

SOCIALNE IN DELOVNE RAZMERE MEDICINSKEGA OSEBJA, KI SKRBI ZA NEGO BOLNIKA

Na pobudo društev medicinskih sester in v sodelovanju z Zvezo društev medicinskih sester Slovenije je sindikat družbenih dejavnosti SRS z anketo hotel ugotoviti socialne in delovne razmere medicinskih sester in drugega osebja, ki skrbijo za nego bolnika.

Anketa o delovnih in socialnih razmerah medicinskega osebja, ki skrbi za nego bolnika, je bila izvedena v drugi polovici maja 1973. Anketni podatki so reprezentativni za vse zaposlene delavce v zdravstvu (bolnice, zdravstveni domovi in drugod) po vsej Sloveniji. Podatki, ki smo jih dobili, se nanašajo na prva dva meseca leta 1973. Podlaga za izbiro je bil zadnji seznam medicinskega osebja, ki ga je pripravila Zveza društev medicinskih sester Slovenije.

Iz celotnega seznama je bila izbrana vsaka deseta medicinska sestra. V bolnicah smo poleg medicinskih sester vseh profilov anketirali tudi strežnice na temelju internih seznamov posameznih hospitalov (po metodi slučajnih števil).

Ker je narava dela po bolnicah, zdravstvenih domovih in drugod med seboj različna, bodo podatki pri interpretaciji med seboj ločeni. To velja predvsem za bolnice in zdravstvene domove.

Anketiranje je bilo opravljeno kljub vnaprej pripravljenemu seznamu na podlagi anonimnega izpolnjevanja vprašalnika. Anketo po bolnicah, zdravstvenih domovih, vzgojno varstvenih zavodih in drugod so izvedli študentje fakultete za sociologijo, politične vede in novinarstvo, ki so se za to delo posebej usposobili na seminarju.

I. Medicinsko osebje o delovnem času

1. Bolnice

V prvem delu ankete nas je najprej zanimalo, kakšna je ureditev razmer glede časovne delovne razporeditve. Gre za vprašanja o delovnem času, o nadurah, o nočnem delu, o dežurstvih, prostih dnevih, o vplivu na proste dneve in nekatera druga. Preden preidemo h komentiranju podatkov, je treba reči, da so bili zbrani po spominu anketiranih, in gre torej za mnenja, ki jih je treba vrednotiti z določeno rezervno.

Skupen delovni čas je v glavnem po 160—200 delovnih ur na mesec. To pomeni, da časovna obremenjenost v rednem delovnem času (dežurstvo) ni prevelika. Vendar pa tu niso vštete nadure, ki jih je v bolnicah precej, saj ima skoraj četrtina medicinskega kadra več kot trideset nadur. Časovne obremenitve se ne razlikujejo bistveno, če jih gledamo po profilih, ki so zaposleni v bolnicah. Tu mislimo na strežnice, srednje medicinske sestre in višje medicinske sestre. So pa razlike med temi profili po številu opravljenih nadur. Medicinske sestre (srednje in višje) jih opravljajo več kot strežnice.

V bolnicah delajo vsi profili medicinskega osebja v deljenem delovnem času (dopoldne, popoldne in ponoči). Delna izjema so le višje medicinske sestre. Predvsem medicinske sestre pedagoške smeri (v 73 %) delajo vedno v deljenem delovnem času. Ob tem je potrebno reči, da praktično v zdravstvu ni razlik med delavniki in nedeljami in da je vsaka sestra zaposlena vsaj eno nedeljo v mesecu. Ker medicinskega kadra skoraj povsod primanjkuje, ne preseneča podatek, da polovica vseh anketiranih sester in strežnic nima nikoli prostega dneva oziroma le večasih.

Kjer pa imajo proste dneve, je stanje očitno tudi sicer urejeno, saj od uprave ni togo predpisano, temveč je prepuščeno dogovoru med samimi zainteresiranimi delavci. Tu ni praktično nobenih razlik med sestrami in strežnicami. Vsaj normativno in, kot kaže, tudi v praksi je njihov položaj tu izenačen.

