

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Zdenka Mrak
Maja Medvešček Smrekar

Zadovoljstvo medicinskih sester z delom in odnosi na Kirurški kliniki
Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Zdenka Mrak

Maja Medvešček Smrekar

Mentorica: prof. dr. Mirjana Ule

**Zadovoljstvo medicinskih sester z delom in odnosi na Kirurški kliniki
Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

ZAHVALA

Posebno zahvalo namenjava mentorici prof. dr. Mirjani Ule, ki je verjela v naju, naju vodila skozi teoretični del naloge in pomagala pri pripravi ter obdelavi empiričnega dela magistrske naloge. Iskrena hvala za neprecenljivo strokovno pomoč, spodbude in pripombe, usmerjanje ter podporo pri izdelavi naloge.

Hvala gospe Damjani Kuprivec in gospe Nataši Medvešček za razumevanje in veliko pomoč in zavzetost pri oblikovanju magistrskega dela.

Najino zahvalo naslavlja tudi Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana, ki nama je omogočil raziskavo.

Hvala tudi najinim sodelavcem in prijateljem, ki so z razumevanjem sprejeli najino odsotnost in pomagali z besedami, mislimi, moralno podporo.

Posebno zahvalo pa izrekava svojima družinama, ki sta naju ves čas razumeli in nama stali ob strani.

Zahvaljujeva se za razumevanje in podporo še vsem neimenovanim.

IZJAVA O AVTORSTVU

IZJAVA O AVTORSTVU

ZADOVOLJSTVO MEDICINSKIH SESTER Z DELOM IN ODNOSI NA KIRURŠKI KLINIKI UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA

Izhodišča: Kot medicinski sestre z dolgoletnimi vodstvenimi in delovnimi izkušnjami v klinični praksi sva zaznali, da je zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu izredno pomembno. Izhaja iz medčloveških odnosov in je odvisno od možnosti zadovoljevanja osebnostnih potreb. Zadovoljstvo pri delu je subjektivni občutek, ki nastane na podlagi primerjav med pričakovanim stanjem in dejanskim stanjem na delovnem mestu, komunikacija in odnosi pa dva od ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih. Kakšni so zadovoljstvo z delom, nagrajevanjem, izobraževanjem, odnosi in medpoklicno sodelovanje na področju zdravstvene nege oziroma možnosti za izboljšanje, sva preverili na primeru Kirurške klinike.

Metode dela: Empirično raziskovanje je temeljilo na kvantitativnem pristopu. Uporabili sva opisno raziskovalno metodo, za tehniko zbiranja podatkov pa strukturiran, validiran vprašalnik, ki je vseboval 81 vprašanj zaprtega in odprtega tipa. V raziskavo so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana, ki so bili v času izvedbe anketiranja prisotni na delu, kar je 79,0 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi na tej kliniki.

Rezultati: Ugotovili sva, da medicinskim sestram na omenjeni kliniki največ pomenijo odnosi s sodelavci. Dobri klime na delovnem mestu sledi zadovoljstvo z delom. Na drugi strani pa jim medpoklicno sodelovanje in odnosi ter organizacija dela, tudi zaradi kadrovske stiske, predstavljajo velik izziv. Medicinske sestre ocenjujejo svoje delo za težko in pretežno, imajo premalo prostega časa za počitek, pogrešajo več strokovnega izpopolnjevanja, prav tako pa tudi opremo in pripomočke za delo. Menijo, da so pri delu uspešne, vendar težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje.

Zaključek: Raziskava je pokazala na neizkoriščene možnosti za izboljšanje zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi na Kirurški kliniki, ki se kažejo na področju organizacije dela, kadrovskega managementa, absentizma, prezentizma, strokovnega izpopolnjevanja in permanentnega izobraževanja medicinskih sester, vodenja zaposlenih, medosebnih odnosov in medpoklicnega sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami.

Ključne besede: zadovoljstvo na delovnem mestu, izvajalci zdravstvene nege, medosebni odnosi, medpoklicno sodelovanje, organizacija dela.

SATISFACTION OF NURSES WITH WORK AND RELATIONSHIPS IN SURGICAL CLINIC OF THE UNIVERSITY MEDICAL CENTRE LJUBLJANA

Background: As a nurse with many years of leadership and clinical practice experiences, we noticed that employee satisfaction in the workplace is extremely important. It derives from interpersonal relations and depends on ability to meet personal needs. Job satisfaction is a subjective feeling that arises on the basis of comparison between expected situation and actual situation in the workplace. Also, communication and relations are two of the key factors that influence employee satisfaction. On the case of Surgical clinic of the University Medical Centre Ljubljana we have studied what are job satisfaction, rewarding, education, interprofessional relations and cooperation in the field of nursing care and therefore opportunities for improvement.

Methods: Empirical research is based on a quantitative approach. We have used descriptive research method, the technique of collecting data is structured and validated questionnaire is containing 81 closed and open-ended questions. The study included nursing care personnel at the Surgical Clinic of the University Medical Centre Ljubljana, which were at the time of execution of the survey present at work and represented 79.0 % of all employees in health care at this clinic.

Results: Relations with colleagues means the most for nurses at the clinic. Good workplace atmosphere is followed by job satisfaction. On the other hand, the interprofessional cooperation and relations, and also organization of work, due to personnel problems, represent a major challenge. Nurses assess their work as difficult and too heavy, have a lack of free time to rest, missing several professional training, as well as equipment and tools for the job. They rated their work to be successful, but have difficulties in reconciling work and private life.

Conclusion: The study revealed the untapped potential to improve employee satisfaction in nursing care at the Surgical Clinic in the following fields: organization of work, human resource management, absenteeism, presentism, professional training and continuing education of nurses, staff management, interpersonal and interprofessional cooperation between doctors and nurses.

Keywords: job satisfaction, nursing care personnel, interpersonal relationships, interprofessional collaboration, organization of work.

KAZALO

1 UVOD	12
2 TEORETIČNI DEL	16
2.1 SODOBNE KONSTRUKCIJE ZDRAVJA IN BOLEZNI.....	16
2.1.1 Pojemovanje zdravja in bolezni	16
2.1.2 Zdravje kot potrošniška dobrina in življenjsko delo	20
2.1.3 Sociokulturne spremembe sodobne medicine	23
2.2 ZDRAVSTVENA NEGA	26
2.2.1 Vloga zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu	26
2.2.2 Zdravstvena nega skozi čas	29
2.2.3 Razvoj zdravstvene nege na Slovenskem.....	31
2.2.4 Profesionalizem v zdravstveni negi.....	34
2.2.5 Sistemski vidik zdravstvene nege.....	39
2.2.6 Poklicna podoba	39
2.2.7 Zdravstvena nega kot ženski poklic	43
2.3 ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI	49
2.3.1 Zadovoljstvo na delovnem mestu.....	49
2.3.2 Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu	52
2.3.3 Kakovost zdravstvene obravnave	54
2.3.4 Razsežnosti poklicne vloge medicinskih sester.....	55
2.3.5 Obremenitve poklica medicinske sestre, stres na delovnem mestu.....	58
2.3.6 Problem organizacije dela in vodenja v zdravstveni negi	60
2.3.7 Vloga stalnega izobraževanja v zdravstveni negi.....	63
2.3.8 Pomen nagrajevanja v zdravstveni negi	66
2.4 MEDOSEBNI ODNOSI IN KOMUNIKACIJA NA DELOVNEM MESTU	70
2.4.1 Odnosi kot socialna realnost; pomen medosebnih odnosov v zdravstvu	70
2.4.2 Pomen komuniciranja v zdravstveni negi	78
2.4.3 Vloga etike skrbi in odnosov v zdravstvu	80
2.4.4 Zdravstvena nega je komuniciranje.....	82
2.4.5 Odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami	84
2.5 DEJAVNOST UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA. 90	
2.5.1 Strateški cilji in vidiki UKC Ljubljana.....	92

2.5.2 Dejavnost službe zdravstvene nege (ZN) v bolnišnici	94
2.5.3 Organiziranost službe zdravstvene nege v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana	95
2.6 PREDSTAVITEV KIRURŠKE KLINIKE	98
2.6.1 Organiziranost, poslanstvo in vizija Kirurške klinike	98
2.6.2 Delovanje zdravstvene nege na Kirurški kliniki	101
2.6.3 Filozofija zdravstvene nege na Kirurški kliniki	102
2.6.4 Vizija, strategija in organizacijska kultura zdravstvene nege na Kirurški kliniki	104
3 EMPIRIČNI DEL	106
3.1 OPREDELITEV PROBLEMA IN RAZISKOVALNA IZHODIŠČA	106
3.1.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze	106
3.2 RAZISKOVALNE METODE	108
3.2.1 Raziskovalni inštrument	108
3.2.2 Opis vzorca	108
3.2.3 Obdelava podatkov	108
3.3 PRIKAZ IN ANALIZA REZULTATOV	110
3.4 ZADOVOLJSTVO Z ORGANIZACIJO DELA, POGOJI DELA, NAGRAJEVANJEM IN IZOBRAŽEVANJEM	114
3.4.1 Organizacija dela in pogoji dela	114
3.4.2 Kadrovske potrebe in učinkovitost vodstva	151
3.4.3 Mnenja o možnostih izobraževanja in nagrajevanja	161
3.4.4 Odnos do dela, zadovoljstvo z delom	170
3.5 ZADOVOLJSTVO Z ODNOSI	192
3.5.1 Odnosi med sodelavci/sodelavkami v isti poklicni skupini	192
3.5.2 Odnosi med izvajalci/izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki	202
3.5.3 Odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami	215
3.5.4 Odnosi z glavno medicinsko sestro	223
3.6 POVPREČNE OCENE ZADOVOLJSTVA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE Z DELOM IN ODNOSI TER PREVERJANJE HIPOTEZ	235
4 RAZPRAVA IN INTERPRETACIJA REZULTATOV EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA	242
5 SKLEP	256
6 LITERATURA	263

7 VIRI	276
PRILOGE	278
PRILOGA A: Vprašalnik za izvajalce zdravstvene nege na Kirurški kliniki	278
PRILOGA B: Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege	290
PRILOGA C: Želje zaposlenih v zdravstveni negi za razpored dela za mesec ... 2016 ...	295

KAZALO SLIK

Slika 2.1: Vsi občutki zaposlenega na delovnem mestu.....	50
Slika 2.2: Dobri občutki zaposlenega z opravljanjem dela.....	51
Slika 2.3: Strokovno-organizacijske enote Kirurške klinike.....	99
Slika 3.4: Povprečne ocene zadovoljstva po posameznih sklopih.....	236

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Ključni podatki o UKCL na dan 31.12.2015.....	91
Tabela 2.2: Ključni podatki o Kirurški kliniki.....	100
Tabela 3.3: Izpolnjeni anketni vprašalniki po posameznih Kliničnih oddelkih oz. strokovno-organizacijskih enotah na Kirurški kliniki.....	111
Tabela 3.4: Mnenje anketiranih o zahtevnosti delovnih nalog.....	115
Tabela 3.5: Mnenje anketiranih o organizaciji dela in pogojih dela.....	119
Tabela 3.6: Zgodnja opozorilna skala – ZOS.....	128
Tabela 3.7: AVPU ocena zavesti.....	128
Tabela 3.8: Mnenje anketiranih o kadrovske potrebah in učinkovitosti vodstva.....	152
Tabela 3.9: Mnenje anketiranih o izobraževanju in nagrajevanju na delovnem mestu.....	161
Tabela 3.10: Mnenje anketiranih o odnosu do dela in zadovoljstvu z delom.....	171
Tabela 3.11: Mnenje anketiranih o odnosih med sodelavci oz. sodelavkami.....	193
Tabela 3.12: Mnenje anketiranih o odnosih med izvajalci oz. izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki.....	203
Tabela 3.13: Mnenje anketiranih o odnosih z nadzornimi medicinskimi sestrami.....	216

Tabela 3.14: Mnenje anketiranih o odnosih z glavno medicinsko sestro.....	224
Tabela 3.15: Pregled sklopov vprašanj o zadovoljstvu na delovnem mestu.....	235
Tabela 3.16: Opisne statistike kompozitnih ocen.....	236
Tabela 3.17: Opisne statistike - H1.....	238
Tabela 3.18: T-test za en vzorec - H1.....	239
Tabela 3.19: Opisne statistike – H2.....	239
Tabela 3.20: T-test za en vzorec – H2.....	240
Tabela 3.21: Korelacije med zadovoljstvom na delovnem mestu in različnimi merami odnosa z zdravniki.....	241

KAZALO GRAFOV

Graf 3.1: Opis populacije glede na naziv.....	110
Graf 3.2: Starost izvajalcev zdravstvene nege na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana.....	112
Graf 3.3: Izobrazbena struktura izvajalcev zdravstvene nege.....	112
Graf 3.4: Delovna doba izvajalcev zdravstvene nege.....	113
Graf 3.5: Ali imate vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela (materiali, pripomočki...)?.....	120
Graf 3.6: Ali imate vse potrebne informacije za dobro opravljanje dela?.....	124
Graf 3.7: Ali vam je jasno, kaj so vaše delovne naloge in dolžnosti?.....	129
Graf 3.8: Ali se lahko sami odločate, kako opraviti svoje delo?.....	133
Graf 3.9: Ali imate možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti?.....	135
Graf 3.10: Ali menite, da ste za svoje delo primerno plačani?.....	138
Graf 3.11: Kako pogosto so pogoji in organizacija dela vir vašega nezadovoljstva ali stresa?	139
Graf 3.12: Ali imate možnost sproti reševati probleme, povezane z delom?.....	150
Graf 3.13: Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj zdravstvenih tehnikov?.....	153
Graf 3.14: Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj diplomiranih medicinskih sester in višjih medicinskih sester?.....	156

Graf 3.15: Kako učinkovito je po vašem mnenju vodstvo zdravstvene nege Strokovno-poslovne skupnosti Kirurška klinika pri reševanju aktualnih problemov na vašem oddelku?.....	159
Graf 3.16: Ali imate možnost dodatnega izobraževanja, ki si ga želite?.....	162
Graf 3.17: Ali poznate kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti?.....	166
Graf 3.18: Ali ste že bili nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti?.....	168
Graf 3.19: Ali menite, da ste pri delu uspešni?.....	169
Graf 3.20: Ali imate dovolj časa, da opravite svoje delo?.....	172
Graf 3.21: Ali imate vpliv na razporejanje delovnega časa (dežurstva, vikendi, prazniki)?..	177
Graf 3.22: Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijete?.....	180
Graf 3.23: Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?.....	188
Graf 3.24: Če ocenite vse značilnosti svojega delovnega mesta, v kolikšni meri ste z njim zadovoljni?.....	189
Graf 3.25: Ali je verjetno, da boste v obdobju naslednjih 12 mesecev skušali poiskati novo zaposlitev?.....	190

1 UVOD

Komunikacija in odnosi sta dva od ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih. Odnose soustvarjamo, dobre in slabe. Vedno se začnejo (in končajo) pri nas samih. Zato je pomembno, da razvijamo svojo samopodobo, komunikacijske spretnosti, se učimo poslušati in slišati, saj le tako presežemo občutek, da smo žrtev nekega prostora in časa ter da se ne da nič storiti. Poleg tega moramo pospešeno uvajati tudi sistemske rešitve, ki bodo pripomogle k napredku na področju medsebojnega sodelovanja. Uporabniki, tudi zdravstvenih storitev, bodo to ne le pričakovali, ampak tudi zahtevali.

Medsebojno spoštovanje in zaupanje, pravi Pahor (2014, 31), so osnova za učinkovite medpoklicne delovne odnose v celotnem zdravstvu. »Obenem pa se spoštuje različnost in komplementarnost strok, ki vsaka prinaša edinstven prispevek v zdravstveno varstvo. A le z ustrezno komunikacijo in koordinacijo, osnovano na medsebojnem spoštovanju, je mogoče dobro delati.« Če pogledamo odnose v zdravstveni negi širše, nemalokrat res opazimo pomanjkanje spoštovanja in razumevanja stroke. Med vzroki sta zagotovo naša neenotnost in pogosto nepripravljenost prevzemanja odgovornosti. Premalo pozornosti namenjamo usklajevanju delovanja članov v zdravstvenem timu, pa tudi umeščanju nas samih v ta tim. Še vedno namreč tudi ni enotnega odgovora o identiteti nas samih, medicinskih sester. Če se vprašamo, kje smo sedaj medicinske sestre, kakšna je naša vloga, kakšen odgovor bi podali? In kako nas vidijo drugi? Ali smo medicinske sestre res samo pomočnice zdravniku, asistentke, orodje za doseganje ciljev drugih? Ali smo morda že tako samozavestne, da lahko trdimo, da smo strokovnjakinje na področju zdravstvene nege, ki je samostojna profesija?

Poleg dobre komunikacije, spoštljivih in korektnih medsebojnih odnosov, profesionalnih odnosov nadrejenih do podrejenih, dobre organizacije dela, ustrezne kadrovske zasedbe so za zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege pomembni tudi primerni delovni pogoji, ustrezno plačilo, normalne obremenitve (Shader, Broome, Elen in Nash 2001 v Zupančič 2001). Butler in Parsons (Timmreck 2001) kot vzroke zadovoljstva pri delu medicinskih sester navajata še delovne dosežke, zadostno število zaposlenih, samostojnost pri delu, sodelovanje pri odločanju in načrtovanju urnika, poklicno rast, kakovostno oskrbo bolnikov ter zagotavljanje nadzora. Med vzroki nezadovoljstva pa izpostavljata prekomerno odgovornost, neustrezno osebje, preveč dela s papirji, slabe odnose z zdravniki, slabo komunikacijo, slab nadzor in neustrezno plačo. Nezadovoljstvo pri delu pa lahko, kot opozarjajo Shader in drugi (2001),

povzroča nizko delovno storilnost, slabšo produktivnost, odhajanje zaposlenih, absentizem in je zelo drago za delovno organizacijo. Ostajanje zaposlenih na delovnem mestu je zato pomemben kazalec zadovoljstva z delom.

Našteto, predvsem pa, kako pomembno je delovno okolje in (organizacijska) klima v timu za zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi, na podlagi dolgoletnih izkušenj na različnih delovnih mestih ugotavlja tudi sami. Bili sva v različnih vlogah, tudi vodilnih, v vlogi vodje zdravstvene nege. Svoja opažanja pa sva želeli preveriti še empirično ter tako pridobiti pomembno orodje za ugotavljanje možnosti vnašanja izboljšav pri ravnanju z ljudmi pri delu.

Namen magistrskega dela je zato raziskati zadovoljstvo z delom, odnosi in razmerami v zdravstvu. Izpostavljeni so organizacija dela in pogoji dela, nagrajevanje, izobraževanje, odnos do dela ter medsebojni odnosi v isti poklicni skupini (horizontalno in vertikalno) ter medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki.

Predmet raziskovanja so medicinske sestre in zdravstveni tehniki oziroma izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na Kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC Ljubljana). Na Kirurški kliniki je prisotna relativno velika fluktuacija zaposlenih v zdravstveni negi in velika odsotnost zaradi bolezni, obenem pa so medicinske sestre tu zelo obremenjene. Predpostavljamo, da so fluktuacija medicinskih sester ter odsotnosti z dela zaradi bolezni posledica nezadovoljstva pri delu ter prevelikih fizičnih in psihičnih obremenitev, zato nas v nalogi zanimajo dejavniki (ne)zadovoljstva z delom, delovnimi pogoji in odnosi. Predpostavljamo tudi, da so ti dejavniki vezani na razmerja v zdravstvu, predvsem na razmerja med dvema največjima poklicnima skupinama – med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege, na status in cenjenost zdravstvene nege s strani zdravnikov in drugih sodelavcev ter na strokovne in psihofizične obremenitve na delovnem mestu. Medicinske sestre so namreč ključni člen med zdravniki in pacienti, prihajajo v bolj neposredne in dalj časa trajajoče stike s pacienti.

Cilji, ki smo si jih zadali v magistrski nalogi, so naslednji:

- raziskati in opisati težave in izzive izvajalcev zdravstvene nege na Kirurški kliniki;
- oceniti zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu znotraj Kirurške klinike;
- ugotoviti, kakšni so njihovi medsebojni odnosi;
- ugotoviti, kakšni so medpoklicni odnosi med dvema največjima poklicnima skupinama;
- opisati, kako vodenje vpliva na zadovoljstvo zaposlenih;
- preveriti, ali obremenjenost medicinskih sester na delovnem mestu vpliva na družinske odnose oziroma njihovo funkcioniranje v družini;

- predlagati izboljšave oziroma uvesti ustrezne spremembe, katerih namen je dvigniti zadovoljstvo na delovnem mestu na področju zdravstvene nege in
- izdelati merilni inštrument, ki bi zagotavljal ponavljajoče se merjenje in primerjavo stališč zaposlenih.

Teoretični del začnemo z dilemami v zdravstvu in zdravstveni negi, s pojmovanjem zdravja in bolezni, z razvojem zdravstvene nege kot profesije. Predstavljamo tudi, kakšni so poklicna podoba medicinske sestre, problemi organizacije dela in vodenja v zdravstveni negi ter vloga stalnega izobraževanja in pomena nagrajevanja v zdravstveni negi. Poleg tega opisujemo tudi zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu, pri katerem izhajamo iz teoretskih ugotovitev, da je zadovoljstvo pri delu subjektivni občutek, ki nastane na podlagi primerjav med pričakovanim in dejanskim stanjem na delovnem mestu. Zadovoljstvo pri delu je opredeljeno kot vsi občutki, ki jih ima zaposleni na splošno o službi. Vsebuje delo, osebni dohodek, nadzor, strokovna izpopolnjevanja, možnosti, pogoje in organizacijsko strukturo (McNeese Smith in Serveller 2000). Zadovoljstvo z izbiro poklica in delovno okolje imata namreč najpomembnejšo vlogo pri oblikovanju poklicne podobe in posledično tudi vplivata na zadovoljstvo posameznika na delovnem mestu.

Merila za zadovoljstvo zaposlenih so številna in glede na to se postavlja veliko vprašanj. Kako so zaposleni motivirani z možnostmi, napredovanji, komunikacijami, pooblašcanjem, sodelovanjem, voditeljstvom, možnostmi izobraževanja in usposabljanja, priznavanjem uspešnosti, postavljanjem ciljev in ocenjevanjem, vrednotami, poslanstvom, vizijo, politiko in strategijo organizacije?

Kako so zaposleni zadovoljni s pogoji zaposlovanja, ugodnostmi, zdravstvenimi in varnostnimi pogoji, varnostjo zaposlitve, nagrajevanjem, odnosi med sodelavci, uvajanjem sprememb, okoljevarstveno politiko organizacije in njenim vplivom, vlogo organizacije v skupnosti in družbi, delovnimi okoljem?

Dodatna merila za zadovoljstvo zaposlenih so tudi naslednja. Kako so zaposleni motivirani in sodelujejo v delovnih skupinah za izvajanje in izboljševanje procesov, pri predlogih za izboljšave, pri usposabljanju in razvoju, kako so zadovoljni z vrednotenjem skupinskega dela, s priznanji za posameznika in skupine, z reakcijskim časom vodij na ocene zaposlenih; ali prihaja do krivične obravnave zaposlenih, kakšni so trendi zaposlovanja, učinkovitost komuniciranja, hitrost odgovora na vprašanja in poizvedovanja?

V teoretičnem delu predstavljamo tudi dileme medosebnih odnosov in razmerij v zdravstvenem timu, njihov pomen, etiko skrbi in socialno realnost odnosov. V zadnjem delu

teoretičnega sklopa pa predstavljamo še vlogo UKC Ljubljana in Kirurške klinike, njune strateške cilje in vidike delovanja ter prikažemo poslanstvo in strategijo znotraj organizacije. Sledi empirični del z raziskavo o zadovoljstvu medicinskih sester z delom in odnosi. Raziskovalni inštrument je anketni vprašalnik, ki je z vprašanji pokrili interes raziskave. Predstavljena so mnenja in ugotovitve izvajalcev zdravstvene nege glede na organizacijo dela, pogoje dela, nagrajevanje, izobraževanje ter izsledki stanja in razmer na področju medosebnih odnosov v isti poklicni skupini med sodelavci in nadrejenimi ter ugotovitve v zvezi z medpoklicnimi odnosi in sodelovanjem med zdravniki in medicinskimi sestrami. Vsakemu posameznemu sklopu vprašanj sledi odprto vprašanje, kamor so anketirani izvajalci zdravstvene nege vpisovali svoje izkušnje, predloge in celo graje na vprašano temo. Odgovori so pokazali, da so tudi v praksi odnosi na vseh ravneh, komunikacija in razmere med pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na klimo in zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvenem timu. V luči teh dognanj empirični del zaključimo s predlaganimi ukrepi za izboljšanje razmer na Kirurški kliniki in s tem tudi zadovoljstva zaposlenih.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 SODOBNE KONSTRUKCIJE ZDRAVJA IN BOLEZNI

2.1.1 Pojemovanje zdravja in bolezni

Pojem zdravje je vitalni pogoj za uglaseno življenje človeka v prostoru in času. Da so fizična, psihična in socialna plat človekovega življenja medsebojno povezane in v tej povezanosti močno vplivajo ena na drugo, ni le filozofski zaključek, temveč tudi znanstveno utemeljeno dejstvo. Človek je doumel, da zdravje pomeni celovitost in uglasenost vseh plasti njegovega zavestnega bivanja.

Zdravje je osebna izkušnja, katere kakovost intuitivno poznamo, ne moremo pa je izčrpno opredeliti, kakor ne moremo opredeliti življenja. Je stanje dobrega počutja, sozvočja, ki nastopi, če organizem deluje na določen način. Če kdo izpade iz sozvočja, se pojavi bolezen (Voljč 1990).

Zdravje ne pomeni samo odsotnosti bolezni in invalidnosti, temveč pomeni stanje čim boljše telesne in duševne kondicije ter socialno blaginjo, dosegljivo v danem okolju.

Zdravje torej ni samo stanje brez bolezni, ampak govorimo o njem šele takrat, ko doseže človek v določenem obdobju najvišjo možno stopnjo svojega telesnega in duševnega razvoja, za kar je odgovoren deloma sam. Zdravja ne smemo jemati kot cilj življenja, ampak kot vir, ki omogoča vsakomur živeti svoje družbeno in ekonomsko ustvarjalno življenje. Zdravje je opredeljeno kot blaginja, saj pomeni pozitivno zdravje osebno in družbeno vrednoto. Zdravje ni zmeraj dana vrednota. Vrednosti zdravja se moramo seveda zavedati vsak dan, ne šele takrat, ko zbolimo oziroma se poškodujemo. Zdravje je skupek tega, kar človek prinese s seboj na svet (genetski del) in kar temu doda z zdravim načinom življenja. Nihče ni tako (toliko) zdrav, da ne bi mogel svojemu zdravju dodati novih vrednot. Smisel pozitivnega zdravja je torej v tem, da zdravje opredelimo kot skupek vrednot, ne pa z odsotnostjo bolezni, ki pomeni negativno zdravje.

Zdravje ni stanje, je odraz trenutne situacije. Lahko ga ohranjamo, ga spodbujamo, zboljšujemo, dvigamo kvaliteto zdravja, premikamo ga v smislu optimalnega zdravja.

Živimo v svetu hitrega znanstvenega in tehnološkega napredka, ki vpliva na razmišljanje in življenje posameznikov. Ljudje se zmeraj bolj zavedamo svojega lastnega bitja, pravic in

možnosti odločanja. Žal se morda manj zavedamo dolžnosti do sebe, svojega zdravja, do drugih in tudi do skupnosti, v kateri živimo. Vse te spremembe vplivajo na mnoga področja in ustvarjajo nove probleme, situacije, izzive, vprašanja. V življenju mora človek vse doseči sam, drugi mu lahko pri tem le pomagajo. Ostati zdrav in živeti v sozvočju s samim seboj in drugimi nam uspe le, če v to vložimo lasten trud in hotenje. Zdravje se ohranja samo z znanjem, ki ga pridobimo z učenjem. Ker zdrav človek nima pravega motiva za zdravje, dela napake, ki ga vodijo v bolezen.

Bolezen je v svoji elementarni obliki dogodek, ki se manifestira samo v bioloških znakih, ki prizadenejo telo. Njen pomembni del so socialne manifestacije bolezni, ki prizadenejo socialne odnose, vloge in dejavnosti posameznika. Bolezen oz. simptom je torej kulturni znak. Bolezen vsebuje problem, ki zahteva interpretacijo, in bolezen je smiselna, če lahko razumemo in odpravimo ta problem. Marc Auge' pravi: »Paradoksalno pri bolezni je, da je istočasno najbolj individualna in najbolj socialna stvar« (Auge' v Ule 2003a).

Parsons (1951) je definiral zdravje kot optimalne sposobnosti za učinkovito sprejemanje in opravljanje socialnih vlog. Bolezen je torej splošna motnja v posameznikovih sposobnostih za učinkovito opravljanje socialnih vlog. Bolnik ima spremenjen/omejen status v družbi, status nekoga, ki ni popolnoma opravljen sposoben oziroma ni učinkovit član družbe. Bolezen ljudi oprosti odgovornosti do dela in drugih obveznosti; če je to stanje nekontrolirano, pomeni potencialno grožnjo družbenemu redu (Parsons v Ule 2003a). Po Parsonsu je v razvitem svetu vloga bolnika zasnovana predvsem na štirih normah: bolnik ni odgovoren za svojo bolezen; bolnik je oproščen običajnih obveznosti, dokler je bolan; bolezen je nezaželena; bolni posameznik bi moral poiskati in prejeti profesionalno pomoč.

V zahodnih družbah je bil preteklo stoletje medicinski model najpomembnejši model zdravja in bolezni. Osredotoča se na vzorce organske patologije, kar imenujemo obolenje. Medicinski model se ne ozira na pomene, ki jih obolenjem pripisujejo ljudje, niti na to, kako se z njimi spoprijemajo. Obstaja pa tudi bolezen (illness) oziroma subjektivna izkušnja obolenja. Odvisna je od pomena, ki ga posameznik pripiše določenemu nizu simptomov. Če povzamemo; obolenje je nekaj, kar ima organ, in bolezen je nekaj, kar ima človek (Payne in Walker 2002, 22).

Obstajajo različna teoretična gledišča na bolezen, in sicer antropološko gledišče, sociološko gledišče, laično razumevanje bolezni, socialnokognitivni modeli vedenja, povezanega z zdravjem. Antropologi, sociologi in psihologi so zdravje in bolezen pojmovali na precej različne načine.

Antropologi preučujejo ljudi znotraj njihovih socialnih skupin. V začetku dvajsetega stoletja so ljudi in kulture delili na »civilizirane« in »primitivne«. Zahodna medicina je imela status objektivne in racionalne v primerjavi s primitivno medicino, ki je slonela na magiji, ritualu in religiji. Danes tak pogled označujemo za zelo etnocentričen in neutemeljeno obsojajoč. Antropologi menijo, da se medicinski sistemi razvijejo iz prepričanj, ki veljajo v določeni družbi, in so lahko razumljeni le znotraj konteksta teh sistemov prepričanj. Tako lahko zahodno medicino razumemo zgolj kot en sistem med mnogimi. Celo znotraj družbe se bo verjetno pojavljala cela vrsta prepričanj in verovanj, ki se nanašajo na zdravje (Payne in Walker 2002, 23).

Sociologi, ki so se ukvarjali z medicino, so poudarjali njeno funkcionalno vlogo v skrbi za bolne. Parsons (1951) je opisal »vlogo bolnega« glede njegovih pravic in dolžnosti. Bolni ljudje imajo pravico umika iz svojih običajnih socialnih vlog, pravico do skrbi in zdravstvene nege ter dolžnost, da upoštevajo medicinske nasvete, da ozdravijo brž, ko je mogoče.

Kako ljudje razumejo simptome? Helman (v Payne in Walker 2002) meni, da si zastavljajo niz vprašanj, in sicer; kaj se je zgodilo, zakaj se je to zgodilo, zakaj meni, zakaj zdaj, kaj se lahko zgodi, če stvar pustim pri miru, kaj naj storim glede tega, s kom naj se posvetujem glede nadaljnje pomoči?

Preden ljudje pridejo v bolnišnico ali celo do zdravnika, gredo skozi dolg proces razmišljanja, ko poskušajo razumeti svoje simptome. Njihovi atributi in razumevanje so lahko precej drugačni od medicinskih interpretacij, kar lahko vodi do nesporazumov in nepotrebne stiske. Včasih se ljudje odločijo, da bodo ignorirali svoje simptome, ker so mogoče prestrašeni ali ne razumejo njihovega pomena. To lahko pomembno vpliva na uspešnost rezultatov zdravljenja.

Psihološki model poskuša napovedati, kako se ljudje odločajo glede svojega življenjskega sloga in kako spreminjajo svoja vedenja, ki vplivajo na zdravje. »Socialno kognitivne teorije« (ali včasih »socio kognitivne«) se imenujejo zato, ker preučujejo, kako ljudje razmišljajo o vprašanjih in kako se odločajo znotraj socialnega konteksta (Payne in Walker 2002).

Kadar bolezen udari, na videz kot strela z jasnega, nas v hipu ustavi in nam prepreči, da bi živeli kot ponavadi. In morda je to tisto, kar naj bi napravila: morda je ravno to njena biološka funkcija.

Neprijetni in včasih tudi mučni simptomi dejansko imajo svoj namen. So namreč poskusi samouravnavajoče se psihe, da bi se pozdravila, in nam kažejo pot do nujnih sprememb, ki jih moramo uvesti v naš način življenja in mišljenja. Blokirano energijo lahko osvobodimo šele, ko smo se sposobni sprijazniti s spremembami v svojem življenju ter opustiti stare vzorce vedenja in mišljenja. Prav odpor do takih koristnih sprememb je namreč povzročil blokado, ki je zaustavila tok življenjske energije, imenovane zdravje (Proto v Poberaj 1993).

Tako kot na psihičnem je tudi na telesnem nivoju. S holističnega vidika so telesni simptomi poskusi telesa, da bi se spravilo v red in se znova uravnotežilo. Zato telo na primer zviša telesno temperaturo, da bi vdirajočim bakterijam postalo prevroče, zato poskuša odstraniti strupene snovi s pomočjo bruhanja, driske, kožnih izpuščajev, zato nas prisili, da zaradi kake bolezni gremo v posteljo, saj si le tako lahko odpočijemo in spet napolnimo baterije, če smo pod prevelikim stresom. Bolezen lahko zadovolji naše potrebe in pogosto je to edini način, da je te potrebe sploh mogoče zadovoljiti. In naše telo ukrepa.

Carl Simonton je iz pripovedi svojih pacientov izluščil pet dobrih strani bolezni:

- 1) Človek dobi »dovoljenje«, da se neha ukvarjati z mučnimi problemi ali situacijami.
- 2) Od ljudi okoli sebe prejema pozornost, nego in skrb.
- 3) Ima priložnost, da pridobi psihično energijo, tako da se lahko spopade s problemom ali ga vsaj ugleda v novi luči.
- 4) Dobi spodbudo za osebno rast ali za spremembo nezaželenih navad.
- 5) Ni mu treba izpolniti visokih pričakovanj, bodisi svojih ali pričakovanj drugih ljudi (Simonton v Premik 1993).

Bolezen ima tudi svoje prednosti, ki jih je pametno izkoristiti. Louis Proto pravi, da lahko prvič v življenju najprej ustrezemo sebi in se izognemo vsemu, kar nam ne ugaja.

Bolezen je opisana kot neharmonija med mislimi, telesom, dušo in zunanjim svetom. V nastanek bolezni lahko vodijo krivda, stres, skrbi in žalost. Pacient lahko bolezen doživlja kot »uničevalko«, če iz nje ne vidi izhoda in jo zato tudi zanika. Na drugi strani pa lahko bolezen vidi kot »osvoboditeljico«, pri čemer mu bolezen pomaga odkriti pravi smisel življenja.

»Pacient ohrani samopodobo in družbeno identiteto preko boja s svojo boleznijo. To predstavlja zanj bistvo življenja« (Adam in Herzlich 2002, 41).

V starih kulturah in tradicionalnih družbah se posameznik razume kot del univerzuma in bolezen je razumljena kot opozorilo o konfliktu v območju medosebnih odnosov ali kot disharmonija v povezavi človeka z univerzumom. Miti, religija in zdravljenje so se v tradicionalnem svetu prepletali med seboj. Verovanje v zdravilno moč »svete besede« najdemo v številnih religijah in kulturah. Motnje na eni ravni zato vodijo do motenj celega komunikacijskega sistema in obratno.

V 19. stoletju so za vsako bolezen iskali enolično določen vzrok. Že nekaj časa pa vemo, da imajo bolezni različne vzroke, ki medsebojno sodelujejo v nastanku bolezenskih stanj.

V 20. stoletju je nad iracionalnimi in magičnimi sistemi zdravljenja prevladala alopatska medicina, zasnovana na znanstvenih podlagah.

Ob koncu 20. stoletja pa smo priča porastu kritik alopatske medicine in oživljanju alternativnih oblik zdravljenja in zdravilstva. Vse več je govora o komplementarni medicini. Zategadelj težko govorimo o premem in »zmagovitem« napredku medicine, ki bi se končal v dokončnem zmagoslavju racionalne medicine nad magičnimi in iracionalnimi sistemi zdravljenja (Ule 2003a).

Zdravje in bolezen sta, kot pravi Susan Sontag, dve povsem različni pokrajini. Če imamo srečo, preživimo večino življenja v prvi, večina ima pa vendarle izkušnje iz obeh. Najbolje je torej, če se naučimo pravil življenja v obeh pokrajinah: kaj pomeni »biti zdrav« in »biti bolan« (Sontag v Ule 2003a). Dobiti moramo tudi izkušnjo prehajanja iz ene pokrajine v drugo.

2.1.2 Zdravje kot potrošniška dobrina in življenjsko delo

Ikone sodobnega človeka so nenadoma postale varnost, telo in predvsem zdravje. Politične teme so zamenjale (teme, kot so) skrb za zdravo prehrano, za vitalnost, skrb za treniranje telesa, vitkost telesa, savna, joga, vegetarijanstvo, meditacija, skrb za ohranjanje mladosti, strah pred staranjem in starostjo. Kot pravi Christopher Lasch, je sodobna klima terapevtska klima in ne religiozna (Lasch 2012).

Tanja Kamin (2006) piše, da diskurz promocije zdravja zdravje pojmuje kot proces. Izpostavlja ga kot življenjski projekt, za katerega mora vsak posameznik brezpogojno in nenehno skrbeti. V imenu zdravja se ljudem nalagajo številne naloge, nove in nove zahteve ter bremena. Niti enega področja vsakdanjega življenja ni, ki bi bil svoboden od zdravja. Zdravje je konstruirano kot vseobsegajoča blaginja, cilj sam po sebi in proces, ki je odvisen od kontinuiranih meritev, opazovanja in (samo)nadzorovanja.

Torej zdravje je postalo cilj sam po sebi in ne sredstvo, nujno potrebno za doseganje drugih življenjskih ciljev. Počitek, dobra hrana, odpoved kajenju, pijači, itd. so bistvene navade za ohranjanje dobrega zdravja in normalnega življenja. So pa tudi znak discipliniranja in samonadzora nad telesom in življenjskimi navadami posameznika. To dvoje pa se v modernih družbah zelo ceni (Ule 2003a). Zdravje je postalo metafora za splošno človeško blaginjo. Robert Crawford celo domneva, da je danes zdravje postalo bistveni del moralnega diskurza, da je postalo moralna kategorija. Samonadzor, samodisciplina, samozanikanje in moč volje niso potrebni le za to, da bi dosegli zdravje, temveč konstituira simbolno substanco, implicitni pomen doseganja zdravja. Lahko rečemo, da o zdravju razmišljamo v terminih samonadzora (Crawford v Ule 2003a). Tudi ljudje smo vedno bolj odgovorni za svoje zdravje, postali smo aktivni dejavniki medicine. Samodisciplina, samonadzor, moč volje so potrebni za doseganje zdravja.

Po drugi strani pa Crawford meni, da je ta visoki pomen zdravja povezan s splošnim večanjem potrebe po samonadzoru, samodiscipliniranju, samozanikovanju in samoobvladovanju. Gre za odgovor na težje ekonomske in življenjske pogoje, ki terjajo od ljudi več vsakdanjih naporov, discipline, samonadzora itd. Naša telesa so »končna metafora« teh potreb. Odstranjujemo odvečne kilograme, zožujemo pasove, krepimo telesno odpornost in povečujemo svojo vzdržljivost. Čeprav ne moremo nadzorovati sil, ki so zunaj naših moči, skušamo toliko bolj nadzorovati to, kar je v našem dosegu. Ritualizirani odgovor na ekonomsko krizo najde ustrezno simbolno polje v zdravju in dobri telesni kondiciji (Crawford v Ule 2003a). Raziskovalci ugotavljajo, da je implicitna norma pri diskurzu o zdravju in boleznih v zahodnih družbah mlad, belopolit, zaposlen moški srednjega in višjega sloja. Njegove stiske, tveganja in bolezni so najbolj razdelani, zanj je medicina najbolj usposobljena. Pozablja pa se, da so za mnoge ljudi, če ne za večino, stiske mladega uspešnega karierista v zahodni družbi zelo tuje in neobičajne (Radley v Ule 2003a).

Zdravje je postalo pomembna potrošniška dobrina. To je posledica splošne usmeritve potrošniške družbe k telesu in telesnim potrebam ljudi. Vedno več časopisov, revij, radijskih in televizijskih oddaj itd. je posvečenih skrbi za zdravje, ohranjanju zdravja in preprečevanju bolezni. Ukvarjanje z zdravjem gre vzporedno z naraščanjem potreb po dobrem počutju, po mladostnem videzu. Industrija prostega časa promovira svoje proizvode na obljubah, da prispevajo k zdravju in dobremu ter mladostnemu videzu človeka. Potrošniška družba je družba, kjer morajo ljudje stalno paziti na svoje zdravje, zlasti v starosti. Starejši ljudje nimajo več zagotovljenega statusa »modrih« ali »avtoritet«, morajo se prilagoditi »mladostniški« kulturi odraslih (Ule 2003a).

Normalno ne pomeni več »povprečno«, temveč nekaj, kar je družbena norma. Če kaj odstopa od nje, so brž na voljo sredstva za izboljšavo ali odstranitev motnje. Mnogi danes npr. razumejo staranje kot nekakšno bolezen in deviacijo od normalnosti in jo skušajo na vsak način zavreti, odložiti, prekriti. Podobno velja tudi za primer menopavze, ki se označuje kot neka nesreča, izguba, onemoglost. Ženskam ponujajo drage estrogenske terapije, šole pomlajevanja itd. Spregledane ugotovitve strokovnjakov pravijo, da padec ravni estrogena pri ženskah v obdobju menopavze deluje kot varovalka proti določenim vrstam raka in drugim boleznim staranja. »Medikalizaciji staranja in življenja nasploh se pridružuje še genetikalizacija. Vse skupaj jasno kaže na to, da so v ospredju močni politični in podjetniški interesi, ki skrbijo za razlikovanje med normalnim in patološkim« (Ule in Kamin 2012). Zdravje in njegova promocija postajata vedno pomembnejši področji vsakdanjih dejavnosti, javnega življenja in znanstvenega raziskovanja; npr. načini ohranjanja zdravja, kakovosti življenja, povezano z zdravjem (analiza vsakdanjih praks, ki ohranjajo zdravje in dobro počutje, kot so skrb za telo, kakovostni medosebni odnosi, zadovoljstvo z delom, samopodoba...). Zaznane potrebe po in o zdravju so odvisne predvsem od teorij in konceptov zdravja, ki jih ima posameznik. Statistična normalnost je ključni pojem, medtem ko velja za holistično teorijo, da gleda na človeka z vidika funkcioniranja in delovanja.

2.1.3 Sociokulturne spremembe sodobne medicine

Pripadniki srednjih in višjih slojev z določeno ravniyo izobrazbe se bistveno razlikujejo v pojmovanju zdravja in bolezni od nižjih slojev in nezaposlenih. Njim je zdravje, ne pa bolezen, v središču pozornosti. Bolj se tudi zavedajo družbenih vzrokov bolezni in znajo bolje poskrbeti za dobro počutje in zdravje ter imajo pretežno hedonistične predstave o zdravju oziroma zdravje povezujejo z dobrim življenjem in imajo tudi pogoje za to.

Če upoštevamo te ugotovitve, potem lahko uvidimo, kako iluzorna so pričakovanja in zahteve po samoodgovornosti posameznikov za lastno zdravje, takoj ko se pomaknemo nekam dlje od tipičnih predstavnikov srednjega razreda. Kot z večino ideologij je tudi z ideologijo zdravja tako, da generalizira pričakovanja, vrednote in norme družbeno dominantnih razredov in slojev na vso družbo. Ljudem nalaga nova in nova bremena, skoraj neizpolnljive naloge; npr. skrb za zdravje, za dober izgled, za ohranjanje življenjske energije, optimizem, mladostno telo, kljub temu, da jih stiskajo druge, bolj usodne življenjske in socialne okoliščine (Ule 2003a, 133).

Zdravje in bolezen sta kulturna konstrukta, njune manifestacije pa so del kulturnih vzorcev določene družbe. Kultura določa »normalnost« in »nenormalnost«, vpliva na klinično podobo določenih vedenj in stanj, na njihovo pojavnost ter na načine prepoznavanja bolezni, njenega etiketiranja in celotne obravnave. Kultura vpliva na pomene, ki jih prizadeti človek, njegovi najbližji in okolica dajejo pojavu že definiranega zdravja ali bolezni.

Zdravje in bolezen sta v zahodni kulturi totalni družbeni dejstvi, ki se v svoji pomembnosti zajedata v vse pore družbe (Zaviršek 1994). »Pojmovanja o zdravju, bolezni, medicini se spreminjajo v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov, kulturnih tradicij« (Ule 2003a).

Govor o etiki v zdravstvu oziroma zdravstveni negi ne more mimo vloge zdravstva in zdravja v življenju sodobnih ljudi in pri sodobni družbeni konstrukciji realnosti. Ohranjanje zdravja namreč postaja svojska vrlina, ki zapolnjuje izpraznjen prostor drugih etičnih norm in vrlin, kot so pokornost bogu, spoštovanje brezprizivnih avtoritet, podrejanje tradicionalnim normam in ritualom. Religiozne norme dobrega/poštenega življenja so se spremenile v zdravstvene norme zdravega življenja. Rezultat tega pa je, da danes zdravstvo ponuja ljudem merila normalnosti.

Zdravje in zdravstveno varstvo sodita med temeljne človekove pravice, varovanje zdravja in zdrav način življenja sta temeljni dolžnosti vsakega posameznika, družine, delodajalcev in države. Zdravje in zdravstveno varstvo sta predvsem javni dobrini, ki se zagotavljata vsem, ne glede na zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje ali sposobnost posameznika. Zaostrene razmere pospešene rasti izdatkov zdravstvenega varstva zaradi hitrega širjenja in razvoja medicine, spremenjene patologije, staranja prebivalstva, večje zahtevnosti in povpraševanja po zdravstvenih storitvah slabšajo dostopnost do zdravstvenih storitev in njihovo kakovost. Po drugi strani pa obremenjujejo tudi zaposlene v zdravstvu, prav gotovo tudi medicinske sestre. Spreminja se demografska sestava družbe, narašča število starejših prebivalcev, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo, in pada delež mlajše populacije. Staranje prebivalstva ima posledično potrebo po prilagodljivejši zdravstveni dejavnosti z raznovrstnostjo storitev, posebno na področju zdravstvene nege ter skrbi in obravnave na domu. Zaradi vse več kroničnih bolezni je potrebna preusmeritev skrbi v zdravstvu od zdravljenja k negi. V družbi se je skrb preselila iz družine v javno sfero in postala predmet političnega delovanja in pogajanj. To ustvarja potrebo po novi organizaciji življenja in po večjem poudarku na kakovosti življenja ljudi. Večja je potreba bolnikov po bio-etičnem in socio-etičnem načinu obravnave in posvetovanju.

Bolniki postajajo vse bolj izobraženi in se vse bolj zavedajo svojih pravic, želijo aktivno sodelovati v procesu zdravstvene obravnave v programu zdravljenja kot enakovredni partnerji. Zahteve in pravice bolnikov vplivajo na zdravstveni sistem; konkretno tudi na zaposlene na Kirurški kliniki – na izvajalce zdravstvene nege. Obravnava bolnikov je intenzivnejša v krajšem časovnem obdobju. Vse večji napredek medicinskih in tehnoloških znanosti omogoča izvajanje vse manjšega števila invazivnih postopkov diagnostike in zdravljenja, kar vpliva na skrajševanje ležalne dobe in pogojuje večjo intenzivnost dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Spremenil se je tudi odnos med družbo, zdravstvom in bolniki.

V zahodnih družbah se v zadnjih desetletjih dogajajo precejšnje spremembe v odnosu med javnostjo in zdravstvenim sistemom. Tako družba v obliki zdravstvenih politik, trga zdravstvenih storitev kot bolniki, okrepljeni z novo nastalo ideologijo pravic bolnikov, načenjajo do sedaj tako rekoč nedotakljiv in nevprašljiv ugled in središčnost znanstvene medicine. Spremljevalni pojav tega razvoja je neke vrste sekularizacija, odčaranje medicine. Zdravje postaja na eni strani vse večja vrednota za vse kategorije prebivalstva. Obenem pa se

spreminja odnos ljudi do zdravstva iz brezpogojnega zaupanja v pogojno zaupanje in celo dvom. V zdravstvo se širi tržni odnos do zdravstvenih storitev. Bolniki pa postajajo vse bolj enakovredni uporabniki zdravstvenih storitev, ki kritično vrednotijo in reagirajo na vse nepravilnosti v zdravstvenem sistemu. Zdravstveni sistem postaja vse bolj ekonomska kategorija kot potencialna naložba in ne le strošek. Sodobni zdravstveni sistem že dolgo ni več le v funkciji odpravljanja bolezni, temveč je skupaj s farmacevtsko industrijo vse bolj v funkciji ohranjanja in ustvarjanja »dobre kondicije in dobrega počutja ljudi«. Situacija, da sta bolezen in zdravje postala danes milijonska posla, vzbuja strah in je lahko simptom splošne družbene krize (Ule 2003a).

Vse večje težave s financiranjem zdravstvenega sistema so po eni strani odraz vedno večje tehnične dovršenosti medicine. S tem postaja medicina vedno dražja tako za državo kot za državljane. Po drugi strani pa so finančni problemi zdravstvenega sistema tudi odraz postopnega staranja prebivalstva. Staranje pa je prav posledica medikalizacije družbe in zmanjševanja umrljivosti zaradi boljših in na široko dostopnih zdravstvenih storitev v zahodnem svetu. Odvisnost zdravstva od sistemov socialnega in zdravstvenega zavarovanja zmanjšuje njihovo strokovno avtonomijo in moč. Vlade blažijo stisko javnega zdravstva s kombiniranimi sistemi preventivne medicine, dodatnimi prostovoljnimi zavarovanji, komercializacijo zdravstvenih storitev (Ule 2000).

2.2 ZDRAVSTVENA NEGA

2.2.1 Vloga zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu

Zdravstvena nega je osnovna sestavina celotnega zdravstvenega varstva in vključuje pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, skrb za fizično in duševno bolne ter invalide vseh starosti v vseh zdravstvenih in drugih družbenih okoljih (International Council of Nursing – ICN 1987).

V zdravstveni obravnavi pacienta je nosilec zdravstvene dejavnosti zdravnik. Negovalna sestavina zdravljenja je zelo pomembna, a včasih premalo vidna. Področje dela medicinskih sester (izvajalcev zdravstvene nege) je zdravstvena nega, ki je pomemben del zdravstvenega sistema v vsaki družbi in poteka prav tako pogosto, včasih pa celo še bolj pogosto kot zdravljenje.

Sistem zdravstvenega varstva v vsaki državi je močno odvisen od medicinskih sester. Predstavljajo največjo skupino zdravstvenih delavcev na svetu. V številnih državah medicinske sestre zagotavljajo do 80 % zdravstvenih storitev. Tudi v Sloveniji smo medicinske sestre najštevilnejša poklicna skupina v zdravstvu. V Sloveniji je več kot 18.000 izvajalcev zdravstvene nege z različno izobrazbeno stopnjo.

Zdravstvena nega je stroka, ki obstaja kot odziv na potrebe družbe in vsebuje ideale, vezane na človekovo zdravje skozi življenjska obdobja. Vključuje promocijo zdravja, vzdrževanje in obnavljanje zdravja, preprečevanje bolezni, lajšanje trpljenja in zagotavljanje mirne smrti, kadar življenja ni možno več vzdrževati, torej skrb za bolne, invalidne in umirajoče.

»Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah, v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje« (Definicija zdravstvene nege WHO 1978).

Poklicna dejavnost medicinskih sester je zdravstvena nega. Njeno pojmovanje se je skozi zgodovino spreminjalo, zato so nastale številne definicije zdravstvene nege. Avtorji le-teh so bile predvsem medicinske sestre, skupine strokovnjakov Svetovne zdravstvene organizacije in sociologi. V teh definicijah je ponekod opredeljena dejavnost (zdravstvena nega), drugje pa izvajalka zdravstvene nege (medicinska sestra).

V angleščini se za dejavnost zdravstvene nege uporablja izraz »nursing«. Nosilka dejavnost je »nurse« – medicinska sestra. »Nurse« je oseba, ki hrani, vzreja ali vzgaja in ščiti drugega, oseba, ki je pripravljena negovati bolne, poškodovane in ostarele. Majda Pahor (1997, 23) navaja, da je izraz najprej pomenil otroško varuško oz. negovalko ali dojiljo (wet-nurse), pozneje negovalko nižjega ranga v bolnišnici (nadrejene so se imenovalle »sister« ali »matron«). V zadnjih desetletjih se izraz »nurse« uporablja za vse medicinske sestre, z opredelitvijo položaja (nurse director za glavno medicinsko sestro, nurse teacher za učiteljico zdravstvene nege itd.).

Prvo definicijo zdravstvene nege je postavila njena utemeljiteljica in prva medicinska sestra Florence Nightingale. Definicija se glasi: »Zdravstvena nega je storitev ljudem s ciljem ublažiti bolečine in trpljenje.« Zavzemala se je za zdravstveno nego, ki bi pacienta postavila v stanje, ki čim bolj zagotavlja zdravilni učinek narave, za omogočanje ustreznega okolja, svetlobe, svežega zraka, čistoče, toplote in zdrave prehrane.

Florence Nightingale je zdravstveno nego opredelila v knjigi »Notes of Nursing – What it is and is not«, kar pomeni Zapisi o negi – kaj je in kaj ni. Izšla je leta 1858 in pravi, da je naloga zdravstvene nege, da postavi bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo okolje nanj najugodnejše delovalo (Nightingale 1959).

Virginia Henderson pa je leta 1966 zapisala (1998, 24): »Posebna vloga medicinske sestre je pomoč bolnemu ali zdravemu posamezniku pri opravljanju tistih dejavnosti, ki pripomorejo k boljšemu zdravju (ali mirni smrti) in ki bi jih opravil brez tuje pomoči, če bi imel za to dovolj moči, volje in znanja. Medicinska sestra vse to naredi tako, da posamezniku pomaga k čimprejšnji samostojnosti.« Na tem področju ima medicinska sestra pravilo pobude in nadzora. Medicinska sestra je član tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju.

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL), na Kirurški kliniki izvajamo zdravstveno nego po teoriji Virginie Henderson, kar pomeni načrtovanje zdravstvene nege na

podlagi ugotavljanja bolnikovih potreb. Virginia Henderson je opredelila zdravstveno nego kot enkratno in avtonomen poklic.

Z razvojem znanosti, tehnike in hitrim pretokom informacij ter večjo demokratizacijo družbe pričakuje le-ta, sodobna, čedalje bolj izobražena in osveščena družba določene spremembe tudi v zdravstvu in zdravstveni negi bolnika. Pritisk javnosti in vse večje nezadovoljstvo medicinskih sester zaradi slabega vrednotenja njihovega dela ter nepriznavanje zdravstvene nege kot profesije so povzročili spremembe v mišljenju medicinskih sester in načinu obravnavanja bolnikov. Ugotovile so, da ne morejo biti le izvajalke zdravnikovih naročil, temveč da želijo bolj kreativno sodelovati pri zdravljenju bolnika kot enakopravne članice tima.

V času, ko so se v medicini razvile številne specializacije, obstaja nevarnost, da se bolnika obravnava zelo ozko, samo glede na en organ ali organski sistem in ne kot celoto. Medicinske sestre so morale te težnje spremeniti in usmeriti svoje delovanje k bolniku kot celoti in ga aktivno vključiti v proces zdravljenja. Našle so način, kako koordinirati različne službe in njihova delovanja ter dognanja usmeriti k bolniku, čigar individualnost je stalnica v njihovem poklicnem delovanju.

Bolnik je postal subjekt lastnega zdravljenja in ima možnost soodločanja pri metodah in ciljih zdravljenja, je veliko bolj osveščen in izobražen kot včasih ter se veliko bolj zaveda svojih pravic. Medicinske sestre z zdravstvenovzgojnim delovanjem omogočijo bolniku, da zdravje doživi kot vrednoto in sprejme odgovornost za svoje zdravje.

Z uvedbo novega pristopa do bolnika kot celovite osebnosti, z ugotavljanjem njegovih individualnih potreb in načrtovanjem ter dokumentiranjem izvajane zdravstvene nege se je dvignila kakovost le-te, s tem pa tudi zadovoljstvo bolnikov, njihovih svojcev in pomembnih drugih ter medicinskih sester samih. Z uvedbo sodobne zdravstvene nege medicinske sestre razvijajo lastno kreativnost in osebnostno rast ter dosegajo večje osebno zadovoljstvo.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN – International council of nursing) je podal novejšo definicijo vloge medicinske sestre: »Medicinska sestra pomaga zdravemu in bolnemu varovancu, družini ali skupini pri vseh tistih dejavnostih, ki pripomorejo k ohranitvi in vrnitvi zdravja ali k mirni smrti in ki bi jih opravili samostojno, če bi imeli za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjakinja; ima pravico do pobude in nadzora. Sodeluje pri izvajanju diagnostično-terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik:

pri tem opravi določene postopke samostojno, po predhodnem naročilu zdravnika, lahko asistira pri posegih, ki jih izvaja zdravnik ali organizira izvedbo določenih postopkov, sama pa se pri tem ne udeležuje.

Medicinska sestra je enakovredna članica širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celostne zdravstvene oskrbe varovanca ali pacienta (Runk in Muth v Urbančič 1996, 21).

Skrajšana definicija zdravstvene nege, ki jo je opredelil ICN leta 2002, se glasi: »Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih ter v vseh okoljih. Vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalide in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike in menedžmenta zdravstvenih sistemov ter izobraževanje in vzgoja« (Mednarodni svet medicinskih sester – ICN 2003).

Zdravstvena nega je profesionalna disciplina, ki se dopolnjuje z drugimi zdravstvenimi profesijami. Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, ohranjanje zdravja, preprečevanje bolezni in lajšanje trpljenja. Neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstva in človekovih pravic (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 1994).

2.2.2 Zdravstvena nega skozi čas

Korenine zdravstvene nege segajo daleč v zgodovino. Razvoj poklica v grobem delimo na štiri obdobja: na intuitivno-empirično, na obdobje organiziranega priučevanja, na moderno in sodobno obdobje. Razvoj zdravstvene nege so v preteklosti, glede na obdobja, močno zaznamovali predvsem trije vplivi: ljudska podoba medicinskih sester, ki izvira še iz starega veka, vpliv religije v srednjem veku in podoba medicinskih sester – hišnih pomočnic, ki se je oblikovala v času protestantsko-kapitalistične etike v času od 16. do 19. stoletja (Urbančič 1996, 22).

Kvas in Seljak (2004) sta evropsko zgodovino medicinskih sester razdelila v štiri razvojne dobe. Prva doba razvoja se je imenovala intuitivno-empirična in je trajala do 6. stoletja. Tedaj

je bila ena izmed glavnih vlog ženske skrbeti za ostarele in oslabele člane družine. Pozneje so negovali predvsem ljudje, ki so imeli za to potreben interes. Znanje in izkušnje so širili z medsebojno izmenjavo, njihovo delovanje pa je temeljilo na intuiciji.

V zgodnjem obdobju krščanstva so negovali predvsem religiozni redovi (svečeniki, svečenice), polreligiozni redovi (vdove, neporočene žene), diakonese, rimske matrone, služabniki, sužnji bogatašev in učenci zdravnikov ter najeti delavci za delo na domu. Najpogosteje so to počeli na pacientovem domu in v ustanovah, podobnih »bolnišnicam«. Negovanje je bilo predvsem laično, na podlagi lastnih izkušenj (Kvas in Seljak 2004, 31).

Druga doba je trajala od leta 500 do 1860 (doba organiziranega priučevanja). V tem času so negovali redovniki, redovnice, najeti negovalci, žene prostovoljke, služabniki in družinski člani, v samostanskih bolnišnicah, hospitalih, mestnih bolnišnicah. Najstarejša znana bolnišnica iz tega časa (542) je Hotel Dieu v francoskem Lyonu. Nega je bila laična, poklicna in priložnostna in je še vedno temeljila na intuiciji in nasvetih.

Za najbolj mračnjaško obdobje na področju negovanja veljajo leta od 1500 do 1700, ko so bolnišnice veljale za »hiše groze« (Kvas in Seljak 2004, 31). V bolnišnicah so negovali prostitutke, zaporniki, alkoholiki, ki drugje niso našli dela. Bolnišnice so bile slabo materialno preskrbljene, neosvetljene, slabo zračene, slabo čiščene in mračne. V njih so negovali tudi priučeni negovalci, ki so opravljali še hišna in gospodinjska dela. Leta 1633 zasledimo prve zametke formalnega izobraževanja negovalk – ustanovljen je bil negovalni red usmiljenk (Vincencij Pavelski, 1576–1660). Program usposabljanja je zajemal dvomesečno pripravljalno dobo z učenjem pisanja in računanja, temu pa je sledila petletna praksa, ki pa vsebinsko ni bila določena.

Od leta 1700 do 1860 so pričeli preučevati bolnišnice humanisti, ki so menili, da je negovanje obvezno »žensko« delo, torej neplačano delo ljubezni, dolžnost, ki je naložena ženski. Zahteve za negovalce so bile natančno določene, in sicer, da so stari do 25 let, da izhajajo iz ugledne in poštene družine in imajo veselje do negovanja. Program usposabljanja je zajemal trimesečno pripravljalno dobo (nauk o zdravilih, medicinsko-klinični predmeti, etika in religiozna doktrina) in triletno prakso, ki je bila vsebinsko določena (negovanje kirurških bolnikov, infekcijskih in drugih bolnikov).

Obdobje »modernega sestrinstva«, to je tretje obdobje, je nedvomno zaznamovala Florence Nightingale (1820–1910). Ta je dobro medicinsko sestro pojmovala kot »dobro žensko«, z lepim značajem, primerne družbenega izvora in visokimi moralnimi standardi (Jones 1994 v Kvas in Seljak 2004). Njena ideologija zdravstvene nege je bila, da neugledno in neizobraženo negovalko preteklosti preobrazi v »novo«, za nego bolnikov usposobljeno osebo. Ženske so bile tedaj vključene v organizacijo bolnišnice na način patriarhalne družine: triada oče–mati–otrok je bila prevedena v triado zdravnik–medicinska sestra–pacient.

Cilji njenih programov izobraževanja so bili: izobraževanje medicinskih sester (takrat negovalk) za delo v bolnišnicah, izobraževanje medicinskih sester učiteljic, ki so po končanem programu izobraževale druge medicinske sestre, in izobraževanje medicinskih sester za delo v revnih predelih mest za revne bolne ljudi. Ker je podpirala idejo o permanentnem strokovnem izobraževanju, v njeni civilni šoli za medicinske sestre v Londonu na koncu triletnega ali štiriletnega programa diplom niso podeljevali.

Nightingalova je skušala vplivati na napredek zdravstvene nege kot profesije na različne načine. Prepričana je bila, da morajo medicinske sestre porabiti svoj čas ob pacientu za negovanje, ne pa za čiščenje. Bile naj bi pametne in razgledane in s tem prispevale k izboljšanju razmer za pacienta. Zdravstvena nega in vodilne medicinske sestre naj bi uživale družbeni ugled (Kvas in Seljak 2004, 33).

Na podlagi njenih spoznanj je nastalo četrto obdobje, obdobje sodobne zdravstvene nege (od leta 1945 do danes). Za to obdobje je značilen razvoj izobraževanja zdravstvene nege, ki se je začela uveljavljati kot samostojno strokovno področje, ki omogoča neprekinjeno, kakovostno, celovito in varno obravnavo pacienta. Izboljšala se je organizacija dela v zdravstveni negi in natančneje so bile opredeljene kompetence v negovalnem timu. V tem času se je uveljavila tudi ideja o permanentnem izobraževanju, strokovnem izpopolnjevanju in raziskovanju na področju zdravstvene nege ter oblikovanje teorije zdravstvene nege in razvijanje njene metodologije.

2.2.3 Razvoj zdravstvene nege na Slovenskem

Tako kot drugod po svetu je bila skrb za bolne, onemogle, ostarele, pomoči potrebne na Slovenskem odvisna od stanja družbe. V bolnišnicah, hiralnicah in zavetiščih so pred prvo svetovno vojno delovale izključno nešolane sestre različnih cerkvenih rodov.

Pomembne družbene reforme pa je za časa svojega vladanja sprejela cesarica Marija Terezija (1717–1780). Zavedala se je, da je za dobro države pomembno zdravje njenih podanikov. Za oblikovanje reform na področju zdravstva je pritegnila nizozemskega zdravnika Gerharda van Swietna, ki je na Slovenskem ustanovil štiri babiške šole (v Celovcu, Gradcu, Ljubljani in Trstu). Ena najpomembnejših je bila ustanovljena v Ljubljani leta 1753. Ta babiška šola je pomembna tudi zato, ker je bila to prva poklicna šola za ženske. Potekala je v slovenskem jeziku. Leta 1782 je izšla tudi prva slovenska učna knjiga s področja porodništva (Fink 2013). Usposabljanje je prvih 60 let delovanja šole trajalo dva meseca, kasneje se je obseg povečal. Program je usposabljal gojenke za pomoč pri porodu, oskrbo novorojenca in otročnice. Pogoji za vpis je bila starost med 20 in 40 let.

Prva civilna bolnišnica v Ljubljani je bila odprta leta 1789. Najprej so negovali redovniki, od leta 1856 dalje pa usmiljenke – red sester vincentink.

Prve Slovenke so se za poklic skrbstvene sestre izobraževale na Dunaju. Usposobljene so bile za poklicno opravljanje socialne in skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege. Prva izšolana medicinska sestra Angela Boškin se je zaposlila na Slovenskem šele po prvi svetovni vojni leta 1919. Delo prvih sester je bilo zahtevno in naporno, oteževali sta ga revščina in zaostalost v delavskih kolonijah. Leta 1924 je Angela Boškin sodelovala pri ustanavljanju prve šole za medicinske sestre v Ljubljani, ki se je imenovala Šola za sestre pri Zavodu za socialno higieno in zaščito dece v Ljubljani. Bila je hkrati učiteljica in učenka, saj njena dunajska diploma na Slovenskem ni bila priznana. V njej izšolane sestre so bile usposobljene za zdravstveno in socialno delo z materami in otroki, poklicno varstvo in pozneje za zdravstveno in socialno obravnavo odraslih, predvsem v preventivni dejavnosti. Leta 1932 se je šolanje iz enega leta podaljšalo na tri leta in diplomantke so dobile naziv zaščitna sestra. Število sester je bilo majhno in med drugo svetovno vojno je tega kadra še bolj primanjkovalo.

II. svetovna vojna je prinesla dvig ugleda medicinskim sestram, saj so s svojo etičnostjo, vzdržljivostjo in spretnostjo pri negi ranjenih in bolnih pokazale svojo vrednost. Septembra 1943 je v Dolenjskih Toplicah začela delovati Sanitetna šola, ki je izobraževala ljudi za bolničarke in bolničarje, namenjene nudenju pomoči ranjencem.

Po zaključku vojne so na razvoj zdravstvene nege vplivale zunanje politične okoliščine. Leta 1946/47 je bil možen vpis v triletni študijski program na Šoli za medicinske sestre v Ljubljani.

V to šolo se niso več vpisovale polnoletne kandidatke (le izjemoma fantje), ampak absolventke nižje gimnazije, kasneje osemletke. Še preden se je prva generacija diplomantk lahko vključila v prakso, so novi zakonodajni predpisi, ki jih je sprejela vlada Federativne republike Slovenije, terjali od redovnic, ki so delale v bolnišnicah, opravljeno državno diplomo in nošnjo predpisanih uniform, brez dovoljenega prehodnega obdobja. Redovnice, ki niso pristale na dane pogoje, so ob ultimatu države morale na ukaz Cerkve 8. 3. 1948 dobesedno preko noči zapustiti bolnišnice (ob štirih zjutraj) in pustiti paciente same. Tiste, ki so ostale, so bile zato izločene iz svoje redovne skupnosti. Prazna delovna mesta v bolnišnicah so morali takoj prevzeti učenci Šole za medicinske sestre, ki še niso zaključili izobraževanja. Ta šola je leta 1949 podaljšala šolanje na štiri leta.

Leta 1951 pa je pričela v Ljubljani Šola za medicinske sestre sprejemati kandidate/ kandidatke z že končano srednjo šolo. To je začetek izobraževanja na višješolski stopnji, ki je v začetku trajal le dve leti. 1954. leta je bila z zakonom o ustanovitvi višjih zdravstvenih šol v Sloveniji priznana stopnja višje šole s triletnim programom in nazivom Višja šola za medicinske sestre v Ljubljani. Ta se je leta 1962 preimenovala v Višjo šolo za zdravstvene delavce, v kateri so se izobraževali študenti za poklice medicinska sestra, rentgenski inženir in fizioterapevt, kasneje pa še sanitarni tehnik in delovni terapevt (1964. leta). Diplomanti s končanim študijem smeri zdravstvena nega so dobili naziv višja medicinska sestra oziroma višji medicinski tehnik. 1975. leta je Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani postala del Univerze v Ljubljani, ki se 1993. leta preimenuje v Visoko šolo za zdravstvo v Ljubljani. Diplomanti s končanim študijem na tej fakulteti so dobili naziv diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik.

Leto 1993/94 pa pomeni tudi pričetek univerzitetnega programa zdravstvena vzgoja, ki je potekal v sodelovanju med Visoko šolo za zdravstvo Univerze v Ljubljani in Pedagoško fakulteto, ki je bil kasneje zaradi zakonskih določil prekinjen (zadnji vpis leta 1995/96). Diplomanti so pridobili naziv profesor/profesorica zdravstvene vzgoje.

Izobraževanje na visoko strokovnem programu se je pričelo v šolskem letu 2009/10 in se izvaja v Ljubljani, Mariboru, Izoli, Jesenicah, Novem mestu, Slovenj Gradcu, Novi Gorici in Celju. Diplomanti si pridobijo naziv diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik.

Vse do usmeritev bolonjske reforme izobraževanja so si medicinske sestre v Sloveniji pridobivale fakultetno izobrazbo in akademske naslove na različnih fakultetah in s tem interdisciplinarna znanja. Magistrski program zdravstvena nega (bolonjski študijski program) daje osnovo za nadaljnje akademsko izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. Izobraževanja se izvajajo v Ljubljani, Mariboru, Izoli in na Jesenicah, študentje ob zaključku študija pridobijo naziv magistrica/ magister zdravstvene nege.

Pričetki izobraževanja na srednji stopni izobraževanja v zdravstveni negi segajo v leto 1929, ko je v Zavodu za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani začela delovati enoletna Šola za otroške vzgojiteljice in negovalke, ki je uradno ime dobila leta 1938 in se pozneje preimenovala v Šolo za otroške negovalke. V letu 1951 je trajala že dve leti in z reformo 1959/60 je postala štiriletna in se preimenovala v Šolo za zdravstvene delavce za otroško varstvo in po končani šoli so dijakinje/dijaki dobili naziv srednja medicinska sestra. Šola je se je še večkrat preimenovala in sicer leta 1963 v Šolo za otroške sestre, 1967 leta v Šolo za medicinske sestre v Ljubljani in leta 1981 v Srednjo zdravstveno šolo v Ljubljani, katero ime ima še danes. Je pa bilo tega leta šolanje za poklic srednja medicinska sestra odpravljeno in so po tem letu dijaki/diakinja, ki so končali šolanje, dobili naziv zdravstveni tehnik/zdravstvena tehnika. To je bil čas poklicnega usmerjenega izobraževanja. Z vpisom v šolskem letu 1998/99 pa so dijaki/diakinja pridobili naziv tehnik/tehnika zdravstvene nege. Danes šolanje za poklic tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik poteka na srednjih zdravstvenih šolah v Ljubljani, Izoli, Novi Gorici, na Jesenicah, v Novem mestu, Celju, Mariboru, Slovenj Gradcu in Murski Soboti. Dijaki, ki končajo štiriletni program zdravstvene usmeritve in dijaki v kateremkoli štiriletnem srednješolskem programu z opravljeno poklicno maturo ali maturo lahko nadaljujejo študij na visokošolski stopnji katere koli zdravstvene smeri v Sloveniji.

2.2.4 Profesionalizem v zdravstveni negi

Profesionalizem se razume kot urejeno delovanje strokovnjakov, ki imajo predpisan sistem izobraževanja, iz katerega izhajajo kompetence za opravljanje poklica, strokovnjaki razumejo pomen raziskovanja in razvoja stroke, spremljanje lastnega dela in uporabo dokazov pri uvajanju sprememb v praksi. Pomembno dimenzijo profesionalizma predstavljajo še poklicna etika in vrednote v poklicnem delu.

Majda Pahor govori o t.i. »novi profesionalizaciji« zdravstvene nege. Za novi profesionalizem sta bistvena vključitev vidika uporabnika in vzpostavitev diskusije namesto distance

profesionalca (Pahor 1999). Zato je toliko bolj pomembno, da si zaposleni v zdravstveni negi pridobivajo visoko stopnjo izobrazbe, s tem si ne bodo pridobili le znanja, ampak bodo oblikovali svoja stališča, samostojnost v odločanju, avtonomiji in navsezadnje tudi enakopraven odnos v zdravstvenem timu.

Z bolonjsko reformo izobraževanja je dobila zdravstvena nega temelje in zagon za drugo-in tretjestopenjsko izobraževanje, posledično priznanje zdravstveni negi kot znanstveni disciplini in možnosti za hitrejši in boljši razvoj. Glavni bolonjski cilji so: uveljavitev sistema zlahka prepoznavnih in primerljivih diplomskih stopenj, sistem z dvema glavnima študijskima stopnjama – dodiplomsko in podiplomsko, uveljavitev kreditnega sistema, pospeševanje mobilnosti, pospeševanje evropskega sodelovanja pri zagotavljanju kakovosti, pospeševanje evropske razsežnosti v visokem šolstvu (Černetič 2006, 251).

Pogoj za pridobitev naziva diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika ali diplomirane babice je uspešno izkazano znanje zdravstvene nege, medicinskih ved, poznavanje poklicne etike, znanj s področja družboslovja, zelo pomembne pa so tudi praktične veščine, ki jih kandidat pridobi z usposabljanjem v kliničnem okolju. Študijski program obsega 5600 ur, od tega je največ polovica teoretičnega in najmanj polovica praktičnega usposabljanja, traja 3 leta in je ovrednoten s 180 kreditnimi točkami po ECTS. Kandidati se lahko po zaključenem študiju takoj zaposlijo, brez opravljanja pripravništva in strokovnega izpita (Maze 2008, 34).

Tako smo sedaj v Sloveniji priča velikim premikom na področju zdravstvene nege. Postala je eden reguliranih poklicev in dobila status samostojne zdravstvene vede, kar se kaže tudi skozi preimenovanja visokošolskih zavodov v fakultetne ustanove. To je bil eden od formalnih kazalnikov, kako se tradicionalno pomočniški poklic spreminja v samostojnega. Zdravstvena nega je sedaj dobila priložnost za razvoj stroke v znanstveno disciplino.

Trenutno imamo izobražene medicinske sestre na štirih nivojih, in sicer: medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo, medicinske sestre z višješolsko izobrazbo (višje medicinske sestre, višji medicinski tehniki), medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo (diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica), medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo (profesorice zdravstvene vzgoje, profesorji zdravstvene vzgoje), medicinske sestre s specialistično izobrazbo (podiplomska specializacija ožjega področja

zdravstvene nege; specialist gerontološke zdravstvene nege, specialist perioperativne zdravstvene nege,...).

Pridružujejo se jim že sedaj in v bodoče še medicinske sestre drugostopenjskega študija (magistre zdravstvene nege, magistri zdravstvene nege) in medicinske sestre tretjestopenjskega bolonjskega študija (doktorice zdravstvene nege, doktorji zdravstvene nege).

Iz izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege izhajajo kompetence za opravljanje dela. Izraz kompetenca je ime za že poznane pojme: znanje, veščine in sposobnosti, ki so že dolgo prepoznani kot temelj uspešnega opravljanja delovnih nalog.

Poleg zmogljivosti (sposobnosti, spretnosti in znanj) pojem kompetenc zajema tudi motiviranost in odgovornost za neko nalogo, osebni stil in relacijo do koncepta samega sebe. Kompetence jasno določajo odgovornosti poklicev v zdravstveni in babiški negi. Tudi 55. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti (2005) pravi, da »zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost«. Zatorej lahko v okviru posameznega poklica oseba sprejme samo tiste naloge, za katere ima ustrezno izobrazbo in je za njihovo izvajanje kompetentna. V tem primeru nosi tudi polno odgovornost.

Definiranje zahtevanih kompetenc v nadvse statičnih opisih delovnih mest (sistematizacija) in analiziranje doseženih kompetenc (letni razgovori) sta največja izziva v modeliranju kompetenc v prakso zdravstvene in babiške nege ter oskrbe, kjer so še vedno prisotne posledice preteklosti (pomanjkanje višjih in diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih babic) in je bila dovoljena »improvizacija«. Potekajoče posplošeno iskanje bližnjic je spogledovanje z resnimi težavami, saj zamujamo dragoceno priložnost, da postanejo prav kompetence temeljni kamen prepotrebne prenove kadrovske strukture v dejavnosti zdravstvene nege in služijo kot osnova za nov pristop v vodenju in ravnanju z ljudmi.

Regulacija poklicev v zdravstveni negi je namenjena tako izvajalcem zdravstvenih storitev kot uporabnikom, ki jih ščiti pred tveganjem slabega izvajanja dejavnosti (prakse), in sicer tako, da: postavlja dogovorjene standarde, kompetence izvajalcev, registrira kompetence za izvajanje dejavnosti, dovoljuje uporabo poklicnih nazivov le tistim, ki so registrirani, in enakopravno uveljavlja sankcije, kot je na primer izbris posameznika iz registra, če le-ta ne

izpolnjuje standardov poklicne dejavnosti (Zdravstvena nega v luči zahteve po deregulaciji zdravstvenih poklicev 2012).

S sprejemom Odredbe (2013) o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco na področju zdravstvene nege, so na seznamu zgolj poklici diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica, diplomiran babičar ter višja medicinska sestra, višji zdravstvenik. Izvajalci zdravstvene nege s peto stopnjo izobrazbe v celoti niso regulirani, saj morajo biti vpisani le v register, ne potrebujejo pa licence. To pa ostaja problem na slovenskem področju, saj ravno zdravstveni tehniki predstavljajo 68 % vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege oziroma kar 12 923 zaposlenih zdravstvenih delavcev v zdravstvenem sistemu v letu 2013 (Zdravstvena 2012). Omenjena odredba ne upošteva dejstva, da je položaj izvajalcev zdravstvene nege s peto stopnjo izobrazbe v primerjavi z drugimi državami Evropske unije specifičen, saj le ti zaradi pomanjkanja diplomiranih medicinskih sester izvajajo številne aktivnosti in kompetence diplomirane medicinske sestre. To se je delno rešilo z Aneksom h Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi, s katerim se je rešilo le nagrajevanje zdravstvenih tehnikov za opravljeno delo.

Postopki zdravstvene nege so različni strokovni ukrepi, s katerimi pospešujemo zdravje, preprečujemo bolezni ali zaplete, lajšamo simptome bolezni in vračamo bolnikom dobro počutje ali pa neposredno sodelujemo v postopkih zdravljenja. Vključujejo pomoč, opazovanje, podporo bolnika (in svojcev) in neposredno izvajanje. Izvajanje postopkov in posegov je povezano z začetnim ocenjevanjem bolnikovih zmožnosti, s komunikacijo, odločanjem, učenjem bolnika in svojcev, z vodenjem in nadzorom, z dokumentiranjem izvajanja, strokovnim poročanjem ter z raziskovalnim delom. Za vse omenjene aktivnosti zdravstvene nege je potrebno osvojiti strokovno znanje in ustrezne izkušnje, ki jih medicinska sestra (vsi profili) pridobi z delom, začetnica/začetnik pa z izvajanjem pod nadzorstvom mentorja.

Za zdravstveno nego je izrednega pomena, da se izvaja po dogovorjenih strokovnih smernicah, ki temeljijo na raziskovalnih in strokovno utemeljenih podatkih. Postopki zdravstvene nege postanejo standardizirani takrat, ko so strokovno dorečeni (upoštevajo različne strokovne in higienske smernice ter izkušnje), varni, učinkoviti in ekonomični in kot taki uporabni na različnih področjih zdravstvene nege.

Standardizirani postopki in posegi v zdravstveni negi imajo več pomenov:

- po korakih predstavljajo potek ukrepanja medicinske sestre in razlagajo namen ustreznega koraka,
- zagotavljajo učinkovitost in ekonomičnost delovanja,
- zadovoljujejo kriterije varnosti in dobrega počutja bolnika in medicinske sestre,
- omogočajo poenotenje dela in doseganje kakovosti v zdravstveni negi,
- predstavljajo učni pripomoček tako za študente kot za zaposlene v zdravstveni negi,
- omogočajo enotni pristop pri strokovnem nadzoru izvajanja zdravstvene nege

(Zbirka standardov, postopkov zdravstvene nege in medicinsko-tehničnih posegov, Klinični center Ljubljana, Služba zdravstvene nege 1995).

Standardizirane postopke in posege izvajamo na osnovi podatkov iz ocene bolnikovega stanja, ugotovljene prioritete ter znanja in izkušenj, kateri posegi vodijo k pričakovanim ciljem. V pomoč so nam tudi standardi kakovosti zdravstvene nege (katere postopke izvajamo pri bolniku z določenim medicinskim ali negovalnim problemom in kolikokrat dnevno so potrebni za ohranitev zdravlja/dobrega počutja in preprečevanje zapletov.)

Samostojne postopke zdravstvene nege izvajamo in dokumentiramo po procesu zdravstvene nege (ocena potreb, ugotovitev problema, načrtovanje izvedbe, izvajanje in ocenjevanje učinka). Pri izvajanju medicinskotehničnih posegov po naročilu zdravnika medicinska sestra deluje samostojno, vendar ni pobudnica posega. Potrebo po storitvi zazna zdravnik, medicinska sestra pa načrtuje izvedbo, opazuje bolnika, izvede poseg, ga ustrezno dokumentira, opazuje bolnika po posegu in zdravniku ustno poroča o pričakovanih izidih in zaznanih morebitnih nepričakovanih zapletih.

Posamezne zahtevnejše medicinskotehnične posege pa izvajata medicinska sestra in zdravnik skupaj (s sodelovanjem). Pri teh posegih sta oba soodgovorna za informiranje bolnika, pravilen potek posega, opazovanje bolnika in dokumentiranje posega ter morebitnih zapletov. Pri vseh postopkih in posegih sta potrebna načrtovanje (pri katerem in kakšnem bolniku, kdo, kako, kdaj, kje, s katerimi pripomočki, na kakšen način) in pravilna priprava (izvajalke/izvajalca, sodelavke/sodelavca, prostora, pripomočkov).

2.2.5 Sistemski vidik zdravstvene nege

Dejavnost zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih lahko opredelimo kot podsystem ali pa kot element v sistemu. Burke (2002) meni, da je kakršna koli človeška organizacija boljše razumljena kot odprt sistem. Organizacija je odprta zaradi svoje odvisnosti in kontinuiranih interakcij z okoljem, v katerem deluje. Zaprti sistemi obstajajo le v neživem svetu. Za preživetje organizacija jemlje iz okolja energijo, ki je širše definirana in lahko vključuje denar, neobdelan material ali delo ljudi. Ta energija se nato transformira v produkt ali storitev, ki jo nato organizacija vrne v okolje.

Dejavnost zdravstvene nege lahko opazujemo torej kot odprti organizacijski sistem. Vsak sistem je sestavljen iz posameznih elementov in Burke (2002) pravi, da morajo vsi deli biti v soodvisnosti in harmoniji in vsi elementi morajo delovati za dobrobit celote. Ker so elementi med seboj povezani, se ob spremembi enega elementa spremenijo tudi drugi. Spremembe so odvisne od jakosti povezav med posameznimi elementi. Če torej prihaja do sprememb v dejavnosti ali v organizaciji sami, te spremembe vplivajo tudi na okolje. Vendar se okolje spreminja hitreje kot organizacije same.

Zaradi tradicionalnega videnja medicinskih sester dejavnost zdravstvene nege v praksi »še vedno ni strokovno in organizacijsko samostojna dejavnost in tako tudi ni primerljiva z razvitim svetom« (Skela Savič 2003, 216). Dejavnost zdravstvene nege in »management zdravstvene nege nista avtonomna na kadrovskega področju, pri vodenju ter razpolaganju s sredstvi« (Požun 2003, 10). Podobno navaja tudi Kamenškova (2004), in sicer, da se moramo zavedati omejenih pristojnosti odločanja menedžerjev v zdravstveni negi glede vprašanja zaposlovanja, nagrajevanja, odpuščanja zaradi centraliziranega zakonsko urejenega sistema organiziranosti. To pomeni, da je dejavnost zdravstvene nege s sistemskega vidika omejena pri odločanju o vrsti inputov. Problem vsekakor predstavljajo kadri, ki jih v nobenem zdravstvenem, niti socialnovarstvenem zavodu ni dovolj.

