ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Vodenje in management

v zdravstveni in babiški negi

ZBORNIK Z RECENZIJO

Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi - Izobraževalni program za srednji in vrhnji management (september 2023 do maj 2024)

Vodenje in management v zdravstveni in babiški negi

ZBORNIK Z RECENZIJO

Založnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Urednici: prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svetnica, Anita Prelec

Lektoriranje: Jelica Žalig Grce

Oblikovanje: Barbara Kralj, PRELOM d.o.o.

Ljubljana, julij 2025

e-zbornik

Objavljen na: https://zbornica-zveza.si/

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 244109827

ISBN 978-961-273-303-2 (PDF)

Vpeljava kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege

USNIJA ALITI, DIPL. M. S., KS
PROF. DR. BRIGITA SKELA SAVIČ, ZNAN. SVET.

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Klinični specialisti imajo napredna znanja, ki omogočajo še bolj kakovostno, varno in celostno oskrbo pacientov v bolnišničnih in kliničnih okoljih. Praksa na področju kliničnih specializacij v Sloveniji ne obstaja, kljub temu da slednja omogoča boljšo kakovost življenja pacientov, zmanjšanje stroškov zdravstvene obravnave, razbremenitev zdravnikov specialistov in napredek zdravstvene nege kot stroke.

Cilj projektnega dela: Cilj projektnega dela je preučiti načine vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege s posebnim ozirom na temeljne dejavnike za začetek vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege v Sloveniji.

Metode: V raziskavi smo uporabili kvalitativno metodo dela s tehniko intervjuvanja. Uporabljen je bil polstrukturirani vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi pregleda literature. Raziskavo smo izvedli med tremi intervjuvankami, ki so imele bodisi specialna bodisi napredna znanja. Intervjuji so bili izvedeni maja 2024, zunaj delovnega okolja in v prostem času sodelujočih v raziskavi.

Rezultati: Na podlagi pridobljenih odgovorov smo z induktivnim pristopom ustvarili kode, na podlagi katerih smo oblikovali naslednje kategorije in podkategorije: (i) ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij (temeljni ukrepi, kadrovski ukrepi, pedagoški ukrepi, ukrepi na ravni bolnišnic in klinik), (ii) nosilci in znanja za vpeljavo kliničnih specializacij (nosilci, znanja).

Razprava: Za uspešno vpeljavo kliničnih specializacij je nujno sprejetje pravilnikov in smernic na nacionalni ravni. Prepoznana je vloga strokovnjakov na ožjem strokovnem področju kot nosilcev vpeljave kliničnih specializacij v zdravstveno nego. Smiselno je tudi razviti model kliničnih specializacij, ki bo slonel na značilnostih slovenskega zdravstvenega sistema.

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Klinična specializacija v zdravstveni negi je pomembna predpostavka prihodnjega razvoja te stroke, saj omogoča poglobljeno znanje in veščine na specifičnih področjih zdravstvene nege (Skela-Savič, 2017). Uvajanje kliničnih specializacij zagotavlja višje minimalne standarde na področju prakse zdravstvene nege in izobraževanja, saj je za pridobitev te potreben strokovni magisterij, ki je osredinjen na specialne klinične vsebine. Pridobivanje slednjih ne temelji le na teoretičnem, študijskem procesu, temveč je od izvajalcev zdravstvene nege pričakovano, da imajo obsežna specialna in klinična usposabljanja. Študijski program mora biti akreditiran v okviru oddelkov za zdravstveno nego pedagoških ustanov, ki imajo ustrezno infrastrukturo ter znanja za izvajanje predvidenega specialističnega izobraževanja. Klinični specialisti delujejo predvsem na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, kar je tudi ena izmed vidnejših razlik z izvajalci zdravstvene nege s specialnimi znanji, ki delujejo na primarni ravni. Prepoznana klinična področja, ki potrebujejo klinične specialiste, so opredeljena glede na 1.) vrsto zdravstvenih problemov (inkontinenca, stoma); 2.) vrsto zdravstvene obravnave (psihiatrija); 3.) populacijo (ginekologija, pediatrija, geriatrija); 4.) subspecialnost (diabetes) in 5.) okolje delovanja (urgentna stanja, intenzivna terapija. Klinično usposabljanje (bodočih) kliničnih specialistov vključuje tudi temeljno poznavanje dejavnikov tveganja, promocijo zdravja, oceno oz. upravljanje simptomov, povezanih z bolezenskimi stanji, ki jih ti pokrivajo (European Specialist Nurses Organisations – ESNO, 2015; International Council of Nurses – ICN, 2020; Skela-Savič, 2020).

Vloga kliničnih specialistk in specialistov je ključna pri uspešnem delovanju zdravstvenih ustanov, saj so to izvajalci zdravstvene nege z naprednim strokovnim znanjem, ki presega splošno zdravstveno nego in so pooblaščeni za opravljanje zahtevnejših dejavnosti na specializiranih področjih, ki so trenutno večinoma v domeni zdravnikov specialistov (Wu et al., 2021). Kot primer lahko izpostavimo klinične specialiste v onkologiji, ki imajo ključne kompetence v praksi, ki pomembno vplivajo na kakovostno, varno in predvsem celostno oskrbo pacientov, boljšo prakso zdravstvene nege in kadrovsko organiziranost. S tem se povečuje tudi uspeh terapevtskega načrta in posledično višja kakovost življenja pacientov (Inumerables et al., 2024). Na drugi strani so klinični specialisti v paliativi usposobljeni predvsem za zagotavljanje celostne oskrbe z diagnosticiranjem, zdravljenjem in praksami predpisovanja zdravil. Pri tem se vse bolj izpostavljata tudi prepoznavanje in razumevanje duhovnih potreb pacientov, ki jih morajo klinični specialisti razumeti, ponotranjiti in ustrezno nasloviti bodisi v sodelovanju z verskim voditeljem bodisi zagotavljanju sredstev (verske knjige, prostor za molitev) (Haskamp & Whitehead, 2023). Klinični specialisti

imajo ključno vlogo pri zagovarjanju odgovornega usklajevanja in upravljanja populacij pacientov za zmanjšanje stroškov bolnišnic in klinik ob ohranjanju kakovosti (Toth et al., 2024). Na primarni ravni zdravstvenega varstva imajo ti pomemben vpliv z ocenjevanjem, opredeljevanjem in standardiziranjem vlog zdravstvene nege, s čimer se celostno naslavlja naraščajoče povpraševanje po zdravstvenih storitvah, kot na primer skupnostna psihiatrija, specialistične referenčne ambulante itd. (Bostelman et al., 2023). Vázquez-Calatayud in sodelavci (2022) zaključujejo, da so klinični specialisti usposobljeni za vodenje specializiranih bolnišničnih okolij, kar pomaga izvajalcem zdravstvene nege, da so bolj vključeni v rezultate zdravstvene nege pacienta, zagotavljanje na pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe in znanstvenoraziskovalni napredek zdravstvene nege kot stroke. Ti dejavniki pripomorejo tudi k profesionalizaciji zdravstvene nege, kar pomeni, da je poklic izvajalca zdravstvene nege spoštovan in prepoznan kot temeljni za zdravje celotne družbe.

Namen projektnega dela je preučiti ukrepe za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege. To področje je v Sloveniji zelo slabo razvito, saj je premalo nosilcev izobraževanja za klinične specialiste, izvajalcev zdravstvene nege z naprednimi znanji ter strokovne podlage za razvoj tega področja (pravna podlaga, strokovne smernice in priporočila). Zato smo se odločili preučiti temeljne dejavnike za začetek vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege v Sloveniji. Pri tem se bomo osredotočili na tujo strokovno in znanstveno literaturo, saj prakse na tem področju v Sloveniji ni.

2 PREGLED LITERATURE

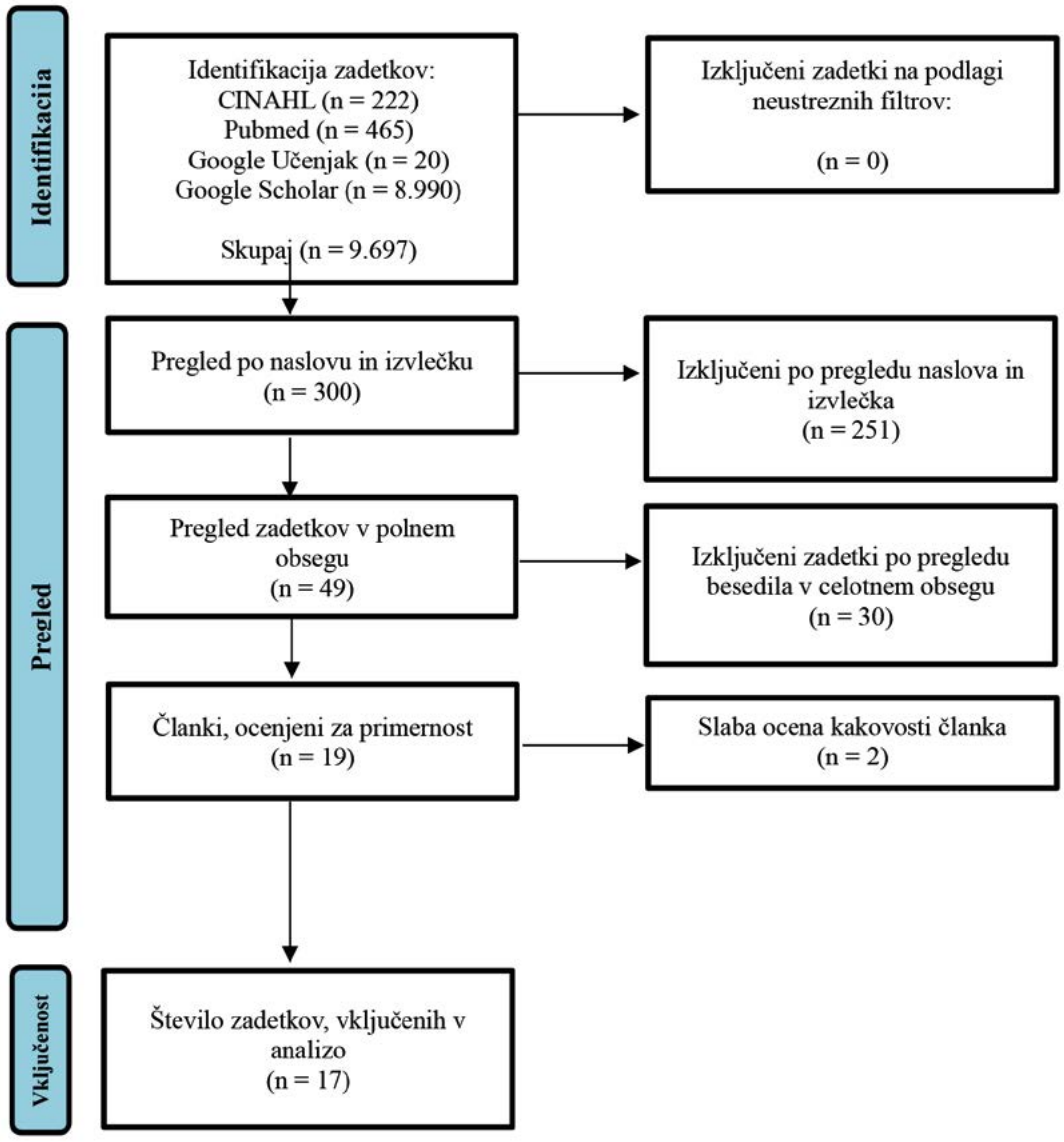
2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

V projektnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature slovenskih in mednarodnih avtorjev, katerih področje raziskovanja je povezano s kliničnimi specializacijami v zdravstveni negi. Poiskali in pregledali smo literaturo v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in Google Učenjak (Scholar). Vsi izvlečki izbranih zadetkov so bili pregledani z namenom izločitve potencialno primernih prispevkov in izborom ustreznih za nadaljnji pregled.

Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku: *klinična specializacija, zdravstvena nega, uvedba* in v angleškem jeziku: *clinical specialization, nursing care, implementation*. Za namen raziskave smo uporabili literaturo, ki je bila polno dostopna, vsebinsko ustrezna, objavljena v slovenskem in/ali angleškem jeziku, ter izvira iz časovnega obdobja med letoma 2014

in 2024. Upoštevali smo tudi ustreznost vsebine virov glede na raziskovalni problem (raziskovalni cilji drugih raziskav so bili podobni našim) in njihovo kakovost. Pri iskanju smo uporabili Boolov operator IN oz. AND. Iskanje smo izvedli v maju 2024.

Pri pregledu literature smo na začetku na podlagi strategije iskanja pridobili 9.697 virov. Na podlagi pregledanih naslovov in prebranega izvlečka smo jih izključili 251. Preostale vire, teh je bilo 49, smo vsebinsko pregledali in jih 30 izključili. 19 virov smo natančno analizirali in od tega 17 vključili v analizo pregleda literature (slika 1).



Slika 1: PRIZMA diagram

Figure 1: PRISMA diagram

2.2 Spoznanja pregleda literature

Specializirano usposabljanje, mentorstvo in prilagojeni izobraževalni programi imajo ključno vlogo pri pripravi izvajalcev zdravstvene nege za klinično prakso na različnih specialističnih področjih. Dodelitev kakovostnih mentorjev (tako pedagoških kot kliničnih), podporna kultura delovnega mesta oz. podpora vodstva zdravstvenih ustanov, pozitivne timske izkušnje, kontinuirano pridobivanje znanja in veščin ter strukturirana usmeritev, ki temelji na učnih potrebah novih kliničnih specialistov, so le nekateri temeljni dejavniki razvoja kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege. Ti vplivajo tudi na pozitiven odnos, večjo samozavest, kompetence in prehod v napredno prakso zdravstvene nege bodočih kliničnih specialistov (Innes & Calleja, 2018).

V okviru pedagoškega naslavljanja kliničnih specializacij morajo biti študentom nudeni klinični izbirni predmeti oz. moduli, ki so ustvarjeni za zadovoljevanje potreb zdravstvenega sistema. Ta so tudi pripravljena tako, da so klinični specialisti bolj samozavestni in kompetentni za svoje delo s pacientom v bolnišničnem in kliničnem okolju (Lewis et al., 2023). Sam pedagoški proces mora vseskozi sovpadati s praktičnim, kar pomeni, da se bodoči klinični specialisti nenehno usposabljajo na vseh ravneh zdravstvenega varstva, s poudarkom na sekundarni in terciarni ravni. S kontinuiranim in sistematičnim usmerjanjem, ki vključuje mentorstvo, postopno povečevanje kliničnih odgovornosti in vključevanje v poklicno vlogo kliničnega specialista v zgodnjih fazah izobraževanja, se izboljša delovna pripravljenost novih specialistov na področju zdravstvene nege (Baumann et al., 2019).

Specialni področji zdravstvene nege, kot sta porodništvo in pediatrija, zahtevata edinstven nabor spretnosti in specializirano oskrbo. Ti kliničnim specialistom nudita priložnost za uporabo veščin klinične presoje, pridobivanje novih kompetenc in znanja ter oskrbo pacientov z različnimi bolezenskimi stanji (Allert & Brunel, 2020; Schmidt, 2022). Klinični specialisti, ki delajo v enotah intenzivne terapije, imajo temeljno vlogo pri obravnavi pacientov, ki jim grozi poslabšanje stanja, in sicer s stalnim ocenjevanjem in ukrepanjem ob spreminjanju zdravstvenega stanja (Liyew et al., 2021). Pri tem uporabljajo specializirane veščine in znanje zdravstvene nege za zagotavljanje osnovne zdravstvene oskrbe v okoljih, saj gre za akutno obravnavo, pri čemer vseskozi delujejo v varnostno oteženih okoliščinah, zato je pomembno, da se zavedajo in se znajo temu primerno odzvati (Burton, 2022).

Specialistično usposabljanje za določeno področje zdravstvene nege je lahko izbirno ali obvezno, odvisno od države, stopnje in okolja prakse (Lazure et al., 2019). Različne strokovne organizacije medicinskih sester so izvedle raziskave o raziskovalnih prioritetah, da bi zajele prvenstvene potrebe po raziskavah in dokazih na specialističnih

področjih za informiranje o najboljših praksah (Mechling et al., 2022). Tako je v preteklosti tudi krovna organizacija izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije (v nadaljevanju Zbornica – Zveza) predlagala naslednja štiri področja, kot ključna za uvedbo kliničnih specializacij (Anderle, 2023):

- Integrirana obravnava kroničnih pacientov v ambulantah družinske medicine,
- Urgentna stanja v zdravstvu,
- Enterostomalna terapija (skrb za bolnike s stomo),
- Paliativna oskrba (skrb za umirajoče).

Mednarodni avtorji (Brown et al., 2023; Kapra et al., 2023; Wolf et al., 2023) pišejo, da je vloga kliničnih specialistov raznolika in lahko zajema različne specialnosti, vključno z oskrbo demence, onkologijo, kritično oskrbo in nujno medicinsko pomočjo. Ti so ključni člani zdravstvenega, multidisciplinarnega tima, ki učinkovito zadovoljujejo potrebe pacientov, izboljšujejo zdravstvene izide in izvajajo stroškovno učinkovite strategije (Kobleder et al., 2017). Prispevajo tudi k varni, celostni, z dokazi podprti oskrbi v nujnih primerih, čeprav so na tem področju potrebne nadaljnje raziskave (Lough, 2022).

Na razumevanje pomena vloge kliničnih specialistov je vplivala pandemija covida-19, ki je še dodatno potrdila pomembnost njihove vloge pri podpori pacientov z rakom v težkih časih (Forster et al., 2022). To so še posebej ugotovili v Združenem kraljestvu, kjer se vse bolj spodbuja izpopolnjevanje kliničnih specialistov z usmerjanjem v podiplomski študij, kjer se poleg študijskih procesov zagotavlja tudi klinično usposabljanje – neposredno s pacientom, ki potrebuje specialno zdravstveno oskrbo zaradi raka (Gabbard et al., 2021).

Klinični specialisti lahko pomembno prispevajo k raziskovanju na področju zdravstvene nege, kar poudarja potrebo po priznavanju njihove vrednosti pri izidih za paciente in organizacijskih pobudah (Mason, 2021).

3 METODE

Raziskava, v kateri smo uporabili kvalitativno metodo dela s tehniko intervjuvanja, je želela nasloviti naslednje raziskovalne cilje:

- ugotoviti, kateri ukrepi so pomembni za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege;
- ugotoviti, kdo so nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege.

Na podlagi raziskovalnih ciljev smo postavili naslednji raziskovalni vprašanji:

RV_1: Kateri ukrepi so pomembni za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege?

RV_2: Kdo so nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege?

3.1 Zbiranje podatkov

Za izvedbo raziskave smo uporabili polstrukturirani vprašalnik z vnaprej pripravljenimi vprašanji, ki so bila oblikovana na osnovi pregleda domače in mednarodne strokovne ter znanstvene literature (ESNO, 2015; ICN, 2020; Skela-Savič, 2020). Med samim intervjujem smo po potrebi postavili še dodatna vprašanja in podvprašanja, ki so bila ravno tako vnaprej zapisana na predlogi. Intervju je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop vsebuje štiri sociodemografska vprašanja (spol, starost, število let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege in znanja, ki jih ima vprašanec – specialna in/ali napredna), drugi sklop pa vsebuje šest vprašanj, ki pa se navezujejo na namen raziskave, zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja.

Intervjuje smo izvedli v maju 2024. Te je avtorica raziskave izvedla zunaj delovnega okolja in v svojem prostem času.

3.2 Vključeni v raziskavo

Vzorec raziskave je bil namenski in predstavljali so ga trije izvajalci zdravstvene nege, ki imajo bodisi specialna bodisi napredna znanja v zdravstveni negi. Pri izboru vzorca smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije:

- več kot deset (10) let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege;
- pridobljena specialna in/ali napredna znanja;
- objavljena bibliografija v COBISS-u;
- izkušnje z mentorstvom v bolnišničnem ali kliničnem okolju.

V raziskavi so bile vse sodelujoče ženske. Najstarejša intervjuvanka je imela 54 let, najmlajša pa 40. Ena je imela napredna znanja, dve pa specialna znanja (tabela 1).

Tabela 1: *Sociodemografski dejavniki*

Table 1: Sociodemographic data

Izvajalec zdravstvene nege (IZN)	Spol	Starost (let)	Število let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege	Specialna in/ali napredna znanja
IZN 1	Ženski	54	30	Napredna
IZN 2	Ženski	43	20	Specialna
IZN 3	Ženski	40	15	Specialna

3.3 Potek raziskave in soglasja

Kot navedeno v poglavju 3.1 smo intervjuje izvedli maja 2024 v prostem času intervjuvancev na njihovih domovih. Pri izvajanju intervjuja smo upoštevali vsa etična načela raziskovanja. Pred začetkom snemanja intervjujev, ki smo ga izvedli z mobilnim telefonom, smo od intervjuvancev pridobili ustno soglasje.

3.4 Obdelava podatkov

Odgovore intervjuvancev smo po pogovoru prepisali in intervjuvancem poslali v avtorizacijo, ti pa so prepis potrdili. Po potrditvi prepisa smo naredili analizo besedil, jih zapisali v tabele, kodirali in interpretirali, ugotovitve pa zapisali v rezultatih ter v poglavju Razprava z zaključkom.

4 REZULTATI

Intervjuvanci menijo, da so klinične specializacije ustrezne za napredek zdravstvene nege kot stroke, vendar obenem menijo, da je premalo informacij o temeljnih, izhodiščnih ukrepih za njeno implementacijo. Menijo, da trenutno ne obstajajo pravilniki, ki to področje urejajo, pri čemer zagovarjajo celostne ukrepe, kar pomeni, da so usposabljanja izvedena znotraj njihovega delovnega časa. Intervjuvanci so tudi prepričanja, da trenutnega interesa politike ni, kljub temu da bi klinične specializacije prispevale k bolj kakovostni obravnavani pacientov in znižanju stroškov bolnišnic oz. klinik (tabela 2).

Tabela 2: *Temeljni ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege*

Table 2: *Fundamental measures for the implementation of clinical specialisations in nursing*

Vprašanje 1: Kateri temeljni (zdravstvene politike, pravilniki, odločitve v okviru krovnih organizacij) ukrepi so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?		
Intervjuvanec	Izjava	Kode
1	Menim, da je potrebno najprej sprejeti ustrezne pravilnike na nacionalnem nivoju, ki bodo celostno reševali klinične specializacije. To ne pomeni le, da bodo klinični specialisti ustrezno umeščeni v plačne razrede, ampak naj se tudi »rezervira« čas znotraj delovnih procesov. Zavedati se je treba, da so bodoči klinični specialisti večinoma prav ženske, realnost pa je, da te skrbijo za družino oz. si jo želijo ustvariti.	pravilnik na nacionalnem nivoju, usposabljanje v delovnem času, demografski dejavniki
2	Menim, da je ideja o kliničnih specializacijah v skrajno začetni fazi, saj obstaja le nekaj objav na to temo. Načrt, pravilniki, smernice pa sploh niso nikjer objavljeni. Če se misli o tem javno govoriti, je skrajni čas, saj se spodbuja pridobivanje naprednega znanja, vendar to niti ni, po mojem mnenju, ustrezno ovrednoteno.	začetna faza, ni načrta implementacije, pravilnikov in smernic, premalo objav, znanje ni ustrezno ovrednoteno
3	V preteklosti sem že slišala o kliničnih specializacijah, pri čemer sem mislila, da to velja za zdravnike. Sama ideja o tem se mi zdi zelo dobra, ampak je v javnosti premalo informacij. Predvsem se mi zdi, da želimo dobre prakse iz tujine implementirati tudi v Sloveniji, ampak pravega interesa politike ni, čeprav bi to pripomoglo k bolj kakovostni oskrbi pacientov in nižjim stroškom bolnišnic.	premalo informacij, implementiranje tujih praks, ni interesa politike

Intervjuvanci v raziskavi so menili, da je najprej treba določiti nosilce vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege. Te je smiselno napotiti v tujino, kjer praksa kliničnih specializacij že obstaja in je le-to smotrno lokalizirati v slovenski zdravstveni sistem. Obenem intervjuvanci menijo, da je vedno več izvajalcev zdravstvene nege z naprednimi znanji, a imajo ti zaradi lastne želje po izpopolnjevanju ali zadržanju trenutnega, vodilnega mesta. Pravih spodbud s strani bolnišnic oz. klinik ni, so pa s strani krovne organizacije Zbornice – Zveze (tabela 3).

Tabela 3: *Kadrovski ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege*

Table 3: *Staff measures for the implementation of clinical specialisations in nursing*

Vprašanje 2: Kateri kadrovski ukrepi so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?		
Intervjuvanec	**Izjava**	**Kode**
1	Menim, da je izvajalcev zdravstvene nege z naprednimi znanji vse več, ker si to predvsem sami želijo, ker se želijo izpopolnjevati, spet drugi se želijo vključiti v pedagoške procese, nekateri pa zato, da obdržijo svoje vodilno mesto ali pa se bo to kmalu »odprlo«. Ni pa nobene spodbude s strani bolnišnic, klinik itd., so pa s strani Zbornice – Zveze.	vedno več nosilcev naprednih znanj, ni spodbude bolnišnic oz. klinik, spodbude s strani Zbornice – Zveze
2	Najprej je treba imeti dovolj strokovnjakov z mednarodnimi, pedagoškimi in praktičnimi izkušnjami. Gre za izredno kompleksno področje, ki zahteva ustrezne kompetence, zato je smiselno najprej kot implementatorje vključiti tuje strokovnjake, ki bodo učili domače.	
3	Predvsem je na začetku treba opredeliti nosilce vpeljave kliničnih specializacij. Ti naj imajo tako teoretične kot praktične izkušnje v zdravstveni negi. Nosilce je prav tako smotrno napotiti v tujino, kjer se bodo seznanili z obstoječo najboljšo prakso (verjetno Združeno kraljestvo, Irska ...), ki jo bodo prilagodili oz. vzpostavili v slovenski zdravstveni sistem.	nosilci vpeljave kliničnih specializacij, posedovanje teoretičnih in praktičnih znanj, pridobivanje dobrih praks iz tujine, lokalizacija dobrih praks

Intervjuvanci so v raziskavi menili, da je za uvedbo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege treba vzpostaviti tim strokovnjakov, ki ima dolgoletne pedagoške in praktične izkušnje. Njihovo znanje mora temeljiti na najnovejših dognanjih, hkrati pa morajo sami spodbujati kritično razmišljanje, izpopolniti mehke in vodstvene veščine, ki bodo bodočim kliničnim specialistom pomagale pri vodenju zdravstvenih ustanov ali zdravstvene obravnave pacientov. Izraženo je bilo tudi prepričanje, da morajo pedagoški procesi temeljiti na usposabljanju na bolnišničnem in kliničnem okolju, ki naj se šteje tudi v delovno dobo bodočega kliničnega specialista (tabela 4).

Tabela 4: *Pedagoški ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege*

Table 4: *Pedagogical measures for the introduction of clinical specialisations in nursing*

Vprašanje 3: Kateri pedagoški ukrepi so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?		
Intervjuvanec	**Izjava**	**Kode**
1	Mislim, da je treba najprej sestaviti tim strokovnjakov, ki že imajo dolgoletne pedagoške in praktične izkušnje. Poleg tega je treba vzpostaviti ustrezen študijski program specializacije, ki bo priznan tako na nacionalni kot evropski ravni. Menim tudi, da je dobro, da klinična specializacija temelji na usposabljanjih, raziskovanju, veščinah vodenja, komuniciranja itd.	tim strokovnjakov z dolgoletnimi pedagoškimi in praktičnimi izkušnjami, priznan program, usposabljanja, raziskovanje, veščine vodenja, komuniciranje
2	Kakor imata FZAB in UM FZV študij napredne zdravstvene nege s specialnimi področji, bi morali na podoben način organizirati klinične specializacije. Sama osebno bi dala več poudarka na usposabljanju v bolnišničnem in kliničnem okolju, pri čemer bi se to upoštevalo kot del službe in v delovno dobo.	koncept pedagoškega procesa, podoben študiju napredne zdravstvene nege, poudarek na usposabljanju, upoštevanje klinične specializacije v delovno dobo
3	Pedagoški ukrepi naj bodo osredinjeni predvsem na z dokazi podprto prakso. Pri tem naj se predvsem spodbujajo kritično razmišljanje bodočih kliničnih specialistov, vodstvene in mehke veščine ter timsko delo. Prepogosto se mi zdi, da se izvajalci zdravstvene nege premalo povezujejo, medtem ko se zdravniki znajo obnašati timsko.	na dokazih podprta praksa, kritično razmišljanje, vodstvene in mehke veščine, timsko delo in povezovanje

Intervjuvanci so se v raziskavi strinjali, da je najpomembnejše razumevanje in zavedanje managementa, da je profil kliničnih specialistov pomemben za učinkovito, kakovostno, varno in celostno zdravstveno obravnavo pacientov. To zavedanje naj se posledično odraža v finančnih, kadrovskih in materialnih spodbudah, pri čemer pa je bodoče klinične specialiste smiselno vključiti v odločitvene procese, saj bodo ti v prihodnje imeli največ specialnega, ožje usmerjenega znanja na področju zdravstvene nege (tabela 5).

Tabela 5: *Ukrepi, na ravni bolnišnic in klinik, potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege*

Table 5: *Measures, at hospital and clinic level, to introduce clinical specialisations in nursing*

Vprašanje 4: Kateri ukrepi na ravni bolnišnic in klinik so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?		
Intervjuvanec	**Izjava**	**Kode**
1	Najprej je nujno zavedanje managementa, da je profil kliničnih specialistov potreben in pomemben v bolnišničnih in kliničnih okoljih. Temu sledijo kadrovske, finančne in materialne spodbude.	zavedanje managementa, kadrovske, materialne in finančne spodbude
2	Menim, da je nujno zavedanje managementa in prilagoditev organizacije dela, ki bo kliničnega specialista umestila na ustrezno delovno mesto, tako da lahko kar najbolj prispeva delovnim procesom in zadovoljstvu pacientov.	zavedanje managementa, prilagoditev organizacije dela, umeščanje na ustrezna delovna mesta
3	Bodoče klinične specialiste je treba vključiti v odločitvene procese, saj bodo ti imeli največ specialnega, ožje usmerjenega znanja na področju zdravstvene nege. Tako bodo lahko predlagali možnosti za izboljšave v zdravstveni obravnavi pacientov itd.	vključevanje bodočih kliničnih specialistov v odločitvene procese, možnosti za izboljšave v zdravstveni obravnavi pacientov

Intervjuvanci so menili, da morajo biti nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege strokovnjaki, ki imajo tako teoretična znanja kot praktična. Pri prvih je mišljeno to, da so ti aktivno vključeni v obstoječe študijske procese in imajo veščine komuniciranja, spodbujanja kritičnega razmišljanja ter mehke veščine. Praktična znanja pa so pomembna, saj so tako strokovnjaki seznanjeni z aktualnim stanjem v zdravstvenih ustanovah in tako posledično pripravijo realističen plan vpeljave kliničnih specializacij. Intervjuvanci so tudi dodali, da so nosilci vpeljave kliničnih specializacij tudi izvajalci zdravstvene nege, ki bodo klinični specialisti, saj je začetna skupina kliničnih specialistov tudi »kontrolna skupina«, na podlagi katere se bo v prihodnje tudi razvijala klinična specializacija v zdravstveni negi (tabela 6).

Tabela 6: *Nosilci in njihova znanja za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege*

Table 6: *Promoters and their skills for the introduction of clinical specialisations in nursing*

Vprašanje 5: Kdo so nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege? Katera znanja morajo imeti?		
Intervjuvanec	**Izjava**	**Kode**
1	Menim, da so nosilci tisti, ki imajo v Sloveniji največ tako teoretičnega kot praktičnega znanja. So tisti, ki so prvi začeli pisati o kliničnih specializacijah in so že bili del mednarodnih projektov vpeljave kliničnih specializacij.	strokovnjaki, ki imajo največ teoretičnega in praktičnega znanja, pionirji klinične specializacije v Sloveniji, sodelujoči na mednarodnih projektih
2	Odvisno. Glede na to, da je več področij kliničnih specializacij, je smiselno izbrati nekaj ključnih strokovnjakov na tem področju (na primer na področju paliativne nege Kaučič) in jim omogočiti, da se intenzivno pripravljajo na vpeljavo kliničnih specializacij tako na pedagoški kot bolnišnični/klinični ravni.	ključni strokovnjaki na določenem področju
3	Nosilci vpeljave so izvajalci zdravstvene nege v sodelovanju s pedagoškimi strokovnjaki, ki imajo tudi izkušnje v bolnišničnem oz. kliničnem okolju.	izvajalci zdravstvene nege, pedagoški strokovnjaki z izkušnjami v bolnišničnem oz. kliničnem okolju

4.2 Prikaz po kodah in kategorijah

Na podlagi pridobljenih rezultatov smo ugotovitve, natančneje kode, razvrstili v podkategorije in kategorije. Pri tem smo ubrali induktiven pristop, na podlagi tega kode razvrstili v šest podkategorij in dve kategoriji (tabela 7).

Tabela 7: *Prikaz kod po kategorijah*

Table 7: *Codes and categories*

Kategorija	Podkategorija	Kode
Ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij	Temeljni ukrepi	pravilnik na nacionalni ravni, usposabljanje v delovnem času, demografski dejavniki, ni načrta implementacije, pravilnikov in smernic, premalo objav, znanje ni ustrezno ovrednoteno, premalo informacij, implementiranje tujih praks, ni interesa politike
	Kadrovski ukrepi	vedno več nosilcev naprednih znanj, ni spodbude bolnišnic oz. klinik, spodbude s strani Zbornice – Zveze, nosilci vpeljave kliničnih specializacij, posedovanje teoretičnih in praktičnih znanj, pridobivanje dobrih praks iz tujine, lokalizacija dobrih praks
	Pedagoški ukrepi	tim strokovnjakov z dolgoletnimi pedagoškimi in praktičnimi izkušnjami, priznan program, usposabljanja, raziskovanje, veščine vodenja, komuniciranje, koncept pedagoškega procesa, podoben študiju napredne zdravstvene nege, upoštevanje klinične specializacije v delovno dobo
	Ukrepi na ravni bolnišnic in klinik	zavedanje managementa, kadrovske, materialne in finančne spodbude, prilagoditev organizacije dela, umeščanje na ustrezna delovna mesta, vključevanje bodočih kliničnih specialistov v odločitvene procese, možnosti za izboljšave v zdravstveni obravnavi pacientov
Nosilci in znanja za vpeljavo kliničnih specializacij	Nosilci	pionirji klinične specializacije v Sloveniji, sodelujoči na mednarodnih projektih, ključni strokovnjaki na določenem področju, izvajalci zdravstvene nege
	Znanja	teoretična in praktična znanja, izkušnje v bolnišničnem oz. kliničnem okolju

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Namen projektnega dela je bil preučiti načine vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege. Pri tem smo ugotovili, da je za uspešno vpeljavo kliničnih specializacij nujno sprejetje pravilnikov in smernic na nacionalni ravni, kar je osnova za nadaljnji razvoj. Obenem je prepoznana vloga strokovnjakov na strokovnem področju (na primer paliativna nega) kot nosilcev vpeljave kliničnih specializacij v zdravstveno nego. Ti morajo imeti tako teoretično, pedagoško znanje kot tudi praktično, ki so ga v preteklosti pridobivali na sekundarni in/ali terciarni ravni zdravstvenega varstva. Ne nazadnje je pomembno, da se management bolnišnic in klinik zaveda, da je klinična specializacija potrebna za nudenje kakovostne, varne, celostne in učinkovite zdravstvene obravnave pacientov. Vsekakor pa je spodbujanje zavedanja oz. promocije poklica kliničnih specialistov na izvajalcih zdravstvene nege, ki imajo strokovne kompetence, mehke veščine, veščine kritičnega razmišljanja in željo po kontinuiranem izpopolnjevanju oz. usposabljanju.

V raziskavi smo najprej želeli opredeliti ukrepe, ki so pomembni za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege, zato smo postavili naslednje raziskovalno vprašanje: ***Kateri ukrepi so pomembni za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege?***

V raziskavi smo ugotovili, da je temeljni ukrep za vpeljavo kliničnih specializacij sprejetje pravne podlage (pravilniki), sprejetje načrta implementacije, smernic in protokolov delovanja kliničnih specialistov (tabela 2). S tem se strinja tudi Powers (2021), ki pravi, da temeljni ukrepi za izvajanje kliničnih specializacij v zdravstveni negi zahtevajo strukturiran pristop, ki ga usmerjajo ogrodja delovanja (angl. framework) in na dokazih temelječe prakse. Pri poudarjanju pomena kliničnih specializacij imajo ključno vlogo (bodoči) klinični specialisti, ki prav z izboljšanjem izidov zdravljenja pacientov, preprečevanjem neželenih dogodkov in prispevanjem k sistemskim spremembam za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti ob hkratnem zmanjšanju stroškov, kažejo na potrebo po tovrstnih profilih na področju zdravstvene nege. Riordan et al. (2019) dodajajo, da so za uspešno izvajanje vlog kliničnih specialistov potrebne strategije obravnave tako v notranjem kot zunanjem kontekstu. To pomeni, da je pri vpeljevanju kliničnih specializacij treba razumeti razlike v organizaciji zdravstvenega sistema in informacijskih sistemih, da se zagotovi celostno izvajanje zdravstvene oskrbe. Temu primerno se tudi prilagodijo modeli delovanja kliničnih specializacij na nacionalni ravni, saj ni mogoče trditi, da bo model, ki deluje v Združenem kraljestvu, deloval tudi v Sloveniji. Kobleder et al. (2017) zaključujejo, da je pri vpeljevanju kliničnih specializacij potreben podroben opis vlog, pravne zahteve in standardizirani programi

usposabljanja. Poleg tega je treba nuditi kontinuirano podporo izvajalcem zdravstvene nege pri razširjeni in specializirani praksi, spodbujanje kontinuitete oskrbe ter pobud za izboljšanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi.

Temeljni ukrepi vpeljave kliničnih specializacij vključujejo tudi razvoj sistemov ocenjevanja ključnih kompetenc kliničnih specialistov, kar zagotavlja, da imajo ti vsa potrebna teoretična znanja, klinične izkušnje in klinične spretnosti, potrebne za zagotavljanje visokokakovostnih storitev zdravstvene nege (Huang, 2023). Pri tem je ključno usposabljanje po strukturiranih modelih, ki klinične specialiste opolnomoči tako, da ti izvajajo na pacienta osredotočeno zdravstveno nego, zmanjšujejo obremenjenost ostalih članov multidisciplinarnega tima, še zlasti na specializiranih področjih, kot je onkologija (Kapra et al., 2023). Pri tem je zanimivo, da ti ključni, temeljni ukrepi v praksi vodijo k osnovanju klinik, ki jih vodijo klinični specialisti, in multidisciplinarnih modelov oskrbe, ki optimizirajo zdravljenje, izboljšuje izide zdravljenja in zmanjšuje število ponovnih sprejemov, ki jih je mogoče preprečiti, na specializiranih področjih, kot sta srčno popuščanje in vnetne črevesne bolezni (Liljeroos & Strömberg, 2018; Karimi et al., 2021).

Temeljni ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij spodbujajo zagovorništvo pacientov, preoblikovanje storitev in hitro odzivnost na potrebe pacientov, ki se zagotavlja s specialnim izpopolnjevanjem v zdravstveni negi (Dempsey et al., 2016). Ukrepi, ki so temelji, odpirajo tudi platformo za odprt dialog med ključnimi deležniki, izvajalci zdravstvene nege in zdravniki, ki koristi za pacienta postavijo pred osebne, statusne ali strokovne vidike (Dopelt et al., 2023). Z združevanjem strokovnega znanja iz prakse, ki temelji na dokazih, z znanjem s področja inovacij, sistemskega razmišljanja in zdravstvene politike se lahko klinične specialiste vključi v medpoklicne skupine, ki spodbujajo skupne vizije in izboljšajo izvajanje zdravstvene nege (Nichols, 2019).

V raziskavi smo ugotovili, da je ključen kadrovski ukrep, potreben za vpeljavo kliničnih specializacij, kontinuirano zagotavljanje strokovnjakov z naprednimi znanji, ki so tako teoretična kot praktična. Poleg tega je treba zagotoviti podporo managementa, ki tovrstna izpopolnjevanja podpira – finančno, kadrovsko in/ali materialno (tabela 3). S tem se strinjajo tudi Tyler et al. (2022), ki poudarjajo zagotavljanje stalnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja kliničnih specialistov, ki vpliva na bolj kakovostno oskrbo, zlasti z vidika zmanjševanja potencialno izogibnih hospitalizacij med stanovalci v ustanovah za dolgotrajno oskrbo.

Timski modeli zdravstvene nege so se v praksi kliničnih specializacij izkazali kot zelo uspešni, še zlati v podeželskih okoljih. Ta nakazuje na pomen različnih vlog, ki jih lahko klinični specialist poseduje, pri čemer ta nemalokrat prevzema naloge izvajalcev

zdravstvene nege s srednjo in visokošolsko izobrazbo ter upravlja zdravstveno enoto (Deravin et al., 2017). S slednjim se strinjajo tudi Abdallah et al. (2019), ki poudarjajo pomen izvajanja izpopolnjevanj s področja upravljanja, s čimer se krepijo vodstvene spretnosti kliničnih specialistov. Sama izpopolnjevanja nudijo tudi znanja s področja skladnosti z varnostnimi ukrepi, kar je bistvenega pomena za zaščito osebja zdravstvene nege pred tveganji, povezanimi z delom.

Intervjuvanci so v raziskavi poudarili, da je za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege potreben tim pedagoških strokovnjakov, ki imajo tako temeljna teoretična znanja kot praktična, ki (so) jih pridobivajo v bolnišničnem ali kliničnem okolju (tabela 4). Moreira (2023) nadaljuje in podaja primer pedagoške strategije *Journal Club*, ki spodbuja razvoj spretnosti sinteze znanstvenih dokazov, kritičnega razmišljanja in refleksivnega razmišljanja pri bodočih kliničnih specialistih. Lkhagvaa (2024) dodaja, da so pedagoški programi, ki so osnovani na konceptu končnega rezultata (angl. *Outcome-Based Education),* izboljšujejo kompetence in usposobljenost kliničnih specialistov. Tak koncept je tudi bolj sprejet s strani bodočih kliničnih specialistov, kar pozitivno vpliva na kasnejše zagotavljanje kakovostne, celostne in učinkovite zdravstvene nege.

Naprednejši, sodobni pedagoški ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij zagovarjajo zasnovanje pedagoških modulov v digitalni obliki. Ti so osredotočeni na izpolnjevanje individualnih učnih potreb in izboljšanje pripravljenosti bodočih kliničnih specialistov za učenje novih znanj (Nair, 2024). Pri tem vse več izobraževalnih institucij, ki izvajajo klinične specializacije, vpeljuje virtualno resničnost, kot pedagoški pristop za izboljšanje kliničnih kompetenc. Ta bodočim kliničnim specialistom zagotavlja varno okolje za uporabo teoretičnega znanja v specialni praksi zdravstvene nege (Che Hasan et al., 2021).

Naša raziskava je pokazala, da je na ravni bolnišnic in klinik nujno predvsem zavedanje managementa za vpeljavo kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege. Poleg tega je potrebna ustrezna organizacija dela in vključevanje bodočih kliničnih specialistov v odločitvene procese na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva (tabela 5). Zanimivo je, da se tuje raziskave (Gundersen et al., 2015; Rush et al., 2019; Kraaij et al., 2019; Rasmussen et al., 2024) ne osredotočajo na dejavnik podpore vodstva bolnišnic in klinik, ki velja za samoumevno, temveč je to osredinjeno predvsem na ukrepe ustanavljanja klinik, ki jih vodijo klinični specialisti in zagotavljanja kontinuiranega izpopolnjevanja le-teh. Tako Rush et al. (2019) predlagajo ustanovitev specializiranih klinik, ki jih vodijo klinični specialisti, da bi izboljšali izide zdravljenja, obvladovanje simptomov in zmanjšali stroške zdravstvenega varstva.

Bolnišnice in klinike lahko ustanovijo specializirane klinike, ki se osredotočajo na posebna področja specializacije zdravstvene nege, da bi izboljšale oskrbo pacientov in njihovo zadovoljstvo.

Dvig ravni izobrazbe in povečanje števila zaposlenih kliničnih specialistov izboljšata izkušnje pacientov z bolnišnično oskrbo in zmanjšanje njihove umrljivosti. Zato je pomembno, da bolnišnice in klinike kontinuirano vlagajo v programe izobraževanja za izpopolnjevanje specializacij (Kraaij et al., 2019). Investicija v znanje in specialistično usposabljanje izboljšuje diagnostiko in oskrbo pacientov s strani kliničnih specialistov. Pomenljivo dejstvo je, da v nekaterih državah slednji izvajajo diagnostiko z naprednimi diagnostičnimi orodji, s čimer izboljšujejo oskrbe pacientov, odkrivanje bolezni in rezultate na specializiranih področjih (Gundersen et al., 2015).

Vidimo torej, da podpora managementa ne bi smela biti vprašljiva pri vpeljavi kliničnih specializacij. Kvečjemu gre razmišljati v smeri razširitve vlog kliničnih specialistov v prihodnje, kar potrjuje tudi Rasmussen (2024). Ta dodaja, da s tem, ko bolnišnice in klinike opolnomočijo izkušene klinične specialiste, zagotavljajo specializirane obravnave na določenih področjih, s čimer razširijo obseg oskrbe, ki je na voljo pacientom.

Naša raziskava je v nadaljevanju želela prepoznati nosilce vpeljave kliničnih specializacij in njihova znanja, ki so potrebna za vpeljavo. Tako smo oblikovali naslednje raziskovalno vprašanje: ***Kdo so nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege?***

Intervjuvanci so prepričani, da so nosilci vpeljave kliničnih specializacij strokovnjaki, ki imajo teoretična in napredna praktična znanja na svojem ožjem strokovnem področju (tabela 6). Rush et al. (2019) navedeno ugotovitev dopolnjujejo. Ti pravijo, da so na začetku vpeljave kliničnih specializacij nosilci izvajalci zdravstvene nege z naprednimi znanji, ki že izvajajo specializirano oskrbo in vodijo zdravstvene ustanove, najpogosteje na primarni ravni zdravstvenega varstva. Kasneje, ko se področje kliničnih specializacij bolj razvije, pa so nadaljnji nosilci klinični specialisti, ki se osredotočajo na usposabljanje in strokovni razvoj svojega specialističnega področja. Tudi znotraj klinik, ki jih vodijo kot klinični specialisti.

5.2 Omejitve raziskave

Raziskava je odgovorila na obe raziskovalni vprašanji, vendar je bil vzorec sodelujočih majhen. Zaradi tega raziskave ni možno posplošiti na celotno populacijo izvajalcev zdravstvene nege s specialnimi in/ali naprednimi znanji. Kot omejitev raziskave bi poudarili tudi pomanjkanje strokovne in znanstvene literature na področju kliničnih specializacij, čeprav je v zadnjih letih bilo objavljene veliko literature na področju napredne in specialne zdravstvene nege.

5.3 Predlogi za nadaljnje raziskovanje

Raziskava predstavlja pomemben prispevek k razvoju področja kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege, saj tovrstnih v Sloveniji primanjkuje oz. jih ni. V prihodnje je raziskavo smiselno razširiti med večje število izvajalcev zdravstvene nege z naprednimi znanji, pri čemer bi izbrali kvantitativno metodo dela, saj je možno končne rezultate posplošiti na končno populacijo. Smiselno je tudi razviti model kliničnih specializacij, ki bo slonel na značilnostih slovenskega zdravstvenega sistema.

6 SEZNAM LITERATURE

Abdallah, S., Shabaan, F., Ghadery, S., & Shokier, M. (2019). Effect of management program on nursing staff leading role and compliance to follow safety measures at intensive care units. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 17(2), 8–32. https://doi.org/10.21608/tsnj.2019.71509

Allert, J., & Brunel, M. (2021). Developing skills labs for obstetric and pediatric nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 42(4), 255–256. https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000640

Anderle, D. (2023). *Ministrstvo za zdravje predlaga specializacije medicinskih sester na štirih področjih*. https://www.sta.si/3226225/ministrstvo-za-zdravje-predlaga-specializacije-medicinskih-sester-na-stirih-podrocjih

Baumann, A., Crea-Arsenio, M., Hunsberger, M., Fleming-Carroll, B., & Keatings, M. (2019). Work readiness, transition, and integration: the challenge of specialty practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 823–833. https://doi.org/10.1111/jan.13918

Bostelman, C., Passwater, C., & Urton, M. (2023). Exploring clinical nurse specialist impact in primary health care: exemplars from a student's clinical practice. *Clinical Nurse Specialist*, 37(4), 187–193. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000756

Brown, P., Burton, A., Ayden, J., Harrison Dening, K., Hoe, J., & Cooper, C. (2023). Specialist dementia nursing models and impacts: a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(5), 376–390. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000874

Burton J. (2023). The emergence of custodial health nursing as a specialty whose time has come: an Australian experience. *International Nursing Review*, 70(3), 273–278. https://doi.org/10.1111/inr.12815

Che Hasan, M. K., Nurumal, M. S., Firdaus, M. K. Z. H., & Jamaludin, T. S. S. (2021). Ongoing challenges for nursing towards global demand. *International Journal of Care Scholars*, 4(Supp1), 103–104. https://doi.org/10.31436/ijcs.v4iSupp1.225

Dempsey, L., Orr, S., Lane, S., & Scott, A. (2016). The clinical nurse specialist's role in head and neck cancer care: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology and Otology*, 130(2), 212–215. https://doi.org/10.1017/S0022215116000657

Deravin, L., Francis, K., Nielsen, S., & Anderson, J. (2017). Nursing stress and satisfaction outcomes resulting from implementing a team nursing model of care in a rural setting. *Journal of Hospital Administration*, 6(1), 60–66. https://doi.org/10.5430/jha.v6n1p60

European Specialist Nurses Organistaions – ESNO. (2015). *Clinical nurse specialist competencies (CNS): a common pipeline of competencies for the common training framework of each specialty*. European Specialist Nurses Organistaions. https://esgena.org/assets/downloads/pdfs/general/esgena_esno_statement_competences.pdf

Forster, A. S., Zylstra, J., von Wagner, C., Hirst, Y., Forster, M., Walshe, R., Kazzaz, Z., Steptoe, A., Birchall, M., & Patani, N. (2022). The impact of COVID-19 on clinical nurse specialists and patients with cancer: a pan-specialty cross-sectional survey. *Clinical Nurse Specialist*, 36(5), 272–277. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000691

Gabbard, E. R., Klein, D., Vollman, K., Chamblee, T. B., Soltis, L. M., & Zellinger, M. (2021). Clinical nurse specialist: a critical member of the ICU team. *Critical Care Medicine*, 49(6), 634–641. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005004

Gundersen, G. H., Norekval, T. M., Haug, H. H., Skjetne, K., Kleinau, J. O., Graven, T., & Dalen, H. (2016). Adding point of care ultrasound to assess volume status in heart failure patients in a nurse-led outpatient clinic. A randomised study. Heart *(British Cardiac Society)*, 102(1), 29–34. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307798

Haskamp, A. C., & Whitehead, P. (2024). Capitalizing on the value of the clinical nurse specialist in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 26(1), 8–13. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000001003

Huang, X., Shi, Y., Peng, H., Pu, S., Huang, J., & Liu, L. (2023). Construction of a core competency evaluation index system for nurses specializing in chronic kidney disease management in china: a Delphi study. *Research Square*, 2023, 1–20. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3256896/v1

Innes, T., & Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: an integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 30, 62–72. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.001

International Council of Nurses – ICN. (2020). *Guidelines on advanced nursing practice*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_EN.pdf

Inumerables, F., Freedman, K., Leary, M., & Short, K. (2024). Oncology clinical nurse specialists practice in the outpatient setting. *Clinical nurse specialist CNS*, 38(2), 98–102. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000808

Kapra, O., Asna, N., Amoyal, M., Bashkin, O., & Dopelt K. (2023). The oncology clinical nurse specialist: a rapid review of implementation models and barriers around the world. *Current Oncology*, 30(8), 7425–7438. https://doi.org/10.3390/curroncol30080538

Karimi, N., Sechi, A. J., Harb, M., Sawyer, E., Williams, A. J., Ng, W., & Connor, S. J. (2021). The effect of a nurse-led advice line and virtual clinic on inflammatory bowel disease service delivery: an Australian study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 33(1S Suppl 1), 771–776. https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002249

Kobleder, A., Mayer, H., Gehrig, L., & Senn, B. (2017). »Promoting continuity of care«-specialist nurses' role experiences in gynaecological oncology: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4890–4898. https://doi.org/10.1111/jocn.13966

Lazure, P., Munn, J., Labbé, S., Murray, S., Butler, R., Khair, K., Lambing, A., Malone, M., Reiser, T., & Newall, F. (2018). Education needs of nurses in thrombosis and hemostasis: An international, mixed-methods study. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 3(1), 99–108. https://doi.org/10.1002/rth2.12155

Lewis, L. S., Hartman, A. M., Leonard, C., Cadavero, A., & Reynolds, S. S. (2024). Impact of nursing clinical elective courses on new graduate nurses' clinical practice: a mixed-methods descriptive study. *Nurse Educator*, 49(3), 152–157. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001551

Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *European Journal of Heart Failure*, 21(1), 103–109. https://doi.org/10.1002/ejhf.1329

Liyew, B., Tilahun, A. D., & Kassew, T. (2021). Practices and barriers towards physical assessment among nurses working in intensive care units: multicenter cross-sectional study. *BioMed Research International*, 2021, 1–12. https://doi.org/10.1155/2021/5524676

Lkhagvaa, K., Tsogbadrakh, B., Gochoosuren, G., Badamdorj, O., & Stark, A. (2024). The effect of outcome-based education on clinical performance and perception of pediatric care of the third-year nursing students in Mongolia. *PloS One*, 19(6), 1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305298

Lough, M. E. (2022). Clinical ladders for clinical nurse specialists. *Clinical Nurse Specialist*, 36(2), 71–72. https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000663

Mason T. M. (2021). Clinical nurse specialist as nurse researcher: development of SMART metrics and dashboard to articulate role. *Clinical Nurse Specialist*, 35(6), 300–302. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000631

Mechling, B., Ali Muhammad Ali Charania, N., Paun, O., Lewin, L., Bostrom, A., Mumba, M., Niitsu, K., & Ahern, N. (2024). Research priorities in psychiatric mental health nursing: funding availability, recently published work, and future directions for advancing our science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(2), 210–220. https://doi.org/10.1177/10783903221124160

Moreira, R. M. D. S. (2023). Journal Club as a pedagogical strategy: evaluation of an experience from the perspective of nursing students. *International Journal of Health Science*, 3(33), 2–7. https://doi.org/10.22533/at.ed.1593332302056

Nair, M. A., Muthu, P., & Abuijlan, I. A. M. (2024). The effectiveness of high-fidelity simulation on clinical competence among nursing students. *SAGE Open Nursing*, 10, 1–9. https://doi.org/10.1177/23779608241249357

Nichols T. (2019). The role of the doctor of nursing practice in promoting nonpharmacologic pain and comfort management. *Creative Nursing*, 25(4), 28–35. https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.4.e28

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., & Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 103–112. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003

Powers J. (2021). Clinical nurse specialists rise with vision, voice, visibility, and value. *Clinical Nurse Specialist*, 35(5), 221–223. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000625

Rasmussen, A. V., Jensen, R. H., Gantenbein, A., Sumelahti, M. L., Braschinsky, M., Lagrata, S., Tamela, K., Trouerbach-Kraan, J., Matharu, M. S., Dalevi, V., Smits-Kimman, H., Munksgaard, S. B., Tröndle, J., Eriksen, M. Ø., Gravdahl, G. B., Larsen, C. N., Tomkins, E., Hassinen, M., Øie, L. R., Karlsson, L. E., ... Mose, L. S. (2024). Consensus recommendations on the role of nurses in headache care: A European e-Delphi study. *Cephalalgia*, 44(5), 1–15. https://doi.org/10.1177/03331024241252161

Riordan, F., McGrath, N., Dinneen, S. F., Kearney, P. M., & McHugh, S. M. (2019). »Sink or Swim«: a qualitative study to understand how and why nurses adapt to support the implementation of integrated diabetes care. *International Journal of Integrated Care*, 19(2), 2. https://doi.org/10.5334/ijic.4215

Rush, K. L., Burton, L., Schaab, K., & Lukey, A. (2019). The impact of nurse-led atrial fibrillation clinics on patient and healthcare outcomes: a systematic mixed studies review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(7), 526–533. https://doi.org/10.1177/1474515119845198

Schmidt K. (2022). Camp nursing: a unique specialty. *Journal of Christian Nursing*, 39(2), 90–97. https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000943

Skela-Savič, B. (2017). Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 51(4), 274–297. https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.199

Skela-Savič, B. (2020). It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 54(1), 4-11. https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023

Toth, C., Miller, K., Hart, A., & Kidd, M. (2024). Clinical nurse specialist role advocacy: quantifying the financial contributions via development of a scorecard. *Clinical Nurse Specialist*, 38(2), 91–97. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000802

Tyler, D. A., Feng, Z., Grabowski, D. C., Bercaw, L., Segelman, M., Khatutsky, G., Wang, J., Gasdaska, A., & Ingber, M. J. (2022). CMS initiative to reduce potentially avoidable hospitalizations among long-stay nursing facility residents: lessons learned. *The Milbank Quarterly*, 100(4), 1243–1278. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12594

van Kraaij, J., van Oostveen, C., Vermeulen, H., Heinen, M., Huis, A., Adriaansen, M., & Peters, J. (2020). Nurse practitioners' perceptions of their ability to enact leadership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 447–458. https://doi.org/10.1111/jocn.15105

Vázquez-Calatayud, M., Oroviogoicoechea, C., Rumeu-Casares, C., & Goñi-Viguria, R. (2022). Nurses' perceptions of the clinical nurse specialist role implemented in a highly specialized University Hospital in Spain: a qualitative study. *Clinical Nurse Specialist*, 36(6), 317–326. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000703

Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Campbell, D., Brim, C., Campos, G., House, D., Rettig, A., Williams, D., & Chan, G. K. (2023). Current practice and practice competencies of clinical nurse specialists working in US emergency care settings: a survey study. *Clinical Nurse Specialist*, 37(2), 64–77. https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000731

Wu, C., Wu, P., Li, P., Cheng, F., Du, Y., He, S., & Lang, H. (2021). Construction of an index system of core competence assessment for infectious disease specialist nurse in China: a Delphi study. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 791. https://doi.org/10.1186/s12879-021-06402-2

7 PRILOGE

Priloga 1: Polstrukturirani intervju

Spoštovana intervjuvanka, intervjuvanec,

sem Usnija Aliti, udeleženka izobraževanja za pridobitev specialnih znanj Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi. Ob zaključku izpopolnjevanja pripravljam projektno delo z naslovom Vpeljava kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege pod mentorstvom prof. dr. Brigite Skela Savič, znan. svet.

Namen projektnega dela je preučiti načine vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege s posebnim oziroma na temeljne dejavnike za pričetek vpeljave kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege v Sloveniji.

Sodelovanje v intervjuju je prostovoljno, vsi pridobljeni podatki pa bodo namenjeni izključno izvedbi raziskave.

Intervju bo posnet s telefonom, na podlagi avdio posnetka pa bomo naredili transkripcijo, ki vam jo bomo posredovali v avtorizacijo. Tonski zapis bo po zaključeni raziskavi uničen.

Če boste želeli, boste z rezultati raziskave tudi pisno seznanjeni.

Hvala za sodelovanje.

