

ZAGOTAVLJANJE NEPREKINJENE ZDRAVSTVENE NEGE BOLNIKOV IN OBRAČUN DELOVNEGA ČASA V KLINIČNEM CENTRU OZIROMA V BOLNIŠNICAH

Uvod

Namen prispevka je v tem, da se soočimo s problemi in seznanimo z nekaterimi pristopi, pojmi, postopki in metodami planiranja, izdelave urnikov ali razporedov dela ter ugotavljanjem potrebnega števila osebja za zagotavljanje neprekinjene zdravstvene nege bolnikov v bolnišnicah. Te elemente je potrebno poznati in upoštevati tudi pri pripravi in vrednotenju celotnih programov dela in zagotavljanju finančnih sredstev za realizacijo teh programov. Neprekinjena zdravstvena nega bolnika pomeni, da mora biti stalno – 24 ur na dan in vse dni v mesecu oziroma letu – fizično prisotno določeno število osebja, usposobljenih za strokovno in kakovostno izvajanje zdravstvene nege bolnika. Ta zahteva je trdno in oprijemljivo dejstvo, iz katerega morajo izhajati vsa nadaljnja razmišljanja, preučevanje položaja, oblikovanje sklepov in predlogov ter sprejemanje ukrepov. Prepričani smo, da si morajo taka razmišljanja čimprej utreti pot v prakso, če hočemo kolikor toliko razrešiti problem pomanjkanja kadrov, odpraviti vzroke nastajanja nadur, pretiranega nadomeščanja delavcev zaradi opravičene odsotnosti z dela itn.

Druga pomembna vzporedna zahteva pa je opredelitev normativa potrebne ekipe in njene kadrovske zasedbe, ki je usposobljena za izvedbo zahtevnih nalog pri zagotavljanju neprekinjene in učinkovite zdravstvene nege bolnikov v bolnišnicah. Pri tem gre za določitev velikosti oddelkov s potrebnim številom postelj kot temeljnih organizacijskih enot. Nujna je delitev dela med zdravniki in negovalnim timom ter nivojska horizontalna in vertikalna funkcionalna organizacija zdravstvene nege od neposrednih izvajalcev zdravstvene nege bolnika, oddelčnih medicinskih sester, glavnih medicinskih sester klinik do glavne medicinske sestre v bolnišnici oziroma v Kliničnem centru.

Ugotavljanje števila dni oziroma delovnih ur v normalnem letu (365 dni)

Najprej si pogledjmo letni fond ur, njegovo strukturo in pogoje za neprekinjeno izvajanje zdravstvene nege bolnikov v bolnišnicah.

Za izhodišče vzemimo običajno (normalno) leto (prestopna leta so izjema: gre za en dan ali 24 ur, kar pri končnem izračunu lahko pomeni precejšnjo razliko).

Tab. 1. Opredelitev časovnih enot v enem letu (dnevi oziroma ure).

Naziv	Dnevi	Ure
Leto	365	8.760
Mesec*	30	720
Dan	1	24

*pri izračunih je upoštevano povprečje – 30 dni

Pri načrtovanju oziroma izračunu potrebnega števila osebja moramo izhajati iz števila dni v letu (365) in števila ur (8.760). Vse te dneve oziroma ure morajo biti delavci, ki zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno nego bolnika, fizično prisotni na svojem delovnem mestu ali delovišču.

Ob predpostavki, da bi bilo *eno samo delovišče* in bi delavci delali *po 7 ur vsak dan in vse dneve*, bi morali za zadovoljevanje teh potreb *imeti 3,43 delavcev*. Izračun je preprost. V 365 dneh po 7 ur dela na dan delavec opravi 2.555 ur v letu. Ker je potrebno pokriti 8.760 ur, to lahko stori 3,43 delavcev, ali po drugi poti, v enem dnevu se ob sedem urnem delovniku zvrsti 3,43 delavcev (zaradi zaokrožitve decimalke dobimo 8.763 ur).

