

ODNOSI MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI KOT DEJAVNIK RAZVOJA ZDRAVSTVA

Majda Pahor

UDK/UDC 614.253

DESKRIPTORJI: medsebojni odnosi, zdravstveni delavci, zdravstvene službe trendi

IZVLEČEK – V prvem delu sestavka obravnavamo nekatere sociološke značilnosti poklicnih skupin medicinskih sester in zdravnikov ter njihovih medsebojnih odnosov. Drugi del vsebuje povzetek analize intervjujev s predstavniki obeh poklicev. Kot izhodišče za opazovanje določenega vidika razvoja zdravstva (medsebojnih odnosov med zdravstvenimi delavci) je uporabljena sociološka teorija razvoja z dimenzijami osamosvajanja in povezovanja. Na tej osnovi avtorica obravnava značilnosti obeh poklicnih skupin in njune medsebojne odnose, zlasti z vidika hierarhičnosti in nehierarhičnosti, razlik v motiviranosti in angažiranosti med medicinskimi sestrami in zdravniki in razlike v odnosu do bolnika.

THE RELATIONS AMONG HEALTH WORKERS AS AGENTS OF THE DEVELOPEMENT OF HEALTH CARE

DESCRIPTORS: interprofessional relations, health man power, health services trends

ABSTRACT – In the first part of the article, some sociological characteristics of the professional groups of nurses and doctors and their mutual relations are described. The second part brings recapitulation of the analysis of the interviews with representatives of both professional groups. The starting point for the observation of a definite aspect of the development of health care (mutual relations among health workers) is the sociological theory of the development with dimensions of emancipation and cooperation. On this basis, the author considers the characteristics of both professional groups and their mutual relations, especially from the view of hierarchy and non-hierarchy, the differences in motivation and engagement of nurses and doctors and the differences in their attitude towards patients.

Uvod

Na vprašanje, kaj pomeni »razvoj zdravstva« oziroma »razvito zdravstvo«, je odgovorov lahko veliko. Najprej so tu podatki o kvantitativnih spremembah v materialni, finančni in kadrovski strukturi zdravstvene službe, kjer razvoj razumemo kot povečevanje materialne, finančne in kadrovske opremljenosti. Pomemben vidik razvoja zdravstva so tudi spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva: razvoj zdravstva naj bi spremljalo tudi izboljševanje zdravja ljudi, ki jim je le-to namenjeno.

V zvezi z razvojem zdravstva je ponavadi izpostavljen prav ta, kvantitativni oziroma materialni vidik. Stališča, želje ljudi, konflikti in frustracije, njihova pripravljenost na akcijo pa so premalo znan in v usmerjanju razvoja premalo upoštevan element. Zato lahko sociološki pristop (uporaba sociološke teorije razvoja) pomembno osvetli problematiko razvoja zdravstva.

Če opredelimo razvoj v sociološkem smislu kot povezovanje raznovrstnosti, potem predpostavka razvite družbe vključuje hkrati visoko stopnjo avtonomije

njenih sestavnih delov, tudi posameznikov, in hkrati visoko stopnjo povezanosti avtonomnih subjektov.

Kot kriterij razvitosti zdravstva torej lahko uporabimo tudi prisotnost (ali odsotnost) procesov osamosvajanja in povezovanja njegovih sestavnih delov: v kolikšni meri so posamezniki (ali poklicne skupine) samostojni, avtonomni in na osnovi te samostojnosti (ne pa podrejanja) povezani z drugimi.

Na tem mestu nas zanimajo predvsem značilnosti odnosov med dvema najštevilčnejšima poklicnima skupinama v zdravstvu – zdravniki in medicinskimi sestrami. Posebej nas zanima položaj in vloga medicinskih sester kot v odnosu do zdravnika tradicionalno podrejene poklicne skupine, ki pa opravlja za bolnika zelo pomembne dejavnosti. Njihov podrejeni položaj blokira mnoge njihove potencialne, zmanjšuje možnosti za komunikacije in povzroča konflikte. Bolniki imajo tako od zdravstvene nege manj, kot bi lahko imeli glede na strokovno usposobljenost zdravstvenih delavcev. Določen tip organizacije dela, ki temelji na hierarhičnih odnosih, torej lahko slabša kvaliteto zdravljenja, pa tudi kvaliteto življenja zdravstvenih delavcev, saj slabša njihove medsebojne odnose.

ZDRAVSTVENI DELAVCI

Značilnosti in posledice hierarhične organizacije dela

Temeljna značilnost odnosov med zdravstvenimi delavci je njihova hierarhičnost. Ta temelji na različni strokovni usposobljenosti zdravstvenih delavcev in predpostavlja njihovo usklajeno sodelovanje na osnovi nadzora in odgovornosti. Gre za odnos povezanosti članov določene celote na način, da so nižji tako ali drugače podrejeni višjim. Struktura hierarhične organizacije je običajno piramidna, ker je podrejenih praviloma dosti več kot nadrejenih.

Raziskovalci značilnosti hierarhije so prišli do zaključkov, da ima taka organizacija dela tudi negativne učinke na končni rezultat dela.* Člani organizacije na višjih nivojih so praviloma bolj motivirani in se bolj zanimajo za delo kot delavci na nižjih nivojih. Prav tako so prvi bolj zadovoljni sami s seboj, s svojimi uspehi in avtoriteto. Dokazana je zveza med obsegom vpliva na svoje delo in zadovoljstvom z delom. Višji status v hierarhiji poleg vpliva prinaša tudi ugled in priznanje in s tem samospoštovanje. Na vrhu hierarhične lestvice prevladuje ugodno mnenje o obstoječi organizaciji dela in visoka stopnja identitete z organizacijo, na dnu pa obratno. V hierarhični organizaciji se torej kažejo pomembne razlike med delavci na različnih nivojih, kar ima za posledico različno angažiranost in odnos do dela, v končni fazi slabše rezultate pri delu. Zato v hierarhične organizacije zlasti v razvitem svetu začenjajo uvajati participacijo. Sodelovanje delavcev pri odločanju temelji v egalitarnem vrednostnem sistemu, ki je kot vrednota prisoten v večini sedanjih družb in/ali v organizacijskem učinku participacije, ki poveča učinkovitost delavcev pri delu.

Z vidika teorije razvoja hierarhičnost pomeni obliko povezanosti, odvisnosti med subjekti (posamezniki in skupinami). Za to obliko povezanosti je značilno, da

* Čeprav ima hierarhija seveda lahko tudi pozitivne učinke – racionalna organizacija dela, učinkovitost, zlasti pri nemotiviranih delavcih.

se samostojnost (volja, interesi) enih uveljavljajo na račun nesamostojnosti in podrejenosti drugih – pomeni torej, da je družbena moč neenakomerno porazdeljena.

Omejevanje samostojnosti razvoj lahko zagotavlja ali pa zavira. Če vzamemo za primer področje produkcije: omejevanje samostojnosti, do katere pride z delitvijo dela (na primer za zdravje ne skrbi več posameznik sam oziroma zaprta skupnost, s tem je njihova samostojnost omejena), ki poveča specializacijo in s tem produktivnost, je ena od gonilnih sil razvoja. Po drugi strani pa razvoj produkcijskih sil zahteva* čedalje bolj samostojnega proizvajalca in ima omejevanje samostojnosti (blokada potencialov) lahko za posledico stagnacijo razvoja.

V hierarhični organizaciji ima vodilni subjekt »dobrine«, s katerimi lahko nagrajuje podrejanje drugih subjektov ali pa jih »kaznuje« za nekonformno ravnanje. (Zdravnik ima na primer pomembno besedo pri izbiri oddelčne ali glavne medicinske sestre.) Vendar pa uveljavljanje procesov demokratizacije počasi že utrjuje moralne norme, po katerih je vse manj spremenljivo, da bi se »nižji« podrejali »višjim« na račun svojega osebnega dostojanstva.

Čimbolj opazna je hierarhična nadrejenost in podrejenost, tem bolj verjetno se vsaka ideja, ki izhaja z vrha hierarhične strukture, absolutizira in uporablja za edini model. Pojavlja se avtomatično posnemanje in prevzemanje vsega, kar prihaja od zgoraj. Zato je na primer pri medicinskih sestrah bolj ocenjeno tisto delo, ki ga pri bolniku opravlja zdravnik kot pa njihovo lastno, in medicinske sestre se želijo približati ali vsaj v minimalni meri poistiti z zdravnikom.

Avtokratska struktura odločanja pa je na določen način »udobnejša« tudi za podrejene: v takšni situaciji je osrednja vloga posameznika predvsem v tem, da čimbolj vestno, točno in popolno opravlja tisto, kar od njega pričakujejo. S tem si zagotavlja priznanje, se ne izpostavlja grajam in ne odgovarja za smiselnost (ali nesmiselnost) svojega ravnanja.

Demokratsko odločanje, ko je treba samostojno odločati, je dosti težje. Potrebno je poiskati merila za presojanje, se odločiti in sprejeti odgovornost za svojo odločitev.

V tem primeru nas zanimajo odnosi oziroma razlike med zdravniki in medicinskimi sestrami. To sta najštevilčnejša poklica v zdravstvu, ki najbolj pogosto delata skupaj. Obenem pa je med njima dosti večja socialna distanca kot je pri drugih poklicih med delavci z visoko in srednjo oziroma višjo izobrazbo. Zlasti je nesorazmerno nizek status višjih medicinskih sester v odnosu do zdravnika. Eden od pokazateljev njihovega nižjega statusa je tudi način vođenja statistike o zdravstvenih delavcih v Sloveniji (in tudi v Jugoslaviji), ki v eno kategorijo uvršča zdravstvene delavce z visoko izobrazbo in v drugo zdravstvene delavce z višjo in srednjo izobrazbo skupaj.

