

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

MAGISTRSKA NALOGA

POMEN VKLJUČEVANJA ZAPOSLENIH V
ZDRAVSTVENI NEGI PRI OBLIKOVANJU
POLITIKE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

BRANKO BREGAR

KOPER, 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Magistrska naloga

POMEN VKLJUČEVANJA ZAPOSLENIH V
ZDRAVSTVENI NEGI PRI OBLIKOVANJU
POLITIKE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Branko Bregar

Koper, 2010

Mentorica: doc. dr. Brigita Skela Savič

POVZETEK

Namen magistrske naloge je ugotoviti in razumeti pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema. V empiričnem delu naloge so zbrani podatki s pomočjo kvalitativne raziskovalne metodologije. Kot kvalitativno tehniko zbiranja podatkov smo uporabili polstrukturirani intervju z vidnimi izvajalci zdravstvene nege iz managementa, državne uprave in političnega življenja. Rezultati kažejo, da bi lahko zaposleni v zdravstveni negi doprinesli v zdravstveni sistem večjo učinkovitost in kakovost zdravstvenih storitev. Z večjo vključenostjo bi se povečal tudi dostop do zdravnikov, ki so danes obremenjeni z delom, in bi ga lahko s prenosom poklicnih kompetenc kakovostno opravljali zaposleni v zdravstveni negi. Pojavlja se več ovir, da zaposleni v zdravstveni negi nimajo več vpliva na izide zdravstvene obravnave. Avtor v zaključku kot rešitev ponuja koncept opolnomočenja zdravstvene nege, ki je zasnovan na povečanju moči zaposlenih v zdravstveni negi.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, politika, interesi, moč, vpliv, udeleženci

SUMMARY

Master's degree thesis is dedicated to the examination and understanding of political influence of nursing professionals on the formulation of health care policy. In the empirical part, data is collected by the qualitative research methodology, such as semi-structured interviews with significant nursing care practitioners – nursing care managers. Research shows, that better involvement of nursing care professionals in the policy making processes could improve efficiency and quality of health care. Better involvement could also improve access to the doctors, which are overburdened with tasks, that could easily be entrusted to the nursing staff. In the conclusion, author proposes a concept of empowerment of nursing care, that rests upon strengthening of power of nursing care professionals.

Key words: healthcare, politics, interests, power, influence, participants

UDK: 658.3:61616-083(043.2)

VSEBINA

1	Uvod	1
2	Teoretični del.....	3
2.1	Definiranje sistema zdravstvenega varstva	3
2.1.1	Delitev sistemov zdravstvenega varstva	4
2.1.2	Sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji	6
2.2	Pomembni udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva	8
2.3	Zdravstvena nega.....	10
2.3.1	Domača in mednarodna združenja izvajalcev zdravstvene nege	13
2.3.2	Politika in zdravstvena nega	15
2.4	Razmerja moči med izvajalci v sistemu zdravstvenega varstva.....	16
2.5	Današnji problemi zdravstvene nege.....	20
2.5.1	Stanje v svetu	21
2.5.2	Stanje v Sloveniji	25
2.6	Statusno pravni položaj zdravstvene nege.....	28
2.6.1	Pravni red Evropske unije	28
2.6.2	Pravni red Republike Slovenije	29
2.7	Zakon o zdravstveni negi	34
2.7.1	Nastajanje Zakona o zdravstveni negi	35
2.7.2	Primerjava pravne ureditve zdravstvene nege v izbranih državah.....	38
2.8	Sodelovanje nevladnih organizacij, zainteresirane javnosti v zakonodajnem postopku	39
2.9	Povzetek teoretičnega dela	40
3	Empirični del	41
3.1	Namen in cilji ter temeljna teza.....	41
3.2	Predstavitev metod raziskovanja	42
3.2.1	Vrsta raziskave	42
3.2.2	Metoda in instrument raziskave	44
3.3	Vzorčenje.....	45
3.4	Veljavnost raziskave	46
3.5	Potek raziskave in potek analize empiričnega gradiva.....	47
3.5.1	Potek raziskave	47
3.5.2	Potek analize empiričnega gradiva	48
3.6	Predpostavke in omejitve	52
4	Glavne ugotovitve	55
4.1	Razvoj in prikaz pridobljenih kategorij	57
4.2	Elementi posameznih kategorij	58
4.2.1	Soustvarjanje politike sistema zdravstvenega varstva	58
4.2.2	Moč medicine oziroma nemoč zdravstvene nege	60

4.2.3	Učinkovitost zdravstvenih timov	64
4.2.4	Prednosti zdravstvene nege	67
4.2.5	Ovire zdravstvene nege	69
4.2.6	Položaj zdravstvene nege	73
4.2.7	Razvoj zdravstvene nege	76
4.2.8	Politična moč	77
4.2.9	Zakon o zdravstveni negi	82
4.2.10	Izobraževanje	83
4.2.11	Management zdravstvene nege	85
4.2.12	Dosežki zdravstvene nege	89
4.2.13	Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike	91
5	Razprava	97
5.1	Kritični pogled raziskovalca na ugotovitve raziskave	101
5.2	Koncept opolnomočenja zdravstvene nege	105
6	Zaključek	109
	Literatura in viri	111
	Priloge	123

PONAZORILA

Graf 2.1	Zastopanost zdravstvenih delavcev v pomembnih telesih.....	10
Slika 2.1	Civic Voluntarism Model	23
Slika 3.1	Značilnosti utemeljevalne teorije.....	50
Slika 4.1	Izoblikovane kategorije	58
Slika 5.1	Model opolnomočenja zdravstvene nege.....	106
Tabela 2.1	Zastopanost zdravstvenih delavcev v pomembnih telesih.....	9
Tabela 2.2	Modeli snovanja zdravstvene politike	26
Tabela 3.1	Zgradba šifre udeležencev raziskave	48
Tabela 4.1	Soustvarjanje politike zdravstvenega sistema	58
Tabela 4.2	Moč medicine	60
Tabela 4.3	Nemoč zdravstvene nege	60
Tabela 4.4	Učinkovitost zdravstvenih timov	64
Tabela 4.5	Prednosti zdravstvene nege.....	67
Tabela 4.6	Ovire zdravstvene nege.....	69
Tabela 4.7	Položaj zdravstvene nege.....	73
Tabela 4.8	Razvoj zdravstvene nege	76
Tabela 4.9	Politična moč	77
Tabela 4.10	Zakon o zdravstveni negi.....	82
Tabela 4.11	Izobraževanje.....	83
Tabela 4.12	Management zdravstvene nege.....	85
Tabela 4.13	Dosežki zdravstvene nege.....	89
Tabela 4.14	Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike.....	91

1 UVOD

Spremembe zdravstvenega sistema pri nas so nujne zaradi vse večjega povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Pri spremembah zdravstvenega sistema sodelujejo različni udeleženci, ki uveljavljajo svoje interese. Glavni udeleženci, ki soustvarjajo zdravstveno politiko, so Ministrstvo za zdravje, Lekarniška zbornica, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniška zbornica. Skupine zaposlenih v zdravstveni negi, ki predstavljajo največjo skupino zaposlenih v zdravstvenem varstvu, nihče ne omenja kot pomembnega udeleženca pri soustvarjanju zdravstvene politike. Pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema pri nas še ni bil raziskan.

Danes predstavljajo sistemi zdravstvenega varstva središče zanimanja vsake države. Kakovostno zdravstveno varstvo naj bi bilo dostopno vsem državljanom, kar opredeljujejo tudi pravni dokumenti Evropske unije (Ceglar 2003; Keber 2003; Zdravstvena reforma 2003). Vendar pa se danes sistemi zdravstvenega varstva v svetu nahajajo v krizi in ne morejo slediti svojim ciljem. Države se ukvarjajo predvsem s finančno vzdržnostjo sistemov zdravstvenega varstva zaradi demografskih sprememb, novih (in dražjih) tehnologij in zdravil, boljših postopkov zdravljenja, daljšega preživetja in povečanja števila kroničnih pacientov. Povečuje se tudi osveščenost uporabnikov in njihove zahteve po zdravstvenih storitvah (Savič 2008; Green Paper 2005; Jacobzone in Oxley 2001). Zaradi vseh teh razlogov se države ukvarjajo z reformami na področju zdravstvenega varstva (Bohinc in Cibic 2005; Schmidt 2004; Zdravstvena reforma 2003; Albreht in Klazinga 2002; Giaimo in Manow 1999). Tudi Slovenija se srečuje s podobnimi težavami, zato danes vse težje zagotavlja osnovna načela in vrednote našega zdravstvenega sistema, kot so: univerzalnost, enakost in solidarnost (Keber 2003; Zdravstvena reforma 2003). Različni avtorji strokovnih in raziskovalnih del danes ugotavljajo, da so pri nas spremembe nujne, vendar pa moramo biti pazljivi, da bo pri spremembah zdravstvenega sistema v ospredju interes uporabnikov in ne drugih interesnih skupin (Živkovič idr. 2007; Keber 2003). Med zelo pomembne udeležence v zdravstvenem sistemu prištevamo zdravnike, ki preko svoje stanovske zbornice močno vplivajo na oblikovanje politike zdravstvenega sistema in preko tega tudi na svoj lasten položaj (Mrkaič in Pezdir 2007). Skupine zaposlenih v zdravstveni negi, ki povsod v zdravstvenih sistemih predstavljajo največjo skupino zaposlenih (Spenceley, Reutter in Allen 2006; Seljak in Kvas 2004; Cramer 2002; Des Jardin 2001a), pri nas nihče ne vidi kot pomembnega udeleženca v teh procesih (Živkovič idr. 2007; Albreht in Klazinga 2002). Vendar zaposlene v zdravstveni negi mnogi vidijo kot ključne pri reformah zdravstvenih sistemov (Gebbie, Wakefield in Kerfoot 2000, Kennedy 1985), saj so njihovi interesi najbolj povezani z interesi uporabnikov zdravstvenih storitev. Za zdravstveno nego velja, da je skrbstven poklic, kar pomeni, da je skrb za človeka postavljena v središče delovanja bolj kot lastni interesi. Zdravstvena nega ima velik vpliv tudi na izide zdravstvene obravnave

(Needleman 2008; Numata idr. 2007; Thungjaroenku, Cummings in Embleton 2007; Needleman idr. 2001; Muellerjeva 2000). Iz vseh teh razlogov je pomembno, da je zaposlenim v zdravstveni negi omogočeno enakovredno delovanje v vseh odločujočih telesih, ki vplivajo na oblikovanje politike zdravstvenega sistema in doprinesejo svoj pomen v zdravstvenem varstvu (Kvas in Seljak 2004; ICN 2010a). Različni avtorji (Boswell, Cannon in Miller 2005; Kulig idr. 2004; Seaver 2003; Nugent idr. 2002; Des Jardin 2001a; Dollinger 2000; Hannigan in Burnard 2000; Glennon b.l.) zato spodbujajo zaposlene v zdravstveni negi, naj se za nove vloge, ki jih morajo prevzeti v sistemu zdravstvenag varstva, tudi usposobijo.

Pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri nas do sedaj še ni bil raziskan. Zato smo se odločili, da bomo pomen zaposlenih v zdravstveni negi pri nas empirično raziskali.

V teoretičnem delu magistrske naloge smo najprej razjasnili določene vsebine, ki so se nam zdele relevantne za razjasnitev teme, ki smo jo želeli raziskati. Najprej smo definirali sisteme zdravstvenega varstva s poudarkom na organiziranosti sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Nadaljevali smo s pomembnimi udeleženci, predvsem na strani izvajalcev storitev zdravstvene dejavnosti, kjer smo se osredotočili na skupino zaposlenih v zdravstveni negi in njihovo vlogo ter pomen pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema v svetu in pri nas. V teoretičnem delu smo skušali poiskati vzroke tudi za položaj, ki ga zdravstvena nega ima v današnjem družbeno političnem kontekstu, in razjasniti odnose med udeleženci na strani izvajalcev storitev zdravstvene dejavnosti. Poglavje smo zaključili z normativno ureditvijo tega področja v sistemu zdravstvenega varstva.

V empiričnem delu magistrske naloge, ki smo ga izvedli med pomembnimi udeleženci zaposlenih v zdravstveni negi, smo preučili in razjasnili pomen, ki ga zaposleni v zdravstveni negi imajo na oblikovanje politike zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji. Raziskovalna metodologija, s katero smo prišli do določenih spoznanj, je temeljila na uporabi kvalitativnih tehnik ali metod.

Zaključek naloge predstavlja ugotovitve za razjasnitev in izboljšanje problema, ki smo si ga zadali raziskati.

2 TEORETIČNI DEL

V tem poglavju predstavimo sisteme zdravstvenih varstev, zdravstveno nego in odnose, ki vladajo v zdravstvenem sistemu med zdravstveno nego in medicino. Pokažemo relevantne raziskave v svetu, ki govorijo o pomenu zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema. Poglavje zaključimo s položajem zdravstvene nege, ki ga ima pri nas.

2.1 Definiranje sistema zdravstvenega varstva

Začetki sistemov zdravstvenega varstva segajo daleč v preteklost. Sprva je bila skrb za obolelega, ki so jo med drugimi izvajali svečeniki, vdove, izkušeni zdravniki in vrtači, neorganizirana. Doba organiziranega priučevanja skrbi za obolele se je začela okoli leta 500 prvega tisočletja, ko so ustanovili prve bolnišnice. Skrb za zdravje je postopoma postajala vse večja družbena vrednota in tako so se v 19. stoletju začeli razvijati prvi sistemi zdravstvenega varstva (Nalić in Šimenko 2008). Sistemi zdravstvenega varstva so se začeli razvijati tudi zaradi spremenjenih razmer v družbi. Industrializacija, urbanizacija in pojav delavskega razreda so med drugim prinesle povečano zanimanje o pravicah in odgovornostih v zvezi s skrbjo za zdravje in ustvarile potrebe po zdravstvenih storitvah. Družbe so razvile različne sisteme zdravstvenega varstva, ki so odvisni od različnih dejavnikov, kot so ekonomske in demografske značilnosti družbe, stopnje razvoja znanja in znanosti, kulturni vzorci in religiozna prepričanja (Baly 1995, po Pahor 2006).

Za zagotavljanje zdravja prebivalstva si države prizadevajo vzpostaviti čim boljši sistem zdravstvenega varstva, ki ga predstavlja splet individualnih, skupinskih in družbenih ukrepov in dejavnosti. Ta splet, ki nujno vključuje tudi področji upravljanja in financiranja, prispeva h krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja posameznikov, skupine in družbe. Svetovna zdravstvena organizacija na svojih straneh¹ govori, da je področje zdravstvenega varstva kompleksno in spreminjajoče. Zdravje je postalo ključna strateška prednost vsake družbe. Kljub temu da mnoge države vlagajo ogromno sredstev za zagotavljanje zdravstvenega varstva svojega prebivalstva, vse nimajo enakih možnosti. Predvsem so to tiste države, ki zaradi visoke vesplošne revščine ne morejo zagotavljati primerne zdravstvenega varstva svojemu prebivalstvu. Sistemi zdravstvenega varstva se tudi v mnogih razvitih in bogatih državah po svetu že dalj časa nahajajo v krizi, zato so potrebne reforme (Bohinc in Cibic 2005; Schmidt 2004; Albrecht in Klazinga 2002; Giaimo in Manow 1999). Čeprav so nekatere težave in izzivi v večji ali manjši meri skupni različnim zdravstvenim sistemom, med njimi obstajajo pomembne razlike. Pomembne razlike so v tem, da so eni sistemi, predvsem ameriški, bolj ali manj komercialni, drugi sistemi, predvsem evropski, pa bolj solidarni do uporabnikov storitev (Nalić in Šimenko 2008). V ZDA se soočajo s predragimi

¹ <http://www.who.int/about/agenda/en/index.html>

zdravstvenimi storitvami in nedostopnostjo le-teh za vse državljane v enakem obsegu (Garbajs 2008). V Evropi pa se že dalj časa ukvarjajo predvsem s finančno vzdržnostjo sistema zaradi demografskih sprememb (Savič 2008; Green Paper 2005; Jacobzone 2001).

Na drugi strani pa so tu še evropske države nekdanjega vzhodnega bloka, ki so se ob zamenjavi družbeno-ekonomskega sistema znašle v novem okolju, in to ne samo na področju drugačnega financiranja zdravstvenega sistema, ampak tudi pri vprašanju njegove učinkovitosti glede na finančne vire. Skupna značilnost omenjene skupine držav je, da so imele do leta 1990 državno vodene sisteme zdravstvenega varstva. Med njimi pa so vladale tudi velike razlike pri porabi finančnih sredstev na prebivalca, ki je eden od kriterijev za ocenjevanje kakovosti zdravstvenega varstva. Omeniti je treba, da je Slovenija med temi državami bila uvrščena v tisto skupino držav, ki so namenjale več sredstev na prebivalca kot pa ostale (Watson in Ovseiko 2005, 69). Velik problem v teh državah predstavlja tudi korupcija v najrazličnejših oblikah (Watson in Ovseiko 2005, 69; Figueras idr. 2004, 51-59; Ensor in Duran-Moreno 2002).

2.1.1 Delitev sistemov zdravstvenega varstva

Danes lahko v svetu zasledimo več sistemov zdravstvenega varstva. Države so teoretično prevzele tisti sistem, ki jim je bil najbližji glede na prisotne vire, sčasoma pa so sisteme z zdravstvenimi reformami prilagajale svojim potrebam. Zaradi tega danes ne poznamo teoretično čistih sistemov (Nalič in Šimenko 2008). Pri razvrščanju sistemov zdravstvenega varstva nas zanimajo različni elementi: vloga in prisotnost države pri upravljanju, njen vpliv in pristojnosti glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov, socialna varnost ljudi, način financiranja področja in položaj izvajalcev zdravstvenih storitev v sistemu (Garbajs 2008). Klun (2000, 5) deli sisteme zdravstvenega varstva v tri osnovne: državno vodeni model, tržno naravnani sistem in partnerski modeli socialne varnosti. Zelo pogosta je tudi delitev, ki je podobna Klunu, vendar pa je posamezni sistem dobil ime po svojem snovalcu.

V glavnem lahko danes trdimo, da poznamo različne sisteme zdravstvenega varstva po svetu, ki so jih države izpeljale iz naslednjih teoretičnih sistemov:

- Bismarckov model. Ta sistem je leta 1889 kot prvi uvedel nemški kancler Otto von Bismarck. Temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zavarovanja (Wikipedija 2008). Za ta sistem bi lahko rekli, da je socialni model, saj temelji tudi na načelu vzajemnosti in solidarnosti. Po tem modelu se morajo zavarovati vsi, ki imajo dohodke, in ustanovi, ki je nosilka zavarovanja in ki ni profitna, plačevati prispevke v ustreznem deležu glede na svoj dohodek. Marginalne skupine prebivalcev, kot so socialno šibkejši, po tem modelu uživajo posebne pravice. Osrednjo vlogo v Bismarckovem modelu ima nosilec zavarovanj, ki organizira in upravlja s področjem, določa obseg pravic in prispevka zavarovancev. Vloga države je omejena na urejanje s predpisi in

zakoni ter posredovanja v primeru motenj. Po Tothu (2003, 146) so predstavnice tega sistema Nemčija, Avstrija, Francija, Belgija, Japonska, Luksemburg, Nizozemska, Slovenija, Češka in druge. V Sloveniji je prisoten od leta 1992.

- Beveridgev model (Wikipedija 2010). Model temelji na predpostavki, da mora celotno socialno in zdravstveno varnost svojim državljanom zagotoviti država. Osnoval ga je ekonomist in reformist William Henry Beveridge leta 1942. Na podlagi njegove zamisli so po drugi svetovni vojni v Združenem kraljestvu osnovali National Health Service (Nacionalna zdravstvena služba), ki je odgovorna za organizacijo zdravstvene službe. Celotno področje zdravstvenega varstva se financira iz davkov, državljanji ne plačujejo prispevkov. O sredstvih, ki se dodelijo zdravstvenemu varstvu, odloča v okviru proračuna parlament, vlada odloča o organizaciji zdravstvene službe, je njen ustanovitelj in investitor. Sistem zdravstvenega varstva upravlja Nacionalna zdravstvena služba, ki s predpisi ureja tudi pravice in dolžnosti zdravnikov. Zdravniki so zasebniki, vendar so posredno v pogodbenem razmerju z Nacionalno zdravstveno službo, zato so javni uslužbenci. Bolnišnice so praviloma v javni lasti. Beveridgev model imajo Velika Britanija, Irska, Islandija, Norveška, Švedska, Finska, Danska in druge države (Nalić in Šimenko 2008; Toth 2003, 146).
- Semaškov model (Wikipedija 2009). To je model zdravstvenega varstva, ki ima sicer osnove v Beveridgejevem modelu nacionalne zdravstvene službe, vendar pa temelji na socialističnih načelih. Razlika je samo ideološka. Izhaja iz tega, da je država odgovorna za zdravstveno varstvo svojih državljanov. Semaško je trdil, da je socialistična družba preko svojih institucij dolžna zagotoviti svojim prebivalcem vse dobrine, povezane z zdravjem na najvišji ravni in brez doplačil. Sistem je bil prisoten v državah Sovjetske zveze, Jugoslavije in v večini držav, ki so v Evropi sodile v t. i. Vzhodni blok... (Nalić in Šimenko 2008; Toth 2003, 146).
- Tržni ali podjetniški sistem (uveljavljen v ZDA). Temelji na ponudbi in povpraševanju ter le minimalnem poseganju države. Država zagotavlja minimalne zdravstvene storitve socialno šibkejšim in starejšim² (Bodenheimer 2005, 17). Posameznik se odloča, ali se bo zdravstveno zavaroval in pri kateri od zasebnih zavarovalnic ali pa bo stroške zdravljenja plačeval sam. V primeru, da se posameznik odloči za plačevanje premij zavarovalnici, ima na izbiro več zasebnih zavarovalnic, kjer se odloča za program zavarovanja glede na tveganja, ki jih posamezni programi zavarovanja nudijo (Garbajs 2008).

² Medicare za starejšo populacijo in Medicaid za najrevnejšo populacijo

Izvajalci zdravstvenega sistema se obnašajo kot podjetniki in njihov cilj je maksimiziranje čistega dobička (Toth 2003, 147). Kritike tega sistema zdravstvenega varstva so povezane predvsem v hitrem povečevanju sredstev za njegovo delovanje. Že leta 1998, ko so znašali povprečni izdatki za zdravstvo na prebivalca v najbolj razvitih državah 1800 USD, so v ZDA izdatki dosegli 4126 USD (OECD 2006).

Sistem zdravstvenega varstva je odprt, dinamičen sistem, ki se mora odzivati na spremembe v okolju. Mora se odzivati na današnje nove potrebe prebivalstva in spremenjene razmere v družbi. V sistem zdravstvenega varstva se je že zgodaj vmešala država in s tem zaščitila posameznika (Uranič 2006). Po Česnu (1998, 20) zato danes v razvitih državah prevladujejo mešani javno-zasebni sistemi zdravstvenega varstva

2.1.2 Sistem zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji

Osrednji zakon, ki opredeljuje sistem zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji, je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (1992; v nadaljevanju ZZVZZ). Zakon v svojem prvem členu definira zdravstveno varstvo:

- Zdravstveno varstvo je sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih.
- Zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Keber (2003) trdi, da se naša država srečuje s podobnimi težavami kot ostale razvite evropske države in da so spremembe sistema zdravstvenega varstva nujne. Izpostavlja naslednje izzive: demografske spremembe, nove tehnologije in zdravila, boljše postopke zdravljenja, daljše preživetje pacientov, povečanje kroničnih pacientov, boljša osveščenost državljanov in s tem rast zahtev po zdravstvenih storitvah. Posledica tega so povečane finančne potrebe za zagotavljanje osnovnih načel in vrednot zdravstvenega sistema, kot so univerzalnost, enakost in solidarnost. Univerzalnost pomeni, da je dostop do zdravstvenega varstva omogočen vsakomur. Solidarnost je povezana s finančno ureditvijo nacionalnih zdravstvenih sistemov in pomeni, da za zdravstveno varstvo prispevajo vsi prebivalci glede na svoje dohodkovne zmožnosti. Enakost je povezana z enakim dostopom do zdravstvenih storitev ne glede na etično pripadnost, spol, starost, socialni status ali sposobnost plačila. Keber (2003) pravi, da morajo le-te (vrednote in načela) »ostati nedotaknjene ali jih je treba celo okrepiti«. Tudi Filejeva je že leta 2001 opozarjala na problematičnost nekaterih sprememb in nakazala nekatere rešitve:

- Vse bolj prevladujoči problem ekonomskega vidika restrikcij sprememb sistema zdravstvenega varstva (Mlakar 2005).
- Stihijsko uvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh. Zdravstveni domovi tako več niso nosilci zagotavljanja javnega zdravja. Zdravnik, ki se odloči za zasebno zdravstveno dejavnost, ob sebi več ne potrebuje strokovno usposobljenega kadra (izvajalcev zdravstvene nege), ampak je dovolj le administrator. Običajno se odloča za finančno učinkovitejšo zasebno dejavnost, kjer strokovno usposobljen kader predstavlja le večji strošek, ne pa zagotavljanje večje kakovosti obravnave.
- Pomembna metoda dela za zagotavljanje zdravja prebivalstva je nadaljevanje dispanzerske metode dela z ustreznim strokovnim kadrom.
- Patronažna dejavnost se bo morala krečiti. Patronažna medicinska sestra je nosilka dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva in je tako tudi zakonsko urejeno.
- Izvajalci zdravstvene nege se bodo morali naučiti novih metod dela, saj se ležalna doba vse bolj skrajšuje. Pacienti potrebujejo hitrejšo in učinkovitejšo rehabilitacijo ter več izvenbolnišničnih dejavnosti.
- Kakovostno dodiplomsko in trajnostno izobraževanje je vse bolj pomembno.
- Uveljavljanje timskega modela pri obravnavi pacienta je vse bolj pomembno in mora postati standard dela. Le tako lahko vsak udeleženi prispeva svoj lastni potencial pri zdravstveni obravnavi pacienta.
- Zagovorništvo je koncept, ki se mora uveljaviti tudi v slovenskem prostoru. Potrebno je izobraževanje v tej smeri, ki bo »medicinskim sestram omogočalo, da bodo obvladovale takšno komunikacijo in spretnosti ter razvile etiko, kar jim bo omogočilo soočanje s problemi znotraj te vloge«.
- Potrebna je zakonska ureditev zdravstvene nege.
- Vse bolj je pomembna kakovostna medosebna komunikacija med vsemi udeleženci v procesu zdravstvene obravnave.

V Sloveniji različni avtorji zagovarjajo nujnost sprememb zdravstvenega sistema (Živkovič idr. 2007; Keber 2003). Zaradi sprememb v družbi in novih potreb so potrebne reforme. Trdijo, da so potrebne strukturne spremembe, ki jih ne moremo več odlašati v prihodnost (Živkovič idr. 2007). Keber (2003) tudi meni, da so potrebne obsežne spremembe zdravstvenega sistema, vendar morajo biti v te spremembe vključeni vsi državljani. Pri reformah mora biti v ospredju interes državljanov, kar pomeni, da morajo biti vsi drugi interesi podrejeni temu, predvsem pa interesi izvajalcev zdravstvenih storitev in ostalih podpornih mehanizmov. Mrkaič in Pezdir (2007) se med drugim dotikata vloge različnih interesnih skupin v slovenskem zdravstvenem sistemu in njihovega vpliva na nujne spremembe. Izpostavljata močno interesno skupino zdravnikov, ki preko svoje stanovske zbornice uspešno vpliva na stanje v slovenskem

zdravstvu. Slovenija sodi med tiste države, v katerih je po letu 1989 prišlo do velikih političnih, ekonomskih in socialnih sprememb. Te spremembe so vplivale tudi na zdravstveni sistem (Albreht in Klazinga 2002), v katerem danes zdravstveno politiko (so)ustvarjajo predvsem tri institucije: Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

2.2 Pomembni udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva

V sistemu zdravstvenega varstva poleg uporabnikov na strani izvajalcev nastopajo različni udeleženci, ki imajo svoje interese (Mrkaič in Pezdir 2007; Uranič 2006; Albreht in Klazinga 2002). Interesi so lahko različni, pogosto tudi nasprotujoči. Tako so se v procesu usklajevanja interesov v upravljanju in vodenju sistema zdravstvenega varstva oblikovale različne interesne skupine. Organizacija sistema zdravstvenega varstva je zato oblikovana tako, da te interese usklajuje na tak način, da je sam sistem vzdržen in zagotavlja dolžnosti, pravice in koristi vsem udeleženiim. Uranič (2006) v svojem delu pravi, da gre za tripartitni sistem upravljanja, kjer sodelujejo trije subjekti: uporabniki zdravstvenih storitev, izvajalci zdravstvenih storitev in država.

- Uporabniki zdravstvenih storitev. V to skupino spadajo vsi državljani, ki se lahko za svojo socialno in zdravstveno varnost zavarujejo pri zdravstvenih zavarovalnicah.
- Izvajalci zdravstvenih storitev, ki so v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (2005) opredeljeni kot zdravniki, zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, sodelujejo v zagotavljanju zdravstvenega varstva državljanov. Skupaj z materialnimi zmogljivostmi, kot so zgradbe in oprema, tvorijo zdravstveno službo. Izvajalci zdravstvenih storitev lahko dejavnost zdravstvenega varstva opravljajo v okviru javne zdravstvene službe ali izven.
- Država preko svojih vzvodov skrbi za ravnotežje med interesi zdravstvenega varstva in interesi drugih področij gospodarstva in negospodarstva. Za sistem zdravstvenega varstva lahko rečemo, da je polavtonomen, saj država v tem tripartitnem sistemu zastopa družbene interese, ima med partnerji nadrejen položaj in ključne pristojnosti in največji vpliv na odločitve (Uranič 2006).

Mrkaič in Pezdir (2007), Uranič (2006) ter Albreht in Klazinga (2002) vidijo kot glavne udeležence v sistemu zdravstvenega varstva Ministrstvo za zdravje, Lekarniško zbornico, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniško zbornico. Izvajalcev zdravstvene nege kot akterja v teh razmerjih nihče ne omenja, kljub temu da različne raziskave po svetu govorijo o tem, da ima zdravstvena nega močan vpliv na izide zdravstvene obravnave pacienta (Thungjaroenku, Cummings in Embleton 2007; Numata idr. 2007). Remškar (2005) v svojem diplomskem delu problematizira odnos slovenske politike do dejavnosti zdravstvene nege, ki se je kazala pred vstopom v Evropsko unijo. Poklic zdravstvene nege je eden izmed šestih reguliranih poklicev v

Evropski uniji, zato je bilo treba pred vstopom vanjo zaradi zagotavljanja enakih možnosti pri iskanju poklica urediti to področje. Kljub pozivom različnih strokovnjakov s področja zdravstvene nege že dolgo pred letom vstopa Slovenije v Evropsko unijo slovenska politika ni izkazala primernega odnosa in je šele tik ali ob vstopu deloma uredila področje (Remškar 2005). V zaključku avtor poudarja, da politika izvajalcem zdravstvene nege ne daje pomembnega poudarka in se sprašuje »kakšno mnenje ima država o medicinskih sestrah kot o strokovnjakinjah na področju zdravstvene nege«.

Med najštevilnejšimi izvajalci, ki izvajajo zdravstveno obravnavo, so izvajalci zdravstvene nege in zdravniki. Poklicna skupina zdravnikov je v političnem življenju močno prisotna. Aktivno sodelujejo pri mnogih pomembnih vprašanjih, ki se tičejo družbe. Leta 2005 je bilo po podatkih Statističnega urada RS v Sloveniji registriranih približno 6000 zdravnikov (Statistični urad RS 2008; Pirš 2007). Od tega jih je bilo zaposlenih v upravnih organih in ministrstvih 31, na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ) 61, Zavodu za zdravstveno zavarovanje (ZZV) in Inštitutu za varovanje zdravje (IVZ) 93.

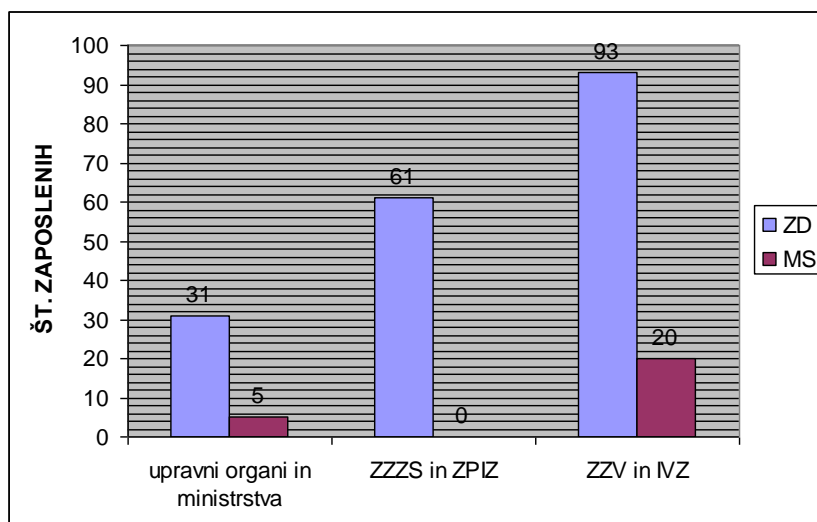
Med zaposlenimi v zdravstveni negi je bilo v istem letu (2005) registriranih 18000 oseb, od tega jih je bilo zaposlenih v upravnih organih in ministrstvih 5, na ZZZS in ZPIZ nobenega in na ZZV ter IVZ 20 oseb. Izvajalcev z visoko izobrazbo je bilo 4117.³

Tabela 2.1 Zastopanost zdravstvenih delavcev v pomembnih telesih

	ZD	MS
upravni organi in ministrstva	31	5
ZZZS in ZPIZ	61	0
ZZV in IVZ	93	20

³ Izvajalci z visoko izobrazbo: profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje/diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki/višje medicinske sestre/višji medicinski tehniki

Graf 2.1 Zastopanost zdravstvenih delavcev v pomembnih telesih



Podatki nakazujejo, da so zdravniki močnejše kot zaposleni v zdravstveni negi, zastopani v tistih organih, ki pomembno oblikujejo zdravstveno politiko.

2.3 Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je dejavnost, ki se opravlja kot del zdravstvene dejavnosti. Dejavnost zdravstvene nege opravljajo izvajalci zdravstvene nege.⁴ Zdravstvena nega je dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v zdravju in bolezni ter obravnava ljudi vseh starosti (Kvas in Seljak 2004, 11). Je stroka, ki je del zdravstvenega varstva, in deluje na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter na različnih strokovnih področjih (Hajdinjak in Meglič 2006, 9). Avtorici (Hajdinjak in Meglič 2006, 10-11) opredeljujeta področja delovanja dejavnosti zdravstvene nege:

- promocija zdravja,
- preprečevanje bolezni, zdravstvena nega bolnih, invalidnih, umirajočih,
- rehabilitacija posameznika, družine, skupine,
- zdravstveno-vzgojno delo, svetovanje zdravim in bolnim,
- zagovarjanje pacientov,
- načrtovanje, izvajanje, vrednotenje zdravstvene nege za posameznika, družino, skupino,
- delovanje v timih zdravstvene nege, zdravstvenih timih in interdisciplinarnih timih,
- oblikovanje lastne strokovne filozofije in filozofije zdravstvene nege,
- organiziranje in vodenje zdravstvene nege,

⁴ Izvajalci zdravstvene nege: srednja medicinska sestra, tehničarka zdravstvene nege/tehnik zdravstvene nege, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, profesorica zdravstvene vzgoje/profesor zdravstvene vzgoje.

- razvijanje teorij in prakse zdravstvene nege,
- izobraževanje sodelavcev, dijakov in študentov,
- raziskovanje na lastnem strokovnem področju,
- promoviranje varnega okolja,
- sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike,
- vodenje (management) zdravstvenih sistemov.

Obstaja več definicij zdravstvene nege. Prvo je zapisala leta 1859 Florence Nightingale. Sledijo ji še ostale definicije teoretičark zdravstvene nege, ki so se izoblikovale skozi čas, vsaka teorija pa je seveda odraz tedanjega časa in prostora (Hajdinjak in Meglič 2006; Kvas in Seljak 2004). Skrajšana definicija Mednarodnega sveta medicinskih sester (angl. International Council of Nursing –ICN):

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, invalidne 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 vzgoje. (Mednarodni svet medicinskih sester 2003)

Dejavnost zdravstvene nege se je kot vse druge dejavnosti razvijala skozi čas. Poznavanje razvoja zdravstvene nege je pomembno za razumevanje današnjega položaja zdravstvene nege v družbi. Njen zgodovinski razvoj lahko razdelimo v grobem na štiri obdobja:

- Intuitivno-empirično obdobje je trajalo do 6. stoletja. Najprej skrbi za bolne in ostarele niso povezovali z zdravstveno nego, ampak je bila bolezen povezana z zli duhovi. Bolne in pomoči potrebne starejše so obravnavali vrači in zdravilci s posebnimi obredi. Vrača in zdravilce so ponekod nadomestili duhovniki. Prve zametke zdravstvene nege lahko opazimo v obdobju zgodnjega krščanstva, ko so bolne negovali predvsem religiozni redovi, polreligiozni redovi, diakonese, rimske matrone, služabniki, sužnji bogatašev, učenci zdravnikov in najeti delavci za delo na domu. Pravih bolnišnic v tistem času še niso poznali. Negovanje so opravljali laično ali poklicno. Ti zadnji posamezniki so ravno tako bili laiki, vendar so imeli več poklicnih izkušenj. Za to obdobje lahko na kratko rečemo, da so negovanje opravljale predvsem ženske in tisti posamezniki, ki so imeli za to poseben interes. Formalne izobrazbe negovalci niso imeli. Svoje delo so opravljali na podlagi intuicije (Kvas in Seljak 2004, 30-31; Urbančič 1996, po Kvas in Seljak 2004, 30-31).
- Obdobje organiziranega priučevanja sega od leta 500 do 1860. leta. V tem obdobju so nego, ki je še vedno temeljila predvsem na intuiciji, opravljali laično, poklicno ali priložnostno. Pomembno je izpostaviti križarske vojne

(1096-1291), ko so se ustanovljale prve bolnišnice in ko je prišlo do prvega organiziranega izobraževanja za negovalke. Sledi mračnjaška doba od leta 1500-1700. Takrat so zaprli številne samostane in bolnišnice, kjer so skrbeli za bolne. Bolnišnice, ki so še morda ostale, so se imenovale bolnišnice groze. Reformacija v tem obdobju je spremenila vlogo žensk, ki so postale podrejene možu in so nosile glavno skrb za dom in otroke. Delo v bolnišnicah je postalo manjvredno. Zaposlovali so prostitutke, kaznjence, alkoholike. V bolnišnicah so delovali tudi priučeni negovalci, ki pa so imeli izredno slabe razmere za delo. V tem obdobju sicer (1633) najdemo prve zametke izobraževanja negovalk. Zaradi nevzdržnih razmer na tem področju je v Angliji prišlo tudi do prvih poskusov organizacije socialnih služb. Premik in upanje na bolje se je začel s pojavom humanizma (1700-1860), ko so humanisti začeli proučevati bolnišnice in zapore. Menili so, da je negovanje ljubezen in dolžnost žensk ter da je to neplačano delo (Kvas in Seljak 2004, 31-32).

- Moderno obdobje zdravstvene nege je zaznamovala Florence Nightingale. Kritično je proučevala stanje tedanjih bolnišnic in podala izboljšave. Je avtorica mnogih pisnih virov tedanjega časa. Ustanovila je prvo šolo za medicinske sestre z natančno določenimi merili. S formalnim izobraževanjem se je spremenil pogled družbe na zdravstveno nego. Na podlagi njenih spoznanj so v naslednjem obdobju nastale nove smernice razvoja zdravstvene nege (Kvas in Seljak 2004, 32-33).
- Sodobno obdobje je obdobje od leta 1945 do danes in je obdobje, v katerem je dejavnost zdravstvene nege predvsem z usmerjenostjo k celoviti zdravstveni oskrbi pacienta in uveljavljanju skrbi za posameznika, družino, družbo kot znanstvene discipline pridobivala vse večji pomen. Do akademizacije zdravstvene nege je najprej prišlo v Ameriki, potem v Zahodni Evropi. Danes zdravstvena nega vse bolj pridobiva vse attribute profesionalizacije poklica. Zdravstvena nega je v Sloveniji še vedno pod močno družbeno kontrolo bolj uspešno profesionaliziranih poklicev v zdravstvu, vendar se premiki pričakujejo z uveljavitvijo biopsihosocialnega pojmovanja zdravja (Pahor 2006; Kvas in Seljak 2004).

Področje zdravstvene nege in izvajalce zdravstvene nege se v današnji družbi prepozna za vse bolj pomembne in ključne pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe tako posameznika, družine in skupnosti. Vse bolj se poudarja globalna vloga zdravstvene nege, delovanje na vseh področjih, ki so povezani z zdravjem. Usmeritve so jasno zapisane v vseh stališčih in ciljih domačih in mednarodnih organizacij, v katere se združujejo posamezne nacionalne organizacije izvajalcev zdravstvene nege .

2.3.1 Domača in mednarodna združenja izvajalcev zdravstvene nege

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica – Zveza) je članica mednarodnih organizacij izvajalcev zdravstvene nege. Zbornica - Zveza, ki po zadnjih podatkih zastopa 15.880 članov. Zbornica – Zveza predstavlja enovito, strokovno in reprezentativno telo izvajalcev zdravstvene in babiške nege, ki skrbi za stanje in razvoj stroke zdravstvene nege. Zbornica – Zveza je pravna oseba zasebnega prava, ustanovljena na podlagi Zakona o društvih. Opravlja številne naloge, vendar naj omenimo le nekatere (Požun 2009):

- Ščiti in zastopa poklicne in strokovne interese članov, spodbuja razvojno, raziskovalno in znanstveno delo.
- Sodeluje pri oblikovanju in usmerjanju zdravstvene politike.
- Sodeluje z državnimi organi, izobraževalnimi institucijami, z Zdravstvenim svetom in ostalimi z namenom zagotavljanja razmer za učinkovito in uspešno delovanje izvajalcev zdravstvene nege.
- Sodeluje pri pripravi zakonov in predpisov s področja zdravstvene in babiške nege, zdravstvenega varstva, ureditvenih aktov v zdravstveni dejavnosti ter drugih interesnih področjih.
- Skrbi za izobraževanje in strokovni razvoj izvajalcev zdravstvene nege.
- Sodeluje z državnimi, upravnimi organi in izobraževalnimi institucijami pri načrtovanju, oblikovanju, spremljanju in posodabljanju izobraževalnih programov na vseh nivojih.
- Oblikuje in sprejema dopolnitve kodeksa etike in mednarodnega kodeksa izvajalcev zdravstvene nege.
- Spremlja kadrovske politike in sodeluje pri načrtovanju potreb po zaposlovanju izvajalcev zdravstvene nege.
- Izdaja strokovna glasila.
- Izvaja javna pooblastila za pooblaščen obdobje, ki ji ga podeli minister za zdravje. Ministrstvo za zdravje nadzira izvajanje pooblastil, za katera je dal pooblastilo pravni osebi. Med javna pooblastila spadajo vodenje registra, izdajanje potrdila o vpisu in izbrisu iz registra za zasebne izvajalce, izvaja strokovni nadzor s svetovanjem, izdaja/podaljšuje/odvzema licence izvajalcem, načrtuje specializacije in specialistične izpite, izdaja pravilnike, s katerimi podrobneje uredi področje, priporoča tarife za izvajalce. Pri izvajanju javnih pooblastil se upošteva Zakon o splošnem upravnem postopku in Zakon, ki ureja upravni spor.