Očitno protislovje (predvsem v bolnicah je najbolj vidno) je v dejstvu, da imajo medicinske sestre in tudi strežnice delo, ki ga opravljajo, rade in da rade delajo v svoji delovni organizaciji, obenem pa jih kar 35 % razmišlja o zaposlitvi izven zdravstva. Očitno je torej, da vzrokov ne gre iskati v naravi zdravstvenega dela, ki je sicer visoko vrednoteno in daje zaposlenim tudi zadovoljstvo, temveč drugje. Kje bi lahko bili poglobitvi vzroki?

— Po dobljenih podatkih je eden najmočnejših in najbistvenejših vzrokov prav v spreminjajočem se delovnem času. V zdravstvu je največ zaposlenega žen-

skega kadra (mater), ki imajo doma družino in jim zaradi deljenega delovnega časa ne uspe, da bi uskladile svoj delovni čas s potrebami družine (otrok, možnega delovnega časa itd.).

— Izkazalo se je tudi, da o zaposlitvi izven zdravstva razmišlja največ tistih, ki morajo večkrat delati nad osem ur skupaj. Torej je tudi prenatrpan delavnik eden izmed virov nezadovoljstva.

— Obenem lahko trdimo, da izobrazba vpliva na želeno zaposlitev izven zdravstva. Čim nižjo izobrazbo imajo, tem bolj razmišljajo ti kadri o zaposlitvi drugod.

Izmed vseh naštetih pa je vsekakor poglavitni vzrok prilagoditev delovnega časa potrebam družine. V tej smeri bi kazalo razmišljati vsaj o delni ureditvi razmer, kolikor je to zaradi narave in specifičnosti zdravstvenega dela sploh mogoče.

2. Zdravstveni domovi

Za zdravstvene domove (dalje: ZD) je mogoče reči, da je časovna obremenjenost mnogo manjša kot v bolnicah, in to bodisi redna zaposlitev kakor tudi nadurno delo. Tudi deljenega delovnega časa je manj, saj kar v 40 % primerov sploh nimajo deljenega delavnika. Prav tako je manj tudi dežurstev, oziroma jih v 47 % po ZD sploh ni. Podobno je stanje, kar se tiče zaposlitve ob nedeljah. Velika večina medicinskih sester ima v ZD tudi vsak teden vsaj en dan prosto. Proste dneve izkoriščajo ločeno, ne da bi jih morali združevati in izkoriščati skupaj. Izbira prostih dni je v 28 % predpisana in nimajo medicinske sestre nobenega vpliva nanjo, v drugih primerih pa se je mogoče dogovoriti v kolektivu s sodelavci. Res pa je, da morajo zaradi prostih dni delati vsaj dvakrat na mesec več kot osem ur skupaj.

V nasprotju z bolnišnicami imajo medicinske sestre po ZD v večini primerov zagotovljen tudi polurni odmor. Ob vsem povedanem je razumljiv podatek, da skoraj 80 % zaposlenih nima večjih težav z usklajevanjem svojega delovnega časa s potrebami družine (glej tabelo 1).

To še tem bolj, ker za več kot mesec dni vnaprej zvedo za svoj delovni turnus, kar pa ne velja za bolnišnice, kjer čestokrat (glej tabelo 2) sestre zvedo za svoj delovni razpored šele teden ali štirinajst dni vnaprej.

Pravzaprav ni potrebno več naprej dokazovati, da je tudi zadovoljstvo z delom in zaposlitvijo v ZD mnogo večje kakor v hospitalih in da le malo medicinskih sester, zaposlenih v ZD, razmišlja o zaposlitvi izven zdravstva (glej tabelo 3).