Vemo pa, da to ni in ne more biti tako zaradi fizioloških potreb človeka in njegovega ritma življenja, zato moramo uporabiti drugačen izračun, in sicer takega, ki ga določa in pogojuje tudi veljavna delovna zakonodaja. Nemogoče namreč je, da bi delavec zmož delati neprekinjeno vse dni v letu in vsa leta svoje delovne dobe. Zaradi tega je potrebno upoštevati življenjske potrebe po počitku, odmoru in druge oblike odsotnosti z dela. Po področje podrobno urejajo delovna zakonodaja in kolektivne pogodbe, kjer je to natančno opredeljeno. Za zakonom je uveljavljen 40 urni delovni teden in to je izhodišče tudi pri nadaljnjih izračunih.

Določanje delovne obveznosti

V preglednici 2 je prikazan izračun delovne obveznosti delavca oziroma njegove ocenjene delovne prisotnosti. Od 365 dni v letu *odštejemo sobote, nedelje in praznike* kot dneve, ko delavcu po zakonu pripada dela prost dan. *Skupaj je to 117 dni ali 32,0% vseh dni v letu*. Če dneve pod skupaj A odštejemo od vseh dni v letu, *dobimo delovno obveznost delavca, ki znaša 248 dni ali 68,0% vseh dni v letu*. Delovne obveznost pa s tem še ne pomeni tudi prisotnost delavca na delovnem mestu, kajti iz zakona in kolektivne pogodbe izhaja pravica do odsotnosti z dela v določenih primerih (letni dopust, bolniška, porodniški dopust, izobraževanje in še nekateri primeri). V preglednici je vzeto neko povprečje, ki je v resnici povprečje, saj se prav v tem delu delavec razlikuje od delavca glede na delovno mesto, pogoje dela, starost in druge okoliščine, ki vplivajo na to odsotnost. *Ta odsotnost znese 47 dni ali približno 19,0% delovne obveznosti v letu*.

Če vso odsotnost – seštevek skupaj A + B, to je 164 dni, kar predstavlja 45,0% vseh dni v letu, odštejemo od števila dni v letu, **dobimo pričakovano delavčevo fizično prisotnost na delovnem mestu. Ta znaša 201 dan ali 55,0% vseh dni v letu.**

Število dni ali ur delovne prisotnosti pa je praktično tisto število dni, s katerim moramo v našem primeru tudi računati, kajti zdravstvena nega bolnika zahteva neprekinjeno fizično prisotnost delavca 24 ur na dan in vse dni v letu.

Tab. 2. Določitev števila dni oziroma ur delovne obveznosti oziroma delovne prisotnosti delavca v letu.

Naziv	Število dni	Število ur
I. Vsi dnevi	365 (100%)	2.555
A – Od tega dela prosti dnevi:		
– nedelje	52	364
– sobote	52	364
– prazniki	13	91
Skupaj A	117 (32%)	819
II. Delovna obveznost	248 (68%)	1.736
B – Plačana odsotnost:		
– letni dopust*	30	210
– odsot. zaradi bolniške**	15	105
– druge odsotnosti***	2	14
Skupaj B	47 (13%)	329
Vsa odsotnost skupaj A + B	164 (45%)	1.148
III. Delovna prisotnost	201 (55%)	1.407

* Število dni letnega dopusta ni fiksno določeno na delavca, marveč je odvisno od več dejavnikov, (delovno mesto, delovna doba, pogoji dela, starost), pri izračunu je upoštevano povprečje 30 dni.

** Upoštevano je povprečje 6% od delovne obveznosti, po podatkih služb v KC.

*** Upoštevano je povprečje približno 1% od delovne obveznosti.

Izračun potrebnega števila osebja

Iz preglednice 3 lahko vidimo, kako upoštevanje pravic in obveznosti iz delovne zakonodaje vpliva na zmanjšanje delovne obveznosti oziroma na povečanje potreb po številu osebja, če hočemo v zakonskih okvirih ohraniti fizično prisotnost delavca na delovnem mestu pri zagotavljanju neprekinjene zdravstvene nege bolnika.

Tab. 3. Znižanje števila ur in naraščanje števila potrebnih delavcev za pokritje stalne prisotnosti v zdravstveni negi.

