

Izvirni znanstveni članek/Original article

POMEN VKLJUČEVANJA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI PRI OBLIKOVANJU POLITIKE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

IMPORTANCE OF NURSING EMPLOYEES' PARTICIPATION IN HEALTH CARE POLICY DEVELOPMENT

Branko Bregar, Brigita Skela Savič

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

IZVLEČEK

Uvod: Spremembe sistemov zdravstvenega varstva so potrebne. Pri oblikovanju reform sodelujejo različne interesne skupine. Avtorji v Sloveniji prepoznajo vplivne interesne skupine predvsem v Zdravniški zbornici, Lekarniški zbornici, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in državi. Zaposlenih v zdravstveni negi v teh razmerjih nihče ne prepozna kot vplivnega udeleženca. Namen prispevka je bil raziskati vlogo zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike sistema zdravstvenega varstva pri nas.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna metodologija. Empirično gradivo smo zbrali s pomočjo polstrukturiranih intervjujev z vidnimi udeleženci zaposlenih v zdravstveni negi. Intervjuji so bili izvedeni od marca do avgusta 2009. Urejeno empirično gradivo smo analizirali induktivno, uporabili smo metodo utemeljene teorije.

Rezultati: Udeleženci v raziskavi navajajo, da so zaposleni v zdravstveni negi brez politične moči in niso prepoznani kot interesna skupina pri oblikovanju politike sistema zdravstvenega varstva. V kolikor bi jim bile omogočene pomembne vloge v teh razmerjih, bi zdravstveni sistem verjetno lahko bil bolj human, učinkovitejši ter bolj usmerjen k uporabnikom. Udeleženci prepoznajo različne ovire, kot so problem izobraževanja, pasivnost menedžmenta in problem raziskovanja na področju zdravstvene nege.

Diskusija in zaključek: Čeprav bi z razširitvijo interesnih skupin na strani izvajalcev zdravstvenega varstva pri oblikovanju politike sistema zdravstvenega varstva največ koristi imeli prav uporabniki zdravstvenih storitev, zaposlenim v zdravstveni negi sodelovanje v teh razmerjih ni omogočeno. Opolnomočenje zaposlenih v zdravstveni negi na različnih področjih je nujno, da bodo lahko postali sooblikovalci zdravstvene politike. Povečati je potrebno moč menedžmenta, moč izobraževanja in politično moč.

Key words: health care system, politics, interest, power, influence, participants

ABSTRACT

Introduction: Many countries have been faced with the need to reform their health care systems where participation of different interest groups is indispensable. In Slovenia, several interest groups are active in health policy design, research, and evaluation within the Medical Chamber of Slovenia, the Slovene Chamber of Pharmacies and the Health Insurance Institute of Slovenia and other groups on a national or state level. Despite the fact that nursing is the nation's largest health care profession, their role in the health policy development is not yet fully recognised. The aim of the paper was to explore the impact of the nursing professionals on the current health care policy development in Slovenia.

pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.; Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, Ljubljana
Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: branko.bregar@psih-klinika.si

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, univ. dipl. org., viš. med. ses.; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

Članek je nastal na osnovi magistrske naloge Branka Bregarja *Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema* (2010), ki jo je pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigite Skela Savič izdelal na Fakulteti za management Univerze na Primorskem.

Prejeto/Received: 28. 8. 2012 Sprejeto/Accepted: 10. 2. 2013

Methods: The study is based on a qualitative research methodology. The study was conducted from March to August 2009. A general inductive approach was used for qualitative analysis of the data retrieved through a semi-structured interview with advanced practice nurses. A grounded theory was applied as a research design.

Results: The participants claim that nursing professionals as an interest group exert no political influence on health care policy development. Nurses' involvement would make a difference in the political process in a variety of ways, rendering the health care system more humane, efficient and tailored to individual patient needs. The participants are also cognizant of the major barriers to nurses' proactive health policymaking, namely, education opportunities, largely uninvolved health managers and the necessary but insufficient nursing research.

Discussion and conclusion: The ramifications of nurses' active involvement in health care policy positions development and design are multifold. It can have an impact on the practice of nursing and on the provision of health care, enhancing the quality and safety of health care services and the betterment of public health. The proper management, education and political power are pivotal in countering many of the obstacles to nurses' active participation in nation-wide health policy design.

Uvod

Danes je že povsem jasno, da so spremembe zdravstvenih sistemov po vsem svetu nujne (Bohinc, Cibic, 2005; Schmidt, 2004; Keber, 2003; Albreht, Klazinga, 2002; Giaimo, Manow, 1999). Dokumenti Evropske unije in ostali svoje članice usmerjajo k ohranjanju kakovostnega in dostopnega zdravstvenega varstva vsem državljanom (Ceglar, 2004; Keber, 2003). Tudi Slovenija se sooča s podobnimi problemi kot ostale države v Evropski uniji. Keber (2003) pravi, da so spremembe pri nas nujne, v kolikor želimo ohraniti univerzalnost, enakost in solidarnost v sistemu zdravstvenega varstva za vse državljane.