Že iz vsega povedanega je mogoče razbrati, da obstajajo glede delovnega časa med bolnišnicami in ZD velike, če ne še zelo velike razlike. Casovna preobremenjenost, deljen delovni čas, dežurstva, nadure, možnost prilagajanja svojega delavnika potrebam družine so področja, ki so v ZD mnogo bolj urejena kakor pa v hospitalih. Vprašanje je le, ali je k slabšemu stanju v bolnišnicah poleg specifične narave dela prispevalo še kaj drugega? Morda bo mogoče najti odgovore pri stimuliranju, nagrajevanju in ureditvi socialnih razmer delavcev, ki so zaposleni v hospitalih.

Za ponazoritev velikih razlik dodajamo tri tabele, ki najbolj nazorno prikazujejo razlike med bolnišnicami in zdravstvenimi domovi. Gre za vprašanja: »Koliko vam uspe vaš delovni čas prilagajati potrebam družine?« »Koliko tednov vnaprej vam je znan vaš delovni teden?« in »Ali razmišljate o zaposlitvi izven zdravstva?«.

Tabela 1

Na vprašanje, koliko vam uspe vaš delovni čas prilagajati potrebam družine, smo dobili naslednje odgovore:

	mi uspeva v celoti	mi uspeva deloma	ga težko uskladim s potrebami družine	mi ga ne uspe usklajevati	brez odgovora
bolnice	14,1	36,2	27,5	11,3	10,9
ZD	33,3	45,8	8,0	9,9	4,0

Tabela 2

Koliko naprej zveste za delovni teden?

	manj kot teden dni	teden dni	14 dni	tri tedne	mesec dni	mesec dni več kot	brez odgovora
bolnice	20,2	26,9	9,5	5,5	27,4	9,3	1,2
ZD	8,0	16,9	7,5	0,0	16,4	50,2	1,0

Tabela 3

Ali razmišljate o zaposlitvi izven zdravstva?

	pogosto	včasih	redko	nikoli	brez odgovora
bolnice	17,6	28,8	10,5	42,0	0,1
ZD	6,0	15,4	10,4	68,2	0,0

II. Mnenja o intenzivnosti in težavnosti dela

V tem sklopu so bila postavljena vprašanja o opremljenosti zdravstvenih enot, o razpolaganju z vsemi zaščitnimi sredstvi pri delu, o organizaciji skupnih sistematičnih zdravstvenih pregledov, ali so na voljo topli obroki hrane, o profilih delavcev, ki bi morali biti zaposleni oziroma so bili zaposleni v organizacijskih enotah, in še nekatera druga.

1. Bolnice

Tudi na tem področju je v bolnišnicah stanje slabše kot pri ZD. Topli obroki hrane razen izjeme niso preskrbljeni niti dopoldne, popoldne, še najslabše pa je ponoči, ko je intenzivnost dela največja oziroma je delo najnapornejše. Prostor za kratek oddih je zagotovljen le v 37 % primerov.

Težja fizična dela so še posebej problem, zlasti na nekaterih oddelkih, kot so ginekološki, kirurgija in nekateri drugi (prenašanje težkih bremen). V 36 % opravljajo težja fizična dela medicinske sestre in strežnice vsak dan, pogosto (18 %), včasih pa 24,7 %.

Predvsem strežnice morajo opravljati takšna težja fizična dela, za njimi pa so na drugem mestu medicinske sestre splošne smeri. To pomeni, da je tudi težje fizično delo lahko eden izmed resnih vzrokov za željo oziroma razmišljanje zaposlenih, da bi se zaposlile izven zdravstva.

Na vprašanje, koliko časa porabijo zaposleni za pot v službo in nazaj, se je pokazalo, da to ni velik problem, saj večina zaposlenih stanuje v bližini svojega delovnega mesta in porabi za pot na delo in z deloma manj kot eno uro.