Naziv	število ur/enega delavca	% znižanja števila ur	število potrebn. delav.	% poveč. potrebnih delavcev
Letna možnost*	2.555	–	3,43	–
40 urni del. teden	2.080	18,6	4,21	22,7
Delovna obveznost**	1.736	16,5	5,05	20,0
Dejanska prisotnost**	1.407	19,0	6,23	23,4
Skupno znižanje/povečanje	–	44,9	–	81,6

* Po sedem ur vsak dan skozi vse leto.

** Po izračunu iz preglednice 2.

Če bi delavec delal vse dni v letu po 7 ur na dan, bi za stalno prisotnost na enem samem delovišču potrebovali 3,43 delavcev.

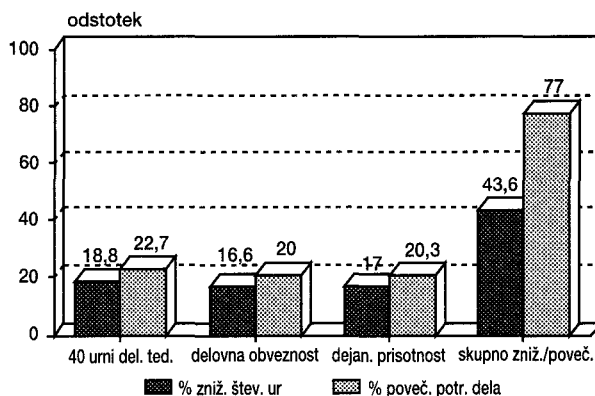
Samo ob upoštevanju zahteve 40-urnega delovnega tedna, pridemo po prejšnjem izračunu od 3,43 delavcev na potrebnih 4,21 delavcev za neprekinjeno delo na enem samem delovišču v letu dni.

Pri upoštevanju delovne obveznosti po prejšnjem izračunu se povečajo potrebe po delavcih na 5,05 delavcev.

In ob upoštevanju dejanske prisotnosti delavca na enem delovišču izračun pokaže, da za izvajanje stalne zdravstve-

ne nege bolnika v bolnišnici za eno samo delovišče potrebujemo 6,23 delavcev.

Po podatkih iz preglednice 3 je izdelana slika 1, iz katere je razvidno v odstotkih izraženo zniževanje števila ur med posameznimi analiziranimi postavkami in hkrati v odstotkih izraženo naraščanje potreb po delavcih za pokritje stalne prisotnosti na enem samem delovišču. Pri vseh postavkah je razvidno, da % zniževanja števila ur poraste manj kot % povečanja potreb po delavcih. Skupno znižanje števila ur pri delavcih znesse 44,9%, medtem kot se % skupnega povečanja potreb po delavcih dvigne na 81,6%.



Sl. 1. % znižanja števila ur in % povečanja potrebnih delavcev glede na uveljavljanje pravic delavcev.

Čemu tako razmišljanje in analiziranje? Razlog je pravzaprav v tem, da se:

- poiščejo vzroki za povečanje števila nadurnega dela,
- odpravi potreba po nadomeščanju za čas letnih dopustov, za čas koriščenja študijskega dopusta in drugih plačanih odsotnosti,
- izboljša pogoje dela zaradi razporejanja in prerazporejanja delavcev in nenazadnje,
- vrednoti program obsega dela pri izvajanju zdravstvene nege bolnika po dejanskih potrebah.

Poglejmo, kaj to pomeni in kaj bi bilo potrebno storiti. Delovni normativi so največkrat določeni na podlagi izhodišč 40-urnega delovnega tedna, ne upoštevajo pogojev, ki izhajajo iz delovne obveznosti, še toliko manj pa, da bi bilo izhodišče dejanska prisotnost, kar je v primeru izvajanja neprekinjene zdravstvene nege nujnost (realnost), saj mora biti zagotovljena stalna fizična prisotnost in ne samo možnost delovne navzočnosti, kot je to pri nekaterih drugih poklicih in ob normalnih delovnih pogojih. Razlika pa je očitna, kar je razvidno iz predhodnih izračunov.