Med nalogami Zbornice – Zveze je tudi sodelovanje z mednarodnimi organizacijami. Zbornica – Zveza je članica Evropske federacije združenj medicinskih sester, Mednarodne konfederacije babic in Mednarodnega sveta medicinskih sester.

Zlasti je treba izpostaviti članstvo v Mednarodnem svetu medicinskih sester (International Council of Nurses, v nadaljevanju ICN), ki je krovna organizacija in združuje največje število nacionalnih združenj. Usmerja razvoj zdravstvene nege na posameznih strokovnih področjih, izraža jasna stališča o zdravstvenih problemih in usmerja nadaljnji položaj in razvoj zdravstvene nege v sistemu družbene skrbi za zdravje. ICN ima med drugimi nalogami tudi pomembno in aktivno vlogo pri izboljšanju stanja zdravstvene nege v svetu. Na spletni strani ICN⁵ je navedeno, da je ICN organizacija, v katero se združujejo nacionalne organizacije izvajalcev zdravstvene nege iz preko 128 držav članic. ICN je bila ustanovljena 1899 in danes lahko trdimo, da je prva in najbolj zastopana organizacija, v katero se združujejo zdravstveni profesionalci. Zbornica – Zveza ima s članstvom v ICN povečane možnosti, da »sodelujemo v globalnih prizadevanjih za najboljšo zdravstveno oskrbo prebivalcev sveta in vplivamo na zdravstvene politike« (ZSDMSBZTS b. l.). ICN ima tri pogloblitve cilje:

- združuje izvajalce zdravstvene nege,
- izboljšuje in pospešuje prakso zdravstvene nege ter
- vplivanje na politiko zdravstvenega sistema.

ICN deluje na treh ključnih programih:

- *Praksa zdravstvene nege*. V okviru tega programa sta prepoznani dve pobudi, in sicer *Vodenje za spremembe* (Leadership for Change) in *Pogajanje in vodenje* (Negotiation and Leadership). V okviru *prve pobude* ICN poudarja znanje, veščine in sposobnosti izvajalcev zdravstvene nege, da sodelujejo pri spremembah sistema zdravstvenega varstva v duhu reform, ki so danes v sistemih zdravstvenega varstva povsod po vsem svetu potrebne. ICN med drugim ocenjuje, da izvajalci v mnogih nerazvitih državah nosijo zelo pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravstvenih potreb prebivalstva in so ključni pri vzdrževanju zdravstvenih sistemov v teh državah. V bolj razvitih državah pa so izvajalci zdravstvene nege najštevilnejši zdravstveni strokovnjaki, ki prav tako nosijo veliko odgovornost za delovanje sistema zdravstvenega varstva. Zato je mnenje ICN, da si morajo izvajalci zdravstvene nege pridobiti znanja, veščine in sposobnosti, da bodo lahko sodelovali pri reformah sistemov zdravstvenega varstva. Izvajalce zdravstvene nege je treba pripraviti za vodilne vloge v teh procesih. Treba je razvijati široko znanje, ki se ne dotika samo zdravstvene nege, ampak tudi poznavanja celotnega zdravstvenega sistema. V okviru te pobude želi ICN pospešiti učinkovitost izvajalcev zdravstvene nege na področjih, kot so načrtovanje in razvoj sistema zdravstvenega varstva, vodenje in management v zdravstveni negi in

⁵ <http://www.icn.ch/abouticn.htm>

zdravstvenih storitvah, razvoj stroškovno učinkovitih in kakovostnih storitev zdravstvene nege, priprava bodočih managerjev in vodij, trajnostni razvoj, sodelovanje v širših zdravstvenih in managerskih timih, vplivanje na spremembe učnih načrtov in mednarodno mreženje, tako na regijskem nivoju kot širšem (ICN 2010a). Ta pobuda spodbuja izvajalce zdravstvene nege k sodelovanju in vključevanju v oblikovanje zdravstvenih politik.

- *Druga pobuda* Pogajanje in vodenje je bila razvita v večini za države v Afriki, na Bližnjem Vzhodu, v Aziji, v Latinski Ameriki na Karibih. Za izvajalce zdravstvene nege v teh področjih je ICN oblikovala posebej njim prilagojene delavnice in vsebine
- *Regulacija poklica zdravstvene nege* z namenom, da je zdravstvena nega primerljiva med seboj v vseh članicah ICN. ICN v ta namen spodbuja skupne standarde v izobraževanju.
- *Socialno-ekonomsko stanje*, ki se nanaša na obravnavo zdravega delovnega okolja izvajalcev zdravstvene nege in njihov ekonomski položaj.

Politika in delovanje ICN je bolj podrobno opredeljena v Stališčih ICN (ICN Position Statements), ki naj bi usmerjala delovanje posameznih nacionalnih organizacij. Stališča so razporejena v pet posameznih področij (ICN 2010b):

- področje 1: Vloga zdravstvene nege v sistemih zdravstvenega varstva,
- področje 2: Profesija/stroka zdravstvene nege,
- področje 3: Socio-ekonomsko blagostanje izvajalcev zdravstvene nege,
- področje 4: Sistemi zdravstvenega varstva,
- področje 5: Družbena vprašanja.

V ciljih tako domačih kot mednarodnih organizacij je poudarjeno sodelovanje oblikovanju zdravstvene politike. Vse organizacije delovanje izvajalcev zdravstvene nege na tem področju spodbujajo in izpostavljajo kot izredno pomembno.

2.3.2 Politika in zdravstvena nega

Politiko po Mason, Leavitt in Chaffee (2002) širše definiramo kot orodje vplivanja na razporeditev redkih virov. Termin politika se lahko uporablja v vseh segmentih delovanja družbe. Warner Rains (2003) trdi, da je zdravstvena nega že od nekdaj tesno povezana s politiko na vseh ravneh. Ta vključenost je vidna skozi razvoj profesije in zdravstvenega sistema ter spremembe družbenega položaja zdravstvene nege (Milstead 1999). Des Jardin (2001a) vidi sodelovanje izvajalcev zdravstvene nege v politiki kot njihovo moralno in etično dolžnost. Več avtorjev navaja, da je zagovorništvo bolj pomemben integralen element zdravstvene nege in da se morajo izvajalci zdravstvene nege o tem izobraziti (Spenceley, Reutter in Allen 2006; Filej 2001; Des Jardin 2001a). Dolžnost vsakega izvajalca zdravstvene nege je, da postane zagovornik pacientovih

pravic. To lahko doseže le, če uspešno predstavlja in zagovarja svoja strokovna načela, ki so v dobrobit posameznikov in celotne družbe.

Politične odločitve se dotikajo izvajalcev zdravstvene nege tako na mikro- kot makroravni, zato je pomembno, da izvajalci zdravstvene nege postanejo aktivni tudi izven svojih delovnih okolij, kajti le tako bodo lahko postali tudi zagovorniki potreb celotne družbe in svojih pravic. Gebbie, Wakefield in Kerfoot (2000) navajajo, da lahko izvajalci zdravstvene nege kot politični akterji doprinesejo nekaj posebnega k oblikovanju zdravstvene politike. Zaradi njihovega širokega poznavanja področja, v katerem delajo, komunikacijskih sposobnosti in same narava poklica, ki je usmerjena k negovanju in skrbi za posameznika, so poklicani, da vstopijo v sistem političnega odločanja tudi na ravni oblikovanja zdravstvene politike (Warner Rains 2003). Med pomembne dejavnike, ki spodbujajo večjo aktivnost v političnem življenju, sodi tudi dejstvo, da gre za strokovnjake, ki jim ljudje zelo zaupajo (Jones 2005).

Ko govorimo o politiki in političnem vključevanju izvajalcev zdravstvene nege, je nujno razumevanje pojma moči in uporabo moči v javnem prostoru (Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002; Salvage 1993). Masterson in Maslin-Prothero (1999, po Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002) menita, da je uporaba moči prisotna v vseh aspektih družbenega življenja in da jo izvajalci zdravstvene nege morajo razumeti kot pozitiven vzvod za doseganje ciljev. Avtorji (prav tam) navajajo, da obstaja mnogo poskusov, kako razumeti moč in jo ločiti od avtoritete, dominacije in vplivanja:

- Najpreprosteje je moč razumljena kot zmožnost vplivanja na druge, da naredijo, kar nekdo želi.
- V političnem življenju se nanaša moč na proces, kjer interesi in vrednote ene skupine prevladajo nad interesi in vrednotami druge skupine.
- V našem kontekstu je zanimivo tudi razumevanje moči po Foucaultu. Trdil je, da tekmovanje za vire vodi k različnim razmerjem moči, saj določene skupine dosežejo dostop in nadzor nad viri prek izvajanja nadzora šibkejših skupin. Ta razmerja moči se pogosto zavarujejo z vzporednim pojavom diskurza, ki zagovarja te objektivne družbene odnose kot naravne.
- Lukes je podobno zagovarjal, da je moč povezana s kompleksnimi in subtilnimi načini, v katerih institucije rabijo temu, da oblikujejo razumevanje, zaznavanje in preference ljudi tako, da ti sprejmejo svojo vlogo v obstoječem redu stvari. Vloge sprejmejo zato, ker ne vidijo ali si ne morejo predstavljati alternative, ker jo vidijo kot naravno in nezamenljivo ali pa ker jo vrednotijo kod dano od boga in koristno.

2.4 Razmerja moči med izvajalci v sistemu zdravstvenega varstva

Položaj in odnos med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki v preteklosti dobro odsevajo ti dve izjavi iz začetka prejšnjega stoletja.

Medicinska sestra mora začeti z delom s trdno vgrajeno idejo, da je samo instrument, s katerim zdravnik doseže izvedbo svojih navodil; v obravnavi pacienta nima neodvisnega položaja. (McGregor-Robertson 1902, cit. po Fagin in Garelick 2004)

Ne glede na njeno nadarjenost, medicinska sestra ne bo nikoli postala zanesljiva, dokler ne bo lahko ubogala brez vprašanj. Prvo in najbolj pripravno kritiko sem prejela od zdravnika, ko mi je ta povedal, da moram biti preprosto inteligen ten stroj za izvrševanje njegovih ukazov. (Dock 1917, cit. po Fagin in Garelick 2004)

Zdravniki so si svoj dominantni položaj pridobili z uporabo moči, ki jim je omogočila uveljavitev svojih vrednot in norm. Različni avtorji (Kvas in Seljak 2004, 17; Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002) trdijo, da je medicina dosegla v svojem razvoju tak položaj nad drugimi poklicnimi skupinami v sistemu zdravstvenega varstva preko uveljavitve biomedicinskega modela pojmovanja problemov zdravja. Biomedicinski model pojmovanja zdravja je eden izmed temeljnih razlogov, da lahko uradna medicina vzdržuje svoj dominantni položaj v sistemu zdravstvenega varstva. Pahor (2006) med drugim tudi razlaga, da je njihova moč povezana z dobro profesionalizacijo poklica. Za razumevanje moramo pojasniti znana modela pojmovanja zdravja in pomen profesionalizacije poklica. Kvas in Seljak (2004) sta v svojem delu povzela, da sta se v zgodovini razvila dva temeljna modela pojmovanja zdravja:

- Biomedicinski model zožuje bolezenski pojav na raven celice oziroma kemijskega dogajanja. Bolezen je po tem modelu posledica določene motnje v delovanju človeškega telesa. Strogo ločuje telo od duha. Za nastanek bolezni so pomembni samo biološki dejavniki. Telo in psiha sta ločena in nimata vpliva drug na drugega. V biomedicinskem modelu zdravja ima osrednjo vlogo medicina, ki zahteva oblikovanje sistema zdravstvenega varstva z dominantno vlogo zdravnikov.
- Biopsihosocialni model zdravja je alternativen model in naj bi se v klinični praksi vse pogosteje uporabljal. Model zagovarja predvsem, da je zdravje izraz telesnega, čustvenega, intelektualnega, socialnega in duhovnega dobrega počutja posameznika. Model torej vključuje delovanje različnih dejavnikov, ki pa jih več ne more obvladovati samo ena poklicna skupina, in zahteva interdisciplinarni pristop k pacientu.

Kvas in Seljak (2004, 19) posebej poudarjata, da je biopsihosocialni model pojmovanja zdravja tisti, ki bi lahko omogočal izvajalcem zdravstvene nege enakopravnejši odnos. Trdita, da prav med poklicnima skupinama zdravnikov in izvajalcev zdravstvene nege obstaja največji problem, saj je dejavnost zdravstvene nege močno podrejena medicini. Izvajalci zdravstvene nege lahko s svojim znanjem močno pripomorejo h kakovostnejši obravnavi pacientov. So prvi, ki prihajajo v močno hierarhičnem tradicionalnem sistemu zdravstvenega varstva v stik s pacienti. Odnos, ki ga ob tem stiku vzpostavijo s pacienti, je zelo pomemben. Težko pa si je predstavljati

kakovostno delo izvajalcev zdravstvene nege, če so odnosi med posameznimi poklicnimi skupinami neenakopravni in nekakovostni (prav tam). Avtorja zaključujeta, da je za vzpostavitev bolj kakovostnega sistema zdravstvenega varstva, v katerem bi bili izvajalci zdravstvene nege enakopravni člani zdravstvenega tima »bistven korak sprememba dominantne vloge zdravnikov«. Tudi Filejava (2001) prepoznava odnose med izvajalci zdravstvene nege in drugimi poklici v zdravstvenem sistemu kot zaostrene »ko si vsak poklic posebej išče ustrezno pozicijo in priznanje v družbi«. Zagovarja biopsihosocialni model, kjer se moramo zavedati, da je vsak poklic v sistemu zdravstvenega varstva le eden izmed podsistemov. Skela Savič in Pagon (2008) sta v svoji raziskavi potrdila, da se izvajalci zdravstvene nege počutijo neenakovredni v primerjavi z zdravniki. Pahorjeva (2006) po drugi strani vidi vzroke današnje prevlade medicinskega znanja v družbi in institucijah tudi v uspešni in zgodnji profesionalizaciji zdravniškega poklica. V kolikor so preteklosti bile prisotne idealne predstave o profesiji, se je kasneje vendarle oblikoval bolj kritičen pogled na profesionalizem različnih poklicev. Kritiki opozarjajo na nevarnost monopola, na (preveliko) moč, ki ustvarja neenakosti (Illich 1975, po Pahor 2006, 29; Johnson 1972, po Pahor 2006, 29). Pahor (2006, 29) povzema po tujih avtorjih teorijo atributov, ki govori tudi o določenih značilnostih poklicnih skupin, ki se profesionalizirajo:

- teoretično znanje kot osnova za delo,
- specializirano izobraževanje, ki ga nadzoruje sama profesija,
- preverjanje kompetentnosti pripadnikov profesije,
- profesionalna organizacija,
- kodeks profesionalne etike,
- altruistična orientacija.

Avtorica (Pahor 2006) nadaljuje, da ti atributi »ne zajemajo odnosov moči ter privilegijev monopola nad določeno dejavnostjo«. Profesionalizacija omogoča določenim poklicnim skupinam nadzor nad svojo dejavnostjo in so »privilegiji profesij rezultat njihovega zagotavljanja družbeno funkcionalnih storitev nadzora« (prav tam, 30). Zdravniki so kot primer dobro profesionalizirane poklicne skupine, ki pa so si morali za zagotovitev svojega delovanja izboriti tudi uporabnike svojih storitev. Pri tem so se posluževali različnih ukrepov:

- subordinacija drugih poklicnih skupin (izvajalcev zdravstvene nege),
- omejitve dejavnosti (zobozdravniki, farmacevti),
- izključitev (alternativna medicina, duhovniki).

Veliko avtorjev izpostavlja odnos med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki kot neenakopraven in neučinkovit za delovanje sistema zdravstvenega varstva v katerem so potrebne reforme (Kvas in Seljak 2004; Des Jardin 2001b). Ta podrejenost se pozna tudi v izključenosti in neupoštevanju izvajalcev zdravstvene nege pri oblikovanju

zdravstvene politike. Des Jardin (2001b) pravi, da morajo biti izvajalci zdravstvene nege pri oblikovanju politike proaktivni in naj ne čakajo že na sprejete politične odločitve. Tradicionalni pristopi na sooblikovanje političnih odločitev so:

- volitve na različnih nivojih,
- javno komuniciranje (odprta pisma in podobno),
- lobiranje in drugi.

Vse bolj se zagovarja proaktivna vloga, ki se kaže v seznanjanju in izobraževanju izvajalcev zdravstvene nege o čim širših področjih, kot so na primer preventivno zdravstveno varstvo, kadrovske normativi in problemi, sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja ... Proaktivna vloga je tudi članstvo in aktivno delovanje v različnih civilnih interesnih združenjih, članstvo v različnih nadzornih organih, dobredelnih in drugih organizacijah. Širša družba lahko preko teh delovanj spozna izvajalce zdravstvene nege kot kompetentne akterje, ki lahko s svojim znanjem, lastnostmi in veščinami pomembno doprinesejo k dobrobiti družbe. Izvajalci zdravstvene nege tako postanejo vidni udeleženci in sogovorniki v pomembnih družbenih vprašanjih in problemih (Des Jardin 2001b).

Maslin-Prothero, Ed in Masterson (2002) problematizirajo odnos med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege kot problem patriarhalnih odnosov in razrednih razmerij v širši družbi. V zdravstvu, kjer je moška vloga zelo močna, izvajalci zdravstvene nege pa so v večini primerov ženske, se zelo pozna avtoritativen, nadrejen odnos zdravnikov do žensk. Zdravstvena nega se posledično dojema kot vloga, ki so jo imele in jo imajo ženske v družini. Avtorji (prav tam) ugotavljajo, da izvajalci zdravstvene nege prihajajo iz nižjega in srednjega družbenega razreda, zdravniki pa običajno iz višjih družbenih razredov. Leta 1967 je Stein (1967, po Radcliffe 2000) prvi opisal in se ukvarjal z odnosom med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege. Rekel je, da so odnosi med tema dvema skupinama v zdravstvu previdno vodeni (»carefully managed«) na način, da lahko vzdržujejo postavljeno hierarhijo. Izvajalci zdravstvene nege lahko imajo pri obravnavi pacientov pobudo, vendar le na ta način, da bo ta pobuda na koncu bila videna kot zdravnikova zamisel. »Medicinska sestra je bila odgovorna za dobro počutje njenih pacientov kot tudi dobrobit strokovnega jaza doktorja,« je takrat zapisal Stein (1967). Stein (1990) je leta 1990 ponovil raziskavo in ugotovil, da so izvajalci zdravstvene nege zavzeli nove vloge, ki temeljijo na profesionalizmu stroke in vrednotah, ki so jih prej zanikali, kot sta neodvisnost in izobraženost: »Biti medicinska sestra je več, kot biti dobra žena; pomeni biti dobro izobražena, z neodvisnimi nalogami, veščinami in odgovornostmi.« Radcliffe (2000) pa pravi, da je »zdravstvena nega v boju z zdravniki zagrešila osnovno napako. Zamenjala je, enakopravnost z enakostjo.«

Fagin in Garelick (2004), eden psihiater in drugi psihoterapevt, sta v svojem delu »The doctor-nurse relationship« analizirala odnos med izvajalci zdravstvene nege in

zdravniki v psihiatriji. Trdita, da je klinično delo v psihiatriji močno odvisno od dobrega razumevanja med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki. Če dobrega odnosa ni, je kakovost zdravstvene obravnave zmanjšana. Nadaljujeta, da zdravstvena nega pridobiva nove vloge, ki vse poudarjajo enakost med partnerji v kliničnem okolju. Predvsem zdravniki so tisti, ki imajo lahko veliko vlogo za izboljšanje odnosov z izvajalci zdravstvene nege. Oba priznana strokovnjaka (prav tam) svetujeta in dajeta smernice za izboljšanje odnosa. Smernice in nasveti, kako izboljšati odnos, so zanimivi predvsem iz razloga, ker v njih naslavljata zdravnike, ki naj bi nosili odgovornost za izboljšanje odnosa. Razdelila sta jih v štiri kategorije:

- V prvi kategoriji so smernice oziroma priporočila, ki usmerjajo zdravnike, da z zaposlenimi v zdravstveni negi navežejo neformalne stike in se seznanijo z njihovim delom.
- V drugi kategoriji so smernice, ki spodbujajo sodelovanje z zaposlenimi v zdravstveni negi.
- V tretji kategoriji so smernice, ki spodbujajo timsko delo in ojačujejo obojestransko spoštovanje. Ta kategorija je osnovana na predpostavki, da je zdravstvena nega avtonomna stroka, ki je v sistemu zdravstvenega varstva samostojna, sodelujoča in soodvisna z ostalimi strokami v zdravstvenem sistemu.
- Četrta kategorija govori o bodočih področjih sodelovanja.

2.5 Današnji problemi zdravstvene nege

Zavedanje o obstoju razkoraka med pomenom dejavnosti zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu in njenem dejanskem vplivu na oblikovanje zdravstvene politike je v nekaterih državah že dodobra uveljavljeno. Zanimiva je naslednja izjava znanega ameriškega politika:

Izvajalci zdravstvene nege so največja skupina zdravstvenih profesionalcev, toda nikoli niso igrali pomembne vloge v oblikovanju zdravstvene politike, čeprav prav ta pomembno vpliva na njih kot na ponudnike in potrošnike zdravstvenih storitev. (Kennedy 1985)⁶

Tudi v slovenskem prostoru zasledimo, da se to zavedanje krepi:

Spremembe organiziranosti zdravstvenih zavodov, ki se nenehno reorganizirajo na podlagi sprememb aktov o ustanovitvi zavoda ali statuta, nekaterim uspe to izpeljati tudi dvakrat letno. Učinek? Katastrofalen, vsaj za zdravstveno nego. Praviloma izgubljam status. Ko se »ukine« zadnje delovno mesto direktorice zdravstvene nege v državi, bi pameten Slovenec zajokal. [...] Če vprašate mene, si po 21 letih vodenja na vseh organizacijskih nivojih v

⁶ »Nurses are America's largest group of health professionals, but they have never played their proportionate role in helping to shape health policy, even though that policy profoundly affects them as both health providers and consumers.«

našem zavodu, dovolim trditi, da bi se delovanje ustanove praktično v vseh njenih elementarnih procesih ustavilo v roku 14 dni. [...]. (Mlakar 2005)

Avtorji Spenceley, Reutter in Allen (2006) trdijo, da lahko izvajalci zdravstvene nege s svojim znanjem pomembno prispevajo k političnim odločitvam v zdravstvu, vendar je zdravstvena nega na tem področju zelo nevidna. Tudi Boswell, Cannon in Miller (2005) ugotavljajo, da so izvajalci zdravstvene nege premalo vključeni v državne organe, odbore in različne sisteme, da bi lahko pomembno prispevali k oblikovanju zdravstvene politike. Avtorice izpostavljajo nekatere razloge politične apatije, kot so težki delovni pogoji, pretežno ženski poklic, občutek nemoči, pomanjkanje časa, predvsem pa nepoznavanje političnih procesov (Spenceley, Reutter in Allen 2006). Prav tako Wilson (2002) ugotavlja, da obstaja zelo malo raziskav v zdravstveni negi o tem, kako se naj izvajalci zdravstvene nege vključujejo v politične procese, in ni razvitih modelov, smernic, ki bi pospeševali vključevanje v politične procese (Russell in Fawcett 2005). Različni avtorji zato v svojih prispevkih pozivajo, naj se izvajalci zdravstvene nege aktivirajo tudi na tej ravni (Spenceley, Reutter in Allen, 2006; Boswell, Cannon in Miller, 2005; Halpern, 2002; Gebbie, Wakefield in Kerfoot, 2000; Langston 2000; Borthwick in Galbally, 2001; Konkle-Parker 2000; Barry 1990). Izvajalci zdravstvene nege so največja skupina zaposlenih v zdravstvenem sistemu (SURS 2008) in morajo postati aktivni subjekti v snovanju zdravstvene politike (Spenceley, Reutter in Allen 2006; Cramer 2002; Des Jardin 2001b, Archer 1983). Seznaniti se morajo s težavami v zdravstvenem sistemu, poznati relevantne pravne akte in razumeti proces snovanja zdravstvene politike. Wong (1999) posebej izpostavlja potencialno moč najštevilnejše skupine, ki jo predstavljajo izvajalci zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu.

V nadaljevanju bomo preverili položaj zdravstvene nege na tem področju v svetu. Zanimajo nas predvsem tisti zdravstveni sistemi, kjer imajo zaposleni v zdravstveni negi kot interesna skupina izvajalcev zdravstvene dejavnosti, izkušnje z aktivnim vključevanjem pri oblikovanju politik zdravstvenih sistemov.

2.5.1 Stanje v svetu

V ZDA, kjer je izvajalcev zdravstvene nege z visoko izobrazbo kar štirikrat več kot zdravnikov, opažajo problem, da se je njihova moč zelo razdrobila (prav tam). Nekateri vidijo vzrok v tem, da skupina izvajalcev zdravstvene nege ni homogena, ampak je različna tako po izobrazbi (Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002) kot tudi po tem, da niso enotni v organiziranosti. Mnogi avtorji so že pred časom opažali, da v zdravstveni negi ni enotnih široko sprejetih ciljev, ker vladajo med samimi predstavniki poklicne skupine močna neuravnotežena nasprotja. Izpostavljajo različne močne interesne skupine znotraj poklicne skupine, kot so praktiki, raziskovalci, učitelji in managerji. Prav tako obstajajo tudi razlike na podlagi spola, izobrazbe, strokovnega področja, rase in drugih osebnih okoliščin (Cooke 1993 in White 1984, po Maslin-Pothero, Ed in Masterson 2002). Nadaljnji problem v ZDA predstavlja velik upad članstva v njihovem

profesionalnem združenju,⁷ ki pa ni značilen samo za poklicno skupino izvajalcev zdravstvene nege (Cramer 2002). Vendar pa Cramer (2002) našeteva razloge, zakaj je upad članstva v profesionalnih združenjih izvajalcev zdravstvene nege potencialno bolj kritično:

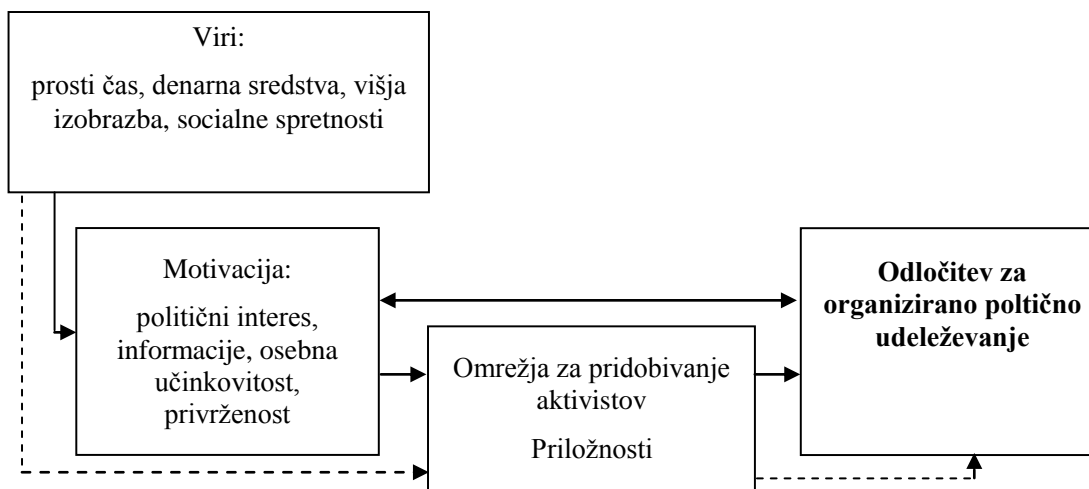
- Praksa zdravstvene nege je tesno povezano z vladno aktivnostjo in interesi izvajalcev zdravstvene nege so pogosto podrejeni interesom bolj vplivne interesne skupine, kot so zdravniki.
- Organizirano sodelovanje preko mreženja s tistimi posamezniki, ki so v političnih procesih aktivni, daje izvajalcem zdravstvene nege možnosti, da razvijejo politične kompetence.
- Organizirano združevanje daje možnost oblikovanja številčno močne interesne skupine, ki lahko tako vpliva na oblikovanje politike.

Nekateri avtorji poudarjajo tudi veliko vlogo in vpliv drugih posameznikov v zdravstveni negi na oblikovanje zdravstvene politike, kot so managerji zdravstvene nege (Warner Rains 2003), študenti zdravstvene nege in politični aktivisti iz vrst zdravstvene nege. (Spenceley, Reutter in Allen 2006).

Cramerjeva (2002) je raziskovala, kateri dejavniki vplivajo na odločitev izvajalcev zdravstvene nege, da sodelujejo v političnih procesih. Pri tem je uporabila model, poimenovan Civic Voluntarism Model, ki so ga oblikovali Verba, Sholzman in Brady. Model izhaja iz predpostavk, da na organizirano udeleževanje izvajalcev zdravstvene nege vplivajo trije dejavniki.

- Prvi dejavnik opisuje vire, kot so prosti čas, razpoložljiva denarna sredstva, višja izobrazba in socialne spretnosti.
- Drugi dejavnik opisuje motivacijo, kamor sodijo interes za politiko, dostopnost do informacij, osebna učinkovitost in politično prepričanje.
- Tretji dejavnik opisuje profesionalne organizacije, v katere so vključeni izvajalci zdravstvene nege.

⁷ ANA (American Nurses Association) je Ameriška zveza medicinskih sester, ki predstavlja interese 2,9 milijonov medicinskih sester v Ameriki.

Slika 2.1 Civic Voluntarism Model

Vir: Verba, Sholzman in Brady 1995 v Cramer 2002.

Model temelji na predpostavki, da lahko na podlagi teh dejavnikov predvidevamo udeležbo izvajalcev zdravstvene nege v političnih procesih. Viri in motivacija sta najpomembnejša dejavnika, tretji je nekoliko manj pomemben, saj organizacije predvsem krepijo že obstoječo motivacijo in druge vire. Najpomembnejši so viri, motivacija pa še dodatno spodbudi posameznike k odločitvi. Različne oblike organiziranja v modelu delujejo kot katalizator za udeleževanje, predvsem pri tistih, ki že posedujejo vire in so dovolj motivirani. Iz modela je razvidno, da dejavniki niso neodvisni, ampak delujejo drug na drugega. Pri napovedovanju udeležnosti v političnih procesih so med posameznimi viri najpomembnejši prosti čas, občutek osebne učinkovitosti, privrženost poklicu, socialne veščine, informiranost o aktualnih političnih zadevah in zanimanje za politiko.

Warner Rain (2003) je v kvalitativni raziskavi izvedla intervju s šestimi medicinskimi sestrami, aktivnimi na različnih nivojih političnega življenja, in ugotavljala, katere politične veščine ali osebne lastnosti so jim bile v pomoč pri njihovem delu. Vzorec ni bil naključen. Pri izboru je upoštevala predvsem različne kriterije, ki so upoštevali njihovo aktivnost na nivoju izvršne in zakonodajne oblasti ali njihovo vidno delovanje v različnih oblikah civilnih družbenih organizacij. Z analizo intervjujev je ugotovila, da udeleženke družijo naslednja prepričanja oziroma izkušnje:

- *Cenjenost strokovnega znanja izvajalcev zdravstvene nege.* Pri vključevanju v politične procese morajo udeleženci biti seznanjeni in imeti dovolj znanja o predmetu odločanja. Udeleženke so imele izkušnje, da je bilo njihovo videnje zadev pri drugih cenjeno in upoštevano. Vse udeleženke so poudarile nekatere lastnosti izvajalcev zdravstvene nege, ki so lahko zelo koristne pri političnem sodelovanju: veščine opazovanja in komunikacije, hitra analiza ogromnega števila podatkov, prilagodljivost različnim situacijam.

- *Priložnosti, ustvarjene preko mreženja.* Mreženje pomeni vzpostaviti in vzdrževati stike. Sposobnost vzpostavljanja stikov, sposobnost lobiranja z različnimi akterji v političnem življenju je izjemnega pomena in ima odločilno vlogo pri doseganju ciljev.
- *Sposobnost učinkovitega prepričevanja.* Namen komunikacije v političnem življenju je prepričevanje in vplivanje na druge. Udeleženke so prepričane, da je učinkovito prepričevanje ena izmed najbolj uporabnih lastnosti izvajalcev zdravstvene nege.
- *Zavezanost kolektivnemu delovanju.* Udeleženke so videle veliko prednost v množičnem organiziranju izvajalcev zdravstvene nege v različnih oblikah in na različnih ravneh. Organizacije lahko nudijo zainteresiranim možnosti osvojitve različnih veščin in znanj, ki so potrebna za učinkovito politično delovanje. Prav tako je nastopanje v imenu močnih zvez, organizacij, veliko bolj opazno kot udejstvovanje posameznika.
- *Strateško delovanje* pomeni, da so pri doseganju ciljev uporabljale strategije z oceno stanja okolja in kako vplivati na okolje.
- *Vztrajnost.* Udeleženke so visoko cenile vztrajnost kot pomembno lastnost za uspešno delovanje v političnih procesih.

Burke opisuje podobne veščine, ki so potrebne za učinkovito politično delovanje, in sicer komuniciranje, aktivno poslušanje, iskanje skupnih mnenj, sposobnost timskega dela in strateško delovanje (Warner Rains 2003). Greipp (2002) trdi, da izvajalci zdravstvene nege posedujejo izredno veliko znanja, kliničnih izkušenj, komunikacijskih spretnosti, ki lahko doprinesejo k razširitvi dialoga in razprave o določenem problemu.

Obstaja mnogo možnosti, da tudi izvajalci zdravstvene nege postanejo politično aktivni. V Kanadi je že leta 1977 Mussallem (1997) zapisala, da so zaposleni v zdravstveni negi prepoznavni kot ključna interesna skupina v sistemu zdravstvenega varstva, vendar morajo razviti veščine, s katerimi bodo lahko učinkovito posegali v politične procese. Kljub temu, da se že dolgo opaža pomanjkanje teh veščin, stanje še ni povsem zadovoljivo (Conger in Johnson 2000). V Kanadi, kjer so izvajalci zdravstvene nege povezani v močno organizirano skupino in predstavljajo veliko interesno skupino, ki vrši neposredni in neprestani pritisk na zdravstveno politiko, se še vedno zaznava, da je njihova moč zelo omejena. Avtorici naštevata podobne vzroke kot nekateri drugi raziskovalci, ki se ukvarjajo s tem področjem – pretežno ženski poklic, zgodovinska vloga ženske, nezanimanje za politično delovanje, kar se kaže že v tem, da ženske predstavljajo volilni del telesa, ki se manj udeležuje volitev in v majhnemu deležu žensk v političnem življenju. Vendarle je mogoče reči, da se stanje počasi izboljšuje, saj velja, da bolj kot ženske zasedajo vidne položaje v politiki, bolj se izgublajo tudi negativna prepričanja o njihovem političnem delovanju in moči (Baumgart 1999). To pa še ne pomeni, da izvajalci zdravstvene nege tudi danes v veliki meri niso vidni le kot izvrševalci zdravnikovih ukazov (prav tam; Filej 2001).

Mnogo raziskovalcev na področju zdravstvene nege se torej že dalj časa ukvarja z možnostmi za aktiviranje izvajalcev zdravstvene nege na področju snovanja zdravstvene politike. Trdijo, da se morajo izvajalci zdravstvene nege za uspešen nastop na tem področju usposobiti. Veliko vlogo pri tem vidijo predvsem v študijskih programih, ki morajo usposobiti bodoče delavce, da pridobijo znanja kako sodelovati in se vključiti v različne ravni političnega življenja. Samo poznavanje zakonodaje ne zadostuje. Pomembno vlogo lahko igrajo tudi različne organizacije izvajalcev zdravstvene nege, ki morajo poskrbeti, da bodo nudile svojim članom tudi znanja in veščine tega področja na neformalni ravni (Boswell, Cannon, Miller 2005; Kulig idr. 2004; Seaver 2003; Nugent idr. 2002; Des Jardin 2001b; Hannigan in Burnard 2000; Glennon b. l.).

2.5.2 Stanje v Sloveniji

Delovanje izvajalcev zdravstvene nege v političnih procesih je pri nas slabo prepoznavno. Vsi avtorji le bolj na deklarativni ravni poudarjajo pomen delovanja izvajalcev zdravstvene nege v političnih procesih in jih pozivajo, da so nujne spremembe na tem področju (Klemenc 2008; Mlakar 2008; Kos Grabnar 2008; Mlakar 2005; Cibic 2002; Filej 2001; Pahor 2000). Nekateri avtorji prepoznavajo veliko odgovornost pri spreminjanju položaja zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva v managementu zdravstvene nege (Klemenc 2008; Mlakar 2008). Vendar se mora management v zdravstvu in zdravstveni negi šele vzpostaviti. Potrebna je enotna vodstvena struktura v bolnišnicah in jasno opredeljene kompetence vodilnih izvajalcev zdravstvene nege. (Kos Grabnar 2008). Seveda so spremembe v zdravstvenem sistemu zahteven proces, kjer ima ključno vlogo management in poznavanje ter zavedanje pomena organizacijske kulture in razvijanje enakopravnega timskega dela pri uvajanju in vzdrževanju uspešnih sprememb (Skela Savič 2008; Skela Savič in Pagon 2007; Skela Savič 2004). Kvas in Seljak (2004) trdita, da so spremembe v zdravstveni negi pri nas nujne in da posebno odgovornost nosijo tisti posamezniki in skupine v zdravstveni negi, ki so izobraženi, z visoko samopodobo in ki najbolj upoštevajo etična načela. Mlakar (2008) kot močne posameznike, ki bi lahko posegli v zdravstveno politiko, vidi predvsem v managementu zdravstvene nege. Tudi Klemenc (2008) v svojem prispevku zaključuje, da je potrebna aktivnejša vloga managementa zdravstvene nege, zlasti ob dogodkih, ki so se zgodili v preteklosti, ko so se spreminjali statuti zdravstvenih zavodov s ciljem zmanjšati moč odločanja, status in ugled managementa zdravstvene nege. Problem v Sloveniji je, da spremembe zdravstvenega sistema praviloma sledijo trenutnim političnim opcijam. Gre za politične odločitve, ki nimajo veliko skupnega s prakso in zdravjem prebivalcev (Mlakar 2005). Prav tako pa se pozablja, da je zdravstvo področje, ki težko sprejema vplive drugih strokovnih področij, zato je razvoj lastnega zdravstvenega managementa nujno potreben (Skela Savič 2008). Verjetno se na področju razvoja managementa v zdravstveni negi že dolgo ni nič veliko spremenilo, saj je pomen razvoja močnega managementa zdravstvene nege že leta 1997 raziskovala

Bohinc (1997). Ugotovila je, da je treba razviti managerska znanja vodilnih medicinskih sester, predvsem na kadrovske področju, ker »ima izreden vpliv pri doseganju ciljev zdravstvenega varstva [...]«. Filejeva (2007) tako leta 2007 v svoji doktorski disertaciji še vedno govori o managementu zdravstvene nege, ki si mora pridobiti več managerskih znanj. Po njenem mnenju, stanje managementa zdravstvene nege ni ugodno in da so spremembe, ki so odvisne od zaposlenih v zdravstveni negi, nujne (Filej 2007; Filej 2008).

Bowen in Zwi (2005) v svojem prispevku zagovarjata na raziskovalnih ugotovitvah podprte spremembe v zdravstveni politiki. Koncept uveljavljanja sprememb, ki so podprte z raziskovalnimi ugotovitvami, se je najprej pojavil v vsakodnevni klinični praksi, vendar pa avtorja zagovarjata spremembe na tak način tudi v zdravstveni politiki. Spremembe naj bi bile sprožene na mehek način, na podlagi raziskav in dokazov, pri čemer naj bi se pri doseganju ciljev upoštevala strategija, ki bi upoštevala vse interesne strani. V svojem delu navajata več modelov pri snovanju zdravstvene politike (glej tabelo 2.2).

Tabela 2.2 Modeli snovanja zdravstvene politike

Modeli določanja politike in uporaba raziskovalnih ugotovitev
<p><i>Model na temelju znanja</i></p> <p>Model zagovarja nujno uporabo izsledkov raziskav o problemu v političnem odločanju. Temelji na učinkovitih strategijah prenosa raziskovalnih ugotovitev v prakso.</p>
<p><i>Model reševanja problemov</i></p> <p>Model pričakuje pomoč raziskovalcev pri reševanju problema in uporabe njihovih izsledkov in zaključkov pri snovanju politike. Model predvideva sistematično zbiranje raziskovalnih ugotovitev in njihovo uvajanje v prakso.</p>
<p><i>Interaktivni model</i></p> <p>Interaktivni model temelji na predpostavki, da iskanje znanja ne obsega samo raziskovanja, ampak mora vključevati tudi politiko in interese. Poskuša zajeti kompleksnost procesov političnega odločanja.</p>
<p><i>Politični model</i></p> <p>V tem modelu odločevalci na politični ravni ne upoštevajo dokazov raziskovalcev, razen če dokazi niso v njihovem interesu. Dokazi so sprejemljivi le, če dokazujejo pravilnost določenih odločitev. Dokazi so predloženi kot opravičilo za odločitve.</p>
<p><i>Razsvetljenski model</i></p> <p>Ta model predpostavlja, da postopno raziskovanje oblikuje koncepte in poglede, ki s časom postanejo del političnega procesa in s tem vplivajo na to, kako ljudje razmišljajo o družbenih problemih.</p>
<p><i>Taktični model</i></p> <p>Ta model zanimajo dokazi, ki se uporabljajo pri podpiranju in opravičevanju vladnega neukrepanja, zavrnitve ali zavlačevanja.</p>

Vir: Bowen in Zwi 2005.

Model, ki ne upošteva izsledkov raziskav in potreb, ki izhajajo iz prakse, je politični model. Odločevalci niso naklonjeni dejanskim potrebam družbe, ampak so odločitve običajno odraz njihovih političnih preferenc. Mlakarjeva (2005) prepoznava tak model kot škodljiv in nadaljuje, da se »iz vidika možnosti vplivanja na dnevno politiko medicinske sestre distanciramo od politike«. Zagovarja aktivnejšo vlogo delovanja izvajalcev zdravstvene nege na ravni oblikovanja politik. Filejeva se je pri nas že leta 2001 spraševala: »Ali bomo sploh kdaj sodelovali in soodločali v zdravstveni politiki?« Razlaga, da je zdravstvena nega vpeta v družbene razmere in je odvisna od vsakokratnih političnih, družbenih, zakonodajnih in ekonomskih sprememb »zato je zakonska ureditev dejavnosti zdravstvene nege nujna [...]«. Zakonska ureditev dejavnosti bo omogočala kakovostnejšo obravnavo pacientov, omogočala naj bi razvoj stroke, sodelovanje v oblikovanju zdravstvene politike, identiteto in družbeni položaj izvajalcev zdravstvene nege (Cibic 2002; Filej 2001).

Požun (2009) nasprotno ugotavlja, da je trenuten položaj zdravstvene nege zadovoljivo urejen v obstoječem Zakonu o zdravstveni dejavnosti in ostalih podzakonskih aktih. Nekateri pa se sprašujejo, ali ni zakonska ureditev zgolj eden izmed atributov profesionalizacije poklica, ki omogoča posebno obravnavo in koristi le interesom določeni poklicni skupini (Pahor 2006). Zato je pomembno, da se ne sme razviti tradicionalen, elitističen profesionalizem, ampak tak, ki temelji na partnerstvu vseh udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva (Cibic 2002). Mlakarjeva (2005) očita aktualnim zdravstvenim politikam dopuščanje sprememb statuten javnih zavodov, kjer praviloma zdravstvena nega izgublja svoj status in jo postavlja v podrejen položaj, čeprav je institut glavne medicinske sestre odločilen za delovanje zavodov. Požun (2001) dodaja, da se v slovenskem prostoru še borimo za enakopraven položaj zdravstvene nege in da je v razvitem evropskem prostoru imenovanje direktorjev zdravstvene nege, ki so z ostalim vršnim managementom odgovorni za celovito vodenje zavodov, norma. Cibic (2002) zato predlaga naslednje spremembe:

- Na novo je treba definirati vlogo nosilcev zdravstvene nege. Njihova ključna vloga ni več samo na mikro ravni v odnosu s pacientom, ampak se mora povečati njihov vpliv pri krepitvi javnega zdravja.
- Povečati je treba aktivno vlogo izvajalcev zdravstvene nege v razpravah o oblikovanju zdravstvene politike, pri sprejemanju pomembnih odločitev o zdravju, kakovosti življenja in blaginje ljudi.
- Pri oblikovanju zdravstvene politike naj imajo izvajalci zdravstvene nege enakovreden, enakopraven in prepoznaven položaj.
- Tradicionalno vlogo izvajalcev zdravstvene nege v odnosu do zdravnikov je treba odpraviti in spremeniti, kajti le tako bodo lahko izkoriščeni potenciali vseh pomembnih udeležencev v zdravstvenem sistemu.