Večjo skrb zbuja podatek, da kar 36 % vseh zaposlenih v bolnišnicah nima nikoli skupnega sistematičnega zdravniškega pregleda (oziroma ga sploh nima), medtem ko so drugi pregledani posamič ali skupno vsako vsako leto, vsaki dve ali tri leta. Vsi zaposleni pa imajo vedno na voljo vsa potrebna zaščitna sredstva.

Na vprašanje »Ali veste, koliko delavcev vašega profila za nego bolnika je dejansko zaposlenih po sistematizaciji delovnih mest in koliko bi jih moralo biti zaposlenih?« ni bilo mogoče dobiti ustreznih odgovorov, ker večina (okrog 90%) vprašanih odgovarja z »ne vem«. Iz tega lahko sklepamo le, da poučenost in zanimanje za ta vprašanja nista močno prisotna.

Ce pogledamo stanje o intenzivnosti in težavnosti dela med različnimi profili, lahko rečemo, da razen omenjene razlike glede fizičnega dela (strežnice) ni drugih bistvenih razlik med kadri različnih profilov.

Vse dobljene podatke je treba gledati v povezavi z delovno in časovno obremenitvijo, ki smo jo prikazali v prejšnjem poglavju, da bi lahko ustrezno spoznali težavnost dela medicinskega osebja, ki skrbi za nego bolnika.

2. Zdravstveni domovi

V zdravstvenih domovih je situacija podobna kot v bolnišnicah. Slabo je urejeno za počitek med delom. Ni prostorov (posebnih) za kratek oddih, pa tudi toplih obrokov hrane ni na razpolago niti dopoldne, popoldne ali ponoči, kolikor je pač nočnega dela v ZD.

Razlika v odnosu do bolnišnic je v tem, da medicinske sestre malokdaj opravljajo težja fizična dela in je težavnost tod manjša.

V ZD zaposleni v glavnem (88 %) nimajo problemov s prevozom do delovnega mesta in domov, saj skoraj vsi porabijo za pot v službo in domov le do eno uro.

Enako kot v bolnišnicah zbuja skrb podatek, da tod kar **57 % vseh zaposlenih nima sistematičnega zdravstvenega pregleda**, 22 % jih ima te preglede le posamič. Vsi drugi pa so pregledani na dve ali tri leta. Zaščitna sredstva so vsem vedno v zadostni meri na razpolago.

Če primerjamo intenzivnost in težavnost dela v bolnišnicah in zdravstvenih domovih, lahko ugotovimo, da med njimi razen pri opravljanju težjih fizičnih del ni bistvenih razlik. S tabelo prikazujemo omenjeno razliko. Vprašanje se je glasil »Ali morate opravljati tudi težja fizična dela«?

	da, vsak dan	pogosto	včasih	redko	nikoli	brez odg.
bolnice	36,2	18,8	24,7	11,4	8,8	0,1
ZD	5,0	4,0	19,9	15,4	55,2	0,5

V bolnišnicah in zdravstvenih domovih je očitno, da je zadovoljstvo z delom tem nižje (tem manj imajo radi svoje delo), čim težja fizična dela morajo opravljati. Seveda velja to v večji meri za bolnišnice, ker je tudi fizičnega dela več, kar je razvidno iz tabele, in so torej tudi razmere tod nekoliko slabše kakor v zdravstvenih domovih.

III. Osebni prejemki

1. Koliko dohodka ste prejeli v celoti?

To vprašanje je bilo postavljeno anketiranim in se je nanašalo na meseca januar in februar. Med obema mesecema ni bilo bistvenih razlik, zato bomo v tabeli prikazali dohodek le za mesec februar. Zaradi lažjega razumevanja in vrednotenja višine dohodka bomo storili to s primerjavo med bolnišnicami in zdravstvenimi domovi.

	do 1000	1000—1400	1400—1800	1800—2200	2200—2600	več kot 2600	brez odg.
bolnice	7,5	31,5	12,6	19,5	14,6	9,2	5,1
ZD	—	2,0	16,4	42,3	26,4	6,5	6,5

Tabela nam nazorno kaže, da je višina osebnih prejemkov v ZD mnogo višja kot v bolnišnicah, vendar pa je treba dodati, da je v bolnišnicah kvalifikacijska struktura nižja kot v zdravstvenih domovih in je treba to upoštevati (strežnice v ZD niso zaposlene). Toda ob predhodnem upoštevanju dejstev o intenzivnosti in težavnosti dela ter slabših delovnih pogojih je očitno, da je delo v bolnišnicah premalo nagrajeno.