Pri pokritju stalne 24 urne dnevne prisotnosti delavcev na enem samem delovišču gre za pomembne razlike. Če upoštevamo v izhodišču samo zahteve 40-urnega delovnega tedna, potrebujemo najmanj 4 (4,21) delavce. Pri upoštevanju pogojev iz delovne obveznosti potrebujemo za isto delovišče 5 (5,05) delavcev, če pa izhajamo iz dejanske prisotnosti delavca, kar je edino pravo izhodišče, pa potrebujemo najmanj 6 (6,23) delavcev, da je pod kolikor toliko normalnimi pogoji zagotovljena neprekinjena zdravstvena nega bolnika. Torej gre že pri enem samem delovišču za več delavci ter zadovoljevanju zakonskih določb in kolektivne pogodbe za

občutno (številčno) razliko v številu osebja. Kakšna je šele ta razlika pri različnih zahtevnostih oziroma kategorijah delovnih procesov (zahtevni oddelki za intenzivno nego in intenzivno terapijo bolnikov v bolnišnicah in večjem številu bolniških postelj), kjer se problemi in potrebe po kadrih multiplicirajo?

Vsekakor bi bilo na podlagi teh kazalcev smiselno odpraviti celovito analizo bolnišničnih zmogljivosti, potreb po kadrih in na tej podlagi predlog zasedbe delovnih mest tako, da bo zagotovljeno učinkovito izvajanje zdravstvene nege bolnikov v bolnišnicah in delavcem zagotovljeni kolikor toliko normalni delovni pogoji.

Načrtovanje dela in obračun opravljenega dela

Kjer ob sobotah, nedeljah, praznikih in ponoči ne delajo, tega problema ni. V neprekinjeni zdravstveni negi pa je ta problem pereč. To pa je povezano še z vrsto drugih spremljajočih problemov (razporejanje delavca na delo ob sobotah, nedeljah, ob praznikih in ponoči, obračun opravljenega dela, nadomeščanje zaradi takšnih ali drugačnih vzrokov odsotnosti, preobremenjenost delavcev, slabi delovni pogoji, motnje v zasebnem življenju in podobno).

Tisti, ki načrtuje razporejanje delavcev, mora upoštevati vrsto okoliščin, ki vplivajo na to in lahko kadarkoli obrnejo načrt dela na glavo. Skrbeti mora, da je zagotovljena neprekinjena in strokovna izvedba zdravstvene nege bolnikov in hkrati, da so delavci enakomerno razporejeni in obremenjeni, da jim je zagotovljen potreben počitek (dnevni, teden-ski), odmor med delovnim časom, zagotovljeno koriščenje letnega dopusta in drugih upravičenih odsotnosti.

Ker delo v navedenih razmerah štejemo za delo pod posebnimi pogoji, sta potrebna natančna evidenca in obračun opravljenega dela po strukturi (sobota, nedelja, praznik, nočno delo) in po času trajanja. Pri načrtu dela izhajamo iz letne delovne obveznosti, pri čemer upoštevamo mesečno delovno obveznost s 40-urnim delovnim tednom. Mesečna delovna obveznost lahko nekoliko odstopa (malo manj ali več ur), s tem, da mora biti izpolnjena letna delovna obveznost. Obračun opravimo vsak mesec.

Tab. 4. *Struktura dnevov oziroma število ur v letu za obračun dela pod posebnimi pogoji dela*

Naziv	Število dni	Število ur
Vsi dnevi	365	8.760
Od tega:		
Nedelje	52 (po 24 ur)	1.248
Sobote	52 (po 24 ur)	1.248
Prazniki	13 (po 24 ur)	312
Nočne*	365 (po 8 ur)	2.920

* Nočne ure so upoštevane med 22. in 6. uro zjutraj.

Iz preglednice 4 je razvidno, da je v letu od 8.760 ur kar 1.808 ur dela v posebnih pogojih dela (sobota, nedelja, pra-

znik), kar predstavlja 20,6% vseh ur. Nočnega dela je 2.920 ur ali 33,3%, to je tretjina vseh ur.

Pri izmenskem delu (ali posebnem razporedu dela) je na enem samem delovišču 20,0% dela pod posebnimi pogoji, tretjina vsega časa pa nočno delo. Glede na število delavcev se ta obveznost razporedi med njih, kar pokaže mesečni obračun opravljenega dela v teh pogojih. Ločeno prikazovanje in obračun opravljenega dela je potreben zaradi različne tarife (urne postavke, dodatki za delo v posebnih pogojih dela) opravljenega dela.