- Izobraževalni programi naj nudijo visoko izobrazbo, ki bo omogočila akademsko raven izobrazbe. Prav tako pomembno je vseživljenjsko strokovno izobraževanje. Znanost zdravstvene nege naj temelji na znanstvenih dognanjih.

Za zdravstveno nego in njen položaj je nujno univerzitetno izobraževanje, kjer univerza ponuja sistematično pridobivanje znanja na podlagi empiričnih raziskav in prenosa polja skrbi za človeka, skupnost, celotno družbo na kognitivno raven. To pomeni, da je treba skrb »empirično raziskati in objaviti, narediti vidno, da postane politično pomembna, da omogoča razumevanje in pomeni osnovo javnih zadev« (Pahor 2000). Vendar je Pahorjeva (prav tam) kritična do vplivnih družbenih struktur v slovenski družbi in se sprašuje, ali le te vidijo potrebo po znanstveno utemeljeni zdravstveni negi.

V nadaljevanju bomo pregledali statusno pravni položaj zdravstvene nege v Republiki Sloveniji. Zanima nas, kateri so tisti pravni akti, ki so pomembni za delovanje zdravstvene nege in zaposlenih v zdravstveni negi.

2.6 Statusno pravni položaj zdravstvene nege

V tem poglavju bomo pregledali veljavno zakonodajo pri nas in raziskali pravni položaj zdravstvene nege pri nas.

2.6.1 Pravni red Evropske unije

Republika Slovenija je postala s 1. majem 2004 polnopravna članica EU. Pred vstopom so potekala dolgotrajna pogajanja, v katerih je bilo treba uskladiti pogoje o pristopu, predvsem pa je bilo treba prilagoditi slovensko zakonodajo evropski in tako odpraviti razlike, ki bi lahko pozneje bile moteče pri delovanju Slovenije v EU. Pravni red EU je tako postal del slovenske zakonodaje (Urad vlade RS za komuniciranje b. l.a).

Pravni red EU lahko razdelimo (Urad vlade RS za komuniciranje b. l.b):

- Primarna zakonodaja. Med primarno zakonodajo spadajo ustanovne pogodbe, na katerih temelji EU in vse pogodbe o pristopu držav k EU.
- Sekundarna zakonodaja. To so pravni akti, med katere prištevamo *uredbe*, *direktive*, *odločbe*, *priporočila* in *mnenja*.

Uredba ima splošen značaj, je zavezujoč pravni akt in namenjen vsem članicam. Ustvarja pravo, ki se nemudoma uporabi v vseh članicah in morebitni nacionalni pravni akti izgubijo svoj pomen, če niso skladni z uredbo.

Direktiva je lahko namenjena vsem ali pa posameznim članicam EU. Njen cilj je približevanje nacionalne zakonodaje. Zavezuje članice glede rezultata. V primeru, da članica svojo zakonodajo ni uskladila z direktivo, se lahko tisti, ki so predmet sodne obravnave, nanjo neposredno sklicujejo pred nacionalnimi sodišči.

Odločba je akt, s katerim lahko institucije EU od posameznika ali članice zahtevajo, da deluje ali se odpove določenemu delovanju. Lahko pa institucije z odločbo podelijo pravice ali naložijo obveznosti. Je individualna, kar pomeni, da ni obvezujoča za vse članice, ampak je namenjena državi članici, fizični ali pravni osebi.

Priporočilo ima precejšnjo politično težo. Ni pa nujno, da ga subjekti, ki jih priporočilo zadeva, upoštevajo. Institucije izrazijo mnenja in predlagajo usmeritve.

Mnenje ne nalaga zakonske obveznosti subjektu, ki mu je namenjeno. Je le stališče glede nekega vprašanja.

- Mednarodni sporazumi in sodna praksa organov EU (Sodišča Evropskih skupnosti in Sodišča prve stopnje). Sodišča zagotavljajo enotno razumevanje in izvajanja prava EU.

Pomembno je poznavanje izvrševanja pravnega reda EU, saj velja zanj primarnost, kar pomeni, da pravila sprejeta na ravni EU, prevladajo nad pravilom posamezne nacionalne zakonodaje.

Za področje zdravstva je EU sprejela direktivo (Direktiva 2005/36/ES 2005), ki v zdravstvu regulira poklice, med njimi tudi poklic v zdravstveni negi. Določa minimalne standarde izobraževanja, poklicne kompetence medicinskih sester in babic ter zahteva regulacijo poklica, registriranje, licenciranje in strokovni nadzor (Požun, 2007; Filej 2004). Filejeva (2004) v svojem prispevku razlaga, da je z direktivo EU 36/2005 poklic zdravstvene nege reguliran in je s tem omogočeno, da bodo vsi državljani EU imeli enako dostopno kakovostno zdravstveno oskrbo.

2.6.2 Pravni red Republike Slovenije

Okvir celotnega pravnega sistema naše države predstavlja Ustava Republike Slovenije (v nadaljevanju Ustava). Ustava zavzema najvišje mesto v hierarhiji pravnih aktov in je temeljni pravni vir za vse ostale pravne veje.

Ustava Republike Slovenije in relevantni členi

Ustava v svojem 1. in 2. členu določa, da je Slovenija demokratična, pravna in socialna država.

- Demokratična pomeni, da je posamezniku ali skupini dana možnost vplivanja na sprejemanje odločitev. Člen označuje razmerje med državo in družbo. Vodovnik (2001) razlaga, da je demokracija oblastno razmerje znotraj skupine ali skupnosti ljudi, ki lahko v večjem ali manjšem obsegu vplivajo na sprejemanje odločitev, ki veljajo za skupino oziroma skupnost.
- »Slovenija je pravna in socialna država.« (Ustava RS 1991, 2. člen) Pravna država pomeni, da mora država spoštovati pravne predpise in zagotoviti zaščito

le-teh posameznim subjektom. Vsi državni organi so vezani na pravne predpise. Socialna država pomeni, da velja enakost in solidarnost med posameznimi subjekti. Država naj bi posameznikom, družinam in nekaterim skupinam zagotavljala določeno stopnjo materialne in socialne varnosti. Načelo socialne države med drugim tudi pomeni pravico do zdravstvenega, pokojninskega, invalidskega zavarovanja itd... Država mora načelo socialne države normativno ustrezno izraziti in pravno udejanjiti (Kaučič in Grad 2008, 76).

- O spoštovanju prava EU in mednarodnega prava govorita 3. a in 8. člen. 3. a člen je bil dodan pred vstopom Republike Slovenije v EU. Tretji odstavek tega člena določa razmerje med pravnima redoma EU in Republiko Slovenijo. Določa, da se pravni akti in odločitve, sprejeti v okviru mednarodnih organizacij, na katera je Republika Slovenija prenesla izvrševanje dela suverenih pravic, spoštujejo, pri tem pa ni treba izvesti posebnega postopka internalizacije. Velja načelo avtonomnosti, supremacije in neposrednega učinkovanja sekundarnega prava. 8. člen podobno določa za ostale mednarodne pogodbe. Zakoni in drugi predpisi morajo biti v skladu s pogodbami, ki jih je ratificirala Republika Slovenija.
- Pravica do zbiranja in združevanja (42. člen) omogoča ljudem organizirano povezovanje v različne oblike društev z namenom lažjega zadovoljevanja svojih ciljev in uresničevanja skupnih potreb in interesov (Kaučič in Grad 2008, 139). Člen je pomemben za zdravstveno nego, ker posredno določa delovanje Zbornice – Zveze.⁸
- Pravica do sodelovanja pri upravljanju javnih zadev (44. člen). Vsak državljan lahko neposredno ali posredno sodeluje pri upravljanju javnih zadev, tudi na področju zdravstva, ki spada med javne službe s področja negospodarskih dejavnosti (Kaučič in Grad 2008, 137).
- Pravica do socialne varnosti (50. člen) zagotavlja človekovo dostojanstvo in socialno varnost. Pomeni, da mora država urediti obvezno zdravstveno zavarovanje, invalidsko in drugo socialno zavarovanje ter skrbeti za njihovo delovanje.
- 51. člen med drugim uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva. Država mora urediti dostopen sistem zdravstvenega varstva pod pogoji, kot jih določa zakon.

⁸ Zbornica – Zveza je Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Zakonske in druge pravne podlage sistema zdravstvenega varstva

Omeniti je treba tudi *Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva* v obdobju od 2008–2013 (2008), ki temelji na *Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* in upošteva smernice zdravstvene strategije EU. Resolucija poudarja skrb in odgovornost za zdravje v družbi in pri posamezniku ter za organizacijo kakovostnega in stroškovno vzdržnega sistema zdravstvenega varstva. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva usmerja razvoj zdravstvene zakonodaje in delovanja vseh zainteresiranih udeležencev. Vrednote, ki izhajajo iz resolucije: zdravje, univerzalnost, enakost, solidarnost, vključenost, kakovost, odgovornost, zaupanje, etično ravnanje.

Nacionalni plan zdravstvenega varstva opredeljuje prednostna razvojna področja s cilji (Požun 2009). Pomembni za bodoče delovanje in položaj izvajalcev zdravstvene nege so (prav tam):

- Na novo je treba opredeliti time v zdravstveni dejavnosti, ki so ključni za spremembe. Zaradi boljše izkoriščenosti virov je treba predvideti možnosti prenosa določenih pristojnosti na izvajalce zdravstvene nege.
- Potrebno je krepiti vlogo izvajalcev zdravstvene nege zlasti na preventivnih programih, ki omogočajo krepitev in pospeševanj zdravja.
- Ureditev, razvoj in spodbujanje patronažnega zdravstvenega varstva. Zaradi vse krajših ležalnih dob (Filej 2001) se povečuje vloga zdravstvenih izvajalcev, ki omogočajo izvenbolnišnično rehabilitacijo.
- Ureditev paliativne oskrbe in izvajalcev te oskrbe.
- Opredelitev novih vlog, vsebin dela in odgovornosti izvajalcev zdravstvenih storitev na posameznih ravneh zdravstvenega varstva.
- Povečana vloga medicinskih sester in babic pri prevzemanju novih samostojnih nalog pri obravnavi kroničnih bolnikov in zdravih nosečnic. S tem bomo dosegli usmerjanje zdravnikov k zahtevnejšim obravnavam in povečanje vlog drugih zdravstvenih poklicev.
- Povečanje odgovornosti vsakega posameznika v zdravstvu. Managementu priskrbeti ustrezno orodje pri vodenju ter zagotavljanje ustreznega usposabljanja.
- Izobraževanje zaposlenih v zdravstvu.
- Povečanje motiviranosti izvajalcev zdravstvenih storitev.
- Nova opredelitev zdravstvenih zbornic in strokovnih združenj ter redno spremljanje uspešnosti njihovega dela.

Najpomembnejši zakon, ki opredeljuje zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji je *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* (1992). Ureja načela zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, obseg in pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter pogoje za izvajanje prostovoljnega zdravstvenega

zavarovanja. Opredeljuje tudi pogoje za uvedbo zasebne zdravstvene dejavnosti. Sledi 2. členu Ustave Republike Slovenije, ker je v ZZVZZ vzpostavljeno načelo solidarnosti, ki nalaga, da vsak član skupnosti po svojih ekonomskih zmožnosti prispeva k pokrivanju bremen plačila zdravljenja vsem članom skupnosti, če ga potrebujejo. Zakon ureja tudi upravljanje zdravstvenega sistema, vendar nikjer ne omenja izvajalcev zdravstvene nege. Kjer niso eksplicitno omenjeni zdravniki, so ostali nosilci zdravstvenega varstva omenjeni kot nosilci družbene skrbi za zdravje, zasebni zdravstveni delavci, zdravstveni delavci, izvajalci zdravstvene dejavnosti. Pri pripravi predloga zdravstvenega varstva 6. člen zakona omenja, da sodelujejo Zdravstveni svet, pristojne zbornice, združenje zdravstvenih in drugih zavodov in organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005) opredeljuje ravni delovanja zdravstvene dejavnosti. V vsebini zakona najdemo neposredno in posredno kot subjekte izvajanja omenjene tudi izvajalce zdravstvene nege:

- V 7. členu omenja zdravstveno nego kot del osnovne zdravstvene dejavnosti
- Zdravstvena nega je uzakonjena v 8. členu zakona, ki govori, da se zdravstvena nega opravlja v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti v socialnovarstvenih zavodih, zavodih za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju. Lahko se opravlja tudi v kazenskih in vzgojnih zavodih.
- Zdravstvena nega je neposredno in posredno opredeljena tudi na sekundarnem, terciarnem področju izvajanja zdravstvene dejavnosti in na področju izvajanja zdraviliške zdravstvene dejavnosti (15., 17., 18., in 19. člen ZZDej).
- Izvajalci zdravstvene nege so posredno omenjeni v 24. a členu, ki govori o občasnem opravljanju zdravstvenih storitev tujih državljanov. Zakon v tem členu daje nalogo pristojni zbornici, ki ima pooblastilo za vodenje registra, da zbira prijave o delu tujih državljanov in izdaja veljavna potrdila za izvajanja zdravstvenih storitev.
- Tretje poglavje ZZDeja je zanimivo za področje zdravstvene nege v 28. členu, ki govori o sestavi sveta zavoda, ki je upravljalca zavoda. Sestavljen je iz predstavnikov ustanovitelja, delavcev zavoda, zavarovancev oziroma drugih uporabnikov in ostalih, ki jih določa zakon. Pomemben je zadnji odstavek tega člena, ki govori, da sestavo in številčno razmerje predstavnikov v svetu zavoda določi ustanovitelj z aktom o ustanovitvi.
- 32., 33. in 34. členi govorijo o izobraževalni dejavnosti zdravstvenih zavodov, kjer so omenjeni tudi izvajalci zdravstvene nege.
- Četrto poglavje ZZDej je namenjeno opredelitvi zasebne zdravstvene dejavnosti. 35. člen omogoča to dejavnost tudi izvajalcem zdravstvene nege, ki morajo izpolnjevati določene pogoje.

- 45. člen zapoveduje izvajalcem zdravstvenih storitev upoštevanje sprejete zdravstvene doktrine, strokovnih in etičnih pravil in načelo nediskriminatornosti pri obravnavi vseh ljudi, ki je lahko kršeno zaradi nujnosti zdravstvenega posega.
- 46. člen med drugim določa, da lahko zdravstveno dejavnost opravljajo zdravniki in njegovi sodelavci.
- Zdravstveni delavci so po 51. členu dolžni varovati podatke o posamezniku, kot jih določa ta člen.
- Zdravstveni delavci po 52. členu ne smejo zapustiti delovnega mesta, dokler ne dobijo nadomestitve. V času stavke morajo zagotavljati nujno medicinsko pomoč, nego in oskrbo.
- 52. a, 52. b, 52. c členi govorijo o delovnem času in delu preko polnega delovnega časa, pravici do dnevnega počitka.
- O dežurstvu, stalni pripravljenosti in nujni medicinski pomoči tistih, ki opravljajo javno zdravstveno službo, govori 53. člen zakona.
- 55. člen daje pravico do samostojnega opravljanja dela zdravstvenim delavcem, ki imajo ustrezno izobrazbo, so usposobljeni za to delo in imajo ustrezno opremo. Za svoje delo prevzame tudi vso odgovornost, ki jo nalaga zakon v tem členu.
- V nadaljnjem besedilu (56. do 61. členi) zakon govori o zdravstvenih delavcih in ne izključuje izvajalcev zdravstvene nege. Vsebina zakona v teh členih govori o ugovoru vesti delavcev, o biomedicinskih raziskavah, o dopolnilnih tradicionalnih in alternativnih metodah obravnave posameznikov in o dolžnostih zdravstvenega delavca v primeru smrti obravnave posameznika.
- Sedmo poglavje zakona in na podlagi njega izdani podzakonski akti natančneje določajo izvajalce zdravstvene dejavnosti. Posebej so izvajalci zdravstvene nege omenjeni v 64. členu, ki določa, kdaj lahko prično samostojno izvajati svoje delo, njihovo pripravništvo. Brez pripravništva lahko izvajalci zdravstvene nege opravljajo svoj poklic po končanem najmanj triletnem ali 4600 ur trajajočem študiju s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem. Člen določa tudi obveznost vodenja registra in licence za te delavce. Požun omenja (2008), da je seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki ga mora objaviti minister za zdravje, posebej pomemben. V registru mora biti določena zahtevana stopnja izobrazbe, kvalifikacija, delovno področje in poklicna dejavnost – kompetence. Po 64. členu lahko minister za zdravje podeli pooblastila za vodenje tega seznama tudi zbornici ali strokovnemu združenju. Pogoji in način vodenja registra so v tem členu natančneje določeni.
- 65. člen govori o opravljanju pripravništva.
- 68. in 69. člen govorita o specializaciji zdravstvenih delavcev.

- 73. a člen omogoča prosti pretok delovne sile v državah EU, ki imajo vzpostavljen register izvajalcev zdravstvene nege.
- 74. in 75. člen opredeljujeta oblikovanje in delovanje Razširjenih strokovnih kolegijev in zdravstvenega sveta.
- Celotno deveto poglavje je namenjeno nadzoru, ki je namenjeno za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter zavodov. 78. in 79. člena dajeta pooblastila za izvajanje strokovnega nadzora pristojni zbornici ali strokovnemu združenju. Skladno z 78. členom je minister, pristojen za zdravje, podal soglasje k Pravilniku, ki ureja strokovni nadzor s svetovanjem o dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Požun 2009).
- Deseto poglavje zakona je namenjeno možnosti oblikovanja združenj ali zbornic zdravstvenih delavcev, pogojem delovanja, njihovim nalogam, načinu financiranja in v primeru podelitve ministra za zdravje javnega pooblastila zbornici njene zadolžitve.

Požun (2008) vidi ZZDej kot temeljni normativni akt področja dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

Drugi podzakonski akti

Na podlagi 87. člena ZZDej je minister za zdravje (2004) Zbornici zdravstvene nege in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 1. 7. 2005 podal javno pooblastilo za vodenje registra izvajalcev zdravstvene nege. Podal je soglasje tudi k Pravilniku o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (2007) in Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (2007). Požun (2008) trdi, da register in licenca pomenita ureditev poklicne dejavnosti zdravstvene nege in zagotavljata pacientom varno in kakovostno zdravstveno nego. Posameznikom omogočata lažjo fleksibilnost na trgih dela, managementu pa lažje in bolj pregledno zaposlovanje delavcev (prav tam).

Opredelili smo le nekatere najbolj pomembne pravne akte, ki opredeljujejo zdravstveno in babiško nego. Na podlagi opisanih aktov obstaja še množica ostalih pravnih aktov, ki bolj natančno opredeljujejo posamezne člene zakona. Požun (2009) je v svojem delu »Zdravstvena in babiška nega v luči zdravstvene zakonodaje« naštel kar 28 pravnih virov, ki opredeljujejo področje zdravstvene in babiške nege.

2.7 Zakon o zdravstveni negi

Stroka zdravstvene nege že zelo dolgo deluje na področju oblikovanja lastnega zakona, ki bi zdravstveno nego normativno uredil (Zbornica zdravstvene nege Slovenije 1997b). Mednarodni svet medicinskih sester, Svetovna zdravstvena organizacija in Mednarodna organizacija dela spodbujajo posamezne države, da področje zdravstvene nege pravno uredijo (Starc 2001). Zakonska ureditev zdravstvene nege omogoča

urejenost, doslednost in nadzor v stroki ter praktičnem delu. Zakonska ureditev zdravstvene nege je v korist uporabnikom in če zdravstvena nega ni zakonsko urejena, država »zavestno dopušča, da je njeno delovanje brez nadzora in predstavlja za prebivalce veliko tveganje« (Zbornica zdravstvene nege Slovenije 1997a). Prav tako je zakon potreben tudi zaradi razumevanja in oblikovanja odnosov v zapletenem sistemu zdravstvenega varstva (Zbornica zdravstvene nege Slovenije 1997b). Šlajmer-Japelj (1995) je že leta 1995, ko so se začela prizadevanja za zakonsko ureditev zdravstvene nege, zapisala, da mora zakon zagotoviti najvišjo možno raven zdravstvene nege v državi glede na razpoložljivost vseh virov. Poudarja pomemben vpliv stroke na oblikovanje zakona, ki jo pri nas predstavljajo strokovna združenja, sindikati izvajalcev zdravstvene nege in drugi. Vsebinsko naj zakon predstavlja poklic medicinske sestre, strukturo negovalnega tima, pričakovano raven znanja, pogoje za začetek samostojnega dela, strokovni nadzor, poklicno etiko in obvezno dokumentacijo.

V državah, ki so prešle iz pretežno državno vodenih zdravstvenih sistemov, poteka privatizacija in posledično vpliv pravnih oseb zasebnega prava na področje zdravstvenega varstva vse večji. Zato raste potreba po doslednem strokovnem nadzoru, kar potrjujejo raziskave, da zasebni zdravstveni delavci pogosto ne upoštevajo strokovne doktrine. Šlajmer-Japelj (1995) iz teh razlogov trdi, da morajo še posebno te države vzpostaviti regulacijske mehanizme, ki bodo:

- določili naloge zdravstvene nege ter definirali kategorije izvajalcev zdravstvene nege, ki bodo lahko te naloge opravljali,
- določili izobraževalne standarde,
- omogočili nadzor nad stroko ter
- upoštevali poklicno etiko.

Zaključuje, da so v togem hierarhičnem sistemu zdravstvenega varstva spremembe nujne (prav tam).

Danes zakonsko ureditev zdravstvene nege poznajo mnogo države v evropskem prostoru kot izven: Armenija, Danska, Finska, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Anglija, Francija, Nemčija, Poljska, Hrvaška in druge. Materija normativne ureditve zdravstvene nege v teh državah se bistveno ne razlikuje, saj vse bolj ali manj sledijo priporočenim smernicam mednarodnih organizacij, kamor se združujejo zaposleni v zdravstveni negi (Oulton 2001).

2.7.1 Nastajanje Zakona o zdravstveni negi

O nastajanju Zakona o zdravstveni negi v našem prostoru ne obstaja veliko javno dostopnega dokumentacijskega gradiva. Pri pregledu virov s tega področja je mogoče najti le nekaj dokumentov v Utripu (Zbornica zdravstvene nege Slovenije 1997b) in Obzorniku zdravstvene nege (Šlajmer-Japelj 1995; Starc 2001). Ostalo dokumentacijsko

gradivo se nahaja v arhivu Zbornice – Zveze, ki je v obliki internega gradiva dostopno zainteresirani javnosti.

Domajnko (1994) se je že leta 1994 v svojih razmišljanjih o pomanjkanju medicinskih sester spraševala in ugotavljala »zakaj se predvsem enemu profilu znotraj zdravstvenega tima tako ekstremno slabo godi«? Kritična je do medicine, ki je že takrat bila izjemno uspešna in se je lahko primerjala z bolj bogatimi in razvitimi državami tako v diagnostiki kot terapiji. Vendar pa je na nivoju delovanja zdravstvenih timov medicina obdržala okostenel položaj. Avtorica logično ugotavlja: »Vendar, če istočasno trdimo, da imamo v Sloveniji vrhunsko medicino in vrhunske medicinske strokovnjake, obenem pa negiramo sodelovanje v zdravstvenem timu ter ne upoštevamo sodelavcev kot enakopravnih partnerjev, potem je v slovenski medicini nekaj hudo narobe« (prav tam). O položaju in razmerah v zdravstveni negi so običajno odločali posamezniki, ki niso izhajali iz stroke. Izvajalci zdravstvene nege niso bili vključeni niti pri vprašanjih, ki so zadevali lastno stroko, kaj šele pri vprašanjih, ki so vplivala na oblikovanje sistema zdravstvenega varstva (prav tam).

Ravno zaradi opisanih razmer, ki so vladale na področju zdravstvenega varstva, so izvajalci zdravstvene nege že kmalu po osamosvojitvi začeli spoznavati, da obstaja velika potreba po oblikovanju zakona o zdravstveni negi, ki bi položaj in delovanje zdravstvene nege normativno določil. Cibiceva (1995) je tako že v letu 1995 posredovala pobudo za sprejem Zakona o zdravstveni negi ministru za zdravje. Zakon naj bi zagotovil najvišjo možno raven zdravstvene nege v državi. Vsebinsko naj bi zakon pokrival področja, ki bi zagotavljala večjo avtonomnost in samostojnost zdravstveni negi, ki bi se s tako ureditvijo osvobodila okrilja medicine. To bi posledično povzročilo enakomernejši razvoj posameznih strok in sistema zdravstvenega varstva. Cibiceva spoznava, da je vzrok v podrejenosti zdravstvene nege v tem, da je pretežno ženski poklic in v njeni dvojni funkciji:

- v samostojnem delu na lastnem strokovnem področju,
- podrejenosti v funkcijah, ki izhajajo po naročilu zdravnika v diagnostiki in terapiji.

Vendar se poklic zdravstvene nege zelo hitro razvija in zagotavlja pomembne cilje, ki so v interesu držav. Zato so države EU v nasprotju z nami že takrat spoznavale, da je treba dati tudi zdravstveni negi med drugimi poklici v zdravstvenem varstvu primerno zakonsko osnovo za delo in zagotoviti visoko stopnjo izobraževanja (Direktiva 89/48 EEC 1989). Osnovno usmeritev državam članicam naj normativno uredijo nekatere poklice, je dajala direktiva EU 89/48. Tudi poklic zdravstvene nege je bil uvrščen med te poklice. Šlajmer-Japelj (1995) je v tistem času spoznavala, da je zdravstvena nega kot poklic doživljala »proces reprofesionalizacije in deproletarizacije«, ki naj bi imel namen zdravstveno nego osvoboditi pred pretirano upravno kontrolo in ji nuditi primerne možnosti za razvoj v zdravstvenem sistemu. Zaradi vseh teh ugotovitev in pobud iz

tujine je Zbornica – Zveza v letu 1996 imenovala delovno skupino za oblikovanje zakona, ki je v letu 1997 kot rezultat svojega dela posredovala Ministrstvu za zdravje predlog Zakona o zdravstveni negi (Pretnar Kunstek 1997). Ministrstvo za zdravje je v letu 1998 izdalo sklep, s katerim je imenovalo delovno skupino, da do konca leta 1998 izdela predlog zakona (Filej 2001). Istočasno so se začela tudi pogajanja s sindikatom, ki zastopa zaposlene v zdravstveni negi, zaradi sprejetja kolektivne pogodbe. Tako je bilo na področju zdravstvene nege odprtih več zadev. Do leta 1999 se na področju oblikovanja zakona kljub sklepu ministrstva o ustanovitvi komisije ni zgodilo nič. Ministrstvo za zdravje se je na sestanku, ki je bil na ponovno pobudo Zbornice zdravstvene nege ustno sklican, seznanilo s predstavitvijo predloga zakona. Predstavniki ministrstva je zagotovil, da bo posredoval zakon v nadaljnjo obravnavo Zdravstvenemu svetu. Zdravstveni svet do tedaj, kljub temu da mu je že bil posredovan zakon v obravnavo s strani zbornice, tega še ni uvrstil na dnevni red svojih rednih sej (Kersnič 1997).

Predlog Zakona o zdravstveni negi je v prvi različici obsegal naslednja poglavja (Zbornica zdravstvene nege 1997b):

1. splošne določbe, v katerih je opredeljena zdravstvena nega, medicinska sestra, naloge zdravstvene nege in izvajalci zdravstvene nege,
2. pogoji za opravljanje zdravstvene nege obsegajo splošne pogoje za opravljanje poklica, izobrazbo, pripravništvo, mentorstvo, specializacijo in kontinuirano izobraževanje,
3. organizacija službe zdravstvene nege obsega namen organizacije in delovna področja zdravstvene nege,
4. razmejitev del in nalog v zdravstveni negi,
5. dokumentiranje v zdravstveni negi,
6. dolžnosti in pravice izvajalcev zdravstvene nege,
7. zbornica zdravstvene nege Slovenije obsega naloge in javna pooblastila,
8. kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije,
9. strokovni nadzor nad dejavnostjo zdravstvene nege,
10. registracija in licenca v zdravstveni negi,
11. zasebno delo v zdravstveni negi,
12. prekinitev dela v zdravstveni negi,
13. nagrade, priznanja in nazivi,
14. kazenske določbe,
15. prehodne in končne določbe.

V letu 1999 je Minister za zdravje ponovno izdal sklep o imenovanju delovne skupine Ministrstva za zdravje z nalogo izdelave predloga Zakona o zdravstveni negi, ki naj bi bil pripravljen za prvo obravnavo v Državnem zboru najkasneje do 3. 3. 2000 (Jereb 1999). Na podlagi sklepa ministrstva je delovna skupina začela z delom. V pripravo se je vključila tudi Zdravniška zbornica Slovenije, ki je predloženo gradivo

predloga zakona ocenila kot dobro osnovo za nadaljnje delo. Na predlog zakona so dali številne pripombe (Dobnikar 1999). Predlog zakona, ki se je v začetku imenoval Zakon o zdravstveni negi, je delovna skupina preimenovala v Zakon o dejavnosti zdravstvene nege (Zakon o dejavnosti zdravstvene nege 2000), ki je bil v juniju leta 2000 predstavljen v Zdravstvenem svetu. Vse od takrat pa do danes predlog Zakona o dejavnosti zdravstvene nege ponovno miruje. Filejeva (2001) je v dopisu ministru za zdravje leta 2001 napisala: »Žal, se vse bolj soočamo z dejstvom, da postaja Slovenija najbolj nazadnjaška država v sprejemanju omenjenega zakona in nekdanj vzor ostalim državam centralne in Vzhodne Evrope, le še prijeten spomin.«

2.7.2 Primerjava pravne ureditve zdravstvene nege v izbranih državah

Evropske države imajo pravni položaj zdravstvene nege različno urejeno.

Avstrija

Zvezni zakon o poklicih zdravstvene in bolniške nege je bil sprejet 1984. Definira dejavnost zdravstvene nege in delovanje izvajalcev zdravstvene nege skladno z veljavnimi predpisi, strokovnimi in znanstvenimi spoznanji ter izkušnjami. Zakon daje poudarek poklicnim dolžnostim, dokumentiranju zdravstvene nege, organiziranju službe, odgovornosti in soodgovornosti pri delu, izobraževanju, določila o upravičenosti do opravljanja poklica in odvzema le-tega (Filej 2002).

Francija

Ključne opredelitve Zakona o zdravstveni negi iz leta 1993 so opredelitev zdravstvene nege, izobraževanje medicinskih sester, specializacije, praksa zdravstvene nege in prispevek medicinskih sester na regionalnem in nacionalnem nivoju (Filej 2002).

Danska

Zakon o medicinskih sestrah so sprejeli leta 1956. Pomembne vsebine zakona so: pravica do izvajanja zdravstvene nege, dolžnosti izvajalcev zdravstvene nege, nadzor nad delom, vodenje registra – vpis in izbris, izobraževanje, razvijanje nacionalnih standardov za zagotavljanje kakovosti in dobre prakse (Filej 2002).

Hrvaška

Zakon, ki normativno ureja področje zdravstvene nege, je bil sprejet leta 2003 (Hrvatski Sabor 2003). Avtorice (Kalauz, Orlić-Šumić in Šimunec 2008) pravijo, da zakon prvič v zgodovini pri njih določa aktivnosti zdravstvene nege, standarde izobraževanja, zahteve, da lahko nekdo opravlja dejavnost zdravstvene nege (pridobitev licence za opravljanje poklica), dolžnosti zaposlenih v zdravstveni negi in presojanje kakovosti dejavnosti zdravstvene nege.

Vsebine zakonov o zdravstveni negi v ostalih državah se razlikujejo glede poudarkov na področjih izobraževanja, razmejitve del in nalog med različnimi profili kadra v zdravstveni negi, etičnih načel, pridobivanja licenc, združevanja v strokovne organizacije in kazenske odgovornosti.

2.8 Sodelovanje nevladnih organizacij, zainteresirane javnosti v zakonodajnem postopku

Mnoge raziskave v svetu govorijo, da zaposleni v zdravstveni negi nimajo velikega interesa pri sodelovanju oblikovanja politike zdravstvenega sistema tudi zaradi neznanja o političnih procesih, predvsem zakonodajnih postopkih, torej, kako vplivati na vsebine pri sprejemanju pravnih aktov. Zato ugotavljajo, da je treba zaposlene v zdravstveni negi motivirati v tej smeri na najrazličnejših nivojih. Velik poudarek in odgovornost k večjemu zanimanju zaposlenih v zdravstveni negi za politične procese različni avtorji dajejo na študijske predmetnike pa tudi na različne organizacije, kamor se zaposleni v zdravstveni negi združujejo zaradi svojih interesov (Spenceley, Reutter in Allen 2006; Cramer 2002; Cibic 2002; Starc 2001; Šlajmer-Japelj 1995).

V nadaljevanju bomo na kratko zajeli možnosti vplivanja, ki jih imajo zaposleni v zdravstveni negi kot ena izmed interesnih skupin na strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti, na vsebino pravnih aktov v zakonodajnem postopku. Zakonodajni postopek pomeni proces sprejemanja zakonov kot osrednjih pravnih virov, ki pri nas poteka v Državnem zboru.⁹ Postopek sprejemanja pravnih aktov v Državnem zboru poteka po natančno določenih pravilih, ki jih podrobno ureja Poslovnik državnega zbora (v nadaljevanju Poslovnik) iz leta 2002. Poslovnik državnega zbora v svojem 114. členu določa, da lahko najmanj 5000 volivcev predlaga zakon. Zainteresirana javnost ima tudi možnost vplivanja na sprejemanje pravnih aktov, ko se obravnavajo v okviru matičnih teles. Matično telo je delovno telo, ki se v Državnem zboru ustanovi za spremljanje stanja na posameznem področju, za pripravo o politiki na tem področju, za oblikovanje stališč do posameznih vprašanj, za obravnavo zakonov in drugih aktov Državnega zbora (Poslovnik DZ 2002). Matično delovno telo ima dolžnost, da mora biti seznanjeno z vsemi predlogi, pobudami in vprašanji, ki jih nanj naslovi civilna družba (Poslovnik DZ 2002, 3. odstavek 41. člena). S sklicem seje matičnega delovnega telesa, na katerem poteka obravnava predloga zakona, se njegovim članom posreduje predviden dnevni red, morebitno mnenje vlade, kadar ni predlagateljica, mnenje zakonodajno-pravne službe in morebitna mnenja zainteresirane javnosti (Poslovnik DZ 2002, 1. odstavek 48. člena). K obravnavi posameznih točk dnevnega reda na sejo matičnega delovnega telesa, ki obravnava predlog zakona, se lahko povabi tudi predstavnike institucij, katerih delo je neposredno povezano z vsebino obravnavanih vprašanj, strokovnjake in predstavnike zainteresirane javnosti (Poslovnik DZ 2002, 2. odstavek 51. člena).

⁹ Državni zbor je zakonodajalno telo.

2.9 Povzetek teoretičnega dela

V prvem delu magistrske naloge smo obravnavali relevantne vsebine, ki nam bodo v nadaljevanju skupaj z ugotovitvami empiričnega dela pomagale pri doseganju novega znanja in razjasnitvi problema, ki smo si ga zastavili v magistrski nalogi.

Najprej smo definirali sistem zdravstvenega varstva s poudarkom v našem prostoru. Že na začetku smo izpostavili vpliv različnih interesnih skupin na zdravstveni sistem, pri čemer smo izpostavili tudi interesno skupino zaposlenih v zdravstveni negi, ki v vseh zdravstvenih sistemih predstavlja največjo skupino zaposlenih. Nadaljevali smo s predstavitvijo področja zdravstvene nege in njihovimi odnosi z drugimi zaposlenimi na področju zdravstvenega varstva. Prvi del magistrske naloge smo končali s statusnim pravnim položajem zdravstvene nege pri nas in z možnostmi vplivanja zainteresirane javnosti na zakonodajni postopek v Republiki Sloveniji.

3 EMPIRIČNI DEL

V nadaljevanju bomo razložili namen, cilje in temeljno tezo magistrske naloge. Osredotočili se bomo na predstavitev izbire raziskovalne metodologije in pojasnili, zakaj smo izbrali kvalitativno raziskovalno metodologijo. Končali bomo z natančnim opisom poteka raziskave in analize empiričnega gradiva. Za pristop k izbrani kvalitativni raziskovalni metodologiji sta nam rabili deli Meseca (1998) Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu in Raziskovanje v managementu (Easterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005).

3.1 Namen in cilji ter temeljna teza

Osnovni namen naloge je preučiti in na osnovi izvedene raziskave pojasniti pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. S pomočjo študija literature in empiričnih izsledkov smo ugotovili sedanje stanje na tem področju. Na podlagi ugotovitev smo poskušali oblikovati predloge za večje zanimanje in s tem vključenost izvajalcev zdravstvene nege na oblikovanje zdravstvene politike. Nadalje naj bi z ugotovitvami pokazali odgovornim v političnem prostoru, kakšen pomen ima lahko vključevanje izvajalcev zdravstvene nege na oblikovanje učinkovitega, pravičnega in solidarnega sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji.

Z namenom razumevanja pomena političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji smo v teoretičnem delu opredelili sistem zdravstvenega varstva, udeležence na strani izvajalcev in njihovo vlogo ter pomen na oblikovanje zdravstvene politike. V empiričnem delu smo izvedli kvalitativno raziskavo, kjer smo uporabili tehniko polodprtega intervjuja, s katerim smo želeli pridobiti vpogled in razumevanje problematike (Esterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 111).

Raziskovalni problem predstavljajo odnosi med izvajalci v sistemu zdravstvenega varstva in dominanten položaj medicine. V procesu razvoja sistema zdravstvenega varstva si je moč skozi profesionalizacijo svojega poklica pridobila samo ena interesna skupina (Pahor 2006; Seljak in Kvas 2004; Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002; Pahor 2000). Zaradi tega je vpliv in pomen ostalih interesnih skupin na strani izvajalcev zdravstvenega varstva, predvsem zaposlenih v zdravstveni negi, na oblikovanje politike zdravstvenega sistema, nepomemben in neviden. Cilji magistrske naloge so:

- poiskati interesne skupine, ki vplivajo na oblikovanje politike zdravstvenega sistema in razumeti razmerja moči med njimi;
- s teoretičnega in empiričnega vidika preučiti in poiskati dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje izvajalcev zdravstvene nege na oblikovanje politike zdravstvenega sistema;

- s teoretičnega in empiričnega vidika proučiti stanje in pomen interesne skupine zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema;
- primerjati in analizirati pridobljene podatke;
- podati priporočila za izboljšanje stanja na tem področju.

Temeljna teza

Pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema niso upoštevana strokovna stališča zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstveni negi lahko s svojim znanjem in veščinami pripomorejo za razvoj pravičnega, solidarnega, univerzalnega in učinkovitega sistema zdravstvenega varstva.

3.2 Predstavitev metod raziskovanja

3.2.1 Vrsta raziskave

Načrtovano raziskavo opredeljujemo kot aplikativno. Temelji na uporabi kvalitativne raziskovalne metodologije. Za aplikativne raziskave je značilno, da potekajo za raziskovanje določenega problema v praksi (Cenčič 2002). Ključna predpostavka v kvalitativnih raziskavah je, da je realnost konstrukt posameznika v interakciji z njegovim socialnim okoljem in da realnost ni le tista, ki jo lahko merimo in ki obstaja zunaj nas. V magistrski nalogi smo izvedli kvalitativno študijo primera. Študijo primera se uporablja, ko se želi pridobiti poglobljeno razumevanje situacije in ko nas zanima globina zastavljenega problema, dožemanje udeležencev, njihove izkušnje in razmišljanja (Merriam 1998, 19; Easterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 48). S tem raziščemo posamezen primer, ga celovito opišemo ter analiziramo. S primerom, ki ga izberemo na podlagi praktične relevantnosti, lahko tako označimo posamezno skupino, družino, skupnost ali organizacijo. Uporabili smo idiografski pristop, kar pomeni, da skušamo razumeti delovanje, probleme in pojave konkretnega sistema ter njegovih interakcij (Mesec 1998, 43). V našem primeru smo hoteli raziskati in razumeti izkušnje vidnih udeležencev zdravstvene nege pri nastopanju v političnih procesih in njihovo videnje pomena zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva.

Pri kvalitativnih raziskavah dobimo kvalitativne podatke s kvalitativnimi raziskovalnimi tehnikami ali metodami. Kvalitativne podatke izrazimo z besedami. Pretežno kvalitativne metode so odprt intervju, opazovanje z udeležbo ter skupinska razprava. Med kvalitativnimi in kvantitativnimi raziskavami obstaja razlika tudi v načinu urejanja, obdelave in analize empiričnega gradiva. Najbolj enostavna razlaga je, da je pri kvalitativnem raziskovalnem pristopu empirično gradivo obdelano in analizirano na beseden način, brez uporabe merskih postopkov (Mesec 1998).

Za uporabo in razumevanje kvalitativne metodologije veljajo nekatere značilnosti, za katere mislimo, da jih je treba omeniti na tem mestu, ker smo se jih tudi držali v naši raziskavi:

- Raziskovalec naj prisluhne udeležencem raziskave. Raziskuje naj tisto, kar je pomembno udeležencem. V raziskavi raziskovalec doseže to načelo s tem, da se usmeri na stvarne probleme, da je pri raziskovanju sprejemljiv in odprt za različne podatke o problemu in ne samo tiste, ki so predmet njegovega problema ter udeležence raziskuje v njihovem vsakdanjem življenjskem okolju. Z drugimi besedami: udeležencem se pozorno prisluhne. Poskuša se razumeti ne samo manifestno izražene vsebine ampak tudi tisto, kar je zakrito - čustva in nagnjenja. Predvsem moramo doseči, da razumemo in pridobimo udeležencev lastni pogled na problem (Mesec 1998, 28). V naši raziskavi smo skušali doseči to značilnost raziskave, tako da smo udeležencem zastavljali široko odprta vprašanja in jih pustili prosto govoriti. Pozorni smo bili tudi na neverbalno sporočanje. Kjer se nam je zdelo ustrezno, smo neverbalna sporočila skušali verbalizirati in tako razjasniti mogoče tudi skrite dele razmišljanja udeležencev raziskave.
- Mesec (1998, 37-39) navaja, da kvalitativna raziskava poteka interaktivno. Raziskovanje ne poteka linearno od vzpostavitve hipoteze do njene preveritve, ampak problem vedno znova definiramo. Z novimi spoznanji med raziskovanjem se vedno znova vračamo na problem in po potrebi v naslednji fazi raziskovanja usmerimo pozornost na nova spoznanja iz prejšnjih faz. V naši raziskavi nam je tako vsak izveden intervju rabil za izhodišče naslednjega intervjuja.
- Pri zbiranju in analizi podatkov v kvalitativnih raziskavah se uporabljajo različne metode. Zbirajo se raznovrstni podatki in iz različnih virov. Poleg podatkov iz intervjujev in opazovanj se lahko uporablja tudi podatke iz osebnih in uradnih dokumentov, pisem, dnevnikov in drugega. Različni viri nam omogočajo triangulacijo po virih, kar izboljša verodostojnost podatkov. V naši raziskavi smo uporabili triangulacijo po virih, tako da smo zastavljeni problem, ki smo ga raziskovali, osvetlili iz več zornih kotov. Kot vir empiričnih podatkov so bili posamezniki zaposleni v managementu, v političnem življenju in v upravnih službah (Mesec 1998, 40).
- V raziskavi sem aktivno sodeloval, saj sem bil na strani izvajalca intervjuja, tako sem lahko sam po potrebi usmerjal intervju tudi na področje zakritih neizrečenih misli. Prav tako sem že dolgo zaposlen na področju, ki ga raziskujem, in sem dobro seznanjen z zastavljenim problemom. Tako sem lahko tudi iz tega vidika usmerjal raziskavo v smer boljšega razkrivanja in razumevanja problemov. Mesec (1998, 40) pravi, da se udeleženci na različne uporabljene raziskovalne metode različno odzovejo, zato mora raziskovalec v raziskavi to upoštevati in opisati. Zato sem bil na odzive udeležencev pazljiv in sem skušal upoštevati njihove skrajne meje razkrivanja problematike.