In kako je plačano delo po delovnih mestih?

Ponazoritev s tabelo:

Doh. v februarju	1 do 1000	2 1000—1400	3 1400—1800	4 1800—2200	5 2200—2600	6 več kot 2600	0 brez odg.
Delovno mesto							
1. strežnica	15,3	64,2	11,3	2,4	—	—	6,8
2. med. sestra pediatr. smeri	—	1,1	15,6	41,1	28,9	11,1	2,2
3. med. sestra babica	—	5,0	10,0	47,5	20,0	15,0	2,5
4. med. sestra splošne smeri	—	1,3	19,2	45,4	22,8	6,0	5,3
5. višja med. sestra	—	—	3,2	15,2	47,2	30,4	4,0
6. kaj drugega	2,2	—	8,9	42,2	24,4	17,9	4,4
0. brez odg.	—	—	42,8	14,3	14,3	14,3	14,3

Iz tabele je razvidno, da je delovno mesto pogojeno z višino osebnega dohodka. Torej čim zahtevnejše je delo po strokovni plati, tem višji je tudi dohodek. Če bi primerjali tabelo, kjer je dohodek v februarju navzkriž z izobrazbo, bi dobili domala identično sliko. Iz tega lahko torej sklepamo, da je izobrazba osnovni in nujni pogoj za določeno delovno mesto in s tem tudi za višino osebnega dohodka.

Če pogledamo povezanost oziroma soodvisnost med številom let v delovni organizaciji ter dohodkom v januarju in februarju, lahko ugotovimo, da ni videti kakšnega trenda oziroma zakonitosti. Lahko bi celo rekli, da daljša oziroma dolga zaposlitev v isti delovni organizaciji ne vpliva na višino osebnega dohodka. Torej velja še vedno trditev iz prejšnje tabele, da na višino osebnega dohodka bistveno vpliva delovno mesto z izobrazbo.

Za kakršnokoli bolj poglobljeno vrednotenje dohodka bi pravzaprav bile potrebne primerjalne analize višine dohodkov medicinskih sester z dohodki istih profilov delavcev (podobna izobrazba) iz drugih negospodarskih in gospodarskih vej. Šele taka analiza ob upoštevanju teže in intenzivnosti dela ter delovnih pogojev bi lahko dala ustrezen odgovor. Tako pa je prepuščeno vsakomur, da sam na osnovi že povedanega presodi, ali je osebni dohodek v zdravstvu primeren ali ne.

2. Vrednost dejavnika

V okviru vprašanj o dohodku je bilo tudi vprašanje o vrednosti delovnega mesta po pravilniku za delitev osebnih dohodkov. Večina vprašanih o tem ni seznanjena in je odgovorila z »ne vem«.

Prav tako niso bili seznanjeni z vrednostjo rednih ur, nadur, ur dežurstev, nočnih ur, vrednostjo ur dela ob praznikih in nedeljah. Izjeme so bile le višje medicinske sestre in včasih medicinske sestre s srednjo izobrazbo. V glavnem pa je seznanjenost o teh zadevah pri večini zaposlenih v zdravstvu na nizki ravni.

Na vprašanje o posebnih stroških v zvezi s svojim delom je bil odgovor večinoma negativen. Teh stroškov nimajo in to ne pomeni kakšnega večjega problema. Če pa jih zaposleni imajo, jim jih v veliki meri povrnejo delovne organizacije.

