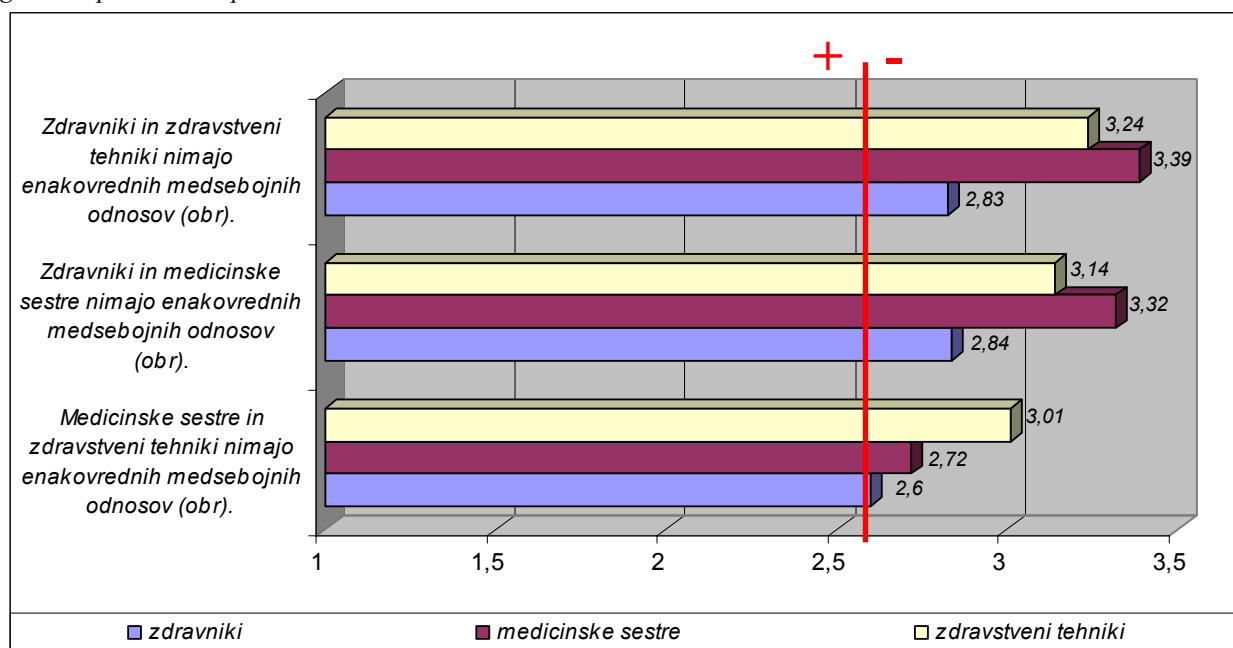
Neobhodni determinanti interprofesionalnega sodelovanja sta tudi medsebojno spoštovanje in enakovrednost vseh članov tima. Zanimiva in hkrati zaskrbljujoča je razlika v percepciji spoštovanja stroke zdravstvene nege (Graf 6.9). Da zdravniki spoštujejo stroko zdravstvene

nege (združeni vrednosti »povsem drži« in »delno drži«) namreč meni 89,8 % zdravnikov, 47,5 % medicinskih sester in 55,3 % zdravstvenih tehnikov (da to *povsem* drži, pa meni 41 % zdravnikov, 4,3 %! medicinskih sester in 11,9 % zdravstvenih tehnikov). Ti rezultati so lahko odraz percepcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, da zdravniki ne spoštujejo njihovega dela, njihovega prispevka k zdravstveni oskrbi pacientov in njihovega znanja. Ob dominantnem položaju medicine zdravstvena nega še vedno ostaja subordinirana (pol)profesija; ta njen položaj v relaciji z dominantnim položajem medicine pa ovira uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja, saj zanj niso izpolnjeni temeljni predpogoji.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Zdravniki spoštujejo stroko zdravstvene nege* (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);
- *Medicinske sestre spoštujejo medicinsko stroko* (in sicer le med skupinama zdravnikov in medicinskih sester);
- *Zdravstveni tehniki spoštujejo medicinsko stroko* (in sicer le med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov).

Graf 6.10: Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditve v okviru koncepta enakovrednost glede na poklicno skupino



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

Glede na to, da enakovrednost številni avtorji (prim. Henneman, 1995; San Martin – Rodriguez, Beaulieu et al., 2005) izpostavljajo kot predpogoj in eno temeljnih determinant sodelovanja, je podatek, da več kot 80 % respondentov meni, da so odnosi med zaposlenimi v zdravstveni negi (torej medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami) in zdravniki neenakovredni, zelo zaskrbljujoč. Na precejšnji odklon tega koncepta enakovrednosti od »idealne« perцепcije medpoklicnih razmerij kažejo tudi povprečne vrednosti odgovorov, ki pri vseh poklicnih skupinah pri vseh treh trditvah segajo na »negativno stran« (Graf 6.10). To, da odnosi med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami niso enakovredni (združeni vrednosti »povsem drži« in »delno drži«), meni 60,2 % zdravnikov, 68,1 % medicinskih sester in 77,6 % zdravstvenih tehnikov (oziroma 69,7 % vseh respondentov). Da odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki niso enakovredni, meni 72,6 % zdravnikov, 86,4 % medicinskih sester in 83,9 % zdravstvenih tehnikov (oziroma 82 % vseh respondentov). Odnosi med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami pa niso enakovredni po mnenju 69,9 % zdravnikov, 87,5 % medicinskih sester in 86 % zdravstvenih tehnikov (oziroma 82,6 % vseh respondentov).

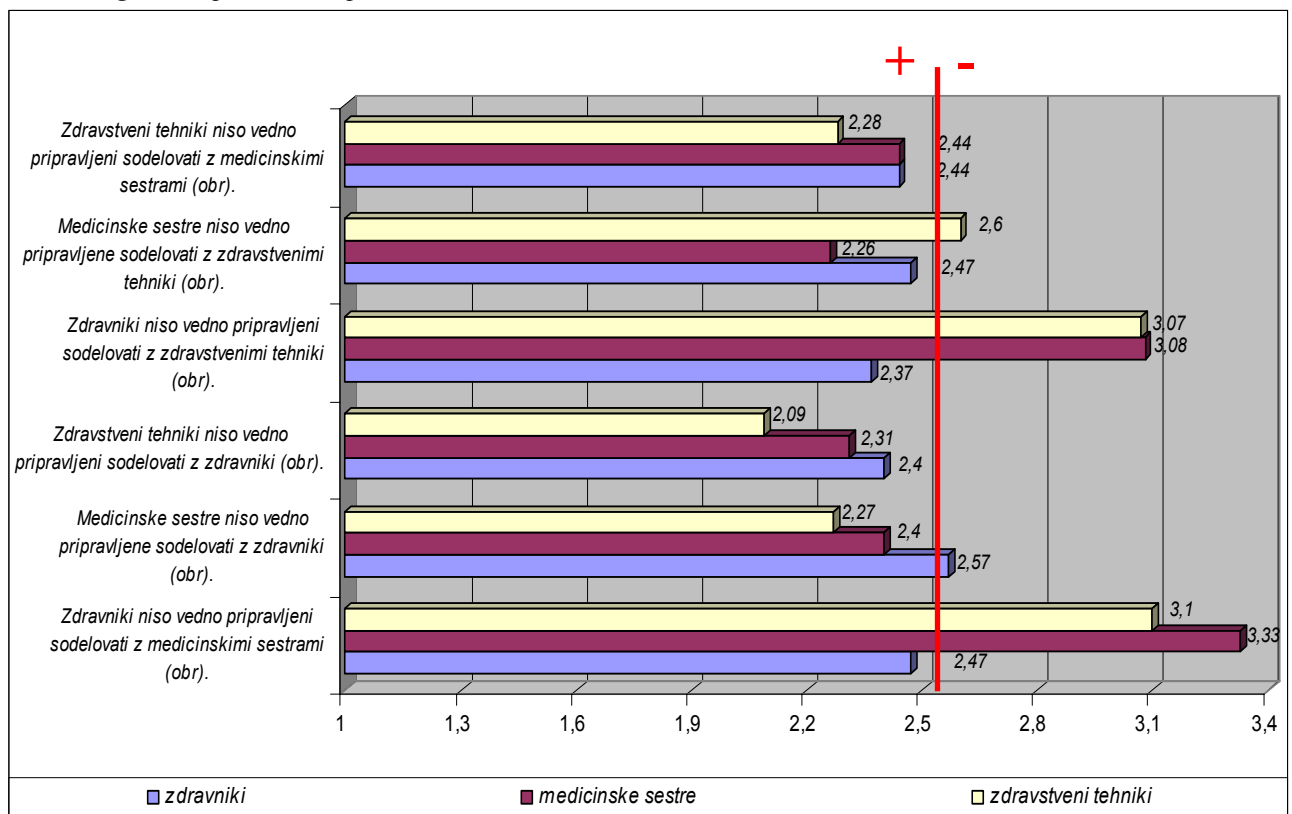
S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Medicinske sestre in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov);
- *Zdravniki in medicinske sestre nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama zdravnikov in medicinskih sester);
- *Zdravniki in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov* (in sicer med skupinama zdravnikov in zdravstvenih tehnikov ter med skupinama zdravnikov in medicinskih sester).

V luči možnosti za interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki pa so najbolj zaskrbljujoči rezultati zadnjega sklopa trditev, ki se nanašajo na pripravljenost sodelovati. Odločitev za interprofesionalno sodelovanje je namreč prostovoljne narave – posamezniki in poklicne skupine morajo biti motivirani za sodelovanje, v njem morajo videti smisel, priložnost za kakovostno delo, vir poklicnega zadovoljstva. Rezultati raziskave kažejo največjo diskrepanco v odgovorih med zdravniki in medicinskimi sestrami/zdravstvenimi tehnikami pri trditvi *Zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z medicinskimi sestrami* (Graf 6.11). Da ta

trditev povsem drži, meni 11,3 % zdravnikov, 44,4 %! medicinskih sester in 33,3 % zdravstvenih tehnikov. Da zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z zdravstvenimi tehnikami, pa meni 8,2 % zdravnikov, 29,7 % medicinskih sester in 32,5 % zdravstvenih tehnikov (gre za odgovore »povsem drži«). Torej skoraj polovica medicinskih sester in tretjina zdravstvenih tehnikov meni, da zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z njimi. V nasprotju s tem (le) 13,2 % zdravnikov meni, da medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z njimi, 8,4 % pa jih meni, da zdravstveni tehniki niso vedno pripravljeni sodelovati z njimi. Za uvajanje in uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja je pripravljenost sodelovati ključnega pomena, saj na tem temeljijo vsa nadaljnja prizadevanja. Rezultati kažejo na nizko percepcijo sodelovalnosti pri slovenskih zdravnikih, medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih. Za identifikacijo vzrokov nepripravljenosti za sodelovanje pa bo potrebno še nadaljnje raziskovanje.

Graf 6.11: Značilnosti medpoklicnih razmerij – povprečne vrednosti trditev v okviru koncepta pripravljenost sodelovati glede na poklicno skupino



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

S pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se povprečne vrednosti glede na poklicno skupino statistično značilno razlikujejo pri naslednjih trditvah (razlike so značilne ob $p < 0,05$):

- *Zdravniki niso vedno pripravljene sodelovati z medicinskimi sestrami (in sicer med vsemi tremi poklicnimi skupinami: med zdravniki in medicinskimi sestrami, med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami ter med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami);*
- *Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravniki (in sicer le med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami);*
- *Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljene sodelovati z zdravniki (in sicer le med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami);*
- *Zdravniki niso vedno pripravljene sodelovati z zdravstvenimi tehnikami (in sicer med zdravniki in medicinskimi sestrami ter med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami);*
- *Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravstvenimi tehnikami (in sicer le med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami).*

Vsekakor so vsi obravnavani koncepti v okviru *značilnosti medpoklicnih razmerij* medsebojno neločljivo povezani in šele celovit pogled na dobljene rezultate lahko da popolnejšo sliko o percepciji medpoklicnih razmerij s strani tistih, ki so vanje najbolj vpeti.

V Tabeli 6.1 pa so predstavljene razlike v odgovorih po poklicnih skupinah glede na izbrane sociodemografske spremenljivke. Tabela sem formirala na osnovi statistične analize podatkov. Razlike v povprečjih med spoloma sem ugotavljala s pomočjo *T-testa*, pri katerem gre za preverjanje domnev o enakosti dveh povprečij, razlike v povprečjih glede na ostale sociodemografske spremenljivke pa sem ugotavljala s pomočjo analize variance (*One-Way ANOVA*), kjer gre za preverjanje domnev o enakosti večih povprečij (Priloga B).

