

ČLANKI/ARTICLES

Izvirni znanstveni članek/Original article

OCENA VODSTVENIH KOMPETENC NA PODROČJU ETIKE ZA VODJE V ZDRAVSTVENI NEGI

ASSESSMENT OF LEADERSHIP COMPETENCIES IN THE FIELD OF ETHICS FOR NURSING CARE LEADERS

Andreja Kvas, Janko Seljak

Ključne besede: vodenje, medicinske sestre, etična načela, kompetence, samoocena

IZVLEČEK

Uvod: Pomembno je, da vodje in njihovi sodelavci v zdravstveni negi podobno ocenjujejo raven etičnih kompetenc vodij. Če se pogleda teh dveh skupin na etiko razlikujeta, lahko to slabo vpliva na kakovost zdravstvene nege.

Metode: V okviru raziskave sta bili v obdobju 1. 7. 2010 - 30. 4. 2011 v petnajstih slovenskih bolnišnicah izvedeni dve anketni raziskavi. Vzorec prvega anketiranja predstavlja 236 vodij, zaposlenih na vseh ravneh vodenja v zdravstveni negi, ki so ocenjevali raven lastnih kompetenc. Vzorec drugega anketiranja predstavlja 1311 njihovih sodelavcev, ki so ocenjevali raven etičnih kompetenc svojih neposrednih vodij. V raziskavi je izvedena analiza povezanosti (Pearsonov korelacijski koeficient) in razlik (*t*-test) med samoocenami etičnih kompetenc vodstvenih medicinskih sester in ocenami njihovih sodelavcev.

Rezultati: Med samoocenami vodij in ocenami zaposlenih obstaja šibka povezanost pri štirih etičnih kompetencah (korelacijski koeficient med 0,137 in 0,238, $p < 0,05$), pri petih povezanosti ni. Agregatni kazalnik značilnosti vodstvenih etičnih kompetenc v zdravstveni negi kaže, da so za vodje v zdravstveni negi najznačilnejša ravnanja, povezana z zasebnostjo, avtonomnostjo, informiranostjo pacienta ter s takojšnjim ukrepanjem v primeru kršitve pravil in doktrin zdravstvene nege oziroma prevzemanja odgovornosti za lastno delo.

Diskusija in zaključek: Majhna povezanost samoocene ravnanj vodilnih z oceno njihovih sodelavcev kaže na različnost pogledov na raven etičnih kompetenc vodilnih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah. Na osnovi primerjave ocen dobijo vodstvene medicinske sestre povratno informacijo o tem, kako njihovo ravnanje ocenjujejo njihovi sodelavci. Vodstvu bolnišnic velike razlike v ocenah kažejo na premajhno kohezivnost posamezne skupine (tima zdravstvene nege) in premajhno stopnjo komunikacije med člani tima in vodjem.

Key words: leadership, nurses, ethical principles, competencies, self assessment

ABSTRACT

Introduction: It is of utmost importance that the nursing leader ethical competences are assessed uniformly by both the nursing leaders themselves as well as their subordinates. If the two groups of employees hold different views on professional ethics, this may negatively affect the quality of nursing care.

Methods: Two surveys were conducted within the study which took place from July 1, 2010 to April 30, 2011 in fifteen Slovenian hospitals. The Pearson's correlation coefficient and a *t*-test were applied to a sample of 236 nurse leaders and a sample of 1311 nursing professionals. The respondents from the first sample were requested to perform a self-assessment of their ethical competences and the latter the assessment of their immediate superiors.

Results: A weak positive correlation was observed between the self-assessment of leaders and the assessment given by their subordinates as regards four ethical competences (correlation coefficient between 0.137 and 0.238, $p < 0.05$), while no correlation

viš. pred. mag. Andreja Kvas, viš. mes. ses., prof. zdr. vzg.; Univerza v Ljubljani, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: andreja.kvas@zf.uni-lj.si

dr. Janko Seljak, univ. dipl. ekon.; Notranjska cesta 24, 1340 Vrhnika

Prejeto/Received: 17. 1. 2013 Sprejeto/Accepted: 24. 2. 2013

was found in the remaining five. The aggregate indicator shows that nurse leaders display a high level of ethical competences concerning the patient privacy, autonomy, patient information, timely action in case of policy and nursing doctrine violation, and the acceptance of professional responsibility.

Discussion and conclusion: Results of the study indicate different perceptions of ethics-related competences in nurse leaders in Slovenian hospitals by the two groups of respondents. The different assessments of the behavioural indicators and competency levels delineated in the study present an important feedback to the nurse leaders as well as hospital management, pinpointing the lack of cohesion and inadequate communication between team members and their leaders.

Uvod

Spremembe na področju zdravstvene oskrbe prebivalstva, ki so posledica različnih sodobnih dejavnikov (demografske spremembe, tehnološki razvoj na področju medicine, potrošniški vzorci obnašanja ipd.), zahtevajo tudi nove pristope pri delovanju in organizaciji sistema zdravstvenega varstva. Setnikar Cankar in Petkovšek (2012) poudarjata, da se večja uspešnost in učinkovitost zahteva tako od celotnega sistema zdravstvenega varstva kakor tudi od organizacij, ki ga sestavljajo. Na uspešnost ali neuspešnost posamezne organizacije močno vpliva tudi način vodenja. Pri izobraževanju, izbiri in usposabljanju vodij je potrebno uporabiti nove metode, saj se tudi pred vodje v zdravstveni negi postavljajo drugačne naloge kot v preteklosti. Novi koncepti vodenja vključujejo nove, do sedaj zanemarjene vsebine. Eden od v zadnjem obdobju najpogosteje uporabljenih pristopov je raziskovanje kompetenc, kompetenčnih modelov in na njihovi osnovi oblikovanih kompetenčnih profilov (Bunkers, 2009; Huston, 2008; Bolden, 2006).

Pojem kompetenca se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanj in stališč, ki so neposredno povezani z uspešnim izvajanjem določenega dela (United, 2011). Kompetence so ustrezna znanja in veščine, uporabljeni v skladu s standardnimi dejavnostmi, ki se od posameznika pričakujejo na delovnem mestu. Vključujejo tudi sposobnost uporabe veščin in znanja pri novih nalogah v različnih okoljih (Guidelines, 2006). Same kompetence ni možno neposredno opredeliti, opisati in analizirati, pač pa to lahko storimo šele na podlagi vedenja ali obnašanja posameznika (Stare, Seljak, 2006).