V procesih snovanja zdravstvene politike so pri nas prepoznavni različni udeleženci, vendar pa lahko na strani izvajalcev zdravstvenih storitev izpostavimo predvsem dve močni interesni skupini, ki ju predstavljata Zdravniška in Lekarniška zbornica (Mrkaić, Pezdir, 2007; Uranič, 2006; Albreht, Klazinga, 2002). Pri snovanju reform moramo biti posebno pazljivi, da bodo v ospredju koristi uporabnikov in ne interesih skupin (Keber, 2003). Zaposlenih v zdravstveni negi, največje skupine v zdravstvenem sistemu, v teh razmerjih nihče ne omenja, čeprav imajo bistven vpliv na izvajanje in kakovost ter izide zdravstvenih storitev. V nekaterih manj razvitih državah so prepoznani celo kot ključni izvajalci zdravstvenih storitev, s pomočjo katerih lahko države zagotavljajo primerno zdravstveno varstvo svojim državljanom (Leadership, 2010; Thungjaroenkul, Cummings, Embleton, 2007; Numata, et al., 2006; Spenceley, Reutter, Allen, 2006; Seljak, Kvas, 2004; Cramer, 2002; Mueller, 2000). Zaradi vseh teh razlogov je pomembno, da je zaposlenim v zdravstveni negi omogočeno enakovredno delovanje v vseh odločujočih telesih, ki vplivajo na oblikovanje politike zdravstvenega sistema, da uveljavijo svoj pomen v zdravstvenem varstvu (Leadership, 2010; Kvas, Seljak, 2004). Drugi avtorji (Boswell, Cannon, Miller, 2005; Kulig, et al., 2004; Nugent, et al., 2002; Hannigan, Burnard, 2000) zato spodbujajo zaposlene v zdravstveni negi, naj se za nove vloge, ki jih morajo prevzeti v sistemu zdravstvenega varstva, tudi usposobijo.

V Sloveniji kar nekaj avtorjev kritično ocenjuje razmere v zdravstvu. Kritični so do stihijskega uvajanja zasebne dejavnosti, timskega dela, medosebnih odnosov, izobraževanja in pravne ureditve tega področja (Živkovič, et al., 2007; Mlakar 2005; Filej 2001). Keber (2003) navaja, da so potrebne obsežne spremembe, vendar ne na račun uporabnikov zdravstvenih storitev. Posebno poudarja, da mora biti interes državljanov v ospredju, pred vsemi drugimi interesi. Mlakar (2005) vidi vedno večji problem v ekonomskih omejitvah in s tem povezanih spremembah. Mrkaić in Pezdir (2007) pa kritično ocenjujeta vpliv različnih interesnih skupin na spremembe v zdravstvenem sistemu pri nas. Kot glavni akterji pri oblikovanju zdravstvene politike so prepoznani Zdravniška zbornica, Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Albreht, Klazinga, 2002).

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije (Statistični, 2008) kažejo, da med najštevilčnejše izvajalce, ki izvajajo zdravstveno obravnavo, prištevamo izvajalce zdravstvene nege in zdravnike. Razpredelnica 1 kaže, da je poklicna skupina zdravnikov v političnem življenju močno prisotna.

Analiza podatkov zastopanosti zdravstvenih delavcev v pomembnih telesih kaže, da so zdravniki veliko močnejše zastopani v institucijah, ki imajo vpliv na kreiranje zdravstvene politike (Razpredelnica 1), čeprav je po statističnih podatkih v Sloveniji registriranih približno 6.000 zdravnikov in 18.000 zaposlenih v zdravstveni negi (Statistični, 2008; Pirš, 2007). Razlogi za dominanten položaj zdravnikov v primerjavi z ostalimi zaposlenimi v zdravstvenem varstvu je v zgodnji in uspešni profesionalizaciji poklica in preko uveljavitve biomedicinskega modela pojmovanja zdravja (Kvas, Seljak, 2004; Pahor, 2000). Kvas in Seljak (2004) pravita, da med poklicnima skupinama zdravnikov in izvajalcev zdravstvene nege obstaja največji problem, saj so prav izvajalci zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu močno podrejeni zdravnikom. Težko si je predstavljati kakovostno delo izvajalcev zdravstvene nege, ki se morajo venomer ukvarjati z odnosi, ker so ti neakovostni in neenakopravni. Tudi Filej (2001) prepoznava odnose med izvajalci

zdravstvene nege in drugimi poklici v zdravstvenem sistemu kot zaostrene, »ko si vsak poklic posebej išče ustrezno pozicijo in priznanje v družbi«.

Razpredelnica 1: *Zastopanost zdravstvenih delavcev v pomembnih telesih, ki vplivajo na oblikovanje zdravstvene politike*

Table 1: *Health professionals participation in the relevant bodies where they could influence on the creation of health politics*

	Zdravniki	Izvajalci zdravstvene nege
Upravni organi in ministrstva	31	5
ZZZS in ZPIZ	61	0
ZZV in IVZ	93	20

Legenda: ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije; ZZV – Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana; IVZ RS – Inštitut za varovanje zdravje Republike Slovenije

Legend: ZZZS – The Health Insurance Institute of Slovenia; ZPIZ – The Pension and Disability Insurance Institute of Slovenia; ZZV – The Institute of Public Health of Ljubljana; IVZ – Institute of Public Health Republic of Slovenia

Skela Savič in Pagon (2008) sta v svoji raziskavi potrdila, da se izvajalci zdravstvene nege počutijo neenakovredni v primerjavi z zdravniki. Tudi tuji avtorji problematizirajo odnos med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege. Odnosi med tema dvema poklicnima skupinama so še vedno posledica patriarhalnih odnosov in razrednih razmerij v širši družbi – izvajalci zdravstvene nege prihajajo iz nižjega in srednjega družbenega razreda, zdravniki pa običajno iz višjih družbenih razredov (Maslin-Prothero, Ed, Masterson, 2002). Fagin in Garelick (2004), prvi psihiater, drugi psihoterapevt, sta v svojem delu »The doctor-nurse relationship« analizirala odnos med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege v psihiatriji. Trdita, da je klinično delo v psihiatriji močno odvisno od dobrega medsebojnega razumevanja izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov. Če dobrega odnosa ni, je kakovost zdravstvene obravnave slabša. Nadaljujeta, da zdravstvena nega pridobiva nove vloge, ki vse poudarjajo enakost med partnerji v kliničnem okolju. Predvsem zdravniki so tisti, ki imajo lahko veliko vlogo za izboljšanje odnosov z izvajalci zdravstvene nege.