- Spol. Pri sklopu *Doživljanje medpoklicnih razmerij* pri nobeni poklicni skupini ni statistično značilnih razlik v odgovorih, pri sklopu *Značilnosti medpoklicnih razmerij* pa so statistično značilne razlike v odgovorih le pri skupini zdravnikov, kjer so zdravnice nekoliko bolj kritično ocenjevale medpoklicna razmerja. Pri zdravnicah je bila povprečna vrednost lestvice *Značilnosti medpoklicnih razmerij* 2,55, pri moških pa 2,38.
- Starost. Pri *Doživljanju medpoklicnih razmerij* so statistično značilne razlike v odgovorih pri skupinah zdravnikov in medicinskih sester. Pri zdravnikih so statistično značilne razlike v odgovorih med starostno skupino do 30 let in skupino 41–50 let, pri čemer starejši zdravniki bolj pozitivno doživljajo medpoklicna razmerja. Pri medicinskih sestrah pa so statistično značilne razlike v odgovorih med starostno skupino do 30 let (povprečna vrednost 1,77) in skupino 31–40 let (povprečna vrednost 1,54) ter med starostno skupino do

30 let in skupino 41–50 let (povprečna vrednost 1,48). Pri *Značilnostih medpoklicnih razmerij* pa so statistično značilne razlike v odgovorih le pri zdravnikih.

Tabela 6.1: Razlike v odgovorih po poklicnih skupinah glede na izbrane sociodemografske spremenljivke

	LESTVICA	ZDRAVNIKI	MEDICINSKE SESTRE	ZDRAVSTVENI TEHNIKI
SPOL	Doživljanje medpoklicnih razmerij			
	Značilnosti medpoklicnih razmerij	✓		
STAROST	Doživljanje medpoklicnih razmerij	✓	✓	
	Značilnosti medpoklicnih razmerij	✓		
IZOBRAZBA	Doživljanje medpoklicnih razmerij			*
	Značilnosti medpoklicnih razmerij			*
ZAKONSKI STAN	Doživljanje medpoklicnih razmerij	✓	✓	
	Značilnosti medpoklicnih razmerij	✓		
TIP NASELJA	Doživljanje medpoklicnih razmerij			
	Značilnosti medpoklicnih razmerij			
POLOŽAJ V SLUŽBI	Doživljanje medpoklicnih razmerij			
	Značilnosti medpoklicnih razmerij	✓		

* Razlik v odgovorih po izobrazbi za zdravstvene tehnike nisem mogla ugotavljati, saj imajo vsi le srednješolsko izobrazbo.

** Razlike so statistično značilne ob $p < 0,05$

- Izobrazba. Statistično značilnih razlik v odgovorih glede na izobrazbo ni pri nobeni poklicni skupini.
- Zakonski stan. Pri *Doživljanju medpoklicnih razmerij* so statistično značilne razlike v odgovorih pri skupinah zdravnikov in medicinskih sester. Pri zdravnikih so statistično značilne razlike v odgovorih med samskimi in poročenimi, pri čemer poročeni zdravniki bolj pozitivno doživljajo medpoklicna razmerja. Pri *Značilnostih medpoklicnih razmerij* so statistično značilne razlike v odgovorih le pri zdravnikih, in sicer med samskimi in razvezanimi, pri čemer razvezani (povprečna vrednost 2,19) bolj pozitivno percipirajo medpoklicna razmerja kot samski (povprečna vrednost 2,7)
- Tip naselja. Statistično značilnih razlik v odgovorih glede na izobrazbo ni pri nobeni poklicni skupini.
- Položaj v službi. Pri *Doživljanju medpoklicnih razmerij* statistično značilnih razlik v odgovorih glede na položaj v službi ni pri nobeni poklicni skupini. Pri *Značilnostih*

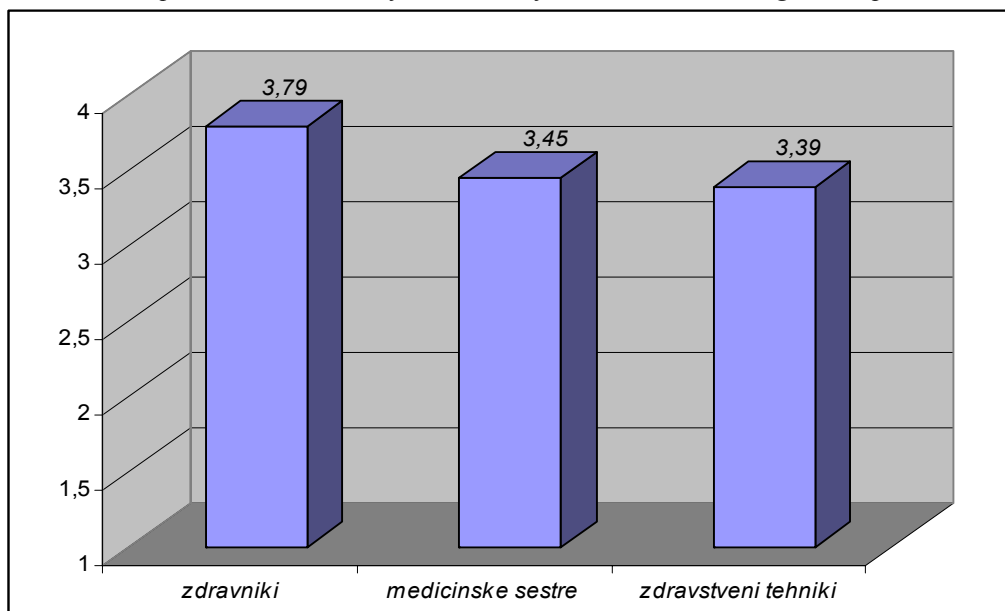
medpoklicnih razmerij pa so statistično značilne razlike v odgovorih le pri skupini zdravnikov, in sicer med skupino tistih, ki so zaposleni brez vodstvenega/vodilnega položaja in tistih, ki imajo vodstveni položaj na ravni delovne enote. Zdravniki z vodstvenim položajem na ravni delovne enote (povprečna vrednost 2,37) pa bolj pozitivno percipirajo medpoklicna razmerja kot zdravniki brez vodstvenega/vodilnega položaja (povprečna vrednost 2,6).

Večjih razlik v odgovorih po poklicnih skupinah glede na izbrane sociodemografske spremenljivke ni, kar kaže na močno identifikacijo z lastno profesijo, s kulturo lastne profesije – le-ta je pri odgovorih močnejši dejavnik kot sociodemografske spremenljivke.

6.3 ZADOVOLJSTVO S SITUACIJO NA DELOVNEM MESTU

V anketnem vprašalniku je bilo postavljeno tudi zaprto vprašanje o zadovoljstvu s situacijo na delovnem mestu, kjer je bilo respondentom ponujenih pet odgovorov, in sicer od 1 (sploh nisem zadovoljen/zadovoljna) do 5 (popolnoma sem zadovoljen/zadovoljna). Povprečne vrednosti odgovorov po poklicnih skupinah so predstavljene v Grafu 6.12.

Graf 6.12: Povprečne ocene zadovoljstva s situacijo na delovnem mestu glede na poklicno skupino

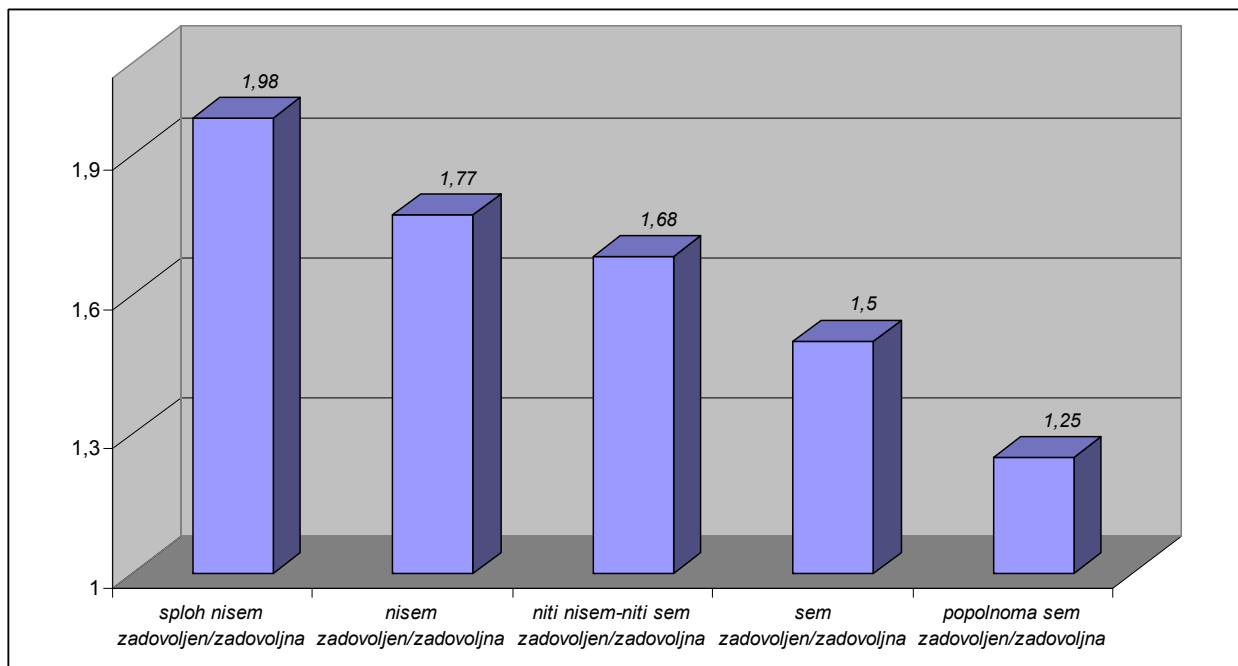


Iz zgornjega grafa je razvidno, da so s situacijo na delovnem mestu najbolj zadovoljni zdravniki, najmanj pa zdravstveni tehniki, kar lahko odraža njihov položaj v strukturi moči v zdravstvu. Na osnovi analize variance (*One-Way ANOVA*; Priloga B) sem ugotovila, da se

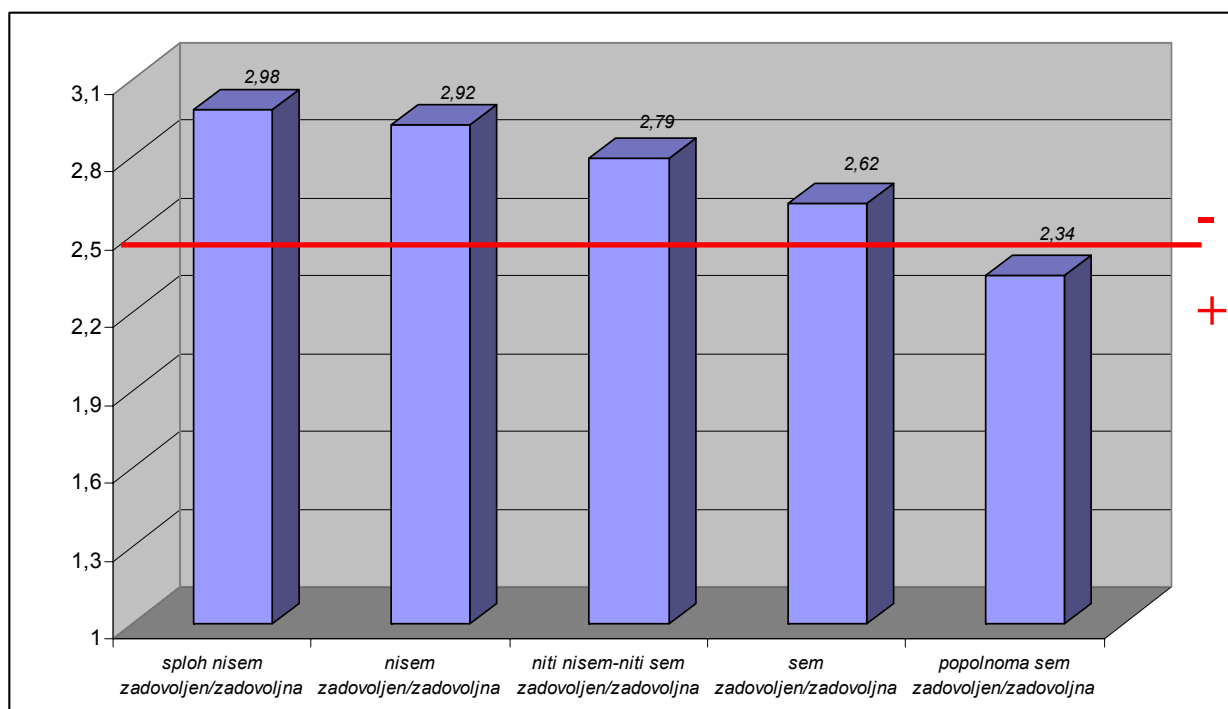
povprečne vrednosti statistično značilno razlikujejo (razlike so značilne ob $p < 0,05$) med zdravniki in medicinskimi sestrami ter med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami, medtem ko je ocena zadovoljstva s situacijo na delovnem mestu med zdravstvenimi tehnikami in medicinskimi sestrami podobna.