Usnija Aliti

I. *Sociodemografski podatki:*

1. Spol

2. Starost

3. Število let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege

4. Pridobljena specialna in/ali napredna znanja

II. *Ukrepi za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege*

5. Kateri temeljni (zdravstvene politike, pravilniki, odločitve v okviru krovnih organizacij) ukrepi so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?

6. Kateri kadrovski ukrepi so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?

7. Kateri pedagoški ukrepi so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?

8. Kateri ukrepi, na ravni bolnišnic in klinik, so potrebni za vpeljavo kliničnih specializacij na področje zdravstvene nege?

III. *Nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege*

9. Kdo so nosilci vpeljave kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege? Katera znanja morajo imeti?

Stres in izgorelost med izvajalci zdravstvene nege nujne medicinske pomoči v povezavi z zapuščanjem delovnega mesta

KEMAL EJUB, MAG. ZDR. NEGE
IZR. PROF. DR. MATEJA LORBER

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Slovenski zdravstveni sistem se srečuje z velikim kadrovskim primanjkljajem. Eden izmed vzrokov za zapuščanje delovišč med izvajalci zdravstvene nege v nujni medicinski pomoči je povezan s prisotnostjo stresnega delovnega okolja in izgorelostjo kot posledica nastanka na delovnem mestu.

Cilj projektnega dela: Primerjati razlike med zaznanim stresom ter med profesionalno izpolnitvijo in izgorelostjo med izvajalci zdravstvene nege v predbolnišnični in bolnišnični nujni medicinski pomoči.

Metode: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Uporabljeni so bili predhodno oblikovani in preverjeni vprašalniki (vprašalnik zaznanega stresa, profesionalne izpolnitve in izgorelosti). V raziskavo so bili vključeni zaposleni izvajalci zdravstvene nege v slovenskem prostoru nujne medicinske pomoči. Raziskava je bila izvedena s pomočjo spletnega anketiranja, zbrani podatki so bili obdelani s pomočjo programa IBM SPSS.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da obstaja statistično značilna razlika med zaznanim stresom, izgorelostjo, in sicer je le ta višja med izvajalci zdravstvene nege v nujni medicinski pomoči v bolnišničnem delovnem okolju. V povezavi s samooceno profesionalne izpolnitve je bilo ugotovljena statistično značilna razlika, in sicer je ta bila višja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V povezavi s zapuščanjem delovnih mest je bilo ugotovljeno, da se dejavnik izgorelosti statistično značilno povezuje z pogostejšim premišljevanjem o spremembi službe in šibkejšo namero zapustitve delovnega mesta.

Razprava: Stresni pogoji dela, izgorelost in nizka profesionalna izpolnitev lahko vplivajo na zapuščanje delovišč. Podobno ugotavljajo tudi predhodne raziskave.

Pridobljena spoznanja iz opravljene raziskave so osnova, da je treba razmišljati o ukrepih za izboljšanje počutja zaposlenih. Za natančno določanje dejavnikov tveganja za stres, izgorelost in profesionalno izpolnitev bi bilo treba preučevati tudi druge dejavnike (npr. način vodenja ...), ki niso bili predmet dane raziskave.

Ključne besede: počutje, zdravstveni delavci, nujna medicinska pomoč

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Zdravstveni delavci, zaposleni v nujni medicinski pomoči (NMP), so zaradi visokih delovnih obremenitev in potreb pacientov po zahtevnih nujnih posegih in postopkih za preprečitev poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta, izpostavljeni večji možnosti pojava izgorelosti (Moukarzel et al., 2019). Ponavljajoče se doživljanje čustvenega in psihološkega stresa na delovnem mestu v povezavi s posameznikovimi osebnostnimi značilnostmi predstavlja tveganje za razvoj izgorelosti. V povezavi z značilnostmi delovnega mesta so izvajalci zdravstvene nege v NMP v večji verjetnosti izpostavljeni možnosti pojavu izgorelosti v primerjavi z drugimi specialnimi področji zdravstvene nege (Salvarani et al., 2019).

Vzroke za doživljanje visoke stopnje stresa, ki vodi posledično v izgorelost, lahko povežemo z različnimi vzroki (npr. pomanjkanje delavcev, značilnosti delovnega mesta...). V slovenskem zdravstvenem prostoru smo priča velikemu pomanjkanju izvajalcev zdravstvene nege (Zbornica – Zveza, 2021). Kadrovski manko povzroča dodatne obremenitve na obstoječi kader, s katerimi se srečujejo tudi izvajalci NMP. Povečane obremenitve imajo lahko negativen vpliv na pojavnost stresa in izgorelosti med izvajalci zdravstvene nege v NMP, zato je ključnega pomena izvesti raziskavo, ki bi preučila pojavnost stresa in izgorelosti med izvajalci zdravstvene nege v NMP. Izzivi, s katerimi se soočajo izvajalci zdravstvene nege v NMP, izvirajo iz narave njihovega dela (smrt pacienta, izmensko delo, nadurno delo, slabo plačilo) (Mountfort & Wilson, 2021). Intervencije izvajalcev v NMP zahtevajo visoko stopnjo znanja in veščin za obvladovanje kritičnih zdravstvenih situacij pacientov, zato je poznavanje njihovega duševnega zdravja ključno za uspešno dolgoročno zaposlitev (Boland et al., 2019).

V NMP se vključujejo različni izvajalci zdravstvene nege (srednja medicinska sestra, zdravstvena tehnica/zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister/magistrica zdravstvene nege) (Zbornica – Zveza, n. d.). Pridobitev določnega naziva se zunaj držav Evropske unije razlikuje. V tujini se v predbolnišnično nujno medicinsko pomoč vključujejo paramediki in urgentni

medicinski tehniki (ang. Emergency medical technicians), ki izvajajo osnovno oskrbo in transport do bolnišnice. Omenjeni model uporabljajo nekatere države, kot so Anglija, Združene države Amerike, Kanada in Avstralija. V Angliji za delo v predbolnišnični NMP morajo posamezniki zaključiti izobraževalni program na univerzi za reševalce (Rasi, 2014). Pri odzivanju na potrebe pacientov s področja NMP je treba upoštevati, da v svojem sistemu ne poznajo večstopenjskega odzivanja, kar pomeni, da so reševalna vozila na voljo za napredno življenjsko oskrbo pacienta. NMP tako lahko izvaja paramedik ali pa urgentni medicinski tehnik. V angleškem sistemu NMP imajo paramediki pridobljeno različno stopnjo znanja, in sicer osnovno in napredno (angl. specialist paramedic in advanced paramedic) (NHS England, 2017). Največje razlike v kompetencah lahko opazimo na področju samostojnega predpisovanja in aplikacije zdravil ter oskrbe dihalne poti pacienta. Angleški izvajalci NMP v predbolnišnični NMP lahko samostojno predpišejo in aplicirajo vrsto zdravil (npr. adrenalin, atropin, diazepam ...) (Eaton et al., 2022).

Področje NMP v predbolnišničnem okolju (reševalna služba) zahteva od izvajalcev zdravstvene nege visoko mero kompetentnosti, le-ti se namreč soočajo s potencialno življenjsko ogroženimi pacienti, njihovo delo poteka v zunanjem delovnem okolju, kjer so izpostavljeni potencialnim nevarnostim, za obvladovanje katerih morajo biti psihofizično sposobni (Žmavc, 2010). V slovenskem zdravstvenem sistemu se srečujemo s pomanjkanjem izvajalcev zdravstvene nege v NMP, ravno tako pa je prisoten manko usposobljenih zdravnikov. Glede na poklicne kompetence, ki veljajo v slovenski zdravstveni negi, so v določenih postopkih in posegih (npr. zahtevnejša oskrba dihalne poti, aplikacija zdravil) reševalci zdravniku na voljo kot asistenti, kar pomeni, da za dokončno zdravstveno oskrbo pacienta potrebujejo zdravnikova navodila.

Izziv za slovenski zdravstveni sistem predstavljajo številne upokojitve v naslednjih letih, in sicer najbolj številčne in najbolj izkušene generacije izvajalcev zdravstvene nege, kjer pa se strokovna javnost tudi že zaveda, da napovedanih odhodov ne bo možno nadomestiti (Zbornica – Zveza, 2021). Primanjkljaj izvajalcev zdravstvene nege ima lahko resne posledice za zagotavljanje kakovosti ponujenih storitev pacientom ter na samo zdravje izvajalcev. Pomanjkanje zdravstvenih delavcev delodajalci nadomeščajo z nadurnim delom, kar pa zvišuje možnost pojava strokovnih napak, izgorelost in željo po menjavi posameznih delovišč. Ključno pri obvladovanju nastale situacije je poznavanje dejavnikov, ki vplivajo na odhode oziroma menjavo delovnih mest. Poznavanje teh dejavnikov omogoča pripravo ustreznih predlogov za spremembo (Prosen, 2010). Skupen primanjkljaj diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov je še vedno dvakrat večji (66,47 %) v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami/tehniki (33,53 %) (Zbornica – Zveza, 2021). Prav tako se slovenski

zdravstveni sistem sooča s pomanjkanjem zdravnikov tako na predbolnišnični kot tudi bolnišnični ravni, kar pomeni, da se izvajalci zdravstvene nege v NMP lahko v praksi soočajo z obvladovanjem tudi najbolj zahtevnih urgentnih stanj brez pomoči zdravnika. Omenjena situacija lahko izvajalce zdravstvene nege v NMP postavi v dilemo med izvedbo postopkov in posegov, za katere nimajo pridobljenih kompetenc, pacient pa je življenjsko ogrožen (Čander & Čretnik, 2007).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je preučiti vpliv dejavnikov na pojavnost stresa in izgorelosti med zaposlenimi v predbolnišnični in bolnišnični NMP ter preučiti povezanost pojava stresa in izgorelosti z namero zapustitve delovnega mesta. Izvedli smo deskriptivno metodo dela s pregledom in z analizo domače in tuje znanstvene in strokovne literature v podatkovnih bazah PubMed, Science Direct, Google Učenjak ter bibliografskem katalogu slovenskih knjižnic COBISS.si. Literaturo smo iskali s ključnimi besedami izgorelost, stres, zdravstvena nega, nujna medicinska pomoč, zdravstvo; in v angleškem jeziku burnout, stress, nursing care, emergency medical services, emergency department, health care, ki smo jih povezali z Boolovim operatorjem AND in OR. Za omejitvene kriterije pregleda literature smo postavili naslednje omejitve: članki v polnem besedilu v angleškem in slovenskem jeziku. Pred ročnim pregledovanjem povzetkov smo uporabili iskalne filtre, s katerimi smo nabor zadetkov omejili na članke objavljene od januarja 2010 do decembra 2023. V pregled smo vključili strokovne in znanstvene vire, ki so bili prosto dostopni v celotnem besedilu, slovenskem in angleškem jeziku ter objavljene vire v izbranem časovnem obdobju. Uporabili smo napredno iskanje in postavili filter, da so ključne besede v naslovu in/ali izvlečku članka. Izključili smo literaturo, ki vsebinsko ni ustrezala naši tematiki. V končni nabor pregleda literature smo vključili raziskave, ki so med opazovanimi izidi analizirale vsaj eno skupino izvajalcev nujne medicinske pomoči (npr. medicinske sestre). V nadaljevanju so v Tabeli 1 predstavljeni rezultati iskanja v posameznih podatkovnih bazah (PubMed, Science Direct in Cobiss) in Google Učenjaku. Rezultati pregleda vključujejo število dobljenih virov glede na iskalno strategijo, število pregledanih strokovnih in znanstvenih virov in število vključenih virov v pregled literature.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Iskalna strategija	Število dobljenih virov	Izbrani viri za pregled
PubMed	burnout, stress, nursing care, emergency medical services, emergency department, health care	665	12
Science Direct	burnout, stress, nursing care, emergency medical services, emergency department, health care	559	8
Google Učenjak	burnout, stress, nursing care, emergency medical services, emergency department, health care	7760	30
COBISS	Nujna medicinska pomoč, izgorelost, stres	161	10
SKUPAJ		151	60

2.2 Spoznanja pregleda literature

Stres, povezan z delovnim okoljem, lahko nastane zaradi slabih odnosov med vodstvom in zaposlenimi ali nejasnimi delovnimi nalogami, preobremenjenostjo zaposlenih in slabimi fizičnimi pogoji dela (Huselja, 2017; Kavčič et al., 2019). Spremembe delovnih pogojev so povezane z naraščanjem možnosti pojava psihosocialnih tveganj, ki lahko vplivajo na fizično in duševno zdravje posameznika (Moukarzel et al., 2019).

Sprva so se prvi modeli stresa osredotočili le na fiziološke odzive organizma na stres. Odziv na stres je bil opisan kot odziv, boj ali beg, na katerega se je posameznik odzval s sklopom fizioloških odzivov. Ob pojavu stresa se sproži delovanje stresnih hormonov, ki pa povzročijo naslednje fiziološke odzive: izostritev čutov, zvišanje srčnega utripa, pospešitev dihanja (Tušak, 2008; Kavčič et al., 2019). Dolgotrajno delovanje stresorjev povzroči, da se posameznik prilagodi na stres v obliki faze alarma, kjer sledi soočenje s stresno situacijo, sledi odziv, ki se kaže v obliki boja ali bega s situacijo. Kadar stresor ne preneha vplivati na organizem posameznika, sledi faza prilagajanja, kjer stopnja vzburjenja pade, sledi obnovitev zalog hormonov. Omenjena faza prilagoditve organizem izčrpa, posameznik je manj dovzeten za spopadanje z novimi stresorji, kar lahko vodi v povzročanje različnih težav v telesnem in duševnem zdravju. Posameznik lahko razvije prilagoditvene bolezni na stres (npr. visok krvni tlak, slabosti, prebavne težave). V primeru, da stresor vztraja ali se le-ta konstantno vrača, se razvije tretja faza splošnega prilagoditvenega modela, ki posameznikov organizem

vodi do imunske pomanjkljivosti. Dlje časa trajajoča tretja faza vključuje naslednje simptome: alergije, prehladi, prebavne motnje, viroze, glavoboli, slabosti, bruhanje, bolečine v križu in želodcu, znojenje, motnje spanja in nezmožnost umiritve (Selye, 1956; Kavčič et al., 2019).

Izvajalci zdravstvene nege v NMP v svojem delovnem okolju doživljajo t. i. poklicni stres. Delovno okolje lahko s svojimi značilnostmi vpliva na počutje in sposobnost obvladovanja stresa pri posamezniku. Poklicni stres je eden izmed glavnih razlogov, ki vodi v sindrom izgorevanja. Poklicnemu stresu so izpostavljeni tisti, ki delajo z ljudmi, ki so odvisni od pomoči drugih. Hkrati pa je vodilni razlog za poklicni stres slaba organizacija, slabi medosebni odnosi in strokovna izolacija (Moukarzel et al., 2019). Vzroki za stres so lahko povezani s fiziološkimi stresorji (npr. kronično pomanjkanje spanca, izčrpanost, utrujenost), kognitivni stresorji (npr. visoke delovne obremenitve) in psihogeni stresorji (npr. neprijetni notranji ogrožajoči dražljaji, ki pri posamezniku povzročijo neugodne posledice za posameznika) (Tušak & Blatnik, 2017). V zdravstveni negi poznamo naslednje dejavnike tveganja, ki vplivajo na pojav stresa: povečane delovne obremenitve, pomanjkanje socialne podpore, možnost pojava nalezljive bolezni, izpostavljenost nasilju in grožnjam na delovnem mestu, kadrovski primanjkljaj, kadrovska neprimerna struktura negovalnega kadra (pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov), izmensko, nadurno in dežurna oblika dela, slabi medosebni odnosi, nezadovoljstvo z vodstvom in organizacijo dela, omejene možnosti za napredovanje, delo s hudo bolnimi ter spopadanje s smrtjo (Tušak, 2008; Van Bogaert et al., 2014; Chin et al., 2015; Skela Savič, 2018).

Izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni predvsem v predbolnišnični in bolnišnični NMP, doživljajo višjo raven stresa ter s tem imajo večjo možnost za razvoj izgorelosti kot izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni v intenzivnih enotah ter oddelkih interne medicine (Urbanetto et al., 2011; Harkin & Melby, 2014). Kot ugotavljajo Johansson et al. (2014), izvajalci zdravstvene nege v urgentnih centrih doživljajo višjo stopnjo stresa v primerjavi z izvajalci, zaposlenimi v predbolnišnični oskrbi. Vzroke avtorji pripisujejo večjemu številu obravnav pacientov in s tem povečanje stresorjev v urgentnih centrih.

Stresorji v NMP so pogosto povezani z morebitno izgubo življenja pacienta, izmenskim delom, nadurnim delom ter slabim plačilom (Mountfor & Wilzon, 2021). Intervencije izvajalcev v NMP zahtevajo visoko stopnjo znanja in veščin za obvladovanje kritičnih zdravstvenih situacij pacientov. Bentley et al. (2013) so ugotovili, da 69 % izvajalcev NMP v Veliki Britaniji ni imelo na voljo dovolj časa za čustveno okrevanje med različnimi travmatičnimi dogodki (npr. smrt pacienta, hude nesreče, množične

nesreče). Hkrati so ugotovili, da je pri tistih izvajalcih NMP, ki se neuspešno soočajo z različnimi delovnimi obremenitvami, do devetkratno povečanje možnosti uživanja alkohola, dvanajstkratno povečana odsotnost z dela in štirikratno povečanje uporabe psihiatričnih zdravil v primerjavi z ostalimi posamezniki, ki opravljajo delo na drugih področjih zdravstvene nege. Johansson et al. (2014) ugotavljajo, da so dejavniki, ki vplivajo na stopnjo doživljanja stresa, povezani tudi z delovno dobo. Zdravstveni delavci, ki imajo več let delovne dobe v primerjavi s tistimi, ki imajo manj delovne dobe, se pozitivnejše soočajo z občutki, ki jih doživljajo ob travmatičnih dogodkih,

Izgorelost lahko resno ogrozi zdravje posameznika in njegovo učinkovitost pri delu (Salvarni et al., 2019). Poklicno izgorelost posameznik težje prepozna pri sebi kot pri drugih. Izgorelost se razlikuje od delovne izčrpanosti, ki nastane zaradi čezmernega dela in jo odpravimo s počitkom, pri izgorelosti pa počitek ne pripomore k izboljšanju stanja (Kavčič et al., 2019). Dolgotrajna izpostavljenost visokim ravnim stresa in malo osebnega nadzora vodi do nastanka psihosocialne in fizične izčrpanosti, ki jo imenujemo izgorelost (Sedlar et al., 2015). Izgorelost povzroči zmanjšano delovno učinkovitost posameznika, zmanjša se ustvarjalnost ter nezmožnost izražanja lastnega mnenja o temah, ki so povezane z njegovim delovnim mestom. Sindrom izgorelosti sestavljajo tri dimenzije (Kovač, 2013; Sedlar et al., 2015; Kavčič et al., 2019; Moukarzel et al., 2019):

- čustvena izčrpanost, ki predstavlja stresno komponento izgorelosti in se nanaša na subjektivno zaznavo posameznika, da so njegovi čustveni in fizični viri izčrpani;
- depersonalizacija (vključno s cinizmom) predstavlja medosebno komponento ter pomeni cinično, negativno, neobčutljivo ali pretirano odmaknjeno odzivanje na druge ljudi. Pri posamezniku se lahko izraža kot primanjkljaj osebne pozornosti do drugih, obravnavanje ljudi kot predmet, pomanjkanje občutljivosti za potrebe drugih;
- zmanjšan občutek osebne izpolnitve/zaznana strokovna neučinkovitost je samoevalvacijska dimenzija izgorelosti, ki zajema zaznavanje sebe kot nekompetentnega, neučinkovitega in neproduktivnega na delovnem mestu. Posamezniki menijo, da ne dosegajo osebnih pričakovanj glede delovne učinkovitosti.

Profesionalna izpolnitev in zadovoljstvo na delovnem mestu postaja na področju zdravstva temelj za ohranjanje različnih poklicnih skupin na trenutnih delovnih pozicijah. Profesionalna izpolnitev je ena izmed dimenzij, ki ob nizki ravni sovpada z višjo ravnjo izgorelosti (Jyothindran et al., 2020; Lu et al., 2022; Sakamoto et al., 2022).

Visoka raven profesionalne izpolnitve pozitivno vpliva na manjše število napak pri oskrbi, višjo raven empatije pri delu s pacienti v primerjavi s tistimi, ki so imeli nižjo raven profesionalne izpolnitve (Melo & Oliver, 2011; Blanchard et al., 2021). Ravno preverjanje profesionalne izpolnitve med zdravstvenimi delavci omogoča ocenjevanje sprememb, ki se pojavljajo skozi čas v povezavi z delom v zdravstvu in vključujejo tako pozitivne kot negativne vplive delovnega mesta ter se povezujejo s pojavom izgorelosti.

Raziskave v povezavi s profesionalno izpolnitvijo so med izvajalci zdravstvene nege v NMP razmeroma redke. Lu et al. (2022) so ugotovili, da na področju profesionalne izpolnitve pri izvajalcih NMP obstaja vrzel, ki nakazuje na nejasnost vloge osebnih dejavnikov in značilnosti delovnega mesta v profesionalni izpolnitvi. Sakamoto et al. (2022) pa so ugotovili, da k vrzeli na omenjenem področju prispeva uporaba različnih merskih pripomočkov, kar otežuje primerjavo in posploševanje rezultatov raziskav.

Tako v predbolnišnični kot tudi bolnišnični NMP izvajalci zdravstvene nege doživljajo kronični stres, ki lahko vodi v izgorelost. Med doživljanjem kroničnega stresa izvajalci doživljajo tudi negativna čustva. Negativni učinki čustev se pojavijo takrat, ko izvajalci ne zmorejo obvladovati težje delovne obremenitve. V primerjavi z izvajalci zdravstvene nege v urgentnih centrih le-ti ocenjujejo, da doživljajo višjo stopnjo izgorelosti v primerjavi s sodelavci v predbolnišnični NMP. Kot najpogostejše vzroke za nastanek izgorelosti so izvajalci zdravstvene nege v NMP navedli zelo visoko odgovornost pri delu, prevelike delovne obremenitve in izmensko delo. Visoke obremenitve v delovnem procesu povzročijo izgubo profesionalne izpolnitve pri delu (Grochowska et al., 2022).

Delovišča, kjer se opravlja NMP, imajo značilnosti, ki lahko vplivajo na počutje zaposlenih (npr. življenjsko ogroženi pacienti, večje število pacientov, pogoste smrti pacientov). Omenjene značilnosti delovnega mesta lahko vplivajo na pojav dolgotrajnega vpliva stresa na delovnem mestu, kar lahko vodi v izgorelost (Crowe et al., 2018). Pojavnost izgorelosti na delovnem mestu je pogostejša v NMP, intenzivnih enotah, onkoloških oddelkih kot v primerjavi z ostalimi bolnišničnimi oddelki (npr. interni oddelek), kjer so delavci v zdravstveni negi bili manj izgoreli (Harkin & Melby, 2014; Crowe et al., 2018).

Vpliv izgorelosti se kaže tudi na zdravju izvajalcev zdravstvene nege v NMP (npr. srčne bolezni, prebavne težave, kronične bolečine v hrbtenici, glavoboli). Izgorelost se kaže predvsem v spremembah razpoloženja, pojavu depresije in tesnobnosti, prekomernem pitju alkohola ter zlorabi opiatov (Adriaenssens et al., 2015; Abellanoza et al., 2018). Dalj časa trajajoča izgorelost pri izvajalcih zdravstvene nege v NMP vodi tudi v pomanjkljivo zdravstveno oskrbo pacientov (De Hert, 2020).

Dejavniki, ki vplivajo na menjavo službe na področju zdravstvene nege, so različni. Delo v NMP predstavlja visoko stopnjo doživljanja različnih stresnih situacij, ki so povezana s kritičnimi dogodki pri pacientih (smrt, nepopravljive poškodbe). Kritični dogodki dolgoročno vplivajo na duševno zdravje izvajalcev zdravstvene nege v NMP (Jiang et al., 2017; Winters, 2019). Winters (2019) ugotavlja, da na namero o menjavi delovnega mesta na področju NMP vplivajo naslednji dejavniki: čustvena stabilnost posameznika, pozitivna samopodoba, stopnja empatije in tip osebnosti. Prav tako vzroke za zamenjavo delovnega mesta med izvajalci zdravstvene nege v NMP lahko povežemo s prisotnostjo čustvene izčrpanosti in izgorelostjo (Lee et al., 2021). Vodilni dejavniki za menjavo delovnega mesta so: povišana prisotnost stresa, povečan obseg dela, slabi medosebni odnosi in pomanjkljiva vodstvena podpora (Humpel & Caputi, 2001; Lee et al., 2021).

3 METODE

Za izvedbo raziskave smo sledili pozitivistični paradigmi raziskovanja. V raziskavi smo uporabili opisno neeksperminetalno kvantitativno metodo delo, s katero smo zajeli večji vzorec anketirancev, kvantitativne rezultate pa smo statistično analizirali. Izvedli smo presečno raziskavo. Z izvedeno raziskavo smo želeli ugotoviti pojavnost stresa in izgorelosti med zaposlenimi v predbolnišnični in bolnišnični NMP ter preučili povezanost pojava stresa in izgorelosti z namero zapustitve delovnega mesta. V ta namen smo uporabili predhodno oblikovane in preverjene vprašalnike.

Cilj raziskave je:

- ugotoviti, kakšna je stopnja zaznanega stresa;
- ugotoviti stopnjo profesionalne izpolnitve in izgorelosti;
- ugotoviti, ali prihaja do razlik v oceni zaznanega stresa, profesionalne izpolnitve in izgorelosti med izvajalci zdravstvene nege v NMP.

Hipoteze:

- H1: Raven stresa je višja pri zaposlenih v predbolnišnični NMP kot pri izvajalcih zdravstvene nege, zaposlenih v bolnišnični NMP.
- H2: Raven izgorelosti je nižja pri zaposlenih v predbolnišnični NMP kot pri izvajalcih zdravstvene nege, zaposlenih v bolnišnični NMP.
- H3: V profesionalni izpolnitvi ne pričakujemo razlik glede na delovno okolje izvajalcev zdravstvene nege v NMP.
- H4: V nameri opustitve/spremembi službe pričakujemo, da bo le-ta negativno povezana s profesionalno izpolnitvijo in pozitivno povezana s stresom in izgorelostjo.

3.1 Zbiranje podatkov

Uporabljeni so bili vprašalniki, ki imajo ustrezne psihometrične značilnosti in so bili predhodno že prevedeni v slovenščino. Prvi sklop vprašalnika vključuje demografske podatke: spol, starost, dosežena izobrazba, delovna doba, delovno mesto. V drugem sklopu vprašalnika smo zbirali podatki z naslednjima vprašalnikoma:

- Vprašalnik zaznanega stresa (Perceived Stress Scale – PSS – 4; Cohen et al., 1983), ki je namenjen ugotavljanju ravni stresa. Sestavljen je iz štirih trditev, ki se nanašajo na subjektivno doživljanje stresnih dogodkov v zadnjih dveh tednih. Postavke sprašujejo o pogostosti občutkov in misli, povezanih z zaznavo stresa v zadnjih dveh tednih na splošno, kar pomeni, da se vsebinsko ne nanašajo na specifične okoliščine stresa. Udeleženci jih ocenijo na 5-stopenjski lestvici (0 –nikoli, 1 – skoraj nikoli, 2 – včasih, 3 – dokaj pogosto, 4 – zelo pogosto). Visok rezultat na lestvici pomeni, da udeleženec zaznava več stresa, kar lahko vpliva na večjo možnost, da stres v posameznikovem življenju presega njegove sposobnosti obvladovanja le-tega. Zanesljivost vprašalnika so preverjali Cohen et al. (1983), ki poročajo o koeficientu zanesljivosti 0,72.
- Vprašalnik profesionalne izpolnitve in izgorelosti (PFI) meri profesionalno izpolnitev ter delovno izčrpanost in depersonalizacijo, ki predstavljata dva vidika izgorelosti. Prvi sklop je sestavljen iz šestih trditev, ki se ocenijo na 5-stopenjski lestvici (0 – sploh ne drži, 1 – skoraj ne drži, 2 – včasih drži, 3 – dokaj drži, 4 – povsem drži) in se nanašajo na profesionalno izpolnitev. Drugi sklop je sestavljen iz štirih trditev, ki se nanašajo na izčrpanost na delovnem mestu, v zadnjem pa je šest trditev, s katerimi ocenimo odmaknjenost v medosebnih odnosih (depersonalizacija). V drugem in tretjem sklopu se prav tako ocenjuje strinjanje na petstopenjski ordinalni lestvici, pri čemer ocena nič pomeni »sploh ne«, ocena štiri pa »zelo«. Rezultati posameznih lestvic se preračunajo kot povprečje ocen vseh postavk, rezultat na lestvicah izčrpanosti in depersonalizacije pa povprečimo v skupno oceno izgorelosti. Počutje udeleženci povežejo na situacije v zadnjih dveh tednih. Povprečje ocen pri delovni izčrpanosti in depersonalizaciji predstavlja oceno izgorelosti. Mejna vrednost za prepoznavanje izgorelosti je 1,33, za profesionalno izpolnitev pa vrednost 3,0. Zanesljivost vprašalnika so preverjali Trockel et al. (2018) s Cronbach alfa koeficientom zanesljivosti, ki so znašali med 0,80 in 0,92.
- V zadnjem delu vprašalnika so udeleženci v raziskavi opredelili svojo namero o spremembi ali opustitvi trenutnega delovnega mesta. Uporabljena je bila vizualna ocenjevalna lestvica, kjer so izvajalci zdravstvene nege v NMP na

vizualnem traku označili mesto, ki ustreza pogostosti takih misli (0 – nikoli ne premišljujem o opustitvi svoje službe, 100 – zelo pogosto premišljujem o menjavi svoje službe).

3.2 Vključeni v raziskavo

Vzorec v opravljeni raziskavi je bil neslučajen in namenski. Izvedli smo spletno anketiranje med izvajalci zdravstvene nege v NMP. Vključili smo posamezne izvajalce, ki opravljalo delo v NMP na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. V raziskavo smo vključili naslednje profile izvajalcev zdravstvene nege v NMP: srednje medicinske sestre/tehnike zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike, magistre/magistrice zdravstvene nege. Udeleženci so bili povabljeni k izpolnitvi spletne ankete preko osebnih stikov in socialnih omrežij po principu snežne kepe.

V analizo je bilo vključenih 234 izpolnjenih anketnih vprašalnikov. V analizo smo vključili vprašalnike, kjer je bil izpolnjen v celoti vsaj en sklop. Udeleženci so bili stari od 20 do 58 let, povprečna starost je bila 34,85 leta (s = 8,36). Udeleženci so imeli med 5 in 21 let skupne delovne dobe (= 13 let, s = 8,42). V NMP so bili udeleženci povprečno zaposleni 9,38 leta (s = 7,70). Pri analizi vzorca glede na stopnjo izobrazbe smo ugotovili, da je imelo največ udeležencev visokošolsko izobrazbo (n = 108). Glede na raven zdravstvene dejavnosti je bilo največ udeležencev, zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva (n = 101), manjši del sekundarni (n = 75) in terciarni ravni (n=58). Glede na delovno okolje, kjer so udeleženci zaposleni, smo ugotovili, da jih je večji delež delo opravljalo v predbolnišnični NMP (n = 172), manjšina pa v urgentnih centrih (n = 62).

3.3 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli Social Research Ethics Guidance (Social Research Association, 2021). V izvedeni raziskavi nismo pridobivali osebnih podatkov udeležencev, niti imen ustanov, kjer so udeleženci opravljali svoje delo. Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje komisije za etiko ni bilo potrebno. Spletni vprašalnik, ki mu je bilo dodano pojasnilo o namenu in načinu izpolnjevanja, je bilo mogoče izpolniti v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje – 1ka.si od 1. 1. 2024 do 11. 1. 2024. Po tem datumu ni bilo več mogoče dostopati do spletne ankete. Povabilo za sodelovanje v raziskavi skupaj s povezavo do spletne ankete smo posredovali preko vseh večjih socialnih omrežij. Vsem udeležencem smo pred izvedbo raziskave predstavili njen namen, zagotovili anonimnost

in prostovoljno udeležbo sodelovanja. Pred začetkom izpolnjevanja ankete so udeleženci morali s klikom potrditi, da so seznanjeni z namenom in potekom raziskave, ter da se strinjajo s sodelovanjem v raziskavi. Anketni vprašalnik je bil dostopen na spletni platformi 1ka. Podatki, ki so jih anketiranci posredovali z odgovarjanjem na vprašanja, so se zbrali v bazi podatkov na spletnem strežniku. V procesu zbiranja podatkov se je tako oblikovala podatkovna baza odgovori anketirancev brez njihovih imen in priimkov, elektronskih naslovov in imen zavoda, kjer so zaposleni, s čimer je bila zagotovljena anonimnost. Varovanje osebnih podatkov je bilo zagotovljeno skladno z Uredbo (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ ES (Splošna uredba o varstvu podatkov) (Uredba (EU) 2016/679, 2016).

3.4 Obdelava podatkov

Pridobljene podatke v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikih smo kasneje uvozili v program IBM SPSS, verzija 25.0 (SPSS Inc, Chicago, Il, ZDA). Uporabljeni sta bili naslednji statistični metodi: deskriptivna statistika (frekvenca, minimum, maksimum, povprečje, standardni odklon) ter interferenčna statistika, in sicer smo najprej ocenili normalnost podatkov s pomočjo numerične metode izračuna simetrije in sploščenosti. O normalni porazdelitvi podatkov govorimo takrat, kadar koeficienta sploščenosti in asimetrije znašata med -2 in 2 (George & Mallery, 2010). V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da so vsi koeficienti podatkov znotraj tega razpona, zato smo v nadaljevanju za preverjanje hipotez uporabili parametričen test, in sicer: t-test za neodvisne vzorce. Povezanost spremenljivk smo ugotavljali z izračunom Pearsonovega koeficienta korelacije. Za interpretacijo stopnje povezanosti smo uporabili lestvico: 0 – ni povezanosti, 0–0,2 je zelo nizka povezanost, 0,2–0,4 je nizka povezanost, 0,4–0,6 zmerna povezanost, 0,6–0,8 je visoka povezanost in od 0,8 do 1,0 je zelo visoka povezanost (Evans, 1996). Upoštevana stopnja statistične značilnosti je < 0,05.

4 REZULTATI

V Tabeli 2 je prikazana osnovna opisna statistika. Razlika v številu je posledica vključevanja celotno izpolnjenih vprašalnikov v posameznem sklopu. Rezultati koeficientov asimetrije in koeficientov nakazujejo, da so spremenljivke približno normalno porazdeljene.

Tabela 2: *Opisna statistika*

Table 2: *Descriptive statistcs*

Spremenljivke/ variable	n	$\bar{x}$	s	***Min***	***Max***	***Koeficient asimetrije***	***Koeficient sploščenosti***
Izgorelost	219	1,22	0,96	0,00	3,50	0,64	-0,29
Profesionalna izpolnitev	219	3,09	0,69	0,33	4,00	-0,90	0,95
Zaznan stres	234	1,24	0,64	0,00	3,50	0,23	-0,11
Premišljevanje o spremembi službe	225	37,87	27,74	0,00	100	0,13	-0,82
Namera o opustitvi službe	225	37,94	27,12	0,00	100	0,14	-0,54

Legenda/Legend: – $\bar{x}$ povprečje / average, n – število / number, s – standardni odklon / standard deviation, min – minimum, max – maksimum / maximum.

Pri ugotavljanju razlik v zaznanem stresu smo statistične razlike ugotavljali s pomočjo t-testa glede na delovno okolje, kjer so izvajalci zdravstvene nege v NMP bili zaposleni. Ugotovili smo statistično značilno razliko med samooceno zaznanega stresa (t = 2,54, p = 0,010) glede na to, kje so bili sodelujoči zaposleni. Zaposleni v bolnišnični NMP so doživljali višjo raven zaznanega stresa ($\bar{x}$ = 1,42, s = 0,65) v primerjavi z zaposlenimi v predbolnišnični NMP ($\bar{x}$ = 1,18, s = 0,63).

Pri udeležencih v raziskavi, ki so izgoreli, smo izračunali tudi povprečje doseganja profesionalne izpolnitve in ta je znašala 2,71 točke v primerjavi s tistimi, ki niso bili izgoreli, pa je povprečje doseganja profesionalne izpolnitve znašalo 3,37 točke. V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da je raven izgorelosti doseglo 38,03 % vključenih v raziskavo, medtem ko je raven profesionalne izpolnitve doseglo 50,24 % vključenih v raziskavo. Razlike v stopnji izgorelosti in profesionalne izpolnitve med izvajalci zdravstvene nege v predbolnišnični in bolnišnični nujni medicinski pomoči smo preverjali s pomočjo t-testa razlike v obeh skupinah. Ugotovili smo statistično značilno razliko med samooceno stopnje izgorelosti (t = 3,90, p < 0,001), in sicer v primerjavi z anketiranci, zaposlenimi v bolnišnični NMP, so le-ti poročali o višji stopnji izgorelosti (= 1,64, s = 1,01) v primerjavi z izvajalci zdravstvene nege v predbolnišnični NMP ($\bar{x}$ = 1,08, s = 0,91). V profesionalni izpolnitvi smo s pomočjo t-testa ugotovili statistično značilno razliko (t = -2,33, p=0,021), in sicer so zaposleni v predbolnišnični NMP doživljali višjo raven profesionalne izpolnitve ($\bar{x}$ = 3,15, s = 0,66) v primerjavi z zaposlenimi v bolnišnični NMP ($\bar{x}$ = 2,90, s = 0,75).

Povezljivost dejavnikov stresa, izgorelosti in profesionalne izpolnitve z namero o menjavi službe smo preverjali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. V opravljeni

raziskavi smo ugotovili, da jih 21,3 % vključenih z višjo vrednostjo zaznanega stresa pogosteje razmišlja o menjavi službe. Prav tako smo ugotovili, da je 6 udeležencev (2,6 %) ocenilo, da zelo pogosto premišljujejo o menjavi službe in 9 (3,8 %) udeležencev ocenilo, da bodo zagotovo menjali službo.

Rezultati v Tabeli 3 nakazujejo na statistično značilno nizko povezanost ravni izgorelosti s pogostejšim premišljevanjem o spremembi službe (r = 0,37) in namero opustitve službe (r = -0,28). Raven profesionalne izpolnitve se nizko (r = -0,36) in statistično značilno povezuje z manj pogostim premišljevanjem o spremembi službe in namero z opustitvijo službe (r = -0,31). Ob preverjanju ravni stresa v povezavi z namero opustitve službe se le-ta povezuje pozitivno (r = 0,09), vendar statistično neznačilno. Ugotovili smo, da se raven stresa pozitivno nizko (r = 0,27) in statistično značilno povezuje s pogostejšim premišljevanjem o spremembi službe.

Tabela 3: *Povezanost dejavnikov izgorelosti, profesionalne izpolnitve in stresa z namero o menjavi službe*

Tabele 3: *Correlation of burnout, proffesional fullfilment and stres factors with the intention of change job*

Spremenljivke/ Variable		**Premišljevanje o spremembi službe**	**Namera o opustitvi službe**
Izgorelost	r	0,37	-0,28
	p	< 0,001	< 0,001
Profesionalna izpolnitev	r	-0,36	-0,31
	p	< 0,001	< 0,001
Stres	r	0,27	0,09
	p	< 0,001	0,166

Legenda/Legend: r – korelacijski koeficient/correlation coeficen, n – število / number, p – statistična značilnost/statistical significance

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Z raziskavo med izvajalci zdravstvene nege v NMP v Sloveniji smo ugotavljali samozaznavo njihovega doživljanja stresa, izgorelosti in profesionalne izpolnitve. S pomočjo vprašalnikov smo ugotavljali, kako se pojavnost stresa, izgorelosti in profesionalne izpolnitve povezujejo z namero menjave službe.

V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da je raven stresa med izvajalci zdravstvene nege v NMP na srednji ravni. Izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni predvsem v predbolnišnični in bolnišnični NMP, doživljajo višjo raven stresa ter s tem imajo večjo možnost za razvoj izgorelosti kot izvajalci zdravstvene nege, zaposleni v intenzivnih enotah ter oddelkih interne medicine (Urbanetto et al., 2011; Harkin & Melby, 2014). V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da je raven stresa višja pri izvajalcih zdravstvene

nege na ravni bolnišnične oskrbe v primerjavi z zaposlenimi v predbolnišnični oskrbi, s čimer lahko potrdimo tudi prvo zastavljeno hipotezo v raziskavi. Kot ugotavljajo Johansson et al. (2014) izvajalci zdravstvene nege v urgentnih centrih doživljajo višjo stopnjo stresa v primerjavi z izvajalci, zaposlenimi v predbolnišnični oskrbi. Vzroke avtorji pripisujejo večjemu številu obravnav pacientov in s tem povečanje stresorjev v urgentnih centrih. Raven doživljanja stresa glede na obe predstavljeni delovišči je v tujih raziskavah različna. Mirzaei et al. (2022) ugotavljajo, da je raven doživljanja stresa odvisna od variacij med sistemom zdravstvenega varstva. Pri različnih ugotovitvah (Urbanetto et al., 2011; Mirzaei et al., 2022) imajo vpliv tudi delovni pogoji, obremenitve na delovnem mestu, delovni vzorci in stopnja izobrazbe. Kot ugotavljajo Ibrahim et al. (2020), je glavni razlog za doživljanje stresa v bolnišničnem okolju povezan z visokimi obremenitvami, velikim številom pacientov in pomanjkanjem medicinskih sester. Če omenjene ugotovitve primerjamo s slovenskim delovnim okoljem, je podatek, da izvajalci zdravstvene nege v predbolnišničnem okolju NMP letno oskrbijo povprečno 32.716 pacientov (Vajd, 2017), medtem ko urgentni centri na letni ravni oskrbijo med 100.000 in 150.000 pacientov (Računsko sodišče RS, 2019).

V opravljeni raziskavi smo z uporabo vprašalnika merili dimenzije izgorelosti in profesionalno izpolnitev na delovnem mestu v NMP. V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da obstaja statistična razlika v izgorelosti in profesionalni izpolnitvi glede na delovišče, kjer posameznik opravlja NMP. Kot smo pričakovali, je raven izgorelosti nižja pri zaposlenih v predbolnišnični NMP kot pri tistih, ki opravljajo NMP v bolnišničnem okolju. S tem lahko potrdimo zastavljeno drugo hipotezo v opravljeni raziskavi. Naše ugotovitve so skladne z rezultati raziskav avtorjev Grochowska et al. (2022) in Johansson et al. (2014). Omenjene rezultate lahko povežemo z značilnostmi delovnega okolja, in sicer z večjim številom obravnav v bolnišničnem okolju, zahtevnejšimi posegi in postopki, manjšo avtonomijo pri delu (Crowe et al., 2020). Profesionalna izpolnitev je kazalnik zadovoljstva posameznika z delom, ki ga opravlja. V opravljeni raziskavi smo ugotovili, da je povprečje doseganja profesionalne izpolnitve pri tistih, ki so bili izgoreli, znašalo 2,71 točke v primerjavi s tistimi, ki niso bili izgoreli, pa je povprečje 3,37 točke. Zastavljeno tretjo hipotezo, kjer nismo pričakovali statističnih razlik v profesionalni izpolnitvi, zavržemo. Ugotovili smo, da so zaposleni v predbolnišnični NMP statistično značilno doživljali višjo raven profesionalne izpolnitve v primerjavi z zaposlenimi v bolnišničnem okolju. Udeleženci z visokim rezultatom doživljajo večji občutek notranjega nadzora na delovnem mestu (Trockel et al., 2018). Zgodnje ugotavljanje pojavnosti izgorelosti na delovnem mestu ima pomembno vlogo, namreč delavci v zdravstveni negi, ki so izgoreli, imajo večjo možnost za pojav strokovnih napak in svoje delo opravljajo manj kakovostno kot tisti, ki niso izgoreli (Sanchis et

al., 2019). Strinjamo se z Jyothindran et al. (2020), ki navajajo, da je raziskovanje o pojavnosti stresa, izgorelosti, zadovoljstva na delovnem mestu ključnega pomena pri izbiri in načrtovanju ukrepov za izboljšanje stanja v posamezni delovni organizaciji.

V opravljeni raziskavi smo preučevali tudi povezanost stresa, izgorelosti in profesionalne izpolnitve s pogostostjo premišljevanja in namero menjave službe. Ugotovili smo, da posamezniki z višjim zaznanim stresom pogosteje razmišljajo o menjavi službe, vendar pa se le-ta ne povezuje tudi z namero opustitve službe. V opravljeni raziskavi jih je 21,3 % z višjo vrednostjo zaznanega stresa pogosteje razmišljalo o menjavi službe. Ugotovitve v opravljeni raziskavi so skladne z zaključki avtorjev Yang et al. (2022), kjer so ugotovili, da 40,1 % udeležencev v raziskavi z višjo vrednostjo zaznanega stresa pogosteje razmišlja o menjavi službi. Spoznali smo, da posamezniki z višjo profesionalno izpolnitvijo imajo nižjo namero opustiti službo. Kot ugotavljajo Lorber et al. (2020) je občutek zadovoljstva na delovnem mestu glavni preventivni dejavnik pred menjavo službe. Prav tako so ugotovili, da posamezniki, pri katerih je prisotna izgorelost, narašča tudi pogostost razmišljanja o menjavi službe, upada pa namera opustitve službe. V izvedeni raziskavi med slovenskimi izvajalci zdravstvene nege v NMP smo ugotovili, da je 2,6 % udeležencev ocenilo, da zelo pogosto premišljujejo o menjavi službi in 3,8 % udeležencev ocenilo, da bodo zagotovo menjali službo.

Izvedena raziskava ima določene omejitve. Kot metodološki pristop smo uporabili priložnostno vzorčenje, kar pomeni, da pridobljene ugotovitve omogočajo oris v obravnavano problematiko, vendar pa ne tudi posplošljivost. Uporabljeni vprašalniki ne omogočajo iskanja vzorčno-posledičnih učinkov za natančno določitev razlogov za večjo izgorelost v bolnišničnem okolju, zato bi bilo smiselno, kot navajajo Bohström et al. (2017), preverjati tudi osebnostne značilnosti, življenjske okoliščine, pristnost socialne opore udeležencev v raziskavi. Uporabljeni pripomočki za izvedbo raziskave so sestavljeni iz vprašanj, ki omogočajo samoocenjevanje samo posameznih preučevanih sklopov (Trockel et al., 2018; Zager Kocjan, 2016). Za natančno preučitev obravnavane problematike bi bilo treba v prihodnjih raziskavah preveriti še vpliv osebnostnih značilnosti udeležencev, organizacijske pogoje dela (npr. število zaposlenih v organizaciji, ugled organizacije, višina mesečnega dohodka, osebnostne lastnosti udeležencev) in tip vodenja posamezne organizacije. Prispevek raziskave se kaže predvsem v tem, da je tudi med slovenskimi izvajalci zdravstvene nege v NMP pristna višja raven stresa in izgorelosti. Rezultati raziskave nakazujejo, da bi bilo treba v slovenskem prostoru NMP razmišljati o sistemskih pristopih za izboljševanje počutja in zdravja izvajalcev zdravstvene nege.

Sistemski pristopi za zmanjševanje pojavnosti izgorelosti na deloviščih, kjer se izvaja zdravstvena nega v NMP, potrebuje najprej pristop, kjer bi se sistematično ocenjevalo

počutje zaposlenih. Strinjam se z ugotovitvami Salvarni et al. (2019), ki pravijo, da bi bilo treba po ugotovljeni pojavnosti izgorelosti med zaposlenimi izbrati intervencije za izboljšanje počutja zaposlenih, usmerjene predvsem v izboljšanju čuječnosti, razvijanju strategij uravnavanja čustev in razvijanju kognitivne empatije. Omenjeni avtorji prav tako menijo, da bi bilo smiselno izvajalce vključiti v prilagojene izobraževalne programe za zmanjševanje stresa in vzpostaviti sistem, kjer se storjene strokovne napake rešujejo po načelu brez obsojanja oz. iskanja krivca.

6 SEZNAM LITERATURE

Abellanoza, A., Provenzano-Hass, N., & Gatchel, R. J. (2018). Burnout in ER nurses: Review of the literature and interview themes. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 23*(1), 1–16.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies, 52*(2), 649–661. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004

Ajduković, M., & Ajduković, D. (1996). Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača. *Zagreb: Društvo za psihološku pomoć*, 52–68.

Bentley, M. A., Crawford, J. M., Wilkins, J. R., Fernandez, A. R., & Studnek, J. R. (2013). An assessment of depression, anxiety, and stress among nationally certified EMS professionals. *Prehospital Emergency Care, 17*(3), 330–338. https://doi.org/10.3109/10903127.2012.761307

Blanchard, C., Kravets, V., Schenker, M., & Moore Jr, T. (2021). Emotional intelligence, burnout, and professional fulfillment in clinical year medical students. *Medical Teacher, 43*(9), 1063–1069.

Boland, L. L., Mink, P. J., Kamrud, J. W., Jeruzal, J. N., & Stevens, A. C. (2019). Social support outside the workplace, coping styles, and burnout in a cohort of EMS providers from Minnesota. *Workplace Health & Safety, 67*(8), 414–422. https://doi.org/10.1177/2165079919829154

Blackwell., T., Kellam, J.F., & Thomasond, M. (2003). Trauma care systems in United States. *Injury, 4(*9), 735–739.

Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, 28–33.

Božič, M. (2003). *Stres pri delu: Priročnik za prepoznavanje in odpravljanje stresa pri delu poslovnih sekretarjev*. GV Izobraževanje.

Chin, W., Guo, Y. L., Hung, Y.-J., Yang, C.-Y., & Shiao, J. S.-C. (2015). Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 52*(1), 297–306. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.003

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
https://doi.org/10.2307/2136404

Crowe, R. P., Bower, J. K., Cash, R. E., Panchal, A. R., Rodriguez, S. A., & OlivoMarston, S. E. (2018). Association of burnout with workforce-reducing factors among EMS professionals. *Prehospital Emergency Care,* 22(2), 229–236. https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1356411

Čander, D., & Čretnik, Z. (2007). Etična in kazenska odgovornost reševalca v zdravstvu. In: A. Posavec (Ed.), *Zdravstveni reševalec poklic, poslanstvo ali izziv (pp. 39–*51). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 1–13.

Eaton, G., Tierney, S., Wong, G., Oke, J., Williams, V., & Mahtani Ram, K. (2022). Understanding the roles and work of paramedics in primary care: a national cross-sectional survey. *BMJ Open, 12*(12), 1–10.

Evans, J.D. (1996). *Straightforward Statistics for the Behavioral Sciences*. Brooks/Cole Publishing.

George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for windows step by stepy: a simple guide and reference, 17.0 update.* Allyn & Bacon.

Grochowska, A., Gawron, A., & Bodys Cupak, I. (2022). Stres Inducing factors vs. The risk of occupational burnout in the work of nurses and aparmedics. I*nternational Journal of enviromental research and public health, 19,* 1–15.

Harkin, M., & Melby, V. (2014). Comparing burnout in emergency nurses and medical nurses. *Clinical Nursing Studies, 2*(3), 152–163.

Humpel, N., & Caputi, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(5), 399–403. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00409.x

Huselja, A. (2017). *Stres v uniformi*. Chiara.

Hvalič Touzery, S., Pivač, S., & Smodiš, M. (2015). *Analiza stanja na področju duševnega zdravja: Ranljive skupine*. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Ibrahim, A.I., Qarima Isa, K., Haji Idris, H.A., Nawi, H.S., Choo Teo, Y., Abdul Rahman, H., & ... Spiritual coping with stress among: Emergency and critical care nurses: A cross Sectional Study. *Community Mental Health Journal, 56,* 287–293.

Jensen, H. I., Larsen, J. W., & Thomsen, T. D. (2018). The impact of shift work on intensive care nurses' lives outside work: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing,* 27(3–4), e703–e709. https://doi.org/10.1111/jocn.14197

Jiang, H., Ma, L., Gao, C., Li, T., Huang, L., & Huang, W. (2017). Satisfaction, burnout and intention to stay of emergency nurses in Shanghai. *Emergency Medicine Journal, 34*(7), 1–19. https://doi.org/10.1136/emermed-2016-205886

Johansson, E.U., Johansson, K.A., & Grimby, A. (2014). Psychosocial workload of Swedish ambulance and emergency room personnel with high prevalence of dying, death and grieving relatives. A descriptive and comparison study. *American journal of nursing science, 3*(5), 56–65.

Jyothindran, R., d'Etienne, J. P., Marcum, K., Tijerina, A., Graca, C., Knowles, H., Chaudhari, B. R., Zenarosa, N. R., & Wang, H. (2020). Fulfillment, burnout and resilience in emergency medicine-Correlations and effects on patient and provider outcomes. *PLOS ONE,* 15(10), 1–12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240934

Kavčič, T., Avsec, A., Petrič, M., & Zager Kocjan, G. (2019). *Funkcionalni vidiki osebnosti*. Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Kovač, J. (2013). *Supervizija, stres in poklicna izgorelost šolskih svetovalnih delavcev.* Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Filozofska fakulteta.

Lu, D. W., Lee, J., Alvarez, A., Sakamoto, J. T., Bird, S. B., Sundaram, V., Lall, M. D., Nordenholz, K. E., Manfredi, R. A., & Blomkalns, A. L. (2022). Drivers of professional fulfillment and burnout among emergency medicine faculty: A national wellness survey by the Society for Academic Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine, 8, 987*–998. https://doi.org/10.1111/acem.14487

Lavrič, M., & Štukovnik, V. (2021). Vpliv izmenskega dela na spanje in duševno zdravje– pregled literature in pogled naprej. *Psihološka Obzorja*, 30, 153–161.

Lee, M. M., Gensimore, M. M., Maduro, R. S., Morgan, M. K., & Zimbro, K. S. (2021). The impact of burnout on emergency nurses' intent to leave: A cross-sectional survey. *Journal of Emergency Nursing,* 47(6), 892–901.

Lorber, M., Treven, S., & Mumel, D. (2020). Well-being and satisfaction of nurses in Slovenian hospitals: A cross-sectional study. *Slovenian Journal of Public Health*, 59(3), 180–188.

Mirzaei, A., Mozaffari, N., & Habibi Soola, A. (2022). Occupational stress and its relationship with spiritual coping among emergency department nurses and emergency medical services staff. *International Emergency Nursing*, 62, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101170

Melo, C. G., & Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *Journal of Palliative Care, 27*(4), 287–295.

Musek, J. (2015). *Osebnost, vrednote in psihično blagostanje*. Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Mountfort, S., & Wilson, J. (2021). *EMS Provider Health And Wellness*. StatPearls Publishing, Treasure Island.

Moukarzel, A., Michelet, P., Durand Claire, A., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile S. (2019). Burnout syndrome among Emergency department staff: prevalence and associated factors. *BioMed research international, 4*, 1–10.

Računsko sodišče RS. (2019). *Revizijsko poročilo: Učinkovitost Ministrstva za zdravje pri načrtovanju razvojnih projektov izgradnje urgnetnih centrov*.

NHS England (2024, Junij 2015). *Ambulance services, England 2014-15*. Retrieved Marc 24, 2024 from https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/ambulance-services/ambulance--services-england-2014-15.

Prosen, M. (2010). Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: Indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege, 44*(2), 71–80.

Rasi, M. (2014). *Comparing emergency medical services and paramedic education between Finland and England* (diplomsko delo). Savionia University of Applied Sciences, Savionia.

Sanchis, R.J, Richart-Martínez, M., García-Aracil, N., José-Alcaide, L., Piquer-Donat, T., & Castejón-de-la--Encina, M. E. (2019). Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals. *Australasian Emergency Care*, 22(3), 193–199. https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.003

Sakamoto, J. T., Lee, J., Lu, D. W., Sundaram, V., Bird, S. B., Blomkalns, A. L., & Alvarez, A. (2022). Factors driving burnout and professional fulfillment among emergency medicine residents: A national wellness survey by the Society for Academic Emergency Medicine. *AEM Education and Training, 6*, S5–S12.

Salvarani, V., Rampoldi, G., Ardenghi, S., Bani, M., Blasi, P., Ausilli, D., Mauro D.S., & Strepparava Grazia, S. (2019). Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispostitional mindfulness, emotion regulation and empathy. *Journal of Nursing Managment, 27,* 765–774.

Sedlar, N., Šprah, L., Tement, S., & Sočan, G. (2015). Internal structure of an alternative measure of burnout: Study on the Slovenian adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). *Burnout Research, 2(*1), 1–7. https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.02.001

Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw Hill.

Skela Savič, B. (2018). Zdravstveni sistem se bo sesul sam vase zaradi pomanjkanja medicinskih sester in ne zdravnikov. *Utrip, 26(*9), 3–9.

Starc, R. (2007). *Stres in bolezni: Od stresa do debelosti, zvišanih maščob, arterijske hipertenzije, depresije, srčnega infarkta, kapi in prezgodnje smrti*. Sirius AP.

Social Research Association (2021). *Research Ethics Guidance*. Retrieved from https://thesra.org.uk/common/Uploaded%20files/Resources/SRA%20Research%20Ethics%20guidance%202021.pdf.

Šajn Lekše, S., Drnovšek, R., Žibert, A., & Milavec Kapun, M. (2021). Slaba vest in izgorelost medicinskih sester v enotah intenzivne nege in terapije. *Obzornik zdravstvene nege, 55*(3), 169–179. https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.3.3007

Šmitek, J. (2000). Sistemi dela v bolnišnični zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege, 34*, 177–184.

Trockel, M., Bohman, B., Lesure, E., Hamidi, M. S., Welle, D., Roberts, L., & Shanafelt, T. (2018). A brief instrument to assess both burnout and professional fulfillment in physicians: Reliability and validity, including correlation with self-reported medical errors, in a sample of resident and practicing physicians. *Academic Psychiatry, 42*(1), 11–24. https://doi.org/10.1007/s40596-017-0849-3

Tušak, M. (Ed.). (2008). *Stres in zdravje: Znanstvena monografija*. Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo.

Tušak, M., & Blatnik, P. (2017). *Živeti s stresom: Tehnike samopomoči*. Poslovna založba MB.

Urbanetto, J. de S., Silva, P. C. da, Hoffmeister, E., Negri, B. S. de, Costa, B. E. P. da, & Figueiredo, C. E. P. de. (2011). Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*, 1122–1131.

Uredba (EU) 2016/679. (2016). Uredba (EU) 2016/679 *Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES* (Splošna uredba o varstvu podatkov) (Besedilo velja za EGP). Retrieved March 8, 2024, from http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/slv

Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: Model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology, 5*, 1–11.

Vajd R. (2017). *Prehospitalna nujna medicinska pomoč*. Retrieved March, 2024 from https://www.mf.uni-lj.si/application/files/8615/3842/4251/Vajd_23_1.pdf

Yang Ma, A., Chen Feng, B., Dianguo Xing, X., Qiuyu Meng A., & Yan Zhang, A. (2022). Study on the associated factors of turnover intention among emergency nurses in China and the relationship between major factors. *International Emergency Nursing, 60,* 1–6.