Pri razporejanju zaposlenih na delo v času, ki ga obravnava kot delo pod posebnimi delovnimi pogoji, nastajajo posebne zahteve pri nosečnicah, mladih materah do 3 let otrokove starosti, pri delavcih zaradi zdravstvenih razlogov in invalidskih omejitev, kar vse dodatno vpliva na razporejanje delavcev in njihovo obremenitev, ki je prav zaradi tega zelo različna.

Sklepne misli

V prispevku smo poskušali razjasniti nekatere pojme in dileme, zaradi katerih lahko pride v praksi tudi do večjih problemov. To je prisotno zlasti pri določanju potrebnega števila zdravstvenega osebja, ki izvaja neprekinjeno zdravstveno nego bolnikov v bolnišnicah. Čeprav pri načrtovanju izhajamo iz zahteve, da mora biti za neprekinjeno in kakovostno izvajanje zdravstvene nege bolnikov v bolnišnicah zagotovljeno zadostno število osebja, se pogosto dogaja, da ta zahteva ni upoštevana. Pri zagotavljanju potrebnega števila osebja niso upoštevani posebni pogoji dela in pravice, ki izhajajo iz delovnega razmerja, v bistvu pa prav to povečuje potrebno število osebja.

Poleg časovnih opredelitev kategorij, ki smo jih obravnavali, in izračunov, ki smo jih prikazali, ugotovljamo, da je potrebno opredeliti tudi kadrovske, delovne, časovne, ekipe in druge normative, ki bi omogočali strokovno in kakovostno izvajanje dejavnosti ter strokovni nadzor.

Zaradi neupoštevanja časovnih kategorij in dejstva, da je za neprekinjeno izvajanje zdravstvene nege bolnikov v bolnišnicah potrebna stalna fizična prisotnost delavca in ne samo pričakovana prisotnost, prihaja do pomanjkanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki so zaradi tega preobremenjeni s posebnimi delovnimi pogoji. Zaradi nezadostnega števila osebja prihaja do nadurnega dela, ki ima več negativnih posledic. Povečujejo se stroški dela (plačilo nadur), zaradi preobremenjenosti prihaja do raznih stresov, nezadovoljstva pri delu in večje fluktuacije. Vse to se odraža tudi na kakovosti zdravstvene nege bolnika, kar pa tudi vpliva na kakovost in izide njegovega zdravljenja.

Dr. Alojz Brus, Inštitut za varovanje
Zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2,
Ljubljana

Polona Zupančič, vms, Klinični center
Ljubljana, Zaloška 2, Ljubljana

DOBRI MEDSEBOJNI ODNOSI SO SONČEK ZA SREČO

Uvod

Motivacija za delo v zdravstvu, predvsem motivacija medicinskih sester, postaja pomembno področje zanimanj raziskovalcev in vodstev bolnišnic v Evropi. Najpomembnejši motivacijski dejavnik, ki lahko bistveno vpliva na pripravljenost za delo, so dobri medsebojni odnosi. Dobri medsebojni odnosi zajemajo pomoč starejših pri uvajanju mladih, topel človeški stik v kolektivu in medsebojno pomoč v samouresničenju. Te odnose pa je potrebno graditi in vzdrževati kot umetno sonce, ki pa bo grelo kakor pravo.

V turbnih jesenskih dneh najbolj od vsega pogrešamo svetlobo, sonce. Tolažimo se s tem, da bodo temačni jesenski meseci hitro minili. Že je tu december, s številnimi praznovanji in množico lučk – luči in bleščice vsepovsod. Kako to ogreje, kako je to lepo, kako je to prijazno. December bi bil brez umetnih luči obupno dolgočasen mesec. Zato so ga že naši predniki umetno osvetlili – prižgali so umetno sonce. Z umetnim soncem mesec teme lažje preživimo in že je tu januar z več svetlobe in več sonca. Temačnost jesenskih mesecev si razsvetlimo z umetnim soncem ali pa počakamo spet na pravo sonce. Vemo, da bo prišlo in nas ogrelo. Večina živih bitij na zemlji ljubi sonce, po njem hrepenimo tudi mi. Toda sonce, ki nas resnično ogreje, ne prinaša le svetlobe, temveč tudi toploto. Želimo si toploto, občutek varnosti in pripadnosti.