2.2.6 Poklicna podoba

Delo ima v življenju posameznika pomembno vlogo. Delo ima osrednjo vlogo v življenju tistih posameznikov, ki delo prepoznavajo kot vir zadovoljevanja pomembnih osebnih potreb.

Za nekatere pa je delo lahko garanje in muka, nesmiselna in monotona aktivnost, ki zadovoljuje le osnovne potrebe za preživetje in je tako rekoč nujno zlo.

Samó delo, ki ga razumemo kot možnost realizacije lastnih potreb in vrednot, je lahko vir resničnega zadovoljstva in notranje motivacije za delo (Musek 2000). Zdi se, da je življenje odraslega človeka za večno povezano z delom, pa čeprav je delo, ki ga poznamo danes, šele plod industrijske revolucije in potemtakem minljivo (Rifkin v Brečko 1998). Na delovnem mestu stopamo v nove medosebne odnose, ki izgrajujejo našo sposobnost diferenciacije. Hkrati je delovno okolje zelo pomembno za razvoj in rast osebnosti z vidika sprejemanja vlog. Delovno okolje tvori eno izmed socialnih skupin, ki jim pripada odrasel človek.

V današnjem času je prav delovna socialna skupina v zahodni kulturi najpomembnejši agens osebnostnega razvoja odraslih. Kako človek reagira v skupini, kako se vanjo vključuje, kakšno vlogo odigrava, koliko je svoboden in konformističen, v kolikšni meri je odvisen od pritiskov skupine in v kolikšni meri se ji podreja, v kakšnih pogojih se v človeku sprostijo ustvarjalne sile – vse to so vprašanja, katerih odgovori so pomembni pri povečanju produktivnosti.

Koncept samega sebe je odsev dojemanja samega sebe. Zavedanje lastnega zaznavanja je morda ključ za odkrivanje načina, kako se vedemo do drugih. Vedenje je neločljivo povezano z zaznavanjem, kar je jasno pokazano v modelu komunikacije, ki sta ga ustvarila O'Connor in Seymour (1996). Skozi zavedanje lastnega zaznavanja lahko ugotovimo, da je to, kar vidimo, odvisno od našega pogleda na objekt. Vse je odvisno od našega notranjega referenčnega okvirja. Če sem v depresiji, bom na življenje gledal kot na nevredno, in če sem srečen, se mi bo zdelo življenje razburljivo. Podobno: če sem sposoben videti samo negativno stran nekoga, ga bom zaznaval kot negativnega. Zavest o lastnem notranjem referenčnem okviru nam omogoča nemoten pogled na druge ljudi (Rungapadiachy 2003, 95).

Poklicnemu delu namenjamo vse več časa. Tisti, ki imajo zaposlitev, za delo žrtvujejo vedno več. Na račun poklicnega dela zmanjkuje časa za aktivnosti in delovanje v drugih, za človeka prav tako pomembnih socialnih skupinah.

Zato tudi ne preseneča, da se je do sedaj v zahodni kulturi večina zaposlenih identificirala s poklicno vlogo, ki vpliva tudi na scenarije vseh drugih vlog, ki jih sprejemamo v življenju.

Veliko zaposlenih se stereotipno identificira po tem, kaj dela ali kaj ima, in ne po tem, kdo je kot človeško bitje. »Biti je pomembnejše kot delati in imeti. Toda večina ljudi misli, da je delati in imeti ekvivalentno biti. V zahodni potrošniški družbi prevladuje namreč miselnost, da smo toliko vredni, kolikor je vredno naše delo. (Sem to, kar delam.) To pa zato, ker je za »biti« potrebno veliko več samozavesti in samospoštovanja» (Fridgen v Brečko 1998).

Razlog za tovrstno identifikacijo gre najbrž iskati tudi v tem, da se je socialni status dolga leta ujemal z delovnim položajem. Danes pa že opažamo premike od tradicionalnega socialnega statusa k osebnosti sami, torej premike k identifikaciji z biti, k identifikaciji s samim seboj kot živim bitjem. Ni dovolj le diploma kot zunanji in materialni dokaz doseženega socialnega statusa, vedno se vprašamo, kakšna je ta oseba kot človek.

Posameznikova zaposlitev je danes še vedno eno izmed ključnih mest za vzpostavitev njegove identitete. To nam dokazujejo tudi nezaposleni, ki zaradi spremenjene identitete preživljajo hude osebnostne krize. Posameznik, ki vse samozaupanje in samospoštovanje gradi na delovnih uspehih, namreč že ob najmanjšem delovnem neuspehu postane depresiven in izgubi zaupanje vase (Brečko v Mrak 2001).

V zadnjem času stopa pri posameznikih, pa tudi tistih v zrelih letih, v ospredje tudi proces izgradnje in nenehne rekonstrukcije poklicne identitete, ki zahteva permanentno strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje.

Pri odločanju za poklic, naj gre za tehnične poklice ali za poklice, kjer se dela z ljudmi, so udeleženi različni motivi. Najprej tisti splošni, družbeni, družinski in nato še osebni. Poklicem, ki se ukvarjajo z ljudmi, se pripisuje poseben pomen in od ljudi se v teh poklicih pričakuje več.

Sodelovanje v procesu zdravstvene obravnave je kompleksna dejavnost, kjer ni pomembno le, kaj nekdo dela (postopki, posegi, koraki), niti samo kako dela (konkretno, učinkovito, v skladu z določenimi standardi, ipd.), ampak tudi kdo to dela (kakšen je ta kot oseba, kot specifična celota različnih lastnosti) (Pahor 2005). Kakšna je ta oseba kot človek?

Ameriško združenje kolidžev za zdravstveno nego (Potter in Perry v Šmitek 1998) navaja 7 osnovnih vrednot, ki so osnova za poklicno vedenje medicinskih sester, in sicer so to: altruizem ali zavzetost za dobro počutje drugih, enakost ali upoštevanje enakih pravic, prednosti položajev, estetika ali izražanje kvalitet stvari, dogodkov ali oseb, ki nudijo zadovoljstvo oziroma zadovoljevanje potreb, svoboda ali sposobnost, pravica izbire, človeško dostojanstvo ali svojska vrednost (pomembnost, ugled) in edinstvenost posameznika,

pravičnost ali vzdrževanje moralnih ali zakonskih načel, resnica ali zvestoba resničnim dejstvom in stvarnosti. Naštete vrednote so zelo pomembne pri delu medicinskih sester in imajo velik vpliv na poklicno podobo medicinskih sester. Za delo medicinskih sester je zelo pomembna pozitivna samopodoba, samospoštovanje in pozitivna poklicna podoba.

Ljudje z nizkim samospoštovanjem ne cenijo prav zelo svojih idej in se bodo zato z večjo verjetnostjo podredili (čeprav je dolgoročno bolj verjetno, da se bodo podredili članom vrstniške skupine kot pa zdravstvenim strokovnjakom). Ljudje, ki imajo višje samospoštovanje, bodo bolj verjetno spraševali in dvomili, a jih bodo racionalni argumenti prepričali. Visoko samospoštovanje je povezano z občutkom lastne učinkovitosti in notranjim lokusom kontrole tako, da se tisti, ki čutijo, da imajo več kontrole nad svojim življenjem, bolje počutijo v svoji koži. Izobraževanje je pomemben vir občutka lastne učinkovitosti, ker daje ljudem temeljna znanja in življenjske spretnosti.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (delovna skupina, v kateri je sodelovala tudi Zdenka Mrak) je izdala dokument »Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege« (Priloga B). V dokumentu je predstavljena podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege, ki vključuje strokovno, osebnostno in zunanjo podobo. Sleherni predstavnik poklicne skupine naj bi se z njo poistovetil. S celostno podobo želijo medicinske sestre doseči visoko stopnjo strokovnosti in profesionalne kulture, ki bo omogočala varno in kakovostno izvajanje zdravstvene nege in oskrbe ter babiške nege. Želijo prispevati k odličnosti, dvigu ugleda poklica in prepoznavnosti stroke na področju celotne zdravstvene dejavnosti.

Poklicnemu delu se namenja vse več časa, zato zmanjkuje časa za druge, prav tako pomembne življenjske vloge. Medicinske sestre težko krmarijo med sfero produktivnosti, intimno sfero in sfero menjave in potrošnje. Družinsko življenje je postalo nenehno lovljenje ravnotežja med nasprotnimi ambicijami, hotenji njenih članov, ki izhajajo iz visokih zahtev po mobilnosti izobraževanja, vzgoje otrok, dela doma itd. (Ule in Kuhar 2003).

Sodobno razvita družba doživlja velike spremembe na področju znanja, informacij, izobrazbe, ustreznega dohodka in časa, ki ga ima posameznik. Po eni strani doživljamo veliko izboljšanje življenjskega standarda, zvišujeta se pričakovana življenjska doba, izobrazbena raven

informiranosti različnih storitev (socialnih, zdravstvenih, tržnih,...), po drugi strani pa smo v nevarnosti prezaposlenosti, pomanjkanja časa ali brezposelnosti.

Kdor je brezposeln, je socialno ogrožen: depresiven, nezadovoljen, tudi zdravstveno ogrožen. Tisti, ki pa je preveč zaposlen, lahko zboli, izgori in je zdravstveno ogrožen; pa tudi socialno ogrožen na način, da se izolira, osami, nima časa za vzgojo otrok in socialne stike z drugimi.

Tržni model postmodernega življenja danes predpostavlja družbo brez družin in otrok. Usmerjen je na posameznika in ukvarjanje s samim seboj: uspeh, prestiž, kariera, urjenje telesa, negovanje, športno udejstvovanje, samoizpopolnjevanje, samorealizacija, skrb za zdravo in lepo telo, joga, meditacija, potovanja (Ule in Kuhar 2003).

2.2.7 Zdravstvena nega kot ženski poklic

Z vstopom v javno sfero in zaposlitvijo se ženski nič ne zmanjša obseg njenih gospodinskih in skrbstvenih obveznosti v zasebni sferi (Zaviršek 1994). Torej so medicinske sestre tako s skrbstvenim delom dvojno obremenjene. Del dneva opravljajo negovalno delo za plačilo, drugi del dneva pa opravljajo gospodinsko in materinsko delo brezplačno doma zato, ker je to po obstoječem družbenem prepričanju njihova dolžnost in poslanstvo. Skrbstveno delo, ki v zasebni sferi ni plačano, se tako obravnava kot dejavnost in ne kot delo.

Gledanje na poklic medicinske sestre kot na dejavnost ali poslanstvo in ne kot na delo oz. zaposlitev preprečuje, da bi zdravstveno nego znali pravilno ovrednotiti (Oakley 2000).

Ženske zaradi dvojne obremenjenosti konkurirajo za manj plačana dela, dela s krajšim delovnim časom in manj odgovorna dela. Zato zasedajo manj pomembna delovna mesta. Danes, ko je zaposlovanje žensk v porastu, kar je posledica družbenega konteksta in ne osebne odločitve ženske, prodira v ospredje podoba super matere, ki zahteva popolnost na obeh področjih (Štular 1999).

Delovanje v sferi formalnega dela ne pomeni izključitve oz. manjše prisotnosti in odgovornosti ženske na področju družinskega dela, saj je potrebno stoddotno delovanje na obeh področjih. Pojem super ženske torej osvetljuje dvojno obremenjenost žensk. Tako mora sodobna ženska na eni strani popolnoma posvečati svojo empatijo, energijo in čas otroku ter na drugi strani težiti k podjetnosti, profesionalnosti in tekmovalnosti, pri čemer v posameznega od obeh svetov ne sme vnašati elementov drugega (Rener 1997).

»Nobena skupnost se ne definira kot Eno, ne da bi sebi nasproti nemudoma postavila Drugega« (De Beauvoir 1999, 14). Ženska in z njo ženskost imata dolgo tradicijo pozicioniranja na mestu drugega. Konceptualizacija ženske kot drugega v nasprotju z normativnim moškim je bila v feministični teoriji izzvana tudi skozi razmislek o pasteh identifikacije žensk in na drugi strani moških kot dveh homogenih kategorij (Braidotti 2002). Zdravstveno varstvo je eno od področij, kjer je delitev poklicev na moške in ženske najbolj vidna. V primerjavi z moškimi ženske v glavnem opravljajo poklice, ki odsevajo običajne ženske vloge, in si manj prizadevajo za službo in kariero (Oakley 2000, 94). Tradicionalne vrednote, ki diskriminirajo spol, so, da je primarna vloga ženske biti gospodinja, žena možu in mati otrokom. Vse te vloge so med seboj prepletajo. Med gospodinjska dela pa spada tudi negovanje bolnih članov družine in skrb zanje.

Ženske vidijo svoje poklicno delo tudi kot samouresničevanje, delo je lahko osrednji del samoidentitete žensk, tega pa seveda ne moremo posplošiti na vse vrste dela. Zaposlitev praviloma pozitivno vpliva na mater, ker poveča njeno samozavest, vpliva na njeno večje zadovoljstvo z življenjem v primerjavi z nezaposlenimi materami. Zaposlena mati ima na splošno bolj uravnovešen, tudi bolj emocionalen odnos do otroka kakor kronično nezadovoljna gospodinja, ki prenaša svoje averzije do življenja na otroka (Hakim 2003, 54).

Realno stanje je namreč pogosto tako, da delajo ljudje (tudi matere majhnih otrok) vse dlje in je vse več neplačanega dela. Ves čas so v skrbeh, da bodo izgubili službo, če ne bodo ugodili vsem delodajalčevim zahtevam ali jih celo presegli.

Gilbertova (1993) napoveduje, da bo v prihodnosti postopoma prišlo do zamenjave šprinterskega modela kariere, ki prevladuje dandanes, z maratonskim modelom (izraza sta prevzeta po Stroeberju 1990). Sedanji šprinterski model zahteva intenzivno požrtvovalnost za kariero v zgodnjih letih zaposlitve. Človek mora v poklicnem svetu delovati z maksimalno hitrostjo, ker gre za »dirko na kratko razdaljo«. Ponavadi sledi finančna nagrada za dolge ure, prebite v pisarni, in za enoumno vdanost delu šele v prihodnosti.

Maratonski model pa naj bi postal normativni model prihodnosti. Ta model omogoča enakomernejšo porazdelitev dohodka v življenjskem ciklu, zato imajo zaposleni na začetnih stopnjah kariere več dohodka, delajo pa manj ur (Gilbert v Ule in Kuhar 2003).

Industrijska proizvodnja je z diferenciacijo družine od ekonomije izoblikovala nov kulturni ideal ženskosti. Različni raziskovalni podatki po drugi strani kažejo še, da v vseh tipih družin ženske opravijo večino družinskega dela (gospodinjsko delo, ukvarjanje z otroki). Za ženske nezadovoljiva, nesimetrična, nepravična delitev dela v gospodinjstvu je tudi eden izmed razlogov za zmanjševanje števila otrok, saj gre iskanje harmonije med delom in družino pogosto na škodo spanja, zabave, sproščanja in samoizpolnjevanja žensk (Ule in Renner v Ule in Kuhar 2003).

Z novim Zakonom o delovnih razmerjih in s sprejemom Zakona o enakih možnostih žensk in moških smo v Sloveniji dobili pravno podlago za sprejem posebnih ukrepov za doseganje enakih možnosti žensk in moških na trgu dela. Vendar bo treba za uresničevanje načela enakosti na trgu dela sprejeti še več konkretnjših ukrepov, ki prispevajo k izboljšanju položaja žensk na trgu dela in povečanju deleža žensk med podjetniki (Renner v Ule in Kuhar 2003).

Zdravstvena nega je bila že od začetka ženski poklic, a tudi razslojen podobno kot gospodinjstvo srednjega razreda: na eni strani gospodinje in na drugi strani služkinje, dekle in pomočnice v skrbno strukturirani hierarhiji. Vsi ti sloji žensk so skupno opravljali žensko delo nege, skrbi, kuhanja in čiščenja, medtem ko so moški zdravniki od daleč nadzorovali celotno dogajanje (Jones v Pahor 2003c).

Morda ljudje preveč posplošujemo. Bolj moški pristop v medicinskem modelu zdravljenja je gledati na življenje in probleme kot na napredovanje od točke A do B, statistično kot znake bolezni in kot prognozo. Bolj ženski pogled je videti zdravje celostno, s holističnega vidika kot vseobsegajoče delovanje za dobrobit človeka, po modelu zdravstvene nege. Ženske očitno živijo s »hibo« v pogledu na zdravje in ne govorijo o zdravljenju, ampak o celjenju. Brez analitičnega pristopa medicina danes ne bi bila tam, kjer je. Brez bolj celostnega pristopa pa ne bo preživela. O tem se že javno razpravlja in postaja skoraj politično vprašanje. Medicinske sestre se morajo tega zavedati in si upati zavzeti stališče, ki najbolj ustreza položaju, v katerem so in je v dobro bolnikom in uporabnikom (Tschudin 2004, 31).

Mogoče najbolj prepoznavna družbena predstava o zdravstveni negi je, da gre za žensko delo (Jones 1994). Osnova za ohranjanje delitve dela v zdravstvu, ki razume skrb in nego kot

žensko delo, izhaja iz ideje o tem, da imajo ženske prirojene sposobnosti za nego in skrb zaradi svoje vloge pri rojevanju. To velja za ženske vseh socialnih slojev, starosti ali narodnosti. Baje so te lastnosti univerzalne in izhajajo iz ženske narave. Tudi Florence Nightingale (1820–1910) je dobro medicinsko sestro pojmovala kot »dobro žensko«: z lepim značajem, primernega družbenega izvora in visokimi moralnimi standardi (Jones 1994). Njena ideologija zdravstvene nege je predvsem želela vzpostaviti distinkcijo med neugledno in neizobraženo negovalko preteklosti in »novo«, za nego bolnikov usposobljeno osebo. Ideologija zdravstvene nege kot ženskega dela je gojila koncept ženskosti, ki predpostavlja, da obstoji sklop značilnosti in posebnih obnašanj, specifičnih za ženske. Zahteve za to službo so na primer nežnost, sočutje, sposobnost izražanja, empatija, na drugi strani pa tudi lastnosti, kot so podredljivost, vodljivost, čustvenost, iracionalnost itd. Ženske so bile vključene v organizacijo bolnišnice na način, ki je reproduciral njihovo vlogo v patriarhalni družini: triada oče – mati – otrok iz zasebne sfere je bila prevedena v triado zdravnik – medicinska sestra – pacient v javnem prostoru bolnišnice (Dingwall in drugi 1991).

Zdravstvena nega je pojmovana kot oblika materinjenja, prenesenega v javno sfero: vključuje personalizirano skrb, trdo ročno in pogosto umazano delo, dolg delavnik, potrebo po nekaj organizacijskih sposobnostih in prilagoditev na uboganje praviloma moške avtoritete. Enako kot materinjenje je nežnost in skrb pogosto videna kot normalna in naravna lastnost žensk. Skrbstveno delo se pojavlja tako v zasebni kot javni sferi, medtem ko je zdravljenje trdno zasidrano v javni sferi (Tschudin 2003, 141).

Delo iz ljubezni je postajalo (in ostaja) permanentna kategorija spolne diferenciacije in konstruktivni okvir ženske socializacije in identifikacije. Tezam o naravnem ločevanju med žensko zasebno sfero domačega neplačanega dela in na drugi strani javnostjo moške plačane zaposlitve, se je pridružila intenzivna ideologija ločevanja obeh sfer, oprta na novih znanstvenih ekspertskih teorijah (Chambers 2001).

Agresivna politika ločevanja obeh sfer je brisala prehode med domom in delom, ki so jih nekoč v vsakdanjem življenju veliko pogosteje prečkali tako moški kot ženski družinski člani. Družinsko delo kljub vključevanju posameznic v proces plačanega dela kot normi postmoderne sveta seveda ostaja ženska domena. Ostaja del zakoreninjene hierarhije med spoloma, obenem pa nas je prav ta zakoreninjenost prisilila k nujnosti impulzivnega načrtovanja, intenzivne racionalizacije časa, k smotrni kreaciji in organizaciji vsakdanjika. V tem delu se, kolikor nam uspeva rušiti spolno hierarhijo in binarnost diskurzov o moški in ženski vlogi, kažejo tiste prednosti organizacije časa in prehajanja prostorov, ki si jo bodo

morali prenekateri posamezniki še prisvojiti. Bolje, jo razviti, odkriti in uporabiti kot modele nove organizacije vsakdanjega življenja. V kolikor je bil slogan »več družinskega dela moškim« predmet »revolucionarnih« zahtev malone do izteka prejšnjega stoletja, postaja dandanes po mnenju E. Beck–Gernsheim (2002) javno legitimiran model.

Ženske so še vedno ključni nosilci odgovornosti pri zagotavljanju znosnih razmer skupnega življenja in skozi družbeno dodeljeno vlogo matere primarni element družine in zasebnosti. Družina ostaja pomemben prostor tako z vidika zagotavljanja individualne kot skupinske identitete, osebne zgodovine. Zdi se, da se želi ženskam, ne glede na to, v katerih okoljih in kohabitacijah živijo, dodatno naprtiti velik del »servisne« in negovalne dejavnosti, še zlasti, če si predočimo skrb za starejše ljudi kot bistven problem socialne politike prihodnosti. Podoba dobre žene, partnerice, matere, hčere, sestre je še vedno ujeta v okvire reprodukcijske sfere, samo po sebi razumljeno »ženske prakse«. Pogosto ni nič nenavadnega, da se ženske ob intenzivnem prepletanju fizičnega, socialnega in ekonomskega okolja veliko pogosteje kot njihovi moški kolegi in partnerji soočajo s čisto kontradiktornimi občutki moči in nemoči, zasičenosti in nujne prisotnosti, odobravanja in odrinjenosti, zadovoljstva in nelagodnosti...

Zdravstvena nega je etična disciplina, v kateri je osrednja vrednost skrb za drugega (za bolnika). Zdravstvena nega je neposredna pomoč, pri kateri izkušnje, čustva, vdanost in razmerja predstavljajo velik del vsakodnevnega dela (Tschudin 2004, 1). Skrbstveno delo vključuje določene kakovosti in posebne lastnosti, kot so: sočutje, kompetentnost, zaupanje, vest, dolžnost (Roach v Tschudin 2004). Skrbstveno delo ljudi povezuje z ljudmi oz. človeka s človekom – občutek za druge. Temeljne vrednote človeka porodijo tudi temeljne vrline – harmonije, ki vodijo k sreči. Cilj človeka je sreča – biti zadovoljen.

Medicinska etika izhaja iz načel, ki jih je prvi uvedel Hipokrat. Le-ta so predvsem: dobrodelnost (delati dobro), neškodljivost (ne škoditi), pravičnost in spoštovanje avtonomnosti posameznika. Ta štiri osnovna načela so postala načela medicine in zdravstvene oskrbe; z njimi se povezuje tudi izraz »bioetika«.

Načela medicinske etike niso vedno povsem ustrezna za zdravstveno nego, saj razmerja med medicinskimi sestrami in bolniki ter med zdravniki in bolniki temeljijo na različnih osnovah. Mnogi praktični in zgodovinski razlogi govorijo temu v prid. Razmerje med medicinsko sestro in bolnikom je bolj intimne in dolgoročne narave. Razmerje med zdravnikom in

bolnikom pa je pogosto zaznamovano z vmesnimi inštrumenti, kot sta: stetoskop in skalpel, oziroma z izvidi različnih preiskav. Le-ti so pomembni za razlago in informiranje, hkrati pa zdravnikom omogočajo beg pred osebnim stikom. Medicinske sestre so tiste, ki so prisotne, ko bolniki doživljajo in izražajo bolečino, ko so ranljivi, ali se soočajo s smrtjo. Pri tem bolniki pogosto bolj kot tehnično-znanstveni pristop potrebujejo pozornost in razumevanje. Skrb za bolne, ki pri delu upošteva etični vidik, se tako začne z dovzetnostjo, povezanostjo in odzivnostjo (Tschudin 2004).

Etika v zdravstveni negi je etika skrbi. Etika skrbi temelji na odnosu, medsebojnem povezovanju, skrbi za drugega, zaupanju, sprejetosti. Je etika z vključevanjem čustev. Etika skrbi je ženska etika, ki ni omejena s tradicionalnimi moškimi načeli, sloni na skrbi in ženskih načelih.

2.3 ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI

2.3.1 Zadovoljstvo na delovnem mestu

V življenju vsak človek odigra številne socialne vloge. Ena izmed pomembnih vlog je tudi poklicna vloga. Zadovoljstvo z izbiro poklica in delovno okolje imata najpomembnejšo vlogo pri oblikovanju poklicne podobe in posledično tudi vplivata na zadovoljstvo posameznika na delovnem mestu (Mrak 2005). Delovno okolje tvori eno izmed pomembnih socialnih skupin, ki jim pripada odrasel človek. Je zelo pomembno za razvoj in rast osebnosti z vidika sprejemanja vlog. Poklicnemu delu dandanes namenjamo vse več časa. Velikokrat nam zmanjkuje časa za ostale aktivnosti in delovanje v drugih, za človeka tako pomembnih socialnih skupinah in vlogah.

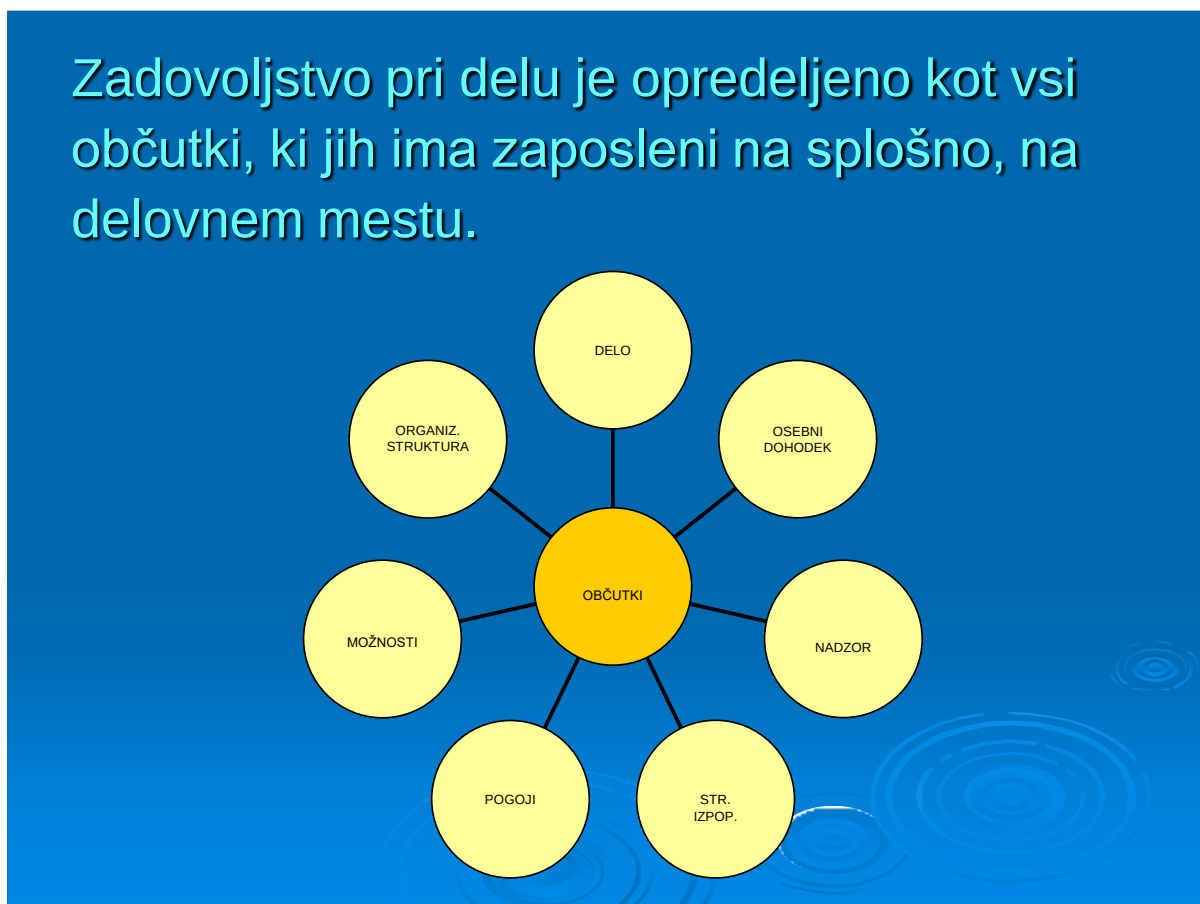
Zadovoljstvo je subjektivni občutek, ki nastane na podlagi primerjav med pričakovanim in dejanskim stanjem. Zadovoljstvo z izbiro poklica in delovno okolje imata najpomembnejšo vlogo pri oblikovanju poklicne podobe in posledično tudi vplivata na zadovoljstvo posameznika na delovnem mestu. Zadovoljstvo zaposlenih izhaja iz medčloveških odnosov in je odvisno predvsem od možnosti zadovoljevanja osebnostnih potreb. Komunikacija in odnosi so eden ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih (Mrak 2005).

Zadovoljstvo pri delu je opredeljeno kot vsi občutki, ki jih ima zaposleni na splošno o službi. Vsebuje delo, osebni dohodek, nadzor, strokovna izpopolnjevanja, možnosti, pogoje in organizacijsko strukturo (McNeese–Smith Servellerr v Zupančič 2001). Musek Lešnik (2008) trdi, da je zadovoljstvo zaposlenega odvisno od treh stvari: delo zaposlenemu ponuja tisto, kar naj bi zaposlenemu ponujalo, da zadovolji svoje dejanske potrebe; z delom zaposleni uresničuje tisto, kar si želi in čuti, in zadovoljstvo osebnega življenja in sorazmerni del svojega zadovoljstva daje delu v podjetju.

Po mnenju Mihaliča (2008) zadovoljstvo zaposlenih pomeni zelo izrazito pozitivno čustveno stanje, ki predstavlja rezultat k pristopu doživljanja dela, rezultat k pojmovanju in ocenjevanju stanja okolja dela, rezultat izkušenj pri delu ter rezultat načina zaznavanja vseh sestavin dela in delovnega mesta. Gre za posameznikovo učinkovito reakcijo na delo, okolje in pogoje dela ter delovno mesto.

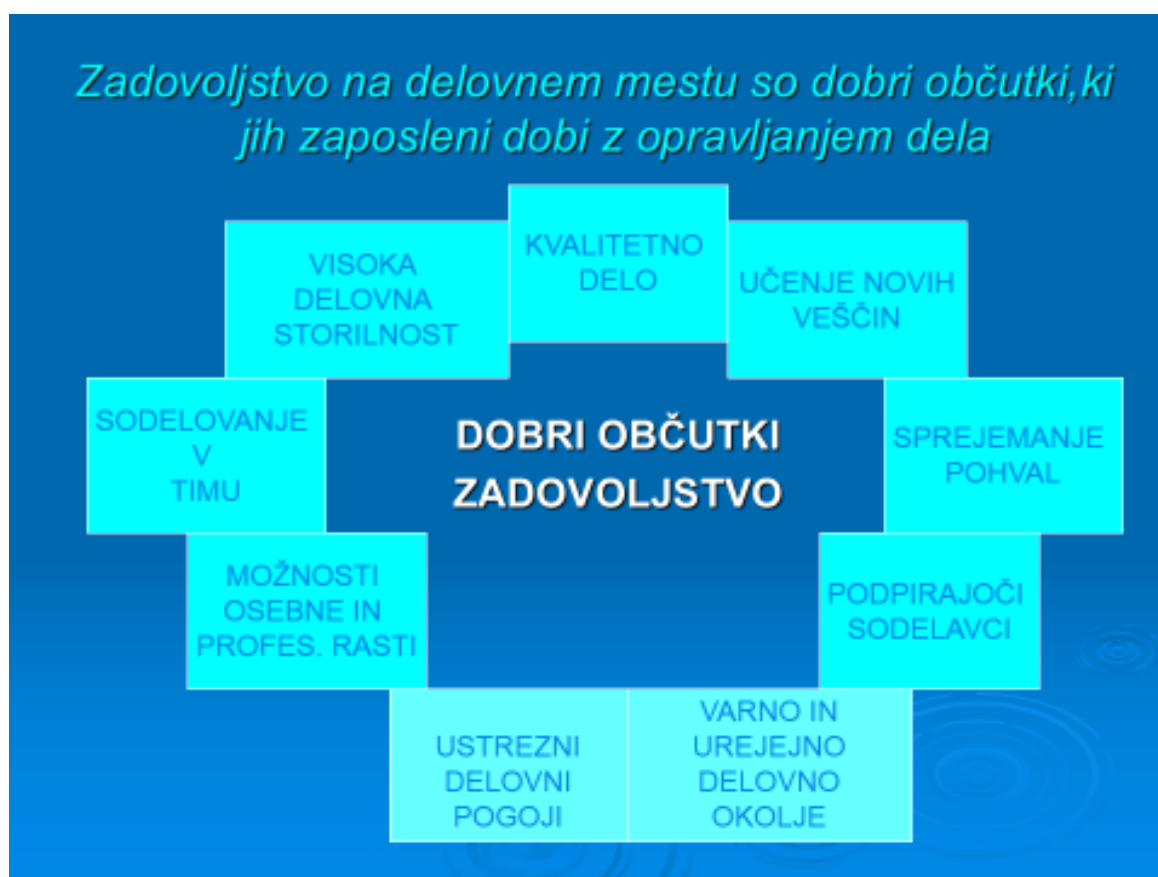
Na osnovi opredelitve zadovoljstva zaposlenih smo pripravili miselni vzorec o občutkih zaposlenega na delovnem mestu in shemo o dobrih občutkih, ki jih zaposleni dobi z opravljanjem dela.

Slika 2.1: Vsi občutki zaposlenega na delovnem mestu



Zadovoljstvo zaposlenih izhaja iz medčloveških odnosov in je odvisno od možnosti zadovoljevanja osebnostnih potreb. Za zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege so najbolj pomembni dobra komunikacija, spoštljivi in korektni medsebojni odnosi, profesionalni odnosi nadrejenih do podrejenih, dobra organizacija dela, ustrezna kadrovska zasedba, primerni delovni pogoji, ustrezno plačilo, normalne obremenitve.

Slika 2.2: Dobri občutki zaposlenega z opravljanjem dela



Zadovoljstvo na delovnem mestu so dobri občutki, ki jih zaposleni dobi z opravljanjem dela.

Dobri občutki in s tem tudi zadovoljstvo na delovnem mestu lahko izhajajo iz visoko delovne storilnosti, kvalitetnega dela, učenja novih veščin, sodelovanja v timu, podpirajočih sodelavcev, možnosti osebne rasti in sprejemanja pohval (Achieving job satisfaction v Zupančič 2001).

Nezadovoljstvo pri delu lahko povzroča nizko delovno storilnost, slabšo produktivnost, odhajanje zaposlenih, absentizem in je zelo drago za delovno organizacijo. Ostajanje zaposlenih na delovnem mestu je pomemben kazalec zadovoljstva z delom (Shader in drugi 2001 v Zupančič 2001).

Možina in drugi (2002, 184) dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih, združijo v šest različnih skupin, in sicer vsebina dela (možnost učenja, uporabe znanja, strokovna rast....); posameznikova ustvarjalnost (samostojnost pri razporejanju delovnega časa, možnost odločanja o prioritetnih nalogah...; plača, dodatki in ugodnosti; organizacija dela (skrb za

nemoten potek dela, usmerjenost v delovne naloge, ohlapen nadzor....); timsko delo (skupinski duh, sproščena komunikacija med zaposlenimi in vodji); delovne razmere (majhen telesni napor, varnost pred obolenji, odpravljanje motečih dejavnikov fizičnega okolja, npr. hrup...). Na zadovoljstvo zaposlenih torej vplivajo številni dejavniki. Ker smo ljudje med seboj različni, imamo različne želje, cilje, dejavnike, zadovoljstva. Kar enega zaposlenega zadovoljuje, še ni nujno, da tudi drugega. Vsak dejavnik ima drugačen vpliv na zaposlenega, v splošnem pa dejavnike zadovoljstva zaposlenih razdelimo v tri velike skupine, in sicer na organizacijske, skupinske in osebne.

Dobri občutki, ki jih zaposleni dobi z opravljanjem dela, so močno odvisni od sporazumevanja in odnosov. Sporazumevanje je največji samostojni dejavnik, ki odloča o tem, kakšne vrste odnosov bo kdo vzpostavil z ljudmi okrog sebe in kaj se bo z njim dogajalo. Kakovost življenja posameznika in medsebojnih odnosov, tako v privatnem kot v službenem okolju, ter vsestranska učinkovitost osebnosti sta vezani v veliki meri na komunikativne sposobnosti. Ključnega pomena za odnose je način komuniciranja, kakršnega znamo, zmoremo in hočemo gojiti z ljudmi.

Zadovoljstvo zaposlenih pomeni izpolnjevanje njihovih potreb in pričakovanj pri uresničevanju osebnih in skupnih ciljev. Tu je mišljena percepcija, kako zaposleni dojemajo lastno organizacijo, svoje možnosti in delovne razmere. To so povratne informacije o potrebah in pričakovanjih.

Z organizacijsko klimo oz. psiho-socialno klimo razumemo vzdušje v organizaciji, ki vpliva na vedenje zaposlenih in izrabo njihovih zmogljivosti. Pomeni percepcijo vseh tistih vidikov delovnega okolja (dogodki, postopki, pravila, odnosi), ki so za zaposlene psihološko smiselni in pomembni. Merjenje organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih je nepogrešljivo pomembno orodje za ugotavljanje možnosti vnašanja izboljšav pri ravnanju z ljudmi pri delu.

2.3.2 Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu

Delovno mesto medicinskih sester je kot oder. Ko smo stopili nanj, smo prevzeli odgovornost za kakovost opravljenega dela, ki nam je zaupano. Na tem odru nas vsi opazujejo, na odru neprestano komuniciramo oziroma se sporazumevamo, kajti ni mogoče »ne komunicirati«. Sporazumevanje je največji samostojni dejavnik, ki odloča o tem, kakšne vrste odnosov bo

kdo vzpostavil z ljudmi okrog sebe in kaj se bo z njim dogajalo. Komunikacija in odnosi so eden izmed ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih (Mrak 2005).

Številne raziskave o merjenju kakovosti življenja in dela medicinskih sester so pokazale, da je potrebno povečati stopnjo zadovoljstva medicinskih sester.

Zadovoljstvo medicinskih sester je posredno odvisno od stopnje obremenitve pri delu. Na zadovoljstvo pomembno vplivata vsebina dela izvajalcev zdravstvene nege in delovno okolje. Značilnosti dela, avtonomija pri delu, stopnja rutinskega dela, povratne informacije o delu, jasno definirana vloga močno vplivajo na zadovoljstvo (Irinova v Bohinc in drugi 1999).

Zaletel (1997) ugotavlja, da je za medicinske sestre pomembno samostojno delo, timsko delo, medosebni odnosi, možnosti pridobiti si več znanja, pohvale ter spoštovanje sodelavcev in bolnikov. Osebni dohodek ni najpomembnejši in z njim v večini niso zadovoljne.

Bekš (1997) je raziskovala zadovoljstvo v Kliničnem centru Ljubljana med 120 medicinskimi sestrami in navaja kot dejavnike nezadovoljstva neustrezno vodenje, neustrezen delovni kolektiv, težke delovne pogoje ter premajhno socialno pomoč.

Plank (v Zupančič 2001) v raziskavi na vzorcu 233 medicinskih sester prihaja do zaključkov, kaj bi izboljšalo zadovoljstvo na delovnem mestu: višji osebni dohodek, bolje ovrednoteno nočno in nedeljsko delo, pohvala nadrejenih, odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki, več medicinskih sester, dovolj delovnih pripomočkov in boljši delovni pripomočki ter več možnosti za strokovno izobraževanje.

Grabnar in Košak (v Zupančič 2001) ugotavljata glavne vzroke nezadovoljstva medicinskih sester: preobremenjenost z delom, za delo ne dobijo ustreznih pohval, priznanj, premalo je možnosti strokovnega izobraževanja in majhen je vpliv pri reševanju problemov. Raziskava je tudi pokazala, da le slaba polovica medicinskih sester prihaja na delo z veseljem in da tudi opravlja dela, ki niso v njihovem delokrogu. Glavna vzroka nezadovoljstva medicinskih sester na delovnem mestu sta slaba organizacija dela in slabi medsebojni odnosi v negovalnem in zdravstvenem timu.

V raziskavi o merjenju zadovoljstva v splošni bolnišnici, v katero je bilo zajetih 115 oseb, se je pokazalo, da so medicinske sestre bolj zadovoljne z možnostmi osebnega razvoja in profesionalnega razvoja kot zdravstveni tehniki. Veliko jim pomeni dobro sodelovanje v negovalnem timu in počutje v okolju, kjer delajo. Obe skupini sta nezadovoljni z osebnimi dohodki (Bohinc in drugi v Zupančič 2001).

Fink (v Zupančič 2001) v Splošni bolnišnici Novo mesto pri 38 medicinskih sestrah navaja dejavnike zadovoljstva: hvaležnost bolnikov, delo v dobrem timu, pridobivanje dodatnega znanja, možnost poklicnega napredovanja, samostojno opravljanje dela ter pohvala vodje.

Horvat (2001) podaja glavne vzroke nezadovoljstva pri 40 zaposlenih: neupoštevanje inovativnosti zaposlenih, premajhna možnost za razvoj kariere in strokovnega izpopolnjevanja, nezadostno plačilo za opravljeno delo, neučinkovitost in neuspešnost strokovnih sestankov.

Barovnica (v Zupančič 2001) v raziskavi v bolnišnici Golnik na 127 osebah navaja, da medicinske sestre z več izobrazbe čutijo večjo odgovornost in s tem tudi večje zadovoljstvo na delovnem mestu.

2.3.3 Kakovost zdravstvene obravnave

Danes veliko govorimo o kakovosti. Koncept kakovosti postaja nujnost in ima velik vpliv na zdravstveni sistem in izvajalce zdravstvenega sistema.

Kakovost v zdravstveni oskrbi se obravnava z medicinskega, zdravstvenonegovalnega, ekonomskega, organizacijskega, pravnega, psihosocialnega, etičnega, ekološkega in drugih vidikov. Kakovost zdravstvene obravnave obsega tri dimenzije, in sicer kakovost odjemalca, kakovost stroke in kakovost managementa. Bistvena elementa kakovosti dela v zdravstvu sta kakovost medsebojnih odnosov zaposlenih in zadovoljstvo z delom.

Zadovoljstvo medicinskih sester kot element kakovosti managementa pomembno vpliva na produktivnost zdravstvene nege, na zadovoljstvo pacientov ter posledično zmanjšuje stroške zdravljenja in zdravstvene nege.

Eden izmed pomembnih kazalcev kakovosti zdravstvene nege je tudi zadovoljstvo zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege. Merila za zadovoljstvo zaposlenih so številna in glede na to se postavlja veliko vprašanj, in sicer:

- Kako so zaposleni motivirani z: možnostmi, napredovanji, komunikacijami, pooblaščenjem, sodelovanjem, voditeljstvom, možnostmi izobraževanja in usposabljanja, priznavanjem uspešnosti, postavljanjem ciljev in ocenjevanjem, vrednotami, poslanstvom, vizijo, politiko in strategijo organizacije.
- Kako so zaposleni zadovoljni s: pogoji zaposlovanja, ugodnostmi, zdravstvenimi in varnostnimi pogoji, varnostjo zaposlitve, nagrajevanjem, odnosi med sodelavci, uvajanjem

sprememb, okoljevarstveno politiko organizacije in njenim vplivom, vlogo organizacije v skupnosti in družbi, delovnim okoljem.

- Kako so zaposleni motivirani in sodelujejo v: delovnih skupinah za izvajanje in izboljševanje procesov, pri predlogih za izboljšave, pri usposabljanju in razvoju, kako so zadovoljni z vrednotenjem skupinskega dela, s priznanji za posameznika in skupine, z reakcijskim časom vodij na ocene zaposlenih; ali prihaja do krivične obravnave zaposlenih, kakšni so trendi zaposlovanja, učinkovitost komuniciranja, hitrost odgovora na vprašanja in poizvedovanja.

Kazalci zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana so: ustrezni delovni pogoji, varno, urejeno in prijazno delovno okolje, ustrezno priznanje in nagrajevanje, permanentno izobraževanje, izraba delovnega časa, spremljanje poškodb pri delu, spremljanje zdravstvenega stanja zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege (redni sistematski zdravniški pregledi), letni razgovori z zaposlenimi, anketa o zadovoljstvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Delovna organizacija in organiziranost sta velikokrat tisti, ki kreirata probleme. Vodenje ima izjemen vpliv na zadovoljstvo zaposlenih. Ponavadi se vodenja ne učimo. Od lastnosti vodij sta odvisna kakovostno, uspešno delo skupine in zadovoljstvo zaposlenih.

Mayer je že leta 2003 napisal, da »zadovoljni zaposleni svoje nadrejene cenijo, ker so poštene, razumevajoči, ker jih spoštujejo, ker so pravični, iskreni in prijazni, ker so direktni, ker znajo poslušati, komunicirati, jim zaupajo in so človeški. Sovražijo pa njihovo vzkipljivost, koleričnost, zadirčnost, hinavstvo in zahrbtnost, razlikovanje, ki ga delajo med sodelavci, arogantnost, nesposobnost organiziranja, nepoštenost, zaletavost, slabovoljnost in občasno prezahtevnost« (Mayer 2003a).

2.3.4 Razsežnosti poklicne vloge medicinskih sester

V življenju ljudi se zrcalijo številne vloge. Vsaka vloga od nas zahteva določeno vedenje, ravnanje, obnašanje, izpolnjevanje dolžnosti; torej, toliko kot je vlog in dolžnosti, je tudi odgovornosti. Ena izmed pomembnih življenjskih vlog je tudi poklicna vloga, iz katere izhaja

poklicna odgovornost. Medicinske sestre smo odgovorne za svoje delo. Naša dolžnost je skrb za pacienta. Naša dolžnost je istočasno pravica pacienta.

Če sprejmemo odgovornost za nekaj, v resnici dobimo moč, da neko situacijo razrešimo, dobimo zmožnost odzivanja, ne pa nasprotno, torej nemoč (Mrak in drugi 2015).

Še ena dimenzija koncepta samega sebe je samospoštovanje oziroma cenjenje samega sebe. To opisujemo kot vrednost, ki jo nekdo pripisuje samemu sebi. Samospoštovanje oziroma cenjenje samega sebe ima tako pozitiven kot negativen pol. Če imam, npr., o sebi dobro mnenje, bo to pomenilo, da imam visoko samospoštovanje. In nasprotno, če imam slabo mnenje o samem sebi, imam nizko samospoštovanje. Tako samopodoba kot samospoštovanje neposredno vplivata na vedenje posameznika. Pozitivna samopodoba in visoko samospoštovanje vodita do asertivnega in samozavestnega vedenja. Negativna samopodoba in nizko samospoštovanje pa vodita do vedenja, ki kaže na pomanjkanje samozavesti (Rungapadiachy 2003, 108–109).

Samospoštovanje je emocionalna razsežnost identitete in hkrati osnova za vzpostavitev samopodobe. (Rosenberg v Kobolt 2000) opredeljuje samospoštovanje kot pozitivno ali negativno stališče posameznika do sebe. Pozitivno stališče ali visoko samospoštovanje pomeni, da se posameznik sprejema takšnega, kot je, da se ceni, da je zadovoljen sam s seboj, da se čuti vrednega spoštovanja itd. In obratno: oseba z negativnim stališčem do sebe ali nizkim samospoštovanjem se ne ceni, svojih lastnosti ne odobrava, njeno mnenje o sebi je negativno itd. V eni izmed raziskav avtor opozarja na visoko povezanost med nizkim samospoštovanjem, depresijo in anksioznostjo.

Nekateri pojmujejo samospoštovanje kot pozitivno ali negativno oceno samopodobe, ki se nanaša bodisi na odobravanje bodisi na zavračanje samega sebe in kaže stopnjo posameznikovega prepričanja v svojo sposobnost, vrednost in pomembnost.

(Burns v Kobolt 2000) pa v samospoštovanju vidi proces, v katerem posameznik ocenjuje svoje lastne podvige, sposobnosti in lastnosti v skladu s svojimi ponotranjenimi standardi in vrednotami.

Spoštovanje je eden izmed temeljnih ciljev pri vzgoji za vrednote. Spoštovanje je najprej sprejemanje svoje bitnosti in konkretnosti. Iz spoštljivega odnosa do sebe se razvija spoštljiv odnos do drugih. Nespoštljiv odnos med ljudmi je zelo pogost tako v širši družbi kot tudi v družinah.

Obsežna longitudinalna raziskava o kariernih sidrih v Sloveniji je pokazala, da posameznikov uspeh v poklicu opredeljujejo predvsem trije elementi: vrednote in notranja prepričanja, torej neke vrste samopodoba, sposobnost in motivi, ki pomenijo posameznikovo karierno sidro. To je tisti dejavnik v posameznikovi predstavi o sebi, ki se mu ne odreče niti, ko so pred njim težavne odločitve.

Posameznikovo karierno sidro se vedno ne ujema s poklicem, ki ga opravlja, bodisi zaradi zunanjih omejitev bodisi slabega poznavanja sebe ter napačne poklicne odločitve, toda to tudi pomeni, da takšen posameznik ne zmore udejanjiti vseh svojih sposobnosti, in to je slabo zanj in za organizacijo (Brečko 2006).

Koncept kariernih sider temelji na posameznikovi samopredstavi in njegovem sistemu vrednot, prepričanj in na dejanskih sposobnostih.

Pomembni karierni elementi so: splošen opis kariernega sidra; vrsta dela, ki bi ga posameznik v določenem kariernem sidru najraje opravljal glede na svoje motive, in vrednote; s kakšnim sistemom napredovanja naj organizacija promovira njegovo delo.

Nekateri se odločijo za poklic zaradi pomembnih vrednot, ki jih želijo izraziti pri svojem delu. Bolj jih zanimajo same notranje vrednote kot njihova dejanska nadarjenost ali področja, za katera so posebej nadarjeni. Njihove karierne odločitve temeljijo na notranji želji, da bi tako ali drugače izboljšali svet. Karierno sidro predanosti je značilno za posameznike, ki delujejo v poklicih, ki zahtevajo od njih, da pomagajo drugim: zdravniki, medicinske sestre, socialni delavci, učitelji, duhovniki itd.

Vrsta dela – posamezniki s sidrom predanosti si želijo delo, ki bi jim omogočalo, da bi vplivali na organizacijo, ki jih zaposluje, ali na družbeno politiko v skladu s svojimi vrednotami. Napredovanje – za posameznike, zasidrane v sidru predanosti, napredovanje pomeni karierni premik v vloge, ki jim omogočajo vpliv na sistem vrednot organizacije in družbe. Če imajo na novem položaju več moči vplivati na sistem vrednot organizacije, projekta ali družbe sploh, je to njihovo »življenjsko« napredovanje. Prav tako pa cenijo tudi napredovanje v vloge, ki jim omogočajo večje samostojno delovanje (Brečko 2006).

2.3.5 Obremenitve poklica medicinske sestre, stres na delovnem mestu

Stres lahko povzročajo najrazličnejše situacije, s katerimi se srečujemo v našem vsakdanjem življenju. Te situacije ali dogodki lahko izvirajo bodisi iz našega zasebnega življenja (smrt bližnjega, prometna nesreča, selitev, razveza) ali pa izhajajo iz dela, ki ga opravljamo (negotovost zaposlitve, večje število nadur, sprememba delovnega mesta, izguba zaposlitve, izredno zahtevne delovne naloge, ki presegajo posameznikove sposobnosti) (Levovnik 2014).

Specifičen sindrom, ki je posledica podaljšane izpostavljenosti delovnemu stresu in je značilen predvsem za poklice, ki jih označuje obsežno delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah poimenujemo z izrazom izgorelost (Stopar Sitar in drugi 2012).

Izgorelost (ang. burnout) bi najkrajše opisali kot kronično stanje skrajne psihofizične in čustvene izčrpanosti (Pšeničny 2008). Gre za pojav telesne in čustvene uvelosti, ki vodi do negativnega odnosa do samega sebe, do lastnega poklica, pa tudi do izgube sposobnosti prisluhniti sočloveku (Kaučič 2002).

Sindrom izgorelosti v zdravstveni negi je pojav, na katerega moramo biti pozorni, saj spada poklic medicinske sestre med poklice z visoko stopnjo ogroženosti za nastanek tega pojava (Halbwachs 2013). Zaposleni v zdravstveni negi se pri svojem delu soočajo s stresnimi situacijami, ki izhajajo iz konfliktnih medosebnih odnosov bodisi z bolniki, njihovimi svojci ali sodelavci. Medicinske sestre so velikokrat prve, včasih tudi edine, na katere se obrnejo svojci s svojimi pritožbami. Na nastanek sindroma izgorevanja vplivajo številni vzroki in problemi, ki so odvisni od delovnega mesta zaposlenega (Meden Klavora 2003). Niso pa vsi ljudje enako dovzetni za stres in tudi za izgorelost. Velik vpliv ima osebnost vsakega posameznika in njegov prag tolerance stresnih dejavnikov (Kent 2007).

Stres pri delu se lahko pojavi pri širokem razponu delovnih pogojev. Večja mera stresa je pogosto prisotna, če imajo zaposleni občutek, da imajo premalo podpore s strani nadrejenih in sodelavcev, ter v primerih, ko imajo premalo nadzora nad delom ali nad tem, kako se lahko soočajo z njegovimi zahtevami in pritiski. Pri tem je potrebno opozoriti, da je pritisk pri delu skoraj neizbežen. Pritisk, ki je s strani posameznika označen kot sprejemljiv, lahko namreč vzdržuje pozitivno vzbujenje, motivacijo za delo in učenje. Šele takrat, ko ta pritisk postane prekomeren ali kako drugače neobvladljiv, pripelje do doživljanja stresa (Pastirk 2010).

Podatki raziskav Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmerij (Eurofound), Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA) in Statističnega urada RS kažejo, da je stanje glede obvladovanja psihosocialnih tveganj na delovnem mestu v Sloveniji precej slabo. Kar 72 odstotkov Slovencev pogosto doživlja stres na delovnem mestu, slabše od Slovencev so se odrezali le Grki in Ciprčani, povprečje v EU pa je 51odstotkov. Podatki za Slovenijo so tako ponovno potrdili visoko intenzivnost dela, saj so anketiranci večinoma poročali o prevelikem obsegu delovnih nalog in slabi organizaciji dela.

Vzroki za nastanek izgorelosti med medicinskimi sestrami so: umiranje in smrt, turnusno in nočno delo, slaba razporeditev dela v skupini, pomanjkanje strokovnega izpopolnjevanja, različne in številne vloge, heteromorfnost poklica, konflikti s stanovskimi kolegicami in z zdravniškim osebjem. Še posebej so ogrožene mlade neizkušene medicinske sestre. Velik izvor stresa predstavlja tudi položaj medicinske sestre, ki je pogojen s hierarhijo (Pečnik Vavpotič 2003).

Eden izmed pomembnih vzrokov za nastanek izgorelosti med medicinskimi sestrami so tudi težke delovne obremenitve, pomanjkanje osebja, izjemna odgovornost pri delu.

Slabše telesno ter duševno zdravje delavcev pa posledično neizbežno vodi do slabšega delovanja celotnega podjetja oziroma ustanove.

Na ravni organizacije se posledice stresa najprej pokažejo na štirih področjih, in sicer na področju sodelovanja, uspešnosti, stroškov ter ugleda ustanove.

- Področje sodelovanja: izostajanje z dela, fluktuacija zaposlenih, zamujanje, disciplinske težave, trpinčenje, agresivno komuniciranje, izolacija.
- Znaki z vidika uspešnosti so: zmanjšana storilnost ali kakovost izdelka ali storitve, nezgode, slabše odločanje.
- Na področju stroškov se posledica stresa kaže: povečani stroški za nadomestila ali povečani stroški zaradi izplačanih odškodnin, izguba dobrega imena podjetja.
- Ugled ustanove: izguba dobrega imena ustanove, zmanjšanje ugleda poklica

(Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu 2010).

Po podatkih agencije EU – OSHA bi naj letno stroški zaradi stresa, povezanega z delom, v državah članicah Evropske unije znašali 20.000 milijonov evrov (European Agency for Safety and Health at Work 2009).

V Sloveniji narašča število bolniških odsotnosti zaradi stresa in njegovih škodljivih posledic. Stres na delovnem mestu prizadene 28 % zaposlenih v državah Evropske unije, v Sloveniji pa kar približno 45 %! Ocenjuje se, da so ekonomski stroški stresa na delovnem mestu v državah Evropske unije med 3 in 4 % BDP. Situacija v Sloveniji je primerljiva, saj so po raziskavah znašali stroški v letu 2010 približno 1,2 milijarde EUR (Quality in work and employment 2007).

2.3.6 Problem organizacije dela in vodenja v zdravstveni negi

Vodenje je sposobnost vplivati, spodbujati in usmerjati sodelavce k doseganju želenih ciljev. Je znanost in umetnost, ki ju je potrebno osvojiti. Dober vodja mora imeti potrebno znanje in pogum. Proces organiziranja je smotrno zaporedje izvajanja delnih nalog oz. operacij. Organiziranje številnih dejavnosti je neprekinjen proces, ki ga je treba opravljati v vsaki organizaciji. Z organiziranjem členimo dejavnosti na potrebne delne naloge oz. operacije in postavljamo logično zaporedje njihovega izvajanja (Ivanko 1994).

Človeške zmožnosti so zelo raznovrstne in se nanašajo na različna področja njegovega življenja. Govorimo o psihičnih, fizioloških in fizičnih zmožnostih. V glavnem so to sposobnosti, znanja, spretnosti in osebne lastnosti. Človekove zmožnosti je potrebno ustrezno angažirati oz. »sproščati« človekove zmožnosti. Obstajajo različni načini postopanja z ljudmi oz. načini izrabljanja njihovih zmožnosti. To so t.i. modeli. Če premislimo, kaj in kako bomo delali, lahko pridemo do potrebnega modela ravnanja z ljudmi. Bistveno je, v kakšni situaciji se bomo znašli, kajti situacije bodo narekovale izbiro enega modela ali kombiniranje več modelov (Lipičnik 1994).

Zavedati se je potrebno, da lahko vodja s svojo komunikacijo vpliva na vedenje zaposlenih in ga tudi spreminja. Skela Savič (2007) in Yazbeck (2004) ugotavljata, da prav hierarhija in moč vodje v bolnišnicah predstavljata oviro za uspešno komuniciranje. Zidar Gale (2004)

ugotavlja, da dobro razvite spretnosti komuniciranja vodje pripomorejo k večji storilnosti in zadovoljstvu na delovnem mestu.

Lorber (2010) ugotavlja, da mora vodja znati reševati nastale konflikte na ustrezen način, to pomeni, da mora biti objektiven in izhajati iz svoje nevtralnosti. Po mnenju zaposlenih se vodje še vedno občasno konfliktom izogibajo ali pri reševanju konfliktov uporabijo prevladovanje, osebno moč, čeprav sami menijo, da konflikte aktivno rešujejo ter da pri reševanju konfliktov uporabljajo kompromis, prilagajanje in dogovor.

Velepič (v Klemenc 2007) za nesoglasja in konflikte med zdravstvenimi delavci ugotavlja naslednje vzroke: slaba organizacija dela ter pomanjkljivo znanje s področja menedžmenta in komunikacije pri vseh poklicnih skupinah v zdravstvu. Gruber in Hartman (2007) ugotavljata, da vodja v zdravstveni negi, ki mu manjka pogajalskih spretnosti, ni učinkovit.

McVicar (2003) ugotavlja, da izboljšanje vodstvenih spretnosti vodje zmanjša konflikte in hkrati izboljša timsko delo. Hkrati (Medina in sodelavci v Skela Savič 2011) ugotavljajo, da konflikti v timu zmanjšujejo stopnjo zadovoljstva z delom in dobro počutje zaposlenih.

Mayer (2003b) je razvozlal pomembne lastnosti uspešnih vodij in jih razdelil v tri skupine. Najvišje so se uvrstile naslednje lastnosti: motiviranje sodelavcev, poštenost, sposobnost organiziranja.

1. Na prvem mestu med motivacijskimi dejavniki so zanimivost in izzivalnost dela, dobri odnosi s sodelavci in vodjem ter možnost kariernega razvoja. Šele nato sledijo plača in druge materialne ugodnosti.
2. Druga skupina najpomembnejših lastnosti uspešnih vodij so: poslušanje sodelavcev, odgovornost, odločnost in energija. Poslušanje sodelavcev izključuje nadrejeni odnos vodje, ki je primeren za vodenje standardiziranega dela, medtem ko je za ustvarjalno delo treba poslušati in upoštevati ideje in predloge sodelavcev ter zagotavljati enakopravno komunikacijo in odprte odnose. Odgovornost pomeni odgovornost za rezultate dela sodelavcev in svoje ravnanje ter sprejemanje ustreznih sankcij.
3. V tretji skupini so razgledanost, samokritičnost, večšina moderiranja, izrazna moč in ustvarjalnost.

Danes so ključne voditeljske veščine povezane z razvojem sposobnosti predvsem na področju mehkih veščin vodenja, za kar pa je potrebno poznati in obvladati učinkovite komunikacijske

veščine. Prav tako bi bilo smiselno izvajati supervizijo, metodo fokusnih skupin ter intravizijo. Na tak način bi bili zaposleni zadovoljnejši, izboljševala bi se tudi kakovost dela. V praksi zdravstvene nege bi bilo potrebno vodjem zagotoviti več časa za vodenje (Ovijač 2011, 251).

Spremembe so v obdobju burnih preobratov, od osebne do globalne ravni, postale pravilo. Izpeljava in usmerjanje sprememb je zahtevna in naporna naloga, ki je postala eden glavnih izzivov za menedžerje (Pettigrew in drugi 2001).

Načelo prostega pretoka zagotavljanja zdravstvene oskrbe in posledično uveljavljanje mednarodnih standardov s področja menedžmenta kakovosti in varnosti pacientov izvajalce zdravstvenih storitev postavlja pred neposredno zahtevo po spreminjanju organizacijske kulture in klime. Akreditacija bolnišnic je eno izmed orodij menedžmenta, ki bolnišnicam omogoča, da se učinkovito prilagajajo vse hitreje spreminjajočim se družbenim razmeram.

Zdi se, da managerji v resnici upravljajo, vodijo in sprejemajo odločitve, vendar v resnici se vse to nanaša na ljudi. Odločitve pa so vedno povezane z izbiro možnosti. Možnosti niso samo abstraktne kalkulacije; njihova podlaga so vrednote, potrebe, hotenja, občutki ter pravice. Odločitve in možnosti sprejemamo z vsem svojim bistvom, ne le z glavo ali z očmi. To spoznanje pomeni, da je pri tem upoštevana tudi etika. Ljudje, ki menijo, da etika in managerji nimajo nič skupnega, ne vedo veliko o etiki ali pa poznajo le lastne vrednote in kulturo. Takšni ljudje z neupoštevanjem vrednot ter kulture ostalih postavljajo sebe nad etiko, kar je zelo nevarno.

Zadovoljstvo pa je nekaj, kar lahko dosežemo in kar lahko traja zelo dolgo.

Lahko rečemo, da se vsak manager na vsakem nivoju ukvarja s srečo in zadovoljstvom, kar dela predvsem z izboljšanjem veščin svojih podrejenih. Tukaj so zajeti tako poslovna kultura podjetij, vrednote, ki jih ljudje pojmujejo kot ključne prodajne točke, pravila in standardi teh ustanov (Tschudin 2003, 99).

V strokovnih literaturah, ki obravnavajo ljudi v organizaciji (podjetja, zavodi), tovrstno problematiko označujejo z besedami kadrovskega managementa, managementa kadrovskih virov, ravnanje s človeškimi viri in podobno. Gre za to, da so ljudje najpomembnejši dejavnik organizacije. Marsikaj vpliva na storilnost, uspešnost in učinkovitost, toda vse bolj prevladuje spoznanje, da so ljudje ključni dejavnik.

Psihološke in sociološke vede so pomembne pri ravnanju s človeškimi viri. Zraven delavnopravnega položaja javnih uslužbencev je pomemben tudi pogled na vlogo ljudi v organizaciji in delovanje vodilnega osebja pri vseh vprašanjih, ki zadevajo zaposlene v organizaciji in njihovem delu. Ravnanje s človeškimi viri je mnogo širši pojem od kadrovske dejavnosti.

Cilji ravnanja s človeškimi viri so celotno vključevanje ravnanja s človeškimi viri v vse funkcije podjetja in zagotavljanje, da postane delo z ljudmi vsakodnevna naloga vsakega vodje, razvijanje pripadnosti zaposlenih, identifikacija posameznika s cilji organizacije in spodbujanje visoke stopnje učinkovitosti ter pridobivanje in razvijanje kakovostnih delavcev (Brejc 2004).

2.3.7 Vloga stalnega izobraževanja v zdravstveni negi

Izobraževanje je dolgotrajen in načrten proces razvijanja posameznikovega znanja, sposobnosti in navad, ki mu omogočajo vključitev v družbeno življenje in delo ter oblikovanje znanstvenega pogleda na svet. Izobraževalni programi so namenjeni predvsem posredovanju znanja, ki ga je mogoče uporabiti v praksi. Po končanem izobraževanju naj bi bili udeleženci zmožni svoja pridobljena znanja uporabiti za učinkovitejše reševanje težav (Muhič 2007).

Informacija je podatek s pomenom, znanje pa je s strani posameznika v kontekst postavljena informacija. Znanje je kumulativna zaloga kognitivnih spretnosti in informacij, ki jih ima vsak posameznik, družina in skupnost in jih lahko uporabi pri delu ter v osebnih in družbenih situacijah (Svetlik in Pavlin 2004, 200).

Uspešnost zdravstvene ustanove je vedno bolj odvisna od tega, kako se prilagaja spremembam v okolju. Nosilci tega prilagajanja pa so zaposleni, njihovo znanje, sposobnosti in pripravljenost za sodelovanje v procesih dela. V vsaki zdravstveni ustanovi so zaposleni oziroma človeški viri ključni dejavnik za kakovost, varnost, odličnost, uspešnost. Največje bogastvo vsake zdravstvene ustanove so zaposleni, ki delajo v njej, njihovo znanje, sposobnosti, spretnosti in izkušnje.

Za postmoderno družbo je značilno nenehno izobraževanje in izpopolnjevanje posameznika, spreminjanje in prilagajanje novim pogojem delovanja. Znanje je načeloma zasebna dobrina, saj lastnik znanja pridobi koristi, ki izhajajo iz znanja.

V zdravstveni negi je zelo pomembno permanentno izobraževanje, vseživljenjsko učenje. Cilj vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi je usposabljanje ljudi, da soustvarjajo prihodnost, ne glede na njihovo starost in leta delovnih izkušenj (Kersnič 2007, 1).

Nova razvojna paradigma postindustrijske družbe temelji na znanju. V naprednih organizacijah je znanje temeljni vir delovanja, zato bo ključno vprašanje, kako povečati količino in dostopnost do znanja. Poleg uradnega, šolskega stopa v ospredje tudi neuradno, implicitno znanje. Pridobivamo ga skozi življenjske in delovne izkušnje, krajše oblike neformalnega izobraževanja, ga prenašamo drug na drugega v procesih socializacije, dela in neformalnega druženja. Temu znanju se pri nas namenja še premalo pozornosti, poleg tega pa preprečuje njegovo ustvarjanje in prenos na druge nizka stopnja medsebojnega zaupanja in naraščanje socialnih razlik. (Svetlik in Pavlin 2004, 201).

Moč v organizaciji ima tisti, ki zmore učinkovito vzpodbujati sodelavce, jim verodostojno obetati notranje ali zunanje koristi, če bodo ravnali v skladu z njegovimi pobudami, navodili ali zahtevami (Tavčar 2006, 368).

Že desetletja je znano, da človek ne more izvesti aktivnosti, če nima vsaj treh lastnosti: znanja, sposobnosti in motivacije (Lipičnik 2002, 456).

Na področju zdravstvene nege prihaja do velikih sprememb, ki so posledica širitve dejavnosti, sprememb v vsebini dela, novih metod zdravljenja, novih postopkov in posegov v zdravstveni negi in posledično uporabe nove opreme in pripomočkov za delo. Vse to zahteva od medicinskih sester vseživljenjsko učenje oziroma permanentno strokovno izpopolnjevanje. Permanentno izobraževanje in izpopolnjevanje je pomembno tudi za njihov osebni in profesionalni razvoj.

Pravica do izobraževanja je temeljna človekova pravica. Zdravstvena nega je stroka, ki se stalno razvija, zato se morajo hkrati razvijati in strokovno izpopolnjevati tudi izvajalci zdravstvene nege.

Ena izmed pomembnih vrednot na Kirurški kliniki je znanje. Z znanjem in razvojem stroke se razvijata samozavest in samopodoba medicinskih sester oziroma poklicna podoba, kar je pomembno za napredek stroke. Izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki so zelo dojemljivi in naklonjeni strokovnemu izpopolnjevanju, vseživljenjskemu učenju in posledično tudi pozitivno sprejemajo spremembe in uvajajo izboljšave ter dosegajo boljše uspehe.

UKC Ljubljana načrtuje, upravlja in vlaga v človeške vire. Človeške vire načrtuje in prilagaja potrebam odjemalcev oziroma kupcev zdravstvenih in drugih storitev, delovnim procesom in okolju. Kadrovska služba načrtuje in izvaja zaposlovanje in zagotavlja nadomeščanje kadrov na nepristranski način preko razpisov (javne objave) in objave prostih delovnih mest, ocenjevanja in preverjanja izpolnjevanja pogojev (ocena primernosti kandidata) in revidiranja sistemizacije. Kadre in njihove kompetence stalno prilagajamo novim potrebam. Zaposleni morajo redno obnavljati in posodabljati svoje znanje in veščine. UKC Ljubljana je strateške cilje upravljanja kadrov opredelil v strategiji razvoja Zadovoljni in usposobljeni zaposleni UKC Ljubljana – ustvarjanje klime, v kateri bo vsak posameznik imel možnosti za razvoj svojih talentov, osebnega in poklicnega razvoja (razvoj kadrov, izobraževanje, usposabljanje, motiviranje, nagrajevanje, napredovanje na podlagi rezultatov dela...) in zagotavljanje varnega in zdravega okolja.

Pravica do izobraževanja vsem zaposlenim daje tudi 172. člen Zakona o delovnih razmerjih: »Delavec ima pravico in dolžnost do stalnega izobraževanja, izpopolnjevanja in usposabljanja v skladu s potrebami delovnega procesa z namenom ohranitve oziroma širitve sposobnosti za opravljanje dela po pogodbi o zaposlitvi, ohranitve zaposlitve ter povečanja zaposljivosti.« (ZDR-1 2013).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije ter Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije sta sprejeli Pravilnik o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, ki zaposlenim v zdravstveni negi podaljšuje licence za samostojno opravljanje dela v zdravstveni in babiški negi (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije 2011).

V sedemletnem obdobju morajo izvajalci zdravstvene nege z višjo strokovno, visoko strokovno in univerzitetno izobrazbo pridobiti 70 licenčnih točk. Licenčne točke pridobijo, če se aktivno ali pasivno udeležijo izpopolnjevanj.

54. člen Kolektivne pogodbe v zdravstveni negi (1998) zapoveduje, da se morajo delavci strokovno izpopolnjevati; tisti z visoko strokovno izobrazbo 10 dni na leto, tisti z višjo najmanj 7 dni na leto in tisti s srednjo najmanj 5 dni na leto (Kolektivna pogodba v zdravstveni negi 1998).

UKC Ljubljana ima sprejet in uveljavljen Pravilnik o izobraževanju delavcev UKC Ljubljana. Iz pregleda zaposlenih v zadnjih treh letih je razvidno, da izobraževanje, usposabljanje, strokovno izpopolnjevanje in načrtno zaposlovanje dajejo pozitivne rezultate. Vodstvo UKC Ljubljana in vodstvo Kirurške klinike v letnem planu izobraževanja, usposabljanja in strokovnega izpopolnjevanja upošteva zahteve predpisov in potrebe delovnih procesov, ki se izkazujejo na posameznih organizacijskih enotah. Pridobljena znanja strokovni delavci implementirajo v vsakodnevne procese dela ter jih prenašajo na ostale sodelavce. Zaposleni z visoko izobrazbo se udeležujejo različnih oblik izobraževanja tako doma kot v tujini (kongresi, simpoziji, seminarji, strokovna srečanja...). Zdravniki imajo možnost usposabljanja doma in v tujini. Zaposleni pridobivajo višjo stopnjo izobrazbe tudi s študijem ob delu. V skladu z veljavnimi predpisi UKC Ljubljana krije stroške šolnine in plačane odsotnosti na podlagi kadrovskega plana in plana izobraževanja. V UKC Ljubljana izvajamo izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev za opravljanje pripravništev in specializacij tudi za potrebe drugih javnih zavodov v zdravstvu.

Ker je najvišja vrednota zdravstvene nege Kirurške klinike kot vrhunske učne in raziskovalne ustanove znanje, skušamo krepiti strokovno okolje, kjer so možnosti za nadaljnje pridobivanje znanja in spretnosti. Zaposleni v zdravstveni negi se udeležujejo strokovnih izpopolnjevanj. S tem povečujemo znanje, pospešujemo osveščenost; organiziramo in udeležujemo se strokovnih srečanj, okroglih miz, učnih delavnic ter smo aktivne predavateljice. Medicinske sestre so vodje teoretičnega in praktičnega usposabljanja.

2.3.8 Pomen nagrajevanja v zdravstveni negi

Vsako delo, ki ga opravlja človek, ima posebnosti. Je dejavnost, s katero si človek zagotavlja ekonomske razmere za življenje. Pravne ureditve ne razlikujejo med umskim in fizičnim delom. Delo in človekova ustvarjalnost sta tako povsod ustavno zavarovana. Delo, ki ga opravlja človek, se lahko opravlja v gospodarskih družbah ali v javnih delovnih

organizacijah. Pri tem imata vodilno vlogo delo in delodajalec, človek pa je nenehno izpostavljen situacijam, ki lahko pozitivno ali negativno vplivajo na njegovo delo. Plačilo za delo je eden najpomembnejših elementov delovnega razmerja in hkrati dvostranskega razmerja med delavcem in delodajalcem (Vodovnik 2015).

Teorija, da je denar glavna spodbuda za delo, ima lahko dva pomena:

- prvič: strah pred gladovanjem,
- drugič: pojem denarne spodbude se nanaša na željo po tem, da bi zaslužili več denarja, kar naj bi bila motivacija za večje napore pri delu (Fromm 1970, 237).

Plačilo za delo predstavlja temeljno merilo nagrajevanja v organizacijah. Nekateri raziskovalci menijo, da sodi denar med najpomembnejše motivatorje. Delavci bodo delali več in bolje, če bodo za to tudi bolje plačani. Kadar pa plača delavcu ne ustreza njegovemu vloženemu delu, tedaj izgubi motivacijsko vrednost in lahko deluje tudi negativno (Brejc 2004, 56).

V Republiki Sloveniji plače ureja Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS). Pomeni, da ureja pravila za njihovo določanje, obračunavanje in izplačevanje ter pravila za določanje obsega sredstev za plače (Vodovnik 2015, 263).

ZSPJS je bil pripravljen in sprejet s ciljem poenotenja plačnega sistema v javnem sektorju ter iz razloga vzpostavitve preglednosti. Z novim plačnim sistemom naj bi bila dosežena tudi večja motivacija javnih uslužbencev za boljše delo (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju).

Posebna ureditev delovnopravnega položaja javnih uslužbencev je pomembna vez med sistemom upravnega in pravnega prava. Razmerje med tema dvema pravnima podsistemoma v preteklosti ni bilo dovolj sistematično urejeno, zaradi česar so in še nastajajo problemi glede učinkovitosti pravne ureditve delavskih razmerij. Z uveljavitvijo Zakona o javnih uslužbencih je bilo področje individualnega delovnega prava močno dopolnjeno. Oba zakona, ZDR (Zakon o delovnih razmerjih) in ZJU (Zakon o javnih uslužbencih), sta jedro pravne ureditve. Omenjena zakona dopolnjuje še množica drugih predpisov, kot so Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS), Zakon o varstvu in zdravju pri delu, Zakon o minimalni plači (Vodovnik 2015, 257).

Čeprav ni takoj vidno, se področje psiholoških in socioloških ved vendarle dotika delavnopravnega položaja javnih uslužbencev. Področje sociologije in psihologije dela ni pravno urejeno, so pa pravno urejena področja, ki se dotikajo teh dveh družboslovnih ved. Zato bodo v nadaljevanju naloge posebnosti javnih uslužbencev, kot so plača, delovna uspešnost, nagrajevanje, napredovanje in izobraževanje, opredeljeni kot motivacijsko sredstvo, ki svoje cilje zavestno ali podzavestno dosega na podlagi psiholoških in socioloških ved.

Pravna ureditev javnih uslužbencev je torej zelo široko opredeljena. Zraven omenjenih zakonov tudi Ustava RS omenja nekaj pomembnih členov s psihološkega in sociološkega vidika. To so 49. člen – svoboda dela, 57. člen – izobraževanje in usposabljanje, 77. člen – pravica do stavke. Zraven slovenske zakonodaje so pomembne tudi druge mednarodne organizacije in njihove pravne podlage. Omenimo naj Konvencijo MOD št. 122 o politiki zaposlovanja, Evropsko konvencijo o varstvu človekovih pravic (11. člen – svoboda zbiranja in združevanja, 14. člen – prepoved diskriminacije).

Ocenjevanje delovne uspešnosti javnih uslužbencev deluje kot nagrada za uspešno opravljanje dela. Po eni strani se kaže kot del plače, ki se izplača, po drugi strani pa je lahko dosežena ocena pogoj za zasedbo višjega delovnega mesta. Delovno uspešnost se ocenjuje enkrat letno, z namenom spodbujanja kariere, predvsem pa zaradi pravilnega odločanja vodje o napredovanju javnega uslužbenca. Napredovanje za javne uslužbence pomeni zagotovilo za boljšo plačo in boljše pogoje dela. Pri možnosti napredovanja, bodisi v višji naziv ali pa samo v višji plačni razred, prihaja do veliko prednosti, ki se kažejo tako na ravni organizacije kot pri uslužbencih (Zajec 2011).

Ocenjevanje javnih uslužbencev, torej tudi zdravstvenih delavcev, izvajalcev zdravstvene nege je natančneje urejeno v predpisih o plačah v javnem sektorju in je podlaga za odločanje o različnih pravicah javnih uslužbencev. Določila ZJU pa v zvezi z ocenjevanjem določajo, da je treba rezultate ocenjevanja uporabljati tudi za spodbujanje kariere javnih uradnikov in pravilno odločanje o njihovem napredovanju. 29. člen ZJU opredeljuje načelo kariere, kjer je zapisano, da je uradniku omogočena kariera z napredovanjem. Kariera je odvisna od strokovne usposobljenosti in drugih delovnih in strokovnih kvalitiet ter od rezultatov dela (Vodovnik 2015, 281 in ZJU-1, 29. čl.).

Sistem napredovanja javnim uslužbencem predstavlja karierno stabilnost oziroma njihovo varnost, zato je jasna ureditev sistema napredovanja za javne uslužbence izjemno pomembna. V kolikor ima javni uslužbenec podrobno opredeljen način, preko katerega lahko napreduje, bo posledično bolj motiviran za delo, uspešen in učinkovit, saj se bo skušal pri delu izkazati in dokazati svoje sposobnosti. Uspešnost delavcev je zato izjemno povezana z motiviranjem in napredovanjem. Večina vodij meni, da samo želja po napredovanju in prepričanje, da človek na mestu, ki ga zaseda, ne zasluži dovolj za dostojno življenje, nikakor nista dovolj čvrsta argumenta za napredovanje. Vodjo prepričajo konkretni dosežki, možnosti in sposobnosti posameznika (Ivanuša-Bezjak 2006, 84).

Vlada je s sprejetjem ZUJF predvidevala nabor ukrepov, s katerimi je želela uravnotežiti javne finance. Gre za paket, ki je vzpostavil pogoje nadaljnjim ukrepom za rast in vzpostavitev dolgoročnega razvoja Slovenije. Uravnoteženje javnih financ je bilo nujno predvsem z vidika zagotavljanja stabilnega in vzdržnega domačega makroekonomskega okolja, pa tudi z vidika sprejetih zahtev na ravni EU (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti).

S sprejetjem tega interventnega zakona je vlada v 162. členu zamrznila področje napredovanja za javne uslužbence. Zato je bilo v letih 2011, 2013 in 2014 zamrznjeno napredovanje v višje plačne razrede, leta 2011 in 2014 pa zamrznjeno napredovanje v nazive (Sindikat vzgoje, izobraževanja, znanosti in kulture Slovenije).

Nagrajevanje oz. plačilo za delo zaposlenih v UKCL je urejeno v skladu z zakonskimi predpisi (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, Kolektivna pogodba v javnem sektorju in druge veljavne kolektivne pogodbe v zdravstvu, Zakon o delovnih razmerjih, Uredba o napredovanju javnih uslužbencev v plačne razrede, Pravilnik o izvajanju nagrajevanja redne delovne uspešnosti UKCL, Pravilnik o merilih in postopkih za določitev dela plače za delovno uspešnost iz naslova povečanega obsega dela). Nekateri zaposleni in sindikati izražajo nezadovoljstvo glede višine plač po posameznih tarifnih skupinah in glede uravnilovke pri plačah. Sedanji sistem ne dopušča, da bi tisti, ki ne dosega pričakovanih delovnih rezultatov, prejel manj, pa tudi možnost dodatne stimulacije za tiste, ki so bolj obremenjeni, je majhna.

2.4 MEDOSEBNI ODNOSI IN KOMUNIKACIJA NA DELOVNEM MESTU

2.4.1 Odnosi kot socialna realnost; pomen medosebnih odnosov v zdravstvu

Današnji čas je čas sprememb. Od uspešnega obvladovanja sprememb je odvisen ne le naš razvoj, ampak tudi obstoj. Na spremembe se je treba pripraviti. Vsaka sprememba prinaša negotov rezultat, zato obstaja strah pred neželenimi učinki sprememb. Ta strah pa blokira spremembe. Dokler delajo zaposleni v strahu, se ne bo nič spremenilo. Kreativnost se ne oblikuje v organizacijski kulturi, ki kritizira napake. Obstajati mora kultura zaupanja, kjer se sprejema tako uspeh kot tudi napake (Branch in Willson 2010).

Majda Pahor (2006) piše, da je glavni razlog za zamenjavo hierarhičnih s sodelovalnimi odnosi ugotovitev, da je ta drugi model dosti bolj učinkovit pri sproščanju potencialov ljudi pri delu – torej bolj kot je delo kompleksno in zahtevno, večji manevrski prostor morajo imeti zaposleni. Naraščajoča nujnost sodelovanja kot značilnost sodobnega časa je zato izziv za vse tiste, ki so se uspešno socializirali v pretekle modele odnosov. Reakcije na nove situacije pokrivajo spekter od navdušenja do – bolj pogosto – nezaupanja in odpora.

Da hierarhični model usklajevanja ne deluje več, je posledica različnih družbenih procesov, ki potekajo v zadnjih desetletjih. V razvitih državah po svetu se močno zavedajo pomena sodelovanja med različnimi poklici v zdravstvenem varstvu za doseganje kakovostne zdravstvene obravnave in čim boljšega izida zdravljenja.

Prav tako Majda Pahor (2006) pravi, da v tistih državah, kjer je sodelovanje na sploh v družbi bolj prisotno in spodbujano tudi skozi izobraževalni sistem, imajo tako medicinske sestre kot zdravniki bolj pozitiven odnos do sodelovanja. Seveda pa so za sodelovanje bolj zainteresirane medicinske sestre, ki so sedaj v podrejenem položaju, in manj zdravniki, ki jim sedanje razmerje moči v zdravstvu bolj ustreza.

V splošnem se spremembe na družbenem in političnem področju kažejo kot demokratizacija in pluralizacija interesov, vrednot, življenjskih slogov in življenjskih potekov. Zlasti močno se je spremenil položaj žensk in mladine. Poznajo se učinki (tudi nepričakovani) višanja izobrazbene ravni prebivalcev in povečanje obsega znanja, tako formalno pridobljenega skozi šolanje kot neformalnega, ki se črpa predvsem iz medijev, s potovanj idr. Če pogledamo

spremembe na področju zdravstva, je tu najbolj izrazit proces hitro naraščanje zaloga znanja na osnovi raziskovalnega dela v vseh zdravstvenih strokah, tudi tistih, ki so bile v preteklosti utemeljene predvsem na osebnih praktičnih izkušnjah, ki niso bile niti sistematično zapisane, kaj šele raziskovalno preverjene in sistematizirane.

Avtorica Skela Savič piše, da je za nadaljnji uspešni razvoj zdravstvenega sistema pomembno, da se zdravstvo ne sme razumeti kot sistem izoliranih komponent. V zdravstvenih organizacijah so ljudje sistem, v katerem se srečujejo posamezniki in skupine (uporabniki storitev, zdravniki, medicinske sestre, managerji idr.) z zelo različnimi dojemaji, prepričanji in razmišljanji, ki vsi skupaj tvorijo sistem različnih pogledov in interesov. Uspešnost in učinkovitost zdravstvene organizacije se ne kaže v tem, kaj posamezna komponenta sistema dela, temveč v tem, kakšno je sodelovanje med njimi za doseganje skupnih ciljev (Skela Savič 2005).

Medosebni odnosi so odnosi med dvema ali več osebami, za katere je značilna močna in raznolika soodvisnost, ki traja dlje časa. Na ravni vedenja se medosebni odnosi kaže kot zaporedje vedenjskih interakcij med osebama. Te interakcije imajo značaj izmenjav gest, besed, gibov (Ule 2009).

V zdravstveni organizaciji vzpostavljamo odnose v dveh oseh, to je v horizontalni in vertikalni, ter odnose s pacienti. Najlažja in najbolj pogosta je horizontalna os, ki povezuje sodelavce med seboj. Vertikalno pa potekajo medosebni odnose z nadrejenimi in z zdravniki. Najpomembnejši profesionalni vidik odnosov pa je odnos do pacientov.