Winters, N. (2019). The relationship between personality characteristics, tenure, and intent to leave among emergency murses. *Journal of Emergency Nursing, 45*(3), 265–272. https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.005

Zager Kocjan, Gaja. (2016). *Zavzetost, strast in zanos pri zaposlenih: Teoretična in empirična razmejitev* (doktorska diseretacija). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Zbornica zveza. (n.d.). *Poklici zdravstvene nege*. https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/6136-2/

Zbornica zveza. (2021). *Analiza razmer na trgu dela in predlog politik ter ukrepov kadrovske strageije v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Zbornica zdravstvene in babiška nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/09/Analiza_razmer_na_trgu_dela_in_predlog_politik_ter_ukrepov_kadrovske_strategije2.pdf

Žmavc, A. (2010). Pregled in razvoj in delovanja sistema predbolnišnične NMP v Sloveniji. In R. Komadina (Ed.), *Medicina v izrednih razmerah: podiplomska šola kirurških tehnik* (pp. 21–24). Splošna in učna bolnišnica Celje

7 PRILOGE

1. Prosimo označite vaš spol:
   a. Moški
   b. Ženski
   c. Drugo
2. Vnesite vašo starost: _____ let.

3. Kakšna je vaša dosežena izobrazba?

a. Srednješolska
b. Zaključena višja šola ali 1. stopenjski študijski program
c. Zaključen 2. stopenjski študijski program
d. Zaključen 3. stopenjski študijski program

4. Koliko let delovne dobe imate? _____ let

5. Na katerem nivoju zdravstvenega varstva ste trenutno zaposleni?

a. Primarni nivo (zdravstveni domovi, ...)
b. Sekundarni nivo (splošne bolnišnice, ...)
c. Terciarni nivo (Univezitetni klinični center, ...)

6. Kako pogosto ste v zadnjih dveh tednih občutili ali mislili tako, kot je napisano spodaj?

	0 Nikoli	**1 Skoraj nikoli**	**2 Včasih**	**3 Dokaj pogosto**	**4 Zelo pogosto**
Kako pogosto se vam je zdelo, da ne morete nadzirati pomembnih stvari v svojem življenju?					
Kako pogosto ste bili prepričani, da ste zmožni obvladovati svoje osebne probleme?					
Kako pogosto se vam je zdelo, da se stvari odvijajo tako kot ste želeli?					
Kako pogosto se vam je zdelo da so se vaše težave tako zelo nakopičile, da jih ne morete obvladati?					

7. V kolikšni meri so za vas v zadnjih 2 tednih držale naslednje trditve?

	0 Sploh ne drži	**1 Skoraj ne drži**	**2 Včasih drži**	**3 Dokaj drži**	**4 Povsem drži**
V službo sem srečen/srečna.					
V službi se počutim, da sem nekaj vreden/vredna.					
Moje delo me zadovoljuje					
Ko se v službi soočamo s težkimi problemi, imam občutek, da imam nadzor					
Moje delo se mi zdi smiselno.					
Strokovno prispevam (npr. k obravnavi pacientov, počučevanju, raziskovanju in vodenju) na načine, ki jih najbolj cenim.					

V kolikšni meri ste doživeli naslednje? V zadnjih dveh tednih sem občutil/a ...

	0 Sploh ne	1 Skoraj ne	2 Včasih	3 Dokaj	4 Zelo
... stisko ob misli na delo, ki ga morem opraviti.					
... fizično izčrpanost pri delu.					
... pomanjkanje navdušanja nad delom.					
... čustveno izčrpanost pri delu.					

V zadnjih 2 tednih sem se zaradi službe počutil/a...

	0 Sploh ne	1 Skoraj ne	2 Včasih	3 Dokaj	4 Zelo
... manj empatičnega/emaptično do svojih pacientov.					
... manj empatičnega/empatično do svojih sodelavcev in sodelavk.					
... manj občutljivega/občutljivo do čustev drugih ljudi.					
... manj zainteresiranega/ zainteresirano za pogovarjanje s svojimi pacienti.					
... manj povezanega/povezano s svojimi pacienti.					
... manj povezanega/povezano s svojimi sodelavci in sodelavkami.					

8. Ali premišljujete o opustitvi svoje službe? Označite na traku, ki ustreza pogostosti takih misli.

0	100
Nikoli	Zelo pogosto

9. Ali nameravate opustiti svojo službo? Označite na traku, ki ustreza vaši oceni te namere.

0	100
Zagotovo bom ostal/a v izbrani službi	Zagotovo bom opustil/a svojo službo

Izvajanje rednih letnih pogovorov v zdravstvu – priložnost za razvoj

JANJA GRŽINIĆ, DIPL. M. S., MAG. ZDRAV. NEGE
MAG. SIMONA ŠPILAK

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Redni letni pogovori v zdravstvu so orodje, s katerim lahko pozitivno vplivamo na zaposlenega in organizacijo. Izvajanje rednih letnih pogovorov vpliva na motivacijo zaposlenih, uspešnost na delovnem mestu ter pomen kakovostnega in rednega spremljanja in razvoja zaposlenega. Hkrati pa so izvrstna priložnost za okrepitev medsebojne komunikacije.

Cilj projektnega dela: Cilj projektnega dela je ugotoviti, ali je izvedba rednih letnih razgovorov v zdravstvu dodana vrednost ali birokratski proces in ali lahko letni razgovor pripomore k zadrževanju kadrov.

Metode: Pregledali smo podatkovne baze: Cochrane Library, ScienceDirect, Web of Science in Wiley, ki smo jih pregledali pod skupno bazo DI – CUL in prejeli s ključno besedo – letni razgovor – 750 zadetkov. Pregled literature je vključeval pregled empiričnih in preglednih člankov na izbrano temo. Pri iskanju smo uporabili naslednje vključitvene kriterije: objave med leti 2005-2024; v slovenskem ali angleškem jeziku; relevantnost vsebine glede na zastavljena raziskovalna vprašanja; polna dostopnost.

Rezultati: V končno analizo smo vključili 28 virov. Za uspešno izveden redni letni pogovor so se izkazala prednostna področja: medsebojna komunikacija, odkrivanje potenciala pri sodelavcu, poznavanje prednosti različnih generacij in osredotočenost na sodelavca. V projektnem delu smo potrdili, da je izvedba rednih letnih pogovorov v zdravstvu dodana vrednost, če z zaposlenimi redno izvajamo naslednje dejavnosti: komunikacijo, s katero pri zaposlenih odkrivamo potenciale, ki jih znamo s pravilnimi nalogami usmeriti in razumeti njihovo razmišljanje; ugotavljanje, če so cilji jasno postavljeni in če zaposleni dobi povratno informacijo. Potrdili smo tudi, da tak način izvajanja letnih pogovorov pripomore k zadrževanju kadrov.

Razprava: S projektno nalogo smo potrdili, da je redni letni pogovor orodje, s katerim lahko pri zaposlenem z vzpostavljeno komunikacijo dvignemo samozavest, vlivamo zaupanje, mu vzpostavimo občutek pripadnosti. Redni letni pogovor ni le

izpolnitev obrazca med vodjem in zaposlenim, temveč mora predstavljati cilj izvajanja in vrednotenja le-tega. Tako naj bi odkrivali sposobnosti zaposlenih in usklajevali potrebe po kadrih.

Ključne besede: letni razgovor, komunikacija, zdravstvo, vodja, zaposleni

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

V največji slovenski bolnišnici Univerzitetni klinični center Ljubljana, kjer je zaposlenih 8500 zdravstvenih delavcev in sodelavcev, se letno izvajajo redni letni pogovori (RLP). Namen izvajanja RLP je, da bi vsi zaposleni imeli priložnost pogovoriti se z vodjo o dosedanjem strokovnem delu, dosežkih in načrtih za prihodnost, o znanjih in usposobljenosti, ki jih za delo že imajo, ki jih je treba okrepiti, o kariernih možnostih in željah posameznika, določijo se dolgoročni in kratkoročni cilji in okrepi medsebojna komunikacija.

V Službi za organizacijo in strateške kadrovske zadeve Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana si prizadevajo za doslednejšo izvedbo letnih razvojnih pogovorov (LRP). Menijo, da težko pridobijo vpogled v to, koliko je bilo dejansko izvedenih RLP v preteklem obdobju in kakšni so trenutni podatki glede opravljenih LRP, zato ne morejo dati natančnega statističnega odgovora, saj nimajo vseh poročil glede izpolnjenih zapisov dogovorov RLP med vodji in sodelavci v preteklih letih.

Velik korak je bil narejen z izvedenim obveznim izobraževanjem za vodje – usposabljanje z naslovom Vodenje letnih razvojnih pogovorov. Poudarek je bil na osvajanju potrebnih komunikacijskih veščin, ozaveščanju namena in cilja RLP, njegovem vplivu na motivacijo in uspešnost na delovnem mestu, ter o pomenu kakovostnega in rednega spremljanja ter razvoj sodelavca. Kako smo bili pri svojem delu vodje uspešni in kako zadovoljni so bili zaposleni, naj bi izmerila spletna anketa, katere statističnih podatkov še ni možno pridobiti, saj še vedno poteka.

Vodje bomo lahko pridobili vpogled v rezultate, ali so bili zaposleni zadovoljni z izvedenim RLP, katera vprašanja pogrešajo v anketi, ali se v organizaciji počutijo koristni, dovolj motivirani, ali imajo možnost sodelovanja in vključevanja v sam razvoj stroke in organizacijo oddelka. Iz pridobljenih odgovorov izpolnjenih zapisov RLP in vrednotenih anketnih vprašalnikov lahko sklepamo, ali je to orodje dovolj močno za zadrževanje kadra in ali je to le dodaten birokratski proces. Spletna anketa je pokrivala področja informacij: strukturiran pogovor o preteklem delu, pridobivanje povratne informacije o delu, dosežkih in ciljih, postavitev jasnih ciljev za prihodnje delo, dogovor o kariernem in osebnem razvoju, izboljšanje komunikacije, povečanje zadovoljstva,

motivacije in zavzetosti. Za prihodnje raziskovanje na tem področju ostaja vprašanje, kako lahko vrednotimo in sledimo zastavljenim ciljem zaposlenega.

Zakon o javnih uslužbencih (URL – Poročilo o številu opravljenih letnih pogovorov za obdobje 2018–2021) v 105. členu določa, da mora nadrejeni spremljati delo, strokovno usposobljenost in kariero javnih uslužbencev in vsaj enkrat letno opraviti o tem razgovor z vsakim javnim uslužbencem. RLP se v zadnjih letih pospešeno uvajajo v slovenska podjetja in bolnišnice. Avtorica Bernat (2005) navaja, da smo v Sloveniji po mednarodnih primerjavah in raziskavah nekje med vzhodom in zahodom. Najbolj utečeni z najdaljšim stažem so letni razgovori v Skandinaviji. Na Danskem jih vsaj enkrat na leto izvaja 62 odstotkov podjetij. V raziskavi so ugotovili, da so se v 106 slovenskih podjetjih, ki so uvajala sistem RLP, izvajale ocene RLP v 25–30 odstotkih (Bernat, 2005).

Za dosego teh ciljev vsak bolnišnični oddelek potrebuje kakovosten, izobražen, usposobljen in strokovni kader. Za uspešen razvoj vsakega posameznika je izredno pomemben RLP. RLP se uvršča med ključne kazalce uspešnosti posameznega oddelka ali organizacije. V projektni nalogi nas zanima: Ali je izvedba rednih letnih razgovorov v zdravstvu dodana vrednost ali birokratski proces in ali lahko letni razgovor pripomore k zadrževanju kadrov.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Pri pripravi naloge smo pregledali dostopne vire na temo izvajanja RLP v zdravstvu – priložnost za razvoj. S pregledom literature je bil namen pridobiti čim več strokovnih informacij, ki bi nam bile v pomoč pri odgovoru na raziskovalni vprašanji. Proučili bi pomembna področja, na katerih temelji uspešen RLP: priprava na pogovor, kompetentnost pri komunikaciji, pomembnost kompetenc zaposlenega, razumevanje prioritet posameznih generacij zaposlenih ter načini vrednotenja zastavljenih ciljev. V iskanju virov smo uporabljali ključne besede: letni razgovor, komunikacija, zdravstvo, vodja, zaposleni v slovenskem jeziku in v angleškem jeziku: performance appraisal, communication, healthcare, leader, employees. Pregledali smo podatkovne baze: Cochrane Library, ScienceDirect, Web of Science in Wiley, ki smo jih pregledali pod skupno bazo DI – CUL in prejeli s ključnimi besedami 750 zadetkov. Pregled literature je vključeval pregled empiričnih in preglednih člankov na izbrano temo. Pri iskanju smo uporabili naslednje vključitvene kriterije: objava vira med 2005 - 2024; objava v slovenskem ali angleškem jeziku; relevantna literatura glede na raziskovalna vprašanja; literatura dostopna v celoti. V končno analizo smo vključili 28 člankov.

S pregledom literature smo pridobili informacije, katera področja v RLP so pomembna, da jih izvemo od zaposlenega, ki nam bodo v pomoč pri vodenju in spoznanju zaposlenega.

2.2 Spoznanja iz pregleda literature

Za razvoj zaposlenega in organizacije, pri katerem nas usmerja RLP, je zelo pomemben, kot je poudarila avtorica Žontar (2008), poglobljen, strukturiran in vnaprej dogovorjen razgovor, pri katerem se vodja pogovori s sodelavcem o doseženih in načrtovanih ciljih, o delovni uspešnosti, o osebnem razvoju in potrebnem izobraževanju, torej o vsem, kar naj bi utegnilo izboljšati delovno uspešnost sodelavca, pogoje za delo in navsezadnje tudi njun odnos. Raziskave (Cimerman, 2011) navajajo, kaj je zaposlenim v organizacijah pomembno, kar so za vodjo pomembne informacije, ko vodi RLP: ali je določena organizacija za zaposlenega dovolj privlačna, kako bodo v organizaciji dosežki prepoznani in nagrajeni, ali lahko zaposlenemu ponudijo zanimivo delovno okolje, ali je organizacija predana zaposlenim in ali bo določeno okolje dalo zaposlenemu priložnost za osebni razvoj.

Pri izvajanju RLP je lahko nekompetentnost vodje na komunikacijski ravni škodljiva tako delavcu, celotnemu timu ter tudi kakovosti in količini opravljenega dela. Vse interakcije, ki se vzpostavijo med zaposlenimi na različnih ravneh, so odvisne od komuniciranja in se kažejo v kakovosti sodelovanja in delovnih odnosov (Paladin, (2020). Ustrezna komunikacija zmanjšuje negotovost ter zagotavlja ustrezne povratne informacije, vpliva na motivacijo zaposlenih, njihovo zavzetost in sodelovanje (Domenis – Cankar, 2023). Ugotovili so, da lahko z RLP spoznamo pri zaposlenem, kakšni so njegovi potenciali, kako jih razvijati in uporabiti pri delu, kar je za uspeh organizacije zelo pomembno. Zaposleni, ki razvijajo ustrezne kompetence glede na trenutne in prihodnje potrebe svojega področja dela, postanejo učinkovitejši, bolj prožni, produktivnejši, bolj suvereni (Cimerman, 2011; Bernat – Traven, 2005). Ko so obojestransko vzpostavljeni plani z določenimi cilji, je treba tudi načrtovati evalvacijo zastavljenih ciljev. Ker so organizacije sestavljene z več generacijami zaposlenih, mora vodja poznati prednosti in interese posameznih generacij. Ne nazadnje je služba tisto okolje, kjer večina ljudi preživi največji delež najproduktivnejšega dela dneva. To pa je za zaposlene, še posebej nove generacije, ki šele vstopajo na trg dela, vedno bolj pomembno. Zato je lahko tudi počutje zaposlenih (ki je močno povezano s kakovostjo komunikacije) za organizacijo pomemben kazalnik ali napovednik možnega dogajanja na področju fluktuacije, bolniških odsotnosti, zavzetosti pri delu ter na drugih pomembnih področjih, ki vplivajo na uspešnost in učinkovitost dela posameznika in organizacije kot celote (Husain, 2013). S pregledom literature bomo

poudarili področja, ki so ključna za uspešen RLP tako za zaposlenega kot za organizacijo. S tem bomo tudi potrdili, da z določenimi pristopi, o katerih se dogovorimo in jih zapišemo na RLP, pripomoremo k zadrževanju kadra.

Letni pogovor ali razgovor o uspešnosti je poglobljena razprava med vodjo in sodelavcem, pri čemer govorita o vsem, kar bi se lahko izboljšalo: njun odnos, delo, pogoji, motivacija zaposlenih in uspešnost zaposlenih. Pogovor daje pregled preteklosti, sedanjosti in zajema prihodnje načrte. Poteka redno v enakih časovnih obdobjih, vendar vsaj enkrat letno. V nekaterih organizacijah potekajo redni razgovori vsakih šest mesecev, v nekaterih celo redno vsako četrtletje.

Letni pogovor med vodjo in delavci je najvišja stopnja upravljanja s človeškimi viri. Letni pogovori niso le administrativni postopek; so sredstvo za ustvarjanje skupne vizije, namena obstoja organizacije, obveščanje o posamezniku, ki razume, kako prispevati k uspehu celotne organizacije (Marić, 2013). Ena od standardiziranih oblik komuniciranja vodje s sodelavci so RLP.

Tuja praksa za RLP priporoča pripravo vabila štirinajst dni vnaprej in tudi uporabo kratkega opomnika zaposlenemu z vprašanji, na katera naj si odgovori, da bo tudi on bolje pripravljen. Vprašanja opomnika niso enaka vprašanjem v formularju, omogočajo pa osredotočanje na bistvo tematike, o kateri bo pogovor potekal. Zaposleni si želijo boljše opredelitve ciljev in nalog ter zanesljivost dogovorov. Prazne obljube so eden najpogostejših vzrokov za nemotivirane zaposlene in tudi za vodje letnih razgovorov. Zaposlenemu je po končanem pogovoru jasna ocena nadrejenega v smislu njegovega napredka glede realiziranih ciljev iz predhodnega leta. Prav tako mu je omogočeno, da spregovori o svojem kariernem razvoju in je ob tem deležen povratnih informacij, ki mu jih glede napredka da nadrejeni. Nadaljnja razvojna pot je tako določena na podlagi konsenza med obema stranema (Šumanski, 2005).

Rezultati izvajanja RLP se kažejo v izboljšanju splošne motivacije zaposlenih, lažje je pripraviti načrte izobraževanja, vodenje zaposlenih in komuniciranje je učinkovitejše, boljše je doseganje zastavljenih ciljev in s tem povezanih rezultatov, odnosi v organizaciji se izboljšajo, omogočen je osebni razvoj in zgodnje odkrivanje talentov (Bernat 2005).

Kar se zgodi po razgovoru, se šteje za največji vpliv RLP. Raziskave kažejo, da RLP povzroča vedenjske spremembe in nenehno izboljševanje, sproži potrebo za inovacije, poudarja pomen postavljanja ciljev in zagotavljanja nenehnih povratnih informacij o napredku pri doseganju ciljev pri zaposlenem. Namen pregleda zastavljenih ciljev je dvojni: natančna in uporabna ocena uspešnosti ter nato razvoj veščin te osebe v skladu z delovnimi nalogami. Raziskave na različnih področjih kažejo, da ljudje

postanejo uspešni tako, da identificirajo posebna področja, kjer se morajo izboljšati, in nato vadijo te veščine s povratnimi informacijami o uspešnosti (Cespedes, 2022).

Prednosti letnih razgovorov za organizacijo

Letni razgovori so eno najbolj tradicionalnih orodij menedžmenta, saj njegove korenine segajo že v leto 1887 (Guban, 2004). Z Zakonom o javnih uslužbencih leta 2002 in s kasnejšimi dopolnitvami tega zakona se je vzpostavil sistem javnih uslužbencev, v okviru katerega se je uveljavil kot eden izmed pomembnih instrumentov upravljanja s človeškimi viri tudi letni pogovor. Boyett in Conn (1995) opredeljujeta zagotavljanje uspešnosti organizacije s poglobljenim in sistematičnim načinom vodenja uspešnosti zaposlenih v delovnih organizacijah. Tak način vodenja je zasnovan na mnenju, da je možno doseči odlično uspešnost, če vodja ustvari delovno okolje, kjer lahko večina zaposlenih izboljša svoje potenciale. Izvajanje RLP je v evropskem prostoru različna praksa in temelji na odprtosti komunikacije. Avtorica Bernat (2005) navaja, da sta Velika Britanija in Skandinavija državi z najvišjo stopnjo prakse RLP, medtem ko na Češkem, Madžarskem in Poljskem praksa izvajanja RLP ni ravno pogosta. Avtorica navaja, da je v Veliki Britaniji izvajanje RLP standard podjetij v nasprotju s tistimi, ki standarda ne izvajajo in ostajajo za časom. Rezultati raziskav avtorice Bernat (2005) v 166 slovenskih podjetjih so pokazali, da v kar 96 odstotkih navajajo več prednosti RLP: sistematično komuniciranje z zaposlenimi, uvedbe želje po osebnostnem razvoju, odkrivanje sposobnosti zaposlenih in povratna informacija zaposlenih. Avtor Jorge Silva (2022) poudarja, da je za pozitivne prednosti RLP pomembno, da se zaposleni v organizaciji zavedajo, da so za uspeh in razvoj organizacije odgovorni vsi zaposleni. Pri zaposlenih spodbuja odgovornost do dela, poznavanje ciljev organizacije, zavedanje o soodgovornosti za odločitve, soodločanje in izražanje svojega mnenja glede razvoja organizacije. Meni tudi, da če so ljudje vključeni ne samo v delo, ampak tudi v celotno organizacijo, se obnašajo bolj zavzeto.

RLP se pogosto uporabljajo tudi kot raziskovalno orodje delovne klime in delovne kulture ter predvsem za ugotavljanje, kakšna so odstopanja pri delu in kako motivirati zaposlene. Letni pogovori so tudi orodje za posredovanje informacij zaposlenim in vključevanje zaposlenih v proces odločanja in delovanje organizacij (Silva, 2022).

Motivacija zaposlenega kot prednost zadrževanje kadra

Avtorica Žontar (2020) navaja, da z RLP in z ustrezno komunikacijo pri zaposlenem zaznamo njegovo motivacijo za delo. Vemo, da je za uspešno delo, poleg primernih delovnih metod ter ustreznega znanja in sposobnosti ljudi, najbolj odločilna prav

njihova motivacija za uresničevanje ambicioznih ciljev. Spodbujanje motivacije za delo, ki je ena od ključnih nalog vodij, je zares zahtevna naloga, ki ji je brez razvitih vodstvenih in komunikacijskih veščin ter poznavanja in upoštevanja sodobnih izsledkov znanosti težko biti kos. Avtorica navaja tudi, da stroka s področja psihologije navaja, da je za spodbujanje motivacije za delo ključno razumeti, da s povzročanjem občutka ogroženosti in strahu pri ljudeh ne spodbujamo ustvarjalnega delovanja, temveč ravno nasprotno.

Enako poudari tudi pomen motivacije avtorica Zrim (2019), ki meni, da je motivacija eden ključnih dejavnikov, ki pomembno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu, hkrati pa ima pomemben vpliv na uspešnost organizacije. Pri zaposlenih se kaže kot tista prijetna energija in zagon, da bi dosegli pričakovanja in cilje podjetja. Motivacija posameznika spodbudi, da v delo vloži vsa svoja znanja in trud, čemur sledijo boljši delovni rezultati na eni strani ter hkrati dobro počutje, občutki koristnosti in uspešnosti na strani zaposlenega. Zadovoljstvo zaposlenih na osebni ravni pa gotovo pomembno vpliva tudi na njihovo dobro psihofizično počutje in zdravje nasploh.

Pomembno je, da vodstvo razume potrebe posameznega zaposlenega in razume njegov »jezik motivacije«. Zato so izjemno pomembni RLP in vanj vključimo vse tisto, kar je pomembno za razumevanje zaposlenega. Ob tem dobimo jasnejšo podobo, katere so resnične potrebe delavca, ki naj jih upoštevamo pri določanju vzvodov motivacije. Motivirati pomeni najti razloge in vzvode, da bo nekdo dobro delal, da bo dal vse od sebe. Motivacija mora zato nagovoriti vsa človekova področja: intelektualno, značajsko, čustveno in hrepenenjsko. Kadar zaposleni nima svobode, nima motivacije za kakovostno opravljanje dela (Centa, 2020).

Pomen komunikacije v RLP

Avtorica Paladin (2020) razloži, da je ena ključnih prvin, od katerih je odvisno, kako učinkovito in uspešno bo tim deloval, komunikacija med zaposlenim in vodjem. RLP so dragoceni, a ne zadoščajo. To pa ne pomeni, da so potrebni tedenski ali mesečni sestanki z vsakim zaposlenim posebej. Poudarila je tudi, da je v prihodnosti treba najti način, ki bo vodjem, čim bolj konkretno pokazal, kako lahko neustrezna kompetentnost na komunikacijskem področju škodi delavcu, vodji, celotnemu timu ter na koncu tudi kakovosti in količini opravljenega dela. Pogovori z delavci, ki se odločijo za odhod iz podjetja, namreč kažejo, da je težava pogosto ravno neustrezna komunikacija.

Ustrezna komunikacija zmanjšuje negotovost ter posledično zagotavlja ustrezne povratne informacije, vpliva na motivacijo zaposlenih, njihovo zavzetost in sodelovanje.

Posledično komunikacija sooblikuje tudi delovno zavzetost zaposlenih (Husain, 2013). Praksa in raziskave (Paladin, 2020) namreč vedno znova potrjujejo, da je kakovost komunikacije v delovnem okolju povezana z nekaterimi ključnimi dejavniki uspešnosti in učinkovitosti delovanja komunikacije.

Raznolikost generacij v delovnem okolju

Delovno okolje je tisto okolje, kjer večina ljudi preživi največji delež najproduktivnejšega dela dneva. To pa je za zaposlene, še posebej nove generacije, ki šele vstopajo na trg dela, vedno pomembnejše. Zato je za vodjo, ki izvaja RLP, pomembno, da pozna lastnosti posameznih generacij, ki prinašamo svoje posebnosti in lastnosti v organizacijo. To so generacije veteranov (pred užitke so postavljali delo; še vedno cenijo red in disciplino; imajo delovne navade, so trpežni in potrpežljivi; brezpogojno spoštujejo avtoriteto), otroci izobilja (pri delu so zelo zavzeti in zvesti; kariero postavljajo pred družino; njihove vrednote so povezane s trdim delom.), generacija X (na prvo mesto postavljajo kakovostno zasebno življenje; to so navadno visoko izobraženi ljudje, z veliko delovnimi izkušnjami; delajo samostojno in želijo imeti prilagodljiv delovni čas; poleg službe cenijo tudi zabavo in počitek), generacija Y (generacija je zelo sposobna, a raziskave kažejo, da žal nima delovnih navad in discipline; delati hočejo povsem samostojno, brez nadzora, ne da bi se zavedali odgovornosti in sprejeli posledice svojega (ne)dela; če jim v organizaciji kaj ni všeč, sploh ne pridejo več v službo; ne upoštevajo poslovnega oblačenja in protokolov), generacija Z (predstavniki te generacije imajo inteligenčni kvocient 130, kar je precej več od prejšnjih; to je popolnoma digitalizirana mladina). Sodobne teorije trdijo, da poznavanje različnih generacij omogoča vodji razporeditev pravih ljudi na prava mesta, tako da bodo lahko pokazali svoje sposobnosti in znanja ter v največji meri prispevali k uspehu organizacije. Na tak način je mogoče tudi spremljati raven zahtevanih kompetenc, veščin in znanja zaposlenih (Centa, 2020; Brečko, 2020).

3 METODE

V projektni nalogi smo preučili področja oz. pristope RLP v zdravstvu. Metoda dela, ki smo jo uporabili, temelji na deskriptivni metodi, pri kateri nam je bila v pomoč pregled slovenske in tuje literature in opravljeni intervju z osebo na področju službe za organizacijo in strateško-kadrovske zadeve. Z deskriptivno analizo pisnih virov je opredeljen postopek pozitivnega izvajanja RLP, kjer vodja uporabi veščine, pri katerih zaposleni v organizaciji zazna, da je v organizacijo vpet in pripomore k razvoju organizacije ter v delu vidi smisel. Področja in znanja, s katerimi vodja obogati letni

pogovor, so: vnaprejšnja seznanitev z letnim razgovorom, profesionalna komunikacija, poznavanje prioritet različnih generacij v organizaciji, prepoznati motivacijo pri zaposlenem in njegove potenciale ter podajanje povratnih informacij pri zastavljenih ciljih zaposlenega.

RLP se uvršča med ključne kazalce uspešnosti posameznega oddelka ali organizacije. V projektni nalogi smo zastavili dve raziskovalni vprašanji: Ali je izvedba RLP v zdravstvu dodana vrednost ali birokratski proces in ali lahko RLP pripomore k zadrževanju kadrov.

V iskanju ustreznih virov smo uporabili ključne besede: letni pogovor, komunikacija, zdravstvo, vodja in zaposleni.

3.1 Zbiranje podatkov

V projektni nalogi smo zbirali podatke o ključnih področjih, ki se nanašajo na izvedbo RLP (izzivi sedanjega časa, uspešno in ciljno vodenje v praksi, RLP kot orodje, kako se pripraviti na RLP, kako učinkovito voditi RLP, vpliv na uspešnost in motivacijo sodelavcev med letom. Uporabili smo nestrukturiran intervju in analizo virov.

3.2 Vključeni v raziskavo

Postavljena raziskovalna vprašanja se dotikajo vodij zdravstvene nege in zaposlenih medicinskih sester.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je potekala s pregledom slovenske in tuje literature in z opravljenim intervjujem z osebo iz Službe za organizacijo in strateško-kadrovske zadeve UKCLJ. Statističnih podatkov opravljenih RLP na ravni UKCLJ in zaključkov raziskav še ni bilo možno pridobiti, saj so v poteku pridobivanja.

3.4 Obdelava podatkov

Z deskriptivno analizo smo obdelali deskriptivne podatke pisnih virov in z njimi primerjali v obliki tabelarnega zapisa področja RLP in njihove prednosti. Z obrazca, ki se uporablja v kliničnem okolju za izvajanje RLP, smo lahko primerjali področja, ki so poudarjena pri RLP med vodjo in zaposlenim.

4 REZULTATI

Če ni zastavljenih jasnih ciljev, se lahko zgodi, da RLP postane še ena formalna naloga vodij. RLP nikakor ne bi smel postati administrativna naloga, ki vzame nekaj časa enkrat na leto. Temeljni namen RLP je vzpostavitev razumevanja, zaupanja in boljša komunikacija med vodjo in sodelavcem. Kot je razvidno iz literature, mora zaposleni usklajevati cilje organizacije, v kateri je zaposlen, in svoje potrebe pri razvoju osebnih pozitivnih lastnosti. Za uspešno realizacijo ciljev v sami organizaciji je treba vzpostaviti učinkovito upravljanje človeških virov.

RLP je usmerjen v razvojne perspektive sodelavca, v izboljšanje delovnih zmožnosti in usmerjanje osebnega razvoja in načrtovanje izobraževanja in izpopolnjevanja. Z ocenjevalnim pogovorom pa posameznikovo delovno uspešnost primerjamo s pričakovanji, z namenom določanja pravilne ocene delovne uspešnosti, ki je pogoj za napredovanje, je formalna podlaga za pridobitev naziva, višjega plačnega razreda ali dela plače za uspešnost (Vukasović–Žontar, 2008).

RLP temelji na zaupanju med predpostavljenim in sodelavcem. Je poglobljen pogovor in dogovor med vodjo in sodelavcem o vsem, kar bi utegnilo izboljšati njun odnos, motivacijo za delo in samo uspešnost dela. RLP se izvede v petih korakih (Kocjančič, 2003):

- pregled nalog in rezultatov preteklega obdobja,
- težišča primernosti sodelavca,
- vodenje in sodelovanje,
- dogovor glede delovnih nalog,
- merila za oceno rezultatov z razvojnimi ukrepi.

Tabela 1: *Vsebina rednega letnega razgovora*

SODELAVEC	**VODJA**
Vodji predstavi:	*Sodelavcu predstavi:*
svoja občutja, opažanja, razmišljanja in ideje v zvezi s svojim preteklim delom in s tekočimi nalogami, načrte, želje, želen razvoj in zamišljeno delovno kariero	vlogo, strategijo, cilje in naloge organizacijske enote, ki jo vodi
Vodji razloži:	*Ugotavlja:*
pretekle dosežke in vzroke za rezultate, uporabljene delovne metode, predloge za izboljšanje pogojev in organizacijo dela	kako sodelavec vidi svojo vlogo in njegovo mesto v organizaciji, kako razmišlja o organiziranosti in delu, ki ga opravlja, kakšni so njegovi načrti za prihodnost, kako se počuti v delovnem okolju, pomembne stvari iz njegovega zasebnega življenja in osebnih načrtov, ki vplivajo na njegove delovne rezultate in odločitve v zvezi z delom
Z vodjo usklajuje:	*S sodelavcem usklajuje:*
svoje delovne cilje in prioritete, želje po izobraževanju, možnosti napredovanja	njegove delovne cilje in prioritete, potrebe po izobraževanju, možnosti napredovanja

Vir: Majcen (2001, str. 52)

Avtorica Majcen (2001) je poudarila, da je namen RLP v javni upravi spremljanje dela in kariere zaposlenega. Organizacija si želi zbrati kakovostne informacije o zaposlenih, ki bodo omogočale učinkovito upravljanje s kadri. To pomeni, da želi kar najbolje izrabiti zmožnosti zaposlenih, jih polno angažirati in jim zagotoviti potreben razvoj, s pomočjo katerega bo možno doseči zastavljene cilje in izpeljati programe dela v smislu učinkovite in državljanom prijazne uprave (Majcen, 2001).

Namen RLP (Majcen, 2001):

1. Z RLP naj bi vsem zaposlenim omogočili, da izboljšajo delovno uspešnost.

2. Pri RLP z vodjo dobijo zaposleni možnost izraziti mnenja, ideje in pripombe, s čimer pripomorejo k pozitivnim spremembam v delovnem procesu in k poslovnim rezultatom organizacije, v kateri so zaposleni.

3. Z RLP pokažemo sodelavcem posebno pozornost in jih tako dodatno motiviramo. S tem ko sodelavec in vodja pregledata dosežke, ugotovita vzroke za morebitne slabše pretekle rezultate in naredita načrte za izboljšanje rezultatov in za nove podvige (boljše pristope, spremembe v organizaciji dela, potrebe po dodatnih znanjih), dobi sodelavec usmeritve za povečanje uspešnosti. Ob povečani spodbudi, nakazani podpori, zaupanju vodje in primerni svobodi, se povečata tudi sodelavčeva samozavest in delovna zagnanost.

4. Na RLP pridobijo sodelavci povratne informacije o svoji uspešnosti, o svojih značilnostih, ki so dobrodošle za opravljanje njihovega dela, in o področjih, za katera se pričakuje, da se bodo v njih še usposobili. Tako dobijo vpogled, kako jih delovno okolje presoja, sprejema in kaj od njih pričakuje, hkrati pa boljše vidijo svoje mesto v organizaciji. Na teh temeljih lažje prepoznajo tiste svoje točke, ki naj bi jih še izpolnili, in svoje prednosti, ki bi jih veljalo bolj izkoristiti.

5. Z RLP omogočamo sodelavcem, da boljše razumejo svojo vlogo, prepoznajo smer lastnega osebnega razvoja in morebitno poklicno pot oziroma kariero.

6. Vodje naj bi z RLP tudi boljše spoznali svoje sodelavce, zaradi česar bi jih lažje vodili in usmerjali.

7. RLP jim omogočijo, da lahko boljše razumejo razmišljanje in ravnanje svojih sodelavcev.

8. Vodje dobijo ideje in predloge za izboljšanje postopkov in procesov dela.

9. RLP jim omogočajo, da sodelavcem sistematično posredujejo informacijo o tem, kako zadovoljujejo njihova pričakovanja.

10. Vodje dobijo tudi pregled nad interesnimi področji sodelavcev in njihovimi zmožnostmi.

11. Podatke, ki jih dobijo v razgovoru s sodelavci, uporabljajo kot temelj za izdelavo načrta izobraževanja in za načrtovanje kadrovskih sprememb.

12. RLP so njihovo orodje za vodenje s cilji. Ker določajo globalne cilje skupaj s sodelavci, jim RLP omogočajo, da vplivajo na sodelavce, da ti kar najboljše pripomorejo k delovnim rezultatom organizacije.

13. Vodje pridobijo informacije in utemeljitve za določanje delovne uspešnosti sodelavcev po modelu v drugem splošnem aktu, ki opredeljuje sistem plač oziroma sistem stimulacij.

14. Z RLP naj bi pristojnim službam omogočili lažje in boljše izvajanje kadrovske politike. RLP so temelj za pridobivanje podatkov o interesnih področjih sodelavcev, pripravljenosti za izobraževanje, za osebni razvoj, organizacijske spremembe in napredovanje. Z zbranimi podatki se bogatijo kadrovske evidence zaposlenih. Podatki, zbrani z RLP, pa pripomorejo tudi h kakovostnemu iskanju ključnih kadrov.

15. Od RLP pričakuje koristi tudi organizacija, saj meni, da se bo z njihovo izvedbo nenehno izboljševala kakovost dela zaposlenih, da se bo dvignila raven sporazumevanja, da se bodo izboljšali medsebojni odnosi in lojalnost zaposlenih, poleg tega pa naj bi se povečalo tudi njihovo zadovoljstvo.

Tabela 2: *Področja letnega pogovora in njihove prednosti*

PODROČJE	PREDNOSTI PODROČJA	VIR
Komunikacija med zaposlenim in vodjem	• Pri zaposlenem zaznamo njegovo motivacijo, zavzetost in sodelovanje. • Je ena ključnih prvin, kako učinkovito bo tim deloval. • Za odhod iz organizacije je največkrat vzrok neustrezna komunikacija. • Merjenje učinkovitosti delovanja komunikacije (RL, org. klima, merjenje zadovoljstva). • Dinamika komunikacije na dnevni, tedenski ali mesečni ravni – podajanje informacij. • Sooblikuje vzdušje v organizaciji in zaupanje med udeleženci na različnih ravneh in zagotavlja ustrezne povratne informacije. • Kakovostnejša komunikacija je povezana z nižjo intenzivnostjo z delom povezanega stresa.	Husain, 2013 Paladin, 2020 Paladin, 2020 Paladin, 2020 Keyton, 2010 Kaiser, 2018
Odkrivanje talentov, potencialov med različnimi generacijami.	• Poznavanje talentov predstavlja priložnosti za boljšo razporeditev delovnih nalog zaposlenih. • Upoštevati različnost ter iskati skupne vrednote in lastnosti. • Razporeditev pravih ljudi na prava mesta, tako da bodo lahko pokazali svoje sposobnosti in znanja ter v največji meri prispevali k uspehu podjetja. • Organizacija vlaga v razvoj potencialov ljudi. • Pri zaposlenem opredeliti konkretne sposobnosti, osebnostne zmožnosti in vedenjske vzorce, ki so potrebni za določeno delovno mesto.	Kovačič, 2019 Centa, 2020 Vukasović–Žontar, 2008
Opredelitev ciljev in nalog.	• Pomen postavljanja ciljev in zagotavljanja nenehnih povratnih informacij o napredku. • Ljudje postanejo uspešni tako, da identificirajo posebna področja in cilje, kjer se morajo izboljšati. • Povratna informacija o zastavljenih ciljih in skupaj s sodelavci in z vodjem določiti usmeritve za nadaljnje izboljšave in razvoj.	Cespedes 2022 Brus, 2019
Osredotočenost na sodelavca	• Poudarek na empatiji, opolnomočenju posameznika, pozitivnosti in miselni rasti. • Razvoj, ki temelji na skupnem odločanju. • Dvig ozaveščenosti zaposlenih. • Organizacijska kultura, v kateri vlada zaupanje, občutek varnosti in pripadnosti. • Razumeti sodelavčevo razmišljanje. • Zaposlene spoznati, nato jih lahko motiviramo (75 % ljudi želi delati tako, da je njihovo delo smiselno).	Kovačič, 2019 Brank, 2019 Arih, 2019

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Praksa in raziskave vedno znova potrjujejo, da je kakovost komunikacije v delovnem okolju povezana z nekaterimi ključnimi dejavniki uspešnosti in učinkovitosti organizacije. Vendar če tega na neki način sistematično ne spremljamo sproti ali vsaj v posamezni časovni točki (npr. merjenje zadovoljstva zaposlenih, RLP), se lahko zgodi, da govorimo le o občutkih in mnenju. Avtorja Husain (2013) in Paladin (2020) sta poudarila, da s primerno komunikacijo pri zaposlenem zaznamo njegovo motivacijo, zavzetost in sodelovanje, kar je ena ključnih prvin, kako učinkovito bo tim deloval. Poudarila sta tudi, da mora komunikacija potekati na dnevni, tedenski ali mesečni ravni.

Menimo, da se na tak način lahko vzpostavi vez med zaposlenim in vodjem, ki jo je treba gojiti vsak dan. Razgovori in izmenjava mnenj potekajo ves čas sodelovanja v organizaciji. Ni le zapis sodelovanja in doseganja zastavljenih nalog, ciljev in rezultatov čez leto. Da prinašajo RLP dodano vrednost, je potrdilo 106 slovenskih podjetij. Podatkov za bolnišnico UKCLJ še ni bilo možno pridobiti, saj se obravnava RLP v takih oblikah šele oblikuje. Ob tem naj poudarimo, da se je začelo z izobraževanji na tem področju in z oceno zadovoljstva zaposlenih glede izvajanja spletne ankete. Avtorica Bernat (2005) je poudarila, da so v večini podjetij (62 odstotkov) vključeni vsi zaposleni. Zaposleni v raziskavi navajajo, da je RLP slab prevod zahodne metodologije in posebej neprimeren za negospodarstvo. Zaposleni si želijo boljše opredelitve ciljev in nalog in ter zanesljivost pri dogovorih. V 96 odstotkih podjetij je bil osnovni namen uvedbe RLP sistematično komuniciranje z zaposlenimi, v 70 odstotkih podjetij je bil kot drugi najpomembnejši razlog uvedbe želja po osebnostnem razvoju zaposlenih ter v 36 odstotkih podjetij so si kot cilj zastavili odkrivanje sposobnosti zaposlenih in usklajevanje potreb po kadrih. Z RLP so izboljšali splošno motivacijo zaposlenih, lažje so izdelali načrt izobraževanj, nastalo je boljše doseganje ciljev in razvili so se boljši odnosi v podjetju (Bernat, 2005).

Vzpostavljena komunikacija med vodjem in zaposlenim se dotakne tudi področja, ki je pomembno za strokovni razvoj posameznika kot tudi za razvoj organizacije. To je npr. razdelitev nalog med zaposlenimi in opredelitev ciljev. To komponento sta v svojih člankih poudarila avtorja Cespedes (2022) in Brus (2019), in sicer da si zaposleni želijo pomen zastavljenih ciljev in zagotavljanja nenehnih povratnih informacij o napredku, kajti povratna informacija je pri zaposlenih razumljena, da jih vodja spremlja in ocenjuje njihovo delo. Pomen zastavljenih ciljev so potrdile tudi medicinske sestre v raziskavi na Očesni kliniki. Zaposleni so le tako čutili, da so del sistema in da lahko prispevajo k izboljšanju medsebojnih odnosov ter dvignejo kakovost svojega dela. V raziskavi so potrdili, da na podlagi določenih ciljev in zanj pripravljenega akcijskega načrta lahko vplivajo na dvig kakovosti dela v zdravstveni negi (Nedal, 2024).

Enako je potrdila tudi raziskava med egipčanskimi medicinskimi sestrami v bolnišnici Naser General Hospitals, kjer so izvajali RLP. Vzorec je bil sestavljen iz glavnih medicinskih sester (n=71) in naključnega vzorca (n=261) zaposlenih medicinskih sester. Rezultati so pokazali, da več kot dve tretjini vodij medicinskih sester pozna sistem vodenja RLP, kar je pokazalo povezavo med znanjem in delovnimi izkušnjami glavnih medicinskih sester. Pri RLP spodbujajo zastavljene cilje, prepoznajo šibkost in pri tem motivirajo zaposlenega. S takim vodenjem izboljšajo kakovost zdravstvene dejavnosti in povečajo zadovoljstvo zaposlenih. Za nadaljnje uspešno izvajanje RLP so izdali priporočila: zagotoviti programe usposabljanja za glavne medicinske sestre za izvajanje RLP in pridobiti znanja in sposobnosti opazovanja; prejemanje stalne povratne informacije o zadovoljstvu izvedenega vodenja RLP; nagrajevanje medicinskih sester z doseženimi cilji; vzpostavitev učinkovite verbalne in neverbalne komunikacije z medicinskimi sestrami med razgovorom in ocenjevanje dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost in zadovoljstvo zdravstvenega osebja (Sally, Fakhry & Fawzia, 2024).

V nasprotju z ostalimi študijami se je pri študiji avtoric Gail Spence & Wood (2007) izkazalo, da je bilo devet anketiranih novozelandskih medicinskih sester nezadovoljnih z RLP, saj so le redko dobile povratne informacije, usmeritve in spodbude, potrebne za učinkoviti postopek RLP. V študiji so poudarili, da moramo ne glede na položaj poznati svoje odgovornosti ter znati prepoznati, ubesediti in dokumentirati svoje dosežke. Medicinskih sester po vsem svetu primanjkuje, strokovna literatura pa nakazuje, da so pohvale, povratne informacije in usmerjanje bistvenega pomena ne le z vidika strokovnega razvoja, temveč tudi z vidika zadovoljstva pri delu in ohranjanja kadra.

Kako pomembno je pri letnem pogovoru razumeti sodelavčevo razmišljanje, dvigovati zavestnost zaposlenih, jih opolnomočiti, vzpostaviti zaupanje, občutek varnosti in pripadnosti, sta poudarila avtorja Kovačič (2019) in Brank (2019). V zadnjem času se veliko piše o prednosti računalniške podpore RLP, kar pomeni, da se vodja in zaposleni lahko hitro in z dejstvi pripravita na RLP, lahko se spremlja razvoj v času, delajo se različne analize in načrti izobraževanja, ugotavljata se realizacija in odstopanja. Kljub temu pa avtorica Kramberger (2011) opozarja, da RLP ni zadeva, ki se lahko izvaja po internetu. Bistvo je v človeškem dejavniku, saj gre za iskren, ciljno usmerjen pogovor dveh enakopravnih oseb. RLP ima pogosto velik čustven naboj, ki ga moramo sprejeti, obvladovati, a čustva tudi pokazati, tega pa računalnik za zdaj ne zmore.

Z raziskovalno nalogo smo s pregledom literature odgovorili na zastavljena vprašanja, da je izvedba RLP v zdravstvu dodana vrednost, če redno z zaposlenimi komuniciramo in pri zaposlenih odkrivamo potenciale, jih znamo s pravilnimi nalogami

usmeriti in razumeti njihovo razmišljanje, če so cilji jasno postavljeni in če zaposleni dobi povratno informacijo. Potrdili smo tudi, da tak način izvajanja RLP pripomore k zadrževanju kadrov. Po pregledu literature v vsakdanji praksi predlagamo, naj ne bo predlagani cilj zaposlenemu dovolj, treba je nuditi mentorstvo ter konkretno pomoč, kako ta cilj doseči. Nove generacije, ki zasedajo nove poklice in delajo po novih metodologijah dela, potrebujejo sprotni odziv, hitro pohvalo, nagrado in trenutno razumevanje.

Za nadaljnje raziskave v kliničnem okolju predlagamo, da se po opravljenih RLP opravi anketa, kar je bilo to leto tudi izvedeno v UKCLJ. Po mnenju službe za organizacijo in strateške-kadrovske zahteve je pridobivanje podatkov oteženo, saj izpolnjenih obrazcev o izvedenih RLP vse vodje ne posredujejo v službo za organizacijo in strateške-kadrovske zadeve. V letu 2024 se je izkazala dobra praksa, da je bila vsem zaposlenim znotraj UKCLJ posredovana spletna anketa, ki je vključevala vprašanja o pogledih zaposlenih na potek opravljenih RLP, o temah, ki bi jih želeli obravnavati, ter možne izboljšave. Tako bi bili zaposleni vključeni tudi v pripravo intervjuja. Menimo, da je spletna anketa del RLP, saj lahko zaposleni tudi anonimno izrazijo svoje mnenje, predloge, izboljšave. Da je RLP vez med zaposlenim in delodajalcem, bi pokazali tudi anketni odgovori, s katerimi bi seznanili vodje in zaposlene v zdravstvu. Izobraževanje o izvajanju RLP in pomembnost so bile izobražene vodje, v prihodnje pa bo izobraževanje organizirano tudi za zaposlene. V delovnem okolju se pričakuje, da je to odgovornost vseh zaposlenih in da ostane zavedanje, da je za uspeh organizacije odgovoren vsak zaposleni v organizaciji.

Zaposleni so hkrati dejavniki, cilji in rezultat zdravstva, torej so bistveni sestavni del za delovanje. Zaposleni so tudi nosilci zamisli in aktivnosti delovnih procesov in organizacijskega razvoja.

Iz vsega navedenega lahko zaključimo, da le tisti vodja, ki bo preko vsega leta skrbel za komunikacijo in osebnostni razvoj svojih zaposlenih, ne bo imel težav pri izvedbi RLP, saj bo svoje zaposlene poznal. Ponovno poudarimo, da je izrednega pomena komuniciranje in to ne samo v letnem pogovoru, temveč preko vsega leta.

6 SEZNAM LITERATURE

Arih, T. (2019). Nazaj k človeku. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. Št. 24. https://www.hrm-revija.si/nazaj-k-cloveku

Bernat –Traven, P. (2005). Redni letni razgovori v slovenski in evropski praksi. In: Brečko, D. HRM, slovenska revija za ravnanje z ljudmi pri delu. 3(10), 61 – 64.

Boyett, J., Conn, H. (1995). Maximum performance management (2th ed.). Oxford: Capstone.

Brank, B. (2019). Dileme sodobnega vodenja. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. Št. 24. https://www.hrm-revija.si/dileme-sodobnega-vodenja

Brečko, D. (2005). Generacijske razlike na delovnem mestu. In: Brečko, D. HRM, strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu. 3(10), 48 – 55.

Brus, A. (2019). Posebno skrb namenjam odnosom med sodelavci in komunikaciji. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. Št. 24., pp. 21 – 23. https://www.hrm-revija.si/anka-brus-posebno-skrb-namenjam-odnosom-med-sodelavci-in-komunikaciji

Centa, M. (2019). Voditi milenijce. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. Št. 24. https://www.hrm-revija.si/voditi-milenijce

Cespedes, F. (2021). Sales Management That Works: How to Sell in a World That Never Stops Changing. Harvard Business Review Press. https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=59312

Cimerman, F. (2011). Ocenjevanje in letni razgovori z javnimi uslužbenci na obrambnem področju (magistrsko delo). Fakulteta za državne in evropske študije, Kranj.

Domenis – Cankar, A. (2023) Ali je delo na kompetencah sploh smiselno? https://www.hrm-revija.si/ali-je-delo-na-kompetencah-sploh-smiselno

Gail Spence, D. & Wood, E. (2007). Registered Nurse Participation in Performance Appraisal Interviews. Journal of Professional Nursing. 1(23), 55 – 59.

Husain, Z. (2013). Effective communication brings successful organizational change. The Business & Management Review, 3(2), 43 – 53. https://www.academia.edu/35372096/Effective_communication_brings_successful_organizational_change

Jorge, S. (2002). Vodenje podjetja je odgovornost vseh. In. Top članki leta 2022. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. https://www.planetgv.si/wp-content/uploads/2022/10/HRM_prirocnik_2022.pdf

Kaiser, F. (2018). Understanding stress in communication management: How it limits the effectiveness at personal and organizational level. In: Peña-Acuña, B. *Digital Communication Management*. 10, 152–165. https://www.researchgate.net/publication/327786135_Understanding_Stress_in_Communication_Management_How_It_Limits_the_Effectiveness_at_Personal_and_Organizational_Level

Keyton, J. (2011). Communication and Organizational Culture: A key to understanding work experiences SAGE Publications. 2nd ed., 23 – 24). https://www.researchgate.net/publication/348860443_Communication_and_Organizational_Culture_A_Key_to_Understanding_Work_Experience_ISBN_9781412980227

Kovačič, J. (2019). Strategije za vodenje visokega potenciala. In: Spahalić, J. Vodenje in razvoj. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. Št: 24., pp. 9 – 11.

Kramberger, D. (2011). Digitalizacija rednih letnih pogovorov. Zbornik 8. festivala raziskovanja ekonomije in managementa, Koper (255 – 261).

Majcen, M. (2001). Redni letni razgovor med vodjo in sodelavci – Priročnik za boljšo komunikacijo, boljše odnose, uspešnejše delo. GV Založba, Ljubljana (142 – 156).

Marič, M., Gerdej, T., Penger, S. (2013). Human resources annual interview as a part of authentic leadership. Organizacija, 46 (2), 55 – 63. https://www.researchgate.net/publication/269479151_Human_Resources_Annual_Interview_as_a_Part_of_Authentic_Leadership

Nendl, T. (2009). Letni razgovori – izkušnje iz prakse. UKC Ljubljana, Očesna klinika. https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/313B.pdf

Paladin, M. (2020). Pomembnost komunikacije v praksi. HRM, strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu. Št. 29. https://www.hrm-revija.si/pomembnost-komunikacije-v-praksi

Poročilo o številu opravljenih letnih pogovorov za obdobje 2018 – 2021. Vlada Republike Slovenije, kadrovska služba: Letni pogovor s sodelavcem. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MJU/Usluzbenski--sistem/LETNI-

Sally, S., Fakhry, F. & Fawzia, K. (2024). Training program related to performance appraisal system for head nurses andi its effect on staff nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Science,* 5(1), 615 – 630. https://journals.ekb.eg/article_338451_553e1f6f764adc7df4fa8d19e24b6d40.pdf

Spence, G., Wood, E. (2007). Registered nurse participation in performance appraisal interviews. *Journal of Professional Nursing*, 23(1), 55 – 59.

Stare, J. (2003). Oblikovanje modela upravljanja človeških virov v upravi. In: Kocjančič R. *X. Dnevi slovenske javne uprave, Portorož 2003: Zbornik referatov.* Fakulteta za upravo, Ljubljana, 2003 (389–402).

Šumanski, M. (2005). Razvoj ključnih zaposlenih. IPCM Alcanov sistem omogoča individualni razvoj in konkurenčno prednost pri zaposlovanju, razvoju in ohranjanju ključnih kadrov. In: Brečko, D. HRM, strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu. 3(10), 40 – 43.

Vukasović–Žontar, M. (2008). Letni razgovori in ciljni sporazumi. In: Vodopija B. *Učinkovita orodja vodenja: Priročnik s primeri dobrih praks, učinkovitimi preglednicami in praktičnimi modeli.* Založba Forum Media, (15 – 23). Ljubljana.

Vukasović–Žontar,M. (2020). https://www.varensvet.si/prof-dr-maja-vukasovic-zontar-zasebna-raziskovalka-in-strokovnjakinja-s-podrocja-strateskega-kadrovskega-menedzmenta/

Zrim, M. (2019). Motivacija na delovnem mestu ter njen vpliv na zdravje in dobro počutje zaposlenih. HRM, strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu. Št. 19. https://www.hrm-revija.si/motivacija-na-delovnem-mestu-ter-njen-vpliv-na-zdravje-in-dobro-pocutje-zaposlenih

Spoprijemanje vodij zdravstvene nege z obremenitvami na delovnem mestu

JASMINA KAMENČIĆ GERMEK, DIPL. M. S., UNI. DIPL. ORG.
IZR. PROF. DR. MATEJA LORBER

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Vloga vodje v zdravstveni negi se je v zadnjih letih močno spremenila, postala je zahtevnejša, sočasno izčrpavajoča in stresna. Ker se vodje zdravstvene nege vsakodnevno soočajo s stresnimi situacijami in drugimi obremenitvami na delovnem mestu, nekateri med njimi celo podležejo pritiskom in stresu, razmišljajo tudi o odhodu na lažja delovna mesta ali celo o opustitvi poklica.

Cilj projektnega dela: Ugotoviti, kako vodje zdravstvene nege doživljajo obremenitve na delovnem mestu, pridobiti vpogled v njihovo doživljanje stresnih dejavnikov, ugotoviti, katere tehnike uporabljajo za obvladovanje stresa in kako stres vpliva na njihovo zdravje.

Metode: Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop za ugotavljanje doživljanja stresnih dejavnikov na delovnem mestu. V ta namen je bilo predhodno oblikovano vodilo za intervju, ki je vključevalo devet vprašanj. Izvedeni so bili polstrukturirani intervjuji. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo konvencionalne vsebinske analize.

Rezultati: S pomočjo vsebinske analize so bile oblikovane štiri kategorije, in sicer: (1) delovni čas; (2) dejavniki stresa; (3) strategije spoprijemanja s stresom; (4) predlogi za razbremenitev pri vsakdanjem delu. Vodje zdravstvene nege so kot glavni vir stresa poudarili predvsem velike delovne obremenitve, preveč administrativnega dela, časovno stisko zaradi kratkih rokov, pomanjkanje kadra, nepredvidene situacije, nezadovoljstvo zaposlenih. Prav tako so vodje izrazili potrebo po razbremenitvi administrativnih del in nalog v obliki pomočnika. Izrazili so željo po delavnicah, po učenju tehnik sproščanja in superviziji.

Razprava: Stres na delovnem mestu vodij je mogoče z določenimi ukrepi zmanjšati, zato so ugotovitve raziskave izhodišče za nadaljnja raziskovanja in ukrepanja v tej smeri. Organizacija bi morala dajati poudarek na izobraževanjih in delavnicah o stresu, na katerih bi se vodje lahko seznanili, kako se s stresom in delovnimi obremenitvami spoprijeti, kako stres obvladati, ga zmanjšati ali še bolje preprečiti.

Ključne besede: vodja, medicinske sestre, obvladovanje stresa, stresni dejavniki

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

V zdravstvu se srečujemo z velikim razvojem napredne tehnologije, prihodom umetne inteligence, spreminjajo se družbene navade, vrednote, družbene strukture ter ljudje, s katerimi prihajamo vsakodnevno v stik. Nenehne spremembe predstavljajo veliko obremenitev tako za zaposlene v zdravstveni negi kot tudi za vodje in za samo organizacijo. Stres na delovnem mestu je le eden izmed izzivov, s katerimi se soočamo v današnjem času.

Vodenje v zdravstveni negi je samo po sebi zelo zahtevno in zelo stresno. Vodje zdravstvene nege imajo ključno vlogo v zdravstvenih organizacijah; zahteve, ki jim jih postavljajo organizacije, drugi kader zdravstvene nege in pacienti, pa so se v zadnjem desetletju povečale. Vloga vodje se je spremenila; od njih se vedno bolj pričakuje, da bodo aktivno usposabljali osebje, jih vključevali v odločanje ter bodo svoje zaposlene vodili k izjemni, visokokakovostni in učinkoviti zdravstveni oskrbi (Niinihuta et al., 2022). Vodje zdravstvene nege imajo pomembno vlogo pri usmerjanju in delovanju na področju prakse, vplivanju na delovno kulturo, izvajanju medpoklicnega sodelovanja in ustvarjanju pozitivnih rezultatov zdravstvene nege pacientov (Yang et al. 2024). Povzamemo lahko, da imajo vodje zdravstvene nege odgovornost do pacientov, odgovornost do zaposlenih in ne nazadnje do organizacije.

Vodje zdravstvene nege morajo na delovnem mestu usklajevati svoje delo kot tudi usklajevati človeške vire, načrtovati delo, pri čemer so pod bistveno večjim pritiskom kot ostali zaposleni v zdravstveni negi (Yang et al., 2024). Vodilni delavci preživljajo več časa na delovnem mestu kot zaposleni na nižjih ravneh. Njihova vloga se ne zaključi z zaključkom delovnega časa, ampak se prenese tudi v domače okolje, kjer mora biti vodja svojim zaposlenim dosegljiv tudi zunaj delovnega časa. Vodje zdravstvene nege so ob dolgih delovnikih nenehno izpostavljeni velikim stresorjem, kot so časovni pritisk, zahtevne obveznosti, pritiski zaposlenih, pritiski vodstva. Poleg tega morajo včasih posredovati v konfliktih v delovnem okolju, se odzivati na velike delovne preobremenitve, kar lahko poslabša ravnovesje med delom in zasebnim življenjem ter poveča nezadovoljstvo pri delu (Membrive-Jimenez et al., 2022). Posameznik lahko tako podleže pritiskom in zapusti delovno mesto, zamenja organizacijo ali pa popolnoma opusti poklic.