Etika oz. etične kompetence so pomemben del večine kompetenčnih modelov vodenja, še posebej pa je to izrazito na področju zdravstvene nege (Petek, 2011; The AONE, 2011; Pillay, 2010; McCarthy, Fitzpatrick, 2009). Etika je bila v praksi zdravstvene nege vedno pomembna (Roussel, 2006), zanimanje zanjo pa se je po letu 1990 še povečalo. Kompetence na področju etike naj bi bile konstitutivne kompetence zdravstvene nege (poleg kliničnih in profesionalnih kompetenc) (Nelson, Purkis, 2004). Etične kompetence naj bi se merile z opazovanjem obnašanja oziroma vedenja v določenih situacijah in na tej osnovi naj bi se opredelili stili etičnega ravnanja, ki ustrezajo zahtevam kakovostne in uspešne zdravstvene nege.

Vse medicinske sestre naj bi imele podobne poglede

na osnovna obnašanja in ravnanja (kompetence) tudi na področju etike. Prav vodje naj bi v uspešnih organizacijah s svojimi vrednotami in etiko služili kot zgled (The EFQM, 2012). Etično vodenje naj bi bilo značilno za vse medicinske sestre (Gallagher, Tschudin, 2010). Zato je pomembno, da imajo vodje v zdravstveni negi enake etične vrednote kot njihovi sodelavci. Če se razumevanja in videnja etičnih obnašanj teh dveh skupin razlikujejo, lahko pride do resnih problemov pri nujenju ustrezne zdravstvene nege (Kellen, et al., 2004).

Etična načela so vodilo pri sprejemanju etičnih odločitev in osnova za etična ravnanja. Niso dogmatična in ne predstavljajo absolutne ali nezmotljive resnice. So začetna točka in usmerjajo naše razmišljanje pri reševanju etičnih dilem, končna odločitev pa je vedno odvisna od posameznika (Naka, Kvas, 2003). Delujejo kot kompas: določajo smer, ne služijo pa kot zemljevid. Ne ponujajo odgovorov, pomagajo pa usmerjati razmišljanje v smeri k doseganju odgovora o tem, kaj je treba storiti v težkih okoliščinah (Thiroux, Krasemann, 2008). Etična načela so za profesionalne skupine navedena v kodeksih etike. Kodeks etike Mednarodne zveze medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) navaja etična načela po štirih glavnih področjih standardov etike: medicinske sestre in ljudje, medicinske sestre in praksa, medicinske sestre in profesija ter medicinske sestre in sodelavci. V njem je poudarjeno, da je nudenje ustrezne zdravstvene nege glavna profesionalna odgovornost medicinskih sester, da morajo pri tem spoštovati človekove pravice in načelo pravičnosti. V njem je zapisano tudi, da so medicinske sestre osebno odgovorne za izvajanje zdravstvene nege (Code, 2012). Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2010) navaja naslednja temeljna etična načela: spoštovanje avtonomije posameznika, neškodovanje, dobronamernost ali dobrodelnost in pravičnost.

Spoštovanje avtonomije pomeni, da se mora medicinska sestra zavedati, da so ljudje sami sposobni delovati ali odločati o sebi oziroma svobodno sledijo svoji volji. Sestavni del te pravice je pravica do obveščeniosti, kajti nepopolna obveščeniost lahko vodi v odvisnost, podrejenost in s tem izgubo avtonomije. Ko se pacientova avtonomna odločitev ne ujema s cilji zdravstvenih delavcev, ki so izobraženi in si prizadevajo predvsem za ohranjanje zdravja ali preprečevanje bolezni, jo le-ti lahko skušajo ovirati ali preprečevati (Yeo, et al., 2010). Načelo avtonomije od vodstvenih

medicinskih sester zahteva, da spoštujejo pravico drugih, da sprejemajo etične odločitve in tudi živijo v skladu s temi odločitvami (Guido, 2007).

Načelo pravičnosti v zdravstveni negi izhaja iz osnovnih človekovih pravic in pomeni, da ni diskriminacije pri razporejanju sredstev, pripomočkov in časa izvajalcev zdravstvene nege glede na spol, raso, veroizpoved, družbeni status, starost (Guido, 2007), zdravstveno stanje ali politično prepričanje. Le-ti dejavniki ne smejo vplivati na odnos do pacienta (Kodeks, 2010). Ko sta zagotovljeni načeli neškodljivosti in dobronamernosti, bi morali izvajalci zdravstvene nege poskrbeti, da se koristi in bremena pravično porazdelijo med populacijo. Enakopravnost v tem kontekstu pomeni enakopravne možnosti pri dostopu do zdravstvene nege ter enakopraven delež in status pri zdravstveni obravnavi. Vodstvene medicinske sestre imajo pri tem pomembno vlogo, saj morajo služiti kot zgled svojim sodelavcem in v praksi zagotoviti pogoje, da se vsi pacienti obravnavajo pravično in pošteno (Guido, 2007).

Med vsemi profesijami, ki delujejo v sistemu zdravstvenega varstva, je stopnja odgovornosti za dobro opravljeno delo zelo visoka, saj imajo napačne odločitve lahko na vseh ravneh močne negativne posledice (poslabšanje zdravja ali celo smrt). Profesije v zdravstvenem varstvu naj bi predstavljale institucionalizacijo altruističnih vrednot, ker so znotraj družbene delitve dela zavezane različnim oblikam uslug in družbenega blagostanja; zavezane so torej skupnosti (Turner, 1995). Zato je tudi odgovornost članov profesij do družbene skupnosti večja kot odgovornost drugih poklicnih skupin (Code, 2012). Zato je za vodje v profesionalnih skupinah še posebej pomembno, da prevzamejo tudi skrb za druge (sodelavce, paciente) (Ciulla, 2009).