Nekateri tuji avtorji tudi že prepoznavajo izvajalce zdravstvene nege kot pomembne udeležence pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema (Warner Rains, 2003; Cramer, 2002; Greipp, 2002). Pri nas avtorji le bolj na deklarativni ravni poudarjajo pomen delovanja izvajalcev zdravstvene nege v političnih procesih in jih pozivajo, da so nujne spremembe na tem področju (Klemenc, 2008; Filej, 2001; Pahor,

2000). Znana je izjava Mlakar (2005), ki še danes dobro posredno opisuje položaj zdravstvene nege pri nas: »Spremembe organiziranosti zdravstvenih zavodov, ki se nenehno reorganizirajo na podlagi sprememb aktov o ustanovitvi zavoda ali statuta, nekaterim uspe [...] izpeljati tudi dvakrat letno. Učinek? Katastrofalen, vsaj za zdravstveno nego. Praviloma izgubljam status. Ko se »ukine« zadnje delovno mesto direktorice zdravstvene nege v državi, bi pameten Slovenec zajokal. [...] Če vprašate mene, si po enaindvajsetih letih vodenja na vseh organizacijskih nivojih v našem zavodu dovolim trditi, da bi se delovanje ustanove praktično v vseh njenih elementarnih procesih ustavilo v roku štirinajstih dni.«

Namen in cilj

Z raziskavo smo želeli preučiti in pojasniti pomen političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema v Sloveniji ter z ugotovitvami odgovorne v političnem prostoru prepričati, da spodbujajo in pospešijo sodelovanje med ključnimi izvajalci zdravstvenega varstva. Pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema niso upoštevana strokovna stališča zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni v zdravstveni negi lahko s svojim znanjem in veščinami pripomorejo pri razvoju pravičnega, solidarnega, univerzalnega in učinkovitega sistema zdravstvenega varstva.

Metode

Izvedena je bila kvalitativna študija primera, kar pomeni, da se posamezen raziskovalni problem razižče, celovito opiše in analizira. Uporabili smo induktivno analizo in metodo utemeljene teorije. Utemeljeno teorijo Urbanc (2008) imenuje tudi utemeljena metoda, saj predpisuje vrsto nujnih postopkov dela. Mesec (1998) pa pravi, da je utemeljena teorija imenovana tudi induktivna teorija, ker teorija, ki jo dobimo, temelji na zbranim in analiziranim empiričnem gradivu. Zelo dobra je za prikazovanje, razumevanje in raziskovanje povezav med podatki, ki jih dobimo v raziskavi, in je usmerjena v odkrivanje novega. Slaba stran je, da je delo zelo zahtevno, natančno in zamudno (Urbanc, 2008).

Opis instrumenta

Empirično gradivo je bilo zbrano s pomočjo polstrukturiranega intervjuja z vidnimi udeleženci zaposlenih v menedžmentu zdravstvene nege (M), dejavnimi v političnem življenju (P) in zaposlenimi v državni upravi (U). Za polstrukturirani intervju velja, da vnaprej ni natančno pripravljen, ampak omogoča podvprašanja, s katerimi udeleženca usmerjamo ali po potrebi skušamo raziskati globino relevantnih

problemov raziskave (Mesec, 1998). Pomembna lastnost intervjuja je tudi pristni stik z udeleženci, kar nam omogoča spremljanje tudi njihove neverbalne komunikacije, ki je lahko raziskovalcu tudi pomembna (Esterby-Smith, Thorpe, Lowe, 2005). Udeležencem smo zastavljali odprta vprašanja predvsem o njihovem dojemanju položaja zdravstvene nege v političnih procesih pri nas:

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

Opis vzorca

Vzorec je bil namenski. Nameravali smo izvesti vsaj petnajst intervjujev med vplivnimi zaposlenimi v zdravstveni negi. Izvedli smo trinajst intervjujev, ker je že pri desetem intervjuju prihajalo do teoretične zasičenosti. Udeleženci so bili iz vrst zaposlenih v zdravstveni negi, ki delujejo v menedžmentu, politiki in v upravnih državnih funkcijah, s čimer smo želeli zagotoviti triangulacijo po udeležencih. Večino intervjuvancev je bilo ženskega spola. Intervjuje smo izvedli v letu 2009, od marca do avgusta.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

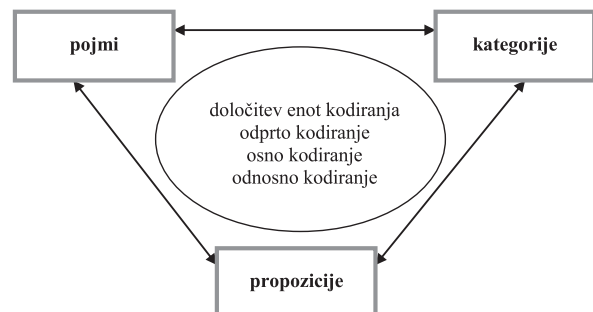
Mesec dni pred raziskavo smo izbranemu vzorcu udeležencev po elektronski pošti poslali prošnjo, v kateri smo se predstavili, jih seznanili z raziskavo in jih prosili za udeležbo. Z vsakim udeležencem smo se dogovorili o načinu izvedbe intervjuja, pri čemer smo se jim prilagodili glede časa in kraja in spoštovali njihovo pobudo. Intervjuje smo snemali. Zvočne zapise hranimo v arhivu raziskave. Zvočni zapis »pomaga pri procesu poslušanja in omogoči nepopačen zapis pogovora« (Esterby-Smith, Thorpe, Lowe, 2005). Udeležencem smo omogočili pregled prepisa zvočnega zapisa. Zastavljali smo široko odprta vprašanj, s katerimi smo udeležencem omogočili, kar najširše odgovore. Vsak zvočni zapis intervjuja smo dobesedno prepisali in ga natančno prebrali. S tem smo prišli do določenih spoznanj, ki smo jih uporabili pri izvajanju naslednjega intervjuja.