Organizacije občutijo to negativno delovanje stresa skozi stroške dela v smislu povečane odsotnosti z dela, povečanega števila nezgod pri delu, zmanjšane produktivnosti in učinkovitosti na delovnem mestu, kar vodi v zmanjšanje uspešnosti same organizacije (Treven, 2013).

Organizacije lahko pomagajo svojim zaposlenim pri obvladovanju stresa s strategijami, ki pomagajo pri vzdrževanju dobrega počutja zaposlenih. Ključnega pomena

je prav dobra strategija za zmanjšanje stresa pri vodjih zdravstvene nege (Memič, 2014). Krepitev dejavnikov, ki povečujejo z delom povezano dobro počutje vodij zdravstvene nege, bi lahko izboljšalo njihovo zdravje in zmanjšalo stres na delovnem mestu. Dejavniki, ki izboljšujejo dobro počutje povezano z delom, vključujejo okrevanje po delu, zmožnost »izklopa« ob koncu delovnega dne, pozitivne povratne informacije in strokovno podporo vodstva in sodelavcev (Niinihuta et al., 2022).

V Sloveniji je bilo veliko študij izvedenih na področju stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi, ni pa bilo izvedene študije, ki bi ugotavljala, kako stres vpliva na vodje, kako se vodje soočajo s stresom, njihovo dojemanje delovnega okolja ter prisotnost njihove odpornosti na stresne situacije.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature se je čim bolje seznaniti z obremenitvami vodilnih v zdravstveni negi pri vsakdanjem delu, ugotoviti, kateri so najpogostejši vzroki za njihovo preobremenjenost ter kakšni so predlogi vodij zdravstvene nege za njihovo razbremenitev.

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Z raziskovalnim dizajnom smo pregledali in analizirali domačo in tujo znanstveno-strokovno literaturo, v podatkovnih bazah PubMed, Google Učenjak in bibliografskem katalogu slovenskih knjižnic Cobiss. Pri iskanju smo izbrali ključne besede v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo projektne naloge: stres, spoprijemanje s stresom, vodje zdravstvene nege, delovne obremenitve medicinskih sester. V podatkovni bazi PubMed pa smo uporabili ključne besede v angleškem jeziku: stress, stress management, nurse manager, nurse leader in nurse workload. Pri iskanju smo uporabili Boolov operator »AND« in »OR«.

Pri iskanju po bazah podatkov smo prav tako uporabili nekatere vključitvene kriterije: dostopno brezplačno celotno besedilo člankov, strokovna/znanstvena besedila v slovenskem ali angleškem jeziku, obdobje od leta 2009 do 2024. Najprej smo preverili naslove in izvlečke člankov ter nato ustrezne članke pregledali. Na osnovi izbrane iskalne strategije smo dobili 1404 zadetke v vseh bazah, od tega v PubMed 150, Google Učenjaku 1070 in Cobissu 196. Po odstranitvi dvojnikov, pregledu naslova in povzetkov smo v celoti pregledali 150 zadetkov. Izključili smo literaturo, ki vsebinsko ni ustrezala vsebini projektne naloge. Vsebinsko ustreznih je bilo 22.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Delovno obremenitev je treba obravnavati kot pomemben del ohranjanja vodij, saj je delovna obremenitev pomembno povezana z zadovoljstvom pri delu, visoko stopnjo absentizma in namero, da vodje zapustijo trenutno delovno mesto. Vodje zdravstvene nege so izpostavljeni preveliki odgovornosti in veliki delovni obremenitvi, kar zmanjšuje njihovo motivacijo. Prevelika prisotnost visoke stopnje stresa med vodstvenimi delavci v zdravstveni negi lahko povzroči željo po opustitvi poklica in/ali zavračanja vodstvene vloge (Yang et al., 2024).

Vodje zdravstvene nege morajo v današnjem času izpolnjevati dvojno vlogo, in sicer delovati morajo v skladu z organizacijskimi strategijami, hkrati pa ustvarjati in vzdrževati kulturo zaupanja in timskega dela pri zaposlenih, ki pomagajo organizaciji pri doseganju njenih strateških ciljev. Vodje zato doživljajo tudi psihološke stiske, ko izvajajo organizacijsko predpisane ukrepe, ki niso v korist oziroma vplivajo slabo na psihično, fizično ali čustveno dobro počutje zaposlenih (Galura et al., 2020). Jappinen et al. (2021) v raziskavi ugotavljajo, da vodje zdravstvene nege, ki doživljajo visok stres zaradi delovne obremenitve in vseh drugih dejavnikov, nenamerno ustvarjajo stresne delovne razmere in dojemajo delovno okolje kot ogrožajoče, čeprav dejansko to ni. Pri vodjih, ki doživljajo visoko stopnjo stresa zaradi delovne obremenitve, je večja verjetnost, da bodo zapustili svoje delovno mesto, kot vodje, ki so poročali o zmerni ali nizki stopnji stresa zaradi delovne obremenitve. Galura et al. (2020) v svoji raziskavi ugotavljajo, da vodje zdravstvene nege igrajo ključno vlogo pri ustvarjanju zdravega delovnega okolja, vendar pa so pri svojem delu sami ranljivi. Pogosto se srečujejo s konflikti vrednot, ki lahko povzročijo moralno stisko pri vodjah, kar lahko ogrozi dobro počutje vodij zdravstvene nege, povečuje možnost izgorelosti in hkrati prispeva k nameri, da zapustijo organizacijo.

Labrague et al. (2018) v študiji ugotavljajo, da sta povečana delovna obremenitev in nizka organizacijska predanost vodij zdravstvene nege povezani z željo po zapustitvi trenutnega delodajalca. Van Bogaert et al. (2014) so ugotovili, da ima eden od šestih vodij zdravstvene nege visok ali zelo visok občutek čustvene izčrpanosti in da sta konflikt vlog in smiselnost vlog močna napovedovalca čustvene izčrpanosti in stresa, povezanega z delom ter namere menjave delovnega mesta (Niinihuta et al., 2022). Posledično vse več vodij zdravstvene nege zapušča poklic ali namerava zapustiti svoje delovno mesto (Yang et al., 2024). Labrague et al. (2018) ocenjujejo, da je stopnja fluktuacije vodij zdravstvene nege med 5,8 % in 25 %, odvisno od države, prav tako se pričakuje, da se bo fluktuacija še povečala, ko se bo upokojila generacija vodij zdravstvene nege iz obdobja babybooma. Hkrati je zaposlovanje novih vodij

zdravstvene nege postalo vse večji izziv, vedno večja je zaskrbljenost zaradi stresa in izgorelosti med vodji ter (ne)privlačnost kariere vodje zdravstvene nege. Zato je bistveno, da se zdravstvene organizacije naučijo, kako učinkovito zaposliti in obdržati nove vodje zdravstvene nege (Niinihuta et al., 2022).

V norveški raziskavi Jappinen et al. (2021) prav tako opisujejo, da eden od možnih razlogov doživljanja visokega stresa vodij predstavlja število zaposlenih, za katere so odgovorni. Z naraščanjem števila zaposlenih se naloge vodje kopičijo, tudi takšne naloge, ki niso ravno specifične za zdravstveno nego. V tem primeru bi vodji zdravstvene nege zelo pomagal pomočnik, zlasti kadar je število vodenih zaposlenih veliko. V nekaterih raziskavah (Shirey, 2009; Jappinen et al., 2021), kjer so vodje imeli pomočnike, so poročali, da se je, potem ko so pomočniki prevzeli nekatere naloge iz rok vodij, povečalo vidno in aktivno vodenje, izboljšala se je uspešnost kot tudi motivacija. Vodjem zdravstvene nege so dodeljene vedno večje odgovornosti ob enakih pričakovanjih glede uspešnosti in brez dodatnih virov ali odvzema nalog. Vodje niso več samo nadzorniki, ampak poskušajo s pravilnim vodenjem usmerjati zaposlene. S tem spodbujajo njihove sposobnosti in povečujejo kakovost dela (Memič, 2014).

Miyata et al. (2015) so v svoji raziskavi doživljanja stresa vodij zdravstvene nege in strategij spoprijemanja vodij ugotovili tri ključne dejavnike, povezane s poklicnim stresom vodij: preobremenjenost z vlogo, osamljenost in konflikt vlog. Preobremenjenost z vlogo vključuje usklajevanje poslovnih vlog, razporejanj, odnosov, pacientov in družin ter dežurstev. Ker so vodje edini odgovorni za vodenje, lahko zaradi nezmožnosti izražanja utrujenosti ali delitve skrbi s komer koli povzroči pri vodji občutke izoliranosti oziroma osamljenosti. Vodja zdravstvene nege je vezni člen med vrhnjim vodstvom in zaposlenimi. Pri opravljanju svojih nalog (načrtovanje, organiziranje, zaposlovanje, vodenje in nadziranje) se morajo vodje obrniti navzgor k nadrejenim, navzdol k zaposlenim, vstran k sodelavcem in navzven k uporabnikom storitev – pacientom (Untarini et al., 2020). Pričakovanja organizacijske uspešnosti vrhnjega vodstva in pričakovanja zaposlenih, za katere je vodja odgovoren, je pogost dejavnik stresa pri vodjih zdravstvene nege (Ofei et al., 2019).

Reis et al. (2020) so v svoji raziskavi izpostavili spol kot enega izmed dejavnikov, ki prispevajo k povečanju ravni stresa zaradi potrebe po usklajevanju družinskih zahtev z delovnimi obveznostmi, saj v zdravstveni negi prevladujejo večinoma ženske.

Vodje na delovnem mestu preživijo tudi več časa kot v preteklih letih. Zlasti vodje zdravstvene nege običajno delajo od 12 do 14 ur na dan in so 24 ur odgovorni za svoja področja, kar so potrdili Grailey et al. (2022). Vodje so v njihovi raziskavi poročali, da pogosto delajo precej dlje od načrtovanih ur zaradi obsega dela kot tudi

pričakovanj kliničnega osebja, da bo vodja ves čas na voljo, kar poruši ravnotežje med poklicnim in zasebnim življenjem vodje. Vloga vodje zdravstvene nege je posledično zelo zahtevna, izčrpavajoča in stresna ter ima škodljive posledice za splošno zdravje in dobro počutje posameznika, za rezultate pri pacientih in za organizacijsko produktivnost (Labrague et al., 2018). Kompleksnost situacij, s katerimi se srečuje vodja zdravstvene nege, preobremeni tudi vodje, kar lahko škodljivo vpliva tako na vodjo kot na delovno okolje.

Vodje poskušajo s pravilnim vodenjem in usmerjanjem svojih zaposlenih spodbuditi njihove sposobnosti, kar vpliva tudi na kakovost dela. Prav tako imajo pomembno vlogo pri oblikovanju delovnega okolja v zdravstvu in znano je, da so njihova dejanja bistveni pogoj za oblikovanje in ohranjanje varnih in zdravih delovnih mest (Shirey, 2009). Če želijo vodje zdravstvene nege ustvariti varno in zdravo okolje za svoje zaposlene, morajo tudi sami biti v dobri psihofizični kondiciji. Zaradi vsega naštetega so vodje zdravstvene nege zelo dovzetne za čustveno in telesno izčrpanost.

Stres ima velik vpliv na zdravje posameznika in lahko povzroči izgorelost, tako osebno kot poklicno. Ponavljajoče se zelo intenzivne stresne situacije se kažejo v obliki fizičnih in psihičnih reakcij. Fizične reakcije na stres se lahko kažejo kot glavoboli, bolečine v različnih delih telesa, razbijanje srca, tiščanje in bolečine v želodcu, zmanjšana odpornost, alergične reakcije in podobno. Psihične reakcije na stres se kažejo kot žalost, potrtost, brezvoljnost, razburjanje, jeza, agresivnost, nemoč, potlačevanje čustev, kronična izčrpanost, utrujenost (Bregar et al., 2011). Osebne posledice, ki jih doživijo vodje zdravstvene nege, vključujejo telesno in duševno utrujenost, težave s koncentracijo, slabo organizacijo dela, večje število napak, pomanjkanje energije, somatske simptome, nespečnost, tesnobo in frustracijo (Membrive-Jimenez et al., 2022). Ta čustvena in fizična obraba telesa lahko vpliva na način vodenja, kar posledično vpliva na delovno okolje, zdravje zaposlenih, zadovoljstvo pri delu, zadrževanje zaposlenih in na dobro počutje pacientov (Ofei et al., 2019). Tudi Miyata et al. (2015) so ugotavljali, da imajo vodje zdravstvene nege pomemben vpliv na zdravje svojih zaposlenih, stres vodij pa je dokazano povezan z manjšim zadovoljstvom zaposlenih. Brez dobrega zdravja vodje zdravstvene nege ne morejo opravljati svojih nalog na visoko strokovni ravni, zato je njihovo zdravje nedvomno pomembno. Kronični delovni stres v kombinaciji z neustreznimi zmožnostmi spoprijemanja, pomanjkanjem proaktivnih strategij obvladovanja stresa in neustreznimi organizacijskimi viri ni vzdržen v daljšem časovnem obdobju brez znatne nevarnosti za zdravje vodij zdravstvene nege in morebitnih posledic za delovno okolje (Shirey, 2009).

Da bi lahko vodje zdravstvene nege obvladali zahtevne pogoje na delovnem mestu in izpolnjevali svoje vloge, morajo postati »odporni« oz. vzdržljivi. Odpornost se

nanaša na sposobnost prenašanja, okrevanja in prilagajanja situacijam (Boitshwarelo et al., 2020). Pozornost je treba nameniti telesnemu in duševnemu zdravju vodij zdravstvene nege, pri tistih z zmerno do visoko stopnjo stresne obremenitve pa je treba izvajati zgodnje odkrivanje, zgodnje posredovanje in zgodnje svetovanje ter tako zmanjšati njihovo stresno obremenitev (Yang et al., 2024).

Razumevanje in prepoznavanje nekaterih vzrokov za stres pri delu na vodstveni ravni je pomembno, da organizacije lažje oblikujejo strategije in upravljajo stres pri delu vodij zdravstvene nege (Untarini et al., 2020). Organizacije, ki želijo povečati dobro počutje in predanost vodij zdravstvene nege, bi morale zato poskušati izboljšati njihove delovne pogoje, tako da jim dajo večjo avtonomijo in spodbujajo deljeno in participativno vodenje. Poleg tega bi morale organizacije vzdrževati in izboljšati vodstvene sposobnosti vodij tako, da jim omogočijo dostop do izobraževalnih in mentorskih programov, da se omogoči in podpre njihova poklicna rast. Za zmanjšanje stresa vodij zdravstvene nege morajo organizacije izvajati politike (npr. prilagodljiv delovni čas ali možnost dela na daljavo) in prakse, ki podpirajo ravnovesje med delom in zasebnim življenjem (Niinihuhta et al., 2022). Ustrezne možnosti za okrevanje za psihično in fizično sprostitev na delovnem mestu so bistvenega pomena za zagotavljanje zdravja in optimalne delovne uspešnosti (Kinman et al., 2020). Stopnja slabega duševnega zdravja se povečuje zaradi naraščajočih zahtev, pomanjkanja osebja in zmanjševanja virov. Ti pritiski so pogosto sistemske narave in zahtevajo tako posredovanje politike kot tudi organizacijske ravni (Kinnman et al., 2020).

Znanstvene metode obvladovanja stresa in psihološko svetovanje lahko ublažijo poklicno izgorelost in negativna čustva vodij zdravstvene nege, zmanjšajo pojavnost neželenih dogodkov in tako krepijo poklicno identiteto vodij. Priporočljivo je, da organizacije aktivno razumejo potrebe vodij zdravstvene nege, zagotovijo zadostne vire in podporo v delovnem procesu ter spodbujajo vlogo vodij pri razvoju organizacije, posvečajo pozornost duševnemu zdravju vodij zdravstvene nege, krepijo učinkovito komunikacijo in spodbujajo njihovo obvladovanje stresa (Yang et al., 2024). Organizirani načini za preprečevanje in obvladovanje nastanka stresa v delovnem okolju, kot je supervizija in racionalizacija dela, so se izkazali za učinkovito obliko pomoči zaposlenim v zdravstveni negi pri zmanjšanju poklicnega stresa (Bregar et al., 2011).

Miyata et al. (2015) so ugotovili tri dejavnike, ki so pomembno prispevali k njihovemu obvladovanju stresa: zadostna podpora in nasveti, prosti čas in individualne strategije obvladovanja stresa. Predlagali so dve priporočili za zmanjšanje stresa pri vodjih zdravstvene nege. Prvo priporočilo je bilo, da bi morale organizacije zagotoviti podporo pri učenju, kako učinkovito delati in kako obvladovati svoj odziv na delovne zahteve. Drugo priporočilo je bilo usmerjeno, kako naj vodje zdravstvene nege

obvladujejo nasprotujoče si zahteve direktorjev zdravstvenih ustanov na eni strani in svojih zaposlenih na drugi strani. Znano je, da vodje zdravstvene nege »žonglirajo« med številnimi zahtevami direktorjev zdravstvenih ustanov na eni strani in svojimi zaposlenimi na drugi strani. Preobremenjenost je vključevala načrtovanje in usklajevanje medčloveških odnosov, človeških virov, številne upravne naloge, številne in zapletene zahteve zaposlenih, delo s pacienti in njihovimi svojci, sprejemanje številnih telefonskih klicev zunaj službe, visoka pričakovanja, da vodje v prekratkem času naredijo preveč za več ljudi.

3 METODE

Namen projektnega dela se je čim bolje seznaniti z obremenitvami, ki jih vodilni v zdravstveni negi doživljajo pri vsakdanjem delu. Glede na pogostost izpostavljenosti stresnim situacijam in možne posledice na zdravje vodij zdravstvene nege sta bili oblikovani dve raziskovalni vprašanji:

- Kako se vodje zdravstvene nege spoprijemajo s stresnimi situacijami, ki jih doživljajo na delovnem mestu?
- Kakšni so predlogi vodij zdravstvene nege za njihovo razbremenitev na delovnem mestu?

Cilj raziskave je bil raziskati mnenja in stališča vodij zdravstvene nege glede doživljanja in spoprijemanja z obremenitvami na delovnem mestu ter ugotoviti, kakšni so predlogi vodij za njihovo razbremenitev.

3.1. Zbiranje podatkov

Uporabili smo kvalitativno raziskovalno metodologijo. Na podlagi zastavljenih raziskovalnih vprašanj smo oblikovali vodilo za intervju, ki smo ga uporabili za pridobitev podatkov v okviru izvedbe polstrukturiranega intervjuja. Vodilo za intervju je sestavljalo devet vprašanj odprtega tipa.

Zbiranje podatkov je vključevalo osebne intervjuje, v katerih so bili udeleženci naprošeni, da na zastavljena vprašanja odgovorijo kar se da resnično. Vsak udeleženec intervjuja je odgovoril tudi na demografska vprašanja glede spola, delovne dobe, leta vodstvenih izkušenj in količino oddelanih ur na delovnem mestu in zunaj njega. Demografski podatki so bili zbrani s pomočjo vprašalnika, ki je vseboval osem vprašanj zaprtega tipa. Vprašalnik z demografskimi podatki so udeleženci izpolnili pred izvedbo intervjuja. Pred izpolnitvijo vprašalnika so intervjuvanci podpisali tudi soglasje za sodelovanje v raziskavi.

Prvi del intervjuja se je nanašal na pogled udeležencev intervjuja na delovne obremenitve (npr. Kateri dejavniki za vas predstavljajo največji stres? Katera čustva se vam porajajo?). Drugi del se je nanašal na strategije spoprijemanja s stresom (npr. Kako se spoprijemate z obremenitvami na delovnem mestu? Katere tehnike pri tem uporabljate?). V tretjem delu smo povprašali o predlogih za razbremenitev vodij (npr. Kaj bi želeli spremeniti na delovnem mestu? Kakšno je mnenje vodij glede supervizije?). V zadnjem delu smo povprašali o zdravstvenem stanju vodij zdravstvene nege (npr. S katerimi zdravstvenimi težavami se soočate?).

3.2. Vključeni v raziskavo

Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje, saj omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije. V raziskavo smo vključili vodje zdravstvene nege, ki so imeli več kot tri leta delovnih izkušenj na delovnem mestu strokovne vodje. Intervjuvali smo pet vodij zdravstvene nege na primarni ravni, in sicer so bili štirje udeleženci ženskega spola in en udeleženec moškega spola.

Udeleženci so imeli od 24 do 40 let delovne dobe v zdravstveni negi. Na vodstvenem položaju so bili od 4 do 19 let. Od 5 vodij zdravstvene nege sta bila dva udeleženca, ki sta imela manj kot 10 let delovnih izkušenj kot vodja zdravstvene nege, 3 udeleženci so imeli več kot 15 let delovnih izkušenj na položaju vodje zdravstvene nege. Število zaposlenih, za katere so bili odgovorni, je variiralo od 7 do 71 zaposlenih.

3.3. Potek raziskave in soglasja

Za izvedbo raziskave smo predhodno pridobili dovoljenje zdravstvene ustanove na primarni ravni, kjer smo izvedli intervjuje. Intervjuje smo opravili v drugi polovici marca in prvi polovici aprila 2024. Vse osebne intervjuje je opravil raziskovalec. Zbiranje podatkov je potekalo na delovnem mestu udeležencev raziskave v za to namenjenem prostoru, v pisarni udeleženca med delovnim časom. Intervju je trajal 30 do 60 minut. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in je zahtevalo pisno privolitev vodij zdravstvene nege za sodelovanje v intervjuju. Zaupnost in anonimnost sta bili zagotovljeni z uporabo sistema kodiranja udeležencev. Udeleženci so bili seznanjeni, da je raziskava namenjena izobraževanju in da bodo ugotovitve posredovane v obliki predstavitev in objave. Glavni seznam vseh udeležencev z imeni, telefonskimi številkami in ustreznimi kodami je shranjen pri raziskovalcu. Glavni seznam, prepis intervjujev in zvočni posnetki bodo uničeni v najkrajšem času po zaključku projektne naloge. Za sodelovanje v intervjujih ni bilo nobenih denarnih koristi.

3.4. Obdelava podatkov

Intervjuji so bili zvočno snemani in nato takoj prepisani. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo konvencionalne vsebinske analize (Hsieh & Shannon, 2005). To je analiza pripovednih podatkov, ki pomaga med vsebino prepoznati teme in vzorce. Najprej smo vsak intervju v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali vsebinsko podobne pojme in jih smiselno povezali v kategorije in podkategorije. Odgovore udeležencev smo prikazali in predstavili s pomočjo navedkov, ki pripadajo določeni temi. Za lažjo orientacijo navajamo sistem zapisa:

Vir oziroma referenco za navedke navajamo po principu U 1, pri čemer pomeni U udeleženec, 1 zaporedno številko udeleženca. Citati, ki predstavljajo prepis intervjuja, so ponekod prečiščeni za lažjo berljivost in razumevanje povedanega. V samo vsebino nismo posegali.

4 REZULTATI

V Tabeli 2 smo predstavili identificirane kategorije: (1) delovni čas; (2) dejavniki stresa; (3) strategije spoprijemanja s stresom; (4) predlogi za razbremenitev pri vsakdanjem delu.

Tabela 2: *Shematični prikaz kategorij in podkategorij*

Kategorije	***Podkategorije***	***Koda***
Delovni čas	Delo zunaj rednega delovnega časa	Ostajam po službi, ker delo ni narejeno, zadnji trenutek je treba nekaj narediti, ostanem v službi po koncu delovnika.
	Delo doma	Stalna pripravljenost, stalna dosegljivost zaposlenim, dokončanje projekta doma, delam na dopustu, delam v času bolniške odsotnosti.
	Neustrezno plačilo	Prenizko plačilo za preveliko odgovornost, neizplačilo nadurnega dela, urediti ustrezno plačilo.
Stresni dejavniki	Nepredvidene situacije	Nenadne zadeve, ki jih je treba takoj rešiti, narediti, nenadne spremembe, delo, ki ni planirano vnaprej.
	Premalo kadra	Izpadi kadra, ni rezerve, nezadovoljstvo zaposlenih, nimam nikogar, ki bi me nadomeščal.
	Administracija	Birokracija, papirologija, poročila, statistika, urniki.
	Časovna stiska	Preveč stvari hkrati v prekratkem času, preveč vsega, prekratki roki.
Strategije spoprijemanja s stresom	Delovno okolje	Vaje za razbremenitev, poslušanje glasbe, globok vdih, trezno razmišljanje, umirjanje. stremljenje k pozitivnemu cilju, nekaj minut za razgibavanje.
	Domače okolje	Sprehodi v naravi, druge aktivnosti z družino.
Predlogi za razbremenitev pri vsakdanjem delu	Izobraževanje/delavnice	Učenje, predavanja
	Supervizija	Zunanja pomoč, pomoč strokovnjaka
	Teambuilding	Neformalna druženja zunaj delovnega časa
	Pomočnik	Dodatna pomoč za razbremenitev, nadomestilo za čas odsotnosti

Delovni čas

Večina vodij zdravstvene nege je navedla, da dela od 9 do 10 ur na dan, skoraj vsi pa so zabeležili od 45 do največ 50 delovnih ur na teden. Vodje zdravstvene nege so delo nosili tudi domov. Doma so tako opravili od 2 do 10 dodatnih ur na teden, odvisno od zadev, situacij, ki so se zgodile, da so to delo morali opraviti od doma. Zraven vodstvene funkcije so štirje udeleženci opravljali tudi neposredno delo s pacienti, torej so delali tudi v ambulanti. Samo ena udeleženka je opravljala izključno vodstveno funkcijo. Če seštejemo vse ure skupaj, tako ure oddelane na delovnem mestu kot ure, opravljene doma, ugotovimo, da vodje zdravstvene nege delajo od 47 do 60 ur na teden. Prav tako so vodje povedali, da se njihovo delo ne zaključi z delovnikom, ampak so svojim zaposlenim na razpolago 24 ur na dan, 7 dni na teden in vsak dan v letu. Prav tako delajo v času rednega letnega dopusta in v času bolniške odsotnosti. Izrecnega nadomestila nimajo. Vodje zdravstvene nege prav tako ne dobijo plačanega dela, ki ga opravijo zunaj delovnega časa, kot ostali zaposleni v zdravstveni negi. Delo vodij zdravstvene nege ni ustrezno vrednoteno in ne stimulirano.

U 3: *»Ko me ni, imam sicer neke vrste nadomestilo, vendar izključno samo za urnike, če kdo zmanjka, vse ostalo pa je na meni, ker nihče ne želi to delati, kar jaz delam. Še v času moje bolniške sem zmeraj delala od doma. Da me danes zmanjka, nimam nikogar, ki bi me nadomeščal, ker noben noče. Vsakič ko grem na dopust, delam na dopustu, maili, klici. Taka je realnost. Nikoli ne odklopim službe. Včasih si želim, da bi imela vsaj teden dni miru.«*

U 1: *»Urediti ustrezno plačilo, glede na vse odgovornosti, vse obremenitve, kaj vse moramo narediti in glede na to, kako moramo biti skoz dosegljivi, smo vodstveni delavci premalo plačani. Velikokrat zaposleni rečejo, veš kaj za ta denar sem jaz rajši doma z družino. In zato se veliko zaposlenih ne odloča za delo vodje, ker je enostavno preveč vsega.«*

Stresni dejavniki

Vodje so povedali, da jim največji stres povzročijo nepredvidene situacije, nenadni izpadi kadra zaradi bolniške odsotnosti, kako nadomestiti izpad kadra, posledično nezadovoljstvo ostalih zaposlenih. Nezmožnost pridobivanja potrebnih človeških virov, nujnih za delovanje njihovih enot, je bila za vodje zdravstvene nege navedena kot obremenjujoča. Eden od vodij je povedal, da mu stres povzroča tudi prevelika odgovornost za zaposlene, za katere pravnoformalno ni odgovoren in prav tako ne plačan zanje.

U 2: *» Največji stres mi povzroči nenadna sprememba, ko moraš takoj nekaj urediti, npr. takoj zjutraj dobiš sporočilo, da nekoga ne bo v službo. Službo bi pa moral nastopiti ob 7. zjutraj. Od kje in kako nadomestiti manjkajočega.«*

U 3: *»Najbolj me obremenjujejo izpadi zaradi bolniškega staleža, nezadovoljstvo ostalih zaposlenih na račun tega, saj vedo, da bodo morali cel dan delati, da se nadomesti ta izpad. Rezerve pa nimaš.«*

U 4: *»Najbolj me boli, ko se odnosi med zaposlenimi – nami skrhajo, ko ne najdemo skupnega jezika. Nezadovoljstvo, neprimerni stavki, žaljenje zaposlenih.«*

Največji stres vodjem zdravstvene nege predstavlja tudi preveč administrativnega dela. Vse vodje so povedali, da so zasičene z birokracijo, velikokrat v nemogočih časovnih okvirjih.

U 1: *»Nepotrebna birokracija, preveč je formularjev, obrazcev, preveč je vse togo, ker v javnem zdravstvu baje ne more biti drugače. V zdravstveni negi je absolutno preveč papirologije, ki nas obremenjuje, statistik, poročil, časovna obremenitev. Vsakega 10. v mesecu mora biti to in to, vsakega 15. mora biti to, in včasih si v veliki časovni stiski, ker ti čas ne dopušča, da bi nekaj naredil v redu, tako kot si želiš. Če želiš nekaj dobro opraviti, za to rabiš čas, in ker so zraven še ostale zadeve, ti to enostavno povzroča stisko.«*

Ko se vodje zdravstvene nege soočajo s težkimi in pogosto nepredvidenimi situacijami na delovnem mestu, ob tem doživljajo jezo, žalost, strah pred napako, razočaranje in stisko.

U 1: *»Najpogosteje doživljam stisko, strah, ali bom zmožna to opraviti ali ne, sploh če je časovno omejeno, ali bom v ustreznem času to tudi naredila.«*

U 4: *»Žalost, razočaranje, jeza. Zdi se mi, da premalokrat povem, odreagiram, da bi svojim nadrejenim pokazala, povedala, da se ne strinjam vedno, na vse njihove zahteve.«*

Strategije spoprijemanja s stresom

Vodje zdravstvene nege so pokazali kombinacijo pristopov obvladovanja, ki so bili osredotočeni na problem in na čustva, vendar so večinoma uporabljali strategije, usmerjene najprej v obvladovanje čustev.

U 1: *»Najprej globoko vdihnem, razmislim, kaj točno se od mene zahteva, kaj moram narediti in v kakšnem času. Napnem vse svoje sile, možgane in si rečem, to je treba narediti. Poskušam trezno razmisliti, najboljše za svoje zaposlene, za sebe in*

za situacijo, ki je. Upaš, da boš dobro naredil, da te ne bo kakšno čustvo peljalo v napačno smer.«

U 5: *»Poskušam se umiriti, poskušam stremeti k pozitivnemu cilju za dobro zaposlenih, celotne službe in to me žene naprej.«*

Vodje smo povprašali, ali uporabljajo kakšno tehniko sproščanja na delovnem mestu, vendar sta samo dve vodji povedali, da na delovnem mestu uporabljata tehnike sproščanja, tri pa žal ne. Hkrati so povedali, da če bi imeli znanje oziroma bi vedeli kako, bi verjetno te tehnike tudi uporabili. Dve vodji sta povedali, kakšne tehnike uporabljajo na delovnem mestu, in sicer:

U 1: *»Na delovnem mestu ni veliko časa za to. Ker pa imam pretežno sedeče delo, si poskušam vzeti 1- do 2-krat na dan par minut za razgibavanje. Naredim si glasbo v ozadju, odprem okno za sveži zrak in naredim par vaj. Potem nadaljujem z delom.«*

U 4: *»Velikokrat mi pade kemični svinčnik na tla, da se prepognem in tam izrazim vse možne grimase, razmigam obrazno mimiko.«*

Vodje so prav tako povedali, da so v prostem času, če ga le imajo na voljo, aktivni v naravi, najraje gredo na sprehod v naravo, kolesarijo in prosti čas aktivno preživljajo s svojimi družinami.

U 1: *»Skozi vsa ta leta vodstvene funkcije sem ugotovila, da si moraš pomagati s tehnikami sproščanja, ker drugače te prehitro pobije, ker je vodstveno mesto res zelo stresno.«*

U 2: *»Največkrat poslušam glasbo. Že po poti domov si jo naredim na največjo možno glasnost, da spravim ven vse, kar sem v tistem dnevu doživela.«*

Predlogi za razbremenitev pri vsakdanjem delu

Ko smo vodje povprašali, kaj pogrešajo na delovnem mestu za razbremenitev oz. kaj bi želeli spremeniti, da bi bilo zanje delo manj stresno, so v večini povedali, da bi si želeli, da bi se za vodstveni kader v zdravstveni negi bolje poskrbelo tako s strani delodajalca kot tudi na nacionalni ravni. Vodje so izrazili željo po delavnicah, po predavanjih o razbremenitvi oziroma učenju tehnik sproščanja. Prav tako so vodje izrazili željo po neformalnem druženju zunaj delovnega časa v obliki teambuildinga za vse vodstvene delavce znotraj organizacije.

U 1: *»Prav bi bilo, da bi se poskrbelo za vodilne delavce. Za svoje zaposlene moramo poskrbeti mi, za nas pa nihče. Prav bi bilo, da bi delodajalec poskrbel za vodstveni kader, mogoče teambuilding 2-krat letno, v obliki delavnic tehnik sproščanja,*

predavanj, da bi vodilni delavci dobili občutek, da smo nekaj vredni, da si delodajalec želi, da smo na svojem delovnem mestu dobri.«

U 2: *»Organizacija neformalnih srečanj, da bi vodilni kader imel možnost pogovorov, kako so drugje rešili težave, in mogoče na ta način tudi kakšne skupne težave rešili.«*

U 3: *»Delavnice. Druženje vodstvenih delavcev izven službe, menjava okolja, izmenjava izkušenj, težav, teambuildingi. Mogoče vključili psihologe, da bi nam dali neke napotke, kako bi lažje premagovali stres, ker mi nimamo nobene pomoči. Rabili bi pomoč, kak nasvet v sproščenem vzdušju. Včasih smo tudi mi na dnu. Vedno več je zadolžitev, vedno več je obremenitev, ljudje so nezadovoljni, pacienti tako ali tako. Včasih sem s ponosom povedala, da sem medicinska sestra. Zdaj mi je hudo, ker dobim ne samo eno klofuto, ampak 10 naenkrat.«*

U 4: *»Razumevanje na državni ravni, predvsem v organizaciji dela, ker se je zelo spremenil način dela. Seminarji, kjer bi se vodstveni delavci dobili in predelali neke vsebine, namenjene izključno vodstvenemu kadru, to se mi zdi zelo pozitivno.«*

U 5: *»Čas, ki bi bil namenjen samo za vodenje, da bi bilo to bolje pravnoformalno urejeno. Ne pa, da sem vse ostalo, samo vodja ne. Da se jasno definira čas, koliko stroki, koliko organizaciji. Jasna razmejitev del in nalog vodstvene funkcije. Ločitev funkcij, da nismo vključeni v operativo 100-%, ampak lahko kot nadomeščanje izpadov, ne pa kot sestavni del tima, da tudi ti moraš narediti določeno količino točk.«*

Večina vodij je omenila tudi možnost supervizije kot obliko razbremenitve. Dve vodji supervizijo poznata, saj jo imajo v sklopu svojega oddelka vključeno v proces dela, vendar ne posebej za vodstveni položaj.

U 2: *»Zunanja pomoč v stresnih situacijah. Vsekakor bi bila dobrodošla tudi za nas, saj ima marsikatera vodja mogoče kakšne težave, ki jih ne zna sama rešiti, tlačiš jih v sebi, nosiš domov. Menim, da bi nam delodajalec lahko s tem prišel nasproti.«*

U 3: *»Supervizija kot pomoč na delovnem mestu, da lažje prebrodimo težave. Mislim, da je zelo dobrodošla. Nujna medicinska pomoč jo ima. Glede na to, da je naše delovno mesto zelo obremenjujoče, da imamo raznorazne zadeve, tako privat kot službeno, bi definitivno potrebovali pogovor na strokovni ravni, da veš, v katero smer greš.«*

U 4: *»Na naši enoti imamo možnost supervizijskega dela. To je za nas velik plus, ker lahko zadeve predelamo na strokoven način, dobimo od ustreznih supervizorjev navodila, potrditev, da smo ravnali prav, tudi da nismo ravnali in se potem lahko popraviš. Odlična rešitev reševanja odnosov in konfliktov.«*

Vodje zdravstvene nege smo povprašali, kakšno je njihovo mnenje, če bi imeli ob sebi pomočnika, ki bi jih razbremenil nekaterih del in nalog na delovnem mestu. Vse vodje zdravstvene nege so z velikim navdušenjem pozdravili to možnost.

U 1: *»Absolutno, to bi bila najboljša rešitev, če bi bila priznana administratorka, ki bi pomagala glavni medicinski sestri. Tako kot ima predstojnik organizacijske enote oziroma vodja službe svojo tajnico, tako bi lahko imele me svojo. Vsa administrativna dela, papirna dela so s pomočjo administratorja dosti lažja.«*

U 2: *»Definitivno. Je pa res, da mora pomočnik biti efektiven, natančen, kreativen, ustvarjalen, da ima mogoče tudi on kakšno idejo, kako izboljšati kakšno zadevo. Toplo pozdravljam to idejo.«*

U 3: *»Res bi potrebovala pomočnika, da bi me razbremenil pri vsakdanjem delu.«*

U 4: *»Zelo si želim pomoč administratorja, ker je veliko mojega dela administrativne narave, se mi zdi, da bi mi ostalo več časa, da bi se lahko posvetila zaposlenim. Veliko bi mi pomenilo, če bi lahko nekdo drug opravil nekaj mojega administrativnega dela.«*

U 5: *»Administrativen pomočnik – absolutno, nujno, da se razbremenim papirnih zadev. Tako dobrodošla pomoč, da imaš lahko več časa za vodenje zaposlenih.«*

Vodje zdravstvene nege smo povprašali tudi o njihovem zdravstvenem stanju. Vemo, da dolgotrajno izpostavljanje stresu vpliva tudi na njihovo zdravje. Ljudje se različno odzivajo na stres. Posledice, ki pri tem nastanejo, so lahko fiziološke, psihološke in vedenjske narave. V intervjuju so vodje povedali, da so se pri njih pojavile različne zdravstvene težave: ena izmed vodij se je soočala z dlje časa trajajočo nepojasnjeno alergijo in bolečinami v ramenih ter hrbtu; druga vodja ima konstantno povišan pulz, za katerega jemlje tudi terapijo in je bila pred časom operirana na žolčnih kamnih; tretja vodja ima težave z vidom in bolečinami v križu; četrti vodja je bil v lanskem letu operiran na ledvičnih kamnih. Izmed vodij, udeleženih v intervjuju, je samo ena povedala, da za zdaj nima zdravstvenih težav.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Z raziskavo med vodji zdravstvene nege smo se podrobneje seznanili z njihovim doživljanjem obremenitev na delovnem mestu kot tudi dobili vpogled v predloge vodij za njihovo razbremenitev. Na osnovi podatkov smo oblikovali štiri kategorije, in sicer: (1) delovni čas; (2) dejavniki stresa; (3) strategije spoprijemanja s stresom; (4) predlogi za razbremenitev pri vsakdanjem delu. Delovni čas je vseboval podkategorije: delo zunaj rednega delovnega časa, delo doma in neustrezno plačilo. Dejavniki

stresa so vsebovali podkategorije: nepredvidene situacije, premalo kadra, administracija, časovna stiska. Strategije spoprijemanja s stresom so vsebovale podkategorijo spoprijemanja s stresom v delovnem okolju in v domačem okolju. Predlogi za razbremenitev pa so vsebovali podkategorijo: izobraževanje/delavnice, supervizija, teambuilding ter pomočnik.

Med stresorji na delovnem mestu so vodje v intervjuju izpostavili predvsem velike delovne obremenitve, preveč administracije, časovno stisko zaradi kratkih rokov, pomanjkanje kadra, nepredvidene situacije, nezadovoljstvo zaposlenih zaradi pomanjkanja kadra. Ofei (2019) je pri analizi stresnih situacij ugotovil, da kot glavni vir stresa v delovnem okolju vodij zdravstvene nege prevladuje kratek rok za izpolnitev naročil in hkratno opravljanje različnih nalog. Boitshwarelo (2020) pa med stresorji na delovnem mestu, s katerimi se spopadajo vodje zdravstvene nege, navaja velike delovne obremenitve, neustrezne vire, pomanjkanje priznanja in podpore, nezmožnost priskrbeti in zagotavljati kakovostno oskrbo, kar se ujema z našimi ugotovitvami.

Vodje zdravstvene nege so v intervjuju povedale, da jih ob stresnih situacijah najpogosteje spremljajo negativna čustva, kot so jeza, žalost, razočaranje, stiska, strah pred napako. Podobno so tudi Miyata et al. (2015) kot Shirey (2009) ugotovili različne negativne posledice, povezane s stresom pri delu vodje zdravstvene nege. Te posledice so vključevale predvsem čustva, kot so jeza, krivda, razočaranje ter zdravstvene posledice, kot so nespečnost, razdražljivost, nemir, nepotrpežljivost, izčrpanost, zadihanost in napete mišice. Tudi večina vodij, ki je bila vključena v našo raziskavo, je poročala o zdravstvenih težavah, ki bi jih lahko pripisali prevelikim obremenitvam oz. izpostavljenosti stresu na delovnem mestu (bolečine v hrbtu in ramenih, nepojasnjene alergije, povišan srčni utrip itd.). Navedene zdravstvene težave ustrezajo navedbam več avtorjev (Garrosa et al., 2010; Jourdain & Chênevert, 2010), ki navajajo, da se fiziološke reakcije na stres kažejo v obliki glavobolov, bolečinah v različnih delih telesa, razbijanju srca, tiščanju in bolečinah v želodcu, večji dovzetnosti za bolezen in alergičnih reakcijah. Ena izmed vodij v raziskavi je namreč dejala »*ves stres, ki ga doživljam, nosim na hrbtu in ramenih*«. Glede na navedeno se strinjamo z Labrague et al. (2018), ki navajajo, da je vloga vodje zahtevna, a hkrati izčrpavajoča in stresna ter ima negativne posledice za posameznikovo splošno zdravje in dobro počutje, izide zdravljenja pacientov in produktivnost organizacije. Hkrati pa se moramo zavedati, da je prekomeren stres pri zaposlenih, kot navajajo Untarini et al. (2020), lahko nevaren za organizacijo, saj lahko privede do fluktuacije zaposlenih. Pretirani pritiski na delovnem mestu pomenijo tudi za organizacijo visoke stroške zaradi absentizma in zmanjšane produktivnosti. Zaposleni, ki so močno pod stresom, so velikokrat pogosteje odsotni zaradi absentizma.

Vodje zdravstvene nege so v intervjuju poročale o dolgih in intenzivnih delovnih dnevih. Njihov delovnik se ni zaključil po 8 urah dela kot pri ostalih zaposlenih, ampak zaradi obsega dela ostajajo po koncu delavnika še zmeraj v službi. Pogosto se njihovo delo nadaljuje tudi v domačem okolju, kjer morajo biti vodje svojim zaposlenim dosegljivi 24 ur na dan in vse dni v letu. Vodje so poročale, da nimajo izrecnega nadomestila, ki bi jih razbremenilo nekaterih del in nalog, ampak so v večini same za vse. Podobno Jappinen et al. (2021) opisujejo delo vodje zdravstvene nege kot zelo osamljeno in brez ustrezne podpore, saj zanjo pogosto ni dovolj časa ali pa le-ta sploh ne obstaja. Miyata et al. (2015) so v raziskavi ugotovili, da so vodje zdravstvene nege bile izključno same odgovorne za obvladovanje težav, povezanih z oddelkom. Prav tako so te vodje povedale, da težav in skrbi pri upravljanju niso mogle deliti s svojimi nadrejenimi in ostalimi člani osebja, zaradi česar so se počutile osamljeno. Strinjamo se z Miyata et al. (2015), ki menijo, da imajo vodje zdravstvene nege najzahtevnejše delovne urnike v zdravstvenem sektorju. Poleg tega so lahko obseg odgovornosti, obseg nadzora in delovne zahteve za vodje nerealni. Vodje zdravstvene nege običajno prevzemajo tako administrativne naloge kot naloge upravljanja osebja, kar povečuje njihovo delovno obremenitev in otežuje njihovo delo. Od vodij se pričakuje, da dosežejo organizacijske cilje in hkrati vzpostavijo zdravo delovno okolje za svoje zaposlene. V realnosti pa vodjem zdravstvene nege zaradi obsega del in nalog ostane le malo časa, da bi dejansko lahko opravljali nalogo vodje zdravstvene nege.

Če želijo vodje zdravstvene nege ustvariti varno in zdravo delovno okolje za svoje zaposlene, morajo tudi vodje biti čustveno, telesno in funkcionalno sposobni. Vodje zdravstvene nege so v intervjuju pojasnile, kaj vse bi bilo treba uvesti za njihovo razbremenitev na delovnem mestu, od izobraževanj do supervizije in pomočnika, ki bi jih razbremenil nekaterih del in nalog.

Vodje zdravstvene nege, ki so sodelovale v naši raziskavi, so izrazile željo in potrebo po delavnicah, teambuildingu, predavanjih za obvladovanje stresa oziroma učenju različnih tehnik sproščanja. Obstaja več različnih načinov oziroma tehnik sproščanja, res pa je, da med paleto različnih tehnik mora vsak posameznik sam poiskati njemu najbolj ustrezno. Tehnike za obvladovanje stresa so različne: fizična aktivnost, meditacija, tehnika čustvenega osvobajanja, masaža in aromaterapija, terapija z glasbo, dihalne vaje in drugo. Engen et al. (2012) so ugotovili, da samo 15 minut masaže na masažnem stolu med delovnim časom zmanjša simptome, povezane s stresom. Prav bi bilo, da bi delodajalec prepoznal pomembnost zmanjšanja stresa vodstvenih delavcev in s pomočjo delavnic, različnih izobraževanj pomagal vodstvenim delavcem pri obvladovanju stresa.

Vodje zdravstvene nege so podale pomembne predloge za njihovo razbremenitev, ki bi jih bilo treba v praksi upoštevati, če želimo ohraniti kadre v zdravstveni negi. Izpostavili bi predvsem dva predloga, kot sta supervizija in uvedba pomočnika/namestnika vodje zdravstvene nege.

Supervizija v zdravstveni negi je relativno nov pojav, ki daje možnost za obvladovanje stresa in odkrivanja izzivov in priložnosti. Supervizija ne odpravlja problemov, temveč išče poti za bolj učinkovito razreševanje. Strokovnemu delavcu pomaga, da na problem ne gleda kot na težavo, ampak kot na nalogo oz. izziv (Memič, 2014). Glede na to, da so vodje v naši raziskavi izrazile željo po superviziji kot eni izmed možnosti za zmanjšanje stresa na delovnem mestu, menimo, da bi supervizija morala biti sestavni del vsakdanjega delovnega procesa in tudi osebnega razvoja vodje zdravstvene nege. Vodje bi tako izboljšale svoje dobro počutje, ohranjale svoje telesno in duševno ravnovesje ter izboljšale splošno zadovoljstvo na delovnem mestu.

Prvi korak, ki bi ga lahko naredili v razbremenitev vodij zdravstvene nege, je, da se jim odvzame del administrativnih del in nalog, ki jemljejo vodjem čas, ki bi ga lahko namenile vodenju svojih zaposlenih, ter jih preusmerili na pomočnike. Administratorji v zdravstvu bi vodjem zdravstvene nege lahko pomagali pri transformacijskih in participativnih stilih vodenja, saj so lahko koristni tako za zaposlene v zdravstveni negi kot za vodjo zdravstvene nege (Jappinen et al., 2021).

Vodje, ki so bile vključene v našo raziskavo, so povedale, da nimajo nadomestila, kar pomeni, da nimajo namestnika, ki bi jih lahko v celoti nadomestil, kadar so na dopustu oziroma na bolniški odsotnosti. Vodje tako nimajo možnosti, da bi se razbremenile, umaknile od delovnih obveznosti, se posvetile sebi in družinam, imele možnost aktivnega počitka in kakovostnega preživljanja prostega časa. Biti 24 ur na dan, 7 dni na teden in vse leto »vpet« v službene obveznosti, vodi v neprivlačnost delovnega mesta za mlajšo generacijo, v nezadovoljstvo vodij zdravstvene nege, v njihovo izčrpanost, ne nazadnje tudi v izgorelost. Vpeljava delovnega mesta namestnika strokovne vodje bi zagotovo razbremenila vodjo zdravstvene nege nekaterih del in nalog oziroma bi naloge bile porazdeljene. Delovno mesto namestnika strokovne vodje bi moralo biti ustrezno ovrednoteno v plačnem sistemu in temu ustrezno tudi plačano.

Shirey je že leta 2009 izpostavila model soupravljanja in ugotovitve, da so vodje zdravstvene nege, ki niso bile vključene v model soupravljanja, poročale o precejšnjem neravnovesju med delom in zasebnim življenjem. Inovativni modeli soupravljanja lahko ustvarijo dejanske ali zaznane izboljšave v sposobnosti vodenja in tako prispevajo k večji privlačnosti vloge vodje.

Vodstva zdravstvenih ustanov in ostale ustrezne institucije bi morali prisluhniti problematiki delovnih obremenitev vodij zdravstvene nege in se posvetiti preprečevanju oz. zmanjšanju stresa na delovnem mestu. Delovno mesto vodje zdravstvene nege postaja vse bolj neprivlačno, kot je izpostavila ena izmed vodij v naši raziskavi:

»Nekoč, če si želel biti vodja, si se moral konkretno potruditi, se izkazati, pridno delati, velikokrat brez nagrade, narediti veliko več kot drugi, se izkazati s svojim znanjem in sposobnostjo, moral si se boriti z ostalimi za vodilno delovno mesto. Konkurenca je bila velika. Danes oziroma že nekaj let opažam, da ker je delo vodje tako stresno, tako naporno, tako odgovorno, tako slabo, nihče več noče prevzeti delovnega mesta vodje oziroma moraš človeka skoraj prisiliti v to, da vzame vodstveni položaj. Redki so tisti, ki se sami odločijo.«

Labrague (2020) pove, da se bo fluktuacija v zdravstveni negi povečevala, še posebej ob upokojitvi generacije vodij zdravstvene nege iz obdobja babybooma. Hkrati pa se že soočamo z izzivom zaposlovanja novih vodij zdravstvene nege. Stres in izgorelost med vodji sta postala vse večja težava, kar lahko negativno vpliva na kakovost storitev. Privlačnost kariere vodje zdravstvene nege je ključnega pomena za privabljanje in zadrževanje novih kadrov. Za zdravstvene organizacije je pomembno, da razvijejo strategije za učinkovito zaposlovanje in zadržanje novih vodij zdravstvene nege. To vključuje mentorstvo, izobraževanje in ustvarjanje spodbudnega delovnega okolja, ki zmanjšuje stres in izgorelost.

Do izboljšanja položaja vodij zdravstvene nege lahko pride le, če bo posluh vseh odločevalcev. Ugotovitve naše raziskave lahko pomembno prispevajo na področju izobraževanja in prakse zdravstvene nege ter predstavljajo izhodišča za nadaljnje raziskave in zdravstveno politiko.

Kot omejitev raziskave bi izpostavili dejstvo, da je bila raziskava izvedena samo med vodji zdravstvene nege na primarni ravni. Ena izmed omejitev je dejstvo, da je interpretacija podatkov odvisna tudi od raziskovalcev. Raziskovanje bi bilo smiselno nadaljevati s kvalitativno in kvantitativno raziskovalno paradigmo in vanjo vključiti vodje zdravstvene nege tudi iz sekundarne in terciarne ravni. Večina raziskav se osredotoča predvsem na stres zaposlenih v zdravstveni negi, le malo raziskovalcev pa se osredotoča na preučevanje stresorjev pri vodjih zdravstvene nege. V Sloveniji je bilo opravljenih kar nekaj raziskav v povezavi s stresom med zaposlenimi v zdravstveni negi, vendar se nobena raziskava ni osredotočila izključno na pojavnosti stresa pri vodji zdravstvene nege, zato obstaja potreba po izvedbi aktualne raziskave o vplivu stresa na vodje zdravstvene nege in spoprijemanju s stresom med vodji v zdravstveni negi. Dodatne študije z uporabo mešanih metod in večjega vzorca bi

to tematiko veliko bolje osvetlile. Za natančno preučitev obravnavane problematike bi bilo treba v prihodnjih raziskavah preveriti še osebnostne značilnosti vodij zdravstvene nege in kako le te vplivajo na spoprijemanje z obremenitvami na delovnem mestu, kako vplivajo na odpornost vodje na stres, in raziskati povezavo med stilom vodenja in odpornostjo na stres ter povezavo med podporo v organizaciji in zadovoljstvom vodij na delovnem mestu.

6 SEZNAM LITERATURE

Boitshwarelo, T., Koen, M. P., & Rakhudu, M. A. (2020). Strengths employed by resilient nurse managers in dealing with workplace stressors in public hospitals. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 13*(100252), 100252. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100252

Bregar, B., Novak, J. P., & Možgan, B. (2011). Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik Zdravstvene nege,, 45*(4), 253–262. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2849

Duquesne University. (2021, February 8). Strategies for managing nurse stress in the workplace: The ultimate guide. Duquesne University Online Nursing Blog. https://onlinenursing.duq.edu/blog/managing-nurse-stress/

Engen, D. J., Wahner-Roedler, D. L., Vincent, A., Chon, T. Y., Cha, S. S., Luedtke, C. A., Loehrer, L. L., Dion, L. J., Rodgers, N. J., & Bauer, B. A. (2012). Feasibility and effect of chair massage offered to nurses during work hours on stress-related symptoms: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 18*(4), 212–215. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.06.002

Galura, S. (2020). On the frontlines of nursing leadership: *Nurse Leader, 18*(5), 476–480. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.05.012

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies, 47*(2), 205–215. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014

Grailey, K., Leon-Villapalos, C., Murray, E., & Brett, S. J. (2022). Exploring the working environment of Hospital Managers: a mixed methods study investigating stress, stereotypes, psychological safety and individual resilience. *BMC Health Services Research, 22*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-022-08812-7

Jäppinen, K., Roos, M., Slater, P., & Suominen, T. (2022). Connection between nurse managers' stress from workload and overall job stress, job satisfaction and practice environment in central hospitals: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research, 42*(2), 109–116. https://doi.org/10.1177/20571585211018607

Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(6), 709–722. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007

Kinman, G., Teoh, K., & Harriss, A. (n.d.). *The mental health and wellbeing of nurses and midwives in the United Kingdom*. Org.uk. Retrieved 21 May 2024, from https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/The_Mental_Health_and_Wellbeing_of_Nurses_and_Midwives_in_the_United_Kingdom.pdf

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 27*(7–8), 1346–1359. https://doi.org/10.1111/jocn.14165

Membrive-Jiménez, M. J., Velando-Soriano, A., Pradas-Hernandez, L., Gomez-Urquiza, J. L., Romero-Béjar, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., & De la Fuente-Solana, E. I. (2022). Prevalence, levels and

related factors of burnout in nurse managers: A multi-centre cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 30*(4), 954–961. https://doi.org/10.1111/jonm.13575

Memič, V. (2014). *Stres na delovnem mestu medicinske sestre = Workplace stress in nurses* [[V. Memič]]. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2014/Memic_Viorela.pdf

Miyata, A., Arai, H., & Suga, S. (2015). Nurse Managers Stress and Coping. *Open Journal of Nursing*. 05(11), 957–964. https://doi.org/10.4236/ojn.2015.511101

Niinihuhta, M., Terkamo-Moisio, A., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2022). A comprehensive evaluation of factors affecting nurse leaders' work-related well-being. *Leadership in Health Services (Bradford, England), 35*(3), 460–474. https://doi.org/10.1108/lhs-12-2021-0098

Ofei, A. M. A., Paarima, Y., Barnes, T., & Kwashie, A. A. (2019). Stress and coping strategies among nurse managers. *Journal of Nursing Education and Practice, 10*(2), 39. https://doi.org/10.5430/jnep.v10n2p39

Reis, C. D., Amestoy, S. C., Da Silva, G. T. R., Dos Santos, S. D., Varanda, P. A. G., Dos Santos, I. A. R., & Da Silva, N. S. B. (2020). Stressful situations and coping strategies adopted by leading nurses. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33. https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0099

Šarotar Žižek, S., Treven, S., Treven, U., Milfelner, B., Pisnik, A., Potočnik, A., Mulej, M., & Ivanovič, B. (2013). *Premagovanje stresa kot sredstvo za zagotavljanje dobrega počutja : znanstvena monografija projekta Chance 4 change* (S. Šarotar Žižek, S. Treven, P. Jiménez, & A. Potočnik, Ur.) [Znanstvena monografija]. Ekonomsko-poslovna fakulteta; Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=41069 Shirey, M. (2009). Stress and Coping in Nurse Managers: A Qualitative Description. *School of Nursing Indiana University.* https://www.researchgate.net/publication/31592513_Stress_and_Coping_in_Nurse_Managers_A_Qualitative_Description

Udod, S. A., & Dean Care, W. (2011). Nurse managers' work stressors and coping experiences: unravelling the evidence. *Nursing Leadership (Tor Ont),* 24(3): 57-72. https://doi.org/10.12927/cjnl.2011.22601

Untarini, N., Sayyida, S., & Singh, S. K. (2020). Occupational stress management in managerial employees: an analysis of level and source of work stress. *BISMA (Bisnis Dan Manajemen), 13*(1), 47. https://doi.org/10.26740/bisma.v13n1.p47-68

Van Bogaert, P., Adriaenssens, J., Dilles, T., Martens, D., Van Rompaey, B., & Timmermans, O. (2014). Impact of role-, job- and organizational characteristics on Nursing Unit Managers' work related stress and well-being. *Journal of Advanced Nursing, 70*(11), 2622–2633. https://doi.org/10.1111/jan.12449

Yang, Z., Huang, H., & Li, G. (2024). Status and influencing factors of work stress among nurse managers in western China: a cross-sectional survey study. *BMC Nursing, 23*(1). https://doi.org/10.1186/s12912-024-01731-4

7 PRILOGE

DEMOGRAFSKI PODATKI

1. SPOL (obkrožite) M Ž
2. Koliko let delovne dobe imate na področju zdravstvene nege? _____let
3. Koliko let ste na vodstvenem položaju? _____let
4. Število zaposlenih, za katere ste odgovorni: _____
5. Število oddelanih ur na dan na delovnem mestu: _____
6. Število skupaj oddelanih ur na teden na delovnem mestu: _____
7. Število oddelanih ur na teden, opravljenih doma: _____
8. Ali poleg vodstvene funkcije opravljate še neposredno delo s pacienti v ambulanti? DA NE

VODILO ZA INDIVIDUALNI INTERVJU

1. Kateri dejavniki/situacije vas na delovnem mestu najbolj obremenjujejo oziroma za vas predstavljajo največji stres?
2. Katera čustva se takrat v vas porajajo, ko se soočate s temi situacijami na delovnem mestu?
3. Kako se spoprijemate s težkimi situacijami/obremenitvami na delovnem mestu?
4. Katere tehnike sproščanja uporabljate v vsakdanjem življenju, če jih sploh?
5. Katere tehnike sprostitve uporabljate na delovnem mestu?
6. Kakšno je vaše mnenje glede supervizije?
7. Kaj pogrešate na delovnem mestu za razbremenitev oziroma bi želeli kaj spremeniti, da bi bilo za vas delo manj stresno?
8. Kakšno je vaše mnenje, da bi imeli pomočnika?
9. Ali ste trenutno soočate s kakšnimi zdravstvenimi težavami? Naštejte jih!