IV. Socialne razmere

Socialne razmere so brez dvoma področje, ki v veliki meri vpliva na uspešnost dela in zadovoljstvo pri opravljanju obveznosti in zato je to področje kot poseben del vključeno v anketna vprašanja. Povpraševali smo po stanovanjskih problemih, po izkoriščanju letnega dopusta, po regresih za dopust, po strokovnem in študijskem izpolnjevanju in po drugem.

1. Ureditev stanovanjskih razmer

	živim v lastnem stanov., hiši	živim v najem. stanov.	živim v samskem domu	živim v podnaj. sobici	živim v podnaj. sobici s sostan.	kje drugje	brez odg.
bolnice	33,1	38,9	5,8	9,2	3,7	6,8	2,5
ZD	39,8	43,8	0,1	5,5	1,5	7,5	0,1

Tabela kaže na prvi pogled, kot da v zdravstvu zaposleni nimajo problemov s stanovanjskim vprašanjem. Obenem je razvidno, da na tem področju ni razlik med obema vrstama zdravstvenih organizacij. Vendar pa je za izpolnitev slike o stanovanjskih problemih treba pogledati še tabelo o tem, kako so zaposleni reševali stanovanjske probleme.

Pomoč zavoda pri ureditvi stanovanja?

	dobil sem stan. kredit	živim v stan. svoje gosp. org.	stan. problem sem moral reševati sam	nimam stanov. problem.	brez odg.
bolnice	11,7	17,3	54,6	13,2	3,2
ZD	13,4	10,9	58,2	16,4	0,1

Iz te razpredelnice pa je mogoče razbrati, da jih je od vseh zaposlenih bilo kar 54,6 %, ki so morali svoje stanovanjske težave reševati sami. Med ZD in bolnicami se na tem področju ne kažejo kakšne večje statistične razlike. Kljub vsemu pa je ureditev stanovanjskih razmer toliko dobro rešena, da ne gre iskati virov nezadovoljstva in razmišljanj o zaposlitvi izven zdravstva v nerešenih stanovanjskih težavah. Tu bi le stežka našli kakršnokoli povezavo.

2. Družinske razmere

Družinske razmere so pomemben sestavni del tega dela socialnih pogojev glede na to, da dela v zdravstvu 97 % žena, ki so v 74 % primerov tudi že poročene. Vse, ki so poročene, so si že ustvarile družinsko življenje in imajo otroke. Ugotovili smo še, da tiste medicinske sestre, ki delajo v ZD, lažje prilagajajo svoj delovni čas potrebam družine kakor tiste, ki so zaposlene po bolnišnicah.

Zato so tudi razumljivi podatki iz spodnje tabele.

Vzgoja otrok in čas:

	imam dovolj časa	časa mi primanjkuje	sploh nimam časa	nimam otrok	brez odg.
bolnice	13,3	41,9	9,0	30,5	5,3
ZD	31,8	33,8	3,0	24,9	21,5

Mnogo več časa za nadzor nad otroki imajo matere, zaposlene v zdravstvenih domovih, kakor matere, ki so zaposlene v bolnišnicah. Tudi uspeh otrok, kjer so matere zaposlene v ZD, je v šoli nekoliko boljši kot pri otrocih, kjer so matere zaposlene v bolnišnicah.

3. Dopust in študijsko izpopolnjevanje

Vprašanje se je glasilo »Kje ste lani preživel dopust?«

	bil sem doma	za študij	delal sem honorarno	na morju	na potovanju	kje drugje	brez odgovora
bolnice	54,4	2,8	0,3	28,1	4,9	5,1	4,4
ZD	33,3	5,0	2,0	47,0	4,8	6,0	6,0

Tudi tu je vidna razlika med bolnišnicami in zdravstvenimi domovi. Očitno je, da imajo v ZD zaposleni boljše možnosti za izkoriščanje svojega letnega dopusta na morju. Verjetno je to deloma posledica boljših materialnih možnosti, kar smo tudi že ugotovili.