Kako človek ravna in se obnaša, ve najbolje on sam. Vendar pa je vprašanje, če zna svoje ravnanje tudi ustrezno oceniti. Pogosto se dogaja, da posamezniki previsoko ocenijo svoja znanja, lastnosti in pozitivna obnašanja. Kot so pokazale nekatere raziskave (Fenwick, 2009; Regehr, Mylopoulos, 2008), naj bi bila povezava med posameznikovo samooceno obnašanj in sposobnosti ter njihovimi dejanskimi dosežki šibka do zmerne, pri nekaterih posameznikih prihaja celo do velikih razhajanj. Ker naj bi bilo nerealno pričakovati, da bodo posamezniki s slabšimi dosežki realno ocenili svoje sposobnosti in obnašanja (Carter, Dunning, 2008), je včasih bolje, da njihova obnašanja ocenijo drugi. Ko so primerjali dosežke posameznikov z ocenami obeh skupin, so se ocene drugih izkazale za ustrežnejše od njihovih lastnih (Dunning, Heath, Suls, 2004).

Poleg samoocene vodij lahko ravnanja vodij ocenjujejo njihovi nadrejeni in sodelavci (podrejeni) (Osman, 2011). Nadrejeni imajo sicer največji vpliv in lahko (vendar ne v vseh primerih) podrejenega vodjo tudi zamenjajo. Dober vodja naj bi sicer vedel, kako

se obnašajo njegovi sodelavci, vendar je to ob večjem številu podrejenih težko. Poleg tega v primerih, ko posameznika ocenjuje njegov nadrejeni, običajno dobimo samo po eno oceno za vsakega vodjo. Ocene so v vsakem primeru subjektivne, vendar se pomen posamezne ocene zmanjša, če jih pridobimo več. Sodelavci (prvi podrejeni), ki so z vodjo najbolj v stiku, lahko njegovo ravnanje oz. vedenje najdlje opazujejo in ga tudi najlažje ocenijo (LeMay, Ellis, 2008).

Namen

Glavni namen raziskave je ugotoviti, katera osnovna etična ravnanja so najznačilnejša za vodje v zdravstveni negi in kako ta etična ravnanja ocenjujeta dve skupini anketiranih: vodje sami in njihovi sodelavci. V naši raziskavi smo zato pridobili ocene ravnanja vodij v zdravstveni negi na področju etike iz dveh virov: s strani samih vodij (samoocena) in s strani njihovih sodelavcev (neposredno podrejenih).

Metode

Na osnovi pregleda literature smo opredelili etična ravnanja, pomembna za vodenje v zdravstveni negi. Podatke smo zbrali z dvema vprašalnikoma. Pri analizi smo uporabili raziskovalne metode deskriptivne in inferenčne statistike.

Opis instrumenta

Na osnovi študija literature in raziskav na populaciji medicinskih sester v Sloveniji smo opredelili devet etičnih ravnanj (Razpredelnica 1) in z njimi skušali zajeti osnovna deontološka etična načela (dobronamernost, neškodovanje, avtonomnost in pravičnosti) in koncepte, ki izhajajo iz etike skrbi (pozornost, odgovornost, kompetentnost, odzivnost) (Šmitek, 2003). Posamezna vprašanja vključujejo več etičnih načel ali konceptov, saj opisujejo (konkretna) ravnanja in ne (teoretična) načela ali koncepte, ki so težje opredeljiva in merljiva.

Uporabili smo dva vprašalnika. Povezava med vprašalnikoma je bila vzpostavljena s sistemom šifer. V obeh vprašalnikih so bila opisana enaka ravnanja oziroma obnašanja. Zanesljivost merskega instrumenta je bila ocenjena s koeficientom Cronbach alfa. Pri opredelitvi veljavnosti konstrukta je bila uporabljena faktorska analiza (Rattray, Jones, 2007; Saklofske, Zeidner, 1995). Pri faktorski analizi je bila uporabljena analiza glavnih komponent z rotacijo varimax (Blaikie, 2003). Primernost vzorca za faktorsko analizo je bila ocenjena s Kaiser-Meyer-Olkinovim (KMO) testom in Bartlettovim testom sferičnosti (Lin, et al., 2010; Munro, 2005).

Razpredelnica 1: *Opazovane etične kompetence vodij v zdravstveni negi po etičnih načelih in konceptih etike skrbi*
 Table 1: *Observed ethical competencies of healthcare leaders according to ethical principles and concepts of ethics of care*

Etično načelo/koncepti etike skrbi	Kompetence/ravnanja/obnašanja (trditve v vprašalniku za sodelavce – tretja oseba, in za samooceno vodij – prva oseba).
Pravičnost	Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti svojim sorodnikom ali prijateljem.
Pravičnost	Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti zdravnikom ali sodelavcem.
Avtonomija pacienta/odzivnost/pozornost	Poskrbi(m) za zasebnost pacienta.
Avtonomija pacienta/odzivnost/pozornost	Poskrbi(m) za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege.
Avtonomija pacienta/odzivnost/pozornost	Upošteva(m) pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege.
Odgovornost/dobronamernost/ neškodovanje	Če opazi(m), da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa(m).
Odgovornost/dobronamernost/ neškodovanje	Ima(m) dovolj strokovnega znanja in spretnosti, da lahko prevzame(m) odgovornost za svoje delo.
Pripadnost profesiji/kompetentnost	Omogoča(m) in spodbuja(m) izobraževanje sodelavcev.
Pripadnost profesiji/kompetentnost	Spodbuja(m) uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovo.

S prvim vprašalnikom, ki so ga izpolnjevali vodje, zaposleni v zdravstveni negi, smo skušali ugotoviti značilnosti in vedenja oz. ravnanja vodstvenih medicinskih sester. Vprašalnik je obsegal dvaindvajset sklopov vprašanj s področij demografije, izobraženosti oz. izobraževanja, znanja, samopodobe, medpoklicnih odnosov (socialnih omrežij) in etike. V članku so prikazani samo rezultati na področju etike. Na področju etike je bilo opisanih devet ravnanj. Vodje so ocenjevali, kako je posamezno ravnanje zanje značilno na petstopenjski lestvici: 1 – popolnoma neznačilno, 2 – manj značilno, 3 – značilno, 4 – zelo značilno, 5 – odločilno ravnanje.