Učinki izobraževalnih programov za osebe s sladkorno boleznijo s pregledom možnosti za umestitve v slovenski prostor

JANA KLAVS, VIŠ. MED. SES.
IZR. PROF. DR. PETRA DOŠENOVIĆ BONČA

POVZETEK

Sladkorna bolezen je kronična nenalezljiva bolezen, ki v večini držav po svetu naglo narašča, zato govorimo o pandemiji. Obvladovanje sladkorne bolezni je velik izziv za vsako državo, z njim se soočamo na različne načine. Eden od načinov je, da ima država nacionalni ali državni program za obvladovanje sladkorne bolezni, koder partnerji skupaj načrtujejo akcije v akcijskem načrtu za naslednji dve leti. Zdravstvena nega kot stroka je na področju obvladovanja sladkorne bolezni predvsem v vlogi zdravstvene vzgoje oziroma edukacije, kakor področje izobraževanja oseb s sladkorno boleznijo imenujemo pri nas in po svetu. V zadnjih desetih letih so se razvili programi strukturirane edukacije, njihov obisk žal ni optimalen. V projektni nalogi bomo pregledali domače in tuje vire o učinkih in obliki strukturirane edukacije pri nas in po svetu.

Ključne besede: učinki strukturirane edukacije, breme sladkorne bolezni, preprečevanje zapletov sladkorne bolezni

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Sladkorna bolezen je vse pogostejša (Ministrstvo za zdravje, 2020a), v letu 2022 je bilo v Sloveniji prvič odkritih več kot 10.000 novih oseb s sladkorno boleznijo (NIJZ, 2023). Z zdravim načinom življenja sladkorno bolezen tipa 2 lahko odložimo na poznejše življenjsko obdobje oziroma jo preprečimo (Ministrstvo za zdravje, 2020b). V življenju osebe s sladkorno boleznijo obstajajo štirje ključni trenutki, ko je osebo treba vključiti v edukacijo, po možnosti v strukturiran program skupinske edukacije, to je ob odkritju bolezni, ob spremembi terapije, ob poslabšanju bolezni ali

spremembi življenjskega sloga in na željo osebe s sladkorno boleznijo ali njenega svojca (Association of Diabetes Care & Education Specialists, 2021; Klavs, 2022). V zadnjih desetih letih so se v Sloveniji razvili programi edukacije na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije kažejo, da je v programe strukturirane edukacije za osebe s sladkorno boleznijo vključenih manj kot desetina novoodkritih (NIJZ, 2023). Programi edukacije so dostopni praktično v vseh zdravstvenih domovih in vseh diabetoloških ambulantah po Sloveniji. Edukacijski programi imajo ugoden učinek na glikirani hemoglobin, krvni parameter, ki govori o urejenosti sladkorne bolezni za daljše časovno obdobje (Hildebrand idr., 2020). Urejena sladkorna bolezen pomeni manj zapletov, s tem večjo kakovost življenja in manj neposrednih in posrednih stroškov zdravljenja (ElSayed idr., 2023). Zaradi vse večjega števila oseb s sladkorno boleznijo je nujen premislek, kako čim več oseb s sladkorno boleznijo vključiti v edukacijske programe in s tem posredno zmanjšati breme bolezni tako za državo kot osebo s sladkorno boleznijo in njene bližnje.

Projektno delo in njeni izsledki bodo osnova za nadaljnja načrtovanja razvoja in organizacije strukturirane edukacije za osebe s sladkorno boleznijo v Sloveniji. S spoznanji bomo skušali optimizirati procese edukacije (npr. vključevanje večjega števila udeležencev ter zmanjšanje individualne edukacije, dodatno načrtovati izobraževanja za diplomirane medicinske sestre edukatorice za vodenje strukturirane edukacije, vključevanje drugih zdravstvenih sodelavcev za vodenje in izvajanje edukacije ipd.). Edukacija je kot storitev že vrsto let podcenjena, zaradi česar njeno izvajanje pogosto ni prioriteta (ker ambulantam ne predstavlja zaslužka). S pregledom literature in iskanjem ugodnih učinkov edukacije bomo skušali strukturirane edukacijske programe umestiti tudi na sekundarno raven zdravstvenega varstva. Analizirali bomo učinke edukacije v strukturiranem edukacijskem programu in iskali vrzeli, zakaj je edukacija na sekundarni zdravstveni ravni izvedena pretežno individualno.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

V spletni bazi PubMed smo iskali vire v angleškem jeziku, ki so bili omejeni na leto objave ali na vrsto gradiva. Zajeli smo obdobje med 2015 in 2024, pretežno smo pregledovali klinične raziskave in nekatere metaanalize. Literaturo smo iskali v obdobju od 8. 12. 2023 do 30. 4. 2024.

Iskalni nizi, ki smo ga uporabili za pripravo projektne naloge:

1. efficiency AND effectiveness AND utility (diabetes OR diabetes mellitus type AND education program NOT (type 1 OR gestational diabetes mellitus)
2. ongoing diabetes self-management education programs NOT type 1
3. cost efficacy AND diabetes type 2 education NOT type 1 diabetes.

Za prvi iskalni niz smo dobili 28 zadetkov, za drugi iskalni niz 11 zadetkov, za tretjega 41 zadetkov. Pri vseh treh iskalnih nizih smo se omejili pretežno na klinične raziskave. Izločili smo zadetke, ki so bili označeni kot neuporabni na podlagi naslova ali izvlečka; so izvajali raziskave na neustreznih preiskovancih (preiskave na živalih, preiskovanci s kronično ledvično boleznijo, diabetesom tipa 1 ali so bili preiskovanci zdravstveni delavci ali otroci); neustrezno intervencijo (intervencije, ki so zajemale izključno edukacijo na daljavo) ali rezultati (rezultati niso skladni z vsebino projektne naloge (npr. niso zajemali učinka edukacije ali za potrditev hipotez še ni bilo dovolj zbranih podatkov). Pri tretjem nizu smo med 41 dobljenimi zadetki izločili pretežen del raziskav, ker so vsebovale tudi vplive zdravljenja z zdravili. Izsledki preostalih so navedeni v spoznanjih pregledane literature. Iz pregleda referenc zajete literature smo pridobili še dodatnih nekaj virov. Drugi viri so pretežno vezani na slovenska in svetovna priporočila in smernice za obvladovanje sladkorne bolezni tipa 2.

2.2. Spoznanja pregleda literature

Edukacija je ključna v štirih življenjskih obdobjih, to je ob postavitvi diagnoze, ob spremembi načina zdravljenja, ob spremembi življenjskih okoliščin (sprememba življenjskega sloga, upokojitev ipd.) ter na željo bolnika oziroma svojca (American Diabetes Association, 2018; Klavs, 2022). Edukacija vpliva na opolnomočenost osebe s sladkorno boleznijo2021. Strukturirani edukacijski programi zmanjšajo breme bolezni in družbene stigme, povzročene zaradi sladkorne bolezni (Association of Diabetes Care & Education Specialists, 2021). Ugodne učinke edukacije je mogoče zaslediti, kadar traja vsaj 10 kontaktnih ur z zdravstvenimi strokovnjaki (Chrvala idr., 2016). Edukacija vpliva na urejenost sladkorne bolezni – HbA1c, glikirani hemoglobin, kar vpliva na zmanjšanje zapletov zaradi sladkorne bolezni in zmanjšano umrljivost (Chrvala idr., 2016). Analiza strukturirane skupinske edukacije na Nizozemskem kaže prepričljive in trajnostne koristi tudi po 24 mesecih po izvedbi programa. Rezultati se kažejo predvsem v ohranjeni nižji telesni teži, zmanjšani uporabi zdravil in kakovosti življenja oseb s sladkorno boleznijo (Pot idr., 2020) Kitajski program SSEP (self-efficacy-focused structured education program) velja za zelo stroškovno učinkovito možnost za obravnavo oseb s sladkorno boleznijo tipa 2, naj bi izboljšal klinične

rezultate in zmanjšal stroške obravnave (Jiang idr., 2021). Skupinska edukacija se pogosto izkaže za bolj učinkovito kot individualna, čeprav se zdi individualni pristop bolj prilagojen človeku in njegovim potrebam. Najbolj ugodni učinki se kažejo pri edukaciji, ki je načrtovana individualno, izvedba edukacije pa je skupinska in individualna (ElSayed idr., 2022). Vedno več močnih dokazov gre v korist telemedicinskim obravnavam in edukaciji na daljavo oziroma kombinirani edukaciji (Davis idr., 2022). Tehnološko podprte rešitve za samovodenje sladkorne bolezni najučinkoviteje izboljšajo HbA1c, kadar obstaja dvosmerna komunikacija med osebo s sladkorno boleznijo in zdravstvenim timom, individualizirane povratne informacije, uporaba zdravstvenih podatkov, ki jih ustvari oseba s sladkorno boleznijo, in edukacija (Greenwood idr., 2017). Ugotovitve kažejo, da so spremembe izobraževalnega programa ustrezale različnim potrebam; olajša ekonomsko breme bolezni; so bili primerni za bolnike, edukatorje in zdravnike; in še vedno spodbuja prilagoditvene spremembe življenjskega sloga v vedenju, ki vodijo do izboljšanega nadzora glikemije, povečanih ravni telesne dejavnosti in izgube teže pri osebah s sladkorno boleznijo tipa 2 (Schrock, 1998). Vložek v edukacijo lahko poveča QALY – leto zdravstveno kakovostnega življenja. Program Let's Prevent v Veliki Britaniji je bil glede na letnico članka ocenjen kot zelo verjetno stroškovno učinkovit ob pragu pripravljenosti za plačilo 20.000 GBP na dobljeni QALY (Leal idr., 2017). Raziskava STEPS je pokazala, da z edukacijo oseb o sladkorni bolezni lahko obvladujemo ekonomsko breme sladkorne bolezni. Ekonomsko breme bolezni bi lahko omejili tudi z oblikovanjem novih zdravstvenih politik in spodbujanjem uporabe generičnih zdravil (Kansra in Oberoi, 2023). Izdatki za sladkorno bolezen v Sloveniji še naprej naraščajo. Z osredotočanjem na preprečevanje in optimalno obvladovanje sladkorne bolezni bi lahko njen vpliv na sistem zdravstvenega varstva znatno zmanjšali glede na obseg izdatkov, ki se pripisujejo zapletom (Bonča idr., 2024).

3 METODE

O učinkih edukacije smo pregledali strokovno literaturo, klinične raziskave, smernice in priporočila na temo učinkovitosti edukacije in bremena bolezni pri osebah s sladkorno boleznijo. Pridobljene rezultate smo želeli vsaj delno preveriti v slovenskem prostoru. Poleg pregleda dostopnih na dokazih obstoječih praks smo opravili dve elektronski anketi, s katerima smo želeli odgovoriti na raziskovalni vprašanji RV2 in RV3. Pregled literature odgovarja na vprašanje RV1.

RV1: Kakšna je vključenost pacientov v edukacijo?

RV2: Ali je edukacija oseb s sladkorno boleznijo, ki so bili vključeni v pilotnem programu TABLETKA, učinkovita?

RV3: Kakšne so vrzeli za izvajanje skupinske edukacije v slovenskih diabetoloških ambulantah?

3.1 Metode za analizo vključenosti oseb s sladkorno boleznijo v edukacijo (RV1)

V namen analize vključenosti oseb s sladkorno boleznijo v edukacijo smo pregledali literaturo v Sloveniji in pridobili podatke Nacionalnega inštituta za javno zdravje (za primarno raven zdravstvenega varstva) ter namensko zaprosili za podatke Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenija (za sekundarno raven zdravstvenega varstva). Pridobivanje podatkov je potekalo od januarja 2020 do maja 2024.

3.2 Metode za analizo učinkovitosti edukacije v programu TABLETKA (RV2)

Analizo programa TABLETKA smo izvajali od maja do oktobra 2023. Ker podatki še niso bili javno predstavljeni, njeno analizo predstavljamo v sklopu te projektne naloge. Za analizo smo pripravili vprašalnike za v program TABLETKA vključene osebe s sladkorno boleznijo. Izpolnjevanje je potekalo anonimno in prostovoljno. Rezultate ankete smo pregledali ročno in s pomočjo spletnega orodja.

3.3 Metode za analizo vrzeli izvajanja skupinske edukacije z vidika edukatorjev (RV3)

Maja 2024 smo v vse diabetološke ambulante v Sloveniji poslali vprašalnik v elektronski obliki (Google obrazci). Sodelovanje je bilo prostovoljno, pri izpolnjevanju je bilo treba navesti, iz katere diabetološke ambulante prihaja oseba, ki je odgovorila na vprašalnik.

4 REZULTATI

4.1. Analiza vključenosti oseb s sladkorno boleznijo v edukacijo (RV1)

Število novoodkritih oseb s sladkorno boleznijo vsako leto narašča, leta 2022 je presegla celo 13.000 (povsod po EU se je pojavil ta trend, verjetno ga je mogoče pripisati slabšemu odkrivanju v času covida). V povprečju je število novoodkritih oseb s sladkorno boleznijo okoli 9.000 na leto. Na primarni ravni, v centrih za krepitev zdravja ali zdravstvenovzgojnih centrih, je edukacija dostopna šele od leta 2022

(v vseh zdravstvenih domovih, od leta 2018 le v nekaterih). Lani (2023) je programe obiskalo okoli 1.700 oseb, kar predstavlja le 20 % oseb, na novo zbolelih za sladkorno boleznijo. Ti s časom in potekom bolezni prehajajo iz primarne na sekundarno raven, kjer so obravnave bolj zahtevne. Pogosto gre za začetek zdravljenja z inzulinom ali drugimi zdravili, ki jih v ambulanti družinske medicine le redko predpišejo, ker edukacija ni na voljo. Pogosto se dogaja, da ima človek že desetletje ali dve sladkorno bolezen, vendar edukacije o sladkorni bolezni ni imel. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je zagotovljena le edukacija za osebe s sladkorno boleznijo tipa 2. Velik izziv predstavlja iskanje načinov za večjo vključenost v programe, kot so S sladkorno boleznijo skozi življenje ipd. Za osebe s sladkorno boleznijo tipa 1, nosečnostno sladkorno bolezen, druge tipe sladkorne bolezni, kot so MODY, LADA in sekundarno povzročene sladkorne bolezni (npr. pri zdravljenju onkoloških obolenj), primarna raven nima programov edukacije, vsi našteti so v obravnavi zaradi sladkorne bolezni izključno na sekundarni ravni. Pogosto se namreč srečujemo z očitki, da v Sloveniji podvajamo zdravstvene storitve, da imamo programe na primarni ravni, zakaj bi jih torej potrebovali še na sekundarni.

V diabetoloških ambulantah se že vrsto let izvajajo programi uvajanja inzulinske terapije, programi ob nosečnostni sladkorni bolezni, programi za osebe s sladkorno boleznijo tipa 1, kot so FIT (funkcionalna inzulinska terapija) in drugi. Osebe s sladkorno boleznijo tipa 1 se danes zdravijo s pomočjo inzulinske črpalke, glukozo merijo s pomočjo senzorja v medceličnĭnini. Tehnika omogoča vpogled podatkov na daljavo, zato je edukacija oseb s sladkorno boleznijo tipa 1 pogosto v kombinirani obliki, v živo in na daljavo. Za opolnomočenje osebe, ki na novo zboli za sladkorno boleznijo tipa 1, potrebujemo vsaj 12 ur edukacije. Paket edukacije prejme vsaka nosečnica z nosečnostno sladkorno boleznijo. Po podatkih NIJZ v Sloveniji vsako leto odkrijemo okoli 2.500 do 3.000 novih primerov nosečnostne sladkorne bolezni. Program edukacije prejeme tudi vsaka oseba s sladkorno boleznijo, ki se začne zdraviti z inzulinom, običajno to traja okoli 8 do 12 ur.

Po podatkih ZZZS je bilo leta 2022 v breme zavarovalnice prikazanih 47.000 edukacij. Gre za edino šifro dejavnosti, ki izhaja iz leta 1983, nekoliko spremenjena v opisu leta 2018, vendar ne v trajanju edukacije. Gre za številko dejavnosti pod šifro 91413 (pred spremembo 91412). Groba ocena pove, da ima slaba tretjina oseb s sladkorno boleznijo edukacijo 1-krat letno v trajanju 20 minut. Iz klinične prakse vemo, da je oseb, vključenih v edukacijo še bistveno manj, saj posamezniki potrebujejo več edukacij (posebne potrebe, ranljive skupine, slab sluh, težje razumevanje ipd.), kar pomeni, da nekdo prejme 10 ali več edukacij, drugi toliko manj. Edukacija pod šifro 91413 je vredna 3 točke, kar predstavlja okoli 10 evrov za 20 minut svetovanja

oziroma edukacije. Obseg zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov, novih dognanj glede učinkovitega samovodenja, ki se nanaša predvsem na dobro poznavanje hranil v prehrani, razumevanje bolezni, na poznavanje in zavedanje ugodnih učinkov gibanja, spanja, samokontrole je tolikšno, da svetovanje v obsegu 20 minut že desetletja ne zadošča. Zdravstveni timi se trudijo posamezniku priskrbeti potrebno oskrbo, vendar je zaradi naštetih dejavnikov to vedno težje.

Novo storitev 91413 uvajamo v seznama storitev 15.42 »Seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti« in 15.100 »Storitve specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti diabetologije (249 216), iz seznama 15.100 pa ukinjamo storitev 91412:

Šifra	*Kratek opis*	*Dolg opis*	*Naziv enote mere*	*Št. enot mere*
91413	Edukacija sladkornega bolnika	Edukacija sladkornega bolnika . Svetovanje o izvajanju dietoterapije, štetju OH, prevedbi na inzulinsko zdravljenje, inzulinsko črpalko, senzorsko kontinuirano merjenje glukoze, reedukacija, presejanje z edukacijo diabetične noge. Izobraževanje poteka individualno ali v manjši skupini. Storitev se obračuna za vsakega udeleženega pacienta. Vsebine morajo biti razvidne iz medicinske dokumentacije. Storitev se lahko obračuna največ 1 krat na pacienta v tekočem letu, če gre za presejanje z edukacijo diabetične noge in največ 5-krat na pacienta, če gre za nove načine zdravljenja.	Točka	3,00
~~91412~~	~~Individ. svet. o izvajanju dietoterapije~~	~~Individualno svetovanje o izvajanju dietoterapije. Obsega pismena ali ustna navodila za praktično izvajanje dietoterapije v domači oskrbi, prilagajanje pismenih navodil individualnim potrebam in izdelavo individualnih navodil.~~	~~Točka~~	~~3,00~~

Za novo storitev 91413 »Edukacija sladkornega bolnika« veljajo naslednji podrobni podatki:

- Kadrovski normativ: 1 diplomirana medicinska sestra
- Normativ v minutah 20
- Oznaka količine: 1
- Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo: 1
- Oznaka storitve: N - neopredeljeno
- Oznaka cene: 3 - Cena storitve je enaka ceni v ceniku
- Evidenčna storitev: Ne
- Tip storitve: 2 TOC

Slika 1: *Izsek dopisa ZZZS z dne 15. 3. 2021*

4.2. Ali je edukacija oseb s sladkorno boleznijo, ki so bili vključeni v pilotnem programu TABLETKA, učinkovita? (RV2)

Analiza pilotnega programa TABLETKA (Klavs, Skubic, Semolič Valič, Peternelj, Kuharič, 2023, arhiv Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji) predstavlja podatke za raziskovalno vprašanje RV2. Razvoj programa TABLETKA je potekal med leti 2021 do 2022 v UKC Ljubljana, pilotna področja za testiranje

programa so bila poleg UKC Ljubljana še ZD Šentvid, ZD Sežana in SB Trbovlje. Začetek pilotnega testiranja nosi datum 11. 11. 2022. Edukatorice teh področij so sodelovale pri posredovanju in zbiranju anonimnih vprašalnikov, ki smo jih prvič prikazali oktobra 2023 na strokovnem srečanju edukatorjev Slovenije.

Evalvacija programa TABLETKA je potekala s pomočjo anonimnega strukturiranega vprašalnika na priložnostnem vzorcu udeležencev programa, ki so sodelovali prostovoljno.

Vprašalnik ob vstopu je izpolnilo 51 oseb, oba spola sta bila praktično enakovredno zastopana (Ž = 52 %, M = 48 %). Starostna struktura: 2,1 % od 40 do 49 let; 27,1 % 50 do 59 let; 29,2 % 60 do 69 let; 31,3 % 70 do 79 let in 10,4 %, starih nad 80 let.

Vprašanja in odgovore smo razdelili v sklope:

1. Znanje in pripravljenost za vpeljevanje sprememb

V okviru analize vprašanja: »Menite, da potrebujete več znanj in informacij o sladkorni bolezni ter načinih njenega zdravljenja, da bi bila vaša bolezen (še) bolj urejena«, smo od udeležencev želeli izvedeti, ali imajo potrebo po več znanjih in informacijah. Rezultati jasno kažejo, da je ob vstopu 86 % (n = 43) udeležencev jasno izrazilo stališče (strinjam se), da si želijo pridobiti več znanj in informacij, drugih 14 % (n = 7) pa se je delno strinjalo z izraženim stališčem. Pred vstopom v program TABLETKA so udeleženci večinoma pridobivali informacije pri zdravstvenih strokovnjakih (45,1 %, n = 23), sledili so mediji (29,1 %, n = 15), prijatelji in znanci (17,6 %, n = 9), najmanj (7,8 %, n = 4) pa jih je iskalo informacije v strokovni literaturi. Ko smo udeležence ob vstopu v program spraševali po volji za vpeljevanje sprememb v svoj življenjski slog, jih je 68,6 % (n = 35) izkazalo strinjanje z vpeljevanjem sprememb. Po opravljenem programu TABLETKA pa smo pri 90 % (n = 46) dosegli pripravljenost za spremembe življenjskih navad.

2. Prehrana

Velika večina udeležencev se je ob vstopu (94,1 %, n = 48) in izstopu (96,7 %, n = 49) strinjala, da uravnotežena prehrana lahko bistveno pripomore k urejenosti sladkorne bolezni. Po opravljenem programu TABLETKA so vsi udeleženci (100 %,n = 51) prepoznali ogljikove hidrate kot skupino živil, ki ima največji vpliv na raven krvnega sladkorja. Ob vstopu je delež 15,7 % (n = 8) udeležencev največji vpliv pripisalo maščobam, 5,9 % (n = 3) pa beljakovinskim živilom. Ko smo jih spraševali o zaužitju petih obrokov dnevno za boljšo urejenost sladkorne bolezni, se jih le 9,8 % (n = 5) ni strinjalo s trditvijo. Ob izstopu se je ta delež povečal na 40 % (n = 20), delno sej jih je strinjalo še dodatnih 26,7 % (n = 14).

3. Gibanje

Pomen telesne aktivnosti za izboljšanje sladkorne bolezni je večina prepoznala že ob vstopu v program (84,3 %, n = 43), ob izstopu je 100 % (n = 51) podprlo to trditev. Ob vstopu v program so nekoliko slabše časovno opredelili trajanje telesne aktivnosti (49 %, n = 25 jih je izbralo trditev 2,5 ure na dan), ob zaključku programa je večina udeležencev (60 %, n = 31) izbralo 2,5 ure na teden. Če je ob vstopu imelo voljo za vpeljevanje telesne aktivnosti 52,9 % (n = 27) udeležencev, se je ta odstotek ob izstopu pomembno zvišal na 63,3 % (n = 32).

4. Poznavanje načinov in ciljev zdravljenja

V sklopu, kjer smo udeležence spraševali o poznavanju urejenosti sladkorne bolezni, se je izkazalo, da se ob vstopu 27,5 % (n =14) vprašanih ni strinjalo s trditvijo, da je meritev sladkorja v krvi na tešče zadostna za določitev urejenosti sladkorne bolezni. Ob izstopu se z omenjeno trditvijo ni strinjalo 56,1 % (n = 29) vprašanih. Vem, kdaj je sladkorna bolezen dobro urejena, je bila trditev 41,2 % (n = 21) udeležencev ob začetku programa, v zaključnem delu je 63,3 % (n = 32) vprašanih izbralo to trditev. 66,7 % (n = 34) vprašanih ob vstopu je menilo, da mora biti pri večini oseb s sladkorno boleznijo vrednost 3-mesečnega povprečnega krvnega sladkorja HbA1c pod 7 %, ob zaključku TABLETKE je to trditev izbralo 93,3 % (n = 48) vprašanih. »Menite, da lahko sladkorno bolezen pozdravimo?« je bilo zadnje vprašanje, na katero so ob začetku programa v 41,2 % (n = 21) udeleženci menili, da je ne moremo, ob zaključku je odgovor ne izbralo 83,3 % (n = 42) udeleženih v programu TABLETKA.

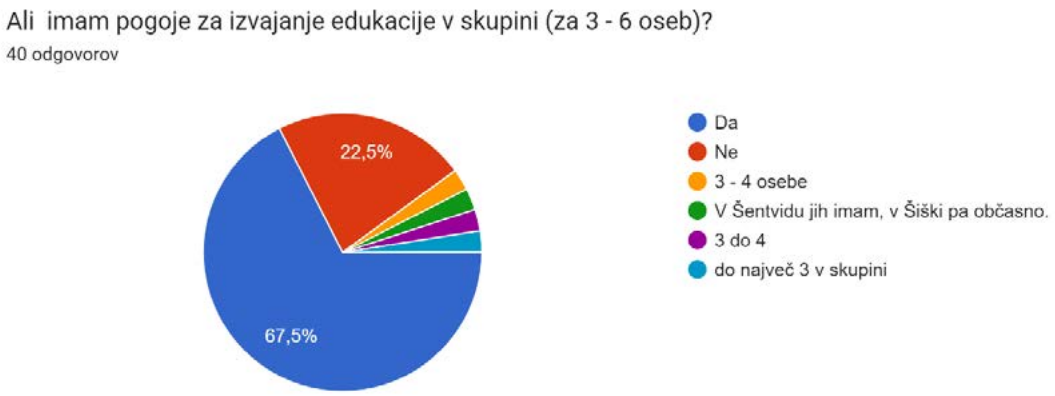
Udeležence smo ob zaključku programa prosili, naj ocenijo še zadovoljstvo s programom, če bi se ga udeležili vsakih pet let ter če bi ga priporočili prijateljem in znancem. Iz analize vprašalnikov smo izvedeli, da so po opravljenem programu pridobili več znanja in veščin, za lažje življenje s sladkorno boleznijo dosegli zavidljive odstotke strinjanja (95–100 % udeležencev se je strinjalo, drugi so se delno strinjali).

Vse to so potrdili še v odprtem vprašanju, kjer so lahko izrazili svoje mnenje, ideje za spremembe, izboljšave, kritike in pohvale. Med vsemi odgovori nismo našli nobene kritike ali pritožbe, večina je pohvalila program in izvedbo programa ter diplomirane medicinske sestre edukatorice s specialnimi znanji, ki so program vodile.

4.3. Analiza vrzeli za izvajanje skupinske edukacije (RV3)

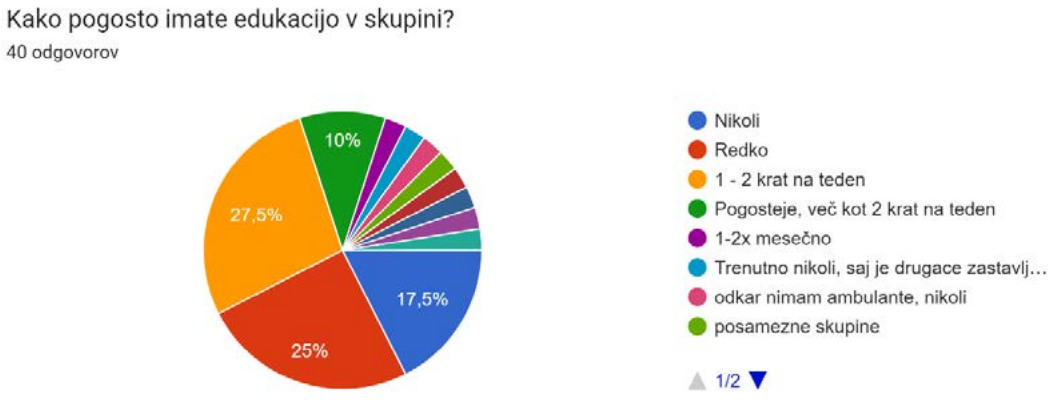
Za raziskovalno vprašanje RV3 smo marca 2024 opravili anketo, pri čemer smo želeli pridobiti podatke, kje so vrzeli za uvajanje skupinske edukacije v diabetološke ambulante. Spletni vprašalnik smo poslali v vse diabetološke ambulante v Sloveniji. Prejeli smo 40 odgovorov (n = 40). Pokritost odgovorov je skoraj 100-%, saj imamo v

Sloveniji 41 diabetoloških timov. Na vprašanje, ali imam pogoje za izvajanje skupinske edukacije (Slika 2), jih je 67 % (n = 27) odgovorilo z da, 23 % (n = 9) jih je odgovorilo z ne, preostali (n = 4) so navajali, da imajo možnost edukacije do 3 ali 4 osebe, predvidevamo, da gre za neprimerno velikost učilnice.



Slika 2: *Pogoji za izvajanje edukacije*

Z vprašanjem, kako pogosto izvajajo edukacijo v skupini, smo želeli pridobiti podatke, kako vešči so diabetološki timi eduakcijie v skupini. Prejeli smo 40 odgovorov (n = 40). Več kot 2-krat na teden izvaja edukacijo le 10 % anketirancev (n = 4), 1-krat do 2-krat na teden skupinsko edukacijo izvaja 27 % anketirancev (n = 11), 25 % edukacijo v skupini izvaja redko (n = 10), 18 % nikoli (n = 7). Preostalih 20 % (n = 8) edukacije v skupini ne izvajajo ali zelo redko (Slika 3).

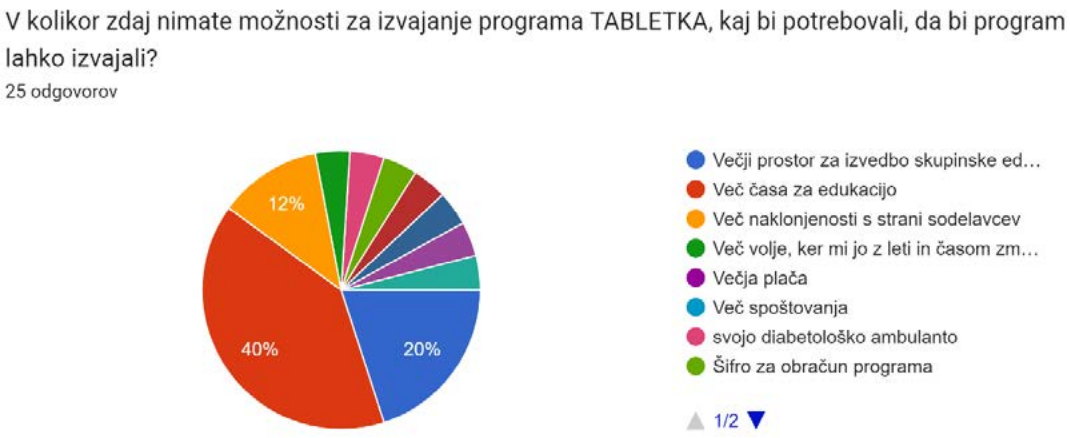


Slika 3: *Pogostost izvajanja edukacije*

Z vprašanjem, zakaj se skupinske edukacije (programa TABLETKA) ne morejo lotiti, smo dobili le 12 odgovorov, največ jih je odgovorilo, da nimajo pogojev (42 %, n = 5), drugi najpogostejši odgovor je »da me diabetolog ves čas potrebuje« 25 % (n = 3),

kar ne omogoča izvedbe strukturiranega edukacijskega programa znotraj delovanja diabetološke ambulante. Nihče ni odgovoril, da nima volje za spremembe ali da ne verjame v tako dolge programe (10-urne ali več). Nekaj odgovorov je bilo na temo obračunavanja storitev, da programa ne morejo izvajati, ker za to ni ustrezne šifre zdravstvene storitve.

Na koncu smo anketirance vprašali, kaj bi potrebovali, da bi lahko izvajali strukturirano edukacijo (Slika 4).



Slika 4: *Pogoji za izvajanje programa TABLETKA*

Največ, 40 % (n =10), potrebuje za takšno edukacijo več časa, 25 % večji prostor (n = 5), 12 % si želi več naklonjenosti tima, med bolj redkimi odgovori so bili urejeno plačevanje storitev s strani ZZZS, zelo redko se odgovori nanašajo na višjo plačo, več spoštovanja ipd.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

V Sloveniji je znanih okoli 145.000 oseb s sladkorno boleznijo (NIJZ, 2023). To so osebe, ki prejemajo zdravila za zniževanje glukoze v krvi in jih lahko izsledimo iz baz podatkov o predpisanih zdravilih. Po ocenah NIJZ je v Sloveniji vsaj 80.000–120.000 oseb, ki živijo s sladkorno boleznijo, vendar zanjo še ne vedo. Nekaj je takih, ki za diagnozo vedo, vendar ne prejemajo zdravil za sladkorno bolezen, zdravijo jo z zdravim življenjskim slogom.

Število zdravstvenih timov se ne povečuje sorazmerno s pojavnostjo novih primerov sladkorne bolezni. Dobra oskrba in težnja k urejenosti sladkorne bolezni, zaradi česar se lahko preprečijo zapleti bolezni, zmanjša umrljivost in izboljša kakovost življenja, je vedno večji izziv. Novi organizacijski modeli, med katere nedvomno sodi tudi

skupinska edukacija, je ena od možnosti, s katero bi lahko dosegli večjo vključenost oseb s sladkorno boleznijo v edukacijo. Ekonomski vidik izvajanja skupinske edukacije, edukacije v kombinirani obliki in edukacije na daljavo je v razvojni fazi morda manj ugoden, saj zahteva razvoj orodij, didaktičnih pripomočkov, aplikacij ipd. Poleg razvoja je tu še opolnomočenje in izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov. V analizi edukacije, ki jo je Sekcija v endokrinologiji opravila leta 2019, se je izkazalo, da mnogi timi ne ustrezajo kriterijem za diabetološki tim. Pogosto delujejo timi brez administratorja, srednje medicinske sestre in laboranta, njihovo vlogo navadno prevzema diplomirana medicinska sestra, pri čemer ni čudno, da ji zmanjka časa za edukacijo, kar smo ugotovili v analizi vrzeli za izvajanje skupinske edukacije. Verjetno je pomembno, da je cena programa edukacije v obsegu 10 ur za izvajalce spodbudna. Leta »delanja minusa« meče slabo luč na edukacijo, zaradi česar jo nekatere ambulante že leta popolnoma opuščajo ali minimizirajo. Dejanska cena programa so stroški amortizacije ambulante, osebnega računalnika, tiskalnika, projektorja, oprema učilnice, tabla in pisala, razvoj spletnega portala za kombinirano edukacijo, aplikacij za igrifikacijo, priprava video in drugih e-vsebin, tiskanih in natisnjenih izvodov gradiv za osebe s sladkorno boleznijo, razvoj in tisk edukacijskih pripomočkov, potrošni material, delo diplomirane medicinske sestre edukatorice, delo zdravnika, administratorja, laboranta, nekaj je še potrošnega materiala, kot so listi, pisala ipd.

Sekcija v endokrinologiji je pred časom podala pobudi na Ministrstvo za zdravje in ZZZS glede reorganizacije dela v diabetološki ambulanti. Pobudi se nanašata na uvajanje strukturiranih edukacijskih programov v večino diabetoloških ambulant (kjer je to mogoče), za kar smo znotraj te projektne naloge našli dovolj dokazov.

Veliko dokazov priča o učinkih edukacije, o čemer danes v strokovnih krogih ni dvoma. Čas, v katerem živimo, ponuja priložnosti, ki jih zaradi različnih razlogov zamujamo. Ena takšnih je razvoj telemedicine, teleedukacije, razvoj aplikacij, spletnih platform, video vsebin ipd. Edukacija je danes s strani plačnika storitev enaka letu 1983, že dobrih 40 let brez sprememb v časovni ali finančni komponenti. Eden od problemov, ki smo jih zaznali med pisanjem te projektne naloge, je tudi dejstvo, da zdravstvena nega kor stroka ni partner pri pripravi novih dejavnosti v zdravstveni negi. Še vedno se dogaja, da za procese, ki jih izvaja medicinska sestra, predlog napiše zdravnik, ki ne izvaja te dejavnosti.

V času pisanja te projektne naloge so bili dogovori z ZZZS uspešni v smislu uvajanja programov strukturirane edukacije na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

6 SEZNAM LITERATURE

American Diabetes Association. (2018). 5. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care, 42* (Supplement_1), S46–S60. https://doi.org/10.2337/dc19-S005

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2021). 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care, 45*(Supplement_1), S60–S82. https://doi.org/10.2337/dc22-S005

Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care, 18*(7), 943–949. https://doi.org/10.2337/diacare.18.7.943

Association of Diabetes Care & Education Specialists. (2021). *Diabetes care and education curriculum, ADCES* (Let. 2021).

Bonča, P. D., Gavrić, D., Janša, K., & Sambt, J. (2024). Direct diabetes-related healthcare expenditures in Slovenia: recent evolution and future projections based on population-level data. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 24*(3), 427–436. https://doi.org/10.1080/14737167.2024.2302423

Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 926–943. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003

Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., Dennison, M., Francis, T., Hughes, P. J., Jaime, S., Lau, K. H. K., McArthur, T., McAvoy, K., Magee, M., Newby, O., Ponder, S. W., Quraishi, U., Rawlings, K., Socke, J., … Villalobos, S. (2022). 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care, 45*(2), 484–494. https://doi.org/10.2337/dc21-2396

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., … on behalf of the American Diabetes Association. (2022). 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care, 46*(Supplement_1), S68–S96. https://doi.org/10.2337/dc23-S005

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., … on behalf of the American Diabetes Association, null. (2023). Glycemic Targets: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care, 46*(Suppl 1), S97–S110. https://doi.org/10.2337/dc23-S006

Greenwood, D. A., Gee, P. M., Fatkin, K. J., & Peeples, M. (2017). A Systematic Review of Reviews Evaluating Technology-Enabled Diabetes Self-Management Education and Support. *Journal of Diabetes Science and Technology, 11*(5), 1015–1027. https://doi.org/10.1177/1932296817713506

Hildebrand, J. A., Billimek, J., Lee, J.-A., Sorkin, D. H., Olshansky, E. F., Clancy, S. L., & Evangelista, L. S. (2020). Effect of diabetes self-management education on glycemic control in Latino adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling, 103*(2), 266–275. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.009

Jiang, X., Jiang, H., Tao, L., & Li, M. (2021). The Cost-Effectiveness Analysis of Self-Efficacy-Focused Structured Education Program for Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Mainland China Setting. *Frontiers in Public Health, 9*, 767123. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.767123

Kansra, P., & Oberoi, S. (2023). Cost of diabetes and its complications: results from a STEPS survey in Punjab, India. *Global Health Research and Policy, 8*, 11. https://doi.org/10.1186/s41256-023-00293-3

Klavs, J. (2022). Edukacija. V *Smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2* (Let. 2022, str. 33–34). Ministrstvo za zdravje. https://endodiab.si/wp-content/uploads/2022/06/4-EDUKACIJA.pdf

Leal, J., Ahrabian, D., Davies, M. J., Gray, L. J., Khunti, K., Yates, T., & Gray, A. M. (2017). Cost-effectiveness of a pragmatic structured education intervention for the prevention of type 2 diabetes: economic evaluation of data from the Let's Prevent Diabetes cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open, 7*(1), e013592. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013592

Ministrstvo za zdravje. (2020a). *DRŽAVNI PROGRAM ZA OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI 2020–2030 STRATEGIJA RAZVOJA*. Ministrstvo za zdravje. https://www.obvladajmosladkorno.si/wp-content/uploads/2022/07/DPOSB-2020-2030-Strategija-razvoja-KOS.pdf

Ministrstvo za zdravje. (2020b). *Način izvajanja programa in usmeritve DPOSB do 2030*. Ministrstvo za zdravje. https://www.obvladajmosladkorno.si/wp-content/uploads/2022/01/Priloga-1-Nacin-izvajanja-programa-in-usmeritve-DPOSB-do-2030-1.pdf

NIJZ. (2023, november 9). *Sladkorna bolezen*. https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/sladkorna-bolezen/

Pot, G. K., Battjes-Fries, M. C., Patijn, O. N., van der Zijl, N., Pijl, H., & Voshol, P. (2020). Lifestyle medicine for type 2 diabetes: practice-based evidence for long-term efficacy of a multicomponent lifestyle intervention (Reverse Diabetes2 Now). *BMJ Nutrition, Prevention & Health, 3*(2), 188–195. https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000081

Priloga-1-Nacin-izvajanja-programa-in-usmeritve-DPOSB-do-2030-1.pdf. (b. d.). Pridobljeno 15. januar 2024, s https://www.obvladajmosladkorno.si/wp-content/uploads/2022/01/Priloga-1-Nacin-izvajanja-programa-in-usmeritve-DPOSB-do-2030-1.pdf

Schrock, L. E. (1998). Review Of Cost Efficiency and Efficacy of Delivering a Diabetes Education Program in a Southwest Rural Healthcare Facility. *The Diabetes Educator, 24*(4), 485–492. https://doi.org/10.1177/014572179802400407

Pomen ustreznega komuniciranja in informiranja za zadovoljstvo zaposlenih

MAG. NATALIJA KLUN
IZR. PROF. DR. MATEJA LORBER

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Komuniciranje in sporazumevanje med ljudmi je pogosta težava, saj zaposleni med sabo velikokrat premalo ali neustrezno komunicirajo. Večina komunikacije poteka pisno, vedno manj je prisotne neposredne komunikacije med ljudmi. Na delovnem mestu preživimo veliko časa, zato je pomembno ustvariti prijetno delovno okolje.

Cilj projektnega dela: Ugotoviti učinkovitost načinov komuniciranja, ki jih zaposleni uporabljajo v proučevani organizaciji, stopnjo informiranosti in zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu.

Metode: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen instrument, ki je vključeval vprašanja odprtega tipa in vprašanja zaprtega tipa. V raziskavi je sodelovalo 148 od vseh (180) povabljenih zaposlenih v sodelujoči organizaciji, od tega sta sodelovali 2/3 žensk in 1/3 moških. Zbrani podatki so bili analizirani s programom SPSS, verzija 22.0.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da so informacije za delo popolne in da jih nihče ne zadržuje, a bi si zaposleni želeli biti še bolj informirani o dogajanju v organizaciji. Največje zadovoljstvo so izrazili pri komuniciranju po elektronski pošti, iz oči v oči in komuniciranju po telefonu. Sestanki in kolegiji so slabše ocenjeni. Najmlajši in najstarejši zaposleni ocenjujejo, da je informiranje za kakovostno opravljanje dela ustrezno, medtem ko je srednja starostna skupina manj zadovoljna z informiranjem. Zaposleni imajo veliko možnosti za strokovna izobraževanja, prav tako so z delom, ki ga opravljajo, zadovoljni.

Razprava: Glede na rezultate lahko poudarimo, da je pomemben poudarek na osebni komunikaciji, podajanju točnih, pravočasnih in zanesljivih informacij, kratkih in učinkovitih sestankih, saj to nudi zaposlenim večje zadovoljstvo tako na osebnem

področju kot pri delu. Čeprav ima raziskava določene omejitve, je vseeno dala nekaj rezultatov, ki bi lahko bili podlaga za nadaljnje raziskovanje.

Ključne besede: komunikacija, informiranje, medosebni odnosi, zadovoljstvo zaposlenih, zdravstvo

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

V sodobnem svetu se nenehno srečujemo z elektronsko pošto, mobilno telefonijo, video konferencami in še bi lahko naštevali. Učinkovita komunikacija je v zdravstvu ključnega pomena. Pisna komunikacija ostaja najbolj razširjena oblika komunikacije med specializiranim in primarnim zdravstvenim varstvom (Vermeir et al., 2015). Zdolškova (2024) poudarja, da je sodobna računalniška tehnologija postala del vsakdanjika v zdravstvu in ponuja nove možnosti na področju komuniciranja, a sodobna tehnologija ne more nadomestiti osebne oblike komunikacije, je pa vsekakor dobro pomagalo.

V zadnjih dvajsetih letih so bile v zdravstvu izvedene številne raziskave v Sloveniji (Ajlec, 2010; Dolinar, 2022; Klun, 2010; Lambergar, 2020; Lorber, 2010; Lorber & Skela Savič, 2012; Mikolič, 2017; Mrak & Medvešek, 2016; Prebil, Mohar & Drobne, 2009; Štamberger Kolnik, 2008; Železnik, 2006) na tematiko informiranja, komuniciranja, zadovoljstva pri delu ter povezovanja različnih poklicnih skupin. Še vedno je osnovna in nujno potrebna dobra komunikacija; tako med člani tima kot tudi med različnimi poklicnimi skupinami. Pomembni sta komunikacija z vrha organizacije navzdol in obratno (Mumel, 2012; Pavec, 2015). Vermeir et al. (2018) so ugotovili, da je zadovoljstvo s komunikacijo povezano z zadovoljstvom na delovnem mestu, namenom zapustiti delovno mesto in izgorelostjo (Vermeir et al., 2018). Tudi Pongton & Suntrayuth (2019) poudarjata, da ima zadovoljstvo s komunikacijo pozitiven učinek na zadovoljstvo zaposlenih in zavzetost zaposlenih za opravljanje dela. Sistematični pregled raziskav (Gutiérrez-Puertas et al., 2020) pokaže, da je sposobnost medicinskih sester za dobro komunikacijo temelj za razvoj terapevtskega odnosa do pacienta. Terapevtski odnos pa je nujno potreben za zagotavljanje zadovoljstva pacientov, zmanjševanja napak pri obravnavi in izboljševanje kakovosti zdravstvene nege (Gutiérrez-Puertas et al., 2020). Za medicinske sestre je pomembno, da se nenehno poskušajo izboljševati v komunikacijskih veščinah, saj je slaba komunikacija lahko nevarna in neučinkovita (Nokuthula, 2018).

Vodje so pogosto primarno odgovorni predvsem za komunikacijo z zaposlenimi o njihovem delu in organizacijskih informacijah, kot so odločitve, postopki in politike.

Običajno so vključeni tudi v zagotavljanje in izvajanje kadrovskih praks organizacije (Den Hartog et al., 2013).

Informiranje in komuniciranje z zaposlenimi, ki bodo deležni sprememb pri vsakodnevnem delu in funkcioniranju v organizaciji, mora biti integrirano v procese uvajanja sprememb in strategijo, ki jo organizacija udejanja ob uvajanju sprememb (Ozimek, 2016). Pavčeva (2015) ugotavlja, da je zato, ker živimo v času velikih in hitrih sprememb, nujno, da imajo kadri na voljo vedno in povsod dovolj koristnih informacij za delovanje. Za dobro delovanje in sodelovanje je treba vzpostaviti ustrezno komunikacijo. Pri tem moramo upoštevati (Ružič Koželj, 2004) merila sodobnega uporabnika, možnosti zdravstvenih ustanov, postopno prilagajanje novi organizaciji, posodobitev izobraževalnega programa, vsestransko strpnost, načela humanistike in etičnih meril, terminologije ali posredovanja.

Zaposleni v organizacijah so najboljši pokazatelji tako za dobre in slabe stvari v organizaciji, ki se na zunaj velikokrat ne vidijo. Kritiko je vedno dobro sprejeti, pa naj bo pozitivna ali negativna. Pomembno je, da iz nje povzamemo nekaj novega, spremenimo in izboljšamo bodisi procese dela, odnose med zaposlenimi ali način delovanja same organizacije. Den Hartog et al. (2013) poudarjajo, da v organizacijah, kjer lahko vodje zaposlenim zagotovijo točne in uporabne informacije o nalogah in organizaciji, to pomaga zaposlenim pri razumevanju in zmanjšanju negotovosti. Takšna kakovostna komunikacija pomaga zaposlenim razumeti njihovo nalogo in kaj se od njih pričakuje, da vidijo, kaj ponuja organizacija, in da razumejo razloge za organizacijske odločitve in sprejete postopke. Kakovost organizacijskega komuniciranja vodij se pojmuje glede na to, ali vodje zaposlenim posredujejo zadostno količino informacij o delu in organizaciji, ali zaposleni razumejo informacije, ki jih prejmejo od svojih vodij, in ali se zaposlenim zdijo informacije, ki jih posredujejo vodje, koristne (Den Hartog et al., 2013).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Pri iskanju literature za pisanje projektnega dela smo uporabili različne podatkovne baze: PubMed, CINAHL, spletni bibliografski sistem COBISS+ in Google Scholar. Kot vključitvene kriterije smo uporabili članke oziroma besedila v angleščini in slovenščini, dostop do polnega besedila in izvlečka brez plačila. Za ključne besede smo uporabili besede oziroma besedne zveze: komunikacija, informiranje, zadovoljstvo zaposlenih, medosebni odnosi, zdravstvo, v angleščini: communication, information,

employee satisfaction, interpersonal relations, healthcare. Med ključnimi besedami v angleškem jeziku smo uporabili Boolove tabulatorje AND in OR.

Pri pregledu literature smo ob prvem pregledu ključnih besed komunikacija in informiranost, dobili 123.957 zadetkov. Dodali smo zadovoljstvo zaposlenih in dobili 10.109 zadetkov, pri dodani besedi medosebni odnosi smo dobili 327 zadetkov, in ko smo dodali še zdravstvo, se je število zadetkov zmanjšalo na 281. Končna analiza je bila opravljena na 55 enotah domače in tuje literature.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Temelj kakovostne zdravstvene nege je dobra komunikacija, ki izboljšuje njeno učinkovitost in uspešnost. Komunikacija je eden izmed pogojev za zadovoljstvo zaposlenih in pacientov (Pavec, 2015). Do učinkovite komunikacije pride, ko pošiljatelj pošlje sporočilo na način, ki izraža namen sporočila in ga prejemnik razume. Prav tako je komunikacija pomemben dejavnik zadovoljstva pacientov in pritožb glede oskrbe in ima ključno vlogo pri kakovosti storitev v vseh storitvenih poklicih, vključno z zdravstvenimi poklici (Newell & Jordan, 2015). Zaposleni potrebujejo odkrito in pošteno komuniciranje – tudi v času, ko novice niso dobre. V obdobjih intenzivnih sprememb, ki jih prinašajo reorganizacije in kadrovske spremembe na vodilnih mestih ali nižje, ravno suvereno komuniciranje znotraj ustanove zagotavlja potrebno stabilnost in zaposlenim in okolici sporoča, da so stvari pod nadzorom. Vodstvo, ki pridobi zaupanje zaposlenih v mirnih časih, bo to dragoceno vez lažje ohranilo tudi v obdobjih burnih dogajanj in sprememb (Pondelak, 2009). Mihaličeva (2006) poudarja, da je komuniciranje med zaposlenimi lahko dovolj učinkovito le v primeru, da enako intenzivno poteka tako od zgoraj navzdol kot od spodaj navzgor. Le-ta ne sme biti omejena s hierarhičnimi ravnmi in s samo organizacijsko strukturo. Dopustiti mora enake možnosti komuniciranja za vse zaposlene. Največ o tem, kako učinkovito komunicirati z zaposlenimi, nam lahko povedo prav zaposleni. Dolinar (2022) opozori, da je ena od pomembnih nalog vodilnih prav spodbujanje razvoja komunikacijskih veščin pri sebi in sodelavcih. Sprožena je bila multidisciplinarna retrospektivna pobuda za izboljšanje kakovosti za učinkovito izboljšanje komunikacije med medicinsko sestro in zdravnikom ter organizacijskih rezultatov v več bolnišničnih enotah. Izboljšanje interdisciplinarne komunikacije med medicinsko sestro in zdravnikom prispeva k izboljšanju kakovosti (Wang et al., 2024). Vermier et al. (2015) ugotavljajo, da pri komunikaciji iz oči v oči lahko vse vpletene strani ne samo slišijo, kaj je bilo povedano, ampak tudi vidijo govorico telesa in izraze obraza, ki zagotavljajo ključne informacije, da lahko bolje razumejo pomen besed. V preteklosti je bila ta vrsta komunikacije mogoča samo osebno, vendar z napredkom tehnologije obstaja več načinov za

pogovore iz oči v oči. Tudi videokonference so oblika komunikacije iz oči v oči, čeprav uporabljajo tehnologijo za povezovanje udeležencev. Te oblike neposredne komunikacije so se v dobi elektronskih komunikacij dejansko zmanjšale in dajejo prednost posredni namesto neposredni komunikaciji. Hitro dostavljena e-poštna pisma s potrditvijo branja lahko predstavljajo dober približek telefonskim ali osebnim stikom in imajo prednost sledljivosti in posvetovanja s tretjimi osebami.

Raziskava Vermeir et al. (2015) je ocenjevala pravočasnost komunikacije, bodisi subjektivno zaznavo bodisi realne zamude. Ugotovili so, da je pravočasnost pomembno prispevala k učinkovitosti komunikacije za vse deležnike. Neučinkovita komunikacija pa je imela številne potencialno negativne posledice za vse udeležene v zdravstvenem procesu.

Za izvajalce zdravstvenih storitev pomeni, da slaba komunikacija vodi v dodatno delovno obremenitev, saj zmanjšuje zaupanje v odločitve. Ob tem se pacienti lahko soočijo s ponavljanjem svojih zgodb, dvojnimi testi, zamudami pri zdravljenju in lahko prejmejo nasprotujoče si informacije, kar lahko posledično privede do zmanjšanega zaupanja in zadovoljstva pacientov (Vermeir et al., 2015).

Čeprav izvajalci zdravstvenega varstva porabijo veliko svojega časa za komunikacijo, je raziskav, ki poskušajo količinsko opredeliti ekonomski učinek učinkovitosti komuniciranja, zelo malo. To pomanjkanje v literaturi je še toliko bolj presenetljivo, če upoštevamo, da komunikacija vpliva tudi na varnost pacientov (Vermeir et al., 2015). LaGree et al. (2023) ugotavljajo, da spoštljiva komunikacija na delovnem mestu spodbuja odpornost, zavzetost in zadovoljstvo z delom med zaposlenimi na začetku kariere. Johansson et al. (2014) pa ugotavljajo, da vodje sporočajo prednostne naloge, zagotavljajo razumevanje kratkoročnih ciljev in dolgoročnih ciljev ter spremljajo, ali je potrebna pomoč. Vodje in menedžerji porabijo od 70 do 90 % svojega časa za komunikacijo (Tengblad, 2006). Komunikativen vodja spodbuja dialog z zaposlenimi, deli povratne informacije in vključuje zaposlene pri odločanju (Johansson et al., 2014). Vodje so najbolj učinkoviti, ko zaposleni razumejo skupne cilje, izzive in priložnosti. Vodje, ki so učinkoviti komunikatorji, imajo neposredne podrejene, ki so bolj seznanjeni s cilji organizacije (Berson & Avolio, 2004).

Ko vodje zaposlenim pomagajo, da se počutijo spoštovani zaradi njihovih individualnih dosežkov in ker so del organizacije, zaposleni poročajo o večji poklicni odpornosti, zadovoljstvu z delom, zvestobi in angažiranostjo pri delu (LaGree et al., 2023).

Mayfield & Mayfield (2017) sta ugotovila, da vodje lahko izboljšujejo dobro počutje zaposlenih v organizaciji ter spodbujajo pozitivne rezultate na delovnem mestu (kot so uspešnost zaposlenih, zadržanje in zadovoljstvo na delovnem mestu). Učinkovita

komunikacija vodij tako ponuja sposobnost izboljšanja življenjskih izkušenj zaposlenih, podajanje informacij, uporabo različnih načinov komuniciranja, kot so elektronsko sporočilo, zbor delavcev ali poseben sestanek, bilten, priložnostne novice in ostale interne publikacije, oglasne deske, intranet, navodila zaposlenim (Pondelak, 2009). Leonard et al. (2004) poudarjajo prav pomen informiranja, da bi se izognili napačni komunikaciji in povečali varnost pacientov.

Informacije so danes za vse organizacije, še posebej zdravstvene, zelo pomembne. Ker živimo v času hitrih sprememb, je nujno, da imajo zaposleni v zdravstvu za svoje delovanje vedno na voljo dovolj koristnih informacij. Pomembno je, da zaposleni dobijo koristne informacije za svoje delo čim hitreje, ker je čas v današnjem tempu zelo dragocen. Informacije lahko dobimo od zaposlenih in vodij ali drugih oddelkov (računovodstvo, marketing...). Te vire imenujemo notranje organizacijske vire. V zdravstvu uporabljamo formalne vire (uradno potrjeni, resničnost informacij je zajamčena, dobljene informacije od bank, uradov, statistike, ministrstev) in neformalne vire (ni jamstva za resničnost informacij, dobljeni od posameznikov ali neformalnih skupin (Kavčič, 2011; Pavec, 2015). Informacije velikokrat pridobimo iz primarnih virov, kjer so le-te bolj razpršene. Sekundarni vir pa je že predelani primarni vir, vsebuje selekcionirane informacije, povzete po primarnem viru. Ta nam včasih sicer bolj koristi, ker ni treba iskati bistva, vendar pa je lahko pri sekundarnem viru vsebina že bistveno drugačna (Kavčič, 2011; Pavec, 2015).

Zadovoljstvo zaposlenih izhaja iz medčloveških odnosov in je odvisno predvsem od možnosti zadovoljevanja osebnostnih potreb. Komunikacija in odnosi so eden ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih (Mrak, 2005). Hung (2006) je zadovoljstvo definiral kot ugoden občutek, ki ga je mogoče negovati s pozitivnim pričakovanjem odnosov. Ko so zaposleni zadovoljni, je večja verjetnost, da se bodo zavzeli za dolgoročno delovno razmerje v delovni organizaciji, kjer so zaposleni. Zadovoljstvo zaposlenih je torej eden najpomembnejših dejavnikov vsake organizacije. Mumel (2012) pravi, da se zadovoljstvo pri delu, ki ga opravljamo, nanaša na področje dela in delovno mesto. Drugo področje pa je zadovoljstvo z organizacijo, v kateri zaposleni delajo.

Probst et al. (2010) ugotavljajo, da se zadovoljstvo pri delu poveča, če nadrejeni jasno komunicirajo, dajejo jasna navodila in izkazujejo hvaležnost za delo medicinskih sester. Drugi (Bekkink et al., 2018; Bosch & Mansell, 2015; Mrak & Medvešček Smrekar, 2016; Price, 2002; Ružič Koželj, 2004; Tovey & Adams, 1999) poudarjajo, da zaposleni, ki so z delom, ki ga opravljajo zadovoljni, ugodno vplivajo na dobre odnose med sodelavci. Glavni atributi zadovoljstva pri delu iz raziskave (Werdecker & Esch, 2021)

so izpolnjevanje želenih potreb v delovnem okolju, sreča ali razveseljivi čustveni odzivi na delovne pogoje in vrednost ali pravičnost dela. Na te lastnosti vplivajo predhodni pogoji, kot so demografske, čustvene, delovne značilnosti in okolijske spremenljivke. Poleg tega imajo posledice zadovoljstva medicinskih sester pri delu pomemben vpliv tako na medicinske sestre kot na paciente.