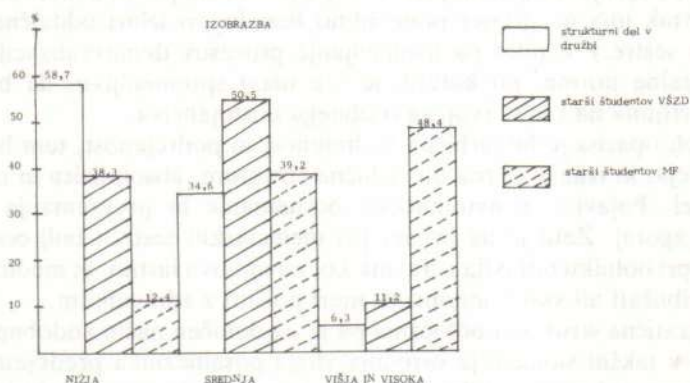
Podatki o kvalifikacijski strukturi zdravstvenih delavcev kažejo, da prav poklicna skupina srednjih in višjih medicinskih sester najhitreje narašča in predstavlja večino zdravstvenih delavcev: leta 1968 je bilo med zdravstvenimi delavci (zdravniki, medicinske sestre in nižji zdravstveni delavci) 34% medicinskih sester, leta 1985 pa že 71% (10, 11).

* Zahteva je posledica kompleksnejše proizvodnje, ki zahteva bolj motiviranega in zato bolj samostojnega proizvajalca, kontrola je predraga in premalo učinkovita.

Slojne in statusne razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki

Razlike glede na izvorno družino

V poklice zdravnika in medicinske sestre vstopajo slojni pripadnosti izvorne družine različni ljudje. Za študij medicine se v večji meri odločajo otroci dosti bolj izobraženih staršev kot je slovensko povprečje in tudi bolj, kot so starši študentov Višje šole za zdravstvene delavce. Izvorne družine študentov medicine in študentov Višje šole za zdravstvene delavce se razlikujejo tudi po materialnem standardu, potrošnji kulturnih dobrin in načinu preživljanja prostega časa, skratka po vseh indikatorjih družbenega statusa (12).



Skica prikazuje izobrazbeno strukturo staršev študentov Medicinske fakultete in Višje šole za zdravstvene delavce v primerjavi s slovenskim povprečjem.

Razlike v ugledu poklica

Razlike so tudi v ugledu poklica medicinske sestre in zdravnika.

	Leto	Zelo majhen ugled	Majhen ugled	Srednji povpreč.	Velik ugled	Zelo velik	Ne vem	Brez odgovora
Zdravnik	1968	0,1	0,4	7,8	44,8	43,5	3,3	0,0
	1980	0,2	0,4	9,2	40,8	46,2	3,2	
	1983	0,1	0,7	10,5	39,1	46,9	2,6	
	1986	0,2	0,7	11,1	43,7	40,2	4,1	
Medicinska sestra	1983	0,3	4,9	60,9	25,0	5,4	4,1	
	1986	0,5	6,0	48,8	33,3	7,0	4,4	

Raziskavi iz let 1983 (Slovensko javno mnenje) in 1986 (Socialna struktura), ki vsebujeta vprašanja o poklicnem ugledu medicinskih sester in zdravnikov, obe postavita na prvo mesto kot najbolj ugleden poklic prav zdravniški. Tudi lestvici za leto 1968 in 1980 sta podobni, z zdravnikom na prvem mestu, vendar brez podatkov o ugledu poklica medicinske sestre*.

1983			1986		
Rang	Poklic	Rezultat	Rang	Poklic	Rezultat
1.	zdravnik	84,78	1.	zdravnik	82,14
2.	univerzitetni profesor znanstvenik	81,12	2.	znanstvenik	79,72
3.	direktor	80,92	3.	direktor	76,32
4.	sodnik	77,32	4.	inženir	74,72
5.	dipl. inženir	75,04	5.	poklicni politik	71,24
6.	poklicni politik	68,70	6.	obrtnik	66,84
7.	obrtnik	65,56	7.	oficir	65,76
8.	učitelj	65,10	8.	medicinska sestra	65,42
9.	oficir	64,84	9.	duhovnik	62
10.	medicinska sestra	63,96	10.	učitelj	60,70
11.	duhovnik	61,90	11.	knjigovodja	57,96
12.	miličnik	60,64	12.	kmet	57,08
13.	VKV delavec	57,60	13.	kovinostrugar	55,64
14.	pisarniški uslužbenec	57,8	14.	prodajalec	52,88
15.	kmet	51,04	15.	priučeni gr. delavec	49,32
16.	gospodinja	46,22	16.	snajžilka	40,65
17.	NKV delavec	40,62			
18.	snajžilka	39,54			

Pri poklicu medicinske sestre so najmočnejše izražene modalitete »povprečen ugled« in »velik ugled«, medtem ko so pri zdravniku najmočnejše »velik ugled« in »zelo velik ugled«. Oba poklica pa imata zelo nizke vrednosti pri modaliteti »zelo majhen ugled«. Lahko bi torej rekli, da noben od teh poklicev ni neugleden, razlikujeta pa se, in to močno, po stopnji cenjenosti v družbi.

Zdravniki*

Raziskovanje ugleda zdravnikov je v svetu zelo razširjeno (13) in raziskave dokazujejo, da je zdravniški poklic najuglednejši ali med najbolj uglednimi v vseh preučevanih družbah.

Zanimivo pa je, da je subjektivno doživljanje družbenega položaja zdravnikov drugačno: zdravniki so nezadovoljni s svojim položajem v celoti (13). Velika večina anketiranih beograjskih zdravnikov je na primer menila, da je njihov ugled v družbi »manjši« ali »znatno manjši« kot bi moral biti zaradi pomena njihovega dela. Poleg tega večina anketiranih zdravnikov tudi meni, da so preslabo plačani in da njihov poklic nima ustreznega vpliva v družbi. Kar se tiče vzrokov za nizek ugled zdravnikov v glavnem menijo, da gre za slabe sistemske rešitve, ki usmerjajo

* Podatki za leta 1968, 1980 in 1983 so iz raziskav Slovensko javno mnenje, FSPN 1968, 1980 in 1983, podatki za leto 1986 pa iz raziskave Socialna struktura sodobne slovenske družbe. Sumarni prikaz rezultatov, FSPN 1987.

* Problematika zdravniškega poklica je tu obravnavana samo okvirno, saj je poglobitni interes usmerjen na položaj medicinskih sester in na njihove odnose do zdravnikov.

zdravnike v nekvalitetno delo, pa tudi napačno družbeno vrednotenje dela, ki ceni lažje, netvegane poklice.

Med seboj se po stopnji ugleda tudi zelo razlikujejo zdravniki splošne medicine (ki so najnižje) in različni specialisti (med njimi so najbolj ugledni kirurgi, za njimi internisti, nato ginekologi itn.). Med ne najmanj pomembne elemente ugleda različnih specialistov spada tudi možnost (legalnega ali nelegalnega) zaslužka. V Združenih državah Amerike je prav med kirurgi največ svobodnih profesionalcev (80–90%). (13) Tudi pri nas, kljub temu, da ni privatne prakse, je 21% anketiranih zdravnikov odgovorilo, da se v ginekologiji lahko dobro zasluži, in 10%, da je kirurgija veja, v kateri se najbolje zasluži. 36% ne ve o tem nič in 23% je odklonilo odgovor (13).

Birokratizacija medicine je »ukinila« javni značaj zdravniškega dela. Zdravnika danes ščiti institucija, ki s svojo sestavljeno organizacijo, zapleteno tehniko in koncentracijo medicinskih strokovnjakov zagotavlja določen ugled.

Pojavljajo se protislovja med profesionalizacijo in birokratizacijo poklica. Kljub birokratizaciji pa ostaja medicina še vedno pojem poklica z vsemi atributi: razvito sistematično teorijo, monopolom nad strokovno ekspertizo, zunanjim priznavanjem poklica s strani javnosti, lastno organizacijo in poklicno etiko. Vstop v zdravniški poklic zahteva visoko izobraževanje, uokvirjeno s sistematično teorijo. Znanje je ekskluzivno in usmerjeno v obče dobro, v humanost. Predpostavlja se vdanost poklicu in zanesenjaški odnos do dela, kar vzbuja zaupanje pri klientih. Avtonomija in avtoriteta poklica pomenita, da zdravniki samostojno odločajo, da so odgovorni in da imajo široko družbeno zaupanje. Zlasti v obliki profesionalnih organizacij oziroma združenj razvijajo poseben tip družbene moči tega poklica z lastno kulturo, jezikom in simboli, ki pred družbo in klienti ščiti svoj interes (14).

Močno prisotna predstava o upadanju ugleda zdravniškega poklica povzroča nastajanje različnih predvidevanj in konceptov o nadaljnjem razvoju zdravniškega poklica. Predvsem lahko identificiramo dva koncepta: tradicionalističnega in kritičnega. **Tradicionalistični koncept** zdravniškega poklica razume spremembe položaja zdravnikov, ki nakazujejo zmanjševanje njihovega monopola in avtoritete kot razkrajanje samega zdravstva. Za ta pristop je značilno mnenje, da zdravstvo stoji in pade z zdravnikom kot monopolnim posredovalcem znanja, s humano usmeritvijo, visoko etiko in močno družbeno avtoriteto, z ustreznimi visokimi dohodki in relativno neštevilčnostjo (zdravnikov ne sme biti preveč, ker se jim sicer zniža položaj). Prevlado takega lika zdravnika bi lahko dosegli z zmanjševanjem njihovega števila (z zmanjševanjem vpisa v šole), da bi ob zmanjššanem dotoku sredstev ohranili ustrezno visoke osebne dohodke. Stopnja zaposlenosti mora ustrezati ekonomskim možnostim. Povečati je treba profesionalizem zdravnikov v tem smislu, da ne bi prišlo do paradigme »masovnost – siromaštvo«, kot na primer v Sovjetski zvezi, kjer je zdravnikov dovolj (leta 1981 en zdravnik na 248 prebivalcev, v razvitih evropskih deželah pride en zdravnik na 400–500 prebivalcev (15), so pa slabo plačani in nimajo ugleda. Avtonomija, relativna redkost in visoki dohodki naj bi zagotovili zdravnikom monopolni položaj, ki ga ne smejo ogroziti niti bolniki niti družba.