Graf 6.13 in Graf 6.14 pa prikazujeta povprečne vrednosti celotnih lestvic (*Doživljanje medpoklicnih razmerij* na Grafu 6.13 in *Značilnosti medpoklicnih razmerij* na Grafu 6.14) glede na zadovoljstvo s situacijo na delovnem mestu. Rezultati kažejo, da so povprečne vrednosti lestvic premosorazmerne z zadovoljstvom na delovnem mestu – bolj je posameznik na delovnem mestu zadovoljen, bolj pozitivno tudi doživlja oziroma percipira medpoklicna razmerja.

Graf 6.13: Povprečna ocena lestvice *Doživljanje medpoklicnih razmerij* glede na zadovoljstvo s situacijo na delovnem mestu



Graf 6.14: Povprečna ocena lestvice Značilnosti medpoklicnih razmerij glede na zadovoljstvo s situacijo na delovnem mestu



Opomba: Rdeča črta označuje mejo med pozitivno in negativno percepcijo medpoklicnih razmerij.

7. SKLEP

Temeljno raziskovalno vprašanje, ki sem ga zastavila na začetku tega diplomskega dela, je, *ali so upoštevajoč strukturne značilnosti interprofesionalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki sodelovalni odnosi med tema dvema poklicnima skupinama mogoči?* Na osnovi ugotovitev tujih raziskav o pomenu interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki ter v odsotnosti raziskav s tega področja v slovenskem prostoru pa sem si zastavila tudi raziskovalna vprašanja, vezana na interprofesionalne odnose med *slovenskimi* medicinskimi sestrami in zdravniki: *Kako slovenske medicinske sestre in zdravniki doživljajo medpoklicna razmerja? Kako slovenske medicinske sestre in zdravniki vidijo medpoklicna razmerja? Ali je v slovenskem zdravstvu vzpostavljena klima, naklonjena sodelovanju med medicinskimi sestrami in zdravniki?* To, kako posamezniki doživljajo in vidijo interprofesionalna razmerja, je temelj, na katerem se vzpostavlja sodelovanje. Da bi odgovorila na zastavljena vprašanja, sem skušala povezati teoretična spoznanja z empiričnimi ugotovitvami.

Izhodišče za proučevanje interprofesionalnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki je poznavanje položaja medicine in zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu in družbi nasploh. Proučevanje zdravstvenih profesij in s tem tudi njihovih medpoklicnih razmerij pa ne predstavlja vidnejšega področja v sociologiji (še v največji meri se obravnavajo v okviru sociologije profesij), čeprav se stvari sčasoma spreminjajo. Vse bolj namreč postaja jasno, da je zdravstvo torišče številnih odnosov, zelo pomembnih za kakovostno nudenje zdravstvene oskrbe. Kljub temu pa v javnem diskurzu o zdravstvu še vedno prevladuje poudarjanje materialnega vidika, to je problematike pomanjkanja oziroma zastarelosti medicinsko-tehnične opreme. Na račun izpostavljanja materialnih vidikov pa so odnosi v zdravstvu (odnosi med zdravstvenimi delavci in bolniki, še v večji meri pa odnosi med zdravstvenimi delavci samimi) prepogosto spregledani, potisnjeni na stranski tir in percipirani kot manj pomembni in manj problematični.

Zaradi družbenih sprememb, razvoja zdravstvenega varstva, naraščanja kroničnih bolezni in kompleksnosti zdravstvenih potreb, vse bolj izobraženega prebivalstva (ki se z vse večjo mero kritičnosti obrača na sistem zdravstvenega varstva in s tem tudi na zdravstvene delavce) in še česa delo v zdravstvu postaja vse bolj kompleksno, zato je usklajevanje nujno. Tako vse bolj

očitna postaja potreba po preseganju tradicionalnih hierarhičnih konceptov delovanja in uveljavljanju interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki. Kljub izjemnemu pomenu interprofesionalnega sodelovanja za kakovostno delo v zdravstvu (raziskave v tujini ugotavljajo pozitiven vpliv interprofesionalnega sodelovanja na kakovost obravnave bolnika in izide zdravljenja) pa je to področje v slovenskem prostoru neraziskano. Prizadevanje za izboljševanje interprofesionalnih razmerij med slovenskimi medicinskimi sestrami in zdravniki pa je brez lastnih raziskovalnih spoznanj precej oteženo.

Uvajanje in uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki je vse prej kot enostaven projekt, saj sta zdravstvena nega in medicina v veliki meri »ločena svetova«. Na njuna interprofesionalna razmerja vplivajo številni dejavniki: različen zgodovinski razvoj, spol, družbeni status, sistem izobraževanja in socializacija ter narava dela. Eno pomembnejših ovir pri uveljavljanju interprofesionalnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki predstavlja različen položaj zdravstvene nege in medicine v strukturi moči. Dominiranje medicine nad zdravstveno nego in izrazita hierarhija v zdravstvu, ki jo lahko najdemo le še v vojaški ali cerkveni ureditvi, potrjujeta podrejeno vlogo medicinskih sester in tako zavirata uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja, pri katerem nehierarhičnost, medsebojna enakovrednost in spoštovanje predstavljajo *conditio sine qua non*.

Poleg nižjega položaja zdravstvene nege v strukturi moči v zdravstvu imajo medicinske sestre glede na zdravnike tudi nižji ugled v družbi, nižje dohodke in nižjo izobrazbo. Medicinska profesija omejuje socialno mobilnost zdravstvene nege (navzgor); na subtilen način celo določa najvišjo možno stopnjo izobrazbe za medicinske sestre – na primer v Sloveniji zdravniška profesija ovira in onemogoča razvoj univerzitetnega študija zdravstvene nege (prim. Pahor, 2006). Medicinske sestre se od zdravnikov razlikujejo po slojevski pripadnosti tako v izvorni kot ustvarjeni družini (na primer v raziskavi Majde Pahor (2006: 90) so študenti zdravstvene vzgoje izhajali iz nižjega socialnega sloja kot študenti medicine). Največkrat izpostavljen strukturni dejavnik, ki vpliva na medpoklicna razmerja med medicinskimi sestrami in zdravniki, pa je spol. Medicinske sestre so v veliki večini ženske, medtem ko je v medicini več moških (vendar le na Zahodu; v vzhodnih državah, pa tudi v Sloveniji je v medicini večji delež zdravnic kot zdravnikov, vendar pa izhajam iz predpostavke, da je v medicini več moških kot v zdravstveni negi). Pri medicinskih sestrah tako lahko govorimo o dvojni podrejenosti – ker je poklic medicinske sestre feminiziran in ker medicinske sestre

opravljajo tradicionalno žensko (skrbstveno) delo. To so temeljne strukturne značilnosti, ki vplivajo na neenak položaj medicinskih sester v primerjavi z zdravniki, kar pa ovira uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja.

Na tem mestu velja poudariti, da se sociološke razprave o družbenem statusu in vlogi medicinskih sester v prvi vrsti (oziroma pretežno) gibljejo okoli determinante spola. Sicer pomemben dejavnik pri proučevanju razlik v moči med medicinskimi sestrami in zdravniki pa za pojasnjevanje njihovih medpoklicnih razmerij gotovo ni dovolj, saj njuno razmerje determinirajo še številne druge značilnosti na vseh družbenih ravneh. Pri pregledu literature sem zaznala predvsem pomanjkanje raziskav, povezanih z družbenim slojem medicinskih sester in zdravnikov.

Na neenak položaj medicinskih sester v primerjavi z zdravniki pomembno vpliva tudi narava dela medicinskih sester. Opravljajo namreč tako imenovano »umazano delo« (npr. pomoč pacientom pri osebni higieni, pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, opraviti imajo s človeškimi izločki, kot so urin, blato, slina ...) in skrbstveno delo, tradicionalno žensko delo, ki naj bi ga znale opravljati prav vse ženske, kar pa vpliva na devalvacijo poklica medicinskih sester. Delo medicinskih sester se torej precej razlikuje od dela zdravnikov, ki je »herojsko«, rešuje življenja in je zato bolj cenjeno. Še vedno je torej prisotna distinkcija med konceptoma *care* in *cure*, ki sta v hierarhičnem razmerju, kar pa negativno vpliva na vzpostavljanje interprofesionalnega sodelovanja.

Za uvajanje in uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja, ki vsekakor pomeni nov model odnosov in nov model dela v zdravstvu, je potrebno preiti od redukcionističnega biomedicinskega modela, v katerem so medosebni odnosi odrinjeni na rob, družbeni vidiki pa spregledani, k družbenemu modelu zdravja, ki je holističen, saj zajema vse aspekte človekovega življenja. Medicina temelji na biomedicinski paradigmi, medtem ko je zdravstvena nega naravnana holistično. Zdravstvena nega (ki ji je lasten koncept *care*) bo lahko imela aktivnejšo in enakovrednejšo vlogo v medpoklicnih razmerjih šele tedaj, ko bodo mehanizmi funkcioniranja v zdravstvenih timih temeljili na družbenem modelu zdravja, koncept *care* pa bo prepoznan kot enakovreden konceptu *cure*. Šele tedaj se bodo v zdravstvenih timih lahko aktivirali potenciali vseh zaposlenih.

Na osnovi povedanega lahko sklepamo, da so za sodelovanje bolj zainteresirane medicinske sestre, ki so v slabšem, podrejenem položaju, medtem ko si zdravniki manj želijo tovrstnih sprememb, saj jim sedanje razmerje moči v zdravstvu ustreza. Ob vzpostavitvi sodelovalnega odnosa bi bila moč porazdeljena na vse člane tima, torej je zdravniki ne bi izgubili, izgubili pa bi svoj dominantni položaj v zdravstvenem timu.

Naklonjenost interprofesionalnemu sodelovanju pa je pri medicinskih sestrah izražena tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1998: 14), ki v 7. načelu pravi, da naj »zdravstvena obravnava varovancev predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: medicinska sestra priznava in spoštuje delo sodelavcev.«.

Preprostega odgovora na raziskovalno vprašanje ni. Na osnovi pregleda literature lahko sklenem, da strukturne značilnosti interprofesionalnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki močno ovirajo vzpostavljanje interprofesionalnega sodelovanja. Razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki se ohranjajo, vendar je pri tem potrebno upoštevati, da desetletja trajajočih in močno zakoreninjenih interprofesionalnih razmerij med proučevanima poklicnima skupinama ni mogoče izkoreniniti v hipu. Da se bodo njuna interprofesionalna razmerja spremenila, se bo moralo zamenjati nekaj generacij. Menim torej, da je vzpostavljanje sodelovalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki v dani situaciji močno ovirano in celo nemogoče, dolgoročno gledano pa je ob podpori ostalih (eksternih) dejavnikov, kot so družbene razmere, organizacijska kultura, filozofija, spremembe izobraževanja zdravstvenih delavcev ipd. dosegljiv cilj.

V empiričnem delu pa sem z analizo dveh lestvic (*Doživljanje medpoklicnih razmerij* in *Značilnosti medpoklicnih razmerij*) in zaprtega vprašanja o zadovoljstvu s situacijo na delovnem mestu skušala identificirati temeljne značilnosti medpoklicnih odnosov med slovenskimi medicinskimi sestrami in zdravniki ter ugotoviti vire (ne)zadovoljstva z njimi. Raziskati sem želela, kako slovenske medicinske sestre in zdravniki doživljajo in percipirajo medpoklicna razmerja. Zelo pomembno je namreč, da med medicinskimi sestrami in zdravniki obstaja vsaj osnovna stopnja usklajenosti glede pomena in vrednotenja interprofesionalnega sodelovanja, saj je drugače to sodelovanje oteženo ali celo onemogočeno.