Medosebni odnosi so posledica trajnejših, ponavljajočih se interakcij med dvema ali več osebami. Pravzaprav je medosebni odnos več kot le trajnejša interakcija med osebami. Zahteva namreč to, da osebe, ki sodelujejo v interakciji, gojijo občutek in zavest o tem, da so v odnosu (Duck 1988). Torej je razlika v razmerju. Odnos vedno temelji na razmerju, in to predvsem na čustvenem. Prehod od socialne interakcije k socialnemu odnosu ni takojšen, ampak je proces, ki običajno poteka v več korakih. Značilne faze razvoja odnosa so: izbira, pogajanje, sporazum, zavezanost in institucionalizacija (Ule 2009, 355).

Nadalje Mirjana Ule (2009) piše, da v socialnem življenju in sobivanju ljudi obstaja izjemno veliko različnosti, ki so posledica medkulturnih, socialnih, psiholoških, bioloških razlik med

ljudmi. Prav zaradi teh različnosti lahko prihaja do nesporazumov, napetosti, neskladnosti v odnosih. Treba je poudariti, da zdravi odnosi niso tisti, ki ne vsebujejo konfliktov, temveč tisti, v katerih vpleteni konflikte uspešno rešujejo.

O konfliktih v odnosih govorimo tedaj, kadar en ali več partnerjev v odnosu čuti, da ne more uresničiti ali zadovoljiti kake svoje potrebe, želje ali zamisli, kadar odnosi niso iskreni, kadar se ne spoštujejo temeljna pravila upravljanja z odnosnimi sporočili, kadar namesto dogovorov stopi v ospredje manipulacija in instrumentalizacija z odnosi in partnerji. To pomeni, da namere in dejanja partnerjev niso usklajeni med seboj ali pa da izpogajanje takšne skupne rešitve, ki bi bila zadovoljiva za vse, ni mogoče. Čeprav smo razvili vrsto strategij za upravljanje z različnostmi v medsebojnih stikih in dejavnostih, so konflikti neizogibni. Nesoglasja, napetosti in konflikti so zato neizogiben del komuniciranja in odnosov.

Šmitek (2006) navaja okoliščine, ki motijo ali ovirajo dobre medsebojne odnose v zdravstvu in jih zaznavamo na več ravneh. Pravi, da zgodovina predstavlja oviro napredka medsebojnih odnosov v zdravstvu, prisotnost paternalizma in moči določenih družbenih skupin, odraz spolnih vlog, vertikalna in horizontalna hierarhija znotraj zdravstvenega sistema, sama zaprtost sistemov, različno zaznavanje in opredeljevanje vrednot med največjima poklicnima skupinama, različno zaznavanje vlog zdravstvenih delavcev, različno izobraževanje, pomanjkanje čustvene inteligence kot posledica odsotnosti ustreznih vsebin v izobraževalnih procesih zdravstvenih delavcev ter seveda prepletanje navedenih in še drugih okoliščin.

Dodaja tudi, da je zdravstvena nega tipična praksa, v kateri se zrcalijo tako razlikovanje kot subjektivizacija. Če za zdravnike velja, da razmišljajo in delujejo s stališča moči, pa se medicinske sestre, ki se čutijo podrejene, za pridobitev moči pogosto odrečejo bistvu zdravstvene nege in se raje približujejo znanju, mišljenju in vedenju odločujoče stroke, kot pa da izražajo enotnost in pripadnost svoji skupini. Moč, za katero so prepričane, da so jo s tem pridobile, ruši enotnost in zmanjšuje individualno samopodobo, samospoštovanje in potrebo po avtonomnosti (Šmitek 2006, 134).

Dejansko še vedno velja za mnoge medicinske sestre, da slepo ubogajo vsa zdravnikova navodila, da premalo »mislijo« s svojo glavo. Po drugi strani pa prihaja do tega, da prevzemajo določena dela in naloge od zdravnikov, kar ima pogosto za posledico to, da medicinske sestre »prelagajo« svoje naloge na zdravstvene tehnike. To prehajanje kompetenc bi lahko zajezili le s točno določenimi delokrogii vseh zaposlenih v zdravstveni organizaciji.

Trupi (2012) ocenjuje, da so medosebni odnosi odvisni od delovne in kulture ravni zaposlenih, od stopnje strokovnega, splošnega in osebnega znanja. Večja stopnja izobraženosti in kulture kadrov pomeni večjo možnost za reševanje problemov v medsebojnih odnosih. Sistem informiranja vpliva na razvoj odnosov med zaposlenimi, saj večja obveščenost pomeni kakovostnejše odnose. Drugi dejavniki, ki vplivajo na medosebne odnose, so povezani z delovnim, poslovnim in družinskim okoljem.

Tudi Bobik (2011) trdi, da so dobri medosebni odnosi med člani tima temelj, na katerem lahko razvijamo in dosegamo skupne cilje. Zaposlenih in njihovega znanja pa ne moremo premikati s silo, lahko jih le usmerjamo z dobrimi medsebojnimi odnosi, ki so ključni za uspešno timsko delo.

Inštitut za kakovostno komuniciranje v zdravstvu (Impact of Communication Healthcare, 2011) na svoji spletni strani poudarja, da so za kakovost opravljenih storitev pomembni medosebni odnosi v timu, s katerimi lahko preprečimo večje število zdravstvenih napak oziroma neželenih dogodkov, ki lahko pomembno ogrozijo varnost pacientov.

Temu pritrjuje tudi Trček (1998), ko pravi, da si morajo vsi člani zdravstvenonegovalnega tima prizadevati za vzpostavitev kakovostnih medsebojnih odnosov na delovnem mestu, saj so eden izmed dejavnikov, ki zaposlenemu dvigajo raven zadovoljstva na delovnem mestu in povečujejo njegovo storilnost, ustvarjalnost ter kakovost dela in poklicnega življenja.

A v timu lahko pride tudi do slabih medosebnih odnosov, ki vplivajo na same zaposlene znotraj tima zdravstvene nege, sodelavce drugih strok, na vodilne strukture, na paciente, na organizacijo in njen ugled. Razsežnosti nezadovoljstva in slabih medosebnih odnosov so resnično lahko različne. Ti odnosi ustvarjajo napetosti, ki nižajo kakovost dela in povečujejo možnost za pojav napak. Posledice nezadovoljstva se prav tako kažejo lahko tako s fluktuacijo kot absentizmom zaposlenih, kot tudi s slabšo kakovostjo opravljenega dela. Zaposleni se lahko tudi izogibajo dodatnim obremenitvam, uvajanju novozaposlenih, dodatnim izobraževanjem, uvajanju novih metod dela in podobno. Vse to verjetno predstavlja mehanizem obvarovanja pred izgorelostjo zaposlenih na delovnem mestu v času njihovega nezadovoljstva pri delu.

Konflikt je neizogiben del medosebnih odnosov, stvarnost vsake družbe, tudi delovne, in zato med zaposlenimi v vsaki delovni organizaciji prihaja do konfliktov. Izhaja iz interakcije med osebami, pri katerih gre po navadi za nestrinjanje, različnost idej ali interesov. Tudi najbolj intimen in prijateljski odnos ne more biti brez občasnih konfliktov.

Tradicionalno konflikt pojmuje kot škodljiv dejavnik, ki se mu je potrebno izogniti. Danes pa prevladuje mnenje, da konflikti sami po sebi niso ne dobri in ne slabi. Lahko je celo konstruktiven, če izboljšuje kakovost odločitve, spodbuja kreativnost in povečuje interes in radovednost med timom. Lahko je tudi sredstvo za prevetritev težav, spodbuja razmišljanje in samoocenjevanje ter boljšo prilagoditev spremembam.

Če medicinska sestra dela in ravna v skladu s svojimi vrednotami in sposobnostmi, je delu bolj predana in veliko manj dovzetna za konflikte, meni Goriup (2013). Ob tem dodajmo, da možnost konfliktov znotraj delovnega okolja zmanjšujemo tudi z doslednim upoštevanjem in oblikovanjem etičnih vrednot, ki jih imamo izvajalci zdravstvene nege zapisane v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Služijo nam kot vodilo in spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Medicinskim sestram, ki vstopajo v poklic, pa je Kodeks opora pri oblikovanju moralnih stališč, vir znanja in refleksije.

Med najpogostejše poklicne stresorje za nastanek konflikta spadajo delovne obremenitve, dolgotrajen in neenakomerno porazdeljen delovnik, omejitve na delovnem mestu (človeške in organizacijske ovire), hierarhija v zdravstvu, pomanjkanje podpore, nepredvidljive okoliščine dela, prisotnost pri pacientovem trpljenju in umiranju.

Pomembno je, kdaj nastajajoči konflikt zaznamo, da ga lahko začnemo reševati. Pogosto se zgodi, da ga prepozno, ko zavestno ne moremo več vplivati na njegov pojav. Zavedati se moramo, da zaradi pogojev dela v zdravstveni negi prihaja do nihanja praga tolerance za konflikte, in če vemo, kdaj je toleranca nižja, je smiselno reševanje konflikta preložiti.

Odzivi na konflikt so različni tako pri različnih ljudeh kot tudi pri istem posamezniku v različnih situacijah. Vsak človek ima svoj prevladujoči stil odzivanja, ki je poleg splošne naravnosti v zvezi s konfliktom odvisen še od konkretnih okoliščin, razpoloženja (utrujenost) in socialnega okolja (Saje 2014).

Iršič (2004) navaja pet najpogostejših odzivov človeka na konflikt, in sicer: način izogibanja (umik), način prilagajanja (izglajevanja), način prevladovanja, pristajanje na kompromise in način dogovarjanja (razreševanja). Prav zadnji je ključnega pomena za uspešno reševanje konfliktov na delovnem mestu in bi se ga vsi zaposleni morali posluževati.

Skoraj permanenten konflikt znotraj zdravstvene nege obstaja med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami. Z uvajanjem novih organizacijskih teorij, modelov organiziranja dela zdravstvene nege je le ta vse bolj temelječa na diplomirani medicinski sestri kot nosilki stroke zdravstvene nege. V procesni metodi dela, ki se v slovenskem prostoru vse bolj uveljavlja, prav tako v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, je diplomirana medicinska sestra tista, ki izvaja proces zdravstvene nege (ugotavlja potrebe pacienta po zdravstveni negi, določa negovalne diagnoze, načrtuje in določi cilje zdravstvene nege, izvaja in vrednoti rezultate procesa). V tem procesu je edina kompetentna in proces izvede od prve do zadnje faze. Zdravstveni tehniki so pri tem enakovredni partnerji, vendar brez prave moči odločanja. Največ sodelujejo v fazi izvajanja in dokumentiranja opravljenega dela. Sled temu je izražen občutek zdravstvenih tehnikov, da omejeno sodelujejo pri vrednotenju izidov zdravstvene nege. Menijo, da medicinske sestre samo pišejo, načrtujejo, oni pa so izvajalci njihovih in zdravnikovih navodil. V take konflikte vstopajo zlasti tisti, ki razumejo zdravstveno nego na tradicionalen način, to je tako: »to je moje delo, drugo delo je tvoje«.

Trupi (2012) tudi pravi, da v primeru, da slovenski prostor ne bo sposoben prehoda iz stroke zdravstvene nege v znanost zdravstvene nege in če ne bo znal jasno določiti kompetence in delokrog posameznih izobraževalnih skupin, se bo konflikt ustvarjal na nižji ravni in skoraj po pravilu bo ta disfunkcionalen.

Drugi konflikt znotraj zdravstvenega sistema pa je zaznati v odnosih med poklicnima skupinama zdravnikov in medicinskih sester. Kot konflikt v odnosih jih zaznavajo zlasti medicinske sestre in jih (Pahor 2006, 30) identificirajo kot tri težave:

- zaradi upora 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;
- kot 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.

Za dobre odnose na delovnem mestu moramo skrbeti vsi vpleteni v proces dela, zato je izrednega pomena sodelovanje med vsemi poklicnimi skupinami v zdravstvenem sistemu. Pomembno nalogo vodenja konfliktov znotraj posamezne organizacijske enote v zdravstveni negi ima vodja (nadzorna medicinska sestra) zdravstvene nege posamezne enote in mora:

- razumeti in znati pravočasno upravljati nasprotne si interese,
- razumeti različno dojemanje med generacijami in voditi dinamiko celotne skupine,
- razumeti, kdaj so potrebni disciplinski ukrepi,
- obveščati podrejene o morebitnih težavah in predlaganih rešitvah,
- se posvetovati s sodelavci, ki pomagajo pri reševanju konfliktov,
- ugotoviti, kdo potrebuje dodatno izobraževanje s področja konfliktov in spoštovanja na delovnem mestu.
- dokumentirati konflikte in izide konfliktov (Sullivan in Decker 2009, 169).

Reševanje konfliktov ni nekaj samoumevnega in jim je potrebno nameniti vzdravstveni organizaciji velik pomen, saj so ključ za dobre medosebne odnose. Pri posameznih konfliktnih situacijah ljudje zasedejo različna pogajalska izhodišča in prav tako v različnih situacijah uporabljajo različne strategije za reševanje. Ljudje s svojo različnostjo in individualnostjo določene modele načinov reševanja izberejo pogostejše kot druge. Tako so nekateri ljudje vedno pripravljeni na kompromis, medtem ko se drugi pogosto prilagajajo, spet tretji nasilno uveljavljajo svoj prav. Vodja zdravstvene nege ima več možnosti za reševanje nastalih konfliktov. Anderson (2007) denimo vidi štiri korake, ki bi lahko bili v pomoč pri reševanju konfliktov, in sicer:

prvi korak: Soočite se z resnico. (Ugotovite svojo glavno potrebo.)

drugi korak: Stopite drugi strani nasproti. (Katere so potrebe drugega?)

tretji korak: Pozorno prisluhnite drugi strani. (Morda so nam podobni bolj, kot si mislimo.)

četrti korak: Predlagajte rešitev za njegove in vaše glavne potrebe. (Dokažite, da ste pravični.)

Morda bi za boljše medosebne odnose poleg vsega naštetega lahko naredili še kaj več in sicer, da bi izboljšali medsebojno komunikacijo, da bi spoštovali in cenili drug drugega, se pohvalili in morda sogovorniku namenili nasmeh.

Leta 2011 sta Lorber in Skela Savič v svoji raziskavi ugotovili, da mora vodja obvladati različne komunikacijske spretnosti, imeti sposobnost razumeti potrebe drugih, predvideti razpoloženje, občutke in razmišljanja, da lahko vzdržuje dobre medosebne odnose. Z raziskavo sta želeli ugotoviti, ali obstaja razlika v oceni komunikacije in reševanja konfliktov med vodji in ostalimi zaposlenimi v zdravstveni negi. Če vodja želi, da bo delo uspešno opravljeno, mora imeti poleg organizacijskih tudi komunikacijske sposobnosti, ki so zelo pomembne za doseganje rezultatov in izboljševanje kakovosti. Ugotovili sta statistično pomembne razlike v komunikaciji med samooceno vodij in ustrezajočo oceno ostalih zaposlenih v zdravstveni negi.

Vodje, ki komunicirajo v smislu podpore sodelavcev, so starejši in imajo višjo stopnjo izobrazbe, pri reševanju konfliktov uporabljajo kompromis, dogovor in prilagajanje. Vodje, ki komunicirajo v smislu prevladovanja in izražanja osebne moči, so mlajši in so zaposleni krajši čas. Prav tako ti vodje pri reševanju konfliktov uporabijo prevladovanje ali se konfliktom izognejo. (Lorber in Skela Savič 2011, 247).

Rešetič (2014) meni, da v teh nemirnih časih zaposleni dobivajo zelo malo pohval. Kritike so nekaj, kar zaposleni poznajo, pohvale pa so prava redkost. Včasih imamo občutek, da vodilni mislijo, da so pohvale prepovedane, in pozabljamo, da imajo zaposleni rajši pohvale kot pritožbe. Pohvale so posebno pomembne za tiste, ki dobro delajo in imajo o sebi zelo slabo mnenje. Zaradi pohvale bodo ti zaposleni še bolje delali in se predvsem počutili dobro. Zavedati se moramo, da nas pohvala nič ne stane, prinese pa lahko velike rezultate za organizacijo.

Prav tako v delovnih organizacijah, še posebno v zdravstvenih ustanovah pri delu z bolnimi ljudmi, primanjkuje smisla za humor. Že leta 2004 sta Jerčič in Kersnič v svoji raziskavi napisali, da medicinske sestre ocenjujejo, da humor pozitivno vpliva na delovno klimo in kakovost dela. Humor vpliva na medosebne odnose in odnose do pacientov. Medicinske sestre si želijo izobraževalne programe, ki bodo vsebovali vsebine humorja in ki bodo prikazovali vgrajevanje humorja v njihove vsakdanje aktivnosti. Na delovnem mestu so zelo pomembni dobra volja, dobro vzdušje, smeh, veselje in sproščenost (Jerčič in Kersnič 2004, 283).

2.4.2 Pomen komuniciranja v zdravstveni negi

Beseda komunicirati izhaja iz latinske besede *communicare* in pomeni posredovati misli, informacije, sporazumevati se, posvetovati se, razpravljati, vprašati za svet. To pomeni, da udeleženci s komuniciranjem izmenjujejo in posredujejo informacije, znanje in izkušnje.

Ker je komunikacija osnovni element medosebnih odnosov, bomo o tem tudi nekaj zapisali. Vemo, da s komunikacijo medosebne odnose krepimo ali pa jih poslabšamo. Z opazovanjem komunikacije med ljudmi lahko precej natančno razberemo kakovost medosebnih odnosov v vseh okoljih, tako osebnih, delovnih in socialnih.

Kot piše Mirjana Ule: »Zelo pomembna sposobnost človeka, predvsem zdravstvenega delavca, je znanje in sposobnost podpornega in empatičnega komuniciranja. Podporno komuniciranje je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, ki ima namen pomagati tistim, za katere zaznamo, da potrebujejo podporo in pomoč, in jih podpirati. Iz psihološke komunikacijske perspektive pa je socialna podpora način, kako ljudje v komunikacijski situaciji ponudijo pomoč. Podpora, svetovanje, pomoč so pomembni cilji in vsebina komuniciranja, za človekovo osebno izkušnjo prav tako pomembni kot sporočanje, prepričevanje ali zabavljanje drugega« (Ule 2009, 295).

Učinkovito podporno komuniciranje povečuje samoučinkovitost, soočanje s konfliktnimi dogodki in stresnimi situacijami in njihovo ustrezno rešitev, povečuje kakovost življenja in povezuje ljudi v podporna omrežja.

Podporno komuniciranje je predvsem tisto, skozi katerega se oblikujejo socialne interakcije in odnosi, zato raziskave in analize podpornega komuniciranja pripomorejo k razumevanju in teoriji odnosov, omrežij, odnosnega komuniciranja.

Podporno komuniciranje izraža in vsebuje visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatija, sočutje. Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in vživljanje vanj. Sočutje pomeni, da čutimo usmiljenje do težav drugega, da sodoživljamo oziroma podoživljamo njegove občutke in čustva. Empatija tako pomeni več, pomeni, da ne samo čutimo, ampak da tudi razumemo težave drugega, da se znamo vživeti vanje (Ule 2009, 303). Pomeni, da razumemo motive druge osebe za njeno ravnanje in dejanja, ne da bi to ravnanje tudi odobraval. Omogoča nam, da bolje razumemo dejanja druge osebe, sočutje pa tega ne omogoča vedno.

Temeljno vprašanje ob analizi podpornega komuniciranja, pa tudi družbenega življenja nasploh, je, kdaj in zakaj nekdo ponudi pomoč. Z vidika racionalnega delovanja se zdi, da je boljša strategija delovanja, ki si prizadeva k največjemu skupnemu dobičku za vse udeležence v katerikoli socialni situaciji, upošteva vse morebitne izgube za vsakega od njih. Takšni strategiji v socialnem vedenju pravimo kooperativno vedenje. Kooperativno vedenje vsebuje prizadevanje vseh udeležencev k povečevanju skupnega dobrega. Podporno komuniciranje se razvija le v kooperativnih komunikacijskih situacijah.

Ule nadalje piše, da potrebujejo »zdravniki, terapevti, negovalci določeno distanco do bolnika, vendar takšno, ki ohranja empatijo, ki vendarle omogoča komunikacijsko soudeležbo in sočutje z bolnikom. Z jezikovno distanco sovpada tudi etična distanca, ki terapevtu omogoča beg pred dejanskostjo trpljenja drugega, bolnika pa pušča samega z njegovimi strahovi. Samozavedanje bolnika se zoži na raven, ki mu ne dopušča soočanja in obračuna z lastnimi strahovi, stiskami in skrbmi. Zgolj naivna vera v zdravnikovo moč in znanje se morda zadovolji z izkazovanjem njegove dominancije v definiranju in interpretiranju bolezenske situacije in poteka zdravljenja. A taka slepa vera je pogosto zelo občutljiva za razkorak med pričakovanji in rezultati zdravljenja. Na ta razkorak odgovarjajo bolniki s splošnim razočaranjem nad medicino, zdravstvom in zdravstvenimi delavci. Zaupanje je torej osrednji pojem vsakega empatičnega in podpornega komunikacijskega procesa. Empatično komuniciranje pa ni le neka neizogibna dimenzija kakovosti življenja, h kateri stremimo tudi v bolezni, temveč je svilena nit, na kateri lahko neposredno visi človeško življenje« (Ule 2009, 313).

Posebno obliko komuniciranja predstavlja komunikacija znotraj organizacije, v našem primeru Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki poteka med vsemi zaposlenimi. Vzpostavljene oblike notranjega komuniciranja v UKCL omogočajo pretok informacij med posameznimi organizacijskimi enotami ter zaposlenimi, kar omogoča hitro sprejemanje odločitev ter učinkovito izvajanje nalog. Komunikacije so zagotovljene predvsem:

- z elektronsko pošto, ki vključuje praktično vse zaposlene v UKCL. Komuniciranje ne poteka le preko same elektronske pošte, temveč tudi preko raznih intranetnih baz;
- s kolegiji (strokovni kolegiji, kolegiji poslovnih direktorjev...). Nadalje ima vsaka organizacijska enota redne sestanke z vodji oziroma predstojniki. Zapisniki kolegijev

in sestankov ali njihovi pomembnejši sklepi so praviloma objavljeni na intranetu, do katerega imajo delavci skladno s potrebami dela dostop. Strokovni in poslovni direktorji klinik prenesejo vse aktualne informacije o dogajanju v UKCL, o sklepih na kolegijih UKCL;

- z rednimi tedenskimi sestanki, ki jih sklicujejo vodje nižjih organizacijskih enot skladno s potrebami. Na enak način so organizirani tudi sestanki projektnih skupin. Posebej to pride do izraza pri večjih organizacijskih enotah, kjer ni tako izrazita dnevna komunikacija. Takšna oblika omogoča neposredno izmenjavo informacij in sprejemanje odločitev;
- z internimi okrožnicami in rednimi izdajami Internega glasila UKCL, ki izhaja občasno (praviloma na dva meseca), skladno s potrebami. V njem se objavljajo vse aktualne novice, ki so vezane na vse zaposlene;
- z objavo na intranetu, kjer so objavljeni akti UKCL in pomembne informacije, ki morajo biti v zadnji veljavni obliki. S tem je vsem zaposlenim zagotovljen dostop do aktov, ki so vezani na delovanje UKCL. Skrbnik redno preverja, ali so objavljena vsa gradiva, in opozarja odgovorne v primeru, da katero gradivo ni objavljeno oziroma ažurirano.

2.4.3 Vloga etike skrbi in odnosov v zdravstvu

Etika skrbi razume skrb kot proces in kot prakso. Skrb je dejavnost človeške vrste, ki vključuje vse, kar delamo, da ohranjamo, nadaljujemo in popravljamo naš svet tako, da lahko kar najbolje živimo (Tronto 1993). Avtorica loči štiri elemente etike skrbi, in sicer pozornost, kar pomeni sposobnost prepoznati potrebo po skrbi; odgovornost, to je pripravljenost in sposobnost za ustrezno ukrepanje; kompetentnost ali posedovanje virov in znanja za zadovoljevanje konkretnih potreb; odzivnost ali vzajemno občutljivost, sposobnost za interakcijo in sprejemanje skrbi.

Te štiri vrednote so jedro etike skrbi kot moralne orientacije in skrbi kot družbene prakse, temeljijo pa na zaupanju kot pogoju, ki skrb omogoča. Tudi Uletova zapiše, da «nikjer pa ni bila sociologija medicinske etike bolj udejanjena kot v analizi poklica medicinskih sester. Sociološke raziskave kažejo, da medicinske sestre drugače postavljajo etične dileme v medicini, da se drugače odzivajo na etične probleme medicinske oskrbe kot zdravniki. So

osredičene okrog »etike skrbi«, kar predstavlja danes pravo alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do bolnikov. Zdravniki se pretežno ukvarjajo z medicinskotehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja, medicinske sestre bolj poudarjajo udeležbo v interakciji z bolniki za trajnejši in kontinuiran odnos. Skrbijo za počutje bolnikov, lajšanje telesnih in duševnih bolečin« (Ule 2003).

Enako kot materinjenje sta nežnost in skrb pogosto videni kot normalni in naravni lastnosti žensk. Skrbstveno delo se pojavlja v zasebni in javni sferi, medtem ko je zdravljenje trdno zasidrano v javni sferi. Zaradi pojavljanja skrbstvenega in negovalnega dela v obeh sferah je pogosto pojmovano kot nekaj, kar zna vsaka ženska in ne rabi posebno dolgega usposabljanja niti visokih plač. Tudi znotraj zdravstvene nege je bila dolgo prisotna delitev na pravo delo, to je pomoč pri medicinsko-tehničnih posegih, medtem ko so nega telesa in pogovori z bolniki nekaj manjvrednega. Temu sedaj ni več tako.

Zdaj so pacienti razumljeni kot bio-psiho-socialne celote, zdravstvena nega pa kot sistem zaupnih, čustveno zahtevnih, na pacienta usmerjenih holističnih intervencij. Ta obrat se je pričel v akademskih okoljih, se uveljavil v študijskih programih zdravstvene nege, v praksi pa malo kasneje, vendar vedno bolj.

Skrb je način vzdrževanja pacientovega dostojanstva in celovitosti. Več avtorjev (Radsma 1994 v Šmitek 2001; Robinson in Vaughan 1993) opredeljuje skrb in nego kot »nevidni šiv«. Če je, ga sploh ne opazimo, če pa ga ni, občutimo pomanjkanje. Zanimanje je bolj opazno kot skrb, pomanjkanje skrbi oseba veliko bolj občuti kot prisotnost skrbi. V tem je tudi bistvo nevidnosti ženskega dela; skrb za drugega, ki je v družbi praviloma naloga žensk, je del vsakdanjega življenja in o njej ne razmišljamo kot o delu. Zato tudi v zdravstveni negi kot delo opazamo predvsem tehnične postopke, ki jih je možno kvantitativno vrednotiti in izražati v merljivih količinah in ocenjevati z učinkovitostjo, medtem ko je skrb mogoče ocenjevati le s tem, kar je bilo »dobrega« storjeno.

Alenka Švab piše, da je skrb na najsplošnejši pojmovni ravni »dejavnost človeštva, ki vključuje vse tisto, kar delamo, da ohranjamo, nadaljujemo in popravljamo naš »svet«, da lahko v njem kar najboljše živimo. Ta svet vključuje naša telesa, nas in naše okolje, kar poskušamo preplesti v kompleksno mrežo, ki vzdržuje naše življenje (Tronto 1993 v Švab

2003, 53). Mora pa vsak človek v sedanjem družbenem razvoju prvenstveno skrbeti za svoje lastno zdravje in širše okolje.

Tudi Ule meni, da nova politika javnega zdravja zahteva torej več osebne skrbi in odgovornosti za lastno zdravje. Uveljavilo se je splošno mnenje, da ima vsak človek zdravstvene probleme, vsak v vsakdanjem življenju proizvaja tveganja za zdravje. Zato se je pozornost zdravstvenih delavcev od opazovanja bolezenskih znakov in poteka bolezni preusmerila k »bolezenskemu vedenju« posameznika in posameznice ali k tveganemu vedenju, ki zajema obdobje pred akutno boleznijo, med njo in po njej (Ule 2012, 13).

2.4.4 Zdravstvena nega je komuniciranje

Komunikacija je pomembna komponenta dela medicinskih sester. Obvladati morajo obveščanje, sporazumevanje in govorništvu, to je retorično spretnost, saj so le prave in popolne informacije ključnega pomena za delo v timu.

Na delovnem mestu neprestano komuniciramo oz. se sporazumevamo, kajti ni mogoče »ne komunicirati«. Sporazumevanje je največji samostojni dejavnik, ki odloča o tem, kakšne vrste odnosov bo kdo vzpostavil z ljudmi okrog sebe in kaj se bo z njim dogajalo.

Kakovost življenja, medsebojnih odnosov tako v privatnem kot v službenem okolju posameznika in vsestranska učinkovitost osebnosti sta vezani v veliki meri na komunikativne sposobnosti. Ključnega pomena za odnose je način komuniciranja, kakršnega znamo, zmoremo in hočemo gojiti z ljudmi.

Pri delu je manj težav, če ljudje dobro komunicirajo, če so zadovoljni in uspešni. Svoje zadovoljstvo ljudje izžarevamo in dajemo drugim. Uspeh zdravstvenih ustanov ali oddelkov je odsev uspešnosti in zadovoljstva posameznika.

Za zdravstvene delavce naj bi bila dobra komunikacija življenjski slog. Poskrbeti morajo, da se bodo ljudje v njihovi bližini dobro počutili, da bo vzdušje na delovnem mestu prijetno, sproščeno, da bodo drugim vlivali zaupanje in bodo dostopni, empatični, razumevajoči in prilagodljivi, zato jih bodo drugi sprejemali brez zadržkov, z veseljem in zadovoljstvom.

Medtem ko je komunikacija zdravnika s pacienti pogosto usmerjena na posredovanje informacij ali na sprejemanje specifičnih odločitev, medicinske sestre razvijajo komunikacijski stil, ki je usmerjen bolj v spodbujajoče razumevanje. Zdravniki so vse preveč

zaposleni s procesi zdravstvene oskrbe in so pogosto neobčutljivi za bolnikovo doživljanje teh procesov, medicinske sestre skrbijo za počutje bolnikov, skrbijo za lajšanje telesnih in duševnih bolečin. Modeli dela medicinskih sester torej predstavljajo alternativo k pogodbenemu modelu, ki je v sodobni medicinski etiki prevladujoč.

Komunikacijo v zdravstveni negi bi lahko glede na njen namen, različne vsebine in uporabnike opredelili glede:

- Proces zdravljenja in proces zdravstvene nege, ki potekata med člani tima zdravstvene nege in med člani zdravstvenega tima.
- Komunikacija s pacienti in s svojci poteka med pacienti, svojci in zdravstvenim osebjem. Njen namen ni zgolj posredovanje informacij pacientom in svojcem ali zbiranje podatkov o njem, pač pa spodbuja aktivno sodelovanje pacientov in njihovih svojcev ob analizi posredovanih vsebin, kritično razmišljanje, zavzemanje ali spreminjanje stališč in spremembo v ravnanju ali vedenju.
- Komunikacija v organizacijski enoti pomeni pretok informacij v vseh smereh organizirane enote, poteka med zdravstvenim osebjem, med zdravstvenimi delavci in ostalimi delavci v zdravstvu. Pomembna je za obstoj, ohranjanje in razvijanje organizacijske enote, ki jo lahko razumemo kot delovni okvir jadrnim strokovnim vsebinam (Urbančič 1998, 155-166).

Komunikacijo v negovalnem timu je leta 2007 raziskovala Milanovičeva in ugotovila, da se medicinske sestre in zdravstveni tehniki pogovarjajo o težavah na delu, kar je povezano z osebo, ki je v timu tistega dne prisotna. Opredeljujejo pomanjkanje zaupanja in neiskrene odnose v negovalnem timu. Izvajalci zdravstvene nege opravljajo svoj poklic z veseljem, saj jim prinaša osebno zadovoljstvo in jim pomeni tudi materialno in socialno varnost. Navajajo tudi, da je delovnih sestankov premalo, saj so le ti izvedeni samo ob pojavu velikih problemov. Člani negovalnih timov čutijo izkoriščanja pri posameznih članih, ni zaupanja, odnosi so neiskreni. Redko se obravnavajo konfliktna situacije, odnos do pacientov in Kodeks etike medicinski sester in zdravstvenih tehnikov (Milanović 2007, 35).

Znotraj negovalnega tima potekajo formalne in neformalne oblike komuniciranja. Med formalne oblike prištevamo redne sestanke znotraj negovalnega tima in so nujno potrebni za učinkovito delovanje skupine. Sestanke običajno skliče in vodi vodja negovalnega tima

oziroma nadzorna medicinska sestra. Za njo je izrednega pomena, da obvlada večšine komuniciranja, zna poslušati in slišati, razumeti in tudi z neverbalnim izražanjem pokazati pozornost do drugih. Hkrati mora znati omogočiti drugim izražanje mnenj, predlogov in misli.

Pri poklicnem delu poteka tudi neformalna oblika komuniciranja, ki je lahko pomemben vir prijateljskih odnosov. Mirjana Ule piše, »da že struktura dela narekuje, da so nam nekateri sodelavci bliže kot drugi in se nanje bolj navežemo. Toda odnosi med ljudmi na delu so večinoma vendarle formalni, institucionalni in dopuščajo le omejeno stopnjo neformalnosti. Delovni odnosi so glavni vir zadovoljstva z delom in torej tudi pomemben vir osebnega zadovoljstva, res pa je, da so večinoma instrumentalni. Zagotavljajo nam uspešno opravljanje dela, zaslužek, promocijo, pohvalo za dobro opravljeno delo. Socialne zadovoljitve, ki nam jih omogočajo sodelavci, so podobne tistim, ki nam jih dajejo prijatelji (pogovor, sprostitev), le da niso tako intenzivne in obsežne. Odnosi s sodelavci vplivajo na fizično in duševno zdravje udeležencev, podobno kot odnosi s prijatelji. Seveda so lahko tudi odnosi s sodelavci polni najrazličnejših konfliktov, predvsem zaradi kršenja neformalnih pravil. Sodelavci potrebujejo nekaj posebnih socialnih spretnosti, na primer pri izkazovanju svoje kooperativnosti, pri upoštevanju navad in potreb drugih. Dobri delovni tovariši so zelo pogosto tudi dobri prijatelji; sodelavci namreč svoj pozitivni medosebni odnos velikokrat podaljšajo tudi na čas zunaj delovnega časa. Pa tudi nasprotno je res – dobri prijatelji so pogosto tudi dobri sodelavci« (Ule 2009, 343).

S profesionalno komunikacijo želimo vplivati na hierarhične odnose znotraj zdravstvenega tima in težiti k cilju nenehnega izboljšanja medosebnih odnosov. Vse to želimo doseči z lastnim vzgledom ter dejanji, ki pozitivno vplivajo na razvijanje komunikacije in dobrih medosebnih odnosov.

2.4.5 Odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami

Ena od temeljnih značilnosti odnosov med zdravstvenimi delavci je njihova hierarhičnost. Skupne značilnosti delovnih mest obeh poklicnih skupin so specifični delovni pogoji, kot so: izmensko delo, delo ob nedeljah in praznikih, izpostavljenost škodljivim vplivom, nasilje vseh vrst, neugodna mikro-in makroklima, velike psihične, telesne, čustvene obremenitve. Narava dela predvideva vstop zdravnika in medicinske sestre v pacientovo intimo tako telesno, psihično, socialno kot ekonomsko in drugo (Klemenc 2006, 10).

Je pa med zdravniki in medicinskimi sestrami tudi kar precej razlik. Klemenc in Pahor (1999) naštevata, da se ti med seboj razlikujejo po slojevski pripadnosti, tako v izvorni kot v ustvarjeni družini, po spolu (delež moških med zdravniki je večji), po izobrazbi (razlike niso le v napisanem, ampak tudi v skritem kurikulumu), po poklicni subkulturi, po družbenem ugledu poklica in po mestu v organizacijski shemi zdravstvenih ustanov, ki ne spodbuja sodelovanja. Te razlike se ohranjajo in jih je nemogoče odpraviti (vsaj v doglednem času), menita, mogoče pa je spremeniti in s tem izboljšati odnosno dimenzijo zdravstvenega dela.

Kljub očitni potrebi po učinkovitem medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu, piše Katherine Pollard (2006), se je proces razvijanja ustreznih sistemov za sodelovalno delo zdravstvenih profesionalcev s kolegi iz drugih disciplin izkazal kot zelo problematičen na mnogih področjih zdravljenja in oskrbe. Vsekakor pa učinkovito sodelovanje ovirajo številni dejavniki. Posamezne profesije in poklici imajo svojo lastno zgodovino in svoje lastne vrednote, kar lahko povzroča probleme, ko predstavniki različnih profesij skušajo delati skupaj. Poleg tega pa različne profesije zaradi zgodovinskih razlogov uživajo različen družbeni status, to pa lahko otežuje komunikacijo in odnose med pripadniki različnih profesij. Očitna primera tega sta zdravstvena nega in medicina.

Tudi ona pravi, da je eden izmed dejavnikov razlik med obema poklicnima skupinama problematika spola (gender). Glede na to, da je pojmovanje spola kulturno determinirano, se mu v različnih časih in različnih družbah pripisuje različne attribute: v zahodnem svetu so ti atributi tradicionalno konceptualizirani kot binarna nasprotja, na primer moško/žensko, racionalno/iracionalno, močno/šibko. V tej shemi je »moškim« atributom na splošno pripisana pozitivna družbena vrednost, medtem ko se na mnoge »ženske« attribute gleda z nezaupanjem kot na družbene odklone ter vodi k vedenju, pri katerem je potrebna moška kontrola. Potrebno se je zavedati, da številni problemi, ki zadevajo slabo medpoklicno sodelovanje, izhajajo iz pomanjkanja enakopravnosti med poklici, na katere se tradicionalno gleda kot na področje žensk oziroma moških. Zopet je najočitnejši primer tega delitev med zdravstveno nego in medicino. Vzpon medicinske dominance pa je podpiral tradicionalni pogled na spolno specifične attribute, ki je vodil k predpostavki, da je moška dominanca nad ženskami v družbi del naravnega reda (Pollard 2006).

Čeprav je torej v zahodni medicini velika večina profesionalnega zdravstvenega osebja od zdravnikov do medicinskih sester in strežnic žensk, so moč, prestiž in odločitve v rokah moških, spomni Ule. Moški so majhen del zgornje piramide, večino srednjega in nižjega dela piramide pa zasedajo ženske. Moški sicer zavzemajo vodilne pozicije v menedžmentu in upravljanju z znanstvenim, kadrovskim in finančnim potencialom ter pomembnimi odločitvami v zdravstvu, so direktorji velikih kliničnih centrov, dekanı medicinskih fakultet in šol, vodje laboratorijev in nosilci prestižnih specializacij. To je slika, ki jo vidi laik, nestrokovnjak, potencialni bolnik ali bolnica. Zahodna medicina in zdravstvo sta že od vseh začetkov feminizirana. Zato je strah pred feminizacijo medicinskega poklica ciničen, je moška obramba najvišjih in najprestižnejših mest v medicinski hierarhiji (Ule 2003a).

Tudi Majda Pahor v svojem članku navaja, da je v preteklosti slovenske medicinske sestre in zdravnike najbolj razlikovala spolna pripadnost. Zdravniki so zlasti v obdobju od renesanse dalje izločili ženske pripadnice in jim v času vzpona medicinskih fakultet v 19. stoletju tudi uradno prepovedali študij medicine. Posameznice, ki so se v drugi polovici stoletja borile proti tej prepovedi, so doživljale hude odpore. Dokončno je bila prepoved vstopa žensk na medicinske fakultete odpravljena šele po 1. svetovni vojni, vendar je bil delež žensk v tem poklicu dolgo zelo majhen in v večini držav še ne dosega polovice vseh zdravnikov. Nasprotno pa je zdravstvena nega na osnovi prizadevanja utemeljiteljice njene moderne variante Florence Nightingale poudarjala ločenost od moškega sveta in s kolektivno podrejenostjo navzven dosegla relativno notranjo avtonomijo in ločeno zdravstveno-negovalno (»sestrsko«) hierarhijo (Pahor 2006).

Povečano samospoštovanje nosilcev moči seveda ni nekaj slabega, vendar pa postane nevarno, če ima nekdo posebno visoko mnenje o sebi in misli, da zanj običajni moralni standardi ne veljajo več. Naučena nemoč pa je pri podrejenih tudi hromeč občutek, ki vodi v nadaljnjo odpoved lastnim odločitvam, pasivno podrejenost in odvisnost od nadmočnih (Ule 2003a, 207).

Majda Pahor navaja še ostale razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki so zgodovinsko pogojene. To so: slojevska pripadnost, izobrazba, poklicna socializacija in reguliranost.

Zdravniki praviloma izhajajo iz višjega srednjega in višjega sloja, medicinske sestre pa iz nižjega srednjega in nižjega sloja. Seveda pa so tudi tu bile izjeme, lokalne in časovne specifike.

Izobrazba ima močan vpliv ne samo na opravljanje poklicne dejavnosti, ampak oblikuje tudi način mišljenja, vrednostni sistem in stališča. Od vzpostavitve moderne medicine in zdravstvene nege je bilo izobraževanje za ta dva poklica ločeno in imelo različne poudarke. Pri medicinskih sestrah je bil poudarek na praktičnem usposabljanju in razumevanju zdravnikovih navodil.

Poklicna socializacija, to je internalizacija znanja, spretnosti, vrednot, stališč, stereotipov in načinov ravnanja, značilnih za določeno subkulturo. Ne zaključimo se ob koncu formalnega izobraževanja, ampak poteka vse delovno življenje.

Reguliranost se navezuje na vprašanje, kdo in kako določa delovanje pripadnikov neke poklicne skupine. Zdravniki so si uspeli priboriti relativno avtonomijo svojega poklicnega delovanja in izobraževanja direktno od glavnih nosilcev moči, to je države, medtem ko so ostale poklicne skupine v zdravstvu, zlasti medicinske sestre, odvisne od zdravnikov, ki večinoma določajo njihov položaj v okviru sistema, vsebino in obliko izobrazbe ter poklicnega napredovanja. Rezultat tako velikih razlik med medicinskimi sestrami in zdravniki je tudi njihov različni ugled v očeh javnosti (Pahor 2006).

V bolnišnicah in klinikah, meni Ule (2003a, 2008), se mora zdravnik, poleg dela z bolniki, znati soočiti z odnosi z drugim zdravstvenim osebjem, z boji za prestiž in moč v zdravstveni hierarhiji, z razpravami o pravnih in etičnih mejah medicine. Mora obvladati posebno ekonomijo časa; ne sme namreč narediti preveč v prekratnem času in zopet ne sme izgubljati časa v posamičnih primerih. To ga sili v neosebno interakcijo z bolniki, v to, da na bolnike gleda kot na »primer«, in tudi v neosebno interakcijo z drugim zdravstvenim osebjem v njegovem okolju. Zdravniki ne stremijo namerno k svoji dominanci nad bolniki in podrejenim zdravstvenim osebjem, pač pa se vedejo tako, kot jim narekuje institucionaliziran zdravstveni sistem in normativno določena poklicna vloga. Tudi zdravniki so podvrženi polju moči, ki tvori institucionalizirane norme vedenja in medicinske prakse.

V zdravstvenem timu sodeluje še mnogo drugega zdravstvenega osebja, ki tudi pomembno posega v proces zdravljenja, in tudi to osebje je podvrženo podobnim omejitvam in normam institucij kot zdravniki. Zlasti so podvrženi časovnim pritiskom. Njihov glavni problem pa je

njihov nižji status med zdravnikom in pacientom. Pogosto jih, tako zdravniki kot pacienti, vrednotijo kot manj pomembne in manj vredne dejavnike v medicinskem sistemu, čeprav morajo ravno medicinske sestre pogosto posredovati med zdravnikom in pacientom. Pogosto tudi prevzamejo večji delež pri reševanju profesionalnih konfliktov glede odgovornosti do pacientov.

Kljub vsemu, ugotavlja Ule (2003a), so izvajalci zdravstvene nege – moški ali ženske – podrejeni zdravnikom – moškim ali ženskam – pri čemer raziskave kažejo zanimive medspolne relacije. Tako naj bi se moški negovalci lažje zblížali z moškimi zdravniki, ker imajo več skupnih »moških« tem, npr. šport. Iz teh neformalnih pogovorov lahko moški negovalci potegnejo koristi, npr. lažja pogajanja o dežurstvih itd.. Raziskave so tudi pokazale, da ženske zdravnice lažje vzpostavijo bolj neformalne odnose s študentkami medicine ali bolnicami, težje pa z medicinskimi sestrami. Judith Lorber to razlaga z dejstvom, da morajo zdravnice sicer sodelovati z medicinskimi sestrami, če hočejo, da je njihovo delo učinkovito, da pa se zaradi ohranjanja statusa nočejo premočno povezati z ženskami z nižjim statusom v medicinski hierarhiji (Lorber 1997). Ženske zdravnice so namreč v medicinski hierarhiji bolj ogrožene kot moški in se morajo zato statusno obnašati očitno bolj konformno. Naravnim zavezništvom se morajo odreči zaradi ohranjanja prestiža v primerjavi z moškimi. To pa prizadene predvsem medicinske sestre, ker še bolj utrjuje njihov podrejeni status v primerjavi z zdravniki in zdravnicami.

Obratno pa misli Šmitek (2006), ki piše o vplivu vertikalne hierarhije na čustva medicinskih sester in o horizontalnem nasilju med medicinskimi sestrami. Pravi, da se nasilno vedenje medicinskih sester na splošno razlikuje od nasilnega vedenja zdravnikov v tem, da je bolj pasivnoagresivno, da v njem ni toliko neposredno izražene moči in jeze, ampak gre pogosto za podtalno delovanje.

Podrejeni položaj pa vpliva in nehotе ustvarja nadaljnje pritiske, delitve in hierarhije znotraj poklica medicinskih sester. Za razliko od zdravnikov in zdravnic, ki so kot nosilci naslova »doktor, doktorica medicine« v načelu enakopravni, pa se znotraj vrst medicinskih sester ustvarjajo hierarhije glede na dolžino študija (srednje, višje medicinske sestre), hierarhija pa se ustvarja tudi po drugih socialnih kriterijih. 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 (Ule 2003a, 215).

V Sloveniji so na področju zdravstvenega varstva zaposleni ljudje z visoko izobrazbeno strukturo, vendar kljub temu med zdravstvenimi delavci prevladujejo odnosi nadrejenosti in podrejenosti, kar žal ne zmore aktivirati potencialov vseh zaposlenih in kar bi bilo, ob tako hitrem tehnološkem razvoju in povečevanju potreb pacientov, nuja.

Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo, z zadovoljstvom pacientov, zaposlenih in vodstva, z večjim ugledom obeh poklicnih skupin v strokovni in splošni javnosti ter z večjim zaupanjem prebivalstva v zdravstveni sistem. Medicinskim sestram je primarna skrb za pacienta, vendar so pogosto podvržene mnogim birokratskim pravilom in moči medicinskih avtoritet in le te pogosto zatirajo njihove težnje po poklicni avtonomiji.

2.5 DEJAVNOST UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA LJUBLJANA

Univerzitetni klinični center Ljubljana je javni zdravstveni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost. Izjemoma izvaja tudi primarno zdravstveno dejavnost. Je osrednja, največja zdravstvena ustanova v Sloveniji. Konec leta 2013 je bilo v UKC več kot 7700 zaposlenih in skoraj 2200 bolniških postelj. Te številke Univerzitetni klinični center uvrščajo med največje bolnišnice v Srednji Evropi.

UKC Ljubljana zagotavlja, nudi zdravstveno oskrbo na terciarni ravni vsem prebivalcem Slovenije. S tega vidika se UKC Ljubljana pripisuje vloga ključnega dejavnika v procesu varovanja in ohranjanja zdravja prebivalstva ter razvoju in napredku slovenske medicine, slovenskega zdravstva. Od UKC Ljubljana se pričakuje predvsem, da bo izpolnjeval namen, opravljal funkcije in uresničeval naloge, zaradi katerih je bil ustanovljen.

Glavni javni zavod v Sloveniji naj bi zagotavljal vrhunsko medicino, vrhunsko zdravstveno obravnavo pacientov, visoko kvaliteto storitev in igral vodilno vlogo na znanstvenoraziskovalnem področju. Za vse to je potrebno imeti dovolj visoko usposobljenega strokovnega osebja in vrhunsko opremo.

Med zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni, ki jih izvajajo v Kliničnem centru, sodita specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična dejavnost, ki obsegata: diagnostiko, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego.

V Univerzitetnem kliničnem centru te dejavnosti opravljajo predvsem za območje ljubljanske zdravstvene regije. Sprejemajo pa tudi bolnike iz drugih zdravstvenih regij, če nimajo organizirane ustrezne zdravstvene dejavnosti na regionalni ravni oziroma kadar so tja napoteni iz drugih bolnišnic, ker so za njihovo zdravljenje potrebne najzahtevnejše metode, s katerimi razpolagajo v Univerzitetnem kliničnem centru.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega: razvijanje specialističnih zdravstvenih dejavnosti v državi, v skladu z njihovim razvojem v svetu; oblikovanje medicinske doktrine; uvajanje novih zdravstvenih metod; posredovanje novega znanja in veščin drugim zdravstvenim zavodom; izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev ter zdravljenje bolnikov, napoteni iz drugih bolnišnic.

Izobraževalna dejavnost zdravstvenih delavcev v UKCL obsega: izvajanje izobraževalne dejavnosti za potrebe Medicinske fakultete, Fakultete za farmacijo ter drugih zdravstvenih šol

na dodiplomski in podiplomski ravni; sodelovanje pri oblikovanju vsebine izobraževalnih programov s področja zdravstva; izvajanje podiplomskega izobraževanja zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev; sodelovanje v komisijah za strokovne izpite za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce; zaposleni se strokovno, pedagoško in raziskovalno izpopolnjujejo.

Raziskovalna dejavnost zaposlenih v UKCL je obsežna, vključuje: izvajanje raziskav v okviru načrta zdravstvenega varstva in nacionalnega raziskovalnega programa; izvajanje raziskav za domače in tuje naročnike; usposabljanje mladih raziskovalcev; zagotavljanje mentorjev pri raziskovalnih nalogah; zagotavljanje izvedensko-recenzijskega dela predlogov in rezultatov raziskovalnih projektov za različne naročnike, organiziranje znanstvenoraziskovalnih in strokovnih srečanj.

Med dejavnosti skupnega pomena, ki so potrebne za delovanje Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, sodijo: storitve bolnišničnega zdravstvenega varstva, kot so: nemedicinska oskrba (namestitev, prehrana); druge zdravstvene dejavnosti (dejavnosti laboratorijev, prevozi z reševalnimi vozili in druge dejavnosti); dejavnost lekarn; upravno-administrativne storitve; tehnično vzdrževalne storitve; uvoz in izvoz blaga ter storitev v okviru registrirane dejavnosti za lastne potrebe.

Tabela 2.1: Ključni podatki o UKCL na dan 31.12.2015

Število bolniških postelj	2.166
Število hospitalnih obravnav	115.599
Število ambulantnih obravnav	1.159.193
Povprečna ležalna doba	5,6 dni
Letni proračun	453.677.303 €
Število zaposlenih na dan 31.12.2015	7.884
Zdravstveni delavci:	
Zdravniki in zobozdravniki	1.212
Zdravstvena nega	3.857
Ostali zaposleni	2.815

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana (2015)

V UKC Ljubljana je pacient na prvem mestu v procesu zdravljenja in odločanja. Zaposleni v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana ponujajo pacientom in drugim uporabnikom najkakovostnejšo raven zdravstvenih storitev. S svojim znanjem in prizadevanjem zadovoljujejo njihove potrebe ter skrbijo za njihovo zadovoljstvo in dobro počutje. Zaposlenim in študentom v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana dajejo dostop do takih informacij in dela, ki jim omogočajo dopolnjevanje znanja in osebni strokovni razvoj.

Vizija Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je ostati sodobna zdravstvena ustanova, ki bo po ponudbi in strokovnem znanju na področju medicine in na drugih strokovnih področjih enakovredna podobnim ustanovam v razvitem svetu.

2.5.1 Strateški cilji in vidiki UKC Ljubljana

Strateški cilji in vidiki UKC Ljubljana so naslednji:

- referenčna evropska bolnišnica (krepitev terciarne dejavnosti in referenčnosti ustanove ter postopno ločevanje terciarne in sekundarne dejavnosti, krepitev razvojnoraziskovalnega dela, razvoj v vrhunski interdisciplinarni učni center, ohranjanje in krepitev ugleda UKC Ljubljana, pridobitev mednarodne akreditacije);
- pacient v središču pozornosti (izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe, izboljšanje zadovoljstva pacientov, širitev programov v dejavnostih z dolgimi čakalnimi dobami, zagotovitev enake dostopnosti do zdravstvene oskrbe vsem pacientom, vzpostavitev partnerskega odnosa z uporabniki zdravstvenih storitev – vključevanje pacientov v soodločanje);
- učinkovita organizacija in upravljanje (vzpostavitev sodobne, učinkovite in fleksibilne organiziranosti in izboljševanje učinkovitosti upravljanja; povečanje storilnosti dela in racionalizacija stroškov; doseganje finančne trdnosti in s tem dolgoročne stabilnosti poslovanja UKC Ljubljana; vzpostavitev in vzdrževanje sistema celovite kakovosti in varnosti; uvajanje kliničnih poti; investicije za zagotovitev ustreznih prostorskih pogojev za opravljanje dejavnosti in izboljšanje tehnološke opremljenosti UKC Ljubljana; razvoj sodobne informacijske tehnologije; doseganje ravnotežja med zdravstvenimi potrebami okolja in razpoložljivimi viri; izboljšanje tehnične infrastrukture; večji pretok informacij in graditev pozitivnih odnosov z javnostmi);

- motivirani in usposobljeni zaposleni (zagotavljanje ustrezne kadrovske strukture ter stalnega strokovnega izobraževanja in usposabljanja, vzpostavitev učinkovitega upravljanja s človeškimi viri; usposabljanje zaposlenih za vodenje in upravljanje UKC Ljubljana, zagotavljanje pogojev za razvojnoraziskovalno delo, inovativnost zaposlenih...);
- odgovornost do okolja (ohranjanje naravovarstvene odgovornosti do okolja, požarne varnosti in varstva pred sevanji...).

Za vsak strateški cilj so opredeljene strateške aktivnosti, kazalniki uspešnosti, odgovorne osebe in časovni okvir za izvedbo. Določena poslovna področja imajo še podrobneje razdelane svoje Strateške razvojne programe. Deset konkretnih ciljev UKC Ljubljana, ki izhajajo iz strateških usmeritev, se vsako leto načrtuje (številčno opredeli) v Letnem načrtu UKC Ljubljana in spremlja preko uravnoveženega sistema kazalnikov uspešnosti (BSC – vidik pacientov in drugih odjemalcev storitev UKC Ljubljana, finančni vidik, vidik procesov, vidik razvoja in rasti).

Vidik pacientov obsega: zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientov 24 ur na dan (izidi zdravljenj – bolnišnična umrljivost; obvladovanje varnostnih incidentov – okužbe, padci, preležanine...); zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev (obvladovanje čakalnih dob, zagotavljanje enakopravne obravnave pacientov); povečevanje zadovoljstva pacientov – ankete, pohvale, pritožbe (izkušnje pacientov s storitvami oz. oskrbo v UKCL); povečati zadovoljstvo odjemalcev izobraževalnih storitev (študenti, specializanti...).

Finančni vidik vsebuje: uravnoveženo finančno poslovanje (prihodki = odhodki) – čim manjše odstopanje realizacije od programa, dogovorjenega z ZZZS, obvladovanje neplačanih programov; rast – obvladovanje prihodkov (pridobivanje novih programov, obvladovanje – širjenje obsega obstoječih, obvladovanje podcenjenosti programov (ustrezne cene storitev UKC Ljubljana), ustrezno evidentiranje in kodiranje izvedenih storitev – povprečno število diagnoz na SPP (3,5 – v tujini med 4 in 6), prihodki izven javnega financiranja (trženje samoplačniških programov...), pridobivanje donacij (internet – obrazec, objava donatorjev...); *obvladovanje odhodkov* (obvladovanje cen materialov in storitev; obvladovanje obsega in strukture porabe materiala in storitev; izkoriščenost kadra, medicinske opreme,

infrastrukture (zasedenost postelj..); obvladovanje ležalne dobe; obvladovanje neželenih dogodkov...).

Z vidika procesov je ključna *učinkovita zdravstvena obravnava* pacientov (klinične poti, smernice, učinkovite in uspešne metode dela; izkoriščenost kadra, opreme, infrastrukture...).

Z vidika razvoja in rasti pa je potrebno zagotoviti motiviran in usposobljen kader (znižanje absentizma zaposlenih v UKC Ljubljana, izboljšanje organizacijske klime zaposlenih in zadovoljstvo zaposlenih po SiOK, ustrezna kadrovska struktura...). Nadalje je potrebno vlagati v razvoj in uvajanje novega znanja in novih metod zdravljenja v prakso (število novo razvitih metod dela; projekti AARS, terciarni projekti, mednarodni projekti; mladi raziskovalci; število kliničnih točk / zdravnika; objave v revijah SCI COBISS).

2.5.2 Dejavnost službe zdravstvene nege (ZN) v bolnišnici

Dejavnost službe zdravstvene nege v bolnišnici obsega ugotavljanje bolnikovih negovalnih problemov in potreb, načrtovanje in izvajanje ZN ter vrednotenje dela ZN, vodenje dokumentacije ZN, sodelovanje pri organiziranju in izvajanju pregledov bolnikov in drugih postopkov zdravstvene obravnave, sodelovanje v zdravstvenem timu pri diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih posegih, po naročilu zdravnika pa izvajanje nekaterih diagnostično-terapevtskih postopkov, vzgojo in izobraževanje kadrov, izvajanje zdravstvene vzgoje in ozaveščanje bolnikov ter njihovih svojcev pri promociji zdravega načina življenja, dajanje pisnih navodil ter izvajanje strokovnega nadzora.

Druga dejavnost službe ZN obsega izvajanje prevozov bolnikov, sprejema, namestitve in prehrane bolnikov, oskrbo s sterilnim materialom, higiensko urejanje bolniških prostorov in opreme, spremljanje bolnikov in izvajanje transporta diagnostičnega materiala in koordiniranje dela z drugimi organizacijskimi enotami, ki izvajajo dejavnosti skupnega pomena za UKC Ljubljana. (Pravilnik o organizaciji in delovanju zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana 2000).

Medicinske sestre so 24 ur ob bolnikih. Delajo z njimi in zanje. V središču dogajanja zdravstvene nege je bolnik in ne bolezen. Medicinska sestra je bliže bolniku, lahko preživi ure in ure v neposrednem kontaktu z bolnikom, tako pri vsakdanjem pogovoru, prav tako pa pomaga bolniku pri medicinskotehničnih posegih, a tudi pri najbolj intimnih telesnih

funkcijah. Medicinske sestre se ukvarjamo z bolnikovim subjektivnim počutjem in praktičnimi težavami. Razmerje med medicinsko sestro in bolnikom je bolj intimno in dolgoročne narave.

Bolniki največkrat ocenjujejo bivanje v bolnišnici predvsem po tem, kako so bili negovani, kakšen odnos so imeli zdravstveni delavci do njih. Pogosto opisujejo, kako so bile medicinske sestre z njimi prijazne, razumevajoče in spoštljive ali prav nasprotno.

V zdravstveni negi je osrednja vrednost skrb za drugega – za bolnika. Je neposredna pomoč, pri kateri izkušnje, čustva, vdanost in razmerje predstavljajo velik del našega vsakdanjega dela. Sociološke raziskave kažejo, da medicinske sestre drugače postavljajo etične dileme v medicini, da se drugače odzivajo na etične probleme zdravstvene oskrbe kot zdravniki. Medicinske sestre so osrediščene okrog »etike skrbi«, kar predstavlja danes pravo alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do bolnikov. Zdravniki se pretežno ukvarjajo z medicinskotehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja, medicinske sestre bolj poudarjajo udeležbo v interakciji z bolniki za trajnejši in kontinuiran odnos.

2.5.3 Organiziranost službe zdravstvene nege v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

Zdravstvena nega je v Statutu UKCL opredeljena kot dejavnost zavoda na sekundarni ravni, kar sta specialističnoambulantna in bolnišnična dejavnost, ter na terciarni ravni, ki obsega razvijanje dejavnosti zdravstvene nege v državi, oblikovanje doktrine zdravstvene nege, uvajanje novih metod ter posredovanje novega znanja in veščin drugim zdravstvenim zavodom. Te dejavnosti opravlja UKCL za območje ljubljanske in drugih zdravstvenih regij, če le te nimajo organizirane ustrezne zdravstvene dejavnosti na regionalni ravni. Zdravstvena nega je vključena tudi v izobraževalno ter raziskovalno dejavnost. V okvir dejavnosti zdravstvene nege spadajo tudi druge dejavnosti, kot so prevozi z reševalnimi vozili, dejavnosti laboratorijev ter Oskrbovalne službe zdravstvene nege.

Služba zdravstvene nege je organizacijska oblika delovanja izvajalcev zdravstvene nege, ki načrtuje, vodi, izvaja in nadzira zdravstveno nego bolnikov Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana ter izvaja izobraževalno in razvojno dejavnost na področju zdravstvene nege kot temeljno dejavnost. Njeno delovanje temelji na Pravilniku o organizaciji in delovanju zdravstvene nege v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, ki ga je na predlog

Strokovnega sveta za zdravstveno nego ter na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/92, Ur. l. RS, št. 37/95) in 56. člena Statuta Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana sprejel Svet Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana na svoji 14. seji, dne 20. aprila 2000.

V poklicno skupino izvajalcev zdravstvene nege sodijo zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre (skupaj 1923 – dne 31.12.2003), medicinske sestre z višjo, visoko in univerzitetno izobrazbo (skupaj 911 – dne 31.12.2003).

Služba zdravstvene nege koordinira in izvaja zdravstveno oskrbo v bolnišnični dejavnosti, specialističnoambulantni dejavnosti in sodeluje s svetovalno, informacijsko ter socialno službo.

Osnovna enota službe zdravstvene nege je negovalni tim, ki ima od 3 do 5 članov. V negovalnih timih sodelujejo zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre, babice, višje medicinske sestre, višje medicinske sestre specialistke, diplomirane medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre specialistke, profesorji zdravstvene vzgoje in pripravniki zdravstvene nege. Delo negovalnega tima usklajuje in vodi timska medicinska sestra. Usklajevanje dela in povezovanje članov tima poteka z delitvijo nalog in koordinacijo negovalnih dejavnosti, z izvajanjem zdravstvene nege za vsakega bolnika posebej in s koordinacijo negovalne dejavnosti z drugimi področji zdravstva. Negovalni tim izvaja zdravstveno nego v eni, dveh ali treh delovnih izmenah.

V dejavnosti so negovalni timi organizirani glede na zahtevnost zdravstvene nege in vrste nalog ter delujejo kot osnovne službe zdravstvene nege praviloma na vsakih 10 do 15 bolniških postelj. Tako v ambulantni kot funkcijski in bolnišnični dejavnosti so za usklajeno in kakovostno delovanje negovalnih timov posameznih oddelkov odgovorne nadzorne medicinske sestre, le-te pa so za svoje delo odgovorne glavnim medicinskim sestram klinik, kliničnih oddelkov, centrov in služb.

Negovalni timi kot osnovne organizacijske enote službe zdravstvene nege so na ravni strokovno-organizacijske enote (SOE), to je klinike, kliničnega oddelka, inštituta, centra ali službe, povezani v službo zdravstvene nege SOE. Službe zdravstvene nege SOE vodijo glavne medicinske sestre SOE.

Služba zdravstvene nege strokovno-poslovne skupnosti (SPS) in službe zdravstvene nege nepovezanih strokovno-organizacijskih enot (SOE) so na ravni Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana povezane v službo zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Služba zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana oblikuje vizijo, razvojne strategije in strokovne smernice zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. To službo vodi glavna medicinska sestra Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, ki je odgovorna za učinkovito, kakovostno, smotrno delovanje zdravstvene nege in oskrbe.

Za smotrno organiziranost in kakovostno delovanje službe zdravstvene nege UKCL so pristojne in soodgovorne tudi vodje zdravstvene nege, ki so pomočnice glavne medicinske sestre UKCL, za posamezna strokovna področja, in sicer za: izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege, vodenje in izvajanje pripravništva ter izdelavo standardov za celostno izboljševanje sistema kakovosti zdravstvene nege; obvladovanje bolnišničnih okužb in usposabljanje na področju bolnišnične higiene; vzpostavitev informacijskega in računalniško podprtega sistema zdravstvene nege in raziskovanje v zdravstveni negi.

Glavna medicinska sestra UKCL jih pooblašča za izvajanje projektov, oblikovanje strokovnih smernic in doktrin zdravstvene nege skladno z Nacionalnim programom zdravstvenega varstva RS z njihovega strokovnega področja (Zupančič 2000).

2.6 PREDSTAVITEV KIRURŠKE KLINIKE

2.6.1 Organiziranost, poslanstvo in vizija Kirurške klinike

Kirurška klinika je največja strokovno organizacijska enota v UKC Ljubljana. Je vrhunska, strokovna, učna, pedagoška in raziskovalna zdravstvena ustanova. Zastopane so vse kirurške stroke; specializirana je za diagnostiko in zdravljenje vseh kirurških bolezni. Na Kirurški kliniki se zdravijo pacienti v vseh življenjskih obdobjih. Klinika ima bogato tradicijo, ki je skozi razvoj postala pojem za visoko strokovnost. Uživa visok ugled v strokovni in laični javnosti; bolniki nam zaupajo.

SPS (Strokovno-poslovna skupnost) Kirurška klinika je ena od šestih velikih strokovno-poslovnih skupnosti Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Kirurško kliniko sestavlja enajst kliničnih oddelkov, Operacijski blok in Urgentni kirurški blok.

Osnovna naloga SPS Kirurške klinike je diagnostična obdelava, kirurško zdravljenje ter zdravstvena nega in zdravstvena vzgoja bolnikov s kirurškimi obolenji. To so bolniki z urgentnimi in neurgentnimi stanji. Slednji ne zahtevajo takojšnjega ukrepanja in kirurške intervencije zanje zato potekajo po vnaprej načrtovanem razporedu – programu.

Vsi klinični oddelki Kirurške klinike imajo svojo hospitalno enoto in specialistično ambulantno dejavnost.

Na kliničnih oddelkih, v urgentni ambulantni dejavnosti in v urgentni operativni dejavnosti poteka delo neprekinjeno 24 ur; v specialističnoambulantni dejavnosti in ambulantno-operativni dejavnosti pa v dopoldanskem in popoldanskem času (ob delavnikih).

Za lažjo predstavo o velikosti posameznih strokovno-organizacijskih enot na Kirurški kliniki smo izdelali naslednjo shemo:

Slika 2.3: Strokovno-organizacijske enote Kirurške klinike



Zaposleni na Kirurški kliniki so tudi mednarodno priznani strokovnjaki, so člani in predsedujoči različnih mednarodnih strokovnih združenj, strokovnih sekcij, vabljeni predavatelji.

Ena izmed pomembnih vrednot na Kirurški kliniki je znanje, zato krepimo strokovno okolje, kjer so možnosti za nadaljnje pridobivanje znanja in spretnosti, za strokovni razvoj in izgradnjo osebne in profesionalne rasti.

V tabeli 2.2. prikazujemo ključne podatke o številu zaposlenih, številu postelj, številu sprejetih pacientov, številu operativnih posegov na Kirurški kliniki v letu 2014.

Tabela 2.2: Ključni podatki o Kirurški kliniki

Št. zaposlenih po profilih (stanje 31.12.2014)	Zdravniki in zobozdravniki	338
	Zdravstvena nega	1.289
	Ostali zdravstveni delavci in sodelavci	53
	Drugi - nezdravstveni delavci	164
	SKUPAJ	1.844
Št. postelj		667
Št. hospitaliziranih bolnikov v letu 2014 (odpuščenih iz KO Kirurške klinike)		24.977
Št. pregledov v specialistični in urgentni ambulantni dejavnosti v letu 2014		257.357
Št. operativnih posegov v letu 2014	hospitalni (velike operacije)	18.458
	ambulantni (male operacije)	40.859
Št. transplantacij v letu 2014 (odpuščeni bolniki)	srce	33
	jetra	31
	ledvice	55
	ledvice s trebušno slinavko	0
Proračun Kirurške klinike v letu 2015 (v mio €)		137.5

Poslanstvo UKCL izhaja iz javnih pooblastil in pristojnosti ter odgovornosti, zaradi katerih ga je država ustanovila. Poslanstvo UKCL kot terciarne bolnišnice in v okviru le – tega tudi Kirurške klinike je biti in ostati vodilna strokovna, pedagoška in znanstvena ustanova slovenskega zdravstva. To vključuje tudi mednarodno primerljiv in na znanstvenih dokazih temelječ razvoj vseh bolnišničnih specialnosti, ki jih Slovenija potrebuje, uvajanje in izvajanje najzahtevnejših oblik zdravljenja in posredovanje znanja drugim zdravstvenim ustanovam in posameznikom. Poslanstvo UKCL kot sekundarne bolnišnice je, da za prebivalce svoje regije zagotavlja vse sekundarne bolnišnične storitve z enako dostopnostjo, kot jo uživajo prebivalci drugih regij. Za prebivalce Slovenije se ti poslanstvi kažeta v izvajanju visoko strokovne, dostopne, kakovostne, varne, prijazne in učinkovite zdravstvene oskrbe.

Kirurška klinika sledi viziji UKC Ljubljana, in sicer ostati najbolj kakovostna in varna bolnišnica, zeleno mesto zdravljenja za bolnike, motivirajoče delovno okolje za zaposlene,

privlačno mesto izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov ter center sodobnih raziskav, ki bo pritegnil in zadržal najboljše strokovnjake, raziskovalce.

Vizija razvoja Kirurške klinike je tudi prijazna bolnišnica, ustvarjalna organizacija, zadovoljni bolniki in zaposleni. Želimo status odlične klinike v okviru vrhunske zdravstvene ustanove, kot je UKC Ljubljana.

2.6.2 Delovanje zdravstvene nege na Kirurški kliniki

Področje delovanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na Kirurški kliniki je obsežno in raznoliko. Izvajalci zdravstvene nege delamo na bolniških oddelkih, v enotah intenzivne nege, v enotah intenzivne terapije, v specialističnoambulantni dejavnosti, v funkcionalnih enotah, v Operacijskem bloku, na oddelku za anesteziologijo, v Urgentnem kirurškem bloku.

Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo funkcijo pri obravnavi bolnih in zdravih posameznikov. Zaposleni na področju zdravstvene nege imamo dvojno vlogo: kot nosilci zdravstvene nege smo pristojni za samostojno odločanje na strokovnem področju zdravstvene nege; kot zdravnikovi sodelavci po naročilu zdravnika sodelujemo pri medicinskotehničnih in terapevtskih postopkih in posegih.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki smo vedno ob bolniku, srečujemo in ukvarjamo se z njegovim subjektivnim počutjem in praktičnimi težavami. Bolnika skušamo obravnavati kot človeka in celovito osebnost ter mu nuditi najboljšo možno individualno, celostno in kakovostno zdravstveno nego ter psihofizično udobje v največji možni meri. Z razumevanjem bolnika in njegovih stisk ter negativnih čustvenih stanj skušamo omiliti strah, občutek nemoči, preprečevati njegova negativna čustvena stanja, povečati bolnikovo varnost in njegovo prilagajanje na nov način življenja.

V središču dogajanja je bolnik in ne bolezen. Bolnik nastopa v procesu zdravstvene obravnave kot enakovreden partner, ki ima pravico samoodločanja o svojem zdravju. Naša naloga je, da ga v okviru svojih pristojnosti ustrezno informiramo in poučimo.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki smo del bolnikovega okolja, ki vpliva na njegovo zdravstveno, psihično in socialno počutje. Prav tako so to tudi njegovi svojci in njemu pomembne osebe, ki jim pomagamo z nasveti in smo jim v oporo pri čustvenih stresih ter upoštevamo njihova opažanja in želje.

Naše delovanje temelji izključno na odločitvah v korist bolnika, zato svoje delo opravljamo strokovno, humano in odgovorno.

Delovanje zdravstvene nege na Kirurški kliniki je ves čas razvidno na njenih štirih področjih - prakse, izobraževanja, upravljanja in raziskovanja.

Glavne medicinske sestre s pomočjo pedagoških medicinskih sester, medicinskih sester higienikov ter medicinskih sester za kakovost so ključne osebe, ki skrbijo za strokovni razvoj zdravstvene nege, strokovno neoporečno delo, pedagoško delo, vizijo, filozofijo, organizacijo, kulturo in strategijo zdravstvene nege na posameznem kliničnem oddelku. Na vsakem kliničnem oddelku Kirurške klinike so imenovane pedagoška medicinska sestra, medicinska sestra higieničarka in medicinska sestra za kakovost, ki poleg svojega rednega dela skrbijo tudi za omenjena področja.

Ker je znanje ena izmed pomembnih vrednot zdravstvene nege, krepimo na Kirurški kliniki strokovno okolje, kjer so možnosti za nadaljnje pridobivanje znanja in spretnosti ter izgradnjo osebne in profesionalne rasti. Pomembno je permanentno izobraževanje. Izvajalci zdravstvene nege se udeležujemo strokovnih izpopolnjevanj in strokovnih srečanj. Sodelujemo v strokovnih organizacijah doma in v tujini. Raziskovalno delo je vitalna komponenta za napredek prakse, zato na področju zdravstvene nege na Kirurški kliniki spodbujamo raziskovalno delo, raziskujemo, sodelujemo in pomagamo pri raziskovalnih projektih.

2.6.3 Filozofija zdravstvene nege na Kirurški kliniki

Filozofija zdravstvene nege Kirurške klinike je vodilo službe zdravstvene nege na posameznih kliničnih oddelkih Kirurške klinike in daje napotke ter usmeritve medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom za opravljanje strokovnega dela z bolniki in njihovimi svojci ter sodelovanje s sodelavci.

Cilj strokovne filozofije zdravstvene nege Kirurške klinike je zadovoljstvo pacientov, osebni in profesionalni razvoj izvajalcev zdravstvene nege ter razvoj stroke.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki Kirurške klinike izvajamo zdravstveno nego pacientov v skladu s filozofijo »prijazne bolnišnice« in pri svojem delu uvajamo koncept celovitega izboljševanja kakovosti. Pri tem sledimo smernicam »WHO«, strokovnim

standardom »ICN« – (Mednarodnega strokovnega sveta medicinskih sester) ter nacionalnim strokovnim smernicam in standardom stroke.

Medicinske sestre se zavedamo, da je zdravje največja vrednota človekovega življenja. Menimo, da je vsak pacient edinstveno in neponovljivo bitje, vredno vsega spoštovanja in dostojanstva, zato smo prepričani, da bomo pacientom nudili najboljšo možno zdravstveno nego. Pacient je v bolnišnici najpomembnejša oseba s svojimi različnimi in mnogoterimi potrebami, ki jih skušamo ugotoviti in zadovoljiti z individualnim, celostnim pristopom.

Verjamemo, da pacientu s prijaznostjo in razumevanjem njegovih stisk oziroma strahov pomagamo in ga spodbujamo. Pacienta skušamo pravočasno in čim bolj popolno, strokovno, objektivno informirati o aktivnih zdravstvenih dejavnikih, ki vplivajo pozitivno ali negativno na zdravje. Paciente usmerjamo k razvijanju odgovornosti za lastno zdravje ter jih v času bolezni spodbujamo k samooskrbi, ki temelji na njihovi zmožnosti, sposobnosti, odgovornosti pri izvajanju samooskrbe.

Izboljšujemo in vzdržujemo dobro komunikacijsko klimo med pacienti in osebami v negovalnem timu, ki temelji na spoštovanju, razumevanju, odprtosti, jasnosti in sposobnosti empatije.

Menimo, da je potrebno pacientove svojce in njemu pomembne druge vključiti v proces informiranja, izobraževanja in vzgoje v zvezi z aktualnimi zdravstvenimi problemi. Svojcem in pomembnim drugim obrazložimo potrebe bolnikov in pomen ustreznega obnašanja v času bolezni in pri preprečevanju bolezni. Upošteujemo njihova opažanja. Pomagamo jim z nasveti in smo jim v oporo pri čustvenih stresih.

Zavzemamo se za sodobno, kakovostno in varno zdravstveno nego. Pri našem delu nas vodijo načela humanosti, etike, morale in stroke. Pri praktičnem izvajanju zdravstvene nege upošteujemo strokovne standarde. Ključno vodilo je spoštovanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zavedamo se individualnosti in pomembnosti vsakega posameznika. Krepimo učinkovit interdisciplinarni tim in medsebojno spoštovanje ter razvijamo korektne in kolegialne odnose. Vsakega člana tima cenimo kot posameznika. Menimo, da je razvijanje in vzdrževanje dobre mreže komunikacije izredno pomembno.

Sodelovali in razvijali bomo znanstvenoraziskovalno delo. Sodelovali bomo z dijaki, študenti in pripravniki zdravstvene nege, ki svoje znanje praktično dopolnjujejo. Nudili jim bomo strokovno pomoč in oporo. Raziskovalno delo na področju zdravstvene nege na Kirurški kliniki bomo spodbujali in razvijali.

Zavedamo se pomembnosti znanja, zato bomo krepili in vzpodbujali strokovno okolje, kjer so in bodo možnosti za nadaljnje pridobivanje znanja in spretnosti ter s tem za razvoj stroke ter za izgradnjo osebne in profesionalne rasti. Vsi zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki bomo skrbeli za vzoren lik medicinske sestre ter javno priznanje vloge zdravstvene nege (Mrak 2004).

2.6.4 Vizija, strategija in organizacijska kultura zdravstvene nege na Kirurški kliniki

Naša vizija razvoja v tem času je prijazna Kirurška klinika, ustvarjalna organizacija, zadovoljstvo pacientov, zadovoljstvo zaposlenih. Doseči želimo tudi status odlične Kirurške klinike oziroma posameznega kliničnega oddelka na področju zdravstvene nege v okviru vrhunske zdravstvene ustanove, kot je Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Zavedamo se, da so največje bogastvo Kirurške klinike ljudje, ki delajo v njej, njihovo znanje, spretnosti, sposobnosti, njihova energija, entuziazem, altruizem.

Zato bomo vsebinam, kot so ravnanje z ljudmi, znanje, človeški potenciali, posvetili posebno pozornost. Za doseganje teh ciljev se bomo nenehno in intenzivno izobraževali in usposabljali. Strategija zdravstvene nege na Kirurški kliniki je prizadevanje za: vrhunsko kakovost dela zdravstvene nege in poslovno uspešnost, učinkovito organiziranost zdravstvene nege, razvijanje managementa, raziskovalnega dela, pedagoškega dela, za osebno in strokovno rast in razvoj zaposlenih, razvijanje dobrih medsebojnih odnosov v negovalnih in zdravstvenih timih, urejene in prijazne delovne pogoje, za uveljavljanje dejavne udeležbe na pomembnejših strokovnih srečanjih strokovnjakov zdravstvene nege in za objavljane strokovnih dosežkov v strokovnih ter poljudnih publikacijah doma in v tujini.

Organizacijsko kulturo zdravstvene nege na Kirurški kliniki predstavljajo vrednote ter želeno obnašanje in ravnanje.

Vrednote so: zadovoljstvo pacientov, njihovih svojcev in njihovih pomembnih drugih; zadovoljstvo zaposlenih; izražanje spoštovanja in medsebojnega zaupanja med vsemi subjekti

strokovnega in poslovnega procesa; dobro sodelovanje z dijaki in študenti zdravstvenih šol, učitelji, predavatelji, z drugimi strokovnjaki, svetovalci in poslovnimi partnerji; znanje – krepitev strokovnega okolja, kjer so in bodo možnosti za nadaljnje pridobivanje znanja in spretnosti; strokovni razvoj in izgradnja osebne in profesionalne rasti; delo – je kompleksno, kjer ni pomembno le, kaj nekdo dela in kako dela (kakovostno, učinkovito), ampak tudi kdo to dela (kakšna je ta oseba kot človek!); raziskovalno delo; za uspešno izvrševanje poslanstva zdravstvene nege sodelujemo in poleg ostalih zdravstvenih delavcev zagotavljamo poslovno uspešnost Kirurške klinike kot celote in vsake dejavnosti v njej posebej; visok ugled zdravstvene nege na Kirurški kliniki v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.

Želeno obnašanje in ravnanje izhajata iz ključnih zapovedi našega profesionalnega poslanstva: v središču dogajanja je pacient in ne bolezen (cilj našega dela je razumevanje bolnikovih potreb, želja, pričakovanj). Pacient nastopa v procesu zdravstvene obravnave kot enakopraven partner, ki ima pravico samoodločanja o svojem zdravju, zato poskušamo do pacienta vzpostaviti partnerski odnos; naš pristop do bolnika je holističen. Naša naloga je tudi posredovanje novega znanja, uporabnega znanja, zato bolnika nenehno vzgajamo in izobražujemo. Med nalogami je tudi razvijanje in plemenitenje korektnih, spoštljivih, strpnih, razumevajočih medsebojnih odnosov (Mrak, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPREDELITEV PROBLEMA IN RAZISKOVALNA IZHODIŠČA

Iz opisanega v teoretičnem delu je razvidno, da problemi zdravstvene nege izvirajo iz sprememb sodobne družbe, ki vplivajo na spremembe zdravstvenega sistema in odnosov v njem. Vse to pa vpliva tudi na razvoj profesije zdravstvene nege. V empiričnem delu pa bomo proučevali, kako se na te spremembe in probleme razvoja profesije odzivajo zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana, s kakšnimi dilemami, težavami in problemi se srečujejo in kako to vpliva na njihovo zadovoljstvo na delovnem mestu oz. na zadovoljstvo z delom in odnosi.

Namen magistrskega dela je raziskati zadovoljstvo z delom, pogoji za delo, odnosi, razmerami medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana. Zanima nas, kaj vpliva na njihovo zadovoljstvo, kakšni so medsebojni odnosi med zaposlenimi na področju zdravstvene nege – v isti poklicni skupini in med dvema največjima poklicnima skupinama – med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege, kakšni so njihovi medsebojni odnosi pri delu. Nadalje nas zanima, ali medicinske sestre rade opravljajo svoj poklic, kako je cenjeno njihovo delo s strani vodij zdravstvene nege, z vidika zdravnikov in drugih sodelavcev; s kakšnimi težavami se najpogosteje srečujejo, kako so obremenjene z delom. Ugotoviti in preveriti želimo moteče dejavnike pri delu in na delovnem mestu.

Predmet raziskovanja so medicinske sestre in zdravstveni tehniki oz. izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na Kirurški kliniki, v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKC Ljubljana). Na Kirurški kliniki se namreč srečujemo s kroničnim pomanjkanjem negovalnega kadra, preobremenjenostjo medicinskih sester na vseh izobrazbenih stopnjah, z relativno veliko fluktuacijo zaposlenih v zdravstveni negi in veliko odsotnostjo zaradi bolezni, ki pa sta tudi posledica nezadovoljstva pri delu in prevelikih fizičnih in psihičnih obremenitev.

3.1.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

V raziskovanju zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege, zaposlenih na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana nas bo zanimalo, kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo in opredeljujejo

zadovoljstvo na delovnem mestu, proučili bomo razloge za nezadovoljstvo ter raziskali, kakšne so izkušnje in pričakovanja izvajalcev zdravstvene nege, zaposlenih na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana.

Temeljno raziskovalno vprašanje, na katero bomo skušali odgovoriti v empiričnem delu, je, kateri so glavni dejavniki, ki negativno delujejo na zadovoljstvo pri delu in na delovnem mestu in povzročajo fluktuacijo medicinskih sester na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana.

Konkretna raziskovalna vprašanja so:

1. Kakšno je zadovoljstvo zaposlenih medicinskih sester z delom na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana in kateri so glavni dejavniki (ne)zadovoljstva?
2. Kakšna je učinkovitost in primernost komuniciranja in odnosov med sodelavci v isti poklicni skupini (horizontalni nivo)?
3. Kakšne so značilnosti komuniciranja in odnosov izvajalcev zdravstvene nege s predpostavljenimi: vodstvom zdravstvene nege in zdravniki (vertikalni nivo)?
4. Kako vodenje vplivata na zadovoljstvo zaposlenih?

Iz raziskovalnih vprašanj postavljamo naslednje hipoteze:

1. hipoteza: medicinske sestre in zdravstveni tehniki se odločajo za poklic iz resničnega interesa in radi opravljajo svoje delo
2. hipoteza: medicinske sestre in zdravstveni tehniki so izpostavljeni velikim obremenitvam in težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje; imajo premalo prostega časa za počitek
3. hipoteza: slaba organizacija dela na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana je demotivacijski faktor, neprimeren odnos zdravnikov do medicinskih sester in slabo vodenje vpliva na nezadovoljstvo z razmerami na delovnem mestu

3.2 RAZISKOVALNE METODE

3.2.1 Raziskovalni inštrument

Za empirično raziskavo smo konstruirali anketni vprašalnik (priloga A), ki je sestavljen iz demografskih podatkov in 81 vprašanj, ki so pokrila interes raziskave. Sestavljen je iz več sklopov. Postavljena so vprašanja, povezana z delom; organizacijo dela, pogoji dela, nagrajevanjem, izobraževanjem, delovnim časom, kadrovskimi potrebami. Drugi pomemben sklop so vprašanja, povezana z odnosi; odnosi med sodelavci – izvajalci zdravstvene nege, z odnosi z zdravniki, z odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami, z odnosi z glavno medicinsko sestro in tretji sklop predstavljajo vprašanja o splošnem zadovoljstvu.