Kritični pristop do zdravniškega poklica izhaja predvsem iz kritike hierarhične strukture vlog v medicini in vidi perspektive v spremenjeni vlogi tako zdravstva kot zdravstvenih delavcev in ljudi nasploh.

Sedaj je ves zdravstveni sistem namreč zasnovan na predpostavki, da se vsak drži svoje vloge in se ji podredi, to pomeni, da sprejme pravice, prepovedi in pričakovanja, ki so vezana na določeno vlogo, da vzpostavlja vlogi primerne odnose z drugimi in ji prilagaja tako značilnosti kot intenzivnost stikov. Pričakujejo tudi osebno identifikacijo z vlogo – stališča, misli in čustva ne smejo presegati okvirov vloge (15).

Organizacija dela v zdravstvu temelji na hierarhiji in ima tipične značilnosti stratifikacijskega sistema, ki je kot oblika organizacije danes že presežen. Sodobnejši sistemi organizacije temeljijo na principu dosežka, ki omogoča široko vertikalno gibljivost ljudi in idej. Zdravstvo pa, nasprotno, vnaprej in za večino dokončno pripiše status vstopajočim. Meje med sloji so tako neprehodne, da so skoraj podobne kastnemu sistemu.

Glavna vloga v tem sistemu je dodeljena zdravniku. Zdravniki določajo, ali je nekdo zdrav ali bolan. Osnovna značilnost profesionalizma v odnosu do klienta je razumevanje klienta kot nekompetentnega, zato v odnosih med profesionalci in klienti pogosto nastajajo napetosti, kljub deklarirani orientaciji profesionalcev. Zdravniki tako na primer od bolnikov pričakujejo infantilizacijo, ki se kaže v regresiji na podrejeno in odvisno vlogo otroka (17). Nadzirajo bolnika, pa tudi ostale zdravstvene in druge delavce. Z razvojem zdravstvene medicine so zdravniki svojo pozornost usmerili predvsem v bolezen in se od bolnika odmaknili. Nekatere svoje prejšnje funkcije* so prenesli na nezdravniško osebje – največ na medicinske sestre. Najprej so zdravniki prenesli na medicinske sestre (že v 19. stoletju, ko je nastal poklic medicinske sestre) tista dela, ki so imela značaj nege in so bila zato povezana s služenjem in podrejenostjo, pa vsa tista pripravljalna in pomožna dela, ki služijo kot dopolnilo glavnemu opravilu zdravnikov – praviloma invazivnemu poseganju v človeško telo (16).

Medicinske sestre

Nekatere značilnosti poklicnega področja

Področje dela medicinskih sester je zdravstvena nega. Negovalna dejavnost poteka v vsaki družbi, mogoče še bolj pogosto kot zdravljenje. Nega je bila vedno tudi neke vrste poklic, ki so ga nekateri opravljali ob svojem ostalem delu. Hipokrat je na primer priporočal zdravnikom, naj ob postelji bolnega pustijo svojega učenca, da ne bi laiki pokvarili učinkov zdravljenja (7). Nega je seveda potekala skoraj izključno na bolnikovem domu. V srednjem veku je v Evropi prevladalo krščanstvo in spremenilo se je tudi pojmovanje bolezni. Bolezni niso več obravnavali kot naravni, ampak kot religiozni in nadnaravni pojav. Skrb za bolne je temeljila na krščanski ljubezni. Bolnike so negovale nune in menihi, ki so bolj skrbeli za njihove duhovne kot telesne potrebe. V bolnišnicah so se poleg redovnic začele pojavljati tudi sestre, ki so bile podobno kot redovne tudi večinoma neizučene, vendar jih za razliko od redovnic v javnosti niso cenili.

Radikalno reformo je izvedla in pravzaprav utemeljila poklic medicinske sestre Florence Nightingale (7) (19). Osnovala je šolo za medicinske sestre, njena

* Tip »medicina ob bolnikovi postelji«, ki prevladuje do 19. stoletja, se umakne »bolnišnični« in v 2. polovici 20. stoletja »laboratorijski« medicini (18).

načela pa so bila kombinacija verskih in vojaških načel: od medicinskih sester je zahtevala popolno predanost poklicu, disciplino in pokorščino. Medicinske sestre so nosile uniforme in niso smele poudarjati nobenih zunanjih znamenj ženskosti. Glavna značilnost novega poklica pa je bila popolna podreitev zdravniku. Za razliko od prej dokaj samostojne negovalke zdaj medicinska sestra ne sme brez zdravnikovih navodil ničesar narediti za bolnika. Nega je tako postala bolj tehnično kot tradicionalno »naravno žensko« opravilo, podrejen del tehnične delitve dela, ki obkroža medicino. Zdravniki so na medicinske sestre gledali kot na nekakšne bolnišnične služkinje, ki ne potrebujejo posebne izobrazbe (7) (19).

Model poklica medicinske sestre, ki se je izoblikoval skozi delitev dela v zdravstvu in mu je pečat dala Florence Nightingale, se je razširil po vsem svetu in se kot podrejeni člen vključil v medicinsko hierarhijo.

Hierarhična organizacija vnaprej pripisanih vlog definira medicinske sestre kot idealen ženski lik: poslušna in požrtvovalna, pripravljena na najglobljo uvidevnost in samoodrekanje, hkrati pa nesposobna za samostojno odločanje. (15) Vloga medicinske sestre ne vključuje osebnega ustvarjalnega razvoja, narejena je po viktorijanskem obrazcu »idealne žene« 19. stoletja (ko je ta poklic tudi nastal) in vanjo spada skoraj vse, kar od nje zahtevata tradicionalni dom in družina. Od medicinske sestre se pričakuje, da skrbi za celotno zdravstveno »gospodinjstvo« in vzdržuje red.

Vzdrževanje reda zagotavlja medicinska sestra na več načinov. Najprej tako, da sodeluje v ritualih in ravna na način, ki poudari zdravnikovo glavno vlogo (na primer ob viziti), pa tudi da prenaša na bolnike navodila z vrha in da otežuje komunikacijo navzgor*. Tako pridejo bolniki k zdravniku že »zmehčani«, »pripravljene na sodelovanje«, se pravi, da ne pričakujejo več normalnega človeškega stika.

Čeprav so ženske že nasploh socializirane za podrejanje, so medicinske sestre še dodatno socializirane za podrejanje zdravniku. Posebno v preteklosti so bile šole za medicinske sestre »šole za uboganje«. Kljub tej socializaciji pa vrojene človeške potrebe po samorealizaciji, samostojnosti in razvoju še vedno prihajajo na dan, se seveda soočajo z nasprotnimi interesi zdravnikov in se kažejo v konfliktnih in frustracijah, ki se ne morejo ustrezno razrešiti.

Medicinske sestre namreč nimajo profesionalne avtonomije, ne morejo govoriti o svojih uspehih, so brez pravice do zaslug. Največji domet, do katerega lahko pridejo, je, da postanejo zdravnikova »desna roka« (15). Ker nimajo svoje avtonomije, se v hierarhičnih odnosih bolnišnice težko postavijo na stran »šibkejšega«. Praviloma se medicinske sestre indentificirajo z interesi ustanove ali zdravnikov. Šeparović razlikuje tri modele vedenja medicinskih sester v odnosu do bolnika, kadar interesi bolnika niso identični z interesi ustanove ali zdravnika (21):

1. birokratski model postavlja popolno identifikacijo medicinske sestre z institucijo. Medicinska sestra ne želi motiti odnosov v hiši in žrtvuje interese bolnika za ohranitev običajnega miru in dela ustanove;

* Medicinska sestra deluje kot družbena bariera in tako zagotavlja za zdravnike realizacijo 2. zakona dostopnosti: »Vsak posameznik, skupina itn. ne želi, da bi kdorkoli drug imel dostop do njega, razen, če je posebej izbran« (20).

2. **model, ki zagovarja zdravnika** – medicinske sestre se čutijo odgovorne samo zdravnikom, temu sledijo njihove naloge v interesu znanosti, raziskovanja ali medicinske tehnologije, lahko tudi na račun pravic bolnika;

3. **model, ki zagovarja interese bolnika**, ima najmanj zagovornikov. V tem modelu se medicinske sestre smatrajo za moralno in pravno odgovorne bolniku. Kadar so interesi bolnika v nasprotju z interesi zdravnika ali institucije, so medicinske sestre zagovornice bolnika, informirajo ga, da se lahko ustrezno odloči. Ljudje, za katerih zdravje in življenje gre, namreč vedno bolj zahtevajo sodelovanje pri odločanju. Te težnje so posledica splošnih sprememb v družbenih vrednotah, ko se tradicionalni hierarhični model čedalje bolj zamenjuje z decentralizacijo upravljanja in skupnim odločanjem.

Ideja o nujnosti hierarhičnih odnosov v zdravstvu se je zlasti trdno zasidrala in ohranila v srednji in južni Evropi, kjer se nasploh v družbi pojavlja večja hierarhičnost (8), medtem, ko so Skandinavci in zlasti Američani dosti bolj pragmatični. Spodbujajo take načine vedenja in take odnose, ki več prispevajo k učinkovitosti in kvaliteti dela (22).

Odnosi med medicinskimi sestrami in vključenost v odločanje kot dejavnik kvalitete zdravstvene nege

Različne raziskave so pokazale, da je najpomembnejši element v kvaliteti zdravstvene nege odnos med zdravstvenimi delavci. Nezadovoljstvo z odnosi, pomanjkanje samostojnosti, samospoštovanja in spoštovanja drugih izniči tudi učinke dobro kadrovsko materialno opremljenih oddelkov. Kibonova (23) je v raziskavi kazalcev kvalitete zdravstvene nege ugotovila, da je le-ta bolj odvisna od orientacije in načina gledanja na medsebojne odnose oddelčne (glavne) medicinske sestre kot od drugih dejavnikov.