Zaskrbljujoče za vzpostavljanje interprofesionalnega sodelovanja ter za njegovo uspešnost in učinkovitost je, da med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki obstajajo (statistično značilne) razlike v odgovorih tako pri doživljanju kot pri percepciji medpoklicnih razmerij, kar lahko nakazuje na različno percepcijo potrebe po spremembah medpoklicnih razmerij. Glede na to, da so pri obeh lestvicah »idealnemu« doživljanju in percepciji medpoklicnih razmerij najbližje zdravniki, iz tega lahko sklepamo, da je poklicna skupina zdravnikov tista, ki si najmanj želi sprememb, saj je v veliki meri zadovoljna z obstoječo situacijo, in sicer zaradi svojega dominantnega položaja v strukturi moči v zdravstvu in družbi nasploh. Na to, da so zdravniki najbolj zadovoljni (od proučevanih treh poklicnih skupin), kažejo tudi povprečne ocene zadovoljstva s situacijo na delovnem mestu; sledijo jim medicinske sestre, najbolj nezadovoljni pa so zdravstveni tehniki. Sicer pa respondenti medpoklicna razmerja bolj pozitivno doživljajo kot percipirajo. Pri doživljanju medpoklicnih razmerij so vse povprečne vrednosti na »pozitivni strani«, pri značilnostih medpoklicnih razmerij pa povprečne vrednosti medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov segajo na »negativno stran«.

Medicinske sestre so poklicna skupina, ki je pri raziskavi izražala najbolj kritična stališča do medpoklicnih razmerij, najmanj kritični pa so zdravniki. Visoka stopnja kritičnosti medicinskih sester in njihovo manjše zadovoljstvo z medpoklicnimi razmerji je lahko posledica njihovega zavedanja lastnega položaja, razlik v statusu in moči med različnimi poklicnimi skupinami ter želja po spremembah.

Medicinske sestre in zdravniki medpoklicna razmerja doživljajo drugače, saj pri skoraj vseh trditvah *Doživljanja medpoklicnih razmerij* med poklicnima skupinama zdravnikov in medicinskih sester in/ali zdravstvenih tehnikov obstajajo statistično značilne razlike, pri čemer medpoklicna razmerja zdravniki doživljajo najbolj pozitivno. Tudi pri trditvah, ki se nanašajo na *Značilnosti medpoklicnih razmerij* je tako, s tem da so razlike v odgovorih glede na poklicno skupino na tej lestvici večje, kar pomeni, da značilnosti medpoklicnih razmerij vsaka poklicna skupina vidi po svoje.

S pozitivnim *doživljanjem medpoklicnih razmerij* je najbolj povezano dobro razumevanje lastne, v veliki meri pa tudi drugih poklicnih vlog ter občutek samozavesti pri delu s pripadniki lastne profesije oziroma z medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. S pozitivnim doživljanjem je povezana tudi enostavnost dela z medicinskimi sestrami in

zdravstvenimi tehnikami. K negativnemu doživljanju medpoklicnih razmerij pa najbolj prispeva premajhna samozavest pri delu z zdravniki, občutek nespoštovanosti s strani zdravnikov ter neenostavno delo z zdravniki. Z negativnim doživljanjem medpoklicnih razmerij so torej povezane trditve, ki se nanašajo na relacije z zdravniki.

Značilnosti medpoklicnih razmerij pa so ocenjene slabše kot doživljanje medpoklicnih razmerij, saj povprečne vrednosti večine trditev segajo čez mejo med pozitivno in negativno percepcijo. K pozitivni percepciji medpoklicnih razmerij najbolj prispeva spoštovanje drugih strok, največji odklon od »idealne percepcije« pa predstavljata prisotnost statusne hierarhije ter neenakovrednost medsebojnih odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami/zdravstvenimi tehnikami. Zanimive razlike pa so se pokazale pri percepciji spoštovanja drugih strok, pri čemer vse poklicne skupine izražajo mnenje, da spoštujejo druge stroke, s tem da to spoštovanje zdravniki zaznavajo, medicinske sestre in zdravstveni tehniki pa ne. Pri tem gre lahko za to, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki eksplicitno izražajo spoštovanje do medicine, medtem ko zdravniki spoštovanje do zdravstvene nege izražajo implicitno oziroma tako, da tega izvajalci zdravstvene nege ne opazijo. Po drugi strani pa gre pri odgovorih lahko tudi za odraz samopodobe – na primer tisti z visoko samopodobo menijo, da jih drugi spoštujejo, medtem ko tisti z nizko samopodobo menijo obratno. Sicer pa so bile na tej lestvici razlike med vsemi tremi poklicnimi skupinami največje, tako da je v okviru teh konceptov pričakovati največ ovir za interprofesionalno sodelovanje.

Kaj torej pomenijo dobljeni rezultati za uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja v slovenskem zdravstvu? V prvi vrsti kažejo, da je med proučevanimi poklicnimi skupinami več razlik kot podobnosti, kar predstavlja pomembno oviro za interprofesionalno sodelovanje. Proučevane trditve na obeh lestvicah se nanašajo na številne koncepte, ki so jih različni avtorji identificirali kot predpogoje oziroma temeljne konstitutivne elemente interprofesionalnega sodelovanja (na primer spoštovanje, odkrito komuniciranje, pripravljenost sodelovati). Hierarhična medpoklicna razmerja, stereotipi, pristranskost, neodkrito in težavno komuniciranje, neenakovrednost, nesamozavest v medpoklicnih razmerjih, občutek nespoštovanosti s strani drugih strok so le nekateri dejavniki, ki so prisotni v medpoklicnih razmerjih med slovenskimi medicinskimi sestrami in zdravniki ter močno ovirajo vzpostavljanje interprofesionalnega sodelovanja v slovenskem zdravstvu. Če izhajamo iz predpostavke, da je za uveljavljanje interprofesionalnega sodelovanja v prvi vrsti pomembna *pripravljenost* na sodelovanje in pozitiven pogled nanj, v slovenskem prostoru zaenkrat niso

ustvarjeni predpogoji, potrebni za sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki. Seveda pa so za načrtovanje akcij, ki bodo pospeševale razvoj interprofesionalnega sodelovanja med slovenskimi medicinskimi sestrami in zdravniki, potrebne nadaljnje raziskave, ki bodo proučile še ostale determinante sodelovanja.

Kje pa je pri vsem tem sociologija? Vlogo sociologije vidim predvsem v kritični refleksiji obstoječega stanja, opozarjanju na kritične točke in proučevanju možnosti nadaljnega razvoja, ob hkratnem upoštevanju širšega družbenega konteksta, ki pomembno vpliva na medpoklicne odnose v zdravstvu. Sociologija pri raziskovanju interprofesionalnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki lahko ponudi drugačen pogled na predmet raziskave, pogled »od zunaj«, in potrebno kritično distanco do proučevanih fenomenov, ki pa je raziskovalci, ki proučujejo lastno poklicno skupino, nimajo.

Pričujoče diplomsko delo z obravnavano tematiko in z empiričnim delom predstavlja široko izhodišče za nadaljnje (kvalitativno) raziskovanje; sproža namreč več vprašanj kot pa ponuja odgovorov (vsak obravnavan koncept lahko predstavlja samostojni predmet raziskovanja). Tematika interprofesionalnih razmerij in medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki je v tujini (predvsem v Veliki Britaniji, v Združenih državah Amerike in v Skandinaviji) raziskovalno že obravnavana, pri nas pa je to področje *terra incognita*, saj tovrstnih raziskav ni. Pri tem vidim velik potencial za vključevanje sociologije, saj je za proučevanje tako kompleksnega področja, kot so interprofesionalni odnosi v zdravstvu, potrebna vpetost v širši družbeni kontekst, kaže pa se tudi potreba po interdisciplinarnem raziskovanju, ki omogoča širšo teoretsko poglobljenost, vključuje različne vidike in zagotavlja večjo objektivnost.

V nadaljnje raziskovanje bi bilo potrebno vključiti tudi perspektivo bolnikov, katerih vloga v timu je še vedno marginalna. Postavljajo se namreč vprašanja, kot so: Kako bolniki doživljajo medpoklicna razmerja v zdravstvu? Kako jih vidijo? Kako nanje vplivajo? Kakšne (možne) posledice ima to zanje?

8. VIRI IN LITERATURA

Baggs, Judith G., Ryan Sheila A. (1990): ICU Nurse – Physician Collaboration & Nursing Satisfaction. *Nursing Economics* 8(6), 386–392.

Blättel-Mink, Birgit, Kuhlmann Ellen (2003): Health Professions, gender and society: introduction and outlook. *International Journal of Sociology and Social Policy* 23 (4–5), 1–21.

Caldwell, Kay, Atwal Anita (2003): The problems of interprofessional healthcare practice in hospitals. *British Journal of Nursing*, 12(20), 1212–1218.

Carnwell, Ros, Carson Alex (2005): Understanding partnerships and collaboration. V: Carnwell, Ros, Buchanan Julian (ur.): *Effective Practice in Health and Social Care. A partnership Approach*, 3–20. New York: Open University Press.

Carpenter, Mick (1993): The subordination of nurses in health care: towards a social division approach. V: Riska, Elianne, Wegar Katarina (ur.): *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, 95–130. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications.

Coburn, David, Willis Evan (2003): The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. V: Albrecht, Gary L., Fitzpatrick Ray, Scrimshaw Susan C. (ur.): *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, 377–393. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Cockerham, William C. (2005): Medical Sociology and Sociological Theory. V: Cockerham, William C. (ur.): *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, 3–22. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.

Conrad, Peter (2005): The Rise and Fall of the Dominance of Medicine. V: Conrad, Peter (ur.): *The Sociology of Health & Illness. Critical Perspectives*, 167–169. 7th edition. New York: Worth Publishers.

Conrad, Peter, Schneider Joseph W. (2005): Professionalization, Monopoly, and the Structure of Medical Practice. V: Conrad, Peter (ur.): *The Sociology of Health & Illness. Critical Perspectives*, 170–176. 7th edition. New York: Worth Publishers.

Dahle, Rannveig (2003): Shifting boundaries and negotiations on knowledge: interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway. *International Journal of Sociology and Social Policy* 23 (4–5), 139–158.

Dahle, Rannveig (2005): *Odnosi med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki na Norveškem*. Predavanje na 6. simpoziju Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 6. 12. 2005

D'Amour, Danielle, Oandasan Ivy (2005): Interprofesionaliti as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 19(Suppl. 1), 8–20.

D'Amour, Danielle, Ferrada–Videla Marcela, San Martin Rodriguez Leticia, Beaulieu Marie-Dominique (2005): The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19(Suppl. 1), 116–131.

Easson-Bruno, Sandra (2003): Don't blame Florence. *Nursing Leadership* 16(4), 8–9.

Fortuna, Marjan (2006): Feminizacija medicine. *ISIS* 15 (2), 120.

Gabe, Jonathan, Bury Mike, Elston Mary Ann (2004): *Key Concepts in Medical Sociology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

Gardner, Deborah B. (2005): Ten Lessons in Collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing* 10(1).

Dostopno na: http://www.nursingworld.org/ojin/topic26/tpc26_1.htm (18. 11. 2005)

Giddey, Martin (1995): Institutions, individuals and professional power. V: Moon, Graham, Gillespie Rosemary (ur.): *Society and Health. An Introduction to social science for health professionals*, 127–140. London, New York: Routledge.

Hall, Pippa (2005): Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 19(Suppl. 1), 188–196.

Headrick, Linda A., Wilcock Peter M., Batalden Paul B. (1998): Interprofessional working and continuing medical education. *British Medical Journal* 316 (7133).

Dostopno na: <http://bmj.bmjournals.com/archive/7133/7133ed2.htm> (14. 10. 2004)

Henneman, Elizabeth A., Lee Jan L., Cohen Joan I. (1995): Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21, 103–109.

Henneman, Elizabeth A. (1995): Nurse – physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing* 22, 359–363.

Jackson, Debra, Borbasi Sally (2002): The Caring Conundrum. Should Caring be the Basis of Nursing Practice and Scholarship? V: Daly, John, Speedy Sandra, Jackson Debra, Darbyshire Philip (ur.): *Contexts of Nursing. An introduction*, 59–71. Oxford: Blackwell Publishing.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1998). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

Kozier, Barbara, Erb Glenora, Blais Kathleen, Wilkinson Judith M., Van Leuven Karen (1998): *Fundamentals of Nursing. Concepts, Process, and Practice. Updated 5th edition*. Menlo Park, California, Reading, Massachusetts, New York: Addison-Wesley.

Kramer, Marlene, Schmalenberg Claudia (2003): Securing “good” nurse – physician relationships. *Nursing Management* 34(7), 34–38.