V drugem vprašalniku so zaposleni v zdravstveni negi ocenili ravnanja svojih neposredno nadrejenih. Vprašalnik je obsegal 95 ravnanj in osem demografskih vprašanj. V tem vprašalniku je bilo na področju etike opisanih istih devet ravnanj kot v vprašalniku za vodje v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstveni negi so ocenjevali, v kolikšni meri je za njihovega neposrednega vodjo značilna posamezna kompetenca (vedenje oz. ravnanje). Z vprašalnikom smo skušali oceniti, kako ravnanje vodstvenih medicinskih sester ocenjujejo njihovi sodelavci (prvi podrejeni). Sodelavci (prvi podrejeni) so ocenjevali, kako je posamezno ravnanje značilno za njihovega neposrednega vodjo, na petstopenjski lestvici: 1 – popolnoma neznačilno ravnanje, 2 – manj značilno, 3 – značilno, 4 – zelo značilno, 5 – odločilno ravnanje.

Najprej je bila ocenjena zanesljivost in veljavnost merskega instrumenta. Zanesljivost je bila ocenjena s koeficientom Cronbach alfa. Izračunana vrednost je bila 0,77 (samoocena) in 0,96 (ocena sodelavcev). Vrednosti kažejo na visoko raven zanesljivosti.

Za opredelitev veljavnosti konstrukta je bila uporabljena faktorska analiza. KMO-meri ustreznosti vzorčenja sta bili 0,76 (samoocena) in 0,91 (ocena

podrejenih) in kažeta, da je faktorska analiza primerna. Bartlettov test je bil v obeh vzorcih značilen: $\chi^2 = 828,9$ in $p < 0,0005$ (samoocena) in $\chi^2 = 3354,0$ in $p < 0,005$ (ocena sodelavcev). Pri faktorski analizi smo uporabili analizo glavnih komponent (Principal Component Analysis – PCA). Pri oceni sodelavcev se je izločil samo en faktor, z njim smo pojasnili 77,0 % variabilnosti. Pri samooceni kompetenc so se izločili trije faktorji, z njimi je pojasnjenih 67,1 % variabilnosti. Vse faktorske uteži so bile večje kot 0,60 (med 0,63 in 0,93 pri samoocenah in med 0,85 in 0,91 pri ocenah sodelavcev). To kaže na zadovoljivo stopnjo veljavnosti konstrukta merskega instrumenta.

Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo petnajst slovenskih bolnišnic. V trinajstih splošnih in specialnih bolnišnicah so bili v raziskavo vključeni vsi zaposleni v zdravstveni negi. Največje število zaposlenih medicinskih sester je v obeh univerzitetnih kliničnih centrih (UKC). Zato smo se odločili, da bomo v UKC-jih v vzorec vključili le posamezne oddelke in klinike, le-te sta predlagali vodstvi obeh organizacij.

V opazovanih organizacijah je bil vprašalnik poslan 526 vodjem in 3938 sodelavcem (vsem zaposlenim na področju zdravstvene nege: od zdravstvenih tehnikov do doktorjev znanosti). Vprašalnik za vodje je izpolnilo 296 vodij (56,3 % od povabljenih h sodelovanju), od tega jih je bilo 236 (44,8 %) vsaj enkrat ocenjenih od svojih sodelavcev (neposredno podrejenih). 1689 sodelavcev je izpolnilo vprašalnik za ocenjevanje kompetenc vodij (42,9 % od 3938 poslanih vprašalnikov) in ocenilo 305 vodij. 1311 sodelavcev (33,3 %) pa je ocenilo enega od 236 vodij, ki so izpolnili vprašalnik o značilnostih vodij (Razpredelnica 2).

Razpredelnica 2: Demografski podatki o vzorcu anketiranih medicinskih sester
 Table 2: Demographic data on the sample of survey respondents

Značilnost	Vodje, ki so se samoocenili in bili vsaj enkrat ocenjeni s strani sodelavcev (n = 236)	Sodelavci, ki so ocenili vsaj enega od vodij, ki se je samoocenil (n = 1311)
Spol: n (%)		
Ženski	219 (92,8)	1147 (87,5)
Moški	17 (7,2)	164 (12,5)
Izobrazba: n (%)		
Srednja	0 (0)	805 (61,4)
Višja	33 (14,0)	77 (5,9)
Visoka	176 (74,6)	391 (29,8)
Univerzitetna in več	27 (11,4)	38 (2,9)
Starost v letih: povprečje (s*)	42,3 (8,9)	38,5 (7,3)

Legenda: s* – standardni odklon; n – število; % – odstotek

Legend: s* – standard deviation; n – number; % – percentage

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo je odobrilo Častno razsodišče I. stopnje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (26. 5. 2010) in Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (24. 6. 2010) ter vodstva sodelujočih bolnišnic. Sodelujočim v raziskavi je bila zagotovljena anonimnost in ustrezno skrbna in tajna obravnava rezultatov raziskave.

Raziskava je del širše raziskave o Kompetencah vodstvenih medicinskih sester. Prošnje za sodelovanje v anketah smo poslali glavnim medicinskim sestram oz. pomočnicam direktorjev za zdravstveno nego v vse (24 organizacij) slovenske bolnišnice v začetku aprila 2010. Tretjina bolnišnic je sodelovanje takoj odklonila ali na prošnjo po sodelovanju v anketi niti niso odgovorili. V ostalih se je prva avtorica o sodelovanju osebno dogovarjala z glavnimi medicinskimi sestrami bolnišnic oz. pomočnicami direktorjev za zdravstveno nego. Zaradi takšnega pristopa (individualni pogovori z glavnimi medicinskimi sestrami/pomočnicami direktorjev za zdravstveno nego vključenih bolnišnic) je bilo obdobje zbiranja podatkov razmeroma dolgo (1. 7. 2010 - 30. 4. 2011).