Do podobnih rezultatov je prišla tudi raziskava skupine avtorjev (24) o medsebojni podpori medicinskih sester pri delu: podpora glavne medicinske sestre v smislu spoštovanja in empatije prispeva k zmanjšanju emocionalne izčrpanosti med osebjem. Povečana vključenost osebja v odločanje o bolnikih in delovnih okoliščinah vpliva na zvišanje morale, kar se kaže v bolj individualiziranem obravnavanju bolnikov. Ali drugače povedano: oseba, ki je upoštevana, cenjena in ima vpliv na odločanje, bo tak odnos nadrejenih do sebe prenašala tudi na »nižje« organizacijske nivoje. Osebe pa, ki imajo občutek depersonalizacije pri svojem delu, kaže manj osebni odnos do »podrejenih«. Pomanjkanje medosebnih komunikacij, defenzivnosti, informiranosti in osebne spoštovanja prizadenejo moralo in vplivajo na kvaliteto zdravstvene nege. Obratno pa dodelitev odgovornosti in avtonomnosti v organizaciji sestrške službe poveča kvaliteto nege. Ko medicinske sestre dobijo avtonomnost in se od njih pričakuje, da delajo na nivoju, za katerega so se pripravljale pri študiju, se učinek njihovega dela poveča. (25) Opozoriti pa moramo, da so v nizozemski raziskavi Komunikacijska klima in zdravstvena nega (26) zavrnilo hipotezo, da dobro komunikacijsko vzdušje med medicinskimi sestrami okrepi osebni odnos do bolnika in ugotovili, da so za odnos do bolnika pomembnejši odnosi z zdravniki in upravo. Problemi na tej relaciji lahko sprožijo negativna stališča do bolnika.

Več raziskav (27, 28 itn.) opozarja na podrejen položaj medicinskih sester v organizaciji zdravstvene službe. Pri medicinskih sestrah je v zadnjih desetletjih

nastal prepad med izobraževanjem in delom: v šolah (v ZDA je okoli 70% medicinskih sester diplomirala na šoli univerzitetnega ranga s štiriletnim programom) medicinskim sestram pravijo, da so »poklicna skupina«, v bolnišnicah pa so obravnavane kot podrejeni člen hierarhične organizacije dela brez samostojnosti pri delu in pravice do zaslug. Izobrazba tako deluje kot frustrirajoči dejavnik, če položaj pri delu ne ustreza usposobljenosti in pričakovanjem. Izobrazba prinese namreč širši razpon sposobnosti kot delovne izkušnje: medicinske sestre z visoko izobrazbo so v primerjalni raziskavi pokazale večjo kompetenco kot medicinske sestre z nižjo izobrazbo, a daljšo delovno dobo na vseh opazovanih področjih. Imele so večjo sposobnost konceptualizacije, bile so bolj emocionalno stabilne in samozavestne. Razvile so pozitivna pričakovanja, neodvisnost, reflektivno mišljenje in pripravljenost pomagati ter sposobnost vplivanja in usposabljanja drugih. (29). Višja izobrazba torej spreminja človekove lastnosti v smeri večje samostojnosti in kritičnosti.

Značilnosti odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki

Če na kratko povzamemo zgodovino odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami, vidimo, da je zdravnikova dominanca in sestrska podrejenost zasnovana na spolni in splošni diskriminaciji.

Medicinske sestre izhajajo iz nižjih socialnih slojev in so ženske – zato morajo ubogati*. Poklica, ki procesu zdravljenja tesno sodelujeta, ločen sistem vrednot (zdravniki – samostojnost, avtoriteta, odgovornost; medicinske sestre – podrejenost in prilagodljivost), ločen sistem izobraževanja (izobraževanje zdravnikov temelji na sistematični teoriji, izobraževanje sester v večji meri na praktični dejavnosti) in različen pristop do bolniške oziroma bolnika (zdravniki poudarjajo biofizični vidik zdravljenja ob pomoči tehnologije, medicinske sestre pa poudarjajo nego, čustveno podporo in neinvazivne metode), nobena od teh dveh strok pa nima jasne predstave o vlogi in funkciji druge.

Tradicionalna dominacija zdravnika je izoblikovala posebna pravila, ki jih je leta 1967 zdravnik dr. L. Stein poimenoval »igra med zdravnikom in medicinsko sestro« (30). Bistveni element te igre je zdravnikova aktivnost in podrejenost medicinske sestre. Čeprav medicinska sestra pri zdravljenju daje predloge, mora izgledati, kot da pobuda prihaja vedno od zdravnika, pravila »igre« pa so naslednja:

1. medicinska sestra mora vedno kazati spoštovanje do zdravnika (podobno vojaškemu, z elementi idolizacije);
2. medicinska sestra ne sme naravnost diagnosticirati ali dajati priporočil zdravniku (čeprav je dlje časa ob bolniku in marsikaj opazi) in
3. nobeno odkrito nestrinjanje ali nespoštovanje ni dovoljeno.

Rezultat teh pravil je malo ali nič komunikacij med zdravniki in medicinskimi sestrami, kar negativno učinkuje na kvaliteto zdravljenja, kajti bolnik bi potreboval sodelovanje teh dveh poklicev.

Problematika odnosov med zdravstvenimi delavci je tako kompleksna, da bodo za spremembe na tem področju potrebne spremembe globalnega vrednost-

*Ni pa še obsežnejših raziskav o položaju medicinskih sester v pogojih feminiziranega zdravniškega poklica. Ali se odnosi v tem primeru izboljšujejo?

nega sistema. Dokler bodo področja, ki so stereotipno moška, visoko tehnološka in orientirana k bolezni imela višji ugled kot ga imajo tipično ženske, na dolgotrajno nego, kvaliteto življenja in vzdrževanje zdravja usmerjene dejavnosti, je malo verjetnosti za spremembe v medpoklicnih odnosih, razen v posameznih primerih. Čeprav je izobraževanje pomembno, pa bodo na zmanjšanje razlik v moči med zdravniki in medicinskimi sestrami verjetno bolj vplivale družbene spremembe, kot so drugačna obolevnost (staranje prebivalstva in s tem porast števila kroničnih bolezni), manj denarja za zdravstvo ter uveljavitev samostojnosti medicinskih sester v širši družbi izven zdravstva. Novi zdravstveni problemi zahtevajo nove prijeme v zdravstvenem varstvu. Medicina se je znašla na razpotju: ali še naprej razvija pristop uporabnega inženiringa na biostroju ali pa se preusmeri v humanističen, celovit pristop. Do sprememb pa je vedno določena stopnja odpora.

Kolegialnost med medicinskimi sestrami in zdravniki – možnosti in ovire

Višja kvalifikacija, ki je dostopna medicinskim sestram z izobraževanjem na univerzitetni stopnji, povezana s takoimenovanim timskim pristopom v zdravstvenem varstvu, daje možnosti za medsebojno odvisno in povezano delo med medicinsko sestro in zdravnikom, opredeljeno kot kolegialnost (31). Da kolegialnost v interdisciplinarnih timih lahko vpliva na izid zdravljenja, je bilo potrjeno v raziskavi Feigerjeve in Schmittove (32). Raziskovalki sta šest mesecev opazovali skladnost odnosov v zdravstvenem timu, sestavljenem iz zdravnika, medicinskih sester in dietetika, z modelom kolegialne interakcije. Ugotavljali sta vpliv kolegialnosti na spremembe v zdravstvenem stanju kroničnih bolnikov. Zdravstveno stanje je bilo opredeljeno kot kombinacija socialnih, fizičnih, fizioloških in emocionalnih funkcij bolnikov.

Izhodiščna hipoteza je bila potrjena: čim bolj se je določen tim približal modelu kolegialne interakcije, tem boljši so bili izidi zdravljenja. Do podobnih rezultatov je prišlo še nekaj drugih raziskav.

Kljub kliničnim dokazom za uspešnost tega pristopa se vloga medicinske sestre ni pomembno povečala. Čeprav je timski pristop splošno sprejet kot način obravnave bolnika, pa so o vlogi medicinske sestre v timu mnenja deljena. Medicina vidi vlogo medicinske sestre v hierarhičnem modelu kot pomočnico pod nadzorstvom zdravnika, ki je vodja tima. Medicinske sestre pa poudarjajo, da je zdravstvena nega nekaj drugega kot medicina in se zato zavzemajo za zdravstvene time z decentralizirano avtoriteto in fleksibilnim vodenjem. Zdravniki utemeljujejo svoje nasprotovanje kolegialnosti z medicinskimi sestrami z opozorili na kvaliteto zdravljenja, avtoriteto in odgovornost. Zdravstveni tim, trdijo, mora imeti posameznika, ki je v končni instanci odgovoren, zakonsko in klinično, za zdravljenje bolnika. Zdravniki zasedajo edino vlogo, ki predpostavlja zadostno znanje in avtoriteto za sprejem take odgovornosti in so zato pravi vodje zdravstvenega tima. Kvaliteta zdravljenja bi lahko padla, če bi medicinske sestre delale samostojno in ne pod nadzorstvom zdravnika. Po drugi strani pa medicinske sestre poudarjajo, da je osnova, na kateri zdravniki odklanjajo kolegialnost, popolnoma nerelevantna; medicinske sestre ne zahtevajo odgovornosti za zdravljenje in nobenega razloga ni, zakaj ne bi bile odgovorne za zdravstveno nego bolnika. Medicina se je namreč zgodovinsko bolj usmerila na bolezen v biofizičnem smislu, medicinske sestre pa se bolj ukvarjajo z bolnikom, njegovim subjektivnim počutjem in praktičnimi teža-

vami. Za to področje zdravniki niso posebej užečeni, zato je relevantno vprašanje, od kod potemtakem izvira in se ohranja ideologija zdravniške avtoritete v odnosu med medicinskimi sestrami in zdravniki.