Na koncu vsakega sklopa zaprtih vprašanj je še eno odprto vprašanje, na katerega so anketiranci lahko napisali vse svoje predloge in pripombe. Na ta vprašanja so pogosto odgovarjali, »se zelo razpisali« in nam posredovali mnogo informacij.

3.2.2 Opis vzorca

Za raziskavo je bil izbran sistematski vzorec – vsi zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana. Razdeljenih je bilo 880 vprašalnikov. V obdobju anketiranja je bilo na Kirurški kliniki prisotnih 792 oseb. Izpolnjen anketni vprašalnik je vrnilo 672 oseb. Realizacija vzorca je 84,6 %. Neveljavnih vprašalnikov je 6, kar predstavlja manj kot 1 %. Anketirali smo lahko le tiste osebe, ki so bile prisotne na delu v času od 24.3.2005 do 01.4.2005, torej v času anketiranja. Zaposlene smo seznanili z namenom raziskave in jih prosili za sodelovanje in pomoč. Udeleženci so prostovoljno sodelovali v anketiranju. Anketiranje je bilo anonimno.

V tem času je bilo na Kirurški kliniki zaposlenih 1082 izvajalcev zdravstvene nege in od tega jih je bilo v tem obdobju prisotnih 792 (73,2 %) od vseh zaposlenih ter začasno odsotnih z dela 290 oseb (205 jih je bilo na bolniškem dopustu, 85 pa na porodnem dopustu).

3.2.3 Obdelava podatkov

Statistično analizo smo opravili s statističnim programom SPSS in MS Excel.

Uporabljene spremenljivke so bile večinoma nominalnega tipa. Statistična analiza je bila zato omejena na uporabo frekvenčnih tabel in grafičnega prikaza tabel (strukturni stolpci in krogi) ter χ^2 – kvadrat statistike za ugotavljanje povezanosti dveh nominalnih spremenljivk.

Prav tako je izračunan koeficient kontingence Cramerjev V , ki pove, kako močna je povezanost med dvema nominalnima spremenljivkama.

χ^2 – kvadrat statistike temelji na odklonu teoretičnih frekvenc od empiričnih frekvenc. Teoretične frekvence so izračunane ob predpostavki, da spremenljivki nista povezani. Če ni razlike med teoretičnimi in empiričnimi frekvencami, potem spremenljivki nista povezani. Čim večja je razlika, tem večja je povezanost.

Kategorije nekaterih spremenljivk so bile združene in nekatere kategorije opuščene pri izračunu kontingenčnih tabel. Tak postopek je bil nujen zato, ker so bile pri izračunu celičnih frekvenc v kontingenčni tabeli nekatere celice prazne. Pri izračunu χ^2 – kvadrata statistike pa naj bi bila minimalna frekvenca v posamezni celici vsaj 5 enot. Praznih celic naj bi bilo manj kot 30 %, saj drugače χ^2 – kvadrat statistika ni zanesljivo izračunana.

Grafični prikazi so izdelani v računalniškem programu Excel. Za risanje grafov so bili uporabljeni odstotki.

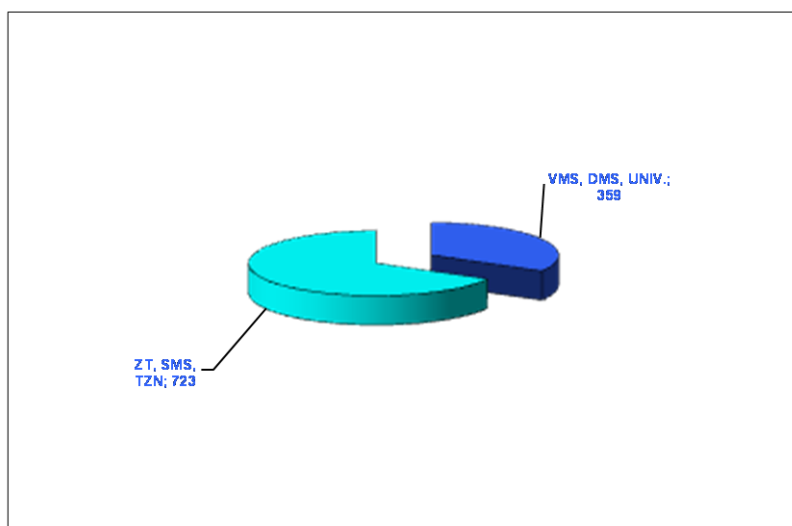
V tabelah pa se nahajajo frekvence, odstotki in kumulativni odstotki. V tabelah so podatki prikazani v absolutnih številih, relativnih številih (odstotkih) ter v merah srednje velikosti.

3.3 PRIKAZ IN ANALIZA REZULTATOV

Rezultati raziskave so predstavljeni po istem zaporedju, kot so predstavljena oz. si sledijo vprašanja v anketnem vprašalniku po posameznih sklopih.

Ciljna populacija so bili izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana. V času anketiranja je bilo na Kirurški kliniki zaposlenih 1082 izvajalcev zdravstvene nege. To so zdravstveni tehniki (ZT), srednje medicinske sestre (SMS), tehniki zdravstvene nege (TZN), višje medicinske sestre (viš. med. ses.), diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.) in medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo (prof. zdr. vzg.).

Graf 3.1: Opis populacije glede na naziv



V vzorec je vključenih 90,6 % žensk, 9,4 % anketiranih oseb pa je moškega spola.

V anketiranje so bili vključeni vsi izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na Kirurški kliniki, ki so bili v obdobju anketiranja prisotni na delu. Prisotnih na delu je bilo 792 oseb, 290 oseb je bilo v času anketiranja začasno odsotnih (bolniška odsotnost, letni dopust, študijski dopust, plačana odsotnost).

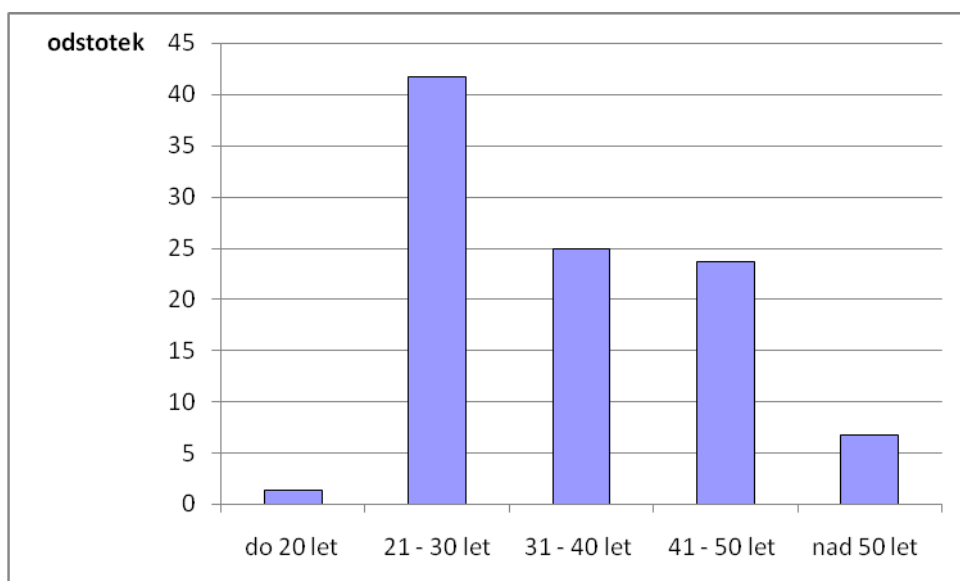
Razdeljenih je bilo 880 anketnih vprašalnikov, torej preveč, ker je bilo nemogoče predvidevati nenapovedano začasno odsotnost z dela.

Od 792 oseb, prisotnih na delu, v obdobju anketiranja, je 672 oseb vrnilo izpolnjene anketne vprašalnike, kar predstavlja 84,6 %. 666 oseb je pravilno izpolnilo anketni vprašalnik. Šest anketnih vprašalnikov je bilo neveljavnih, kar je glede na velikost vzorca nepomembno.

Tabela 3.3: Izpolnjeni anketni vprašalniki po posameznih Kliničnih oddelkih oz. strokovno organizacijskih enot na Kirurški kliniki

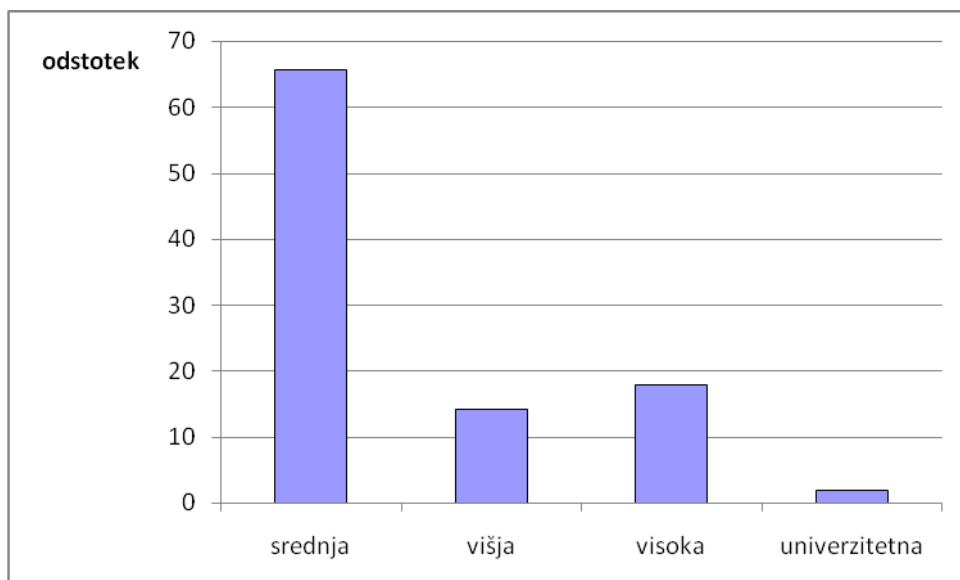
KLINIČNI ODDELEK OZ. STROKOVNO-ORGANIZACIJSKA ENOTA	%	PRAVILNO IZPOLNjeni VPRAŠALNIKI	RAZDELJENI VPRAŠALNIKI
URGENTNI KIRURŠKI BLOK	48,9	22	45
SPS KIRURŠKA KLINIKA VODENJE	66,7	2	3
OPERACIJSKI BLOK	66,7	43	71
KO ZA UROLOGIJO	83,6	46	55
KO ZA TRAVMATOLOGIJO	75,0	102	136
KO ZA TORAKALNO KIRURGIJO	100,0	37	37
KO ZA PLASTIČNO KIRURGIJO IN OPEKLINE	60,0	24	40
KO ZA OTROŠKO KIRURGIJO IN INTENZIVNO TERAPIJO	91,0	71	78
KO ZA NEVROKIRURGIJO	80,0	40	50
KO ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO	96,7	29	30
KO ZA KIRURŠKE INFEKCIJE	84,0	21	25
KO ZA KIRURGIJO SRCA IN OŽILJA	79,1	53	67
KO ZA INTENZIVNO TERAPIJO - CIT	76,0	38	50
KO ZA ANESTEZIOLOGIJO	61,2	30	49
KO ZA ABDOMINALNO KIRURGIJO – BPD	75,8	53	70
KO ZA ABDOMINALNO KIRURGIJO	74,3	55	74
SKUPAJ	75,7	666	880

Graf 3.2: Starost izvajalcev zdravstvene nege na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana



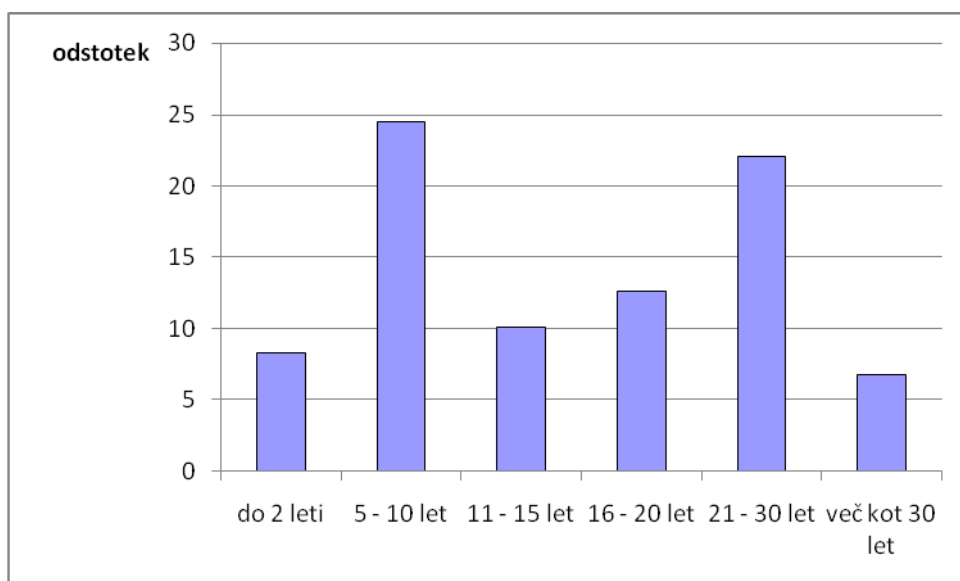
Na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana je anketni vprašalnik izpolnilo 1,1 % zaposlenih oseb, mlajših od 20 let, 41,7 % zaposlenih je starih med 21 in 30 let, $\frac{1}{4}$ jih je starih med 31 in 40 let, malo manjši odstotek 23,7 % pa je oseb, starih med 41–50 let. 6,8 % oseb je starejših od 50 let.

Graf 3.3: Izobrazbena struktura izvajalcev zdravstvene nege



Od 666 odgovorov, ki smo jih dobili, jih ima 65,8 % srednjo izobrazbo, višjo 14,3 %, visoko 17,9 % ter 2% univerzitetno izobrazbo. Vzorec je primerljiv, ker ustreza izobrazbeni strukturi zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege na Kirurški kliniki.

Graf 3.4: Delovna doba izvajalcev zdravstvene nege



Na Kirurški kliniki imamo 8,3 % zaposlenih z do 2 leti delovne dobe, 24,5 % zaposlenih s 5-10 let delovne dobe, 10,1 % z delovno dobo od 11-15 let, 12,6 % zaposlenih pa s 16-20 let, 22,1 % ima 21-30 let delovne dobe ter 6,8 % zaposlenih z več kot 30 let.

3.4 ZADOVOLJSTVO Z ORGANIZACIJO DELA, POGOJI DELA, NAGRAJEVANJEM IN IZOBRAŽEVANJEM

V prvem delu naloge bomo analizirali vprašanja o zadovoljstvu v zvezi z delom med zaposlenimi v zdravstveni negi na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana. Zadovoljstvo anketiranih z delom oziroma delovno situacijo smo razdelili na štiri tematske sklope, in sicer: organizacija dela in pogoji dela, kadrovske potrebe in učinkovitost vodstva, možnosti izobraževanja in nagrajevanja, odnos do dela ter zadovoljstvo z delom.

Rezultati so prikazani v tabelah spodaj, v odstotkih, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost. Za prikaz nekaterih rezultatov smo uporabili grafični prikaz Excel.

Ker se je izkazalo, da je število anketiranih z univerzitetno izobrazbo majhno (13 oseb), smo združili visoko in univerzitetno izobrazbo. Tako je sedaj skupno 19,9% anketiranih z visoko in univerzitetno izobrazbo. Največ, 65,9 % anketiranih ima srednjo izobrazbo in 14,3% višjo izobrazbo. Tako so nastale tri skupine izobrazbenih struktur.

Tudi glede na starost smo zaradi majhnega števila anketiranih, starih do 20 let, ki jih je bilo le 7, in tiste, stare od 21–30 let, združili v eno skupino. Obe starostni skupini predstavljata 42,9 % anketiranih, 25,7 % jih je v starostni skupini od 31–40 let, 23,8% od 41–50 let in 6,8 % je starih več kot 50 let. Nastale so štiri starostne skupine.

Na koncu vsakega tematskega sklopa smo obdelali še odprta vprašanja, ki so jih napisali izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki. Odgovori na odprta vprašanja so avtentični, torej nelektorirani, zato so zapisani v poševnem tisku.

3.4.1 Organizacija dela in pogoji dela

Organiziranje dela številnih dejavnosti je neprekinjen proces na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana. Procesi dela so močno odvisni od aktivnosti medicinskih sester.

V zdravstveni obravnavi pacienta sodeluje cela vrsta strokovnjakov, tudi medicinske sestre. Za potrebe zdravstvene obravnave bolnikov oziroma izvajanja različnih aktivnosti potrebujejo ustrezno opremo in pripomočke za delo.

Za strokovno neoporečno, kakovostno, etično, kompetentno izvajanje nalog potrebujejo učinkovito, smiselno organizacijo dela in ustrezne pogoje za delo; potrebna sredstva, opremo, pripomočke, informacije za delo, jasno opredeljene naloge oziroma delokroge.

Organizacijo dela in pogoje dela smo preverjali s trditvami, do katerih so se anketiranci opredelili na 5-stopenjski lestvici.

Poklic medicinskih sester na vseh izobrazbenih stopnjah je naporen, težak in stresen zaradi narave dela. Izvajalci zdravstvene nege so izpostavljeni kroničnim stresogenim okoliščinam.

Povečuje se obseg dela, spremenila se je vsebina dela, uvajajo se nove dejavnosti, stroka se razvija.

Tabela 3.4: Mnenje anketiranih o zahtevnosti delovnih nalog (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1	2	3	4	5
	prelahke	lahke	primerne	težke	pretežke
Kako bi opisali svoje delovne naloge?	0,0	1,5	46,6	48,3	3,6

Zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki opisujejo svoje delovne naloge kot težke v 48,2%, 3,5% anketiranih meni, da so delovne naloge celo pretežke. Primerne se zdijo 46,7% anketiranim. Samo 1,5% anketiranih se je opredelilo, da so njihove delovne naloge lahke.

Znotraj starostnih skupin ni statistično pomembnih razlik.

Na koncu sklopa vprašanj, povezanih z delom, organizacijo dela in pogoji dela je bilo postavljeno še eno odprto vprašanje, ki se glasi: »Kaj vas najbolj moti pri organizaciji vašega dela?« Odgovorov je bilo veliko, najpogostejše odgovore na odprto vprašanje, povezano s težavnostjo delovnih nalog, smo strnili v nekaj sklopov.

Anketirani so pogosto opozorili na pomanjkanja kadra, in sicer z naslednjimi besedami:

- Premalo sester.
- Premalo negovalnega kadra.
- Konstantno pomanjkanje »zverziranega« kadra.
- Premalo osebja.
- Premalo zaposlenih in zato dela ne moreš opraviti strokovno in z nasmehom.

- *Premalo kadra za dobro in kvalitetno delo težko opravljamo kvalitetno.*
- *Pogosto je premalo kadra v delovni izmeni.*
- *Preobremenjenost zaradi premalo kadra.*
- *Premalo kadra v turnusu, kar ima za posledico skoraj vsakodnevne časovne stiske – temu sledi stres, več strokovnih napak.*
- *Absolutno premalo kadra (zahtevnost dela pa je čedalje večja in težja).*
- *Premalo zaposlenih in utrujenost.*
- *Preveč nadur, ker ni dovolj kadra.*
- *Ponavadi to, da je dosti »težkih« pacientov, premalo pa osebja.*
- *Nikoli ni dosti sester, da bi bili zadovoljni pacienti pri tem in mi.*

Precej jih moti tudi pomanjkanje časa za opravljanje kakovostnega dela. Navedli bomo nekaj odgovorov:

- *Premalo časa za delo.*
- *Če je preveč dela in ni možno kakovostno opraviti vse delo in je premalo časa za bolnika.*
- *Pomanjkanje časa, da bi opravili svoje delo in imaš slabo vest, da ni vse narejeno.*
- *Preveč opravil, ki jih moram naenkrat opravljati in premalo časa.*
- *Pomanjkanje časa za opravljanje vseh dolžnosti (hitenje), razpetost med preveč različnih dolžnosti.*
- *Če hočeš delo kvalitetno opraviti, je potreben čas – tega je na razpolago vse manj, dela je vse več.*
- *Slabo opravljeno delo, ker smo prisiljeni hiteti.*
- *Zastavljene naloge v delovnem dnevu je včasih težko realizirati.*

Anketiranci si želijo več prostih dni, kar so komentirali z naslednjimi stavki:

- *14 ali 17 ur dolg dan, kateremu ne sledi prosti dan.*
- *Prenatrpan delavnik in tempo dela včasih ni mogoč.*
- *Preobremenjenost na delu.*
- *Nenehen stres.*
- *Sestre izgorevajo – pregorijo.*
- *Ostajanje na delovnem mestu po rednem delovnem času.*

- *Vsakodnevno podaljševanje delovnega časa.*
- *Da večino dela, ki potrebuje svoj čas hočejo, da se takoj opravi.*
- *Delo oz. poklic, ki sem ga izbrala mi je zelo všeč, vendar ponavadi so pogoji in okolje, ki spremlja naše delo zahtevni in naporni, tako, da je včasih.....*

Večina anketiranih meni, da nima dovolj časa, da opravi svoje delo. To je posledica preobremenjenosti, v smislu vsebine dela in dela preko polnega delovnega časa. Zaposlenim v zdravstveni negi na Kirurški kliniki morajo vodje dodeliti delo preko polnega delovnega časa, kar pomeni, da izvajalci zdravstvene nege delajo poleg mesečne obveze, to je 174 ur, še dodatno, 20, 30, 40 ali več ur vsak mesec. Glede na zahtevnost zdravstvene obravnave pacienta oz. kategorije zahtevnosti zdravstvene nege mora vodja zagotoviti ustrezno število zaposlenih v zdravstveni negi, v posamezni delovni izmeni. Zaradi dolgotrajnih bolniških odsotnosti, ki včasih niso nadomeščene, predvsem pa zaradi nenapovedanih, nenadnih bolniških odsotnosti izvajalcev zdravstvene nege zaradi bolezni ali bolezni njihovih otrok in zmanjka medicinskih sester, ki bi nadomestile to odsotnost.

Vodja je dolžan zagotoviti prisotnost določenega števila izvajalcev zdravstvene nege v posameznem turnusu, zato tiste, ki niso bolni, dodatno obremeni. Razpored dela – urnik dela mora vodja izdelati 20. v mesecu za naslednji mesec.

Če niso nadomeščeni odhodi zaposlenih (v druge zdravstvene institucije) ali zaradi upokojitve, predstavlja to resen problem, kajti velikokrat glavne medicinske sestre v »startu« nimajo dovolj kadra za razpis službe oziroma urnika za naslednji mesec. Pomagajo si s kadrom, ki je na voljo, in koordinirajo, prerazporejajo, sprotno prilagajajo razpored številu in zahtevnosti pacientov oz. zasedenosti bolniških postelj oz. posteljnih mest.

Zaradi nezmožnosti sprotnih nadomeščanj, odhodov, upokožitev, zaradi različnih zakonskih omejitev, ki trajajo že več let (Zakon o uravnoteženju javnih financ ZUJF), izkazujemo deficit kadra na vseh kliničnih oddelkih oz. strokovno-organizacijskih enotah Kirurške klinike.

Za zaposlitev zdravstvenih tehnikov v obdobju pripravištva (6 mesecev) in zaposlitev diplomiranih medicinskih sester takoj po končanem formalnem izobraževanju je na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana velik interes. Gre za usposabljanje, pridobivanje izkušenj in opravljanje strokovnega izpita. Medicinske sestre na vseh izobrazbenih stopnjah pridobijo veliko novega znanja, veščin, spretnosti, pa tudi izkušenj, vendar kmalu po opravljenem

pripravištvu in 6 mesečnem usposabljanju v enotah intenzivne terapije ali operativni dejavnosti odidejo v domači kraj (npr. Maribor, Novo mesto, Slovenj Gradec,...) ali pa se zaposlijo v zdravstvenih domovih (najpogosteje v patronažni službi), na Onkološkem inštitutu, Psihiatrični kliniki, na Golniku in v podjetjih, ki dobavljajo zdravila in zdravstvene pripomočke, ali pa prosijo za prerazporeditev v druge enote UKC Ljubljana, izven Kirurške klinike, kjer je običajno delo lažje.

Če nekdo manjka oz. je odsoten zaradi bolezni ali se je upokojil, ga je potrebno nadomestiti. Pacient, ki potrebuje nočno posodo ali ga je potrebno nujno obrniti v postelji oz. spremeniti položaj zaradi preprečevanja razjede zaradi pritiska, mora to dobiti takoj. Pacientu ne moremo reči: »Oprostite gospod, danes je kolegica zbolela oz. danes ima letni dopust, jutri pride v službo in jutri vam bo prinesla nočno posodo ali jutri vas bo lahko obrnila na bok«. Medtem ko na določenih področjih (npr. administracija, arhiviranje itd.) lahko določeno delo odložimo za nekaj dni, delo lahko počaka, na področju zdravstvene obravnave bolnikov ne more. Logično je, da je v bolnišnici vsakega, ki je odsoten, potrebno nadomestiti! Kadrovske težave so prisotne desetletja in vedno izvajamo »gasilske akcije« - »gasimo požare«, kar je velikokrat nevarno oz. predstavlja tveganje. Zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki delajo več kot 174 ur; vsak mesec jim morajo vodje odrediti delo preko polnega delovnega časa. Drugi problem pa je vsebina dela oz. število posameznih postopkov in posegov oz. delokrog medicinske sestre, ki se je v zadnjih desetih letih zelo povečal.

Tabela 3.5: Mnenje anketiranih o organizaciji dela in pogojih dela (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

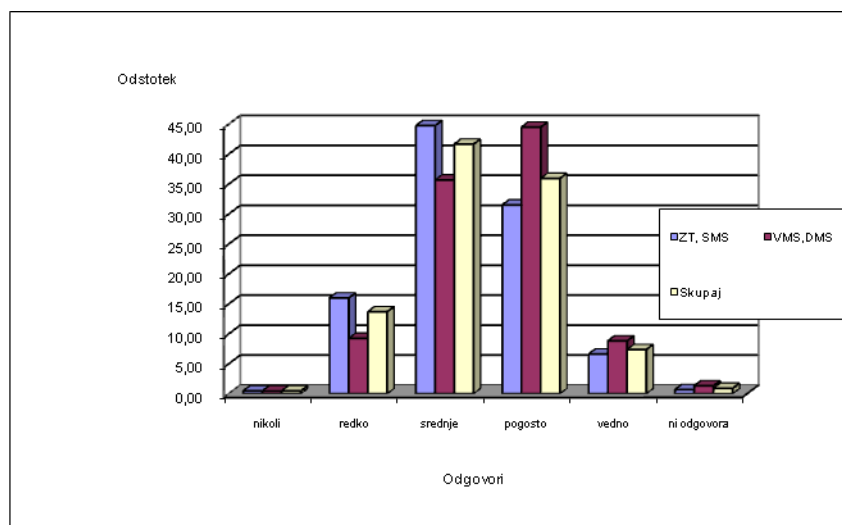
	1	2	3	4	5
	nikoli	redko	srednje	pogosto	vedno
Ali imate vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela (materiali, pripomočki)?	0,5	13,8	42,0	36,3	7,4
Ali imate vse potrebne informacije za dobro opravljanje dela?	0,2	9,2	43,3	37,3	10,0
Ali vam je jasno, kaj so vaše delovne naloge in dolžnosti?	2,0	6,4	15,2	35,3	41,2
Ali se lahko sami odločate, kako opraviti svoje delo?	1,8	13,4	26,7	50,6	7,5
Ali imate možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti?	1,7	13,6	34,3	39,5	11,0
Ali menite, da ste za svoje delo primerno plačani?	28,2	27,7	38,7	4,1	1,2
Kako pogosto so pogoji in organizacija dela vir vašega nezadovoljstva ali stresa?	0,8	14,9	36,3	41,8	6,2
Ali imate možnost sproti reševati probleme, povezane z delom?	1,8	21,1	38,6	31,2	7,3

Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo, da jim je pogosto in vedno jasno, kaj so njihove delovne naloge in dolžnosti (76,5%).

Nadalje se v 50,6% strinjajo s trditvijo, da se lahko pogosto sami odločajo, kako opraviti svoje delo.

Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da so za svoje delo primerno plačani. Skoraj 60,0% anketiranih meni, da za svoje delo redko oz. nikoli niso primerno plačani.

Graf 3.5: Ali imate vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela (materiali, pripomočki...)?



Pri opravljanju svojega dela anketirane osebe v več kot 56% odgovarjajo, da pri svojem delu srednje pogosto, redko ali nikoli nimajo vseh potrebnih pripomočkov za dobro opravljanje dela. 36,1% anketiranih oseb ima pri svojem delu pogosto dovolj pripomočkov za dobro opravljanje dela, 7,5% anketiranih pa meni, da ima pri svojem delu vedno dovolj pripomočkov.

Znotraj skupine, glede na izobrazbo, obstajajo pomembne statistične razlike. Anketiranci s srednjo izobrazbo imajo srednje (45,1%) in pogosto (31,7%) vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela. Pri tistih z višjo izobrazbo je odstotek med opredelitvijo srednje in pogosto približno enak. Anketiranci z visoko in univerzitetno izobrazbo so se največkrat opredelili (19,7%), da imajo redko vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela, in v 9,0%, da nikoli nimajo vseh potrebnih sredstev za dobro opravljanje dela (materiali, pripomočki,...).

Odgovorov na odprto vprašanje, povezano s pomanjkanjem delovnih sredstev, opreme, je bilo relativno veliko, zato smo jih strnili po sklopih. Nanašajo se predvsem na pomanjkanje osnovnih sredstev, pripomočkov za delo (npr. bolniško perilo, rokavice za enkratno uporabo, krpe za umivanje pacientov...). To so izrazili s sledečimi besedami:

- *Vsi težijo k temu, da se mora vse delati po standardu, po drugi strani pa velikokrat sploh nimamo sredstev za to (rokavice, perilo,...) in vedno poudarjajo naj šparamo!*

To bo verjetno večni problem, sploh zato, ker standarde pišejo osebe, ki nikoli niso delale.

- *Nezadostna preskrba s perilom za bolnike.*
- *Premalo pripomočkov za delo – pomanjkanje perila, krpic, rokavic,*
- *Pomanjkanje bolniškega perila – grozljivo!!!*
- *Nego je težko izvajati, če niso izpolnjeni osnovni pogoji (ni perila, nenavajenost na osnovno higieno.*
- *Primanjkovanje sredstev za učinkovitost dela.*
- *Pomanjkanje pripomočkov.*
- *Občasno primanjkuje sredstev.*
- *Potrebnih sredstev ni vedno dovolj, posebno ob večji frekvenci bolnikov.*
- *Pomanjkanje potrebnih pripomočkov, časovna neusklajenost.*

Anketiranci zelo poudarjajo, da je oprema iztrošena, zastarela, da jo primanjkuje:

- *Zastarela, iztrošena oprema.*
- *Pomanjkanje potrebnih aparaturn (perfuzorji, črpalke).*
- *Zelo malo sodobne opreme na odraslem oddelku.*
- *Material in pripomočki zastareli. Ni možno pridobiti novih.*
- *Zelo malo sodobne opreme.*
- *Premalo pripomočkov.*
- *Prostorska ureditev, neprimerna, zastarela oprema.*
- *Zastarela oprema.*
- *Oprema oddelka!*
- *Pomanjkanje opreme.*

Veliko pritožb je tudi zaradi neustreznih delovnih prostorov:

- *Neustrezni delovni prostori!*
- *Prostorska stiska, ne morem normalno z vseh strani do bolnikove postelje in bolnika.*
- *Nimamo dovolj materiala in prostora.*
- *Da ob prostorski stiski zdravnik izgine in prepusti rešitev timske sestre.*
- *Prostorska stiska.*

- *Pogoste selitve pacientov zaradi novih operiranih v druge intenzivne enote, kar ne bi bilo potrebno, če bi bile vse intenzivne na enem mestu; pomanjkanje opreme.*

Številni anketirani navajajo, da je zelo moteče tudi pomanjkanje zdravil in potrošnega materiala:

- *Pomanjkanje materialov in pripomočkov za delo.*
- *»Nedostatak« potrebnih sredstev in materialov.*
- *Premajhne zaloge materiala.*
- *Pomanjkanje materiala.*
- *Pomanjkanje zdravil in potrošnega materiala.*
- *Najbolj me moti to, da včasih ne vem, kako bom svoje delo izvedla dovolj dobro, ker mi zmanjka materiala za delo oziroma inštrumentov!*
- *Moti me, da imamo material, ki ga rabimo pod ključem, ključ pa je en sam. Vedno dalj časa iščeš timsko, ki ima ključ (izguba časa).*
- *Preveč časa in korakov, da pridem do določenih stvari, ki jih potrebujem pri delu (plenice, zdravila – pod ključem?)*

Pri opravljanju svojega dela medicinske sestre in zdravstveni tehniki v več kot 60% srednje pogosto, redko ali nikoli nimajo ustreznih pripomočkov oziroma vseh potrebnih sredstev. To je nepotreben stres, ki povzroča dodatne zaplete, zahteva veliko energije, časa, predvsem pa zmanjšuje zadovoljstvo zaposlenih, prav tako pa zmanjšuje zadovoljstvo pacientov, včasih lahko vpliva tudi na varnost pacientov.

Za potrebe zdravstvene obravnave bolnikov oz. za izvajanje različnih aktivnosti potrebujejo ustrezne pripomočke in opremo za delo.

Na Kirurški kliniki kronično primanjkuje monitorjev, infuzijskih črpalk, perfuzorjev, oksimetrov, antidekubitalnih blazin,.. . Ko pride pacient po operaciji iz Operacijskega bloka, je praviloma nameščen v enoto intenzivne nege, ki ima 10 ali 6 postelj, kjer je zagotovljena stalna prisotnost medicinskih sester.

Pacienta moramo obvezno priklopiti na monitor za nadzor vitalnih funkcij. V enoti intenzivne nege nikoli ni dovolj monitorjev. Nekatere enote intenzivne nege z 10 posteljami imajo npr. samo 8 monitorjev, pacientov pa je večinoma 10. Medicinske sestre si opremo izposodijo iz

drugih oddelkov. Najprej pa morajo poiskati oz. poizvedeti, če je slučajno v nekaterih enotah intenzivne nege prost monitor.

Enako velja za perfuzorje in infuzijske črpalke, ki niso nikoli nabavljeni v zadostni meri, nekaj pa jih je tudi v okvari. Oprema in pripomočki se nabavljajo na podlagi javnih razpisov oz. naročil. To so zelo dolgotrajni postopki.

V primeru, da manjka monitor oz. perfuzor, medicinska sestra kliče z oddelka na oddelek in upa, da bo kakšen prost, da ga bo lahko namestila pri pacientu.

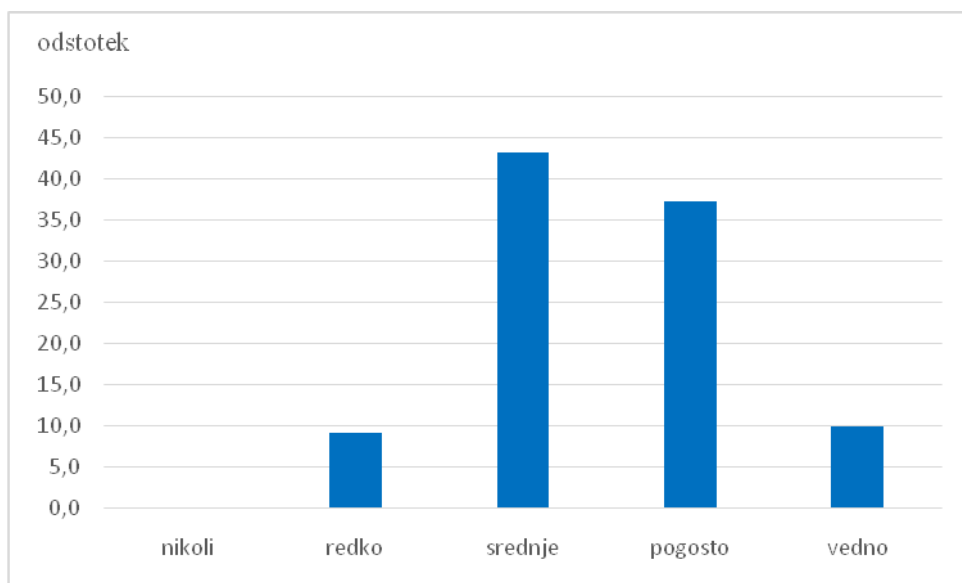
Pogosto se dogodi, da je potrošni material slab oz. ga porabimo 1x več. Npr. rokavice za enkratno uporabo so slabše kvalitete, se hitro poškodujejo oziroma strgajo ali so že poškodovane, ko jih izvlečemo iz originalne embalaže. So pa seveda cenovno ugodne. Glavni kriterij za nabavo pripomočkov je cena! Kaj se dogaja z uporabo rokavic, kakšna so tveganja za pacienta in osebje, koliko več materiala porabimo, ker je slab, nikogar ne zanima! Dolgoročno je to veliko dražje.

Medicinske sestre doživljajo veliko neprijetnih situacij in veliko stisk, ko pacient želi svežo pižamo, ker je njegova stara mokra, umazana ali krvava. Pogosto se pacientu opravičijo, ker žal ni dovolj svežega perila oziroma nimajo sveže pižame in iščejo možnosti za improvizacijo. Namesto zgornjega dela pižame pacientu ponudijo npr. spalno srajco in moškega s tem še bolj razosebijo. Če nimajo čiste prevleke za vzglavno blazino, uporabijo brisačo, kar vodi v nenamensko uporabo bolnišničnega perila.

Zaradi prezasedenosti oddelkov (100% in več) včasih zmanjka bolniških postelj. Prazne postelje nadzorne medicinske sestre in glavne medicinske sestre iščejo po Kirurški kliniki oziroma znotraj bolnišnice. To je zamudno, stresno, dodatno in nepotrebno delo.

Za dobro in uspešno opravljeno delo zaposleni potrebujejo informacije – dovolj informacij, bistvene informacije, ob pravem času. Pravijo, da »kdor ima informacije, ima oblast v rokah«. To velja prav za vse nivoje delovanja in vse poklicne skupine na Kirurški kliniki. Če ima zaposleni informacije, se lahko ustrezno odzove, opravi svoje delo kakovostno, varno in skladno s cilji bolnišnice. Pomemben je prenos informacij, ki morajo doseči slehernega zaposlenega v zavodu!

Graf 3.6: Ali imate vse potrebne informacije za dobro opravljanje dela?



Večina anketiranih oseb meni, da ima srednje (43,4%) in pogosto (37,2%) vse potrebne informacije za opravljanje dela. Medicinske sestre na Kirurški kliniki menijo, da imajo v 90% srednje, pogosto in vedno vse potrebne informacije. Rezultat je relativno dober, vodje poskrbijo za prenos informacij na področju zdravstvene nege.

9,2% je tistih, ki pravijo, da imajo redko vse potrebne informacije. Postavlja se vprašanje, kdo so ti zaposleni? Domnevamo, da so to tisti, ki s strani vodij ne prejmejo dovolj ustreznih informacij ob pravem času, in tisti zaposleni, ki so odsotni (bolniške, letni dopust, porodni dopust, plačana odsotnost itd.). Razlog za to je lahko pomanjkljiva strokovna komunikacija z vodilnimi medicinskimi sestrami oziroma zaposlenih z vodilno medicinsko sestro.

Včasih so sestanki na področju zdravstvene nege organizirani le ob večjih problemih.

Najpogostejši odgovori na odprto vprašanje glede pomanjkanja informacij, ki jih zaposleni potrebujejo za dobro opravljanje dela, so naslednji:

- *Ko ni zadostnih informacij za delo, neenotno obveščanje o spremembah v organizaciji.*

- *Pomanjkanje informacij, prepočasno reševanje problemov.*
- *Razpored delovnega časa – neprestano spreminjanje in neobveščanje le-tega.*
- *Informacij za potrebno delo tudi primanjkuje oziroma niso vedno ustrezno časovno usklajene.*
- *Pomanjkanje informacij, ki so nujno potrebne za kakovostno delo.*
- *Pomanjkljivo komuniciranje v večih smereh.*
- *Pomanjkljive povratne informacije.*
- *Pomanjkanje povratnih informacij.*

Slab prenos informacij:

- *Slab prenos informacij.*
- *Obveščanje sproti o posegih, ki se izvajajo na pacientih – pogosto zadnja izvem, npr. 15 min prej oziroma takoj, da bo potrebno pacienta peljati na CT – sem pa jaz ob njem ves čas.*
- *Slab pretok informacij med zdravstvenimi delavci (zdravniki – medicinske sestre – ZT).*
- *Zelo slab pretok informacij.*
- *Informacije se ne prelivajo in ni odgovora oziroma ni povratne informacije.*

Premalo sestankov, pogovorov:

- *Premalo sestankov z glavno medicinsko sestro, da se problematika pove in poskuša rešiti.*
- *Premalo pogovora, sestankov. Timska sestra ima v primerjavi z ZT veliko preveč zadolžitev in odgovornosti. Drugače bi bilo, če bi bilo timskih več.*

Dogovori ne veljajo:

- *Nedržanje dogovorov*
- *Anarhija, noben dogovor ne velja.*

Neustrezna komunikacija:

- *Ker nismo usklajeni, eden reče tako, drug pa spet drugače.*
- *Da srednja sestra ne more predati službe kolegici brez timske sestre.*

- *Slaba komunikacija med nadrejenimi in mano. Najhujši problem so sprejemi, za katere ne vem vnaprej ali koliko pacientov je na rednem programu.*
- *Ni prave komunikacije.*
- *Ni timskega dela, premalo komunikacije.*
- *Da se včasih premalo pogovarjamo o problemih, ki bi jih lahko reševali sproti.*
- *Ne komuniciramo dovolj med sabo.*
- *Zjutraj od šefa pričakujem podan plan (razpored delovišč, nove spremembe, razmejevanje zdravstvenih potreb po ambulantah.*
- *Več jasnih navodil.*
- *Slabo sodelovanje tudi z zdravniki, ni nekoga, ki bi držal roko nad vsem v smislu organiziranja dela, kaj in kako, kdaj, nobena doktrina več ne velja.*
- *Slabše timsko sodelovanje.*

Management je proces, v katerem ena skupina ljudi usmerja delovanje drugih ljudi v smeri doseganja skupnih ciljev, je koordinacija vseh razpoložljivih resursov prek procesa načrtovanja, organiziranja, vodenja in nadzora (Možina 2002). Zaposleni pridobijo informacijo na strokovnih sestankih, strokovnih kolegijih, po intranetu, obvestila na oglasnih deskah, po elektronski pošti.

Na Kirurški kliniki v UKCL imamo protokol, kako vodje posredujejo informacije »navzdol«. Strokovni svet UKCL je najvišji strokovno-posvetovalni organ. Člani so strokovni direktorji, vodi ga strokovna direktorica UKCL.

Naloga članov je, da informacije prenesejo vsem predstojnikom kliničnih oddelkov, klinik. Strokovni svet zdravstvene nege UKCL sestavljajo glavne medicinske sestre klinik, vodi ga glavna medicinska sestra UKCL. Glavne medicinske sestre klinik so zadolžene oz. odgovorne, da informacije posredujejo vsem glavnim medicinskim sestram in vodjem na posameznih kliničnih oddelkih oz. strokovno-organizacijskih enotah.

Vsaka glavna medicinska sestra kliničnega oddelka ima nalogo, da informacije prenese navzdol, torej do nadzornih medicinskih sester na posameznem kliničnem oddelku oz. v strokovno-organizacijski enoti, ki lansirajo informacije v posameznem timu. Na ta način naj bi informacije dosegle vsakega zaposlenega v zdravstveni negi.

Če sistem ne deluje, se informacija izgubi, ali popači oz. je ni, ali pa so informacije različne, celo kontradiktorne. To predstavlja lahko veliko konfliktnih situacij, nepotrebnih obremenitev, nezadovoljstva.

Npr. zdravniki anesteziologi so zaradi večje varnosti, zmanjšanja tveganj uvedli novost oz. spremembo.

ZOS skala je zgodnja opozorilna skala, ki omogoča pravočasno ukrepanje v primeru odklonov vitalnih funkcij pri pacientu. Na Strokovnem svetu zdravstvene nege UKC Ljubljana je bila predstavljena omenjena skala in njena uporaba v praksi. Tudi na Strokovnem svetu zdravstvene nege Kirurške klinike in na seji Strokovno poslovnega sveta Kirurške klinike, kjer so prisotni vsi predstojniki kliničnih oddelkov oziroma strokovno-organizacijskih enot Kirurške klinike, je bila s strani zdravnika anesteziologa in anestezijske medicinske sestre predstavljena uporaba imenovane skale, njena prednost, podana so bila tudi jasna navodila, kaj mora storiti medicinska sestra in kaj je naloga zdravnika.

Torej vsi predstojniki in vse glavne medicinske sestre strokovno-organizacijskih enot na Kirurški kliniki so bili seznanjeni z novostjo, uporabo ZOS skale.

Določen je bil tudi datum začetka uvedbe spremembe. Naloga vseh vodij tako predstojnikov kot glavnih medicinskih sester je, da skladno s protokolom in v okviru nalog, ki izhajajo iz delovnega mesta, posredujejo informacije navzdol npr. glavne medicinske sestre vsem izvajalcem zdravstvene nege po določeni in ustaljeni hierarhični poti (glavne medicinske sestre nadzornim medicinskim sestram, nadzorne medicinske sestre v okviru svojih timov); skratka informacija mora doseči slehernega zaposlenega na področju zdravstvene nege na Kirurški kliniki. Enak postopek velja za predstojnike, ki morajo po hierarhični poti seznanimi vse zdravnike na Kirurški kliniki.

En teden po dogovorjenem datumu, s katerim naj bi se pričela uporaba ZOS skale, so medicinske sestre poročale naslednje, naj naveden primer, ki ni bil edini, bilo jih je veliko, na vsakem oddelku smo zaznali več primerov. Ob spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta; spremenjenih vitalnih funkcijah (pulz, krvni pritisk, frekvenca dihanja, telesna temperatura) in stanju zavesti, glede na število meritev in seštevke točk je medicinska sestra poklicala zdravnika, ker je postajalo zdravstveno stanje pacienta ogrožujoče. Po telefonu mu je povedala, da je ZOS skala (pulz) nad 130 in (frekvenca dihanja) nad 30, in ga prosila, naj pride pacienta pogledat, zdravnik pa je odgovoril, da ne ve, o čem govori, in kaj se norčuje oziroma ga zbava. Še enkrat je ponovila rezultat ZOS skale, ker je mislila, da jo morda zdravnik ni dobro slišal. Povedal ji je, da ne ve, kaj je to ZOS skala. Poskušala mu je razložiti, vendar je dejal, da ni dobil nobenih navodil, da ne ve za ZOS skalo oziroma za spremembo in da ima že vsega dovolj.... .

(ZOS skala je prikazana v tabelah 3.6 in 3.7.)

Tabela 3.6: Zgodnja opozorilna skala – ZOS

Ocena	3	2	1	0	1	2	3
Pulz		<40	41 – 50	51 – 100	101 - 110	111 - 129	>130
Sistolični krvni tlak	<70	71 - 80	81 – 100	101 – 199		>200	
Frekvenca dihanja		<8		9 – 14	15 – 20	21 - 29	>30
Temperatura (°C)		<35	35.1– 36.5	36.5 - 37.4	>37.5		
Ocena zavesti				A	V	P	U

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika (2009)

Tabela 3.7: AVPU ocena zavesti

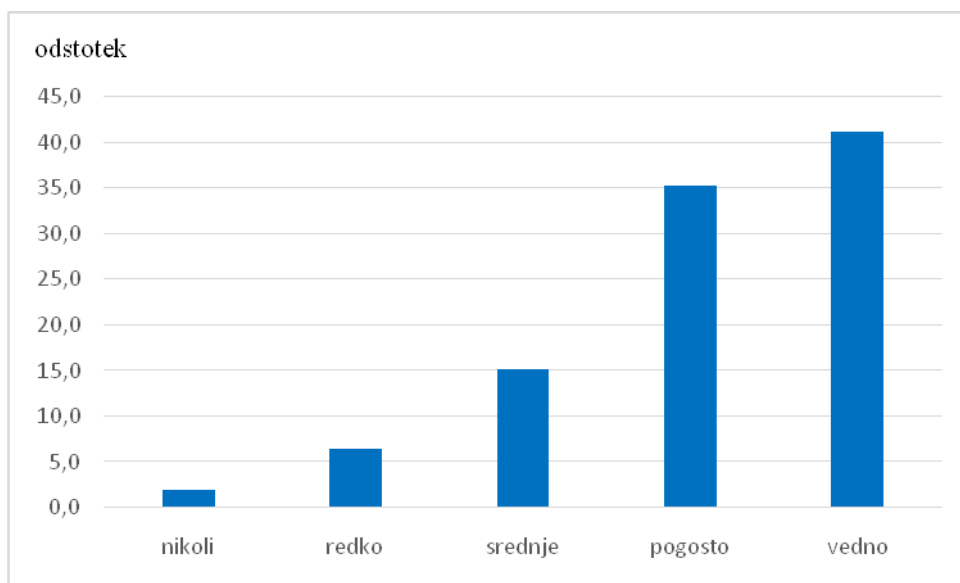
Alert	buden, orientiran
Verbal	se odzove na govorne ukaze
Pain	se odzove na bolečinski dražljaj
Unresponsive	brez odziva

Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika (2009)

Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, ki so bile pridobljene s formalnim ali kontinuiranim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Pezdirč 2005).

Kompetence torej vključujejo specifična znanja, veščine, sposobnosti, osebnostne značilnosti in motiviranost posameznika, kar lahko zaznamo v obliki uspešno opravljenega konkretnega dela.

Graf 3.7: Ali vam je jasno, kaj so vaše delovne naloge in dolžnosti?



Največ anketiranih oseb meni, da jim je vedno jasno (41,0%) kaj so njihove delovne naloge in dolžnosti, 35,3% oseb se je opredelilo, da jim je pogosto jasno, kaj so njihove delovne naloge in dolžnosti. 6,4% je tistih oseb, ki jim je redko jasno, kaj so njihove naloge in dolžnosti.

Torej 76% anketiranim osebam je vedno in pogosto jasno, kaj so njihove delovne naloge in dolžnosti.

Veliko pripomb se nanaša na delokroge, nedorečene, nejasne, nerazmejene naloge in dolžnosti srednjih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester:

- *slaba definicija – kaj kdo dela.*
- *Neorganizacija, pogoji, podrejenost, nepravična deljenost dela.*
- *Nepojasnjene dolžnosti ZT in DMS.*
- *Nedorečenost glede dela med medicinskimi sestrami in zdravniki.*

- *Pogosto opravljanje del in nalog, ki ne sodijo v delokrog zdravstvenih tehnikov.*
- *Da pogosto opravljamo delo, ki bi ga morale opravljati diplomirane oziroma višje medicinske sestre.*
- *Nejasnost kompetenc in posledično pomanjkanje časa za zdravstveno nego, kar vodi v občasna trenja oziroma nezadovoljstvo.*
- *Ni točno definirano delo ZT – mislim napisno, očitno je naše delo čisto vse, kar je za delati na oddelku.*
- *Ne ve se, kaj so dela in naloge ZT.*
- *Opravljanje delovnih nalog, neustreznih izobrazbi.*
- *Ne vemo, kaj je delo diplomirane medicinske sestre.*
- *Da moramo SMS opravljati delo VMS in tudi delo zdravnikov, za katero nismo dovolj izobražene!!!*
- *Da večkrat opravljamo delo, za katero nismo odgovorni.*
- *Nedorečene odgovornosti in naloge.*
- *Da nimamo delokroga, delo višjih in visokih sester se prelaga na srednje, ker pride zaradi tega do nesoglasja.*
- *Nepravilna razporeditev dela, glede na izobrazbo. Opravljanje dela, za katerega nimam dovolj izobrazbe.*
- *Ni mi jasno, kaj je delo SMS in kaj je delo VMS.*
- *Opravljam delo, za katero nisem dovolj izobražena.*
- *Slabo ločena dela (ne vem natančno, kaj je moje delo).*
- *Ni jasne razmejitve del in nalog za vse zdravstvene profile.*
- *Da se ne ve, kdo kaj dela – enkrat nekaj ne smeš, drugič pa lahko.*
- *Nejasne razmejitve dela.*
- *Nedorečene naloge in dolžnosti.*
- *Nejasno definirane delovne naloge.*
- *Nedefinirane pristojnosti.*
- *Ne vem več, kaj je »moje delo« in kaj delajo diplomirane medicinske sestre.*
- *Ne ve se, kdo kaj dela.*
- *Ni določeno, kaj naj bi naredil zdravnik in kaj MS.*
- *So stvari, ki naj jih sestre po mnenju sester ne bi delale, po mnenju zdravnikov pa. Če to naredim, sem »umazana« pri sestrah, če ne pa pri zdravnikih. Vse gre v škodo*

bolnikov. Ko smo se dogovorile, da določenih stvari ne bomo več delale (plinska, flebokateter...)

- *To kar sem se učila v šoli, polovico ne delamo, vsi nas ponižujejo. Čez nekaj časa bomo samo nosilci nočnih posod.*
- *Moje delovne naloge in dolžnosti so mi jasne, ampak delati moram tudi to, kar ni v opisu mojih nalog (jemanje plinske.....).*
- *Ni specifikacije del in nalog.*
- *Prelaganje odgovornosti.*
- *Slabo ločeno delo VMS in ZT – »podtikanje« dela.*
- *Ni razmejenih vlog, kot učeča baza smo mentorji vsem.*
- *Sistem delitve dela, ni natančno opisanih delokrogov. Ko ZT opravimo veliko del, drugih profilov DMS in DR.*
- *Preveč delovnih nalog za katere nisem plačana in jih ne morem opraviti med delovnim časom, ampak doma. Poleg svojega dela v timu sem mentorica za praktikantke, pripravnike, študente.*
- *Neenaka razporeditev dela.*
- *Dela in naloge niso jasno porazdeljene.*
- *Nejasna opredelitev pristojnosti (nalog) in odgovornosti med ZT, MS, zdravniki.*
- *Razmejitev del.*
- *Opredelitev del in nalog.*
- *Neenakovredno razporejanje del in nalog.*
- *Nimamo točne opredelitve naših del in dolžnosti.*
- *Ni opisa del in nalog MS in ZT.*
- *Da so mi naložene naloge, ki niso po razporeditvi del moje.*
- *Najbolj me moti, da nimam stalnega delovnega mesta. Razporejajo me, kjer me potrebujejo. To pomeni, da pogosto ne poznam bolnikov, dogajanja v zvezi s potekom njihove bolezni, zdravljenja, kar mi otežkoča kvalitetno delo.*

Navajajo, da jih zelo moti tudi prelaganje nalog in neenakomerne obremenitve:

- *Preveč dela na srednjem kadru, pogosto naloge VMS.*
- *Delovne naloge viš.med.ses. opravljamo.*
- *Ni organizacije, vsi prelagajo svoje delo na nižje kadre.*

- *Razdelitev del in nalog.*
- *Da opravljam dela, ki jih morajo opravljati drugi.*
- *Prelaganje nalog na srednji kader. Dogaja se, da potem ne moreš dobro opraviti dela, ki je v resnici tvoje.*
- *Neenakomerne obremenitve osebja, metanje v en koš, ne glede na kvaliteto opravljeno delo.*
- *Večino dela se prelaga na ZT in SMS.*
- *Ni najboljše organizacije, ker nam nalagajo preveč dela, ki naj sploh ne bi bilo naše oziroma za njega nismo strokovno usposobljene.*
- *Da opravljam delo oziroma tisto, kar bi morali drugi (njihov delokrog).*
- *Prekrivanje opravil.*
- *Da se moram ukvarjati tudi z deli, ki po mojem mnenju spadajo v resor snažilke oziroma čistilke.*
- *Da opravljam dela, ki bi jih lahko opravila gospodinja (naročanje perila).*
- *Sposobni ne smejo opravljati določena dela, ki so jih opravljali leta.*

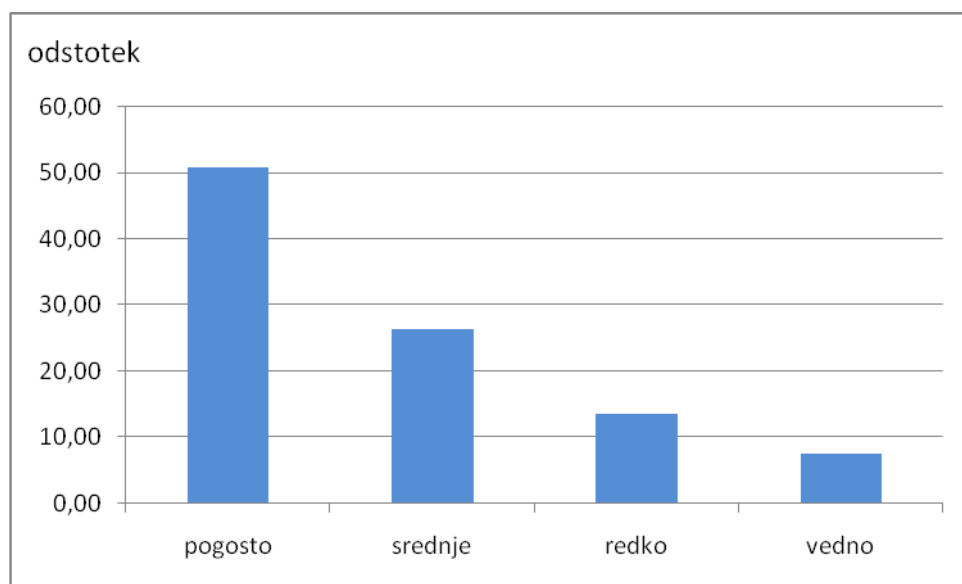
Kakovost dela v zdravstvu je vezana na timsko delo. Vsak posameznik prispeva svoje strokovno znanje in izkušnje in je za svoj prispevek odgovoren. V pogodbi o zaposlitvi, ki jo je sklenil zaposleni z delodajalcem, ni napisanih vseh konkretnih nalog zaposlenega v zdravstveni negi na Kirurški kliniki. Podlaga so opisi delovnih mest za področje zdravstvene nege v obstoječi sistemizaciji delovnih mest in popisni list zahtevnosti delovnega mesta.

Mednarodni svet medicinskih sester International Council of Nurses (ICN 2003) je definiral kompetenco kot »raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo znanja, veščin in presoje«.

Tudi 55. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti (2005) pravi, da »zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo.

Zatorej lahko v okviru posameznega poklica oseba sprejme samo tiste naloge, za katere ima ustrezno izobrazbo in je za njihovo izvajanje kompetentna. V tem primeru nosi tudi polno odgovornost.

Graf 3.8: Ali se lahko sami odločate, kako opraviti svoje delo?



Polovica anketirancev (50,8%) pogosto lahko sama odloča, kako opraviti svoje delo, sledijo tisti, ki se srednje lahko sami odločajo (26,3%). 13,5% anketiranih oseb je tistih, ki se redko lahko sami odločajo, kako opraviti svoje delo. Le 7,5% anketiranih meni, da se vedno lahko sami odločajo, kako opraviti svoje delo.

Glede na starost je znotraj skupine statistično pomembna razlika med mlajšimi in starejšimi. Mlajši se lahko sami odločajo pogosto v 43,7%, starejši oz. osebe, ki imajo več kot 50 let, pa v 62,8%. Vedno se lahko odločajo, kako opraviti svoje delo, mlajši samo v 1,6%, pri starejših pa je odstotek bistveno višji, in sicer 14,0% starejših oseb nad 50 let se lahko vedno sami odločajo, kako opraviti svoje delo.

13,5% anketirancev se redko lahko sami odločajo, kako opraviti svoje delo.

V okviru formalnega izobraževanja medicinske sestre na vseh izobrazbenih stopnjah pridobijo teoretično in praktično znanje za opravljanje določenih nalog. Pomembne so praktične izkušnje in spretnosti, ki jih pridobijo z delom. Starejši imajo več izkušenj, so bolj spretni. (npr. odvzem krvi iz vene, uvedba perifernega venskega katetra, preveze rane, ipd.), mlajše osebe imajo manj izkušenj oz. manj »kilometrince«.

Na področju zdravstvene nege so izdelani strokovni standardi za posamezen postopek, poseg. Določen postopek je potrebno opraviti skladno z imenovanimi standardi, protokoli; to so standardizirani operativni postopki (SOP).

Če upoštevamo napisane standarde, preprečujemo tudi škodo za bolnike in pospešujemo dobro. To sta dve pomembni načeli Kodeksa etike izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe.

Naloge ne smemo opraviti površno, čim hitreje, brez odgovornosti ali laično.

Nekateri izvajalci zdravstvene nege so nekoč, nekdam osvojili slabe hišne navade in delajo po liniji najmanjšega odpora. (»Saj je vse dobro, tako ali tako me nihče ne vidi«.)

Večje je zavedanje odgovornosti, večji ugled poklica, ustanove, bolj profesionalno, kakovostno in varno je izvajanje nalog. V raziskavi se kaže, da se mlajše osebe manjkrat lahko same odločajo, kako opraviti svoje delo.

Mlajše osebe, novozaposleni, ki se uvajajo, so na strokovnem usposabljanju, izpopolnjevanju, imajo neposrednega in posrednega mentorja, delajo pod nadzorom, se vedno lahko obrnejo po pomoč k mentorjem, so vodeni.

Starejše osebe so večkrat navedle, da se lahko pogosto in vedno same odločajo, kako opraviti svoje delo. Le-te imajo več znanja, izkušenj, spretnosti, so bolj usposobljene, hitreje opravijo naloge. Starejše osebe so večkrat v vlogi vodje npr. timska medicinska sestra, nadzorna medicinska sestra, glavna medicinska sestra.

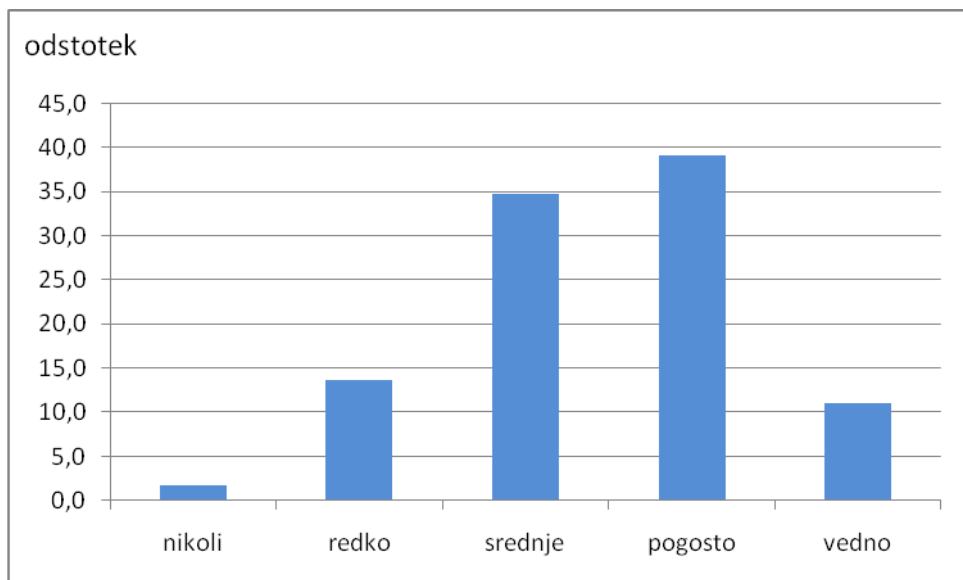
Vsak se lahko sam odloča, kako opraviti svoje delo (ali slabo, površno, prehitro, v škodo bolnika ali pa dobro, profesionalno, kakovostno, varno, brez napak, v zadovoljstvo pacientov in samega sebe, itd.).

Osebe, ki so površne, neodgovorne, so večkrat opozorjene s strani vodje.

Ključnega pomena je strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvajajo vodje na kliničnih oddelkih oz. strokovno-organizacijskih enotah Kirurške klinike.

Poklicne kompetence so izkazane posameznikove zmožnosti, da uporablja svoje znanje in sposobnosti, da zadosti zahtevam delovne vloge. Človekove zmožnosti so zelo raznovrstne in se nanašajo na različna področja njegovega življenja. V glavnem so to sposobnosti znanja, spretnosti in osebne lastnosti.

Graf 3.9: Ali imate možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti?



Anketirani so v 39,1% odgovorili, da imajo te možnosti pogosto, v 34,7% pa srednje. Samo 1,7% anketiranih je odgovorilo, da nikoli nimajo možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti, 11,1% anketirancev pa ima vedno možnost v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti.

Signifikantne razlike so pri mlajših, ki imajo možnost v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti srednje v 27,2%, s starostjo odstotek narašča, in sicer starejše osebe od 41 – 50 let imajo pogosto to možnost v 43,0%. Osebe v starosti nad 50 let pa pogosto v celoti uporabijo svoje spretnosti in sposobnosti v 55,6%.

Znotraj skupine tudi po izobrazbeni strukturi obstajajo statistično pomembne razlike. Izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo so menili, da imajo pogosto v 38,6% in srednje v 36,5% vse možnosti, da v celoti uporabijo svoje spretnosti in sposobnosti. Anketiranci z višjo izobrazbo so menili, da imajo pogosto v 42,1% in vedno v 23,2% možnost v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti. Izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo so bili mnenja, da pogosto v 36,1% imajo možnost v celoti uporabiti svoje spretnosti in

sposobnosti. Zanimivo pa je, da anketiranci z visoko in univerzitetno izobrazbo največkrat menijo, da nikoli (11,7%) nimajo možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti. 10,6% anketiranih oseb z visoko in univerzitetno izobrazbo je opisalo, da imajo redko to možnost. Torej kar 22,3% anketirancev z visoko in univerzitetno izobrazbo redko in nikoli nima možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti.

Raziskava kaže, da imajo mlajši to možnost redkeje kot starejši. Starejše osebe (nad 50 let) imajo pogosto možnost v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti (55,6%). Zakaj mlajši samo v 27,2%?

Predpostavljamo, da jim starejši še ne zaupajo, mlajši pa si ne upajo tega pokazati oz. opozoriti vodjo ali mentorja, da to že obvladajo, da ne bi izpadli preveč sposobni, kajti to je v nekaterih kulturah, delovnih okoljih lahko nevarno oz. nezaželeno!

Na Kirurški kliniki v UKCL je obvezujoče preverjanje znanja za določeno delovno mesto oz. vsebine dela – delokrog.

Glede na izobrazbo obstajajo razlike.

Srednje medicinske sestre imajo pogosto to možnost (76%), višje medicinske sestre v manjšem odstotku (65%). Izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo v 22,3% redko in nikoli nimajo te možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti.

Predvidevamo, da se vodje »bojijo« zaposlenih z visoko in univerzitetno izobrazbo, ker sami nimajo tega nivoja izobrazbe in širšega diapazona znanja. V kolegicah vidijo konkurenco, nevarnost, da se jim zamaje položaj. Ne želijo upoštevati njihovih idej, kreativnosti, predlogov, pripomb. V bolj izobraženih kolegicah ne prepoznajo pomembnega potenciala in priložnosti za povezovanje in nadgradnjo teoretičnega in praktičnega znanja in posledično uvajanje sprememb, izboljšav. Ne želijo neformalnih vodij, zato jih včasih o določenih zadevah ne informirajo.

V zelo močno hierarhičnem zdravstvenem timu ima ključno besedo na strokovni in nemalokrat tudi organizacijski ravni zdravnik, ki je nosilec zdravstvene dejavnosti.

Največkrat rečemo, pa tudi pišemo, da so zdravniki tisti, ki nas ne spoštujejo, ne poznajo timskega dela. Pa ni čisto res. Tudi medicinske sestre med seboj – znotraj poklicne skupine smo si velikokrat pravi sovražniki, nesramni, arogantni, neprofesionalni, ozki, primitivni.

K pomanjkanju spoštovanja s strani zdravnikov je pripomoglo tudi nespoštovanje znotraj poklicne skupine, neenotnosti, nepripravljenost na iskreno in profesionalno sodelovanje, usklajeno sodelovanje, upoštevanje in spoštovanje sodelavcev znotraj poklicne skupine, ne glede na starost, izobrazbo, položaj.

Tudi veliko medicinskih sester še vedno meni, da ne potrebujemo izobraževanja na univerzitetni ravni.

Zdravnike se včasih sliši: »Kaj pa bodo s tem? Za nošenje nočnih posod in stresanje »toplomerjev« je čisto dovolj 3-letna poklicna šola.«

Žal pogosto ne znamo zagovarjati in predstaviti svojega dela, se povezovati in upoštevati slehernega zaposlenega v timu in se veseliti uspehov drugih, svojih kolegic in kolegov. To negativno vpliva na odnose pri delu in jih rahlja.

Žal tudi številne višje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre niso sposobne in ne želijo korektno in konstruktivno sodelovati.

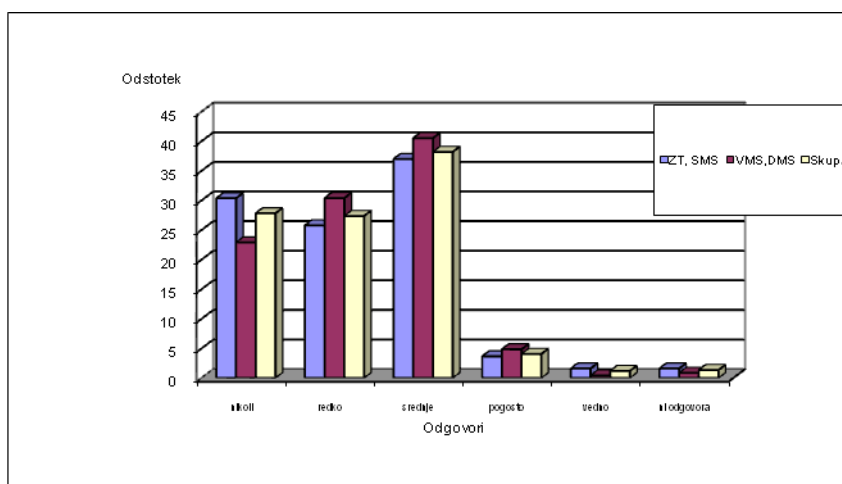
Zelo si želimo pravega timskega dela, kajti naš prispevek, naš skupini cilj je rezultat skupnega dela več posameznikov. Opravljeno delo naj bi bilo izvedeno homogeno, medsebojno spoštovano, prispevek slehernega je enako pomemben. Vendar najprej moramo pogledati vase in »pomesti pred svojim pragom«.

Zatorej ni vedno zdravnik tisti, ki je kriv, da ni timskega dela.

Zaposleni v zdravstveni negi morajo imeti zmožnost, da uporabijo znanja in druge sposobnosti, spretnosti, ki so potrebne, da uspešno, skladno s strokovnimi standardi in učinkovito opravijo določeno nalogo oziroma delo. Zmožnosti slehernega izvajalca zdravstvene nege je potrebno ustrezno angažirati oziroma »sproščati« človekove potenciale.

Herzberg je vse motivacijske faktorje za zadovoljstvo zaposlenih razdelil v dve skupini; higienike (satisfaktorje) in motivatorje. Higieniki preprečujejo nezadovoljstvo, motivatorji pa vodijo k zadovoljstvu. Ugotovil je, da največje nezadovoljstvo zaposlenih povzroča odsotnost zunanjih dejavnikov, kot so: ustrezna politika in upravljanje v organizaciji, ustrezno vodenje, odnosi z nadrejenimi in podrejenimi, medsebojni odnosi, delovne razmere, plača. Prisotnost teh dejavnikov (t.i. higienikov) ne povečuje zadovoljstva nad normalno raven (Svetlik 1998).

Graf 3.10: Ali menite, da ste za svoje delo primerno plačani?



Le 5% anketiranih oseb meni, da je za svoje delo vedno ali pogosto primerno plačanih, ostali 93,5% pa so mnjenja, da za svoje delo niso nikoli, so redko ali srednje primerno plačani. 28,2% zaposlenih meni, da niso nikoli za svoje delo primerno plačani, 27,7% jih ocenjuje, da so redko za svoje delo primerno plačani.

Večina izvajalcev zdravstvene nege je mnjenja, da za svoje delo niso nikoli ali so redko (cca 56%) ter srednje primerno plačani (38,7%).

V raziskavi Medicinske sestre v Sloveniji je Renata Zupančič ugotavljala pomembnost delovne situacije. Ugotovila je, da sta najmanj pomembni značilnosti delovne situacije veliko možnosti za napredovanje (8,0%) in na zadnjem mestu dober zaslužek (2,6%). Pri primerjavi plače in zadovoljstva so bili najmanj zadovoljni tisti, ki zaslužijo glede na lestvico najmanj oziroma so na lestvici umeščeni na predzadnje in zadnje mesto. Med srednje pomembne značilnosti delovne situacije je uvrščen dober zaslužek. Ni neposredne povezave med plačo in zadovoljstvom, kajti tisti z najvišjo plačo niso tudi najbolj zadovoljni. (Zupančič 2001)

Zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki so nezadovoljni s plačilom, tudi zato, ker delajo preko polnega delovnega časa tudi 30 in več ur mesečno, vendar vse te ure niso izplačane v obliki nadur.

Zaposleni od svoje zdravstvene ustanove oz. delodajalca pričakujejo več kot samo plačo. Po naših izkušnjah imajo poleg plače tudi pohvale in priznanja pomembno motivacijsko vlogo, včasih delajo celo čudeže.

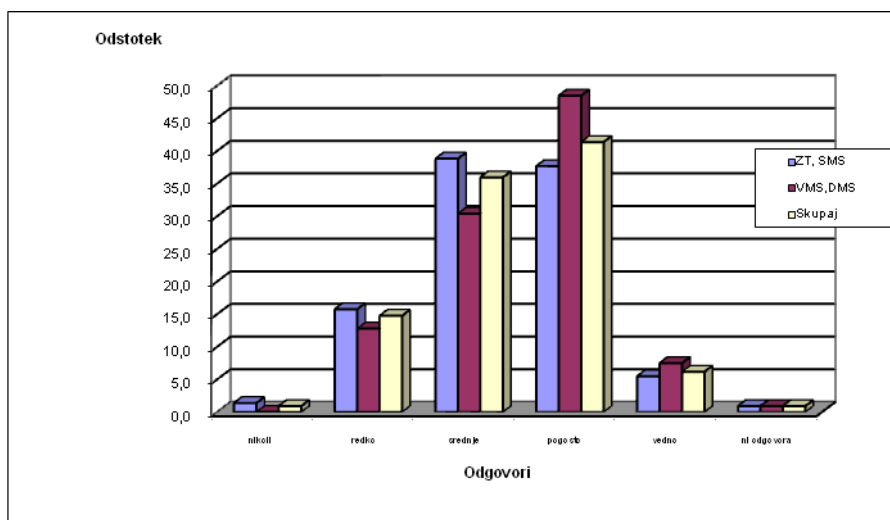
Organizacija dela je tesno povezana z delom posameznika. Organiziranje je zavestna dejavnost razporejanja nalog. Učinkovito organiziranje pomeni dobro usklajevanje človeških in materialnih virov s cilji organizacije. Predstavlja kontinuiran proces.

Sabadin (1997) definira delo kot zavestno, telesno in duševno aktivnost, ki jo posameznik opravlja po vnaprej določenem načrtu in stremi k zastavljenemu cilju.

Organizacija dela omogoča ustrezno razporeditev delovnih nalog, učinkovito izkoriščanje časa, energije, posledično pa vodi k večjemu zadovoljstvu in učinkovitosti pri delu. (Lipičnik 1994).

Struktura organizacije ponavadi določa, koliko odgovornosti in podpore bodo deležni ljudje, ki se neposredno ukvarjajo z zdravstveno nego pacientov. Če stvari zaškripljejo, so oni pogosto tisti, ki jih obtožujejo nesposobnosti spoprijemanja s težavami, čeprav gre v resnici mnogokrat za organizacijski problem, katerega pomembne značilnosti so slaba komunikacija, pomanjkljiva udeležba pri odločanju, pomanjkanje kadra, slabi delovni pogoji.

Graf 3.11: Kako pogosto so pogoji in organizacija dela vir vašega nezadovoljstva ali stresa?



Skoraj polovica anketiranih oseb (47,6%) meni, da jim pogoji dela in organizacija dela povzročajo pogosto in vedno nezadovoljstvo in stres. 15% anketiranih oseb nikoli ali redko doživlja nezadovoljstvo ali stres zaradi pogojev in organizacije dela, 36% jih meni, da to nanje srednje vpliva.

Skoraj polovica anketiranih oseb meni, da jim pogoji dela in organizacija povzročajo nezadovoljstvo ali stres.

Odgovori na odprto vprašanje, ki se nanaša na pogoje in organizacijo dela, ki so vir nezadovoljstva ali stresa, so bili številni. Nanašajo se predvsem na slabo organizacijo dela, velike obremenitve zaposlenih in posledično pomanjkanje časa za opravljanje strokovno neoporečnega dela ter neustrezno komuniciranje in medsebojne odnose.

Komentarji anketiranih, ki se nanašajo na slabo organizacijo, so naslednji:

- *Da sama organizacija dela večinoma ni odvisna od mene.*
- *Neorganizacija.*
- *Neorganizacija, npr.: za eno tableto porabiti več časa, kot za razdelitev vseh ostalih.*
- *Da srednja sestra ne more predati kolegici brez timske sestre, slaba organiziranost.*
- *Slaba organizacija.*
- *Ker stvari niso urejene od zdravnika do ZT (neurejeni temp. listi).*
- *Včasih sploh ni organizacije.*
- *Organizacija dela.*
- *Preveč se moram podrežati urniku zdravnikov, nasploh slaba organizacija dela in časovna neusklajenost z zdravniki.*
- *Organizacija dela je velikokrat slaba, predvsem zaradi površnega dela zdravnikov.*
- *Slaba organiziranost jutranjega dela.*
- *Neorganiziranost, razpuščenost.*
- *Slaba organizacija zdravstvene nege (podvajanje ali izpad določenega dela, podatkov).*
- *Neorganiziranost zdravniškega dela, ki posledično močno vpliva na delo ZN.*
- *Da je ni!*
- *Kolektivna krivda.*
- *Sedaj je slabša organizacija, kar slabo vpliva na delo.*
- *Ni enotnih pravil. Vse ostalo je dobro organizirano!*
- *Nekoordiniranost.*
- *Včasih prehitre menjave pacientov, da nimamo časa pripraviti za naslednjo operacijo in pospraviti od prejšnje.*
- *Pri organizaciji se malokrat vpraša nas, izvajalce v Op. bloku.*
- *Čas klica in prihod v KC (nepravočasno klicanje).*

- *Delo morajo organizirati ljudje, ki imajo znanje in poznajo delo, ki so korektni in ne kaznujejo za osebne zamere.*
- *Delo naj organizirajo tisti, ki imajo formalno znanje ter osvojeno znanje in veščine ter primerne osebne karakteristike.*
- *Delo si moramo največkrat organizirati same, kljub temu, da so za to odgovorni drugi.*
- *Potrebno je več medsebojnega sodelovanja za ugotovitev resničnih organizacijskih problemov.*
- *Da marsikdaj ve anestezija pred nami katero vrsto operacije bomo delali in kdaj le - to bo (časovno).*
- *Tisti, ki organizira mora delo opazovati in narediti evalvacijo.*
- *V procesu organizacije dela naj bodo ves kader fleksibilen, ne pa da so nekateri statični.*
- *Vsi vedo več, kot tisti ki opravlja to delo.*
- *Vsi vedo več, kot tisti ki ima opravilo z pacientom.*
- *Organizacija dela je kar dobra.*
- *Za boljšo organizacijo bi bilo potrebo več timskega dela in kolegialnosti med sodelavci.*
- *Popolna neorganiziranost vodilnih oseb.*
- *Organiziranost prevoza - transport bolnikov do operacijske in nazaj na oddelek.*
- *Velika izguba časa.*
- *Moti me slaba organizacija in sodelovanje z MS z drugih oddelkov - posebej KV IT.*
- *Slaba organizacija - ni organizacije - anarhija, vsak si organizira za sebe.*
- *Ni prave organizacije.*
- *Prevečkrat ni mogoče delo speljati tako, kakor ga organiziraš, ker mora biti pri nas tako, kakor bodo rekli zdravniki, pa če je upravičeno ali ne.*
- *Neorganiziranost.*
- *To, da je neorganizirano nasploh in da bolj sloni na sposobnosti improviziranja, kot konkretnem znanju!*
- *Ni organizacije.*
- *Da ne dobim vedno pomoči pri organiziranju dela od nekaterih sodelavcev, če le to potrebujem.*
- *Neorganizacija.*

- *Da poslušam kritike po tistem, ko se organiziram sama, namesto nasvetov za organizacijo mojega dela.*
- *Vsega dela ne moremo opraviti hkrati, velikokrat je težko organizirati delo, da poteka nemoteno in so vsi zadovoljni (sprejemi in odpusti, telefoni, vizita, posegi...).*
- *Slaba organizacija dela.*
- *Organizacija.*
- *Slaba organizacija.*
- *Da ni povsem timskega dela.*
- *Organizator dela - ZN ne pozna dela na oddelku.*
- *Delo organizira gl.m.s., enkrat na teden se sprehodi po oddelku (glavna vizita).*
- *Sprotni dogovori se spreminjajo.*
- *Izguba pregleda nad bolniki, potek zdravljenja, načrtovani posegi in preiskave pri posamezniku.*
- *Preslabo sodelovanje z oddelki.*
- *Dogovori niso izpolnjeni in zdravniki delovni čas in delovne pogoje prilagajajo sebi!*
- *Usklajenost.*
- *Organizacija je velikokrat "skregana" z zdravo logiko!*
- *Da delo organizirajo ljudje, ki mojega dela ne obvladajo.*
- *Imamo dobro nadzorno ms, tako da organizacija je dobra, samo materiala nam primanjkuje.*
- *Neorganiziranost sprejemanja bolnikov na programske operacije.*
- *Razdrobljenost IT in EIN na različnih lokacijah.*
- *Preveč administracije.*
- *Da vsak dan delam z drugim dr. oz. specializantom ali stažistom, ki niso seznanjeni s potekom ali samim delom.*
- *Da se pri infuzijah zaposli tudi SMS oz. ZT.*
- *Moti me predvsem to, da določenih stvari ne morem izpeljati do konca, zaradi počasnosti ostalih služb (SPS, finan.).*
- *Prepozno začenjanje op. programa, zaradi česar obširno, načrtovan, ni izvedljiv, na škodo pacientov.*
- *Včasih pa čakanje (na operaterje, na anestezijsko ekipo, da pripravi paciente).*
- *Urgentni posegi čakajo na večerni čas in se vlečejo pozno v noč.*

- *Dvigovanje telefonov.*
- *Psiholog za delo s starši in nami.*
- *Preveč časa porabim, da pridem oz. da prikličem zdravnika.*
- *Spremembe op. programa.*
- *Izgubljanje poslovnih prvin.*
- *Dežurne sobe – neprimerne.*
- *Bolj mi je bilo vseč, ko smo začeli ob 7.00 zjutraj.*
- *Prevelika odvisnost od zdravnikov.*
- *Motenost pri delu - vizita, zvonci.*
- *Ni povezanosti med sestrami posameznih oddelkov - enot.*
- *Vmešavanje zdravstvene administracije v delo MS.*
- *Z uvedbo turnusnega dela izgubiš pregled nad bolniki in izvajalci nege.*
- *Pričakovanja zdravnikov so večja od pristojnosti MS (delitev dela!!!!).*
- *Sprejemi pacientov prezgodaj, odpusti prepozno.*
- *Strogo ločeno timsko delo (2 tima) - tehnik prvega tima ne ve za paciente drugega tima.*
- *Čas ne vpliva na kvaliteto dela.*
- *Neusklajenost del. časa z zdravniki.*

Velike obremenitve zaposlenih in posledično pomanjkanje časa za opravljanje strokovno neoporečnega dela so anketirani izrazili takole:

- *Veliko število bolnikov in nezadovoljstvo njih ko dolgo čakajo.*
- *Preveč dela naenkrat, nato pavza in ponovno ogromno dela.*
- *Preveč papirologije.*
- *Pritisk zdravnikov, kadar je veliko pacientov, ker želijo delati na več miz, kar pa onemogoča kvalitetno delo (slaba sterilnost, itd.).*
- *Težave zaradi velikega števila poškodovancev, ki v bistvu sploh ne potrebujejo našega zdravljenja (usmeriti na primarno raven), se ostalim manj posvetimo, obravnava pa poteka predolgo.*
- *Preveč administracije.*
- *Delo je težko predvidevati vnaprej. Veliko je stresnih situacij.*

- *To, da ima timska MS preveč organizacijskih in ostalih nalog, ter ji za bolnika pogosto ostane premalo časa.*
- *Premalo časa, da bi delali po vseh pravilih, kot so v sončku, kadar je veliko pacientov.*
- *Program operacij se ne končuje ob 15.30 in velikokrat ne dobimo zamenjave pravočasno.*
- *Včasih je prenaporno, netimsko delo z zdravniki, drugače je v redu.*
- *Pogosto nadaljevanje dežurstva - urgence takoj po rednem času.*
- *Veliko število kroničnih pacientov.*
- *Prezasedenost kapacitet.*
- *Da si pogosto sam za vse.*
- *Preveč časa gre za pisanje papirjev in premalo časa ostaja za paciente.*
- *Telefon v ambulanti.*
- *Da ni administratorke ob nedeljah in po noči.*
- *Pomanjkanje časa, preveč bolnikovih zahtev ob najmanj primernem času.*
- *Da, ko imaš največ dela in včasih ne veš, kaj bi prej naredil, pride pedagoška med,sestra s pripravniki, da vadijo in da jim pustiš, da oni naredijo stvari do konca. Nazadnje ugotoviš, da ni narejeno nič, ker so se pač oni zamotili pri tem istem pacientu s čisto tretjo stvarjo !*
- *Premalo kadra zato dela ne morem opravljati zadovoljivo in v korist bolnika.*
- *V določenem času preveč dela.*
- *Povrh vsega pa še nadzori. Mogoče bi morali pa njih nadzorovati.*
- *Ni ovrednoteno število med.teh. in negovalnih posegov.*
- *Zahteva zdravnika je, da obvladaš vse.*
- *Pripravniki?(večje obremenitve)*
- *Bolniki dolgo čakajo zaradi pomanjkanja anesteziologov.*

Nezadovoljstvo z neustrezno komunikacijo in medsebojnimi odnosi so anketirani največkrat opisali z besedami:

- *Ker nismo usklajeni, eden reče tako, drugi pa spet drugače.*
- *Nesporazumevanje z nadrejenimi, včasih konflikti.*
- *Premalo časa za pogovor z bolniki.*
- *Nedržanje dogovorov.*

- *Preveč nezadovoljstva in slabe volje sodelavcev.*
- *Odnos vodilnega do ostalih (sestre).*
- *Neskladje med sestrami in zdravniki.*
- *Slaba komunikacija z nadzornimi MS, ter vodstvenim kadrom.*
- *Slaba komunikacija z nadzornimi MS.*
- *Nespoštovanje nadrejenih (zdravniki,...)*
- *Pomanjkljiva predaja dela.*
- *Sodelovanje z zdravniškim timom.*
- *Samovolja posameznih zdravnikov.*
- *Samovolja nekaterih zdravnikov.*
- *Nezainteresiranost do določenega dela določenih sodelavk.*
- *Nezainteresiranost in premalo samoiniciativnosti.*
- *Premalo komunikacije med zdravniki in medicinskimi sestrami.*
- *Komunikacija.*
- *Pomanjkanje komunikacije s strani odgovornih na oddelku, s kirurgi.*
- *Neupoštevanje naših potreb, želja.*
- *Neprimerna komunikacija, brez timskega dela.*
- *Odnosi so včasih nespoštljivi.*
- *Za boljše sodelovanje zdrav. tima.*
- *Netimsko delo.*
- *Rešiti skoraj nikoli problemov.*
- *Komunikacija z drugimi službami.*
- *Medsebojni odnosi - zdravnik – sestra.*
- *Mnogokrat površen plan dela.*
- *Neobzirnost sodelavcev (nekateri).*
- *Nerazumevanje del. področja (s strani kolegic).*
- *Odnos med. sestrami in zdravniki.*
- *Da se nadrejenim težko dopove stvari, ki so važne za pacienta.*
- *Slaba komunikacija.*
- *Komunikacija.*
- *Slaba komunikacija - medsebojni odnosi.*
- *Komunikacija med. sestra – zdravnik.*

- *Nesodelovanje tima (zdravnik - sestra).*
- *Premalo posluha.*
- *Slaba komunikacija z nadzornimi.*
- *Premalo medsebojnega sodelovanja in upoštevanja.*
- *Slabi odnosi med zaposlenimi.*
- *Odnos med delavci.*
- *Popolna neusklajenost zdravnikov, MS in vodstva.*
- *Manjka komunikacija med nami in gl. m.s.*
- *Ni usklajenosti med nami in zdravniki (vizite..)*
- *Da le redko dobiš poz. feet back.*
- *Zelo me moti to, da postajamo kot tujci in ne sodelavci.*
- *Odsotnost zdravnikov, dvomljivo napisana terapija.*
- *Ni pravega sodelovanja med višjimi sestrami in srednjimi.*
- *Komunikacija.*
- *Vzvišen in gospodovalen odnos.*
- *Nekateri sodelavci niso kolegialni in ne sodelujejo v timskem delu.*
- *Odnos bolnikov.*
- *Težave s sodelavci izven našega oddelka (drugih služb).*
- *Neenotnost!*
- *Zelo moteči so telefonski pogovori, ki z delom v EIN nimajo nič skupnega, zlasti takrat, kadar pri opravljanje določenih opravil potrebuješ mir in maksimalno koncentracijo.*
- *Podrejena vloga MS.*
- *Omalovažujoč odnos do dela MS.*
- *Premalo timskega dela.*
- *Premalo nas spoštujejo višji rangi, ki nam redko stojijo ob strani.*
- *Neupoštevanje ZT.*
- *Da nekateri zdravniki ne spoštujejo našega dela.*
- *Nesodelovanje oz. upiranje, izmikanje delu.*
- *Premalo timskega dela med zdravstvenimi tehnikami in diplomiranimi medicinskimi sestrami.*
- *Nekooperabilnost višjih sester.*

- *Nespoštovanje DMS iz strani zdravnikov.*

Pritožujejo se tudi zaradi vodenja:

- *Moti me to, da delam večinoma sama na oddelku, ne glede na to, koliko je pacientov in voženj v op. v dopoldanskem času, popoldne jih pride več prevzeti moje paciente.*
- *Samo en ključ za omaro z zdravili.*
- *Premalo pohval.*
- *Prepogosti sestanki po službi.*
- *Neučinkovitost podpornih služb (perilo, spremstvo bolnikov, kadrovska služba).*
- *Nedovoljena uporaba lastne iniciative ter kreativnosti.*
- *Spoštovanje dogovorov.*
- *Slabo upoštevanje predlogov za izboljšanje dela.*
- *Nezainteresiranost in premalo samoiniciativnosti.*
- *Premajhna elastičnost in kreativnost.*
- *Neenakopravnost, nepravičnost.*
- *Poznanstva, ki vplivajo na delovnem mestu, nesposobnost oz. pretirana samoljubnost posameznikov.*
- *Premalo soodločanja.*
- *Ni enotne doktrine, kar zadeva veliko prilagajanja različnim službam.*
- *Hierarhija na kvadrat.*
- *To da ima timska MS preveč organizacijskih in ostalih nalog, ter ji za bolnika pogosto ostane premalo časa.*
- *Nepravilen nadzor višjih, da bi se mi bolje ravnali, učili...*
- *Po OP dvoranh interno rotirajo samo nekateri zaposleni, drugi pa so nepremakljivi.*
- *Pogosto premeščanje iz operacijske v operacijsko.*
- *Vsi člani zdr. tima ne opravljajo svoje delo.*
- *Anarhija.*
- *Preveč šefov!*
- *Neupoštevanje dogovorjenega.*
- *Nerazumevanje, pustiti vse in iti na sestanek.*
- *Slaba volja nadrejenih, pri nekaterih naša beseda ni cenjena, naše delo ni spoštovano.*
V stresnih situacija nadrejeni svoj strah prikrijejo z vpitjem, slabo voljo ipd.