- V potekajoči kvalitativni raziskavi raziskovalec odkriva razne interpretacije, ki jih med seboj primerja in s tem širi svojo interpretacijo (Mesec 1998, 42).
- Pridobljeno empirično gradivo, kot so zapisi pogovorov ali opazovanj, morajo biti popolni, podrobni in izčrpni (Mesec 1998, 45).
- Pomemben je opis postopka, ki je temelj preverljivosti kvalitativne raziskovalne metodologije. Podrobno moramo opisati celoten postopek raziskave, posebej analize, v kateri oblikujemo pojme. Metodološko bistvo kvalitativnih raziskav je, da opišemo pot do končnih ugotovitev. Naloga kvalitativne metodologije je, da izdelava postopke argumentiranega sklepanja in posploševanja na osnovi kvalitativnega empiričnega gradiva (Mesec 1998, 46).
- V kvalitativni raziskavi ne preverjamo hipoteze, ampak želimo priti do celovitega, vsebinsko bogatega razumevanja (Mesec 1998, 48).

3.2.2 Metoda in instrument raziskave

V magistrski nalogi bomo kritično analizirali primarne in na koncu skupaj s povezovanjem sekundarnih virov s področja zastavljene problematike, naredili zaključke in usmeritve.

V začetnem delu se bomo naslonili predvsem na študij sekundarne literature. Primarne vire bodo v drugem delu raziskave predstavljali polstrukturirani intervjuji z vidnimi izvajalci zdravstvene nege. Za polstrukturirane intervjuje velja, da ne uporabljamo do potankosti v naprej pripravljenega vprašalnika. Intervjuvance smo seznanili, da so vprašanja, ki smo jim jih poslali s povabilom k raziskavi, le okvirna. Pri izvedbi intervjuja smo udeležence pustili pri posameznih vprašanjih, da prosto pripovedujejo. S podvprašanji smo jih le usmerjali ali skušali raziskati v globino relevantne probleme za raziskavo (Mesec 1998, 80).

Van Maanen (1983, po Esterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 111) trdi, da nam kvalitativne tehnike »skušajo opisati, dekodirati, prevesti in drugače odkriti pomen, ne frekvence določenih bolj ali manj naravno nastalih pojavov«. Intervju nam omogoča, da dobimo globlji vpogled in razumevanje problematike. S tem ugotovimo ključne točke in si zagotovimo jasna, natančna spoznanja. Pomembna lastnost intervjuja je tudi pristen stik z udeleženci raziskave (Esterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 113). Raziskovalna vprašanja, ki nas bodo zanimala pri udeležencih, so:

- Kako doživljajo in razumejo trenutni položaj zdravstvene nege pri nas?
- Kakšne možnosti vidijo izvajalci zdravstvene nege pri oblikovanju zdravstvene politike?
- Kateri so dejavniki, ki vplivajo na aktivnost izvajalcev zdravstvene nege pri sooblikovanju zdravstvene politike?

- Kje so področja, kjer bi morali biti izvajalci v zdravstveni negi posebej dejavni?
- Kakšne so potrebe in pomen zastopanosti izvajalcev zdravstvene nege v političnem življenju?
- Kakšen pomen bi imeli izvajalci na oblikovanje zdravstvenega sistema, če bi jim bilo to omogočeno?
- Kakšen je posluh uradne politike pri vključevanju izvajalcev zdravstvene nege pri oblikovanju zdravstvene politike?

Bistvena naloga pri izvajanju intervjujev je pridobitev zaupanja udeležencev raziskave (Esterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 113 in 115–116). Del tega zaupanja smo si poskušali pridobiti tako, da smo udeležence nevsiljivo prosili za sodelovanje in jih dobro seznanili z namenom ter cilji raziskave.

3.3 Vzorčenje

Kvalitativne raziskave lahko temeljijo na namenskem vzorcu. Izbrali smo enote raziskovanja, ki so za to problematiko najbolj reprezentativne (Miles in Huberman 1994, 30). Mesec (1998, 74) v svojem delu raje govori o izboru relevantnih primerov, ki so najbolj primerni za raziskavo, in ne o reprezentativnem vzorcu, kot to trdijo in tolmačijo kvantitativni raziskovalci pri svojih raziskavah. Odločilno pri izboru relevantnih primerov je, da dobimo veliko informacij o področju, ki ga raziskujemo. Udeleženci raziskave so izvajalci zdravstvene nege, ki so bili ali so še aktivni v političnem življenju, managementu zdravstvene nege ali na upravnih državnih funkcijah. Vsem je skupno, da se veliko pojavljajo in so znani po svojem delovanju v strokovni javnosti ter izobrazbi in področju iz zdravstvene nege. Vsi udeleženci raziskave so imeli dokončano visoko strokovno izobrazbo ali več, čeprav ima večina zaposlenih v zdravstveni negi srednješolsko izobrazbo. Zaposleni v zdravstveni negi s srednjo šolsko izobrazbo v raziskavo niso bili vključeni, ker nisem našel prepoznavnih posameznikov na tem področju. Avtorja Miles in Huberman (1994, 30) navajata, da lahko postane raziskava neobvladljiva, če je vanjo vključenih več kot 15 enot. V raziskavo smo vključili 13 udeležencev. Prvoten namen je bilo vključiti vsaj 15 udeležencev, vendar se je v teku raziskave izkazalo, da prihaja do »teoretične zasičenosti«
podatkov – to je po Kuhar in Ule (2002), ko smo začeli »vedno znova poslušati iste reči iz različnih virov«. Pri sprotne pregledovanju in prepisovanju intervjujev so se kmalu pokazale glavne vsebine, ki so se po desetem intervjuju začele ponavljati, zato smo se odločili, da je 13 intervjujev s populacijo, ki smo jo želeli intervjuvati, povsem zadosti.

Intervjuje smo izvedli od meseca marca do meseca avgusta leta 2009 med udeleženci zdravstvene nege Republike Slovenije.

3.4 Veljavnost raziskave

Veljavnosti raziskave smo namenili posebno podpoglavje, saj menimo, da je potrebno veljavnost kvalitativne raziskave posebej opredeliti zaradi mnogih dvomov, ki se pojavljajo v pretežno kvantitativnem svetu raziskovanja na tem področju in na splošno. Veljavnost naše raziskave bomo utemeljili po Mesecu (1998, 141-149). Mesec govori o naslednjih elementih veljavnosti kvalitativnih raziskav, ki smo jih vključili tudi v našem primeru:

- Veljavna je analiza empiričnega gradiva, ki temelji na izjavah, ki imajo oporo v zapisanem gradivu. V tem primeru smo veljavnost preverili že takoj, ko smo prepisali zvočne zapise, jim dodelili šifro, ki jih je spremljala skozi vso raziskavo in pod katero so zapisi shranjeni tudi v arhivu gradiva. Veljavnost zapisanega gradiva smo povečali tudi tako, da smo zvočne prepise poslali udeležencem, ki so jih potrdili in dovolili njihovo nadaljnjo uporabo. Mesec (1998, 144) priporoča preverjanje veljavnosti tudi s tem da udeležence seznanimo z analizo in interpretacijami raziskave in jih prosimo za komentar oziroma pripombe. Tega elementa v naši raziskavi nismo uporabili. Zato pa smo doseganje veljavnosti utrdili še z drugimi elementi.
- Naslednji element preverjanja veljavnosti raziskave je konstruktna veljavnost ali validnost (Mesec 1998, 144-145). Yin (1986, 42, po Mesec 1998, 145) razlaga konstruktno veljavnost s tremi elementi: uporaba več virov podatkov, natančen opis zbiranja podatkov in analize empiričnega gradiva ter kritična presoja zaključkov raziskave. V našem primeru smo uporabili dva elementa. Empirično gradivo smo pridobili iz različnih virov, tako po izobrazbi kot po poklicnem delovanju. V poglavju Potek raziskave in potek analize empiričnega gradiva (3.5) smo natančno opisali potek raziskave in način pridobivanja posameznih kategorij. Kritično presojo zaključkov raziskave v našem primeru nismo opravili.
- Mesec (1998, 145) izpostavlja tudi notranjo veljavnost, ki se kaže v tem, da raziskava ugotavlja vzročne odnose. V našem primeru smo dokazali notranjo veljavnost v sklepnem delu magistrske naloge, kjer smo z interpretacijo vzročno povezali ugotovitve.
- Zunanja veljavnost ali posplošljivost (Mesec 1998, 146) je dokazana, s tem da lahko ugotovitve posplošimo na vso populacijo. Vendar je v primeru kvalitativnega raziskovanja težko posplošiti ugotovitve, saj so izdelane na majhnem vzorcu, ki ni reprezentativen za celo populacijo. O posploševanju lahko glede na teoretične vsebine in poznavanje problema, ki je danes v našem prostoru, le izrazimo svoje lastno mnenje.

- Zadnji element, ki dokazuje veljavnost raziskave, je Mesec (1998, 147) imenoval zanesljivost ali reliabilnost, kar pomeni, da bi do podobnih ugotovitev lahko prišli tudi ob ponovitvah raziskave. Mesec (prav tam) pravi, da je študija primera tem bolj zanesljiva, če lahko »čim bolj prepričljivo pokažemo, da bi prišli do enakih ugotovitev, če bi mogli raziskavo ponoviti ob sicer nespremenjenih drugih okoliščinah«. Zanesljivost povečamo s tem, da čim bolj natančno opišemo potek raziskave in zbiranja podatkov ter dokumentiramo vsako informacijo, kar smo v naši raziskavi naredili v naslednjem poglavju.

3.5 Potek raziskave in potek analize empiričnega gradiva

V nadaljevanju bomo natančno opisali potek raziskave in potek analize empiričnega gradiva. S tem želimo zagotoviti nekaterim elementom veljavnosti raziskave, ki smo jo izvedli.

3.5.1 Potek raziskave

Mesec dni pred raziskavo smo izbranemu vzorcu udeležencem poslali prošnjo po elektronski pošti, s katero smo se predstavili, jih seznanili z raziskavo in jih prosili za udeležbo (priloga 1). Vsi izbrani udeleženci so se odzvali prošnji. Z vsakim udeležencem smo se dogovorili o načinu izvedbe intervjuja, pri čemer smo se jim prilagodili glede časa in kraja in spoštovali njihovo pobudo. Intervjuje smo opravili ali v dopoldanskem ali popoldanskem času, na njihovem domu, na mojem ali njihovem delovnem mestu, izven delovnega časa. Zastavljali smo široko odprta vprašanja, na katera so imeli udeleženci možnost prostih odgovorov. Vsak opravljeni intervju smo sproti prepisali in ga natančno prebrali. S tem smo prišli do določenih spoznanj, ki smo jih uporabili pri izvajanju naslednjega intervjuja. Kmalu smo spoznali, da je »moč« zaposlenih v zdravstveni negi osrednji pojem, ki je povezan s temo magistrske naloge. Zato smo vsako spoznanje, ki je bilo vezano na moč, uporabili pri naslednjem intervjuju, tako da smo ga še posebej raziskali.

Za preverjanje povedanega smo s privolitvijo udeležencev uporabili zvočni zapis. Zvočni zapis »pomaga pri procesu poslušanja in omogoči nepopačen zapis pogovora« (Esterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 119). Udeležencem smo omogočili pregled prepisa zvočnega zapisa. Zvočne zapise smo dobesedno prepisali. Nekatere smo zapisali sami, nekatere pa smo dali zapisati podjetjem, ki s se s tem ukvarjajo, proti plačilu. Udeležencem smo dovolili tudi naknadne razlage določenih delov, v kolikor niso bili jasni. Prav tako smo dovolili posege, ki so zakrili identiteto udeležencev, kar utemeljujemo, s tem da v zdravstveni negi obstaja razmeroma ozek krog posameznikom, ki je dejaven na področju, ki ga raziskujemo, zato obstaja velika možnost, da bi lahko bralci določene udeležence prepoznali iz njihovih izjav. Vse osebe v intervjujih, razen raziskovalca, so spremenjeni v žensko osebo, kar je bila v prvi vrsti

naša pobuda. Prav tako so se s tem strinjali tudi udeleženci. Tudi značilen jezik, ki so ga uporabljali udeleženci, je lahko kazal na njihovo geografsko poreklo, zato smo zelo značilne izjave »prevedli« v knjižni jezik. Udeleženci raziskave niso želeli razkriti svoje identitete. Tudi sami menimo, da razkritje identitete ni relevantno za raziskavo. V dogovoru z udeleženci smo, zaradi varnosti in zagotavljanja varovanja identitete sklenili, da intervjuji ne bodo priloga magistrske naloge. Hranili jih bomo v arhivu empiričnega gradiva in ostalega gradiva, ki je pomembno za dokazovanje veljavnosti raziskave.

3.5.2 Potek analize empiričnega gradiva

Na začetku analize empiričnega gradiva smo gradivo uredili, oblikovali arhiv intervjujev in gradivo pripravili za analizo. Vsakemu intervjuju smo določili lastno šifro, ki jih je spremljala skozi vso analizo podatkov. S pripadajočo šifro se je izgubila tudi imenska identiteta posameznega intervjuja, hkrati pa smo omogočili, da smo lahko skozi analizo empiričnega gradiva spremljali določene pomembne podatke, kot so področje dela in lažjo sledljivost vsebine pojmov (*tabela 3.1 in primer 1*).

Tabela 3.1 Zgradba šifre udeležencev raziskave

številka udeleženca	vsak udeleženec je pridobil slučajno izbrano število med 1–13 (13 vseh udeležencev), zato si številke udeležencev sledijo od ST. 1 – ST. 13
šifra raziskave področje dela	šifra raziskave pomeni kratica PVZZN področje dela udeležencev smo označili z M (management), P (politika), U (upravne službe)
številka pojma	pojme smo pri vsakem intervjuju označili od številke prvega pojma s številom 1 in tako naprej do zadnjega ...

Primer 1: Zgradba šifre

Pojem 60 pri udeležencu številka 9, ki deluje v političnem življenju, je *ST. 9 – PVZZN-P (60)*. Na podlagi šifer lahko preverimo in poiščemo vsebino pojmov v empiričnem gradivu.

Analizo primarnih podatkov smo naredili tako, da smo vsebino vseh intervjujev večkrat natančno prebrali. Podatke, ki so bili značilni ali pomembni za raziskavo, smo opredelili s pomočjo pojmov in oblikovanja kategorij. Analizo empiričnega gradiva smo opravili po Strauss in Corbinovi (1990, po Mesec 1998, 101), ki pravita, da naj bi analiza pripeljala do konceptov, hipotez, razlag ali utemeljevalne teorije.¹⁰

V magistrski nalogi smo izvedli utemeljevalno teorijo, ki jo Urbanc (2008) imenuje tudi utemeljevalna metoda, saj predpisuje vrsto nujnih postopkov dela. Mesec (1998, 33) pa pravi, da je utemeljevalna teorija imenovana tudi induktivna teorija, ker teorija,

¹⁰ Utemeljevalna teorija – iz angleškega jezika jo Mesec (1988, 33) prevede iz grounded theory.

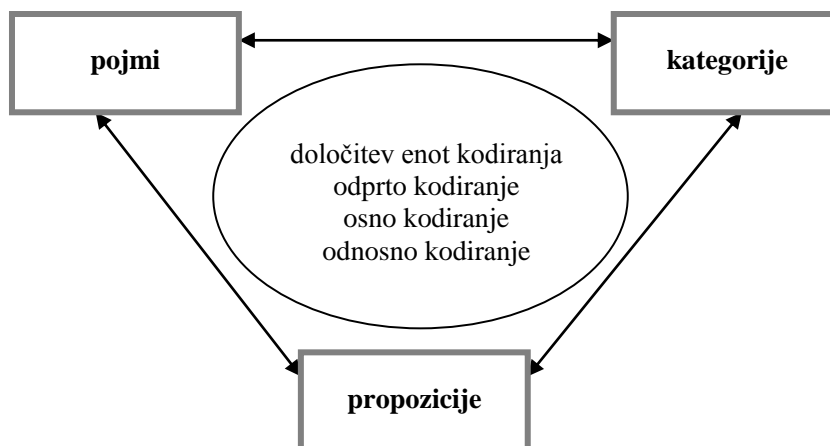
ki jo dobimo, temelji na zbranem in analiziranem empiričnem gradivu. Zelo dobra je za prikazovanje, razumevanje in raziskovanje povezav med podatki, ki jih dobimo v raziskavi in je usmerjena v odkrivanje novega. Slaba stran je, da je delo zelo zahtevno, natančno in zamudno (Urbanc 2008). Utemeljevalno teorijo (*slika 3.1*) lahko razložimo z dvema značilnostima:

- tremi osnovnimi elementi ali prvinami in
- analitičnim procesom.

Trije osnovni elementi utemeljevalne teorije, ki smo jih uporabili tudi v naši magistrski nalogi, so: *pojmi*, *kategorije* in *propozicije* (sodbe ali trditve).

Pojmi so osnovna enota analize empiričnega gradiva. Posameznim podobnim dogodkom v empiričnem gradivu smo pripisali enake ali podobne pojme. Proces se imenuje kodiranje. Avtorja (Strauss in Corbin 1990, cit. po Mesec 1998, 101) trdita, da »samo s primerjavo primerov in s poimenovanjem enakih pojavov z istim izrazom lahko teoretik zbere osnovne enote teorije«. *Kategorije* so elementi, ki smo jih dobili z združevanjem vsebinsko podobnih pojmov, so na višji ravni in so bolj abstraktne od pojmov ter predstavljajo sestavni del bodoče teorije. Na podlagi združevanja vsebinsko podobnih pojmov smo oblikovali kategorije, kar je razvidno v poglavju 4.2 (Elementi posameznih kategorij). *Propozicije* (sodbe ali trditve) govorijo o posplošenih odnosih med kategorijo in njenimi pojmi ter med različnimi kategorijami (Strauss in Corbin 1990, po Mesec 1998, 102). Odnose med posameznimi pojmi v kategoriji in odnose med samimi kategorijami smo v naši magistrski nalogi opredelili v poglavju Elementi posameznih kategorij in v Razpravi magistrske naloge. V zaključku smo propozicije uredili v smiselno in sistematično teorijo, kar predstavlja cilj naloge. V našem primeru smo magistrsko nalogo sklenili z oblikovanjem *Modela opolnomočenja zdravstvene nege*. V razpravi in v modelu, ki smo ga postavili, smo ugotovitve iz primarnih virov smiselno povezali z znanjem, ki smo ga pridobili iz sekundarnih virov.

Slika 3.1 Značilnosti utemeljevalne teorije



Naslednja značilnost utemeljevalne teorije je *analitični proces* dela, ki ga sestavljajo štiri faze: *določitev enot kodiranja*, *odprto kodiranje*, *osno kodiranje* in *odnosno kodiranje* (Urbanc 2008). Značilnosti prvih dveh faz bomo v nadaljevanju razložili na primerih naše magistrske naloge. *Osno kodiranje* pomeni prikazovanje odnosov v posamezni kategoriji, to je med posameznimi podkategorijami ali pojmi (prikazano v poglavju 4.2 Elementi posameznih kategorij). *Odnosno kodiranje* pa pomeni razlago odnosov med posameznimi kategorijami, kar vodi v oblikovanje teorije in je v naši magistrski nalogi prikazano v zaključku, ki ga sestavljata Razprava in Model opolnomočenja zdravstvene nege. Vse faze analitičnega procesa se med seboj prepletajo in jih ne moremo izolirati in jih prikazati po posameznih poglavjih (prav tam).

V nadaljevanju bomo na primerih prikazali, kako smo pri analizi našega empiričnega gradiva oblikovali pojme, kategorije. S tem opisom želimo omogočiti bralcu, da sledi našemu načinu dela in razmišljanja. Prav tako je po Mesecu (1998, 46) podroben opis poteka in analize raziskave, temelj preverljivosti kvalitativne raziskovalne metodologije. Pri analizi našega empiričnega gradiva smo uporabili postopek *odprtega kodiranja*. Odprto kodiranje po Mesecu (1990, 104), ki smo ga uporabili v raziskavi, vsebuje tri različne postopke:

- pripisovanje pojmov posameznim empiričnem opisom,
- združevanje sorodnih pojmov v podkategorije in kategorije,
- analiza značilnosti pojmov, podkategorij in kategorij.

Pridobljene intervjuje smo prvič prebrali in si ustvarili splošne ali prve predstave o vsebini empiričnega gradiva. Pri prvem branju smo poskušali že narediti nekaj splošnih zaznamkov, ki so bili relevantni za vse intervjuje. Pri ponovnem branju smo dogodke, stavke, fraze, misli, ki so relevantni za raziskavo, pripravili za kodiranje (*določitev enot kodiranja*). Vsak tak dogodek, misel, fraza je v posameznem intervjuju dobil svojo kodo s pojmom, ki je najbolje označeval posamezno enoto kodiranja. Podobnim dogodkom (frazam, mislim) smo pripisali enake ali podobne pojme, kar prikazujemo v *primeru 2*.

Primer 2: Oblikovanje pojmov

ST. 1 – PVZZN-U (5)

Naša dejavnost nega bolnika se je prilagajala oziroma je poudarjala predvsem, kot sem že rekla, stanje bolezni oziroma zdravnikovo naročilo.

Izjavi smo v odprtem kodiranju empiričnega gradiva pripisali pojem *Odvisna – tradicionalna vloga zdravstvene nege*.

ST. 11 – PVZZN-P (32)

Tradicija, ki nas bremeni, je samostanska vzgoja

Tej izjavi smo v odprtem kodiranju empiričnega gradiva pripisali pojem *Samostanska vzgoja*.

ST. 5 – PVZZN-M (5)

Mogoče čisto tradicionalno, še vedno obstaja ta tradicionalen razmišljanje o medicinskih sestrah, so to osebe, ki negujejo in služijo nekomu, kajne. Ta tradicionalna vloga je pomembna, ki se je tudi mi povsem nismo še pri samih sebi rešili.

Izjavi smo v odprtem kodiranju empiričnega gradiva pripisali pojem *Problem tradicionalne vloge medicinskih sester*.

Vse tako pridobljene pojme smo izpisali na lističe. Lističe s podobnimi pojmi smo razvrstili v isto skupino. Dobili smo več skupin lističev s podobnimi pojmi. Nato je proces potekal v obratni smeri. Posameznim pojmom, ki so imeli svojo kodo, smo poiskali vsebino oziroma pomen v empiričnem gradivu in jih primerjali med seboj. V posameznih skupinah smo našli pojme, ki vsebinsko niso bili podobni, zato smo jih izključili iz teh skupin. V primeru 2 vidimo, da smo dobili tri različne pojme, ki smo jih poimenovali »Odvisna – tradicionalna vloga zdravstvene nege«, »Samostanska vzgoja« in »Problem tradicionalne vloge medicinskih sester«. Po vsebini teh pojmov in še podobnih ostalih smo te razmeroma različno poimenovane pojme, vendar s podobno vsebino združili v podkategorijo, ki smo jo poimenovali Tradicija. Za formiranje podkategorij smo se odločili zaradi prevelikega števila vsebinsko podobnih pojmov, kar izhaja iz obsežnega empiričnega gradiva. Zaradi lažjega obvladovanja podatkov smo se zato odločili, da smo oblikovali tudi podkategorije. Ko smo pridobili vsebinsko čiste skupine s podkategorijami, smo skupine poimenovali s skupnim imenom, ki je najbolj ponazarjal posamezno skupino. Tako smo dobili kategorije (primer 3).

Primer 3: Oblikovanje Kategorij

V procesu analize empiričnega gradiva smo poleg prikazanega oblikovanja podkategorije *Tradicija* pridobili tudi podkategorije: *Ženski poklic, Nizka izobrazba, Razslojenost, Elitizem, Hierarhija, Nizka samozavest ...* Zaradi podobne vsebine pojmov podkategorij smo jih združili v kategorijo, ki smo jo poimenovali *Ovire zdravstvene nege*.

V nadaljnji analizi smo analizirali odnose med posameznimi pojmi v kategoriji in odnose med dobljenimi kategorijami. Interpretacija odnosov med kategorijami je v

zaključku magistrske naloge vodila k oblikovanju *Modela opolnomočenja zdravstvene nege*, ki po našem mnenju najbolj pojasnjuje pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema.

Opisani postopek analize empiričnega gradiva je trajal približno šest mesecev. Ves postopek od izvedbe intervjujev do interpretacij ugotovitev pa skoraj leto dni.

3.6 Predpostavke in omejitve

Predpostavke, ki jih bomo uporabili pri raziskavi, so:

- Predpostavljamo, da obstajajo dejavniki, ki jih je možno pri posameznikih razviti, da postanejo aktivnejši pri vključevanju v politične procese.
- Predpostavljamo, da so zaposleni v zdravstveni negi zelo šibka interesna skupina kljub svoji velikosti.
- Predpostavljamo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi premalo znanj in veščin za vključevanje pri snovanju zdravstvene politike.
- Predpostavljamo, da ne obstaja velik interes drugih udeležencev na strani izvajalcev zdravstvenih storitev, da bi zaposleni v zdravstveni negi delovali kot močna interesna skupina.
- Predpostavljamo, da so premiki na tem področju pri nas nujni.
- Predpostavljamo, da z udeleženci ne bomo imeli težav pri sodelovanju.
- Predpostavljamo, da bomo pridobili kakovostne podatke in da bomo s pomočjo sekundarne literature prišli do pomembnih zaključkov.

Omejitve, ki so lahko povezane z raziskavo, so:

- Področje, ki ga želimo raziskati, je pri nas še zelo nerazvito in ne obstaja veliko gradiva na tem področju.
- Med zaposlenimi v zdravstveni negi je zelo malo posameznikov, ki imajo izkušnje na tem področju, saj jim do sedaj ni bilo sistemsko omogočeno, da bi sodelovali pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema.
- Z večino udeležencev raziskave se osebno poznam, kar lahko po eni strani škoduje raziskavi, ker sem lahko nezavedno upošteval določene vsebine, ki so mi bile znane.
- Tudi sam sodim v raziskovano skupino zaposlenih, zato obstaja možnost, da sem bil pri določenih ugotovitvah pristranski.
- Med omejitve raziskave lahko prištevamo tudi, da smo v vzorcu zajeli le zaposlene v zdravstveni negi. Tako nimamo vpogleda v razmišljanje druge pomembne skupine zaposlenih, kot so zdravniki. Odločitev o vzorcu utemeljujemo s tem, da smo želeli raziskati le lastno dožemanje pomena na oblikovanje politike zdravstvenega sistema.

- V preteklem obdobju sem sodeloval v delovni skupini pri oblikovanju novega Zakona o zdravstveni dejavnosti. Prvič v Republiki Sloveniji je bilo na tem področju omogočeno sodelovanje zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju ključnih pravnih dokumentov. Pri tem smo se srečevali z mnogimi preprekami in omejitvami. Sodelovanje v pogajanjih na Ministrstvu za zdravje pri oblikovanju Zakona o zdravstveni dejavnosti je potekalo v istem obdobju kot izvajanje intervjujev in analiza empiričnega gradiva, zato so lahko doživljanja iz pogajanj vplivala na potek raziskave.
- Med omejitve lahko sam pri sebi uvrstim tudi slabo poznavanje kvalitativne raziskovalne metodologije raziskovanja, s katero sem se, razen med študijem, prvič srečal. Vendar mi je to pomenilo izziv. Pri ponovnih branjih magistrske naloge ugotavljam, da se vedno znova pojavljajo nove zamisli in vprašanja o izvedbi raziskave, analize empiričnega gradiva in interpretacije podatkov. Med samo raziskavo sem zaradi dvomov v moje poznavanje raziskovalne metodologije poiskal stike z nekaterimi izkušenimi raziskovalci na tem področju, ki pa so me spodbudili, da so vedno znova nova porajajoča vprašanja in nove zamisli že po končanem projektu nekaj normalnega pri tem pristopu in da to govori o »zorenju« raziskovalca.
- Posploševanje rezultatov raziskave je omejeno, saj so kvalitativne raziskave delane na majhnih vzorcih. Vendar menim, da so bili v raziskavo vključeni skoraj vsi pomembni udeleženci zaposlenih v zdravstveni negi na tem področju in da zaradi tega raziskava relevantno prikazuje stanje na tem področju.

4 GLAVNE UGOTOVITVE

Pri urejanju in analizi pridobljenega gradiva v raziskavi so se oblikovali prvi splošni zaključki o pomenu političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema. Čeprav velja, da je vključenost zaposlenih v zdravstveni negi ključnega pomena pri zagotavljanju bolj učinkovitega in kakovostnega zdravstvenega sistema, ugotavljamo, da je ta skupina zaposlenih brez politične moči in pomembnih družbenih vlog, zato njen vpliv ni zaznaven. V nadaljevanju bomo s pomočjo značilnih izjav utemeljili naše trditve, na katerih temeljijo zaključki magistrske naloge.

Izkazalo se je, da zaposleni v zdravstveni negi sicer nimajo politične moči in s tem vpliva na oblikovanje zdravstvene politike, vendar sodijo med tiste dejavnike, ki so najbolj zainteresirani za spremembe.

ST. 7 – PVZZN-M (6)

Ker smo pa dejansko ta dejavnik, ki je zelo zainteresiran. Mi lahko spreminjamo, mi smo pripravljeni, mi znamo in hočemo. V primerjavi z drugimi udeleženci ne vem, če je prisotna taka močna motivacija. Ampak v zdravstveni negi je veliko močnih in zainteresiranih posameznikov in skupin, ki bom rekla, da želijo spremembe na boljše.

Zaposleni v zdravstveni negi se morajo aktivirati v političnem prostoru in si izboriti prostor, kajti:

ST. 11 – PVZZN-P (18)

Da, morali bi biti (prisotni v politiki). Morali bi biti, zato ker ni praznega prostora, to vemo iz fizike. In, če ga mi ne zapolnimo, ga bo nekdo drug. Prostor si moramo narediti.

Dejavnost zdravstvene nege predstavlja največjo skupino zaposlenih v zdravstvenem varstvu, kljub temu pa ne tvori močne interesne skupine, ki bi odločala o svojem lastnem položaju ali enakovredno sodelovala pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema.

ST. 7 – PVZZN-M (42)

Jaz tukaj menim, da smo mi premalo vabljeni k samemu načrtovanju politike. Vsi zakonski akti, pravilniki, priprave, strategije, nismo vabljeni k samemu načrtovanju, ko dokumenti nastajajo. Ampak vedno smo povabljeni post festum. No, zdej pa imate možnost pripombe. Tukaj je velik manjko. In lahko rečem, da sem kritična do te politike. In če je to naš vršni management, bom rekla, najmanj rekla ne modro, da nas ne povabijo k samemu snovanju, ker smo že velikokrat pokazali, da želimo, da hočemo, znamo, da smo zainteresirani in da na nas lahko računajo, da imajo v nas najboljšega sogovornika.

V primeru, da bi sistem dovoljeval vpliv zaposlenih na oblikovanje zdravstvene politike, bi največ s tem pridobili uporabniki zdravstvenega sistema. Izvajalci zdravstvene nege so si skozi izobrazbo izoblikovali drugačen pogled na reševanje

zdravstvenih problemov. Zdravstveni sistem bi bil bolj »human« in usmerjen k uporabnikom.

ST. 7 – PVZZN-M (44)

Mislim, da so to naše vrednote, ki jih že gojimo skozi šolski sistem, skozi vsa ta doživljanja, ker mi doživljamo, sej zdravniki ravno tako ..., ker mi doživimo zelo veliko hudih stvari ob pacientu. Mi vidimo vse te faze umiranja, okrevanja, spodbujanja ..., in si želimo, da bi se to izboljšal, ker si želimo tudi, da bi bil sistem bolj prijazen, bolj humano naravnani. Ker vidimo vse, kako je to hudo, ko moraš pacienta odkloniti, ko niso dobri izidi in jaz mislim, da mi si želimo, da delamo v javno dobro ..., ker smo, taki smo. In vzporedno, če bi nas kdo vprašal, kaj je na prvem mestu, jaz ne vem, če ne bi rekli, da javno dobro. Tudi jaz sem taka. Javno dobro, potem sem pa jaz.

Pomen zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema bi se poznal v boljšem poslovanju in višji kakovosti zdravstvenih storitev. Zdravstvena nega ima lahko velik pomen na te dejavnike v zdravstvenem varstvu, vendar pa morajo biti za te cilje omogočeni družbeni sistemi, preko katerih bo lahko zdravstvena nega vplivala na uresničevanje ciljev.

ST. 3 – PVZZN-U (63)

Vsekakor drži, da ima ustrezna umeščenost zdravstvene nege v družbenem sistemu lahko velik pomen, tako z vidika, pa bom rekla, čisto na kratko, kakovosti obravnave posameznika, ker bi ble udejanjene vse tiste stvari, ki jih zdravstvena nega, tako v času bolezni ali zdravja nekako pokriva pri posamezniku, ali pa v skupini. Drugo, kot drug plus bi bil pa veliko, to se pravi, ekonomski. Zarad tega, ker z vsemi svojimi aktivnostmi lahko zdravstvena nega bistveno pripomore k zmanjšanju nekih ..., nenazadnje nastanka bolezni, bom rekla, racionalnejši obravnavi, zmanjšanju pojavljanja bolezni. Na primer, dobro vodenje bolezni al pa obravnave, tudi s pomočjo medicinske sestre, lahko prihrani marsikateri obisk pri zdravniku.

V politični prostor bi tako lahko zaposleni v zdravstveni negi prinesli poglede in rešitve, ki bi bile bolj usmerjene k uporabnikom:

ST. 11 – PVZZN-P (22)

Drugo, kar je pa zelo pomembno je pa tudi, da ti, ko gledaš na stvari, da je jasno da doživljaš in tudi organizacijo zdravstvene službe in kako bi rekla ... eno drugo stopnjo kritične presoje. Ne zaradi osebne prizadetosti, ampak zato, ker (mi) ambicije v svoji stroki razvijamo na drug način kot medicina. Recimo, ambicija fizioterapevta. Ambicija fizioterapevta je zelo jasna in ne trči v nič, niti ne trči v ljudi, ker so bolj v jasnem krogu ali pa v jasnem okviru zaprti. Ambicija zdravnika je pa neskončna. Neskončna v stroki, neskončna, recimo, v vodstvenih možnostih. V Sloveniji se je pojavila privatizacija zdravstva, tudi zdravniki so šele zdaj dobili zdravniško zbornico – te spremembe so njim odprle druge možnosti, oni bolj mislijo na status, ki ga bodo oni v tej službi imeli. Pri nas

se to morda tudi pojavlja, ampak čisto, če gledamo na našo stroko kot eno skupno telo ..., ne bom rekla, da se ne bo slišalo sentimentalno ali pa da imamo svetniški sij okoli glave, ampak nam je ostal en bolj human način razumevanja.

Tudi Uletova (2003) v svojem članku trdi, da izvajalci zdravstvene nege drugače postavljajo in se odzivajo na etične dileme kot pa zdravniki. Po njenem je zdravstvena nega osredotočena okoli »etike skrbi«, kar predstavlja poglobljeno razliko od medicine, ki je bolj tehnično naravnana v odnosu do pacientov. Uletova (prav tam) za razumevanje te razlike podaja razlago:

Medtem ko je komuniciranje zdravnika z bolniki pogosto usmerjeno na posredovanje informacij ali na sprejemanje specifičnih odločitev, medicinske sestre razvijajo komunikacijski stil, ki je usmerjen bolj v vzpodbujajoče razumevanje. Medtem ko so zdravniki preveč zavzeti 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.

4.1 Razvoj in prikaz pridobljenih kategorij

Vprašanja v intervjujih so bila zastavljena zelo odprto. Udeležencem so omogočala široke odgovore. Po pregledu in analizi intervjujev smo z induktivno metodo pridobili razumevanje pomena zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema. Induktivna metoda pomeni, da nismo imeli vnaprej postavljenih pojmov ali kategorij, ki bi jih potem iskali v empiričnem gradivu, ampak smo po kodiranju empiričnega gradiva sorodne pojme združevali v kategorije na način, kot smo to opisali v poglavju 3.5 *Potek raziskave in potek analize empiričnega gradiva*. Iz analize empiričnega gradiva smo pridobili razmeroma veliko število kategorij, kar je razvidno iz *slike 4.1*. Slika prikazuje vse relevantne kategorije glede na temo magistrske naloge. V nadaljnjih poglavjih bomo v procesu osnega in odnosnega kodiranja odnose med posameznimi pojmi v kategorijah in odnose med kategorijami povezali in jih na ustrezen način interpretirali, s čimer bomo poskušali odkriti in prikazati pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji. Magistrsko nalogo smo zaključili tako, da smo iz dobljenih rezultatov oblikovali utemeljevano teorijo razumevanja zastavljenega problema (Mesec 1998, 69). Mesec (1998, 121) pravi, da pri utemeljevanih teorijah ne gre za velike teorije, ampak za skromne teorije, ki pa »vendarle širijo naše razumevanje in usmerjajo praktično ravnanje«.

Za boljšo preglednost so kategorije, ki smo jih pridobili z združevanjem pojmov ali podkategorij, prikazane na *sliki 4.1*. Osrednjo kategorijo smo poimenovali z naslovom magistrske naloge. Vse ostale tematske kategorije so pomembne za razumevanje in razlago problema, ki smo ga raziskovali.

Slika 4.1 Izoblikovane kategorije



Sledi razlaga posameznih kategorij.

4.2 Elementi posameznih kategorij

V nadaljevanju smo prikazali posamezne kategorije z njihovimi pojmi in značilne izjave, ki označujejo posamezne pojme in so značilne za kategorijo.

4.2.1 Soustvarjanje politike sistema zdravstvenega varstva

Tabela 4.1 Soustvarjanje politike zdravstvenega sistema

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Soustvarjanje politike sistema zdravstvenega varstva	izključenost motiviranost za spremembe onemogočeno sodelovanje neenakovreden položaj neupoštevčnost

Izvajalci zdravstvene nege so večinoma izključeni pri soustvarjanju politike sistema zdravstvenega varstva, kljub temu da bi lahko v sistem prinesli rešitve, ki bi bile bližje uporabnikom. Zaradi drugačnega načina razumevanja sistema zdravstvenega varstva so zaposleni v zdravstveni negi motivirani za spremembe, ki so usmerjene v javno dobro. Neprestani stik s stiskami uporabnikov zdravstvenega sistema daje izvajalcem zdravstvene nege željo po humanejšem sistemu, kar bi bilo možno, v kolikor bi bili izvajalci zdravstvene nege bolj vpeti v oblikovanje pravnih aktov.

ST. 7 – PVZZN-M (46)

Ja, če bi nas slišali, če bi bili uspešni, verjetno bi bilo. Ker mi ves čas poudarjamo ...! Glejte, koliko časa smo govorili, da potrebujemo negovalne bolnišnice, pa se to zdele dogaja. Recimo bili smo, bila je tukaj res kolegica, ko je bil ta Zakon o dolgotrajni oskrbi. Pa je bil zelo dobro zastavljen v začetku že, pa se še ni pripeljal do konca. To je bila sicer ena svetla točka. Jaz mislim, da sistem ..., evo ..., če bi jih uspeli prepričati, bi bil tudi bolj human, ker mi bolj zaznamo te motnje v sistemu, ker jih vsakodnevno srečujemo, ker smo zraven, ker smo ves čas vpeti v ta sistem.

Vendar je to delovanje in s tem doprinos sistemu zdravstvenega varstva izvajalcem zdravstvene nege onemogočeno, saj so večinoma izključeni iz političnega odločanja ali pa so vključeni šele v drugi fazi, ko pa se predlogi in pa mnenja lahko ali pa ne upoštevajo. Udeleženske v raziskavi poudarjajo nesprejemljivost takega delovanja politike, ki zaposlene v zdravstveni negi postavlja v neenakovreden položaj:

ST. 9 – PVZZN-P

(7) Ker seveda trdim, da če nisi zraven, te ni. Vedno znova se to izkazuje. Vedno znova. Ta moment imamo predlog o ZZDej,¹¹ zelo redki so ga že videli. Kar ni sprememba in dopolnitev zakona, ampak je predlog zakona. In pri tem ZZDej nas ni bilo pri soustvarjanju zraven.

(41) ... a veste, če ste vi pri ustvarjanju in nekih zakonskih podlag zraven, imate pomemben vpliv, da se stvari umestijo že v začetni fazi, v zgodbo, kot morajo biti. Ker pomembno je vedeti, da potem lahko nekdo pripombe pregleda, ampak ni nujno, da jih vstavi/upošteva v sistem. In naš izviren greh je, da ko se nekaj dogaja, nismo zraven. Ker o tem ne vemo, ker nas o tem ljudje, ki so zraven, ne obveščajo. Ker dopuščam, da so celo zraven, ampak dopuščam, da ne dovolj vplivni, da bi stvari bile ustrezno urejene. Lahko so celo iz naše skupine, pa ne izkoristijo pozicije.

Izključevanje zaposlenih v zdravstveni negi v začetku oblikovanja pravnih dokumentov je ključen problem, da v sistemu ne morejo uveljavljati svojega pomena.

ST. 7 – PVZZN-P (45)

Glejte drugače je, če si ti pri omizju, ki ustvarja dokument, in imaš možnost že tam argumentirati zakaj tako in te slišijo in imaš možnost izmenjave. Ker drugače je, če midva tukaj zdaj sediva ali pa potem, ko midva dava samo pripombe.

Zaposleni v zdravstveni negi torej niso enakovredno upoštevani v procesih oblikovanja pravnih dokumentov, ki okvirjajo zdravstveni sistem. Vendar pa se morajo zavedati:

¹¹ ZZDej je okrajšava za Zakon o zdravstveni dejavnosti

ST. 11 – PVZZN-P (27)

... da moram jaz kot zdravstveni delavec, jaz, ki imam znanje (in tega imamo danes) ..., jaz poznam potrebe, jaz poznam probleme, grožnje in podporo, nimam pa moči odločanja. Zato pa moram z vsem svojim znanjem, in to je naše javno delo vseh zdravstvenih delavcev, biti sposobna vplivat na tiste, ki imajo moč odločanja. To je bistvo. Jaz ne morem odločati.

4.2.2 Moč medicine oziroma nemoč zdravstvene nege

Tabela 4.2 Moč medicine

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Moč medicine	profesionalizacija poklica družbena moč dominanten položaj položaj v družbi obvladovanje položaja

Tabela 4.3 Nemoč zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Nemoč zdravstvene nege	nepomembnost, nestabilen položaj, pomanjkanje avtonomije, družbeni položaj, podrejenost, manjvrednost, izoliranost, zgodovinski razvoj, gospodinjsko delo, ministriranje, nizka izobrazba, ženski poklic, množičnost

Skozi zgodovino je medicina dosegla profesionalizacijo svojega poklica z vsemi atributi, ki temu pripadajo. Posledica dobre profesionalizacije poklica je družbena moč medicine, preko katere dosega absolutno dominanten položaj v zdravstvenem sistemu in tudi širše.