Področja poklicnega življenja in delovnega zadovoljstva medicinskih sester so proučevale Tomaszewska et al. (2024) z namenom ugotoviti, kako različna področja poklicnega življenja medicinskih sester korelirajo z njihovim zaznanim zadovoljstvom pri delu. Ugotovili so, da ko se zadovoljstvo na določenih področjih poklicnega življenja povečuje, se povečuje tudi zadovoljstvo pri dosežkih dela in občutek pravičnosti. Višja kot je stopnja zadovoljstva na področju nadzora, bolj se povečuje občutek zadovoljstva z neodvisnostjo. Večje kot je zadovoljstvo anketirancev na področju vrednot, obremenjenosti in nadzora, višja je stopnja zadovoljstva z delovnimi pogoji.

Avtorji (Hung, 2006; Ibrahim et al., 2013; Mrak, 2005; Mumel, 2012; Vermeir et al. 2018; Werdecker & Esch, 2021) ugotavljajo, da ima komunikacija neposreden učinek na zadovoljstvo medicinskih sester, zadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu pa je tesno povezano s kakovostjo izvajanja zdravstvene nege ter z namenom opustitve poklica. Ibrahim et al. (2013) poudarjajo, da je pomembno spremljati odnos med komunikacijo in zadovoljstvom zaposlenih in na tak način prispevati k delovanju organizacije.

3 METODE

Pri izvedbi raziskave smo sledili pozitivistični paradigmi raziskovanja. Uporabili smo opisno neeksperimentalno kvantitativno metodo dela. Z izvedeno raziskavo smo želeli ugotoviti povezanost komunikacije in informiranja oziroma prenosa informacij z zadovoljstvom zaposlenih v proučevani organizaciji. Prav tako smo želeli ugotoviti najpogosteje uporabljene načine komuniciranja za informiranja v proučevani organizaciji, s čim so zaposleni v proučevani organizaciji najbolj zadovoljni, ugotoviti, ali prihaja do razlik v informiranosti in zadovoljstvu glede na različne starostne skupine ter na osnovi rezultatov raziskave predlagati ukrepe na področju informiranja in komunikacije zaposlenih v proučevani organizaciji.

Z raziskavo smo želeli odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Kakšna je učinkovitost trenutnih načinov komuniciranja?

RV2: Kako zaposleni ocenjujejo stopnjo informiranosti?

RV3: Kako zaposleni ocenjujejo zadovoljstvo na delovnem mestu?

3.1 Zbiranje podatkov

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja s pomočjo vprašalnika, sestavljenega iz več vsebinskih sklopov. Vprašalnik (priloga) smo povzeli po Pavec (2015) in ga priredili za potrebe raziskave v zdravstvu. Razdeljen je bil na štiri sklope in zajemal 14 vprašanj zaprtega tipa, oblikovanih v obliki 54 trditev in 2 vprašanji odprtega tipa, kjer so anketiranci podajali svoje predloge in pripombe:

- *Prvi sklop se nanaša na demografske podatke:* spol, starost, dosežena stopnja izobrazbe, čas zaposlitve in zaposlitveni status.
- *Drugi sklop je vključeval 24 trditev o komuniciranju*, kjer so se anketiranci opredelili o vrsti in kakovosti komuniciranja in podali oceno od 1 do 5 (Likertova lestvica). Prvih devet trditev glede trenutnih načinov komunikacije je bilo vrednotenih po učinkovitosti, in sicer vrednost 1 pomeni zelo neučinkovito, 2 – neučinkovito, 3 – niti učinkovito niti neučinkovito, 4 – učinkovito in 5 – zelo učinkovito. Nato je bilo izmed 12 trditev izbrati po 3 trditve, ki jih anketiranci najpogosteje uporabljajo za sporočanje in sprejemanje informacij. Sledi trditev o zadostnosti informacij za kakovostno opravljanje dela, pri čemer vrednost 1 pomeni nikakor se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam/se strinjam, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam. Nato sledi trditev o kakovosti internega komuniciranja, kjer vrednost 1 pomeni zelo neučinkovito, 2 – neučinkovito, 3 – niti učinkovito niti neučinkovito, 4 – učinkovito in 5 – zelo učinkovito. Sledi trditev o pomanjkljivostih internega komuniciranja, kjer so anketiranci označili samo odgovor da ali ne. Na koncu sklopa imamo še dve vprašanji odprtega tipa, kjer so anketiranci zapisali svoje mnenje glede pomanjkljivosti in predloge za izboljšanje internega komuniciranja.
- *Tretji sklop vprašalnika je vključeval šest trditev o informiranosti,* kjer so se anketiranci opredelili glede sprejemanja informacij in podali oceno s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice (od 1 do 5), pri čemer vrednost 1 pomeni nikakor se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam/se strinjam, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam.
- *Četrti sklop* je vključeval osem trditev, ki so se nanašale na splošno oceno zadovoljstva na delovnem mestu, kjer so anketiranci na sedem trditev podajali oceno od 1 do 5 (Likertova lestvica), pri čemer vrednost 1 pomeni nikakor se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam/se strinjam, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam. Pri zadnji – osmi trditvi anketiranci podajajo oceno zadovoljstva z internim komuniciranjem v ustanovi, kjer vrednost 1 pomeni zelo nezadovoljen, 2 – nisem zadovoljen, 3 – niti zadovoljen/niti nezadovoljen, 4 – zadovoljen in 5 – zelo zadovoljen.

3.2 Vključeni v raziskavo

V raziskavo smo vključili vse zaposlene iz šestih zdravstvenih postaj, šolske zobne ambulante in dveh ambulant v domovih za starejše občane, torej iz devetih lokacij sodelujočega zdravstvenega doma. V raziskavo ni bilo vključenih 18 zaposlenih, ki so bili na daljšem bolniškem ali porodniškem dopustu. Od povabljenih 180 zaposlenih je v raziskavi sodelovalo 148 anketirancev, kar predstavlja 82-% odzivnost.

Pri demografskih podatkih so vsi anketiranci napisali spol, dva anketiranca nista označila starosti, eden izobrazbe, dva nista označila zaposlitve, trije pa niso označili zaposlitvenega statusa. Po spolu izstopajo ženske, kar je pričakovano, saj je zaposlenih približno 1/3 moških in 2/3 žensk. V raziskavi je sodelovalo manj moških (n = 46 oziroma 31,1 %), in več žensk (n = 102, kar predstavlja 68,9 %).

Glede na starost je bilo največ (n = 45 oziroma 30,4 %) anketirancev starih med 31 in 40 let, sledijo (n = 36 oziroma 24,3 %) stari med 18 in 30 let, nato (n = 35 oziroma 23,6 %) stari med 41 in 50 let ter 30, kar znaša 20,3 % starejših od 50 let.

Po izobrazbeni strukturi je sodelovalo največ anketirancev s srednjo izobrazbo (n = 53 oziroma 35,8 %), sledijo z univerzitetno in več (n = 46 oziroma 31,1 %), nato z visoko strokovno (n = 37, kar predstavlja 25 %) in najmanj s poklicno izobrazbo (n = 11 oziroma 7,4 %).

Največ anketirancev je zaposlenih do 5 let (n = 71 oziroma 48 %), sledijo anketiranci zaposleni 6 do 20 let (n = 51 oziroma 34,5 %). Najmanj anketirancev pa je zaposlenih več kot 20 let, in sicer samo 4, kar predstavlja 16,2 %.

Za nedoločen čas je zaposlenih 113 anketirancev oziroma 76,4 %, medtem ko je za določen čas ali po pogodbi zaposlenih 32 oziroma 21,6 %.

3.3 Potek raziskave in soglasja

S strani vodstva zdravstvenega doma smo pridobili pisno soglasje za izvedbo raziskave. Pred začetkom raziskave smo informirali vodje vseh sodelujočih postaj zdravstvenega doma z namenom, cilji in potekom raziskave.

Izpolnjevanje vprašalnikov je bilo anonimno, vsi anketiranci so dobili pisna navodila za izpolnjevanje in predstavljen jim je bil namen raziskave. Po zdravstvenih postajah smo nekaj vprašalnikov razdelili na sestanku, nekaj pa jih je razdelila kurirka. Vprašalnike smo razdelili vsem 180 zaposlenim. Le-ti pa so izpolnjene vprašalnike oddajali za namen raziskave pripravljene ovojnice na vseh devetih lokacijah zdravstvenega doma. Čas za izpolnjevanje in oddajo je bil omejen na štirinajst dni, in sicer od 10. do 24. aprila 2024. Preverili smo, ali so bili vprašalniki izpolnjeni in ugotovili, da so bili vsi vrnjeni vprašalniki v celoti izpolnjeni.

3.4. Obdelava podatkov

Podatke iz vprašalnikov smo vnesli v Excelovo tabelo, ki je predpriprava za obdelavo podatkov v SPSS programu. Za demografske podatke smo uporabili opisno statistiko. Najprej smo preverili statistično značilnost Levinovega F preizkusa, ki preverja enakost varianc med skupinami. Če ni bil statistično značilen ($p > 0,05$), kar pomeni, da smo potrdili enakost varianc, smo za preverjanje razlik v povprečnih vrednostih uporabili F preizkus. Če je bil test statistično značilen ($p \leq 0,05$), smo uporabili Welchov test. Če sta bila F preizkus oziroma Welchev test statistično značilna, smo potrdili razlike v povprečnih vrednostih glede na starostne skupine. Za ugotavljanje povezanosti med proučevanimi spremenljivkami smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije. Za omenjene preizkuse smo uporabili statistični program SPSS 22.0.

4 REZULTATI

Glede na dobljene rezultate lahko iz Tabele 1 razberemo, da so najučinkovitejši načini komuniciranja po mnenju anketirancev elektronska pošta ($\bar{x}$ = 4,3, s = 0,70), osebna srečanja iz oči v oči (= 4,2, s = 0,95) in telefonski pogovori ($\bar{x}$ = 4,1, s = 0,86), najmanj učinkoviti pa obhod direktorja (= 3,2, s = 1,28), strokovni svet ($\bar{x}$= 3,5, s = 1,04) in videokonference ($\bar{x}$= 3,5, s = 1,15).

Tabela 1: Rezultati učinkovitosti trenutnih načinov komunikacije pri internem komuniciranju in razlike glede na starostne skupine

Table 1: Differences in the effectiveness of current communication methods in internal communication according to age

Spremenljivke/ variable	$\bar{x}$	*s*	F/Welch	p
Elektronska pošta (maili)	4,3	0,70	0,28	0,843
Osebna srečanja iz oči v oči	4,2	0,95	0,97	0,409
Telefonski pogovori	4,1	0,86	2,15	0,097
Pisna navodila za delo	3,9	0,91	2,89	0,041
Sestanki delovnih skupin, timov	3,9	0,94	1,65	0,181
Družabna (neformalna) srečanja	3,8	0,99	2,65	0,051
Video konference, sestanki	3,5	1,15	5,16	0,003
Strokovni svet/poslovni kolegij	3,5	1,04	3,30	0,026
Obhodi direktorja med zaposlenimi	3,2	1,28	1,97	0,121

Legenda/Legend: $\bar{x}$ – povprečje / average, s – standardni odklon / standard deviation, F Welch, p – statistična značilnost/statistical significance

Iz Tabele 1 je prav tako razvidno, da prihaja do statistično pomembnih razlik v oceni učinkovitosti pri treh načinih komuniciranja med starostnimi skupinami, in sicer v oceni učinkovitosti pisnih navodil za delo (p = 0,041). Mladi do 30 let (in starejši od 50 (let ocenjujejo pisna navodila za delo kot bolj učinkovita glede na tiste v starosti med 41 in 50 let ($\bar{x}$=3,63, s = 1,06) in 31 in 40 let () starosti. Prav tako prihaja do statistično pomembnih razlik med starostnimi skupinami v oceni učinkovitosti videokonferenc (p = 0,003), ki so najbolj učinkovite za najmlajšo starostno skupino (, najmanj pa za stare med 41 in 50 let (). Enako velja tudi glede učinkovitosti strokovnih oziroma poslovnih kolegijev (p = 0,026), kjer so najnižje ocene podali anketiranci, stari med 41 in 50 let Anketiranci se strinjajo, da so informacije, ki jih dobijo, zadostne za kakovostno opravljanje dela ($\bar{x}$ = 3,9, s = 0,80). Najmlajši $\bar{x}$ = 4,1, s = 0,92) in najstarejši anketiranci ($\bar{x}$= 4,1, s = 0,92) se bolj strinjajo (rezultati so v obeh primerih enaki), da so informacije, ki jih dobijo, zadostne za kakovostno opravljanje dela, kot pa anketiranci v starostni skupini med 41 in 50 let ($\bar{x}$ = 3,6, s = 0,80). Iz Tabele 2 je razvidno, da prihaja v oceni zadostnosti informacij za kakovostno delo do statistično značilnih razlik glede na starostne skupine (p = 0,044).

Tabela 2: *Rezultati analize variance o zadostnosti informacij za kakovostno opravljanje dela glede na starostne skupine*

Table 2: *Opinion on the sufficiency of information for quality performance of work according to age - analysis of variance*

	F Levenov	p	F/Welch	p
Ali so informacije, ki jih dobite, zadostne za kakovostno opravljanje dela?	3,11	0,028	2,83	0,044

Legenda/Legend: F Levenov, p – statistična značilnost/statistical significance F Welch, p – statistična značilnost/statistical significance

Anketiranci so kakovost internega komuniciranja ocenili s $\bar{x}$ = 3,79, s = 0,96), in sicer višje v najstarejši ($\bar{x}$ = 4,06, s = 0,96) in najmlajši starostni skupini ($\bar{x}$ = 3,97, s = 0,91), sledi starostna skupina od 31 do 40 let ($\bar{x}$= 3,77, s = 0,77), najnižje pa v starostni skupini od 41 do 50 let ($\bar{x}$= 3,41, s = 1,13). Glede na rezultate ugotovimo, da v oceni kakovosti internega komuniciranja glede na starost prihaja do statistično pomembnih razlik (F Levenov = 1,77, p = 0,156, F/Welch = 2,83, p = 0,028).

Tabela 3: *Rezultati o informacijah in razlike glede na starostne skupine*

Table 3: *Opinion about information by age*

Spremenljivke/ variable	$\bar{x}$	*s*	*F/Welch*	*p*
Ko dobite obvestilo o delu, so informacije popolne	3,90	0,80	1,63	0,189
Dovolj ste seznanjeni in obveščeni o dogajanjih v zdravstvenem domu	3,47	1,06	1,71	0,167
Informacije, ki se nanašajo na vaše delo, so pravočasne	3,80	0,96	2,47	0,069
Brez težav dobimo informacije, ki jih potrebujemo	3,83	0,97	1,88	0,136
Nihče od zaposlenih ne zadržuje pomembnih informacij	3,58	1,04	5,82	0,001
Informacije, ki jih dobite, so razumljive	3,80	0,74	0,88	0,455

Legenda/Legend: $\bar{x}$– povprečje / average, s – standardni odklon / standard deviation, F Welch, p – statistična značilnost/statistical significance

Iz Tabele 3 so razvidne povprečne ocene in standardni odklon za trditve, ki se nanašajo na informiranost. Edina trditev, katere povprečna ocena se glede na starostne skupine statistično značilno razlikuje (p = 0,001), se nanaša na ne zadrževanje potrebnih informacij. Z njo se najbolj strinjajo najmlajši anketiranci ($\bar{x}$ = 4,05 s = 0,98), sledijo stari nad 50 let ($\bar{x}$ = 3,80, s = 0,96), stari od 31 do 40 let ($\bar{x}$= 3,36, s = 0,96), najmanj pa so se s trditvijo strinjali stari med 41 in 50 let ($\bar{x}$ = 3,17, s = 1,05).

Iz Tabele 4 je razvidno, da se anketiranci zelo strinjajo, da imajo možnost strokovnega izobraževanja ($\bar{x}$ = 4,4, s = 0,76). Le nekoliko manj se strinjajo, da interna komunikacija povečuje zadovoljstvo pri delu ($\bar{x}$ = 4,2, s = 0,83) ter s trditvijo, da so za delo na svojem delovnem mestu motivirani ($\bar{x}$ = 4,2, s = 0,87). Tudi trditvi Moj vodja si prizadeva za uspešno komunikacijo s podrejenimi in Moj vodja si prizadeva s pisno in ustno komunikacijo povečati zadovoljstvo pri delu in odpraviti nesporazume sta ocenjeni z oceno več kot 4. Na zadnjem mestu je trditev Zadovoljen/a sem z delom, ki ga opravljam in zato ne doživljam stresa ($\bar{x}$ = 4,0, s = 0,93).

Tabela 4: Ocena vidikov splošnega zadovoljstva na delovnem mestu glede na starost – analiza variance

Table 4: Assessment of aspects of overall job satisfaction by age – analysis of variance

Spremenljivke/variable	$\bar{x}$	s	F/ Welch	p
Imam možnost strokovnega izobraževanja.	4,4	0,76	1,31	0,274
Interna komunikacija povečuje zadovoljstvo pri delu.	4,3	0,83	2,62	0,054
Za delo na svojem delovnem mestu sem motiviran/a.	4,2	0,87	5,74	0,001
Moj vodja si prizadeva za uspešno komunikacijo s podrejenimi.	4,2	0,83	1,78	0,154
Moj vodja si prizadeva s pisno in ustno komunikacijo povečati zadovoljstvo pri delu in odpraviti nesporazume.	4,2	0,95	1,10	0,350
Zadovoljen/a sem z delom, ki ga opravljam in zato ne doživljam stresa.	4,0	0,93	2,81	0,045
Redko prihaja do konfliktov med zaposlenimi.	3,8	0,96	6,18	0,001

Legenda/Legend: $\bar{x}$– povprečje / average, s – standardni odklon / standard deviation, F Welch, p – statistična značilnost/statistical significance

Prav tako je iz Tabele 4 razvidno, da se razlike v ocenah zadovoljstva z delom glede na starostne skupine pojavljajo pri treh trditvah.

Statistično pomembne razlike glede na starostne skupine smo ugotovili v motiviranosti za delo (p = 0,001), in sicer so najbolj motivirani starejši od 50 let $\bar{x}$ = 4,60, s = 0,77), sledijo stari od 18 do 30 let $\bar{x}$= 4,47, s = 0,60), stari od 41 do 50 let $\bar{x}$= 4,0, s = 1,07) ter nato stari od 31 do 40 let $\bar{x}$ = 3,93, s = 0,81).

Do statistično pomembnih razlik (p = 0,045) je prišlo tudi v ocenah zadovoljstva z delom, ki ga opravljajo, in zato ne doživljajo stresa, kjer so dosegli najvišjo oceno starejši od 50 let ($\bar{x}$ = 4,36, s = 0,80), sledijo stari od 18 do 30 let (4,19, s =0,66), nekoliko manj pa so zadovoljni anketiranci v starosti 41 do 50 let ($\bar{x}$ = 3,85, s = 0,97) in stari med 31 in 40 let ($\bar{x}$ = 3,84, s =1,09).

Prav tako smo ugotovili statistično značilne razlike v stopnji strinjanja pogostosti pojavljanja konfliktov med zaposlenimi (p = 0,001), in sicer po mnenju starejših od 50 let $\bar{x}$ = 4,23, s = 0,81) in starih med 18 in 30 let $\bar{x}$ = 4,02, s = 0,73) zelo redko prihaja do konfliktov, medtem ko se anketiranci, stari med 31 in 40 let $\bar{x}$= 3,62, s = 0,97) ter med 41 in 50 let $\bar{x}$ = 3,29, s = 1,14) s trditvijo nekoliko manj strinjajo.

Tabela 5: *Povezanost komunikacije, informiranja in zadovoljstva*

Table 5: *The connection between communication, information and satisfaction*

		komunikacija	Informiranje	zadovoljstvo
Komunikacija	Pearson r	1	0.624**	0.623**
	P		<0,001	<0,001
	N	146	146	146
Informiranje	Pearson r	0.624**	1	0.712**
	p	<0,001		<0,001
	n	146	147	147
zadovoljstvo	Pearson r	0.623**	0.712**	1
	p	<0,001	<0,001	
	n	146	147	147

Legenda/Legend: r – Pearsonov korelacijski koeficient/Pearson correlation coeficent, n – število/number, p – statistična značilnost/statistical significance

Iz Tabele 5 je razvidno, da obstaja statistično značilna srednje močna pozitivna povezanost med informiranjem in komunikacijo ($r = 0,624$; $p < 0,001$), med komunikacijo in zadovoljstvom anketirancev ($r = 0,623$; $p < 0,001$) ter močna pozitivna povezanost med informiranostjo in zadovoljstvom anketirancev ($r = 0,712$; $p < 0,001$).

Glede na odgovore, ki smo jih dobili na dve odprti vprašanji, kjer so anketiranci navajali različne pripombe, predloge in mnenja, smo ugotovili, da jih je 46 (31,08 %) napisalo pomanjkljivosti trenutne komunikacije v organizaciji, ki smo jih vsebinsko združili:

- primanjkuje odkritega pogovora iz oči v oči/ neustrezna komunikacija;
- anketiranci dobijo prepozno in/ali premalo informacij za delo in seznanjenost o dogajanju v organizaciji, imajo premalo pomembnih podatkov;
- želijo si več kratkih in učinkovitih sestankov znotraj tima in različnih timov skupaj;
- želijo si več sestankov oziroma obhodov direktorja med zaposlene;
- anketiranci včasih dolgo čakajo na odgovore (pisne, maili, telefonski klici) – neodzivnost/ni ažurnosti;
- zaznavajo, da se nepomembne informacije hitro širijo, dobijo preveč informacij, iz katerih težko izločijo bistvo;
- nerazumevanje ali napačno razumevanje danih informacij.

Predloge in izboljšave je podalo 42 anketirancev, kar pomeni 28,7 %, vseh vključenih v raziskavo. Oblikovali smo jih po vsebinskih sklopih:

- odkrita komunikacija, več osebne komunikacije, manj elektronskih sporočil;
- redni sestanki različnih poklicnih skupin z namenom širjenja pomembnih informacij in seznanjanja vseh zaposlenih;
- kratki in učinkoviti sestanki;
- večja odzivnost, spoštovanje dogovorjenih rokov;
- več pohval in spodbud s strani vodij;
- manj obrekovanja in kritiziranja;
- ustrezna računalniška podpora;
- več kadra, kjer je potreben.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Rezultati, ki smo jih dobili v raziskavi o trenutnih načinih komuniciranja potrjujejo, da so zaposleni v tej organizaciji v večini z njimi zadovoljni. Prav tako je povprečna vrednost učinkovitosti komuniciranja visoka, kar kaže v povprečju visoko stopnjo sposobnosti komunikacije pri anketirancih in sovpada s tem, da dajejo v sodelujoči organizaciji interni komunikaciji velik pomen in si jo želijo ohraniti na čim višji ravni. Ugotovili smo, da se komunikacija, informiranje in zadovoljstvo pozitivno povezujejo. Prav tako raziskava (Vermeir et al., 2018) pokaže, da je zadovoljstvo pri delu povezano s komunikacijo. V omenjeni raziskavi so bile medicinske sestre zadovoljne s komunikacijo z nadrejenim, kar v 68,46 %.

Na osnovi dobljenih rezultatov lahko v nadaljevanju odgovorimo na zastavljena raziskovalna vprašanja, saj rezultati raziskave pokažejo, da so v sodelujočem zdravstvenem domu najbolj učinkoviti načini komuniciranja elektronska pošta, osebna srečanja iz oči v oči in telefonski pogovori. Najmlajši in najstarejši anketiranci so ocenili pisna navodila za delo kot bolj učinkovita kot anketirani zaposleni, stari med 41 in 50 let. Prav tako smo ugotovili, da mlajši anketiranci bolje ocenjujejo video konference kot starejši. To je bilo tudi nekako pričakovati, saj so mladi v času, v katerem živimo, bolj usposobljeni in naklonjeni novim tehnologijam in napredkom kot nekateri starejši zaposleni.

Anketiranci si želijo tudi več kratkih in učinkovitih sestankov in obhodov, predvsem srednja generacija oziroma stari 41 do 50 let ($\bar{x}$ = 2,8). Kakovost internega komuniciranja so najboljše ocenili najstarejši in najmlajši zaposleni, ki so podali enako

povprečno vrednost ($\bar{x}$ = 4,0), kar pomeni, da so z interno komunikacijo zadovoljni, malo slabše pa so jo ocenili zaposleni v starosti 41–50 let ($\bar{x}$ = 3,5). Za ohranjanje visoke stopnje interne komunikacije se strinjamo z Zidar Gale (2004), ki je ugotovila, da dobro razvite spretnosti komuniciranja vodje pripomorejo k večji storilnosti in zadovoljstvu na delovnem mestu. V želji izboljševanja kakovosti se strinjamo z Lorber & Skela Savič (2011), ki poudarita, da če vodja želi, da bo delo uspešno opravljeno, mora imeti poleg organizacijskih tudi komunikacijske sposobnosti, ki so zelo pomembne za doseganje rezultatov in izboljšanje kakovosti.

Podobno kot z interno komunikacijo je s telefonskimi pogovori, z učinkovitostjo katerih so najstarejši in najmlajši najbolj zadovoljni, saj so učinkovitost le-teh ocenili s povprečno oceno več kot 4. Pomembno je, da so vodje dosegljivi, saj lahko en telefonski pogovor reši več težav hkrati. Zavedati se moramo, da je komunikacija v zdravstveni negi vezana na odnos med izvajalci zdravstvene nege ter na odnos med izvajalci zdravstvene nege in pacienti. Gausvik et al. (2015) poudarjajo, da je skupni imenovalec odnosov kakovost zdravstvenih storitev, ki je višja, kadar obstaja dobra komunikacija. Dobre medosebne odnose zaznamuje sposobnost medicinskih sester, da vprašanja postavljajo na prijazen način, informacije podajajo razumljivo ter ustvarjajo občutek zaupanja. Še posebej je to pomembno v multikulturnih okoljih, kjer imajo posamezniki različna kulturna ozadja, izkušnje in pričakovanja (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Lorber & Skela Savič (2011) poudarjata še pomen zavedanja, da lahko vodja s svojo komunikacijo vpliva na vedenje zaposlenih in ga tudi spreminja. Vodja, ki ima dobro razvite komunikacijske veščine, bo s svojimi sodelavci komuniciral bolj spoštljivo, spodbujal bo njihovo uspešnost, znal bo prisluhniti njihovim težavam, konstruktivno bo reševal konflikte, iskreno bo govoril o svojih občutkih in stališčih v odnosih, za dobro opravljeno delo bo sodelavce pohvalil itd. Klun (2010) pa opozori, da zdravstveni delavci, ki niso zadovoljni s komunikacijo v zdravstveni organizaciji, ne morejo kakovostno komunicirati s pacienti.

Glede na rezultate, ki so se nanašali na informiranost, ugotovimo, da najstarejši in najmlajši zaposleni ocenijo informiranost boljše kot srednja starostna skupina. Ta rezultat nam nakaže, da moramo biti pri podajanju informacij bolj pravočasni, točni, učinkoviti in prilagodljivi glede na raznolikost zaposlenih. Pri informiranju smo ugotovili, da so informacije razumljive, v večini popolne. Nekoliko manj se zaposleni strinjajo s tem, da brez težav dobijo vse potrebne informacije, najnižjo povprečno oceno ($\bar{x}$ = 3,7) so podali zaposleni, stari med 41 in 50 let. Hkrati pa si zaposleni želijo več seznanjenosti z dogajanjem v delovni organizaciji. Zaposleni si želijo vse potrebne informacije za delo, saj bi se s tem razjasnili marsikateri dvomi in ne bi prihajalo do nepotrebnih ugibanj in ustvarjanja napačnih zaključkov.

Pomemben je podatek, da so zaposleni dokaj dobro informirani o novostih ($\bar{x}$ = 3,9), malo nižji rezultat pa smo dobili pri pravočasnosti podajanja informacij ($\bar{x}$= 3,5). Ugotovili smo tudi, da večinoma posamezniki ne zadržujejo pomembnih informacij ($\bar{x}$ = 3,58), kar kaže na to, da si zaposleni želijo čim hitrejšo seznanjenost z novostmi oziroma pridobiti nove informacije. Dobljeni rezultat lahko primerjamo z raziskavo avtorja Klun (2010), kjer so prav tako ugotovili, da posamezniki ne zadržujejo informacij, vendar je bil rezultat nekoliko slabši ($\bar{x}$= 3,18).

Ugotavljamo, da je informiranost preko elektronske pošte najbolj učinkovita ($\bar{x}$ = 4,3) za vse starostne skupine anketirancev, saj se na ta način poda hitro, jasno in vsem enako sporočilo. Prav tako imajo možnost sporočilo večkrat pogledati in preveriti, ali so ga prav razumeli. Pri tem moramo upoštevati, da je sporočilo napisano kratko, jedrnato in točno. Podobno ugotovijo v raziskavi avtor Men (2014), kjer podjetja za komuniciranje z anketiranci o novih odločitvah, politikah in dogodkih ter spremembah v kar 77,9 % uporabljajo elektronsko pošto. Glede sestankov so rezultati naše raziskave pokazali povprečno oceno 3,9, medtem ko v raziskavi avtorja Men (2014) sestanke anketiranci uporabljajo v 28,7 %. Drugi pogosto uporabljeni kanal v naši raziskavi je komunikacija iz oči v oči ($\bar{x}$ = 4,2), v raziskavi (Men, 2014) pa le - to uporabljajo v 33,6 %. V raziskavi avtorja Men (2014), anketiranci najraje prejemajo informacije po elektronski pošti (73,4 %), na sestankih 66,7 % in medosebni komunikaciji z neposrednim vodjem v 45 %. Vodilni na vseh ravneh vodenja pa v omenjeni raziskavi najraje uporabljajo interakcijo iz oči v oči, sledi elektronska pošta ter telefon in glasovna pošta.

Ne glede na to, da je informiranost preko elektronske pošte učinkovita, je pomembno zavedanje, da je za zaposlene izredno pomembno tudi osebno srečanje iz oči v oči, saj človeku kot posamezniku predstavlja pomembno sporočilo, da se zanj zanimamo, da si zanj vzamemo čas in ga obravnavamo kot enakovrednega sogovornika. Nikoli naj nam ne bo žal časa, ki ga porabimo za te namene, saj nam na dolgi rok prinese pozitivne rezultate. Mnogo težav in nejasnosti se razrešijo prav s to obliko komunikacije in informiranja. Ker so informacije različne, prav tako tudi zaposleni in situacije, se strinjamo s Smith & Mounter (2005), ki navajata, da so pri komunikaciji v organizaciji pomembni načini podajanja informacij, njihova količina in pravočasnost. Raziskava avtorjev Štih & Ferjan (2014) je pokazala, da je pomemben poudarek na osebni komunikaciji, podajanju točnih, pravočasnih in zanesljivih informacij, kratkih in učinkovitih sestankih, saj vse to skupaj zaposlene poveže in jim nudi večje zadovoljstvo tako na osebnem področju kot pri delu.

Glede ocene zadovoljstva zaposlenih smo ugotovili, da so anketiranci najbolj zadovoljni z možnostjo izobraževanja ($\bar{x}$ = 4,4), kjer so najvišjo oceno podali starejši nad 50 let ($\bar{x}$ = 4,6), najnižjo pa stari med 31 in 40 let ter 41 do 50 let, kjer je povprečna ocena enaka ($\bar{x}$ = 4,3). Ugotovimo, da so te ocene zelo visoke, kar je hkrati dokaz, da vodstvo podpira izobraževanja, nadgradnjo obstoječega znanja ter možnosti za sprejemanje novosti v organizaciji. Dokaj visoka je tudi stopnja strinjanja, da interna komunikacija povečuje zadovoljstvo na delovnem mestu ($\bar{x}$= 4,3). Podobne rezultate je dobila tudi Mikolič (2017) v svoji raziskavi, kjer so anketiranci menili, da dobra komunikacija v zdravstvenem in negovalnem timu povečuje zadovoljstvo pri delu ($\bar{x}$ = 4,20), da je komunikacija učinkovita ($\bar{x}$ = 3,25), prav tako pa učinkovita komunikacija vpliva na zadovoljstvo pacientov ($\bar{x}$= 4,21).

Anketiranci so za delo motivirani ($\bar{x}$= 4,2) in zadovoljni, da si njihov vodja prizadeva za uspešno komunikacijo s podrejenimi in hkrati za pisno in ustno komunikacijo ($\bar{x}$= 4,2). Ugotovili smo tudi, da redko prihaja do konfliktov med anketiranci ($\bar{x}$= 3,8). Rezultate raziskave lahko primerjamo z raziskavo avtorja Klun (2010), kjer so zaposleni podobno ocenili, da komuniciranje povečuje zadovoljstvo pri delu, kjer je bila stopnja strinjanja 4,68, medtem ko v sedanji raziskavi pa z oceno 4,3. Tudi Zanardi et al. (2020) so ugotovili, da ima delovno okolje pozitiven in pomemben učinek na zadovoljstvo pri delu.

Strinjamo se z Mušič (2011), ki navaja, da je zadovoljstvo z delom najboljši indikator, ki pojasnjuje, v kolikšni meri organizacijsko komuniciranje prispeva k učinkovitosti organizacije. Bhatnagar & Srivastava (2012) sta poudarila, da je zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvenih organizacijah povezano z mnogimi dejavniki, kot so optimalna delovna ureditev, možnost aktivnega sodelovanja pri odločanju, učinkovita komunikacija med osebjem in vodstvom, svobodno izražanje mnenja zaposlenih, kolektivno reševanje problemov in odnos vodstva. Tabiee et al. (2018) poudarjajo, da je vloga komunikacije pri zagotavljanju zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi izjemnega pomena in da bi organizacije morale poskrbeti za interne izobraževalne programe na temo izpopolnjevanja komunikacijskih spretnosti zaposleni. Tudi Grace Mikolič (2017) je ugotovila, da so medosebni odnosi in profesionalna komunikacija izrednega pomena za zagotavljanje zadovoljstva bolnikov in zaposlenih.

Glede na rezultate, ki smo jih dobili, lahko zapišemo, da je pomemben poudarek na osebni komunikaciji, podajanju točnih, pravočasnih in zanesljivih informacij, kratkih in učinkovitih sestankih, saj vse to skupaj zaposlene poveže in jim nudi večje zadovoljstvo tako na osebnem področju kot pri delu.

Glede na zavedanje pomena komunikacije in informiranosti za zadovoljstvo zaposlenih v nadaljevanju podajamo priporočila in predloge za prakso, saj se morajo vodstvo in vsi zaposleni kljub pozitivnim rezultatom nenehno truditi za:

- hitro, natančno in zadostno informiranje vseh zaposlenih glede dela, ki ga opravljajo;
- čim prej vrniti klic ali odgovoriti na sporočilo (e-pošta), v primeru, ko klica ne morejo sprejeti in imajo na telefonu zabeležen neodgovorjeni klic, oziroma čim hitreje, ko jim čas dopušča, odgovoriti na sporočilo preko e-pošte;
- ustrezno komuniciranje med vsemi skupinami zaposlenih oziroma enotami in zdravstvenimi postajami;
- preprečevanje in učinkovito reševanje konfliktnih situacij;
- spodbujanje zaposlenih k izogibanju ogovarjanja in kritiziranja sodelavcev, še posebej, če so prisotni tudi drugi ljudje;
- motiviranje zaposlenih in
- ustvarjanje dobrih medsebojnih odnosov.

Prepoznati je treba vse zaposlene, saj je to pogoj za kakovostno opravljeno delo. Vodje se morajo naučiti pohvaliti sodelavce za dobro opravljeno delo (ustno ali pisno). V primerih, kjer vodstvo svojim zaposlenim nudi pogoje za izboljšanje dela, lahko od njih pričakuje boljše rezultate na vseh področjih. Dobri odnosi, ustrezne informacije in zadovoljstvo pri delu vodijo h kakovostnemu opravljanju dela, kar je pomembno tako za posameznika kot celoten kolektiv.

Zadovoljni zaposleni bolje in z veseljem opravljajo svoje delo, so bolj samostojni pri delu, motivirani za delo in ne doživljajo stresa zaradi strahu pred neznanim. Da pa bomo to dosegli, si moramo prizadevati vsi zaposleni, ne le posamezniki.

Čeprav vzorec raziskave ni velik, pa je raziskava kljub temu dala nekaj rezultatov, ki bi lahko bili podlaga za nadaljnje raziskovanje. Rezultate raziskave, kjer so bile dobljene nižje povprečne vrednosti, bi bilo treba podrobneje raziskati, poiskati možne rešitve in izboljšave. Postati nam morajo vodilo in spodbuda za nadaljnje raziskovanje in proučevanje.

V prihodnje bi bilo smiselno raziskati še, katere vrste izobraževanj glede izboljšanja komunikacije si zaposleni želijo, kako bi zaposlene čim bolj motivirali za delo, kaj bi na delovnem mestu spremenili, da bi jim bilo prijetno in bi radi prihajali na delovno mesto, kako bi jih navdušili za dodatna strokovna izobraževanja in izpopolnjevanja pri delu, da bi svoje delo radi opravljali, kaj bi si zaposleni želeli, da bi znanje nadgradili

in utrdili, kaj bi si zaposleni želeli na svojem delovnem mestu izboljšati in spremeniti (zaposleni naj sami napišejo želje in predloge) in kaj bi še povečalo njihovo motivacijo in zagnanost za delo (predlogi in pobude zaposlenih).

6 SEZNAM LITERATURE

Ajlec, A. (2010). *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege* [diplomska naloga, Univerza v Mariboru].

Bekkink, M.O., Farrell, S., & Takayesu, K.K. (2018). Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *International Jurnal of Medical Education*, 9, 262–270.
https://dx.doi: 10.5116/ijme.5bb5.c111

Berson, Y., & Avolio, BJ. (2004). Transformational leadership and the dissemination of organizational goals: A case study of a telecommunication firm. Export EXPORT Add To My ListEmailPrint Share. *The Leadership Quarterly*, 15, 625-646.
https://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.07.003

Bhatnagar, K. & Srivastava, K. (2012). Job satisfaction in health-care organizations. *Industrial psychiatry journal,* 21(1), 75. https://dx.doi:10.4103/0972-6748.110959

Bosch, B., & Mansell, H. (2015). Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian Pharmacits Jurnal*, 148(4), 176–179. https://dx.doi /10.1177/1715163515588106

Chang, W.-Y., Ma, J.-C., Chiu, H.-T., Lin, K.-C., & Lee, P.H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65: 1946-1955.
https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x

Den Hartog, DN., Boon, C., Verburg, RM., & Croon, MA. (2013). HRM, communication, satisfaction and perceived performance: A cross-level test. *Journal of Management*, 39 (6), 1637-1665. https://doi.org/10.1177/0149206312440118

Dolinar, T. (2022). *Pomen komunikacije za zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi – pregled literature* [diplomska naloga, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice].

Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H., & Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 33-37. https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623

Grace Mikolič, S. (2017). *Pomen komunikacije za zadovoljstvo bolnikov* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].

Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V.V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados- Gámez, G., & Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review. *Internationa Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2241.
https://doi.org/10.3390/ijerph17072241

Hung, W. (2006). The 3C3R Model: A Conceptual Framework for Designing Problems in PBL. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, 1 (1).
https://doi.org/10.7771/1541-5015.1006

Ibrahim, M.M., El-Khedr, S.M, & Nosek, L.J. (2013). Effective Communication and Job Satisfaction among Staff Nurses Working in Pediatric Intensive Care Units. *Life Science Journal*, 10(1), 2661-2669. https://www.lifesciencesite.com https://doi.org/10.7537/marslsj100113.312

Johansson, C. (2014). Conceptualizing communicative leadership: A framework for analysing and developing leaders' communication competence. VL - 19
https://doi.org/10.1108/CCIJ-02-2013-0007

Kavčič, B. (2011). Očrt poslovnega komuniciranja. Fakulteta za komercialne in poslovne vede, Celje.

Klun, N. (2010). *Vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih v Zdravstvenem domu Šmarje pri Jelšah: študija primera* [magistrska naloga, Univerza na Primorskem].

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Sociomedica*, 26(1), 65-67. https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67

Lambergar, S. (2020). *Komunikacija in delovna zavzetost zaposlenih v zdravstvenem okolju izbrane ustanove* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].

LaGree, D., Houston, B., Duffy, M., & Shin, H. (2023). The effect of respect:Respectful communicationat work drives resiliency, engagement, and job satisfaction among early Ccreer employees. *International Journal of Business Communication*, 60 (3), 844-864.
https://doi.org/10.1177/23294884211016529

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 13 Suppl 1(Suppl 1):i85-90.
https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85

Lorber, M. (2010). *Vodenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi [magistrska naloga*, Univerza na Primorskem].

Lorber, M. & Skela Savič, B. (2011). Komuniciranje – reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), 247-252.

Lorber, M., & Skela Savic, B. (2012). Job Satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian hospitals. *Croatian Medical Journal,* 53, 263-270. https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.263

Mayfield, J., & Mayfield, M. (2017). Leadership communication: reflecting, engaging, and innovating. *International Journal of Business*. https://doi.org/10.1177/2329488416675446

Men, L. R. (2014). Strategic internal communication: Transformational leadership, communication channels, and employee satisfaction. *Management Communication Quarterly*, 28(2), 264–284. https://doi.org/10.1177/0893318914524536

Mihalič, R. (2006). Management človeškega kapitala: priročnik za celostno upravljanje človeškega kapitala in človeških virov v praksi sodobnih organizacij znanja. Škofja Loka: Mihalič in partner.

Mikolič, S. (2017). *Pomen komunikacije za zadovoljstvo bolnikov* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].

Mrak, Z. (2005). Komunicirajmo med seboj: zbornik prispevkov. In Trampuž, R. *(Eds.), Zadovoljstvo zaposlenih - kakovostno in uspešno delo* (pp. 28-47). Ajdovščina: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Mrak, Z., & Medveščck Smrekar, M. (2016). *Zadovoljstvo medicinskih sester z delom in odnosi na kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].

Mumel, D. (2012). Komuniciranje v poslovnem okolju, Maribor: De Vesta.

Mušič, A. (2011). *Povezanost zadovoljstva s komuniciranjem in splošnega zadovoljstva v organizaciji* [diplomska naloga, Univerza v Mariboru].

Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*.13(1):76-87.
https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072

Nokuthula Sibiya, M. (2018). Effective communication in nursing. in: nursing, ed. Nilgun Ulutasdemir. [online] Available at: https://www.intechopen.com/chapters/59779

Ozimek, B. (2016). *Informiranje zaposlenih z digitalnimi orodji internega komuniciranja* [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani].

Pavec, T. (2015). *Informiranje zaposlenih v Biotehniškem centru Naklo* [diplomska naloga, Univerza v Mariboru].

Pondelak, D. (2009). Komuniciranje z zaposlenimi – sodoben Babilonski stolp, *Isis, 21*-22, januar 2009.

Pongton, P., & Suntrayuth, S. (2019). Communication satisfaction, employee engagement, job satisfaction, and job performance in higher education institutions. *ABAC Journal,* 39(3), 90-110. http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/abacjournal/article/view/4204

Prebil, A., Mohar J., & Drobne P. (2009). *Komunikacija v zdravstvu: učbenik*. Celje: Mohorjeva družba. https://www.mohorjeva.org/izdelek/komunikacija-v-zdravstvu/

Probst, JC., Baek, JD., Laditka, SB., Rahmanti, AR., Huang, CW., Muhtar, MS., Yang, HC., & Li, YJ. (2024). Facial mimicry and doctor-patient satisfaction: The feasibility of artificial empathy in a clinical video data. *Studies in health technology and informatics*. 310:1116-1120. https://doi.org/10.3233/SHTI231138

Ružič Koželj, N. (2004). *Komunikacija v zdravstvu*. Maribor: NR Design.

Smith L., & Mounter, P. (2005). *Effective internal communication*. London: Kogan Page. https://www.researchgate.net/publication/282576067_Effective_Internal_Communication_Lyn_Smith_with_Pamela_Mounter/citation/download

Štemberger Kolnik, T. (2008). *Vpliv komuniciranja med zaposlenimi v organizaciji na njihovo zadovoljstvo pri delu: študija primera* [magistrska naloga, Univerza na Primorskem].

Štih, A., & Ferjan, M. (2014). Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), 30-39. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/9

Tabiee, S., Abolfaz, S., Vagharseyyedin, S.A., Izadpanah, A., Oudi, D., & Nasirizad, M. (2018). The relationship of communication skills with job satisfaction among hospital nursing staff. *Modern Care Journal,* 15(3), e81590. https://doi.org/10.5812/modernc.81590

Tengblad, S. (2006). Is there a "New Managerial Work"? A comparison with Henry Mintzberg's classic study 30 years later. *Journal of Management Studies*, 43, 1437–1461. https://www.researchgate.net/publication/312579637

Tomaszewska, K., Kowalczuk, K., Majchrowicz, B., Kłos, A., & Kalita, K. (2024). Areas of professional life and job satisfaction of nurses. *Front Public Health*:12:1370052. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1370052

Tovey, EJ., & Adams AE. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal od Advanced Nursing:* 30(1):150-8. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01059.x

Vermeir, P., Vandijc, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *The Internation of journal Clinical practise*, 69(11):1257-67. https:// doi.org/10.1111/ijcp.12686

Vermeir, P., Blot, S., Degroote, S., Vandijck, D., Mariman, A., Vanacker, T., Peleman, R., Verhaeghe, R. & Vogelaers, D. (2018). Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 48, 21-27. http:// doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.001

Wang, J., Kidd, V.D., Giafaglione, B., Strong, B., Ohri, A., White, J., & Amin, A. (2024). Improving nurse-physician bedside communication using a patient experience quality improvement pilot project at an academic medical center. *Cureus*,16(3):e55976. https:// doi.org/10.7759/cureus.55976

Werdecker, L., & Esch, T. (2021). Burnout, satisfaction and happiness among german general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS ONE*,16(6):e0253447. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253447

Zanardi, M., & Zhau, W. (2020). The effect of work environment on employee job satisfaction with work communication asintervening variables (case study on civil servants in Australian medicaland health department). *Medalion Journal: Medical Research, Nursing, Health And Midwife Participation*, 1(4), 121–126. https://doi.org/10.59733/medalion.v1i4.56

Zdolšek, S. (2006). Elektronsko podprto komuniciranje v zdravstvu: priložnost ali dodatna obremenitev *Obzornik Zdravstvene Nege, 40*(2), 93–98. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2583

Zidar Gale, T. (2004). *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu: z osebnimi spremembami do boljših medosebnih odnosov*. Ljubljana: GV Založba.

Železnik, D. (2006). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege = Quality communication and ethical attitude are the basis of nursing and midwifery. In Filej, B., Kaučič, M.B., Lahe, M., Pajnkihar, M., Koban, B. & Železnik D. (Eds.), *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege* (pp. 35-42). Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

7 PRILOGA

Anketni vprašalnik

Spoštovane sodelavke in sodelavci!

Obiskujem izobraževanje Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi. Za ta namen delam raziskavo o pomenu ustreznega komuniciranja in informiranja zaposlenih v Zdravstvenem domu Šmarje pri Jelšah. Raziskovala bom predvsem načine internega komuniciranja, ki jih uporabljate za informiranja ter zadovoljstvo s trenutno komunikacijo Vprašalnik se bo uporabljal le v študijske namene. Vljudno prosim, da pazljivo preberete navodila, saj vam bo olajšalo delo, hkrati pa bo vaš vprašalnik veljaven.

Za vaš čas in pomoč se Vam že vnaprej iskreno zahvaljujem!

Natalija Klun

1. **Spol:**
   - ☐ Moški
   - ☐ Ženski

2. **Starost:**
   - ☐ 18 - 30
   - ☐ 31 – 40
   - ☐ 41 – 50
   - ☐ Nad 50

3. **Kakšna je vaša najvišja dosežena izobrazba:**

   ☐ Poklicna

   ☐ Srednja

   ☐ Visoka strokovna

   ☐ Univerzitetna ali več

4. **Koliko časa ste zaposleni v Zdravstvene domu Šmarje pri Jelšah?**

   ☐ Do 5 let

   ☐ 6 - 20

   ☐ 21 – 30

   več kot 30 let

5. **Zaposlitveni status:**

   ☐ Zaposlen za nedoločen čas

   ☐ Zaposlen za določen čas ali po pogodbi

6. **Kako učinkoviti so po vašem mnenju trenutni načini komunikacije, ki se uporabljajo pri internem komuniciranju?**

		Zelo učinkovito 5	Učinkovito 4	Niti učinkovito niti neučinkovito 3	Neučinkovito 2	Zelo neučinkovito 1
1.	Elektronska pošta (maili)					
2.	Telefonski pogovori					
3.	Osebna srečanja iz oči v oču					
4.	Sestanki delovnih skupin, timov					
5.	Strokovni svet/Poslovni kolegij					
6.	Obhodi direktorja med zaposlenimi					
7.	Pisna navodila za delo					
8.	Video konference, sestanki					
9.	Družabna (neformalna) srečanja					

7. **Katere vrste komuniciranja sami najpogosteje uporabljate za sporočanje pomembnih informacij?** Možni so največ 3 odgovori:

   ☐ Iz oči v oči – osebno

   ☐ Elektronska pošta

   ☐ Telefonski pogovor

   ☐ Tekstovno sporočilo na prenosnem telefonu (sms)

   ☐ Sestanek

   ☐ Drugo:_____

8. **Katere vrste komuniciranja ste najpogosteje deležni v zdravstvenem domu za sporočanje pomembnih informacij?** Možni so največ 3 odgovori:

   ☐ Iz oči v oči – osebno

   ☐ Elektronska pošta

   ☐ Telefonski pogovor

   ☐ Tekstovno sporočilo na prenosnem telefonu (sms)

   ☐ Sestanek

   ☐ Drugo:_____

9. **Ali so informacije, ki jih dobite zadostne za kakovostno opravljanje dela?**

Popolnoma se strinjam 5	Strinjam se 4	Se niti ne strinjam/ se strinjam 3	Ne strinjam se 2	Nikakor se ne strinjam 1

11. **Kako bi po ocenili kakovost internega komuniciranja? (Označite prosim)**

Zelo učinkovito 5	Učinkovito 4	Niti učinkovito, niti neučinkovito 3	Neučinkovito 2	Zelo neučinkovito 1

13. **Ali zaznate kakšne pomanjkljivosti internega komuniciranja?**

    (Obkrožite) DA NE

14. **Katere so po vašem mnenju pomanjkljivosti internega komuniciranja pri nas?** (Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili z DA, prosim napišite pomanjkljivosti)

_____
_____

15. **Kaj predlagate za izboljšanje internega komuniciranja v zdravstvenem domu?**

_____
_____

16. **Označite za vas najustreznejši odgovor .**

		Popolnoma se strinjam 5	Strinjam se 4	Se niti ne strinjam / se strinjam 3	Ne strinjam se 2	Nikakor se ne strinjam 1
1.	Ko dobite obvestilo o delu, so informacije popolne					
2.	Dovolj ste seznanjen in obveščeni o dogajanjih v zdravstvenem domu					
3.	Informacije, ki se nanašajo na vaše delo, so pravočasne					
4.	Brez težav dobite informacije, ki jih potrebujete					
5.	Nihče od zaposlenih ne zadržuje pomembnih informacij					
6.	Informacije, ki jih dobite, so razumljive					

18. Kako bi na splošno ocenili zadovoljstvo na delovnem mestu?

		Popolnoma se strinjam 5	Strinjam se 4	Se niti ne strinjam / se strinjam 3	Ne strinjam se 2	Nikakor se ne strinjam 1
1.	Interna komunikacija povečuje zadovoljstvo pri delu					
2.	Moj vodja si prizadeva s pisno in ustno komunikacijo povečati zadovoljstvo pri delu in odpraviti nesporazume .					
3.	Moj vodja si prizadeva za uspešno komunikacijo s podrejenimi.					
4.	Redko prihaja do konfliktov med zaposlenimi					
5.	Za delo na svojem delovnem mestu sem motiviran/a.					
6.	Imam možnost strokovnega izobraževanja.					
7.	Zadovoljen/a sem z delom, ki ga opravljam in zato ne doživljam stresa.					

19. Kako ste zadovoljni z internim komuniciranjem v zdravstvenem domu?

(Obkrožite številko, ki po vaši oceni najbolj ustreza dejanskemu stanju.)

Zelo zadovoljen 5	Zadovoljen 4	Niti zadovoljen / niti nezadovoljen 3	Nisem zadovoljen 2	Zelo nezadovoljen 1

Hvala za sodelovanje

Izzivi delodajalcev za zmanjšanje bolniškega staleža

BRIGITA LEKŠE GOLOB, MAG. ZDR. NEGE
PROF. DR. BRIGITA SKELA SAVIČ, ZNAN. SVET.

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Bolniški stalež ali absentizem je resen družbeni, socialni in ekonomski problem ter dejavnik, ki pomembno vpliva na uspešnost organizacije. Namen raziskave je opisati dejavnike tveganja, ki vplivajo na povečan bolniški stalež in prepoznati ukrepe za njegovo zmanjšanje. Namen pregleda literature je pregledati najnovejše smernice in raziskave, ki opisujejo aktivnosti delodajalcev za zmanjšanje bolniškega staleža.

Cilj projektnega dela: Cilj projektnega dela je ugotoviti zdravstveno stanje zaposlenih in predlagati ukrepe za zmanjšanje bolniškega staleža.

Metode: Izvedena je bila opisna neeksperimentalna kvantitativna raziskava. Merski instrument je predstavljal spletni vprašalnik, ki ga je med 17. oktobrom in 17. novembrom 2023 izpolnilo 137 zaposlenih na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino. Statistična obdelava podatkov je potekala z računalniškim programom Office Excell. Izveden je bil sistematični pregled literature, s ključnimi besedami v slovenskem in angleškem jeziku, v bazah podatkov PubMed in Google Učenjak.

Rezultati: Anketiranci so izmed težav z zdravjem najpogosteje navedli bolečine v mišicah ramen, vratu in/ali zgornjih udov (n = 70, 55,6 %), glavobole, težave z vidom (n = 52, 41,3 %), imajo občutek utrujenosti (n = 79, 62,7 %) in težave s spanjem (n = 46, 36,5 %). Glede na pridobljene rezultate predvidevamo, da je vzrok visokega deleža bolniškega staleža povezan s pojavom preobremenjenosti v podjetju.

Razprava: Na podlagi rezultatov predlagamo aktivno izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu, predvsem na področju doživetja preobremenjenosti pri delu in področju gibanja. Za uspešno izvajanje programa promocije zdravja na delovnem mestu je bistvenega pomena, da zaposleni sodelujejo pri načrtovanju aktivnosti promocije zdravja. Aktivnosti morajo potekati na ravni posameznika in na ravni organizacije.

Ključne besede: dejavniki tveganja, delovno okolje, zdravje zaposlenih, promocija zdravja

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Podatki o bolniškem staležu so pomemben vir informacij o zdravstvenem stanju zaposlenih. Iz podatkovnega portala NIJZ (2024) je razvidno, da se delež bolniškega staleža na ravni Slovenije skozi leta povečuje (2022 5,91 %). Enak trend je opaziti tudi na Zavodu RS za transfuzijsko medicino (ZTM), pri čemer je delež višji glede na dejavnost v Sloveniji (NIJZ, 2023).

Za vsako družbo je soočanje z bolniškim staležem izrednega pomena zaradi njegovih številnih negativnih posledic. Je resen družbeni, socialni in ekonomski problem in dejavnik, ki pomembno vpliva na uspešnost delovne organizacije (Lipec, 2016). Bolniški stalež zmanjšuje sposobnost delovne organizacije, da bi dosegla cilje in prinaša številne posredne in neposredne stroške na vseh ravneh (Blatnik, Marinšek & Tušak, 2016). Negativne posledice so prisotne tako pri samih zaposlenih (nižji dohodek, manjše možnosti napredovanja, nezadovoljstvo v delovnem okolju itd.) kot pri delodajalcih (neposredni stroški za plačila nadomestil, stroški za nadomestne delavce itd.) in na ravni narodnega gospodarstva kot celote (nižji bruto domači proizvod) (Grimšič, 2013).

Delodajalec je v skladu z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu – ZVZD-1 (Uradni list RS, št. 43/11) dolžan načrtovati in izvajati promocijo zdravja na delovnem mestu ter zagotoviti potrebna sredstva in način spremljanja njenega izvajanja.

Na ZTM deluje s sklepom direktorja imenovana Delovna skupina za promocijo zdravja na delovnem mestu (DSPZ) ter za nadgradnjo pridobljenega pristopnega certifikata »Družbeno odgovoren delodajalec« (DOD), ki izvaja aktivnosti, usmerjene v varno in zdravo delovno okolje.

Učinek aktivnosti izvajanja promocije zdravja pri zaposlenih ni takoj zaznan. Sproti je treba preverjati, ali so aktivnosti ustrezne, ker le zdravi zaposleni, ki se na delovnem mestu dobro počutijo, lahko polno udejanjajo svoje potenciale in tako prispevajo k večji učinkovitosti organizacije in manj bolniškega staleža (Grimšič, 2013; Lipec, 2016).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je pregledati najnovejše smernice in raziskave, ki opisujejo aktivnosti delodajalcev za zmanjšanje bolniškega staleža. Sistematični pregled literature je bil izveden od novembra 2023 do februarja 2024. Vključeni sta bili

zbirki podatkov PubMed in Google Učenjak. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede v slovenskem jeziku: dejavniki tveganja, delovno okolje, zdravje zaposlenih in promocija zdravja ter angleškem jeziku: risk factors, work environment, employees health and health promotion.

Vključitveni kriteriji so bili: reduction of sick leave among healthcare workers, zmanjšanje bolniškega staleža med zdravstvenimi delavci; kvantitativne metode, kvalitativne metode, mešane metode, pregled literature; polno dostopna besedila; slovenski in angleški jezik; članki od leta 2018 in novejši. Izključitveni kriteriji so bili: reduction of sick leave among workers, zmanjšanje bolniškega staleža med delavci; uvodniki, knjige, poročila, protokoli; nepopolno dostopna besedila; drugi jeziki; objavljeno pred letom 2018. Iskalni niz je zajemal recenzirane članke.

Z iskanjem po bazah podatkov smo identificirali 5.141 zadetkov: PubMed (n = 91) in Google Učenjak (n = 5.050). V slovenskem jeziku nismo našli člankov, ki bi ustrezali vključitvenim kriterijem. Pri zadetkih podatkovnih baz smo najprej pregledali naslove (n = 5.141), nato smo pregledali izvleček (n = 142), prebrali članke (n = 23) in jih ocenili glede primernosti za vključitev v pregled literature (n = 20).

2.2 Spoznanja pregleda literature

V pregled literature smo vključili 20 raziskav. Raziskovalni dizajn so bili pregled literature (n = 17), retrospektivna kohortna študija (n = 1), pilotna študija (n = 1) in kvantitativna raziskava (n = 1). Na podlagi analize raziskav smo identificirali štiri tematske kategorije za zmanjšanje bolniškega staleža: a) intervencije za izboljšanje fizičnega in mentalnega zdravja na delovnem mestu, b) intervencije za zmanjšanje stresa in ohranitev duševnega zdravja na delovnem mestu, c) intervencije za obvladovanje kostno-mišičnega obolenja in č) intervencije za spodbujanje zdravja starejših zaposlenih.

a) Intervencije za izboljšanje fizičnega in mentalnega zdravja na delovnem mestu

Identificiranih je bilo več intervencij, ki so imele pozitiven vpliv na delovno sposobnost preko fizičnih in psiholoških mehanizmov. Raziskave potrjujejo, da telesna aktivnost (Huel, Otto & Wollesen, 2023; Tarro, Llauradó, Ulldemolins, Hermoso & Solà, 2020; Saruan, Yusoff, Puteh, Fauzi & Manaf, 2019) in borilna veščina taj či (Tarro et al., 2020; Fadel, Roquelaure & Descatha, 2023) vplivata na izboljšanje produktivnosti, delovne sposobnosti in zmanjšanje odsotnosti z dela.