Kmalu smo spoznali, da je »moč« zaposlenih v zdravstveni negi osrednji pojem. Zato smo vsako spoznanje, ki je bilo povezano z močjo, uporabili pri naslednjem intervjuju, tako da smo ga še posebej raziskali. Vsak prepis smo udeležencu raziskave posredovali v pregled. Dovolili smo jim popravke nejasnih delov in posege v vsebino, kjer je bilo to potrebno za dodatno zaščito identitete udeležencev, saj v zdravstveni negi pri nas obstaja zelo ozek krog vidnih udeležencev, ki so lahko z razkritjem regije, kjer delajo, oziroma delovnega mesta prepoznani. Vsakemu odobrenemu intervjuju smo v nadaljnjih postopkih dodelili lastno šifro raziskave, s katero se je izgubila pomenška identiteta udeleženca. Vse intervjuje smo zapisali v ženski obliki, čeprav vsi intervjuvanci niso bili ženskega spola. Šifra je sestavljena iz štirih delov: prvi del označuje številko intervjuja, drugi del je šifra raziskave, tretji del predstavlja področje dela in četrti del šifre je zaporedna številka pojma v intervjuju (glej Primer 1).

Primer 1: Zgradba šifre: Pojem 60 pri udeleženci številka 9, ki deluje v političnem življenju, je ST. 9 – PVZZN-P (60). Na podlagi šifer lahko preverimo in poiščemo vsebino pojmov v empiričnem gradivu.

Analiza empiričnega gradiva je temeljila na indukciji. Uporabili smo utemeljeno teorijo, ki jo lahko razložimo z dvema osnovnima značilnostma (Slika 1):

- trije osnovni elementi ali prvine (pojmi, kategorije, propozicije),
- analitični proces.



Slika 1: Značilnosti utemeljene teorije
Figure 1: Characteristics of Grounded theory

Rezultati

Pri urejanju in analizi v raziskavi pridobljenega gradiva smo oblikovali splošne zaključke o razumevanju pomena političnega vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi na oblikovanje politike zdravstvenega sistema. Čeprav velja, da je vključenost zaposlenih v zdravstveni negi ključnega pomena pri zagotavljanju bolj učinkovitega in kakovostnega zdravstvenega sistema, ugotavljamo, da je ta skupina zaposlenih brez politične moči in pomembnih družbenih vlog,

zato njen vpliv ni zaznaven. V nadaljevanju bomo s pomočjo značilnih izjav utemeljili naše trditve, na katerih temeljijo zaključki raziskave.

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

ST. 7 – PVZZN-M (6)

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

Zaposleni v zdravstveni negi se morajo aktivirati v političnem prostoru in si izboriti prostor.

ST. 11 – PVZZN-P (18)

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

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

ST. 7 – PVZZN-M (42)

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

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

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

ST. 7 – PVZZN-M (44)

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

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

ST. 3 – PVZZN-U (63)

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

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

ST. 11 – PVZZN-P (22)

»Drugo, kar je pa zelo pomembno, je pa tudi, da ti, ko gledaš na stvari, da je jasno, da doživljaš in tudi organizacijo zdravstvene službe, in kako bi rekla ..., eno drugo stopnjo kritične presoje. Ne zaradi osebne prizadetosti, ampak zato, ker (mi)

ambicije v svoji stroki razvijamo na drug način kot medicina. Recimo ambicija fizioterapevta. Ambicija fizioterapevta je zelo jasna in ne trči v nič, niti ne trči v ljudi, ker so bolj v jasnem krogu ali pa v jasnem okviru zaprti. Ambicija zdravnika je pa neskončna. Neskončna v stroki, neskončna, recimo, v vodstvenih možnostih. V Sloveniji se je pojavila privatizacija zdravstva, tudi zdravniki so šele zdaj dobili zdravniško zbornico – te spremembe so njim odprle druge možnosti, oni bolj mislijo na status, ki ga bodo oni v tej službi imeli. Pri nas se to morda tudi pojavlja, ampak čisto, če gledamo na našo stroko kot eno skupno telo ..., ne bom rekla, da se ne bo slišalo sentimentalno ali pa da imamo svetniški sij okoli glave, ampak nam je ostal en bolj human način razumevanja.«

Pri analizi empiričnega gradiva moramo tudi omeniti, da so se izoblikovale nekatere kategorije, ki preprečujejo zaposlenim v zdravstveni negi, da se aktivno vključijo v kreiranje zdravstvene politike in tako izkažejo svoj pomen pri oblikovanju sistema zdravstvenega varstva. Izpostavljamo nekatere, ki so pomembne za razumevanje tega področja:

- izobraževanje,
- menedžment zdravstvene nege,
- ovire zdravstvene nege,
- položaj zdravstvene nege,
- nemoč zdravstvene nege.

Izobraževanje predstavlja oviro, saj se trenutno v slovenskem prostoru ustanavljajo šole, ki nimajo dovolj strokovnih kadrov. Stroka izgublja moč in ugled. Visoko šolstvo naj bi bilo nosilec sprememb preko močnih kateder zdravstvene nege, ki bi jih predstavljali prepoznavni akademsko izobraženi predstavniki.