- *Nikoli se ne ve, kaj je prav.*
- *Nadrejeni slabo poznajo delo na oddelku.*
- *Vodilni kader nima predstavo o naravi dela v praksi.*
- *Najbolj me moti, da se moram tolikokrat seliti na drug oddelek, v enem tednu sem lahko tudi vsak dan na drugem oddelku (A, B, C, EIN 1-2 EIN 11-12).*
- *Preveč zaposlenih želi biti vodja dela.*
- *Ne čutiš pripadnosti, zaradi menjave delovišč.*
- *Da o tem, kako moramo izvajati določena dela določajo ljudje, ki tega nikoli niso izvajali - teorija in praksa nikoli nista enaki.*
- *Nepravilnosti.*
- *Kolektivna krivda.*
- *V dežurstvu se delajo tudi programske operacije ne samo urgentne.*
- *Vpliv drugih.*
- *Neurgentne operacije v dežurstvu.*

Anketirani so zapisali tudi tole:

- *Nič, sem prilagodljiva.*
- *Nič posebnega.*
- *Nič me ne moti.*
- *Vse oz. ogromno stvari.*
- *Pravzaprav je kar vse v redu.*
- *Nič, saj si delo organiziram sama.*
- *Z leti mi elan in navdušenje za moje delo upada.*

Organiziranje je proces koordiniranja dela, ki mora biti narejeno v organizaciji. V zdravstveni negi je to naloga formalne organizacijske strukture. Gre za sisteme rešitev, opise del, potrebna znanja, vzorčne obrazce (Sullivan in Decker 1997, 73).

Na kirurških oddelkih je eden izmed najpogostejših postopkov oz. posegov preveza rane. Vsak kirurški bolnik ima eno ali več ran, ki se previjejo 1-krat dnevno. Kadar ima bolnik kronično rano ali je rana vneta, pride do sekundarne okužbe; če iz rane obilno izteka, je rano potrebno večkrat dnevno previti. Vsako rano mora videti zdravnik, ki tudi odredi prevezo rane in naroči glede na vrsto rane ustrezno oblogo za rano.

Rano vedno previje medicinska sestra. Odstrani umazan obvezilni material, očisti rano, nato mora rano pogledati zdravnik, ki odredi ustrezno terapijo. Medicinska sestra po njegovem navodilu rano previje. Običajno zjutraj, pred vizito medicinske sestre rane očistijo in pustijo odkrite ter čakajo, da pride zdravnik. Velikokrat se zgodi, da se na zdravnika predolgo čaka. Medicinska sestra 15 bolnikom odkrije in očisti rano, nato čaka, da bo prišel zdravnik. Čakajo tudi pacienti. To je lahko pol ure ali tudi več, kar pa ni dobro, kajti sledi zajtrk. Pacienti ne morejo zajtrkovati dokler ni vizite, kajti na viziti se tudi odloča, kdo mora biti tešč in kdo lahko zajtrkuje. Pacienti, ki imajo odkrito rano, ne morejo jesti oz. zelo težko jedo, prav tako pa velikokrat še ni jasno, kdo mora biti tešč. Če zdravnika dolgo ni na vizito, medicinske sestre rane pokrijejo. Ko pride zdravnik čez nekaj časa na oddelek pogledat pacienta oz. rano, jo je potrebno ponovno odkriti in previti. To pomeni dodatno delo, dodaten čas za medicinsko sestro, za bolnika pa je to dodaten napor, lahko tudi bolečina. Predstavlja pa tudi dodaten strošek za obvezilni material in sterilne tekočine. Če pogledamo z distance, bi lahko rekli, da smo slabo organizirani.

V primeru, da zdravnik, ki zdravi pacienta, zamudi vizito oz. ne pride na vizito ob času, ki je za to določen, medicinska sestra previje bolniku rano, rano pogledajo ostali zdravniki, ki so prisotni na viziti, vendar rano mora pogledati tudi pacientov lečeči zdravnik, ki pride morda obiskat pacienta ob 11. uri.

Torej medicinska sestra rano odkrije in previje zjutraj pred in po viziti, nato pa še enkrat npr. ob 12. uri, ko pride na oddelek pogledat pacienta njegov lečeči zdravnik.

To je slabo organizirano delo, odvečno delo, brez potrebe samo zaradi zdravnika in prilagajanje celotne zdravstvene obravnave, postopkov zdravniku in ne bolniku. Tak način dela pomeni več stroškov (kader, material, medicinski pripomočki), neučinkovitost, nespoštovanje časa medicinskih sester, nespoštovanje pacienta....

Za medicinske sestre predstavlja neorganizirano delo zdravnikov velik stres. Zdravniki so nosilci zdravstvene dejavnosti, so tisti, ki vodijo zdravljenje pacientov, so odgovorni za poslovanje, vendar jih to največkrat ne zanima.

V podjetju so najpomembnejši dejavniki zaposleni. Pripraviti zaposlene do tega, da so ustvarjalni, da znajo učinkovito delovati v timu in da si znajo organizirati delo, je ključna naloga učinkovitih managerjev (Kovač 1999).

Iz navedenega bi lahko zaključili, da zadovoljen zaposleni pomeni uspešno opravljeno delo oziroma, da je zadovoljen zaposleni uspešno opravljena naloga dobrega, učinkovitega vodje.

Problemi in reševanje problemov so sestavni del življenja in procesa vodenja.

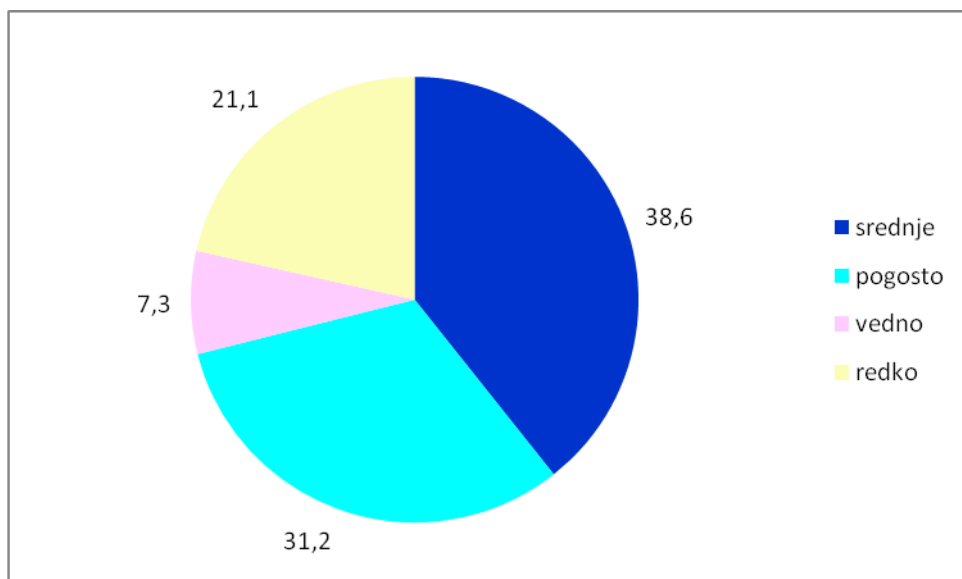
Zaposleni v zdravstveni negi pridejo in povedo, da jim nekaj manjka ali da bi radi nekaj imeli ali dosegli. Ko jih vprašajo, kaj so definirali, vodje dobijo odgovor: problem.

V bistvu gre dejansko za opise stanj. Medicinske sestre največkrat opisujejo nezaželeno stanja kot problem.

To, da mi nekaj manjka ali da nečesa nimam, je definicija nezaželenega stanja.

To, da bi nekaj rad imel ali dosegel, je definicija zaželenega stanja ali naših želja. Ljudje pogosto definirajo nezaželeno ali zaželeno stanje kot problem, v upanju, da jim bodo drugi spremenili nezaželeno stanje v zaželeno ali jim izpolnili želje (Čurić in Kofol 2005).

Graf 3.12: Ali imate možnost sproti reševati probleme, povezane z delom?



Večina anketiranih oseb meni, da ima srednje v 38,6% možnost sproti reševati probleme, povezane z delom. 31,2% je tistih, ki imajo pogosto možnost sproti reševati probleme, povezane z delom; vedno pa ima to možnost 7,3% anketiranih. Torej, 38,5% zaposlenih v zdravstveni negi ima pogosto in vedno možnost sproti reševati probleme, povezane z delom. 21,1% anketirancev meni, da ima redko možnost sproti reševati probleme, povezane z delom.

Večinoma morajo v zdravstvu izvajalci zdravstvene nege probleme takoj rešiti, kajti če zmanjka svežih pižam za paciente oz. bolniškega perila, ga moramo na vsak način nekje dobiti. Pacient ima mokro pižamo, ker se je prepotil, zato jo je nujno potrebno zamenjati. Večkrat se zgodi, da zmanjka svežega perila, ker ga je v obtoku premalo.

Medicinske sestre telefonirajo na druge oddelke ali se odpravijo iz IV. (nadstropja) v VIII. nadstropje, kjer imajo še nekaj pižam, in si jo izposodijo. Pacienta je potrebno preobleči.

Če ni infuzijske črpalke, jo je potrebno nekje najti, telefonirati, vprašati, kajti za pacienta je to nujno! Potrebno mu je aplicirati zdravilo preko črpalke.

Če popoldne ni medicinske sestre, ki je ta dan na urniku razpisana popoldne (največkrat se zgodi, da nekdo zboli), jo je potrebno nadomestiti. Ena izmed tistih, ki delajo dopoldne, bo morala ostati ves dan ali pa bodo eno medicinsko sestro poklicali z dopusta.

Probleme rešujejo sproti, v glavnem timska medicinska sestra z vodjem – glavno medicinsko sestro. Največkrat, kadar zboli zdravnik, pa »odpade« ambulant.

Na Kirurški kliniki so zaposleni v glavnem moški zdravniki; redkokdaj so v bolniškem staležu, če zbolijo njihovi otroci.

Določenih težav pa izvajalci zdravstvene nege pa tudi njihovi vodje ne morejo reševati sproti, ker dejansko nimajo možnosti niti pristojnosti, čeprav vedo, da je potrebno nemudoma rešiti problem oziroma spremeniti nezaželeno stanje v zaželeno. Večkrat primanjkuje monitorjev za spremljanje vitalnih funkcij pacienta ali primanjkuje infuzijskih črpalk za aplikacijo zdravil pacientom. Aparature oziroma opremo je potrebno nujno nabaviti, vendar so za to potrebni dolgotrajni postopki naročanja (javna naročila), za katere je odgovoren Komercialni sektor in so potrebna razpoložljiva finančna sredstva. Na to glavne medicinske sestre ne morejo vplivati. Lahko samo napišejo zahtevek za nabavo in obrazložitev in vsak dan sprašujejo, kdaj bo naročilo realizirano. Ker primanjkuje nujne opreme za delo, si le-to izposojajo z drugih oddelkov oziroma iz strokovno-organizacijskih enot v okviru Kirurške klinike ali celotnega UKC Ljubljana, če seveda je oprema na razpolago, to pa je bolj izjema kot pravilo.

3.4.2 Kadrovske potrebe in učinkovitost vodstva

Zagotavljanje ustreznega števila primerno usposobljenega kadra je eden ključnih dejavnikov za izvajanje profesionalnega poslanstva, poslanstva Kirurške klinike, za zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pacientov ter zadovoljstva zaposlenih kot tudi zadovoljstva pacientov.

Kadrovske potrebe smo preverjali s pomočjo treh trditev; učinkovitost vodstva zdravstvene nege na Kirurški kliniki pa s 5-stopenjsko lestvico.

Tabela 3.8: Mnenje anketiranih o kadrovskih potrebah in učinkovitosti vodstva (rezultati so prikazani v %).

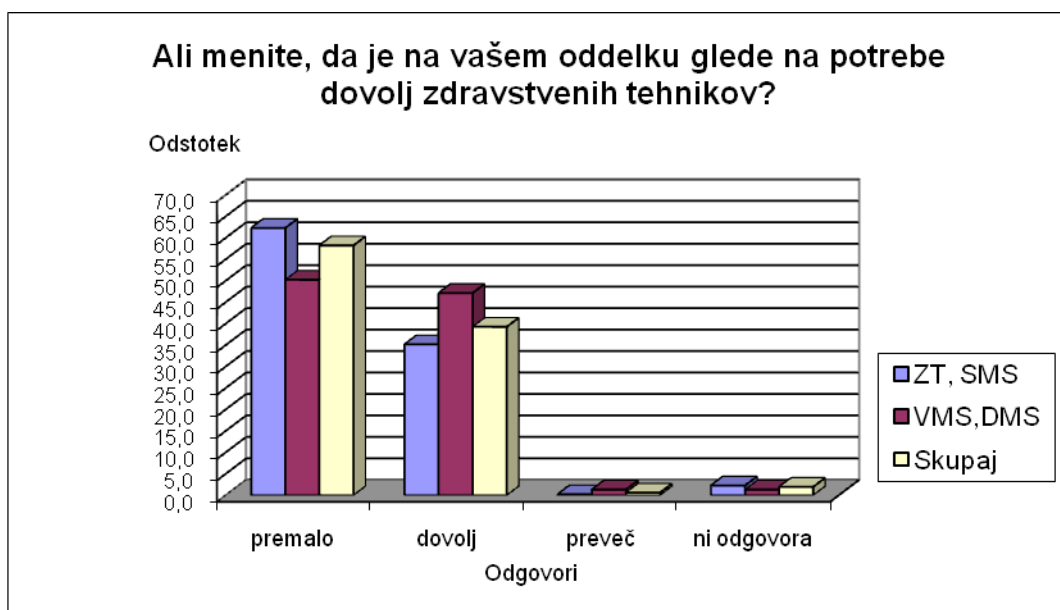
	premalo	dovolj	preveč		
Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj zdravstvenih tehnikov?	59,3	40,1	0,6		
Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj diplomiranih medicinskih sester in višjih medicinskih sester?	42,7	44,4	12,9		
	1 prav nič	2 slabo	3 srednje	4 precej	5 povsem
Kako učinkovito je po »vašem« mnenju vodstvo zdravstvene nege SPS pri reševanju aktualnih problemov na vašem oddelku?	10,8	28,0	48,3	12,0	0,9

Anketirani se najbolj strinjajo s trditvijo, da je na »njihovem« oddelku glede na potrebe zdravstvene obravnave pacientov premalo (59,3%) zdravstvenih tehnikov.

Največkrat menijo (v 44,4%), da je na njihovem oddelku dovolj diplomiranih medicinskih sester.

Izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki so se največkrat opredelili (48,3%), da je vodstvo zdravstvene nege na Kirurški kliniki srednje učinkovito pri reševanju aktualnih problemov na posameznem kliničnem oddelku Kirurške klinike.

Graf 3.13: Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj zdravstvenih tehnikov?



Anketirane osebe v 59,3% menijo, da je na oddelku glede na potrebe zdravstvene nege bolnikov premalo zdravstvenih tehnikov. 40,1% anketiranih pa meni, da jih je dovolj.

Obstajajo significantne razlike glede na izobrazbeno stopnjo.

63,7% medicinskih sester s srednjo izobrazbo meni, da je zdravstvenih tehnikov premalo.

36,1% anketiranih srednjih medicinskih sester se je opredelilo, da jih je dovolj.

Zaposleni z višjo izobrazbo menijo, da je zdravstvenih tehnikov v 51,6% dovolj, v 47,4% pa premalo.

50,9% anketiranih z visoko in univerzitetno izobrazbo meni, da je zdravstvenih tehnikov dovolj, 48,2% anketiranih s to izobrazbo pa meni, da je zdravstvenih tehnikov premalo glede na potrebe zdravstvene obravnave bolnikov.

Vsi zaposleni, na različnih izobrazbenih stopnjah menijo, da zdravstvenih tehnikov v glavnem ni preveč.

Narava zdravstvene oskrbe se je dandanes po vsem svetu, pa tudi v UKCL, na Kirurški kliniki spremenila in se spreminja. Zdravstvena nega mora temeljiti na celostni in individualni obravnavi pacienta. Sistematičen pristop, ki vključuje ugotavljanje bolnikovih potreb, načrtovanje izvajanja in evalvacijo, zagotavlja kakovostno zdravstveno nego.

Delo medicinskih sester – izvajalcev zdravstvene nege se je zelo spremenilo. Vsebina dela je bistveno večja kot pred 20 leti.

Razvoj medicine in drugih znanosti, nova tehnologija, nove operativne tehnike, krajša ležalna doba, večja intenziteta dela itd. posledično prinašajo drugačno delo, tako po vsebini kot glede frekvence postopkov in posegov. Zdravstvenih tehnikov je premalo! Dela je vse več!

Nalaga se jim dodatno delo, podporne službe ne delujejo dobro, »zdravstveni tehnik je deklica za vse«, pravijo. Podporne službe UKCL, npr. Oskrbovalne službe, Služba za spremstvo in transport bolnikov se prav tako srečujejo s kadrovskimi težavami, nimajo dovolj kadra, kar pomeni, da niso dosegljivi pravi čas, in ker ne morejo spremljati pacientov na operacijo ali na določeno preiskavo, mora to opraviti medicinska sestra z oddelka, kjer je pacient hospitaliziran. Pacienta, ki je v postelji, morata peljati 2 osebi, praviloma 1 medicinska sestra in 1 spremljevalka. Če tega ni, morata z oddelka oditi 2 medicinski sestri.

Vsi prelagajo svoje naloge na nižje kadre; nalaga se jim preveč dela, tudi takega, za katerega niso strokovno usposobljeni, ni jasne razmejitve glede del in nalog, veliko je menjavanja delovišč zaradi odsotnosti in pomanjkanja kadra, s tem se kontinuiteta prekine.

Veliko dela v zdravstveni negi se prelaga na »srednji kader«, ki je zelo obremenjen, nihče jih ne vpraša, če bodo zmogli opraviti vse delo. Zdravstveni tehniki imajo premalo stikov z glavno medicinsko sestro.

Zdravstveni tehniki menijo, da je diplomiranih medicinskih sester dovolj in celo preveč... Ne poznajo v celoti dela oz. delokroga diplomirane medicinske sestre.

Diplomirane medicinske sestre imajo zelo veliko posrednega dela z bolniki, ki se kaže v naročanju krvnih in drugih preiskav, pogosto po naročilu zdravnika naročajo konziliarne preglede, preiskave, organizirajo delo, načrtujejo, izvajajo, evalvirajo, dokumentirajo proces zdravstvene nege.

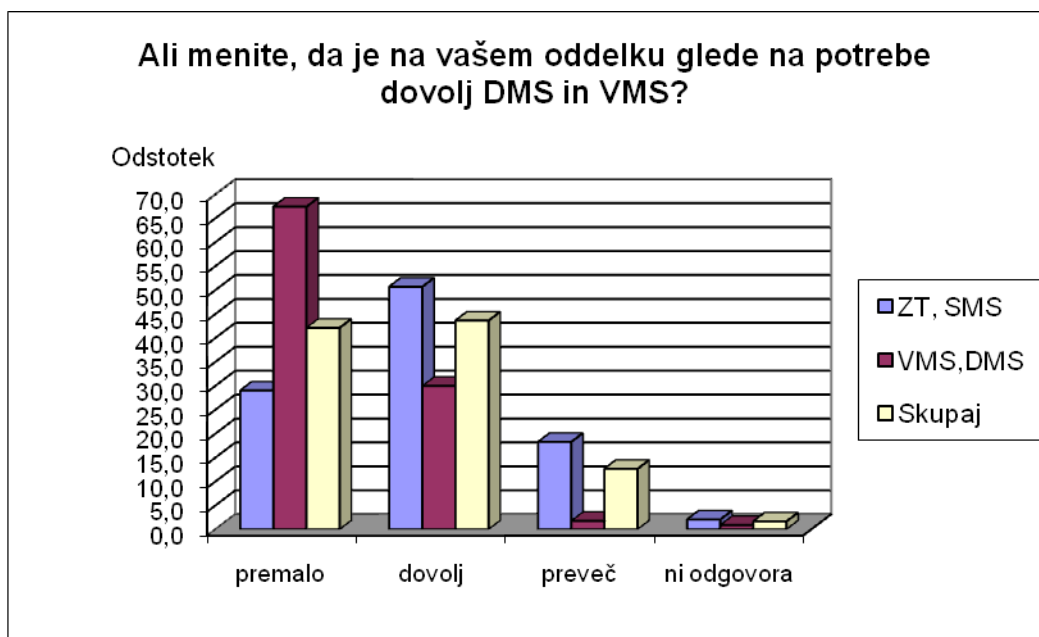
Zdravstveni tehniki natančno ne poznajo dela diplomiranih medicinskih sester, ne vedo, koliko časa in energije diplomirane medicinske sestre porabijo za organizacijo UZ preiskave,

za pacienta, konziliarnega pregleda, za dokumentiranje oz. izpolnjevanje določenih obrazcev ob sprejemu pacienta in ob odpustu pacienta. Ne vedo, kaj vse je naročil zdravnik diplomirani medicinski sestre, kaj vse je ordiniral in ji naročil, da naredi, izpelje.

Diplomirane medicinske sestre večino časa sedijo za mizo, pišejo, telefonirajo, uporabljajo računalnik. Na vizito gredo z blokom v roki, ker si zapisujejo naročila.

S strani zdravstvenih tehnikov je včasih slišati: »Kaj pa sploh delajo, sprehajajo se z bloki po oddelku, sedijo za mizo in telefonirajo. Me moramo pa kahle nosit, paciente umivati, jih hraniti, skratka trdo delat.«

Graf 3.14: Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj diplomiranih medicinskih sester in višjih medicinskih sester?



44,4% anketiranih oseb meni, da je diplomiranih medicinskih sester glede na potrebe zdravstvene nege bolnikov dovolj, 42,7% anketiranih pa meni, da jih je premalo.

Zanimiv je tudi odgovor, za katerega se je opredelilo 12,9% anketiranih, ki meni, da je diplomiranih medicinskih sester celo preveč.

Znotraj skupine glede na izobrazbo se kažejo statistično pomembne razlike.

Obstajajo signifikatne razlike med odgovori srednjih medicinskih sester, višjih medicinskih sester ter medicinskih sester z visoko in univerzitetno izobrazbo.

Anketiranci s srednjo izobrazbo so se opredelili, da je diplomiranih medicinskih sester dovolj v 51,9% in preveč v 18,7%. Anketirani z višjo izobrazbo v 60,0% menijo, da je diplomiranih medicinskih sester premalo. Anketirane osebe z visoko in univerzitetno izobrazbo pa v 81,9% menijo, da je diplomiranih medicinskih sester premalo, in v 13,5% menijo, da jih je dovolj.

Torej, srednje medicinske sestre so zapisale v 63,7%, da je absolutno premalo srednjih medicinskih sester in da je diplomiranih medicinskih sester dovolj (51,9%) oz. preveč (18,7%).

Višje medicinske sestre (60,0%) in medicinske sestre z visoko in univerzitetno izobrazbo pa menijo, da je absolutno premalo diplomiranih medicinskih sester (81,9%), zdravstvenih tehnikov pa je po njihovem mnenju dovolj (50,9%).

Diplomirane medicinske sestre načrtujejo, organizirajo, izvajajo in vrednotijo proces zdravstvene nege pri pacientu. Srednje medicinske sestre so večkrat prepričane, da to ni delo oz. je to krasno, lepo delo, zelo ležerno, administriranje, ki ni potrebno, je odveč. Diplomirane medicinske sestre samo dirigirajo, komandirajo. Morda je to del razlage, zakaj so anketiranci s srednjo izobrazbo zapisali, da je diplomiranih medicinskih sester celo preveč.

Večkrat se zazna, da se diplomirana medicinska sestra noče odzvati oz. se ne odzove, ko pacient pozvoni in nekaj potrebuje. Ponavadi pacient pozvoni, ker potrebuje nočno posodo ali pa želi, da mu nočno posodo odstranijo, izpraznijo, pozvoni, ker je žejen in bi rad pil čaj, ima mokro pižamo, ker se je preveč potil, bi rad vstal in šel na stranišče.

Vse aktivnosti, povezane z zgoraj navedenimi potrebami pacienta, so v delokrogu, domeni medicinskih sester s srednjo izobrazbo.

Večkrat imajo srednje medicinske sestre veliko dela, so na drugem koncu hodnika, oddelka, v bolniški sobi 9, pri pacientu.

V tem trenutku pozvoni pacient iz sobe 2 in mimo gre diplomirana medicinska sestra, ki se ne odzove, ne reagira na zvonjenje pacienta, ker ve, da so za to zadolžene srednje medicinske sestre, in gre mimo bolniške sobe, v kateri pacient nekaj potrebuje. Včasih pa reagirajo na zvonjenje pacienta, torej zvonec izklopijo, stopijo v bolniško sobo, vprašajo, kdo je zvonil in zakaj.

Če pacient potrebuje nočno posodo, sveže bolniško perilo ali čaj, se odzovejo s tem, da povedo, da bo prišla kolegica – medicinska sestra s srednjo izobrazbo in bo to postorila.

Srednje medicinske sestre tako ravnanje in vedenje s strani diplomiranih medicinskih sester zelo obsojajo, pravzaprav so užaljene, jim zamerijo, da npr. diplomirana medicinska sestra ni mogla pacientu prinesiti ali odnesti nočne posode. To ravnanje diplomiranih medicinskih sester je neprofesionalno, neetično,... Diplomirane medicinske sestre so praviloma vodje, koordinatorice, učiteljice. Naj bi bile vzornice srednjim medicinskim sestram in bolničarjem.

Diplomirana medicinska sestra mora obvladati tudi znanje, postopke in posege zdravstvene nege, ki jih opravlja srednji kader oz. ki jim nekateri pravijo »bolj umazana dela«.

Če ima kolegica srednja medicinska sestra naenkrat preveč dela oz. umiva paciente v sosednji bolniški sobi, drugi pacient pa nujno potrebuje nočno posodo, je dolžnost diplomirane medicinske sestre, ki gre mimo te bolniške sobe in ni obremenjena z nujnim delom, da mu jo prinese.

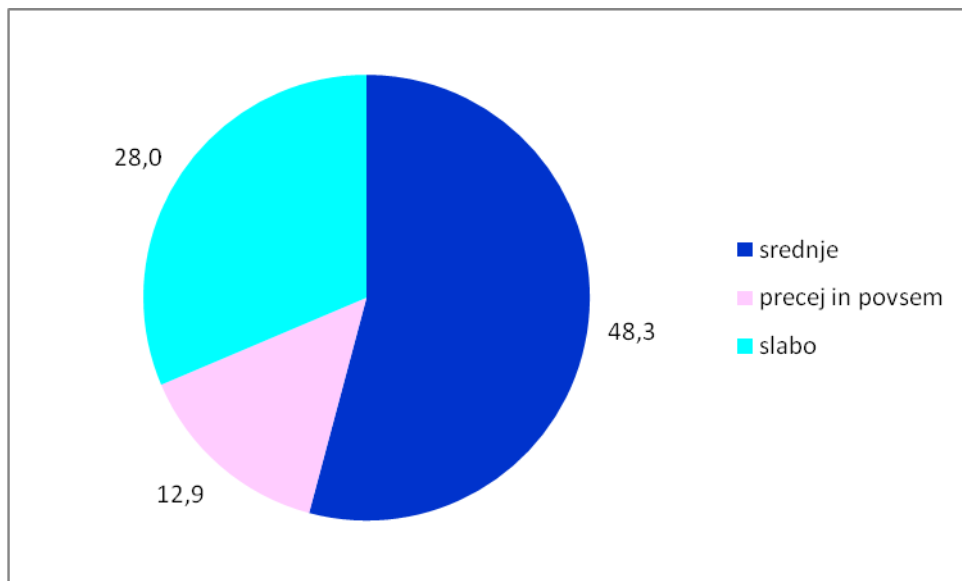
Ko sem ob takih dogodkih diplomirane medicinske sestre vprašala, zakaj niso reagirale, ko je pacient pozvonil, so mi odgovorile, da če bi prinesle pacientu nočno posodo, bi s tem »razvadile« srednje medicinske sestre, ki bi se v nadaljevanju izogibale oz. želele izogniti temu delu. Komentar je pravzaprav odveč!

Največkrat medicinske sestre govorijo, da ni pravega timskega dela, ker zdravniki ne sodelujejo, so vzvišeni, nesramni, nespoštljivi do medicinskih sester. Vendar slika ni črno-bela. Tudi znotraj poklicne skupine so zaznani ti odkloni in slabo sodelovanje, nekolegialnost, vzvišenost in največkrat neizrečene misli – »jaz sem diplomirana medicinska sestra, kaj boš ti, ubogaj me, poslušaj me in delaj«.

Posledica takega vedenja so konflikti, problemi, rivalstvo, majhna pripadnost poklicni skupini, ne-kolegialnost, razslojevanje, razdruževanje, nesodelovanje, stres na delovnem mestu, kršitev profesionalnih in etičnih načel, neustrezno delovanje vodij, nezadovoljstvo medicinskih sester in posledično tudi pacientov. Vse to so nezaželeni stanja, ki rušijo naše poklicno poslanstvo, ugled poklica, ugled zdravstvene ustanove in nenazadnje celotnega zdravstva.

Pravzaprav vse definicije vodenja govorijo, da je vodenje sposobnost vplivanja na druge ljudi, da sodelujejo v prizadevanjih za doseganje skupnih ciljev. Je kontinuiran proces, ki je tesno povezan z osebnostnimi lastnostmi posameznih vodij, s spodbujanjem sodelavcev in komuniciranjem.

Graf 3.15: Kako učinkovito je po vašem mnenju vodstvo zdravstvene nege Strokovno-poslovne skupnosti Kirurška klinika pri reševanju aktualnih problemov na vašem oddelku?



48,3% anketiranih se je opredelilo, da je vodstvo zdravstvene nege Kirurške klinike srednje učinkovito pri reševanju aktualnih problemov na posameznem oddelku Kirurške klinike. 12,9% jih meni, da je precej in povsem učinkovito. 28% je tistih, ki so ocenili učinkovitost vodstva zdravstvene nege pri reševanju problemov na oddelkih kot slabo.

61% anketiranih se je opredelilo, da je vodstvo zdravstvene nege na Kirurški kliniki srednje, precej in povsem učinkovito. 28% jih meni, da je slabó učinkovito.

Vsak četrti izvajalec zdravstvene nege na Kirurški kliniki meni, da je vodstvo zdravstvene nege Kirurške klinike slabo učinkovito pri reševanju aktualnih problemov v posamezni strokovno-organizacijski enoti. Vodstvo lahko rešuje samo probleme oziroma področja v krogu svojega vplivanja, ne more pa reševati ključnih strateških, npr. kadrovanje, kajti to je naloga Ministrstva za zdravje oziroma slovenske politike. Najbolj pereč problem na vsakem kliničnem oddelku oziroma v strokovno-organizacijski enoti je pomanjkanje kadra v zdravstveni negi in posledično preobremenjenost kadra. V preteklih letih nismo nadomeščali odhodov in upokojitev, kar je povsem nedopustno, vendar vodstvo zdravstvene nege Kirurške klinike na to nima neposrednega vpliva. Lahko opozarja ustno in pisno, argumentira, opozarja na nevarnosti, tako za paciente kot za zaposlene, npr. Zakon o uravnoteženju javnih financ (ZUJF) ni dopuščal nadomestil odhodov in upokojitev. Celo še več, vsako leto smo morali zmanjšati število zaposlenih na Kirurški kliniki za 1%. Sleherni zaposleni v zdravstveni negi

na Kirurški kliniki verjetno ni seznanjen oz. je slabo seznanjen z možnostjo učinkovitega reševanja kadrovske problematike oziroma pristojnosti reševanja kadrovske problematike, ki jih ima vodstvo Kirurške klinike.

Velik problem na Kirurški kliniki je tudi pomanjkanje opreme, iztrošena oprema, pomanjkanje elementarnih pripomočkov za naše delo, kot so npr. bolniško perilo, infuzijske črpalke, kvalitetne rokavice, robčki za razkuževanje, itd. . Nabava le-teh je omejena glede na razpoložljiva finančna sredstva in v veliki meri jo vodita vodstvo UKC Ljubljana in Komercialni sektor UKC Ljubljana. Strokovne kriterije za nabavo npr. infuzijskih sistemov, drenažnih vrečk, bolniških postelj itd. pripravljajo strokovnjaki; medicinske sestre, zdravniki in drugi. Ko izberemo ustrezen pripomoček glede na strokovne kriterije, se pojavi velik problem, to je cena. Praviloma so kvalitetni izdelki tudi nekoliko dražji. Na koncu je ključni argument za nabavo določenih pripomočkov, npr. rokavic, cena! Reševanje nekaterih aktualnih problemov zahteva čas, ker gre za večplastne probleme, ki jih je potrebno reševati z različnimi osebami!

Kirurška klinika je zelo velika, zato je tudi več težav, pogovorov, situacij itd. Vodstvo zdravstvene nege Kirurške klinike si postavlja prioritete glede na nujnost reševanja aktualnih problemov. Razumljivo je, da je za vsakega človeka njegov problem najbolj nujen, najtežji, najbolj pomemben in pričakuje takojšnjo rešitev le-tega. Težko razume, da njegovo vprašanje oziroma njegov problem ni na prvem mestu.

Možina (1992) pravi, da je vodenje usmerjanje, motiviranje in vplivanje na ljudi, da bi zadane naloge čim bolje opravili, s čim manjšimi stroški in čim večjim osebnim zadovoljstvom.

Z boljšo organizacijo dela bi morda lahko nekoliko skrajšali odzivni čas na področju vodenja zdravstvene nege na Kirurški kliniki.

Za zagotavljanje strokovno neoporečnega in kakovostnega dela, varnosti pacientov in zaposlenih ter zadovoljstva zaposlenih potrebujemo dovolj kadra, kar pomeni z drugimi besedami več finančnih sredstev.

Na žalost pa napredku in kompleksnosti zdravstvene obravnave pacienta, vsem izboljšavam na področju kakovosti in varnosti ne sledi denar oziroma ustrezna finančna sredstva. Politika financiranja zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji ne zagotavlja dovolj finančnih sredstev za področje zdravstva. Prispevna stopnja slehernega državljana je premajhna glede na nudenje zdravstvenih storitev posamezniku.

3.4.3 Mnenja o možnostih izobraževanja in nagrajevanja

Za postmoderno družbo je značilno nenehno izobraževanje in izpopolnjevanje posameznika, spreminjanje in prilagajanje novim pogojem delovanja. Znanje je načeloma zasebna dobrina, saj tisti, ki ga ima, pridobi koristi, ki izhajajo iz znanja.

Lahko pa je znanje tudi javna dobrina, ker se učinki znanja pogosto prelivajo od ustvarjalcev na druge uporabnike (Kešeljević 2004).

Zdravstvena nega je humanistično naravnana, zato poudarja horizontalno integracijo, povezovanje izobraževanja in življenja. Zaposleni v zdravstveni negi si s pomočjo boljšega vrednotenja sebe, pozitivne poklicne podobe in samostojnega učenja prizadevajo doseči cilje humanizma in lastnega celostnega razvoja.

Možnosti izobraževanja in nagrajevanja smo preverjali s pomočjo 5 – stopenjske lestvice.

Tabela 3.9: Mnenje anketiranih o izobraževanju in nagrajevanju na delovnem mestu (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1	2	3	4	5
	nikoli	redko	srednje	pogosto	vedno
Ali imate možnosti dodatnega izobraževanja, ki si ga želite?	13,8	36,7	30,7	14,6	4,2
Ali imate v trenutni delovni situaciji možnost napredovanja?	23,5	30,1	30,2	11,4	4,8
Ali poznate kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti?	32,5	28,4	20,1	12,9	6,1
Ali ste že bili nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti?	26,1	44,6	20,9	7,0	1,2
Ali menite, da ste pri delu uspešni?	0,0	0,8	16,8	72,2	10,3

Anketirani se najbolj strinjajo s trditvijo, da so pri delu uspešni; pogosto v 72,2% in vedno v 10,3%.

Sledijo tisti, ki se največkrat strinjajo s trditvijo, da so bili redko (44,6%) nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti.

Zelo se strinjajo tudi s trditvijo, da nikoli (32,5%) ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti.

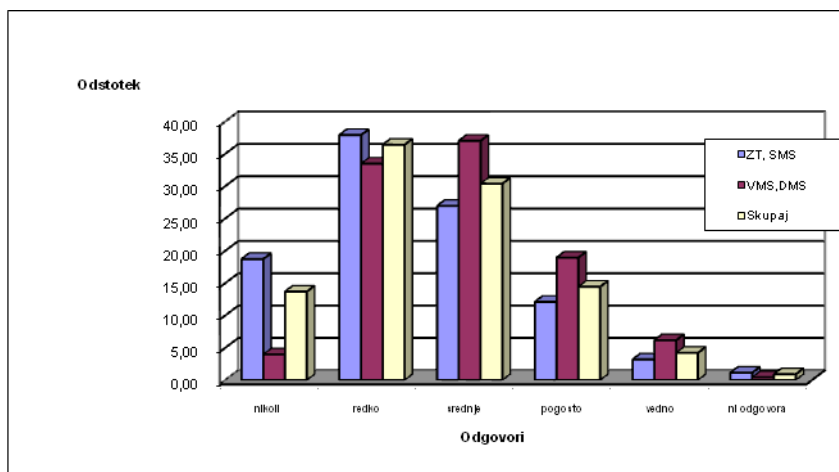
Prav tako so bili mnjenja, da imajo redko (36,7%) možnost dodatnega izobraževanja.

Današnjo, postmoderno družbo pogosto povezujemo s termini, kot so družba sprememb, družba znanja, družba informacij, družba storitev. Živimo v družbi, v kateri so edina stalnica spremembe.

Znanje je potrebno nenehno dopolnjevati, posodabljati, saj zaradi velikega znanstvenega in tehnološkega napredka znanja in spretnosti danes hitro zastarevajo.

Možnosti dodatnega izobraževanja, ki si ga želijo zaposleni, smo preverjali s pomočjo petih trditev.

Graf 3.16: Ali imate možnost dodatnega izobraževanja, ki si ga želite?



Vsak drugi anketirani izvajalec zdravstvene nege (50%) meni, da nima nikoli ali ima redko možnost dodatnega izobraževanja, 30% anketiranih oseb se je opredelilo za srednje, le 19% jih meni, da imajo pogosto oziroma vedno možnost dodatnega izobraževanja.

Tukaj pa opazimo razliko med izvajalci zdravstvene nege po stopnji izobrazbe med izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo in višjo, visoko ter univerzitetno izobrazbo. Zdravstveni tehniki v 60% menijo, da nimajo nikoli ali imajo redko možnost dodatnega izobraževanja, in le v 15% odgovarjajo, da imajo pogosto oziroma vedno možnost dodatnega izobraževanja. Diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre pa menijo, da imajo v 20% pogosto oziroma vedno možnost dodatnega izobraževanja.

Izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo so največkrat menili (44,2%), da imajo redko možnost dodatnega izobraževanja.

Znotraj izobrazbene strukture obstajajo statistično pomembne razlike. Anketiranci s srednjo izobrazbo menijo, da v 18,9% nikoli nimajo možnosti dodatnega izobraževanja in redko (38,3%) možnosti dodatnega izobraževanja. Osebe z višjo izobrazbo so največkrat menile (38,9%), da imajo srednje možnost dodatnega izobraževanja in v 20% pogosto to možnost. Anketirane osebe z višjo izobrazbo imajo največkrat vedno v 9,5% in v 20,0% pogosto možnost dodatnega izobraževanja, ki si ga želijo. Izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo so največkrat menili (44,2%), da imajo redko možnosti dodatnega izobraževanja.

Vsak drugi zaposleni izvajalec zdravstvene nege na Kirurški kliniki meni, da nima nikoli ali ima redko možnost dodatnega izobraževanja oziroma strokovnega izpopolnjevanja.

To je popolnoma realno in pričakovano, glede na obseg finančnih sredstev, ki so namenjena za strokovno izpopolnjevanje zaposlenih na posameznih kliničnih oddelkih oziroma v strokovno-organizacijskih enotah Kirurške klinike.

Med tistimi, ki imajo redko možnost dodatnega izobraževanja ali nimajo te možnosti, je nadpovprečen delež zdravstvenih tehnikov (medicinskih sester s srednjo izobrazbo). Na posamezni strokovno-organizacijski enoti Kirurške klinike je zaposlenih največ srednjih medicinskih sester, in sicer 65% : 35%, zato se vsako leto vsi ne morejo udeležiti strokovnih izobraževanj. Zaposlenim z visoko in univerzitetno izobrazbo je možnost izobraževanja bolj pomembna kot tistim s srednjo izobrazbo.

Anketirani so največkrat izpostavili oziroma opozorili na nezmožnost udeležbe na izobraževanjih, na finančna sredstva, ki jih morajo sami zagotoviti za izobraževanje, in na favoriziranje posameznikov, ki se lahko udeležujejo izobraževanj.

Najpogostejši odgovori, ki so jih navedli anketirani glede izobraževanja, se nanašajo na premalo strokovnih izobraževanj in na pomanjkanje finančnih sredstev oziroma na financiranje izobraževanja s strani zaposlenih:

- *Seminarje plačujejo samo višjim medicinskim sestra, zdravstvenim tehnikom pa ne!*
- *Premalo izobraževanja.*
- *Medicinske sestre ne smejo hoditi po seminarjih drugod npr. Simpozij urgentne medicine v Portorožu...*

- *Nimam možnosti izobraževanja.*
- *Ne skrbimo za karierni razvoj zaposlenih.*
- *Premalo časa namenjenega za izobraževanje.*
- *Za večino strokovnih seminarjev si moramo sami zagotoviti sredstva.*
- *Sistem dela, da je potrebno plačati za strokovna izobraževanja (vsak sam).*
- *Vedno isti ljudje hodijo na strokovna izpopolnjevanja.*
- *Da se ne upošteva, da nekdo po daljši odsotnosti (porodniška, bolniška) lahko pozabi postopke dela in se mu ne omogoči, da bi bil samo na eni veji in se tam spet dela naučil.*

Medicinske sestre se morajo permanentno izobraževati, stalno pridobivati nova znanja in spretnosti, stalno razvijati sposobnosti in ohranjati strokovno kompetentnost. Če želijo delovati kot strokovnjakinje, je edina pot permanentno izobraževanje in izpopolnjevanje; kontinuirano seznanjanje z novostmi na področju teorije in prakse zdravstvene nege. Ohranjanje kompetentnosti ves čas delovanja v praksi je tudi etična dolžnost profesionalcev. Kompetentnost je izražena tudi v Kodeksu etike izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe Slovenije, iz katerega je razvidna individualna profesionalna odgovornost za ohranjanje lastne kompetentnosti z izpopolnjevanjem znanj, veščin in svojega profesionalnega delovanja.

Zdravstvena nega je kompleksna dejavnost, ki za celovito razumevanje in delovanje potrebuje širok niz znanj iz različnih znanosti – naravoslovnih, družboslovnih, humanitarnih in filozofskih (Šmitek 2001).

Udeleževanje medicinskih sester na strokovnih izpopolnjevanjih je jasno izraženo v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, in sicer: »Medicinske sestre morajo svoje znanje nenehno izpopolnjevati« in »Medicinska sestra si prizadeva za osebno in strokovno rast«. Kodeks etike tudi določa, da je »medicinska sestra pridobljeno strokovno znanje dolžna posredovati kolegicam in kolegom ter ostalim članom tima«.

Nujnost dodatnega izpopolnjevanja je tudi zakonsko regulirana. Glede na zakonske podlage se mora vsak zaposleni v zdravstveni negi v treh letih vsaj enkrat udeležiti strokovnega izobraževanja.

Vsi zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki imajo možnost dodatnega izobraževanja, skladno z zakonsko podlago in finančnimi sredstvi, ki so za to v UKCL namenjena. Naloga vodje oziroma glavne medicinske sestre je, da zagotovi udeležbo vseh zaposlenih v zdravstveni negi na strokovnem izpopolnjevanju v obdobju treh let.

Glede na potrebe po dodatnem znanju, izpopolnjevanju posameznega izvajalca zdravstvene nege oziroma potrebe dela usmerja in skupaj z medicinskimi sestrami pripravlja plan strokovnih izpopolnjevanj za eno leto vnaprej.

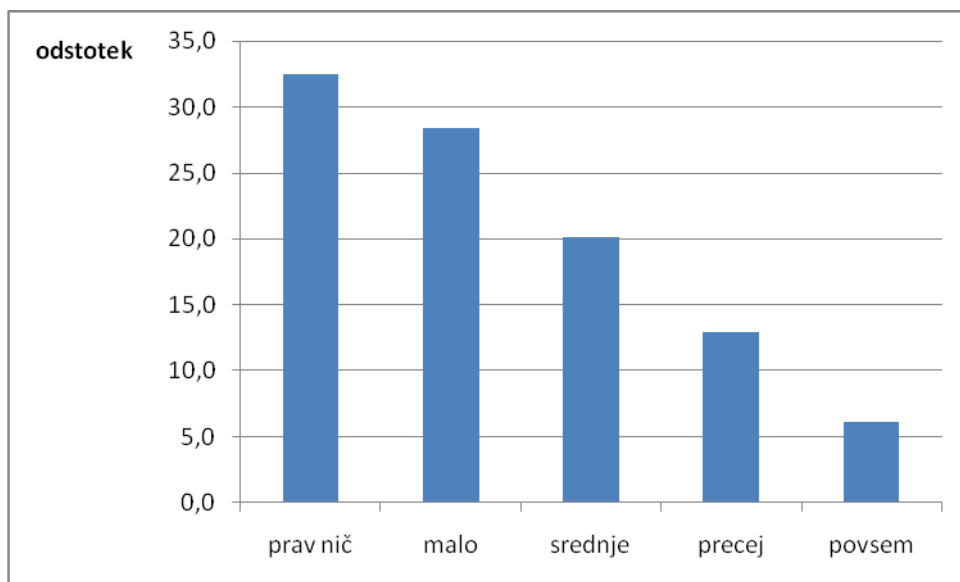
Zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki lahko sami predlagajo vsebino dodatnega strokovnega izobraževanja, včasih pa to določi vodja.

Izvajalci zdravstvene nege se udeležujejo strokovnih izpopolnjevanj predvsem zaradi želje po sledenju novostim, nekateri se zavedajo, da je to njihova dolžnost, drugi so motivirani za dodatna izobraževanja, ker jim to prinaša točke za podaljševanje licence; nekaj pa je tistih, ki jih v to dobesedno prisili oziroma od njih zahteva vodja.

Izvajalci zdravstvene nege in njihovi vodje se morajo nenehno zavedati, da se le z znanjem in višjo strokovnostjo lahko izvaja profesionalno poslanstvo, dosega višja kakovost življenja posameznika, dviga splošno zdravstveno stanje prebivalstva in večja produktivnost in razvoj družbe nasploh. Medicinske sestre morajo koncept vseživljenjskega izobraževanja sprejeti kot lastno filozofijo in ne le kot filozofijo stroke.

Poznavanje kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti smo preverjali s pomočjo petih trditev.

Graf 3.17: Ali poznate kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti?



Anketirani so na vprašanje, ali poznajo kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti, v 32,5% odgovorili prav nič, v 28,4% malo, v 20,1% srednje; samo 19,0% anketiranih oseb pa se je opredelilo, da povsem poznajo kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti.

Znotraj starostnih skupin obstajajo statistično pomembne razlike, kajti največja skupina so mlajši, ki prav nič ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti, povsem pa jih poznajo starejši od 41 let starosti dalje, in sicer 38,4%.

Tudi znotraj skupine, glede na izobrazbo, obstajajo signifikantne razlike. Izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo so se v 36,6% opredelili, da prav nič ne poznajo kriterijev. Anketirani z višjo izobrazbo menijo, da malo poznajo kriterije (28,4%), izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo menijo, da v 14% precej poznajo kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti in v 14,5% povsem; torej v 25,8% precej in povsem poznajo kriterije za nagrajevanje.

Respondenti so na odprto vprašanje o nagrajevanju najpogosteje odgovorili, da ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti in da jim kriterijev nihče ne razloži. Menili so tudi, da obstoječe nagrajevanje ni pravično.

Najpogosteje so to interpretirali z besedami:

- *Napredovanje je možno le po plačilnih razredih z zbiranjem točk in po določenem času, ne pa po usposobljenosti, strokovnosti, spretnosti, iniciativnosti.*
- *Kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti nihče ne upošteva, nagrajena sem bila samo 1x.*
- *Samo 1x sem bila nagrajena.*
- *Moti me, ker nekateri nikoli ne dobijo nagrade za svoje delo.*
- *Nihče nam ustrezno ne razloži kriterijev in plačilnega lista.*
- *Kriterijev ni, neuradni pa so pridnost in lojalnost vodstvenemu kadru.*

Skoraj polovica zaposlenih v zdravstveni negi na Kirurški kliniki prav nič ne pozna ali malo pozna kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti. Za seznanitev zaposlenih s kriteriji za nagrajevanje so odgovorni predstojniki in glavne medicinske sestre posameznih kliničnih oddelkov oziroma strokovno-organizacijskih enot na Kirurški kliniki.

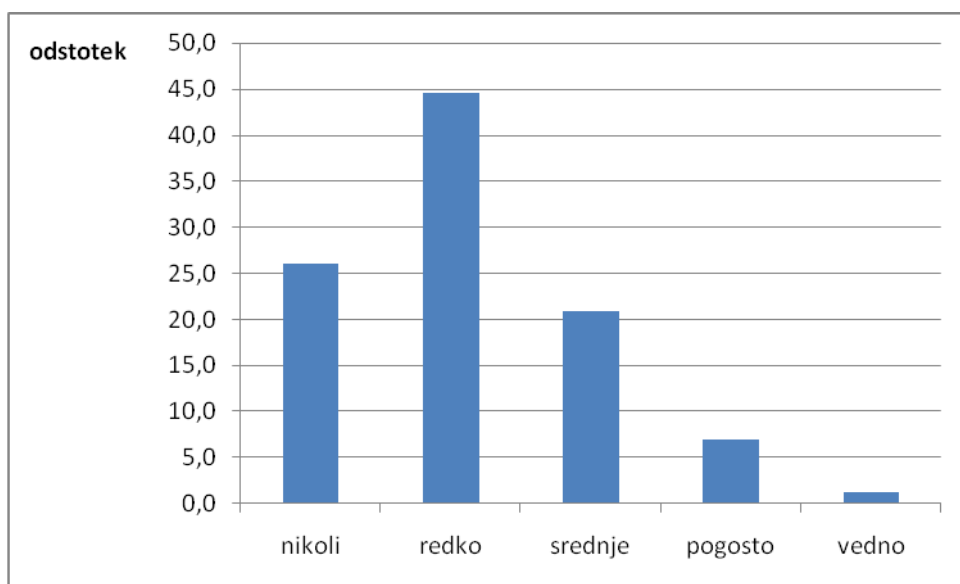
Mlajši še ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti, ker prva tri leta zaposlitve še ne morejo napredovati. Vodjem se ne zdi pomembno, da jih o tem seznani, ker še ni potrebno oziroma ker še niso v »oknu ranljivosti«.

Če zaposleni niso seznanjeni z določenimi pravili, navodili, kriteriji, dejstvi, se velikokrat o zadevi pogovarjajo, širijo se govorice, ki niso realne, širijo se dezinformacije, ki niso zaželeno. Prihaja lahko tudi do konfliktnih situacij in nezadovoljstva zaposlenih. Smiselno je, da zaposlene ob nastopu dela ali vsaj po 6 mesecih dela vodje seznani o možnostih nagrajevanja delovne uspešnosti. To bi moralo biti sistemsko rešeno.

Medicinske sestre z visoko in univerzitetno izobrazbo v 25,8% precej in povsem poznajo kriterije za nagrajevanje. To so verjetno predvsem vodje timov, nadzorne medicinske sestre in glavne medicinske sestre, ki so se morale najprej seznani s kriteriji in ki morajo poznati navedene kriterije, ker ocenjujejo podrejene.

Kar tretjina srednjih medicinskih sester na Kirurški kliniki prav nič ne pozna kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti.

Graf 3.18: Ali ste že bili nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti?



Največ respondentov (44,8%) je bilo redko nagrajenih iz naslova delovne uspešnosti, sledijo tisti (26%), ki nikoli niso bili nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti, in nato tisti, ki so bili srednje nagrajeni (21,0%). Pogosto je bilo nagrajenih 7,1% zaposlenih, najmanj anketiranih (1,2%) je bilo vedno nagrajenih iz naslova delovne uspešnosti.

Obstaja statistično pomembna razlika glede na starost, največji odstotek zaposlenih, ki so bili pogosto in srednje nagrajeni je 43,1% v starostni skupini več kot 50 let. Slaba tretjina mlajših oseb do 30 let nikoli ni bila nagrajena iz naslova delovne uspešnosti. Mladi so bili redko nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti (37,9%).

Po izobrazbi je razvidna statistično pomembna razlika. Zaposleni v zdravstveni negi s srednjo izobrazbo so v 43,9% redko nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti, 31,8% anketirancev pa nikoli ni bilo nagrajenih. Izvajalci zdravstvene nege z višjo izobrazbo so v 49,5% odgovorili, da so bili redko nagrajeni, v 48,4% pa srednje nagrajeni. Največji odstotek (48,5%) tistih z visoko in univerzitetno izobrazbo je menilo, da so bili redko nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti, pogosto pa v 15,4%.

Starejši oziroma zaposleni v starostni skupini več kot 50 let so bili največkrat nagrajeni, kar je skladno s Pravilnikom o napredovanju.

Tretjina mlajših do 30 let še ni bila nagrajena, ker prva tri leta še niso izpolnjevali kriterijev za nagrajevanje, zato niso mogli biti nagrajeni. Le-ti tudi ne poznajo kriterijev za nagrajevanje.

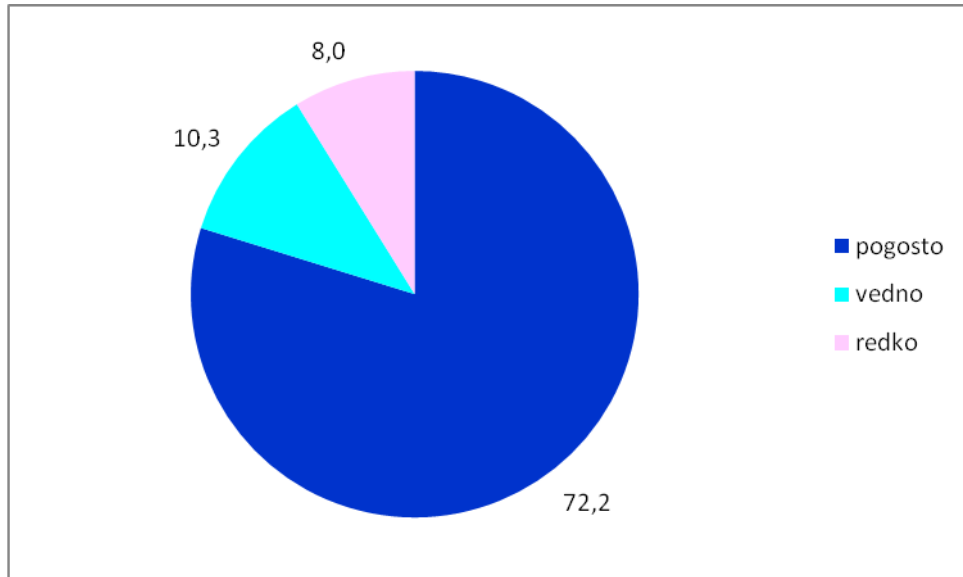
Največji odstotek medicinskih sester, ki so bile redko nagrajene iz naslova delovne uspešnosti so srednje medicinske sestre, medicinske sestre z visoko izobrazbo in medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo.

Pravilnik o napredovanju delavcev, zaposlenih v zdravstvu namreč določa, da lahko napredujejo le tisti, ki izpolnjujejo pogoje za to, in sicer vsaka 3 leta (od 34 – 38 mesecev). Pogoji za napredovanje so dodatna funkcionalna znanja, interdisciplinarna usposobljenost, samostojnost in zanesljivost pri delu, ustvarjalnost in delovna uspešnost.

Največ lahko napredujejo za tri plačne razrede, v tarifnih skupinah III (bolničar), za štiri plačne razrede v tarifnih skupinah V (srednja medicinska sestra) in VI (višja medicinska sestra); za pet plačnih razredov v tarifnih skupinah VII/I (diplomirane medicinske sestre) in VII/II (profesor zdravstvene vzgoje) (Uradni list RS 95).

Znano je, da na poklicno uspešnost posameznika vplivajo poleg vrednot še drugi motivacijski dejavniki in sposobnosti, osebne lastnosti in razni dejavniki okolja.

Graf 3.19: Ali menite, da ste pri delu uspešni?



Izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki menijo, da so v 82,5% pri delu pogosto in vedno uspešni, od tega pogosto 72,2% in vedno 10,3%. 16,8% jih meni, da so srednje pogosto uspešni pri delu. Samo 8,0% je tistih, ki menijo, da so redko pri delu uspešni.

V raziskavi »Medicinske sestre v Sloveniji« (2001) je bilo ugotovljeno, da je za 56,5% medicinskih sester zelo pomembno, da delo opravijo na najboljši možni način, tudi če jih to včasih omejuje pri ostalih stvareh v življenju. Za medicinske sestre so najpomembnejši dejavniki na delovnem mestu dobri medsebojni odnosi, varnost zaposlitve, pomoč drugim, uresničevanje svojih sposobnosti, samostojnost ter pripadnost delovni skupini (Zupančič 2001). Medicinske sestre v Sloveniji vidijo sebe oziroma se najpogosteje opredeljujejo za praktične, zanesljive, odgovorne, marljive, razumevajoče, samostojne (Mrak 2001). Majda Pahor ugotavlja, da se imajo študentke in študenti zdravstvene vzgoje najpogosteje za odgovorne, zanesljive, kritične, razumevajoče in se zanimajo za nova področja (Pahor 1997, 224).

Če primerjamo navedena dejstva z mnenjem medicinskih sester o njihovi uspešnosti pri delu na Kirurški kliniki, ugotovimo, da so se opredelile za uspešne oziroma da so uspešne pri delu, kar pomeni, da so zanesljive, marljive, odgovorne, razumevajoče, praktične, samostojne. Zavedajo se svojega poklicnega poslanstva, rade opravljajo svoje delo, vidijo se kot strokovnjakinje, so razumne, marljive, odgovorne, rade uveljavljajo svoje ideje, so kritične, imajo dober odnos do dela, čutijo pripadnost delovni skupini, so praktične, zanimajo jih nova področja... Iz tega bi se dalo sklepati, da imajo medicinske sestre na Kirurški kliniki relativno visoko samopodobo in dobro izraženo poklicno identiteto. Uspešnost pomeni tudi odgovornost! Odgovornost je odnos do dolžnosti. Prevzeti odgovornost za nekaj pomeni zmožnost odzivanja.

Medicinske sestre na Kirurški kliniki vidijo sebe kot uspešne pri delu, torej imajo možnost realizirati lastne potrebe in vrednote, kar jih pri delu motivira in praviloma povečuje zadovoljstvo posameznika. Medicinske sestre cenijo delavnost, pridnost in uspeh v poklicu. Če človek ni uspešen pri doseganju zastavljenih ciljev, lahko občuti razočaranje. Razočaranje pa mu lahko vzame pogum in oslabi občutek delavnosti.

3.4.4 Odnos do dela, zadovoljstvo z delom

Zaposleni so na delovnem mestu različno prizadevni oziroma njihov odnos do dela ni enak. Eni se trudijo, zato so posledično učinkoviti, uspešni, zadovoljni. Na drugi strani pa so zaposleni, ki so komaj povprečni ali celo podpovprečni in zato manj uspešni in učinkoviti ter

posledično nezadovoljni. Stopnja delovne prizadevnosti je zelo povezana s stopnjo zadovoljstva.

Odnos do dela in zadovoljstvo z delom smo preverjali s trditvami, v katerih so se anketirani opredelili na 5-stopenjski lestvici.

Tabela 3.10: Mnenje anketiranih o odnosu do dela in zadovoljstvu z delom (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1	2	3	4	5
	nikoli	redko	srednje	pogosto	vedno
Ali imate dovolj časa, da opravite svoje delo?	1,1	15,0	49,4	27,2	7,4
Ali imate vpliv na razporejanje delovnega časa (dežurstva, vikendi, prazniki)?	10,1	23,7	28,9	29,7	7,6
Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijete?	7,3	30,0	38,6	20,6	3,6
Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?	0,5	1,4	11,5	45,8	40,8
Ali ste ponosni in zadovoljni, da ste zaposleni v KC Ljubljana?	3,8	8,2	39,2	34,2	14,6
Če ocenite vse značilnosti svojega delovnega mesta, v kolikšni meri ste z njim zadovoljni?	0,2	7,3	45,6	40,1	6,9
				da	ne
Ali je verjetno, da boste v obdobju naslednjih 12 mesecev skušali poiskati novo zaposlitev?				35,9	64,1

Izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki se najbolj strinjajo s trditvijo, da jim je delo, ki ga opravljajo, v 86,0% všeč.

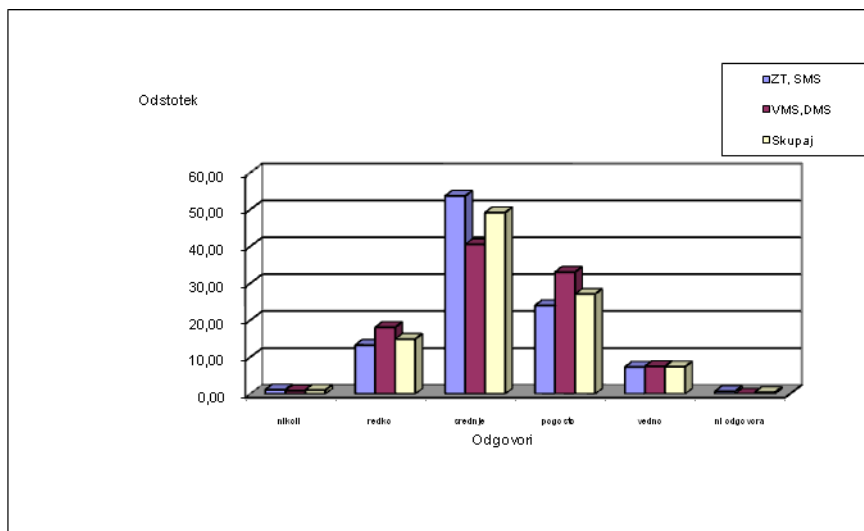
Nadalje sledijo tisti, ki menijo, da nimajo dovolj prostih dni za počitek, v 38,6% srednje in v 30,0% redko dovolj prostih dni dopusta, počitka, da se spočijejo.

Anketiranci se v 64,4% strinjajo, da imajo redko in srednje dovolj časa, da opravijo svoje delo.

Kljub pomanjkanju časa, da opravijo svoje delo in da nimajo dovolj prostih dni, dopusta oziroma počitka, pa so anketirani navedli, da so ponosni in zadovoljni, da so zaposleni v UKC Ljubljana v 39,2% srednje in 34,2% pogosto.

Z delovno situacijo so srednje in pogosto zadovoljni v 85,7%.

Graf 3.20: Ali imate dovolj časa, da opravite svoje delo?



Največji odstotek (skoraj 50%) anketiranih oseb je odgovorilo, da imajo srednje dovolj časa, da opravijo svoje delo. Kar 15,0% anketirancev pa ima redko dovolj časa, da opravi svoje delo. Pogosto ima dovolj časa, da opravi svoje delo 27,3% respondentov. 7,4% anketiranih ima vedno dovolj časa, da opravi svoje delo.

Respondenti so se na odprto vprašanje, ali imajo dovolj časa, da opravijo svoje delo, predvsem pritoževali nad prevelikim obsegom nalog, ki jih ni mogoče opraviti v določenem času. Navedli so naslednje odgovore:

- Če hočeš delo kvalitetno opraviti, je potreben čas – tega je na razpolago vse manj, del je vse več.
- Občasno pomanjkanje časa za opravljanje vseh dolžnosti, hitenje,...
- Premalo časa na voljo glede na ogromno število nalog, ki jih opravljam.
- Velikokrat se v teku delovnega dne dela kljub temu, da si narediš plan ne da narediti po njem, ker se dogajanje na oddelku zelo hitro spreminja.
- Zmanjka ti časa, da vzameš kri, previješ rane, urediš odpuste, sprejeme.
- Kakšno delo po standardu!?

- *Preveč različnih delovnih obveznosti v istem času, na različnih mestih.*
- *Eno samo hitenje!*
- *Da večino dela, ki potrebuje svoj čas hočejo, da se takoj opravi.*
- *Preveč zahtev v roku določenega časa.*
- *Premalo časa za dela*
- *Če je preveč dela in ni možno kakovostno opraviti vse delo in je premalo časa za bolnika.*
- *Pomanjkanje časa, da bi opravil svoje delo in imaš slabo vest, da ni vse narejeno.*
- *Zastavljene naloge v delovnem dnevu je težko realizirati. Vsiljen tempo dela.*

Opozorili so tudi na premajhno kadrovsko zasedbo v posamezni delovni izmeni. Zapisali so:

- *Dela in opravila se osebi samo »nalagajo«.*
- *Premalo zaposlenih in zato dela ne moreš opraviti strokovno in z nasmehom.*
- *Premalo kadra, kar ima za posledico skoraj vsakodnevne časovne stiske – temu sledi stres, več strokovnih napak.*
- *Pogosto je premalo delavcev v izmeni in delo težko opravljamo kvalitetno.*
- *Nasploh slaba organizacija dela, pomanjkanje kadra, časovna neusklajenost z zdravniki, posledica tega je slabo opravljeno delo, ker smo prisiljeni hiteti.*

Zdravstvena nega je pomoč drugemu in skrb za drugega. To pomeni, da nekoga ali nekaj vzamemo v obzir (»nam je mar«), da nam nekaj pomeni in da v okviru njegove odvisnosti od našega delovanja prostovoljno prevzamemo pobudo odgovornosti zanj. Skrb je sestavni del medsebojnega odnosa in brez medsebojnega odnosa ni skrbi.

V zdravstveni negi moramo pri doseganju oz. ohranjanju dobrega počutja bolnikov upoštevati holističen pristop, po katerem je človek bio-psiho-socialna celota, in etična načela. Moralno razmišljanje medicinske sestre pogosto udejanjajo v praksi in razmišljajo, kaj je pri delu in v odnosu do bolnika in njegovih najbližjih dobro, pravilno, primerno, neškodljivo.

Osnova zdravstvene nege je medsebojni odnos med bolnikom in medicinsko sestro, ki je prisoten na vseh profesionalnih področjih in ima primarni značaj. Medicinsko-tehnični posegi, ki jih izvaja medicinska sestra, so sekundarnega značaja.

Izvajanje zdravstvene nege tradicionalno izpostavlja predvsem zadovoljevanje bolnikovih osnovnih fizičnih potreb.

Skrb je bistvo delovanja, usmerjena je v celovitost bolnika in združuje zadovoljevanje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih in socialnih potreb.

Medicinske sestre nimajo dovolj časa, da opravijo svoje delo... To je zelo zaskrbljujoče, kajti to pomeni, da nimajo dovolj časa, da bi pomagale bolniku, da bi zanj skrbele in zadovoljevale ne samo osnovne fizične potrebe, ampak tudi druge, v okviru holistične teorije. Nimajo dovolj časa, da bi ga temeljito umile, preoblekle, da bi ga nahranile, pripravile predpisano dozo zdravil, ne da bi jih pri tem kdo zmotil.

Zelo so nervozne, ko pacient pozvoni in bi šel rad v spremstvu na WC. Ker jih je premalo, v posamezni delovni izmeni, preveč hitijo, pacient mora počakati, da ga pospremijo v WC, nekateri pacienti se odločijo in gredo sami do WC-ja. Včasih jim spodrsne ali jim postane slabo, padejo in pri tem se lahko poškodujejo.

Medicinske sestre to vedo, strah jih je, da bi pacienti sami poizkušali vstati iz postelje; »ne vedo, kaj bi najprej prijele v roko«.

Nimajo časa za pogovor z bolnikom, ki je zelo pomemben ob vsakem trenutku, predvsem pa kadar nas bolnik vpraša, kadar je v »oknu ranljivosti«. V zdravstveni negi temu rečemo terapevtski odnos.

Velikokrat je pogovor kratek ali je samo kratek odgovor z da ali ne, včasih pa enostavno za to zmanjka časa. Odnos med bolnikom in medicinsko sestro postaja brezoseben, pacient je številka, medicinska sestra pa avtomat. Ni časa za razlago, pojasnilo, za ljubezniv, spoštljiv, prijazen, razumevajoč pristop.

Skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo. Medicinske sestre so odgovorne, rade delo dobro opravijo, saj je to v korist bolnika oz. pomembno za izid zdravljenja.

Koncept kakovosti postaja nujnost; varnost bolnika je na prvem mestu.

Prevzemanje odgovornosti (občutek odgovornosti) za druge in potreba po tesnejšem medsebojnem povezovanju sta bolj značilni za ženske in izvirata iz drugačne moralne vzgoje deklic od dečkov (Gilligan 1993). Iz tega izhaja tudi razlaga, zakaj se za poklice, v katerih je neka oblika skrbi osrednjega pomena, odloča več deklet. Odgovornost je sestavni del poklica in se ji ni mogoče izogniti. Poklicna odgovornost vključuje tudi pogodbeno odgovornost. Medicinska sestra, zaposlena v UKCL na Kirurški kliniki (z vzajemno pogodbo, da bo v družbenem interesu skrbela za druge, za kar bo dobila plačilo), prevzame vse oblike

odgovornosti, in sicer odgovornost do sebe, do bolnika, do njegove družine oz. svojcev, do izpostavljenih skupin, do sodelavcev, do stroke, do delovne organizacije, do Kirurške klinike, do matičnega oddelka, do poklica, do družbe kot celote, do zdravstva.

Če medicinska sestra nima dovolj časa, da opravi svoje delo, lahko hiti in naredi napako, lahko opravi delo površno, ne izpolni pričakovanj bolnikov in njegovih svojcev, bolnik ji težko zaupa oz. ne zaupa, omaje ugled poklica, ne izpolni pričakovanja družbe, v nevarnost »spravlja« sebe in druge. Je na nek način neodgovorna, ker sprejme delo, ki je prezahtevno glede na obseg dela in čas, ki ga ima na razpolago.

Vodja oz. glavna medicinska sestra pa je posredno odgovorna, ker je v posamezni delovni izmeni predvidela, oz. razpisala premalo izvajalcev zdravstvene nege glede na število in zahtevnost zdravstvene obravnave bolnikov.

Biti študent zdravstvene nege in se učiti, da postaneš medicinska sestra, zahteva več kot le pridobivanje znanja ter spretnosti s področja medicine in zdravstvene nege. Goffman (v Payne in Walker 2002) pravi, da je pomembno, da si videti kot medicinska sestra in da se vedeš kot medicinska sestra, da razviješ ustrezen način vedenja in ravnanja z bolnikom ter da znaš bolnikom vlivati zaupanje.

Pacienti, ki po tradiciji težijo k globokemu spoštovanju medicinskih sester, prispevajo k vzdrževanju podobe njihovega poklica. Goffman je opisal način uporabe opornikov, s katerimi vzdržujemo svojo vlogo skozi skrb za vtis. Vsak poklic uporablja svoj niz opornikov. Za vsakega je tudi značilno določeno vedenje, obnašanje. Modra halja, prijazen in razumevajoč odnos do bolnika, vedno pripravljena na pogovor z bolnikom, to so deli teh opornikov, ki ustvarjajo podobo medicinske sestre.

Učenje poteka bolj s posnemanjem kot po formalnih navodilih. Razvoj vlog je proces učenja o naši podobi in načinu vedenja, kjer ves čas testiramo vlogo in jo prilagajamo. Vsak zdravstveni strokovnjak razvije določeno vlogo, ki vključuje določene norme in pričakovana socialna vedenja. Medicinske sestre marsikdaj »tečejo« po oddelku oz. iz ene bolniške sobe v drugo. Ne vedo, kaj bi najprej naredile, kaj bi prijele v roko, ali bi dvignile telefon, ali bi odgovorile kolegici, ali bi zaključile vpisovanje podatkov v računalniškem programu, ali bi odgovorile na vprašanje pacienta,... Postavljajo si prioritete, toda tudi teh je že preveč. Izgubljajo nadzor nad delom, nad samim seboj, nad celotno situacijo, to jih spravlja v stres in delujejo nesamozavestno, njihovo delovanje je včasih kaotično, ne vzbujajo vtisa, da so suverene, kompetentne; omajano je zaupanje vanje. Postajajo avtomati, roboti; nimajo časa za

pogovor z bolnikom, v ospredju je storilna naravnost, pacienti postajajo vse bolj številke. S tem se spreminja naša podoba, podoba medicinske sestre, naše vedenje, ravnanje, poklicne lastnosti, profesionalno poslanstvo. Izgubljajo se naši oporniki, preoblikujejo se pričakovanja socialnega vedenja.

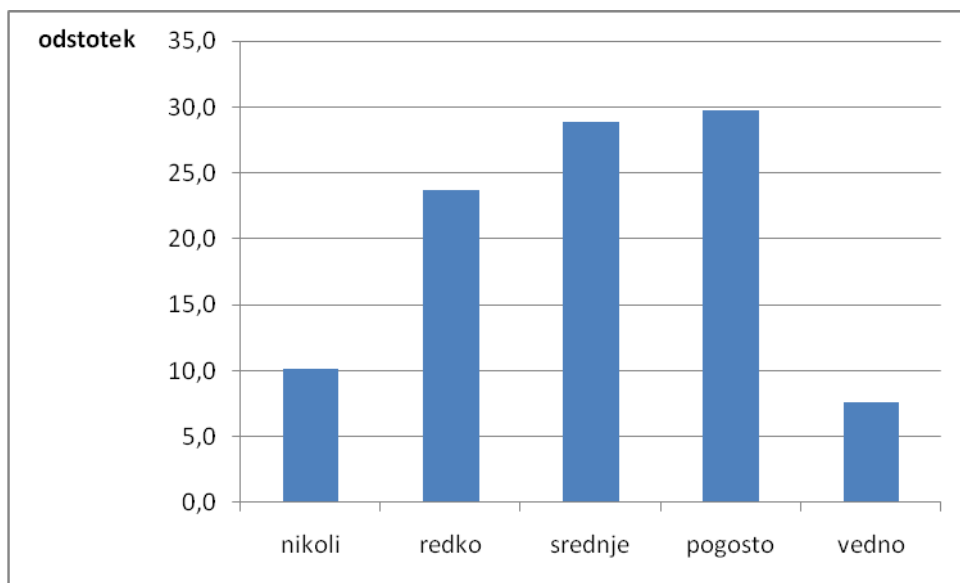
Zaposleni, ki so preobremenjeni, nimajo časa, da bi kakovostno opravili svoje delo nimajo časa oziroma težko najdejo čas za svoje osnovne življenjske potrebe (malica, toaletni prostor, odmor), ponavadi niso zadovoljni z delom, kar ima za posledico to, da s težavo pridejo v službo oziroma so v službi, a delajo kot roboti... .

V državah Evropske unije predstavlja stres na delovnem mestu poleg nezgod pri delu ter kostno-mišičnih obolenj eno izmed največjih težav.

Po podatkih Evropske javnomnenjske raziskave o varnosti in zdravju pri delu – European Opinion Poll on Occupational Safety and Health, je kar 7 od 10 delavcev v Sloveniji mnenja, da so primeri stresa na delovnem mestu pogost pojav v njihovem podjetju. Slovenija se s tem uvršča v sam vrh držav (31 držav), ki so sodelovale v raziskavi, kar je krepko nad evropskim povprečjem (51%). Stres, povezan z delom, predstavlja še posebej veliko težavo predvsem za samozaposlene delavce, kjer jih kar 80% meni, da je stres pri njih pogost. Le nekaj več kot ena tretjina delavcev, ki so izrazili skrb, da je stres na delovnem mestu pogost, pa je tudi mnenja, da je ta pod nadzorom. Med najpogostejšimi vzroki so (oboje z 63%) delavci izpostavili predvsem število opravljenih delovnih ur ali delovno obremenitev ter reorganizacijo ali negotovost zaposlitve. Nekoliko drugače pa je pri samozaposlenih delavcih, kjer jih je reorganizacijo ali negotovost zaposlitve izpostavilo 63%, število opravljenih delovnih ur ali delovno obremenitev pa 54% (Agency for Safety and Health at Work 2009).

Zaposleni v zdravstvu imajo specifičen delovnik, lahko v izmenah, v vseh obdobjih dneva. Delo je stresno. Pogosto je premalo kadra, časa, opreme in pripomočkov, nadrejeni ne slišijo problemov in ignorirajo probleme, s katerimi se soočajo, bolniki so zahtevni (Tschudin 2004). Poklicno življenje medicinskih sester oziroma razporejanje delovnega časa močno vpliva tudi na zasebno življenje oziroma na druge življenjske vloge.

Graf 3.21: Ali imate vpliv na razporejanje delovnega časa (dežurstva, vikendi, prazniki)?



Anketiranci menijo, da imajo v 29,9% pogosto vpliv na razporejanje delovnega časa, v 28,5% pa so tisti, ki lahko srednje pogosto vplivajo na razporejanje delovnega časa. Anketirani so odgovorili v 23,8% , da imajo redko vpliv na razporejanje delovnega časa v času dežurstva, med vikendi in prazniki; 10% anketiranih pa nima na to nikoli vpliva. Vedno ima vpliv na razporejanje delovnega časa 7,7% izvajalcev zdravstvene nege na Kirurški kliniki.

Obstaja pomembna statistična razlika, iz katere je razvidno, da mlajši večinoma nikoli (12,6%) nima tega vpliva, redko pa v 36,4%. Starejše osebe od 40 let dalje imajo pogosto vpliv na razporejanje delovnega časa (72,1%), vedno pa imajo te osebe vpliv v 31,5%.

Glede na izobrazbeno stopnjo je zaznati statistično pomembno razliko. Izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo menijo, da imajo v 26,2% redko vpliv na razporejanje delovnega časa in samo v 4,9% vedno vpliv na razporejanje delovnega časa. Nikoli (14,4%) ne morejo vplivati na razporejanje delovnega časa. Anketiranci z višjo izobrazbo lahko pogosto (39,4%) in vedno (17,0%) vplivajo na razporejanje delovnega časa. Anketirane osebe z visoko in

univerzitetno izobrazbo menijo, da pogosto (41,1%) in vedno (13,1%) vplivajo na razporejanje delovnega časa.

V raziskavi »Medicinske sestre v Sloveniji«, ki je bila izvedena leta 2001, je Renata Zupančič raziskovala zadovoljstvo z delovno situacijo. Ugotovila je, da je najmanj pomembna značilnost delovne situacije veliko možnosti za napredovanje, sledita ugled poklica (4,0%) in urnik dela (3,2%).

Z leti sta čedalje manj pomembna urnik dela in dober zaslužek. To gre najbrž pripisovati temu, da si je človek, ki je starejši, že ustvaril osnovne pogoje za življenje (bivališče, avto,...), odplačal vse kredite, poskrbel za izobraževanje svojih otrok in njihovo samostojnost, zato dober zaslužek ni več prva prioriteta. Ker otroci niso več majhni, ni potrebno usklajevati in iskati varstva za otroke, ni toliko nujnih opravil v zasebnem življenju...

Splošno znano je, da medicinske sestre z več leti delovne dobe, izkušnjami (profesionalnimi in življenjskimi) postanejo vodje (nadzorne medicinske sestre, glavne medicinske sestre), zamenjajo položaj na delovnem mestu in praviloma delajo v eni delovni izmeni, to je dopoldne.