Glavni problem zdravstvene nege je vmesni položaj v odnosu med zdravnikom in bolnikom. Izvajalce zdravstvene nege pacienti kot zdravniki vrednotijo kot manj pomembne v sistemu zdravstvenega varstva. Moč zdravnikov pogosto zatira težnje zdravstvene nege po avtonomiji (Ule 2003). Ista avtorica (prav tam) v svojem delu trdi, da je razlika v moči med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege očitna. Vzroke vidi v statusnih razlikah že v času šolanja, kar se nadaljuje tudi v karieri. Statusno razliko, ki jo vidi Uletova (2003), ponazarja tudi izjava v naši raziskavi:

ST. 5 – PVZZN-M (20)

... če bi rekli, moj otrok je vpisan na medicino, al pa če rečemo, moj pa študira zdravstveno nego oziroma je vpisan na visoko šolo za zdravstveno nego, bosta ta dva otroka drugače tretirana. Bodo za prvega rekli oh in ah al pa lepo. Čist tako. To zelo veliko pove o tem

našem položaju. V bistvu si ti že položaj pridobiš, prvič že z vpisom na medicinsko fakulteto, drugič z diplomo. Dočim pa je pri zdravstveni negi situacija čisto obrnjena. Ko pridobiš poklic medicinske sestre, se tvoja pot pridobivanja enega družbenega statusa šele začinja, če sploh. Sta pa ene dve varianti. Glede na to, da gre za večinoma poklic, ki je feminiziran v naši družbi, je prva varianta, da se poročiš z nekom, ki visoko kotira ali pa da v zdravstveni hierarhiji visoko prilezeš. Da pa si na nivoju neke povprečne medicinske sestre, ki zelo dobro opravlja svoj poklic, si pa nekak nekega visokega statusa zase v družbi ne moreš pridobiti na osnovi poklica.

Izjavo potrjujejo mnoge študije o podrejeni vlogi zdravstvene nege in manjvrednem občutku, ki ga imajo izvajalci zdravstvene nege naproti močnejše in družbeno bolj uveljavljene skupine zdravnikov. Udeleženka v raziskavi poudarja problem lokacijske ločenosti študentov zdravstvene nege od drugih študentov, kar kaže na neko izoliranost oziroma izločenost iz sistema že v času študija.

ST. 8 – PVZZN-M (69)

Študentje zdravstvene nege so povsem ločeni od vseh drugih fakultet, od vseh fakultet stran. To je še vedno tradicija »častne sestre«. Cerkvenega vpliva. Mi nismo še to preseгли. Program v šoli je neživljenjski, ni usklajen s prakso, s potrebami. Predavatelji so neustrezni.

Zaposleni v zdravstveni negi morajo v procesu zdravstvene obravnave pacientov prevzemati pobude in proaktivne vloge, kar jih bo postavilo ob bok zdravnikom ter bo okrepilo medsebojno spoštovanje med obema poklicnima skupinama. V kolikor bi izvajalci zdravstvene nege postali močnejši, bi lahko enakovredneje sodelovali v prostoru, ki ga sedaj obvladuje medicina, kar pa slednji verjetno ni v interesu. V času po osamosvojitvi države se dogajajo statutarne spremembe v zdravstvenem sistemu. Zdravnikom je omogočeno, da opravljajo svojo dejavnost še na drugačne načine; da vzamejo koncesijo, prejmejo dovoljenje za delo za določeno strokovno področje na določenem območju ali postanejo čisti zasebniki. Udeleženka med drugim nakazuje in razmišlja v smeri, da želijo zdravniki obvladovati prostor, tudi zaradi svojih parcialnih interesov – koristi.

ST. 2 – PVZZN-M (36)

Če pa gledam širše, pa v bistvu vidim, koliko problemov imajo v smislu te podredljivosti, koliko problemov ima negovalno osebje, kako se zdravniki do njih obnašajo. In interes medicine je, da tako ostane. Zato, ker se bojijo znanja. Zato, ker nas to umešča med njih enake. Zato ker zdravnik je elita. Interes zdravnikov je, da tako ostane al pa da je še slabše. Ker zdaj se zdravstvo privatizira.

Moč medicine oziroma nemoč zdravstvene nege izvira tudi iz socialnega statusa, ki ga imajo zaposleni v zdravstveni negi. Študij medicine je dolgotrajen študij in se lahko zanj odločijo le osebe, ki imajo razmeroma varno socialno okolje. Izvajalci zdravstvene

nege večinoma izhajajo iz družin, kjer starši nimajo fakultetne izobrazbe, njihov materialni status pa je nižji. Nekateri avtorji trdijo, da ravno zato že pridobitev srednje izobrazbe zadovoljuje njihove izobrazbene težnje. V ZDA je bila narejena raziskava, ki je potrdila, da izvajalci zdravstvene nege, ki imajo magisterije in doktorate, prihajajo večinoma iz družin, kjer imajo starši fakultetno izobrazbo (Letica in Letica 1991). Socialni status lepo ponazarja izjava:

ST. 11 – PVZZN-P (31)

Ampak izvira to iz socialnega statusa, socialnega izvora. V preteklosti so se za študij medicine, ki je dolg, so se odločali ljudje, kjer so si familije lahko to privoščile. Medtem ko naš študij, je bil krajši, npr. prva generacija, ko sem jaz delala ta študij, je bilo 3 leta te šole. In jaz vidim, da takrat so prihajali ljudje, ki so prvič lahko v to šolo šli ..., ker so hitro do diplome prišli ..., ker so stanovali v internatu, ker je bilo cenejše, ker smo med počitnicami lahko delali in ker si vedel, da dobiš službo. A ne? To je bil kriterij. In zato so tudi v socializmu bile razlike, ker smo prihajali iz različnih socialnih slojev.

V raziskavi pojem »moč« zdravnikov v zdravstvenem sistemu močno izstopa. Izvajalci zdravstvene nege imajo občutek, da so sami po sebi umevni in ne prejemajo dovolj priznanja za svoje delo. Vodenje zdravstvene nege je bilo dolgo pod vplivom zdravnikov in še vedno so obdržali vpliv in moč pri izbiri managementa v zdravstveni negi. Zdravniki gledajo na zdravstveno nego kot servis, ki izvaja usluge in podporo sistemu.

ST. 13 – PVZZN-M (7)

Ampak zdravniški del, zdravniki in vse kar se tiče teh drugih delovnih skupin, so bili apriori postavljeni na nek piedestal, da je alfa in omega vsega zdravnik. Me pa, ki smo bile v zdravstveni negi, medicinske sestre, glavne medicinske sestre ali kdorkoli pač, pa smo bili servis, neke usluge, ne. Ne vem, kje, kdo jim je to privzgojil. Ampak tako je to bilo. In ko sem se v preteklosti pogovarjala z mladimi zdravniki, ki so odhajali na specializacijo, so to tudi oni to sami občutili. Da jim je bilo tudi v času študija, to tako vsajeno, vcepljeno, da so oni tako nekaj več, da so se enostavno tudi pričeli tako obnašati.

Moč medicine dobro opredeljuje izjava, ki pravi, da moč medicine izvira v njeni moči nad zdravjem ljudi. Ljudje se bojijo nezadovoljstva zdravnikov, saj to verjetno povezujejo tudi s slabšimi storitvami zdravstvenega sistema.

ST. 13 – PVZZN-M (34)

Moč imajo, imajo družbeno politično moč. Imajo kvazi moč. Ne zato ker se tako politično udejstvujejo, (XY) itd., ampak zaradi tega, ker ljudje enostavno mislimo, da zdaj bo pa nekaj groznega, če bodo zdravniki nezadovoljni, ker bodo premalo plačani itd..., če ne bodo ustrezno plačani ..., bo za vse nas nekaj hudega. In tukaj imam jaz občutek, da vsi tisti, ki odločajo, kako bodo zdravniki plačani ali pa imeli položaj v zavodu, se prav iz tega ven morda malo ustrašijo in jim dopuščajo stvari, ki drugim v zdravstvu ali pa izven ne bi

dopustili. Pa še zelo so aktivni. Kar neki priložnosti imajo takih, da so si dobro izborili. Zelo so aktivni. Pomembni. Ta moč, zdravnik, ima vendarle en tak prizvok v ozadju.

Z močjo medicine je zdravstvena nega pogosto prišla v stik. Večinoma je bila ta moč uporabljena na represiven način in je zdravstveni negi onemogočala razvoj. V medicini ne obstaja velik interes in želja po avtonomiji zdravstvene nege, saj je prostor v zdravstvenem varstvu omejen. Prostor v zdravstvenem varstvu so dolgo obvladovali samo zdravniki, saj ni bilo dovolj močnih konkurentov, ki bi lahko vstopali v procese delovanja in upravljanja. Z razvojem izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege, ki je pomenil njihovo vse boljšo opremljenost z znanjem in posledično tudi kritičnim mišljenjem, je zdravstvena nega postala nevarna, da bo prevzela del prostora medicini. Ovire medicine pri uveljavljanju zdravstvene nege jasno opredeljujejo izjave:

ST. 6 – PVZZN-U (5)

Ko smo se začeli na podlagi širšega znanja zavedati, kakšna je vrednost zdravstvene nege, smo se hkrati poskušali uveljaviti v nekem mednarodnem okolju, vendar smo takoj našli oviro v drugih disciplinah, predvsem v medicini, saj se je zdravstveno nego še vedno tretiralo kot tradicionalno dejavnost, kar pomeni, da so izvajalci tisti, ki pač nekaj obvladajo in da verjetno je bila medicinska sestra še vedno videna in obravnavana kot gospodinja oziroma 'mati', vsaj tako so jo nekateri opredeljevali – ona je tista, ki kot 'mati' sledi pacientu v bolniškem oziroma zdravstvenem okolju.

ST. 5 – PVZZN-M (60)

Mislím, da se bojijo tudi naše moči. Zaradi tega, ker če bi se zgodilo, da bi prevzeli vodstvena mesta, da pa bi morda bolje vodili kot oni. Stvari bi boljše izpeljali. Mislím, da bi lahko bila medicinska sestra odlična vršna managerka.

Izjava, ki ponazarja veliko moč zdravnikov, nakazuje, da imajo zdravniki odprt dostop do vzvodov moči, vendar imajo tudi izvajalci zdravstvene nege potencialno moč, ki pa jo v popolnosti še ne znajo uporabiti. Področje zdravstvene nege ima moč v svoji množičnosti, ki pa jo je treba izkoristiti. Zdravniki so v nasprotju z izvajalci zdravstvene nege že zgodaj spoznali, kje so centri moči in odločanja. Zato je njihova vključenost v politične stranke, v parlamentu in v vladi zelo vidna.

ST. 12 – PVZZN-P (50)

Mislím, zavedat se je treba, da so zdravniki izjemno močni. Jaz zdaj poznam, kako so močni. Njim so odprta vrata kamorkoli, ne. Kamorkoli in kjerkoli lahko pridejo. Ampak v osnovi so ta vrata odprta tudi nam samo, če jih hočemo izkoristit, ne. In, in marsikatera vrata se dajo odpret samo, če hočemo it skozi njih. Politika reagira na moč, na ugled, na maso. To je njen temeljni vzvod ...

Moč je osnova boja za prostor v zdravstvenem sistemu, ki je omejen. Predstavniki zdravstvene nege so si v letih od osamosvojitve države izborili mesto državnega

svetnika v interesni skupini za negospodarstvo v Državnem svetu in svetovalca ministra za zdravje za področje zdravstvene nege. Pomemben dejavnik moči na strani zdravstvene nege je tudi Sindikat delavcev v zdravstveni negi in Zbornica – Zveza zdravstvene in babiške nege, ki združuje več kot 18.000 zaposlenih v zdravstvenem varstvu.¹²

ST. 11 – PVZZN-P (18)

Da, morali bi biti (prisotni v politiki). Morali bi biti, zato ker ni praznega prostora, to vemo iz fizike. In, če ga mi ne zapolnimo, ga bo nekdo drug. Prostor si moramo narediti.

ST. 12 – PVZZN-P (43)

Bolj je, bolj je borba za prostor. Za prostor na tem področju zdravstvenega varstva, v pomembnosti, v odločanju, v plačilu za svoje delo, tako iz Darwinove teorije, ne. Prostor je omejen in zidi so narejeni, zdej pa se znotraj tega borimo, kdo bo imel večji kos.

V interesu medicine je, da še naprej obvladuje položaj v prostoru, kjer je vse več udeležencev. Zaposleni v zdravstveni negi postajajo vse bolj izobraženi in se zavedajo svojega znanja in doprinosa k zdravstveni obravnavi bolnikov, kar pa medicina ne sprejema najbolje.

ST. 10 – PVZZN-M (9)

Se mi zdi, no, da medicina v zdravstvu ni naklonjena temu, da bi zdravstvena nega bila v enakopravnem položaju. Da je veliko boljši občutek za medicino, če je zdravstvena nega v podrejenem položaju. Zdaj, zakaj ... ne vem ... Ali pa vem (smeh). Se mi zdi, da se počutijo ogrožene. Medicinske sestre imajo vedno višjo izobrazbo. Že to je en ogrožujoč dejavnik. To se pravi, so po izobrazbi enakovredne tistim, ki imajo medicinsko izobrazbo. Potem, jaz mislim, da se zdravniki ali pa medicina točno zavedajo, da je veliko stvari v bolnišnici zagotovo odvisnih od zdravstvene nege in da ima veliko vpliva lahko in to ni prijetno. To ni dobro sprejeto.

4.2.3 Učinkovitost zdravstvenih timov

Tabela 4.4 Učinkovitost zdravstvenih timov

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Učinkovitost zdravstvenih timov	spremembe različne vloge motnje neupoštevanje

¹² Člani Zbornice – Zveze so zaposleni v zdravstveni negi s pridobljeno izobrazbo iz zdravstvene nege v okviru srednje ali visoko šolskega programa.

V praksi se moč medicine v veliki meri odraža na ravni delovanja zdravstvenih timov. Udeleženske ocenjujejo, da je bilo delovanje timov v preteklosti bolj izrazito. Po mnenju udeleženk so se spremembe v delovanju tima začele dogajati, ko se je v izobraževanju zdravstvene nege začel uveljavljati nov koncept študija. Stari koncept je poudarjal odvisnost dela od zdravnika, ki je poudarjal stanje bolezni in posledično odvisnost od zdravnikovega naročila. Nov koncept poudarja samostojnejšo vlogo izvajalcev zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene nege primarno sami sebe niso več prepoznavali kot asistente medicine. Verjetno je bil tak način razmišljanja nekaj novega za medicino, ki je začela spoznavati, da nima več absolutnega nadzora nad zdravstveno nego.

ST. 1 – PVZZN-U (38)

Na drugi strani pa so zdravniki videli neko svojo konkurenco v tem smislu, da zdej se bodo pa sestre posvetile svojemu delu in niso oni več alfa in omega vsega dogajanja.

Nov koncept izobraževanja, ki je počasi ločil zdravstveno nego od medicine, se je odražal tudi na ravni tima, kjer so se vloge sodelavcev ločile. Vendar tega zdravniki vedno niso najbolje sprejemali, zato so se v delovanju timov lahko začele pojavljati motnje. Sklepamo lahko, da v primeru, če je delovanje timov okrnjeno, je posledično manjša tudi kakovost zdravstvenih storitev. Ena izmed značilnih izjav o delovanju zdravstvenih timov:

ST. 6 – PVZZN-U

Po današnjem videnju, je bilo včasih timsko delo veliko bolj izrazito, čeprav smo o tem veliko manj govorili kot danes, ko o tem v glavnem samo govorimo.

Kakovost zdravstvene obravnave je v kakovostnem timskem delu, kjer bodo lahko vse stroke enakovredno sodelovale. Sedanje stanje ne zagotavlja kakovostnega timskega dela. Izvajalci zdravstvene nege so v timu pogosto v podrejenem položaju, kar ne omogoča učinkovitosti njihovega znanja.

ST. 4 – PVZZN-M (4)

... glede na to, da je danes celostna oskrba bolnika nekje timski pristop, interdisciplinarni ali pa še kaj zraven, bi lahko rekli, bi sigurno moralo biti to v sklopu zdravstvene dejavnosti. Ker mislim, da smo preživeli to, da se gremo cesarstvo ob cesarstvu. To se pravi, da gre zdravstvo ali pa recimo bolnišnice, jaz bolj poznam bolnišnico, da gresta dve paralelni stroki, tako kot se zdaj dogaja. Zdravstvena nega nekje gradi neko svojo pot, medicina pa ob tem še vedno gre naprej svojo pot in se zelo težko v določenih tistih končnih ali najbolj pomembnih segmentih sicer zdaj srečata, samo verjetno največkrat smo v podrejen položaju z zdravstveno nego.

Izjavi, ki zelo dobro ponazarjata, kako so urejeni odnosi v zdravstvenem timu, kažeta zopet na podrejenost izvajalcev zdravstvene nege. Prva izjava poudarja

vključenost pri odločanju v zdravstvenem timu, ki pa ostane nevidna, ko se rezultate dela tima predstavlja navzven.

ST. 9 – PVZZN-P (22)

Kadar je šlo za individualen odnos, pomembno odločujočega zdravnika, do moje osebe kot medicinske sestre, je nesporno, da je bilo tega priznavanja več kot dovolj in tudi mojega vpliva velikokrat preveč, velikokrat preveč, ker velikokrat sem bila vprašana tudi za zadeve, ki niso bila več domena zdravstvene nege. Če pa govorim o tem istem posamezniku ali pa istih posameznikih, ker jih je bilo več, v nekem širšem kontekstu. Ali v družbi več zdravnikov ali na nekih forumih ali na na ministrstvu, je pa ta zgodba bila že malo bolj pravilna. Pomeni, distanca večja, pomeni, raje povem jaz kot zdravnik, pomemben zdravnik, tisto, kar si mi ti povedala, kot pa da te izpostavim. Ker bo, to pa je moj dodatek zdaj zraven, tudi če si še tako pametna ženska in če imaš še tako prav, bodo tvoje besede skozi moja usta veliko bolj padle na plodna tla, kot pa če bi jih povedala ti. Kar mi preneseno pove, da je naš status vpliv in moč neprimerljiv z zdravniškim statusom.

Enak problem potrjuje tudi naslednja izjava:

ST. 8 – PVZZN-M (28)

... Jaz lahko razmišljam. Jaz lahko ... Mi smo imeli ..., mislim zelo pomembno je od vodje, kjer delaš, da aktivno sodeluješ, da iščeš ..., da ti je dovoljeno razvijati mišljenje, kaj bo boljše, predlagajte, povejte spremembe ..., ampak na koncu so to, tisti, ki so bili na vrhu pokasirali. Jaz nisem nič od tega imela.

Pojavlja se vprašanje o učinkovitosti znanja in veščin izvajalcev zdravstvene nege in njihovega sodelovanja v zdravstvenem timu, če se v svojem delovnem času ukvarjajo z zadevami, za katere niso usposobljeni in za katere v zdravstvenih ustanovah obstajajo druge strokovne službe.

ST. 12 – PVZZN-P (42)

... seveda nam daje podrejeno vlogo, če ti pristaneš na to, da bo prišel zdravnik k tebi, pa bo rekel, pri meni ne gori žarnica, ne. Pol pa ti se začneš s tem ukvarjat. To ti daje podrejeno vlogo. Jaz v moji izkušnji sem to opredelila. Knjiga je, ve se, kje je ta knjiga, tja notri sporočite, napišite, ne. Če vam ne gori luč v vašem kabinetu, me to prav malo briga, ker v mojem tudi mogoče ne gori, pa za mene to noben ne naredi. Ko razčistiš te odnose, se ve. Če pa ti seveda hodiš, pa če te skrbi, ali bodo imeli določeni ljudje čisto uniformo, bla bla bla, potem te to daje v izjemno podrejeno vlogo. Če pride nekdo k tebi, pa stoji stran od telefona, pa ti reče: preverite rezultate na mikrobiologiji in ti dvigneš slušalko, vtipkaš telefonsko številko, si zapišeš rezultate, pa daš njemu ta listek, potem to seveda te postavlja v izjemno podrejeno vlogo. Kajti, po telefonu tipkat danes zna vsak ...

Izjava nakazuje, da so izvajalci zdravstvene nege v veliki meri sami odgovorni za podrejen položaj v sistemu. Verjetno jim tak položaj tudi ustreza, saj jim opravljanje »gospodinjskih opravil« omogoča, da ostanejo v bližini zdravnika. Letica in Letica

(1991) potrjujeta našo domnevo in pravita, da vsi zdravstveni delavci presojujejo svoj status in celo stopnjo profesionalizma po bližini ali oddaljenosti od zdravnika. Lahko sklepamo, da ministriranje pri najrazličnejših potrebah zdravnikov, ki ne sodijo v okvir del in nalog izvajalcev zdravstvene nege, izvajalce zdravstvene nege postavljajo v bližino zdravnikov.

4.2.4 Prednosti zdravstvene nege

Tabela 4.5 Prednosti zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Prednosti zdravstvene nege	poznavanje sistema osredotočenost na uporabnika množičnost potrebni za delovanje sistema motiviranost za spremembe izobrazba

Pri analizi intervjujev so se izoblikovali pojmi, ki smo jih poimenovali prednosti zaposlenih v zdravstveni negi. Prednosti smo poimenovali vse tiste dejavnike, ki zaposlenim omogočajo nastopanje v političnem prostoru. Ena izmed izjav predstavlja prepričanost, da izvajalce zdravstvene nege odlikuje široko poznavanje sistema zdravstvenega varstva v nasprotju s tistimi, ki v večji meri sedaj sodelujejo pri oblikovanju. Izvajalci zdravstvene nege po njenem mnenju v ospredje svojega delovanja vedno postavljajo uporabnika in ne svojo korist. Izjava, ki kaže kritičnost do poklicne skupine zdravnikov:

ST. 5 – PVZZN-M (54)

Prednost bi lahko tudi bilo tudi široko poznavanje tega sistema, ki ga pa zdravniki ne tako. Oni v povprečju bolj ozko gledajo na svojo korist ali pa na svojo poklicno skupino. Dočim pa medicinske sestre gledajo pri postavljanju sistema, ko se nekaj novega dela, gledajo vpliv oziroma kaj bo to prineslo uporabniku in ostalim poklicnim skupinam, na kakšen način bodo lahko to izvajale. Čisto sama medicinska stroka pa najprej gledajo samo na tisto medicino. Za ohranjanje svojega statusa in moči. Oziroma sploh mislim, da v večini sploh ne vidijo dalj, so preveč ozki, zato ker je zadaj njih vedno nekdo, ki vse skupaj popravljajo, ko več ne gre.

Prednosti zaposlenih v zdravstveni negi so tudi:

- Izvajalci zdravstvene nege predstavljajo najštevilčnejšo skupino zaposlenih v zdravstvenem sistemu.
- Zaradi svoje številčnosti so zelo potrebni za delovanje sistema. Posledica številčnosti in narave dela je, da so 24 ur prisotni ob bolniku in v sistemu. V sistem so intenzivneje vključeni in poznajo njegovo delovanje. Poznavanje

sistemov je nujno, če jih želimo tudi obvladovati. Prav poznavanje sistema jim omogoča, da zaznajo napake in jih učinkovito lahko odpravljajo.

ST. 2 – PVZZN-M (60)

Prvič je to, v resnici smo mi stalno ob bolniku in da je to naša prednost. Da smo mi tisti, ki smo na prvi bojni liniji in smo zaradi tega bližje pacientu, da mu lahko pomagamo, lahko ukrepamo. Druga stvar je sigurno kakovost, ki jo spremljamo in pa to izobraževanje. Mi se po tem tudi identificiramo, tudi navzven. In če je treba povedati, jaz tudi povem, kak mi spremljamo kakovost, potem kako smo mi organizirani ob pacientu 24 ur na dan.

ST. 5 – PVZZN-M (45)

Jaz se nerada uporabljam to obrabljeno floskulo, da smo 24 ur ob pacientu. Ampak v bistvu pa je to res. Ker teh 24 ur ti pa da, neko bližino k bolniku in zaupnost, ravno zaradi tega, ker si ti v različnih situacijah ob bolniku.

- Pri zaposlenih v zdravstveni negi je motiviranost za spremembe visoka. Visoka motiviranost za spremembe v sistemu zdravstvenega varstva izvira iz neenakovrednega položaja v sistemu. Izvajalci zdravstvene nege iščejo poti, ki bi vodile k večji prepoznavnosti in posledično priznavanju v sistemu. To najbolj ponazarjata izjavi:

ST. 7-PVZZZN-M

(43) ..., ker smo najbolj motivirani. Zato, ker želimo dobro sistemu in sebi. Pa morda, razmišljam, zakaj smo tako motivirani. Zato, ker smo toliko let, doživljali to nesprejetost, to odrivanje. Potem pa le nekak zaznaš, ti je uspelo prepričati, da si nepogrešljiv, da si pomemben in potem, to kar raste ..., želiš, hočeš. Hočeš biti prepoznaven, hočeš, da te vidijo, ker ti enostavno veš, da delaš dobro sistemu, ker je to dejstvo.

(6) Ker smo pa dejansko ta dejavnik, ki je zelo zainteresiran. Mi lahko spreminjamo, mi smo pripravljeni, mi znamo in hočemo. V primerjavi z drugimi udeleženci, ne vem, če je prisotna taka močna motivacija. Ampak v zdravstveni negi je veliko močnih in zainteresiranih posameznikov in skupin, ki bom rekla, da želijo spremembe na boljše.

- Prednost zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja vse višja formalna izobraženost. Vse večja izobraženost vodi v večjo kakovost dela in jim daje možnost prevzemanja vse večjih kompetenc, kar lahko vodi v samostojnejši položaj v sistemu.

Splošna izobraženost izvajalcev zdravstvene nege je vse večja. Po direktivi EU 36/2005 je zdravstvena nega postala reguliran poklic. Nosilec tega poklica je izvajalec zdravstvene nege, ki si je v času izobraževanja pridobil znanja in veščine, določene z

omenjeno direktivo, kar pri nas ustreza visoko šolski izobrazbi.¹³ Izvajalci zdravstvene nege dosegajo visoko, fakultetno izobrazbo, znanstvene nazive in imajo dovolj znanja in veščin, da bi lahko enakovredno nastopali v političnem prostoru in doprinesli v sistemskih rešitvah drugačen pogled, ki bi bil bolj usmerjen k uporabnikom zdravstvenega varstva. Vendar zakonodajalec kljub temu k pripravi novega ZZDej-a ni povabil predstavnike iz vrst zdravstvene nege. V 2. členu predloga ZZDej je povsem prezrl zdravstveno nego:

ST. 9 – PVZZN-P (19)

Primer sem omenila ZZDej, v tej skupini, ki je pripravljala zakon, čeprav smo opozarjali ministrstvo, da ne more biti, da v delovni skupini ni poleg medicinskih sester, pa se zmeraj znova dogaja in se je ponovno zgodilo, da je zakon nastal. In vam lahko povem, da v 2. členu, kjer je prej pisalo, zdravstveno dejavnost sestavljajo diagnostika, terapija, zdravljenje, zdravstvena nega in rehabilitacija. Danes imate napisano, preventiva, diagnostika, terapija, zdravljenje in rehabilitacija.

4.2.5 *Ovire zdravstvene nege*

Tabela 4.6 Ovire zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Ovire zdravstvene nege	tradicija ženski poklic nizka izobrazba razslojenost elitizem hierarhija nizka samozavest pomanjkanje enotnosti zavist pasivnost

Tradicionalno gledanje na zdravstveno nego predstavlja za stroko velik problem. Izvrševanje zdravnikovih naročil pomočniška vloga izvajalcev zdravstvene nege poudarja odvisno vlogo izvajalcev zdravstvene nege. Tradicionalna vloga predstavlja staro paradigmo zdravstvene nege, ki zagovarja medicinski model obravnave bolnikov.

ST. 5 – PVZZN-M (5)

Mogoče čisto tradicionalno medicinska sestra ..., še vedno ostaja to tradicionalno razmišljanje o medicinskih sestrah. So to osebe, ki negujejo in služijo nekemu, kajne. Ta tradicionalna vloga je pomembna, ki se je tudi mi povsem nismo še pri samih sebi rešili.

¹³ Po tej direktivi so pri nas nosilci zdravstvene nege diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik, ki so končali visoko šolsko izobraževanje smer zdravstvene nege.

Različni avtorji vzroke v takem stanju oziroma položaju zdravstvene nege vidijo v njenem zgodovinskem razvoju in drugih dejavnikih, kot so pretežno ženski poklic, socialni izvor, razmeroma nizka splošna izobraženost v primerjavi z zdravniki, pomanjkanje raziskovalnega dela in podobno (Ule 2003; Letica in Letica 1991). Tudi izjave v raziskavi potrjujejo problem zdravstvene nege kot ženskega poklica in posledično prevzemanje »gospodinjske« vloge. Verjetno pretirana skrb za »vse« izhaja iz ženske vloge v družini, ki se je prenesla na področje izrazito patriarhalno organiziranega zdravstvenega sistema. Ženske v družini tradicionalno opravljajo gospodinjska dela in skrbijo za urejenost okolja. Prav tako se ženske v svojem prostem času bolj posvečajo družini. Zato prosti čas redko žrtvujejo za tiste ambicije v svoji stroki, ki zahtevajo angažiranje tudi izven delovnega časa. Verjetno so moški tisti, ki so v povprečju bolj pripravljeni kot ženske žrtvovati svoj prosti čas.

ST. 9 – PVZZN-P (13)

Problem medicinskih sester, pa ne bom rekla, da je ravno ravnodušnost ali pa neobčutljivost. Problem je, pa ne bom niti ne bom ocenjevala, zakaj je tako. Ali je to zato, ker smo osebno tako naravnane ali pa je to zato, ker smo tako zelo zaposlene in nam gre samo zato, da korektno varno in strokovno opravimo svoje delo in potem gremo domov. Ali je to zato, ker smo pretežno ženske in imamo neke interese še drugje, v družini ali okolju.

Velik vpliv pri negovanju bolnikov so v preteklosti imeli različni verski rodovi. Posledica dela pripadnic teh rodov še danes pušča sledove. Kljub temu da so ženske redovnice kakovostno skrbele za zdravstveno nego pacientov, pa delo njih še danes pušča globoke sledove v stroki.

ST. 11 – PVZZN-P (32)

Tradicija, ki nas še bremeni, je samostanska vzgoja. Ko sem prišla za direktorico v (xy), je bil en kirurg, vodja oddelka, pa sem mu ugovarjala v določenih stvareh in se z njim nisem strinjala, in je rekel: »Jaz bi zopet zahteval za medicinske sestre celibat.« On je bil še iz tistih časov ... »A veste, takšnih problemov mi nismo imeli, ker smo imeli nune, pridne so bile ...« In nekatere države so imele celibat. Recimo, jaz sem šla po diplomu na prakso v Švico, ampak takrat medicinska sestra, ki je delala v bolnišnici, ni bila poročena. Če se je poročila, je šla v eno drugo službo ven. To se pravi, da so bile podrejene, predvsem pa ne, da bi si dovolila razmišljati, da ima kakšne pravice, tudi kot človek. Tako da to so tradicionalni vzorci, ki se prenašajo zato, ker bi nekaterim olajšali življenje. Vodjem službe, tudi glavnim sestram.

Skupino zaposlenih v zdravstveni negi sestavlja pretežno srednje izobražen kader, ki pa v stroki ne vidijo širših interesov. Razslojenost v izobrazbi je posredno vzrok, da prihaja do velikih trenj. Pomanjkanje visoko izobraženega kadra je vzrok, da poklic zdravstvene nege ne dosega hitrega strokovnega in znanstvenega razvoja.

ST. 9 – PVZZN-29

Zdravstvena nega je sestavljena iz 70 % posameznikov, ki so naredili srednjo šolo in ki jim do konca življenja ..., in jim do konca življenja, ne rečem, da vsem, ampak pretežno in v večini se zadovoljijo s tem, kar so dosegli, in ostanejo na tistem segmentu in se ne zanimajo v bistvu za nič, kar bi bilo več.

Z visoko izobraženim kadrom še ni dosežena kritična masa, ki je potrebna za uravnotežen razvoj. V zdravstveni negi je prisotnih le malo posameznikov, ki izstopajo iz povprečja in zasedajo ključne položaje.

ST. 9 – PVZZN-P (30)

K sreči so posamezniki, ki izstopajo iz tega povprečja, in seveda dosežejo in kariere in recimo vse ostalo v sistemu in se tudi zanimajo za dobrobit zdravstvene nege v najširšem možnem kontekstu besede. Ampak takih posameznikov je malo.

Nujno je, da v zdravstveni negi povečamo delež visoke izobrazbe. Pomembnost tega izraža lastna izkušnja udeleženske.

ST. 13 – PVZZN-M

Veš, zakaj je to povezano z izobrazbo ..., zato, ker če si ti širiš izobrazbo, si širiš krog ljudi. Postaneš bolj močen na področju ... bolj razviješ socialne spretnosti. To je moja lastna izkušnja in to verjamem, da bi lahko bilo res. Tudi v drugih sferah. Ne samo v zdravstveni negi..

Hierarhija je v zdravstveni negi vse močnejša, kar še povečuje prepad med zdravstvenimi tehnikami in medicinskimi sestrami. V preteklosti ni bila tako izrazita. Zdravstvene tehnike se je v preteklosti bolj kot danes vključevalo v kreiranje odločitev, kar je krepilo enotnost zaposlenih v zdravstveni negi.

ST. 10 – PVZZN-M (25)

Jaz mislim, da ta prepad, prepad med zdravstvenimi tehnikami in diplomiranimi medicinskimi sestrami včasih ni bil tako prisoten kot danes. Tudi mogoče zato, ker smo se dovolj pogovarjali. Ljudje so se upali reči. Tudi zdravstveni tehniki so imeli prav določene stvari in dobre ideje. Veliko stvari bi lahko lažje dosegali, če bi to enotnost bili sposobni vzdrževati tudi danes. Zato bi bilo zelo zelo dobro, da bi ta enotnost bila.

Zaradi visoke hierarhije je pojavljanje novih idej nezaželeno.

ST. 12 – PVZZN-P (17)

..., da vsak, ki nastopi z neko drugačno, drugo idejo, je na začetku moteč, ne. Pa tudi mislim, da to odklanjanje vsega, pa zaustavljanje teh procesov izhaja še iz neke tradicionalne vloge.

Največ ovir za razvoj zdravstvene nege prepoznavajo udeleženke v lastnih vrstah. Prisotna so nasprotja med managersko elito, ki pa je bila v preteklosti bolj enotna. Udeleženke zaznavajo pri sodelavcih nizko samozavest in pomanjkanje vrednotenja svojega lastnega dela. Tudi v razvoju svoje kariere udeleženke vidijo največje prepreke prav od svojih lastnih sodelavk. Pri doseganju ključnih ciljev sta bila pomanjkanje enotnosti in podpore v zdravstveni negi največja ovira.

ST. 13 – PVZZN-M (23)

Ko pa sem postala, recimo, majčkeno prepoznavna. Da sem se na primer tudi iz lastne iniciative vpisala na študij. Sem pa postala, danes to vem, takrat pa tega nisem tako dojemala, že kar nevarna ali pa že kar odveč. In to kolegicam v zdravstveni negi. Največji nasprotniki smo lahko prav sami sebi. Ker največje težave sem imela s strani kolegic. In to ne s strani srednjih, ampak s strani kolegic, ki so bile visoko na položaju in celo višjem položaju od mene, sem imela celo največ težav z njimi. Tudi recimo nobenega posluha s strani vodstva klinike pri študiju. Ma kakšen dopust, kakšna šolnina. Kritike deležna tako ... v glavnem nič ... pa tudi s strani vodje oddelka nič ...

ST. 12 – PVZZN-P (25)

Lahko, mogoče pa je tudi strah v tem, da ne boš imela podpore, namreč, bolj ko si izpostavljen, ne, večjo podporo zaledja rabiš, ne. V svoji karieri sem doživela večkrat napad iz vrst mojih kolegic ali kolegov, kot pa iz vrst kakšnih zdravnikov ali pa kaj takega, ali pa, če je bil napad s strani zdravnika ali kogarkoli drugega, ne, smo dostikrat prej potegnili z zdravnikom, kot s kom od naših. To pa je sigurno značilno.

Takšno vedenje udeleženke opisujejo z zavistjo, ki jo ljudje običajno začitijo, ko mislijo, da nekdo poseduje nekaj, do česar ni upravičen. Tisti ki so zavistni menijo, da imajo do tistega, kar drugi posedujejo, enako ali celo večjo pravico. Zavist je značilna v okoljih, kjer je uspeh prepovedan (Caprae 2007).

ST. 10 – PVZZN-M (22)

Zdravniki v ključnih stvareh stopijo skupaj, to je res. Mogoče tudi medicinske sestre v ključnih stvareh. V naših vrstah je predvsem veliko zavisti. Zavist je pomemben vzrok pri neenotnosti in nestrinjanju. Mislim na mikro ravni in v Sloveniji, le da gre za različne stvari.

Velike ovire vidijo udeleženke v neosveščenosti, nezainteresiranosti za aktualna dogajanja in pasivnosti velikega dela zaposlenih v zdravstveni negi.

ST. 12 – PVZZN-P (24)

Ves čas se pričakuje ... V zdravstveni negi se ves čas pričakuje, da bo nekdo namesto nekoga nekaj storil ...

4.2.6 Položaj zdravstvene nege

Tabela 4.7 Položaj zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Položaj zdravstvene nege	podrejenost neumeščenost v pravnem sistemu nizek ugled nestabilnost v sistemu odvisnost managementa nesamostojnost

Današnji snovalci pravnih dokumentov so povsem prezrli zdravstveno nego pri oblikovanju novega Zakona o zdravstveni dejavnosti. Položaj zdravstvene nege je v sistemu zdravstvenega varstva podrejen in nima enakih pravnih možnosti. Poglavitni problem je, da zdravstvena nega nima jasnega statusa v odnosu med zdravnikom in bolnikom. Obstaja več razlag za tako stanje. Veliko vlogo za tako stanje nosi zgodovinski razvoj zdravstvene nege (Ule 2003; Letica in Letica 1991). Udeleženke so razmeroma enotno ocenile položaj zdravstvene nege skozi obdobje svojega strokovnega delovanja. Zdravstvena nega je v zadnjih 15 letih doživljala velike spremembe glede svojega položaja. Razvoj zdravstvene nege skozi to obdobje je bil buren in poln preobratov. Na začetno vprašanje: »Kako ocenjujete položaj zdravstvene nege in kako vidite ta položaj skozi različna obdobja vašega delovanja?« so udeleženke skoraj enoznačno menile, da je današnji položaj zdravstvene nege slabši glede na preteklost. Najbolj to ponazarja izjava, ki pravi:

ST. 8 – PVZZN-M (1)

V splošnem doživljam položaj zdravstvene nege najbolj porazno v zadnjem obdobju, odkar delujem na tem področju. Zelo slabo zastopana, tako v političnem življenju in tako v tistih institucijah, ki bi lahko vplivale na priznanje. Oziroma v tistih institucijah, ki bi lahko vplivale na kreiranje, oblikovanje politike, na zdravje populacije itd ... vpliv na zdravstvo ima zdravstvena nega premajhen ..., ne vem, kako bi to rekla ...

Druga predstavnic managementa vidi položaj zdravstvene nege v podrejenem položaju, kar se po njenem razmišljanju najbolj odraža prav na področju managementa. Vendar tudi ona opaža v svojem obdobju različen položaj zdravstvene nege.

ST. 10 – PVZZN-M (1)

V glavnem ga doživljam v podrejeni vlogi. V podrejeni vlogi ... se mi zdi, da je premalo možnosti odločanja. Še vedno sem prepričana, da bi zdravstvena nega morala biti samostojna kot stroka v zdravstvu, kar ni. Zagotovo ne. V mojem obdobju je sicer bilo, da je bila precej podrejena zdravništvu in da mi je bilo za kratek čas to omogočeno preseči, kar je seveda dobra izkušnja, hkrati pa zelo velika odgovornost. Ta trenutek se mi pa zdi,

da je podrejenost večja, kot je bila. Mogoče celo bolj v managementu kot v strokovnem smislu.

Zdravstveni negi danes manjka jasna umeščenost v sistem zdravstvenega varstva kljub temu, da smo v zadnjem obdobju pridobili mnoge institute moči, kot so svetovalka ministra za zdravje, državnega svetnika, Republiški strokovni kolegij, Zbornico – Zvezo in sindikat. Ob pregledu pravnih dokumentov, ki nastajajo na področju zdravstvenega varstva, je razvidno, da so predstavniki zdravstvene nege v večini izpuščeni.

ST. 2 – PVZZN-U (2)

... jaz pogrešam to vključenost, konkretno v nacionalni program duševnega zdravja. Jaz sem odreagirala takoj. Ampak kako, da ni noben izmed stroke sodeloval ..., zdaj Zakon o zdravstveni dejavnosti, ne vem, ali je ali ni. Ampak pri nacionalnem programu o duševnem zdravju, kjer je vloga zdravstvene nege in smo vključeni, pa medicinskih sester ni nikjer. Samo zdravniki in drugi zdravstveni delavci. In to seveda kaže, da nismo umeščeni. Zdaj pa, če bi rekla, mislim, da to le nekaj pove, lahko, da ta naš glas – mislim, da je premalo prepoznaven. Nikjer nas ni, v nobenih organih, kjer se vse ustvarja. Razen na ministrstvu za zdravje. Je ena medicinska sestra, ki je pa samo ena izmed številnih. Mislim, da gre za sistemsko napako. Tudi na zavarovanju nas ni, na ZZZS nas ni.

Zdravstvena nega v družbi ne uživa velikega ugleda. Posledično tudi položaj vodilnega managementa v zdravstveni negi ne uživa veliko ugleda. Položaj je odvisen od vodilnih struktur, ki pa so lahko zdravstveni negi naklonjene ali pa tudi ne. Velika nestabilnost položaja od trenutnih struktur zavira razvoj. Sproža nelagodje pri izvajalcih zdravstvene nege, saj imajo občutek, da so sami brez moči in nepomembni v sistemu. Velik vpliv na položaj ima vodilni management zdravstvene nege, ki danes ne odigrava svoje vloge. Verjetno ravno zaradi nesamostojnosti in odvisnosti postavljanja vodilnega managementa v zdravstveni negi od medicine, management ne odigrava svoje vloge, kot pa bi jo lahko, če bi bil njegov položaj sistemsko urejen. Tipična izjava, ki odraža problematiko trenutnega delovanja managementa v zdravstveni negi, je:

ST. 8 – PVZZN-M (11)

Ker danes pridejo bolj do izraza tiste kolegice, ki imajo drugačno identiteto, kot je pa moja. In to je identiteta, pomočnice, služkinje. Bit prijetna, prijazna. Prijat na vseh področjih in raje zataji svojo stroko, samo da je ..., tam, kjer trenutno dela, da nima težav. Ne vem kako bi to rekla. Da, lažje ... baš jo briga, važno je, da ima svojo delovno mesto in jo ne zanima ... Zadnje čase ... so izbrane, nastavljene in nimajo svoje hrbtenice. Zato je položaj zdravstvene nege ratal odvisen ... nespoštovan in brez identitete. In vse je preveč odvisno od trenutne politike, od trenutne vodilne strukture, tako v državi kot v institucijah.

Naslednji izjavi potrjujeta veliko nesamostojnost zdravstvene nege in razočaranje nad stanjem:

ST. 8 – PVZZN-M (27)

Zdaj pa nekje lebdimo. Jaz imam občutek, da nekje lebdim. Da je fino, da sem. In da lahko vse to naredim, ampak na koncu se pa pod vse to podpiše zdravnik. To ne gre. Torej, jaz lahko razmišljam, aktivno sodelujem, iščem ... in ti je dovoljeno razvijati mišljenje o tem, kaj naj bi bilo boljše za sistem. Ampak na koncu so to, tisti, ki so bili na vrhu, pokasirali. Jaz nisem nič od tega imela.