ST. 11 – PVZZN-P (13)

»Ampak mi smo nekaj pozabili, da vsako jedro vsake visokošolske inštitucije je matična katedra. In kvaliteta katedre in vodje katedre in prepoznavnost ter moč vplivanja na življenje šole in programe. Preko tega pa tudi na politiko. Zato, ker to so sami najvišje izobraženi akademski delavci, vodje katedre.«

V *menedžmentu zdravstvene nege* danes primanjkuje močnih in suverenih posameznikov. Institut glavne medicinske sestre je zaradi podrejenosti drugim vplivnim strukturam v zdravstvenih zavodih nejasen. Menedžerji v zdravstveni negi se morajo povezati, imeti jasno vizijo in jo uveljaviti v praksi. Intervjuvanci ocenjujejo, da je položaj menedžmenta zdravstvene nege oslavljen zlasti v tem, da je imenovanje popolnoma pod vplivom medicine.

ST. 9 – PVZZN-P (60)

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

V preteklosti so bili že znani primeri učinkovite organiziranosti zdravstvenih zavodov z jasno opredeljenostjo različnih struktur: poslovno, medicinsko in na področju zdravstvene nege. Učinkovita organiziranost je povečala enotnost med vodilnimi v zdravstveni negi, kar se je pokazalo v praksi kot velika moč in učinkovitost poklicne skupine zaposlenih v zdravstveni negi na poslovanje zdravstvenih ustanov. Nekateri zavodi so poleg poslovnega in strokovnega direktorja imenovali tudi direktorja za zdravstveno nego, ki je na tem položaju suvereno obvladoval upravljanje področja zdravstvene nege, kar je predstavljalo tudi veliko odgovornost.

ST. 10 – PVZZN-M (7)

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

Velik pomen za suveren položaj so imele v tistem času suverene in vplivne posameznice – menedžerke zdravstvene nege. Vendar je tak položaj zdravstvene nege kmalu postal nezaželen, kajti sodelovanje v upravljanju zdravstvenih ustanov je zdravstveni negi dajal tudi suverenost na strokovnem področju, ki se je prav v tem času začela osamosvajati v okoljih, ki so bili tradicionalno pod vplivom medicine.

ST. 9 – PVZZN-P (56)

»In vam lahko razložim tudi, kaj se je zgodilo. Zdravstvena nega je bila izjemno napredna, izjemno vplivna skupina je postala, skupina, ne samo posameznik. In lepega dne so se ogroženi direktorji bolnišnic, najprej na svojih elitnih sestankih dogovorili, da je treba zdravstveni negi

pristriči peruti. Kot tukajle sedim, so mi to povedali najmanj trije direktorji, potem ko nisem bila več glavna medicinska sestra. In trdim, da so močne posameznice zamenjevali s kolegicami, ki niso imele takega statusa v posameznem zavodu.«

Položaj zdravstvene nege opisujejo kategorije podrejenost, nesamostojnost, neumeščenenost v pravnem sistemu, nizek ugled in nestabilnost v sistemu zdravstvenega varstva.

ST. 8 – PVZZN-M (1)

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

ST. 10 – PVZZN-M (1)

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

Nemoč zdravstvenega nege opisujemo s kategorijami, kot so nepomembnost, pomanjkanje avtonomije, družbeni položaj, podrejenost, manjvrednost, izoliranost, zgodovinski razvoj, gospodinjstvo delo, nizka izobrazba, ženski poklic ...

ST. 2 – PVZZN-M (36)

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

ST. 13 – PVZZN-M (34)

»Moč imajo, imajo družbenopolitično moč. Imajo kvazi moč. Ne zato, ker se tako politično

udejstvujejo, (XY) itd., ampak zaradi tega, ker ljudje enostavno mislimo, da zdaj bo pa nekaj groznega, če bodo zdravniki nezadovoljni, ker bodo premalo plačani itd. ..., če ne bodo ustrezno plačani ..., bo za vse nas nekaj hudega. In tukaj imam jaz občutek, da vsi tisti, ki odločajo, kako bodo zdravniki plačani ali pa imeli položaj v zavodu, se prav iz tega ven morda malo ustrašijo in jim dopuščajo stvari, ki [jih] drugim v zdravstvu ali pa izven ne bi dopustili. Pa še zelo so aktivni. Kar neki priložnosti imajo takih, da so si dobro izborili. Zelo so aktivni. Pomembni. Ta moč, zdravnik, ima vendarle en tak prizvok v ozadju.«

Diskusija

Pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema strokovna stališča zaposlenih v zdravstveni negi niso upoštevana, čeprav bi s sodelovanjem zaposlenih v zdravstveni negi verjetno povečali možnosti za razvoj pravičnega, solidarnega, univerzalnega in učinkovitega sistema zdravstvenega varstva.

Zaposleni v zdravstveni negi si želijo in prizadevajo za pomembnejšo vlogo pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Znotraj zdravstvenega sistema sodijo med bolj motivirane za spremembe, kar pri drugih skupinah zaposlenih v zdravstvenem sistemu po mnenju udeležencev raziskave ni tako opazno, saj so morda bolj zadovoljni s pridobljenim položajem. Kljub temu da se zavedajo potenciala večje vključenosti, ostajajo pri oblikovanju zdravstvene politike nevidni ali celo nezaželeni. Že dolgo zato več tujih avtorjev (Gardner 2005; Abramson, Mizrahi, 1996; Barker et al., 1985) spodbuja vključenost zaposlenih v zdravstveni negi v različne procese odločanja in v sodelovanje z drugimi skupinami zaposlenih v zdravstvenem varstvu, zlasti z zdravniki, saj je z raziskavami dokazano, da sodelovanje med zaposlenimi v zdravstveni negi in v medicini vodi v sinergijo, ki se kaže z boljšimi izidi zdravstvene obravnave, krajšimi ležalnimi dobami, boljšimi poslovnimi izidi in z večjim zadovoljstvom pri delu zaposlenih.