Larson, Elaine (1999): The Impact of Physician–Nurse Interaction on Patient Care. *Holistic Nursing Practice* 13(2), 38–46.

Lempp, Heidi, Seale Clive (2004): The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal* 329: 770–773.

Dostopno na: <http://bmj.bmjournals.com/archive/7133/7133ed2.htm> (14. 8. 2006)

LeTourneau, Barbara (2004): Physicians and Nurses: Friends or Foes? *Journal of Healthcare Management* 49(1), 12–15.

Lindeke, Linda L., Block, Derryl E. (1998): Maintaining Professional Integrity in the Midst of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Outlook*, 46(5), 213–218.

Lindeke, Linda L., Sieckert Ann M. (2005): Nurse-Physician Workplace Collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing* 10 (1).

Dostopno na: http://www.nursingworld.org/ojin/topic26/tpc26_4.htm (13. 11. 2005)

Lorber, Judith (1997): *Gender and the Social Construction of Illness*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Lupton, Deborah (2003): *Medicine as Culture*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Macdonald, Keith M. (1995): *The Sociology of the Professions*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Maguire, Kath (2002): *Parsons' Sick Role*.

Dostopno na: http://www.ucel.ac.uk/shield/docs/notes_parsons.pdf (4. 1. 2005)

Molyneux, Jeanie (2001): Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of interprofessional care* 15(1), 29–35.

Moon, Graham (1995): Health care and society. V: Moon, Graham, Gillespie Rosemary (ur.): *Society and Health. An Introduction to social science for health professionals*, 49–64. London, New York: Routledge.

Nettleton, Sarah (1995): *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge, Oxford: Polity Press.

Pahor, Majda (1997): *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Pahor, Majda (2003): Skrb v slovenski zdravstveni negi: nekatere ovire za kognitivno, reflektivno in moralno prakso. V: Sevenhuijsen, Selma, Švab Alenka (ur.): *Labirinti skrbi. Pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*, 75–86. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.

Pahor, Majda (2006): *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit.

Popis 2002. Dostopno na: <http://www.stat.si> (1. 12. 2005)

Praper, Peter (2001): Timsko delo in skupinski proces. V: Mayer, Janez, Bečaj Janez, Kneževič Ana Nuša, Košir Manca, Kovač Bogomir, Pisani Lea, Praper Peter, Rajkovič Vladislav, Trstenjak Anton, Velikonja Marija: *Skrivnost ustvarjalnega tima*, 28–39. Ljubljana: Dedalus – Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin.

Riska, Elianne, Wegar Katarina (1993): Women physicians: a new force in medicine? V: Riska, Elianne, Wegar Katarina (ur.): *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*, 77–93. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications.

Riska, Elianne (2005): Health Professions and Occupations. V: Cockerham, William C. (ur.): *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, 144–158. Malden, Oxford, Carlton: Blackwell Publishing.

Saks, Mike (1995): *Professions and the Public Interest. Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*. London, New York: Routledge.

San Martin Rodriguez, Leticia, Beaulieu Marie-Dominique, D'Amour Danielle, Ferrada-Videla Marcela (2005): The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care* 19(Suppl. 1), 132–147.

Senior, Michael, Viveash Bruce (1998): *Health and Illness*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press.

Snelgrove, Sherrill, Hughes David (2000): Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing* 31(3), 661–667.

Švab, Igor (1992): Zdravnik splošne medicine in njegova medicinska sestra. V: Voljč, Božidar, Košir Tone, Švab Igor, Urlep France: *Splošna medicina: načela in tehnike*, 171–174. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD.

Taylor, Steve, Field David (2003): *Sociology of Health and Health Care*. 3rd Edition. Oxford: Blackwell Publishing.

Toš, Niko, Malnar Brina (2002): Stališča o zdravju in zdravstvu. Analiza rezultatov raziskav iz obdobja 1994–2001. V: Toš, Niko, Malnar Brina (ur.): *Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, 87–162. Ljubljana: FDV – IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Trampuž, Andrej (2002a): Premalo časa za bolnike. *Delo, Sobotna priloga*, 16. 3. 2002, 6.

Trampuž, Andrej (2002b): Zdravniki ob ugled, bolniki ob zaupanje, država ob denar. *Delo, Sobotna priloga*, 30. 3. 2002, 8–9.

Turner, Bryan S. (1995): *Medical Power and Social Knowledge*. 2nd Edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Ule, Mirjana (2003a): *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Založba Aristej.

Ule, Mirjana (2003b): Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege* 37(4), 243–249.

Ule, Mirjana (2004): *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Walby, Sylvia, Greenwell June, Mackay Lesley, Soothill Keith (1994): *Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Wicks, Deidre (1998): *Nurses and Doctors at Work. Rethinking professional boundaries*. Buckingham: Open University Press.

Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Osnutek (2003). Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.

Zdravstveni statistični letopis 2003 (CD-ROM). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Zelek, Barbara, Phillips Susan P. (2003): Gender and power: Nurses and Doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health* 2(1). Dostopno na: <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/1> (20. 8. 2006)

Internetni viri:

<http://nursecredentialing.org/magnet/consumer/magweb.htm> (29. 8. 2006)

<http://www.caipe.org.uk/index.php?&page=mission&nav=1> (7. 9. 2006)

<http://www.icn.ch/definition.htm> (9. 9. 2006)

PRILOGA A: Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK o medsebojnem sodelovanju medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov

Spoštovani,

*med dejavniki kakovostnega zdravstva je tudi medsebojno sodelovanje zaposlenih, kar so že dokazale raziskave v drugih državah. Da bi ugotovili značilnosti tega medpoklicnega sodelovanja v Sloveniji, izvajamo obsežno raziskavo z naslovom **Interprofesionalno sodelovanje med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki v zdravstvenem timu**. Sestavni del te raziskave, ki jo izvajamo na reprezentativnem vzorcu medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov, je tudi anketni vprašalnik. Formirali smo ga na osnovi instrumentov, razvitih na *University of the West of England* iz Bristola v Veliki Britaniji.*

Vaše sodelovanje je prostovoljno in anonimno. S svojimi odgovori boste pomembno prispevali k celovitejšemu razumevanju tega pojava.

Raziskava poteka v okviru Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in Slovenskega zdravniškega društva ob sodelovanju Raziskovalnega inštituta Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani.

Predsednik SZD
Prof. dr. Pavle Poredoš, dr. med.

Predsednica DMSZT Ljubljana
Darinka Klemenc, dipl. m. s.

Raziskovalni inštitut Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani
Doc. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc.
As. mag. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.

I. del

Doživljanje medpoklicnih razmerij

(V vsaki vrstici obkrožite številko pri ustreznem odgovoru.)

Pojasnilo

- Z nazivom **medicinska sestra** so mišljeni naslednji izvajalci zdravstvene nege: višje medicinske sestre, višji medicinski tehniki, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki, diplomirane babice, diplomirani babičarji, profesorice zdravstvene vzgoje in profesorji zdravstvene vzgoje.
- Z nazivom **zdravstveni tehnik** so mišljeni naslednji izvajalci zdravstvene nege: srednje medicinske sestre, zdravstveni tehniki, zdravstvene tehnice in srednje medicinske sestre – babice.

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
S kolegi iz svoje stroke sem v enakovrednem odnosu.	1	2	3	4
Dobro razumem poklicno vlogo zdravnikov.	1	2	3	4
Dobro razumem poklicno vlogo medicinskih sester.	1	2	3	4
Dobro razumem poklicno vlogo zdravstvenih tehnikov.	1	2	3	4
V odnosih z zdravniki sem samozavesten/ samozavestna.	1	2	3	4
V odnosih z medicinskimi sestrami sem samozavesten/ samozavestna.	1	2	3	4
V odnosih z zdravstvenimi tehnikami sem samozavesten/ samozavestna.	1	2	3	4
Zlahka delam z zdravniki.	1	2	3	4
Zlahka delam z medicinskimi sestrami.	1	2	3	4
Zlahka delam z zdravstvenimi tehnikami.	1	2	3	4
Čutim, da me zdravniki spoštujejo.	1	2	3	4
Čutim, da me medicinske sestre spoštujejo.	1	2	3	4
Čutim, da me zdravstveni tehniki spoštujejo.	1	2	3	4
Ko delam z zdravniki, nisem dovolj samozavesten/ samozavestna.	1	2	3	4

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
Ko delam z medicinskimi sestrami, nisem dovolj samozavesten/ samozavestna.	1	2	3	4
Ko delam z zdravstvenimi tehnikami, nisem dovolj samozavesten/ samozavestna.	1	2	3	4
Zlahka sodelujem z ljudmi iz svoje stroke.	1	2	3	4

Značilnosti medpoklicnih razmerij

(V vsaki vrstici obkrožite številko pri ustreznem odgovoru.)

Pojasnilo

- Z nazivom **medicinska sestra** so mišljeni naslednji izvajalci zdravstvene nege: višje medicinske sestre, višji medicinski tehnik, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki, diplomirane babice, diplomirani babičarji, profesorice zdravstvene vzgoje in profesorji zdravstvene vzgoje.
- Z nazivom **zdravstveni tehnik** so mišljeni naslednji izvajalci zdravstvene nege: srednje medicinske sestre, zdravstveni tehnik, zdravstvene tehnice in srednje medicinske sestre – babice.

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravnikih.	1	2	3	4
Zdravniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah.	1	2	3	4
Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih.	1	2	3	4
Zdravstveni tehnik imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah.	1	2	3	4
Zdravstveni tehnik imajo stereotipne predstave o zdravnikih.	1	2	3	4
Zdravniki imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih.	1	2	3	4
Medicinske sestre in zdravniki komunicirajo neovirano.	1	2	3	4
Medicinske sestre in zdravstveni tehnik komunicirajo neovirano.	1	2	3	4
Zdravstveni tehnik in zdravniki komunicirajo neovirano.	1	2	3	4

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
<i>V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki.</i>	1	2	3	4
<i>V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami.</i>	1	2	3	4
<i>V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med zdravstvenimi tehnikami in zdravniki.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki in medicinske sestre so pristranski v odnosu drug do drugega.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki spoštujejo stroko zdravstvene nege.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre spoštujejo medicinsko stroko.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravstveni tehniki spoštujejo medicinsko stroko.</i>	1	2	3	4
<i>Neovirano komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami je enostavno.</i>	1	2	3	4
<i>Neovirano komuniciranje med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami je enostavno.</i>	1	2	3	4
<i>Neovirano komuniciranje med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami je enostavno.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki in medicinske sestre nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim.</i>	1	2	3	4

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
<i>Zdravstveni tehniki in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre in zdravstveni tehniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z medicinskimi sestrami.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravniki.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljeni sodelovati z zdravniki.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z zdravstvenimi tehnikami.</i>	1	2	3	4
<i>Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravstvenimi tehnikami.</i>	1	2	3	4
<i>Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljeni sodelovati z medicinskimi sestrami.</i>	1	2	3	4

Komunikacija in timsko delo

(V vsaki vrstici obkrožite številko pri ustreznem odgovoru.)

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
<i>Zlahka utemeljujem svoje predloge pred predpostavljenimi.</i>	1	2	3	4
<i>Sodelavcem zlahka pojasnujem teme, ki jih ne poznajo.</i>	1	2	3	4
<i>Imam težave s prilagajanjem načina komuniciranja (ustnega, pisnega) različnim situacijam in poslušalcem.</i>	1	2	3	4
<i>Kadar se ne strinjam z mnenji drugih v skupini, sem raje tiho.</i>	1	2	3	4
<i>Zlahka delam v skupini.</i>	1	2	3	4

	Povsem drži	Delno drži	Delno ne drži	Sploh ne drži
<i>V skupini mi je neprijetno izražati svoje mnenje.</i>	1	2	3	4
<i>Nerad/ nerada prevzamem pobudo v skupini.</i>	1	2	3	4
<i>Zmožen/ zmožna sem se hitro vključiti v nove skupine in time.</i>	1	2	3	4
<i>Zlahka izražam svoje mnenje v skupini, četudi vem, da se drugi z njim ne strinjajo.</i>	1	2	3	4

II. del

Kako bi opredelili pojem »zdravstveni tim«?

Kako ste zadovoljni s situacijo na svojem delovnem mestu?

(Obkrožite ustrezno številko na lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni »sploh nisem zadovoljen/ zadovoljna« in 5 »popolnoma sem zadovoljen/ zadovoljna«.)