ST. 2 – PVZZN-U (11)

Nekatere stvari jih lahko jaz tako dobro argumentiram, pa je povsem nerelevantno. Pa na svetu zavoda, v zvezi s kadrovske politiko ... pa v zvezi z ostalimi stvarmi. V bistvu vse potem kreirajo drugi, kajne. Ti si sicer vključen, poveš mnenje, nimaš pa vpliva na odločanje. Vsi nas jemljejo kot samoumevne in nam ne dajejo nobenega priznanja, ker sodelujemo v sistemu in dosegamo uspehe. In jaz mislim, da smo še zmeraj preveč podredljivi.

Nasprotno pa nekateri vidijo pozitivne premike v prepoznavnosti zdravstvene nege, ki je sedaj večja, kot je bila v preteklosti. V zadnjih 15 letih se je zdravstvena nega rešila medikalizacije poklica, kar je bil glavni problem, da je bila stroka zdravstvene nege odvisna od medicine (Letica in Letica 1991). Izvajalci zdravstvene nege niso več le zdravnikovi izvrševalci navodil, ampak pacienta obravnavajo celostno z vsemi njegovimi potrebami in ne vidijo pacienta le kot primer – diagnozo. Prav pogled, ki ga prinašajo izvajalci zdravstvene nege v obravnavo pacientov, jih je ločil od medicine, saj so na svojem področju avtonomni in pacienta obravnavajo v širšem smislu. To pomeni, da izvajalci zdravstvene nege v celoti obravnavajo pacienta s problematiko, ki jo povzroči neko zdravstveno stanje. Za razliko od stare paradigme, ki je bila bolj medicinsko naravnana, je nova paradigma usmerjena v obravnavo vseh posledic, ki jih ima pacient zaradi bolezni v svojem življenjskem okolju. Še vedno, kljub temu izvajalci zdravstvene nege sebe raje vidijo kot suport zdravniku in v sistemu zdravstvenega varstva ne opravljajo svoje samostojne vloge. Izjavi ponazarjata razmišljanje o tem:

ST. 3 – PVZZN-U

(69) V bistvu je tist razvoj, ki je šel, je ravno to odcepil, pravzaprav, zdravstveno nego, od te medikalizacije, pa medikalizirane obravnave, a ne. Se pravi, včasih je bla zdravstvena ne ... zdravstvena nega vezana na medicinsko obravnavo.

(72) ... da medicinska sestra ne ve, kaj je njeno osnovno ... al pa kaj je vsebina njenega dela, pravzaprav, v osnovi. Zdravstvena nega, a ne, z obravnavo človeka, ne pa suport zdravniku, z vidika obravnave bolezni, a ne.

4.2.7 Razvoj zdravstvene nege

Tabela 4.8 Razvoj zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Razvoj zdravstvene nege	napake v razvoju hiter razvoj

V razvoju zdravstvene nege izjave kažejo na to, da so bile narejene določene napake. Zdravstvena nega se je v želji po čim večji samostojnosti preveč oddaljila od drugih subjektov v zdravstvenem sistemu. V svojem razvoju je dosegla izjemno velik in hiter samostojen strokoven razvoj. Ravno ta močna želja po samostojnosti in lastni identiteti je povzročila, da je zdravstvena nega spregledala potrebo po ustrezni umeščenosti v zdravstveni sistem. Razvoj, ki ga je zdravstvena nega dosegla, je povečala njeno vidnost v sistemu in v družbi. Po drugi strani pa jo je oddaljila od povezovanja z drugimi profili v zdravstvenem varstvu. Danes je jasno, da je bila pot k samostojnosti preveč izrazita in se je pozabilo, da je potrebna tudi neka pravna umeščenost.

ST. 3 – PVZZN-U (9)

Vzporedno, vzporedno ... s to rastjo ... strokovno rastjo, a ne. Bom rekla, je bilo mogoče premalo vizije, kako pa ... naj bi sploh bila zdravstvena nega umeščena v sistemu zdravstvenega varstva, a ne. Vsak od nas jo je vidu kot samostojno, ja kot samostojno, strokovno samostojno, a ne. Samo ta samostojnost je ... se je prenesla tudi v ... v ... al pa, bi rekla ... je bla premočno ... preveč močno izražena, a ne. In tko smo se začel počas odcepljat, pravzaprav, od drugih, a ne, in zdej imamo spet željo, pravzaprav, k povezovanju.

Zdravstvena nega je imela težave na nivoju političnega delovanja, kjer ni znala poiskati poti, da bi našla poti, ki bi jo zadovoljivo umestilo v zdravstveni sistem.

ST. 4 – PVZZN-M (9)

Potem je Fides peljal svojo pot in zdravstvena nega je probala nekako posnemati delo medicine, in potem smo mogoče tudi mi majčkeno preveč, nismo bile toliko večše, da bi lahko te stvari bolj na političnem nivoju bolj drugače speljale in se je potem samo še ta stvar razparcelirala ... razslojevala.

4.2.8 Politična moč

Tabela 4.9 Politična moč

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Politična moč	nemoč izključevanje nevidnost razslojenost odvisnost različne izkušnje neenakovrednost izključevanje ignoriranje nezanimanje

Politično moč na tem mestu opredeljujemo z zastopanostjo izvajalcev zdravstvene nege na ministrstvu za zdravje in drugih organih upravljanja, preko katerih jim je sistemsko omogočen vpliv na oblikovanje zdravstvene politike. Politično moč posameznih poklicnih skupin oblikujejo tudi organizacije, v katere se združujejo zaposleni. Najbolj vidni organizaciji na področju zdravstvene nege sta Sindikat zaposlenih v zdravstveni negi in Zbornica – Zveza zdravstvene in babiške nege. Udeleženke v raziskavi menijo, da zdravstvena nega poseduje zelo malo politične moči.

ST. 9 – PVZZN-P

... da smo kot poklicna skupina glede na družbeni status, glede na vpliv in moč vplivanja predvsem na kreiranje zdravstvene politike in politike na sploh, nimamo te moči in da bi bilo pomembno, da imamo svoje predstavnike v vseh odločujočih forumih

Pomembno je, da se omogočijo enake možnosti v politiki tudi za zdravstveno nego, saj obstajajo potrebe, ki so vidne iz vloge zdravstvene nege na različnih nivojih delovanja:

ST. 8 – PVZZN-M (33)

Ravno tako velike, kot pa za zdravnika (zastopanost v političnem življenju). Popolnoma enake! Popolnoma nič manjše! Ni manjše potrebe!. Če že izhajam iz timskega dela ... ali pa iz prakse ... ker sedaj tudi že sama postajam pacient, je zdravnik ravno ... oziroma medicinska sestra ravno tako pomembna kot pa zdravnik. V ambulantnem delu je mogoče večja odgovornost ali pa več zdravniškega dela. V hospitalnem delu pa ZN, vsekakor ZN.

Politična moč je moč določenih družbenih skupin, ki si lastijo privilegije. Zdravniki posedujejo precejšnjo politično moč, saj jim med drugim, v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami v zdravstvenem varstvu pripadajo višje nagrade. Tudi sociolog Bernik (v Trampuš 2002) v svojem intervjuju ugotavlja, da nekaterim dejavnostim v družbi pripadajo višje nagrade. To pojasnjuje z dvema odgovoroma, ki sta med seboj

zelo različna. Prvi odgovor višje nagrade vidi v pozitivni funkciji, drugi odgovor pa jih vidi kot privilegije:

- Višje nagrade pripadajo določenim dejavnostim zato, da se pravi ljudje zanimajo za ta delovna mesta, da se ljudje izobražujejo in usposablajo za družbeno pomembne funkcije in da ostanejo motivirani za opravljanja teh delovnih mest.
- Drugi odgovor pojasnjuje višje nagrade v funkciji privilegijev. Govori o tem, da določenim družbenim dejavnostim ali skupinam politična moč omogoča privilegije, kot so denar, moč in ugled. Politično moč izrabljajo tudi zato, da druge prepričajo o opravičenosti do teh dobrin. Po tej razlagi se ti ljudje manj zanimajo za skupno dobro kot pa za svoje koristi.

Izključevanje izvajalcev zdravstvene nege pri oblikovanju zdravstvene politike torej močno izstopa. Kljub temu da je izvajalcev zdravstvene nege večina v zdravstvenem sistemu, so v pravnem smislu skoraj povsem nevidni v primerjavi z zdravniki, ki pa imajo tudi svoj zakon – Zakon o zdravniški službi. Poklicna skupina zaposlenih v zdravstveni negi nima politične moči, preko katere bi lahko uveljavljala svoje interese in interese širše družbe. V zdravstvenem sistemu je položaj zdravstvene nege na politični ravni odvisen od trenutne potrebe in pripravljenosti oseb, ki obvladujejo področje. Udeleženske imajo zato različne izkušnje z ministri za zdravje. Minister, ki je iz vrst zdravnikov meni, da se mu ni treba posebej seznanjati s področjem zdravstvene nege. Nasprotno je pričakovati več posluha in sodelovanja pri ministru, ki ni iz medicinskih vrst.

ST. 3 – PVZZN-U

Pod nezdravstvenim ... pod ministrom, ki ni zdravnik, a ne. Ker ... ker ... to se pravi, minister, ki ne pozna, ki ni medicinec, potem bo, če je ta prav minister, a ne, prisluhnu vsakemu, ker se bo želu seznanit s problematiko, a ne. Tako da, vsaj moje izkušnje, na primer, tudi z zdajšnjim ministrom, tisto, kar sem imela stika, je ... je blo, da je ... prisluhnil problematiki zdravstvene nege, tisto, kar smo imel, a ne, ali pa kar smo želeli, na primer, povedat.

ST. 6 – PVZZN-U (67)

Izkušenj s sedanjim ministrom osebno nisem imela. Na splošno pa mislim, da bi ne-medicinski (torej zdajšnji) minister bolje razumel in vključeval, ker medicinski minister, ki je kot nosilec dejavnosti odgovoren, misli da ve dovolj o zdravstveni negi, da o njej lahko tudi odloča.

Na splošno pa zdravstvene nege dosedanji ministri za zdravje niso upoštevali kot enakovrednega sogovornika, oziroma sogovornika, v katerem bi prepoznali nekoga, ki bi lahko v zdravstveni sistem prinesel nova potrebna znanja. Le v redkih primerih je

politika prepoznala in uporabila izvajalce zdravstvene nege za doseg svojih ciljev, za katere je vladalo manjše zanimanje med drugimi izvajalci zdravstvenih storitev.

ST. 4 – PVZZN-M (21 in 49)

Jaz mislim, da zdravstvena nega ni vidna. Mislim, da je vidna takrat, kadar nas nekdo potrebuje ..., recimo takrat so se začele, recimo te klinične poti, standardi, akreditacije, kakovost se je začela uvajati takrat v bolnišnico na tak ali drugačen način. Na en način jaz mislim, da nas je on celo izrabil, da je recimo zdravnikom rekel: »Ja, pogledjte, zdravstvena nega ima standarde, ima to in to, kaj pa vi, naredite to tudi.«

ST. 6 – PVZZN-U (12)

Na nivoju ministrov in sekretarjev je večina vprašala za mnenje samo v trenutku, ko se je pojavil problem, namesto da bi sodelovali že pri nastajanju oziroma postavitvi sistema.

Odnos Ministrstva za zdravje oziroma ministra do zdravstvene nege je izključujoč, tudi podcenjevalen. S strani ministrov ni bilo pobud za povezovanje, sodelovanje in upoštevanje obeh temeljnih strok v sistemu zdravstvenega varstva. Prevladuje mnenje, da Ministrstvo za zdravje do danes ni uredilo vsaj podobnih pogojev za zdravstveno nego v primerjavi z medicino, kar bi omogočilo zdravstveni negi, da bi lahko v okolju enakih priložnosti odigrala svojo vlogo v sistemu.

ST. 9 – PVZZN-P (2)

..., če zdaj govorim z vidika Ministrstva za zdravje, z vidika organov, ki so na državnem nivoju, kot je recimo zdravstveni svet ali pa naša predstavica na ministrstvu, ne odigravajo tiste vloge, ki pa bila v primerjavi s tistimi, ki bi bile vsaj približne temu in se pa odigravajo za zdravnike. Ali za medicino, če hočete. In moje stališče je, da dokler MZ kot ustanovitelj zdravstvenih zavodov, kot končno pristojen, za postavitev, če hočete, pravnih podlag, če hočete strokovnih izzivov, v kontekstu ZN do danes, ni naredil nič.

Zdravstvena nega je načrtno ignorirana pri mnogih pomembnih odločitvah, kar kaže izjava:

ST. 9 – PVZZN-P (38)

In da vam povem zanimivost, prav pri tem zakonu. Klical me je prejšnji minister, eden izmed prejšnjih ministrov če vem, kolikokrat smo omenjeni v enem izmed osnutkov zakonov, ki ga takrat še nisem imela, sedaj pa ga imam, kolikokrat je omenjen zdravnik in kolikokrat medicinska sestra. In jaz mu rečem, da sem skoraj prepričana, da medicinskih sester ni noter, da pa zdravniki so kar nekajkrat omenjeni, pa potem ostali zaposleni, ali pa če smo zelo prijazni – negovalno osebje. Kar je zame tudi grozljiv pojem, ali ne. Na kar razpravljava, ker je med drugim pozvan, da že pred javno obravnavo, da svoje mnenje. Reče, zdaj pa bi jaz imel vaše definicije, pa me je prosil ..., in mi je poslal zakon ... in mi prosim svetujete, kaj naj naredim. Jaz rečem, da izjemno cenim vašo pripravljenost, da ste nam v podporo in za pravilno umestitev, ker se sicer že zavedate, da boste imeli tisoč in

eno pripombo. Ampak vas sedaj vprašam, ko ste bil minister in ste ustvarjal ta in ta zakon. Točno vem, kateri zakoni v tistem času, ker smo dali številne pripombe. Zakon o zdravniški službi, potem koncesiji in statusu svobodnega zdravnika. Sem rekla, vam ni prišlo na kraj pameti, da nas povabite v delovno skupino. Ker tu je izjemen greh. Ja, je rekel, morate razumet. In to je to. Pomembni posamezniki nas ne bodo vključevali.

Politična moč skupine se izoblikuje preko prepoznavnih posameznikov. V zdravstveni negi obstaja ključen problem, da je v povprečju med izvajalci zdravstvene nege malo zanimanja za politiko. Prav tako pa med izvajalci zdravstvene nege vlada zelo šibko znanje o političnih procesih in možnostih, kako se vključiti v oblikovanje pravnih dokumentov. Po mnenju udeleženk se izvajalci zdravstvene nege neradi identificirajo kot politično opredeljeni, ki bi aktivno zastopali svoje ali skupinske interese.

ST. 9 – PVZZN-P (4)

... da imamo medicinske sestre en ključen problem in to je, da smo se odločili skozi svojo vzgojo izobraževanje, svoje osebne naravnosti ali pa če hočete lastnosti, ker smo skupina, ki ima neke svoje skupne značilnosti zagotovo. Smo se sistematično odločile, da politika, nekaj, v kar pa medicinske sestre po svojih etično moralnih, ne vem kakih načelih, nekaj v kar naj ne bi vstopala.

ST. 6 – PVZZN-U (74)

Vprašati se je treba, zakaj se politično ne udejujemo: ali smo preobremenjeni, imamo dovolj dela v delovnem in domačem okolju. Redki so posamezniki, ki se s tem ukvarjajo, čeprav samo politična prepoznavnost še zdaleč ni dovolj, da bi lahko karkoli dosegli.

V prvi vrsti se mora skupina zaposlenih v zdravstveni negi vprašati, kako povečati zanimanje posameznikov za politiko. Ključno je, da izvajalci zdravstvene nege povečajo svojo politično moč z načrtovanimi akcijami in neprestanim pritiskom na vzvode moči v državi.

ST. 11 – PVZZN-P (44)

Zato, ker stroka ni rekla (mogoče tudi zbornica), poslušajte, nas je toliko, tako imamo izobrazbo, v teh segmentih zdravljenja smo prisotni, in imamo na videz neko mesto, ki pa nima nobene možnosti, da bi argumentirano pomagal vam, iz te perspektive, k oblikovanju zdravstva. To pomeni, da to zahtevo ponavljaš, da jo obelodanjaš, in potem ljudi pripraviš do tega.

V političnem življenju udeleženke prepoznavajo štiri institute, ki zastopajo interese zdravstvene nege:

- Svetovalka ministra za zdravstveno nego, ki nima izvršilne funkcije in je pogosto prezrta pri odločitvah, ki se tičejo tudi njenega področja.

ST. 11 – PVZZN-P (42)

Ministrstvo bi moralo ministrsko sestro sprejeti kot svojo svetovalko, tako kot sprejema Remškarja in tako kot sprejema druge. Ona bi morala imeti enak status.

- Republiški strokovni kolegij za zdravstveno nego (v nadaljevanju RSKZN), ki je organ ministrstva in je najvišji strokovni organ na področju zdravstvene nege v državi. RSKZN naj bi o vseh strokovnih zadevah podal svoje mnenje, vendar so se do sedaj mnenja pogosto izgubljala.

ST. 9 – PVZZN-P (10)

Ampak naš problem je, da ne znamo uporabiti mehanizmov, ki jih imamo na voljo. Pa vam bom dala primer. RSKZN je največji strokovni organ na področju zdravstvene nege, ki mu je dal takratni minister za zdravje, ko je nastal ta pravilnik o delovanju razširjenih strokovnih kolegijev v državi, dal najvišji strokovni postulat odločitve, strokovnih odločitev. Seveda strokovne določitve, to pa je zelo širok pojem, da ne govorimo o standardih in smernicah. Govorimo recimo tudi o kadrovskih normativih, govorimo, če hočete o vplivu pri sodelovanju pri soustvarjanju delovne pravne zakonodaje, zdravstvene. Pa v bistvu ne izkoristimo tega potenciala, ker nas ne povabijo, mi pa se ne rinemo.

RSKZN nikoli ni odigral vloge, ki bi jo moral. Pogosto je bil prezrt ali pa so na plan prihajala nasprotja med posameznimi člani, ki so hromila njegovo delovanje.

ST. 6 – PVZZN-U (38)

Razširjen strokovni kolegij pa se mi zdi, čeprav ta hip ne poznam njegovega delovanja toliko kot v preteklosti, da se je do določene mere sicer trudil, ampak moram povedati, da so velikokrat prihajali na plan individualni interesi, tako, da na žalost nekega splošnega konsenza ni bilo, vedno se je zavlačevalo in nismo vedno hitro pripravili in sprejemali sprememb ...

Od RSKZN se veliko pričakuje, zato bo moral spremeniti svoje delovanje in v političnih odločitvah igrati pomembnejšo vlogo.

ST. 4 – PVZZN-M (51)

Jaz pričakujem od RSK revolucijo. Revolucijo v zdravstveni negi. Revolucijo ne tako, da bomo zdaj šli na cesto in bomo vpili, ampak revolucionarno spremembo, vizijo zdravstvene nege postaviti, kje hočemo biti čez petdeset let, ali trideset, ali čez dvajset. Postaviti si ene cilje, kaj bo ta RSK, zdaj na novo imenovan, naredil. Kaj bomo dosegli, kje se bomo lotile stvari, kje bomo na koncu po mandatu pet let – ali koliko časa to traja, kaj bomo lahko rekly našim zanamcem. A jim bomo lahko v oči pogledale? Na takle način sigurno ne; na tak način, kakor so bile ta zadnje dve, tri seje; to sigurno ne bom rekla, da sem pa jaz s tem – če ste vi s tem zadovoljni, jaz nisem.

- Zbornica – Zveza zdravstvene in babiške nege, ki je poklicno združenje več kot 18.000 izvajalcev zdravstvene nege.

- Sindikat zaposlenih v zdravstveni in babiški negi.

4.2.9 Zakon o zdravstveni negi

Tabela 4.10 Zakon o zdravstveni negi

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Zakon o zdravstveni negi	pravna enakovrednost pravna varnost

Udeleženci prepoznavajo ignorantsko vedenje oblikovalcev zdravstvene politike do zdravstvene nege.

ST. 4 – PVZZN-M (42)

Me smo se zdaj kar naenkrat pojavile in kar hočemo enakopravno sodelovati v procesu zdravljenja ali pa oskrbe pacienta, skrbi za pacienta, kar njim pritiče že – kot sem prej rekla – od časa ranarjev ... vračev ali karkoli rečeva. In oni so si to kar nekako prisvojili, da so to oni edini. Kar mene najbolj moti, je prvi sklep, prvi člen zakona o zdravstveni dejavnosti, da je edini odgovorni za zdravje bolnika zdravnik. Da je nosilec dejavnosti zdravnik. Ne more biti nosilec dejavnosti v današnjem času samo zdravnik. Lahko je na svojem področju, mu jaz dam vso tisto, tisto, kar mu gre. Ampak ne more biti pa za celotno dejavnost. Ker on je lahko za svojo dejavnost, ampak za mojo dejavnost pa ne more biti. To je meni popolnoma logično. Samo njim je pa to zelo težko sprejeti.

Poglavitni problem zdravstvene nege prepoznavajo udeleženske v njeni pravni neenakovrednosti v primerjavi z medicino. Potreba po pravni varnosti je zelo pomembna, saj danes še vedno niso jasno definirane vloge v zdravstvenem sistemu. In verjetno vloge v zdravstvenem sistemu ne bodo nikoli jasne, dokler bo imela medicina prevladujoč pravni položaj. Zakonodaja bi morala umeščati zdravstveno nego kot pomemben del zdravstvenega varstva, ki ni izolirana od drugih dejavnosti, kot ni medicina.

ST. 4 – PVZZN-M (63)

..., do zakonodaje, kjer mora biti zdravstvena nega ne kot ena svoja trdnjava, ampak pomembna, pomemben del celostne obravnave pacienta, pomemben del, ki ima enako, enakovredno pomembno vlogo v okviru celotnega tega zdravstva.

Pravna praznina omogoča pogoste spremembe na področju zdravstvene nege, ki se tako ne more uveljaviti v sistemu. Te spremembe so najbolj zaznavne na nivoju splošnih pravnih aktov, ki jih predstavljajo statuti zavodov. Statuti zavodov se največkrat spreminjajo na področju zdravstvene nege, kar je odvisno od vršnega managerja in njegovih pogledov na zdravstveno nego. Zato so potrebne na tem področju enotne pravne podlage, ki bodo omogočale učinkovito izrabo vseh resursov.

ST. 3 – PVZZN-U (78)

Zaradi tega, ker v praksi, to se je men osebno že velikokrat naredil, v praksi, ko želiš ti neke spremembe vpeljati, ko, to se pravi, ko si strokovno zrel, nenazadnje, a ne, in bi lahko stvari izpeljal, se ustavijo stvari na ravni: poslušate, sej za to pa ni ... to pa ne morete, saj nimate nobenih pravnih podlag, sej nosilec je tako zdravnik, sej vi pa ne morete samostojno na tem področju delati, a ne. In tukaj se nam potem zmerom ustavi, ker smo ... ker pristanemo potem v podrejenem položaju.

ST. 11 – PVZZN-P (62)

In ker nimamo zakona, in ker niso te vloge jasno definirane in ker je možno prehajanje, o katerem odločajo drugi, kot sva že prej rekla, je to naš hendikep.

4.2.10 Izobraževanje

Tabela 4.11 Izobraževanje

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Izobraževanje	spremembe hiter razvoj razslojenost v izobrazbi nizka izobraženost dejavnik razvoja izguba moči vpliv medicine razvoj kateder povečanje vpliva stroke vloga akademske elite

Na področju izobraževanja v zdravstveni negi je prišlo do velikih sprememb. Še vedno prevladujejo v zdravstveni negi zaposleni s srednjo šolsko izobrazbo. Le manjši delež je tistih, ki imajo visoko stopnjo izobrazbe. Razvoj visokih šol je bil razmeroma hiter. Veliko truda se je vlagalo tudi v ustanovitev fakultetnega študija, ki pa ga je stroki uspelo organizirati le za kratek čas. Ravno zaradi pomanjkanja intelektualne elite zdravstveni negi nikoli ni uspelo enakovredno nastopati na vseh nivojih v zdravstvenem sistemu. Velike ovire pri ustanovitvi fakultetnega študija je zdravstvena nega imela v medicini. V preteklosti so posamezniki iskali poti fakultetnega izobraževanja v drugih smereh, kar spet ni bilo z odobravanjem sprejeto s strani medicine.

ST. 7 – PVZZN-M (30)

In so se potem kolegice obračale, si šel na študij, kajne, ki ti je bil dostopen. To je recimo, s strani zdravnikov ni bilo najbolj sprejeto, kajne. Tudi očitano nam je bilo. Vse hočejo biti same managerke. Ja kaj pa stroka? Ja kam pa naj grem v stroki ... sej ničesar ni več v sistemu!!!

Izobraževanje zdravstvene nege na visoki stopnji je nosilec sprememb in gonilo razvoja. Vendar udeleženske vidijo trenutno velik problem v tem, ker se ustanavlja preveliko število šol. Premalo je strokovnjakov v zdravstveni negi na akademski ravni, da bi lahko podajali učne vsebine. Stroka s tem izgublja na svoji moči in ugledu.

ST. 11 – PVZZN-P (7)

Veste, čuje se nečloveško, ker vemo, kako blazno potrebni so negovalni timi v celoti. Ne samo diplomirani kadri. Ampak mi s tem, ko bi nastala preobilica kadra, zgubljammo na moči. To je eno. Drugo je, da mi nimamo ... da imamo napačno razumevanje, kakšen naj bo naš vpliv ... zdaj mislim na stroko ... na te šole. Jaz sem trenutno sodelovala ... (nerazumljivo), ker nimajo dovolj svojega kadra.

ST. 2 – PVZZN-M (23)

Ne, jaz mislim, da jih je preveč, ker ne bodo kvalitetne. Ker ne morejo biti kvalitetne. Ker v Sloveniji ni na primer 8 vrhunskih strokovnjakov samo za predmet zdravstvene nege, ki bi lahko to predavali. Eden ali pa trije pa tudi ne morejo biti na 8 šolah.

Še vedno udeleženske ocenjujejo prevelik vpliv medicine na izobraževanje, kar se kaže, da so nosilci predmetov zdravniki.

ST. 2 – PVZZN-M (41)

Ne more biti zdravnik nosilec predmeta. Pri nas se na na zdravstvenih fakultetah, šolah še kar to dogaja. Zdravnik je nosilec predmeta za zdravstveno nego. Tako, da ... sej pravim. Tukaj gre za take kompleksne zadeve.

Stroka zdravstvene nege je danes po mnenju udeleženk povsem izgubila vpliv na ustanavljanje šol. Ustanavljajo se šole, ki imajo verificirane programe, praktične učne baze pa pri tem ne zadovoljujejo kriterijem. Izobraževanje je treba urediti in povečati vpliv stroke na ustanavljanje šol.

ST. 8 – PVZZN-M (35)

Danes pa se mi zdi, da so šole ušle in gredo svojo pot in se sploh več ne ozirajo, kaj kdo rabi, ali sploh rabi ... Postale so čisto potrošno blago, če mene vprašate ... treba je najprej doreči, šolstvo je treba urediti.

Za stroko so v izobraževanju pomembne močne katedre za zdravstveno nego, ki morajo predstavljati jedro vsake visokošolske inštitucije za zdravstveno nego. Katedre morajo postati prepoznavne preko svojih akademsko izobraženih posameznikov in si pridobiti ugled v družbi.

ST. 11 – PVZZN-P (13)

Ampak mi smo nekaj pozabili, da vsako jedro vsake visokošolske inštitucije je matična katedra. In kvaliteta katedre in vodje katedre in prepoznavnost ter moč vplivanja na

življenje šole in programe. Preko tega, pa tudi na politiko. Zato, ker to so sami najvišje izobraženi akademski delavci, vodje katedre.

Danes je vloga akademsko izobraženih posameznikov v zdravstveni negi vprašljiva. Premalo nastopajo v javnosti v smislu politike in vloge zdravstvene nege.

ST. 11– PVZZN-P (9)

Ti ljudje se ne morejo in ne smejo zapreti v slonokoščene stolpe.

Pomanjkanje raziskovalnega dela, preko katerega bi se lahko izvajalci zdravstvene nege dokazovali, je še vedno velik problem. Raziskovalci morajo svoje delo približati praksi.

ST. 6 – PVZZN-U (48)

Pomen raziskovalnega dela in na podatkih temelječih raziskavah. Tega mi nimamo. Veste, to je bistvo, da delaš na podlagi argumentov, ne da daješ v medije ali ministru neke 'kalimerovske' izjave, v smislu: 'meni se dogaja krivica'. Treba je to tudi dokazati. To je tisto, kar je relevantno in s čemer lahko operiraš in na podlagi česar te bodo kot resnejšega partnerja tudi sprejeli.

4.2.11 Management zdravstvene nege

Tabela 4.12 Management zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Management zdravstvene nege	neurejenost področja brez vizije različna obdobja nesamostojnost enotna urejenost managementa neenotnost managementa podrejenost medicini prepoznavnost managementa

Management zdravstvene nege je za delovanje sistemov v zdravstvenem varstvu izrednega pomena. Zaposleni v zdravstveni negi predstavljajo več kot polovico izvajalcev zdravstvenih storitev. V bolnišnični obravnavi pokrivajo večino potreb bolnika. Možnost napak s strani zaposlenih v zdravstveni negi je velika. Obvladovanje upravljanja področja zdravstvene nege je po mnenju udeleženk raziskave iz teh vidikov izrednega pomena.

ST. 7 – PVZZN-M (50)

Polovica zaposlenih je v zdravstveni negi. Kdo bo te ljudi obvladoval, vodil? Kdo bo v upravi zastopal interes, kdo, kot tisti, ki pozna ta sistem?

ST. 8 – PVZZN-M (46)

Zdravstvena nega je vedno zastopana z velikim številom ljudi, ker je pač narava dela taka. Triizmensko delo. Kdo je 24 ur pri bolniku? To je ena stvar. Druga stvar je, da je, če želimo celostno obravnavati bolnika ... in pokrivamo ... tričetrť potreb bolnika pokriva zdravstvena nega. Kako potem jaz lahko dovolim, da lahko potem jaz delam, predlagam, prosim, drugi pa mi odobrijo ... ja ali ne ... to skupaj ne gre. Razumete. Ne gre. Skrb za bolnika v sistemu je s stran zdravstvene nege zelo široka. In tudi možnost napak s strani zdravstvene nege je zelo velika. Potem ima zdravstvena nega tudi zelo velik vpliv zaradi tega pri obvladovanju stroškov. In po mojem mora biti sistem jasen ... vsak člen mora biti jasen, s svojo odgovornostjo ... v skrbi za enega bolnika. In ne moremo delat vsak zase.

Vendar managerji zdravstvene nege nimajo položaja, preko katerega bi lahko odgovorno zastopali interese ustanove, pacientov in zaposlenih v zdravstveni negi. Položaj managementa zdravstvene nege je bil v preteklosti trdnejši kot danes. Managerke zdravstvene nege so imele jasno vizijo, ki so jo znale uveljaviti v praksi. Dobra organiziranost na republiškem nivoju v obliki Stalne bolnišnične skupine glavnih medicinskih sester, jim je omogočala skupne dogovore o ključnih stvareh.

ST. 3 – PVZZN-U (82)

Stalna bolnišnična skupina glavnih medicinskih sester je bila absolutno v času, na primer, pa bom kar konkretna XY, zelo močna, zaradi tega, ker je, mogoče tudi ona, ki je koordinirala ali pa vodila to skupino, imela jasno vizijo razvoja zdravstvene nege v slovenskem prostoru. In je s to vizijo tudi, ali pa bom rekla, je na ta način poskušala tudi koordinirat oziroma se vsaj na tej skupini obravnavali dejansko ... pomembne ali pa ključne stvari za razvoj zdravstvene nege.

Učinkovita organiziranost je povečala enotnost med vodilnimi v zdravstveni negi, kar se je pokazalo v praksi kot velika moč in učinkovitost poklicne skupine zaposlenih v zdravstveni negi na poslovanje zdravstvenih ustanov. Nekateri zavodi so poleg poslovnega in strokovnega direktorja imenovali tudi direktorja za zdravstveno nego, ki je na tem položaju suvereno obvladoval upravljanje področja zdravstvene nege, kar je predstavljalo tudi veliko odgovornost.

ST. 10 – PVZZN-M (7)

Tista 4 leta je zdravstvena nega odgovarjala za sebe, tako v finančnem kot strokovnem smislu, kar je seveda napor. Nikoli prej, se mi zdi, da ni bila taka odgovornost na zdravstveni negi, kot je bila tista 4 leta, a ne. Da si ti moral odgovarjati tudi v poslovnem smislu, kako bo klinika tudi zaradi zdravstvene nege poslovala. In ta vpliv zdravstvene nege v poslovanju je kar velik.

Velik pomen za suveren položaj so imele v tistem času suverene in vplivne posameznice – managerke zdravstvene nege. Vendar je tak položaj zdravstvene nege kmalu postal nezaželen, kajti sodelovanje v upravljanju zdravstvenih ustanov je

zdravstveni negi dajal tudi suverenost na strokovnem področju, ki se je prav v tem času začela osamosvajati v okoljih, ki so bili tradicionalno pod vplivom medicine.

ST. 9 – PVZZN-P (56)

In vam lahko razložim tudi, kaj se je zgodilo. Zdravstvena nega je bila izjemno napredna, izjemno vplivna skupina je postala, skupina, ne samo posameznik. In lepega dne so se ogroženi direktorji bolnišnic, najprej na svojih elitnih sestankih dogovorili, da je treba zdravstveni negi prističi peruti. Kot tukajle sedim, so mi to povedali najmanj trije direktorji, potem, ko nisem bila več glavna medicinska sestra. In trdim, da so močne posameznice zamenjevali s kolegicami, ki niso imele takega statusa v posameznem zavodu.

Danes je management v zdravstveni negi odvisen in podrejen predvsem medicini, ki ga v zdravstvenih zavodih predstavlja strokovni direktor. Danes so glavne medicinske sestre,¹⁴ ki so odgovorne za zdravstveno nego in oskrbo v zdravstvenih ustanovah, v veliki meri odvisne in podrejene strokovnemu direktorju.

ST. 6 – PVZZN-U (19)

V statutih oziroma temeljnih aktih zdravstvenih zavodov se je za najvišja menedžerska mesta pojavilo soglasje generalnega direktorja oziroma predstojnika, skratka – ki je nosil pojem 'medicina'. V tem delu so nekatere kolegice pokazale dovolj samozavesti in odgovornosti do svoje stroke in so poskušale iti svojo pot, razvoj in identiteto v zdravstveni negi na svojem nivoju. Veliko kolegic pa je šlo po tej poti, da so sledile politično imenovanim predstojnikom, generalnim direktorjem itn., če so želele obdržati svoj položaj. Tu se je zdravstvena nega začela krhati v smislu ...

Za nejasen položaj in nemoč poklicne skupine zaposlenih v zdravstveni negi je stanje managementa v zdravstveni negi izjemnega pomena. Institut glavne medicinske sestre je zelo nejasno opredeljen. Kljub temu da ima zelo širok opis del in nalog, je vpliv na strateške odločitve zanemarljiv. Položaj je povsem odvisen od vodilnih struktur v medicini, ki imajo še vedno v večini absoluten vpliv na imenovanje glavnih medicinskih sester.

ST. 3 – PVZZN-M (51)

Vseeno so izbrane osebe, ki nekje odgovarjajo, bom rekla, direktorju tudi z vidika neke podrejenosti ...

Enotno imenovanje glavne medicinske sestre v zdravstvenih zavodih bi moralo biti sistemsko urejeno, kot za ostale vodilne funkcije.

¹⁴ Po novem Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju so se glavne medicinske sestre povsod preimenovala v pomočnika/pomočnice direktorja za zdravstveno nego

ST. 9 – PVZZN-P (60)

Absolutno. To je treba rešiti na sistemskem nivoju. Način razreševanja in imenovanja ... Statuti bi morali biti glede tega enoznačni povsod ... Glejte in predvsem ... saj so za direktorja in strokovnega direktorja ... Danes imamo ponovno zgodbo, ko izbira in predlaga strokovni direktor. In to je nekaj seveda, in da niti ne vpraša strokovnega sveta za zdravstveno nego za mnenje. To je pa nekaj, kar je pa zame in potrjuje tisto, kar sem vam prej rekla. Hoteli so vpliv, sistemski vpliv na izbiro glavnih medicinskih sester. Zaradi tega, da izbirajo ljudi, da so jim pisani na kožo. Lahko se kdaj zmotijo.

Poglavitni problem je danes management, ki po mnenju udeleženk ne odigrava prave vloge v sistemu zdravstvenega varstva. Management je premalo propulziven in s tem preveč odvisen od medicine. V takih razmerah ne odigrava svoje učinkovite vloge. Moč managementa v zdravstveni negi je močno odvisen od enotnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi.

ST. 9 – PVZZN-P (64)

Pomembno je, da masa ljudi stremi in da masa ljudi dela. Če en sam posameznik, zelo verjetno bo težko naredil kaj, ne glede na to, kako je vpliven.

Verjetno je vzrok za slabše stanje tudi velika neenotnost, ki vlada med zaposlenimi v zdravstveni negi, zato je management zdravstvene nege prepoznaven le v redkih ustanovah.

ST. 3 – PVZZN-M (44)

Jaz mislim, da je samo nekaj bolnišnic pripravljenih, da peljejo ... da peljejo zelo jasno, al pa da ima zdravstvena nega zelo jasno vizijo, pa nenazadnje, mogoče tudi hkrati pogoje, da te stvari udejanja oziroma je vodilni menedžment na ravni zdravstvene nege tko močen, da ... je prepoznan kot, al pa tko močen, da zna zagovarjat svoja stališča oziroma jasno predstaviti, kaj ... kaj to pomeni tudi za hišo, a ne ... Dočim pa, če pa celoto v Sloveniji pogledamo, pa jaz ne vidim ... ne vidim, bi rekla, dobrih pogojev.

Velik poudarek udeleženk je na kritiki managerjev zdravstvene nege, ki so s svojim delovanjem vsečni strokovnemu direktorju ali drugim močnejšim vodilnim skupinam v ustanovah. Pri tem pa ne upoštevajo in ne zagovarjajo interesov zdravstvene nege.

ST. 2 – PVZZN-M (52)

... se pravi, tisti elitizem vidim, da gre predvsem, da gre tistim, ki so na ključnih položajih, bolj za karierni razvoj njih samih kot pa za razvoj (zdravstvene nege).

ST. 3 – PVZZN-U (89)

Majo svojo pozicijo, vendar..., vendar notri pa niso močne.

ST. 4 – PVZZN-M (25)

..., da se meni včasih zdi pri naših glavnih medicinskih sestrah, da velikokrat ščitijo svoj stolček – joj, če bi me sedaj slišale – kot pa da bi se izpostavile za stroko zdravstvene nege.

Položaj managementa je odvisen od uglednih in močnih posameznikov. Management je tisti, ki mora preko svoje prepoznavnosti stopiti v politiko. Najprej mora svojo moč pokazati na lokalni ravni v bolnišnicah in potem tudi v širšem smislu. Potrebna je močna skupna organiziranost managementa v zdravstveni negi na republiški ravni.

ST. 11 – PVZZN-P (16)

Management mora stopiti v politiko, da si izbori prostor. In to je tisto, kar pogrešam.

ST. 12 – PVZZN-P (11)

Glavne medicinske sestre bi se morale organizirati znotraj združenja zdravstvenih zavodov, ker oni so interesna skupnost delodajalca. Tako kot direktorji, popolnoma enako, zato, ker tu pa so one v vlogi delodajalca in bi se morale tam povezovati in tam dosegati cilje.

4.2.12 Dosežki zdravstvene nege

Tabela 4.13 Dosežki zdravstvene nege

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Dosežki zdravstvene nege	večja samostojnost akademizacija poklica sistemska vključenost

Zdravstvena nega je dejavnost, ki je v kratkem času dosegla velike spremembe. Izgubila se je medikalizacija¹⁵ poklica. Razvijati je začela svojo lastno identiteto, s tem da je začela uvajati nov koncept dela, ki temelji na procesni metodi dela. Nov koncept dela je zdravstveno nego začel oddaljevati od medicine. S tem je pričela razvijati svojo lastno vizijo. Težave pri razvoju zdravstvene nege so bile tudi v lastnih vrstah.

ST. 1 – PVZZN-U (28)

Zdravstvena nega je postala stroka in dejansko, ko je postala disciplina v tem smislu, ko je spremenila svojo vsebino. Da bi bila naravnana pacientu in da je bila, seveda je bilo treba zavedati tudi tiste, ko je bilo treba udeležiti ZN kot samostojno, kot sodelujočo in soodvisno, kajne, te tri postavke. Je bilo vendarle treba v negovalni tim vnesti to. In seveda tistim, ki so bili dolga leta na teh delovnih mestih, je bilo seveda to spremenjeno vsebino počasi vnašati.

¹⁵ Medikalizacija zdravstvene nege pomeni, da je zdravstvena nega pod velikim vplivom medicine.

Verjetno je zdravstvena nega ravno zaradi drugačnega in samostojnejšega koncepta dela postala bolj prepoznavna v družbi. Na razvoj zdravstvene nege vplivajo akademsko izobraženi posamezniki, kar zdravstveno nego postavlja v primerljiv položaj z drugimi znanstvenimi disciplinami.

ST. 9 – PVZZN-P (49)

Ampak načelno bi rekla, da družba končno za nas ve, smo prepoznavni, kljub vsemu in nas priznava, kar je zelo pomembno. Mi med seboj smo, malo bolj samozavestni in bolj v bistvu, kljub vsemu preko teh posameznikov, govorim o kariernem razvoju posameznikov ane, tako z univerzitetnim izobraženim, magisteriju in doktoratov in tako naprej, se na nek način zgodbe le naprej intenzivno pelejo. Postavljamo se ob bok drugim znanstvenim disciplinam in to je izjemnega pomena.

Večja vključenost v politična telesa, telesa upravljanja in drugih organiziranih oblik delovanja so dosežki zdravstvene nege, ki kažejo, da se v sistemu za zdravstveno nego njen položaj le počasi spreminja.

ST. 9 – PVZZN-P (8)

Danes trdim, da je situacija bistveno, bistveno boljša, kot je bila ... imamo svojo predstavnico na ministrstvu, v zdravstvenem svetu, imamo predstavnika za področje zdravstva v državnem svetu. To in imamo uradno priznano Zbornico – Zvezo, Republiški strokovni kolegij in uradno priznan sindikat. Bistveno bistveno več imamo, kot smo imeli.

Nekatere izjave zagovarjajo mnenje, da je zdravstvena nega dobro organizirana in vključena v sistem, kar vodi v večjo kakovost zdravstvene obravnave.

ST. 9 – PVZZN-P (69)

Mi smo dobro organizirani, mi smo odlično organizirani. Mi smo najboljše organizirani sistem v zdravstvenem sistemu. Ampak ne znamo izkoristiti tega, kar imamo.

ST. 7 – PVZZN-M (1)

Zdravstvena nega je zelo dobro integrirana v sistem in mislim, da je tudi to tak pravilen način, kajti delamo v timu in le vsi skupaj lahko pripomoremo k kakovostnejši obravnavi pacienta.

4.2.13 Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike

Tabela 4.14 Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike

<i>Kategorija</i>	<i>Pojmi</i>
Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike	uspeh zdravstvene obravnave poslovanje dostopnost zdravstvenih storitev prijaznejši sistem kakovost zagovorništvo

Zaposleni v zdravstveni negi so motivirani za spremembe. Več kot polovica zaposlenih v zdravstvenem varstvu pripada poklicni skupini zdravstvene nege, ki imajo velik vpliv na zdravstveno obravnavo in na stanje v zdravstvenem varstvu.