V izbranih organizacijah ali klinikah so v anketi sodelovali vsi zaposleni v zdravstveni negi. Vodje so dobili vprašalnik za samooceno kompetenc, zaposleni v zdravstveni negi pa vprašalnik za oceno kompetenc neposredno nadrejenih. Avtorji raziskave so sodelujočim bolnišnicam dostavili posebne skrinjice, v katere so anketirani lahko oddali vprašalnike. Po končanem zbiranju vprašalnikov so avtorji skrinjice prevzeli. Anonimnost sodelujočih je bila zagotovljena v vseh fazah zbiranja vprašalnikov in analize podatkov.

Podatki so bili analizirani s statističnim programom SPSS 19.0. Povezanost med spremenljivkami je bila ocenjena s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Vrednosti kompetenc so bile standardizirane (Klugman, 2011; Urdan, 2005). Agregatni kazalnik je bil uporabljen pri združitvi posamičnih kazalnikov v skupno mero etičnosti ravnanja (Organization, 2008; Saltelli, 2007). Pri statističnih testih je bila uporabljena raven statistične značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati

Višina ocene kompetenc na področju etike je v obeh skupinah na visoki ravni (na večini področij nad oceno 4 na petstopenjski lestvici) (Razpredelnica 3). V povprečju so sodelavci značilnosti ravnanj svojih nadrejenih ocenili višje kot pa vodje sami. Vendar je to predvsem zaradi izrazito nizke samoocene vodij na področju pravičnosti (dajanja prednosti sorodnikom, prijateljem, zdravnikom in sodelavcem).

Vrstna reda pomembnosti kompetenc se med skupinama razlikujeta. Vodje so najvišje ocenili svoje kompetence na področju prevzemanja odgovornosti za svoje delo. Vodje menijo, da imajo dovolj strokovnega znanja in spretnosti, da lahko odgovorno opravljajo svoje delo. Najnižje so ocenili značilnost svojih ravnanj na področju pravičnosti.

Njihovi sodelavci so najvišje ocenili dve ravnanji prvih nadrejenih vodij, ki se nanašata na avtonomijo in zasebnost pacienta (skrb za zasebnost pacienta, upoštevanje pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega in informiranost pacienta o aktivnostih zdravstvene nege), najnižje pa kompetenci s področja pripadnosti profesiji (uvajanje standardov kakovosti in izobraževanje sodelavcev).

Razpredelnica 3: *Ocene etičnih kompetenc in analiza razlik med samoocenami vodij in ocenami sodelavcev*
 Table 3. *Ethical competences assessment and analysis of differences between leaders' self-assessments and assessments by their subordinates*

Etične kompetence vodij v zdravstveni negi	Aritmetične sredine		Analiza razlik	
	Samoocena vodje	Ocene sodelavcev	t-test	p
Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti svojim sorodnikom ali prijateljem.	3,13	4,21	-13,32	0,000
Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti zdravnikom ali sodelavcem.	3,07	4,26	-14,54	0,000
Ima(m) dovolj strokovnega znanja in spretnosti, da lahko prevzame(m) odgovornost za svoje delo.	4,42	4,18	4,62	0,000
Upošteva(m) pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege.	4,14	4,28	-2,06	0,041
Omogoča(m) in spodbuja(m) izobraževanje sodelavcev.	4,24	4,12	1,91	0,058
Spodbuja(m) uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovo.	4,10	4,15	-0,66	0,513
Poskrbi(m) za zasebnost pacienta.	4,30	4,29	0,32	0,752
Poskrbi(m) za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege.	4,20	4,22	-0,25	0,800
Če opazi(m), da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa(m).	4,26	4,28	-0,13	0,900
Aritmetična sredina devetih kompetenc	3,98	4,22		
Standardni odklon	0,48	0,06		

Legenda: 1 – popolnoma neznačilno, 2 – manj značilno, 3 – značilno, 4 – zelo značilno, 5 – odločilno ravnanje

Legend: 1 – not significant, 2 – less significant, 3 – significant, 4 – very significant, 5 – extremely significant

Največje razlike med obema skupinama so se pokazale pri ocenah ravnanj s področja pravičnosti. Vodje so značilnost svojega ravnanja, da pri obravnavi ne dajejo prednosti svojim prijateljem in sorodnikom ($t = -13,32, p = 0,000$) ter zdravnikom in sodelavcem ($t = -14,54, p = 0,000$) ocenili statistično značilno nižje kot njihovi sodelavci. Prav tako so nižje ocenili značilnosti svojega ravnanja upoštevanja pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege ($t = -2,06, p = 0,041$). Višje od sodelavcev pa so vodilne ocenile svoje ravnanje na področju odgovornosti ($t = 4,62, p = 0,000$).

Povezanost med samooceno vodij in ocenami njihovih sodelavcev smo ugotavljali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom (Razpredelnica 4).

Šibka pozitivna, vendar statistično značilna povezanost med ocenami se je pokazala pri kompetencah:

- Omogoča(m) in spodbuja(m) izobraževanje sodelavcev ($r = 0,238, p = 0,000$).
- Spodbuja(m) uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovo ($r = 0,195, p = 0,003$).
- Če opazi(m), da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa(m) ($r = 0,150, p = 0,022$).

- Poskrbi(m) za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege ($r = 0,137, p = 0,037$).

Pri kompetenci upoštevanja pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege, je bila povezanost še šibkejša in na meji statistične značilnosti ($r = 0,116, p = 0,076$). Pri ostalih kompetencah linearne povezanosti med ocenami obeh skupin medicinskih sester ni bilo.

Na osnovi dveh anket smo dobili različne ocene ravni kompetenc vodstvenih medicinskih sester. Standardni odklon je manjši pri ocenah sodelavcev predvsem zaradi načina izračuna: povprečne vrednosti pri posamezni kompetenci so izračunane iz povprečnih vrednosti za posamezne vodje. Pri samoocenah vodilnih so povprečne vrednosti izračunane neposredno iz ocen vodij. Zaradi različne variabilnosti povprečnih ocen kompetenc v obeh skupinah smo vrednosti standardizirali. Standardizacija je bila izvedena na osnovi aritmetičnih sredin in standardnih odklonov, prikazanih v Razpredelnici 3. Pri standardizaciji smo uporabili z-standardizacijo (Razpredelnica 5).