Avtorici (31) vidita odgovor v spolni diskriminaciji sedanjih družb. Praktično v vseh družbah moški prevzamejo dominantne vloge. Med mehanizmi, ki vzdržujejo dominacijo moških, je pomemben ritual. Ritual služi za ustvarjanje in oblikovanje družbene stvarnosti. Z ritualno ločitvijo od žensk postane moški »svet«. Tudi v odnosu do bolnika je zdravnik »oddaljen«. Njegovi stiki z bolnikom, na primer v bolnišnici, so kratki, visoko strukturirani, skoraj ceremonialni, dostikrat omejeni le na jutranjo vizito. Medicinska sestra je bolniku bliže, lahko preživi tudi ure v neposrednem, nestrukturiranem kontaktu z bolnikom, od vsakdanjega pogovora do pomoči pri najbolj intimnih telesnih funkcijah.

Bližina medicinske sestre in oddaljenost zdravnikov od bolnika sta tipični za družbene odnose v bolnišnici, kjer je višina statusa premosorazmerna z oddaljenostjo od bolnikov. V taki situaciji so zdravniki odvisni od medicinskih sester glede informacij o bolnikih. Pomanjkljivo komuniciranje lahko pomembno vpliva na rezultate zdravljenja. Da ti dve poklicni skupini ne »opažata« enako druga druge, je pokazala tudi raziskava o percepcijah etičnih problemov pri zdravnikih in medicinskih sestrah (34).

Medicinske sestre so kot etični problem pogosto navajale konflikte z zdravniki, zdravniki pa skoraj nikoli niso omenjali konfliktov z medicinskimi sestrami. Gre za razliko v percepciji »pomembnih drugih«: za zdravnike štejejo drugi zdravniki, bolniki in njihove družine, medicinske sestre pa ne. Zato ne prepoznajo konfliktov z njimi in jih ne poskušajo razrešiti, kar onemogoča optimalno in humano zdravljenje.

Nekaj ugotovitev in analize intervjujev z medicinskimi sestrami in zdravniki

Rezultati tujih, zlasti zahodnoevropskih in severnoameriških raziskav o značilnostih zdravstvenih delavcev kažejo na močno prisotnost trendov osamosvajanja pri prej podrejenih poklicnih skupinah predvsem v smislu pridobivanja večje funkcionalne avtonomije, pa tudi zmanjševanju hierarhije in povečevanju kolegialnosti. Posledica avtonomije pri delu je tudi večja motiviranost in angažiranost, tako da sta tudi ti dve spremenljivki lahko indikatorja samostojnosti.

Kot dokazujejo raziskave (23, 24, 25, 26, 32,) je kolegialna povezanost med člani zdravstvenega tima pomembna za kvaliteto in izid zdravljenja. Prisotnost procesov povezovanja na osnovi samostojnosti je torej kazalec razvitosti.

Ko govorimo o razvoju zdravstva, imamo pred očmi dvojnost tega dogajanja: eno je razvoj (ali spremembe) znotraj obstoječega sistema zdravstvenega varstva, na primer (de)hierarhizacija, drugo pa razvoj z vidika reintegracije zdravstva v celovito življenjsko okolje.

Gre za reintegracijo na višji stopnji, saj industrijski način proizvodnje iztrga »proizvodnjo zdravja« in jo osamosvoji glede na druge oblike življenja in dela, jo s tem poglobi in izpopolni, a hkrati omeji.

Perspektive samostojnosti medicinskih sester pri delu so torej tako v spremembi notranje organizacije zdravstva (seveda ne gre za to, da bi medicinske sestre opravljale delo zdravnikov, ampak za samostojnost pri njihovem delu, se pravi

zdravstveni negi), kot v odpiranju in povezovanju zdravstva z življenjskim okoljem. Verjetno pa bo položaj medicinskih sester v zdravstvu prej izboljšalo drugo kot prvo (prim. 30).

Hierarhičnost ali nehierarhičnost odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki

Ali so odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami odnosi med nadrejenimi in podrejenimi ali gre za sodelovanje? Kako so se ti odnosi spreminjali v času?

Odgovori na to vprašanje so bili v obeh poklicnih skupinah različni. Večina medicinskih sester (8 od 10 intervjuvanih) je menila, da gre za odnose podrejenosti in nadrejenosti. Nobena od medicinskih sester ni teh odnosov označila kot odnose sodelovanja. Večina zdravnikov (od 10 intervjuvanih) je menila, da se teh odnosov ne da enoznačno opredeliti, dva pa sta bila mnenja, da so odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami premalo hierarhični.

Zdaj je več sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, kot ga je bilo nekoč, je menila polovica intervjuvanih medicinskih sester in samo dva zdravnika. Kar polovica zdravnikov pa je ugotavljala in hkrati obžalovala, da se hierarhija v odnosu med tema dvema poklicema izgublja.

Zaradi majhnega vzorca respondentov ne moremo posploševati svojih opažanj, vendar lahko hipotetično ugotovimo, da zdravniki bolj poudarjajo najnujnost hierarhičnih odnosov v zdravstvu in izražajo obžalovanje za bolj hierarhičnimi preteklimi časi. Pojmi, kot so hierarhija, avtoriteta, paternalistični odnos imajo pogosto pozitiven prizvok. »Hierarhični odnosi danes ne vzdržijo več, medicinske sestre se hitro uprejo. Način reagiranja v medčloveških odnosih ni več paternalističen, osebno to pogrešamo. Iz hude avtoritarnosti smo prišli v ciganski tabor, kar se tiče reda in discipline, niso pa se izboljšali medčloveški odnosi.« (zdravnik)

»V zdravstvu mora biti hierarhija, ne sme biti debate, ali bo to narejeno ali ne. Voditi mora nekdo, ki ima pravico: dovolj znanja in izkušenj. Starejši zdravnik mora biti nadrejen mlajšemu, zdravnik sestri, višja sestra srednji sestri. Potrebno je vzdrževati distanco med zdravnikom in sestrami, ki jo mora opaziti tudi bolnik. Zdaj so začeli ti odnosi razpadati, to je slabo.« (zdravnik)

Iz odgovorov lahko sklepamo, da je bila hierarhija v zdravstvu bolj izrazita v preteklosti. Toda kaj se pojavlja kot alternativa hierarhiji? Intervjuvani zdravniki pa zato vidijo ob upadanju hierarhičnih odnosov naraščanje razsula, anarhije in neodgovornosti, ne pa naraščanja demokratičnosti in boljših medčloveških odnosov. Hierarhična organizacija se praviloma obnese pri nemotiviranih delavcih z nizko kvalifikacijsko in izobrazbeno strukturo (9, 7). V zdravstvu pa je izobrazbena struktura nadpovprečna in motiviranost, kot izjavljajo kandidati za zdravstvene poklice, izhaja predvsem iz želje pomagati ljudem (12, 15).

Čemu je torej v tej dejavnosti potrebna tako stroga hierarhija?

Racionalne argumente za hierarhijo bi lahko razvrstili v tri skupine:

1. hierarhična organizacija dela zagotavlja najhitrejše in najbolj natančno opravljanje nalog,
2. dominacija zdravnikov in njihova ekspertna kontrola je nujna zaradi tehnične učinkovitosti celega sistema,
3. tak sistem odстранjuje nevarnost individualnega obnašanja, na primer čustvenega reagiranja.

Tipični »argumenti moči« pa poudarjajo, da »drugače ne more biti«, da v tako občutljivi dejavnosti mora biti »red«, kako je nižje osebje že tako in tako preveč neposlušno itn. (15) Vendar mnogo raziskav (15, 35, 36) dokazuje, da hierarhična, institucionalizirana oblika organizacije zdravstvenega varstva ne izboljšuje več zdravstvenega stanja. Zato prihaja, zlasti v razvitem svetu, že do procesov dehierarhizacije zdravstvenega varstva s komplementarnim uvajanjem alternativnih oblik življenja in zdravljenja. Seveda gre pri te še bolj za »tendenco v času, ko staro ni več uspešno, novega pa še ni,« kakor pravi Black (glej 16).

Intervjuvane medicinske sestre so bile pri oceni odnosov po eni strani bolj kritične od zdravnikov: večina je obstoječe odnose označila kot hierarhične (v negativnem pomenu), po drugi pa bolj optimistične, češ da so se odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki s časom izboljšali.

Zanimive so razlike v zornih kotih: kar poklicna skupina, ki je na vrhu hierarhične lestvice, vidi kot razkroj, ocenjuje druga skupina kot napredek.

»Zlasti v odnosu navzven se poudarjajo hierarhični odnosi: vse zasluge ima samo zdravnik. Vse strokovne odločitve pripisujejo lastni dejavnosti, kar prispeva medicinska sestra (nega, informacije o bolniku) ni nič vredno.« (višja medicinska sestra)

Tiste medicinske sestre, ki ugotavljajo upad hierarhičnosti, omenjajo kot vzroke predvsem zvišanje izobrazbe medicinskih sester, kot pojavne oblike pa timsko delo, ki je novejši pojav. Model kolegialne interakcije med različnimi zdravstvenimi delavci ima dokazano pozitivne učinke za zdravljenje (32), zato je uvajanje takih oblik dela najbrž tudi strokovno utemeljeno.

Kljub temu, da je status višje medicinske sestre v zdravstveni hierarhiji bliže statusu srednje medicinske sestre kot statusu zdravnika, to ne povečuje kolegialnosti med medicinskimi sestrami različnih stopenj izobrazbe. Narobe, iz odgovorov lahko razberemo, da se tudi na tej relaciji vzpostavlja hierarhični odnos. Zaradi »pritiska« od zgoraj se ravnovesje ohranja, tako, da se frustracije v odnosih z višjimi prenašajo navzdol, na nižje organizacijske ravni.