Večina zaposlenih v enih in drugih organizacijah pa dobiva za dopust večinoma tudi regres, ki znaša 600 din.

Zanimiv je podatek, da le majhen procent izkorišča svoj dopust za študijsko ali strokovno izpopolnjevanje. Ta interes je mnogo močnejše izražen v ZD, kjer je bilo v lanskem letu poslanih 36 % vseh zaposlenih v teh organizacijah na študijsko ali strokovno izpopolnjevanje. V bolnišnicah je bilo teh le 13 %. Da je tako malo zanimanja, je pravzaprav čudno, saj v večini primerov delovna organizacija krije vse stroške sama.

Zanimanje za izobraževanje je najmočnejše izraženo pri tistih profilih, ki imajo že določeno stopnjo izobrazbe, tj. pri srednjih medicinskih sestrah, največje pa pri višjih medicinskih sestrah. Čim večja je raven izobrazbe, tem močnejše je izraženo zanimanje za še dodatno strokovno izpopolnjevanje.

Z izobrazbo je pogojeno tudi razmišljanje o zaposlitvi izven zdravstva. Čim višja je izobrazba, tem manj ti delavci oziroma medicinske sestre razmišljajo o zaposlitvi izven zdravstva in tudi zadovoljstvo z delom je večje.

Z a k l j u č e k

Rezultati ankete res niso presenetili. Potrjuje samo tisto, kar medicinske sestre stalno poudarjamo.

Dne 9. januarja 1974 so se 9. seje izvršnega odbora RO za zdravstvo in socialno zavarovanje sindikata delavcev družbenih dejavnosti Slovenije, ki je obravnavala poročilo o rezultatih ankete, udeležile tudi predstavnice Zveze društev medicinskih sester Slovenije (Marija Miloradovič, Marija Šipec, Majda Jerman in Malči Lisac).

Na tej seji je bilo v razpravi poudarjeno, da je treba v poročilu o zaposlitvi med. sester podrobneje obdelati naslednje probleme:

- turnusno delo v hospitalih,
- obremenitev zaposlenih z nočnim delom in delom ob nedeljah in praznikih,
- pomanjkanje in veliko fluktuacijo osebja za nego bolnikov v bolnicah,
- varstvo otrok delavk, ki delajo v turnusih,
- pomanjkanje stanovanj,
- obravnavanje obveznega nadurnega in dežurnega dela kot podaljšanega dela,
- večno večje obremenitve medicinskih sester z dodatnimi opravili, ki jih zahteva razvoj medicinskih znanosti in sodobna tehnika (intenzivna nega in terapija),
- potrebe po uvajanju sodobnih tehničnih pripomočkov, signalizacije itd.,
- pridobivanje dohodkov v zdravstvu na podlagi ekonomskih cen in svobodne menjave dela.

Ob koncu razprave so bili sprejeti naslednji s k l e p i :

- a) poročilo naj se dopolni v smislu gornjih pripomb;
- b) poročilo o zaposlitvi zdravstvenega kadra — med. sester naj se publicira čim širše, predvsem pa ga je treba dostaviti vsem zdravstvenim delovnim organizacijam in skupnim komisijam za samoupravne sporazume v zdravstvu;
- c) sindikat naj opozori na stanovanjski problem zdravstvenih delavcev in apelira na občinske skupščine in solidarnostne stanovanjske sklade, naj izjemno rešujejo ta problem.

Glede publicitete poročila so bile sprejete pobude, da se poročilo objavi v Zdravstvenem obzorniku, Zdravstvenem vestniku in Delavski enotnosti. Razen tega naj se animira novinar, ki bi pripravil članek za široko javnost in ga objavil v sobotni prilogi »Dela«. Poročilo naj se dostavi tudi osnovnim organizacijam sindikata v zdravstvenih delovnih organizacijah in občinskim sindikalnim svetom. Hkrati se konkretno predlaga zdravstvenim delovnim organizacijam, naj določajo razpored dela za določeno dobo naprej in sprejmejo to obveznost v samoupravne spozume in pravilnike o delovnih razmerjih.