1

2



3

4



5

III. del

Prosimo, odgovorite še na naslednja vprašanja, ki jih potrebujemo za statistične analize.

1. Spol

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.)

1. Ženski
2. Moški

2. Letnica vašega rojstva (vpišite): _____

3. Kakšna je vaša izobrazba?

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom. Možnih je več odgovorov.)

1. Srednješolska
2. Višješolska
3. Visokošolska strokovna
4. Fakultetna (napišite, katera)

5. Specializacija (prosimo, navedite področje)

- _____
6. Magisterij
 7. Doktorat

4. Kakšen je vaš zakonski stan?

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.)

1. Samski/ samska
2. Poročen/ poročena
3. Živim v izvenzakonski skupnosti
4. Živim ločeno od (zakonskega) partnerja
5. Razvezan/ razvezana
6. Ovdovel/ ovdovela

5. V kakšnem tipu naselja živite?

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.)

1. V mestnem (gosto poseljenem)
2. V primestnem (med vasjo in mestom)
3. V vaškem

6. Katero delo opravljate?

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.)

1. Delo srednje medicinske sestre/ zdravstvenega tehnika/ zdravstvene tehnice/ srednje medicinske sestre – babice
2. Delo višje medicinske sestre/ višjega medicinskega tehnika/ diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika/ diplomirane babice/ diplomiranega babičarja
3. Delo profesorice zdravstvene vzgoje/ profesorja zdravstvene vzgoje
4. Delo zdravnice/ zdravnika
5. Drugo (prosimo, navedite) _____

7. Kakšen je vaš položaj v službi?

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.)

1. Zaposlitev brez vodstvenega oziroma vodilnega položaja
2. Vodstveni položaj na ravni delovne enote
3. Vodilni položaj na ravni ustanove (na reelekciji)
4. Drugo (prosimo, navedite)

8. Vaše delovno mesto je:

(Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom. Možnih je več odgovorov.)

1. v bolnišnici
2. v zdravstvenem domu
3. na pacientovem domu
4. v domu starejših občanov
5. v posebnem zavodu
6. v zasebni ustanovi
7. v izobraževalni ustanovi (na šoli, fakulteti)
8. drugo (prosimo, navedite) _____

PRILOGA B: Izpis rezultatov

DOŽIVLJANJE MEDPOKLICNIH RAZMERIJ IN ZNAČILNOSTI MEDPOKLICNIH RAZMERIJ

Oneway

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Doživljanje medpoklicnih razmerij	zdravniki	169	1,44537	,423937	,032611	1,38099	1,50974	1,000	3,765
	diplomirane medicinske sestre	258	1,60153	,430311	,026790	1,54877	1,65429	1,000	3,059
	zdravstveni tehniki	247	1,61437	,419108	,026667	1,56184	1,66689	1,000	3,294
	Total	674	1,56708	,429855	,016557	1,53457	1,59959	1,000	3,765
Značilnosti medpoklicnih razmerij	zdravniki	171	2,48362	,483542	,036977	2,41063	2,55662	1,000	3,429
	diplomirane medicinske sestre	257	2,79630	,374352	,023351	2,75031	2,84229	1,576	3,727
	zdravstveni tehniki	247	2,68534	,443075	,028192	2,62982	2,74087	1,303	3,650
	Total	675	2,67649	,445862	,017161	2,64279	2,71018	1,000	3,727

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Doživljanje medpoklicnih razmerij	Between Groups	3,362	2	1,681	9,323	,000
	Within Groups	120,992	671	,180		
	Total	124,354	673			
Značilnosti medpoklicnih razmerij	Between Groups	10,069	2	5,035	27,303	,000
	Within Groups	123,917	672	,184		
	Total	133,987	674			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Doživljanje medpoklicnih razmerij	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,156166*	,042022	,001	-,25702	-,05531
		zdravstveni tehniki	-,169001*	,042391	,000	-,27074	-,06726
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,156166*	,042022	,001	,05531	,25702
		zdravstveni tehniki	-,012836	,037801	1,000	-,10356	,07789
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,169001*	,042391	,000	,06726	,27074
		diplomirane medicinske sestre	,012836	,037801	1,000	-,07789	,10356
Značilnosti medpoklicnih razmerij	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,312678*	,042378	,000	-,41438	-,21097
		zdravstveni tehniki	-,201723*	,042719	,000	-,30425	-,09920
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,312678*	,042378	,000	,21097	,41438
		zdravstveni tehniki	,110955*	,038263	,012	,01912	,20279
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,201723*	,042719	,000	,09920	,30425
		diplomirane medicinske sestre	-,110955*	,038263	,012	-,20279	-,01912

*. The mean difference is significant at the .05 level.

DOŽIVLJANJE MEDPOKLICNIH RAZMERIJ

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Dobro razumem poklicno vlogo zdravnikov	Between Groups	12,204	2	6,102	21,763	,000
	Within Groups	186,738	666	,280		
	Total	198,942	668			
Dobro razumem poklicno vlogo medicinskih sester	Between Groups	7,937	2	3,968	12,558	,000
	Within Groups	211,083	668	,316		
	Total	219,019	670			
Dobro razumem poklicno vlogo zdravstvenih tehnikov	Between Groups	,709	2	,355	1,188	,306
	Within Groups	198,501	665	,298		
	Total	199,210	667			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Dobro razumem poklicno vlogo zdravnikov	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,286*	,053	,000	-,41	-,16
		zdravstveni tehniki	-,332*	,053	,000	-,46	-,20
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,286*	,053	,000	,16	,41
		zdravstveni tehniki	-,046	,047	,997	-,16	,07
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,332*	,053	,000	,20	,46
		diplomirane medicinske sestre	,046	,047	,997	-,07	,16
Dobro razumem poklicno vlogo medicinskih sester	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,048	,056	1,000	-,09	,18
		zdravstveni tehniki	-,193*	,056	,002	-,33	-,06
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,048	,056	1,000	-,18	,09
		zdravstveni tehniki	-,241*	,050	,000	-,36	-,12
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,193*	,056	,002	,06	,33
		diplomirane medicinske sestre	,241*	,050	,000	,12	,36
Dobro razumem poklicno vlogo zdravstvenih tehnikov	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,000	,054	1,000	-,13	,13
		zdravstveni tehniki	-,068	,055	,646	-,20	,06
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,000	,054	1,000	-,13	,13
		zdravstveni tehniki	-,067	,049	,505	-,18	,05
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,068	,055	,646	-,06	,20
		diplomirane medicinske sestre	,067	,049	,505	-,05	,18

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
S kolegi iz svoje stroke sem v enakovrednem odnosu	Between Groups	12,153	2	6,077	8,453	,000
	Within Groups	475,196	661	,719		
	Total	487,349	663			
V odnosih z zdravniki sem samozavesten/samozavestna	Between Groups	15,591	2	7,795	15,032	,000
	Within Groups	344,332	664	,519		
	Total	359,922	666			
V odnosih z medicinskimi sestrami sem samozavesten/samozavestna	Between Groups	1,941	2	,970	2,566	,078
	Within Groups	250,321	662	,378		
	Total	252,262	664			
V odnosih z zdravstvenimi tehnikami sem samozavesten/samozavestna	Between Groups	3,903	2	1,952	6,830	,001
	Within Groups	189,448	663	,286		
	Total	193,351	665			
Čutim, da me zdravniki spoštujejo	Between Groups	28,969	2	14,485	20,996	,000
	Within Groups	456,013	661	,690		
	Total	484,982	663			
Čutim, da me medicinske sestre spoštujejo	Between Groups	13,645	2	6,823	14,123	,000
	Within Groups	320,757	664	,483		
	Total	334,402	666			
Čutim, da me zdravstveni tehniki spoštujejo	Between Groups	5,240	2	2,620	7,035	,001
	Within Groups	248,019	666	,372		
	Total	253,259	668			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
S kolegi iz svoje stroke sem v enakovrednem odnosu	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,226*	,084	,023	-,43	-,02
		zdravstveni tehniki	-,350*	,085	,000	-,55	-,15
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,226*	,084	,023	,02	,43
		zdravstveni tehniki	-,124	,076	,308	-,31	,06
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,350*	,085	,000	,15	,55
		diplomirane medicinske sestre	,124	,076	,308	-,06	,31
V odnosih z zdravniki sem samozavesten/samozavestna	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,388*	,072	,000	-,56	-,22
		zdravstveni tehniki	-,293*	,072	,000	-,47	-,12
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,388*	,072	,000	,22	,56
		zdravstveni tehniki	,095	,064	,423	-,06	,25
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,293*	,072	,000	,12	,47
		diplomirane medicinske sestre	-,095	,064	,423	-,25	,06
V odnosih z medicinskimi sestrami sem samozavesten/samozavestna	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,104	,062	,274	-,25	,04
		zdravstveni tehniki	-,138	,062	,080	-,29	,01
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,104	,062	,274	-,04	,25
		zdravstveni tehniki	-,034	,055	1,000	-,17	,10
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,138	,062	,080	-,01	,29
		diplomirane medicinske sestre	,034	,055	1,000	-,10	,17
V odnosih z zdravstvenimi tehnikami sem samozavesten/samozavestna	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,125	,053	,057	-,25	,00
		zdravstveni tehniki	,047	,054	1,000	-,08	,18
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,125	,053	,057	,00	,25
		zdravstveni tehniki	,172*	,048	,001	,06	,29
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,047	,054	1,000	-,18	,08
		diplomirane medicinske sestre	-,172*	,048	,001	-,29	-,06
Čutim, da me zdravniki spoštujejo	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,461*	,083	,000	-,66	-,26
		zdravstveni tehniki	-,504*	,084	,000	-,71	-,30
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,461*	,083	,000	,26	,66
		zdravstveni tehniki	-,043	,074	1,000	-,22	,14
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,504*	,084	,000	,30	,71
		diplomirane medicinske sestre	,043	,074	1,000	-,14	,22
Čutim, da me medicinske sestre spoštujejo	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,136	,069	,147	-,30	,03
		zdravstveni tehniki	-,358*	,070	,000	-,53	-,19
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,136	,069	,147	-,03	,30
		zdravstveni tehniki	-,222*	,062	,001	-,37	-,07
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,358*	,070	,000	,19	,53
		diplomirane medicinske sestre	,222*	,062	,001	,07	,37
Čutim, da me zdravstveni tehniki spoštujejo	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,213*	,061	,001	-,36	-,07
		zdravstveni tehniki	-,065	,061	,871	-,21	,08
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,213*	,061	,001	,07	,36
		zdravstveni tehniki	,148*	,055	,020	,02	,28
	zdravstveni tehniki	zdravniki	,065	,061	,871	-,08	,21
		diplomirane medicinske sestre	-,148*	,055	,020	-,28	-,02