Zakon o delovnih razmerjih, Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi omogočata delavcem, ki so stari 50 let, da ne opravljajo dežurstev, ne delajo ponoči. Medicinske sestre na Kirurški kliniki večinoma opravljajo delo v posebnih pogojih – nadurno delo, nedeljsko, praznično, nočno delo, dežurstva na zahtevo delovne organizacije oz. naše bolnišnice. To, da so najbolj zadovoljni zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo v ambulantah, in najmanj izvajalci zdravstvene nege, ki delajo v bolnišnicah, je bilo že večkrat dokazano. V bolnišnici je delo zaradi pogojev dela in narave zdravstvene obravnave pacientov pa tudi izidov bolezni bolj naporno in stresno. Delo medicinskih sester oz. izvajalcev zdravstvene nege se razlikuje od dela večine javnih uslužbencev oz. drugih poklicev v Sloveniji, predvsem zaradi narave dela.

Specifični dejavniki so triizmensko delo, delo ob vikendih, praznikih, marsikdaj predolg delovni čas, javnost dela – pričakovanje družbe, časovni pritisk, izpostavljenost fizičnim in psihičnim obremenitvam, obravnavanje bolnih ljudi in soočanja s smrtjo, težave s krmarjenjem med poklicno in zasebno sfero.

Zaradi neugodnega delovnega časa želijo medicinske sestre zamenjati delovno mesto, občutijo obremenjenost in izgorevanje. Delovni čas neugodno vpliva na družinsko življenje (Delimar in Repoša Tajnšek v Peternelj in Pahor 2001).

Težko je krmarjenje med poklicnim in zasebnim življenjem, zato je zelo pomembno, da imajo zaposleni v zdravstveni negi vsaj delno vpliv na razporejanje delovnega časa in s tem lažje usklajujejo svoje družinske obveznosti.

Naloga glavne medicinske sestre posameznega kliničnega oddelka je, da zagotovi prisotnost potrebnega števila ustrezno usposobljenega kadra (srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre) v posamezni izmeni glede na število pacientov ter glede na zdravstveno obravnavo bolnikov in kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege bolnikov.

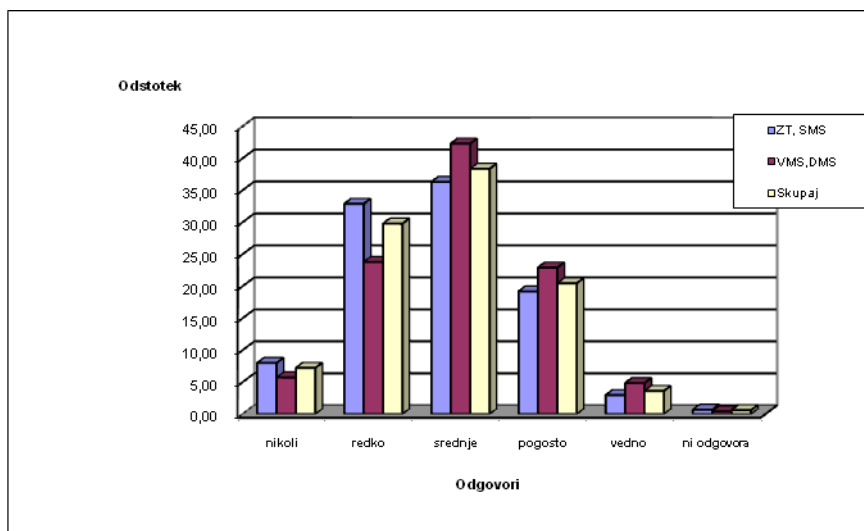
Če v posamezni delovni izmeni nekdo manjka, je naloga vodje, da ga nadomesti. Možnosti sta samo dve, in sicer ali medicinska sestra, ki je delala že v dopoldanski izmeni, ostane v službi še popoldne (skupaj 14 ur) ali pa se komu prekine npr. letni dopust, plačana odsotnost zaradi izobraževanja, koriščenja ur in se ga pokliče domov.

Na posameznih kliničnih oddelkih Kirurške klinike nadzorne medicinske sestre in glavne medicinske sestre večinoma omogočajo, da zaposleni v zdravstveni negi pred uradnim razporedom za naslednji mesec napišejo svoje želje. Vodja želje zaposlenih praviloma vedno upošteva, glede na dane možnosti.

23,8% jih je odgovorilo, da imajo redko vpliv na razporejanje delovnega časa. Verjetno je to v primeru, ko vodja oz. glavna medicinska sestra ni mogla upoštevati želje zaposlenih, ker je prišlo do nepredvidenih odsotnosti zaposlenih v zdravstveni negi zaradi bolezni in posledično kadrovske zasedbe.

Urnik dela na delovnem mestu in čas za počitek sta dva izmed dejavnikov zadovoljstva zaposlenih, t.i. zunanjih dejavnikov. Prosti čas je splošen družbeni pojav, ki je odvisen od kulture, ekonomije in politike, seveda pa tudi od psihičnih in duhovnih sposobnosti posameznika. Poklicnemu delu se namenja vse več časa, zato zmanjka časa za druge, prav tako pomembne življenjske vloge.

Graf 3.22: Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijete?



Kar 7% anketiranih oseb nima nikoli dovolj časa, da se spočije, če prištejemo še osebe, ki se le redko lahko spočijejo od naporov, ki jih imajo v službi (29,8, ugotovimo, da je vsak tretji delavec na Kirurški kliniki preobremenjen).

38,2% anketirancev meni, da ima srednje dovolj prostih dni za počitek, 30,2% oseb pa meni, da ima redko dovolj prostih dni za počitek. 7,2% anketirancev pravi, da nikoli nima dovolj počitka. Pogosto ima dovolj prostih dni 20,8% anketiranih oseb, vedno pa samo 3,7% anketirancev.

Po starostnih skupinah je razvidna statistično pomembna razlika. Mlajše osebe do 30 let starosti menijo, da imajo redko (39,9%) dovolj prostih dni, da se spočijejo, anketiranci od 41 – 50 let so v 38,9% odgovorili, da imajo srednje dovolj, starejše osebe nad 50 let pa imajo v 33,0 odstotkih pogosto in vedno (8,9%) dovolj prostih dni, dopusta, počitka.

Kar 30% medicinskih sester na Kirurški kliniki se redko spočije od naporov, ki jih imajo v službi.

Anketiranci so na odprto vprašanje, ali imajo dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijejo, najpogosteje opozorili na premalo prostih dni. Svoje zaznave so opisali z naslednjimi stavki:

- *Težko je uskladiti sprotne potrebe po prostem dnevu.*
- *Organiziranost letnega dopusta, smo redki , ki imamo poleti lahko le 12 dni dopusta skupaj.*
- *Premalo dopusta v poletni sezoni - samo 14 dni*
- *Premalo prostih dni, premalo dopusta*
- *Razpored delovnega časa (vse praznike, vikende smo v službi, koriščenje imamo sredi tedna, ko ne moremo biti z družino.*
- *Več prostih dni.*
- *Na delu preživimo večino svojega časa in zato se ne moremo posvečati družini (ker smo preveč utrujeni).*
- *Nimam dovolj prostega časa*
- *Premalo prostih dni*
- *Preveč zahtev, veliko dela s papirji, premalo dopusta, majhne plače...*
- *Premalo časa za počitek - ker je preveč delovnih obveznosti (dežurstvo, pripravljenost, podaljšani op.prog.)*
- *Neorganiziranost. Fizična in psihična utrujenost in naveličanost, najbolj me utruja poletje - z izjemo dopusta si prost samo en dan..*
- *Premalo prostih dni, oz. vikendov.*
- *Premalo prostega časa. Premalo kadra.*
- *14 ali 17 ur dolg delovni dan, kateremu ne sledi prosti dan.*
- *Da imaš premalo prostega časa, da bi se spočil in pripravil na nov delovni dan.*
- *Najbolj me moti sam urnik dela - premalo prostega časa, tudi za privatno življenje.*
- *Premalo prostih dnevov*

Anketirani se pritožujejo tudi nad prenapornim urnikom dela. Pritožbe so označili z naslednjimi stavki:

- *Moti me urnik dela, ne držijo se dogovorjenega turnusa, tako kot je zapisano v pogodbi.*
- *Mogoče turnus, včasih je težko vzpostaviti biol. ritem, npr. če si nočen, potem pa greš v dopoldansko.*

- *Za delovni čas preveč dela - organizacija večkrat ne pride do izraza.*
- *Neenakomerna obremenitev delavcev.*
- *Moti pa me tudi, da delam en dan dopoldan, drugi popoldan, tretji zoprt dopoldan.*
- *Moti me to, da se delovni čas oz. raspored dela ne zna organizirati, zato smo preobremenjeni in preutrujeni.*
- *Turnusni delavnik in razporejanje na oddelke.*
- *Premalo sodelavcev (s tem bolj obremenjeno delo).*
- *Preobremenitev - premalo prostih dni.*
- *Preveč nadur, preveč nočnih u, preveč delovnih vikendov.*
- *Urnik*
- *Slaba razporeditev dela zaradi op. programa, enkrat je ena nenormalno obremenjena, drugič druga.*
- *Org. kdo bo delal tisti dan.*
- *Turnusno delo. Menim, da je tudi za paciente slabše, če ima v enem dnevu 3 različne sestre ob sebi (12 urni delovnik)*
- *Delo se vedno opravi, večkrat se tudi ne gre na malico.*
- *Nekorektnost v razporejanju dopoldne in nekorektnost v razporejanju dežurstev.*
- *Preveliko število dežurstev.*
- *Pogosto neupoštevanje želja za razpisovanje službe, dopusta.*
- *Delovni čas*
- *Delovni čas je predolg - 8 ur intenzivnega dela je stresno*
- *Ne moreš zapustiti svojega delovnega mesta ob koncu službe, če se še dela, dokler ne dobiš zamenjave.*
- *Preveč delovnih dni v mesecu.*
- *Nepravična obremenitev. Premalo sester*
- *Prenatrpan, preobremenjen urnik*
- *Nadure*
- *Urnik dela*
- *Dvojna delovna izmena (dop. + pop.) med tednom*
- *Raspored dela*
- *Problem je tudi delovni čas*
- *Preveč študijskih dopustov, kar dodatno obremenjuje osebe, ki je na voljo.*

Zaposleni, ki delajo v operacijskih dvoranhah, so pogosto nezadovoljni zaradi podaljševanja dnevne delovne obveznosti – delovnega časa, nepredvidljivega konca delovnega dne in zaradi prepogoste menjave delovišč. Odgovorili so naslednje:

- *Prerazporeditev iz enega delovišča na drugo, na katerem takrat nisi razpisan.*
- *Delovni čas – op .posegi se pogosto ne končajo v rednem delovnem času.*
- *Prepozno začenjanje op. programa, zaradi česar obširno, načrtovan, ni izvedljiv, na škodo pacientov.*
- *Podaljšano delo.*
- *Nerealni OP. programi, podaljševanje delovnega časa.*
- *Nepredvidljivi konci op. posegov in posledično nepredvidljiv konec delovnika.*
- *Programi se ne začnejo ob 8.30 zato se tudi pravočasno ne končajo oz. bolniki niso operirani tisti dan.*
- *Programi vsakodnevno zavlečejo za 1 do 2 uri, po rednem delovnem času in ne moreš dobiti zamenjave (nemogoča situacija, če imaš majhne otroke...)*
- *Dolžina dela - zahajanje programa v dežurno službo.*
- *V enem dnevu zamenjamo tudi pet operacijskih sob delovišč*
- *Izsiljevanje rednih op. programov po 15 uri.*
- *Če se program zavleče, preko rednega delovnega časa, da ne dobimo zamenjave.*
- *Redni op. programi kljub večkratnim prošnjam in opozorilom niso končani do 15 ure.*
- *Delovni čas - podaljševanje op. programov*
- *Ni vedno mogoče dobiti zamenjavo po končanem delavniku (podaljšan program)*
- *Ni zagotovljena menjava pri podaljšanem programu*
- *Če se delovni čas podaljša ali če imamo na programu dodatne operacije, ki prejšnji dan niso bile načrtovane*

Zaposleni zaznavajo tudi pomanjkanje časa za malico ali kosilo in problem spreminjanja urnika dela brez njihove vednosti. Zapisali so naslednje:

- *Ni odmora za malico ali kosilo v času dežurstva*
- *Neorganiziranost tople malice*
- *Čas za malico.*
- *V dneh dežurstva pa čas za kosilo*

- *Razpored delovnega časa - neprestano spreminjanje in neobveščanje le tega.*
- *Dopisovanje izmene brez da te kdo vpraša me zelo moti.*
- *Spreminjanje urnika brez naše vednosti*
- *Nepravično pisanje razporeda*

Zdravje zaposlenih je tesno povezano tudi z njihovim počutjem na delovnem mestu. Zadovoljstvo z delom spada k naravnosti do dela.

Raziskave oziroma analiza zdravja zaposlenih na Kirurški kliniki v letu 2010 je pokazala, da so medicinske sestre v bolniškem staležu malo manj, kot je povprečje UKCL, in skoraj enako, kot je povprečje za zdravstveno dejavnost v Sloveniji. Vzrok za odsotnost z dela je bil pri več kot polovica bolezen, pri petini anketiranih pa nega družinskega člana. (Tomažič in Škrabl 2010).

Zakon o delovnih razmerjih pravi, da mora delodajalec delavcu omogočiti dovolj prostih dni in letnih dopust za počitek.

Poklic medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je naporen, težak in stresen. Šele v zadnjih dvajsetih letih v svetu nekoliko bolj strokovno in sistematično proučujejo psihične obremenitve in strese v poklicih, katerih osnovna dejavnost je delo z ljudmi. Dejstvo je, da vse premalo upoštevamo potrebe in stiske ljudi, ki skrbijo za druge ljudi. Če želimo učinkovito nuditi psihosocialno pomoč in čustveno oporo, moramo tudi sami imeti občutek, da nekdo skrbi za nas in nas podpira. Za medicinske sestre in zdravstvene tehnike lahko trdimo, da so izpostavljeni kroničnim stresogenim okoliščinam. Zaradi pomanjkanja kadra so obremenitve še večje. Zaposleni v zdravstveni negi, ki so preveč obremenjeni z delom (njihove delovne naloge so težke, veliko časa preživijo na delu, delajo preko polnega delovnega časa), so utrujeni, imajo premalo počitka, prostih dni, lahko hitreje zbolijo in so v bolniškem staležu. Pri nekaterih je beg v bolniški stalež začasno edina rešitev pred izgorelostjo oz. edina možnost, da se spočijejo.

Absentizem ali zmanjšana delovna storilnost osebe, ki je bolna, povzroči večjo delovno obremenitev za preostale medicinske sestre. Znajdemo se v začaranem krogu, saj se zviša tveganje za bolezen pri tistih, ki morajo prekomerno opravljati delo zaradi tistih, ki so odsotni zaradi bolniškega staleža. Ker je v posamezni delovni izmeni premalo kadra za izvedbo vseh potrebnih aktivnosti pri pacientu, se povečuje tveganje za napake pri delu. Tako se postavlja v nevarnost pacienta in zaposlene, kar je nedopustno. Ogrožena je kakovost dela in varnost.

Tudi na Kirurški kliniki je zaznati poleg absentizma tudi prezentizem. Raziskovalci ugotavljajo, da je prezentizem bolj škodljiv kot absentizem. Eden izmed razlogov je dejstvo, da odsotnost z dela zaposlenemu prinaša kar nekaj negativnih posledic, kot so npr.: nižji dohodek, tveganje izgube zaposlitve, občutek krivde,...

Kadar gre za prezentizem, je posameznik lahko na delu prisoten kljub bolezni, zato dela ne opravlja optimalno. To lahko traja dolgo časa oziroma večkrat po malem, zato ostane prikrito, saj ni očitnih negativnih posledic, ki so značilne za absentizem. Obstaja tudi verjetnost, da se bo po zgolj nekaj dnevih odsotnosti z dela zdravstveno stanje bolne osebe izboljšalo in bo ta po tem kratkem odmoru začela zopet učinkovito opravljati svoje delovne naloge. Pri osebi, ki pa bo pri delu vztrajala kljub znakom bolezni, se bo lahko bolezen zaradi delovnih naporov še poslabšala, kar pripelje do daljše bolniške odsotnosti z dela (Boštjančič in Sajinčič 2016).

Na Kirurški kliniki imamo večji problem prezentizma kot absentizma. Vodstvo UKCL opozarja na absentizem, na veliko število zaposlenih v zdravstveni negi, ki so v bolniškem staležu v posameznem mesecu oz. koledarskem letu. Apelirajo na vodstva klinik, naj stopnjo absentizma zmanjšajo in uvedejo ustrezne ukrepe. Kaj so ti ustrezni ukrepi? Splošno znano je, da so v nekaterih organizacijah in pri zasebnikih sprejeli ukrepe, ki so zmanjšali absentizem, in sicer podeljevanje nagrad zaposlenim, ki niso bili niti en dan v letu na bolniškem dopustu, dodatek za prisotnost na delovnem mestu, v primeru krajše odsotnosti zaposlenega le-ta ne prejme plačila za delovno uspešnosti v obdobju npr. 6 mesecev.

Torej podjetniško gledano je bolniška odsotnost pojmovana kot slabost posameznika. Nedopustno, nesprejemljivo, neetično, neprofesionalno. Gre za tekmovanje, kdo si upa, kdo bo zdržal, da bo pogosteje bolan prisoten na delu.

Je tudi neke vrste »motivacija«, da se nekdo, ki je bolan, kljub vsemu odloči ostati v službi. Gre za podiranje osnovnih etičnih vrednot in opredelitev, kaj je prav in kaj narobe. Kratkoročno je zmanjšanje odsotnosti z dela oziroma absentizem za delovno organizacijo cenejše, dolgoročno pa je to veliko večji strošek, kajti če bolan ostaja na delovnem mestu in opravlja svoje delo (prezentizem), lahko to vodi v kronične bolezni, večje zdravstvene težave posameznika, ki povzročijo občuten upad produktivnosti, hkrati pa povečujejo tveganje za daljšo bolniško odsotnost zaposlenega in možnost nastanka invalidnosti, kar je prav gotovo na dolgi rok večji strošek za organizacijo, širšo družbo, državo.

Medicinske sestre pridejo bolne na delo iz različnih razlogov, nagibov. Najpogostejši razlogi, ki jih medicinske sestre navajajo, so naslednji: ne želijo dodatno obremeniti svojih kolegic, kajti zavedajo se, da če ostanejo doma, bodo kolegice še bolj obremenjene, etični vidik – (nimam zamenjave, kdo bo pa delal), finančni razlog (če bom na bolniški, bom zaslužila še manj, že tako imam nizek osebni dohodek), zaradi prošnje nadrejenega ali sodelavcev, doma bi mi bilo še težje, bolj naporno, raje grem v službo, ne odobravam bolniške odsotnosti, imam preveč delovnih obveznosti, vse delo me bo počakalo, ko se vrnem »z bolniške«, bo še slabše, nihče ne more namesto mene na sestanek, sejo..., če bom v bolniški, me ne bodo vzeli v službo za nedoločen čas, saj se ne počutim tako zelo slabo, da bi morala ostati doma.

Če medicinska sestra pride bolna na delo, predstavlja to tveganje za njo, za njene sodelavce in za paciente. Za zaposlenega je značilna nižja delovna storilnost in večje tveganje za napake pri delu.

Velikokrat medicinske sestre kljub temu, da prebolevajo respiratorni virusni infekt, torej kašljajo, so nahodne, kihajo, imajo tudi povišano temperaturo, se slabo počutijo, opravljajo svoje delo. To je zelo neodgovorno tako s strani posameznika kot tudi s strani nadrejenih, ki dovolijo, da bolne medicinske sestre opravljajo svoje delo. Obstaja velika možnost, da prenesejo okužbo na svoje sodelavce ali paciente. To je glede na naše poklicno poslanstvo in poslanstvo UKCL, Kirurške klinike težko razumljivo. Medicinske sestre na Kirurški kliniki prihajajo bolne na delo, tako tiste, ki imajo nižji osebni dohodek, kot tudi tiste, z boljšo finančno situacijo.

Eden bistvenih dejavnikov za zmanjševanje prezentizma je izboljšanje zadovoljstva zaposlenih, pravi Eva Boštjančič (2016).

V UKCL, na Kirurški kliniki smo v preteklih letih načrtno zmanjševali število zaposlenih (vsako leto za 1%), prav tako pa glede na ZUJF nismo nadomeščali odhodov in upokojitev, zato je bil prezentizem še višji. Obenem pa so bile obremenitve zaposlenih večje, zato se je povečal tudi absentizem.

Ko medicinska sestra ne zmore več prevelikih obremenitev, tako časovnih, kot vsebinskih, se mora enostavno spočiti in »zbeži« v bolniško. Nadrejeni oziroma vodja ji zaradi premajhnega števila zaposlenih, ki so v sistemu, ne more odobriti prostih dni oz. letnega dopusta. Edini izhod, da se spočije, da ne zboli oziroma ne izgori, je bolniška odsotnost. To je začaran krog, iz katerega brez povečanja števila zaposlenih ne moremo.

Na Kirurški kliniki je potrebno nadomestiti odhod, upokožitev ali daljšo bolniško odsotnost, porodni dopust slehernega zaposlenega. Upoštevati moramo korekcijski faktor odsotnosti medicinskih sester in v sistemu zagotoviti večje število medicinskih sester. To pomeni že vnaprej vzpostavljen sistem nadomeščanja odsotnosti.

Na število kratkotrajnih bolniških odsotnosti oziroma bolezni ne moremo vplivati oziroma jih predvideti, načrtovati, zato mora biti število zaposlenih v zdravstveni negi večje.

Mlajše osebe imajo največkrat redko (40%) dovolj prostih dni za počitek kot starejše.

Starejše osebe imajo v 42% pogosto in vedno dovolj prostih dni.

Mlajše osebe so zaradi svoje biološke starosti bolj vzdržljive, lažje delajo, so polne energije, entuziasma, pripravljenosti za delo, se izkazujejo in potrebujejo izkušnje in »kilometrino«, zato so verjetno bolj obremenjene. Po protokolu se morajo dodatno usposablјati v enotah intenzivne terapije III, manjkrat rečejo ne, so manj samozavestne, imajo nižji notranji lokus kontrole za zdravje. Starejše osebe težje prenesejo večje obremenitve, imajo več izkušenj, obvladujejo več spretnosti, imajo daljšo »kilometrino«, so uveljavljene, imajo manj storilnostno pogojeno samopodobo. Sklenjeno imajo pogodbo o zaposlitvi za nedoločen čas.

Mlajše osebe še nimajo družine, otrok, zato lažje posvetijo več časa poklicnemu delu.

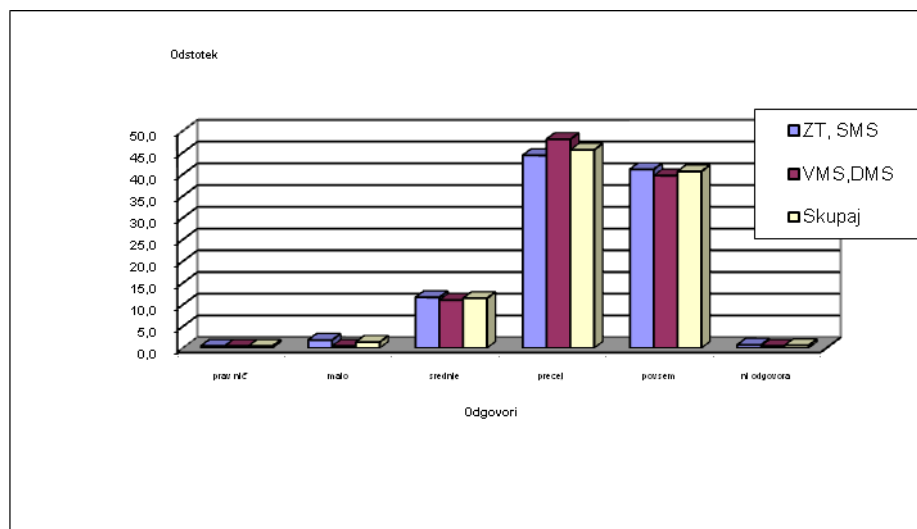
Starejše osebe, ki so si ustvarile družine, imajo iz naslova družinske vloge veliko obveznosti in težko krmarijo vse aktivnosti, ki izhajajo iz te vloge. Mlajši pogosto ne želijo reči »ne« na želje, prošnje in zahteve nadrejenih. Na začetku poklicne poti oziroma kariere imajo mlajši sklenjeno pogodbo o delu za določen čas, ki se jim tudi večkrat podaljša za obdobje enega leta.

Zaposleni v zdravstveni negi, ki so preveč obremenjeni z delom (njihove delovne naloge so težke, veliko časa preživijo na delu, delajo preko polnega delovnega časa), so utrujeni, imajo premalo počitka, prostih dni, lahko hitreje zbolijo in so v bolniškem staležu. Pri nekaterih je beg v bolniški stalež začasno edina rešitev pred izgorelostjo oz. edina možnost, da se spočijejo.

Absentizem ali zmanjšana delovna storilnost osebe, ki je bolna, povzroči večjo delovno obremenitev za preostale medicinske sestre. Znajdemo se v začaranem krogu, saj se zviša tveganje za bolezen pri tistih, ki morajo prekomerno opravljati delo zaradi tistih, ki so odsotni zaradi bolniškega staleža. Ker je v posamezni delovni izmeni premalo kadra za izvedbo vseh

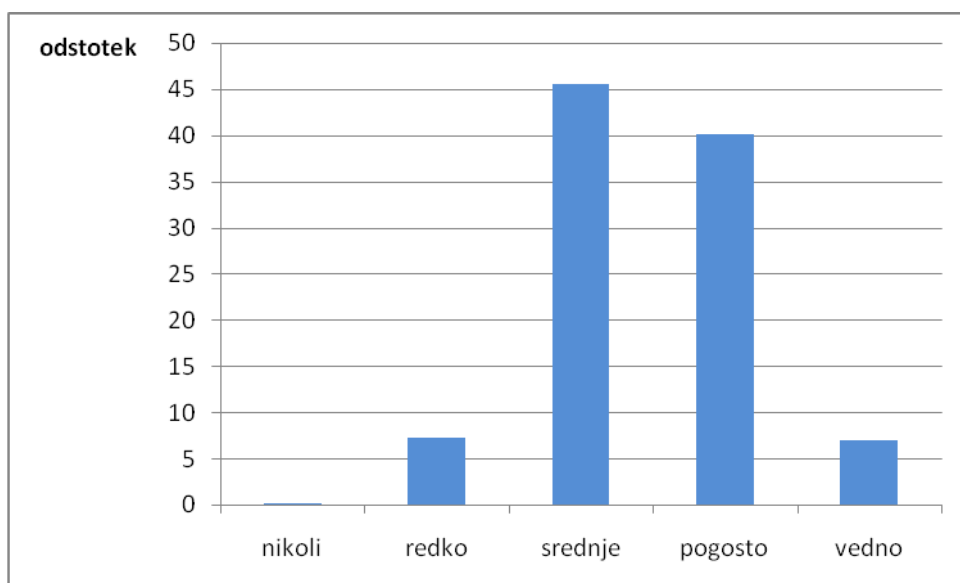
potrebnih aktivnosti pri pacientu, se povečuje tveganje za napake pri delu. Tako se postavlja v nevarnost pacienta in zaposlene, kar je nedopustno. Ogrožena je kakovost dela in varnost.

Graf 3.23: Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?



Največji odstotek (85%) anketiranih oseb trdi, da jim je delo, ki ga opravljajo, povsem in precej všeč, dobrih 12% izvajalcev zdravstvene nege pravi, da jim je delo srednje všeč, manj kot 2% pa jih meni, da jim je delo malo oziroma jim ni prav nič všeč. Anketirani torej radi opravljajo svoje delo. Poklicna podoba anketiranih izvajalcev zdravstvene nege je pozitivna. Pripadnost poklicu na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana je visoka.

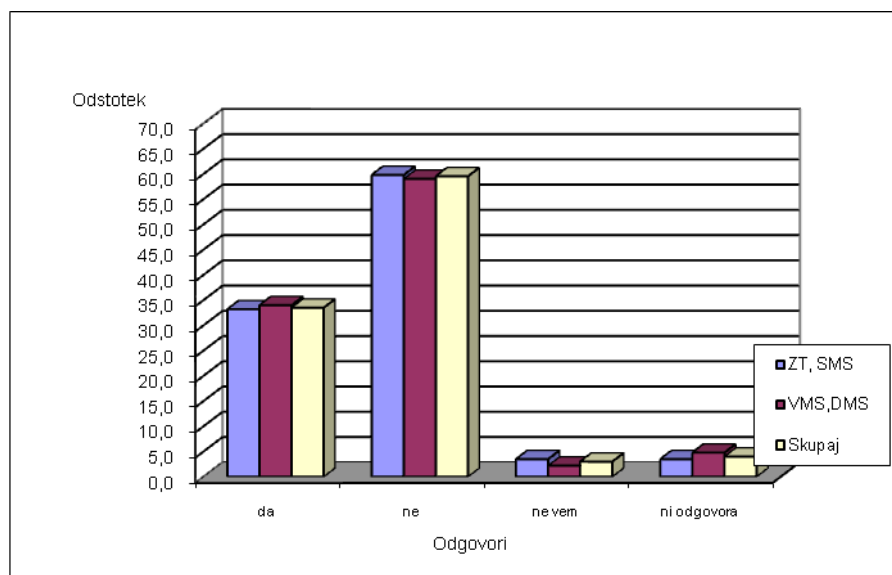
Graf 3.24: Če ocenite vse značilnosti svojega delovnega mesta, v kolikšni meri ste z njim zadovoljni?



Največji odstotek (45,6%) anketiranih je odgovorilo, da so srednje zadovoljni z delovnim mestom. Sledijo tisti, ki so z delovnim mestom pogosto (40,1%) zadovoljni. 6,9% zaposlenih v zdravstveni negi je vedno zadovoljnih z delovnim mestom, 7,3% pa je redko zadovoljnih.

Nedvomno lahko zadovoljstvo anketiranih, zaposlenih na področju zdravstvene nege, opredelimo kot občutek zaposlenega, na temelju katerega se z navdušenjem odpravi na delo, pri opravljanju dela se dobro počuti, se veseli novih izzivov, rad prihaja med sodelavce ipd.

Graf 3.25: Ali je verjetno, da boste v obdobju naslednjih 12 mesecev skušali poiskati novo zaposlitev?



Na to vprašanje je 64,1% anketiranih odgovorilo, da v naslednjih 12 mesecih ne bodo iskali nove zaposlitve. Največkrat (78,7%) so to zapisali anketiranci z višjo izobrazbo, sledijo anketiranci s srednjo izobrazbo (64,4%) in tisti z visoko in univerzitetno izobrazbo (56,4%). Največkrat razmišljajo o verjetnosti iskanja nove zaposlitve tisti z visoko in univerzitetno izobrazbo (43,5%). 32,0% izvajalcev zdravstvene nege je mnenja, da se bodo verjetno odločili za ta korak. 7,0% anketiranih oseb ne ve oz. na to vprašanje ni odgovorilo.

Pri primerjavi verjetnosti zamenjave delovnega mesta oziroma službe in zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi se izkaže, da so tisti, ki so odgovorili, da bodo verjetno poiskali novo zaposlitev, verjetno bistveno manj zadovoljni kot tisti, ki navajajo, da to ni verjetno.

Anketiranih, ki so odgovorili, da bodo verjetno poiskali novo zaposlitev, je 35,9%.

64,1% medicinskih sester pa o tem ne razmišlja.

V raziskavi Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno, ki je bila izvedena leta 2004, so ugotovili, da se verjetnost iskanja nove zaposlitve s starostjo manjša. Je večja pri medicinskih sestrah z visoko in fakultetno izobrazbo ter manjša pri tistih s srednjo in višjo izobrazbo. Največja je pri medicinskih sestrah, ki so v prvih dveh dohodkovnih razredih (Kvas in Seljak 2004).

84,3% medicinskih sester je zadovoljnih s svojo zaposlitvijo in v naslednjih 12 mesecih ne namerava iskati nove zaposlitve.

V primerjavi z zgoraj navedeno raziskavo je na Kirurški kliniki odstotek zadovoljnih manjši. 36,0% zaposlenih v zdravstveni negi razmišlja o iskanju nove zaposlitve.

Strategije delovne lojalnosti zaposlenih in lojalnosti do zaposlenih, notranji trg dela in načelo senioritete, ki so vplivali na zaposlitvene kariere in na stabilne zaposlitve v klasični moderni družbi, so nadomestile strategije zniževanja stroškov. Te strategije ustvarjajo bodisi verige nestandardnih zaposlitev, ali zgodnje upokojitve, ali fleksibilne podzaposlitve. Ljudje doživljajo te spremembe bodisi kot povečanje individualne avtonomije, kot možnosti za individualno načrtovanje in upravljanje s svojim življenjskim potekom, ali kot zmanjšanje možnosti za obvladovanje življenja, povečevanje negotovosti in tveganj. Kateri doživljaji bodo prevladali, pa je odvisno od kulturnega konteksta, kulturnega kapitala posameznika oz. posameznice, povezanih življenj, medosebnih podpornih mrež itd. Pogled na vse večjo fleksibilnost upokojitev nam kaže, da načelo polne in trajne zaposlitve do upokojitve upada oz. izginja. Ljudje so vse bolj prisiljeni, da se obnašajo kot krošnarji, ki ponujajo delodajalcem svoje spretnosti.

3.5 ZADOVOLJSTVO Z ODNOSI

V drugem delu naloge analiziramo odnose med zaposlenimi na Kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Odnosi na delovnem mestu pomembno vplivajo na naše počutje, zdravje in zadovoljstvo z delom. Če vladajo med zaposlenimi dobri medosebni odnosi, ti pripomorejo k manjšemu stresu, so vir veselja in zadovoljstva pri delu in s tem pripomorejo k večji učinkovitosti in kakovosti dela. Prav tako mora med zaposlenimi vladati spoštovanje, zaupanje, poštenost, medsebojna pomoč, solidarnost, informiranost, odkritost ter kakovostna komunikacija. Tega se morajo zavedati vsi člani negovalnega tima, tudi njihovi vodje. Prav tako so pomembni tudi odnosi po vertikalni ravni, to je z ostalimi zdravstvenimi sodelavci in podpornimi službami v delovnem okolju.

Zavedati se moramo, da učiti se, kako vsi v zdravstvu delati skupaj, pomeni pot naprej. Zdravstveni izidi so odvisni od dejanj in stališč vseh nas, ki smo vključeni v načrtovanje in nudenje zdravstvene oskrbe, ne glede na to, ali smo pripadniki uveljavljene profesije, podporni delavci ali uporabniki storitev.

Zadovoljstvo anketiranih izvajalcev zdravstvene nege z odnosi smo razdelili na štiri tematske sklope, in sicer:

- odnosi med sodelavci/sodelavkami (horizontalna raven odnosov),
- odnosi med izvajalci/izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki,
- odnosi anketiranih z nadzornimi medicinskimi sestrami,
- odnosi anketiranih z glavno medicinsko sestro.

Rezultati so prikazani v nadaljevanju besedila.

3.5.1 Odnosi med sodelavci/sodelavkami v isti poklicni skupini

Delo zdravstveno-negovalnega tima je fizično in psihično zelo naporno. Poleg tega morajo zaposleni pri svojem delu upoštevati pravila in standarde organizacije, v kateri so zaposleni. Vse te delovne obremenitve lažje premagujejo, če je v timu iskrena in uspešna komunikacija, saj so od nje odvisni tudi medosebni odnosi s sodelavci.

Tabela 3.11: Mnenje anketiranih o odnosih med sodelavci oz. sodelavkami (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1	2	3	4	5
	nikoli	redko	srednje	pogosto	vedno
Ali poteka vaše delo timsko?	0,5	6,2	25,4	43,2	24,8
Ali imate priložnost s sodelavci govoriti o strokovnih temah, ki so pomembne za vaše delo?	0,5	8,9	24,2	44,1	22,3
Ali lahko sodelavca prosite za pomoč, kadar jo potrebujete?	0,2	3,0	13	40,4	43,5
Ali imate v skupini sodelavcev občutek dela v prijetnem vzdušju?	0,6	10,1	33,3	46,4	9,6
Ali imate s sodelavci dobre medosebne odnose?	0,0	3,8	26,7	50	19,6
Kako pogosto so odnosi s sodelavci vir vašega nezadovoljstva ali stresa?	4,4	49	30,2	14,3	2,1
Ali imate občutek, da ste del delovne skupine?	0,6	5,0	23,1	47	24,2
Ali imate na oddelku redne skupne delovne sestanke?	1,4	18,7	24,3	32,8	22,9
Ali ste zadovoljni z vsebino sestankov?	5,5	21,5	39,6	27,6	5,8

Med štirimi tematskimi sklopi zadovoljstva anketiranih z odnosi je zadovoljstvo z medosebnimi odnosi znotraj tima najvišje ocenjeno. Kot je razvidno iz zgornje tabele, so anketirani dokaj zadovoljni z vsemi vidiki odnosov s sodelavci in sodelavkami. Kar 83,9 % pravi, da lahko sodelavce prosijo za pomoč pogosto ali vedno. 68 % jih ugotavlja, da delo poteka timsko pogosto oziroma vedno. Prav tako anketirani v svoji sredini pogosto govorijo o strokovnih temah in imajo redne skupne delovne sestanke. So pa z vsebino teh sestankov srednje zadovoljni in bi bilo morda zanimivo izvedeti, kaj jih moti oziroma kakšni so njihovi predlogi za izboljšanje vsebine sestankov.

Kljub temu da imajo s sodelavci v okoli 70 % vedno ali pogosto dobre medosebne odnose, je kar 51,5 % anketiranih na vprašanje: »ali je med vašimi sodelavci kdo, s katerimi ne bi nikoli delali, če bi imeli možnost izbire«, odgovorilo pritrdilno.

Nadalje smo uporabili tudi metodo križanja po izobrazbi in starosti anketiranih izvajalcev zdravstvene nege in statistično pomembne razlike prikazali tudi s tem.

Ker se je izkazalo, da je število anketiranih z univerzitetno izobrazbo majhno (13), smo združili visoko in univerzitetno izobrazbo. Tako je sedaj skupno 19,9 % anketiranih z visoko in univerzitetno izobrazbo. Največ, in sicer 65,9 % anketiranih, ima srednjo izobrazbo, 14,3 % višjo izobrazbo. Tako so nastale tri skupine izobrazbenih struktur:

1. srednja (srednja medicinska sestra/ zdravstvena tehnica/ zdravstveni tehnik)
2. višja (višja medicinska sestra/ višji medicinski tehnik)
3. visoka/univerzitetna (diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik/ diplomirana babica/ medicinska sestra z univerzitetno izobrazbo)

Tudi po starosti smo zaradi majhnega števila anketiranih, starih do 20 let (bilo jih je le 7) le-te in tiste, v starostni skupini od 21 do 30 let, združili v eno skupino. Obe starostni skupini skupaj predstavljata 42,9 % anketiranih. 25,7 % jih je v starostni skupini od 31 do 40 let, 23,8 % od 41 do 50 let in 6,8 % je starih več kot 50 let. Nastale so štiri starostne skupine:

1. do 30 let
2. 31-40 let
3. 41-50 let
4. več kot 50 let

Na koncu vsakega tematskega sklopa smo obdelali še odgovore na odprta vprašanja, ki so jih napisali izvajalci zdravstvene nege Kirurške klinike UKCL.

Vsi anketirani v vseh štirih starostnih skupinah v večini (43,2 %) menijo, da njihovo delo poteka pogosto timsko in prav tako pogosto (44,1 %) imajo priložnost s sodelavci govoriti o strokovnih temah, ki so pomembne za njihovo delo. V 43,5 % menijo, da sodelavca lahko vedno prosijo za pomoč, kadar jo potrebujejo. Prav tako pogosto imajo občutek dela v prijetnem vzdušju (46,4%) in imajo dobre medosebne odnose (pogosto 50,0 %). Zelo redko so odnosi s sodelavci vir njihovega nezadovoljstva ali stresa (49,0 %).

Na oddelku imajo pogosto (32,5 %) redne delovne sestanke in so srednje zadovoljni (39,6 %) z vsebino sestankov.

Anketirani ocenjujejo občutek, da so del delovne skupine, kot pogost (47,0 %), vendar je znotraj skupine statistično pomembna razlika. Mlajši redko (28,6 %) čutijo, da so del delovne skupine, anketiranci, starejši od 50 let, pa kar v 36,4 %, da so vedno.

Anketirani so v 51,5 % odgovorili, da imajo med sodelavci koga, s katerim ne bi nikoli delali, če bi imeli možnost izbire. Signifikantna razlika je med vsemi štirimi starostnimi skupinami, in sicer, mlajši od 30 let navajajo kar v 60,2 %, da imajo v delovni skupini sodelavca, s katerim ne bi želeli nikoli delati, če bi imeli možnost izbire. Obratno pa je z anketiranimi, starejšimi 50 let in več, ki so v 65 % odgovorili, da takega sodelavca nimajo. Tudi ostali dve starostni skupini sta odgovorili v višjem odstotku, da takega sodelavca nimajo.

Z vsebino sestankov pa anketirani v treh izobrazbenih skupinah niso enotni in je med njimi statistično pomembna razlika. Vsi skupaj so v povprečju srednje zadovoljni (39,6 %). Še najbolj so z vsebino sestankov zadovoljni anketiranci z višjo izobrazbo (pogosto 50,0 %), tisti s srednjo so srednje zadovoljni (40,9 %).

Med vsemi štirimi tematskimi sklopi zadovoljstva anketiranih z odnosi je prav mnenje o odnosih med sodelavci (horizontalna raven odnosov) najvišje ocenjeno.

Izvajalci zdravstvene nege so medsebojne odnose v več kot 50 % ocenili za pogosto in vedno dobre, kar kaže na njihovo dobro percepcijo dojemanja drug drugega. Dobro se počutijo v svojem timu, delo po njihovem mnenju poteka v prijetnem vzdušju, med seboj si pomagajo, pogovorijo se o strokovnih temah.

Kljub temu pa mlajši izvajalci zdravstvene nege pogosteje čutijo, da niso del delovne skupine, in prav tako imajo v negovalnem timu sodelavce, s katerimi ne bi želeli delati. Morda je to odraz tega, da so mladi in imajo manj delovnih izkušenj, nižjo stopnjo strokovnega, splošnega in osebnega znanja, ki ga bodo z leti dela pridobili.

Vsi izvajalci zdravstvene nege so navajali, da imajo sestanke pogosto, vendar ti, menijo, niso vsebinsko ustrezni. Z vsebino sestankov so manj zadovoljni predvsem zaposleni z nižjo izobrazbo.

Na koncu sklopa vprašanj, kakšno je mnenje anketiranih o odnosih med sodelavci oz. sodelavkami, je bilo zastavljeno še odprto vprašanje, ki se glasi: **Kaj vas najbolj moti pri delu s sodelavcem?** Odgovorov je bilo veliko, zato smo odgovore grupirali po sklopih.

Veliko pripomb se nanaša na mnenje izvajalcev zdravstvene nege o tem, da so *neenakomerno obremenjeni* znotraj svojega negovalnega tima. To so izrazili s sledečimi besedami:

- *Neenakomerna obremenitev sodelavcev.*
- *Posedanje, ko drugi delamo. Moti me, da nekateri ne opravljajo svojega dela, kot bi ga morali. Velikokrat prideš v službo pa moraš najprej opraviti njihovo delo, da lahko potem nadaljuješ svojega. To da še nimaš otrok ne pomeni, da nimaš svojega osebnega življenja.*
- *Izogibanje določenim delovnim obveznostim.*
- *Določene sodelavke se izogibajo delu.*
- *Izogibanje delu*
- *Prelaganje dela na drugega sodelavca.*
- *Nekateri imajo privilegije glede dela, delovnega časa.*
- *Študiranje urnikov drugih sodelavk. Mišljenje, da mlade lahko več delajo kot starejše (vsaka ima tudi svoje osebno življenje doma).*
- *Strah jasno izraziti svoje mnenje glede razporeditve na delovnem mestu, opravljanja dela, izražati lastno mnenje o strokovnih temah.*
- *Nekateri se delajo pridni samo pred šefi.*
- *Da iščejo luknje, samo da ne bi rabili delat.*
- *Delo po liniji najmanjšega odpora.*
- *Da nekateri ne izvajajo dela strokovno.*

Anketirani zelo poudarjajo *preobremenjenost* – premalo kadra, premalo prostih dni, fluktuacija kadra:

- *Večkrat pride do nesoglasij, ker so delavci preobremenjeni, saj delamo tudi po tri vikende na mesec. Trpi delo in ne nazadnje tudi družina.*
- *Zaradi preobremenitev se pogosto skregamo.*
- *Premalo časa, da bi timsko delo delovalo kot je treba, včasih slaba komunikacija - preobremenitev!?*

Mnogi anketirani navajajo, da imajo *slabe medosebne odnose* v svojem ožjem timu in jih to moti pri delu s sodelavci. Navajajo s temi besedami:

- *Pogosto se s težavo odzovejo na pomoč pri delu, izmikanje delovnim nalogam.*
- *Slaba volja, neorganiziranost, včasih počasnost (kadar imaš veliko dela), opravljanje.*
- *Občasno negativno vzdušje med sodelavci, ki jemlje energijo za kvalitetno delo s pacienti.*
- *Sprenevedanje, površnost, nezmožnost empatije, nespoštovanje dostojanstva.*
- *Da ti nekdo gleda pod prste in pove vsako tvojo napako drugim.*
- *Da nekateri iščejo tvoje napake, svojih pa ne vidijo.*

Zelo veliko anketiranih je napisalo, da jih pri sodelavcih moti *nekolegialnost*:

- *Enostransko gledanje na probleme (kritizerstvo).*
- *DMS opravljajo delo timsko. Glede na to, da sem mlada (z manj kot 2 leti izkušenj) me nekateri ZT ne upoštevajo (vse moram sama pogledati, poiskati).*
- *Nezainteresiranost, nepovezanost, vidijo samo pravice in pozabijo tudi na dolžnosti.*
- *Nesolidarnost- moti, če nekateri sedijo, ko drugi delajo*
- *Nezainteresiranost za izboljšave in spremembe, ter nepripravljenost za sodelovanje pri le-teh.*
- *Da se nekaj na sestanku dogovorimo, potem se vsi tega dogovora ne držijo (samo kar jim odgovarja).*
- *Nepripravljenost sodelovanja pri uvajanju novosti, novih postopkov, metod..*
- *Ni prave motivacije za kakovostno delo.*
- *Nespoštovanje dogovorov.*
- *Površnost, malomarnost, egocentričnost..*
- *Odnosi med starejšimi in mlajšimi sodelavci.*
- *Občutek manjvrednosti pri delu z "starejšimi" sestrami (nekatera dela so rezervirana samo ali večinoma za najmlajše - pobiranje urinov, oglašanje na zvonce).*
- *Ukazovanje starejših sester. Oni sedijo, mladi pa delamo.*
- *Premalo timskega dela.*
- *Nekorektnost in neprofesionalnost nekaterih posameznikov.*
- *Gledajo urnike svojih kolegic in jih skupaj komentirajo. S tem svojim obnašanjem vplivajo na negativno vzdušje v kolektivu.*

- *Med sodelavci so zelo slabi odnosi, ni medsebojne komunikacije.*
- *Da svoje delo ne dokončajo, pustijo ga drugi izmeni.*
- *Premalo medsebojne moralne podpore in pohvale.*
- *Neprofesionalni odnos (osnovni in profesionalni bonton). Pomanjkanje znanja ter nezainteresiranost, nevestnost, neupoštevanje strokovnih kriterijev.*
- *Slabi odnosi in egoizem.*
- *Prijateljstva, ki slabo vplivajo na vzdušje v timu.*
- *Nedoslednost! Če se nekaj dogovorimo in se to ne izpolnjuje.*
- *Odnos starejših sester do mlajših. Nespoštovanje starejših srednjih sester do mlajših timskih. Užaljenost, če želiš sodelavce zaščititi pred delom, ki ni v njihovi kompetenci. Užaljen, če jim svetuješ, kako se kaj dela - nenatančnost in neposlušnost za novosti.*
- *Mladi so preveč pametni in leni.*
- *Grob in nekorekten odnos nekaterih sodelavcev, ki so prepričani, da vse vedo in da drugi niso dovolj v redu in pridni.*
- *Da niso vedno pripravljeni pomagat.*
- *Dvojni kriteriji.*
- *Moti me to, da sodelavci ne ločijo službene in privatne zadeve.*

Pri delu s sodelavci jih pogosto motijo njihovi vedenjski vzorci, ki negativno vplivajo na počutje (neiskrenost, potuhnjenost, hinavščina ...) in slabo vplivajo na dobre medsebojne odnose. To so izrazili s sledečimi besedami:

- *Najbolj me moti opravljanje in zahrbtnost.*
- *Opravljanje drugih sodelavcev in pacientov.*
- *Zahrbtno govorjenje o napakah sodelavcev.*
- *Sprenevedanje, neiskrenost.*
- *Nevoščljivost, zavist, nekolegialnost, nerazpoloženje, slaba volja.*
- *Zahrbtnost, neodkritost, hinavščina.*
- *Nezadovoljstvo in nerganje posameznikov.*
- *Tekmovalnost v smislu ne toliko delati dobro za bolnika temveč v večji prioriteti za lasten položaj. S tem pa pridobiti dobro mnenje od sodelavcev - predvsem se prikupiti team leaderju. Ljubosumnost.*
- *Nekateri sodelavci so hinavski, neiskreni, nadrejenemu posredujejo lažne podatke.*

- *Nekateri so premalo zainteresirani za novosti.*
- *Izogibanje delu, predvsem kajenje.*
- *Da svoje osebne probleme nosijo v službo,....*
- *Da nekdo, ki že dolgo dela na delovnem mestu ukazuje, čeprav ni šef.*
- *Slabe človeške lastnosti - neiskrenost, netolerantnost, prelaganje dela na tuja ramena, prepirljivost, siceršnja splošna konfliktnost.*
- *Da je med nami veliko hinavščine, neodkritosti tako imenovanih ljubljencev, da je tudi pomoč sodelavki gledana skozi denar (jaz nisem plačana, da bi učila druge).*
- *Premalo smisla za humor in vzpostavitev prijetnega vzdušja.*
- *Nepremišljeno obrekovanje vsepovprek in tovrstno kritiziranje.*
- *Nestrokovnost pri sodelavcih vsak po svoje postavlja svoja pravila pri delu.*
- *Premalo strpnosti.*
- *Neodkritost, negodovanje, splošna nezadovoljnost, pritoževanje in nepripravljenost za sodelovanje. Dnevi, ko je slabše, dnevi ko je nekoliko boljše.*
- *Obrekovanje. To je samo ženski tim, kar absolutno ni dobro.*
- *To, da premalo vidimo samega sebe, preveč pa druge- premalo in nerealno ocenjujemo sami sebe.*
- *Ogovarjanje, govorjenje tistega, kar ni res.*
- *Moti me, ker se velikokrat govori za hrbtom. Če je kaj za povedati naj se pove vsakemu posamezniku posebej.*
- *Nenatančnost! Naredi se le tisto, kar je nujno potrebno glede reda in urejenosti bolnika, za dokumentacijo pa ni prave motivacije.*
- *Površnost, lenoba.*
- *Zamujanje v službo.*
- *Prelaganje odgovornosti na druge.*
- *Moti me tudi to, da svojo slabo voljo prenašajo še na druge.*
- *Kadilci prepogosto zapuščajo delovno mesto.*
- *Kajenje v neprimernih prostorih za to.*
- *Telefoni (mobilni) v vsakem žepu pri vseh zaposlenih!*

Nekateri anketirani so izpostavili, da jih moti pri sodelavcih *neprimerna komunikacija*.

- Trije so zapisali, da jih moti ton glasu sodelavcev z besedami: *Preglasno govorjenje. Glasno govorjenje. Vpitje, glasno govorjenje, nekaterim tudi tečaji komunikacije ne pomagajo (žal so to ene in iste osebe).*
- *Način komuniciranja, potuhnjenost, hinavščina.*
- *Nekatere so take, da se z njimi ne da pogovarjati, so zelo vzvišene.*
- *Nezmožnost komuniciranja, "hitra jeza".*
- *Večkratno in večurno govorjenje in šepetanje po telefonu, zelo neprimerno za poslušanje.*
- *Neprimerni odnosi - komunikacija, nespoštovanje sodelavcev, enako za vse starejše ali mlajše.*
- *Komunikacija. Velika večina ni seznanjena s tem, da je to delovni proces in da je del tega tudi poslušanje.*
- *Slab občutek v službi, če je nekdo slabe volje in si vzame pravico, da svojo slabo voljo in nezadovoljstvo stresa na prvega sodelavca, ki mu prekriža pot.*

So pa izvajalci zdravstvene nege znotraj tima zaznali tudi *neprimeren odnos in komunikacijo do pacienta* in ga zapisali takole:

- *Vse večja nekolegijalnost in nezainteresiranost za delo z bolniki.*
- *Preveč nepotrebne govorjenja in preglasno govorjenje v enoti intenzivne nege.*
- *Premajhna pozornost bolnikom.*
- *Včasih preslabo razumevanje bolnikov (zaradi premalo znanj o psihi bolnika, o doživljanju bolnišničnega okolja).*
- *Nekateri sodelavci nimajo primerne odnosa do ostalega tima in pacientov in to me zelo moti.*
- *Razpravljanje osebnih zadev poleg pacienta.*
- *Pri določenih osebah pogrešam urejenost bolnikove okolice (predali, omare, pripomočki) posebno če je dovolj časa za to.*
- *Pomanjkljiva komunikacija, včasih imam občutek, da se premalo poslušamo.*
- *Da je odnos do bolnika preveč hladen.*
- *Premalo odgovornosti in zavzetosti za človeka (le opravljanje del in nalog).*

Anketirani med sodelavci čutijo *hierarhijo* znotraj tima, ki se jim ne zdi dobra in jih moti v medosebnih odnosih, zato so zapisali tudi:

- *Določene osebe delajo strokovne napake katere nihče ne vidi ali ne želi videti in ima ta ista oseba enako, če ne celo boljšo plačo od mene.*
- *Da so nekateri skoraj nedotakljivi.*
- *Preseganje kompetenc in užaljenost.*
- *Dovoljenje na novo zaposlenim, da si jemljejo pravice, ki jim glede strokovnega znanja še ne pripadajo.*
- *Nestrokovnost pri sodelavcih vsak po svoje postavlja svoja pravila pri delu.*
- *Neenaki kriteriji pri opravljanju dela.*

Da v horizontalni osi vsi niso samo nezadovoljni, kažejo tudi navedbe anketiranih, da jih nič ne moti pri delu s sodelavci, in ki menijo, da imajo dobre *medosebne odnose*. To so izrazili s sledečimi besedami:

- *S sodelavci skoraj nimam težav.*
- *Če me kaj moti povem direktno, brez zamere, delo poteka normalno naprej.*
- *Ne moti me nič, če so težave jih sproti z pogovori rešujemo. Nimam težav s sodelavci.*
- *V glavnem se imamo super!!!*
- *Mi smo pravi tim, vse so vedno pripravljene pomagati.*
- *Mislim, da so odnosi med nami kar urejeni.*
- *Ni ničesar, kar bi me zelo motilo.*
- *Imam dobre odnose s sodelavci, razen izjem, ki svoje osebne težave (nizko samospoštovanje) rešujejo tako, da se znašajo nad mlajšimi kolegicami.*
- *Do ožjih sodelavcev nimam pripomb, saj kvalitetno funkcioniramo kot skupina.*
- *Pri najožjih nič, saj sproti razčistimo dileme, ostalo pa me ne obremenjuje več tako kot včasih.*
- *S sodelavci se dobro razumem, mi pomagajo pri delu, tako kot jaz njim in prav nič me ne moti.*
- *Vsi so zelo prijazni in ti razložijo vse kar te zanima, ti pomagajo.*
- *Menim, da se dobro razumemo.*
- *Za enkrat nič, ker so naši medsebojni odnosi v zelo dobrem (pozitivnem) smislu.*

Glede na odgovore na odprto vprašanje o odnosih med sodelavci, izvajalci zdravstvene nege, bi lahko te strnili v sledeče ugotovitve. Med njimi vlada dobra klima in so v večini zadovoljni s svojimi sodelavci na horizontalni ravni. Med seboj sicer čutijo bolj slabo povezanost in pripadnost stroki zdravstvene nege. Menijo, da je med njimi premalo strpnosti in premalo medsebojnega spoštovanja. Pa tudi, da se med seboj ne poslušajo dovolj in relativno slabo komunicirajo. Navajajo, da se nekateri preveč izogibajo določenim delovnim obveznostim. Zanimivo je, da so anketirani odnose znotraj tima zelo dobro ocenili. Kot je razvidno iz tabele, so anketirani dokaj zadovoljni z vsemi vidiki odnosov s sodelavci in sodelavkami. Je pa bilo kljub temu v odgovorih na zadnje odprto vprašanje napisanih zelo veliko pripomb, predlogov in želja. Morda so anketirani začutili, da imajo sedaj priložnost napisati vse, kar jih pri medsebojnih odnosih s sodelavci moti, in bi želeli, da se na tem področju še kaj naredi.

Med najpogostejše poklicne stresorje ter morebiti tudi vzroke za nastanek konflikta spadajo delovne obremenitve, dolgotrajen in neenakomerno porazdeljen delovnik, omejitve na delovnem mestu (človeške in organizacijske ovire), hierarhija v zdravstvu, pomanjkanje podpore, nepredvidljive okoliščine dela, prisotnost pri pacientovem trpljenju in umiranju.

3.5.2 Odnosi med izvajalci/izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki

Ena od temeljnih značilnosti odnosov med zdravstvenimi delavci je njihova hierarhičnost. Skupne značilnosti delovnih mest dveh največjih poklicnih skupin, zdravnikov in medicinskih sester, so specifični delovni pogoji, kot so: izmensko delo, delo ob nedeljah in praznikih, izpostavljenost škodljivim vplivom, nasilje vseh vrst, neugodna mikro-in makroklima, velike psihične, telesne, čustvene obremenitve. Narava dela predvideva vstop zdravnika in medicinske sestre v pacientovo intimo, in sicer: telesno, psihično, socialno, ekonomsko...

Tabela 3.12: Mnenje anketiranih o odnosih med izvajalci oz. izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1 nikoli	2 redko	3 srednje	4 pogosto	5 vedno
Ali imate občutek, da ste zdravniku enakovreden sodelavec?	34,3	30,8	23,5	9,4	2,0
Ali imate možnost zdravniku povedati vse informacije, ki jih opazate pri pacientu?	1,4	18	25,3	35,6	19,7
Ali poteka med vami in zdravniku dvosmerna komunikacija (ali vas zdravnik v pogovoru o bolniku posluša, sliši)?	1,8	18,6	36,9	35,7	6,9
Ali poteka neposredno sodelovanje z zdravniki na strokovno dober, učinkovit način?	2,8	20,7	41,1	30,8	4,7
Ali poteka neposredno sodelovanje z zdravniki v profesionalnem, prijetnem vzdušju?	3,6	23,1	44,7	26,0	2,6
Ali imate z zdravniki dobre medosebne odnose?	1,1	12,8	40,6	36,9	8,6
Kako pogosto s pripravljenim pacientom (na pregled, poseg) čakate na zdravnika?	2,2	22,9	40,8	30,7	3,4
Ali se zdravnik na vaš klic ob spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta takoj odzove?	2,4	12,1	31,8	41,2	12,6
Ali se zdravnik po prejemu vašega sporočila primerno odzove (pride pogledat pacienta, odredi ustrezno terapijo, itd.)?	0,5	11,2	37,3	37,0	14,0
Kako pogosto so odnosi z zdravniki vir vašega nezadovoljstva ali stresa pri delu?	6,6	37,1	35,3	20,0	0,9
Kako pogoste imate z zdravniki delovne sestanke?	73,6	19,1	3,7	2,9	0,6
Ali imate kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka?	22,9	38,3	20,2	15,7	2,9
Ali vas zdravniki informirajo z novostmi na področju zdravljenja bolnikov, ki vplivajo na celotno zdravstveno obravnavo?	21,8	40,8	25,2	10,7	1,4

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki imajo do zdravnikov mnogo bolj ambivalenten odnos kot do sodelavcev. Tako jih na primer na vprašanje: »Ali imate občutek, da ste zdravniku

enakovreden sodelavec?« kar 65% odgovori, da to niso nikoli ali redko. Obenem pa jih večina odgovori s pogosto na vprašanje, ali lahko zdravniku povedo vse informacije. Menijo, da jih zdravnik srednje dobro posluša oziroma sliši. Dvosmerna komunikacija, predvsem pa, da zdravnik posluša, kaj mu ima medicinska sestra povedati o pacientu, je izrednega pomena. Pomembna je za jasen in natančen pretok informacij med obema akterjema ter vsekakor za dobrobit pacienta. Je pa relativno dobro ocenjeno mnenje, da zdravniku lahko povedo informacije, ki jih opažajo pri pacientu. Te pomembne podatke lahko zdravnik dobi le od medicinske sestre, saj je le ona neprestano ob pacientu. Prav tako izvajalci zdravstvene nege navajajo, da poteka neposredno sodelovanje z zdravniki na strokovno dober, učinkovit način in v profesionalnem, prijetnem vzdušju. Temu primerno so tudi medosebne odnose z zdravniki ocenili kot srednje dobre in le ti odnosi niso vir nezadovoljstva ali stresa izvajalcev zdravstvene nege.

Žal pa s pripravljenim pacientom (na pregled, poseg) medicinske sestre v povprečju srednje oziroma pogosto (71,5 %) čakajo na zdravnika. Medicinskim sestram se takšen odnos zdravnika do pacienta zdi nedopusten in neetičen, prav tako menijo, da s tem kažejo nespoštovanje do pacienta in medicinske sestre. Ko medicinska sestra sporoča o spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta, se v 73,0 % zdravnik takoj odzove na klic. A se po njihovem mnenju srednje primerno odzove, ko pacienta pride pogledat ali odredi ustrezno terapijo.

Odgovore na zadnja tri vprašanja, ki so prikazana v tabeli 3.12, so anketirani ocenili zelo nizko. V večini menijo, da nikoli nimajo delovnih sestankov z zdravniki, redko kontaktirajo s predstojnikom kliničnega oddelka in prav tako jih zdravniki redko informirajo o novostih na področju zdravljenja bolnikov. Vemo, da je za dobre medosebne odnose, timsko delo in informiranje o zdravstveni obravnavi pacientov izrednega pomena komunikacija v obliki sestankov, strokovnih srečanj in neformalnih srečanj zdravstvenega tima.

Nadalje smo tudi tu uporabili metodo križanja po izobrazbi in starosti anketiranih izvajalcev zdravstvene nege in statistično pomembne razlike prikazali s tem.

Med vsemi anketiranimi jih je v povprečju največ odgovorilo, da z zdravniki nikoli (34,3 %) niso enakovreden sodelavec, in takoj za tem, da so le redko (30,8 %). Je pa med starostnimi skupinami signifikantna razlika. Skupina, starih do 30 let, kar v 42,7 % meni, da niso enakovreden sodelavec zdravniku. S starostjo pa narašča mnenje, da so srednje in pogosto

enakovreden sodelavec zdravniku. Anketiranci, starejši od 50 let, so v 30,2 % odgovorili s srednje in 30,2 % s pogosto. To bi lahko interpretirali s tem, da so starejše medicinske sestre morda bolj samozavestne in izkušenejše. Prav tako so pri tej trditvi statistično pomembne razlike med tremi izobrazbenimi skupinami izvajalcev zdravstvene nege. Anketiranci s srednjo izobrazbo so odgovorili, da nikoli niso enakovredni sodelavci zdravnikom v 40,6 %, tisti z višjo izobrazbo so menili, da srednje (40,9 %), in z visoko izobrazbo menijo, da redko (35,6 %) čutijo zdravnika kot enakovrednega sodelavca. Lahko bi zaključili, da se starejše medicinske sestre z višjo in visoko izobrazbo počutijo bolj enakovredne sodelavke zdravnikom.

Vsi izvajalci zdravstvene nege so si enotni, da imajo pogosto (35,6 %) možnost zdravniku povedati vse informacije, ki jih opažajo pri pacientu. Dvosmerna komunikacija med izvajalci zdravstvene nege – anketiranci in zdravniki poteka po mnenju anketiranih srednje dobro. Anketiranci z višjo starostjo pogosteje menijo, da jih zdravniki upoštevajo in poslušajo v pogovoru o bolniku (43,2 %). Mlajši anketiranci tega mnenja niso izrazili tako pogosto, le v 32,5 %.

Neposredno sodelovanje z zdravniki na strokovno dober in učinkovit način anketiranci ocenjujejo kot srednje dobro (41,1 %). So pa signifikantne razlike znotraj starostnih skupin, in sicer starejši anketirani menijo, da je to sodelovanje pogosto dobro (52,3 %) v primerjavi z mlajšimi anketiranci v skupini do 30 let, ki menijo v 53,9 %, da je le srednje dobro.

Prav tako so srednje dobro (44,7 %) ocenili potek profesionalnega sodelovanja z zdravniki. Malenkost bolje menijo anketiranci, starejši od 50 let (pogosto 48,8 %).

Kot srednje dobre ocenjujejo medicinske sestre in zdravstveni tehniki medosebne odnose z zdravniki. Razlik med starostnimi skupinami ni. Izvajalci zdravstvene nege navajajo, da s pripravljenim pacientom (na pregled, poseg) srednje dolgo čakajo na zdravnika. Izkazalo se je tudi, da se zdravnik pogosto takoj odzove na klic medicinske sestre ob morebitnem spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta. Tako je mislilo 41,1 % anketiranih. Pri naslednjem vprašanju, ali se zdravnik po prejemu sporočila primerno odzove (pride pogledat pacienta, odredi ustrezno terapijo, itd.), so anketiranci odgovorili 37,3 % s srednje in 37,0 % s pogosto. Med starostnimi skupinami je bila signifikantna razlika, in sicer v skupini do 30 let, 38,7 % vprašanih meni, da se je zdravnik srednje primerno odzval. Starejši od 50 let menijo, da je bil odziv zdravnika v 48,8 % pogosto in v 24,4% vedno primeren.

Anketirani navajajo, da so odnosi z zdravniki redko (37,1 %) oziroma srednje pogosto (35,3 %) vir nezadovoljstva in stresa pri delu. Statistično pomembne razlike so v izobrazbenih skupinah. 33,3 % anketiranih z visoko izobrazbo je napisalo, da so odnosi z zdravniki pogosto vir nezadovoljstva in stresa pri delu. Višje medicinske sestre čutijo ta odnos v večini kot srednje stresen in tisti s srednjo izobrazbo redko. Glede na rezultate menimo, da z višjo izobrazbo narašča občutek, da so odnosi z zdravniki vir nezadovoljstva in stresa pri delu. To bi lahko razlagali s tem, da so medicinske sestre z višjo izobrazbo več v kontaktu in neposrednem delu z zdravniki kot srednje medicinske sestre. Z višjo izobrazbo pridobijo več znanja in s tem tudi samozavesti, kar lahko privede do dvomov v kakšno zdravnikovo odločitev.

V 73,6 % so anketirani menili, da nikoli nimajo delovnih sestankov z zdravniki, predvsem pa tako trdijo anketirani s srednjo izobrazbo, in sicer v 80,3 % in nekaj manj z višjo izobrazbo. Po podatkih sodeč imajo največ delovnih sestankov z zdravniki anketirani z visoko izobrazbo. V starostni skupini do 30 let meni, da nikoli nimajo delovnih sestankov z zdravniki, kar 83,8 % vprašanih.

Kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka ocenjujejo vsi anketirani v povprečju za redkega (38,3 %). Zaposleni z višjo in visoko izobrazbo pogosteje kontaktirajo s predstojnikom kliničnega oddelka kot tisti s srednjo, ki so v 28,6 % napisali, da nikoli nimajo kontakta. Prav tako so razlike v starostnih skupinah, saj starejši od 50 let v 36,4 % navajajo, da imajo pogosto kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka. Mlajši od 30 let pa le redko (38,1 %) kontaktirajo s predstojnikom.

Vsi anketirani so v povprečju napisali, da so slabo (40,8 %) informirani z novostmi na področju zdravljenja pacientov, ki vplivajo na celotno zdravstveno obravnavo. Vendar so anketirani s srednjo izobrazbo še slabše informirani s strani zdravnikov kot zaposleni z višjo in visoko izobrazbo. Ti so ocenili te informacije kot srednje dobre v 30,0 %. Statistično pomembne razlike so tukaj tudi med starostnimi skupinami. Starejši kot so anketiranci, bolj ocenjujejo, da jih zdravniki informirajo srednje (32,6 %) ali precej (30,2 %) pogosto z novostmi na področju zdravljenja pacientov.

Če strnemo rezultate o odnosih izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov, gledano v križanjih po izobrazbi in starosti, lahko zaključimo, da je presenetljivo veliko izvajalcev

zdravstvene nege ocenilo odnos z zdravniki kot srednje in pogosto dober. So pa znotraj skupine, tako po starostni kot po izobrazbeni strukturi anketiranih, statistično pomembne razlike pri večini vprašanj. Kot enakovrednega sodelavca zdravniku se ne vidijo predvsem mladi s srednjo izobrazbo. S starostjo in višjo izobrazbo občutek enakovrednosti zdravnikom narašča. Dvosmerna komunikacija med izvajalci zdravstvene nege – anketiranci in zdravniki poteka po mnenju anketiranih srednje dobro. V vseh treh izobrazbenih skupinah so si enotni, da imajo pogosto možnost zdravniku povedati vse informacije, ki jih opažajo pri pacientu, in med njimi poteka dvosmerna komunikacija. Menijo pa, da zdravnik posluša in sliši informacije o pacientu pretežno od starejše medicinske sestre.

Izkazalo se je tudi, da se zdravnik pogosto takoj odzove na klic ob spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta vsem izvajalcem zdravstvene nege, vendar skupina anketiranih do 30 let meni, da njihov odziv ni primeren, ker pacienta ne pridejo pogledat, ne odredijo ustrezne terapije in podobno.

Anketirani navajajo, da so odnosi z zdravniki redko oziroma srednje redko vir nezadovoljstva in stresa pri delu in še to predvsem v skupini medicinskih sester z visoko izobrazbo.

V večini anketirani menijo, da nikoli nimajo delovnih sestankov z zdravniki, predvsem so tako napisali anketirani, stari do 30 let s srednjo izobrazbo. Po podatkih sodeč, imajo torej največ delovnih sestankov z zdravniki anketirani, starejši od 50 let z visoko izobrazbo, kar morda nakazuje na to, da so le ti tudi po rangi višje kot ostali sodelavci in jih zdravniki bolj upoštevajo. Posledično je zato tudi kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka ocenjen podobno. Starejši zaposleni z višjo in visoko izobrazbo pogosteje kontaktirajo s predstojnikom kliničnega oddelka kot mlajši s srednjo izobrazbo.

Anketirani menijo, da jih zdravniki slabo informirajo z novostmi na področju zdravljenja pacientov. Predvsem mladi izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo so slabše informirani s strani zdravnikov kot starejši zaposleni z višjo in visoko izobrazbo, kar tudi kaže na to, da s starostjo in višjo izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege raste njihov ugled v očeh zdravnikov.

Na koncu sklopa zaprtih vprašanj, povezanih z odnosi med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki, je bilo zastavljeno še odprto vprašanje, ki se glasi: **Kaj vas najbolj moti pri delu z zdravniki?** Odgovorov je bilo veliko, zato smo odgovore grupirali po sklopih.

Veliko anketiranih je mnenja, da zdravniki pri svojem delu *premalo upoštevajo standarde in normative UKCL*:

- *So veliko odsotni, pomanjkljivo napisana terapija.*
- *Prehitre vizite - zgubljajo na pomenu, po viziti ostanejo stvari nedorečene.*
- *Da si ne razkužujejo rok od bolnika do bolnika.*
- *Čeprav za nekatere stvari obstajajo napisani standardi, se jih ne držijo...*
- *Opravljanje njihovega dela, za katerega nisi kompetenten.*
- *Prelaganje zdravniškega dela na sestre.*
- *Opravljanje moramo dela zdravnika.*
- *Ne pišejo čitljivo.*
- *Pozabijo izpolniti temperaturni list.*
- *Ni enotne doktrine pri dajanju navodil.*
- *Neredno napisana terapija.*
- *Različna mnenja in neskladna navodila.*
- *Slaba predaja med svojimi kolegi, neorganiziranost pri viziti.*
- *Preveč svojega dela prepuščajo sestram, sekundariji pa se brez dela potikajo po kliniki.*
- *Neredne vizite, iskanje dež zdravnika. Od nas se zahteva včasih tisto, kar naj bi opravil zdravnik.*
- *Nekoordinirano delo - vsi bi radi vse takoj, kar pa ni vedno izvedljivo, ne materialno, ne kadrovsko in ne časovno, ker ni vse urgenca !*
- *Da ga najdem, naredim kilometrino maratonca.*
- *Premalo informacij o planiranih posegih pri bolniku - potrebnih za boljšo organizacijo dela.*
- *V času dežurstva pogosto odredajo terapijo po telefonu ali zahtevajo, da opravimo posege, za katere nismo kompetentni (npr. odvzem krvi za PAAK, dogovarjanje za razne preiskave ali posege, ki jih morajo opraviti konzilijarni zdravniki)*
- *Starejšim se večkrat nič ne da. Mladi, ki so dobri in požrtvovalni pa so preobremenjeni. Od njih se zahteva obilo dela. Prerazporediti bi bilo treba delo med zdravniki, da bi vsi delali enako.*
- *Prelaganje odgovornosti.*
- *Njihova slaba delovna disciplina.*

- *Nekateri se ne odzivajo na nujne klice.*
- *Večkrat zdravnika ni, da bi predpisal določeno terapijo.*

Izvajalci zdravstvene nege menijo, da imajo z zdravniki *slabe medosebne odnose* in jih to moti pri delu na oddelku. Ta odnos so zapisali takole:

- *Vzvišen odnos.*
- *So vzvišeni, ne poslušajo tvojih ugotovitev*
- *Njihova "vzvišenost", ko jih rabimo včasih pridejo problem delno rešijo in grejo, potem moramo sami reševati kot vemo in znamo.*
- *Odnos zdravnik - sestra, arogantnost, nedostopnost, vzvišenost*
- *Neprofesionalnost.*
- *Za nekatere smo nepotrebne.*
- *Nekorekten odnos do MS kot sodelavcev.*
- *Nekateri zdravniki ne upoštevajo sestre in ne vidijo tega ,da smo me 24 ur na dan z pacienti.*
- *Totalno nespoštovanje drugih profilov.*
- *MS je še vedno njihova pomočnica.*
- *Odnosi med zdravniki in ZT so na veliki distanci, tako da smo malo povezani.*
- *Ne upoštevajo našega mnenja.*
- *Da nas obravnavajo in se tudi obnašajo tako, kot da smo manj vredne, da nič ne znamo, samo oni so najbolj pametni.*
- *Pred pacienti jih moramo zagovarjati in lagati v njihovem imenu.*
- *Prevečkrat jih moramo zagovarjati zaradi zastoja dela v ambulantah.*
- *Zdravniki nas nimajo niti za sodelavce, ampak za nižje uslužbence, ki jih je treba potlačiti, ter za "dežurne krivce". Lahko bi nas imeli za sestavni del zdravstvene verige.*
- *Mladi zdravniki ne upoštevajo našega dela, so naduti in preveč samozavestni. Veliko se morajo še naučiti. Morali bi imeti mentorja. Preveč delajo samostojno.*
- *Občasno nespoštljiv odnos.*
- *Podcenjevalen (včasih tudi poniževalen) odnos zdravnika do sestre (bogovi v belem)! In njihovega dela in znanja.*
- *Zdravnik mora spoštovati delo sestre tako, kot sestra spoštuje njegovo, upoštevati mnenje sestre, več komunicirati z njo.*

- *Zdravniki bi lahko imeli bolj spoštljiv odnos do sester in da jih ne jemljejo kot objekt nad katerimi stresajo svoje težave in nejevoljo.*
- *Odnosi zdravnikov do zdravstvenih delavcev (osnovni bonton), nespoštovanje, timsko delo.*
- *Prepotentan odnos in nespoštovanje.*
- *Aroganten odnos in dajanje občutka večvrednosti, oz. absolutnega, pravilnega, glede na strokovno ali katerokoli mnenje med. sestre.*
- *Preveč avtoritativen odnos, njihova nedotakljivost, prepričanje v svoj prav, netolerantnost, zaverovanost v svoj ego.*
- *Njihova aroganca in vzvišenost "bogovi v beli halji", ki so nad vsemi nami.*
- *Postavljanje v podrejen položaj ter razvrednotenje profila medicinskih sester.*
- *Zdravniki nas imajo za manjvredne pri delu z bolniki - v resnici pa medicinska sestra bolje pozna bolnika in njegove zdravstvene probleme in potrebe zdravnikov, ker je stalno ob njem in bi lahko bila bolj enakovredna v odnosu zdravnik – medicinska sestra - bolnik.*
- *Tudi zdravniki so različni. Večina jih je v redu, so pa izjeme, ki mislijo, da so "nadjudje" oz. so mnenja, da so sestre na odd. zato, da strežejo zdravnikom. Mogoče bi jim moral kdo povedati, da smo tu zaradi bolnikov.*
- *Najpogosteje prihajam v konflikt z dežurnim zdravnikom, ki ti daje občutek, kot da kličeš za sebe ne za bolnika (da dela meni uslugo). Razjezi me, ker pogosto moram na stvari večkrat opozoriti, da so narejene. Odnosi so odvisni od posameznega zdravnika.*
- *Podcenjevanje našega znanja, mnenja. Dela nikoli ne načrtujejo z nami.*
- *Aroganten odnos "deklico" za vse, spoštovanje?*
- *Najbolj me moti pri zdravniku ponoči, ko težko dvignejo telefon, še težje pa pridejo pogledat bolnika, kar po telefonu naročajo preiskave ali zdravila.*
- *Ne odzovejo se na klic oziroma .ne naredijo, kar se jih prosi za dobro pacienta (razen za nekatere).*

Nadalje izvajalce zdravstvene nege motijo zdravnikovi vedenjski vzorci, ki negativno vplivajo na počutje (neiskrenost, potuhnjenost, hinavščina,...). To so izrazili z besedami:

- *Ignoriranje.*
- *Ignoranca sester in nadutost.*
- *Da svojo slabo voljo stresajo na MS.*

- *Vsak ima svoj način dela in vedno se jim moraš prilagajati (čar timskega dela).*
- *Superiornost.*
- *Ni spoštovanja, gledanje z viška, se obnašajo kot bogovi, njihovi pogledi, ki pravijo delaj pa tiho bodi, poniževanje, posmehovanje.*
- *Neorganiziranost, ter to da svoje slabe medsebojne odnose prenašajo na delo.*
- *Zelo pogosto določeni tudi neprijazni in ponižujoči.*
- *Zdravnike moramo večno čakati.*
- *Neorganizirano delo zdravnikov.*
- *Vzvišenost.*
- *Nesodelovanje.*
- *Stalno jih je treba iskati in opominjati, da opravijo svoje delo, pri tem pa so še arogantni.*
- *Ni dovolj povratnih informacij o stanju pacienta.*
- *Neprofesionalnost.*
- *Nekateri ne poznajo osnovnega bontona.*
- *Nekateri očitno pokažejo nezaupljivost, hinavščina za hrbtnom!*
- *Ker smo še vedno manjvredne njim in ker ne najdejo nikoli neke lepe besede "kljub stalnemu sodelovanju z njimi".*
- *Nestrpnost.*
- *Zaničevanje ostalega osebja!*
- *Superiornost, za katero skrivajo svoje neznanje in negotovost.*
- *Nekateri od zdravnikov so preveč vzvišeni, res da so dosti bolj izobraženi, ampak to ne more biti razlog, da se do nas obnašajo, kot da smo ničvredni in ne znajo niti pozdraviti, ko se vidimo oz. srečamo!*
- *Čakanje, da se odzove na poziv.*
- *Njihova netočnost pri prihodu na delo (ogromno časa jih čakamo me in tudi bolniki).*
- *Pogosto čakanje na zdravnika.*

Prav tako anketirani izvajalci zdravstvene nege menijo, da zdravniki neprimerno komunicirajo z njimi, in so to tudi zapisali:

- *Nimamo pravico nič povedati, ker so oni najbolj pametni in ne dovolijo, da se vtikamo v njihovo delo, čeprav gre za pacienta.*

- *Občasno slabša komunikacija z zdravnikom zaradi katere je delno v pomanjkanju pacient.*
- *Komuniciranje, bi pričakoval od nekoga, ki ima končan medicinski faks, da kaj ve o tem.*
- *Osornost.*
- *Prevečkrat se "derejo" na sestre.*
- *Nekateri nimajo niti osnovne komunikacije. S kakšno pravico kričijo na medicinske sestre???*
- *Če zdravnik vpije.*
- *Nesposobnost medsebojnega komuniciranja zdravnik - zdravnik in reševanje problematike s pomočjo op. med. sester - indirektno; ker se ne upajo zameriti drug, drugemu.*
- *Zaničevanje, arogantnost, nekomunikativnost, nesramnost.*
- *Zdravniki se obnašajo vzvišeno, nas kličejo z neprimernimi izrazi (kahlonosci, budale...).*
- *Moti me to, da nam pravijo kahlonosci.*

V velikem številu so anketirani mnenja, da imajo zdravniki *neprimeren odnos in komunikacijo do pacienta*. Medicinske sestre to zelo moti in v odgovorih na odprto vprašanje so zapisale sledeče:

- *Ne vzamejo si časa za paciente, za pogovor z njimi.*
- *Premalo se pogovarjajo s pacienti, so vzvišeni.*
- *Zdravniki si vzamejo premalo časa za pogovor s pacienti.*
- *Neupoštevanje informacij v zvezi z bolnikovim stanjem.*
- *Lahko bi se bolj posvečali bolnikom - več komunikacije.*
- *Nikoli si ne vzamejo dovolj časa za pogovor s pacienti, prelagajo svoje dolžnosti na druge, ki naj bi komaj čakali na to.*
- *Zdravniki si vzamejo premalo časa za kvalitetno jutranjo vizito ob bolnikih. Pretežno so prehitri, premalo razumljivi in izčrpni z informacijami, ki zanimajo bolnike in tudi nas, med. sestre. V končni fazi porabimo nato še več časa za reševanje nejasnost.*
- *Zdravnik je pri bolniku 2 min., sestra 24 ur. V 2 min. ne uspejo povedat kaj jih teži, po viziti se vsuje plaz in jok.*
- *Odnos do bolnika pri nekaterih.*

- *Nezainteresiranost za bolnikove težave.*
- *Nezainteresiranost zdravnikov za paciente.*
- *Se ne posvetijo bolnikom, jih ne zanima kakšna zdravila jemljejo doma, jim ne prisluhnejo.*
- *Premajhna zainteresiranost za paciente, neinformiranje pacientov, ne znajo poslušati pacientov.*
- *Premalo se pogovorijo z bolnikom o poteku zdravljenja.*
- *Premalo posvečanja pacientu.*
- *Nimajo časa za bolnika, slabo poslušajo, prehitro kaj odredijo, ker ne poslušajo dobro, vedno se jim mudi, v dežurno.*
- *Povsem drugačni pri samoplačniških bolnikih - vzamejo si čas, se dogovarjajo celo glede prostora za sprejem teh bolnikov na odd. Ta dvoličnost izjemno moti, saj imajo v primeru samoplačniškega bolnika vedno čas, sprašujejo po njegovem počutju...*
- *Neorganiziranost - indolenca - neprimeren odnos do bolnika in do izvajalk ZN.*
- *Neenakovrednost obravnavanja pacientov (revni, bogati).*
- *Premalo skrbi za bolnika.*
- *Pacientom ne povejo dovolj (se jim nič ne posvetijo).*
- *Njihov odnos do pacientov, ki je grob, aroganten.*
- *Zdravniki slabo komunicirajo z bolniki.*

Znotraj zdravstvenega tima vlada prevelika hierarhija, podcenjevanje, zapostavljanje izvajalcev zdravstvene nege s strani zdravnikov, kar prve zelo moti. Zato so v odgovoru na odprto vprašanje, kaj jih najbolj moti pri delu z zdravniki, zapisali tudi to:

- *Zdravniki premalo upoštevajo opažanje negovalnega osebja.*
- *Moti me podcenjevanje našega dela, naših informacij.*
- *Ne jemljejo resno, kar govorimo.*
- *Pogosto hierarhični odnosi.*
- *Naše delo ne vrednotijo enako kot svojega.*
- *Nespoštovanje našega dela.*
- *Vztrajanje na preživetih modelih hierarhije.*
- *Nesodelovanje z nami na nek normalen človeški način.*

- *ZT in sestre nimamo veliko kontaktov z zdravniki. Pri viziti moramo biti tiho, vprašajo samo DMS, če jih kaj zanima, same ne smemo poklicati zdravnika, kliče jih DMS, o pacientu pa vemo ravno mi največ, ker čisto vse naredimo mi pri njih.*
- *Določeni zdravniki mislijo, da so samo oni tisti, ki obvladajo in vejo, kaj se dogaja in kako odreagirati.*
- *Vsi smo tako bolniki, kot negovalno osebje tam zaradi njih.*
- *Njihovo gledanje na MS in ZT kot njihove podrejene, njihove služkinje -prevelika hierarhija.*
- *Da na njihov klic mora sestra vse spustiti iz rok in se njemu posvetiti - obratno pa ne gre.*
- *Obravnavanje zdravstvene nege in njenih izvajalcev kot manj pomembno skupino v zdravstvu.*
- *Da mislijo, da so veliko nad nami (ker nosijo bele halje) v osnovi pa brez nas ne bi mogli delati.*

Maloštevilni izvajalci zdravstvene nege so zapisali tudi to, da jih nič ne moti pri delu z zdravniki in imajo dobre medosebne odnose. Zapisali so:

- *Nič, ker so prijazni in spoštljivi do nas. Velikokrat se lahko z njimi pogovoriš o težavah na delu tudi drugih. Vsaj poslušajo in vidijo kaj se dogaja.*
- *Nič. Se zelo dobro razumemo.*
- *Od zdravnika dobiš informacije o novostih na področju zdravljenja, če sam vprašaš.*
- *Nič, saj smo dve leti postali lojalni drug do drugega. Eventualna nesoglasja rešimo sproti v dobro bolnika.*
- *Nič me ne moti.*

V odnosu izvajalci zdravstvene nege in zdravniki se izpostavlja v odgovorih na odprto vprašanje več pomanjkljivosti, in sicer: slaba dosegljivost zdravnikov v dežurni službi, čakanje na zdravnika, in ko pride, hitenje z delom. Izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo delo zdravnikov kot slabo organizirano. Menijo tudi, da se obnašajo vzvišeno in dajejo občutek večvrednosti. Sicer pa je medsebojna komunikacija med obema poklicnima skupinama po mnenju izvajalcev zdravstvene nege ocenjena kot dobra.