V opravljeni raziskavi se je izkazalo, da je moč osrednji dejavnik, ki uravnava odnose v sistemu zdravstvenega varstva. V kategoriji, ki smo jo poimenovali »*nemoč zdravstvene nege*«, prevladujejo pojmi, kot so nepomembnost, nestabilen položaj, pomanjkanje avtonomije, manjvrednost, izoliranost, nizka izobrazba in ženski poklic. Med pglavitne spodbujevalnike obstoječega razmerja moči zagotovo sodi vmesni položaj zaposlenih v zdravstveni negi v odnosu med zdravnikom in bolnikom. Zaposlene v zdravstveni negi tako pacienti kot zdravniki pogosto vrednotijo kot manj pomembne v sistemu zdravstvenega varstva, kar zagotovo ovira njihove težnje po avtonomiji (Ule, 2003). Udeleženci raziskave obstoječe razmerje moči pojasnjujejo tudi z dobro

profesionalizacijo medicinskega poklica, kar potrjuje tudi Seljak in Kvas (2004), ki menita, da le-ta zdravnikom zagotavlja dominanten položaj tako v družbi kot tudi v zdravstvenem varstvu, kjer medicina nadvladuje vse druge poklice (zdravstveno nego, farmacevtske poklice in mnoge druge).

Moč je zdravnikom omogočila, da so si v zadnjih stoletjih pridobili specifičen položaj in iz procesov odločanja v veliki meri izločili druge poklicne skupine. Tako kot Bernik in Trampuš (2002) tudi Seljak in Kvas (2004) trdita, da so si zdravniki v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami v komaj dvanajstih letih izborili mnogo višje denarne nagrade in da se je dohodkovni položaj zdravnikov v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami močno izboljšal. Seljak in Kvas (2004) še ugotavljata, da je zaradi tega onemogočen kakovosten razvoj zdravstvenega varstva, saj je nemogoče, da bi v takih odnosih lahko bili izkoriščeni vsi potenciali posameznih poklicnih skupin. Podobno je že leta 1998 v svojem strokovnem prispevku ugotavljala Melby (1998), ki je trdila, da bodo zdravniki težko prepustili svoj dominanten položaj na področju zdravstvenega varstva, saj je to povezano z izgubo večjih ekonomskih privilegijev v primerjavi z drugimi skupinami zaposlenih.

Velika ovira je tudi v pretežno srednjeizobraženem kadru, ki po mnenju udeleženk ne vidi velikega izziva ali priložnosti v nadaljnjem osebnem in poklicnem razvoju. Kot pomembno oviro pri razvoju so udeleženke izpostavile predvsem veliko razslojenost med zaposlenimi. Obstoječi »izobraževalni sistem« na področju zdravstvene nege je eden izmed pomembnih razlogov, da vlada med izvajalci zdravstvene nege različnih stopenj izobrazbe velika razslojenost. Le okoli 30 % zaposlenih v zdravstveni negi ima visoko šolsko izobrazbo in več, tako zaradi pomanjkanja znanja ne morejo enakovredno nastopati na raziskovalnem področju in področjih, ki so pomembna za razvoj tako njihove lastne stroke kot za razvoj celotnega zdravstvenega področja. Podobno ugotavlja Manojlovich (2007), ki pravi, da je nizka izobrazba zaposlenih v zdravstveni negi vzrok za nizek status in močno hierarhijo. Pravi, da se morajo zaposleni v zdravstveni negi opolnomočiti na področju izobrazbe. Pridobiti si morajo torej moč, ki jo bodo uporabili za razvoj in položaj profesije zdravstvene nege in za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov.

Zdravstvena nega je v zdravstvenem sistemu v primerjavi z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev nenazadnje podrejena tudi zaradi tega, ker še danes nima jasnega pravnega statusa, ki bi šele položil osnovni temelj za vzpostavitev enakovrednih odnosov. Nejasen status se najbolj odraža na ravni menedžmenta v posameznih zavodih, kjer je položaj zdravstvene nege in vršnega menedžmenta v posameznih zavodih odvisen od naklonjenosti trenutnih direktorjev zdravstvenih

zavodov. Vendar je v tujini z raziskavami potrjeno, da je nujna samostojnejša vloga menedžmenta zdravstvene nege, saj je to povezano z boljšo zdravstveno oskrbo ter uspešnejšim poslovanjem zdravstvenih zavodov (Manojlovich, 2007).

Raziskava je potrdila tuje študije, ki govorijo o pomembni vlogi zaposlenih v zdravstveni negi pri soustvarjanju politike zdravstvenega sistema. Soustvarjanje politike zdravstvenega sistema spodbuja tudi Mednarodni svet medicinskih sester preko definicije zdravstvene nege, kjer direktno spodbuja izvajalce zdravstvene nege k aktivnostim v političnem življenju (Zdravstvena, 2004). Zaposleni v zdravstveni negi so nepogrešljivi pri delovanju zdravstvenih sistemov na vseh nivojih in posledično v političnih procesih, kjer jim daje dobro poznavanje zdravstvenega sistema prednost pred drugimi.

Kritična distanca avtorjev od ugotovitev raziskave

Pri pregledu ugotovitev raziskave se zavedamo, da so ugotovitve plod le enostranskega pogleda na problematiko. V raziskavo so bili vključeni udeleženci ene poklicne skupine, to je zaposlenih v zdravstveni negi. Udeleženci, ki so bili vključeni v raziskavo, so iz vrst vodilnih predstavnikov na področju menedžmenta, politike in upravnih državnih služb. Predstavljena so zgolj stališča te skupine. Zdravniki so v izvedeni raziskavi skupina zaposlenih v zdravstvenem varstvu, ki so najbolj izpostavljeni in so tarča kritik udeležencev raziskave za stanje, ki vlada med izvajalci zdravstvenih storitev. Zavedamo se, da bi pri osredotočenju na drugo poklicno skupino (na primer na zdravnike) lahko prišli do drugačnih rezultatov.