Zelo pozitiven vpliv na zmanjšanje odsotnosti z dela imajo tudi svetovalne intervencije (individualne in osebne), izobraževanje in organizacijske intervencije, ki vključujejo

gibljiv delovni čas, upravljanje delovne obremenitve, podpora vodjem za spodbujanje pozitivnega delovnega okolja, zdravstvene in varnostne politike, programi za promocijo zdravja, sodelovanje in vključevanje zaposlenih, pobude za usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja, komunikacija (Tarro et al., 2020; Aust et al., 2023; Saruan et al., 2019; Hogg et al., 2021; Fadel, Roquelaure & Descatha, 2023; Gray et al., 2019), usposabljanje in poklicni razvoj, priznavanje in nagrajevanje (Tarro e tal., 2020), preprečevanje nasilja na delovnem mestu (Aust et al., 2023); motivacija, program ozaveščanja, klinika dobrega počutja in individualni zdravstveni pregled (Saruan et al., 2019; Hogg et al., 2021).

Raziskava (Camisa et al., 2020) poudarja učinkovitost programa obvladovanja invalidnosti na delovnem mestu, ki vpliva na zmanjševanju odsotnosti z dela in s tem povezane prihranke. Poudarja pomen izvajanja celovitega načrta za upravljanje zdravja pri delu za povečanje produktivnosti in dobrega počutja zaposlenih v zdravstveni negi, hkrati pa zmanjšuje omejitve, povezane z delom. Triletni program so izvajali v sklopu promocije zdravja na delovnem mestu in vključuje notranjo reorganizacijo delovnih nalog; okoljske, ergonomske, strukturne in tehnološke izboljšave; poti psihološke podpore za krepitev zdravja in spremembo delovnega mesta.

b) Intervencije za zmanjšanje stresa in ohranitev duševnega zdravja na delovnem mestu

Pomembno ohranitev ali izboljšanje duševnega zdravja kažejo intervencije na področju vodenja. Vodstvene intervencije z refleksivnimi in interaktivnimi deli v skupinskih okoljih na seminarjih vključujejo organizacijske in vedenjske preventivne vsebine, vsebine za dobre medsebojne odnose med vodjo in zaposlenimi ter osnovne komunikacijske veščine (Stuber et al., 2021; Gray et al., 2019).

Raziskava Saruan et al. (2019) kaže, da so dejavnosti na ravni vodstva, tima in posameznika ter dobra organizacijska podpora in vključeni nadrejeni pomembno povezani z manjšo odsotnostjo z dela zaradi bolezni.

Organizacija dela je močan napovedni dejavnik poklicnega stresa ter duševnega in telesnega zdravja zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Raziskava Magnavita et al. (2022) kaže pomen vpliva psihosocialnih dejavnikov na delovnem mestu in pomen prizadevanja za organizacijsko pravičnost, ki vključuje kulturo spoštljive komunikacije, pravičnost v politikah, ustrezen postopek za dodeljevanje sredstev, delovne obremenitve in sistem nagrajevanja ter zagotoviti zdravje in varnost zaposlenih. Organizacijska pravičnost pozitivno vpliva na zdravje in dobro počutje zaposlenih (Stuber et al., 2021; Magnavita et al., 2022).

Waddell et al. (2023) poudari pomen intervencije na ravni posameznika, izobraževanje in informiranje ter individualne psihološke terapije.

Na zmanjšanje odsotnosti z dela zaradi bolezni, zmanjšanju nelagodja pri delu in izboljšanju duševnega zdravja dokazano vpliva program psihološke podpore (Dalmasso et al., 2021). Program, ki ga raziskava predstavi, vključuje šest faz: faza analize povpraševanja, faza ocenjevanja primera, faza psihološke podpore, faza povratnih informacij, faza primerjave začetnega stanja s končnim in faza spremljanja.

Kognitivno-vedenjske intervencije imajo vpliv pri zmanjševanju depresije, tesnobe in izgorelosti ter izboljšanju počutja (Pieper, Schröer & Eilerts, 2019; Richardson, McNoe, Derrett & Harcombe, 2018; Hogg et al., 2021). Ugotovljeno je bilo, da ima vadba čuječnosti ugodne učinke na duševno zdravje, vključno z zmanjšanjem stresa, anksioznosti, depresije in izgorelosti (Pieper, Schröer & Eilerts, 2019; Hogg et al., 2021; Fadel, Roquelaure & Descatha, 2023; Cohen, Pignata, Bezak, Tie & Childs, 2023; Waddell et al., 2023). Pozitivni vpliv ima tudi program za obvladovanje poklicnega digitalnega stresa (skupinske interakcije) in skupinske seanse kognitivno-vedenjske terapije (Hogg et al., 2021).

Za zmanjšanje stresa so navedene pozitivne koristi programov meditacije na delovnem mestu (Araújo, Fernandes, Martins & Mendes, 2018), ki vključujejo avdio samovodene meditacije, meditacijo vipassana (budistična meditacijska praksa), program zmanjševanja stresa na podlagi pozornosti, meditacijo v toku in druge mešane tehnike. Pozitiven vpliv na zmanjšanje stresa je zaznan tudi pri izvajanju joge (Araújo et al., 2018; Heuel, Otto & Wollesen, 2023). Raziskave kažejo še pozitivne učinke intervencije s pomočjo živali in uvedba e-zdravja (Fadel, Roquelaure & Descatha, 2023) ter zmanjšanje oziroma upravljanje delovnih obremenitev (Gray et al., 2019; Cohen et al., 2023) in pisanje dnevnika hvaležnosti (Cohen et al., 2023).

c) Intervencije za obvladovanje kostno-mišičnega obolenja

Pozitiven učinek na zmanjšanje kostno-mišičnih obolenj imata telesna vadba (Sundstrup, Seeberg, Bengtsen & Andersen, 2020) ter vaje za moč (Sundstrup et al., 2020; Pieper, Schröer & Eilerts, 2019), ki potrjeno zmanjša bolečine in preprečuje motnje v zgornjem delu mišično-skeletnega sistema. Vpliv na izboljšanje telesne drže, kakovost dvigovanja bremen ter zmanjšanje bolečin v hrbtu ima šola ergonomije, ki vključuje izobraževanje o ergonomiji in treninge (Heuel, Otto & Wollesen, 2023; Sousa, Baixinho, Presado & Henriques, 2023; Richardson et al., 2019); večkomponentna ergonomija, ki vključuje ergonomijo, izobraževanje in trening moči (Heuel, Otto & Wollesen, 2023; Pieper, Schröer & Eilerts, 2019; Sousa et al., 2023; Richardson et al.,

2019), ter večkomponente intervencije, ki vključujejo čuječnost in program izgube telesne teže (Tarro et al., 2020). Pozitiven vpliv imajo tudi nakup ergonomske opreme, priprava protokolov in pravilno ročno premeščanje bremen (Sousa et al., 2023).

č) Intervencije za spodbujanje zdravja starejših zaposlenih

Najpomembnejše intervencije, ki so v raziskavah prikazale pozitiven učinek za spodbujanje zdravja starejših zaposlenih, vključujejo zdravstvene preglede in svetovanje na individualni ravni, izboljšanje delovnega okolja ali organizacije ter preglede in meritve (Söderbacka, Nyholm & Fagerström, 2020) ter gibljiv delovni čas, program preprečevanja poškodb, programi vadbe in izbire življenjskega sloga, delo na daljavo in program mentorstva (Montayre et al., 2023).

3 METODE

Poleg analize pregleda literature in sekundarnih podatkov NIJZ smo projektno nalogo nadgradili z opisno neeksperimentalno kvantitativno metodo dela med zaposlenimi na ZTM.

Namen in cilji

Namen raziskave je prikazati pojavnost bolniškega staleža med zaposlenimi ZTM in prepoznati dejavnike tveganja, s katerimi bi lahko povezali odsotnost iz dela.

Cilj projektnega dela je ugotoviti samooceno zdravja pri zaposlenih na ZTM in prepoznati dejavnike za zmanjšanje odsotnosti z dela. Cilj je na osnovi izvedene analize in pregleda literature predlagati ukrepe za zmanjšanje bolniškega staleža na ZTM. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili, so:

1. S katerimi psihofizičnimi zdravstvenimi težavami se soočajo zaposleni na ZTM?
2. Kakšne so navade in pričakovanja zaposlenih na ZTM v zvezi s krepitvijo zdravja?
3. Katere značilnosti oblikujejo občutek napetosti in stresa na delovnem mestu?

3.1 Zbiranje podatkov

Merski instrument je bil anketni vprašalnik, ki smo ga sami oblikovali v aplikaciji Google Obrazci. Vprašalnik je vključeval 18 vprašanj. Prvi del je vključeval 11 vprašanj zaprtega tipa na temo zdravja. Drugi del je vključeval pet vprašanj na temo aktivnosti promocije zdravja, eno vprašanje odprtega tipa, druga so bila zaprtega tipa.

Tretji del je vključeval dve demografski vprašanji zaprtega tipa. Uporabljeni sta bili ordinalna Likertova lestvica (1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro) ter nominalna lestvica odgovorov (1 – da, 2 – ne).

3.2 Vključeni v raziskavo

Ciljno prebivalstvo so bili vsi zaposleni na ZTM (n = 352, 39 %) v času poteka raziskave. Pravilno in popolno izpolnjen anketni vprašalnik je izpolnilo 137 zaposlenih, kar predstavlja 39-% stopnjo odziva. Sodelovalo je 112 žensk (81,8 %) in 25 moških (18,2 %). Največ anketirancev je bilo starih med 46 in 55 let (n = 52, 38 %).

3.3 Potek raziskave in soglasja

Anketni vprašalnik je bil posredovan preko službenih mailov zaposlenim, ki so bili seznanjeni s potekom raziskave in anonimnostjo. Raziskava je potekala med 17. oktobrom in 17. novembrom 2023.

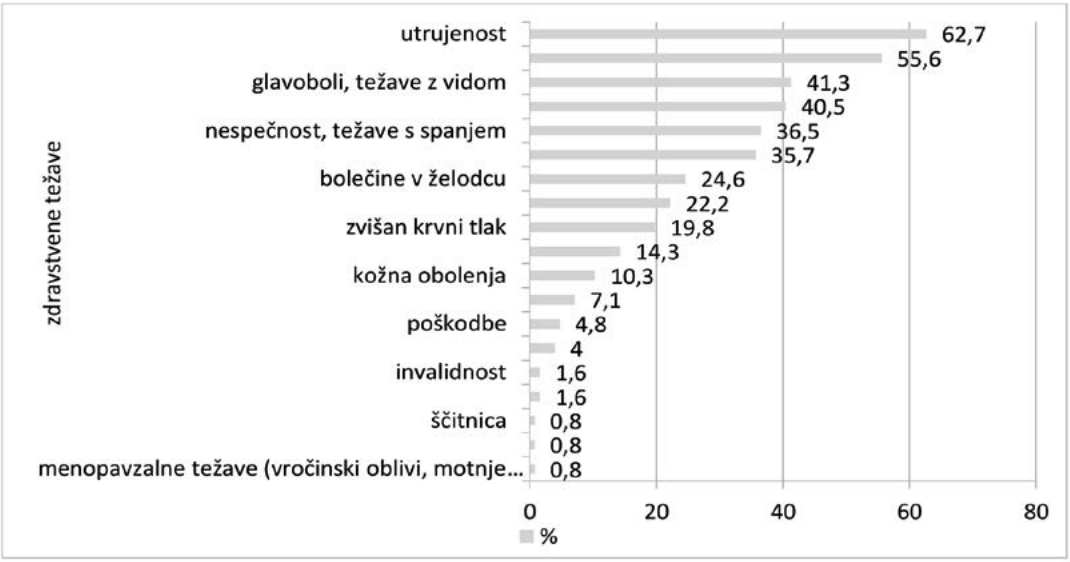
Od direktorja ZTM in strokovnega direktorja ZTM smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave ter vključitev v projektno delo. V skladu s 4. členom Pravilnika o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko soglasja etične komisije za svojo vrsto raziskave nismo potrebovali.

3.4 Obdelava podatkov

Analizo podatkov smo izvedli z opisno statistiko z računalniškim programom Office Excell. Pri izdelavi grafov in preglednic smo uporabili program Microsoft Excel 2010.

4 REZULTATI

Od sodelujočih v raziskavi jih je večina navedla (n = 126, 92 %), da so imeli v zadnjih 12 mesecih eno ali več težav z zdravjem in pojavi, povezanimi z zdravjem (Slika 1). Najpogosteje so navedli bolečine v mišicah ramen, vratu in/ali zgornjih udov (n = 70, 55,6 %), glavobole, težave z vidom (n = 52, 41,3 %) in težave s hrbtenico (n = 51, 40,5 %). Veliko jih je navedlo tudi bolečine v mišicah spodnjih udov (boki, noge, kolena, stopala ipd.) (n = 45, 35,7 %) in bolečine v želodcu (n = 31, 24,6 %). Sodelujoči v raziskavi so navedli tudi prisotnost pojavov, povezanih z zdravjem, med katerimi so bili najpogostejši občutek utrujenosti (n = 79, 62,7 %) in nespečnost, težave s spanjem (n= 46, 36,5 %).



Slika 1: *Zdravstvene težave zaposlenih v zadnjih dvanajstih mesecih*

Sodelujoči v raziskavi kljub zdravstvenim težavam in težavam, povezanim z zdravjem, ocenjujejo, da je njihovo trenutno zdravstveno stanje dobro (n = 73, 53,3 %), manj kot polovica jih opredeljuje niti slabo niti dobro (n = 42, 30,7 %), medtem ko jih 11,7 % (n= 16) opredeljuje kot zelo dobro.

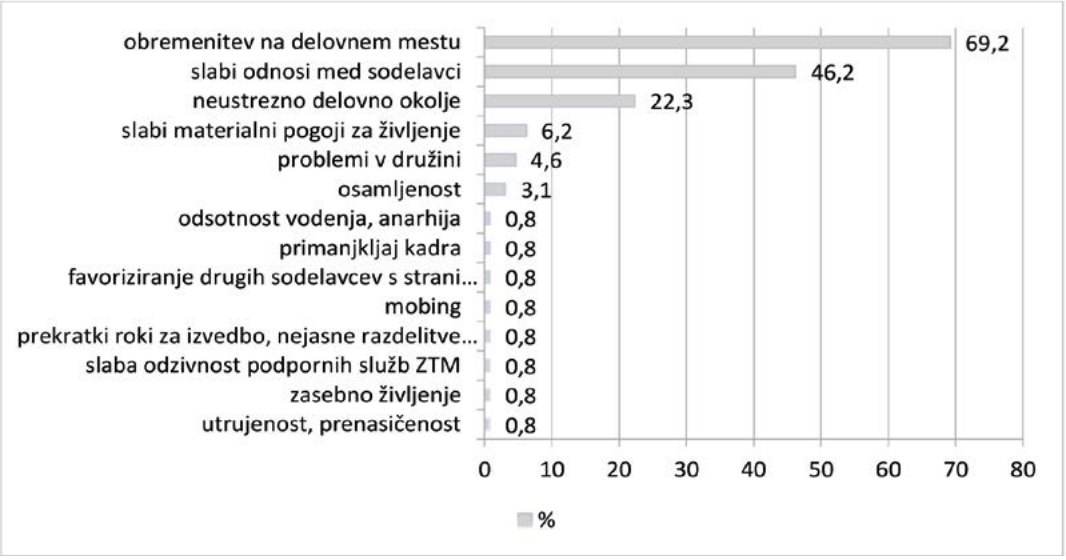
Sadje in zelenjavo vsakodnevno uživa 78,1 % (n = 107), včasih 21,9 % (n = 30). Vsak dan redno popije vsaj 2 litra vode 51,1 % (n = 70) in včasih 43,8 % (n = 60). Splošna navodila za redno telesno vadbo upošteva le 53,3 % (n = 73), 55,5 % (n = 76) jih včasih spi 7 ur na noč in vsakodnevno se včasih sprošča (vsaj 10 minut) le 52,6 % (n = 72).

Kot zelo dobre medsebojne odnose jih v organizaciji ocenjuje 8 % (n = 11), več jih ocenjuje kot dobro (n = 62, 45,3 %) in niti dobro niti slabo (n = 52, 38 %), medtem jih 8 % (n = 11) navaja, da so medsebojni odnosi slabi in majhen delež meni, da so odnosi zelo slabi (n = 1, 0,7 %).

Da je delovno mesto fizično zelo obremenjujoče, je ocenilo le 5,2 % (n = 7), medtem jih je 41,9 % (n = 58) ocenilo, da je fizično malo obremenjujoče in 40,4 % (n = 55), da je srednje obremenjujoče. Le 12,5 % (n = 17) jih ocenjuje, da delovno mesto fizično skoraj nič ni obremenjujoče.

Nasprotno od fizične obremenitve jih 48,5 % (n = 66) ocenjuje, da je delovno mesto psihično zelo obremenjujoče in 43,4 % (n = 60), da je srednje obremenjujoče. Da je psihično malo obremenjujoče delovno mesto, jih ocenjuje 6,7 % (n = 9) in 1,4 % (n = 2), da delovno mesto psihično skoraj nič ni obremenjujoče.

Med najpogostejše vzroke za občutek napetosti, stresa in velikega pritiska na delovnem mestu (Slika 2) so opredelili obremenitev na delovnem mestu (n = 90, 69,2 %), slabe odnose med sodelavci (n = 63, 46,2 %) in neustrezno delovno okolje (n = 29, 22,3 %).



Slika 2: *Vzroki za občutek napetosti, stresa ali velikega pritiska na delovnem mestu*

Med aktivnostmi programa promocije zdravja na delovnem mestu so bili sodelujočim v raziskavi najbolj všeč sveže sadje iz eko-tržnice (n = 109, 83,8 %), pozitivne misli na vidnih mestih v obliki »rumenega oblačka« (n = 53, 40,8 %), aktivni odmor (n = 48, 36,9 %) in delavnice (medosebni odnosi, asertivnost ...) (n = 41, 31,5 %).

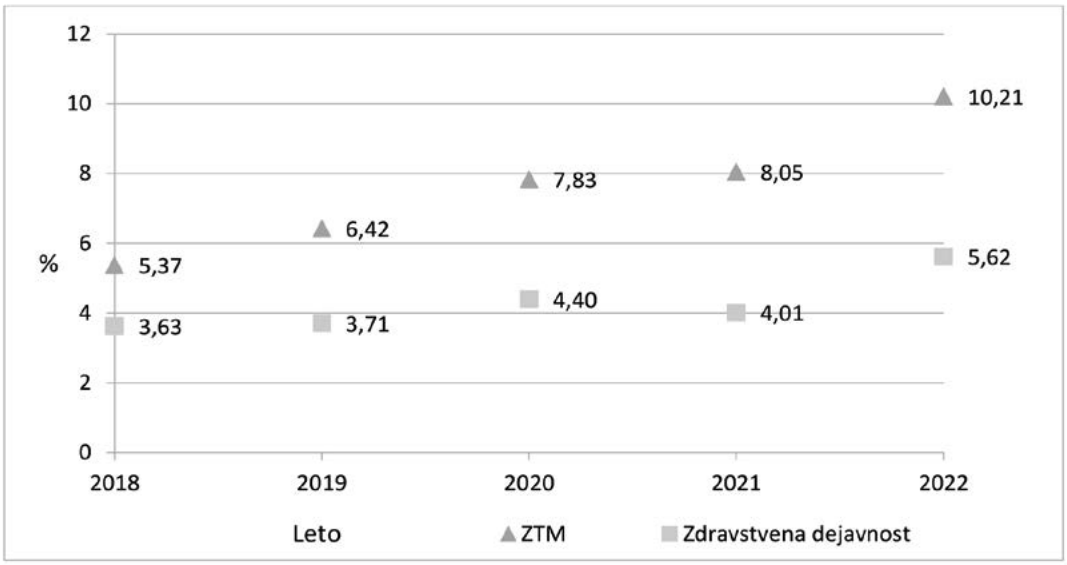
Aktivnosti v okviru promocije zdravja se večina ne udeležuje (n = 66, 48,2 %), vendar kljub vsemu menijo, da aktivnosti pozitivno vplivajo na počutje na delovnem mestu (n = 84, 61,3 %) in podpirajo nadaljnje aktivnosti (n = 118, 86,1 %).

Nekaj sodelujočih v raziskavi je navedlo predloge ukrepov za program promocije zdravja na delovnem mestu (n = 34, 24,8 %). Med predlogi najpogosteje navajajo možnost izvedbe aktivnega odmora (n = 15, 44,1 %), ureditev prehrane na ZTM ter promocijo zdrave prehrane (n = 3, 8,8 %), možnost aktivnosti zunaj delovnega časa (npr. fitnes, najem dvorane za odbojko ...) (n = 3, 8,8 %) in neformalna druženja za zaposlene zunaj delovnega časa (gledališče, pevski zbor ...) (n = 3, 8,8 %).

Kazalniki bolniške odsotnosti so na ZTM za leto 2022 prikazali, da je % BS 10,21 (M < Ž), kar pomeni, da so vsi zaposleni na ZTM (352) skupaj v letu 2022 manjkali 16.177 dni, kar je preračunano na enega delavca 37,3 dneva na koledarsko leto. V dejavnosti je bil % BS 44,9 % nižji: 5,62, kar je 20,5 dneva na zaposlenega na koledarsko

leto. Število primerov bolniške odsotnosti na 100 zaposlenih na ZTM v letu 2022 je 284,4, kar je 45,6 % višje kot v dejavnosti, kjer je bilo 154,8. Poenostavljeno to pomeni, da je šel en zaposleni na ZTM bolniško 2,8-krat na leto, v dejavnosti pa 1,6-krat na leto. Leta 2021 je bilo število primerov bolniške odsotnosti na 100 zaposlenih na ZTM 191,69, kar pomeni, da se je stanje v letu 2022 poslabšalo (Slika 3).

V letu 2022 so bili najpogosteje v kratkotrajnem ali dolgotrajnem bolniškem staležu zaposleni v strokovnih poklicih (DM E), podpornih službah (DM J) in v zdravstveni negi. Glavni razlogi bolniškega staleža so nekatere infekcijske in parazitske bolezni, sledijo neoplazme (rakasta obolenja) in bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva.



Slika 3: *Delež bolniškega staleža na ZTM v letih od 2018 do 2022 v primerjavi z zdravstveno dejavnostjo*

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Z raziskavo smo prikazali samooceno zdravstvenega stanja zaposlenih in prepoznali dejavnike tveganja, s katerimi bi lahko povezali odsotnost z dela. Na podlagi pregleda literature smo predstavili najnovejše smernice, ki opisujejo aktivnosti delodajalcev za zmanjšanje bolniškega staleža.

Zaposleni, vključeni v raziskavo, so navedli številne zdravstvene težave, ki so jih pestile v zadnjem letu. Več kot polovica jih poroča o težavah z utrujenostjo. Znano je, da lahko utrujenost negativno vpliva na zdravje in dobro počutje posameznikov, pa tudi na njihovo učinkovitost in produktivnost ter privede do povečanega bolniškega staleža (Ramirez-Baena, Ortega-Campos, Gomez-Urquiza, la Fuente-Solana &

Emilia, 2019; Kavšak & Prosen, 2021). Občutek utrujenosti je lahko povezan z opravljanjem nočnega izmenskega dela, zaradi visokih obremenitev, pomanjkanja kadra, zaradi dela s premalo odmori, slabe organizacije dela, večjemu številu dodeljenih nalog in hitrejšemu delovnemu ritmu (Bizjak & Peršolja, 2021). Zaposleni poročajo tudi o nespečnosti ali težavah s spanjem, ki je lahko tudi razlog za utrujenost. Zdravstvene težave, o katerih poročajo zaposleni, so še bolečine v mišicah ramen, vratu in/ali zgornjih udov, glavoboli in težave z vidom ter težave s hrbtenico in bolečine v mišicah spodnjih udov (boki, noge, kolena ...). Literatura navaja, da so pogost vzrok bolniške odsotnosti z delom povezana mišično-skeletna obolenja, vključno z bolečinami v hrbtu (Magnavita et al., 2022; Rus & Peršolja, 2022).

Kot vzrok za občutek napetosti in stresa na delovnem mestu so zaposleni navedli, da so zelo obremenjeni na delovnem mestu. Skoraj polovica jih je ocenila, da je njihovo delovno mesto psihično obremenjujoče in poroča o slabih odnosih med sodelavci. V literaturi je navedeno, da utrujenost, ki je lahko posledica preobremenjenosti, poleg povečanega bolniškega staleža privede tudi do več konflikta med zaposlenimi (Kavšak & Prosen, 2021). Pomembna je podpora organizacije zaposlenemu ob raznih težavah na delovnem mestu, saj omili izgorelost in prispeva k zmanjšanju poklicnega stresa (Kuhta, 2020; Bizjak & Peršolja, 2021; Aust et al., 2023).

Glede navad zaposlenih in njihovega življenjskega sloga izstopajo ugotovitve, da le polovica zaposlenih upošteva navodila za redno telesno vadbo in včasih spi vsaj 7 ur na noč.

V knjigi avtorjev Miklič Milek & Urdih Lazar (2020) je navedeno, da lahko višji odstotek bolniške odsotnosti in povečevanje odstotka v podjetju glede na pretekla leta kaže na povečano preobremenjenost delavcev. Da je na ZTM preobremenjenost velik dejavnik tveganja za zdravje, potrjujejo podatki o bolniškem staležu in rezultati vprašalnika. Kot še navajajo zgoraj navedeni avtorji v knjigi (p. 306): »Odstotek bolniške odsotnosti ne odraža samo zdravstvenega stanja delavcev, ampak je odvisen tudi od stopnje socialne varnosti in od demografskih razmer.«

V Tabeli 1 so prikazane ključne aktivnosti posameznih področij, ki smo jih identificirali na podlagi analize kazalnikov zdravja: podatkov o bolniškem staležu in analize vprašalnika.

Tabela 1: *Predlog ukrepov za zmanjšanje bolniškega staleža, akcijski načrt*

PODROČJE	AKTIVNOST/UKREP	ROK	KAZALNIKI SPREMLJANJA
DOŽIVETJA PREOBREMENJENOSTI PRI DELU	Posodobitev zdravstvene ocene tveganja		Izdelan dokument
	Poročilo o opravljenih zdravstvenih pregledih	1-x letno	Izdelan dokument
	Analiza zdravja zaposlenih	1-x letno	Izdelan dokument
	Spodbujanje pozitivnega delovnega okolja – nameščanje pozitivnih misli na vidna mesta	1-x mesečno	Št. zadovoljnih zaposlenih
	Izobraževanje Tehnike obvladovanja stresa	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
	Program obvladovanja poklicnega digitalnega stresa	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
	Izobraževanje o prepoznavanju utrujenosti	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
	Izobraževanje Tehnike komuniciranja in obvladovanja konfliktov	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
	Izobraževanje na temo higiene spanja	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
	Delavnice za zdrav življenjski slog	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
	Vadba čuječnosti in meditacija	Vse leto, več ponovitev	Št. udeležencev
GIBANJE	Uvedba aktivnega odmora	2-x tedensko	Št. udeležencev
	Uvedba e-zdravja – najem zunanjega izvajalca	Vsaj 3-x tedensko	Št. udeležencev
	Obveščanje o uvedbi aktivnega odmora in najema zunanjega izvajalca		Št. udeležencev, ki po mesecu redno obiskujejo vadbo
	Spodbuda in opomniki: aktivni prihod na delo (peš, kolo), uporaba stopnic	1-x mesečno	Št. udeležencev

PODROČJE	AKTIVNOST/UKREP	ROK	KAZALNIKI SPREMLJANJA
ERGONOMIJA PRI DELU, NA DELOVNEM MESTU	Revizija izjave o varnosti z oceno tveganja		Izdelan dokument
	Seminar za vodje o ergonomskih ukrepih na delovnem mestu		Št. vodij, ki so se udeležili usposabljanja
	Izobraževanje vodij na temo ergonomije na delovnem mestu, varnostni inženir poudari nove metode ergonomij		Št. vodij, udeleženih na usposabljanju
	Ergonomska ureditev delovnega mesta – objava navodil na intranetu		Št. ergonomsko urejenih delovnih mest
	Nakup ergonomskih mišk in ergonomske opreme v skladu z oceno tveganja, ki jo je podal varnostni inženir		Št. na novo opremljenih delovnih mest
	Izobraževanje za delo z zaslonsko opremo		
	Ročno premeščanje bremen – ocena tveganja na podlagi novega Pravilnika o zagotavljanju varnosti in zdravja delavcev pri ročnem premeščanju bremen		Izdelan dokument
	Prilagoditev delovnih pogojev – predlog zaposlenega (SOP-K.D-4) – posplošitev postopkov, da bo vključeno varstvo pri delu		Št. predlogov

PODROČJE	AKTIVNOST/UKREP	ROK	KAZALNIKI SPREMLJANJA
ORGANIZACIJA DELA	Izobraževanje za varno in zdravo delo	periodično	Št. udeležencev
	Kodeks ZTM		Izdelan dokument
	Hišni red ZTM		Izdelan dokument
	Delavski zaupniki		Imenovani na podlagi volitev
	Izobraževanje vodij na temo vodenja	Vse leto, več ponovitev	Št. vodij, udeleženih na usposabljanju
	Optimizacija delovnega urnika z izvajanjem strategij za zmanjšanje dolgih delovnih ur, prekomernih nadur		Ureditev v Kadrisu, dovolilnica od vodja
	Pridobitev pol ure do ene ure, če s potrdilom dokažejo telesno aktivnost zunaj delovnega časa (obisk gora, kolesarjenje, smučanje, rolanje ...)	1-x mesečno	Št. ur
	Izobraževanje vodij o pomenu Družbeno odgovornega delodajalca		Št. udeležencev
	Program mentorstva	Kontinuirano	Št. usposobljenih zaposlenih
PREHRANA IN PITJE TEKOČIN	Ureditev prostora za malico		Urejen prostor
	Ponudba sezonskega eko-sadja	1-x tedensko	Poraba sadja v kg/mesec
	Namestitev avtomata z zdravimi prigrizki		Št. nameščenih avtomatov
	Zagotavljanje pitne vode		Hidrirani zaposleni

PODROČJE	AKTIVNOST/UKREP	ROK	KAZALNIKI SPREMLJANJA
VAROVANJE DOSTOJANSTVA PRI DELU	Izobraževanje zaposlenih na temo prepoznavanja in preprečevanja nasilja na delovnem mestu		Št. udeležencev
	Priprava protokola ravnanja v primeru nasilja		Izdelan dokument
	Priprava obrazca za prijavo nasilja		Izdelan dokument
	Namestitev t. i. »panik tipke« na najbolj izpostavljenih mestih		Št. nameščenih panik tipk
DEJAVNIKI TVEGANJA ZA POŠKODBE	Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih za uspešno preprečevanje poškodb		Št. udeležencev
PREPREČEVANJE UPORABE PSIHOAKTIVNIH SNOVI	Izobraževanje in delavnice o mitih o kajenju, o alkoholu, o kanabisu	Vse leto, več izvedb	Št. udeležencev, mnenje o izobraževanju
KEMIJSKI DEJAVNIKI TVEGANJA	Revizija seznama kemijskih dejavnikov tveganja	Periodično	Izdelan dokument
SKRB ZA ZDRAVJE	Individualni zdravstveni pregled s svetovanjem	Obdobno	Št. zdravstvenih pregledov
	Programi promocije zdravja in preventivni programi, ki se financirajo s sredstvi ZZZS		Št. udeleženih, mnenje o izobraževanju

PODROČJE	AKTIVNOST/UKREP	ROK	KAZALNIKI SPREMLJANJA
SKRB ZA ZDRAVJE	Opomniki svetovnih dni: 31. 1. dan boja proti kajenju 4. 2. dan boja proti raku 6. 2. dan varne uporabe interneta 19. 3. dan spanja (teden spanja) 22. 3. dan voda 7. 4. dan zdravja 22. 4. dan brez avtomobila 28. 4. dan varnosti in zdravja pri delu 17. 5. dan hipertenzije 31. 5. dan športa 29. 9. dan srca 10. 10. dan duševnega zdravja 11. 10. dan boja proti bolečini 15. 10. dan hoje 16. 10. dan hrane		Objava, opomnik na intranetu ob svetovnem dnevu
ZADOVOLJSTVO NA DELOVNEM MESTU	Merjenje zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu za leto 2023		Št. izpolnjenih anket
MEDGENERACIJSKO SODELOVANJE	Izobraževanje vodij na temo medgeneracijskega sodelovanja	Večkrat letno	Št. udeleženih, mnenje o izobraževanju
VARČEVANJE Z ENERGIJO	Nalepke »ugašaj luči« na hodnikih, v sanitarijah		Spremljanje št. ugasnjenih luči
SODELOVANJE IN VKLJUČEVANJE ZAPOSLENIH	Namestitev nabiralnikov za anonimna sporočila, spodbude, pohvale, graje …	Uporaba vse leto	Št. anonimnih sporočil

Ukrepov za zmanjšanje bolniškega dopusta se je treba lotiti sistematično in z veliko predanostjo. Poudarek ukrepov bi moral biti na tiste oblike, ki bodo dolgoročno spremenile zdravstveno stanje glede na bolezni in težave zaposlenih. Izhajati je treba iz lastnih potreb organizacije. Delovno okolje je eno najpomembnejših življenjskih okolij, saj odrasli preživijo na delu vsaj tretjino svojega življenja. Delodajalci imajo dostop do pomembnega deleža odraslih prebivalcev. Delo, delovno mesto oziroma podjetje

je izjemno pomembno za zdravje ljudi, ki vpliva ne le na osebni ravni, temveč tudi na ravni organizacije in na državni ravni. Namen promocije zdravja na delovnem mestu je sprememba navad ljudi. Naloga delodajalca v okviru promocije zdravja je ozaveščanje, medtem ko velja za delavce načelo prostovoljne vključitve v program. Za uspešno izvajanje programa promocije zdravja na delovnem mestu je bistvenega pomena, da zaposleni sodelujejo pri načrtovanju aktivnosti promocije zdravja.

Menimo, da je v raziskavo vključenih dovolj zaposlenih, da predstavljajo reprezentativen vzorec. Na rezultate iz anketnih vprašalnikov so lahko vplivali različni dejavniki (motiviranost, razumevanje vprašanj, natančnost izpolnjevanja idr.). Potrebne bi bile dodatne raziskave, s katerimi bi potrdili, da aktivno izvajanje programa promocije zdravja na delovnem mestu zmanjša stopnjo bolniškega dopusta. Za nadaljnje raziskovanje predlagamo bolj poglobljen vprašalnik. Pri vprašanju glede pitja tekočin bi bilo boljše zapisati 2 litra tekočine in v oklepaju dodati (voda, druge brezalkoholne pijače, čaji, juhe, kompoti idr.). Vprašanje glede telesne dejavnosti bi moralo biti bolj definirano, npr. dodati bi bilo treba tek, hitra hoja, nordijska hoja, skupinska vadba idr. Bolj specifično bi morali opredeliti tudi sproščanje ter opredeliti starost kot zvezno spremenljivko, tako da anketiranci vpišejo starost v letih.

6 SEZNAM LITERATURE

Akerstrom, M., Severin, J., Miech, E. J., Wikström, E., & Roczniewska, M. (2024). Reducing sickness absence among public-sector healthcare employees: the difference-making roles of managerial and employee participation. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1-11. https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-024-02048-0

Araújo, P., Fernandes, R., Martins, E., & Mendes, F. (2018). Proposing a Workplace Meditation Model based on evidence-based programs: An integrative Review. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 45-54. https://www.europeanproceedings.com/article/10.15405/epsbs.2018.11.5

Aust, B., Møller, J. L., Nordentoft, M., Frydendall, K. B., Bengtsen, E., Jensen, A. B., ... Jaspers, S. Ø. (2023). How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(5), 315. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10713994/

Bizjak, J., & Peršolja, M. (2021). Posredni psihosocialni dejavniki tveganja za zdravje zaposlenih v bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, 55 (3), 158-168. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3086

Blatnik, P., Marinšek, M., & Tušak, M. (2017). Stres, absentizem in ekonomski vidiki telesne neaktivnosti. https://www.researchgate.net/publication/313526844_Stress_absenteeism_and_economical_aspects_of_physical_inactivity_Stres_absentizem_in_ekonomski_vidiki_telesne_nekativnosti

Camisa,V., Gilardi, F., Di Brino, E., Santoro, A., Vinci, M.R., Sannino, S. ... Zaffina, S. (2020). Return on Investment (ROI) and Development of a Workplace Disability Management Program in a Hospital-A Pilot Evaluation Study. *Int J Environ Res Public Health*, 2; 17(21): 8084. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33147861/

Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 13(6), e071203. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37385740/

Dalmasso, G., Di Prinzio, R.R., Gilardi, F., De Falco, F., Vinci, M.R., Camisa, V. ... Zaffina, S. (2021). Effectiveness of Psychological Support to Healthcare Workers by the Occupational Health Service: A Pilot Experience. *Healthcare (Basel),* 14; 9(6):732. https://www.mdpi.com/2227-9032/9/6/732

Fadel, M., Roquelaure, Y., & Descatha, A. (2023). Interventions on well-being, occupational health, and aging of healthcare workers: a scoping review of systematic reviews. *Safety and Health at Work*, 14(1), 135-140. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791122001603

Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. M. (2019). Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: A realist review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(22), 4396. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717906/

Grimšič, P. (2013). *Vpliv absentizma na management znanja v zdravstveni organizaciji* (magistrsko delo). Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, Celje. http://revis.openscience.si/IzpisGradiva.php?id=7394&lang=slv&prip=dkum:10883558:d3

Heuel, L., Otto, A. K., & Wollesen, B. (2023). Physical exercise and ergonomic workplace interventions for nursing personnel—effects on physical and mental health: a systematic review. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 1-34. https://link.springer.com/article/10.1007/s12662-023-00922-6

Hogg, B., Medina, J. C., Gardoki-Souto, I., Serbanescu, I., Moreno-Alcázar, A., Cerga-Pashoja, A., ... Amann, B. L. (2021). Workplace interventions to reduce depression and anxiety in small and medium-sized enterprises: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, 290, 378-386. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34082284/

Kavšak, A., & Prosen, M. (2021). Vpliv zadovoljstva z delom na pojav izgorelosti med medicinskimi sestrami: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik Zdravstvene Nege*, *55*(1), 7–15. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3018

Kuhta, I. (2020), *Psihosocialni dejavniki tveganja na delovnem mestu kot prediktorji duševnega zdravja zaposlenih* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, Maribor. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=eng&id=76215

Lipec, J. (2016). *Promocija zdravja na delovnem mestu za uspešnejše delovanje organizacije* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Maribor. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=59407&lang=slv&prip=rul:9154606:d3

Magnavita, N, Chiorri, C, Acquadro Maran, D, Garbarino, S, Di Prinzio, RR, Gasbarri, M. ... Labella M. (2022). Organizational Justice and Health: A Survey in Hospital Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(15):9739. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9739

Miklič Milek, D., & Urdih Lazar, T. (Eds.). (2020). *Čili za delo: učbenik za promocijo zdravja pri delu*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center.

Montayre, J., Knaggs, G., Harris, C., Li, W., Tang, L. M., de Almeida Neto, A., & Antoniou, M. (2023). What interventions and programmes are available to support older nurses in the workplace? A literature review of available evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 139, 104446. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748923000111

Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ, (2023). Kazalniki bolniškega staleža po skupinah bolezni, ZTMvsDEJ., Ljubljana, 2012-2020. (osebni arhiv ZTM, podatki dostopni pri avtorju projektne naloge).

Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ (2024). https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal__1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__07%20Bolni%c5%a1ki%20stale%c5%be/BS_TB1.px/table/tableViewLayout2/

Pieper, C., Schröer, S., & Eilerts, A. L. (2019). Evidence of workplace interventions—a systematic review of systematic reviews. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(19), 3553. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31547516/

Rabin, S., Kika, N., Lamb, D., Murphy, D., Am Stevelink, S., Williamson, V., ... & Greenberg, N. (2023). Moral injuries in healthcare workers: what causes them and what to do about them?. *Journal of Healthcare Leadership*, 153-160. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10440078/

Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-Urquiza, J.L., Cañadas-De la Fuente, G.R., De la Fuente--Solana, E.I., Cañadas-De la Fuente, G.A. (2019). A Multicentre Study of Burnout Prevalence and Related Psychological Variables in Medical Area Hospital Nurses. *Journal of Clinical Medicine*; 8(1): 92. https://doi.org/10.3390/jcm8010092

Richardson, A., McNoe, B., Derrett, S., & Harcombe, H. (2018). Interventions to prevent and reduce the impact of musculoskeletal injuries among nurses: A systematic review. *International Journal Of Nursing Studies*, 82, 58-67. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29605754/

Rus, T., & Peršolja, M. (2022). Direktni psihosocialni dejavniki tveganja za zdravje zaposlenih v bolnišnici: opisna raziskava. *Obzornik Zdravstvene Nege*, *56*(4), 264–279. https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3082

Saruan, N. A. M., Yusoff, H. M., Puteh, S. E. W., Fauzi, M. F. M., & Manaf, M. R. A. (2019). Organisational Intervention on Absenteeism among Workers: A Systematic Review. *Jurnal Pengurusan*, (57). https://doi.org/10.17576/pengurusan-2019-57-11 155

Söderbacka, T., Nyholm, L., & Fagerström, L. (2020). Workplace interventions that support older employees' health and work ability-a scoping review. *BMC Health Services Research*, 20, 1-9. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05323-1

Sousa, A. D., Baixinho, C. L., Presado, M. H., & Henriques, M. A. (2023). The effect of interventions on preventing musculoskeletal injuries related to nurses work: Systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(2), 185. https://www.mdpi.com/2075-4426/13/2/185

Tarro, L., Llauradó, E., Ulldemolins, G., Hermoso, P., & Solà, R. (2020). Effectiveness of workplace interventions for improving absenteeism, productivity, and work ability of employees: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 1901. Retrieved Februar 29, 2024 from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32183392/

Sundstrup, E., Seeberg, K. G. V., Bengtsen, E., & Andersen, L. L. (2020). A systematic review of workplace interventions to rehabilitate musculoskeletal disorders among employees with physical demanding work. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 30(4), 588-612. https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-020-09879-x?fbclid=IwAR2CH9aLZheT84yKSLGGp5TH670mMEsymIPR6hWZ_ih-6GlwHSqs6NhbsPKY

Stuber, F., Seifried-Dübon, T., Rieger, M. A., Gündel, H., Ruhle, S., Zipfel, S., & Junne, F. (2021). The effectiveness of health-oriented leadership interventions for the improvement of mental health of employees in the health care sector: a systematic review. *International Archives Of Occupational And Environmental Health*, 94, 203-220. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33011902/

Voordt, T. V. D., & Jensen, P. A. (2023). The impact of healthy workplaces on employee satisfaction, productivity and costs. *Journal of Corporate Real Estate,* 25(1), 29-49. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JCRE-03-2021-0012/full/html

Waddell, A., Kunstler, B., Lennox, A., Pattuwage, L., Grundy, E. A., Tsering, D., ... & Bragge, P. (2023). How effective are interventions in optimizing workplace mental health and well-being? A scoping review of reviews and evidence map. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(4), 235. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36944242/

Wu, A., Roemer, E. C., Kent, K. B., Ballard, D. W., & Goetzel, R. Z. (2021). Organizational best practices supporting mental health in the workplace. *Journal of Occupational And Environmental Medicine*, 63(12), e925-e931. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8631150/

Zakon o varnosti in zdravju pri delu/ZVZD-1/ (2011). Uradni list RS, št. 43 (24.5.2011). https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2011-01-2039?sop=2011-01-2039

7 PRILOGE

Anketni vprašalnik

Spoštovani sodelavci,

z anketnim vprašalnikom bi radi izvedeli več o vašem življenjskem slogu, zdravstvenem stanju, počutju na delovnem mestu in željah glede ukrepov, ki bi vas zanimali v okviru programov promocije zdravja na delovnem mestu. Da bi to lahko uspešno izvedli, potrebujemo vaše sodelovanje.

Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno in anonimno. Rezultati, ki jih bomo pridobili z njimi, so namenjeni izključno pripravi ukrepov, namenjenih ohranjanju in krepitvi zdravja ter dobrega počutja zaposlenih na ZTM.

1. Ali ste imeli v zadnjih 12 mesecih katero od spodaj naštetih zdravstvenih težav (označite vse ustrezne odgovore, ki veljajo za vas)?
   - ☐ zvišan krvni tlak
   - ☐ zvišan holesterol
   - ☐ sladkorna bolezen
   - ☐ kožna obolenja
   - ☐ težave s hrbtenico
   - ☐ bolečine v mišicah ramen, vratu in/ali zgornjih udov
   - ☐ bolečine v mišicah spodnjih udov (boki, noge, kolena, stopala ipd.)
   - ☐ glavoboli, težave z vidom
   - ☐ bolečine v želodcu
   - ☐ težave z dihanjem (bronhitis, astma ipd.)
   - ☐ kardiovaskularna obolenja (angina pektoris, srčno popuščanje ipd.)
   - ☐ poškodbe
   - ☐ depresija, anksioznost (tesnobnost)
   - ☐ utrujenost
   - ☐ nespečnost, težave s spanjem
   - ☐ invalidnost
   - ☐ drugo (navedite): _____

2. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje
   - ☐ zelo dobro
   - ☐ dobro
   - ☐ srednje
   - ☐ slabo
   - ☐ zelo slabo
3. Vsakodnevno uživate sadje in zelenjavo?
   - ☐ da, redno
   - ☐ včasih
   - ☐ ne, nikoli
4. Popijete na dan dovolj (vsaj 2 litra) vode?
   - ☐ da, redno
   - ☐ včasih
   - ☐ ne, nikoli
5. Ste telesno dejavni vsaj trikrat na teden po vsaj 30 minut?
   - ☐ da, redno
   - ☐ včasih
   - ☐ ne, nikoli
6. Spite vsaj 7 ur na noč?
   - ☐ da, redno
   - ☐ včasih
   - ☐ ne, nikoli
7. Si vzamete vsakodnevno vsaj 10 minut za sproščanje?
   - ☐ da, redno
   - ☐ včasih
   - ☐ ne, nikoli
8. Kako bi ocenili medsebojne odnose v organizaciji v kateri delate?
   - ☐ zelo dobro
   - ☐ dobro
   - ☐ srednje
   - ☐ slabo
   - ☐ zelo slabo

9. Kako fizično obremenjujoče bi ocenili vaše delovno mesto?
   - ☐ zelo
   - ☐ srednje
   - ☐ malo
   - ☐ skoraj nič
10. Kako psihično obremenjujoče bi ocenili vaše delovno mesto?
   - ☐ zelo
   - ☐ srednje
   - ☐ malo
   - ☐ skoraj nič
11. Če se na delovnem mestu počutite napeti, pod stresom ali velikim pritiskom, kaj menite, je vzrok temu (Označite lahko več odgovorov)?
   - ☐ obremenitve na delovnem mestu
   - ☐ slabi odnosi med sodelavci
   - ☐ problemi v družini
   - ☐ slabi materialni pogoji za življenje
   - ☐ osamljenost
   - ☐ neustrezno delovno okolje (hrup, vročina ipd.)
   - ☐ drugo: _____

Katere aktivnosti programa promocije zdravja na delovnem mestu, ki se izvajajo na ZTM, so vam najbolj všeč (Označite lahko več aktivnosti):

- ☐ Aktivni odmor
- ☐ Pozitivne misli na vidnih mestih v obliki »rumenega oblačka«
- ☐ Delavnice (Medosebni odnosi, Asertivna delavnica,...)
- ☐ Sveže sadje iz eko-tržnice
- ☐ Aktivnosti v okviru projekta DIR (dostop do vsebin je bil možen v mesecu aprilu 2023)
- ☐ Vsebine Promocije zdravja v Novičkah ZTM
- ☐ Vsebine na intranetu (zavihek Družbeno odgovoren delodajalec)
- ☐ Seznam knjig in priročnikov za samopomoč
- ☐ Izobraževanje na temo higiene rok

Se redno udeležujete aktivnosti v okviru promocije zdravja na ZTM?

- ☐ da
- ☐ ne
- ☐ občasno

Ali menite, da aktivnosti v okviru promocije zdravja pozitivno vplivajo na počutje na delovnem mestu in splošno zdravstveno stanje zaposlenih na ZTM?

- ☐ da
- ☐ ne
- ☐ nimam mnenja

Ali podpirate nadaljnje aktivnosti v okviru promocije zdravja?

- ☐ da
- ☐ ne
- ☐ nimam mnenja

Prosimo, dodajte vaše predloge ukrepov za programe promocije zdravja na delovnem mestu:

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

12. Spol
    - ☐ M
    - ☐ Ž
13. Starost
    - ☐ manj kot 25 let
    - ☐ od 26 do 35 let
    - ☐ od 36 do 45 let
    - ☐ od 46 do 55 let
    - ☐ več kot 56 let

Pripravila:

Delovna skupina za promocijo zdravja na delovnem mestu ter za nadgradnjo pridobljenega pristopnega certifikata Družbeno odgovoren delodajalec

Razumevanje in odnos medicinskih sester in zdravstvenikov do digitalnih kompetenc v zdravstveni obravnavi: kvalitativna opisna raziskava

DEBORA LEVSTIK JAŠAREVIČ, DIPL. M. S.
PROF. DR. BRIGITA SKELA SAVIČ, ZNAN. SVET., IZR. PROF. DR. MIRKO PROSEN

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Zdravstveni delavci so ključni element pri uvajanju digitalizacije v zdravstvu, zato je njihovo razumevanje in odnos do digitalnih kompetenc izrednega pomena. To je treba raziskati in prikazati.

Cilj projektnega dela: Pridobiti in predstaviti dobljene informacije o odnosu medicinskih sester in zdravstvenikov do digitalnih kompetenc v zdravstveni obravnavi. **Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna metoda. Podatki so bili zbrani s fokusnimi skupinami 2022, 2023 in 2024. V namenski vzorec je bilo vključenih 13 zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenikov. Besedilo je bilo analizirano z uporabo induktivne tematske analize.

Rezultati: Medicinske sestre so motivirane za izobraževanje in delo s programi. Imajo slabe izkušnje pri posodobitvah in težave s programi. Imajo tudi dobre izkušnje, kot je prihranek časa pri uporabi programa. Najbolj jih moti nepovezanost programov med seboj in številčnost programov. Moti jih podvajanje vnosa podatkov v računalnik in na papir. Z informacijsko podporo imajo tako dobre kot tudi slabe izkušnje.

Razprava: Zaposlene medicinske sestre so navajale tako pozitivne kot negativne občutke ob digitalizaciji zdravstva. Treba se bo dotakniti neenotnosti programov, preštevilnih programov, slabih izkušenj in slabih praks. Zadovoljstvo se prikaže ob motivaciji za novo znanje glede digitalizacije, kar je treba izkoristiti in upoštevali želje in potrebe kadra zdravstvene nege, saj so oni končni uporabniki. Izsledki raziskave so lahko spodbuda za večje upoštevanje vidika kadra zdravstvene nege pri digitalizaciji zdravstva.

Ključne besede: digitalizacija, digitalno znanje, zdravstvo, zdravstveni sistem

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Digitalizacija zdravstva je velik izziv. Je priložnost za povečanje učinkovitosti celotnega zdravstvenega sistema, za boljše izide zdravljenja pacientov, za zagotavljanje dolgoročne finančne vzdržnosti, za ohranjanje dosežene visoke ravni zdravstva in njegove dostopnosti vsem prebivalcem. Za uspeh digitalizacije je nujno sodelovanje vseh v zdravstvenem sistemu, vključenost pacientov in zdravstvenih delavcev. Digitalizacija pomeni priložnost in učinkovito pot za doseganje številnih sprememb, ki jih bomo morali v sistem uvesti, če želimo pacientom dobro. A dobro moramo želeti tudi vsem ostalim deležnikom, saj bo le tako mogoče uvesti spremembe (Cuzak & Cvirn, 2021). Na Finskem in Švedskem, kjer imajo države visoke ambicije za digitalizacijo zdravstva, opažajo, da potrebuje končni uporabnik (pacient, zdravstveni delavec) še opolnomočenja (Allvin et al., 2020; Hyppönen et al., 2017; Lundgren et al., 2020). Zdravstveni delavci se tudi sami zavedajo, da digitalne rešitve zahtevajo nove kompetence. Poznavanje, interes v nove tehnologije in izkušnja uporabnika pomembno vplivajo na kompetence zdravstvenih delavcev (Jarva et al., 2022). Vloga zdravstvene nege se je v digitalni dobi bistveno spremenila. Priložnosti in grožnje se pojavljajo zaradi uvedbe novih tehnologij v javno zdravje, zaradi česar mora zdravstveno osebje razviti nova digitalna znanja in spretnosti. V raziskavi, kjer je bil namen pregledati in opredeliti spretnosti medicinskih sester, ki jih morajo obvladati v smislu novih metodoloških pristopov in digitalnega znanja, so rezultati pokazali, da se od medicinskih sester pričakuje, da bodo pokazale vodstvene sposobnosti pri uvajanju novih tehnologij v zdravstvene prakse, upoštevajoč njihovo ključno vlogo pri usklajevanju različnih strokovnih osebnosti in paciente (Isidori et al., 2022)nurses are increasingly trained to promote and improve the quality of clinical practice and to provide support in the assistance of patients and communities. Opportunities and threats are emerging as a consequence of the introduction of new disruptive technologies in public health, which requires the health care staff to develop new digital skills.\nOBJECTIVE: The aim of this paper is to review and define the role of nurses and the skills they are asked to master in terms of new methodological approaches and digital knowledge in a continuously evolving health care scenario that relies increasingly more on technology and digital solutions.\nMETHODS: This scoping review was conducted using a thematic summary of previous studies. Authors collected publications through a cross-database search (PubMed, Web of Science, Google Scholar.

Prepreke, kot so slaba zasnova storitev, brezbrižen implementacijski proces in premalo razpoložljivih naprav, so bile identificirane kot inhibitor uporabe digitalnih tehnologij. Zaznano je bilo, da zdravstvene delavce skrbi, da uporaba digitalne tehnologije jemlje

čas, namenjen pacientu, in zvišuje stres, ko sistemi ne delujejo (Brown et al., 2020). Pozitivna izkušnja uporabe digitalne tehnologije je povezana s prepričanjem, da koristi pacientu (Odendaal et al., 2020; Ross et al., 2016). Sprejetje in uvajanje digitalnih zdravstvenih storitev je pod vplivom kompetenc, sposobnosti in izkušenj (Ross et al., 2016). Kontilla et al. (2019) so ugotovili, da morajo biti zdravstveni delavci motivirani in pripravljeni pridobiti izkušnje z digitalizacijo v svojem poklicnem okolju. Bistvena dejavnika za oblikovanje pozitivnih izkušenj zdravstvenih delavcev z digitalizacijo sta podpora sodelavcev in organizacijska podpora. Zaradi teh razlogov morajo zdravstvene organizacije pridobiti perspektivo zdravstvenih delavcev in doseči, da je le-ta pozitivna.

Zdravstveni delavci so ključni element pri uvajanju digitalizacije v zdravstvu, zato je njihovo razumevanje in odnos do digitalnih kompetenc izrednega pomena. Če njihovo perspektivo kot vodja poznamo, je uvajanje digitalne tehnologije lažje, učenje pa prilagojeno in s tem bolj efektivno. Motivacija do uporabe digitalne tehnologije je s tem višja in tako se višajo tudi kompetence. Trenutno ne vemo, kakšno je razumevanje in odnos medicinskih sester in zdravstvenikov v Sloveniji do digitalnih kompetenc v zdravstveni obravnavi. Zaradi vidika varnosti pacientov, kvalitetnejšega dela in vključevanja digitalizacije v poklicni kontekst je treba ta odnos in razumevanje digitalizacije raziskati in prikazati.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je bil pregledati ugotovitve obstoječih raziskav glede perspektive zdravstvenih delavcev na digitalizacijo v zdravstvu. Perspektiva zdravstvenih delavcev je bila raziskana v tujih virih, kjer smo zadetke s to tematiko našli. V slovenščini nismo našli zadetkov glede perspektive zdravstvenih delavcev o digitalnih kompetencah. Iskanje literature je potekalo v obdobju od 15. 11. 2022 do 31. 12. 2023 v bibliografski podatkovni bazi PubMed in COBISS. V pregled smo vključili članke v slovenskem in angleškem jeziku, ki so recenzirane znanstvene publikacije, dostopne v celotnem obsegu besedila. Za iskanje virov v slovenskem jeziku v podatkovni bazi Cobiss smo določili filter: objava vira v letih od 2019 do 2024. Nato smo uporabili ključne besede: perspektiva medicinskih sester, zdravstvo in digitalizacija, a nam ta filter in te ključne besede niso prinesle zadetkov. Nato smo uporabili ključni besedi: zdravstvo in digitalizacija. To nam je prineslo 267 zadetkov. Nato smo vključili še filter, da je gradivo dostopno na spletu. Dobili smo 88 virov. S pregledom naslovov,

branjem izvlečkov in odstranitvijo virov, ki tematsko ne ustrezajo ali niso dostopni, smo številko zmanjšali na 6 virov, ki smo jih nato uporabili v projektni nalogi.

Za iskanje virov v angleškem jeziku v podatkovni bazi PubMed smo uporabili filter: objava vira v letih od 2019 do 2024 in da je gradivo dostopno na spletu. Nato smo kot ključne besede uporabili: healthcare professionals perception OR nurses perception AND digitalization. To nam je prineslo 136 zadetkov. S pregledom naslovov in odstranitvijo virov, ki tematsko ne ustrezajo, smo številko zmanjšali na 29. Nato smo pregledali izvlečke virov in število ustreznih virov zmanjšali na 10, ki smo jih nato uporabili v projektni nalogi v poglavju Spoznanja pregleda literature. Za ostala poglavja smo dodali še 8 prosto najdenih znanstvenih virov, zato je skupno število vključenih strokovnih in znanstvenih virov 18.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Zdravstvo je eno izmed področij, ki je v zadnjem času močno izpostavljeno digitalizaciji. Z uporabo digitalnih rešitev in pristopov lahko zdravstvene organizacije izboljšajo kakovost oskrbe, kar pripomore k boljšim izidom zdravljenja za paciente, večji učinkovitosti zdravstvenih delavcev in izboljšanemu delovanju zdravstvenega sistema. Digitalizacija zdravstva prinaša številne prednosti za zdravstvene delavce, kot na primer: izboljšana komunikacija, dostop do podatkov v realnem času, prihranek časa in stroškov, stalni strokovni razvoj, individualizirana oskrba.

Sama digitalizacija delovnih mest in njihovih elementov nista dovolj za uspešno uvajanje novih rešitev, saj je učinkovitost odvisna predvsem od uporabe in veščin uporabnikov. Raziskave kažejo, da je ključnega pomena, da se zdravstveni delavci in drugi deležniki ustrezno usposabljajo ter razumejo prednosti uporabe digitalnih rešitev v zdravstvu, s tem pa bomo skupaj zagotovili uspešno implementacijo novih tehnologij in izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev za paciente (Rekanović & Zalaznik, 2023). Glišović in sodelavci (2022) so pridobili rezultate o znanju in usposobljenosti strokovnjakov za uvajanje novih tehnologij. To znanje ni zadostno niti ne temelji na kakovostnih virih. Tako so mnenja, da je treba najprej bolje usposobiti strokovnjake, ti pa nato lahko v razvoj lastnih novih rešitev in storitev uvedejo bolnike. Vprašanje, ki se pojavlja, je tudi, kako izvesti ta prvi korak – izobraževanje strokovnjakov. Svetujejo, da bi v takšno raziskavo morali vključiti predvsem oblikovalce politik in vodilne v institucijah (Glišović et al., 2022). Tudi v raziskavi De Leeuw et al. (2020) menijo, da je splošnega digitalnega znanja premalo, formalnega osnovnega digitalnega usposabljanja ali izobraževanja pa malo ali nič.