Problem

Največji del našega življenja preživimo v službi. Poklicno delo postaja najpomembnejši čas dobrega dela našega življenja. Če pa si medicinska sestra pri nas ali v večini dežel srednje in zahodne Evrope, je ta čas še toliko daljši. Glede na veliko pomanjkanje medicinskih sester je delovnik daljši kot v drugih dejavnostih.

Poklicno delo torej pomeni za medicinsko sestro zelo velik del njenega življenja. Zato ni vseeno, kako se počuti, kako ga doživlja, ali je z njim zadovoljna ali ne. Od tega kako delo doživlja je odvisno ali bo v njem vztrajala ali ne, ali bo z njim zadovoljna, ali bo srečna. Srečna in zadovoljna bo le, če ga bo doživljala kot nekaj toplega, nekaj, kar je obsijano s soncem.

V tridesetih letih tega stoletja so se začeli psihologi ukvarjati s preučevanjem tistega, kar človeka »drži« pri delu, tistega, zaradi česar vztraja. Najprej so bila vsa raziskovanja usmerjena v industrijsko delo. V zadnjem času, v zadnjih dvajsetih letih so se preusmerila v sekundarne in terciarne dejavnosti. Na letošnjem evropskem kongresu organizacijske psihologije pa je bila že cela sekcija posvečena preučevanju in ohranjanju motivacije v zdravstvu, predvsem medicinskih sester.

Pomanjkanje medicinskih sester je skupna evropska težava. Z njo se srečujejo na Nizozemskem, v Nemčiji in tudi pri nas. Kljub vsem prizadevanjem še vedno manjka medicinskih sester, ki bi prinašale sonce bolniku. Zato je interes vodstev bolnišnic, kako jih zadržati, kaj storiti, da bodo ostale. Kaj storiti, da jih bo delo dovolj pritegnilo, da ne bo bega iz poklica pa je tudi interes vseh medicinskih sester, ki že delajo. Kajti če jih bo dovolj in ne bo fluktuacije, bodo obremenitve manjše.

Prizadevanja, usmerjena k preprečevanju bega medicinskih sester iz bolnišnic, temeljijo na spoznanjih klasičnih teorij motivacije. Vodstva bolnišnic so prisiljena vlagati v raziskovanja in na osnovi rezultatov raziskav v vlaganja v motivacijo za delo in boljše počutje pri delu.

Vsa ta prizadevanja so zelo različna in so odvisna v veliki meri tudi od družbenih vplivov. V Nemčiji so celo na državni ravni zaživel programi za pomoč zaposlenim (Bellabarba). Njihova aktivnost je usmerjena predvsem k dvigu razpoložljivosti in preprečevanju pojavljanja odvisnosti. Pozornost so usmerili na alkohol in psihoaktivna zdravila, le v manjši meri pa tudi na mamila. Programi imajo končni cilj – ne le zmanjšanje zlorabe, temveč odprava vzrokov, ki so do tega privedli. Preučevanja vzrokov pa pogosto privedejo do analiz tistega, kar se lahko imenuje tudi motivacija. Te analize kažejo, da je potrebno več pozornosti posvetiti medicinski sestra – ženski, ki opravlja specifično delo, ki je lahko tudi zelo utrujajoče in stresno, dan za dnem, noč za nočjo. Pri tem se srečuje tudi s konfliktom med tem, kar misli, da bi morala storiti, in tem, kar v realnih situacijah lahko naredi (Thomsson).

Pogosto je medicinska sestra, ki je tudi gospodinja in mati, močno obremenjena z življenjskimi zahtevami svojega zasebnega življenja. Pogosto situacije ne more spremeniti in lahko le čaka na čas, ko bodo otroci odrasli. V vsem tem času pa mora opravljati svoje delo, ne le zato, ker ji pomeni obstoj, temveč tudi zato, ker si je ta poklic izbrala, ker je želela delati kot medicinska sestra.