»Odnos med višjimi medicinskimi sestrami in srednjimi sestrami je še avtorski, reproducira se odnos zdravnik – višja medicinska sestra, komuniciranje je enosmerno, avtoritarno, ni skupnih strokovnih sestankov, obravnava se le organizacijska problematika.« (višja medicinska sestra)

Ali je sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami razvojni trend?

Nekateri odgovori so nakazovali odnose sodelovanja oziroma trende izboljševanja odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki.

»Ni ravno ukazovanje, je tudi sodelovanje, dostikrat si pustim svetovati, tudi v medicinskem pogledu – medicinska sestra večkrat kaj opazi pri bolniku, v pogovoru z njim zve za kak pomemben podatek itn. Nekateri zdravniki pa želijo biti vedno superiorni, se obnašajo ukazovalno, vendar so po mojem taki v manjšini.« (zdravnik)

»So bolj odnosi sodelovanja, kolegialni odnos, vzpostavljajo se tudi osebna prijateljstva. Ponekod zdravniki in medicinske sestre že skupaj pijejo kavo, je pa še zapiranje oziroma druženje v okviru istega poklica.« (zdravnik)

»So razlike. Večinsko bi lahko rekli, da ima višja medicinska sestra status samostojnega sodelavca. Vendar pa obstajajo situacije podrejenosti. Zdravniki

večkrat zahtevajo podrejenost, ne samo v strokovnih, ampak tudi v človeških odnosih«. (zdravnik)

Izboljšanje sodelovanja je večina respondentov vezala na višanje izobrazbene strukture medicinskih sester in s tem njihovo večjo samostojnost. Izobrazba je tudi po ugotovitvah ameriških raziskav (29) glavni dejavnik kvalitativnih sprememb pri medicinskih sestrah.

Naslavljanje kot kazalec položaja v hierarhiji

V zdravstvu medicinske sestre tradicionalno naslavljajo z nazivom in imenom, ne glede na njeno starost, položaj itn. Samo z imenom se medicinske sestre tudi podpisujejo, na primer na protokole operacij. Zdravnike pa naslavljajo s tovariš ali gospod (pogosteje) doktor, ali z nazivom (doktor, asistent, docent, profesor, primarij) in s priimkom.

Tradicija naslavljanja medicinskih sester z imenom izhaja iz časov, ko so to delo opravljale nune, ki svojega imena in priimka po posvetitvi sploh niso več uporabljale. Ponekod celo zdravniki medicinske sestre tikajo, te pa njih vikajo. Tako naslavljanje nakazuje tudi nižji, podrejen položaj medicinskih sester, saj se z imenom ponavadi kliče mlajše ali pa podrejene. Asimetričnost naslavljanja (medicinske sestre praviloma ne kličejo zdravnikov po imenu) to potrjuje.

V zadnjih letih pa prihaja do sprememb teh nepisanih pravil. Nekatere medicinske sestre se podpisujejo in predstavljajo s priimkom namesto z imenom. Prihaja tudi do obojestranskega tikanja in klicanja po imenih med zdravniki in medicinskimi sestrami.

Intervjuvane medicinske sestre imajo te spremembe za pozitivne, za znak zviševanja poklicnega statusa, pri zdravnikih pa so mnenja deljena – od nevtralnega do odklonilnega odnosa.

»Pomembno je, da medicinska sestra ceni sebe, da ne dovoli na primer enostranskega naslavljanja po imenu ali celo tikanja«. (višja medicinska sestra)

»Največ je obojestranskega vikanja. Tikanje je tudi dokaj pogosto, odvisno od dela, na primer operacijski timi se prej zbližajo, imajo bolj prijateljske stike kot recimo v ambulanti.« (višja medicinska sestra)

»Mislim, da ni v redu, da zdravniki kličejo medicinske sestre kar po imenih, le te pa zdravnike po nazivu. Ozadje takega naslavljanja je verjetno spoštovanje ali strah.« (zdravnik)

»Če se zdravniki tikajo z medicinskimi sestrami, ni več potrebne avtoritete«. (zdravnik)

»Mlajši zdravniki in medicinske sestre se ponekod tikajo, to ni dobro. Medicinske sestre znajo to izrabiti, posebno nižje.« (zdravnik)

»V medicini tikanje ni dobro. Jaz navzdol tikam, pričakujem pa, da mene vikajo.« (zdravnik)

Specifične razlike v odnosih med medicinskimi sestrami in zdravnicami

Poklic medicinske sestre je skoraj popolnoma ženski, med zdravniki v Sloveniji pa je tudi že polovica žensk – leta 1985 47,5% (37).

Zanimalo me je, ali je kakšna razlika med zdravniki in zdravnicami v odnosu do medicinskih sester – ali imajo medicinske sestre boljše odnose z zdravnicami kot z zdravniki.

»Ponavadi imajo sestre raje zdravnike. To verjetno izhaja iz stare patriarhalne miselnosti, da si ženska prej pusti ukazovati od moškega. Pogosto gre na primer starejšim sestram na živce, da bi jim solila pamet mlajša zdravnica.« (zdravnica)

»Do zdravnic imajo bolj napet odnos, ker gre za isti spol. Imajo tudi manj rešpekta, nekatere se celo tikajo.« (zdravnica)

»Sestre jih manj ubogajo kot moške.« (zdravnica)

»Zdravnice se še bolj zviška obnašajo do medicinskih sester kot zdravniki, verjetno se še bolj bojijo kolegialnosti.« (višja medicinska sestra)

»Sestre imajo z zdravnicami bolj kolegialni odnos, tudi znotraj zdravniškega poklica imajo ženske nižji status.« (višja medicinska sestra)

»Zdravnice se ne čutijo tako ogrožene.« (višja medicinska sestra)

»Ženske so pristopnejše, deluje ženska solidarnost.« (višja medicinska sestra)

Ženske zdravnice imajo v okviru profesije nižji status kot moški* (37), torej je med njimi in medicinskimi sestrami manjša socialna distanca kot pri njihovih moških kolegih. Mogoče je to eden od razlogov, da so odnosi drugačni, lahko bi rekli izrazitejši – ali v smer kolegialnosti ali v smer avtoritarnosti. Seveda so to le domneve, zanimivo pa bi bilo to problematiko proučiti na večjem vzorcu, saj postaja v luči feminizacije zdravniškega poklica pomembna za nadaljnji razvoj odnosov med poklicnima skupinama medicinskih sester in zdravnikov.

Razlike med zdravniki in medicinskimi sestrami glede na motiviranost in angažiranost

Motiviranost in angažiranost pri delu sta večji pri tistih, ki so na vrhu hierarhije v hierarhično organizirani proizvodnji (5, 9). Večja samostojnost pri delu in sodelovanje pri odločanju pa poveča tudi privrženost, angažiranost in produktivnost na nižjih organizacijskih nivojih (6, 9). Za medicinske sestre to ugotavljajo v svojih raziskavah Kibon (23), Firth (24), Simpson & Sears (25) in Nievaard (26). Rezultate njihovih študij bi lahko nekoliko poenostavljeno strnili v trditev: čim večja samostojnost, tem večja motiviranost in angažiranost pri delu. Tako se tudi pojma motiviranost in angažiranost navezujeta na paradigmo osamosvajanja in povezovanja. Nižja stopnja samostojnosti se kaže tudi kot nižja stopnja motiviranosti in angažiranosti. V zvezi z motiviranostjo ločimo intrinzične (notranje) dejavnike (napredovanje, zadovoljstvo, avtonomija pri delu, priznanje) in ekstrinzične dejavnike zadovoljstva (zagotovljeno delo, fizični pogoji dela, dohodek). (9) Intrinzični dejavniki delujejo kot motivatorji pri zaposlenih na višjih nivojih hierarhije z višjo izobrazbo, ekstrinzični pa na nižjih nivojih, pri bolj rutinskem delu.

V intervjujih se je izoblikovalo večinsko mnenje, da so zdravniki bolj angažirani (čeprav ne popolnoma in ne vsi) kot medicinske sestre, nekateri pa so smatrali, da ni razlik med tema poklicnima skupinama oziroma da so individualne. Nihče pa ni menil, da so medicinske sestre bolj angažirane pri svojem delu kot zdravniki. Kot razlog za večjo motiviranost zdravnikov je bila omenjena predvsem možnost napredovanja, ki jo ti pri svojem delu imajo.

Zdravniki imajo teh možnosti dosti več. Napredujejo lahko v organizacijski in strokovni smeri. Možnost imajo doseči znanstvene nazive, ki so formalno in

* Čeprav to verjetno nima zveze z višino njihovega statusa, pa je vendarle zanimivo, da je tudi njihova življenjska doba krajša kot moških kolegov: v letih 1976–1986 je bila povprečna starost umrlega zdravnika 64,7 leta, zdravnice pa 56,8 leta (35).

finančno ovrednoteni. Medicinske sestre imajo občasno možnost za specializacijo na nekaterih področjih, sicer pa le napredovanje do oddelčne ali glavne sestre. Največ medicinskih sester, zlasti tistih s srednjo šolo, pa svojo delovno dobo zaključijo na enakem položaju, kot so ga dobile ob vstopu vanjo. Ob delu pridobe lahko medicinske sestre veliko znanja, pa tudi skozi strokovno izpopolnjevanje v okviru delovne organizacije ali poklicnega društva, vendar to znanje ni formalno priznано, zato tudi ni zunanjsega motivatorja za poglobljeno ukvarjanje s stroko in bolniki tako kot pri zdravnikih.