Komunikacija zdravnika s pacienti je pogosto usmerjena na posredovanje informacij oziroma na sprejemanje specifičnih odločitev, medicinske sestre razvijajo komunikacijski stil, ki je usmerjen bolj v spodbujanje razumevanja. Medtem ko so zdravniki preveč zaposleni s procesi zdravstvene oskrbe in so pogosto neobčutljivi za bolnikovo doživljanje teh procesov, medicinske sestre skrbijo za počutje bolnikov, skrbijo za lajšanje telesnih in duševnih bolečin. Razlika v moči med zdravniki in medicinskimi sestrami je očitna. Izhaja že iz statusnih razlik v času šolanja in se nadaljuje v profesionalni karieri, čeprav nima jasne podlage. Gre za dve v temelju različni poklicni vlogi, ki se morata dopolnjevati. Posegom zdravnikov, ki so visoko profesionalni, pa običajno kratkotrajni (npr. diagnostika, operativni posegi, pregledi, vizite), sledi časovno pa tudi čustveno pogosto bolj obremenjujoča negovalna in svetovalna ter administrativna vloga medicinskih sester. Ravno v odnosu med zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem pridejo zgornje ugotovitve o zvišanju samopodobe nosilcev moči in o ogroženosti samopodobe pri podrejenih še bolj do izraza.

Izvajalci zdravstvene nege pogosto žal ne znamo predstaviti in zagovarjati svojih stališč. Premalo smo ponosni na svoje dosežke, premalo poudarjamo pomembnost zdravstvene nege v celostni obravnavi pacienta, premalo smo povezani znotraj svoje profesije in vse to žal vpliva in rahlja odnose v zdravstvenem timu.

Za ključni dejavnik kakovosti medpoklicnih odnosov se je izkazalo izobraževanje zdravstvenih delavcev. SZO je izrazila potrebo po medpoklicnem izobraževanju pred skoraj dvajsetimi leti s to definicijo: »V določenih obdobjih izobraževanja se študenti različnih zdravstvenih profesij skupaj učijo veščin, ki so potrebne za reševanje prednostnih zdravstvenih problemov posameznikov in skupnosti, poznanih kot še posebej primernih za timsko delo. Poudarek je na učenju, kako sodelovati drug z drugim« (WHO 1988, 5).

3.5.3 Odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami

Zelo pomembno za negovalni tim je, da ga vodi prava oseba, ki ima dovolj strokovnega znanja in veščin, empatije, veščin komuniciranja in reševanja konfliktov. Poleg tega pa mora znati krmariti znotraj Kliničnega oddelka z ostalimi zdravstvenimi profesijami in podpornimi službami UKCL.

Tabela 3.13: Mnenje anketiranih o odnosih z nadzornimi medicinskimi sestrami (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1	2	3	4	5
	nikoli	redko	srednje	pogosto	vedno
Ali se nadzorna medicinska sestra pogovarja z vami o problemih, povezanih z delom?	1,0	10,3	26,6	39,7	22,4
Ali sprejema in spodbuja spremembe za doseganje boljših rezultatov pri delu?	1,9	12,4	33,1	37,0	15,6
Ali vam nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav, kadar jo potrebujete?	0,5	10,2	25,6	37,4	26,3
Ali vam nudi zaščito in podporo tudi pri višjem vodstvu (npr. glavni medicinski sestri, vodstvu SPS, KC)?	8,4	23,0	28,4	21,9	18,2
Kako pogosto vam nadzorna medicinska sestra izreka pohvalo za dobro opravljeno delo?	16,3	32,5	29,6	17,7	3,9
Kako pogosto vam izreka kritiko za slabše opravljeno delo?	4,9	31,3	35,9	21,1	6,8
Ali lahko zaupate težave o medosebnih odnosih na delovnem mestu nadzorni medicinski sestri?	10,9	26,4	25,3	21,1	16,3
Ali imate z nadzorno medicinsko sestro dobre medosebne odnose?	0,7	5,1	32,3	35,2	26,8
Kako pogosto iščete pomoč pri glavni medicinski sestri kliničnega oddelka, kadar imate težave z nadzorno medicinsko sestro?	74,3	20,6	3,4	1,0	0,7
Kako pogosto so odnosi z nadzorno medicinsko sestro vir vašega nezadovoljstva ali stresa?	20,7	42,6	26,7	8,0	1,9

Izvajalci zdravstvene nege so z odgovorom pogosto v večini odgovorili pri sledečih vprašanjih: ali se nadzorna medicinska sestra pogovarja z vami o problemih, povezanih z delom; ali sprejema in spodbuja spremembe za doseganje boljših rezultatov pri delu; ali vam

nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav, kadar jo potrebujete, in ali imate z nadzorno medicinsko sestro dobre medosebne odnose. Tu so odgovorili s pogosto v 35,2 % in vedno 26,8 %.

Z oceno srednje so v povprečju vsi odgovorili pri dveh vprašanjih, in sicer; ali vam nadzorna medicinska sestra nudi zaščito in podporo tudi pri višjem vodstvu (npr. glavni medicinski sestri, vodstvu SPS, KC), in še, kako pogosto jim izreka kritiko za slabše opravljeno delo.

Anketiranci so z najvišjim odstotkom, kot redko ocenili, ali ji lahko zaupajo težave o medosebnih odnosih na delovnem mestu in kako pogostno so odnosi z nadzorno medicinsko sestro vir njihovega nezadovoljstva ali stresa. Prav tako menijo, da jim redko (32,5 %) izreka pohvalo za dobro opravljeno delo.

So si pa vsi anketirani enotni, da v večini (74,3 %) nikoli ne iščejo pomoči pri glavni medicinski sestri kliničnega oddelka, kadar imajo težave z nadzorno medicinsko sestro.

V tej študiji se je izkazalo, da so izvajalci zdravstvene nege zadovoljni z nadzornimi medicinskimi sestrami. Očitno je vodstvo SPS Kirurške klinike pravilno kadrovalo in so izbrali dobre nadzorne medicinske sestre Kliničnih oddelkov, s katerimi so zaposleni v zdravstveni negi zadovoljni. Izkazale so se za dobrega vodja, ki razume in zna pravočasno upravljati nasprotne si interese, razume različno dožemanje med generacijami in voditi dinamiko celotne skupine. Ve, kdaj so potrebni disciplinski ukrepi, zna obveščati podrejene o morebitnih težavah in predlaganih rešitvah, se posvetovati s sodelavci, ugotoviti, kdo potrebuje dodatno izobraževanje

V drugem delu analize vprašanj, povezanih z odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami, smo naredili križanja po izobrazbi in starosti anketiranih in ugotovili, da so odgovarjali precej enotno. Med njimi glede na izobrazbo ni bilo statistično pomembnih razlik. Razlika je bila v starostni skupini pri vprašanju, ali imajo z nadzorno medicinsko sestro dobre medosebne odnose. Anketiranci, stari do 30 let, navajajo kar v 40 %, da imajo srednje dobre odnose z nadzorno medicinsko sestro. Anketiranci v starostni skupini od 41 do 50 let pa v 35,2 % ocenjujejo ta odnos kot vedno dober, ostali dve starostni skupini pa kot pogosto dober.

Tako bi lahko zaključili, da so bili anketirani pri vseh vprašanjih, povezanih z odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami, precej enotni, med njimi glede na izobrazbo ni bilo statistično pomembnih razlik in glede na starost je bila samo pri enem vprašanju. V mlajši skupini, starih do 30 let, v večini navajajo, da imajo srednje dobre odnose z nadzorno medicinsko sestro, medtem ko ostale tri starostne skupine ocenjujejo ta odnos kot vedno dober oziroma pogosto dober. Morda je ta razlika doživljanja zadovoljstva z nadzorno medicinsko sestro pri mlajših anketiranih pogojena s starostno in medgeneracijsko razliko, ker so običajno nadzorne medicinske sestre osebe z daljšo delovno dobo.

Izvajalce zdravstvene nege vseh starostnih in izobrazbenih skupin moti, ker jim nadzorna medicinska sestra redko izreka pohvalo za dobro opravljeno delo, vendar pa srednje pogosto izreka kritiko za slabše opravljeno delo.

Na koncu sklopa zaprtih vprašanj, povezanih z odnosi med izvajalci zdravstvene nege in nadzornimi medicinskimi sestrami, je bilo zastavljeno še odprto vprašanje, ki se glasi: **Kaj vas najbolj moti pri delu z nadzorno medicinsko sestro?** Odgovorov je bilo veliko, zato smo tudi te odgovore grupirali po sklopih.

Anketirani menijo, da so *neenakomerno obremenjeni*, in za to krivijo nadzorno medicinsko sestro in pišejo, da jih to moti pri njihovem odnosu do nje. To napišejo z besedami:

- *Najbolj me moti, da so starejše kolegice zelo redko pripravljene vzeti kakšen dan, ko kakšna zboli ali kaj podobnega.*
- *Da včasih pri pisanju razporedov drugim bolj ustreže.*
- *Organizira delo in razporeja ljudi po simpatičnosti.*
- *Nepravično razpisovanje urnika za delo (mesečnega).*
- *Nekatere strogo ločijo delo diplomirane medicinske sestre in ZT.*
- *Oseba, ki ji je vseč ima boljši razpored in zaščito pri njej.*
- *Velika razlika med sodelavci, ali si komu vseč ali ne, s tem tudi povezane privilegije, nagrade, kritike.*
- *Nekolegialnost, vsak opravlja svoje delo, malo je medsebojne pomoči.*

Menijo tudi, da so *preobremenjeni*, da je premalo kadra in imajo premalo prostih dni. Za vse to vidijo odgovornost pri nadzorni medicinski sestri, ki bi morala to urediti. To meni sicer majhno število izvajalcev zdravstvene nege z besedami:

- *Da je preveč zasedena - telefonski pogovori ali pa je ni in jo iščemo po oddelku.*
- *Izdelava slabega urnika (preveč nadur).*
- *Prelaganje dela na srednji kader, kateri je že preveč obremenjen.*
- *Prelaganje dela.*
- *Nekatere svoje zadolžitve prenašajo na nas.*
- *Nerazumevanje ob obilici dela, ki nam ga nalagajo.*

Nekaj medicinskih sester meni, da so med njimi in nadzornimi medicinskimi sestrami *slabi medosebni odnosi*. To izražajo z besedami:

- *Premajhna angažiranost za boljše odnose. Premalo strokovnih sestankov.*
- *Obtoževanje za določene stvari za katere nisi ti kriv.*
- *Podcenjevalni odnos do zdravstvenih tehnikov.*
- *Premalo se postavlja za svoj tim.*
- *Premalo posluha za osebne težave in prošnje. Včasih posplošuje stvari.*
- *Premalokrat si vzame čas za timske sestanke, kjer bi lahko reševali tekoče probleme in medsebojne odnose.*
- *Da vidi napake samo pri sestri, oz. tehniku, ne pa tudi svoje!*
- *Da se imajo nekatere za preveč nadrejene in ukazovalne svojim medicinskim sestram in to tudi pokažejo, namesto, da bi delovale kot tim z drugo sestro, ki je pri bolniku in bi delo bolj kakovostno na ta način bilo.*
- *Z nadzorno med. sestro sem na distanci.*
- *Ni skupnega reševanja problemov, ni izmenjave mnenj, neobveščenost.*
- *Neenakovreden odnos do podrejenih.*
- *Premalo pohval, preveč kritike.*
- *Privatne odnose mešajo s službenimi.*
- *Nobena nadzorna MS ne pohvali ali da priznanja MS, da opravlja svoje delo profesionalno ali zelo uspešno.*

Tudi pri nadzornih medicinskih sestrah izvajalce zdravstvene nege motijo *vedenjski vzorci*, ki negativno vplivajo na *počutje* (neiskrenost, potuhnjenost, hinavščina,...). Izražajo jih z sledečimi besedami:

- *Premalo zanimanja za dogajanje na oddelku.*

- *Najbolj me moti, če z njene strani čutim odnos, da sem ji le nekakšna fizična pomoč pri delu, ne pa tudi njena sodelavka v smislu skupnega sodelovanja, načrtovanja dela, vrednotenja opravljenega dela.*
- *Da se ne zavzema dovolj za svoje sestre !*
- *Preveč pasivno sprejema dogajanja na oddelku in tekoče probleme.*
- *Neprofesionalnost.*
- *Ne vzame si dovolj časa za reševanje nekaterih problemov.*
- *Da ima vedno prav samo ona.*
- *Neenak pristop do sodelavcev.*
- *Nedosegljivost, kadar jo potrebuješ.*
- *Da me ne upošteva.*
- *Je zelo enostranska, nekaterim sodelavkam je bolj naklonjena kot drugim.*
- *Preveč visoko se obnašajo glede svoje izobrazbe.*
- *Včasih je vzvišena in arogantna.*
- *Premalo zavzetosti za ZT in SMS.*
- *Premalo se zavzame, če nastanejo problemi*
- *Premalo posluha za sklepanje kompromisov.*
- *Vedno samo kritizira. Vse stvari so narobe.*
- *Nekatere moraš dobesedno prositi, da prinesejo npr. zdravila za bolnika...*
- *Da ni enaka do vseh, ni odkrita.*
- *Neučakanost.*
- *Nekdo, ki ne želi biti vodja tima in to tudi pove, ni dober vodja!*
- *Mogoče to, da nas premalokrat pohvali za naše delo.*
- *Pričakujem več odločnosti, pomembna stvar je pravičnost ne glede na osnovna prijateljstva in stare zamere.*
- *Morala bi biti bolj odločna.*
- *Neodkrit, zahrbtn način delovanja.*

Anketirani menijo tudi, da nadzorna medicinska sestra nima primerne komunikacije z ostalimi izvajalci zdravstvene nege. To anketirane moti in so zapisali tako:

- *Včasih prehitro vzkipi.*
- *Način podajanja kritike.*

- *Komunikacija*
- *Njen nekorekten odnos do podrejenih, vpitje, poniževalen način pogovora, tudi pred pacienti.*
- *Občasna slaba volja, slaba komunikacija.*
- *Nikoli se ne potegne za nas, ne da nam občutka, da je naš vodja (napake vidi, pohvale ne), sedi in klepeta, mi pa čakamo, da nas opazi.*
- *To da včasih pride slabe volje v službo.*
- *Se ne vzdrži vpitja, nikoli ne pohvali, dela velike razlike med zaposlenimi, gleda na nacionalnost, vero, raso in podobno.*
- *Kljub temu, da ima veliko dela bi si vseeno nadela nasmeh na obraz in ne bi svoje slabe volje stresala na nas.*
- *Včasih niti ne pozdravi.*
- *Da veliko govori.*
- *Preveč besed.*
- *Enostranska komunikacija, pristranskost.*

Zelo majhno število anketiranih moti pri nadzorni medicinski sestri, da *ne upošteva standardov in normativov UKCL*. Zapisali so:

- *Da ne organizira dela in ni prisotna tam, kjer je potrebno.*
- *Da nas večkrat zadolži za delo, za katero nismo odgovorni.*
- *Da ni jasen njen in moj delokrog - jaz lahko naredim namesto nje vse, ker ji je to pod častjo.*
- *Odpor do novih metod dela.*
- *Nedorečena razdelitev del.*

So pa izvajalci zdravstvene nege v odgovorih na odprto vprašanje napisali tudi veliko mnenj, da imajo z nadzorno medicinsko sestro *dobre medosebne odnose*. To se sklada tudi z ugotovitvijo, da je zadovoljstvo z odnosi med izvajalci zdravstvene nege in nadzornimi medicinskimi sestrami na drugem mestu, takoj za zadovoljstvom z odnosi po horizontali osi, to je s sodelavci. Anketirani so opisali dobre medosebne odnose z nadzornimi medicinskimi sestrami z besedami:

- *Tako nadzorno sestro si lahko samo želiš, vendar tudi njo velikokrat preslišijo o naših težavah.*

- *Ne bi mogla reči, da me kaj moti. Včasih vam uspe prav vzorno sodelovati, kadar vsaka prispeva svoje znanje, ki ga vsi upoštevamo. Dejstvo pa je, da smo vsi le ljudje z boljšimi in slabšimi dnevi a do sedaj so se vsa nesoglasja konstruktivno izravnala.*
- *Nimam posebnih pripomb - sem zadovoljna.*
- *Nič posebnega, kakšna malenkost- nepomembno.*
- *Z nadzorno sestro nimam težav. Več lahko rečem o namestnici gl. MS.*
- *Po dolgem času imamo nadzorno medicinsko sestro s katero se da "delati" (nas posluša, pomaga, vsaj potrudi se).*
- *Mene osebno nič ne moti, ker imamo dober odnos, probleme rešujemo skupaj.*
- *Sem zadovoljna z njo.*
- *Nič me ne moti. Je strokovna in vedno pripravljena pomagati.*
- *Nimam težav.*
- *Je v redu.*
- *Jaz imam zelo dobro nadzorno sestro, lahko pa bi večkrat pohvalila naš kolektiv.*
- *Z delom nadzorne med. sestre sem zadovoljna.*
- *Je marljiva, poštena in prilagodljiva, glede na razmere v katerih delamo, včasih mogoče celo preveč !*
- *Naša nadzorna m. sestra je fejest punca, pridna, pravična in me nič ne moti pri njej.*
- *Z določenimi je zelo lepo in lahko sodelovati.*
- *Nič, je zelo prijazna, poskuša ugoditi željam, kar se tiče razporeda.*
- *Zahteva red, lahko se z njo pogovoriš. Pohvaljena !*
- *Škoda, da ni več takih.*
- *Takšnih ne delajo več.*
- *Nič, naj ostane takšna kot je (je zlata).*
- *Ne moti me nič osebno. Mi imamo "zlato" nadzorno sestro le premalo je stroga do "mladih" sester. Mladi potrebujejo strožji nadzor, ker če se v začetku ne postavijo ostre meje, jih z leti sploh ni več.*
- *Nič, imamo najboljšo nadzorno MS.*
- *Nič me ne moti. Jo občudujem in spoštujem. Pogosto se ji lahko zaupam v zvezi s čimerkoli.*

- *Pri delu me nič ne moti, deležen si njene pohvale. Ne dela razlik med delavci. Vedno je pripravljena pomagati, stoji nam ob strani in nas zaščiti pred ostalimi norci. Upošteva naše želje (prosti vikendi, dopusti, menjave dela v turnusu) Samo tako dalje!*
- *Nič me ne moti, ker ko potrebujem pomoč, se lahko zanesem nanjo, sama zna pohvaliti in ti tudi lepo povedati, če si naredil kaj narobe.*
- *Prav nič, gre nam na roko glede razporeda dela, razume naše težave skupaj z nami sodeluje. Vse najboljše. Upamo, da se ne bo spremenila.*

Izvajalci zdravstvene nege so v odgovoru na odprto vprašanje, kaj jih moti pri odnosu z nadzorno medicinsko sestro, napisali, da je komunikacija z njimi dobra, da pa redko pohvalijo in spodbujajo, kar medicinske sestre zelo pogrešajo. Kritike so nekaj, kar zaposleni poznajo, pohvale pa so prava redkost. Včasih imamo občutek, da vodilni mislijo, da so pohvale prepovedane, in pozabljamo, da imajo zaposleni rajši pohvale kot pritožbe. Pohvale so posebno pomembne za tiste, ki dobro delajo in imajo o sebi zelo nizko mnenje. Zaradi pohvale bodo ti zaposleni še bolje delali in se predvsem počutili dobro. Zavedati se moramo, da nas pohvala nič ne stane, prinese pa lahko velike rezultate za organizacijo.

Izvajalci zdravstvene nege so zapisali veliko dobrega o nadzornih medicinskih sestrah, kot so: prijaznost, strokovnost, poštenost, pravičnost in pripravljenost pomagati. Ocenili so, da pri delu upoštevajo in spodbujajo k upoštevanju strokovnih standardov zdravstvene nege. Nasproti temu pa jih nekateri vidijo kot pristranske in arogantne. Menijo, da imajo slab nadzor in prepočasno obveščajo o novostih in spremembah v zdravstveni negi. Izvajalci zdravstvene nege menijo, da imajo redko skupne sestanke z nadzorno medicinsko sestro, in bi jih želeli imeti več.

3.5.4 Odnosi z glavno medicinsko sestro

Glavna medicinska sestra kliničnega oddelka pomeni sam vrh zdravstvene nege in hierarhije znotraj svoje stroke. Pomeni nam vzgled in spodbudo za kakovostno in varno strokovno delo, katerega središče je pacient. Dober vodja mora svoje sodelavce predvsem spoštovati, poslušati in jih motivirati, da bodo kritično razmišljali in svoje mnenje tudi izrazili. V konkretni situaciji naj prevlada tisto mnenje in tista konkretna rešitev, ki najbolj koristi pacientu, ne glede na to, kdo jo je predlagal, in ne glede na to, kdo je vodja konkretnega tima. Tak način delovanja vsem zdravstvenim delavcem narekuje predvsem etika.

Tabela 3.14: Mnenje anketiranih o odnosih z glavno medicinsko sestro (rezultati so prikazani v %, pri čemer 1 pomeni najnižjo vrednost, 5 pa pomeni najvišjo vrednost).

	1 nikoli	2 redko	3 srednje	4 pogosto	5 vedno
Ali vam glavna medicinska sestra nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav, kadar jo potrebujete?	8,8	18,5	23,5	30,6	18,5
Ali glavna medicinska sestra poskrbi za vaše strokovno izpopolnjevanje?	8,6	24,6	30,9	25,5	10,3
Ali glavna medicinska sestra sproti rešuje konflikte, ki so nastali v kolektivu?	7,8	20,3	27,4	31,1	13,5
Ali menite, da je glavna medicinska sestra uspešna pri organizaciji in vodenju dela?	5,6	14,5	30,2	34,2	15,5
Kako pogosto vam izreka pohvalo za dobro opravljeno delo?	27,1	32,0	25,7	11,7	3,4
Kako pogosto vam izreka kritiko za slabše opravljeno delo?	15,5	33,6	31,2	14,1	5,5
Ali glavna medicinska sestra strokovno in korektno sodi o kvaliteti in kvantiteti vašega opravljenega dela?	10,7	21,3	34,8	24,5	8,7
Ali lahko zaupate težave v medosebnih odnosih na delovnem mestu glavni medicinski sestri?	20,2	23,7	23,9	16,3	16,0
Ali se obračate na glavno medicinsko sestro, kadar imate osebne težave?	55,1	26,9	10,2	5,1	2,6
Ali lahko zaupate osebne težave glavni medicinski sestri?	41,5	23,4	14,9	9,0	11,2
Ali imate z glavno medicinsko sestro dobre medosebne odnose?	3,9	8,9	35,2	25,4	26,6
Kako pogosto iščete pomoč pri glavni medicinski sestri SPS ali KC, kadar imate težave z glavno medicinsko sestro kliničnega oddelka?	90,3	8,6	0,9	0,2	0,0
Kako pogosto so odnosi z glavno medicinsko sestro vir vašega nezadovoljstva pri delu ali stresa?	38,1	33,9	16,7	10,1	1,3

Presenetljivo slabše so anketirani ocenjevali odnose z glavno medicinsko sestro kot z ostalimi akterji komunikacije. S pogosto so ocenili le, da je uspešna pri organizaciji in vodenju dela, da jim nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav in da sproti rešuje konflikte, nastale v timu. Te ugotovitve se vse nanašajo na njeno sposobnost vodenja.

Da je srednje uspešna pri skrbi za njihovo strokovno izpopolnjevanje, srednje korektno sodi o kakovosti in kvantiteti njihovega opravljenega dela, da ji srednje zaupajo težave o medosebnih odnosih na delovnem mestu in v celoti imajo srednje dobre odnose z njo.

Prav tako kot nadzorna medicinska sestra tudi glavna medicinska sestra redko izreka pohvalo za dobro opravljeno delo in prav tako redko izreka kritiko za slabše opravljeno delo.

Več kot polovica anketiranih ji nikoli ne zaupa osebnih težav. Nikoli anketirani ne iščejo pomoči pri glavni medicinski sestri SPS, kadar imajo težave z njihovo glavno medicinsko sestro kliničnega oddelka.

Ko smo ta vprašanja še križali po izobrazbi in starosti, smo ugotovili, da so vsi anketirani izvajalci zdravstvene nege ne glede na starost in izobrazbo enotni v petih trditvah o odnosu z glavno medicinsko sestro in med njimi ni statistično pomembnih razlik v odgovorih. Ena tretjina anketiranih (30,6 %) se strinja, da jim glavna medicinska sestra kliničnega oddelka pogosto nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav, kadar to potrebujejo. Vsi so si enotni, da je glavna medicinska sestra pogosto (34,2 %) do srednje pogosto uspešna (30,1 %) pri organizaciji in vodenju dela. Srednje dobro ocenjujejo njeno sposobnost strokovne in korektne sodbe o kakovosti in kvantiteti opravljenega dela anketiranih in med njimi ni statistično pomembnih razlik po starosti in izobrazbi. Prav tako ni razlik še v dveh vprašanjih. Večina anketiranih nikoli (90,3 %) ne išče pomoči pri glavni medicinski sestri SPS ali UKCL, kadar imajo težave z glavno medicinsko sestro kliničnega oddelka. Pri 38,1 % anketiranih odnosi z glavno medicinsko sestro nikoli niso vir njihovega nezadovoljstva pri delu oziroma le redko pri 33,9 % anketiranih.

Vse skupine izvajalcev zdravstvene nege v povprečju menijo, da glavna medicinska sestra srednje pogosto (30,9 %) in pogosto (25,5 %) poskrbi za njihovo strokovno izpopolnjevanje. Statistično pomembna razlika se je pri tem vprašanju pokazala v izobrazbeni skupini. Anketiranci z višjo in visoko izobrazbo menijo, da poskrbi pogosto in vedno (14,5 %) za njihovo izobraževanje. Anketiranci s srednjo izobrazbo pa ocenjujejo to vprašanje bistveno slabše (nikoli 11,8 %, redko 25,5 %, srednje 32,1 %, pogosto 23,6 % in vedno 7,1 %). To

kaže na percepcijo srednjih medicinskih sester, da jim glavna medicinska sestra premalo omogoča možnosti strokovnih izobraževanj. Morda je to res, morda pa tako samo mislijo. Po rezultatih sodeč ostali dve izobrazbeni skupini, višja in visoka, menita, da je možnost izobraževanja lažje dosegljiva in realizirana. Moramo pa vedeti, da je mnogokrat ovira za premalo izobraževanj finančne narave.

Vse tri izobrazbene strukture izvajalcev zdravstvene nege menijo, da glavna medicinska sestra pogosto (31,1 %) sproti rešuje konflikte, nastale v kolektivu. So pa statistično pomembne razlike znotraj starostnih skupin. Tisti s srednjo izobrazbo menijo, da jih redko (23,2 %) in srednje (27,7 %) sproti rešuje, tisti z višjo, pogosto in vedno. Anketirani z visoko izobrazbo v največjem odstotku menijo, da pogosto (42,9 %) sproti rešuje nastale konflikte.

Glavna medicinska sestra redko (32,0 %) izreka pohvalo za dobro opravljeno delo. Je pa med anketiranimi tu signifikantna razlika glede na izobrazbo. Medicinske sestre/zdravstveni tehniki s srednjo izobrazbo menijo, da nikoli ne izreka pohvale v 32,0 %, tisti z višjo izobrazbo v 37,8 % menijo, da redko. Medicinske sestre z visoko izobrazbo ocenjujejo, da srednje pogosto (32,0 %) izreka pohvalo za dobro opravljeno delo.

Bili so si enotni, da glavna medicinska sestra redko (33,6 %) in srednje pogosto (31,2 %) izreka kritiko za slabše opravljeno delo. So pa tu statistično pomembne razlike med starostnimi skupinami, predvsem med 1. in 4. starostno skupino. Mlajši od 30 let ocenjujejo v 36,8 %, da jim nikoli ne izreka kritike, starejši od 50 let pa menijo, da v 59,0 % redko izreka kritiko za slabše opravljeno delo.

Statistično pomembna je trditev o zaupanju težav v medosebnih odnosih na delovnem mestu. V povprečju vse izobrazbene in starostne strukture izvajalcev zdravstvene nege glavni medicinski sestri srednje pogosto (23,9 %) zaupajo težave o medosebnih odnosih na delovnem mestu. Sta pa v obeh skupinah (starostni in izobrazbeni) statistično pomembne razlike. Izkazalo se je, da višja kot je izobrazba, bolj pogosto ji zaupajo te težave. Anketiranci s srednjo izobrazbo redko zaupajo težave (24,8 %) ali nikoli (23,8 %) ne zaupajo težav glavni medicinski sestri, tisti z višjo v 28,7 % pa srednje, prav tako srednje zaupajo tisti z visoko izobrazbo (28,9 %). Mlajši izvajalci zdravstvene nege so v 34,8 % napisali, da ji nikoli ne

zaupajo svojih težav, v primerjavi s starejšimi izvajalci zdravstvene nege, starimi več kot 50 let, ki ji težave v medosebnih odnosih na delovnem mestu zaupajo vedno, in to v 29,7 %.

Na glavno medicinsko sestro se anketiranci v 55,1 % nikoli ne obračajo, kadar imajo osebne težave. Po izobrazbi ni statistično pomembnih razlik, so pa v starosti. Kar 82,9 % mlajših od 30 let je odgovorilo, da se nikoli ne obračajo na glavno medicinsko sestro, kadar imajo osebne težave. Starejši od 50 let redko (48,7 %), obe ostali starostni skupini menita, da nikoli ali redko.

Vsi anketiranci v 41,5 % nikoli na zaupajo osebnih težav glavni medicinski sestri. Med njimi so statistično pomembne razlike, in sicer tisti z visoko izobrazbo zaupajo osebne težave srednje pogosto (30,9 %). Najbolj pogosto ji osebne težave zaupajo medicinske sestre z višjo izobrazbo, saj so kar v 18,2 % anketiranci izrazili, da vedno.

Statistično pomembna razlika v starostnih skupinah se je pokazala tudi v odnosu z glavno medicinsko sestro, ki je v povprečju srednje dober v vseh skupinah (35,2 %), v posameznih pa različen. Starejši izvajalci zdravstvene nege (več kot 50 let) boljše ocenjujejo odnos z glavno medicinsko sestro (vedno 38,5 %). Skupina anketirancev, starih od 41 do 50 let, odnos ocenjuje kot vedno dober v 32,9 %. Mladi do 30 let so ta odnos ocenili z 27,6 % kot srednje dober.

Če strnemo mnenja anketiranih, ki smo jih križali po starosti in izobrazbi, lahko zaključimo, da so medosebni odnosi z glavno medicinsko sestro in izvajalci zdravstvene nege srednje dobri. Starejša kot je medicinska sestra, boljše ima odnose z njo, več ji zaupa težav v medosebnih odnosih na delovnem mestu. Prav tako se starejša medicinska sestra pogosteje obrača na glavno medicinsko sestro, ko ima osebne težave. Mlajši izvajalci zdravstvene nege bistveno manj zaupajo svoje težave glavni medicinski sestri. V raziskavi se je pokazalo, da odnosi z glavno medicinsko sestro niso vir nezadovoljstva pri delu izvajalcev zdravstvene nege. In tudi, da nimajo težav z njo, saj pomoči pri glavni medicinski sestri SPS ali UKCL sploh ne iščejo.

Konflikte v timu najpogosteje rešuje sproti, menijo predvsem zaposleni z višjo in visoko izobrazbo, tisti s srednjo pa malo manj.

Vsi ocenjujejo, da je glavna medicinska sestra uspešna pri organizaciji in vodenju dela in jim pogosto pomaga pri reševanju strokovnih težav, kadar le to potrebujejo. Vsekakor pa izreka premalo pohval za dobro opravljeno delo. Nekoliko več, po mnenju anketiranih, pohvali zaposlene z višjo in visoko izobrazbo. Srednje medicinske sestre pa pohvalo pogrešajo. Kritiko za slabše opravljeno delo izreka redko ali celo nikoli, kar meni velika večina mlajših od 30 let.

Vse skupine izvajalcev zdravstvene nege v povprečju menijo, da glavna medicinska sestra srednje pogosto poskrbi za njihovo strokovno izpopolnjevanje. Anketiranci z višjo in visoko izobrazbo menijo, da pogosto in vedno poskrbi za njihovo izobraževanje, med tem ko to vprašanje bistveno slabše ocenjujejo zaposleni s srednjo izobrazbo. Ti menijo, da premalo poskrbi za njihovo strokovno izpopolnjevanje.

Na koncu sklopa zaprtih vprašanj, povezanih z odnosi med izvajalci zdravstvene nege in glavno medicinsko sestro, je bilo zastavljeno še odprto vprašanje, ki se glasi: **Kaj vas najbolj moti pri delu z glavno medicinsko sestro?** Odgovorov je bilo veliko, zato smo odgovore grupirali po sklopih.

Anketirani so zapisali v odgovorih, kaj jih najbolj moti v odnosu z glavno medicinsko sestro v odprtem vprašanju, kar precej stvari. Med njimi tudi to, da *ne uredi enakomerne obremenitve in zadostnega števila izvajalcev zdravstvene nege* ter ne zagotovi zadostnega števila prostih dni. Vse to so zapisali z besedami:

- *Če prosiš zamenjavo ni možna, kadar pa je pomanjkanje sester, se pa vse da.*
- *Občasno - redko urnik dela.*
- *Pri pisanju razporeda včasih pozablja, da imamo privatno življenje (najbrž ni kriva ona, temveč je problem v pomanjkanju kadra).*
- *Da ne zagotavlja večjega števila kadra, ko smo "obstoječi" preobremenjeni, prostih dni, vikendov ni skoraj nič; ogromno nadur, preveč nočnih pri nekaterih, pri drugih pa skoraj nič.*
- *To, da je ni nikoli blizu, če nas je premalo v službi in ko preveč delamo. Vedno pride, ko nas je več in ko se usedemo, takrat pride in nas kritizira.*
- *Premajhno poznavanje dela na oddelku, zato nalaganje dodatnih nalog v trenutku ko imaš precej nujnejših stvari.*

Izvajalci zdravstvene nege menijo, da so *medosebni odnosi* z glavno medicinsko sestro včasih *slabi*. To so v odprtem vprašanju zapisali s sledečimi besedami:

- *Premalokrat nas pohvali.*
- *Mogoče je malo premalo osebnega odnosa, pristopa, zanimanja, kako gre pri delu...Res pa je, da smo zelo številni kolektiv.*
- *Pogrešam večjo vztrajnost za redne strokovne sestanke oz. izobraževanje.*
- *Premalo sestankov z njo, da lahko povemo svoje težave.*
- *Bolj človeški odnos, nepoznavanje dela in potrebe po boljši organizaciji, privilegije.*
- *Je premalo angažirana za izboljšanje delovnih pogojev in odnosov na oddelku.*
- *Lahko bi večkrat kaj pohvalila ne samo kritizirala.*
- *Ne posveti se svojim podrejenim, ne zanimajo je njihovi problemi, težave..., niti naši predlogi za kakšno izboljšanje.*
- *Je neorganizirana, redko da pohvalo.*
- *Se premalo zanima za naše delo in ni prisotna v kolektivu.*
- *Premalo sestankov negovalnega tima. Informacije se podajajo kar na hodniku.*
- *Nepoznavanje situacije (odnosi, delo...).*
- *Nepoznavanje realnih problemov v medsebojnih odnosih med zaposlenimi.*
- *Pri nas ni sprotnega reševanja konfliktov v kolektivu.*
- *Nezainteresiranost za izboljšanje delovnih pogojev.*
- *Razlike v odnosu do zaposlenih, nekateri so bolj priljubljeni kot drugi, preveč osebni odnos (osebne usluge).*
- *Premalo pohval, preveliko kritiziranja. Premalo si vzame časa za nas.*
- *Nekorekten odnos, ne nudi enakih možnosti vsem delavcem. Nima časa, nanjo se ne moreš zanesti.*

Prav tako menijo, da ima *vedenjske vzorce*, ki negativno vplivajo na *počutje* (neiskrenost, potuhnjenost, hinavščina,...). Vse to slabo vpliva na medosebne odnose z izvajalci zdravstvene nege, ki so to izrazili z besedami:

- *Menim, da je zelo pristranska in nepravilna.*
- *Nikoli nima časa, če pa si ga vzame jo zmoti nešteto drugih stvari: telefon, drugi obiski itd...*
- *Na pripombe odreagira osebno z užaljenostjo, pohvali zelo redko, graja hitro.*

- *Da nima sposobnosti sprejemanja kompromisov.*
- *Moti me samo to, da ne posluša, ne razume kako poteka naše delo in tudi ne želi razumeti.*
- *Ne pozna našega dela in načina dela*
- *Obračunavanje ur. Vedno se kaj pozabi (obračunati kakšno nočno, nedeljsko). Ne morem zaupati saj ob pregledu lista vedno najdem napake. Če ne zna naj prizna in to delo prepusti tistim, ki znajo.*
- *Hladnokrvna, nečloveška, nepravična, premalo usposobljena za delo z ljudmi.*
- *Nepravičnost do srednjega kadra.*
- *Premajhno spodbujanje k inovativnosti, kreativnosti.*
- *Da ima svoje privilegirane ljudi.*
- *Izredno dobro ji uspe delati spore med sodelavci.*
- *Izkrivlja in prireja informacije. Spodbuja konflikte in dela razdor v kolektivu. Nikoli se ne želi pogovarjati z vsemi udeleženci hkrati.*
- *Več posluha in razumevanja ob nastanku problema, več dobre volje.*
- *Izdelan ima sistem "hobotnice" za pridobivanje informacij.*
- *Neiskrenost, nepravičnost. Premalo konkretnega stika z dejanskim delovnim okoljem. Iskanje in pridobivanje informacij po neprimernih kanalih.*
- *Slaba prisotnost na oddelku in dobivanje informacij iz "druge roke".*
- *Maščevalnost, dvoličnost.*
- *Preveč kritiziranja, premalo pohval.*
- *Nesposobna, pristranska, važen ji je zunanji videz, titule.*
- *Sodi zaposlenega na podlagi tujega mnenja (nadzorne MS).*
- *Ocena delavcev s pomočjo določenih v timu oz. neprepričanost v resnico. Njeno gledanje je zaradi tega dostikrat napačno.*
- *Podkupljiva, nesramna.*

Naslednja pomanjkljivost, ki jo očitajo anketirani glavni medicinski sestre, je *neprimerna komunikacija s sodelavci*. Napisali so:

- *Pomanjkanje časa za pogovor.*
- *Nezmožnost komuniciranja s povratno informacijo.*
- *Me ne posluša, kadar pridem do nje s strokovnimi vprašanji.*

- *Slaba komunikacija.*
- *Problem je komunikacija. Ne poteka dvosmerno!*
- *Ne posluša, niti ne poskuša razumeti in pomagati (nedolgo tega smo imeli sestanek z njo, težave je rešila tako, da je rekla: "vi ste na tistem bregu, jaz pa na tem in NIKOLI ne bomo skupaj prišli". Grozi z redčenjem kolektiva (premestitvami).*
- *Zelo redko se pogovarja z zaposlenimi, preveč posplošuje, zaposleni nikoli nimamo prav.*
- *Večinoma časa je tiho, z nami se ne pogovarja, ker nimamo časa zaradi prevelikega dela.*
- *Slaba komunikacija. Pristranskost, če te pohvali te hkrati graja.*
- *Moti me način komuniciranja, ker je včasih nedostopna, si ne da dopovedati, enostavno te utiša!!!*
- *Zaletava, dostikrat kaj pove, preden premisli kaj je povedala, nezaupljiva do tima.*

Menijo tudi, da glavna medicinska sestra *ne upošteva standardov in normativov UKCL*, in so zato v odgovorih na odprto vprašanje zapisali:

- *Nima prostora, kjer bi se lahko v miru na samem pogovorila z njo.*
- *Neuspešnost organizacije dela.*
- *Najbolj me pa moti, da je bolj pomembna vizita kot nega bolnika, ki se jo vedno bolj propagira. Tako, da če opravljaš nego moraš pustiti vse in oditi na vizito, to se mi res ne zdi smiselno v 2. tisočletju. Medicina naj bi napredovala, ne nazadovala.*
- *Nesposobna je za to delovno mesto.*
- *Ne pošilja nas na izobraževanja.*
- *Verjetno slabo poznavanje dela MS in ZT. Premalo časa preživi z nami, da bi videla vse tekoče probleme.*
- *Sestanki so redki in neučinkoviti. Vsak, ki pove kritiko, je izpostavljen.*
- *Lahko bi večkrat prišla na oddelek, četudi na pogovor s srednjim kadrom in zaradi same avtoritete med našim podmladkom.*
- *Da se ne udeležuje naših timskih sestankov.*

Anketirani menijo, da glavna medicinska sestra preveč poudarja hierarhijo, da jih preveč podcenjuje in zapostavlja. To so zapisali z besedami, kot so:

- *Bolj bi morala sodelovati pri delu na oddelku.*

- *Njeno poslušanje in vendar neupoštevanje želja drugih. Vedno naredi tako, da se ne trudi preveč za ZT in SMS pod izgovorom, da to ni v njenih kompetencah*
- *Dvojna merila !*
- *Nimam občutka, da se "bori" za nas.*
- *Zelo malo ali pa nič ne upošteva mnenja podrejenih (ne pozna dela in naloge strokovne ZN).*
- *Nerazumevanje narave dela. Sistem "Tako sem rekla in tako bo."*
- *Ne pozna našega dela in zaradi tega nam ne more ustrezno pomagati.*
- *Glavna MS ima premalo posluha za naše želje, zato tudi odhodi z delovnega mesta.*
- *Ne pozna našega dela, zato ne more popolnoma sodelovati z nami.*
- *Da nas sploh ne opazi, prisluhne in pomaga samo VMS , nas pa kot, da ni! Ko pa ji rečeš, naj pokaže delokrog pa pravi, da ga ni.*
- *Krivično pošiljanje osebja na strokovno izpopolnjevanje. (hodijo VMS)*
- *Ne organizira nam nobenih seminarjev, samo VMS pomaga.*
- *Nedostopnost, dela razlike med kadrom.*
- *Premalo pogovorov s srednjimi medicinskimi sestrami, vedno upošteva le mnenje VMS oz.nadzornih.*
- *Očitno nezaupanje kolektivu in prevelik nadzor (kahle, račke, prah po sobah...).*
- *SMS opozarja le na napake (jogurt in mleko v hladilniku).*
- *Ni pravična. Probleme ne rešuje skupaj z zaposlenimi.*
- *Ni do vseh enaka (ima svoje ljubljence). Skriva se pred problemi, gredo pod preprogo.*
- *Moti me to (morda le zaradi nekega mojega osebnega občutka), da nagrajevanje za opravljeno delo ni odvisno le od kvalitete, ampak bolj od priljubljenosti, oz. njenega osebnega mnenja o kakovosti delovanja podrejenega delavca.*
- *Ona ima vedno prav, in je oblast.*
- *Dela razliko med mladimi, starejšimi - mladih ne mara.*
- *Slabo zanimanje za zaposlene in njihovo zadovoljstvo na delovnem mestu.*

So pa anketirani o glavni medicinski sestri napisali, da ima *dobre odnose s podrejenimi* in imajo dobro mnenje o njej in njenem delu. Napisali so:

- *Glavna medicinska sestra se mi zdi zelo pravična, pri delu z njo me ne moti nič.*
- *Me nič ne moti.*

- *Če se postavim v njeno kožo, mislim da svoje delo dobro opravlja, dobro krmari ladjo. Le čevlje sodi naj kopitar.*
- *Menim, da gl.m.s. opravlja svoje delo maksimalno dobro v okviru danih možnosti - nimam konkretnih pripomb.*
- *Samo uspešno še naprej.*
- *Nič me ne moti.*
- *Z delom glavne medicinske sestre sem zadovoljna.*
- *Do položaja glavne sestre je prišla postopoma in pozna delo srednje in višje sestre, tako da je zelo pravična in korektna.*
- *Vse je OK, zaradi obsežnosti dela mogoče nima veliko časa za malenkosti- ki so tudi pomembne.*
- *Z glavno medicinsko sestro sem zelo zadovoljna. Vedno nas posluša in nam pomaga.*
- *Sem zadovoljna - delo opravlja dobro in strokovno.*
- *Naj bo včasih bolj dostopna, drugače pa je prava oseba na pravem mestu.*
- *Nič, ker dobro organizira delo, ima posluh za podrejene, pripravljena vedno pomagati. Pokaže ti, da te spoštuje.*
- *Če me karkoli moti, se lahko z njo pogovorim na korekten način!*

V odnosu z glavno medicinsko sestro izvajalci zdravstvene nege navajajo premalo učinkovitega komuniciranja, aktivnega poslušanja, delegiranja in povratnih informacij. Prav tako navajajo premalo pohval in spodbud. Očitajo jim favoriziranje posameznikov in nespoštovanje podrejenih. Pravijo tudi, da imajo z glavno medicinsko sestro premalo skupnih sestankov.

Glavna medicinska sestra kliničnega oddelka se mora zavedati, da so dobri medosebni odnosi med člani zdravstvenega tima temelj, na katerem lahko razvijamo in dosegamo skupne cilje. Zaposlenih in njihovega znanja pa ne moremo premikati s silo, lahko jih le usmerjamo z dobrimi odnosi, ki so ključni za uspešno timsko delo.

Skela Savič (2005) pravi, da za doseganje takšnih ciljev v zdravstvu potrebujemo usposobljene vodje, vodje, ki bodo iz klasičnega nadziranja prešli s pomočjo izobraževanja v vodje, ki bodo sposobni ustvarjanja vizije, snovanja strategije, motiviranja za doseganje ciljev in bodo vodili z zgledom. V slovenskem zdravstvu potrebujemo managerje/vodje, ki se bodo zavedali, da je vodenje ljudi znanost in stroka, tako kot njihovo delo z bolniki, za kar so izobraženi.

Če vodja želi, da bo delo uspešno opravljeno, mora imeti poleg organizacijskih tudi komunikacijske sposobnosti in mora nastale konflikte znati reševati na ustrezen način, kar pomeni, da mora biti objektiven in izhajati iz svoje nevtralnosti, sta v svoji raziskavi leta 2011 ugotovili Lorber in Skela Savič.

3.6 POVPREČNE OCENE ZADOVOLJSTVA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE Z DELOM IN ODNOSI TER PREVERJANJE HIPOTEZ

Z namenom boljše preglednosti in potrditve naših sklepanj v uvodu smo za oba sklopa oblikovali še kompozitno oceno oziroma povprečje vseh vprašanj v posameznem sklopu.

V tabeli 3.15 je prikazano, katera vprašanja iz anketnega vprašalnika za izvajalce zdravstvene nege Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smo uvrstili v posamezen sklop.

Tabela 3.15: Pregled sklopov vprašanj o zadovoljstvu na delovnem mestu

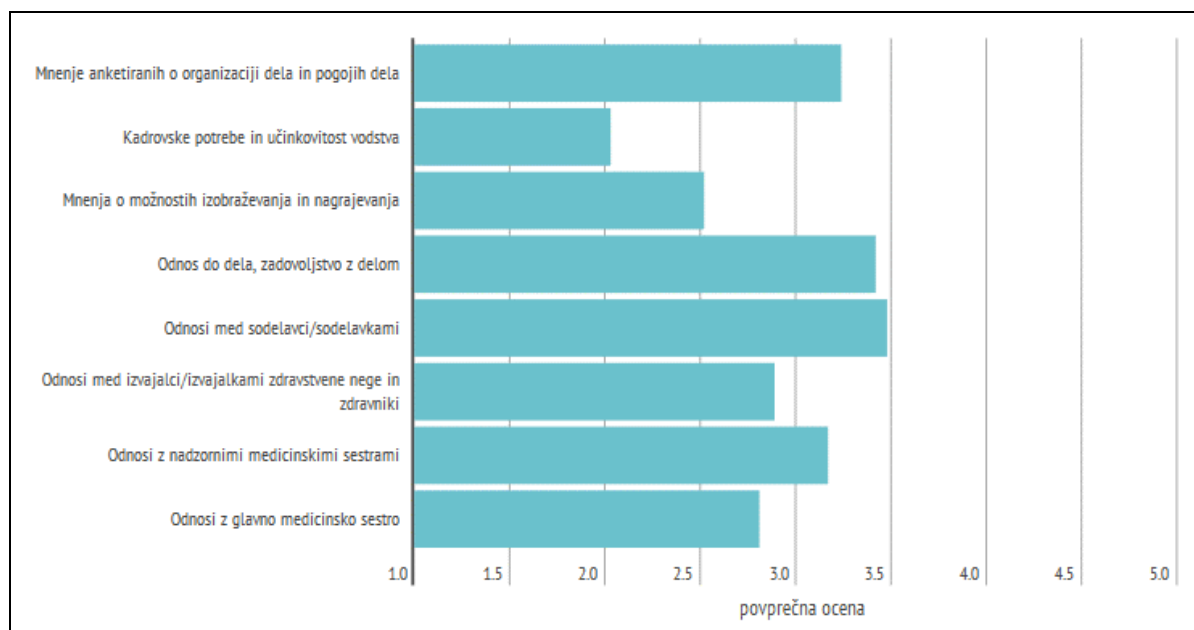
Sklop	Vprašanja
1. Organizacija dela in pogoji dela	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10
2. Kadrovske potrebe in učinkovitost vodstva	74, 75, 76, 77, 78
3. Mnenja o možnostih izobraževanja in nagrajevanja	8, 12, 13, 14, 15, 16, 18
4. Odnos do dela, zadovoljstvo z delom	7, 10, 11, 17, 72, 73
5. Odnosi med sodelavci/sodelavkami	22-31
6. Odnosi med izvajalci/izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki	33-45
7. Odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami	47-56
8. Odnosi z glavno medicinsko sestro	58-70

Pri vseh vprašanjih so udeleženci podali oceno na lestvici od 1 (nikoli/nezadovoljen) do 5 (vedno/popolnoma zadovoljen). Višja ocena torej pomeni višje zadovoljstvo.

Tabela 3.16: Opisne statistike kompozitnih ocen

Sklop	N	Min	Max	M	SD
1. Organizacija dela in pogoji dela	622	1,63	4,50	3,24	0,49
2. Kadrovske potrebe in učinkovitost vodstva	626	1,00	4,00	2,03	0,42
3. Mnenja o možnostih izobraževanja in nagrajevanja	590	1,43	4,86	2,52	0,55
4. Odnos do dela, zadovoljstvo z delom	634	1,33	4,83	3,42	0,56
5. Odnosi med sodelavci/sodelavkami	633	1,80	4,70	3,48	0,52
6. Odnosi med izvajalci/izvajalkami zdravstvene nege in zdravniki	592	1,46	4,69	2,89	0,59
7. Odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami	552	1,50	4,60	3,17	0,63
8. Odnosi z glavno medicinsko sestro	577	1,15	4,69	2,81	0,74

Slika 3.4: Povprečne ocene zadovoljstva po posameznih sklopih.



Na podlagi kompozitnih ocen obeh sklopov vprašanj, ki sta se nanašala na zadovoljstvo z organizacijo dela, pogoji dela in nagrajevanjem (sklop 1, 2, 3, 4) ter odnosi med zaposlenimi (5, 6, 7, 8, 9), smo ugotovili, da izvajalcem zdravstvene nege največ, in sicer z oceno 3,48, pomenijo odnosi s sodelavci, to se pravi odnosi na horizontalni ravni komuniciranja. Anketiranim je zelo pomembna dobra klima v timu in dobri medosebni odnosi. Imajo željo

sodelovati v timu in delovati z ljudmi, ki so pri svojem delu odgovorni, lojalni timu in organizaciji ter iniciativni predvsem pri delu, kar izboljšuje delovne procese.

Na drugo mesto so uvrstili zadovoljstvo z delom in odnos do dela, ki so ga izvajalci zdravstvene nege ocenili z oceno 3,42. Opredelili so se za uspešne, kar pomeni, da so zanesljivi, marljivi, pridni, odgovorni, razumevajoči, samostojni, praktični. Medicinske sestre na Kirurški kliniki vidijo sebe kot uspešne pri delu, torej imajo možnost realizirati lastne potrebe in vrednote, kar jih pri delu najverjetneje motivira in povečuje zadovoljstvo. Medicinskim sestram je delo, ki ga opravljajo, povsem in precej všeč, torej rade opravljajo svoj poklic, vidijo se kot strokovnjakinje.

Na tretjem mestu je zadovoljstvo z organizacijo dela in pogoji dela, ki ima oceno 3,24, čeprav so zaposleni v zdravstveni negi delo ocenili kot težko. Želeli bi si več kadra, opreme in pripomočkov za delo s pacienti. Menijo, da so za delo izredno pomembne jasno opredeljene delovne naloge in dolžnosti. Pogrešajo bolj organizirano, koordinirano delo, časovno in vsebinsko usklajenost procesov, enotna pravila in spoštovanje le-teh ter timsko sodelovanje. Želijo si profesionalno komuniciranje s strani vodij. Izpostavili so izrazito neorganiziranost zdravniškega dela, ki močno vpliva na delovanje zdravstvene nege.

Na četrtem mestu s kompozitno oceno 3,17 so odnosi anketiranih z nadzornimi medicinskimi sestrami, kar dokazuje, da so zaposleni zadovoljni s svojimi neposredno nadrejenimi, torej nadzornimi medicinskimi sestrami, ki izpolnjujejo njihova pričakovanja in izvajajo naloge in dolžnosti, ki izhajajo iz njihove vloge.

Presenetljivo visoko, in sicer na petem mestu v kompozitni oceni z 2,89, je ocenjen odnos med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki. Takoj za odnosi anketiranih z zdravniki je po kompozitni oceni 2,81, ocenjen na šestem mestu, odnos z glavno medicinsko sestro. Količina stika (bolj neposreden in pogostejši) in direktno odrejanje nalog sta lahko vzroka za to, da je odnos z glavno medicinsko sestro ocenjen slabše kot odnosi z zdravniki.

Mnenje o možnostih izobraževanja in nagrajevanja je na sedmem mestu kompozitne ocene, ki znaša 2,52. Zaposleni v zdravstveni negi opozarjajo, da je premalo možnosti za strokovna izpopolnjevanja, menijo, da vodje favorizirajo osebe, ki se udeležujejo strokovnih izobraževanj.

Menijo, da bi morali več aktivnosti in časa oz. skrbi posvetiti kariernemu razvoju zaposlenih. Iz tega bi se dalo sklepati, da se izvajalci zdravstvene nege na Kirurški kliniki udeležujejo izobraževanj predvsem zaradi želje po sledenju novostim, izmenjavi izkušenj in dobrih praks, so motivirani za nova znanja, istočasno pa se zavedajo, da je to njihova dolžnost.

Zaposleni slabo poznajo kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti, največja skupina so zlasti mlajše osebe. Opozorili so na to, da jim nihče ne razloži kriterijev za ocenjevanje.

Večinoma so bili izvajalci zdravstvene nege redko nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti. Nagrade in pohvale za njihovo delo jim veliko pomenijo. Ocenjujejo, da so uspešni pri delu, zato pričakujejo nagrado.

Kompozitna ocena za sklop kadrovske potrebe in učinkovitosti vodstva je 2,03, najnižja. Zaposleni v zdravstveni negi imajo največje težave s pomanjkanjem kadra. Potrebe po kadru so jasno izražene, izredno velike. Pričakujejo nadomestila po odpovedi delovnega razmerja in za dolgotrajno odsotnost z dela, kar je logično in pričakovano. Z učinkovitostjo vodstva tretjina zaposlenih ni zadovoljna. Od vodstva pričakujejo zagotavljanje ključnih resursov za delo (kader, oprema, izobraževanje).

Kompozitnim ocenam sledi preverjanje hipotez, ki smo si jih zastavili v uvodu magistrske naloge.

H1: Medicinske sestre in zdravstveni tehniki radi opravljajo svoje delo.

Pri H1 smo predvidevali, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki radi opravljajo svoje delo. Hipotezo smo testirali s pomočjo t-testa za en vzorec, kot mero zadovoljstva z delom pa smo določili vprašanje 17: »Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?«.

Glede na to, da je na vprašanje možno odgovoriti z vrednostmi od 1 do 5, smo kot testno vrednost določili 3,5, kar pomeni nadpovprečno zadovoljstvo. Rezultati t-testa so prikazani v tabeli 3.17 in tabeli 3.18.

Tabela 3.17: Opisne statistike - H1

	N	M	SD
Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?	661	4,25	0,74

Tabela 3.18: T-test za en vzorec - H1

	testna vrednost = 3.5					
	t	df	P	povpr. razlika	95% IZ	
					SM	ZM
Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?	25,956	660	,000	,752	,695	,809

Rezultati t-testa za en vzorec so pokazali, da je v povprečju odgovor na vprašanje »Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?« statistično značilno višji od 3.5 [$t(660) = 25,956$; $p < ,01$], torej lahko trdimo, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki radi opravljajo svoje delo, in s tem tudi potrdimo H1.

H2: Medicinske sestre in zdravstveni tehniki težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje ter imajo premalo prostega časa za počitek.

Pri drugi hipotezi smo predvidevali, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje ter da imajo premalo prostega časa za počitek. H2 smo tudi preverjali s pomočjo t-testa za en vzorec.

Na vprašanjih 20: »Ali imate vpliv na razporejanje delovnega časa?« in 21: »Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijete?« smo za testno vrednost tudi določili 3.5. Povprečna vrednost, nižja od 3,5, bi pomenila, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki nimajo vpliva na razporejanje delovnega časa in dovolj prostih dni oz. dopusta. Rezultati t-testa so prikazani v tabeli 3.19 in tabeli 3.20.

Tabela 3.19: Opisne statistike – H2

	N	M	SD
Ali imate vpliv na razporejanje delovnega časa?	654	3,01	1,11
Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijete?	661	2,83	0,95

Tabela 3.20: T-test za en vzorec – H2

testna vrednost = 3.5						
	t	df	p	povpr. razlika	95% IZ	
					SM	ZM
Ali imate vpliv na razporejanje - delovnega časa?	11,215	653	,000	-,489	-,575	-,403
Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, - počitka, da se spočijete?	17,915	660	,000	-,666	-,739	-,593

Rezultati t-testa za en vzorec so pokazali, da so povprečne vrednosti pri obeh vprašanjih statistično značilno nižje od 3,5, torej lahko potrdimo H2 in zaključimo, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje ter da imajo premalo prostega časa za počitek.

H3: Odnos zdravnikov do medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo z razmerami na delovnem mestu.

Pri tretji hipotezi nas je zanimalo, ali odnos zdravnikov do medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo z razmerami na delovnem mestu. H3 smo preverjali s pomočjo korelacij med vprašanjem 17: »Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?« in vprašanji, povezanimi z odnosom z zdravniki. Korelacije so prikazane v tabeli 3.21.

Tabela 3.21: Korelacije med zadovoljstvom na delovnem mestu in različnimi merami odnosa z zdravniki.

Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?	r
Ali imate občutek, da ste zdravniku enakovreden sodelavec?	,158*
Ali imate možnost zdravniku povedati vse informacije, ki jih opazate pri pacientu?	,228*
Ali poteka med vami in zdravniki dvosmerna komunikacija?	,159*
Ali poteka neposredno sodelovanje z zdravniki na strokovno dober, učinkovit način?	,186*
Ali poteka neposredno sodelovanje z zdravniki v profesionalnem, prijetnem vzdušju?	,124*
Ali imate z zdravniki dobre medosebne odnose?	,221*
Kako pogosto s pripravljenim pacientom (na pregled, poseg) čakate na zdravnika?	,149*
Ali se zdravnik na vaš klic ob spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta takoj odzove?	,194*
Ali se zdravnik po prejemu vašega sporočila primerno odzove?	,234*
Kako pogosto so odnosi z zdravniki vir vašega nezadovoljstva ali stresa pri delu?	,092*
Kako pogoste imate z zdravniki delovne sestanke?	,084*
Ali imate kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka?	,124*
Ali vas zdravniki informirajo z novostmi na področju zdravljenja bolnikov, ki vplivajo na celotno zdravstveno obravnavo?	,075*

*korelacija je statistično značilna na ravni $p < ,05$.

Čeprav so korelacije v tabeli 10 dokaj nizke (,075 - ,234), so vse statistično pomembne. Vse korelacije so pozitivne, kar pomeni, da se z izboljšanjem odnosa zdravnikov do medicinskih sester izboljšuje tudi zadovoljstvo z razmerami na delovnem mestu. Glede na višino korelacij lahko H3 delno potrdimo in zaključimo, da obstaja šibka, ampak statistično značilna povezanost med odnosom z zdravniki in zadovoljstvom z razmerami na delovnem mestu.

4 RAZPRAVA IN INTERPRETACIJA REZULTATOV EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA

Anketirani, ki so sodelovali v raziskavi na Kirurški kliniki v UKC Ljubljana, so opisali svoje delovne naloge kar v 50,4 % za težke in pretežke. Večina jih meni, da nima dovolj časa, da opravi svoje delo in da jim je naložen prevelik obseg dela. To je posledica preobremenjenosti, v smislu vsebine dela in dela preko polnega delovnega časa. Dela marsikdaj ne morejo dobro in natančno opraviti, kar jim povzroča občutek nemoči, občutek neustrezne rešitve. To pomeni notranji konflikt, ki lahko vodi v stanje frustracije in povečane čustvene napetosti ter vznemirjenosti. Zahtevnost zdravstvene obravnave pacientov na Kirurški kliniki je večja kot v preteklosti. Povečana je intenziteta dela, narašča obseg strokovnega dela, ležalna doba je krajša. Zaposleni opozarjajo na pomanjkanje kadra, ki vpliva na kakovost zdravstvene nege, na zadovoljstvo pacienta, njegovo varnost in lahko tudi na zdravstvene izide. Medicinske sestre so utrujene, občutijo nezadovoljstvo, ker marsikdaj dela ne morejo opraviti skladno s strokovnimi standardi. Posledica pomanjkanja kadra, preobremenjenosti kadra in pomanjkanja časa pa je velikokrat neprimerna komunikacija, tako do sodelavcev kot tudi do pacientov in njihovih svojcev.

Skoraj 60,0 % anketiranih medicinskih sester pri svojem delu srednje pogosto ali nikoli nima vseh potrebnih pripomočkov za dobro opravljanje dela. Anketiranci z visoko in univerzitetno izobrazbo so se največkrat opredelili (19,7 %), da imajo redko vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela, in celo v 9,0 %, da nikoli nimajo vseh potrebnih sredstev. Poudarili so pomanjkanje pripomočkov za delo (npr. pomanjkanje perila, krpic za umivanje pacientov), pomanjkanje preventivnih pripomočkov za preprečevanje razjed zaradi pritiska (spominske pene, antidekubitalne blazine,...), pomanjkanje potrebnih aparatov (npr. monitorji, perfuzorji, infuzijske črpalke,...). Opozarjajo tudi na zastarelo, iztrošeno opremo in na prostorsko stisko oziroma pomanjkanje nujnih prostorov za izvajanje postopkov in posegov, skladno s Standardnimi organizacijskimi predpisi. Nedopustno je, da zaposleni v zdravstveni negi nimajo vseh ustreznih pripomočkov oz. sredstev za delo s pacienti. V UKCL je vedno dovolj denarja za najbolj sofisticirano opremo, ki se uporablja v diagnostično-terapevtske namene, za elementarne pripomočke za delo zdravstvene nege pa se težko najdejo finančna sredstva. Delodajalec s tem krši pogodbo o zaposlitvi in Zakon o pacientovih pravicah.

Medicinske sestre imajo v 90,0 % srednje pogosto, pogosto in vedno vse potrebne informacije za dobro opravljanje dela. 9,2 % je tistih, ki pravijo, da imajo redko vse potrebne informacije. Opozarjajo na pomanjkanje informacij, slab prenos informacij, na anarhijo, v kateri noben dogovor ne velja, na neusklajenost vodij, menijo, da ni timskega dela, pogrešajo več jasnih navodil in povratne informacije. Glede na naše izkušnje in izvedeno raziskavo ugotavljamo, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo redko vse potrebne informacije za dobro opravljanje dela (9,2 %), najverjetneje večinoma tisti, ki so odsotni, bodisi zaradi bolezni (krajši ali daljši čas), strokovnega izpopolnjevanja in drugih odsotnosti, ki izhajajo iz pravic delavcev.

Vodja je zadolžen za prenos informacij. Zelo pomembno je, da vodja – glavna medicinska sestra ne le, da prisluhne sodelavcem, temveč da jih tudi sliši in razume. Razumeti mora vsa sporočila, tista, ki jih sam pošilja, in tudi tista, ki jih dobiva. Košir (1999, 24) pravi, da nas komuniciranje ne dela samo sporočevalce ali prejemnike informacij, temveč udeležence delitve in daritve. Komuniciramo zato, da smo v navezi, v medsebojni zvezi. Da smo skupaj. Iz biti skupaj raste skupnost, ki je smisel komuniciranja.

Največ anketiranih meni, da jim je v 76,3 % vedno in pogosto jasno, kaj so njihove delovne naloge in dolžnosti. 15,2 % je tistih, ki menijo, da jim je srednje pogosto jasno, kaj so njihove delovne naloge. 8,4 % oseb se je opredelilo, da jim je redko jasno, in 2,0% zaposlenih v zdravstveni negi je, ki jim nikoli ni jasno, kaj so njihove delovne naloge. Predvsem izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo izpostavljajo, da niso jasno razmejene naloge med srednjimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Opozarjajo na pogosto opravljanje del in nalog, ki ne sodijo v njihov delokrog, in na to, da jim je naloženega preveč dela. Izpostavljajo tudi delo, za katerega nimajo ustrezne izobrazbe, in na to, da pogrešajo natančno opisane delokroge. V Pogodbi o zaposlitvi, ki jo sklene posameznik z delodajalcem, ni navedenih konkretnih nalog, priloženi so popisni list zahtevnosti delovnega mesta, v katerem je opredeljen naziv in šifra delovnega mesta, vsebina delovnih nalog v 6 alinejah, stopnja strokovne izobrazbe, dodatna ali funkcionalna znanja in interni dokumenti.

Polovica anketirancev (50,8 %) pogosto lahko sama odloča, kako opraviti svoje delo. 26,3 % je tistih, ki se srednje pogosto lahko sami odločajo, kako opraviti svoje delo. 13,5% je oseb, ki se redko lahko sami odločajo, samo 7,5 % je tistih, ki se vedno lahko sami odločajo, kako opraviti svoje delo. Mlajše osebe se manjkrat lahko same odločajo, kako opraviti svoje delo.

Starejše osebe so večkrat navedle, da lahko pogosto in vedno same odločajo, kako opraviti svoje delo. Le-te imajo več znanja, izkušenj, spretnosti, so bolj usposobljene, hitreje in varno opravijo naloge. Starejše osebe so večkrat v vlogi vodje oz. nadzorne medicinske sestre. Zaskrbljujoče je, da je samo 7,5 % tistih, ki se lahko sami odločajo, kako opraviti svoje delo, kajti vsak ima to možnost. Delo na področju zdravstvene nege je potrebno opraviti dobro, profesionalno, avtonomno, kompetentno, suvereno, skladno s strokovnimi standardi in Kodeksom etike izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe. Medicinske sestre prevzamejo odgovornost za delo, ki jim je zaupano. Prevzeti odgovornost za nekaj je zmožnost in moč odzivanja. Medicinske sestre so odgovorne za svoje delo. Njihova dolžnost je skrb za pacienta, ta dolžnost pa je istočasno pravica pacienta.

73,8 % anketiranih na Kirurški kliniki ima vedno in pogosto možnost v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti. Mlajši imajo to možnost redkeje kot starejši. 34,7 % je tistih, ki lahko srednje pogosto uporabijo svoje spretnosti in sposobnosti. Starejše osebe pogosto in vedno v celoti uporabijo svoje spretnosti in sposobnosti. Izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo v 22,3 % redko imajo možnost ali nikoli nimajo možnosti v celoti uporabiti svojih spretnosti in sposobnosti, kar je zanimivo. Vodje v bolj izobraženih sodelavkah ne vidijo pomembnega potenciala in dodane vrednosti. Predvidevamo, da se verjetno vodje »bojijo« zaposlenih z visoko in univerzitetno izobrazbo, ker sami nimajo širšega diapazona znanja. V kolegicah vidijo konkurenco, nevarnost, da se jim »zamaje« položaj. Ne želijo upoštevati njihovih idej, kreativnosti, predlogov, pripomb. Ne prepoznajo pomembnega potenciala in priložnosti za povezovanje in nadgradnjo teoretičnega in praktičnega znanja ter posledično priložnosti za uvajanje sprememb, izboljšav. Ne želijo neformalnih vodij, zato jim ne posredujejo vseh informacij.

V zelo močno hierarhičnem zdravstvenem timu ima ključno besedo na strokovni in nemalokrat tudi organizacijski ravni zdravnik, ki je nosilec zdravstvene dejavnosti. Pogosto rečemo pa tudi pišemo, da so zdravniki tisti, ki nas ne spoštujejo, ne poznajo timskega dela, ne želijo sodelovati. Tudi medicinske sestre med seboj, znotraj poklicne skupine, so si velikokrat pravi sovražniki, nesramni, arogantni, neprofesionalni, ozki, primitivni,...

56 % anketiranih na Kirurški kliniki meni, da za svoje delo niso nikoli oz. so redko primerno plačani. 38,7 % oseb je mnenja, da so srednje primerno plačani za svoje delo. Zaposleni v zdravstveni negi so nezadovoljni s plačilom, tudi za to, ker delajo preko polnega delovnega

časa tudi 30 in več ur mesečno. Ure preko polnega delovnega časa so jim vodje odredili, vendar te ure niso vse izplačane v obliki nadur. Zaželeno je, da se te ure prenesejo v naslednji mesec in se koristijo. Le to največkrat ni možno zaradi pomanjkanja kadra. Če se medicinski sestrski omogoči koriščenje ur, mora vodja nekoga drugega za to dodatno obremeniti. To je začaran krog. Redko kdo je zadovoljen s svojo plačo. Ponavadi ljudje menijo, da za svoje delo niso primerno nagrajeni, plačani. Delo medicinske sestre je poslanstvo, ki se ga ne da plačati. Poslanstvo je mnogo več kot denarna spodbuda.

Skoraj polovica anketirancev meni, da jim pogoji dela in organizacija dela povzročajo pogosto in vedno nezadovoljstvo in stres. Opozarjajo na slabo organizacijo, nekoordiniranost, dodatno delo, preveč nezadovoljstva in slabe volje s strani sodelavcev, na neorganiziranost in razpuščenost, podvajanje določenega dela, časovno neusklajenost z zdravniki. Izpostavljajo neorganiziranost in neusklajenost zdravniškega dela, ki posledično močno vpliva na delo zdravstvene nege. Menijo, da zdravniki ne spoštujejo dogovorov in da svoj delovni čas in delovne pogoje prilagajajo sebi in ne zdravstveni obravnavi pacienta. Prav tako so problem medsebojni odnosi oziroma medpoklicno sodelovanje zdravnik – medicinska sestra, pomanjkanje timskega dela, omalovažujoč odnos zdravnikov do dela medicinskih sester. Poudarjajo tudi samovoljo posameznikov, nezainteresiranost, premajhno elastičnost in kreativnost. Opozarjajo na izjemno veliko stresnih situacij, preveliko število pacientov oziroma prezasedenost bolniških postelj in v zvezi s tem pomanjkanje kadra in časa za opravljanje vseh aktivnosti v posamezni delovni izmeni. Pogrešajo ustrezno komunikacijo s strani vodij oziroma odgovornih zdravnikov in strani glavnih medicinskih sester.

Stres na delovnem mestu medicinskih sester je nemogoče popolnoma odstraniti, saj je pod normalnimi pogoji neposredno delovno okolje vedno nekoliko stresno. Nenehen stres pa lahko postane nevaren za naše zdravje.

38,5 % anketirancev ima vedno in pogosto možnost sproti reševati probleme, povezane z delom. 38,6 % pa ima srednje pogosto možnosti sproti reševati probleme. Večinoma moramo v zdravstvu oz. na področju zdravstvene nege probleme oz. neželena stanja takoj rešiti, kajti če zmanjka svežih pižam za paciente oz. bolniško perilo, ga moramo na vsak način nekje dobiti, ker je pacienta potrebno preobleči. Če v popoldanskem času manjka medicinska sestra, ki je ta dan na urniku razpisana in je zbolela, jo je potrebno nadomestiti. Glavna medicinska sestra je zadolžena za reševanje kadrovskih izpadov.

Skoraj 60,0 % anketirancev meni, da je na oddelku glede na potrebe zdravstvene nege bolnikov premalo zdravstvenih tehnikov. 63,7 % medicinskih sester s srednjo izobrazbo meni, da je zdravstvenih tehnikov premalo, medtem ko 48,2 % anketiranih z visoko in univerzitetno izobrazbo meni, da je zdravstvenih tehnikov premalo. Tudi zaposleni z višjo izobrazbo so se v 47,4 % opredelili, da je zdravstvenih tehnikov premalo. Zaposleni v zdravstveni negi na različnih izobrazbenih stopnjah menijo, da zdravstvenih tehnikov ni preveč.

42,7 % anketirancev meni, da je diplomiranih medicinskih sester premalo. 12,9 % izvajalcev zdravstvene nege pa meni, da je diplomiranih medicinskih sester celo preveč. Anketirani z višjo izobrazbo menijo v 60,0 %, da je diplomiranih medicinskih sester premalo. Medicinske sestre z visoko in univerzitetno izobrazbo pa menijo v 81,9 %, da je diplomiranih medicinskih sester premalo. Torej, srednje medicinske sestre v 63,7% menijo, da je absolutno premalo srednjih medicinskih sester in da je diplomiranih medicinskih sester dovolj (51,9 %) oziroma celo preveč (18,7 %). Višje medicinske sestre (60,0 %) in medicinske sestre z visoko in univerzitetno izobrazbo pa menijo, da je absolutno premalo diplomiranih medicinskih sester (81,9 %), zdravstvenih tehnikov pa je po njihovem mnenju dovolj (50,9 %). Zdravstveni tehniki menijo, da je diplomiranih medicinskih sester dovolj in celo preveč, ker ne poznajo v celoti dela oz. delokroga diplomiranih medicinskih sester. Diplomirane medicinske sestre imajo veliko posrednega dela z bolniki. To pomeni, da naročajo krvne in druge preiskave, konziliarne preglede, skrbijo za organizacijo prevozov pacientov, načrtujejo, organizirajo, dokumentirajo, izvajajo in evalvirajo proces zdravstvene nege, skrbijo za zdravstvenovzgojna navodila. Zdravstveni tehniki ne vedo, kaj vse je zdravnik naročil diplomirani medicinski sestri, da naredi in izpelje.

61,2 % anketirancev se je opredelilo, da je vodstvo zdravstvene nege Kirurške klinike srednje, povsem in precej učinkovito pri reševanju aktualnih problemov na oddelkih. 28,0% jih meni, da je učinkovitost vodstva zdravstvene nege pri reševanju problemov na oddelkih slaba. Največji problem zdravstvene nege na Kirurški kliniki je kader, zato zaposleni pričakujejo takojšnje rešitve. Sleherni zaposleni v zdravstveni negi ni seznanjen z možnostjo in pristojnostjo reševanja kadrovske problematike. To je v veliki meri odločitev vodstva UKC Ljubljana, Ministrstva za zdravje in politike. Tudi nabava opreme, pripomočkov za delo je v veliki meri vodena z nivoja UKC Ljubljana in Komercialnega sektorja, nabava je omejena glede na razpoložljiva finančna sredstva.

Vsak drugi anketiranec meni, da nima nikoli ali ima redko možnost dodatnega izobraževanja. 30,0 % je tistih, ki so se opredelili, da imajo srednje pogosto možnost, le 19,0 % zaposlenih v zdravstveni negi pa ima pogosto in vedno možnost dodatnega izobraževanja. Opozorili so na pomanjkanje strokovnih izpopolnjevanj, na premalo časa, ki je namenjen za izobraževanje, in na to, da se strokovnih izpopolnjevanj udeležujejo vedno ene in iste osebe. Menijo, da na Kirurški kliniki premalo skrbimo za karierni razvoj zaposlenih. Opozarjajo, da si morajo nekatera strokovna izpopolnjevanja plačevati sami. Denar, ki je namenjen za strokovna izpopolnjevanja, je omejen. Naloga vodij je krmarjenje med zagotavljanjem zakonskih določil in pravil, strokovnih standardov in razpoložljivimi finančnimi sredstvi. Rezultat je realen in v večji meri pričakovan glede na obseg finančnih sredstev, ki so namenjena za strokovno izpopolnjevanje zaposlenih na Kirurški kliniki. Izjemoma si zaposleni plačajo strokovno izpopolnjevanje sami, če je to njihova izrecna želja.

Skoraj polovica anketiranih prav nič ne pozna kriterijev ali malo pozna kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti. Izvajalci zdravstvene nege pravijo (32,5 %), da prav nič ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti. 48,5% medicinskih sester na Kirurški kliniki srednje in malo pozna kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti.

Obstajajo statistično pomembne razlike, kajti največja skupina so mlajši, ki prav nič ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti, povsem pa jih poznajo starejši od 41 let starosti dalje, in sicer 48,4 %. Anketirani s srednjo izobrazbo so se v 36,6 % opredelili, da prav nič ne poznajo kriterijev. Medicinske sestre z visoko in univerzitetno v 25,8% precej in povsem poznajo kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti. Opozorili so na to, da jim nihče ne razloži kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti in da teh kriterijev nihče ne upošteva. Moti jih, ker je napredovanje možno le po plačilnih razredih, z zbiranjem točk in na podlagi časa zaposlitve, ne pa glede na usposobljenost, strokovnost, spretnost, iniciativnost. Mlajši še ne poznajo kriterijev za nagrajevanje delovne uspešnosti, ker prva tri leta zaposlitve še ne morejo napredovati. Vodjem se ne zdi pomembno, da jih o tem seznani, ker še ni potrebno oz. ker še niso v »oknu ranljivosti«. Medicinske sestre z visoko in univerzitetno izobrazbo v 25 % precej in povsem poznajo kriterije za nagrajevanje. To so verjetno predvsem nadzorne medicinske sestre in glavne medicinske sestre, ki so se morale najprej seznani s kriteriji in ki morajo le te poznati, ker ocenjuje podrejene.

Največ respondentov (44,8 %) je bilo redko nagrajenih iz naslova delovne uspešnosti, sledijo tisti, ki so bili srednje nagrajeni (21,0 %). Pogosto je bilo nagrajenih 7,1 % zaposlenih, najmanj anketiranih (1,2 %) je bilo vedno nagrajenih iz naslova delovne uspešnosti.

Obstaja statistično pomembna razlika glede na starost in izobrazbo. Največji odstotek zaposlenih, ki so bili pogosto in srednje nagrajeni, je 43,1 % v starostni skupini več kot 50 let, kar je skladno s Pravilnikom o napredovanju delavcev, zaposlenih v zdravstvu. Slaba tretjina mlajših oseb do 30 let nikoli ni bila nagrajena iz naslova delovne uspešnosti. Mladi so bili redko nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti (37,9 %). Največji odstotek medicinskih sester, ki so bile redko nagrajene iz naslova delovne uspešnosti (43,9 %), so srednje medicinske sestre in medicinske sestre z visoko in univerzitetno izobrazbo (48,5 %). Starejši oziroma zaposleni v starostni skupini več kot 50 let so bili največkrat nagrajeni, kar je skladno s Pravilnikom o napredovanju. Tretjina mlajših do 30 let še ni bila nagrajena.

Anketiranci menijo, da so v 82,5 % pogosto in vedno uspešni pri delu. V raziskavi »Medicinske sestre v Sloveniji« leta 2001 je bilo ugotovljeno, da je za medicinske sestre zelo pomembno, da delo opravijo na najboljši možni način, tudi če jih to včasih omejuje pri ostalih stvareh v življenju (Renata Zupančič 2001). Medicinske sestre na Kirurški kliniki so se opredelile za uspešne oz. da so uspešne pri delu, kar pomeni, da so zanesljive, marljive, odgovorne, razumevajoče, praktične, samostojne. Uspešnost pomeni tudi odgovornost. Zavedajo se svojega poklicnega poslanstva. Iz tega sledi, da imajo relativno visoko samopodobo in dobro izraženo poklicno identiteto.

Največji odstotek (49,5 %) anketiranih meni, da ima srednje dovolj časa, da opravi svoje delo. Kar 15,0 % medicinskih sester ima redko dovolj časa za delo, ki ga mora opraviti. Izvajalci zdravstvene nege so opozorili na prekomerne obremenitve v posamezni delovni izmeni, na urnik dela, na premeščanje z enega delovišča na drugo. To, da medicinske sestre nimajo dovolj časa, da opravijo svoje delo, je zelo zaskrbljujoče. To pomeni, da nimajo dovolj časa, da bi pomagale bolniku, da bi zanj skrbele in zadovoljevale vse njegove potrebe. Nimajo časa za pogovor z bolnikom, za terapijski odnos. Če medicinske sestre nima dovolj časa, da opravi svoje delo, velikokrat hiti, lahko opravi delo površno ali pa naredi napako. Ne izpolni pričakovanj bolnika in njegovih svojcev, bolnik ji težko zaupa, ne izpolni pričakovanja družbe, v nevarnost spravlja sebe in druge, omajan je tudi ugled poklica. Izvajalci zdravstvene nege včasih izgubljajo nadzor nad delom, nad samim seboj, nad celotno situacijo, kar jih

spravlja v stres in delujejo včasih kaotično, ne dajejo vtisa, da so suvereni pri svojem delu. Postajajo avtomati, roboti, v ospredju je storilnostna naravnost. S tem se spreminjajo podoba medicinske sestre, njeno vedenje, ravnanje, poklicne lastnosti, profesionalno poslanstvo. Izgubljajo se naši oporniki, preoblikujejo se pričakovana socialna vedenja. Zaposleni, ki so preobremenjeni in nimajo časa, da bi kakovostno opravili svoje delo, težko najdejo čas tudi za svoje osnovne življenjske potrebe (malica, toaletni prostor).

29,9 % anketiranih na Kirurški kliniki ima pogosto vpliv na razporejanje delovnega časa, 28,5% pa je tistih, ki imajo srednje pogosto vpliv na razporejanje delovnega časa. Torej 58,4% izvajalcev zdravstvene nege na Kirurški kliniki ima srednje pogosto in pogosto vpliv na razporejanje delovnega časa. 23,8 % je tistih, ki imajo redko vpliv na razporejanje delovnega časa. Verjetno je to v primeru, da vodja oziroma glavna medicinska sestra ni mogla upoštevati želje zaposlenih, ker je prišlo do nepredvidenih odsotnosti zaposlenih v zdravstveni negi zaradi bolezni in posledično kadrovske zasedbe. Mlajše osebe v 49,0 % redko in nikoli nimajo vpliva na razporejanje delovnega časa. Starejše osebe od 40 let pa imajo pogosto (72,1 %) in vedno (31,5 %) vpliv na razporejanje delovnega časa. Izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo v 50,6% redko in nikoli ne morejo vplivati na razporejanje delovnega časa. Izvajalci zdravstvene nege z višjo, visoko in univerzitetno izobrazbo lahko pogosto in vedno vplivajo na razporejanje delovnega časa v 64,2 %.

Kot kaže raziskava, je vsak tretji anketiranec na Kirurški kliniki preobremenjen. 38,2 % anketirancev meni, da ima srednje dovolj prostih dni za počitek, 30,2% oseb pa meni, da ima redko dovolj prostih dni za počitek. 7,2 % anketirancev pravi, da nikoli nima dovolj počitka. Mlajše osebe imajo največkrat redko (40,0 %) dovolj prostih dni za počitek in ne tako kot starejše osebe. Starejše osebe imajo v 42,0 % pogosto in vedno dovolj prostih dni za počitek. Kar 30,0 % medicinskih sester na Kirurški kliniki se redko spočije od naporov, ki jih imajo v službi. Opozarjajo na premalo prostih dni, na neenakomerno obremenitev zaposlenih, na možnost koriščenja daljšega letnega dopusta v poletni sezoni, na neprijazen tedenski razpored dela (1. dan dopoldne, 2. dan popoldne, 3. dan ponoči), na pogosto delo med vikendi in prazniki. Izpostavili so tudi, da imajo premalo prostih dni za počitek in da težko usklajujejo svoje poklicne obveznosti z družinskimi. Pravijo, da na delu preživijo večino svojega časa in se zato ne morejo posvečati družini. Pogrešajo več prostih dni, zlasti med vikendi in prazniki, na pogosto neupoštevanje želja pri razpisovanju urnikov dela, na nepredvidljive konce

operativnih posegov in posledično nepredvidljiv konec delovnika, na preveliko število dežurstev. Težko si vzamejo čas za malico, ni odmora za kosilo v času dežurstva.

85 % anketiranih na Kirurški kliniki je delo, ki ga opravljajo, všeč in ga radi opravljajo. Zadovoljni so z izbiro poklica, poklicnim poslanstvom, imajo dober odnos do dela, čutijo pripadnost delovni skupini.

64,1 % anketiranih v naslednjih 12 mesecih ne bo iskalo nove zaposlitve. Najbolj prepričane o tem so osebe z višjo izobrazbo, sledijo osebe s srednjo izobrazbo. O verjetnosti iskanja nove zaposlitve pa največkrat razmišljajo izvajalci zdravstvene nege z visoko in univerzitetno izobrazbo (43,5 %). 35,9 % zaposlenih v zdravstveni negi na Kirurški kliniki bo verjetno v naslednjem letu poiskalo novo zaposlitev. Vsak drugi anketirani v zdravstveni negi na Kirurški kliniki razmišlja o zamenjavi delovnega mesta.