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Zlahka delam z zdravniki	Between Groups	13,567	2	6,783	11,035	,000
	Within Groups	406,335	661	,615		
	Total	419,902	663			
Zlahka delam z medicinskimi sestrami	Between Groups	3,936	2	1,968	4,276	,014
	Within Groups	306,967	667	,460		
	Total	310,903	669			
Zlahka delam z zdravstvenimi tehnikami	Between Groups	3,544	2	1,772	4,822	,008
	Within Groups	243,639	663	,367		
	Total	247,183	665			
Ko delam z zdravniki, nisem dovolj samozavesten/samozavestna	Between Groups	12,530	2	6,265	6,010	,003
	Within Groups	688,034	660	1,042		
	Total	700,564	662			
Ko delam z medicinskimi sestrami, nisem dovolj samozavesten/samozavestna	Between Groups	,218	2	,109	,114	,892
	Within Groups	634,792	664	,956		
	Total	635,010	666			
Ko delam z zdravstvenimi tehnikami, nisem dovolj samozavesten/samozavestna	Between Groups	1,752	2	,876	,896	,409
	Within Groups	647,120	662	,978		
	Total	648,872	664			
Zlahka sodelujem z ljudmi iz svoje stroke	Between Groups	1,703	2	,852	1,634	,196
	Within Groups	347,095	666	,521		
	Total	348,798	668			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Zlahka delam z zdravniki	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.361*	.078	.000	-.55	-.17
		zdravstveni tehniki	-.280*	.079	.001	-.47	-.09
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	.361*	.078	.000	.17	.55
		zdravstveni tehniki	.081	.070	.742	-.09	.25
	zdravstveni tehniki	zdravniki	.280*	.079	.001	.09	.47
		diplomirane medicinske sestre	-.081	.070	.742	-.25	.09
Zlahka delam z medicinskimi sestrami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	.017	.067	1,000	-.14	.18
		zdravstveni tehniki	-.148	.068	.089	-.31	.02
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-.017	.067	1,000	-.18	.14
		zdravstveni tehniki	-.165*	.061	.020	-.31	-.02
	zdravstveni tehniki	zdravniki	.148	.068	.089	-.02	.31
		diplomirane medicinske sestre	.165*	.061	.020	.02	.31
Zlahka delam z zdravstvenimi tehnikami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	.025	.060	1,000	-.12	.17
		zdravstveni tehniki	.165*	.061	.021	.02	.31
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-.025	.060	1,000	-.17	.12
		zdravstveni tehniki	.140*	.054	.030	.01	.27
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-.165*	.061	.021	-.31	-.02
		diplomirane medicinske sestre	-.140*	.054	.030	-.27	-.01
Ko delam z zdravniki, nisem dovolj samozavesten/samozave stna	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	.347*	.103	.002	.10	.59
		zdravstveni tehniki	.275*	.103	.024	.03	.52
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-.347*	.103	.002	-.59	-.10
		zdravstveni tehniki	-.071	.091	1,000	-.29	.15
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-.275*	.103	.024	-.52	-.03
		diplomirane medicinske sestre	.071	.091	1,000	-.15	.29
Ko delam z medicinskimi sestrami, nisem dovolj samozavesten/samozave stna	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.040	.097	1,000	-.27	.19
		zdravstveni tehniki	-.004	.098	1,000	-.24	.23
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	.040	.097	1,000	-.19	.27
		zdravstveni tehniki	.035	.087	1,000	-.17	.25
	zdravstveni tehniki	zdravniki	.004	.098	1,000	-.23	.24
		diplomirane medicinske sestre	-.035	.087	1,000	-.25	.17
Ko delam z zdravstvenimi tehnikami, nisem dovolj samozavesten/samozave stna	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.004	.099	1,000	-.24	.23
		zdravstveni tehniki	-.109	.100	.826	-.35	.13
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	.004	.099	1,000	-.23	.24
		zdravstveni tehniki	-.105	.088	.708	-.32	.11
	zdravstveni tehniki	zdravniki	.109	.100	.826	-.13	.35
		diplomirane medicinske sestre	.105	.088	.708	-.11	.32
Zlahka sodelujem z ljudmi iz svoje stroke	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.117	.072	.313	-.29	.06
		zdravstveni tehniki	-.116	.072	.325	-.29	.06
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	.117	.072	.313	-.06	.29
		zdravstveni tehniki	.000	.064	1,000	-.15	.16
	zdravstveni tehniki	zdravniki	.116	.072	.325	-.06	.29
		diplomirane medicinske sestre	.000	.064	1,000	-.16	.15

*. The mean difference is significant at the .05 level.

ZNAČILNOSTI MEDPOKLICNIH RAZMERICJ

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravnikih	Between Groups	3,216	2	1,608	2,361	,095
	Within Groups	449,474	660	,681		
	Total	452,691	662			
Zdravniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah	Between Groups	32,620	2	16,310	28,878	,000
	Within Groups	372,758	660	,565		
	Total	405,379	662			
Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih	Between Groups	14,534	2	7,267	8,518	,000
	Within Groups	552,787	648	,853		
	Total	567,321	650			
Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah	Between Groups	5,294	2	2,647	3,374	,035
	Within Groups	506,037	645	,785		
	Total	511,332	647			
Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o zdravnikih	Between Groups	10,697	2	5,349	7,830	,000
	Within Groups	446,077	653	,683		
	Total	456,774	655			
Zdravniki imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih	Between Groups	22,392	2	11,196	17,818	,000
	Within Groups	410,950	654	,628		
	Total	433,342	656			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravnikih	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,006	,082	1,000	-,19	,20
		zdravstveni tehniki	-,141	,083	,273	-,34	,06
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,006	,082	1,000	-,20	,19
		zdravstveni tehniki	-,147	,074	,142	-,32	,03
zdravstveni tehniki	zdravniki	,141	,083	,273	-,06	,34	
	diplomirane medicinske sestre	,147	,074	,142	-,03	,32	
Zdravniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,567*	,075	,000	,39	,75
		zdravstveni tehniki	,357*	,076	,000	,18	,54
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,567*	,075	,000	-,75	-,39
		zdravstveni tehniki	-,209*	,068	,006	-,37	-,05
zdravstveni tehniki	zdravniki	-,357*	,076	,000	-,54	-,18	
	diplomirane medicinske sestre	,209*	,068	,006	,05	,37	
Medicinske sestre imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,309*	,093	,003	-,53	-,08
		zdravstveni tehniki	-,006	,095	1,000	-,23	,22
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,309*	,093	,003	,08	,53
		zdravstveni tehniki	,303*	,083	,001	,10	,50
zdravstveni tehniki	zdravniki	,006	,095	1,000	-,22	,23	
	diplomirane medicinske sestre	-,303*	,083	,001	-,50	-,10	
Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o medicinskih sestrah	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,063	,090	1,000	-,28	,15
		zdravstveni tehniki	-,220*	,091	,050	-,44	,00
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,063	,090	1,000	-,15	,28
		zdravstveni tehniki	-,157	,080	,150	-,35	,03
zdravstveni tehniki	zdravniki	,220*	,091	,050	,00	,44	
	diplomirane medicinske sestre	,157	,080	,150	-,03	,35	
Zdravstveni tehniki imajo stereotipne predstave o zdravnikih	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,166	,083	,138	-,03	,37
		zdravstveni tehniki	-,127	,084	,389	-,33	,07
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,166	,083	,138	-,37	,03
		zdravstveni tehniki	-,294*	,074	,000	-,47	-,11
zdravstveni tehniki	zdravniki	,127	,084	,389	-,07	,33	
	diplomirane medicinske sestre	,294*	,074	,000	,11	,47	
Zdravniki imajo stereotipne predstave o zdravstvenih tehnikih	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,473*	,079	,000	,28	,66
		zdravstveni tehniki	,293*	,080	,001	,10	,49
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,473*	,079	,000	-,66	-,28
		zdravstveni tehniki	-,180*	,072	,037	-,35	-,01
zdravstveni tehniki	zdravniki	-,293*	,080	,001	-,49	-,10	
	diplomirane medicinske sestre	,180*	,072	,037	,01	,35	

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Medicinske sestre in zdravniki komunicirajo neovirano	Between Groups	35,499	2	17,749	23,974	,000
	Within Groups	493,809	667	,740		
	Total	529,307	669			
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki komunicirajo neovirano	Between Groups	3,011	2	1,505	2,267	,104
	Within Groups	437,553	659	,664		
	Total	440,563	661			
Zdravstveni tehniki in zdravniki komunicirajo neovirano	Between Groups	54,708	2	27,354	37,738	,000
	Within Groups	482,015	665	,725		
	Total	536,723	667			
Neovirano komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami je enostavno	Between Groups	51,161	2	25,580	30,840	,000
	Within Groups	550,758	664	,829		
	Total	601,919	666			
Neovirano komuniciranje med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami je enostavno	Between Groups	62,812	2	31,406	37,924	,000
	Within Groups	545,732	659	,828		
	Total	608,544	661			
Neovirano komuniciranje med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami je enostavno	Between Groups	2,946	2	1,473	1,917	,148
	Within Groups	509,541	663	,769		
	Total	512,486	665			
Medicinske sestre in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim	Between Groups	28,192	2	14,096	20,750	,000
	Within Groups	451,742	665	,679		
	Total	479,934	667			
Zdravstveni tehniki in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim	Between Groups	29,298	2	14,649	22,043	,000
	Within Groups	441,269	664	,665		
	Total	470,567	666			
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim	Between Groups	6,226	2	3,113	4,267	,014
	Within Groups	480,741	659	,730		
	Total	486,967	661			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Medicinske sestre in zdravniki komunicirajo neovirano	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,589*	,085	,000	-,79	-,38
		zdravstveni tehniki	-,359*	,086	,000	-,57	-,15
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,589*	,085	,000	,38	,79
		zdravstveni tehniki	,230*	,077	,009	,05	,41
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki komunicirajo neovirano	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,156	,082	,173	-,35	,04
		zdravstveni tehniki	-,159	,083	,166	-,36	,04
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,156	,082	,173	-,04	,35
		zdravstveni tehniki	-,003	,073	1,000	-,18	,17
Zdravstveni tehniki in zdravniki komunicirajo neovirano	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,734*	,085	,000	-,94	-,53
		zdravstveni tehniki	-,439*	,085	,000	-,64	-,23
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,734*	,085	,000	,53	,94
		zdravstveni tehniki	,296*	,076	,000	,11	,48
Neovirano komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami je enostavno	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,710*	,090	,000	-,93	-,49
		zdravstveni tehniki	-,428*	,091	,000	-,65	-,21
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,710*	,090	,000	,49	,93
		zdravstveni tehniki	,282*	,082	,002	,09	,48
Neovirano komuniciranje med zdravniki in zdravstvenimi tehnikami je enostavno	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,790*	,091	,000	-,1,01	-,57
		zdravstveni tehniki	-,511*	,092	,000	-,73	-,29
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,790*	,091	,000	,57	1,01
		zdravstveni tehniki	,279*	,082	,002	,08	,48
Neovirano komuniciranje med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami je enostavno	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,163	,088	,193	-,37	,05
		zdravstveni tehniki	-,144	,089	,313	-,36	,07
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,163	,088	,193	-,05	,37
		zdravstveni tehniki	,019	,078	1,000	-,17	,21
Medicinske sestre in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,522*	,082	,000	,33	,72
		zdravstveni tehniki	,375*	,083	,000	,18	,57
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,522*	,082	,000	-,72	-,33
		zdravstveni tehniki	-,147	,074	,140	-,32	,03
Zdravstveni tehniki in zdravniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,535*	,081	,000	,34	,73
		zdravstveni tehniki	,366*	,082	,000	,17	,56
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,535*	,081	,000	-,73	-,34
		zdravstveni tehniki	-,169	,073	,064	-,34	,01
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki ne komunicirajo vselej odkrito drug z drugim	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,366*	,082	,000	-,56	-,17
		zdravstveni tehniki	,169	,073	,064	-,01	,34
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,238*	,086	,017	,03	,44
		zdravstveni tehniki	,209*	,087	,048	,00	,42
zdravstveni tehniki	zdravniki	-,238*	,086	,017	-,44	-,03	
	diplomirane medicinske sestre	-,029	,076	1,000	-,21	,15	
zdravstveni tehniki	zdravniki	-,209*	,087	,048	-,42	,00	
	diplomirane medicinske sestre	,029	,076	1,000	-,15	,21	

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki	Between Groups	21,821	2	10,910	28,010	,000
	Within Groups	259,030	665	,390		
	Total	280,850	667			
V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami	Between Groups	,645	2	,322	,480	,619
	Within Groups	445,259	663	,672		
	Total	445,904	665			
V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med zdravstvenimi tehnikami in zdravniki	Between Groups	15,303	2	7,652	17,487	,000
	Within Groups	290,547	664	,438		
	Total	305,850	666			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,452*	,062	,000	,30	,60
		zdravstveni tehniki	,191*	,063	,007	,04	,34
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,452*	,062	,000	-,60	-,30
		zdravstveni tehniki	-,261*	,056	,000	-,40	-,13
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,191*	,063	,007	-,34	-,04
		diplomirane medicinske sestre	,261*	,056	,000	,13	,40
V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,006	,082	1,000	-,20	,19
		zdravstveni tehniki	,061	,083	1,000	-,14	,26
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,006	,082	1,000	-,19	,20
		zdravstveni tehniki	,067	,073	1,000	-,11	,24
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,061	,083	1,000	-,26	,14
		diplomirane medicinske sestre	-,067	,073	1,000	-,24	,11
V zdravstvu je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na odnose med zdravstvenimi tehnikami in zdravniki	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,366*	,066	,000	,21	,52
		zdravstveni tehniki	,117	,066	,236	-,04	,28
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,366*	,066	,000	-,52	-,21
		zdravstveni tehniki	-,249*	,059	,000	-,39	-,11
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,117	,066	,236	-,28	,04
		diplomirane medicinske sestre	,249*	,059	,000	,11	,39