»Zdravniki imajo možnosti za napredovanje, medicinske sestre pa so omejene. Zdravnik je motiviran za študij in delo popoldne, če bo na tej podlagi lahko napredoval, medicinske sestre pa odklanjajo neplačano prekomerno delo, ker od tega nimajo nič. Seveda ostanejo, če je bolnik v nevarnosti ali če je dosti dela, sicer pa ne.« (zdravnik)

»Medicinske sestre so večinoma bolj uradniki, zdravniki ostanemo, če je treba, tudi instrumentarke so bolj naše sorte, ostale pa odganjajo delo, imajo čim daljše pavze, popoldne pa ne bi ostale, če ni plačano.« (zdravnik)

»Zdravniki imajo več etičnega pogona, vendar pa vsi čedalje bolj samo hodimo v službo.« (zdravnik)

Iz odgovorov je razvidno prevladujoče mnenje o bolj instrinzični motiviranosti za delo pri zdravnikih in bolj ekstrinzični pri sestrah. Zdravniki torej najdejo motivacijo za delo in zadovoljstvo predvsem v samem delu (čeprav ne vsi) medicinske sestre pa čutijo svoje delo bolj kot sredstvo za preživljanje. Zlasti intervjuvane medicinske sestre so omenjale pogosto nezadovoljstvo medicinskih sester v tem poklicu, pomanjkanje poklicnih ambicij in želje po samostojnosti. Podobne ugotovitve navajajo ameriške raziskave in sicer največ one starejše, iz 60. let (19, 7.), da imajo medicinske sestre kot glavni cilj v življenju poroko in družino in da se jim zdi poklicna kariera postranskega pomena. Zato medicinske sestre v ZDA pogosto sledijo »tipično ženski« poklicni poti: polna zaposlitev do poroke, nato prekinitev, dokler so otroci majhni in »delna« zaposlitev, ko grede otroci v šolo. Raziskovalci ugotavljajo velike razlike med ambiciozno, agresivno avantgardo poklica in medlimi poklicnimi ambicijami večine pripadnic (19, 7).

»Ko smo se nekoč pogovarjale o svojem zadovoljstvu s poklicem, jih je od 23 višjih medicinskih sester kar 20 izjavilo, da se ne bi še enkrat odločile za ta poklic.« (višja medicinska sestra)

»Nekaterim sestram ustreza ležernost, nesamostojnost, delo po naročilu, nobenega spodbujanja oziroma celo preprečevanje strokovnega izpopolnjevanja.« (višja medicinska sestra)

»Sestre se med seboj pogovarjajo večinoma o osebnih dohodkih, strokovne stvari o bolnikih samo ob predaji službe – to je približno pol ure na dan.« (višja medicinska sestra)

Sredstva za večjo motiviranost medicinskih sester

Ali bi lahko medicinske sestre naredile za bolnika več, kot naredijo? Vsi so se strinjali, da bi bilo to možno, razlikovali pa so se načini, kako to doseči. Zdravniki so pogosteje poudarjali nadzor in disciplino kot motivacijski sredstvi, medicinske sestre pa, obratno, samostojnost pri delu.

Kontrola kot motivacijsko sredstvo

»Odvisno od glavne sestre in oddelčnega zdravnika, koliko je strog in kontrolira, če je res vse narejeno, ali če popušča. Sestre ne delajo iz notranje motivacije, pomemben je samo dril.« (zdravnik)

»Več kot jih je, manj je narejenega. Sestra naj bi bila med bolniki. Če pa jih je več, se skupaj umaknejo.« (zdravnik)

Kontrolo kot motivacijsko sredstvo so omenjali samo zdravniki. Medicinske sestre v zdravstvenem sistemu vidijo kot podrejeno delovno silo, ki jo je treba k delu bolj ali manj prisiliti.

Samostojnost pri delu in sodelovanje zdravstvenih delavcev kot motivacijsko sredstvo

Druga skupina odgovorov je poudarjala manj hierarhična sredstva za motiviranje medicinskih sester. Njihova mnenja se ujemajo z ugotovitvami številnih raziskovalcev hierarhije (6, 5, 9.), da je želja po dosežku (uveljavitvi) univerzalna človeška potreba, ki bi jo morala upoštevati tudi organizacija dela v zdravstvu. Trendi osamosvajanja in povezovanja so torej kot predstava o razvoju pri zdravstvenih delavcih že prisotni.

»V praksi se bo to spremenilo, ko bo imela vodja negovalnega tima več kompetenc, ko se bo uveljavilo delo po procesu zdravstvene nege, ko si bo sestra prizadevala spoznati bolnika, ne pa da beži od njega.« (višja medicinska sestra)

»Sestre bi motivirali sestanki tima, izobraževanje, pogovori med zdravstvenimi delavci različnih profilov, podobno kot imajo na psihiatriji, ne pa da se pogovarjajo samo sestre med sabo.« (višja medicinska sestra)

»Da bi razvijale stroko, da bi delale svoje delo, ne pa da prevzemajo zdravnikovo.« (višja medicinska sestra)

»Sestre bi morale organizirati samostojno službo za zdravstveno nego s kontrolo nad financami, kadri, organizacijo, kjer bi sestre same pripravile program dela, ga izvajale in ovrednotile. Zdaj je nega priključena zdravniški službi in podrejena zdravnikom, namesto da bi to bila zadeva sester. Manjka voditeljic, ki bi kaj naredile za strokovni napredek nege, za samostojnost strokovnega področja.« (višja medicinska sestra)

Ko govorimo o nadaljnjem razvoju zdravstvene nege, moramo opozoriti na nekatera protislovja razvojnih procesov na tem področju. Po eni strani gre za procese profesionalizacije, to se pravi prizadevanja, da bi zdravstvena nega pridobila značilnosti samostojnega poklica (funkcionalna avtonomija, sistematična teorija, monopol nad določeno dejavnostjo). Po drugi strani pa gre za procese povezovanja z živlenskimi okoljem, za odpiranje in demonopolizacijo poklicnega področja. Ta dva procesa sta lahko in tudi pogosto sta protislovna.

Dosedanje spremembe v kvalifikacijski strukturi medicinskih sester in nekatere raziskave (29) kažejo, da ima višanje izobrazbe pri medicinskih sestrah dvojne posledice: izobrazba razvije več samostojnosti, emocionalne stabilnosti in kompetence, kar izboljša položaj sestre v medicinski hierarhiji, po drugi strani pa se z višanjem izobrazbe medicinske sestre čedalje bolj oddaljuje od bolnika v organizacijsko, pedagoško, raziskovalno in vodstveno delo in ga prepuščajo delavcem z nižjo kvalifikacijo.

Intervjuvani zdravstveni delavci so imeli različna stališča do uvajanja visokošolskega študija za medicinske sestre. Večini zdravnikov se študij ne zdi smiseln, smatrajo, da ni potreba, da sploh ni strokovnih osnov zanj itn. Medicinske sestre študij podpirajo, a tudi tukaj se oglašajo nekaj pomembnih zadržkov – ali ne bo visokošolska izobrazba samo eno od sredstev za beg od bolnika, kaj bo imel bolnik od tega, bo študij zaživel tako, da ne bo samo pridobivanje diplom itn.

Nekaj pozitivnih stališč do možnosti za visokošolsko izobrazbo za medicinske sestre

»II. stopnja šole za sestre je nekaj pozitivnega, a ne bi smeli iti v širino, usposabljanje bi morali predvsem kadre za šolstvo in raziskovalno delo. Zdaj sestre z visoko izobrazbo pogosto bežijo iz zdravstva.« (zdravnik)

»Visokošolski študij je nujen za razvoj stroke. Skrbi pa me, kaj in kdaj bo imel bolnik od tega.« (višja medicinska sestra)

»Več izobraženih sester pomeni več napredka, več raziskovanja in razvoj uspešnejših metod dela.« (višja medicinska sestra)

»Nevarnost je v tem, da se program izrodi, kot recimo študij zdravstvene organizacije na Visoki šoli za organizacijo dela Kranj – od tega ni bilo nič, organiziranost nege se ni nič izboljšala. Pričakovala sem spremembe na oddelkih, posebno sekcijo v sestrskem društvu, raziskovalno delo.« (višja medicinska sestra)

»Študij se mi zdi smiseln. V zdravstvenih šolah v glavnem učijo zdravniki, morale pa bi usposobljene sestre. Poleg tega je potreba po razvoju same dejavnosti.« (zdravnik)

»Ima smisel, potrebujemo sestre na vseh stopnjah izobrazbe, s tem da delo navzdol ne sme biti omejeno in da ne bi prišlo do bežanja od bolnika.« (zdravnik)

»Znanje je potrebno, nega je samostojna stroka.« (zdravnik)

Negativna stališča do visokošolskega študija za medicinske sestre predvsem poudarjajo neteoretičnost zdravstvene nege in zato nesmiselnost podaljševanja študija, vprašljiva se zdi celo višješolska izobrazba.

»Visokošolski študij nima nobenega smisla. Programa ne poznam, a vprašanje je, kako visoko sega nega, ostalo je terapija.« (zdravnik)

»Ta študij ni smiseln, so poklici, kjer je bolj pomembno delo in odnos človeka do dela.« (zdravnik)

»Ne poznam programa, osebno pa mislim, da ni smiselno vleči formalno izobrazbo, bolje bi bilo, če bi se vsak usposabljal na svojem področju.« (zdravnik)

Potrebno bi bilo več znanja z različnih področij, so menili nekateri intervjujanci.