ST. 7 – PVZZN-M (6)

Ker smo pa dejansko ta dejavnik, ki je zelo zainteresiran. Mi lahko spreminjamo, mi smo pripravljeni, mi znamo in hočemo. V primerjavi z drugimi udeleženci, ne vem, če je prisotna taka močna motivacija. Ampak v zdravstveni negi je veliko močnih in zainteresiranih posameznikov in skupin, ki bom rekla, da želijo spremembe na boljše.

Če bi sistem omogočal večji vpliv zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje in delovanje zdravstvenega varstva, bi lahko dosegli boljši učinek na različnih področjih. Zdravstvena nega ima velik pomen na finančno *poslovanje* zdravstvenih ustanov.

ST. 12 – PVZZN-P (34)

Hja, ona (medicinska sestra) v osnovi upravlja ... ona v osnovi upravlja z največjo delovno silo, bi rekel, preko zdravstvene nege se obrne tudi največ materialov, se pravi, posredno upravlja s 60 % sredstev nekega zavoda. Na neki način upravlja, po teoriji managementa upravlja ... Med drugim ima kompetence, da podpiše nekatere račune, naroča zdravila, materiale ... One prve lahko vse ugotovijo, kaj se je začelo dogajati, kje se stvari, kje se stvari spreminjajo.

Samostojnejše delovanje zaposlenih v zdravstveni negi na zdravstveno-vzgojnem področju in na drugih področjih bi se poznalo na področju zmanjševanja stroškov na nacionalni ravni.

ST. 4 – PVZZN-M (58)

Določene stroške bi lahko na nacionalnem nivoju znižali, če bi medicinske sestre dobile nek en, prav na zdravstveno-vzgojnem področju eno večjo veljavo in večje kompetence in da lahko v določenih trenutkih same odločamo, v določenih pa res ne ...

ST. 5 – PVZZN-M (34)

Mislil da bi, če bi prepustili samo organizacijo, naročanje, kjer se izvajajo programirane stvari, če bi to dali medicinskim sestram, bi potem se poznal učinek pri poslovanju in finančnih izidih. Ker znamo malo širše pogledat. To se pravi prvi učinek bi bil na področju financ, potem na področju zadovoljstva ljudi, ki jih obravnavamo. Ves sistem bi bil bolj človeški za uporabnike.

V slovenski družbi prevladuje trend staranja populacije, s tem pa tudi vse več kroničnih obolenj. Ravno pri obravnavi starostnikov bi lahko izvajalci zdravstvene nege prevzeli pobudo in s tem izboljšali finančno učinkovitost ter kakovost obravnave.

ST. 3 – PVZZN-M (66)

Lahko bi z razvojem sami določene aktivnosti, ki so zdaj, bi rekla, pod okriljem zdravnika – poklicne kompetence, bi lahko prevzele medicinske sestre in bi na ta račun lahko, pravzaprav, prihranili, tko da, dva sta: eden je kakovost, druga, to se pravi obravnave, drugo pa ekonomski ... Ker vemo, da z vidika, bom rekla, družbe, celotne družbe, če pogledamo, je trend staranja, a ne. In ravno pri starostnikih so pa medicinske sestre ene od celotnega tima, ampak majo pa lahko zelo, zelo, zelo veliko vlogo pri preprečevanju teh dolgotrajnih kroničnih stanj, al pa, bom rekla, tudi v blažji obliki, al pa manjši odvisnosti, a ne, trepljenju, pa teh stvareh ...

S prenosom določenih kompetenc z medicine na zdravstveno nego, kot to poznajo nekatere tuje države, bi zdravstveno varstvo postalo *dostopnejše* uporabnikom. Zaposleni v zdravstveni negi si lahko v okviru študija zdravstvene nege pridobijo fakultetno izobrazbo. Svoje znanje lahko poglobijo tudi s specializacijami in strokovnimi magisteriji. Možnosti se ponujajo na področju obravnave kroničnih bolnikov.

ST. 12 – PVZZN-P (30a)

Vodenje kroničnih bolnikov, to so določene stvari na primarni ravni. Namreč, ko pa gledava iz človeškega vidika, komu ljudje zdaj zaupajo, ko pridejo v ambulanto, se pogovorijo z zdravnikom, zdravnik jim napiše recept, napotnico in bolniško. Ko bomo imeli del tega vzvodja v sebi, ko nas bodo uporabniki, pacienti, prepoznali. Takrat bodo pa rekli: moja medicinska sestra.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2000–2013 že obravnava prenos kompetenc, vendar je zdaj pobuda na strani zdravstvene nege, ki mora prevzeti določene odgovornosti na tem področju in začne uresničevati možnosti, ki so ji dane v resoluciji.

ST. 12 – PVZZN-P (31)

Mogoče je in tudi bo prišlo, samo če bomo pripravljeni prevzeti odgovornost. Namreč, veliko smo govorili o prenosu kompetenc, veliko smo govorili o specializaciji, ko se je to

de facto pojavilo v političnih dokumentih, se pravi, tako v resoluciji, kot zdaj v predlogu zakona, ne, pa kar naenkrat smo se začeli spraševati: ja, a ne, zdej pa ne vemo, če bi to vzeli. Zato, ker vsaka taka faza prevzema odgovornosti ...

Sistem, ki bi bolj vključeval zaposlene v zdravstveni negi, bi bil *prijaznejši* in s tem bolj human. Pomen delovanja zaposlenih v zdravstveni negi bi se pokazal v večjem zadovoljstvu uporabnikov.

ST. 5 – PVZZN-M (51)

Bistvo zdravstven nege je, da naredi sistem človeku bolj prijazen, znosen, obvladljiv, poskrbi, da so aktivnosti strokovno narejene.

Verjetno imajo zaposleni v zdravstveni negi velik vpliv na zadovoljstvo pacientov, kar se kaže v končni večji *kakovosti* zdravstvene obravnave in doseganju boljšega zdravja populacije. Zdravnike se za razliko od zaposlenih v zdravstveni negi ocenjuje bolj po njihovih tehničnih spretnostih in strokovnosti.

ST. 4 – PVZZN-M (35)

Samo je pa res, da je status medicine oziroma zdravnikov v družbi popolnoma drugačen kakor pa status medicinskih sester. In zdravnik, od njega se skoraj, razen zdaj v zadnjem času, ne pričakuje ne vem kakšne prijaznosti. In tukaj je pa spet tisto: on je strokoven, medicinska sestra je pa prijazna. In njemu tudi ne bo kaj dosti drugače, če bo slučajno mogoče kdaj osoren ali pa ne bo tako prijazen. In njega se bo kar hitro toleriralo, da je on utrujen, da je dežuren bil, da je ne vem koliko dela, da jih je premalo – in to, kar poslušamo vsak dan. Medicinsko sestro se bo pa zelo hitro: ja, ni naredila tega, ni prijazna, ni se nasmejala in je to to. Jaz pravim: izhodišča so enaka.

Zdravstvena nega izvaja večji del zdravstvene oskrbe pacientov v ustanovah. V zdravstveno oskrbo spadajo vsi podporni mehanizmi, ki so potrebni za obravnavo pacienta, kot je skrb za perilo, in so med drugim tudi kazalci kakovosti zdravstvene obravnave. V Angliji se je pokazalo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi zelo velik vpliv na kakovost zdravstvene obravnave.

ST. 12 – PVZZN-P (38)

Izkušnja, ki sem jo videla pri Angležih: ko so njihove glavne sestre to spustile iz rok, ko jih to ni več brigal, je z leti oskrba pacientov postala katastrofalna ... perilo, higiena, prehrana ... Vse te stvari so šle zelo na dno. In posledica je bila seveda, takrat tudi padec vlade Johna Majorja, kajti najslabšo oceno so dobili na zdravstvenem, na zdravstvenem sistemu in takrat, ko sem bila jaz v Angliji, je bil slogan: Give us back a matron, se pravi vrnite nam matrone, to pa so ble te ... (ja, ja, razumem, še za Florence Nightingale k so ble, glavne sestre bolnice) in z vidika pacienta, ne, je seveda v redu, če se glavna sestra v to vtika, potem je to vse popedenano ...

Po mnenju udeleženk je tudi pri nas zdravstvena nega ključen dejavnik kakovosti.

ST. 8 – PVZZN-M (23)

Poglejte danes v praksi, vse privatne zavode in institucije, kjer ni zdravstvene nege ali pa predstavnikov zdravstvene nege ... vse zelo šepa.

ST. 2 – PVZZN-M (30)

Rekla bi, če bi ocenjevala (vpliv zdravstvene nege na kakovost) od 1–10, da 6. Vse ostale dejavnosti pa 4. Ampak to samo zaradi take organiziranosti, take kot je zdaj. Še vedno je zdravstvena nega edini podporni sistem, ki je organiziran 24 ur na dan. Kajne? Zaradi tega je ta naša vloga in posledice na kakovost bolj poznajo. Zato je tudi bolj enostavno, ob vseh teh napakah enostavno reč, ja, medicinska sestra tega ni naredila. In tukaj gre v bistvu za napako v zdravstvenem sistemu.

Zaposleni v zdravstveni negi so se do sedaj pokazali kot najbolj zainteresirani od vseh zaposlenih v zdravstvenem varstvu pri uveljavljanju kazalnikov kakovosti, ki se v Sloveniji meri na podlagi področnega dogovora Ministrstva za zdravje in bolnišnicami.

ST. 2 – PVZZN-M (32)

Zdravstvena nega je najbolj zainteresirana od vseh. In tudi če gledaš kazalnike kakovosti na nacionalnem nivoju, saj je več kot polovica kazalnikov zdravstvene nege. In drugi se ne spremljajo, kar ne pomeni, da so drugi bolj kakovostni. Zdravstvena nega veliko bolj resno jemlje doseganje kakovosti. Da stalno izboljšujemo svoje delo.

Ravno zaradi navedenih razlogov je ključnega pomena, da bi bila zdravstvena nega v sistemu enakovredneje vključena v oblikovanje raznih strategij in oblikovanje pravnih dokumentov na področju zdravstvenega varstva.

ST. 8 – PVZZN-M (59)

Zdravstvo bi bilo kvalitetnejše za pacienta in za nas. Oboje. Samostojno bi lahko načrtovali sredstva, varnostni sistem ... Torej bi bilo večje zadovoljstvo za bolnika in zaposlene ...

Velik pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike sistema zdravstvenega varstva bi bil viden v doseganju *boljšega zdravja* celotne populacije. Zdravstveno varstvo bo postalo dostopnejše. Populacija bo bolj zdrava, saj so možnosti zdravstvene nege prav na področju promocije zdravja, preventive bolezni in obravnave kroničnih pacientov velike. Zdravniki bodo v sistemu postali dostopnejši za tiste, ki jih potrebujejo.

ST. 12 – PVZZN-P (32)

Seveda bo postalo bolj dostopno, saj nas je mnogo več kot zdravnikov. Sej vsi ti rezultati morajo voditi k boljšemu zdravju, zgodnejšemu odkrivanju bolezni, ne. In drugič, tisti, ki pa res potrebujejo zdravnika, bodo tudi do zdravnika hitreje prišli, kajti danes bašejo sistem posamezniki, ki bi jih lahko obvladovala medicinska sestra, pa sej nenazadnje imamo

skoraj narejeno fakulteto. In vodenje kroničnega pacienta je stvar, ki se jo da naučit. Danes pa kronični pacienti bašejo specialiste.

Zdravstvena nega bi morala svoj pomen graditi na etičnem in moralnem vedenju, ki bi se kazal v zagovorništvu pacienta. Ni etično in ni moralno samo tisto, kar zagovarjajo določene skupine zaposlenih v zdravstvenem sistemu. Kredibilnost neki poklicni skupini bi morala temeljiti na lastnih prepoznavnih moralnih in etičnih vrednotah, ki so najbolj blizu uporabnikom.

ST. 6 – PVZZN-U (47)

Naslednje, kar bi prav tako moralo dati neko vrednost, je – čeprav etično in moralno vedenje v zadnjem času ni tako zelo pozitivno predstavljeno, predvsem s temi zadnjimi dogodki v različnih okoljih, ampak to je ena stvar, ki daje kredibilnost neki poklicni dejavnosti, na čemer se lahko gradi ali seveda tudi poruši.

Zagovorništvo pacienta bi moralo biti v našem okolju prepoznavnejše, kajti sposobnost prepoznavanja napak v sistemu je na strani zaposlenih v zdravstveni negi velika. Prav to bližino pacientu morajo zaposleni v zdravstveni negi znati izkoristiti in opozarjati na težave, ki se pojavljajo pri obravnavi pacienta v zdravstvenem timu. Vendar je delovanja na tem področju še vedno problematično zaradi sistemske odvisnosti zdravstvene nege od drugih struktur.

ST. 13 – PVZZN-M (11)

Bližje smo bolniku zato, ker smo več z njimi. Prej dobimo informacije kot zdravniki in iz tega ven imamo določene obveznosti tudi, na katere moramo in opozarjamo v tem zadnjem času. Včasih smo se bali povedati, kajne, kaj misli pacient, kaj misli svojec ali drug posameznik. Zdaj če pomislim, sama pri sebi ocenjujem, včasih mi na misel ni prišlo, da bi rekla zdravnici ...

Zagovorništvo torej pomeni, da zaposleni v zdravstveni negi opozorijo sodelavce oziroma povedo svoje mnenje, kar bi vodilo v humanejši in kakovosten zdravstveni sistem.

ST. 11 – PVZZN-P (53)

Mi se moramo pojavljati kot zagovorniki pacienta. A smo mi dovolj močni v zavarovalnicah? Nas ni. Zakaj to stroka dovoli? Saj date v časopise. Niti so 24 ur z vami, pa nam ne dajo možnost, da bi kaj za nas rekli. A veste ... to pomeni, izkoristiti, da smo prisotni, a ne? Mi bi kaj za vas naredili, recimo, pa ne moremo!

5 RAZPRAVA

V magistrski nalogi smo ugotovili, da si zaposleni v zdravstveni negi želijo in prizadevajo za pomembnejšo vlogo pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Zaposleni v zdravstveni negi sodijo znotraj zdravstvenega sistema med bolj motivirane za spremembe, kar pri drugih skupinah zaposlenih v zdravstvenem sistemu po mnenju udeležencev raziskave ni tako opazno, saj so morda bolj zadovoljni s pridobljenim položajem. Kljub temu, da se zavedajo potenciala večje vključenosti, ostajajo pri oblikovanju zdravstvene politike nevidni ali celo nezaželeni. Več tujih avtorjev (Barker, Williams in Zimmer 1985; Knaus idr. 1986; Baggs in Ryan 1990; Abramson in Mizrahi 1996; Lindeke in Sieckert 2005; Gardner 2005) zato spodbuja vključenost zaposlenih v zdravstveni negi v različne procese odločanja in v sodelovanje z drugimi skupinami zaposlenih v zdravstvenem varstvu, zlasti z zdravniki, saj je z raziskavami dokazano, da je sodelovanje med zaposlenimi v zdravstveni negi in v medicini povezano z boljšimi izidi zdravstvene obravnave, s krajšimi ležalnimi dobami, s poslovnimi izidi in z večjim zadovoljstvom pri delu zaposlenih.

V opravljeni raziskavi se je izkazalo, da je moč osrednji dejavnik, ki uravnava odnose v sistemu zdravstvenega varstva. V kategoriji, ki smo jo poimenovali *Nemoč zdravstvene nege*, prevladujejo pojmi, kot so nepomembnost, nestabilen položaj, pomanjkanje avtonomije, manjvrednost, izoliranost, nizka izobrazba in ženski poklic. Na drugi strani se je izoblikovala kategorija, ki smo jo poimenovali *Moč medicine*, ki jo najbolj označujejo pojmi, kot so profesionalizacija poklica, družbena moč, dominanten položaj in obvladovanje položaja. Med poglavitne spodbujevalnike obstoječega razmerja moči zagotovo sodi vmesni položaj zaposlenih v zdravstveni negi v odnosu med zdravnikom in pacientom. Zaposlene v zdravstveni negi tako pacienti kot zdravniki pogosto vrednotijo kot manj pomembne v sistemu zdravstvenega varstva, kar zagotovo ovira njihove težnje po avtonomiji (Ule 2003). Udeleženci raziskave obstoječe razmerje moči pojasnjujejo tudi z dobro profesionalizacija medicinskega poklica, kar potrjujeta v svojem prispevku tudi Seljak in Kvas (2004), ki menita, da ta zdravnikom zagotavlja dominanten položaj v družbi kot tudi v zdravstvenem varstvu, kjer medicina nadvlada vse druge poklice (zdravstveno nego, farmacevtske poklice in mnoge druge). Moč je omogočila zdravnikom, da so si v zadnjih stoletjih pridobili specifičen položaj in iz procesov odločanja v veliki meri izločili druge poklicne skupine. Tako kot Bernik (v Trampuš 2002) tudi Seljak in Kvas (2004) trdita, da so si zdravniki v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami v komaj dvanajstih letih izborili mnogo višje denarne nagrade in da se je dohodkovni položaj zdravnikov v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami močno izboljšal. Seljak in Kvas (prav tam) še ugotavljata, da je zaradi tega onemogočen kakovosten razvoj zdravstvenega varstva, saj je nemogoče, da bi v takih odnosih lahko bili izkoriščeni vsi potenciali posameznih poklicnih skupin. Podobno je že leta 1998 ugotavljala v svojem strokovnem prispevku Melby (1998), ki je trdila, da bodo zdravniki težko prepustili svoj dominanten položaj na področju zdravstvenega

varstva, saj je to povezano z izgubo večjih ekonomskih privilegijev v primerjavi z drugimi skupinami zaposlenih.

Avtorji (Ule 2003; Letica in Letica 1991) so si enotni, da je mnogo dejavnikov, ki sodoločajo današnji položaj zdravstvene nege, mogoče poiskati v njenem zgodovinskem *razvoju*, saj je vpliv tradicije še vedno zelo prisoten. Tradicija določa, da so izvajalci zdravstvene nege tisti, ki negujejo in služijo tako zdravnikom kot pacientom. Še vedno je mogoče prepoznati velik vpliv »samostanske vzgoje« izvajalcev zdravstvene nege, ko so v mnogih bolnišnicah negovanje izvajale nune in ko se je bila pomembna njihova poslušnost. V zdravstvu je zelo prepoznaven tudi patriarhalen odnos zdravnikov do drugih skupin zaposlenih, saj izvajalci zdravstvene nege nemalokrat prevzemajo vloge, ki jih v družbi na splošno tradicionalno zavzemajo ženske (Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002). Velika ovira je tudi v pretežno srednje izobraženem kadru, ki po mnenju udeleženk ne vidi velikega izziva ali priložnosti v nadaljnjem osebnem in poklicnem razvoju. Kot pomembno oviro pri razvoju so udeleženske izpostavile predvsem veliko razslojenost med zaposlenimi. *Izobraževalni sistem* na področju zdravstvene nege je eden izmed pomembnih dejavnikov, da vlada med izvajalci zdravstvene nege različnih stopenj izobrazbe velika razslojenost. Le okoli 30 % zaposlenih v zdravstveni negi ima visokošolsko izobrazbo in več in zaradi pomanjkanja znanja ne morejo enakovredno nastopati na raziskovalnem področju in na področjih, ki so pomembna za razvoj tako lastne stroke kot tudi za razvoj celotnega zdravstvenega področja. Podobno ugotavlja Manojlovich (2007), ki pravi, da je dejavnik nizke izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi vzrok za nizek status in močno izraženo hierarhijo. Pravi, da se morajo zaposleni v zdravstveni negi opolnomočiti na področju izobrazbe. Pridobiti si morajo torej moč, ki jo bodo uporabili za razvoj in položaj profesije zdravstvene nege in za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov (prav tam).

Zdravstvena nega je v zdravstvenem sistemu v primerjavi z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev nenazadnje podrejena tudi zaradi tega, ker še danes nima jasnega pravnega statusa, ki služil kot osnova za vzpostavitev enakovrednih odnosov. Nejasen status se najbolj odraža na ravni *managementa* v posameznih zavodih, kjer je položaj zdravstvene nege in vršnega managementa v posameznih zavodih odvisen od naklonjenosti trenutnih direktorjev zdravstvenih zavodov. Vendar je v tujini z raziskavami potrjeno, da je nujna samostojnejša vloga managementa zdravstvene nege, saj je to povezano tako z boljšo zdravstveno oskrbo kot tudi z uspešnejšim poslovanjem zdravstvenih zavodov (Manojlovich 2007).

Izjave udeleženk kažejo, da se je zdravstvena nega po osamosvojitvi države vendarle začela razvijati v smeri avtonomnejšega položaja, kar kažejo določeni *dosežki*, kot so relativno večja samostojnost, akademizacija poklica in večja sistemska vključenost kot v preteklosti. Zdravstvena nega je dosegla zelo hiter in velik strokovni *razvoj*. Ločila se je od pretirane medikalizacije poklica, kar zdravstveni negi daje vedno bolj samostojen strokovni položaj. Vzporedno z razvojem strokovne samostojnosti je

potonilo v pozabo, da je treba položaj zdravstvene nege urediti tudi glede njene pravne varnosti. Čeprav so v smeri pravne ureditve zdravstvene nege potekale mnoge aktivnosti, do tega ni prišlo. Zdravniki so leta 1999 pravno uredili svoj poklic z Zakonom o zdravniški službi (1999), kar kljub dolgoletnim prizadevanjem, lobiranjem in obljubam političnih vrhov slovenske politike zaposlenim v zdravstveni negi še ni uspelo. *Zakon o zdravstveni negi*, ki bi pravno uredil poklic dejavnosti zdravstvene nege, bi lahko pomembno prispeval k enakovrednejšemu obravnavanju dejavnosti zdravstvene nege in k samostojnejšemu odločanju o lastnem razvoju. Filejeva (2001) posebej izpostavlja, da se glede na urejenost položaja dejavnosti zdravstvene nege Slovenija uvršča med najbolj »nazadnjaške« države. Udeleženci v raziskavi pravijo, da je pravna enakovrednost zaposlenih v zdravstveni negi pomembna za varnost in kakovost storitev zdravstvene nege ter za položaj zaposlenih. Posebej izpostavljajo normativno ureditev sistema zdravstvenega varstva v tistem delu, ki govori, da je nosilec zdravstvene dejavnosti samo zdravnik. Poudarjajo, da je lahko zdravnik nosilec zdravstvene dejavnosti na svojem področju, ne more pa to veljati za celotno področje zdravstvenega varstva. Mednarodne in nacionalne organizacije izvajalcev zdravstvene nege že precej časa pozivajo države, da področje zdravstvene nege pravno uredijo. Zbornica zdravstvene nege (1997a) v svojih dokumentih tako navaja, da država z neurejenostjo tega področja zavestno dopušča manj kakovostne zdravstvene storitve. Tudi Filejeva (2001) in Cibiceva (2002) vidita potrebo po zakonski ureditvi zdravstvene nege, saj bo to omogočalo kakovostnejšo obravnavo pacientov, hitrejši razvoj stroke, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike, identiteto ter družbeni položaj zdravstvene nege. *Zakon o zdravstveni negi* bi omogočil, da bi imela dejavnost zdravstvene nege med drugim tudi večjo *politično moč*. Dejavnosti zdravstvene nege bi bilo treba omogočiti predstavnike v vseh odločujočih telesih vsaj na upravni ravni, kajti po mnenju udeležencev v raziskavi je zanimanje za politiko med zaposlenimi v zdravstveni negi zelo majhno. Med zaposlenimi v zdravstveni negi obstaja malo znanja in zanimanja, kako vplivati na politične odločitve. Naši udeleženci kot tuji avtorji ugotavljajo, da se morajo zaposleni v zdravstveni negi na tem področju opolnomočiti – pridobiti si morajo znanje in izkušnje, da bodo suvereno nastopali na političnem prizorišču (Manojlovich 2007; Hajbaghery in Salsali 2005). Tuji avtorji na tem področju govorijo o »politični apatiji« izvajalcev zdravstvene nege. Naštevajo različne vzroke, ki so podobni ugotovitvam iz naše raziskave: pretežno ženski poklic, občutek nemoči, pomanjkanje časa, ne vključevanje v politične organizacije ter predvsem nepoznavanje političnih procesov (Boswell, Cannon in 2005; Spenceley, Reutter in Miller Allen 2006). Izsledki naše raziskave kažejo, da izvajalci zdravstvene nege odnos politične oblasti do njihovega področja ocenjujejo zelo kritično. Izjave udeležencev so kritične do oblasti, ki niso uredile vsaj podobnih pogojev za zdravstveno nego v primerjavi z medicino. Odnos ministrstva za zdravje naj bi bil izključujoč, izvajalci pogrešajo trajnejše pobude za povezovanje, sodelovanje in upoštevanje obeh temeljnih strok v

sistemu zdravstvenega varstva. Velik problem udeleženci raziskave vidijo še v tem, da imajo kljub temu, da so del najštevilčnejše skupine v zdravstvenem varstvu, malo prepoznavnih in vplivnih posameznikov. Zdravstvena nega si mora torej enakovrednejši položaj šele pridobiti, da bi lahko vplivala na oblikovanje politike s ciljem izboljšati sistem zdravstvenega varstva. Z vključevanjem zaposlenih v zdravstveni negi v odločanje bi lahko bil zdravstveni sistem bolj učinkovit, saj so ti zelo vpleteni v vse procese in imajo zelo velik vpliv na uporabo kadrovskih in materialnih virov, s tem pa tudi na poslovanje zdravstvenih organizacij. S krepitevijo vlog in poklicnih kompetenc na področju promocije zdravja, preprečevanja bolezni in zgodnjega odkrivanja bi se na nacionalni ravni lahko povečala dostopnost zdravnikov, obenem pa bi se zmanjšali stroški zdravljenja.

Raziskava je potrdila tuje študije, ki govorijo o pomembni vlogi zaposlenih v zdravstveni negi pri *soustvarjanju politike zdravstvenega sistema*. Soustvarjanje politike zdravstvenega sistema spodbuja tudi Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), ki preko svoje definicije zdravstvene nege neposredno spodbuja izvajalce zdravstvene nege k aktivnostim v političnem življenju (Mednarodni svet medicinskih sester 2003). Zaposleni v zdravstveni negi so nepogrešljivi pri delovanju zdravstvenih sistemov na vseh ravneh in posledično v političnih procesih, kjer jim daje dobro poznavanje zdravstvenega sistema prednost pred drugimi. Tudi Mlakarjeva (2005) potrjuje, da bi se delovanje zdravstvene organizacije brez zaposlenih v zdravstveni negi praktično ustavilo. Udeleženci v raziskavi posebej izpostavljajo poznavanje zdravstvenega sistema, ki zaposlenim v zdravstveni negi daje posebno mesto pred drugimi.

Prednosti zdravstvene nege so po mnenju udeležencev predvsem v številčnosti, širokem poznavanju sistema, motiviranosti za spremembe, vedno višji izobraženosti ter osredotočenosti na uporabnika ali skrbi, usmerjene k človeku. Udeleženci prepoznavajo veliko prednost tudi v tem, da so 24 ur prisotni ob pacientih, kar jim omogoča, da se med njimi stkejo zaupne vezi in se ustvari bližina. Gebbie, Wakefield in Kerfoot (2000) pa vidijo prednost zdravstvene nege tudi v »etiki skrbi«, ki se razlikuje od medicinske etike. Etika skrbi, ki odlikuje izvajalce zdravstvene nege, je pomemben dejavnik, zaradi katerega morajo izvajalci zdravstvene nege aktivneje pristopiti k oblikovanju zdravstvene politike. Jonesova (2005) izpostavlja veliko zaupanje uporabnikov zdravstvenega sistema v izvajalce zdravstvene nege.

Zdravstvena nega lahko pri *oblikovanju zdravstvene politike* ta svojstven pogled prenese tudi na to raven in tako sistemsko vpliva na prijaznejši zdravstveni sistem, ki bi se kazal v večjem zadovoljstvu uporabnikov. Pomen zaposlenih v zdravstveni negi se mora povečati tudi na področju zagovorništva. Zagovorništvo predstavljajo strategije, s pomočjo katerih zaposleni v zdravstveni negi aktivno podpirajo uporabnike zdravstvenih storitev in delujejo za njihov interes, tako da omogočijo kar najkakovostnejšo zdravstveno obravnavo. Zagovorništvo predstavlja odgovornost zaposlenih v zdravstveni negi, da sodelujejo z uporabniki, da varujejo njihove interese

in jih podpirajo. Zagovarjati pomeni podpirati uporabnika, delovati v njegovem imenu, če je to treba, in dajati priporočila na osnovi strokovnega znanja (Falk-Rafael 2002 v St. John in Keleher 2007, 359). Udeleženci vidijo zagovorništvo kot pomembno vlogo zaposlenih v zdravstveni negi, ki jo morajo prenesti na politično raven in s tem omogočiti razvoj humanega, k človeku usmerjenega zdravstvenega sistema.

Domajnko in ostali (2006) v svoji raziskavi potrjujejo naše izsledke, da morajo biti zdravstvene stroke avtonomne v odnosu do medicine, če želimo vzpostaviti kakovostno delo v zdravstvenem timu. Avtorji (prav tam) nadaljujejo, da je delo v zdravstvenem timu, kjer odnosi niso enakovredni, prepuščeno »naključnim, sodelovanju naklonjenim posameznikom«. Naša raziskava potrjuje neučinkovitost zdravstvenih timov. *Učinkovitost zdravstvenih timov* je vse pre pogosto odvisna od naključij, udeleženci pa imajo s sodelovanjem v zdravstvenih timih pogosto slabe izkušnje. Zaposleni v zdravstveni negi so praviloma v timih v podrejenem položaju, kar ne more voditi h kakovostnemu delu. Zdravstvena nega in medicina sta sodelujoči in soodvisni zdravstveni stroki in prav zaradi tega je treba sodelovanje okrepiti. Domajnko in ostali (2006) ugotavljajo, da je treba za kakovostno delo v zdravstvenem timu okrepiti avtonomnost stroke in izobrazbe posameznikov v zdravstvenem timu, zmanjšati hierarhijo med posameznimi strokami, vzpostaviti partnerske odnose ter enakovredno obravnavati vse stroke. Ugotovitve naše raziskave potrujeta tudi Fagin in Garlick (2004), ki pravita, da je kakovost dela v zdravstvenem timu močno odvisna od razumevanja med člani tima. Odgovornost za kakovostnejše delo v zdravstvenem timu imajo predvsem zdravniki. Zdravnikom zato predlagata usmeritve, s katerimi se lahko sodelovanje med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi izboljša.

Dejstvo je, da še danes zaposleni v zdravstveni negi v bolnišnični zdravstveni dejavnosti upravljajo z več kot polovico stroški. Po nekaterih ocenah je kar 60–70 % stroškov poslovanja zdravstvenih zavodov odvisnih od odgovornega dela izvajalcev zdravstvene nege. Kljub tem dejstvom pa se ne uvajajo sodobnejši pristopi k obvladovanju stroškov, bolnišnični zavodi pa so zaradi močne hierarhične strukture neučinkoviti. V raziskavi udeleženci ugotavljajo, da zaposleni v medicini ne izkazujejo velikega interesa po večji avtonomiji zaposlenih v zdravstveni negi, saj je prostor v zdravstvenem varstvu omejen. Obstaja boj za večjo pomembnost, za odločanje, za plačilo za svoje delo. Pomanjkanje moči zaposlenih v zdravstveni negi je pogojeno tudi z nezanimanjem za nastopanje v političnih telesih. Kljub temu da množičnost poklica zdravstvene nege predstavlja maso ljudi, ki ima svojo moč, je le malo posameznikov, ki so se pripravljene politično izpostavljati.

5.1 Kritični pogled raziskovalca na ugotovitve raziskave

Pri pregledu ugotovitev raziskave se zavedamo, da so ugotovitve plod le enostranskega pogleda na problematiko. V raziskavo so bili vključeni udeleženci ene poklicne skupine, to je zaposlenih v zdravstveni negi. Udeleženci, ki so bili vključeni v

raziskavo, so iz vrst vodilnih predstavnikov na področju managementa, politike in upravnih državnih služb. Predstavljena so zgolj stališča te skupine. Zdravniki so v izvedeni raziskavi skupina zaposlenih v zdravstvenem varstvu, ki so najbolj izpostavljeni in so tarča kritik udeležencev raziskave za stanje, ki vlada med izvajalci zdravstvenih storitev. Z raziskavo smo pridobili vpogled in razumevanje skupine zaposlenih v zdravstveni negi na obravnavano problematiko, in sicer z uporabo kvalitativne raziskovalne metodologije, s katero smo želeli, kot smo zapisali, »raziskati in razumeti izkušnje vidnih udeležencev zdravstvene nege pri nastopanju v političnih procesih in njihovo videnje pomena zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva.« Zavedamo se in priporočamo, da bi bilo potrebno za nadaljnje raziskovanje na tem področju, vključiti tudi druge interesne skupine.

Menimo, da smo z zastavljeno raziskavo dosegli namen in cilj, ki smo si ga opredelili v empiričnem delu raziskave. V ugotovitvah raziskave sta lahko vloga in pomen zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema z vidika kritičnega bralca magistrske naloge precej idealizirani. Zavedamo se, da bi pri osredotočenju na drugo poklicno skupino (na primer na zdravnike) lahko prišli do drugačnih rezultatov. V nadaljevanju bomo zato na zgoščen način pregledali poglede in stališča posameznikov iz drugih vpletenih skupin, s katerimi bomo dopolnili ugotovitve naše raziskave.

V našem prostoru je bilo o obravnavani problematiki in odnosu med poklicnima skupinama izvajalcev zdravstvene nege ter zdravniki pisano in raziskovano v okviru raziskovalnega projekta »Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki«. Preko nekaterih prispevkov zdravnikov (Poredoš 2006; Pegan 2006; Robida 2006; Albreht 2006) si lahko neposredno in posredno odgovorimo tudi na v magistrski nalogi zastavljena vprašanja.

Poredoš (2006), takrat predsednik Slovenskega zdravniškega društva, pravi, da se zdravstveni delavci (izpostavlja skupino zdravnikov in medicinskih sester) srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev v najbolj občutljivih obdobjih njihovega življenja. Kakovostno delo z uporabniki je možno le, če med zdravniki in medicinskimi sestrami vlada medsebojno spoštovanje in poteka kakovostna komunikacija, ki temeljita na kakovostnih medsebojnih odnosih. Nadaljuje, da so medsebojni odnosi v zdravstvenem varstvu večkrat okvarjeni zaradi »poudarjanja pomembnosti vloge in poslanstva posameznih zdravstvenih profilov« (Poredoš 2006, 15). V tej vlogi vidi predvsem svojo lastno poklicno skupino – zdravnike, ki pa jo hkrati opravičuje s tem, da ima »sicer pomembno in zelo zahtevno, zlasti pa odgovorno vlogo« (prav tam, 15). Zaključuje, da je pri kakovostni zdravstveni obravnavi pacientov najpomembnejše sodelovanje med medicinsko sestro in zdravnikom, »ki morata pri obravnavi bolnika nastopati kot partnerja in v dopolnjujočih se vlogah« (prav tam, 16).

Pegan (2006), v tistem času predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, prav tako trdi, da je sodelovanje med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki nujno. Priznava, da

je hierarhija v teh dveh skupinah in med skupinama zaposlenih močna. Medicinske sestre so se hierarhije zavedale, »zdravnik pa bi ravnal zelo nespametno, če dobronamerne nasveta ali pripombe medicinske sestre ne bi upošteval. Vedeti moramo, da je medicinska sestra visoko izobražena oseba [...]« (prav tam, 22). Hierarhične sisteme v zdravstvu tudi tuji avtorji ocenjujejo kot slabe, neproduktivne in neprimerne za razvoj zdravstvenih sistemov. Dominanca medicinske profesije ovira učinkovito sodelovanje, katerega sestavni del je tudi enakopravnost v procesih odločanja (Pollard 2006). V prispevku pa po drugi strani Pegan (2006) problematizira tudi »destruktiven naboj« zaposlenih v zdravstveni negi do zdravnikov, za katerega pravi, da ne sme postati stalnica v odnosih med medicinskimi sestrami in zdravniki. V timskem delu so prisotne pomanjkljivosti na obeh strahneh, tako pri medicinskih sestrah kot pri zdravniki, ki pa jih lahko odpravimo, če jih poznamo in si jih priznamo. Prispevek Pegan (2006, 24) sklene z oceno, da sodelovanje med tema dvema skupinama zaposlenih v zdravstvenem timu ni ravno idealno in da se »časi, ko je bila beseda zdravnika smatrana kot dokončna in nezmotljiva, polagoma umikajo obdobju dogovarjanja in razprave med vsemi udeleženci skupine.«

Robida (2006), zdravnik, zaposlen na Ministrstvu za zdravje, pravi, da timskega dela pri nas v zdravstvenem varstvu ne poznamo. Varno in kakovostno delo v zdravstvenem varstvu nista le plod dela vodstev zdravstvenih zavodov, posameznika, ene poklicne skupine. Za varno in kakovostno delo je potreben timski pristop k delu, o katerem se veliko govori in piše, skoraj nikjer pa ne zaživi zaradi vpliva posameznih poklicnih skupin, ki želijo zadržati svoj tradicionalen položaj in način dela ter zadovoljevati lastne potrebe in ne koristi celotne populacije. Veliko odgovornost za obstoječe stanje vidi v vršnem managementu zdravstvenih zavodov, ki ne spodbuja drugačnega sodelovanja med različnimi poklicnimi skupinami, ter v zakonodaji in izobraževalnih institucijah, ki se ne prilagajajo zahtevam po novem načinu dela (prav tam).

Albreht (2006), zdravnik, zaposlen na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije, trdi, da se v različnih državah krog enakovrednih sodelavcev okoli pacienta veča. Vključuje vedno več profilov. Pomeni, da se tradicionalni odnosi, ki poudarjajo dominantno vlogo zdravnika, umikajo sodobnim odnosom, ki poudarjajo enakovredno vlogo vseh, vključenih v zdravstveno obravnavo. Vendar je ta premik v nekaterih državah počasen, ker so posledice tradicionalne vloge posameznih poklicev in nosilna vloga zdravnika še vedno zelo prisotne. Tradicija pa je tudi vzrok za spremembe, »saj počasi nastajajo okoliščine, ko tisti profili, ki nimajo primerne vloge, vendarle poskušajo spremeniti svoj status in dokazati usposobljenost za drugačno vlogo [...]« (prav tam, 33). Avtor v svojem prispevku pove, da pacienti v Sloveniji še ne zaupajo popolnoma medicinskim sestram novih vlog, ki naj bi jih prevzele v procesih odločanja in zdravljenja, vendar to razlaga s tem, da naj ne bi dovolj poznali usposobljenosti medicinskih sester (Albreht 2006). Poudarja, da v mnogih državah izvajalci zdravstvene

nege, ki imajo končano visokošolko izobrazbo, postajajo vse bolj pomembni udeleženci v zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalstva. Zaradi podaljšanja študija so postali vse bolj izobraženi in tako usposobljeni prevzeti vse več pooblastil zdravnikov. Obravnava stabilnih kroničnih obolenj, preventiva ogroženih skupin prebivalstva so v mnogih državah že samostojna področja izvajalcev zdravstvene nege. Do tega prenosa kompetenc z zdravnika na izvajalce zdravstvene nege je prišlo predvsem zaradi ekonomskega učinka, saj so zdravniki dražja delovna sila. S tem je zdravstveni sistem postal bolj odprt in dostopnejši (s krajšimi čakalnimi dobami) za tiste paciente, ki zdravnika najbolj potrebujejo. Partnerska vloga med zdravniki in medicinskimi sestrami je ključnega pomena za spremembe na področju zdravstvenega varstva (prav tam).

Za naše razumevanje problematike so zanimive tudi ugotovitve raziskave, kjer so raziskovali vključevanje zdravnikov in medicinskih sester, v procese odločanja in organizacije zdravstvenega sistema. Tudi zdravniki, kot medicinske sestre, prepoznavajo, da so premalo vključeni v procese kreiranja sprememb sistema zdravstvenega varstva (Skela Savič in Pagon 2008).

Država, odločujoči na Ministrstvu za zdravje, do sedaj zaposlenih v zdravstveni negi niso upoštevali kot enakovrednega partnerja pri oblikovanju zdravstvene politike. Pri pripravi novega Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej 2010) je Ministrstvo za zdravje prvič v vseh letih od osamosvojitve vključilo predstavnike zdravstvene nege kot enakovredne partnerje pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Predstavniki zdravstvene nege so bili eni izmed partnerjev na strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki so bili vabljeni na več posvetov k predsedniku vlade, ministru za zdravje in na druge pomembne posvete. V pogajanjih so si prizadevali za enakovredno pravno obravnavo v zakonu, za enakovredno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov ter za povečanje kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi, kar bi lahko posledično razbremenilo zdravnike in povečalo njihovo dostopnost tistim, ki jih potrebujejo (Bregar in Klemenc 2010).

Tuja literatura na tem področju je dosegljiva predvsem iz angleškega prostora, kjer so že pred več kot desetimi leti spoznali, da je povečanje kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi in tudi njihovo sodelovanje pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema pomembno. Antrobus (2003) v svojem prispevku pravi, da je vlada Velike Britanije spoznala, da morajo v oblikovanju in postavljanju politike zdravstvenega sistema sodelovati vsi partnerji, zdravniki, zaposleni v zdravstveni negi in pacienti, če želi oblikovati politiko zdravstvenega sistema, ki bo učinkovita. S tem namenom so bile leta 2000 v Veliki Britaniji uvedene reforme, ki so se dotikale prav zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstveni negi so z reformami postali oblikovalci politike zdravstvenega sistema in ne samo tisti, ki so izvajali reforme. Takratni minister za zdravje Velike Britanije je objavil reforme, s katerimi je zaposlene v zdravstveni negi postavil v središče modernizacije angleškega zdravstvenega sistema. Reforme so bile postavljene v duhu, ki naj bi osvobodil zaposlene v zdravstveni negi, in sicer v smislu,

da so zaposleni v zdravstveni negi na podlagi reform razširili svoje kompetence na vseh področjih. Pridobili so nova pooblastila pri izvajanju samostojnih nalog, pri vodenju zdravstvenih sistemov ter bili spodbujeni pri oblikovanju politik zdravstvenih sistemov na lokalni ravni (Beecham 2000).

Orchard, Curran in Kabene (2005) opozarjajo na še eno pomembno posledico neuravnoteženosti med različnimi poklici in pomanjkljivega sodelovanja v zdravstvenem sistemu – na pomanjkljivo vključenost samih pacientov, do katere prihaja zaradi zaprtosti procesov odločanja. Menijo, da imajo lahko prepiri glede pristojnosti, slabo vodenje in zmeda glede avtonomije ter avtoritete negativne učinke na sposobnost članov tima, da sodelujejo in ustvarjajo rezultate. Neravnovesje moči lahko tako privede do konfliktov znotraj in med skupinami zaposlenih, s tem pa tudi do višjih stroškov zdravstvenega sistema in potencialnih težav z varnostjo pacientov. Kot rešitev predlagajo resnično interdisciplinarno prakso »partnerstvo med skupinami zdravstvenih strokovnjakov in pacientov v participativnem, sodelovalnem in koordiniranim pristopi k skupnemu odločanju o zdravstvenih vprašanjih« (prav tam, 1).

V luči te ugotovitve je zato nujno treba dodati, da sicer obstajajo mnogi razlogi, s katerimi lahko zagovarjamo nujnost in koristnost večje vključenosti zdravstvene nege v procese odločanja, kot so boljše izkoriščanje vseh človeških virov, izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev in vključitev drugačnega pogleda na pacienta ter drugih, ki smo jih omenili že prej, da pa se proces ne sme omejiti zgolj na interesne skupine znotraj samega zdravstvenega sistema. Nujno je treba v večji meri vključiti tiste, ki jim je dejavnost pravzaprav tudi namenjen – pacientom. Tovrstne spremembe, ki z osredotočenjem na uporabnike temeljito spreminjajo obstoječe procese zagotavljanja zdravstvenih storitev, zlasti v javnih sistemih, pogosto pa jih označujemo s terminom »konzumerizacija zdravstva« (Laing in Hogg 2002), presegajo namen in cilje te magistrske naloge.