Zaključek

Zaposleni v zdravstveni negi lahko učinkovito sodelujejo pri kreiranju zdravstvene politike, kar bi se lahko poznalo v večji učinkovitosti zdravstvenega sistema, tudi v večji kakovosti storitev in v učinkovitejši izrabi vseh razpoložljivih virov. Razširitev kroga interesnih skupin, ki sodelujejo pri kreiranju zdravstvene politike, tudi na zaposlene v zdravstveni negi, pomeni tudi manj prostora za uveljavljanje parcialnih interesov posameznih interesnih skupin. Vendar obstajajo nekatere ovire, ki zaposlenim v zdravstveni negi onemogočajo, da bi učinkovito vstopali v procese odločanja. V tem prostoru se morajo še uveljaviti.

Zaposleni v zdravstveni negi morajo povečati svoj vpliv na vseh nivojih. Znano je, da se ne vključujejo dovolj v politične procese, med njimi vlada razslojenost, zdravstvena nega pa v družbi ni prepoznavna kot znanstvena disciplina. V prvi vrsti je potrebno povečati vlogo izobraževalnih inštitucij in vpliv prepoznavnih posameznikov v zdravstveni negi, ki morajo v javnosti predstaviti zdravstveno nego – skrb za posameznika kot

pomemben in nedeljiv del zdravstvene obravnave. S povečanjem družbene prepoznavnosti lahko dejavnost zdravstvene nege postane relevanten del političnih procesov, preko katerih bo lahko vplivala na izgradnjo kakovostnejšega sistema zdravstvenega varstva. V kolikor bi zaposleni v zdravstveni negi želeli povečati svoje možnosti in vidnost v sistemu zdravstvenega varstva, mora steči proces opolnomočenja zdravstvene nege. Koncept opolnomočenja zdravstvene nege naj bi vključeval oblikovanje moči zaposlenih v zdravstveni negi na področju izobraževanja, raziskovanja in menedžmenta. Menimo, da je prevzemanje odgovornosti menedžmenta v zdravstveni negi eden izmed najpomembnejših dejavnikov za povečanje moči na vseh področjih opolnomočenja zdravstvene nege, kar pomeni, da morajo posamezniki na tem področju imeti jasno vizijo, znati morajo strateško razmišljati in v zahtevnem okolju odločanja v zdravstvenih zavodih interes zdravstvene nege izpostaviti in ga tudi uresničevati. Ko bodo vsi procesi opolnomočenja zdravstvene nege na vseh področjih končani, bo zdravstvena nega postala dovolj zanimiva za javnost, kar bo lahko vodilo do oblikovanja moči, da bomo postali relevantni sogovorniki pri oblikovanju zdravstvene politike.

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

Literatura

- Abramson JS, Mizrahi T. When social workers and physicians collaborate: positive and negative interdisciplinary experiences. *Soc Work.* 1996;41(3):270–81. PMID:8936083
- Albrecht T, Klazinga N. Health manpower planning in Slovenia: a policy analysis of the changes in roles of stakeholders and methodologies. *J Health Polit Policy Law.* 2002;27(6):1001–22. <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-27-6-1001> PMID:12556025
- Barker WH, Williams TF, Zimmer JG, Van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(6):422–8. PMID:3923086
- Bernik I, Trampuš J. Družba moči. *Mladina.* 2002;41: Dostopno na: http://www.mladina.si/93206/intervju-bernik/?utm_source=ednik%2F200241%2Fclanek%2Fintervju-bernik%2F&utm_medium=web&utm_campaign=oldLink (15. 8. 2012).
- Bohinc M, Cibic D. Country profile: Slovenia. *Nurs Ethics.* 2005;12(3):317–22. <http://dx.doi.org/10.1191/0969733005ne793oa> PMID:15921348
- Boswell C, Cannon S, Miller J. Nurses' political involvement: responsibility versus privilege. *J Prof Nurs.* 2005;21(1):5–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2004.11.005> PMID:15682155
- Ceglar J. Modeli plačevanja izvajalcev bolnišnične dejavnosti v Sloveniji in izbranih državah: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2004: 71–2.
- Cramer ME. Factors influencing organized political participation in nursing. *Policy Polit Nurs Pract.* 2002;3(2):97–107. <http://dx.doi.org/10.1177/152715440200300203>
- Easterby-Smith M, Thorpe R, Lowe A. Raziskovanje v managementu. Koper: Fakulteta za management; 2005: 113, 119.
- Fagin L, Garelick A. The doctor – nurse relationship. *Adv Psychiatric Treat.* 2004;10(4):277–86. Dostopno na: <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/10/4/277> (14. 12. 2009). <http://dx.doi.org/10.1192/apt.10.4.277>
- Filej B. Slovenska zdravstvena nega – quo vadis. *Obzor Zdr N.* 2001;35(3/4):65–8.
- Gardner DB. Ten lessons in collaboration. *Online J Issues Nurs.* 2005;10(1):2. PMID:15727545
- Gaiamo S, Manow P. Adapting the welfare state: the case of health care reform in Britain, Germany, and the United States. *Comp Polit Stud.* 1999;32(8):967–1000. <http://dx.doi.org/10.1177/0010414099032008003>
- Greipp ME. Forces driving health care policy decisions. *Policy Polit Nurs Pract.* 2002;3(1):35–42. <http://dx.doi.org/10.1177/152715440200300106>
- Hannigan B, Burnard P. Nursing, politics and policy: a response to Clifford. *Nurse Educ Today.* 2000;20(7):519–23. <http://dx.doi.org/10.1054/nedt.2000.0505> PMID:12173255
- Keber D. Utrjevanje vrednot in vzpodbujanje sprememb: zdravstvena reforma 2003. *Zdrav Vestn.* 2003;27(2):57–8.
- Klemenc D. Položaj in vloga menedžmenta v zdravstveni negi v zadnjih desetih letih s strani Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Kaučič BM, Klemenc D, Požun P, Vidnar N, eds. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi. Zbornik predavanj z recenzijo, Podčetrtek, 5. in 6. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu; 2008: 25–33.
- Kulić JC, Nahachewsky D, Thomlinson E, Macleod ML, Curran F. Maximizing the involvement of rural nurses in policy. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2004;17(1):88–96. PMID:15503920
- Kvas A, Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2004: 11, 19, 181–3.