»Slabi odnosi v zdravstvu so po mojem zato, ker zdravstveni delavci nimajo nobenega znanja o komunikacijah, o medsebojnih odnosih in vplivu tega na zdravljenje. Tudi ni predstave o komplementarnosti znanja in potrebe po znanju drugih. Ni enako cenjena čustvena in intelektualna komponenta človeka.« (višja medicinska sestra)

»Nega potrebuje tako medicinska kot družboslovna znanja. V pouku bi moralo bit vgrajeno zdravje kot centralna vrednota, ne pa tehnologija. Glavni namen uvajanja nove metode dela – procesa zdravstvene nege, je individualizacija nege in odprava rutine.« (višja medicinska sestra)

»Višje medicinske sestre imajo poudarjeno humanistično usmerjenost, zlasti

na začetku poklicne poti. Vendar je interes po pridobivanju znanja majhen, čutijo se suverene na svojem področju, mislijo, da vse vedo.« (višja medicinska sestra)

Razlike med medicinskimi sestrami in zdravniki v odnosu do bolnika

Intervjujance sem tudi zaprosila, naj komentirajo nekaj mojih izkušenj, ko sem bila sama pacientka in sem dobila vtis, da so medicinske sestre, zlasti srednje manj vpludne do bolnikov, včasih celo neprijazne ali grobe, o zdravnikih pa takega vtisa nisem dobila.

Večina, 16 od 20 respondentov, se je s tem vtisom strinjala (8 zdravnikov in 8 višjih medicinskih sester). Najbolj pogosto so kot razlog omenjali to, da je zdravnik z bolnikom malo časa, večinoma le nekaj minut na dan in je zato lahko bolj prijazen, medicinske sestre so bolj obremenjene z neposrednim delom pri bolniku.

»V ambulantni so sestre slabe volje zaradi obilice papirjev, administracije, pobiranje denarja.« (zdravnik)

»Sestre so preobremenjene s stalnim kontaktom z bolniki, to jih izmuči in postanejo grobe.« (višja medicinska sestra)

»Višja medicinska sestra prebije ob bolnikih dnevno (v povprečju mojih izkušenj – 15 let na kliniki) od 7 ur 3–4 ure, srednja sestra 4–5 ur, zdravnik pa približno 1/2 ure – če ni česa nujnega.« (višja medicinska sestra)

Pomemben razlog za tako ravnanje je, po mnenju intervjuvancev, nizek status dela medicinskih sester in občutek manjvrednosti, ki se kaže v neprijaznem odnosu do bolnikov.

»Sestre smatrajo svoje delo za manjvredno. Svoj položaj poskušajo uveljaviti predvsem v odnosu do zdravnika, ne z delom pri bolniku.« (višja medicinska sestra)

»Tak odnos je posledica jugoslovanskega in slovenskega odnosa do medicinskih sester – v njej vidijo le negovalko, ki izpolnjuje zdravnikova navodila, ne vidijo pa enakopravne sodelavke.« (zdravnik)

»Sestre vidijo v bolniku le breme. Bolj prijazne so s tistimi, ki so manj bolni, ker je z njimi manj dela. Nekatere gredo v to šolo, ker ne morejo drugam in so potem nezadovoljne.« (zdravnik)

»Kolikor nižje je mesto na rang lestvici, toliko slabši je odnos do ljudi.« (zdravnik)

»Sestra pred bolniki nima ustreznega statusa, se jim več upajo, vedo, da je nižja po rangi. Sestre so tudi nezadovoljne, ker je velika razlika med položajem sester in drugimi na istem nivoju izobrazbe – tehniki, inženirji – ti opravljajo svoje delo bolj samostojno.« (zdravnik)

Bolniki nimajo po mnenju zdravstvenih delavcev do medicinskih sester protisloven odnos: po eni strani pa so od njih odvisni in nemočni, po drugi strani pa njihovega dela ne cenijo. Ko opazijo njihov položaj v medicinski hierarhiji, tudi sami smatrajo njihovo delo za manjvredno.

Članek povzema nekatere vsebine magistrske naloge z naslovom »Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu«, ki jo je avtorica zagovarjala na Fakulteti za sociologijo, politične vede in novinarstvo v decembru 1988.

LITERATURA

1. Cvahte S. Kvantifikacija in pomen parametrov pozitivnega zdravja. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo, 1973.
2. Kastelic I. Uveljavitev organizirane zdravstvene preventive in vpogled v značilnosti prebivalstva SRS. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1979.
3. Mally M. Organizacija zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1983.
4. Mlinar Z. Protislovja družbenega razvoja. Ljubljana: Delavska enotnost, 1975.
5. Tannenbaum A. S et al. Hierarhija. Ljubljana: Delavska enotnost, 1975.
6. Likert R. The Human Organization: Us Management and Value. New York-Tokio: McGraw-Hill, 1967.
7. Friedson E. Profession of medicine. New York: Dodd, Mead & Co., 1973.
8. Lukić L et al.: Sociološki leksikon. Beograd: Savremena administracija, 1982.
9. Schaupp L D. A Cross - cultural study of a multinational company. Comparative responses to participative management. New York: Praeger, 1978.
10. Anon. Pokazatelji o delu zdravstvene službe v SR Sloveniji za leto 1978-1982. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1983.
11. Anon. Zbirnik: Zdravstveni delavci v SRS, stanje 31. 12. 1985. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1986.
12. Štebe V. Vpliv socialnega izvora na vključevanje in uspešnost izobraževanja. Diplomaska naloga. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1987.
13. Savin K. Društveni ugled lekara. Gledišta 1980; 11-12.
14. Čaldarović O. Neki sociološki kriteriji valorizacije liječničke profesije u suvremenom društvu. Pogledi 1986;16/1: 13-30.
15. Letica S. Socijalna struktura, zdravje i zdravstvena zaštita u uvjetima suvremene ekonomske krize. Pogledi 1986; 16 (1): 13-30.
16. Stambolović V. Uloge u medicinskoj hierarhiji. Druga stručna konferencija medicinskih sestara - tehničara. Zbornik radova. Beograd: Savez zdravstvenih radnika, 1985.
17. Abrahamsson B. Conditions for participation in treatment organizations: A research note. V: Participation and selfmanagement, Vol. 4: Hierarchical organizations, Zagreb.
18. Škrbić M. Medicina i socijalne znanosti. Zagreb: Stvarnost, 1984.
19. Davis F (ed). The nursing profession: five sociological essays. New York: John Wiley, 1966.
20. Mlinar Z. Humanizacija mesta. Ljubljana: Delavska enotnost, 1983.
21. Šeparović Z. Novo u položaju i odgovornosti medicinskih sestara. V: Zbornik Seminarja o intrahospitalnih infekcija, Zadar 1988. Zagreb: DMS Hrvatske, 1988.
22. Cassels K. Building excellence throught competition. Nurs Admin 1986; 16: 6.
23. Kibon A. L. Indicators of quality in nursing care. J Adv Nurs 1986; 11: 133-144.
24. Firth H et al. Interpersonal support among nurses at work. J Adv Nurs 1986; 3: 273-75.
25. Simpson K, Sears R. Authority and responsibility delegation predict quality of care. J Adv Nurs 1985; 10: 345-348.
26. Nievaard A C. Communication climate and patient care: Causes and effects of nurses attitudes to patients. Soc Sci Med 1987; 24: 777-784.
27. Melia K M. A sociological approach to the analysis of nursing work. J Adv Nurs 1979; 4: 57-68.
28. Devine B. Nurse - physician interaction: status and social structure whitin two hospital wards. J Adv Nurs 1987; 3: 287-295.
29. De Back V, Metkowski M. Does the baccalaureate make a difference: differentiating nurse performance by education and experience. J Nurs Educ 1986; 25: 275-85.
30. Keddy B et al. The doctor - nurse relationship: historical perspective. J Adv Nurs 1986; 11: 745-53.
31. Campbell- Heider N, Pollack D. Barriers to physician-nurse collegiality. Soc Sci Med 1987; 25: 5.
32. Fieger M S, Schmitt M H. Collegiality in interdisciplinary healt teams: its measurement and its effects. Soc Sci Med 1979; 13: 217-229.
33. Watkins L O, Wagner E H. Nurse practitioner and psyician adherence to standing orders citeria for consultation or referral. Am J Publ Health 1982; 72: 22-9. V: Campbell- Heider N, Polock D. Barriers to physician - nurse collegiality. Soc Sci Med 1987; 25: 5.

34. Gramelspacher G et al. Perception of ethical problems by nurses and doctors. Arch Intern Med 1986; 146: 577-8.
35. Gorz A. Ekologija i politika. Beograd: Prosveta, 1982.
36. Ilić I. Medicinska nemezis. Zagreb: Kultura, 1975.
37. Andoljšek L. Feminizacija medicine in položaj zdravnic v Sloveniji. Naši razgledi, 1987, feb. 27.
38. Voljč B. Kovačeva kobila, skupno stanovanje in izgorelost. O zdravstvenem stanju in kakovosti življenja zdravstvenih delavcev in njihovih družin. Zdrav Vestn 1988; 57: 97-99.

JUTRIŠNJI RAK PREPREČIMO DANES

Sodobne ocene kažejo, da lahko danes preprečimo približno tretjino primerov jutrišnjega raka. Dovolj že vemo o vzroku in nastanku nekaterih novotvorb, recimo na pljučih, v ustih, na jetrih in koži, da se lahko pred njimi aktivno zavarujemo. Svetovna zdravstvena organizacija je izdala posebne publikacije o njihovem preprečevanju. V številnih državah članicah izvajajo programe proti kajenju.

Svetovna zdravstvena organizacija je načrtovala in spodbujala intervencijske raziskave (s cepivom proti hepatitisu B), da bi preprečili raka jeter na Kitajskem in v Gambiji, kjer je število obolelih za hepatitisom B in za rakom jeter izjemno visoko. Na Kitajskem so začeli sami izdelovati cepivo, s katerim nameravajo cepiti skoraj vse novorojenčke.

Vsaj tretjino bolnikov z rakom bi bilo mogoče ozdraviti, če bi njihovo bolezen dovolj zgodaj odkrili. Pri nekaterih oblikah raka, kot so recimo rak na materničnem vratu, na koži, v ustih in dojkah med začetnimi spremembami celic in nastankom tumorja mine kar nekaj let in prav to omogoča zgodnje odkrivanje v času, ko je novotvorba še ozdravljiva.

World Health, oktober 1988

SLABI ZAKONI SO NAJHUJŠA OBLIKA TIRANIJE.

Edmund Burke