Razpredelnica 4: Korelacijski koeficienti med ocenami vodij in sodelavcev

Table 4. Correlation coefficients between assessments by leaders and by their subordinates

Etične kompetence vodij v zdravstveni negi	r^*	p
Omogoča(m) in spodbuja(m) izobraževanje sodelavcev.	0,238	0,000
Spodbuja(m) uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovo.	0,195	0,003
Če opazi(m), da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa(m).	0,150	0,022
Poskrbi(m) za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege.	0,137	0,037
Upošteva(m) pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege.	0,116	0,076
Ima(m) dovolj strokovnega znanja in spretnosti, da lahko prevzame(m) odgovornost za svoje delo.	0,094	0,152
Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti zdravnikom ali sodelavcem.	0,047	0,476
Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti svojim sorodnikom ali prijateljem.	0,040	0,544
Poskrbi(m) za zasebnost pacienta.	0,024	0,713

Legenda: r^* Pearsonov korelacijski koeficient

Legend: r^* Pearson's correlation coefficient

Razpredelnica 5: Standardizirane vrednosti ocen etičnih kompetenc in agregatni kazalnik ravni etičnih kompetenc vodij v zdravstveni negi

Table 5. Standardised values of assessments of ethical competences and aggregate indicator of the level of ethical competences of nurse leaders

Etične kompetence vodij v zdravstveni negi	Standardizirane vrednosti (z)*			Agregatni kazalnik**	Rangi etičnih kompetenc		
	Samoocena vodje	Ocena sodelavcev	\bar{X}		Samoocena vodje	Ocena sodelavcev	Agregatni kazalnik
Ima(m) dovolj strokovnega znanja in spretnosti, da lahko prevzame(m) odgovornost za svoje delo.	0,92	-0,67	0,13	0,58	1	7	5
Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti svojim sorodnikom ali prijateljem.	-1,77	-0,17	-0,97	0,00	8	6	9
Nikoli ne daje(m) pri obravnavi prednosti zdravnikom ali sodelavcem.	-1,90	0,67	-0,61	0,19	9	4	8
Če opazi(m), da se pri delu težje kršijo pravila in doktrine zdravstvene nege, takoj ukrepa(m).	0,58	1,00	0,79	0,93	3	2	2
Poskrbi(m) za zasebnost pacienta.	0,67	1,17	0,92	1,00	2	1	1
Poskrbi(m) za to, da so pacienti informirani o aktivnostih zdravstvene nege.	0,46	0,00	0,23	0,63	5	5	4
Upošteva(m) pacientove želje, tudi v primeru odklonitve postopka/posega zdravstvene nege.	0,33	1,00	0,67	0,87	6	2	3
Omogoča(m) in spodbuja(m) izobraževanje sodelavcev.	0,54	-1,67	-0,56	0,22	4	9	7
Spodbuja(m) uvajanje standardov kakovosti v zdravstveni negi v ustanovo.	0,25	-1,17	-0,46	0,27	7	8	6

Legenda: *Vrednost »z« je statistični kazalec položaja posamezne statistične enote v statistični populaciji glede na aritmetično sredino distribucije. Definirana je kot razlika vrednosti konkretne enote in aritmetične sredine distribucije populacije v razmerju s standardnim odklonom. **Agregatni kazalnik je izračunan na osnovi standardizacije s pomočjo lestvice. Pri tej metodi dobimo standardizirane vrednosti med 0 (najnižje ocenjena kompetenca) in 1 (najvišje ocenjena kompetenca); \bar{X} – povprečje

Legend: *z-value – standardized value/normal deviate; ** Aggregate indicator; \bar{X} – average

Diskusija

Primerjava absolutne velikosti ocen kompetenc kaže na razmeroma visoke ocene pri obeh skupinah (razen pri samoocenah vodilnih pri dajanju prednosti sorodnikom, znanecem, zdravnikom in medicinskim sestram), vendar se vrstni red pomembnosti kompetenc med skupinama razlikuje – sodelavci dajejo posameznim ravnanjem drugačen poudarek kot vodje sami, kar v svoji raziskavi ugotavljajo tudi Kellen, et al. (2004). Predvsem je potrebno tudi v zdravstveni negi dati večji poudarek etiki na področju pravičnosti, kjer so se tudi v naši raziskavi ocene najbolj razlikovale. Podobno menijo tudi Callister-Clark, et al. (2004).

Največje razlike med ocenami kompetenc so se pokazale na področjih, povezanih s pravičnostjo in prevzemanjem odgovornosti. Vodstvene same so svojo odgovornost ocenile višje, ravnanja s področja pravičnosti pa bistveno nižje kot njihovi sodelavci. Tschudin (2004) poudarja, da obstajajo različna področja strokovne odgovornosti, kot so moralna (samemu sebi, svoji integriteti), etična (sočloveku, posebej tistim, s katerimi živimo in delamo), profesionalna (pacientom, strankam ter profesiji) in pravna (pacientom, strankam ter delodajalcem). Moralne odgovornosti ne moremo zahtevati ali meriti, profesionalno, pravno in etično odgovornost pa moramo videti in se je zavedati na vsaki ravni dela.

Tako majhna povezanost kaže tudi na problematičnost metode samoocenjevanja značilnosti ali ravnanj posameznika. Samoocene ravnanj posameznikov so se tudi v nekaterih drugih raziskavah pokazale kot slabe ocene dejanskih dosežkov (Fenwick, 2009; Regehr, Mylopoulos, 2008). Ustrezneje naj bi bilo, če njihova ravnanja ocenijo drugi (Dunning, Heath, Suls, 2004). Toda etična ravnanja so s strani različnih skupin ljudi lahko zelo različno opredeljena.