5.2 Koncept opolnomočenja zdravstvene nege

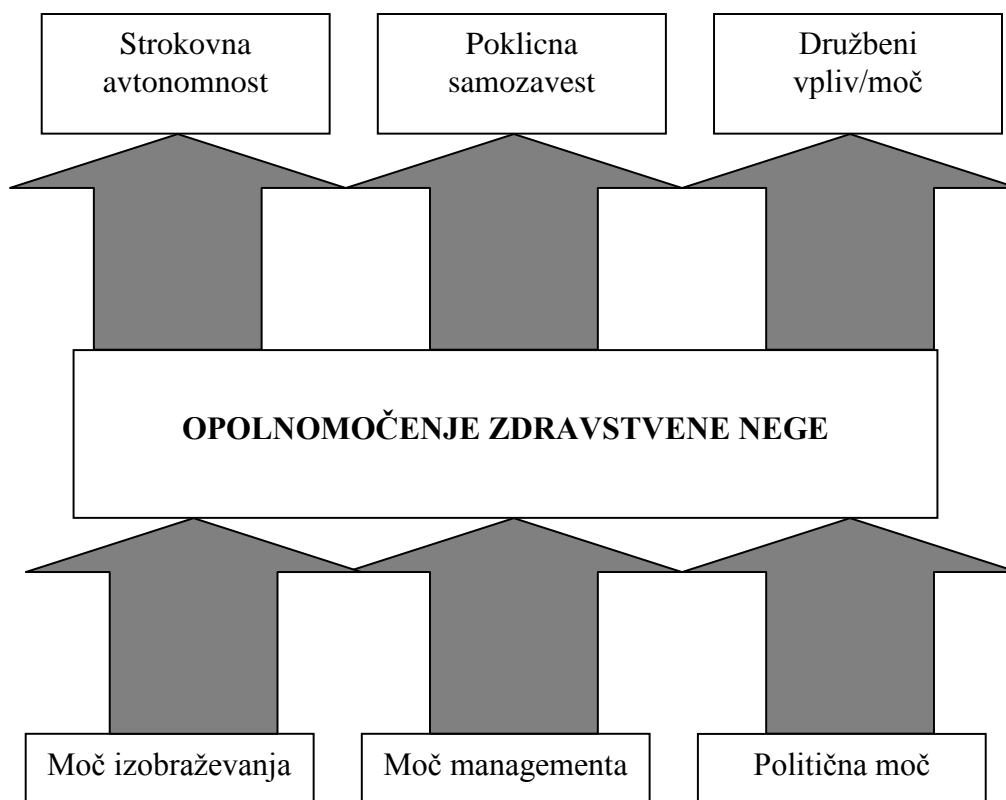
Kvalitativna raziskava, ki smo jo izvedli med vidnimi udeleženci zaposlenih v zdravstveni negi, nam ne daje rezultatov, ki bi jih lahko posplošili. Kvalitativne raziskave nam odkrivajo razumevanje, nova spoznanja in globino problema, ki se lahko skozi raziskavo spreminja. Rezultati kažejo na položaj zdravstvene nege v trenutnem družbeno-političnem kontekstu in njen pomen pri oblikovanju politike zdravstvenega varstva. Na podlagi podatkov, ki smo jih dobili v empiričnem gradivu, smo oblikovali pojme, jih združili v kategorije in interpretirali odnos med posameznimi pojmi in kategorijami.

Zaključimo lahko, da so spremembe na različnih ravneh zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu nujne. Potrebno je opolnomočenje zdravstvene nege na več področjih, kar skušamo razložiti v modelu opolnomočenja zdravstvene nege (glej sliko

5.1).¹⁶ Na področju zdravstvene nege se lahko opolnomočenje zaposlenih v zdravstveni negi nanaša na kritično razmišljanje in teoretska spoznanja.

Smith (1990 v Kenney 2002, 272–273) vidi področje zdravstvenega varstva kot izrazito hierarhičnega in birokratskega, zato spodbuja raziskovalce, naj raziščejo, do katere meje je dovoljeno zaposlenim v zdravstveni negi kritično razmišljati. Razlaga, da je kritično razmišljanje pri zaposlenih v zdravstveni negi povezano z njihovim avtonomnim strokovnim razmišljanjem. Leyshon (2002 v St. John in Keleher 2007, 363) pravi, da je opolnomočenje koncept, v katerem se posameznika, skupino ali družbo opolnomoči skozi procese zagovorništva, podajanja znanja in veščin. V zdravstveni negi se opolnomočenje največkrat prepozna kot načrtno usposabljanje posameznika, skupine ali skupnosti v pridobivanju moči za odločanje in prevzemanje odgovornosti pri doseganju optimalnega zdravljenja.

Slika 5.1 Model opolnomočenja zdravstvene nege



Koncept opolnomočenja lahko uporabimo tudi v naši raziskavi. Analiza empiričnega gradiva nakazuje, da je treba zaposlene v zdravstveni negi opolnomočiti, da bodo lahko postali zagovorniki pacientov, skupin, družbe in zagovorniki samih sebe in s tem dosegali svoj pomen v družbi.

Osrednji pojem našega modela opolnomočenja zdravstvene nege je moč, ki se nas je bolj ali manj dotikala vseskozi pri analizi empiričnega gradiva. Moč zdravstvene nege

¹⁶ Opolnomočenje v angleški strokovni literaturi prevajajo z »empowerment«.

je treba izoblikovati in jo na pravilen način interpretirati. Ugotavljamo, da je moč zaposlenih v zdravstveni negi ključna za njihovo vidnost in upoštevanje pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Nekateri tuji avtorji govorijo, da je moč na strani zaposlenih v zdravstveni negi sprejeta skrajno negativno. Vendar je nujno, da zaposleni v zdravstveni negi razumejo moč in jo znajo uporabiti (Maslin-Prothero, Ed in Masterson 2002). Moč zdravstvene nege je treba povečati na področju izobraževanja, managementa in politike. To so tri ravni, ki jih nikakor ne moremo ločiti in vplivajo druga na drugo. Zaposleni v zdravstveni negi, ki bodo opolnomočeni, bodo strokovno avtonomni, samozavestni pri svojem delu in bodo imeli vpliv v družbi ter v političnem življenju.

Področje *izobraževanja* je treba urediti, povečati vpliv stroke na študijske programe in poenotiti razumevanje vplivnih posameznikov na teh področjih. Nerazumevanje med njimi naj vodi v nova spoznavanja in raziskovanja ter v konstruktivne zaključke, preko katerih bo zdravstvena nega prepoznavna v družbi, in ne v brezizhodna nasprotja. Izobraževanje mora postati gonilo razvoja. Fakultete in visoke šole zdravstvene nege se morajo povezati s prakso, tako da bodo omogočale razvoj kakovostnih kadrov. Katedre zdravstvene nege morajo prevzeti osrednjo vlogo pri dokazovanju pomena zdravstvene nege. Po izjavah v raziskavi je razvidno, da pomanjkanje intelektualne elite v zdravstveni negi močno vpliva na njihovo moč v sistemu zdravstvenega varstva. Še vedno prevladuje srednje izobražen kader. Zato morajo akademsko izobraženi posamezniki povečati svojo vidnost v družbi. Njihova naloga je, da zdravstveno nego ustrezno raziščejo in predstavijo javnosti, tako da bo zdravstvena nega predstavljala družbeno pomembno kategorijo. Povečati je treba na dokazih temelječe raziskave, preko katerih bo dokazan pomen zdravstvene nege v zdravstveni obravnavi. Avtorica (Skela Savič 2009) je v kvalitativni raziskavi, kjer je opravila pregled literature, ugotovila, da pri nas še ni razvito klinično raziskovanje, ki bi bilo usmerjeno na izboljševanje kliničnega dela. Še vedno prevladujejo raziskave, ki govorijo o pomenu raziskovanja za zdravstveno nego, v nasprotju z tujimi raziskavami, ki so usmerjene v klinično raziskovanje. Tudi Pahorjeva (2001) ugotavlja, da je treba pospešiti raziskovanje v zdravstveni negi, vendar se sprašuje, ali vplivne družbene strukture sploh želijo znanstveno utemeljeno zdravstveno nego.

Management zdravstvene nege mora v sistemu vodenja zdravstvene nege pridobiti večji vpliv in moč pri strateških odločitvah. Managerji zdravstvene nege so po mnenju udeleženk v raziskavi ključni za uveljavljanje sprememb na področju zdravstvene nege in s tem tudi na področju zdravstvenega varstva, kar potrjujejo tudi različni avtorji v svojih raziskovalnih in strokovnih člankih (Warner 2003; Mlakar 2008; Klemenc 2008; Skela Savič 2008). Management zdravstvene nege je v preteklosti imel po mnenju udeleženk močan položaj. Takratna moč je izvirala iz dobre skupne organiziranosti posameznih managerk zdravstvene nege, ki so imele ugled in enotnost v svojih vrstah, predvsem pa jasno vizijo. Danes v zdravstveni negi management ne odigrava prave

vloge v sistemu zdravstvenega varstva, saj je položaj managementa odvisen od drugih trenutnih vodilnih struktur. Dogaja se, da se statuti zavodov največkrat menjajo prav na področju managementa zdravstvene nege, ki tako nima nikakršne možnosti za neodvisno delo. Prav na področju managementa zdravstvene nege se še najbolj odraža podrejenost medicini (Mlakar 2005). V takem okolju optimalen razvoj stroke zdravstvene nege in celotnega zdravstvenega varstva ni možen. Iz vseh teh razlogov je treba na novo organizirati management zdravstvene nege in dejavnosti zdravstvene nege zagotoviti enakovredno mesto v zdravstvenem sistemu. Postavljanje managementa zdravstvene nege je treba v slovenskem prostoru poenotiti in ga razbremeniti vpliva drugih strok v zdravstvenem varstvu. Pri tem so pomembne enotne sistemske rešitve. Naša raziskava se ujema s tujimi raziskavami, ki poudarjajo, da zdravstvena nega pomembno vpliva na izide zdravstvene obravnave (Thungjaroenku, Cummings in Embleton 2007; Numata idr. 2007). Zato mora management zdravstvene nege pridobiti moč in vpliv pri obvladovanju zaposlenih v zdravstveni negi.

Politično moč v raziskavi razumemo v zastopanosti izvajalcev zdravstvene nege v političnih, upravnih in drugih organih, ki vplivajo na oblikovanje politike sistema zdravstvenega varstva. Udeleženci ugotavljajo, da zaposleni v zdravstveni negi nimajo politične moči. Opazno je izključevanje zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Prav tako ugotavljamo, da med izvajalci zdravstvene nege ni velikega zanimanja za politiko, kar se kaže v skoraj popolni odsotnosti v političnem življenju in v nepoznavanju političnih procesov. Znano je, da večino zaposlenih v zdravstveni negi predstavljajo ženske, ki pa se po mnenju udeleženk v raziskavi ne zanimajo za politiko. Prav tako med zaposlenimi v zdravstveni negi vlada neznanje o načinih vplivanja na politične odločitve. V procesu sprejemanja pravnih aktov tako v predparlamentarnih postopkih kot v parlamentu ima zainteresirana javnost možnost vplivanja na vsebino pravnih aktov. Zaposleni v zdravstveni negi ne poznajo teh procesov, zato jih je treba o teh procesih poučiti. Sistemska vključenost v upravne organe je glede na velikost skupine zanemarljiva. S pomočjo izobraženih posameznikov, ki bodo znanstveno dokazali pomen zdravstvene nege pri zdravstveni obravnavi posameznika, in močnega managementa bo lahko zdravstvena nega povečala politično moč. Močni in vplivni posamezniki bodo družbeno prepoznavni in se bodo lahko enakovredneje potegovali za politično moč v političnih organih in organih upravljanja v zdravstveni politiki. Vendar so zaradi razvoja zdravstvene nege in zaradi pretirane prevlade medicine potrebne nekatere sistemske rešitve na ravni Ministrstva za zdravje, kot so povečanje vlog predstavnikov zdravstvene nege v vseh odločujočih organih in delovnih telesih, ki lahko vplivajo na razvoj zdravstvenega sistema.

6 ZAKLJUČEK

Raziskava, opravljena med vidnimi udeleženci zaposlenih v zdravstveni negi, kaže, da slednji zagovarjajo nujnost večjega vključevanje zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Menijo, da lahko zaposleni v zdravstveni negi s svojim delovanjem pomembno prispevajo k iskanju rešitev za večjo kakovost storitev, zadovoljstvo uporabnikov in učinkovitejšo uporabo vseh virov.

Vendar je pomen zaposlenih v zdravstveni negi težko povečati, saj nekatere značilnosti, ki veljajo za največjo skupino zaposlenih, ovirajo njihovo delovanje v političnih procesih. Zaposleni v zdravstveni negi so še vedno močno podrejeni medicini, ki si je v svojem razvoju pridobila prevladujoč položaj na področju zdravstvenega varstva in s tem postala najmočnejša interesna skupina poleg Zavoda za zdravstveno zavarovanje in farmacevtov, ki vsi skupaj s svojo močjo pomembno vplivajo na oblikovanje politike zdravstvenega varstva. Skupine zaposlenih v zdravstveni negi v teh razmerjih nihče ne omenja, čeprav bi lahko z njihovo večjo vključenostjo in s tem tudi boljšo izrabo vseh človeških potencialov v končni fazi koristi pridobili tudi tisti, ki jim je v prvi vrsti zdravstveni sistem namenjen – uporabniki zdravstvenih storitev. Zaposleni v zdravstveni negi bi z uveljavitvijo biopsihosocialnega modela zdravstvene obravnave imeli povečane možnosti pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema.

Zaposleni v zdravstveni negi morajo za dosego tega cilja povečati svoj vpliv na vseh nivojih. Znano je, da se ne vključujejo dovolj v politične procese, med njimi vlada razslojenost, zdravstvena nega pa v družbi ni prepoznavna kot znanstvena disciplina. V prvi vrsti je treba povečati vlogo izobraževalnih inštitucij in vpliv prepoznavnih posameznikov v zdravstveni negi, ki morajo v javnosti predstaviti zdravstveno nego kot pomemben in nedeljiv del zdravstvene obravnave. S povečanjem družbene prepoznavnosti lahko dejavnost zdravstvene nege postane relevanten del političnih procesov preko katerih bo lahko vplivala na izgradnjo sistema zdravstvenega varstva. V kolikor bi zaposleni v zdravstveni negi želeli povečati svoje možnosti in vidnost v sistemu zdravstvenega varstva, mora steči proces opolnomočenja zdravstvene nege. Koncept opolnomočenja zdravstvene nege vključuje oblikovanja moči zaposlenih v zdravstveni negi na področju izobraževanja, managementa in politike.

Sistemi zdravstvenega varstva so v krizi. Potrebne so spremembe. Pomembne interesne skupine, ki so do sedaj obvladovale prostor, ne morejo več povsem same zagotavljati osnovnih načel zdravstvenega varstva pri nas, kot so: solidarnost, enakost in univerzalnost. Zato so se možnosti za prepoznavnost in sodelovanje tudi drugih interesnih skupin povečale. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema je lahko v prijaznejšem, dostopnejšem, za uporabnika še bolj kakovosten zdravstveni sistem.

LITERATURA IN VIRI

Literatura

- Abramson, J. S. in T. Mizrahi. 1996. When social worker and physicians collaborate: positive and negative experience. *Social Work* 41 (3): 270–281.
- Albreht, T. 2006. Sodelovanje med različnimi poklici v zdravstvenem varstvu – javnozdravstveni vidik. V Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu Priložnosti za izboljševanje kakovosti, ur. A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek, 32–36. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Albreht, T. in N. Klazinga. 2002. Health manpower in Slovenia: A policy analysis of the changes in roles of stakeholders and methodologies. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 27 (6): 1001–1022.
- Antrobus, S. 2003. What is political leadership? *Nursing Standard* 17 (43): 40–44.
- Archer, S. E. 1983. A study of Nurse administrator`s political participation. *Western Journal of Nursing Research* 5 (1): 65–67.
- Baggs, J. G. in S. A. Ryan. 1990. Intensive care unit nurse-physician collaboration and nurse satisfaction. *Nursing Economics* 8 (6): 386–392.
- Baly, M. E. 1995. Nursing and social change. London in New York: Routledge.
- Barker, W. H., T. F. Williams in J. G. Zimmer. 1985. Geriatric consultation teams in acute hospitals: Impact on back-up of elderly patients. *Journal of American Geriatric Society* 33 (6): 422–428.
- Barry, C. 1990. Profiles of nurses professionally involved in public policy. *Nursing Economics* 8 (3): 174–176.
- Baumgart, Alice J. 1999. Nurses and political action: The legacy of sexism. *Canadian Journal of Nursing Research* 30 (4): 131–141.
- Beecham, L. 2000. UK health secretary wants to liberate nurses' talents. *British Medical Journal* BMJ 320 (7241): 1025.
- Bodenheimer, S. in T. K. Grumbach. 2005. *Understanding health policy: A clinical approach*. New York: Lange Medical/McGraw-Hill.
- Bohinc, M. 1997. Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege* 31 (5/6): 247–252.
- Bohinc, M. in D. Cibic. 2005. Country profile: Slovenia. *Nursing Ethics* 12 (3): 317–322.
- Borthwick, C. in R. Galbally. 2001. Nursing leadership and health sector reform. *Nursing Inquiry* 8 (2): 75–81.
- Boswell, C., S. Cannon in N. J. Miller. 2005. Nurses' political involvement: responsibility versus privilege. *Journal of Professional Nursing* 21 (1): 5–8.
- Bowen, S. in A. B. Zwi. 2005. *Pathways to »evidence-informed« policy and practise: A framework to action*.

- [Http://www.plosmedicine.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0020166](http://www.plosmedicine.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0020166) (2. 12. 2009).
- Bregar, B. in K. Klemenc. 2010. Naša prizadevanja za izboljšanje Zakona o zdravstveni dejavnosti. *Utrip* 18 (2): 4–5.
- Caprae, H. 2007. *Naj sosedu crkne krava*.
[Http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=2](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=2) (junij 2009).
- Ceglar, J. 2003. *Modeli plačevanja izvajalcem bolnišnične dejavnosti v Sloveniji in izbranih državah*. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani: Ekonomska fakulteta.
- Cenčič, M. 2002. *Pisanje in predstavljanje rezultatov raziskovalnega dela*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Cibic, D. 2002. Izzivi in možnosti za sodobno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege* 36 (2): 69–70.
- Conger, C. O. in J. Patrick. 2000. Integrating political involvement and nursing education. *Nurse Educator* 25 (2): 99–103.
- Cooke, H. 1993. Boundary work in the nursing curriculum: the case of sociology. *Journal of Advanced Nursing* 18 (12): 1990–1998.
- Cramer, M. E. 2002. Factors influencing organized political participation in nursing. *Policy, Politics & Nursing Practise* 3 (2): 97–107.
- Česen, M. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Des Jardin, K. E. 2001a. Political involvement in nursing – politics, ethics, action. *AORN Journal* 74 (5): 614–618.
- Des Jardin, K. E. 2001b. Political involvement in nursing – education and empowerment – home study program – cover story. *AORN Journal* 74 (4): 467–475.
- Dock, S. 1917. The relation of the nurse to the doctor and the doctor to the nurse. *American Journal of Nursing* 17 (5): 394–396.
- Dollinger, M. L. 2000. Professional association: Ethics, duty and power. *Journal of the New York State Nurse Association* 31 (2): 28–33.
- Domajnko, B., A. Kvas, K. Štrancar, N. Bajec in M. Pahor. 2006. Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pogled. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu Priložnosti za izboljševanje kakovosti*, ur. A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek, 235–260. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Easterby-Smith, M., R. Thorpe in A. Lowe. 2005. *Raziskovanje v managementu*. Koper: Fakulteta za management.
- Ensor, T. in A. Duran-Moreno. 2002. Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. V *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, ur. R. B. Saltman, R. Busse in E. Mossialos, 109–124. Buckingham: Open University Press.

- Fagin, L. in A. Garelick. 2004. The doctor – nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment* 10 (4): 277–286. [Http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/10/4/277](http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/10/4/277) (december 2009).
- Falk-Rafael, A. 2002. From rhetoric to reality: the changing face of public health nursing in Southern Ontario. *Public Health Nursing* 16 (1): 50–59.
- Figueras, J., M. McKee, J. Cain in S. Lessof, ur. 2004. *Health systems in transition: Learning from experience*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. [Http://www.euro.who.int/document/e83108.pdf](http://www.euro.who.int/document/e83108.pdf) (24. 10. 2008).
- Filej, B. 2001. Slovenska zdravstvena nega – quo vadis. *Obzornik zdravstvene nege* 35 (3/4): 65–68.
- Filej, B. 2004. Sodobni trendi v zdravstveni negi. V *Kakovost zdravstvene nege – kako je prenesti v prakso*, ur. R. Trampuž, 5–11. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
- Filej, B. 2007. *Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege: primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije*. Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
- Filej, B. 2008. Ali smo pri uvajanju sprememb v organizaciji odvisni od sebe ali od drugih? V *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega*, ur. B. Skela Savič, M. Kaučič in J. Ramšak Pajk, 120–128. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Garbajs, B. 2008. *Detajlistične zdravstvene ambulate v ZDA in možnosti njihove uvedbe v Sloveniji*. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Gardner, B. D. 2005. The lessons in colaboration. *Online Journal of Issues in Nursing* 10 (1). [Http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_116008.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/tpc26_116008.aspx) (23. 11. 2009).
- Gebbie, K. M., M. Wakefield in K. Kerfoot. 2000. Nursing and health policy. *Journal of Nursing Scholarship* 32 (3): 307-315.
- Giaimo, S. in P. Manow. 1999. Adapting the welfare state: The case of health care reform in Britain, Germany, and the United States. *Comparative Political Studies* 32: 967–1000.
- Glennon, G. B. I. *Industrial action: A reasonable political option for nurses?* [Http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1996/a14.html](http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1996/a14.html) (11. 2. 2010).
- Green paper. 2005. *Confronting demographic change: a new solidarity between the generations*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Greipp, M. E. 2002. Forces driving health care policy decisions. *Policy, Politics & Nursing Practise* 3 (1): 35–42.

- Hajbaghery, M. A. in S. Mahvash. 2005. A model for empowerment of nursing in Iran. [Http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/24](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/24) (24. 11. 2009).
- Hajdinjak, G. in R. Meglič. 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
- Halpern, I. M. 2002. Reflections of health policy advocate: The natural extension of nursing activities. *Oncology Nursing Forum* 29 (9): 1261–1263.
- Hannigan, B. in P. Burnard. 2000. Nursing, politics and policy: response to Clifford. *Nurse Education Today* 20 (7): 519–523.
- ICN – International Council of Nurses. 2010a. *Leadership for change*. [Http://www.icn.ch/leadchange.htm](http://www.icn.ch/leadchange.htm) (januar 2010).
- ICN – International Council of Nurses. 2010b. *ICN Position Statements*. [Http://www.icn.ch/policy.htm#Nursing%20Roles%20in%20Health%20Care%20Services](http://www.icn.ch/policy.htm#Nursing%20Roles%20in%20Health%20Care%20Services) (marec 2009).
- Illich, I. 1975. *Medicinska Nemezis*. Beograd: Nolit.
- Jacobzone, S. in H. Oxley. 2001. Healthcare expenditure: A future in question. *The OECD Observer* 229 (november): 13.
- Johnson, T. 1972. *Professions and power*. London: Macmillan.
- Jones, M. J. 2005. Nurses remain atop ethics and honesty list. [Http://www.gallup.com/poll/20254/Nurses-Remain-Atop-Honesty-Ethics-List.aspx](http://www.gallup.com/poll/20254/Nurses-Remain-Atop-Honesty-Ethics-List.aspx) (27. 2. 2009).
- Kalauz, S., M. Orlič-Šumić in D. Šimunec. 2008. Nursing in Croatia: past, present, and future. *Croatian Medical Journal* 49 (3): 298–306.
- Kaučič, I. in F. Grad. 2008. *Ustavna ureditev Slovenije*. Ljubljana: GV Založba.
- Keber, D. 2003. Utrjevanje vrednot in vzpodbujanje sprememb: zdravstvena reforma 2003. *Zdravstveni vestnik* 72 (2): 57-8.
- Kennedy, E. M. 1985. Foreword. V *Political action handbook for nurses*, ur. D. J. Mason in S. W. Talbolt, (xxi–xxii). Menlo Park: Addison-Wesley.
- Kenney, W. J. 2002. *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practise*. London: Jones and Bartlett.
- Klemenc, D. 2008. Položaj in vloga menedžmenta v zdravstveni negi v zadnjih desetih letih s strani Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi*, ur. B. M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun in N. Vidnar, 25–32. Ljubljana: Zbornica – Zveza
- Klun, B. 2000. *Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Knaus, W. A., E. A. Draper, D. P. Wagner in J. E. Zimmerman. 1986. An evaluation of outcomes from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine* 104 (3): 410–418.

- Konkle-Parker, D. J. 2000. Political activity: a nursing intervention. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 11 (3): 93–94.
- Kos Grabnar, E. 2008. Vloga Menedžmenta zdravstvene in babiške nege v bolnišnicah. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi*, ur. B. M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun in N. Vidnar, 38–42. Ljubljana: Zbornica – Zveza.
- Kuhar, M. in M. Natran Ule. 2002. Družina kot projekt: družinske orientacije mladih v Sloveniji. *Socialna pedagogika* 6 (3): 309–334.
- Kulig, C. J., D. Nahachewsky, E. Thomlinson, M. L. P. Macleod in F. Curran. 2004. Maximizing the involvement of rural nurses in policy. *Nursing Leadership* 17 (1): 88–96.
- Kvas, A. in J. Seljak. 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Laing, A. in G. Hogg. 2002. Political Exhortation, Patient Expectation and Professional Execution: Perspectives on the Consumerization of Health Care. *British Journal of Management* 13 (2): 173–188.
- Langston, F. N. 2000. From the patient room to the board room: An imperative for nursing action. *Policy, Politics & Nursing Practise* 1 (1): 47–51.
- Letica, S. in G. Letica. 1991. Medicinska sestra kot profesionalka: družbeni položaj in etični problemi. *Obzornik zdravstvene nege* 25 (1/2): 23–30.
- Leyshon, S. 2002. Empowering practitioners: an unrealistic expectation of nurse education? *Journal of Advanced Nursing* 40 (4): 466–474.
- Lindeke, L. in A. Sieckert. 2005. Nurse-physician workplace collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing* 10 (1).
[Http://www.nursingworld.org/mods/mod775/nrsdrfull.htm](http://www.nursingworld.org/mods/mod775/nrsdrfull.htm) (23. 11. 2009).
- Manojlovich, M. 2007. Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing* 12 (1).
[Http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx) (24. 11. 2009).
- Maslin-Prothero, S., C. Ed in A. Masterson. 2002. Power, politics and nursing in the United Kingdom. *Policy, Politics & Nursing Practise* 3 (2): 108–117.
- Mason, D. J., J. K. Leavitt in M. W. Chaffee. 2002. *Policy & Politics in Nursing and Health Care*. Philadelphia: Saunders.
- Masterson, A., S. Maslin-Prothero. 1999. *Nursing and Politics: power through practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- McGregor-Robertson, J. 1902. *The household physician*. London: Gresham.
- Mednarodni svet medicinskih sester. 2003. *Definicija zdravstvene nege*.
[Http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx](http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx) (januar 2010).
- Melby, C. 1998. Physician and nurse reimbursement. *Online Journal of Issues in Nursing* 3 (1).

- [Http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No1June1998/PhysicianandNurseReimbursement.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No1June1998/PhysicianandNurseReimbursement.aspx) (23. 11. 2009).
- Merriam, S. B. 1998. *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mesec, B. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Miles, M. B., A. M. Huberman. 1994. *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Milstead, J. A. 1999. *Health policy & politics: A nurse's guide*. Gaithersburg: Aspen.
- Mlakar, J. 2005. Zdravstvena nega v bolnišnici danes in jutri. *Obzornik zdravstvene nege* 39 (1): 1–3.
- Mlakar, J. 2008. Položaj in vloga menedžmenta v zdravstveni in babiški negi v zadnjih desetih letih z vidika Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi*, ur. B., M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun in N. Vidnar, 33–37. Ljubljana: Zbornica – Zveza
- Mrkaić, M. in R. Pezdir. 2007. Slovensko javno zdravstvo: Javna-zasebna neučinkovitost ali javna neproduktivnost. *Zdravstvena ekonomika* 1 (1): 37–67.
- Mueller C. 2000. The RUG-III case mix classification system for long-term care nursing facilities: is it adequate for nurse staffing? *Journal of Nursing Administration* 30 (11): 535–543.
- Mussallem, H. K. 1997. Nurses and political action. V *Issues in Canadian Nursing*, ur. Betsy LaSer in R. Elliott. Scarborough,: Prentice Hall.
- Nalič, A. in J. Šimenko. 2008. Sistemi zdravstvenega varstva na evropskih tleh s poudarkom na Slovenskem. V *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega*, ur. B. Skela Savič, M. Kaučič in J. Ramšak Pajk, 455–463. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Needleman, J. 2008. Is What's Good for the Patient Good for the Hospital? Aligning Incentives and the Business Case for Nursing. *Policy, Politics & Nursing Practise* 9 (2): 80–87.
- Needleman, J., P. I. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart in K. Zelevinsky. 2001. *Nurse staffing and patient outcomes in hospitals*. Boston: Harvard school of Public Health.
- Nugent, K. E., G. Childs, R. Jones, P. Cook in K. Ravenell. 2002. Said another way. Call to action: the need to increase diversity in the nursing workforce. *Nurs Forum* 37 (2): 28–32.
- Numata, Y., M. Schulzer, R. van der Wal, J. Globerman, P. Semeniuk, E. Balka in J. M. Fitzgerald. 2007. Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care* 12 (2): 105–106.

- Orchard, C. A., V. Curran in S. Kabane. 2005. Creating a culture for Interdisciplinary collaborative professional practise. *Medical Education Online* 10:11. [Http://www.med-ed-online.org](http://www.med-ed-online.org) (28. 6. 2010).
- Pahor, M. 2000. Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: vzpostavitev znanstvene osnove dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege* 34 (5/6): 173–175.
- Pahor, M. 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit.
- Pegan, V. 2006. Sodelovanje v zdravstveni delovni skupini med medicinsko sestro in zdravnikom: realnost ali utopija? V Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu Priložnosti za izboljševanje kakovosti, ur. A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek, 22–24. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Pirš, B. 2007. Imamo v Sloveniji dovolj zdravnikov in zobozdravnikov, Pregled stanja in primerjava z Evropo. *Zdravniški vestnik* 76 (12): 839–840.
- Pollard, K. 2006. Research into interprofessional relationships in health care. V Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu Priložnosti za izboljševanje kakovosti, ur. A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek, 47–59. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Poredoš, P. 2006. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev. V Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu Priložnosti za izboljševanje kakovosti, ur. A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek, 15–16. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Požun, P. 2001. Slovenski management zdravstvene nege v izzivih sodobnega časa. *Obzornik zdravstvene nege* 35 (6): 229–230.
- Požun, P. 2007. Zdravstvena in babiška nega v Evropski uniji – kaj pa položaj v slovenskem prostoru? V *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri ob 80 letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji*, ur. A. Kvas, D. Klemenc, I. Keršič Ramšak, P. Požun, 173–178. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Požun, P. 2008. Regulacija poklicne dejavnosti, licence kot orodja managementa zdravstvene in babiške nege. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi*, ur. M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun in N. Vidnar, 81–85. Ljubljana: Zbornica – Zveza.
- Požun, P. 2009. Zdravstvena in babiška nega v luči zdravstvene zakonodaje Pravna ureditev zdravstvene dejavnosti. V *Zdravstvena zakonodaja v luči zdravstvene nege. Obvezne vsebine »Zakonodaja s področja zdravstva«*, ur. K. Pirš, T. Lubi, B. Dornik, B. Zornik in I. R. Roj, 11–39. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Radcliffe, M. 2000. Personal views. Doctors and nurses: new game, same result. *British Medical Journal BMJ* 320 (7241): 1085.
- Remškar, D. 2005. *Spremembe na področju zdravstvene nege v Sloveniji ob vstopu v Evropsko unijo*. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

- Robida, A. 2006. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. V Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu Priložnosti za izboljševanje kakovosti, ur. A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek, 25–27. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
- Russell, G. E. in J. Fawcett. 2005. The conceptual model for nursing and health policy revisited. *Policy, Politics & Nursing Practise* 6 (4): 319–326.
- Salvage, J. 1993. Ocena položaja zdravstvene nege: izziv za medicinske sestre v 21. stoletju. *Zdravstveni obzornik* 27 (1/2): 45–52.
- Savič, E. 2008. *Determinante gibanja javnofinančnih izdatkov za zdravstveno varstvo*. Zaključna strokovna naloga visoke poslovne šole, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Schmidt, V. H. 2004. Models of health care rationing. *Current Sociology* 52 (6): 969–988.
- Seaver, S. 2003. Alumna calls nursing students to political action. *The Campus Chronicle* 18 (24). [Http://www.umass.edu/chronicle/archives/03/03-07/nurses.html](http://www.umass.edu/chronicle/archives/03/03-07/nurses.html) (december 2009).
- Seljak, J. in A. Kvas. 2004. Spremembe odnosov v zdravstvenem varstvu kot predpogoj za uspeh zdravstvene reforme. *Uprava* 2 (1): 109–124.
- Skela Savič, B. 2004. Organizacijska kultura in spremembe v zdravstveni negi. V *Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso*, ur. R. Trampuž, 42–50. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica.
- Skela Savič, B. 2008. Spremembe na področju vodenja v zdravstvu niso več vprašanje, temveč dejstvo. V *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi*, ur. B. M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun in N. Vidnar, 43–50. Ljubljana: Zbornica – Zveza.
- Skela Savič, B. 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege* 43 (3): 1–14.
- Skela Savič, B. in M. Pagon. 2007. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija* 40 (4): 63–74.
- Skela Savič, B. in M. Pagon. 2008. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses? *Croatian Medical Journal* 49 (3): 334–343. [Http://www.cmj.hr/2008/49/3/18581611.htm](http://www.cmj.hr/2008/49/3/18581611.htm) (marec 2010).
- Spenceley, S. M., L. Reutter in M. N. Allen. 2006. The road less traveled: Nursing advocacy at the policy level. *Policy, Politics & Nursing Practise* 7 (3): 180–194.
- St. John, W. in H. Keleher. 2007. *Community nursing practice theory, skills and issues*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Starc, A. 2001. Zakon o dejavnosti zdravstvene nege – strokovna in normativna izhodišča. *Obzornik zdravstvene nege* 35 (1/2): 13–27.
- Stein, L. I. 1967. The doctor nurse game. *Archives of General Psychiatry* 16 (6): 699–703.

- Stein, L. I. 1990. The doctor nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine* 362 (7): 662–664.
- Strauss, A. in J. Corbin. 1990. *Basic of qualitative research*. Newbury Park: Sage.
- Šljajmer-Japelj, M. 1995. Zdravstvena nega potrebuje zakonski in regulativni okvir. *Obzornik zdravstvene nege* 29 (1/2): 63–65.
- Thungjaroenku, R., G. Cummings in A. Embleton. 2007. The impact of nurse staffing on hospital costs an patient length of stay: A systematic review. *Nursing Economics* 25 (5): 255–265.
- Toth, M. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavoz za zdravstveno varstvo Slovenije.
- Trampuš, J. 2002. *Družba moči*. <http://www.mladina.si/tehdnik/200241/clanek/intervju-bernik/> (21. 9. 2009).
- Ule, M. 2003. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege* 37 (4): 243–249.
- Uranič, J. 2006. *Privatizacija zdravstvene dejavnosti v Sloveniji*. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Urbanc, M. 2008. Raba utemeljevalne teorije in programa atlas.ti v geografiji. *Geografski vestnik* 80 (1): 127–137.
- Urbančič, K. 1996. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 30 (1/2): 21–28.
- Van Maanen, J. 1983. *Qualitative methodology*. London: Sage.
- Verba, S., K. Schlozman in H. Brady. 1995. *Voice and equality: Civic voluntarism in American politics*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vodovnik, Z. 2001. *Poglavja iz delovnega in socialnega prava*. Koper: Fakulteta za management Koper.
- Warner Rains, J. 2003. A phenomenological approach to political competence: Stories of nurse activists. *Policy, Politics & Nursing Practise* 4 (2): 135–143.
- Watson, J. in P. Ovseiko, ur. 2005. *Health care systems: Major themes in health and social welfare*. London: Routledge.
- White, R. 1984. Nursing: past trends, future policies. *Journal of Advanced Nursing* 9 (5): 505–512.
- Wikipedija. 2008. *Bismarckov model zdravstvenega varstva*. http://sl.wikipedia.org/wiki/Bismarckov_model_zdravstvenega_varstva (november 2009).
- Wikipedija. 2009. *Semaškov model socialistične zdravstvene službe*. http://sl.wikipedia.org/wiki/Sema%C5%A1kov_model_socialisti%C4%8Dne_zdravstvene_sl%C5%BEbe (november 2009).
- Wikipedija. 2010. *Beveridgeov model zdravstvenega varstva*. http://sl.wikipedia.org/wiki/Beveridgev_model_nacionalne_zdravstvene_sl%C5%BEbe (november 2009).

- Wilson, D. 2002. Testing a theory of political development by comparing the political action of nurses and non-nurses. *Nursing Outlook* 50 (1): 30–34.
- Wong, S. T. 1999. Health policy. Reimbursement to advanced practise nursing (APNs) through Medicare. *Journal of Nursing Scholarship* 31 (2): 167–183.
- Yin, R. K. 1986. *Case study research: design and methods*. Newbury Park: Sage.
- Zbornica zdravstvene nege Slovenije. 1997b. Predlog zakona o zdravstveni negi. *Utrip* 5 (9): 19–34.
- Zdravstvena reforma*. 2003. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Živkovič, A., R. Pezdir, M. Mrkaič in F. Hočevar, ur. 2007. Je slovenski zdravstveni sistem pred zlomom? Analiza in priporočila nosilcem slovenske ekonomske in zdravstvene politike. *Zdravstvena ekonomika* 1 (1): 1–8.

Viri

- Cibic, D. 1995. *Dopis ministru za zdravje*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Direktiva 89/48 EEC. [Http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0048:EN:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0048:EN:HTML) (12. 10. 2009).
- Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij. *Uradni list Evropske unije*. [Http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:SL:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:SL:PDF) (11. 2. 2010).
- Dobnikar, B. 1999. *Predlogi in pripombe na gradivo Zakon o zdravstveni negi*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Domajnko, N. 1994. *Razmišljanja na temo »Pomanjkanje medicinskih sester«*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
- Filej, B. 2001. *Zakon o dejavnosti zdravstvene nege*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Filej, B. 2002. *Predlog dopolnitev Zakona o zdravstveni dejavnosti*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Hrvatski Sabor. 2003. *Odluka o proglašenju zakona o sestrinstvu*. [Http://www.hkms.hr/data/1240833894_454_mala_Zakon%20o%20sestrinstvu.pdf](http://www.hkms.hr/data/1240833894_454_mala_Zakon%20o%20sestrinstvu.pdf) (marec 2009).
- Jereb, M. 1999. *Sklep o imenovanju delovne skupine*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Kersnič, P. 1997. *Zapis sestanka na MZ*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Minister za zdravje. 2004. *Javno pooblastilo za vodenje registra izvajalcev zdravstvene nege*. Odločba 005-10/2004-8, Ministrstvo za zdravje RS.
- OECD. 2006. *Health Data*. [Http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=336&querytype=view&lang=en](http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=336&querytype=view&lang=en) (24. 10. 2008).

- Oulton, A. J. 2001. *Dopis ministru za zdravje – Overview of Nursing Legislation in Europe*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Poslovnik Državnega zbora. *Uradni list RS*, št. 35-1599/2002.
- Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. *Uradni list RS*, št. 24/2007.
- Pravilniku o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. *Uradni list RS*, št. 24/2007.
- Pretnar Kunstek, V. 1997. *Dopis Ministrstvu za zdravje – 23.7.1997*. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva v obdobju od 2008–2013. *Uradni list RS*, št. 72/2008.
- Statistični urad RS. 2008. Zdravstvo. *Statistični letopis 2007*.
[Http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2007&jezik=si](http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2007&jezik=si)
(marec 2009).
- Urad vlade RS za komuniciranje. B. 1.a. *Lizbonska pogodba*.
[Http://evropa.gov.si/slovenija-clanica/](http://evropa.gov.si/slovenija-clanica/) (10. 2. 2009).
- Urad vlade RS za komuniciranje. B. 1.b. *Pravni red*. [Http://evropa.gov.si/pravni-red/](http://evropa.gov.si/pravni-red/)
(10. 2. 2009)
- Ustava Republike Slovenije. *Uradni list RS*, št. 33/91, 42/97.
- Zakon o dejavnosti zdravstvene nege. Delovno gradivo – predlog (verzija 7. 3. 2000)*. 2000. Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege.
- Zakon o zdravniški službi. *Uradni list RS*, št. 98/1999.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS*, št. 9/1992.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). *Uradni list RS*, št. 23/2005.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (predlog, 10. 3. 2010). [Http://www.mz.gov.si/](http://www.mz.gov.si/) (27. 6. 2010).
- Zbornica – Zveza (ZSDMSBZTS). B. 1. *Predstavitev*. [Http://www.zbornica-zveza.si/](http://www.zbornica-zveza.si/)
(marec 2009).
- Zbornica zdravstvene nege Slovenije. 1997a. *Zakaj Zakon o zdravstveni negi?* Interno gradivo, Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

PRILOGE

Priloga Vabilo udeležencem k raziskavi

Branko Bregar
gsm: 041 641 514

Ljubljana, 10. 3. 2009

ga./g. XY

Spoštovani,

Sem Branko Bregar, po poklicu diplomirani zdravstvenik. Zaposlen sem v Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki je del Psihiatrične klinike v Ljubljani. Trenutno zaključujem magistrski študij na Fakulteti za management v Kopru. V magistrski nalogi »Pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji« bom raziskoval vključenost izvajalcev zdravstvene nege pri kreiranju politike zdravstvenega sistema. Moja mentorica je doc. dr. Brigita Skele Savič. Raziskava bo kvalitativna, v njej bom kot tehniko dela uporabil intervju, s čimer želim doseči poglobljeno razumevanje stanja na področju, ki ga raziskujem. Pogovor bo sneman, vendar bo identiteta sodelujočih pri analizi skrbno varovana. Bistvena raziskovalna vprašanja, ki me zanimajo, so:

- Kako doživljajo in razumejo trenutni položaj zdravstvene nege pri nas?
- Kakšne možnosti vidijo izvajalci zdravstvene nege pri oblikovanju zdravstvene politike?
- Kateri so dejavniki, ki vplivajo na aktivnost izvajalcev zdravstvene nege pri sooblikovanju zdravstvene politike?
- Kje so področja, kjer bi morali biti izvajalci v zdravstveni negi posebej dejavni?
- Kakšne so potrebe in pomen zastopanosti izvajalcev zdravstvene nege v političnem življenju?
- Kakšen pomen bi imeli izvajalci na oblikovanje zdravstvenega sistema, če bi jim bilo to omogočeno?
- Kakšen je posluš uradne politike pri vključevanju izvajalcev zdravstvene nege pri oblikovanju zdravstvene politike?

Sodelovanje pri raziskavi je prostovoljno. V primeru, da ste pripravljeni sodelovati v raziskavi, vas bom po dogovoru z vami obiskal. Intervju traja približno eno uro.

S spoštovanjem in lepimi pozdravi

Branko Bregar