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Zdravniki in medicinske sestre so pristranski v odnosu drug do drugega	Between Groups	17,247	2	8,624	14,355	,000
	Within Groups	396,494	660	,601		
	Total	413,741	662			
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega	Between Groups	2,696	2	1,348	2,030	,132
	Within Groups	434,357	654	,664		
	Total	437,053	656			
Zdravniki in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega	Between Groups	15,354	2	7,677	11,723	,000
	Within Groups	432,197	660	,655		
	Total	447,551	662			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Zdravniki in medicinske sestre so pristranski v odnosu drug do drugega	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,400*	,077	,000	,21	,59
		zdravstveni tehniki	,327*	,078	,000	,14	,51
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,400*	,077	,000	-,59	-,21
		zdravstveni tehniki	-,072	,070	,896	-,24	,09
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,327*	,078	,000	-,51	-,14
		diplomirane medicinske sestre	,072	,070	,896	-,09	,24
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,165	,082	,134	-,03	,36
		zdravstveni tehniki	,110	,083	,559	-,09	,31
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,165	,082	,134	-,36	,03
		zdravstveni tehniki	-,056	,073	1,000	-,23	,12
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,110	,083	,559	-,31	,09
		diplomirane medicinske sestre	,056	,073	1,000	-,12	,23
Zdravniki in zdravstveni tehniki so pristranski v odnosu drug do drugega	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,388*	,081	,000	,19	,58
		zdravstveni tehniki	,270*	,081	,003	,07	,47
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,388*	,081	,000	-,58	-,19
		zdravstveni tehniki	-,118	,073	,316	-,29	,06
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,270*	,081	,003	-,47	-,07
		diplomirane medicinske sestre	,118	,073	,316	-,06	,29

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Zdravniki spoštujejo stroko zdravstvene nege	Between Groups	106,680	2	53,340	76,684	,000
	Within Groups	461,866	664	,696		
	Total	568,546	666			
Medicinske sestre spoštujejo medicinsko stroko	Between Groups	2,690	2	1,345	3,408	,034
	Within Groups	261,688	663	,395		
	Total	264,378	665			
Zdravstveni tehniki spoštujejo medicinsko stroko	Between Groups	2,889	2	1,444	4,107	,017
	Within Groups	231,378	658	,352		
	Total	234,266	660			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
Zdravniki spoštujejo stroko zdravstvene nege	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-1,002*	,083	,000	-1,20	-,80	
		zdravstveni tehniki	-,797*	,084	,000	-1,00	-,60	
		diplomirane medicinske sestre	1,002*	,083	,000	,80	1,20	
	diplomirane medicinske sestre	zdravstveni tehniki	,204*	,075	,019	,03	,38	
		zdravstveni tehniki	zdravniki	,797*	,084	,000	,60	1,00
			diplomirane medicinske sestre	-,204*	,075	,019	-,38	-,03
Medicinske sestre spoštujejo medicinsko stroko	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,162*	,063	,029	,01	,31	
		zdravstveni tehniki	,113	,063	,224	-,04	,26	
		diplomirane medicinske sestre	-,162*	,063	,029	-,31	-,01	
	diplomirane medicinske sestre	zdravstveni tehniki	-,049	,056	1,000	-,18	,09	
		zdravstveni tehniki	zdravniki	-,113	,063	,224	-,26	,04
			diplomirane medicinske sestre	,049	,056	1,000	-,09	,18
Zdravstveni tehniki spoštujejo medicinsko stroko	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,032	,059	1,000	-,11	,17	
		zdravstveni tehniki	,154*	,060	,031	,01	,30	
		diplomirane medicinske sestre	-,032	,059	1,000	-,17	,11	
	diplomirane medicinske sestre	zdravstveni tehniki	,122	,053	,067	-,01	,25	
		zdravstveni tehniki	zdravniki	-,154*	,060	,031	-,30	-,01
			diplomirane medicinske sestre	-,122	,053	,067	-,25	,01

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	Between Groups	18,593	2	9,297	10,410	,000
	Within Groups	584,927	655	,893		
	Total	603,520	657			
Zdravniki in medicinske sestre nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	Between Groups	23,791	2	11,896	17,068	,000
	Within Groups	462,793	664	,697		
	Total	486,585	666			
Zdravniki in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	Between Groups	32,557	2	16,279	23,488	,000
	Within Groups	458,805	662	,693		
	Total	491,362	664			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Medicinske sestre in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,128	,096	,552	-,10	,36
		zdravstveni tehniki	,412*	,097	,000	,18	,64
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,128	,096	,552	-,36	,10
		zdravstveni tehniki	,284*	,084	,002	,08	,49
Zdravniki in medicinske sestre nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,412*	,097	,000	-,64	-,18
		diplomirane medicinske sestre	-,284*	,084	,002	-,49	-,08
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,484*	,083	,000	,28	,68
		zdravstveni tehniki	,305*	,084	,001	,10	,51
Zdravniki in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-,484*	,083	,000	-,68	-,28
		zdravstveni tehniki	-,178	,075	,052	-,36	,00
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,305*	,084	,001	-,51	-,10
		diplomirane medicinske sestre	,178	,075	,052	,00	,36
Zdravniki in zdravstveni tehniki nimajo enakovrednih medsebojnih odnosov	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,561*	,083	,000	,36	,76
		zdravstveni tehniki	,413*	,084	,000	,21	,61
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-,561*	,083	,000	-,76	-,36
		zdravstveni tehniki	-,148	,075	,143	-,33	,03
zdravstveni tehniki	zdravniki	-,413*	,084	,000	-,61	-,21	
	diplomirane medicinske sestre	,148	,075	,143	-,03	,33	

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Oneway

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z medicinskimi sestrami	Between Groups	77,033	2	38,517	55,396	,000
	Within Groups	462,368	665	,695		
	Total	539,401	667			
Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravniki	Between Groups	8,757	2	4,378	4,776	,009
	Within Groups	611,430	667	,917		
	Total	620,187	669			
Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljeni sodelovati z zdravniki	Between Groups	11,168	2	5,584	5,831	,003
	Within Groups	634,947	663	,958		
	Total	646,116	665			
Zdravniki niso vedno pripravljeni sodelovati z zdravstvenimi tehnikami	Between Groups	62,793	2	31,396	43,226	,000
	Within Groups	485,916	669	,726		
	Total	548,708	671			
Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravstvenimi tehnikami	Between Groups	14,136	2	7,068	8,067	,000
	Within Groups	576,508	658	,876		
	Total	590,644	660			
Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljeni sodelovati z medicinskimi sestrami	Between Groups	3,907	2	1,954	2,344	,097
	Within Groups	547,637	657	,834		
	Total	551,544	659			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Zdravniki niso vedno pripravljene sodelovati z medicinskimi sestrami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,861*	,083	,000	,66	1,06
		zdravstveni tehniki	,629*	,084	,000	,43	,83
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-.861*	,083	,000	-1,06	-.66
		zdravstveni tehniki	-.232*	,075	,006	-.41	-.05
zdravstveni tehniki	zdravniki	-.629*	,084	,000	-.83	-.43	
	diplomirane medicinske sestre	,232*	,075	,006	,05	,41	
Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravniki	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.168	,095	,233	-.40	,06
		zdravstveni tehniki	-.297*	,096	,006	-.53	-.07
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,168	,095	,233	-.06	,40
		zdravstveni tehniki	-.128	,085	,399	-.33	,08
zdravstveni tehniki	zdravniki	,297*	,096	,006	,07	,53	
	diplomirane medicinske sestre	,128	,085	,399	-.08	,33	
Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljene sodelovati z zdravniki	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.086	,097	1,000	-.32	,15
		zdravstveni tehniki	-.311*	,098	,005	-.55	-.08
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,086	,097	1,000	-.15	,32
		zdravstveni tehniki	-.225*	,088	,031	-.44	-.01
zdravstveni tehniki	zdravniki	,311*	,098	,005	,08	,55	
	diplomirane medicinske sestre	,225*	,088	,031	,01	,44	
Zdravniki niso vedno pripravljene sodelovati z zdravstvenimi tehnikami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,708*	,084	,000	,51	,91
		zdravstveni tehniki	,699*	,085	,000	,49	,90
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	-.708*	,084	,000	-.91	-.51
		zdravstveni tehniki	-.009	,076	1,000	-.19	,17
zdravstveni tehniki	zdravniki	-.699*	,085	,000	-.90	-.49	
	diplomirane medicinske sestre	,009	,076	1,000	-.17	,19	
Medicinske sestre niso vedno pripravljene sodelovati z zdravstvenimi tehnikami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.204	,095	,095	-.43	,02
		zdravstveni tehniki	,129	,095	,529	-.10	,36
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,204	,095	,095	-.02	,43
		zdravstveni tehniki	,333*	,083	,000	,13	,53
zdravstveni tehniki	zdravniki	-.129	,095	,529	-.36	,10	
	diplomirane medicinske sestre	-.333*	,083	,000	-.53	-.13	
Zdravstveni tehniki niso vedno pripravljene sodelovati z medicinskimi sestrami	zdravniki	diplomirane medicinske sestre	-.001	,092	1,000	-.22	,22
		zdravstveni tehniki	-.160	,093	,258	-.38	,06
	diplomirane medicinske sestre	zdravniki	,001	,092	1,000	-.22	,22
		zdravstveni tehniki	-.159	,082	,156	-.35	,04
zdravstveni tehniki	zdravniki	,160	,093	,258	-.06	,38	
	diplomirane medicinske sestre	,159	,082	,156	-.04	,35	

*. The mean difference is significant at the .05 level.

ZADOVOLJSTVO S SITUACIJO NA DELOVNEM MESTU

Oneway

Descriptives

Kako ste zadovoljni s situacijo na svojem delovnem mestu?

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
zdravniki	164	3,79	,917	,072	3,65	3,93	1	5
diplomirane medicinske sestre	255	3,45	1,002	,063	3,32	3,57	1	5
zdravstveni tehniki	243	3,39	1,016	,065	3,26	3,52	1	5
Total	662	3,51	,999	,039	3,43	3,59	1	5

ANOVA

Kako ste zadovoljni s situacijo na svojem delovnem mestu?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	17,802	2	8,901	9,142	,000
Within Groups	641,624	659	,974		
Total	659,426	661			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Kako ste zadovoljni s situacijo na svojem delovnem mestu?

Bonferroni

(I) Id	(J) Id	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
zdravniki	diplomirane medicinske sestre	,346*	,099	,001	,11	,58
	zdravstveni tehniki	,406*	,100	,000	,17	,65
	diplomirane medicinske sestre	zdravstveni tehniki	-,346*	,099	,001	-,58
diplomirane medicinske sestre	zdravstveni tehniki	,060	,088	1,000	-,15	,27
	zdravstveni tehniki	zdravniki	-,406*	,100	,000	-,65
zdravstveni tehniki	diplomirane medicinske sestre	-,060	,088	1,000	-,27	,15

*. The mean difference is significant at the .05 level.

POVPREČNE VREDNOSTI LESTVIC GLEDE NA ZADOVOLJSTVO S SITUACIJO NA DELOVNEM MESTU

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Doživljanje medpoklicnih razmerij	sploh nisem zadovoljen/zadovoljna	28	1,98252	,531342	,100414	1,77649	2,18855	1,000	3,765
	nisem zadovoljen/zadovoljna	57	1,77832	,432019	,057222	1,66369	1,89295	1,000	2,588
	niti nisem niti sem zadovoljen/zadovoljna	232	1,68417	,424295	,027856	1,62928	1,73905	1,000	3,294
	sem zadovoljen/zadovoljna	238	1,50054	,373968	,024241	1,45278	1,54829	1,000	2,625
	popolnoma sem zadovoljen/zadovoljna	105	1,25119	,272659	,026609	1,19842	1,30396	1,000	2,176
	Total	660	1,56985	,431358	,016791	1,53688	1,60282	1,000	3,765
Značilnosti medpoklicnih razmerij	sploh nisem zadovoljen/zadovoljna	28	2,98470	,457129	,086389	2,80744	3,16196	1,606	3,727
	nisem zadovoljen/zadovoljna	57	2,92330	,312296	,041365	2,84043	3,00616	2,182	3,394
	niti nisem niti sem zadovoljen/zadovoljna	232	2,79651	,377258	,024768	2,74771	2,84531	1,313	3,650
	sem zadovoljen/zadovoljna	239	2,62964	,405648	,026239	2,57795	2,68133	1,242	3,667
	popolnoma sem zadovoljen/zadovoljna	105	2,34759	,498284	,048628	2,25116	2,44402	1,000	3,212
	Total	661	2,68377	,444302	,017281	2,64984	2,71770	1,000	3,727

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Doživljanje medpoklicnih razmerij	Between Groups	22,083	4	5,521	35,967	,000
	Within Groups	100,537	655	,153		
	Total	122,620	659			
Značilnosti medpoklicnih razmerij	Between Groups	21,322	4	5,330	32,091	,000
	Within Groups	108,965	656	,166		
	Total	130,287	660			