Raziskava je pokazala, da na višino ocen vpliva tudi vidnost kompetenc. Kompetence lahko delimo na vidne ali opazne kompetence (npr. znanje, veščine, spretnosti) in nevidne ali skrite kompetence (npr. lastnosti, vrednote, prepričanja) (Delamare Le Deist, Winterton, 2005). Najvišja stopnja povezanosti ocen obeh skupin je bila pri vidnih kompetencah, medtem ko ni bilo povezanosti pri manj vidnih kompetencah. Posebej je to značilno na področju pravičnosti, kjer so se vodje sami ocenili nižje, kot pa so jih ocenili njihovi sodelavci. Sodelavci imajo verjetno premalo informacij o tem, ali njihovi vodje dajejo pri obravnavi prednost sorodnikom, prijateljem, zdravnikom in sodelavcem. To so ravnanja, ki jih lahko ocenimo za neetična, in v interesu vodij je, da ostanejo »nevidna«. Thiroux in Krasemann (2008) opozarjata, da je popolno pravičnost ali enakost težko zagotavljati. Kot ljudje »moramo priznavati splošno enakost vseh ljudi, a vendarle omogočiti individualne razlike pri poskusih pravične

delitve dobrega in slabega«. To lahko pomeni, da si pri soočanju z nezmožnostjo zadovoljevanja tega načela prizadevamo vsaj, da ne škodujemo (Tschudin, 2004).

Iz ocen ravni kompetenc obeh skupin anketirancev smo izračunali aritmetično sredino. Bolj objektivno lahko naše ravnanje ocenijo drugi, naša ravnanja pa najbolje poznamo sami. Jasnih kriterijev, katere ocene so boljše, na področju etike običajno ni. Kajti pri etiki ni pravičnih in napačnih odgovorov, so samo boljši in slabši odgovori (Guido, 2007). Zato je na področjih, kjer ni jasnih kriterijev merjenja, bolje, da dobimo o enem pojavu več ocen iz različnih virov. Na osnovi teh ocen nato lahko izračunamo agregatne kazalnike, ki lahko nudijo »širši pogled« na opazovani pojav in nudijo primerno orodje za združevanje večdimenzionalnih pojavov (Saltelli, 2007). Izračunane vrednosti agregatnega kazalnika kažejo, da sta se oblikovali dve vsebinsko ustrezni skupini kompetenc. Najznačilnejše za vodilne medicinske sestre (ocene iz obeh anket) so kompetence na področjih, povezanih z ustreznim obravnavanjem pacientov, z ukrepanjem v primeru kršitev pravil zdravstvene nege ter z odgovornostjo za lastno delo. Precej nižje ocene so v povprečju dobila ravnanja povezana s pravičnostjo (enakopravno obravnavanje vseh pacientov) in pripadnostjo profesiji.

Za uspešnost dela in še bolj za zadovoljstvo pri delu je bistveno, da vsi člani tima zdravstvene nege delijo enotne poglede na osnovna etična ravnanja, zato so potrebni skupni pogovori o tej temi. Priporočljivo je, da na oddelkih in klinikah skupaj organizirajo seminarje in učne delavnice, kjer lahko oblikujejo skupne poglede na pomembna etična in druga vprašanja, ki jih morajo pri svojem delu vsakodnevno reševati. Pomembno je, da drug drugega poslušajo, se pogovarjajo in sproti rešujejo konfliktna situacije. Le takšen pristop vodi k bolj zadovoljnim zaposlenim, ki bodo zdravstveno nego izvajali uspešneje in učinkoviteje.

V naši raziskavi smo pri opredeljevanju etičnih ravnanj izhajali iz etičnih načel, opredeljenih v kodeksih etike (Code, 2012; Kodeks, 2010). Vendar je ravnanj, v katerih se navzven kažejo etična načela, veliko več kot devet, kolikor smo jih uporabili v naši raziskavi. S postavljenimi vprašanji smo zajeli več dimenzij etičnega obnašanja, vendar bi bilo tudi pri tovrstnih raziskavah v prihodnosti potrebno povečati število vključenih etičnih ravnanj.

Vzorec vključenih v našo raziskavo je zajemal le zaposlene na področju zdravstvene nege v bolnišnicah, ki so največje organizacije na področju zdravstvenega varstva. V drugih organizacijah (zdravstveni domovi, domovi za starejše občane ipd.) bi rezultati bili verjetno drugačni, saj gre v glavnem za manjše organizacije, kjer je medsebojno poznavanje zaposlenih večje. V prihodnjih raziskavah bi zato bilo potrebno v vzorec vključiti tudi zaposlene v teh organizacijah.

Zaključek

Glavni namen razvoja kompetenčnih modelov je vzpostaviti okvir, kjer bi se določile kompetence in tudi ravni kompetenc, ki jih vodje potrebujejo za uspešno opravljanje svojega dela. Takšen okvir naj bi služil kot eno od orodij za preverjanje uspešnosti in učinkovitosti dela vodij na posameznih področjih. V raziskavi je predstavljen okvir kompetenc vodstvenih medicinskih sester na področju etike in ocene ravni kompetenc z dveh strani – kot samoocena vodij in ocena sodelavcev (prvih podrejenih). Takšen pristop je namenjen merjenju »usklajenosti« pogleda na osnovna etična ravnanja v zdravstveni negi in realnejši (dvostranski) oceni ravni doseganja etičnih kompetenc.

Med samoocenami etičnih kompetenc vodstvenih medicinskih sester in njihovih sodelavcev obstaja statistično značilna šibka pozitivna povezanost pri štirih kompetencah, pri petih kompetencah povezanosti ni. Povezanost se je pokazala le pri ocenah kompetenc s področja pripadnosti profesiji in informiranosti pacienta o aktivnostih zdravstvene nege. Razlike med ocenami obeh skupin kažejo na različno razumevanje etičnih ravnanj vodij.

Na podoben način, kot je bila v članku predstavljena analiza za vse vodje v sodelujočih organizacijah, bi lahko (seveda ob upoštevanju varstva individualnih podatkov) primerjali ocene za vsakega posamičnega vodjo v zdravstveni negi, za celoten oddelek, kliniko ali bolnišnico. Takšna analiza je pomembna tako za posameznega vodjo kakor tudi za vodstvo večjih organizacijskih enot. Posamezni vodja v zdravstveni negi lahko na takšen način dobi povratno informacijo o svojih ravnanjih in obnašanjih oziroma o tem, ali so njegovi naporji s strani njegovih sodelavcev priznani.