V kolikšni meri bo uspela opravljati svoje delo tako kot sama misli, da ga je treba in tako kot misli vodstvo bolnišnice, pa je v veliki meri odvisno od tega, koliko bo zanj motivirana. Ali je to delo, ki jo napolnjuje, ki ji daje možnost samopodreditve, socialnega priznanja in tudi denarnih spodbud (Miner). Za doseg tega cilja pa mora nekaj storiti tudi vodstvo bolnišnice in celoten kolektiv.

Kaj naj storita?

Nekaj predlogov:

Različni strokovnjaki so prišli do nekaterih skupnih spoznanj. Tisto, zaradi česar človek vztraja pri delu, je delo samo, pogoji dela in eksistenca. Tisto zaradi česar dela z veseljem, zaradi česar dela prav to, kar dela, pa je možnost samo-realizacije, priznanje za delo, občutek, da si koristen, da te imajo sodelavci radi, da te bodo pogrešali (Miner). Vse to pokriva pojem »dobri medsebojni odnosi«. Dobri medsebojni odnosi so sonček za srečo. Ne pridejo kar sami od sebe – to ni tisto Sonce, ki se vrti okrog Zemlje. To je decembrska svetloba, ki jo je treba prižgati in njen ogenj vzdrževati, drugače ugasne. Če pa ugasne, je tema še veliko bolj žalostna in moreča.

Kaj so dobri medsebojni odnosi – kaj prižiga sonček za srečo?

V človekovi zgodovini se je ta umetni sonček spreminjal s spreminjanjem družbenih donosov. V časih rodovne skupnosti je bil to skupni ogenj, ob katerem se je grelo celo pleme. Danes pa so to umetne lučke, ki jih je treba prižigati v okoljih, kjer smo, kjer živimo in delamo.

Za našo civilizacijo je značilna osamljenost v množici. Že E. Fromm je rekel, da kljub temu, da je okrog vse polno ljudi, da je vse več ljudi, se posameznik čuti osamljenega. Težko navezuje pristne človeške stike. V okoljih kjer živi in dela, so vse pre pogosto odnosi formalni, zelo hladni, pogojeni s tem, da je pač treba skupaj delati in živeti.

V zadnjem času se že zaposlujejo generacije mladih, ki so odrastle v jaslih, vrtcih in celodnevnikih šolah. Pri 19-ih letih so postavljene pred kruto zahtevo: sedaj pa delaj profesionalno, brez napake, tako kot se od tebe pričakuje.

Mlada dekleta, ki začnjo delati kot medicinske sestre pri 19-ih ali 21-ih letih, so pogosto še čustveno in socialno nezrela, ranljiva. Prihajajo iz sterilnih okolij, v katerih so se le redko srečevala s trpljenjem in smrtjo. Sedaj pa je zelo težko čez noč odrasti in sprejeti trpljenje in smrt kot del življenja. Meja čustvene in socialne zrelosti se pomika močno navzgor, po Searsu k 26. letu starosti. Tako je današnja 20-letnica manj čustveno in socialno zrela kot je bila 20-letnica pred dvajsetimi ali tridesetimi leti. Soočanje z realnostjo življenja je pogosto zelo zahtevno in jo močno obremenjuje. Poleg tega soočanja pa mora tudi opravljati svoje delo. Običajno ni problem teoretično znanje, tega je mogoče celo več, kot ga je možno uporabiti. Toda, kako delati, kako se prilagoditi v delovno okolje?

V šoli je bilo vse čisto drugače, veliko lažje in bolj predvidljivo. Sedaj pa – vsak bolnik je malo drugačen, kako to, da ni takšnih bolnikov, kot so se o njih dekleta učila v šoli. Naučiti se je treba vseh tistih malih zvijač, ki delo olajšajo, ki ga naredijo izvedljivega. Pri tem uvajanju je neskončno pomembna pomoč starejših, izkušenih sodelavk. To je prvi temeljni kamen dobrih odnosov: »*moder učitelj je spoštovan in cenjen*«.

Učenje za poklicno delo mora biti nabito z resnično pripravljenostjo, da bo mlajša sodelavka osvojila spretnosti s kar najmanj napora. Učenje mora potekati brez podcenjevanj, brez očitkov, brez strahu pred konkurenco. Kdor je resnično dober učitelj, se mu ni treba bati, da ga bodo mlajši pohodili – nasprotno, spoštovali ga bodo.