- Leadership for change. International Council of Nursing. 2010. Dostopno na: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/leadership-for-change/> (15. 8. 2012).
- Manojlovich M. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online J Issues Nurs.* 2007;12(1):2. PMID:17330984
- Maslin-Prothero S, Ed C, Masterson A. Power, politics and nursing in the United Kingdom. *Policy Polit Nurs Pract.* 2002;3(2):108–17. <http://dx.doi.org/10.1177/152715440200300204>
- Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1998: 33, 80.
- Melby C. Physician and nurse reimbursement. *Online J Issues Nurs.* 1998;3(1). Dostopno na: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No1June1998/PhysicianandNurseReimbursement.html> (13. 8. 2012).
- Mlakar J. Zdravstvena nega v bolnišnici danes in jutri. *Obzor Zdr N.* 2005;39(1):1–3.
- Mrkaič M, Pezdir R. Slovensko javno zdravstvo: javna-zasebna neučinkovitost ali javna neproduktivnost. *Zdravstveno-ekonomsko poročilo.* 2007;1(1):37–67.
- Mueller C. The RUG-III case mix classification system for long-term care nursing facilities: is it adequate for nurse staffing? *J Nurs Adm.* 2000;30(11):535–43. <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200011000-00009> PMID:11098253
- Nugent KE, Childs G, Jones R, Cook P, Ravenell K. Said another way. Call to action: the need to increase diversity in the nursing workforce. *Nurs Forum.* 2002;37(2):28–32. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01195.x> PMID:12244863
- Numata Y, Schulzer M, van der Wal R, Globerman J, Semeniuk P, Balka E, et al. Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2006;55(4):435–48. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03941.x> PMID:16866839
- Pahor M. Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: vzpostavitev znanstvene osnove dejavnosti. *Obzor Zdr N.* 2000;34(5/6):173–5.
- Pirš B. Imamo v Sloveniji dovolj zdravnikov in zobozdravnikov: pregled stanja in primerjava z Evropo. *Zdrav Vestn.* 2007;76(12):839–40.
- Schmidt VH. Models of health care rationing. *Curr Sociol.* 2004;52(6):969–88. <http://dx.doi.org/10.1177/00113921040466618>
- Seljak J, Kvas A. Spremembe odnosov v zdravstvenem varstvu kot predpogoj za uspeh zdravstvene reforme. *Uprava.* 2004;2(1):109–24. Dostopno na: http://www.fu.uni-lj.si/uprava/clanki/letnikII,%C5%A1tevilka%201,2004/II_1_2004_JULIJ_seljak_kvas.pdf (10. 2. 2013).
- Skela Savič B, Pagon M. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses? *Croat Med J.* 2008;(49)3:334–43. Dostopno na: <http://www.cmj.hr/2008/49/3/18581611.htm>. (10. 3. 2010).
- Spenceley SM, Reutter L, Allen MN. The road less traveled: nursing advocacy at the policy level. *Policy Polit Nurs Pract.* 2006;7(3):180–94. <http://dx.doi.org/10.1177/1527154406293683> PMID:17071705
- Statistični letopis 2007: zdravstvo. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. 2008. Dostopno na: http://www.stat.si/letopis/index_vsebina.asp?poglavje=9&leto=2007&jezik=si (1. 3. 2009).
- Thungjaroenkul P, Cummings GG, Embleton A. The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: a systematic review. *Nurs Econ.* 2007;25(5):255–65. PMID:18080621
- Ule M. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzor Zdr N.* 2003;37(4):243–9.
- Uranič J. Privatizacija zdravstvene dejavnosti v Sloveniji: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2006: 3. Dostopno na: http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/uranic2331.pdf (10. 2. 2013).
- Urbanc M. Raba utemeljevalne teorije in programa ATLAS.ti v geografiji. *Geogr Vestn.* 2008;80(1):127–37.
- Warner Rains J. A phenomenological approach to political competence: stories of nurse activists. *Policy Polit Nurs Pract.* 2003;4(2):135–43. <http://dx.doi.org/10.1177/1527154403004002007>
- Zdravstvena nega (medicinska sestra): definicija zdravstvene nege. Mednarodni svet medicinskih sester. Zbornica – Zveza. 2004. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx (10. 1. 2010).
- Živkovič A, Pezdir R, Mrkaič M, Hočevar F. Je slovenski zdravstveni sistem pred zlomom? Analiza in priporočila nosilcem slovenske ekonomske in zdravstvene politike. *Zdravstveno-ekonomsko poročilo.* 2007;1(1):1–8.

Citirajte kot/Cite as:

Bregar B, Skela Savič B. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzor Zdrav Neg.* 2013;47(1):18–27.