Literatura

- Blaikie N. Analyzing quantitative data: from description to explanation. London: SAGE Publications; 2003: 214–48.
- Bolden R, Gosling J. Leadership competencies: time to change the tune. *Leadership*. 2006;2(2):147–63. <http://dx.doi.org/10.1177/1742715006062932>
- Bunkers SS. Learning with leaders. *Nurs Sci Q*. 2009;22(1):27–32. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318408329157> PMID:19176857
- Callister-Clark L, Ravert P, Stoneman E, Matsumura G. Ethical reasoning in capstone students. *Int J Hum Caring*. 2004;8(2):54–60.
- Carter TJ, Dunning D. Faulty self-assessment: why evaluating one's own competence is an intrinsically difficult task. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008;2(1):346–60. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00031.x>
- Ciulla JB. Leadership and the ethics of care. *J Bus Ethics*. 2009;88(1):3–4. <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-009-0105-1>
- Code of ethics for nurses. Geneva: International Council of Nurses; 2012: 1–11.
- Delamare Le Deist F, Winterton J. What is competence? *Hum Resour Dev Int*. 2005;8(1):27–46. <http://dx.doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- Dunning D, Heath C, Suls JM. Flawed self-assessment: implications for health, education, and the workplace. *Psychol Sci Interest*. 2004;5(3):69–106. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x>
- Fenwick T. Making to measure? Reconsidering assessment in professional continuing education. *Stud Contin Educ*. 2009;31(3):229–44. <http://dx.doi.org/10.1080/01580370903271446>
- Gallagher A, Tschudin V. Educating for ethical leadership. *Nurse Educ Today*. 2010;30(3):224–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.11.003> PMID:20015579
- Guidelines for development of regional model competency standards (RMCS). Bangkok: International Labour Office, International Labour Organization; 2006: 32.
- Guido WG. Legal and ethical issues. In: Yoder-Wise SP, ed. *Leading and managing in nursing*. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2007: 59–90.
- Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. *J Nurs Manag*. 2008;16(8):905–11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00942.x> PMID:19094101
- Kellen JC, Oberle K, Girard F, Falkenberg L. Exploring ethical perspectives of nurses and nurse managers. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2004;17(1):78–87. PMID:15503919
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010.
- Klugman J, Rodríguez F, Choi HJ. The HDI 2010: new controversies, old critiques. *J Econ Inequal*. 2011;9(2):249–88. <http://dx.doi.org/10.1007/s10888-011-9178-z>
- LeMay N, Ellis A. Leadership can be learned, but how is it measured? *Manag Sci Health*. 2008;8(1):1–29.
- Lin CJ, Hsu CH, Li TC, Mathers N, Huang YC. Measuring professional competency of public health nurses: development of a scale and psychometric evaluation. *J Clin Nurs*. 2010;19(21–22):3161–70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03149.x> PMID:20704628
- McCarthy G, Fitzpatrick JJ. Development of a competency framework for nurse managers in Ireland. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(8):346–50; quiz 351–2, 384. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20090723-01> PMID:19681570
- Munro HB. *Statistical methods for health care research*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 321–77.
- Naka S, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzor Zdr N*. 2004;38(4):305–12
- Nelson S, Purkis ME. Mandatory reflection: the Canadian reconstitution of the competent nurse. *Nurs Inq*. 2004;1(4):247–57. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00233.x> PMID:15601413
- Organisation for Economic Co-operation and Development, European Commission. *Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide*. Paris: OECD Publishing; 2008: 13–50. Dostopno na: <http://www.oecd.org/std/42495745.pdf> (1. 2. 2013).

- Osman IH, Berbari LN, Sidani Y, Al-Ayoubi B, Emrouznejad A. Data envelopment analysis model for the appraisal and relative performance evaluation of nurses at an intensive care unit. *J Med Syst.* 2011;35(5):1039–62.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10916-010-9570-4>
- Petek C, ed. *Kompetenzmodell für pflegeberufe in Österreich.* Graz: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband; 2011: 17–48.
- Pillay R. Towards a competency-based framework for nursing management education. *Int J Nurs Pract.* 2010;16(6):545–54.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01880.x>
PMid:21129106
- Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs.* 2007;16(2):234–43.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
PMid:17239058
- Regehr G, Mylopoulos M. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *J Contin Educ Health Prof.* 2008;28 Suppl 1:S19–23.
<http://dx.doi.org/10.1002/chp.203>
PMid:19058249
- Roussel L. Ethical principles for the nurse administrator In: Roussel L, ed. *Management and leadership for nurse administrator.* Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2006: 45–54.
- Saklofske HD, Zeidner M, eds. *International handbook of personality and intelligence.* New York, London: Plenum Press; 1995: 417–46.
- Saltelli A. Composite indicators between analysis and advocacy. *Soc Indic Res.* 2007;81(1):65–77.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-006-0024-9>
- Setnikar Cankar S, Petkovšek V. Improving the Slovenian healthcare system by examining other European healthcare systems. *Am J Health Sci.* 2012;3(4):229–38.
- Šmitek J. Uvod v raziskavo »Zdravstvena nega v luči etike«. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 199–202.
- Stare J, Seljak J. Vodenje ljudi v upravi: povezanost osebnostnega potenciala za vodenje z uspešnostjo vodenja. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2006: 132.
- The AONE nurse executive competencies. Chicago: American Organization of Nurse Executives; 2011: 9. Dostopno na:
http://www.aone.org/resources/leadership%20tools/PDFs/AONE_NEC.pdf (1. 2. 2013).
- The EFQM excellence model fundamental concepts. Brussels: European Foundation for Quality Management (EFQM); 2012: i, 3.
- Thiroux PJ, Krasemann KW. *Ethics: theory and practice.* New Jersey: Prentice Hall Higher Education; 2008: 526.
- Tschudin V. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi.* Ljubljana: Educy; 2004: 131–8.
- Turner BS. *Medical power and social knowledge.* 2nd ed. London: Sage Publications; 1995: 129–39.
- United Nations competencies for the future. New York: United Nations; 2011: 6.
- Urdan TC. *Statistics in plain English.* 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2005: 39–52
- Yeo M, Moorhouse A, Kahn P, Rodney P. *Concepts and cases in nursing ethics.* 3rd ed. Toronto: Broadview Press; 2010: 143–207.

Citirajte kot/Cite as:

Kvas A, Seljak J. Ocena vodstvenih kompetenc na področju etike za vodje v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1):8–17.