Od tega, kako je posameznik sprejet v kolektiv, je odvisna tudi njegova reakcija na kolektiv.

Pomoč, uvajanje, dobronamerni nasveti so torej prvi temeljni kamen. Drugi temeljni kamen pa je *topel človeški stik s sodelavci*. Pogosto slišimo: služba je služba, družba pa družba. Vendar v realnem življenju zelo težko postavljamo ostre meje. V službi preživljamo velik del svojega življenja. Zato je lahko prijateljski klepet o otrocih, o tem, kar me veseli, kar imam rada, kar znam prijetna sprostitve. V večini uspešnih ameriških podjetij posvečajo zelo veliko pozornosti posamezniku in njegovim privatnim stiskam. Vsako leto je vsaj enkrat piknik ali družabni večer, na katerem se srečujejo de-

lavci in njihovi partnerji. Temeljna filozofija teh podjetij je: če vidi partner, kako je delo njegovega partnerja cenjeno in potrebno, potem lažje razume, da so potrebne tudi nadure ali celo delo za konec tedna. Po drugi strani pa je pogosto zapiranje svoje osebnosti tisto, zaradi česar postajamo vse bolj odtujeni, ne zaupamo drugim, pa tudi drugi ne zaupajo nam. Kaj lahko se je zapreti in izolirati, veliko težje je prisluhniti sodelavki ali sodelavcu.

V odnosu do drugih bodimo vedno takšni, kakor si želimo, da bi bili drugi do nas. Prijateljska pomoč, prijazna beseda, šopek zvončkov, kako je to malo, pa kako veliko lahko prispeva.

Tretji temeljni kamen pa je *samorealizacija in pomoč pri samorealizaciji sodelavk*. Trditev je na prvi pogled protislovna, vendar ni. Največja spodbuda za delo je priznanje, napredovanje, rast, možnost, da resnično pokažemo tisto, kar znam. To je včasih v strogo hierarhični strukturi zdravstva zelo težko; zato je potrebna podpora. Če pomagam pri tem kolegici, potem lahko pričakujem, da bo ona pomagala meni. Če jo bom pred zdravniki podcenjevala, če bom takoj pritegnila kritiki zdravnika, bo naslednjič sodelavka tudi meni naredila isto. Spet velja načelo: kar dam, to dobim. Če resnično vlagam v samorealizacijo bomo imeli od tega vsi koristiti – vsi bomo boljši – kolegice in jaz.

Dobri medsebojni odnosi so tisto, kar lahko daje delu še dodatno privlačnost. So tudi tisto, brez česar ne gre, in tisto, zaradi česar se splača vztrajati. Vendar ne pridejo sami od sebe – to je decembrska luč, ki jo je potrebno prižgati in ogenj ves čas vzdrževati. Ta ne bo grel le medicinske sestre, ki ga je prižgala, grel bo tudi kolegice in bolnike. To pa je njeno poslanstvo.

Dobri, topli medsebojni odnosi bodo kot božično drevo razsvetlili celoten oddelek. Medicinska sestra ima to prednost, da lahko daje, da opravlja poklic, ki ji vsak dan znova omogoča prižiganje lučk z nasmehom, prijazno besedo, kratkim klepetom. Bolnik bo hvaležen za vsako iskrico.

Sonček je treba prižgati bolniku in sodelavkam – potem bo toplo in svetlo. V svetlobi sonca pa vsakdo postane veselejši, srečnejši in se lažje spoprijema z vsakodnevnimi težavami. Dobri odnosi v kolektivu bodo zagotovilo, da vedno gorijo lučke, da osvetlijo vse okrog sebe.

Literatura

1. Thomsson H. Opportunities and obstacles for nurses well-being – An intervention study, EOWOP Congress, Gyor 1995.
2. Bellabarba J. Substance abuse by hospital personnel. An employee assistance program, EOWOP Congress, Gyor 1995.
3. Miner J. Industrial-organisational psychology. Mc Graw Hill, 1992.
4. Škof M. Sonček za srečo. Zdrav Obzor 1992; 26: 516.

Doc. dr. Marija Molan