Z razvojem znanosti, tehnike in hitrim pretokom informacij ter večjo demokratizacijo družbe pričakuje le-ta sodobna, čedalje bolj izobražena in osveščena družba določene spremembe tudi na področju zdravstvene nege bolnika. Priča smo velikim demografskim spremembam, življenjska doba se daljša, govorimo lahko o »problemu starostnikov« - upoštevati moramo družbene spremembe.

Razlogi za spremenjeno vsebino dela in povečano število postopkov, posegov in večji delokrog izvajalcev zdravstvene nege so naslednji: uvajanje novih dejavnosti, širitev dejavnosti in povečan obseg dela, krajšanje ležalne dobe, povečanje intenzitete dela, razvoj transplantacijske dejavnosti, povečana diagnostična-terapevtska dejavnost, ki ima za posledico vključevanje izvajalcev zdravstvene nege ter sodelovanje in izvajanje nadzora zdravstvene nege pri bolniku; posebej bi izpostavili pripravo bolnika za diagnostični poseg ter varen transport vitalno ogroženega bolnika v obe smeri, povečan priliv bolnikov – poškodovancev in najtežjih bolnikov iz cele Slovenije na Kirurško kliniko (Centralno intenzivno terapijo), povečano število sprejetih urgentnih bolnikov, povečana potreba po zdravstveni negi bolnikov in poškodovancev, starejših od 75 let (življenjska doba se daljša), povečano število politravmatiziranih bolnikov, zaradi varnosti in intenzivnega dela postopno prehajanje na 24-urno redno delo; uvedba dvo-in troizmenskega dela tudi za višje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre, ki so včasih delale pretežno samo dopoldne in bile vključene v dežurstvo. Neprekinjenost zdravstvene nege omogoča optimalno, uravnoteženo in bolnikovim potrebam prilagojeno aktivnost medicinskih sester, povečano število kompleksnih

medicinskih, kirurških posegov. Posledično je bolj zahtevna zdravstvena nega, spremenjena je vsebina dela na področju zdravstvene nege. Sledijo: dokumentiranje zdravstvene nege, povečan obseg indirektna zdravstvene nege, celostna obravnava bolnika; zahtevnejše zdravstvenovzgojno delo – bolniki so bolj osveščeni, zahtevajo več, zagotavljanje večje kvalitete dela na sekundarnem in terciarnem nivoju ter spremljanje novosti na vseh področjih zdravstvene nege. Te novosti so: uvedba timskega modela v organizaciji zdravstvene nege, izdelava strokovnih standardov – postopen pristop k strokovno neoporečnemu in varnemu delu, upoštevanje strokovnih standardov v zdravstveni negi in priporočil Komisije za preprečevanje bolnišničnih okužb, učenje zaposlenih in preverjanje standardov oziroma znanja, odpravljanje napak in pomanjkljivosti, ugotovljenih pri strokovnem nadzoru, povečana potreba po izolacijskih ukrepih zaradi večjega števila bolnikov z odpornimi mikroorganizmi (nujnost kohortne izolacije), spremljanje bolnišničnih okužb. Tem novostim sledijo še: razširitev pedagoške dejavnosti, priprava funkcionalnih izobraževanj, izvajanje pedagoškega dela na vseh nivojih zdravstvene nege, (le-to pa zahteva veliko dela, energije, časa, predvsem pa zadostno in ustrezno število usposobljenega kadra). Kirurška klinika je tudi učna baza za dijake Srednje zdravstvene šole in študente Visoke šole za zdravstvo. Zaradi strokovnih izpopolnjevanj, dodatnih izobraževanj, študijskih dopustov, uvedbe in razvoja znanstvenoraziskovalne dejavnosti na področju zdravstvene nege, je pričakovana tudi večja odsotnost izvajalcev zdravstvene nege (Mrak 2014).

Zaradi naraščajočega obsega strokovnega dela, povečane intenzitete dela je potrebno na kliničnih oddelkih zagotoviti ustrezen prostor, opremo in kader za formiranje teh enot. Bolniki so nameščeni po običajnih bolniških sobah, kar povečuje stopnjo ogroženosti bolnikov in onemogoča kakovostno, strokovno neoporečno zdravljenje in zdravstveno nego. Nadzor in oskrba teh bolnikov sta bistveno težja in slabša.

Enote intenzivne nege so zaključene celote v okviru kliničnih oddelkov, kjer se predvideva 100% zasedenost. Bolniki so predvidoma v III. kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege, kar pomeni, da je bolnik pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti popolnoma odvisen od naše pomoči, potrebuje stalen, splošen nadzor in pogoste medicinsko-tehnične posege do 12x na dan. V III. kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege je za 24-urno zdravstveno nego desetih bolnikov potrebno 16,3 ZT in 5,4 viš. med. ses. /dipl. m. s..

Od pomladi 1998, ko je bila ustanovljena nacionalna transplantacijska mreža in odkar se je donorski in s tem transplantacijski program, izdatno povečal, opozarjamo na pereči problem slabe kadrovske zasedenosti. Transplantacijski program se še povečuje. Zaradi pomanjkanja kadra je prišlo tudi do kritične točke na določenih oddelkih, kjer so bili ogroženi bolniki, in to ne le transplantiranci, ampak na njihov račun tudi že drugi bolniki. Transplantacijska dejavnost spada med terciarno dejavnost, ki jo UKC Ljubljana kot transplantacijski center izvaja za celo državo. Transplantacijska dejavnost uživa prvo prioriteto v UKC Ljubljana in slovenskem prostoru.

Včasih smo zelo malo dokumentirali, medicinske sestre niso vedno izvajale postopkov in posegov zdravstvene nege po standardih, niso pisale sestrskega poročila, niso izvajale kategorizacije pacientov glede na zahtevnost zdravstvene nege, izpolnjevale sprejemne dokumentacije (intervju); dokumentacije o pripravi bolnika na operacijo – kontrolnega lista priprave bolnika na operacijo, kontrolnega lista predaje bolnika v operacijskih prostorih, ni bilo obveznega izpolnjevanja dokumentacije o neželenih dogodkih pri izvajanju zdravstvene nege, ocenjevanja in dokumentiranja verjetnosti nastanka razjede zaradi pritiska (shema Waterlow), itd. Sedaj poteka predaja bolnikov (in ne službe) po bolniških sobah; več časa kot nekdanj danes porabi medicinska sestra za pedagoško delo, za delo s pripravniki, za organizacijo dela, za strokovni nadzor, itd. Vse bolj se izvaja holistični pristop do pacientov. Medicinske sestre so tudi več časa odsotne z delovnega mesta zaradi izobraževanja, študija in raznih strokovnih sestankov.

Anketirani so medsebojne odnose znotraj iste poklicne skupine v več kot 50 % ocenili za pogosto dobre in vedno dobre, kar kaže na njihovo dobro percepcijo dojemanja drug drugega. Dobro se počutijo v svojem timu, delo po njihovem mnenju poteka v prijetnem vzdušju, med seboj si pomagajo, pogovorijo se o strokovnih temah. Kljub temu pa mlajši izvajalci zdravstvene nege pogosteje čutijo, da niso del delovne skupine in prav tako imajo v negovalnem timu sodelavce, s katerimi ne bi želeli delati. Vsi izvajalci zdravstvene nege so navajali, da potekajo delovni sestanki precej pogosto, vendar ti po njihovem mnenju niso vsebinsko ustrezni. Z vsebino sestankov so manj zadovoljni predvsem zaposleni z nižjo izobrazbo. Tudi odgovori na odprto vprašanje o odnosih med sodelavci kažejo srednje zadovoljstvo z odnosi v timu, vendar v večini menijo, da med njimi vlada dobra klima, in so zadovoljni s svojimi sodelavci v timu. Med seboj čutijo sicer bolj slabo povezanost in

pripadnost stroki zdravstvene nege. Menijo, da je med njimi premalo strpnosti in premalo medsebojnega spoštovanja, da se med seboj ne poslušajo dovolj dobro. Navajajo pa tudi, da se nekateri preveč izogibajo določenim delovnim obveznostim, da določeni med njimi neprimerno komunicirajo med seboj in s pacienti.

Izkazalo se je, da so anketirani zadovoljni z nadzornimi medicinskimi sestrami. Menijo, da so dobri vodje, ki razumejo in znajo pravočasno upravljati nasprotne si interese, razumejo različno dojemanje med generacijami in vodijo dinamiko celotne skupine, znajo obveščati podrejene o morebitnih težavah in predlaganih rešitvah, se posvetujejo s sodelavci. Anketirani so bili pri vseh vprašanjih, povezanih z odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami, precej enotni, med njimi glede na izobrazbo ni bilo statistično pomembnih razlik in glede na starost je bila samo pri enem vprašanju. Izkazalo se je, da medicinske sestre, stare do 30 let, slabše ocenjujejo odnos do nadzorne medicinske sestre kot ostali starejši anketirani. Morda je ta razlika doživljanja zadovoljstva z nadzorno medicinsko sestro pri mlajših anketiranih pogojena s starostno in medgeneracijsko razliko, ker so nadzorne medicinske sestre običajno osebe z daljšo delovno dobo. Izvajalce zdravstvene nege vseh starostnih in izobrazbenih skupin moti, ker jim nadzorna medicinska sestra redko izreka pohvalo za dobro opravljeno delo, vendar pa srednje pogosto izreka kritiko za slabše opravljeno delo. Isto so pisali tudi v odgovorih na odprto vprašanje, tako da je ta tema sigurno zelo pereča za anketirane, in lahko potrdimo, da so kritike nekaj, kar zaposleni poznajo, pohvale pa so prava redkost. Prav tako so anketirani v odgovorih na odprto vprašanje napisali veliko dobrega o nadzornih medicinskih sestrah, kot npr: prijaznost, strokovnost, poštenost, pravičnost in pripravljenost pomagati. Ocenili so, da pri delu upoštevajo in spodbujajo k upoštevanju strokovnih standardov zdravstvene nege. Nasproti temu pa jih nekateri vidijo kot pristranske in arogantne. Menijo, da imajo slab nadzor in prepočasno obveščajo o novostih in spremembah v zdravstveni negi. Izvajalci zdravstvene nege menijo, da imajo redko skupne sestanke z nadzorno medicinsko sestro in bi jih želeli imeti več.

Presenetljivo visok odstotek anketiranih je ocenilo odnos z zdravniki kot srednje in pogosto dober. So pa znotraj skupine, tako po starostni kot po izobrazbeni strukturi anketiranih, statistično pomembne razlike pri večini vprašanj, povezanih z odnosi med obema profesijama. Kot enakovrednega sodelavca zdravniku se ne vidijo predvsem mladi s srednjo izobrazbo. S starostjo in višjo izobrazbo občutek enakovrednosti zdravnikom narašča. Dvosmerna komunikacija med anketiranimi izvajalci zdravstvene nege in zdravniki poteka po mnenju

anketiranih srednje dobro. V vseh treh izobrazbenih skupinah so si enotni, da imajo pogosto možnost zdravniku povedati vse informacije, ki jih opažajo pri pacientu. Menijo pa, da zdravnik posluša in sliši informacije o pacientu pretežno starejše medicinske sestre. Izkazalo se je tudi, da se zdravnik pogosto takoj odzove na klic ob spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta vsem izvajalcem zdravstvene nege, vendar skupina anketiranih do 30 let meni, da zdravnikov odziv ni primeren, ker pacienta ne pridejo pogledat, ne odredijo ustrezne terapije in podobno.

Anketirani navajajo, da so odnosi z zdravniki redko oziroma srednje redko vir nezadovoljstva in stresa pri delu. Če pa odnosi z zdravniki so vir nezadovoljstva in stresa pri delu, so to predvsem v skupini medicinskih sester z visoko izobrazbo. Menimo, da je rezultat tak, ker imajo medicinske sestre več direktnega odnosa z zdravniki kot pa zdravstveni tehniki in jim to predstavlja večji vir nezadovoljstva.

V večini anketirani menijo, da nikoli nimajo delovnih sestankov z zdravniki, predvsem so tako napisali anketirani, stari do 30 let s srednjo izobrazbo (zdravstveni tehniki). Po podatkih sodeč, imajo torej največ delovnih sestankov z zdravniki anketirani, starejši od 50 let z visoko izobrazbo, kar nakazuje na to, da so le ti morda tudi po hierarhiji višje kot ostali sodelavci in jih zdravniki zato bolj upoštevajo. Posledično je zato tudi kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka ocenjen podobno. Starejši zaposleni z višjo in visoko izobrazbo pogosteje kontaktirajo s predstojnikom kliničnega oddelka kot mlajši s srednjo izobrazbo.

Anketirani menijo, da jih zdravniki slabo informirajo z novostmi na področju zdravljenja pacientov. Predvsem mladi izvajalci zdravstvene nege s srednjo izobrazbo so slabše informirani s strani zdravnikov kot starejši zaposleni z višjo in visoko izobrazbo, kar tudi kaže na to, da s starostjo in višjo izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege raste njihov ugled v očeh zdravnikov.

Veliko svojih misli in občutkov, kaj vse izvajalce zdravstvene nege moti pri odnosih z zdravniki, so zapisali tudi v odgovorih na odprto vprašanje, in sicer: slaba dosegljivost zdravnikov v dežurni službi, čakanje na zdravnika, in ko pride, hitenje z delom. Izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo delo zdravnikov kot slabo organizirano, menijo, da premalo upoštevajo standarde in normative UKCL, menijo tudi, da se obnašajo vzvišeno in dajejo občutek večvrednosti. Znotraj zdravstvenega tima vlada prevelika hierarhija, podcenjevanje, zapostavljanje izvajalcev zdravstvene nege s strani zdravnikov. So pa anketirani izpostavili še eno vprašanje, in sicer komunikacijo in odnos zdravnika do pacienta, ki sem jim zdita neprimerna in neprofesionalna. Premalo si vzamejo časa za enostavno in razumljivo razlago o

stvarah, ki zanimajo in skrbijo pacienta, premalo so empatični, preveč so zaposleni s procesi zdravstvene oskrbe in prepogosto neobčutljivi za pacientove tegobe in težave.

Če strnemo mnenja anketiranih o odnosih z glavno medicinsko sestro kliničnega oddelka in izvajalci zdravstvene nege, lahko ugotovimo, da starejša kot je medicinska sestra, boljše ima odnose z glavno medicinsko sestro, več ji zaupa težav o medosebnih odnosih na delovnem mestu, pogosteje se obrača nanjo, ko ima osebne težave. Mlajši izvajalci zdravstvene nege bistveno manj zaupajo svoje težave glavni medicinski sestri. V raziskavi se je pokazalo, da odnosi z glavno medicinsko sestro niso vir nezadovoljstva pri delu izvajalcev zdravstvene nege. Izkazalo se je tudi, da nimajo težav z njo, saj pomoči pri glavni medicinski sestri SPS ali UKCL sploh ne iščejo. Konflikte v timu najpogosteje rešuje sproti, menijo predvsem zaposleni z višjo in visoko izobrazbo, tisti s srednjo pa malo manj. Vsi ocenjujejo, da je glavna medicinska sestra uspešna pri organizaciji in vodenju dela in jim pogosto pomaga pri reševanju strokovnih težav, kadar le to potrebujejo. Vsekakor pa izreka premalo pohval za dobro opravljeno delo. Nekoliko več, po mnenju anketiranih, pohvali zaposlene z višjo in visoko izobrazbo. Srednje medicinske sestre pa pohvalo pogrešajo. Kritiko za slabše opravljeno delo izreka redko ali celo nikoli, kar meni velika večina mlajših od 30 let. Vse skupine izvajalcev zdravstvene nege v povprečju menijo, da glavna medicinska sestra srednje pogosto poskrbi za njihovo strokovno izpopolnjevanje. Anketiranci z višjo in visoko izobrazbo menijo, da pogosto in vedno omogoča izobraževanje, med tem ko zdravstveni tehniki pravijo, da za njih tega ne naredi. V odnosu z glavno medicinsko sestro izvajalci zdravstvene nege v odgovorih na odprto vprašanje pišejo, da pogrešajo učinkovito komuniciranje, aktivno poslušanje, delegiranje in povratne informacije. Prav tako navajajo premalo pohval in spodbud. Očitajo ji favoriziranje posameznikov in nespoštovanje podrejenih. Pravijo tudi, da imajo z glavno medicinsko sestro premalo skupnih učinkovitih sestankov.

Glavna medicinska sestra kliničnega oddelka se mora zavedati, da so dobri medosebni odnosi med člani zdravstvenega tima temelj, na katerem lahko razvijamo in dosegamo skupne cilje. Zaposlenih in njihovega znanja pa ne moremo premikati s silo, lahko jih le usmerjamo z dobrimi odnosi, ki so ključni za uspešno timsko delo.

5 SKLEP

Zdravstvena nega je več kot zdravstveni poklic. Za razvoj profesije zdravstvene nege nujno potrebujemo interdisciplinarni pristop. Sociologija v zdravstveno nego vnaša refleksijo, zunanji pristop oziroma pogled od zunaj.

Zdravstvo je namreč torišče številnih odnosov, ki so zelo pomembni za nudenje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacienta, a nanje pogosto pozabimo. Nasploh, kot tudi v UKC Ljubljana, precejšen poudarek namenjamo materialnemu vidiku zdravstvenega diskurza; veliko časa namenjamo povečevanju uspešnosti in učinkovitosti z najrazličnejšimi tehnikami in metodami zdravljenja, opozarjamo na zastarelost opreme. In medtem ko o pomembnosti dobrih odnosov z bolniki še govorimo, premalo pozornosti namenjamo medsebojnim odnosom v timu, komunikaciji in s tem tudi večjemu zadovoljstvu zaposlenih. Zadovoljni zaposleni pa so ključni predpogoj za uspešnost zdravstvene ustanove. »Podjetje lahko svojo uspešnost in učinkovitost doseže le s pomočjo zaposlenih, ki so motivirani, pripadni podjetju, v svojem delu vidijo možnost za osebni razvoj, v svojih nadrejenih pa ljudi, ki znajo prisluhniti in spodbujati,« denimo pravita Markič in Verle (2010). Kaj žene in motivira zaposlene, kaj so njihove želje in cilji, vrednote, kaj zaposleni čutijo in mislijo o svojem delu, nadrejenih in sodelavcih, mora biti osnovno vodilo vodstva pri izbiri strukture organiziranosti, poudarjata avtorici in zaključita, da mora biti spremljanje organizacijske klime stalna naloga vodstva, ki prisluhne svojim zaposlenim. Prepoznavanje pomembnosti teh elementov pa odpira možnosti in priložnosti za izboljšave.

V raziskavi smo ugotovili, da je spodbujanje ustvarjanja in vzdrževanja trajnostnega, varnega in prijetnega delovnega okolja ključnega pomena. Vse to pa povečuje pozitivne občutke, zmanjšuje obremenitve, izboljšuje zdravje, dobro počutje in ustvarja primerno ravnotežje med delovnim in prostim časom.

Potrdili smo našo hipotezo, da medicinske sestre in zdravstveni tehniki radi opravljajo svoje delo. Kar visok odstotek anketiranih (85 %) z veseljem opravlja to delo in imajo radi svoj poklic. Veliko truda vložijo v zadovoljevanje pacientovih potreb, pacientovih pravic, da si pridobijo njihovo naklonjenost, da razbremenijo oziroma zmanjšajo njihova negativna čustvena stanja, skratka skušajo narediti vse, da bi bili pacienti z njihovim delom in vedenjem zadovoljni. Pozabljajo pa nase oziroma drug na drugega. Zadovoljevanje njihovih potreb, partnersko sodelovanje z njimi je nujno, saj se s tem poveča učinkovitost in njihova motivacija za delo.

Tudi naslednja hipoteza v magistrski nalogi, ki kaže povezavo med zadovoljstvom na delovnem mestu in različnimi odnosi anketiranih z zdravniki, je potrdila, da odnos zdravnikov do medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo z razmerami na delovnem mestu.

Zdi se, da je trenutna situacija na področju medpoklicnega sodelovanja v Sloveniji preveč podrejena tradiciji in premalo vpeta v sodobne trende na tem področju. Zdravstvena nega je tipična profesija, v kateri se odraža tako razlikovanje kot subjektivizacija. Če za zdravnike velja, da razmišljajo in delujejo s stališča moči, pa se medicinske sestre, ki se čutijo podrejene, za pridobitev svoje moči pogosto odrečejo bistvu svoje stroke in se raje približajo znanju, mišljenju in vedenju zdravniške stroke, kot pa da bi izražale enotnost in pripadnost stroki zdravstvene nege. Te medicinske sestre zmotno mislijo, da so s tem pridobile moč, v resnici s tem rušijo enotnost stroke zdravstvene nege in zmanjšujejo individualno samopodobo, samospoštovanje in potrebo po avtonomnosti. Primer tega je prehajanje kompetenc z zdravnikov na medicinske sestre, ki opravljajo nekatera dela in naloge zdravnikov, za »svoja« opravila pa nimajo dovolj časa.

Na Kirurški kliniki večino sprememb izpeljejo glavne medicinske sestre. Pišejo navodila za delo, strokovne standarde, nadzorujejo področja, izboljšujejo sistem, usmerjajo delovanje drugih ljudi k skupnim ciljem, izboljšavam, upoštevajoč strokovno in stroškovno plat. To pa je za zdravnike težko sprejemljivo in v tem pogosto ne vidijo smisla.

Medicinske sestre se zavedajo, da je sodelovanje v zdravstvu nujno in da popolna avtonomija ni možna niti zaželena. Ideal bi bil tim, ki temelji na enakopravnih odnosih vseh profesij. Za ključni dejavnik kakovosti medpoklicnih odnosov se je v svetu in pri nas izkazalo izobraževanje zdravstvenih delavcev. Medpoklicno izobraževanje pomeni, da se študenti dveh ali več poklicev učijo drug o drugem, drug od drugega in drug z drugim z namenom, da bi omogočili učinkovito sodelovanje in izboljšali zdravstvene izide. Glavna naloga medpoklicnega izobraževanja, pravi Pahor (2004), je pripraviti bodoče člane zdravstvenega tima na sodelovanje ter jih opremiti z znanjem, stališči in veščinami, ki jih za to potrebujejo. Za sodelovanje so običajno bolj zainteresirane medicinske sestre, ki so sedaj v podrejenem položaju, in manj zdravniki, ki jim sedanje razmerje moči v zdravstvu bolj ustreza. V Veliki Britaniji in številnih drugih predelih sveta je promoviranje medpoklicnega sodelovanja in medpoklicnega izobraževanja že visoko na zdravstvenem dnevnem redu, spomni Pollard (2006, 63), pri nas se zavedanje o tem šele prebuja.

Poleg medpoklicnega sodelovanja je zelo pomembno tudi sodelovanje znotraj zdravstvene nege, tako na vertikalni kot horizontalni ravni. Na obeh ravneh po mnenju pomembnega dela

anketiranih razmere na Kirurški kliniki odražajo razmere slovenskega zdravstva: poudarjajo se hierarhija, stereotipi, premalo je medsebojnega spoštovanja, veliko je tudi neodkritega komuniciranja.

Na podlagi kompozitnih ocen, ki se nanašajo na odnose med anketiranimi, so bili sicer najboljše ocenjeni odnosi znotraj sodelavcev, sledijo jim odnosi z nadzorno medicinsko sestro, nato odnosi z zdravniki in na zadnjem mestu so ocenili odnos z glavno medicinsko sestro kliničnega oddelka. S strani glavne medicinske sestre in nadzorne medicinske sestre anketirani denimo pričakujejo več vzpodbud in pohval. Pohvale so eden od pomembnih motivacijskih dejavnikov za delo, med drugim dvigajo učinkovitost, pospešujejo dobro počutje ter zadovoljstvo zaposlenih in pripomorejo k boljšim medsebojnim odnosom. Anketirani so potožili tudi, da pogrešajo več komunikacije in profesionalen odnos, saj ocenjujejo nepristranskost v odnosih do podrejenih. Želijo si več strokovnih in delovnih sestankov, več pogovorov o napakah, večje razumevanje. Menijo, da je razpored dela prenatrpan, zelo jih moti tudi nenadno spreminjanje razporeda. Anketirani zaznavajo tudi, da je premalo nadzora.

Pri postavljanju vodij na vseh nivojih zdravstvenega zavoda redkokdaj pomislimo o potrebnih znanjih, ki jih mora imeti posameznik, da lahko vodi, analizira svoje delo, spreminja sebe, svoje vedenje in s tem kreira kulturo za uvajanje sprememb v neposredni praksi. Potrebujemo namreč vodje, ki bi bili s pomočjo dodatnega izobraževanja sposobni ustvarjati vizijo, motivirati za doseg skupnih ciljev, snovati strategijo, predvsem pa voditi z dobrim vzgledom. Medicinske sestre vodje so izobražene za delo s pacienti, za vodenje negovalnega tima pa jim potrebnega znanja mnogokrat primanjkuje. Zaccaro s sodelavci (2009) lepo opiše to znanje: »Dobri vodje tima so tisti, ki ohranjajo usmerjenost na potrebe pacientov in cenijo vse prispevke članov, ki doprinesejo k temu. S člani tima komunicirajo na način, ki bo izboljšal njihove prispevke, ter zagotavljajo podporo skupnemu delu z razumevanjem dinamike tima.«

Vodje so tudi tisti, ki prepoznajo posameznikove potenciale in jih usmerjajo po poti osebne in profesionalne rasti. Naloga vodij na makro-in mikronivoju je, da zmožnosti vsakega izvajalca zdravstvene nege ustrezno angažirajo oziroma sproščajo njegove potenciale. Na Kirurški kliniki se izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomembnosti izobraževanja, zato morajo imeti zaposleni možnost nenehnega izobraževanja, ki je danes vsekakor pogoj za uspeh vseh in vsakega posameznika ter pomembno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in posledično tudi pacientov in njihovih svojcev.

Ne glede na to, da so medicinske sestre zadovoljne z izbiro poklica in rade opravljajo svoje delo, pa je naslednja hipoteza v magistrski nalogi pokazala, da težko usklajujejo poklicno in zasebno življenje ter imajo premalo prostega časa za počitek. Med drugim tudi zato, ker jih je premalo glede na obseg in naravo njihovega dela.

Poklicnemu delu medicinske sestre namenjajo vse več časa, zato zmanjkuje časa za druge, prav tako pomembne življenjske vloge. Kar tretjina anketiranih se redko spočije od naporov, ki jih imajo v službi, skoraj vsak deseti anketirani pa nima nikoli dovolj časa za počitek. Medicinske sestre težko krmarijo med poklicem in zasebnim življenjem. Problem izgorevanja na področju poklicev, ki se ukvarjajo s skrbjo za ljudi, je že dolgo znan. Odsotnost z dela je pogostejša. Kadar imajo izvajalci zdravstvene nege še svoje osebne, finančne ali zdravstvene težave in nimajo opore zunaj delovnega okolja, so obremenitve, ki izhajajo iz poklicnega življenja, še hujše. Poleg tega delovne razmere pogosto poslabša pomanjkanje delovnih sredstev. Največkrat zmanjkuje pripomočkov za delo, s katerimi rokujejo medicinske sestre.

Izvajalci zdravstvene nege si želijo boljše organizirano delo, uvedbo sprememb, ki vodijo v izboljšave, in večjo kakovost dela. Prav na področju kakovosti je bilo v zadnjih desetih letih v zdravstveni negi narejenega največ in smo lahko zgled ostalim strokovnim področjem v zdravstvu. Že vrsto let imamo denimo svojo politiko kakovosti in varnosti, napisane strokovne standarde in protokole, kategorizacijo zahtevnosti zdravstvene nege in delokroge izvajalcev zdravstvene nege. Leta 2014 smo v UKCL pridobili mednarodni certifikat po akreditacijskem standardu DNV (angleško International Accreditation for Hospitals) - NIAHO (angl. National Integrated Accreditation for Healthsare Organizations), ki ga podeljuje norveška akreditacijska ustanova Det Norske Veritas (DNV). Z akreditacijo poenostavljamo postopke in povečujemo komunikacijo med vsemi, ki so vpleteni v delovni proces, izboljšujemo preglednost in merljivost dela, prispevamo k večjemu vključevanju zaposlenih in k bolj družbeno odgovornemu ravnanju.

Čeprav je bila empirična raziskava izvedena že v času študija leta 2005, rezultati in sedanje študije kažejo, da so problemi na področju zdravstvene nege še vedno aktualni in terjajo nadaljnje ukrepanje in raziskovanje. Na podlagi rezultatov raziskave je bilo nekaj korakov že izvedenih k izboljšanju zadovoljstva zaposlenih, k boljšim medosebnim odnosom in ustrezni komunikaciji znotraj zdravstvenih in negovalnih timov. Vsem zaposlenim na Kirurški kliniki so bili rezultati raziskave predstavljeni na strokovnih sestankih znotraj kliničnih oddelkov oziroma strokovno-organizacijskih enot (SOE). Prav tako so bili izsledki raziskave predstavljeni na seji Strokovno-poslovne skupnosti, ki mu predseduje strokovni direktor

Kirurške klinike (člani so predstojniki kliničnih oddelkov in SOE) na Kirurški kliniki in glavna medicinska sestra Kirurške klinike) in na Strokovnem kolegiju zdravstvene nege Kirurške klinike, ki ga vodi glavna medicinska sestra Kirurške klinike (člani so glavne medicinske sestre kliničnih oddelkov in vodje SOE).

Glavna medicinska sestra Kirurške klinike je na podlagi rezultatov ankete opravila intervjuje z vsemi glavnimi medicinskimi sestrami kliničnih oddelkov oziroma vodji.

Enkrat letno smo organizirali dodatno dvodnevno strokovno izobraževanje za glavne medicinske sestre in vodje KO oziroma SOE Kirurške klinike na temo vodenje z naslovi: Umetnost vodenja sodelavcev in razumevanja konfliktov, Čustvena inteligenca – bistvena sestavina uspešnosti in zadovoljstva, Nove poti vodenja, Situacijsko vodenje, Vodenje v kriznih razmerah.

Poleg tega smo organizirali in izvedli interklinične seminarje za zaposlene v zdravstveni negi na Kirurški kliniki, vzpostavili sistem dodatnih strokovnih izpopolnjevanj glede na aktualne potrebe zdravstvene obravnave kirurškega pacienta in izmenjavo izkušenj in dobrih praks na Kirurški kliniki. Interklinični seminarji so priložnost za strokovno izpopolnjevanje zaposlenih, širjenje in poglobljanje teoretičnih znanj, kakor tudi za izmenjavo praktičnih izkušenj na področju zdravstvene nege kirurškega bolnika, boljšo kakovostno, celostno in učinkovito zdravstveno obravnavo pacienta. Vse to je bilo vodeno z nivoja vodstva zdravstvene nege Kirurške klinike. Vzpostavili smo tudi skupne strokovne sestanke za področje kakovosti in varnosti, ki združujejo medicinske sestre in zdravnike za kakovost.

Veliko pa je še priložnosti za izboljšave, ki jih predstavlja v nadaljevanju.

Z akreditiranjem UKCL se postopoma spreminjajo delovni procesi in organizacijska kultura. Pričeli smo s sistematskim poenotenjem zdravstvene dokumentacije, izvajati pogovore o varnosti pacientov, v vseh timih smo pričeli razpravljati o strokovnih napakah, preverjati zadovoljstvo zaposlenih in zasnovali smo lastne specifične kazalnike kakovosti in varnosti.

Vodstvo UKCL mora zagotoviti osnovne pogoje za delo oziroma osnovne pripomočke in opremo, ki so potrebni za zdravstveno obravnavo pacientov v bolnišnici.

Za preprečitev konfliktnih situacij, nepotrebnega stresa, nerazumevanja med člani zdravstvenega tima je treba nosilce zdravstvene dejavnosti bolj informirati o novostih, jih senzibilizirati, pridobiti za sodelovanje pri uvajanju sprememb in izboljšav z vidika varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave pacienta.

Prav tako je treba nadaljevati s koraki na področju vodenja. Predlagamo povečanje prenosa znanja in utrjevanje zanimanja za dodatno izobraževanje ter izpopolnjevanje s področja vodenja in komunikacije, in sicer za glavne medicinske sestre in predstojnike.

Predstojniki kliničnih oddelkov in glavne medicinske sestre bi morali več in bolje sodelovati. Predlagamo vsakodnevni krajši razgovor ter enkrat tedensko načrtovan strukturiran daljši sestanek predstojnika in glavne medicinske sestre. Predlagamo tudi uvedbo strokovno-organizacijskih sestankov za zdravnike enkrat na teden.

Na podlagi pripomb, ki se nanašajo na nedorečene, nejasne delokroge oziroma nerazmejene naloge in dolžnosti, predlagamo dopolnitev Pogodbe o zaposlitvi z opisom konkretnih nalog in dolžnosti za zaposlenega v zdravstveni negi na Kirurški kliniki, ki naj bo sestavni del Pogodbe o zaposlitvi.

Vodstvo zdravstvene nege na Kirurški kliniki anketirani ocenjujejo kot srednje učinkovito pri reševanju aktualnih problemov na posamezni strokovno-organizacijski enoti. Pričakovanja zaposlenih so seveda velika, vendar bi lahko z boljšo organizacijo dela skrajšali odzivni čas na področju vodenja zdravstvene nege na Kirurški kliniki.

Zaradi velikega obsega dela predlagamo tudi zaposlitev strokovnega sodelavca za izvedbo administrativnih del in pripravo strokovnih in drugih poročil.

Predlagamo izdelavo urnika dela z opredelitvijo vseh procesov dela (vsebina dela), ki si sledijo v časovnem zaporedju, v posamezni delovni izmeni.

Zaradi velikih obremenitev in specifičnega delovnika, posledično pa zahtevnega usklajevanja poklicnega in zasebnega življenja je pomembno, da imajo izvajalci zdravstvene nege vsaj delno vpliv na razporejanje delovnega časa. Predlagamo izdelavo in uporabo strukturiranega obrazca »Želje zaposlenih v zdravstveni negi za razpored dela za posamezen mesec v letu« (osnutek je priloga C).

Predlagamo ustanovitev skupin za samopomoč med izvajalci zdravstvene nege, ki so dobra metoda za izkazovanje podpore ljudem, ki skrbijo za ljudi, za paciente. Cilj takih skupin naj bi bila kratkoročna, čustvena razbremenitev, ki naj bi vodila h konstruktivnemu pristopu glede izboljšanja delovnega okolja, delovnih razmer in posledično vplivala na večje zadovoljstvo medicinskih sester.

Vodje oziroma glavne medicinske sestre morajo uvajati organizacijsko kulturo, ki spodbuja ostajanje doma v primeru bolezni in odgovornost za lastno zdravje medicinskih sester, in to podpirati z ustreznimi aktivnostmi. Vzpostavljen mora biti sistem, ki omogoča nadomeščanje

odsotnih zaradi bolezni in zmanjšuje skrbi zaposlenih in občutek krivde, kdo bo namesto njih delal, ko bolni ostanejo doma.

Prav tako predlagamo spremljanje in analizo podatkov oziroma povratne informacije o že izvedenih strokovnih izpopolnjevanjih in mnenja udeležencev (poročilo o strokovnem izpopolnjevanju) ter skladno z ugotovitvami usmerjanje posameznikov, s strani glavnih medicinskih sester, na ustrezna dodatna strokovna izpopolnjevanja.

Predlagamo izpeljavo strokovnih izobraževanj na vsakem kliničnem oddelku oz. SOE z naslovom »Zavedanje profesionalne odgovornosti«, v organizaciji vodstva zdravstvene nege Kirurške klinike.

Nadaljnji razvoj raziskovanja v zdravstveni negi, na Kirurški kliniki, v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana ni odvisen le od teoretičnega in metodološkega razvoja stroke, števila medicinskih sester z akademskimi kvalifikacijami za raziskovalno delo in od kakovosti njihovega raziskovanja ter znanstvene utemeljenosti njihovih publikacij. Še bolj kot od teh »notranjih« dejavnikov je odvisen od družbenih razmerij, političnih prioritet in uveljavljanja etike skrbi kot temeljne družbene vrednote. Pahor (2003a, 85) postavlja vprašanje, ali tiste skupine v slovenski družbi, ki imajo moč za odločanje, razumejo potencialni pomen znanstveno utemeljene zdravstvene nege za kakovostno življenje prebivalcev te države. Verjetno je, da bodo morali pripadniki tega poklica sami ali v povezavi s kar številnimi zavezniki uveljaviti spremembe v tej smeri. Zavezniki so lahko tudi teoretski koncepti, kakršen je etika skrbi, ki lahko z drugimi skrbstvenimi poklici vred odpre razpravo o nevidnih plasteh ohranjanja in vračanja zdravja.

6 LITERATURA

1. Adam, Philippe in Claudine Herzlich. 2002. *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije.
2. Albrecht, Gary in Fitzpatrick Ray. 2000. ur. Susan Scrimshaw. *Social Studies in Healthand medicine*. London: Sage.
3. Anderson, Kare. 2007. *Učinkovito reševanje konfliktov*. Ljubljana: Turna.
4. Bartley, Mel. 2004. „*Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods*.“ Cambridge, Oxford: Polity Press.
5. Beck, Ulrich in Beck-Gernsheim. 2002. *Reinventing the family: in search of new lifestyles*. Cambridge: Polity Press.
6. Bekš, Julijana. 1997. *Dejavniki, ki vplivajo na fluktuacijo medicinskih sester v enotah kirurških služb v Kliničnem centru v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, oddelek za zdravstveno vzgojo.
7. Berger, Peter in Thomas Luckmann. 1977. *The social constructionreality*. New York: Doubleday&company, inc.garden city.
8. Bobik, Marjeta. 2011. *Nekateri vidiki odnosov v timu*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Boštjančič, Eva in Nežka Sajinčič. 2016. Prezentizem – žulj slovenskih delodajalcev. *HR&M. Strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu* 3 (2): 64–67.
10. Braidotti, Rosi. 2002. Identity. Subjectivity and Difference: A Critical Geneology. V *Thinking Differently*, ur. Gabriele Griffin in Rosi Braidotti. Zed Books. London & New York.
11. Branch, Rhena in Rob Willson. 2010. *Kognitivno-vedenjska terapija za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
12. Brečko, Daniela. 1998. *Kako se odrasli spreminjamo*. Radovljica: Didakta.
13. --- 2006. Načrtovanje kariere v »teatru« nove ekonomije – ali štejejo vrednote. *HR&M. Strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu* 4 (12): 12–18.
14. Brejc, Miha. 2004. *Ljudje in organizacija v javni upravi*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.

15. Burke, Warner W. 2002. *Organization Change: Theory and Practice*. Foundations for organizational science. California: Thousand Oaks. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
16. Chambers, Deborah. 2001. *Representing the Family*. London: Sage Publications.
17. Crawford, Robert. 1993. A Cultural Account of »Health«: Control, Release, and the Social Body. V: *Health and Wellbeing: A Reader*, ur. Alan Beattie,, Marjorie Gott,, Linda Jones in Moyra Sidell. London: Macmillan.
18. Černetič, Metod. 2006. *Management ekonomike izobraževanja*, Kranj: Moderna organizacija.
19. Červ, Branka. 2006. Spol in sodelovanje z vidika razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 148–165. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
20. Čurič, Željko in Sandi Kofol. 2005. Reševanje konfliktov. V *Komunicirajmo med seboj*, ur. Renata Trampuž, 50–57. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
21. De Beauvoir, Simone. 1999. *Drugi spol*. Ljubljana: Delta.
22. Dingwall, Robert, Anne Marie Rafferty in Charles Webster. 1991. *An introduction to the social history of nursing*. London: Routledge.
23. Duck, Steve. 1988. *Relating to others*. London: Open university press.
24. Fink, Alojzija in Patricija Valentina Kobilšek. 2013. *Osnove zdravstvene nege*. Ljubljana: Grafenauer.
25. Flaker, Vito. 1998. *Odpiranje norosti – vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
26. Frankl, Viktor. 1994. *Volja do smisla*. Celje: Mohorjeva družba.
27. Fromm, Erich. 1970. *Zdrava družba*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
28. Giddens, Anthony. 2000. *Preobrazba intimnosti*. Ljubljana: Rdeča Zbirka.
29. Gilbert, Lucia Albino. 1993. *Two careers/One family*. London: Sage.
30. Gilligan, Carol. 1982. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard Univ. Press.

31. Godina, Vesna. 1998. *Antropološke teorije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
32. Goriup, Jana. 2013. Zdravstvena nega v primežu spremenjenih vrednot slovenske postmoderne družbe. *Revija za zdravstvene vede*: 3–22.
33. Gruber, Marcia in Rosanne Hartman. 2007. Don't overlook »communication competence«. *Nurs manage* 38 (3): 12–14.
34. Hakim, Catherine. 2003. Competing family models, competing social policies. *Family Matters* 64: 52–60.
35. Halbwachs, Helena Kristina. 2013. Posledice sindroma izgorelosti v zdravstveni negi. V *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema*, ur. Darinka Klemenc, Suzana Majcen Dvoršak in Tamara Štemberger Kolnik, 285–291. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
36. Henderson, Virginia. 1998. *Osnovna načela zdravstvene nege* (ponatis). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
37. Horvat, Zdenka. 2001. *Zadovoljstvo medicinskih sester element kakovosti zdravstvene nege na Kliničnem oddelku za urologijo*. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, oddelek za zdravstveno nego.
38. Iršič, Marko. 2004. *Umetnost obvladovanja konfliktov*. Ljubljana: Rakmo.
39. Ivanko, Štefan. 1994. Osnove organiziranja. V *Management*, ur. Stane Možina, 373–383. Radovljica: Didakta.
40. Ivanko, Štefan in Janez Stare. 2007. *Organizacijsko vedenje*. Ljubljana: Fakulteta za upravo. Univerza v Ljubljani.
41. Ivanuša-Bezjak, Mirjana. 2006. *Zaposleni – največji kapital 21. stoletja*. Maribor: Pro–Andy.
42. Jerčič, Lilijana in Petra Kersnič. 2004. Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. *Obzor Zdrav Neg* 4 (38): 275–285.
43. Jones, Linda J. 1994. *The social context of health and health work*. London: The Macmillan Press.
44. Kamenšek, Petra. 2004. Sodobni pristopi v organiziranosti zdravstvene nege: procesna organizacija. *Obzor Zdrav Neg* 38 (1): 61–66.
45. Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
46. Kaučič, Boris Miha. 2002. Proces izgorevanja pri članih negovalnega tima v patronažnem varstvu. *Obzor Zdrav Neg* 36 (2): 101–104.

47. Kavčič, Matic in Pahor Majda. 2003. Public and Private Healthcare in Slovenia in Relation to Choice and Accesability of Services. *Internatonal Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics* 3 (3–4): 1–14.
48. Kavčič, Matic, Majda Pahor in Barbara Domajnko. 2015. User involvement in Slovenian healthcare. *Journal of health organization and management* 29 (5): 595.
49. Kent, Patrick. 2007. Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing* 24 (3): 43–8.
50. Kersnič, Petra. 2007. Danes za jutri. Ste se kdaj vprašali, kaj pa je vseživljenjsko učenje? *Obzor Zdrav Neg* 41 (1): 1–2.
51. Klemenc, Darinka. 2001. Uporaba kulturnih dobrin kot kazalec kakovosti življenja medicinskih sester. V *Medicinske sestre v Sloveniji: zbornik člankov strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov* Ljubljana, 166–181. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
52. --- 2006. Prvi skupni raziskovalni projekt medicinskih sester in zdravnikov o medpoklicnih odnosih v zdravstvenem timu – priložnost, ki je še ni bilo. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Klemenc, Darinka in Jana Šmitek, 9–14. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
53. --- 2007. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdrav Vestn* 76 (1): 55–8.
54. Klemenc, Darinka in Majda Pahor. 1999. Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. V *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 12–35. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
55. Kobolt, Alenka. 2000. *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana. Pedagoški inštitut.
56. Košir, Manca. 1999. Komunicirati ali graditi skupnost. *Vzgoja in izobraževanje*, 30 (3): 23–28.
57. Kovač, Jure. 1999. Timsko delo – osnova participativne organiziranosti. *Industrijska demokracija: časopis za zaposlene v modernem podjetju* 3 (3): 5–8.

58. Kralj, Ana. 2011. *Analiza stanja psihosocialnih tveganj na delovnih mestih v mikro, malih in srednje velikih podjetjih*: skrajšana verzija študije. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS-Soča.
59. Kvas, Andreja in Seljak Janko. 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
60. Lasch, Christopher. 2012. *Kultura narcizizma*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
61. Leskošek, Vesna. 2003. *Zavrnjena tradicija*. Ljubljana: Založba cf.
62. Levovnik, David. 2014. *Stres na delovnem mestu*. Združenje delodajalcev obrti in podjetnikov Slovenije GIZ.
63. Lipičnik, Bogdan. 1994. Človeški viri in ravnanje z ljudmi. V *Management*, ur. Stane Možina, 445–450. Radovljica. Didakta.
64. Lipičnik, Bogdan. 2002. Ravnanje z ljudmi pri delu, V *Management: nova znanja za uspeh*. ur. Stane Možina. Radovljica: Didakta.
65. Lorber, Judith. 1997. *Gender and the Social Construction of Illness*. London: Sage.
66. Lorber, Mateja. 2010. *Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi*. Magistrsko delo. Koper: Univerza na Primorskem.
67. Lorber, Mateja in Brigita Skela Savič. 2011. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg* 45 (4): 247–252.
68. Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
69. May, Carl. 1992. Sociology of health and illness. *Nursing work, nurse knowledge, and the subjectification of the patient* 14: 472–487.
70. Mayer, Janez. 2003. Dober vodja najprej poskrbi za druge in nase opozori le po potrebi. *Delo*, (2. september).
71. --- 2003. Lastnosti uspešnih vodij. *Organizacija* 36 (6): 368–375.
72. Markič, Mirko in Karmen Verle. 2010. Procesna organiziranost in zadovoljstvo zaposlenih. *Management* 5 (2): 131–147.
73. Maze, Hilda. 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici*. Magistrsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj.

74. McVicar, Andrew. 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 44 (6): 633–40.
75. Mednarodni svet medicinskih sester. 2003. Definicija zdravstvene nege. *Utrip* 11 (10–11): 2–8.
76. Mihalič, Renata. 2008. *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih*. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
77. Milanović, Suzana. 2007. *Komunikacija v negovalnem timu*. Univerza na Primorskem: Visoka šola za zdravstvo.
78. Michaud, Ellen in Alice Feinstein. 1991. *Premagajmo bolezen*, 117–125. Ljubljana: Domus.
79. Možina, Stane. 1992. *Osnove vodenja*. Ljubljana: Ekonomska Fakulteta.
80. --- 2002. Management v organizaciji. V *Management* ur. Stane Možina, 13–22. Radovljica: Didakta.
81. Možina, Stane, Ivan Svetilnik, Franc Jamšek, Nada Zupan in Zvone Vodovnik. 2002. *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
82. Mrak, Zdenka. 2001. Samopodoba medicinskih sester. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 115. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
83. ---- 2005. Zadovoljstvo zaposlenih – kakovostno in uspešno delo. V *Komunicirajmo med seboj*, ur. Renata Trampuž, 28–47. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
84. Mrak, Zdenka, Nika Škrabl in Draga Štromajer. 2015. Zavedanje odgovornosti izvajalcev zdravstvene nege. V *Urgentni pacient–včeraj, danes, jutri*, ur. Vida Bračko, 27–38. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
85. Muhič, Katka. 2007. *Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v podjetju*. Diplomsko delo. Dostopno prek: <http://old.epf.uni-mb.si/ediplome/pdfs/muhic-katka.pdf> (29. november 2015).
86. Musek, Janek. 2000. *Nova psihološka teorija vrednot*. Ljubljana: Educy.
87. Musek Lešnik, Kristjan. 2008. *Od zadovoljstva potrošnikov do programov zvestobe*. Koper: Fakulteta za management.

88. Nastran Ule, Mirjana. 1993. *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
89. Nightingale, Florence. 1959. *Notes of nursing: what it is, and what it is not*. London: Harrison and Sons.
90. Oakley, Ann. 2000. *Gospodinja*. Ljubljana: Založba Cf.
91. O'Connor, Joseph in John Seymour. 1996. *Spretnosti sporazumevanja in vplivanja*. Žalec: Sledi.
92. Payne, Sheila in Jan Walker. 2002. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
93. Pahor, Majda. 1997. *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na univerzi v Ljubljani*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
94. --- 1999. *Sociologija za zdravstvene delavce*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
95. --- 2003a. Skrb v slovenski zdravstveni negi: nekatere ovire za kognitivno, refleksivno in moralno prakso. V *Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*, ur. Selma Sevenhuijsen in Alenka Švab, 75–86. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
96. --- 2003b. Moč za pomoč. V *Teorija in praksa*, ur. Igor Lukšič, 1127–1142. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
97. --- 2003c, Moč za pomoč, družbene okoliščine etičnega odločanja medicinskih sester. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas in Majda Pahor, 139–147. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
98. --- 2005. Poklicna identiteta medicinskih sester kot vseživljenjski projekt. *Utrip* 2: 23–25.
99. --- 2006. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet premišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Klemenc, Darinka in Jana Šmitek, 111–122. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
100. --- 2014. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V *Zavezniki za zdravje: medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih*, ur. Majda Pahor, 13–40. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

101. Pahor, Majda in Klaudija Peternelj. 2003. Vest, slaba vest in izgorelost pri medicinskih sestrah: predstavitev mednarodne raziskave. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas, Majda Pahor, 368–369. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
102. Parsons, Talcott. 1951. Illness and role of physician: a Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 21 (3): 452–460.
103. Pastirk, Samo. 2010. *Stres pri delu, zadovoljstvo z delom, izgorelost in strategije spoprijemanja s stresom delavcev na področju zaposlitvene rehabilitacije*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS Soča.
104. Pečnik Vavpotič, Tjaša. 2003. Izgorelost pri medicinskih sestrah. V *Starost in rak*, ur. Brigita Skela Savič, 88–95. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
105. Peternelj, Klavdija in Majda Pahor. 2001. Medicinske sestre v Sloveniji v luči nekaterih dosedanjih raziskav. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 27–47. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
106. Pettigrew, Andrew, Richard Woodman in Kim Cameron. 2001. Studying organizational change and development: challenges for future research. *Acad Manage J.* 44 (4): 697–713.
107. Planinšek, Irena, 1999. Prosti čas medicinskih sester. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc, Majda Pahor, 152–165. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
108. Poberaj, Tina. 1993. *Pot do sreče in zdravja*. Ljubljana: Prešernova družba.
109. Pollard, Katherine. 2006. Raziskovanje medpoklicnih odnosov v zdravstvu. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 60–72. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
110. Popović, Petra in Majda Pahor. 2011. Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: analiza objav v časniku Delo = Publicimage of Slovenian nurses: analysis of daily newspaper Delo. *Obzor Zdrav Neg* 45 (4): 239–245.
111. Požun, Peter. 2003. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. *Obzor Zdrav Neg* 37 (1): 5–11.
112. Premik, Marjan. 1993. Specifično vodenje in zdravje. *Zdrav Var* 32 (2): 5–13.

113. Pšeničny, Andreja. 2008. *Prepoznavanje in preprečevanje izgorelosti*. Ljubljana: Didakta.
114. Rener, Tanja. 1997. Rastoča manjšina. *Družboslovne razprave* 13: 24–25.
115. Rešetič, Jožica. 2014. Vpliv pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose. V *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi*. ur. Bojan Nose, Brigita Jugovič, 56–68. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
116. Robida, Andrej. 2006. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek. 25–27. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
117. Robinson, Kate in Barbara Vaughan. 1993. *Knowledge for nursing practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
118. Rungapadiachy, Dev M. 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
119. Sabadin, Argio. 1997. *Psihologija dela I*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
120. Saje, Mojca. 2014. Reševanje konfliktov v medsebojnih odnosih. V *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi*. ur. Bojan Nose, Brigita Jugovič, 68–78. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
121. Skela Savič, Brigita. 2003. Zdravstvena nega in uspešno vodenje v slovenskih bolnišnicah. V: *Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege*, ur. Petra Kersnič in Bojana Filej, 215–228. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija.
122. --- 2005. Zakaj se spremembe v zdravstvu odvijajo (pre)počasi? *Neprofit. manag* 3 (1): 31–35.
123. --- 2006. Organizacijska kultura v zdravstvu kot izhodišče za razumevanje medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 172. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
124. --- 2007. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu*. Doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru.
125. --- 2008a. Spremembe na področju vodenja v zdravstvu niso več vprašanje, temveč dejstvo. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu?* –

- Novi izziv, ur. Boris Miha Kaučič, Darinka Klemenc, Peter Požun, Nataša Vidmar. 43–50. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
126. --- 2008b. Ali so potrebne spremembe na področju vodenja zaposlenih v slovenskem zdravstvu? V *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu*, ur. Brigita Skela Savič, Miha Boris. 9–28. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
 127. Skela Savič, Brigita in Mateja Lorber. 2011. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg* 45 (4): 247–52.
 128. Šprah, Liljana in Sarah Hieng, ur. 2011. Zbornik prispevkov na konferenci z mednarodno udeležbo: Zmanjšanje stresa – povečanje zadovoljstva in produktivnosti: *Prepoznavanje in obvladovanje problematike stresa na delovnem mestu s primeri dobrih praks v Sloveniji in tujini*. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije.
 129. Starc, Andrej, Majda Pahor in Branko Ilič. 2012. What makes nursing a profession: professionalization elements. *Health Med* 6 (11): 3815–3821.
 130. Stopar Sitar, Ana, Janko Kersnik in Polona Selič. 2012. Spoprijemanje s stresom in izgorelost medicinskih sester. V *5. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu*, ur. Brigita Skela Savič, S Hvalič Touzery, Katja Skinder Savič in Joca Zorc, 311–318. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
 131. Štular, Suzana. 1999. Mitologija materinstva. *Magistrsko delo*. Dostopno prek: <https://books.google.si/books?id=99qMOgAACAAJ&dq=inauthor:"Suzana+Štular">
 132. Svetic, Ana. 1996. *Strateški razvoj in ravnanje s človeškimi viri v zdravstvenih organizacijah*: doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 133. Svetlik, Ivan. Oblikovanje dela in kakovost delovnega življenja. 1998. V *Management kadrovskih virov*, ur. Stane Možina, Janez Jereb, Jože Florjančič in Ivan Svetnik, 147–174. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 134. Svetlik, Ivan. in Samo Pavlin. 2004. Izobraževanje in raziskovanje za družbo znanja. V *Teorija in praksa*, ur. Zdravko Mlinar, 41 (1-29): 200–203.
 135. Sullivan, Eleonor in Phillip Decker. 1997. *Effective leadership and management in nursing*. Addison–Wesley. Menio Park.

136. Sullivan, Eleleanor J in Decker Phillip J. 2009. *Effective leadership and management in nursing*. Upper Saddle River: Pearson Education, Prentice Hall.
137. Šmitek, Jana. 1998. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg* 32 (3–4): 127–138.
138. --- 2001. Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
139. --- 2006. Čustvena inteligenca v zdravstvu – ali je potrebna? V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 123–147. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
140. Švab, Alenka. 2003. Kako »skrbna« je država? Konceptualizacija skrbi v družinski politiki v Sloveniji. V *Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*, ur. Selma Sevenhuijsen in Alenka Švab, 51–73. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
141. Tavčar, I. Mitja. 2006. *Management in organizacija – sinteza konceptov organizacije*. Koper: Fakulteta za management.
142. Teran, Romana in Marija Bohinc. 1999. *Vloga in možnosti strokovnega razvoja medicinske sestre pri zasebnem zdravstvenem delavcu*. Ljubljana: Romana Teran.
143. Timmreck, Thomas C. 2001. Managing motivation and developing job satisfaction in the health carework environment. V *TheHealth Care Manager* (1): 42–58. London.
144. Trček, Jože. 1998. *Medosebno komuniciranje – kontaktna kultura*. Ljubljana: Korona Plus.
145. Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York in London: Routledge.
146. Trupi, Matjaž. 2012. *Medosebni odnosi znotraj tima zdravstvene nege*. Magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
147. Tschudin, Verena. 2003. *Kaj je skupno managerjem in etiki?* V *Zdravstvena nega v luči etike*, 93 – 101. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
148. --- 2004. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
149. --- 2006. *How nursing ethics as a subject shanges: ananalysis of the first eleven years of publication of the jurnal Nursing Ethics*. London: Little Brown &co.

150. Ule, Mirjana. 2000. *Sodobne identitete – v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
151. --- 2003a. *Spregledana razmerja – o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
152. --- 2003b. Etične posledice novih ideologij zdravja in bolezni za zdravstveno nego. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc, Andreja Kvas in Majda Pahor. 131–138. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
153. --- 2006. Spregledana razmerja; vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*: zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, ur. Bojana Filej, Majda Pajnkihar, Boris Miha Kaučič, Milica Lahe, 15–19. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
154. --- 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: FDV
155. --- 2012. Družbeni vidiki zdravja in medicine. V *Socialno delo*, ur. Bogdan Lešnik in Mojca Urek, 5–14. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
156. Ule, Mirjana in Metka Kuhar. 2003. *Psihologija vsakdanjega življenja: Mladi, družina, starševstvo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
157. Ule, Mirjana in Tanja Kamin. 2012. Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. *Zdrav Var* 51 (1): 1–4.
158. Ule, Mirjana, Brina Malnar in Slavko Kurdija. 2014. *Healthand medicine intransition*. Wien: Echoraum.
159. Urbančič, Klaudia. 1996. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzor Zdrav Neg* 30: 21–28.
160. --- 1998. Komunikacija s starši prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne nege in terapije. *Obzor Zdrav Neg* 32 (3/4): 155–166.
161. Vodovnik, Zvone. 2015. *Osnove delovnega in socialnega prava*. Ljubljana: GV Založba.
162. Vojnovič, Andrej in Darinka Klemenc. 2013. *Regulacija poklicev v zdravstveni in babiški negi – varnost za paciente in izvajalce*. *Obzor Zdrav Neg* 47 (4): 296–299.
163. Wilkinson, Richard. 2000. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

164. Voljč, Božidar. 1990. Kaj je odgovornost za zdravje. *Zdrav Var* 29 (11,12): 301–302.
165. Yazbeck, Anne-Marie. 2004. *Introducing clinical path ways in the slovene hospital (clinical) setting: professional cultures and changes in organizational behavior*. Magistrska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
166. Zaccaro, Stephen J., Beth Heinen in Marissa Shuffer. 2009. Team leadership and team efectiveness: V *Team effectiveness in complex organizations*, ur. Eduardo Salas, Gerald F. Goodwin in C. Shawn Burke, 183–208. New York: Phychology Press.
167. Zajec, Teja. 2011 *Ocenjevanje delovne uspešnosti in napredovanje v javnem sektorju*. Diplomsko delo: Dostopno prek: <http://www2.fu.unilj.si/diplome/pdfs/diplomska/zajecteja.pdf> (1. december 2015).
168. Zaletel, Marinka. 1997. Vpliv materialnih in nematerialnih spodbud na kakovostno izvajanje zdravstvene nege. V *Zbornik 16. posvetovanja organizatorjev dela*, ur. Goran Vuković. 126 – 134. Portorž:
169. Zaviršek, Darja. 1994. *Zdravje kot sistemski del societalnosti*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
170. Zidar Gale, Tatjana. 2004. *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu: z osebnimi spremembami do boljših medosebnih odnosov*. Ljubljana: GV Izobraževanje.
171. Zupančič, Polona. 2000. *Pravilnik o organizaciji in delovanju zdravstvene nege v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana*. Ljubljana: UKC Ljubljana.
172. --- 2001. *Kazalci kakovosti zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana*. Gradivo na Strokovnem svetu zdravstvene nege Kliničnega centra Ljubljana.
173. Zupančič, Renata. 2001. Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnih mestih. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 96–107. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
174. Žagar, Darinka. 2000. *Psihične obremenitve v zdravstvu*. Ljubljana: Center za mentalno zdravje.
175. Železnik, Danica. 2008. *Kompetencam na pot*. Obzor Zdrav Neg 42 (3): 165–167.
176. Živič, Zlata. 2001. Medicinske sestre o zdravju, zdravstvenih navadah in zdravstveni službi. V *Zbornik člankov strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 130–141. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

7 VIRI

1. Agency for Safety and Health at Work 2009. OSH in figures: stress at work – facts and figures. *European Risk Observatory Report*. Dostopno prek: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work.
2. Anderson, Robert, Branislav Mikulič, Greet Vermeulen, Marija Lyly-Yrjänäinen in Valentina Zigante. 2010. *Second European Quality of Life Survey – Overview*. Eurofound.
3. Balažič, Jože, Urban Brulc, Blaž Ivanc, Damjan Korošec, Katarina Kralj, Barbara Novak, Nataša Pirc Musar in Andrej Robida. 2009. *Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem*. Ljubljana: GV Založba.
4. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. FACTS 22 – *Stres na delovnem mestu* (online). Dostopno prek: <http://www.osha.mddsz.gov.si/resources/files/pdf/22.pdf>. (6. februar 2014).
5. http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/zakon_zuravnotezenje_javnih_financ_zujf/
6. <http://www.sviz.si/novice/1407/0/Napredovanja-javnih-uslu%C5%BEBencev-v-letu-2015> Zakon o javnih uslužbencih – uradno prečiščeno besedilo – ZJU-UPB3 (Uradni list RS, št. 63/07 z dne 13. 7. 2007)
7. Institute for healthcare Communication: Impact of Communication Healthcare. 2011. Dostopno prek: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/> (5. maj 2016).
8. Klinični center Ljubljana. 2000. *Pravilnik o organizaciji in delovanju zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana*.
9. ---. 1995. *Zbirka standardov, postopkov zdravstvene nege in medicinsko tehničnih posegov*. Služba zdravstvene nege.
10. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. 1994. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
11. *Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi*. Ur. l. RS 60/1998. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=3103>. (2. april 2016).

12. Mrak, Zdenka. 2004. *Filozofija zdravstvene nege na Kirurški kliniki*. UKC Ljubljana. Kirurška klinika.
13. Mrak, Zdenka. 2004. *Strategija in organizacijska kultura zdravstvene nege na Kirurški kliniki*. UKC Ljubljana. Kirurška klinika.
14. Mrak, Zdenka. 2014. *Spremenjene vsebine dela – razlogi za uveljavljanje novih delovnih mest*. UKC Ljubljana. Kirurška klinika.
15. *Odredba o seznamu izvajalcev zdravstvenih poklicev, ki morajo biti vpisani v register in imeti veljavno licenco*. Ur. L. RS 16/2013 (2. april 2016).
16. *Pravilnik o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. 2011. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
17. Tomažič, Marija in Škrabl Nika. 2010. *Organizacijski ukrepi v delovnem okolju*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana: Klinični inštitut za medicino dela prometa in športa.
18. *Quality in work and employment* 2007. Dostopno prek: <https://www.google.si/#q=Quality+in+work+and+employment+2007>
19. World Health Organization. 1978. Declaration of Alma-Ata international conference on primary health care. Alma-Ata: USSR.
20. Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1). 2013. Ur. l. RS, 21/2013. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=36364> (13. marec 2013).
21. *Zakon o sistemu plač v javnem sektorju*. Uradni list RS, št. 56/2002 (28. junij 2002).
22. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. 2005. Uradni list Republike Slovenije 23/2005.
23. *Zbirka standardov, postopkov zdravstvene nege in medicinskotehničnih posegov*. 1995. Klinični center Ljubljana: Služba zdravstvene nege.
24. Zbornik prispevkov na konferenci z mednarodno udeležbo. 2011. *Zmanjšanje stresa – povečanje zadovoljstva in produktivnosti: Prepoznavanje in obvladovanje problematike stresa na delovnem mestu s primeri dobrih praks v Sloveniji in tujini*. Zveza svobodnih sindikatov Slovenije.
25. Zdravstvena nega v luči zahteve po deregulaciji zdravstvenih poklicev. 2002. Ljubljana: Zbornica Zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

PRILOGE

PRILOGA A: VPRAŠALNIK ZA IZVAJALCE ZDRAVSTVENE NEGE NA KIRURŠKI KLINIKI

Spoštovani!

Na SPS Kirurška klinika področju za zdravstveno nego smo pripravili anketni vprašalnik z namenom, da ugotovimo, kakšno je vaše počutje na delovnem mestu. Podatke bomo uporabili za boljšo organizacijo dela, dvig kakovosti in večjega zadovoljstva pri delu zaposlenih v zdravstveni negi.

Zadovoljstvo zaposlenih namreč pomembno vpliva na kakovost dela. Pri tem nam lahko pomagate, ker poznate razmere na delovnem mestu in ste v delo neposredno vključeni. Vljudo Vas prosimo, da vsako vprašanje natančno preberete in nanj odgovorite, tako kot Vi mislite in občutite. Z Vašimi iskrenimi odgovori boste pomagali odkriti razloge, ki Vas obremenjujejo pri delu in ki so morda vzrok za nezadovoljstvo in neustrezno klimo v delovnem okolju.

Vaše mnenje, pripombe ter predlogi nam bodo v veliko pomoč.

Hvala za sodelovanje!

Vprašalnik je anonimen, izpolnjevanje prostovoljno.

Prosimo Vas, da obkrožite črko pred izbranim odgovorom ali (na črto) vpišete odgovor.

ZAPOSLEN klinični oddelek (EIN, EIT, ambulanta): _____

1. spol a) ženski b) moški

2. starost

a) do 20 let b) 21-30 let c) 31-40 let d) 41-50 let e) več kot 50 let

3. dosežena stopnja izobrazbe

a) srednja b) višja c) visoka d) univerzitetna

4. poklic

- a) srednja medicinska sestra
- b) zdravstvena tehnica / zdravstveni tehnik
- c) višja medicinska sestra / višji medicinski tehnik
- d) diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
- e) diplomirana babica
- f) medicinska sestra z univ. izobrazbo (prof.zdr.vzg., univ.dipl.org.dela...)

5. delovno mesto

6. Koliko let delovne dobe imate?

- a) do 2 leti b) 2-4 leta c) 5-10 let d) 11-15 let
- e) 16 – 20 let f) 21 – 30 let g) več kot 30 let

7. Koliko let že delate na Kirurški kliniki, v KC Ljubljana?

- a) do 2 leti b) 2-4 leta c) 5-10 let d) 11-15 let
- e) 16 – 20 let f) 21 – 30 let g) več kot 30 let

I. VPRAŠANJA, POVEZANA Z DELOM

Obkrožite izbran odgovor:

1. Kako bi opisali svoje delovne naloge?

- a) prelahke b) lahke c) primerne d) težke e) pretežke

2. Ali imate dovolj časa, da opravite svoje delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

3. Ali imate vsa potrebna sredstva za dobro opravljanje dela (materiali, pripomočki)?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

4. Ali imate vse potrebne informacije za dobro opravljanje dela?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

5. Ali vam je jasno, kaj so vaše delovne naloge in dolžnosti?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

6. Ali se lahko sami odločate, kako opraviti svoje delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

7. Ali imate možnosti v celoti uporabiti svoje spretnosti in sposobnosti?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

8. Ali menite, da ste za svoje delo primerno plačani?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

9. Ali razporeditev delovnega časa vpliva na kakovost vašega dela?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

10. Ali imate vpliv na razporejanje delovnega časa (dežurstva, vikendi, prazniki)?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

11. Ali imate dovolj prostih dni, dopusta, počitka, da se spočijete?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

12. Ali imate možnosti dodatnega izobraževanja, ki si ga želite?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

13. Ali imate v trenutni delovni situaciji možnost napredovanja?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

14. Koliko dni ste bili v preteklem letu (2004) na strokovnem izpopolnjevanju?_____dni

15. Ali poznate kriterije za nagrajevanje delovne uspešnosti?

- a) prav nič b) malo c) srednje d) precej e) povsem

16. Ali ste že bili nagrajeni iz naslova delovne uspešnosti?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

17. Ali vam je vaše delo všeč in ga radi opravljate?

- a) prav nič b) malo c) srednje d) precej e) povsem

18. Ali menite, da ste pri delu uspešni?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

19. Kako pogosto so pogoji in organizacija dela vir vašega nezadovoljstva ali stresa?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

20. Ali imate možnost sproti reševati probleme, povezane z delom?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

21. Kaj vas najbolj moti pri organizaciji vašega dela?

.....

.....

.....

II. VPRAŠANJA, POVEZANA Z ODNOSI MED SODELAVCI - IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE

22. Ali poteka vaše delo timsko?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

23. Ali imate priložnost s sodelavci govoriti o strokovnih temah, ki so pomembne za vaše delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

24. Ali lahko sodelavca prosite za pomoč, kadar jo potrebujete?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

25. Ali imate v skupini sodelavcev občutek dela v prijetnem vzdušju?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

26. Ali imate s sodelavci dobre medosebne odnose?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

27. Kako pogosto so odnosi s sodelavci vir vašega nezadovoljstva ali stresa?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

28. Ali imate občutek, da ste del delovne skupine?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

29. Ali je med vašimi sodelavci kdo, s katerim ne bi nikoli delali, če bi imeli možnost izbire?

- a) da b) ne

30. Ali imate na oddelku redne skupne delovne sestanke?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

31. Ali ste zadovoljni z vsebino sestankov?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

32. Kaj vas najbolj moti pri delu s sodelavci?

.....

.....

.....

III. VPRAŠANJA, POVEZANA Z ODNOSI MED IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE IN ZDRAVNIKI

33. Ali imate občutek, da ste zdravniku enakovreden sodelavec?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

34. Ali imate možnost zdravniku povedati vse informacije, ki jih opazate pri pacientu ?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

35. Ali poteka med vami in zdravniki dvosmerna komunikacija (ali vas zdravnik v pogovoru o bolniku posluša, sliši)?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

36. Ali poteka neposredno sodelovanje z zdravniki na strokovno dober, učinkovit način?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

37. Ali poteka neposredno sodelovanje z zdravniki v profesionalnem, prijetnem vzdušju?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

38. Ali imate z zdravniki dobre medosebne odnose?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

39. Kako pogosto s pripravljenim pacientom (na pregled, poseg) čakate na zdravnika?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

40. Ali se zdravnik na vaš klic ob spremenjenem zdravstvenem stanju pacienta takoj odzove?

- a) nikoli takoj b) redko takoj c) srednje takoj d) pogosto takoj e) vedno takoj

41. Ali se zdravnik po prejemu vašega sporočila primerno odzove (pride pogledat pacienta, odredi ustrezno terapijo, itd.)?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

42. Kako pogosto so odnosi z zdravniki vir vašega nezadovoljstva ali stresa pri delu?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

43. Kako pogoste imate z zdravniki delovne sestanke?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

44. Ali imate kontakt s predstojnikom kliničnega oddelka?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

45. Ali vas zdravniki informirajo z novostmi na področju zdravljenja bolnikov, ki vplivajo na celotno zdravstveno obravnavo?

- a) prav nič b) slabo c) srednje d) precej e) povsem

46. Kaj vas najbolj moti pri delu z zdravniki?

.....

.....

.....

IV. VPRAŠANJA, POVEZANA Z ODNOSI Z NADZORNIMI MEDICINSKIMI SESTRAMI

Tega sklopa vprašanj ne izpolnjujejo nadzorne in glavne medicinske sestre!

47. Ali se nadzorna medicinska sestra pogovarja z vami o problemih, povezanih z delom?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

48. Ali sprejema in vzpodbuja spremembe za doseganje boljših rezultatov pri delu?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

49. Ali vam nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav, kadar jo potrebujete?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

50. Ali vam nudi zaščito in podporo tudi pri višjem vodstvu (npr. glavni medicinski sestra, vodstvu SPS, KC)?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

51. Kako pogosto vam nadzorna medicinska sestra izreka pohvalo za dobro opravljeno delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

52. Kako pogosto vam izreka kritiko za slabše opravljeno delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

53. Ali lahko zaupate težave o medosebnih odnosih na delovnem mestu nadzorni medicinski sestri?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

54. Ali imate z nadzorno medicinsko sestro dobre medosebne odnose?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

55. Kako pogosto iščete pomoč pri glavni medicinski sestri kliničnega oddelka, kadar imate težave z nadzorno medicinsko sestro?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

56. Kako pogosto so odnosi z nadzorno medicinsko sestro vir vašega nezadovoljstva ali stresa?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

57. Kaj vas najbolj moti pri delu z nadzorno medicinsko sestro?

.....

.....

V. VPRAŠANJA, POVEZANA Z ODNOSI Z GLAVNO MEDICINSKO SESTRO

58. Ali vam glavna medicinska sestra nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav, kadar jo potrebujete?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

59. Ali glavna medicinska sestra poskrbi za vaše strokovno izpopolnjevanje?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

60. Ali glavna medicinska sestra sproti rešuje konflikte, ki so nastali v kolektivu?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

61. Ali menite, da je glavna medicinska sestra uspešna pri organizaciji in vodenju dela?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

62. Kako pogosto vam izreka pohvalo za dobro opravljeno delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

63. Kako pogosto vam izreka kritiko za slabše opravljeno delo?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

64. Ali glavna medicinska sestra strokovno in korektno sodi o kvaliteti in kvantiteti vašega opravljenega dela?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

65. Ali lahko zaupate težave o medosebnih odnosih na delovnem mestu glavni medicinski sestri?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

66. Ali se obračate na glavno medicinsko sestro, kadar imate osebne težave?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

67. Ali lahko zaupate osebne težave glavni medicinski sestri?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

68. Ali imate z glavno medicinsko sestro dobre medosebne odnose?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

69. Kako pogosto iščete pomoč pri glavni medicinski sestri SPS ali KC, kadar imate težave z glavno medicinsko sestro kliničnega oddelka?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

70. Kako pogosto so odnosi z glavno medicinsko sestro vir vašega nezadovoljstva pri delu ali stresa?

- a) nikoli b) redko c) srednje d) pogosto e) vedno

71. Kaj vas najbolj moti pri delu z glavno medicinsko sestro?

.....

.....

.....

VI. SPLOŠNO ZADOVOLJSTVO

72. Ali ste ponosni in zadovoljni, da ste zaposleni v KC Ljubljana?

- a) prav nič b) slabo c) srednje d) precej e) povsem

73. Če ocenite vse značilnosti vašega delovnega mesta, v kolikšni meri ste z njim zadovoljni?

- a) prav nič b) slabo c) srednje d) precej e) povsem

74. Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj zdravstvenih tehnikov?

- a) premalo b) dovolj c) preveč

75. Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe zdravstvene nege oz. bolnikov dovolj diplomiranih medicinskih sester in višjih medicinskih sester?

- a) premalo b) dovolj c) preveč

76. Ali menite, da je na »vašem« oddelku glede na potrebe bolnikov in potrebe dela dovolj zdravnikov?

- a) premalo b) dovolj c) preveč

77. Kako učinkovito je po »vašem« mnenju vodstvo zdravstvene nege SPS pri reševanju aktualnih problemov na vašem oddelku?

- a) prav nič b) slabo c) srednje d) precej e) povsem

78. Kako učinkovito je po vašem mnenju vodstvo zdravstvene nege KC pri reševanju aktualnih problemov na »vašem« oddelku?

- a) prav nič b) slabo c) srednje d) precej e) povsem

79. Ali ste v zadnjih 6 mesecih razmišljali o tem, da bi zapustili »svoj« klinični oddelek in zamenjali delovno mesto?

- a) da b) ne

80. Ali je verjetno, da boste v obdobju naslednjih 12 mesecev skušali poiskati novo zaposlitev?

- a) da b) ne

81. Kaj bi bilo po Vašem mnenju dobro in potrebno spremeniti na »vašem« oddelku?

Za Vaše odgovore se Vam iskreno zahvaljujemo!

P.S.: Vljudno prosimo, da izpolnjene vprašalnike oddate v zaprti kuverti na kliničnem oddelku medicinski sestre za kakovost zdravstvene nege.

Vodstvo zdravstvene nege SPS Kirurška klinika

Upravljanje in vodenje

Tajništvo glavne medicinske sestre

Zaloška cesta 2,

SI 1525 Ljubljana

Telefon: 01/522 37-42 ali 37-41

Vprašalnik številka: _____

PRILOGA B: PREDSTAVITEV PODOBE MEDICINSKE SESTRE, BABICE IN TEHNIKA ZDRAVSTVENE NEGE

PODOBA MEDICINSKE SESTRE

MEDICINSKA SESTRA je diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (dipl. m.s. / dipl. zn.), ki ima zaključen visokošolski študij zdravstvene nege, pri čemer študijski program v celoti upošteva Evropsko direktivo za regulirane poklice št. 2005/36/ES, ter ji je ustrezen organ podelil pravico za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti.

Medicinska sestra je NOSILKA zdravstvene nege in oskrbe v Republiki Sloveniji.

MEDICINSKA SESTRA JE STROKOVNJAKINJA na področju zdravstvene nege in oskrbe za celostno zdravstveno obravnavo posameznikov in skupin, katere avtonomno prevzema naloge in odgovornosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, področju socialnega varstva in šolstva. Je samostojna strokovnjakinja v negovalnem timu in članica zdravstvenega tima, v katerem z drugimi strokovnjaki sodeluje v zdravstveni obravnavi pacienta.*

TEMELJNA ODGOVORNOST medicinske sestre v dejavnosti zdravstvene nege je po definiciji Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN, 2010) sledeča:

»avtonomna in sodelujoča skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne in zdrave in v vseh okoljih; vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče«.

Ključne naloge so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov.

Osrednji namen delovanja medicinske sestre je PACIENT, enkrat in neponovljiv v času in prostoru in zato v skupini najvišjih vrednot njenega vrednostnega sistema.

Osrednja vrednota medicinske sestre je SKRB ZA SOČLOVEKA. Temeljna načela za njeno delo so humanost, moralnost, etičnost in strokovnost.

Medicinsko sestro zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza, 2005).

Podlaga za delokrog medicinske sestre so "Poklicne aktivnosti v zdravstveni in babiški negi" (Zbornica – Zveza, 2008, 2010, 2011).

Medicinska sestra za svoje delo prevzema **etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej – UPB1, 55. člen)**.

* V skladu s svojo strokovno usposobljenostjo lahko dejavnost zdravstvene nege samostojno opravljajo tudi višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, profesor/ica zdravstvene vzgoje in medicinske sestre s fakultetno izobrazbo različnih smeri.

STROKOVNA PODOBA MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra:

samostojno in avtonomno izvaja delo diplomirane medicinske sestre v skladu s temeljnimi odgovornostmi in področjem dela. Zdravstveno nego pacienta izvaja z upoštevanjem veljavnih strokovnih načel, smernic in standardov ter zagotavlja pacientu najvišjo možno raven varnosti in kakovosti v zdravstveni negi in oskrbi.

Vrednota medicinske sestre je znanje, ki je temelj za doseganje ciljev in strokovnega napredka. Medicinska sestra si prizadeva prenašati svoje znanje in izkušnje na člane negovalnega tima in druge, ki vstopajo v proces izobraževanja. Podlago za delo predstavlja dosežena stopnja izobrazbe na ravni dodiplomskega visokošolskega strokovnega izobraževanja ter vseživljenjsko učenje.

Medicinska sestra specialistka:

samostojno in avtonomno izvaja delo diplomirane medicinske sestre s **specialističnimi znanji** ter določene aktivnosti, prenesene s strani zdravnika. Pri tem uporablja visoko stopnjo kritičnega mišljenja in veščin ter ustrezno klinično presojo. Podlago za delo predstavljajo klinične specializacije kot oblika podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi.

Medicinska sestra magistrica zdravstvene nege:

je nosilka sistematičnega spremljanja kliničnega dela, vodenja timov za izboljševanje klinične prakse, pobudnica sprememb in izboljšav, ki jih neposredno uvaja v proces zdravstvene nege in oskrbe. Je nosilka in/ali izvajalka znanstvenoraziskovalne dejavnosti za področje zdravstvene nege in oskrbe, ki aktivno vključuje člane negovalnega in zdravstvenega tima. Je mentorica študentom in visokošolska učiteljica na prvi bolonjski stopnji. Podlago za delo predstavlja program druge stopnje zdravstvene nege po Bolonjski deklaraciji.

Medicinska sestra doktorica zdravstvene nege:

prevzema vodilno vlogo pri določanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege, raziskovanja in izobraževanja na podlagi neposrednega vključevanja v proces zdravstvene nege in oskrbe. Je tudi visokošolska učiteljica predvsem na drugi in tretji bolonjski stopnji. Povezuje teoretična znanja s potrebami kliničnega okolja. Podlago za delo predstavlja program tretje stopnje zdravstvene nege po Bolonjski deklaraciji.

Zaradi potreb po učinkovitem in kakovostnem vodenju zdravstveno negovalnih timov potrebuje medicinska sestra, vodja na vseh ravneh, dodatna znanja s področja vodenja in upravljanja.

OSEBNOSTNA PODOBA MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra je telesno in duševno zdrava ter duhovno in socialno zrela oseba.

Medicinska sestra skrbi za svoje osebno zdravje na način, da njena zmožnost zagotavljanja zdravstvene nege ni ogrožena (ICN, 2005).

Osebnostno podobo sestavljajo njene temeljne lastnosti, kot so človekoljubnost, dostojanstvo, dobrohotnost, pravičnost, zaupnost, preudarnost, vztrajnost, optimizem, spoštljivost, poštenost in strpnost. Dopolnjujejo jo sposobnost sožitja z ljudmi, humanost ter profesionalno uživanje v sočloveka.

Medicinsko sestro odlikujejo osebnostna kultura z izraženo komunikacijsko kulturo, sposobnostjo zaznavanja, kritičnega mišljenja, samoocenjevanja, ustvarjalnostjo in razvojnoraziskovalno usmerjenostjo.

Medicinska sestra spoštuje temeljne človekove vrednote in pacientove pravice.

S svojim vedenjem in ravnanjem vedno in povsod vzdržuje pozitivno podobo svojega poklica in povečuje zaupanje javnosti vanj (ICN, 2005).

Prizadeva si za ustvarjanje prijaznega, spoštljivega delovnega okolja.

Pripadnost poklicu izkazuje s spoštovanjem profesionalne dediščine, tradicije in s tem povezanih vrednot, z vključevanjem v stanovska združenja ter krovno stanovsko organizacijo, ki skrbi za celosten razvoj in odličnost delovanja stroke.

ZUNANJA PODOBA MEDICINSKE SESTRE

Zunanja podoba medicinske sestre je izražena z urejenim zunanjim videzom ter s primernim in spoštljivim vedenjem in obnašanjem. Medicinska sestra s svojo podobo sporoča o sebi in o svojem poklicu ter izkazuje stopnjo samozavedanja o vlogi, ki jo ima na delovnem mestu.

Medicinska sestra z zunanjo podobo predstavlja odnos do sebe, do drugih ljudi, do poklica oz. poklicne vloge, do položaja in do institucije, ki ji pripada. Z urejenostjo neposredno sporoča profesionalnost, dostopnost, samozaupanje ter s tem pridobiva zaupanje pacienta. Je pomemben dejavnik uspešne komunikacije.

Medicinska sestra je pri svojem delu izpostavljena kritičnim pogledom strokovne in splošne javnosti. Njena osebna higiena, urejenost in negovanost so v skladu s kulturno - estetskimi pravili in higiensko epidemiološkimi predpisi.

Osebna higiena, urejenost in negovanost

Negovane, gladke roke brez nakita in urejeni nohti ustrezajo higiensko epidemiološkemu standardom z namenom preprečevanja prenosa okužb in estetskemu videzu.

K urejenosti lahko sodi tudi zmerno in nevsiljivo naličen obraz, ki poudarja osebnost in estetsko noto posameznice. Za moške velja urejena brada in/ali gladko obrit obraz. Urejeni zobje odpirajo vrata prijaznemu profesionalnemu nasmehu. Podobo ustvarja tudi urejena pričeska; lasje so negovani, dolgi lasje so speti, kratko pristriženi ne

pokrivajo oči ali zakrivajo obraza. Medicinsko sestro označuje vonj po čistoči in svežini. Nevsiljiva dišava lahko dopolnjuje celostni zunanji videz.

Nakit nosi zmerno in nevpadljivo, tako da dopolnjuje osebnost; ne ovira pri delu in ne ruši celovitosti podobe. Nošenje nakita je skladno s higienskimi predpisi in standardi.

Estetsko okraševanje vidnih delov telesa s tetoviranjem in »piercingom« ni skladno s podobo medicinske sestre.

Delovna obleka kot simbol poklica

Medicinska sestra se istoveti in izraža pripadnost poklicni skupini z delovnim oblačilom v tradicionalno **svetlo modri barvi**.

Delovno oblačilo je čisto in urejeno; predpisi določajo, kdaj ga je potrebno nositi in kakšno mora biti. Enako velja za delovno obutev. Zagotavlja naj varno in čvrsto hojo, ki ne povzroča neprijetnega hrupa.

K delovnemu oblačilu za ženske in moške sodijo tudi nogavice nevpadljivih barv in vzorcev, ki se jih praviloma nosi vse leto.

V delovnem okolju se predstavlja z nošenjem predstavitvene priponke.

Medicinska sestra z videzom, vedenjem in obnašanjem ne vzbuja dvomljive pozornosti, temveč svoja osebna merila usklajuje z načeli profesionalne urejenosti in organizacijske kulture institucije.

VIRI

Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Benedetti K. Protokol, simfonija forme. Ljubljana: Planet GV, 2008.

Direktiva 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Evropska Unija. Evropski parlament. Strassbourg, 2005.

Definition of Nursing. International Council of Nurses, 2010.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: mednarodni kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.

Predlog Strategije razvoja zdravstvene nege in oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2011.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej – UPB1, 55. člen). Uradni list Republike Slovenije št. 23/2005.

The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: International Council of Nurses, 2010.

univerzitetni
klinični
center
ljubljana

PRILOGA C

KIRURŠKA KLINIKA

KO ZA

ODDELEK: _____

[illegible]

Podpis nadzorne medicinske sestre _____

Podpis glavne medicinske sestre KO _____

DATUM:

e - verzija 1.0

TAB XXXX

 $\frac{1}{2}$