PSEUDOMONAS AERUGINOSA V BOLNIŠNICI

Nesodobno opremljene in slabo ventilirane bolniške in operacijske prostore v starih zgradbah je navadno težko higiensko vzdrževati v redu. Od časa do časa se pojavijo infekcije, za katere je sprva težko ugotoviti, od kod izhajajo. Šele kadar izbruhne epidemija, odkrijejo s sistematičnimi preiskavami, da je vzrok v nečistoči na več mestih hkrati.

Največja težava pri odstranjevanju infekcij v bolnišnicah je dandanes v tem, da povzročajo te infekcije mikrobi, zelo odporni proti razkužilom in antibiotikom. Priznati je treba, da prav v obdobju antibiotikov premalo uvažujejo osnovni higienski režim. Danes pa **ni mogoče omejiti infekcij v bolnišnicah samo z antibiotiki, če ne poostrimo hkrati tudi higienskega režima.**

V vseh bolnišnicah so znani številni primeri takšnih infekcij. Poučni so predvsem tisti primeri, pri katerih so ugotovili pravi izvor širjenja infekcije in tudi odkrito priznali, s kakšnimi ukrepi je uspelo zajeziiti infekcije, ki lahko prerastejo v pravo epidemijo.

Zanimiv primer so opisali v angleški bolnišnici. Tri mesece so opazili na sterilnih operacijskih ranah nenehno naraščanje števila infekcij z gramsko negativnimi bakterijami. Pri večini je kot povzročitelj prevladovala vrsta *Pseudomonas aeruginosa* fagotip 10. Znano je, da je ta bakterija zelo odporna proti razkužilom in antibiotikom.

Sistematične bakteriološke preiskave za virom okužbe so odkrile močno okužene pipe, iz katerih so točili »sterilno« vodo. V univalniko je dotekala voda iz okuženih rezervoarjev. Tudi razpršilci za heksaklorofen so bili okuženi s *Ps. aeruginosa*. Isti endemični tip 10 so ugotovili z bakteriološkimi preiskavami na lesenem podu, na omelih in na vedrih za čiščenje tal. Tudi 4-odstotna raztopina *hycolina*, ki je iz rezervoarja tekla v aparat za čiščenje tal, je bila okužena.

Takrat so v bolnišnici odločno začeli odstranjevati infekcijo. Kot sterilno so začeli uporabljati izključno avtoklavirano vodo. Vodovodne pipe so dnevno razkuževali z 2% raztopino hipoklorita in klorirali rezervoarje za vodo. Odstranili so razpršilec za heksaklorofen, ki se je pokazal kot neustrezen pri infekcijah s tako odporno bakterijo, kot je *Ps. aeruginosa*.

Tla so začeli čistiti samo z omeli iz takega materiala, ki so ga lahko avtoklavirali. Odstranili pa so vse čistilne naprave, ki jih ni mogoče avtoklavirati.

Preteklo je 7 tednov. Toda endemični sev *Ps. aeruginosa* je bil na operacijskih ranah še vedno prisoten. Kontrolirali so delovanje avtoklavov. Uporabljali so stare aparate, ki so delovali s paro pri nestalnem pritisku. Njihovega delovanja pa niso nadzorovali posebej. Zdaj so začeli dnevno kontrolirati delovanje avtoklavov z nadzorovanjem pritiska. Uredili so tudi odstranjevanje odpadkov in gnojnih obvez.

Po vseh teh ukrepih je uspelo do neke mere znižati število infekcij na ranah. Le s prizadevnim sodelovanjem prav vsega osebja se je število infekcij zmanjšalo na polovico.

S. Z.