Pomembno je, da ob digitalizaciji in vpeljavi v prakso vključimo medicinske sestre in babice, ki so ob pacientu, saj imajo le one najbolj konkretne in realne ideje glede

prihodnosti – brez njih sprememb ne bomo mogli vpeljati. Pomembno je tudi, da se vprašamo, kaj bo medicinska sestra ali babica počela s podatki, ki jih pridobi. Ali jih pridobi samo za to, ker je k temu primorana ali ker se zaveda, da jih za kakovostno in na pacienta osredotočeno obravnavo potrebuje (Novak et al., 2023). Digitalizacija zdravstva vpliva na izvajalce v zdravstvu in na srednji in najvišji management, zato zahteva vključevanje vseh deležnikov. Vodje na različnih ravneh in vključeni zaposleni bodo pridobivali znanje ter predstavljali izzive in spodbude, zato so nujni medsebojno in timsko sodelovanje ter izobraževanje izvajalcev. Blek in Makela (2022) sta ugotovila, da je pri izobraževanju nujno sodelovanje med ponudniki informacijskih sistemov, strokovnjaki za informacijsko varnost in med zdravstvenim osebjem.

Izhodišče za digitalizacijo bi moralo biti kolektivno razumevanje izzivov, s katerimi se sooča organizacija, kar kaže na potrebo srednjih menedžerjev, da olajšajo komunikacijo in znanje na različnih ravneh v organizacijski hierarhiji s ciljem premostitve vrzeli v znanju in pretoku informacije. Znanje o vprašanjih, povezanih z delom, načinih zagotavljanja storitev ter zaznanih težavah in izzivih med zaposlenimi je treba sporočiti navzgor do najvišjega vodstva, da jim zagotovijo vsebino, potrebno za odločanje. Po drugi strani pa je treba strategije, ukaze in smernice, zlasti razloge, ki so za njimi, posredovati prvim zaposlenim na način, ki jim pomaga razumeti. Posedovanje kolektivnega razumevanja in čustvene izkušnje v zvezi s posebnimi situacijami bo dobra podlaga za učenje in koristen pristop k soustvarjanju digitalizacije in transformacije prihodnjih zdravstvenih storitev (Justin, 2023).

Digitalne kompetence in z njimi povezana digitalna varnost je pogoj za digitalno varnost pacientov in njihovih osebnih podatkov. V finski študiji so ugotovili, da je le petina zdravstvenih delavcev zadovoljna s svojimi digitalnimi kompetencami. Več kot polovica se ne čuti dovolj usposobljenih v primeru, če informacijski sistem ne deluje. Ti rezultati prikazujejo nujne potrebe zaposlenih pri dodatnih izobraževanjih glede digitalizacije (Blek & Makela, 2022). Dojemanje kompetenc zdravstvenih delavcev na področju digitalnega zdravja je povezano s kompetencami za zagotavljanje na pacienta osredotočene oskrbe prek digitalnih kanalov, uporabo tehnologije in digitalnih zdravstvenih sistemov, interakcijo s pacientom prek digitalnih sredstev, oceno, kaj je digitalno zdravje, ter kombiniranjem digitalnih in tradicionalnih metod (Jarva et al., 2022).

Borges do Nascimento et al. (2023) so ugotovili, da je veliko študij pokazalo, da so infrastrukturne in tehnične težave, psihološke ovire ter pomisleki, povezani z delovno obremenitvijo, pomembne ovire za celovito in celostno uvajanje digitalnih zdravstvenih tehnologij. Nasprotno pa so uvajanje usposabljanja, ocenjevanje dojemanja

uporabnosti in pripravljenosti na uporabo ter spodbude za več deležnikov ključni spodbujevalni dejavniki za boljše sprejemanje digitalnih intervencij. De Leeuw et al. (2020)especially in the older professional population. It is important to gain more insight into the reasons and motivations behind the technology issues experienced by these professionals, as well as to explore what could be done to solve them.\nOBJECTIVE: Our primary research objective was to identify factors that influence the adoption of HIT in a sample of nurses who describe themselves as digitally lagging behind the majority of their colleagues in their workplaces. Furthermore, we aimed to formulate recommendations for practice and leadership on how to help and guide these nurses through ongoing digital transformations in their health care work settings.\nMETHODS: In a Dutch university medical center, 10 face-to-face semi-structured interviews were performed with registered nurses (RN so prav tako ugotovili, da so elektronske naprave in digitalne sisteme nekateri intervjuvanci doživljali kot uporabniku neprijazne, dolgotrajne in nepraktične v vsakdanji klinični praksi. Večina intervjuvancev je digitalno delo opisala kot »nič kaj zabavno«, »delo v lažnem svetu«, »stresno« in »nadležno«. Negativen odnos do uporabe računalnika in pomanjkanje digitalnega znanja sta prispevala k občutkom večje nesposobnosti in odlaganju ali izogibanju uporabi digitalnih naprav tako zasebno kot poklicno. Učni pogoji digitalnega usposabljanja in izobraževanja niso ustrezali osebnim učnim potrebam in učnim slogom. Pozitiven učinek je bil zaznan v delovnem okolju, ko so se sodelavci in vodje medicinskih sester zavedali težav, s katerimi so se udeleženci soočali pri razvijanju digitalnih spretnosti, in bili do njih občutljivi, ter ko je bilo zagotovljeno stalno usposabljanje na delovnem mestu in medsebojna podpora digitalno veščih kolegov.

Učinkovito upravljanje in vodenje organizacij igra ključno vlogo pri preprečevanju in reševanju izgorelosti zaposlenih v času digitalizacije. Management, vključno z vodstvom na vseh ravneh organizacije, ima pomembno odgovornost zagotoviti ustrezne strategije in ukrepe za ohranjanje dobrega počutja in zadovoljstva zaposlenih v okolju. Management mora razumeti in prepoznati znake izgorelosti ter razviti strategije in ukrepe za njeno preprečevanje. Ugotovili so, da podjetja, ki hitro prehajajo na digitalizacijo brez ustrezne podpore in usposabljanja, tvegajo povečano stopnjo izgorelosti med svojimi zaposlenimi. Ključnega pomena je, da management razume in se odziva na izzive, ki jih prinaša digitalna doba. Z ustreznimi ukrepi lahko vodje zmanjšajo izgorelost in zagotovijo produktivno in zdravo delovno okolje (Antonić, 2023). V raziskavi, kjer so raziskovali percepcijo vodij zdravstvene nege na uporabo umetne inteligence, so mnenja, da morajo biti vodje medicinskih sester seznanjeni z možnostmi umetne inteligence, zavedati pa se morajo tudi tveganj. Takšni vodje

lahko bolje podpirajo razvoj zdravstvenih storitev, ki temeljijo na umetni inteligenci in izboljšujejo delovne procese (Laukka et al., 2022)nurse leaders‘ and developers‘ perceptions of AI and its future in specialized medical care remain under-researched.\nMETHOD: Descriptive qualitative methodology was applied. Data were collected through six focus groups, and interviews with nurse leaders (n = 20.

V raziskavi, kjer so dobili razdeljene rezultate, nekateri so poročali o nezadostni usposobljenosti, nekateri pa so zaznavali pomanjkanje spretnosti, svetujejo, da se prihodnje študije osredotočijo na razjasnitev dejavnikov, ki vplivajo na usposobljenost za digitalno zdravje in razvoj usposobljenosti (Jarva et al., 2022). Enako ugotavljajo v italijanski raziskavi, kjer so mnenja, da je treba razširiti raziskave o psiholoških in čustvenih elementih ter sposobnostih uporabe digitalne tehnologije za samoizobraževanje in poučevanje drugih. (Longhini et al., 2022). Takih informacij tudi za področje Slovenije nimamo, zato želimo s to raziskovalno nalogo te informacije pridobiti.

3 METODE

Namen projektne naloge je razkriti razumevanje in odnos medicinskih sester in zdravstvenikov do digitalnih kompetenc v zdravstveni obravnavi. Boljše razumevanje odnosa do digitalnih kompetenc nam bo pomagalo pri prihodnjem delu z digitalno tehnologijo: pri razvijanju digitalne tehnologije, pri učenju zdravstvenih delavcev o uporabi digitalne tehnologije, pri reševanju težav, ki se pojavijo pri delu z digitalno tehnologijo in pri uvajanju novih digitalnih tehnologij, programov in aplikacij v zdravstvu.

Cilj raziskave je prepoznati značilnosti razumevanja in odnosa medicinskih sester in zdravstvenikov do digitalnih kompetenc v zdravstveni obravnavi.

3.1 Opis instrumenta

V empiričnem delu raziskave smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja – fokusne skupine. Fokusne skupine so oblika skupinskega intervjuja, ki za pridobivanje podatkov izkorišča komunikacijo med udeleženci raziskave. Metoda je še posebej uporabna za raziskovanje znanja in izkušenj ljudi in se lahko uporablja za preučevanje ne samo tega, kaj ljudje mislijo, temveč tudi tega, kako mislijo in zakaj tako mislijo. Uporabljamo jih za pridobivanje bolj poglobljenih informacij o zaznavah, videnjih, stališčih, izkušnjah in prepričanjih (Krueger, 2014). Ta metoda je najprimernejša za razumevanje perspektive zdravstvenih delavcev na digitalne kompetence v vsakdanji klinični praksi. Instrument je bil delno strukturiran intervju. 13 zdravstvenih delavcev je bilo razdeljeno v 3 fokusne skupine. Fokusno skupino je vodil en moderator. Snemanje je potekalo preko diktafona. Pripravljenih smo imeli osem glavnih odprtih vprašanj s podvprašanji.

3.2 Opis vzorca

Vzorec je neslučajnostni in namenski. Izbrali smo 13 zdravstvenih delavcev. Izbrani so bili glede na demografske podatke (starost, stopnja izobrazbe, delovno mesto). Starost udeleženih je bila od 24 do 52 let. Izobrazba vseh je bila dokončana vsaj 6. stopnja izobrazbe – zaključena visoka šola, smer zdravstvena nega. Trije so imeli zaključen tudi magisterij stroke, smer zdravstvena nega. Sedem sodelujočih je zaposlenih na primarni ravni zdravstva, štirje so zaposleni na sekundarni ravni zdravstva, dva na terciarni ravni zdravstva.

3.3 Opis poteka raziskave

Srečanja za fokusne skupine so potekala od 26. 10. 2022 do 26. 1. 2024. Udeležence smo povabili po elektronski pošti, kjer smo jih tudi seznanili s potekom in namenom raziskave. Srečanja so bila tri. V prvi fokusni skupini je bilo sodelujočih pet, v drugi in tretji fokusni skupini pa po štirje. Trajanje srečanja ene fokusne skupine je bilo do 30 minut. Srečanje se je odvijalo v mirnem prostoru. Intervjuvanci so pred začetkom snemanja prebrali in podpisali obrazec Informirano soglasje. Seznanjeni so bili tudi, da raziskava poteka anonimno. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2024).

3.4 Opis obdelave podatkov

Srečanja so bila zvočno snemana z mobilnim telefonom. Zvočni zapis bomo hranili v datoteki z zaščitenim geslom. Snemana srečanja fokusnih skupin smo zapisali v obliki nefokusne transkripcije. Nato smo podatke obdelali po postopku tematske analize. Delali smo v programu Office Word in Office Excel. Zapise smo šifrirali s kodo, določili podtemo in temo. Analiza zapisov je potekala z indukcijo, sledili smo nasvetom za kvalitativno raziskovanje (Hennink et al., 2020). Rezultate smo prikazali opisno in v tabelah. Povzeli smo ključne ugotovitve raziskave.

4 REZULTATI

Med kodiranjem zapisov intervjujev smo oblikovali osem tem: Soočanje kadra z digitalizacijo, Pozitivno sprejemanje digitalizirane zdravstvene nege, Negativno sprejemanje digitalizirane zdravstvene nege, Prepreke pri digitalizaciji zdravstvene nege, Administracija (»delo s papirji«), Informacijska podpora, Vodenje in digitalizacija in Želje in potrebe kadra pri digitalizaciji zdravstvene nege. Oblikovali smo jih na podlagi 14 podtem, kot je prikazano v Tabeli 1.

Tabela 1: *Predstavitev tem, podtem in kod*

Tema	Podtema	Koda
Soočanje z digitalizacijo	Izobraževanja o delu s programi	Vodstveno urejena obvezna IT izobraževanja Individualna izobraževanja
	Multifunkcijska vloga medicinske sestre	Samostojno razvijanje aplikacij, programov Multifunkcijska vloga medicinske sestre
Pozitivno sprejemanje digitalizirane zdravstvene nege	Dobre prakse pri digitalizaciji zdravstvene nege	Primeri digitalizirane zdravstvene nege Dobra praksa uvajanja novih programov Vodenje digitalnih informacij na dveh enotah (Back up) Brezpapirno poslovanje Dobra praksa pri izbiri novih programov
	Motivacija za digitalizirano zdravstveno nego	Motivacija za delo s programi (digitalizirano zdravstveno nego) Novi programi mi predstavljajo pozitiven izziv Mnenje, da digitalizacija olajša in izboljša delo Pozitivno sprejemanje digitalnih posodobitev, novosti Hitra osvojitev novih programov
Negativno sprejemanje digitalizacije	Negativni občutki ob digitalizaciji zdravstvene nege	Zavračanje digitalizacije Zaskrbljenost glede varnosti podatkov Strah pred novostmi v digitalizaciji Negativno sprejemanje digitalnih posodobitev, novosti
Prepreke pri digitalizaciji zdravstvene nege	Nezadovoljstvo s programi	Nepovezanost programov med seboj Preštevilni programi za delo v zdravstveni negi Težave s programi Napake v programih Nepraktični programi Nezadovoljstvo s programi (preveč nepotrebnega klikanja)
	Nezadovoljstvo s posodobitvami	Slabe izkušnje, težave pri posodobitvah Številčne posodobitve Posodobitev kot še dodatno delo poleg rednega Posodobitve, bolje večkrat po malo, kot manjkrat po več
	Težave kadra pri delu s programi	Nesodelovanje z razvijalci Neznanje dela s programi Pomanjkanje števila računalnikov

Tema	Podtema	Koda
Administracija (delo »s papirji«)	Preveč administracije (dela »s papirji«)	Podvajanje vnosa podatkov (papir in računalnik) Potrata časa Preveč administracije in dela s papirji Slabše delo s pacienti zaradi administracije
Informacijska podpora	Zadovoljstvo z informacijsko podporo	Dobra informacijska podpora
	Težave z informacijsko podporo	Težave z informacijsko podporo Premalo IT kadra
Vodenje in digitalizacija	Razmišljanje vodij pri posodobitvah	Upor ob uvajanju novih programov Strateško razmišljanje vodje ob posodobitvah (kaj to pomeni za zaposlene, kako se lotiti)
Želje in potrebe kadra pri digitalizaciji zdravstvene nege	Želje kadra pri digitalizaciji zdravstvene nege	Želja po znanju o digitalizaciji v zdravstveni negi Želja po podpori ob težavah Želja po sodelovanju z razvijalci Želja po boljši razlagi pri novostih, posodobitvah Želja po specifičnih informacijah, ne na splošno Želja po kvalitetnih spremembah, ne kakršnihkoli Želja po znanju o programih Želja po digitalizaciji
	Potrebe kadra pri digitalizaciji zdravstvene nege	Sodelovanje z razvijalci Potreba po enotnosti programov Potreba po digitalizaciji

Soočanje z digitalizacijo

Z digitalizacijo v zdravstveni negi se vsak zaposleni sooča na svoj način. Zadovoljstvo so pokazali z izobraževanji o delu s programi, bodisi vodstveno urejenimi izobraževanji: »*Pri nas je vodstveno urejeno, da kar se tiče programske pismenosti, da se vsako leto udeležimo predavanj glede programov Word, Excel. Sedaj smo imeli umetno inteligenco in kaj si lahko z njo pomagaš.*« (Diplomirana medicinska sestra (v nadaljevanju DMS) 12). Posamezniki so tudi navdušeni nad individualnimi izobraževanji: »*Individualno jaz kar dosti raziščem, iz YouTuba se da dosti naučit.*« (DMS2).

Intervjuvanci se vidijo v multifunkcijski vlogi medicinske sestre: »... *moramo biti kreatorji, računalničarji, programerji, skratka vse, moramo vedeti popraviti tiskalnik,*

kako uredit program, koga poklicat, ...« (DMS2). Velikokrat si sami pomagajo s samostojnim razvijanjem aplikacij, programov, računalniških evidenc: *»... vodiš neke svoje evidence v računalniku, ker veš, da ti hitro kaj uide ...«* (DMS8), *»... znotraj dispečerskih služb imamo cel kup nekih svojih ureditev ...«, »... preko share-pointov imamo ustvarjene različne enote – koordinacije izobraževanj, koordinacije navodil, to smo si sami organizirali, ker ni bilo.«* (DMS9). Nekaterim pomagajo »hišni« informatiki in ne zunanje programske hiše*: »EPMO oz. Evidenca posegov na aparaturah so razvili naši informatiki, ni program, ki bi bil kupljen. Nas avtomatsko ta program obvešča, kdaj je potrebno narediti servis.«* (DMS6).

Pozitivno sprejemanje digitalizirane zdravstvene nege

Intervjuvanci opisujejo zdravstveno nego v kliničnem okolju kot že zelo digitalizirano, naštevajo veliko programov, aplikacij, preko katerih delajo: *»... imamo elektronski temperaturni list in list terapije, načrt zdr. nege, kategorizacija, vse diagnoze, radiologija, mikrobiologija vse je v računalniku ...«* (DMS1), *»... zelo veliko delamo s tem, tudi komunikacija s pacienti ...«* (DMS6). Predstavili so kar nekaj dobrih praks pri digitalizaciji: *»... preden vpeljemo program v uporabo, ga damo v testiranje vsem zaposlenim, kjer se pripravi nato poročilo. Treba je iti med ljudi, predstaviti tistim, ki jih zaznavamo kot največje upornike ...«* (DMS9). Glede izbire novih programov: *»... bomo šli do ljudi, ki že delajo s tem programom in bomo v njihovem okolju več ur ...«*. Kot dobro idejo ob sesutju informacijskega sistema so predstavili vodenje digitalnih informacij na dveh enotah (back up): *»... mi smo na nivoju službe naredil back up sistem, imamo geografsko ločen sistem, če nam v stavbi pade sistem, imamo pri ponudniku najete baze za shranjevanje ...« (DMS9).* Nekajkrat so izpostavili, da že brezpapirno poslujejo ali pa da bodo kmalu*: » ... vedno več je tega, da bomo brezpapirno poslovali ...« (DMS6), » ... mi imamo brezpapirno bolnišnico. Zdravnik ne piše nič pisno, nimamo nobenih papirjev ...«* (DMS1).

Z vidika motivacije za digitalizacijo zdravstvene nege so intervjuvanci pokazali visoko motivacijo: *»Nekateri smo zelo zainteresirani, da do tega pride digitalizacije«* (DMS10). Pokazali so pozitivno sprejemanje digitalnih posodobitev: *»Jaz to vedno pozitivno jemljem, so mi te stvari v redu«* (DMS2). Menijo, da digitalizacija olajša in izboljša delo: *»Trenutno nam pomaga dosti, shrani zgodovino opravljenega dela, sproti dela avtomatsko statistiko npr. zabeleži, koliko materiala si naročil preko lekarne, koliko je mesečne/letne porabe/limita, to velja za Gosoft naročanje. Lahko delaš statistike, predvidiš stroške za naprej, gledaš za nazaj. Birpis ti tudi dela statistiko«* (DMS13). Novi programi so sprejeti kot izziv: *»Novih stvari se ne ustrašim, mi je vedno izziv. S tehnologijo gremo naprej ...« (DMS10).*

Negativno sprejemanje digitalizirane zdravstvene nege

Med intervjuvanci se pojavljajo negativni občutki ob digitalizaciji zdravstvene nege, kot na primer zavračanje, zaskrbljenost glede varnosti podatkov, strah. To so pokazali z izjavami, kot so: *»Če na splošno glede organizacije rečem, je velik problem ... eni zelo neradi beležijo neke osnovne storitve v sistemu. Ne želijo se vsi enako posluževati teh načinov dela. Vsi so pa večinoma na telefonih. Ne bi mogla reči, da so računalniško čisto nepismeni«* (DMS12). Izpostavili so temo o varnosti podatkov: *»... bolj me skrbi varnost samih osebnih podatkov in kaj se s temi podatki lahko zgodi, kakšni vdori hekerjev, saj vemo vsi, da se danes to dogaja. Pred kratkim smo slišali, da se je to zgodilo v dispečerski službi in ti podatki nato nekam odidejo in se zlorabijo. Varnost me bolj skrbi kot karkoli drugega«* (DMS11). Pojavlja se tudi strah pred digitalizacijo zdravstvene nege: *»Pri nas ima večina strah pred tem, da bo šlo na slabše«* (DMS13).

Prepreke pri digitalizaciji zdravstvene nege

Prepreke pri digitalizaciji zdravstvene nege smo razvrstili v nezadovoljstvo s programi, posodobitvami in v težave kadra pri delu s programi. Najbolj so izpostavili nepovezanost programov med seboj: *»Mi smo specialistična ambulanta in potem druge ustanove niso povezane med sabo. En izvid iz Kopra mi ne vidimo«* (DMS3), *»Pri nas je težava to, da programi niso med seboj povezani. Za vsak program moraš odpret novo ikono«* (DMS7). *»V zdravstvu na splošno imamo ogromno različnih programov in potem je problem kompatibilnost«* (DMS12). Večinoma so navajali, da so programi preštevilni: *»Pri nas imamo program Iris, Kadris, elektronsko evidenco delovnega časa, dokumentni sistem za prevzemanje alkohola, potem imamo Epmo, to je evidenca posegov na naših aparaturah, Eddico, tukaj so vsi zaposleni notri še poleg Kadrisa, digitalno naročanje materiala, CleanView, aplikacija za RTG slike ...«* (DMS6). *»Vse skupaj ene 10 različnih programov«* (DMS9). Velikokrat se soočajo s težavami s programi*: »Največkrat je težava, ko online sistem pade, takrat se vse podre, ne moreš niti elektronskih napotnic pošiljat naprej, pač zmeda nastane«* (DMS10). Programi imajo velikokrat napake, so nepraktični in je preveč nepotrebnega klikanja: *»Trenutno je pri nas program sestavljen na ta način, da je trenutno e-karton narejen s celim kupom nekega nepotrebnega klikanja«* (DMS11).

Visoko število intervjuvancev je nezadovoljno s posodobitvami. Navajajo slabe izkušnje in težave pri posodobitvah: *»Pri nas se je zdaj posodobil program, nihče ne zna delat z njim, rekli so nam, delajte s programom, pa se boste naučili«* (DMS5), *»Mi smo šli iz ene aplikacije čisto na drugo. In smo imeli bazo podatkov desetih let in je*

ta programska hiša, za katero smo se odločili, ni bila pripravljena tega prekopirati … problem je, ko so nove spremembe, posodobitve. Takrat je vedno največ težav in se delo ustavlja, tudi s strani programskih hiš« (DMS10). Opozorili so na številčne posodobitve in na posodobitve, videne kot še dodatno delo poleg rednega: *»Poleg vsega rednega dela še to dodatno delo, to za mene ni izboljšava«* (DMS10).

Zaposleni izpostavljajo nesodelovanje z razvijalci programov: *»Niso nas vprašali, mene to moti. Nismo bili vključeni v ta del. Bili smo samo na predstavitvi, kako se uporablja. Vse skupaj zelo na hitro. Pred tem nas noben ni vprašal, kaj bi si želeli. Tukaj mislim, da je bilo to narobe«* (DMS6). Poleg tega se srečujejo še s težavami pri delu s programi, kot so pomanjkanje števila računalnikov in neznanje dela s programi: *»Pri nas je težava pomanjkanje števila računalnikov. Informacijski sistem ni toliko dostopen. Postopoma nabavljamo, malo varčujemo«* (DMS12). *»Jaz z novim programom ne znam delati in delam s starim«* (DMS5).

Administracija (»delo s papirji«)

Intervjuvanci menijo, da je administracije preveč. Najbolj so izpostavili podvajanje vnosa podatkov, v računalnik in na papir: *»Mi vse vodimo papirno in računalniško in vse prepisujemo in podvajamo. Najprej v Iris, nato prepisujemo še v programe od NIJZ. Na primer za fakturiranje ene delavnice bi porabil 20 minut, tako pa porabiš ½ svojega delovnega dne, za eno delavnico. Še večji problem je, ko delamo na urgenci, delamo z dvema programi hkrati. Delamo hkrati s programom od bolnišnice in hkrati s programom od zdravstvenega doma plus vodenje v knjigi peš«* (DMS2), *»Težava je to, da se stvari podvajajo, da imaš in na papirju in elektronsko in ti spet krati čas«* (DMS6). Večina administracijo vidi kot potrato časa: *»Imamo preveč papirologije in izgubimo veliko ur na dan, samo zaradi papirjev, da včasih na žalost, ko pride pacient, ga ne uspeš niti dobro pogledat, ker se moraš s toliko stvarmi ubadat«* (DMS4). Menijo, da je administracije v zadnjem času še več: *»… in dejansko v zadnjih 5 letih je ratalo tega vpisovanja krat 2«* (DMS3).

Informacijska podpora

Izpostavljeni sta bili dve podtemi glede informacijske podpore, in sicer zadovoljstvo z informacijsko podporo in težave z informacijsko podporo, ki so bile približno enako zastopane. Polovica jih ima izkušnje z dobro informacijsko podporo: *»Mi imamo 24 h službo, na katero se lahko obrnemo, klinika to službo plača«* (DMS1), *»Kot primer dobre prakse je v naši računalniški službi zaposlena medicinska sestra, ima tako izobrazbo in se kar pozna, da pozna sistem dela. Se lažje posodablja in dodaja stvari*

not, prej je to bilo nemogoče, sedaj se pa kaj da« (DMS2), *»... imamo v hiši nekoga, ki nam lahko priskoči na pomoč in je povezan z Iso programom in je on tisti, ki nam potem rešuje probleme«* (DMS10). Nekje polovica ima slabe izkušnje in težave z informacijsko podporo*: »Od 7. do 15. ure delata dva računalničarja. Med delom jih je tudi kdaj težko dobit. Sem enega tudi že klicala domov, ker mi je vse zablokiralo popoldne«* (DMS3), *»Mi imamo zunanjega izvajalca, dosegljiv je od 8. do 16. ure. V popoldanski izmeni ni dosegljiv ... za nujne zadeve ga lahko pokličemo tudi izven ur. To je njegova dobra volja. Se ne rabi javiti, če se ne želi«* (DMS8).

Vodenje in digitalizacija

Ker je bilo nekaj sodelujočih tudi na vodstvenih mestih, so kot vodje predstavili svoje razmišljanje. Skupna točka pri uvajanju novih programov je bila upor zaposlenih: *»Vedno se pojavi upor in to velik«* (DMS9), *»Upor je normalen odziv zaposlenih«* (DMS6), *»Je pa dejansko zelo velik upor na začetku«* (DMS8). Povejo tudi, da pri uvajanju novih programov uporabljajo strateško razmišljanje: *»... moram kot vodja razmišljati, kaj to pomeni za zaposlene. Potem je treba strateško razmišljati, koliko časa potrebuješ, vedno vključim tiste najšibkejše člene, da imamo res podporo, ker je bistveno, da neko spremembo dobro načrtuješ«* (DMS12), *»... gremo postopoma«* (DMS9), *»Treba je iti med ljudi, predstaviti tistim, ki jih zaznavamo kot največje upornike. Najprej grem do takih, se usedem z njimi, grem čez posebej, ker se mi zdi, ko ti dojamejo, pa da vidijo, da je to koristno orodje, da so potem tudi zelo močni podporniki v sistemu. Na sestankih že vnaprej napovedujem take zadeve, da bo sprememba, potrebno je par sestankov samo omenjat, da dobijo občutek, nekaj bomo mogli, potem pa s tem datumom zdaj pa res začnemo«* (DMS8).

Želje in potrebe kadra pri digitalizaciji zdravstvene nege

Intervjuvanci so izpostavili veliko želja in potreb, za katere mislijo, da bi jih bilo nujno upoštevati pri digitalizaciji.

Veliko intervjuvancev ima željo po znanju o digitalizaciji v zdravstveni negi: *»... bili bi pripravljeni se učiti, so to orodja, ki ti pomagajo, olajšajo delo, bolj varno delo naredijo v končni fazi«* (DMS6), *»Bolje kot poznaš program, lažje je delati, ti olajša delo, bolje ga izkoristiš. Prav gotovo ne poznam vseh funkcij programov in tako posledično ga ne izkoristim maksimalno in ne prihranim na času, ki bi ga lahko uporabil za druga dela in naloge«* (DMS13). Želijo si več podpore informacijskih služb ob težavah: *»... je pomembno, da je podpora zraven. Ko pa stvari stečejo, imaš konstantno podporo, ki jo rabiš«* (DMS10). Izpostavljena je bila želja po sodelovanju z razvijalci programov:

»Zelo sem žalostna, da služba za informatiko in nabavo, da se niso usedli z nami in se najprej pomenili, kaj rabimo, kateri so tisti hakeljci, da se bi pomenili … jaz delam s tem programom, zakaj me ne vprašaš, kaj in kako si želim s tem delat? Bi si tega želela« (DMS6). Poleg tega si želijo še boljšo razlago ob novostih, specifične informacije in kvalitetne spremembe, ne kakršnekoli: *»… ampak bi nam mogli to malo bolj praktično pokazat in se približat, ne pa nam dati samo neka navodila«* (DMS4), *»Zanima nas tudi specifika našega dela, ne za na splošno vsa področja«* (DMS1). Izpostavili so tudi željo po digitalizaciji zdravstvene nege: *»Digitalizacija je kar v redu, čim več tega«* (DMS13).

Kot potrebe so v visokem številu poudarili potrebo po sodelovanju z razvijalci: *»Se mi zdi to res najboljše, da se nas, ki bomo to uporabljali, vpraša, kaj rabimo in kaj ne. In se glede na naše potrebe naredi program, da bomo mi s tem lažje delali«* (DMS11). Izpostavljena je bila tudi potreba po enotnosti programov: *»Pogrešamo, da bi bilo nekaj enotnega«* (DMS8). Imajo tudi potrebo po digitalizaciji v zdravstveni negi: *»… ni enotne rešitve, vsak sam išče neke rešitve, zato pa elektronsko naročanje reševalnih prevozov, mi bi tudi to rabli. Ali pa spremljanje, neke evidence da imaš napisano kdaj ti poteče«* (DMS8).

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Z raziskavo smo ugotovili, da so medicinske sestre in zdravstveniki motivirani za izobraževanje glede digitalizacije, ampak si želijo specifičnih informacij, ki jih lahko uporabijo na svojem delovnem mestu. V raziskavi, kjer so ugotavljali motivacijo za e-učenje, so ugotovili, da so posamezniki z razpoložljivostjo in pozitivnimi pričakovanji bolj pripravljeni na sprejemanje in uvajanje novega znanja v svoj delovni kontekst (Costa et al., 2022). Cho et al. (2022)policies, and perceptions of nurses regarding work-related utilization of smartphones in acute-care settings.\nBACKGROUND: Mobile devices utilizing emerging technology are widely used in acute-care settings; however, concerns such as potential distraction, improper use, and negative impact on the nursing image in clinical practice remain valid.\nMETHODS: Nurse managers (n = 8 so ugotovili, da medicinske sestre bolj pozitivno kot vodje ocenjujejo prednosti uporabe pametnih telefonov in so bile manj obremenjene s pomisleki v zvezi s tem. Novinke in mlajše medicinske sestre so bile bolj optimistične kot starejše medicinske sestre.

Intervjuvanci so menili, da opravljajo multifunkcijsko vlogo, poleg dela medicinske sestre. Večkrat se počutijo kot računalničarji, programerji, tehnični delavci. Enako so ugotovili v italijanski raziskavi, da je treba uvesti nove šolske predmete, da bi spodbudili uvajanje novih komunikacijskih in tehnoloških spretnosti, kar bi zdravstvenim delavcem omogočilo široko in učinkovito uporabo novih digitalnih orodij (Isidori et

al., 2022)nurses are increasingly trained to promote and improve the quality of clinical practice and to provide support in the assistance of patients and communities. Opportunities and threats are emerging as a consequence of the introduction of new disruptive technologies in public health, which requires the health care staff to develop new digital skills.\nOBJECTIVE: The aim of this paper is to review and define the role of nurses and the skills they are asked to master in terms of new methodological approaches and digital knowledge in a continuously evolving health care scenario that relies increasingly more on technology and digital solutions.\nMETHODS: This scoping review was conducted using a thematic summary of previous studies. Authors collected publications through a cross-database search (PubMed, Web of Science, Google Scholar. Da je zdravstveni delavec ključni posrednik med tehnologijo in prakso, so menili tudi v finski raziskavi. Svetujejo, da se kompetence razvijajo v smeri, da bi pripravili miselnost in kulturo zdravstvenih delavcev na digitalni zdravstveni sistem (Weber et al., 2022).

Intervjuvanci so opozorili na kar nekaj dobrih praks glede digitalizacije, glede izbire programov, uvajanja, posodobitev. Veliko je iznajdljivosti, saj se morajo intervjuvanci velikokrat sami znajti in si narediti kakšno evidenco, portal, skupino na digitalni platformi ali jim v ustanovi pripravijo program, ki jim bo olajšal delo.

V raziskavi smo prikazali pozitiven in negativen odnos kadra zdravstvene nege do digitalnih kompetenc. Intervjuvanci se delijo na dva pola; tisti, ki so motivirani in navdušeni nad digitalizacijo, in tisti, ki bi želeli, da se digitalizacija nekoliko zaustavi. Pri večini pa se je pojavila skrb glede varnosti osebnih podatkov. Enako so ugotovili Bani Issa et al. (2020)including privacy, confidentiality, security and patient safety.\nBACKGROUND: Given the widespread implementation of electronic health records, there are concerns about data integrity that could jeopardize healthcare quality. Addressing nurses‘ concerns about data integrity and safety is critical to inform health policies and promote public trust.\nMETHODS: Nurses working in healthcare settings in the United Arab Emirates (N = 562. V njihovi raziskavi so medicinske sestre izrazile zaskrbljenost glede varnosti elektronskih zdravstvenih zapisov, glede upravljanja, neustreznega usposabljanja in dostop nepooblaščenih uporabnikov.

Z raziskavo smo pridobili vpogled v številne ovire, ki jih bo treba odpraviti za uspešno digitalizacijo zdravstvene nege. To je na primer: nepovezanost programov med seboj, preštevilni programi, nedelovanje programov, napake in nepraktičnost programov. Da je treba pri uvajanju digitalnega zdravstvenega varstva premagati številne ovire, meni Hasselberg (2020). Te ovire so odpor izvajalcev, pomanjkljivo znanje in omejevalna pooblastila. Intervjuvance zelo moti nesodelovanje z razvijalci

programov. Če bomo želeli, da so medicinske sestre uspešen in zadovoljen deležnik v procesu digitalizacije in končni uporabnik, bodo morale biti upoštevane in sodelovati pri razvijanju aplikacij, da se jim lahko prilagodimo.

Večinoma so intervjuvanci menili, da je dela s papirji (administracije) preveč. Dokumentacijo po navadi pišejo v dvojniku, v računalnik in na papir, ponekod celo na tri mesta. So primeri, ko dokumentacije ni več na papirju, a uporabljajo »back-up« sistem in imajo vse podatke shranjene še na drugem mestu v računalniku ali jim te podatke hrani informacijski ponudnik. Popolnoma enako ugotavljajo v avstralski raziskavi, kjer so opazovali čas, porabljen za dokumentiranje. V jutranjih izmenah je bilo to 28,1 % časa, 22,7 % v popoldanskih izmenah in 20,9 % v nočnih izmenah. Povprečni čas, ki so ga za klinično dokumentacijo poročali sami, je bil 50,4 % v jutranjih izmenah, 40,7 % v popoldanskih izmenah in 37,9 % v nočnih dežurstvih. Ugotovljene so bile težave s podvajanjem in nepotrebno dokumentacijo (Cooper et al., 2021).

V raziskavi opišemo zadovoljstvo in nezadovoljstvo z informacijsko podporo. To lahko pripišemo organiziranosti, saj ima vsaka zdravstvena ustanova na svoj način organizirano informacijsko podporo. Pogrešamo enotni sistem informacijske podpore.

Medicinske sestre na vodilnih položaji, ki so odgovorne za finančne in kadrovske zadeve, lahko vplivajo na izbiro, izvajanje in uporabo tehnologij (Strudwick et al., 2019) implemented, and used. Many nurse leaders are not equipped with the essential informatics competencies to do so effectively. There have been efforts to identify a set of standard informatics competencies that should be core to every nurse leader‘s suite of capabilities; nonetheless, these efforts have yet to be disseminated widely.\nMETHODS: A scoping review was conducted by: 1. V raziskavi smo ugotovili, da se medicinske sestre na vodilnih položajih srečujejo z uporom zaposlenih, vendar vsaka na svoj način. Ni enotne strategije, ki bi jo lahko uporabile pri uporu zaposlenih. Niti niso dovolj opremljene s kompetencami na področju informatike, enako, kot so to ugotovili v raziskavi Strudwick et al. (2019)implemented, and used. Many nurse leaders are not equipped with the essential informatics competencies to do so effectively. There have been efforts to identify a set of standard informatics competencies that should be core to every nurse leader‘s suite of capabilities; nonetheless, these efforts have yet to be disseminated widely.\nMETHODS: A scoping review was conducted by: 1. Vsaka od njih se na svoj način srečuje z uvajanjem novih programom med zaposlenimi, vsaka ima drugačen način načrtovanja sprememb, novosti pri digitalizaciji.

Spoznali smo želje in potrebe kadra zdravstvene nege v zvezi z digitalizacijo. Želijo si specifičnega učenja, več podpore informacijskih služb, ob novostih si želijo boljše

in bolj praktične razlage. Kot potrebo so močno poudarili sodelovanje z razvijalci programov. Želijo si, da bi lahko povedali svoje mnenje glede programov, saj so oni končni uporabniki, ki s programom delajo. Poudarjena je tudi potreba po enotnosti programov.

V raziskavo smo vključili zaposlene medicinske sestre in zdravstvenike iz različnih zdravstvenih institucij po Sloveniji. Vsi kraji pa niso bili enakomerno zastopani, zato bi ugotovitve težko posplošili na celotno Slovenijo. Ugotovitve raziskave pa lahko predstavljajo pomoč pri razumevanju odnosa s strani medicinskih sester in zdravstvenikov glede digitalizacije zdravstva. Rezultati naše raziskave so lahko v pomoč pri izobraževanju medicinskih sester in zdravstvenikov za delo s programi in aplikacijami. Spoznali smo dobre in slabe prakse pri vpeljevanju novih aplikacij in programov v zdravstvu in pri posodobitvah. Tako se lahko izognemo slabim praksam in razvijamo v smeri dobrih praks. Poznamo težave in nezadovoljstvo pri delu s programi, kar je prvi korak v razreševanju teh težav. Razumemo, s kakšnim načinom informacijske podpore so medicinske sestre in zdravstveniki zadovoljni in lahko izbiramo načine dela v smeri, ki prinaša večje zadovoljstvo. Poznamo želje in potrebe kadra zdravstvene nege glede digitalizacije zdravstvene nege. Tako se lahko delavcem bolj približamo in s tem dvignemo motivacijo, pripadnost in moralo delavca. Dobili smo tudi vpogled v razmišljanje vodij zdravstvene nege, pri delu z digitalizacijo in zaposlenimi. Žal je bil v naši raziskavi ta del precej skop, zato je predlog za nadaljnje raziskave lahko usmeriti se v razmišljanje vodij zdravstvene nege pri delu z digitalizacijo in s svojimi zaposlenimi. V raziskovalni nalogi smo prišli do veliko različnih ugotovitev, ki bi jih bilo smotrno še poglobiti za boljše razumevanje odnosa kadra zdravstvene nege na digitalne kompetence. Ugotovitve se lahko uporabijo kot podlaga za razvoj podpornih ukrepov. Nadaljnje kvalitativne raziskave bi lahko prispevale k oblikovanju in vsebini takšnih intervencij. Smotrno bi bilo, da ljudje, ki sodelujejo v procesu digitalizacije zdravstvene nege, te ugotovitve upoštevajo.

6 SEZNAM LITERATURE

Antonić, K. (2023). *Vpliv managementa na preprečevanje izgorelosti zaposlenih v času digitalizacije* [Thesis, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta]. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=85050

Bani Issa, W., Al Akour, I., Ibrahim, A., Almarzouqi, A., Abbas, S., Hisham, F., & Griffiths, J. (2020). Privacy, confidentiality, security and patient safety concerns about electronic health records. *International Nursing Review, 67*(2), 218–230. https://doi.org/10.1111/inr.12585

Borges do Nascimento, I. J., Abdulazeem, H., Vasanthan, L. T., Martinez, E. Z., Zucoloto, M. L., Østengaard, L., Azzopardi-Muscat, N., Zapata, T. in Novillo-Ortiz, D. (2023). Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals. *NPJ Digital Medicine, 6*, 161. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00899-4

Cho, I., Min, Y. H., Park, S., Park, J., Song, M., Ahn, M., Park, M., & Im, Y. (2022). Unmet informatics needs of nurses regarding the use of personal smartphones in the workplace. *International Nursing Review, 69*(3), 375–383. https://doi.org/10.1111/inr.12739

Cooper, A. L., Brown, J. A., Eccles, S. P., Cooper, N., & Albrecht, M. A. (2021). Is nursing and midwifery clinical documentation a burden? An empirical study of perception versus reality. *Journal of Clinical Nursing, 30*(11–12), 1645–1652. https://doi.org/10.1111/jocn.15718

Costa, T., Silva, I. A., Peres, H. H. C., Duarte, E. D., & Bueno, M. (2022). Nurses' Motivation, Knowledge, and Satisfaction with a Neonatal Pain Assessment e-Learning Course. *Pain Management Nursing, 23*(5), 576–582. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.05.002

Cuzak G., & Cvirn M., N. Z. (2021). Digitalno zdravstvo v Sloveniji. *Farm Vestn*, 72. https://www.sfd.si/wp-content/uploads/sfd/datoteke/cuzak.pdf

Dan Angele Boškin, 15. (2023). *Koristi in pasti vpeljave digitalizacije na varno in kakovostno zdravstveno obravnavo: 15. dan Angele Boškin: maj 2023* (S. Jerebic, Ur.; Elektronska izd.). Splošna bolnišnica. https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/151014147

De Leeuw, J. A., Woltjer, H. in Kool, R. B. (2020). Identification of Factors Influencing the Adoption of Health Information Technology by Nurses Who Are Digitally Lagging: In-Depth Interview Study. *Journal of Medical Internet Research, 22*(8), e15630. https://doi.org/10.2196/15630

Hasselberg, M. J. (2020). The Digital Revolution in Behavioral Health. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 26*(1), 102–111. https://doi.org/10.1177/1078390319879750

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods*. SAGE.

Isidori, V., Diamanti, F., Gios, L., Malfatti, G., Perini, F., Nicolini, A., Longhini, J., Forti, S., Fraschini, F., Bizzarri, G., Brancorsini, S., & Gaudino, A. (2022). Digital Technologies and the Role of Health Care Professionals: Scoping Review Exploring Nurses' Skills in the Digital Era and in the Light of the COVID-19 Pandemic. *JMIR Nursing, 5*(1), e37631. https://doi.org/10.2196/37631

Jarva, E., Oikarinen, A., Andersson, J., Tuomikoski, A.-M., Kääriäinen, M., Meriläinen, M., & Mikkonen, K. (2022). Healthcare professionals' perceptions of digital health competence: A qualitative descriptive study. *Nursing Open, 9*(2), 1379–1393. https://doi.org/10.1002/nop2.1184

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Utrip: Glasilo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, april, maj 2024, 23 – 26.

Krueger, R. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications.

Laukka, E., Hammarén, M., & Kanste, O. (2022). Nurse leaders' and digital service developers' perceptions of the future role of artificial intelligence in specialized medical care: An interview study. *Journal of Nursing Management, 30*(8), 3838–3846. https://doi.org/10.1111/jonm.13769

Longhini, J., Rossettini, G., & Palese, A. (2022). Digital Health Competencies Among Health Care Professionals: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 24*(8), e36414. https://doi.org/10.2196/36414

Odendaal, W. A., Anstey Watkins, J., Leon, N., Goudge, J., Griffiths, F., Tomlinson, M., & Daniels, K. (2020). Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD011942. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011942.pub2

Research Methods: A practical guide for the social sciences – University of Birmingham. (b. d.). https://research.birmingham.ac.uk/en/publications/research-methods-a-practical-guide-for-the-social-sciences

Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science: IS, 11*(1), 146. https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7

Strudwick, G., Nagle, L., Kassam, I., Pahwa, M., & Sequeira, L. (2019). Informatics Competencies for Nurse Leaders: A Scoping Review. *The Journal of Nursing Administration, 49*(6), 323–330. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000760

Weber, P., Peltonen, L.-M., & Junger, A. (2022). The Essence and Role of Nurses in the Future of Biomedical and Health Informatics. *Studies in Health Technology and Informatics, 300*, 164–176. https://doi.org/10.3233/SHTI220948

WMA - The World Medical Association-Declaration of Helsinki. (b. d.). Pridobljeno 24. april 2024, s https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/

7 PRILOGE

Merski instrument: Tematski vodič za fokusno skupino

NAGOVOR	Hvala, da ste privolili v sodelovanje v fokusni skupini. Ocenjujem, da bo vse skupaj trajalo do pol ure. Vse, o čemer se bomo tu pogovarjali, je zaupne narave in nihče ne bo nikoli izvedel vaše prave identitete. Če boste v pogovoru izpostavili imena drugih ljudi, krajev in podobno, to ne bo objavljeno oziroma razkrito nikomur. Obenem prosim, da tudi vi spoštujete zasebnost drugih v skupini oziroma zaupnost podatkov, ki bodo zaupani. Če bi kdo želel na kateri koli točki diskusije odstopiti iz raziskave, to lahko naredi brez kakršnihkoli posledic. **Skupaj z vami želim izvedeti, kakšna je perspektiva zdravstvenih delavcev, torej kakšna so mnenja, občutki in stališča do digitalne tehnologije, ki jo uporabljate pri svojem vsakdanjem delu. Zanimajo me tudi vaše želje in počutje ob delu z digitalno tehnologijo.**
ZAČETEK	*Za začetek bi vas prosila, če se lahko vsakdo izmed vas predstavi s svojim imenom, starostjo in pove, kje dela in koliko časa dela.*
SREDINA	**1. Kje/s čim/ na kakšen način se pri vašem delu srečujete z digitalizacijo?** (npr. Program, ki ga uporabljate: Birpis/Iso Program, digitalno vodenje ur, eRecepti in eNapotnice, eKarton, še kaj drugega, kjer uporabljate računalniške programe?) **2. Kakšno je vaše stališče o trenutni digitalizaciji v zdravstvu?** Se vam zdi, da je vse preveč elektronsko, ali se vam zdi, da bi moralo biti še bolj? Se vam zdi, da bi se digitalizacija morala malo zaustaviti ali še pospešiti? **3. Kakšne se vam zdijo vaše kompetence pri uporabi digitalne tehnologije v zdravstvu?** Ste vešči? Se vam pojavlja veliko vprašanj? Se vam delo velikokrat ustavi, ker ne znate naprej in potrebujete pomoč s tehnologijo? **4. Na kakšne težave naletite ob delu z digitalno tehnologijo?** Ali moti delovni proces? **5. Katere so dobre strani uporabe digitalne tehnologije pri delu?** Ali izboljša, krajša delovni proces? **6. Predstavljajte si naslednje: V službi slišite, da se bo program, ki ga uporabljate pri delu, posodobil. Nekaj stvari bodo spremenili. Kakšne so vaše misli in občutki, ki se vam pojavijo ob tej novici?** **7. Kako ste se počutili pri prejšnjih posodabljanjih in uvajanjih nove digitalne tehnologije?** (Posodabljanje programov, preklop na digitalno vodenje ur, uvajanje eReceptov in eNapotnic … Ali vam je bilo dovolj razloženo? Je bilo razloženo na primeren način? Vas je kdo učil novih kompetenc? Hitrost uvajanja se vam je zdela primerna? **8. Kaj bi si želeli drugače pri uvajanjih nove digitalne tehnologije in posodabljanjih programov?** **9. Imate na vašem delovnem mestu osebo, ki vam je na voljo za težave, ki se pojavijo v zvezi z digitalno tehnologijo? Ali vam je ta oseba res vedno na voljo? So bile kdaj težave?** **10. Bi si želeli več učenja na področju digitalizacije v zdravstvu?**
ZAKLJUČEK	**11. Bi radi na koncu kaj dodali?**
SKLEP	Zahvaljujem se vam za sodelovanje v tej fokusni skupini.

Prirejeno po: Matthews & Ross (2010).

Padci stanovalcev v socialnovarstvenem zavodu

MATEJA LIPOVŠEK, DIPL. M. S.
IZR. PROF. DR. MATEJA LORBER

POVZETEK

Uvod: Padci v socialnovarstvenih zavodih predstavljajo vsesplošen problem, predvsem zaradi pomanjkanja negovalnega kadra, nizke izobrazbene strukture, telesno ter duševno šibkejše populacije starejših, ki so nastanjeni v socialnovarstvenih zavodih.

Namen raziskave: Namen raziskave je bil pridobiti vpogled v gibanje števila padcev stanovalcev v zadnjem triletnem obdobju in pripraviti priporočila za zmanjševanje le-teh.

Metode: Projektno delo temelji na raziskovalni metodi pregleda tuje in domače strokovne literature. Uporabljene so bile domače in tuje podatkovne baze, kot sta PubMed, Cinahl. Za iskanje domače literature pa smo uporabili Googl Učenjak, COBISS+ in Obzornik zdravstvene nege. Izvedena je bila študija primera v socialnovarstvenem zavodu in je zajela vse stanovalce na negovalnih oddelkih (n = 180) in oddelku za stanovalce z demenco (n = 50). Podatki o številu padcev so bili zbrani in analizirani aprila 2024.

Rezultati: Analiza podatkov je pokazala, da je 2021 statistično gledano padel vsak stanovalec na oddelku za osebe z demenco 2-krat, 2022 je na istem oddelku vsak stanovalec padel 1,34-krat, v letu 2023 pa je statistično gledano padel le še en stanovalec na oddelku za stanovalce z demenco. Število padcev jim je na negovalnih in na oddelku za stanovalce z demenco s preventivnimi ukrepi uspelo iz leta v leto zmanjševati. Izkazalo se je tudi, da so z uvedbo izobraževanj zaposlenih zmanjšali število padcev stanovalcev in da izpad kadra ne vpliva na število padcev stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco.

Razprava: Ugotovljeno je bilo, da so se padci v sodelujočem socialnovarstvenem zavodu iz leta v leto zmanjševali glede na uvedene preventivne ukrepe. Dobro poznavanje dejavnikov tveganja za padce, izobraževanje kadra in preventivni ukrepi so ključnega pomena za preprečevanje padcev v socialnovarstvenih zavodih.

Ključne besede: padci, starejši dementni, preventiva pred padci, dejavniki tveganja, socialnovarstveni zavod

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Padec je opredeljen kot dogodek, ki povzroči, da oseba nehote pristane na tleh ali drugi nižji ravni. Poškodbe, povezane s padcem, so lahko smrtne ali nesmrtne, čeprav v večini primerov niso smrtne (World Health Organisation (WHO), 2021). Padci stanovalcev v domovih za starejše so eden od varnostnih odklonov in kazalnik kakovosti, saj nam njihovo število nakazuje stopnjo kakovosti zdravstvene nege in oskrbe. Padci veljajo za vsesplošno slovensko težavo, saj se v socialnovarstvenih zavodih srečujejo s hudim pomanjkanjem kadra, nizko izobrazbeno strukturo kadra in vedno bolj zdravstveno in starostno zahtevno populacijo stanovalcev (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019).

Vsak padec povzroči dodaten stres stanovalcu, svojcu, negovalnemu osebju in zavodu. Z odhodom stanovalca v bolnišnico socialnovarstveni zavod izgubi finančna sredstva, namenjena njegovi dolgotrajni oskrbi. Zato vsaka poškodba, ki je povezana z dolgotrajnim okrevanjem, pomembno vpliva na zmanjševanje prihodkov socialnovarstvenega zavoda zaradi neplačane zdravstvene nege s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Svetovna zdravstvena organizacija (2021) opozarja, da ima približno 28–35 % oseb, starejših od 65 let ter 32–4 2 % oseb, starejših od 70 let, vsako leto večje tveganje za padec (WHO, 2021). Eden od treh starejših v skupnosti, starih ≥ 65 let, in eden od dveh, starejših od 80 let, bo vsaj enkrat padel v enem letu (Guat et al. 2020).

Padci starejših odraslih so še vedno pomemben javnozdravstveni in socialnoekonomski problem (Voljč, 2016; WHO, 2021). V Sloveniji so poškodbe na tretjem mestu glede vzroka smrti (Voljč, 2016), zato predstavljajo tudi veliko breme za zdravje posameznika, njegovo družino in družbo (Olij, 2019; Rok-Simon, 2020; Voljč, 2016; WHO, 2021). Starejši odrasli najpogosteje (82 %) padejo na ravnem in v domačem okolju. Pogostost padcev se iz okolice s starostjo premakne v notranjost doma in domove za starejše (Rok-Simon, 2020). V Sloveniji je bilo v letu 2020 zaradi padca v bolnišnici obravnavanih 15.871 oseb iz vseh starostnih skupin, vendar se stopnja obravnave zaradi padcev močno poveča po 65. letu starosti (Zdravstveno statistični letopis Slovenije 2020, 2022). V letu 2012 je bilo v bolnišnico zaradi padca sprejetih 29.930 ljudi, od tega jih je bilo 33 % starejših od 65 let (Voljč, 2016).

Z ocenjevanjem tveganja za padec in s sprejemanjem primernih preventivnih pristopov lahko pripomoremo k zmanjšanju možnosti padcev in posledičnega upada funkcionalnosti, kakovosti življenja, poškodb ali smrti (Phelan, 2015). Posebej pomembne so ocene tveganj pri tveganih skupinah, kot so osebe z demenco.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

V projektni nalogi smo uporabili metodo pregleda literature. Literaturo smo izbrali glede na dostopnost, vsebinsko ustreznost ter pomembnost glede na obravnavano tematiko v projektni nalogi. Literaturo, ki ni bila vezana na obravnavano temo ali ni ustrezala osnovnim kriterijem, smo izločili. Iskanje literature je potekalo od novembra 2023 do januarja 2024. Uporabili smo domačo in tujo strokovno in znanstveno literaturo. Podatkovne baze, ki smo jih uporabili za iskanje tuje literature, so PubMed, CINAHL, COCHRANE library, za iskanje domače pa spletni bibliografski sistem COBISS+, Google Učenjak in Obzornik zdravstvene nege. Slovensko literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed in besednih zvez: starejši odrasli, padci, domovi za starejše, demenca, kognitivna oviranost. Tujo literaturo smo iskali v angleškem jeziku s pomočjo naslednjih ključnih besed in besednih zvez: older people, falls, nursing home, elderly people, dementia, falls dementia prevention.

Omejitveni kriteriji iskanja literature so bili obdobje objave med letoma 2012 in 2023, dostopnost celotnega besedila objave ter jezik besedila slovenščina ali angleščina. Izključitveni kriterij so bili drugi jeziki in objave pred 2012.

Glede na izbrane ključne besede smo v izbranih podatkovnih bazah našli skupaj 44.030 zadetkov, ki smo jih razvrstili s filtri ujemanja, tako da so bili na začetku seznamov članki, za katere je bilo najbolj verjetno, da ustrezajo našemu iskanju. Na tako razvrščenih seznamih smo pregledali naslove in povzetke. Skupaj smo pregledali 773 naslovov in na podlagi povzetkov smo v nadaljnjo analizo vključili 55 člankov. Na podlagi pregleda polnega besedila smo izključili 27 člankov. V končno analizo smo vključili 28 člankov, od tega 24 tujih in 4 članke slovenskih avtorjev.

2.2 Spoznanja glede literature

Zaradi staranja prebivalstva so v Sloveniji poškodbe, ki se zgodijo doma in v prostem času, že postale najpogostejši vzrok smrti zaradi nezgod, saj se starejši ljudje smrtno poškodujejo največkrat ravno zaradi padcev doma in v bližnji okolici. Delež prebivalcev, starejših od 64 let, trenutno znaša 19 %, po projekcijah pa bo do leta 2050 v to skupino sodilo že 31 % prebivalcev Slovenije, še hitreje pa se bo povečevalo število prebivalcev, starejših od 80 let. Poleg tega ostaja v zadnjih letih umrljivost starejših od 65 let zaradi padcev v Sloveniji še vedno 2,5-krat višja kot v EU, kar nakazuje neizkoriščene možnosti preprečevanja padcev (Rok-Simon, 2020; Voljč, 2016).

Pričakujemo lahko, da se bo v prihodnosti problem poškodb starejših odraslih zaradi padcev še povečeval, saj imajo starejši v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami prebivalstva najvišjo obolevnost in umrljivost zaradi padcev. Večina poškodb starejših je posledica padcev na isti ravni, medtem ko so ostale vrste padcev precej redkejši vzrok za zdravljenje v bolnišnici, npr. padci po stopnicah, s postelje, lestve. Starejši odrasli najpogosteje padejo doma (82 %) na isti ravni, ko jim zdrsne ali se zapletejo, pogostost padcev pa se s starostjo premakne iz zunanjih delov bivališča v notranje prostore doma in domove za starejše. V starosti 85–89 let je tveganje za hospitalizacijo zaradi poškodb pri padcu na isti ravni 5-krat večje kot v starosti 65–69 let. Padci po stopnicah sodijo med najpogostejše padce z ene ravni na drugo, pri čemer starejši odrasli padejo po stopnicah največkrat doma in v bližnji okolici doma. Padci po stopnicah se zgodijo predvsem med prostočasnimi (43 %) in življenjskimi aktivnostmi (31 %), med sprehajanjem ter neplačanim delom (vzdrževanje doma in vrta, nakupovanje, kuhanje/čiščenje). S starostjo se močno poveča tudi incidenca hospitalizacij zaradi padcev s postelje in stola. Prvič incidenca poraste po 80., drugič pa po 90. letu starosti. Padci s postelje in stola so najpogostejši v domačem okolju (59 %) in domovih za starejše (37 %) (NIJZ, 2020).

Starejše osebe po padcu pogosto dlje časa obležijo. To stanje je opredeljeno kot nezmožnost vstajanja iz padlega položaja za več kot eno uro (običajno na tleh) in je neposredno povezano s številnimi zapleti, kot so nezmožnost vstati, strah pred padci in dehidracija. Po navadi je nezmožnost vstajanja pokazatelj krhkosti, bolezni in izolacije. Prav tako je nezmožnost vstajanja povezana z višjo stopnjo umrljivosti. Le 50 % vseh starejših, pri katerih je bil zabeležen padec, je uspelo vstati s tal (Ang et al., 2020). Padci, ki niso obravnavani, so lahko vzrok za ponavljajoče se padce. Ponavljajoči se padci pa so definirani kot padci, ki se ponavljajo več kot dvakrat letno in jih je le redko mogoče pripisati mehanskemu oziroma naključnemu vzroku (Ang et al., 2020).

V raziskavi, ki so jo izvedli Sotoudeh et al. (2018) in je vključevala 653 oseb starejših od 65 let, so ugotovili, da se je večina starejših, ki so doživeli padec, poškodovala. Približno 28–35 % oseb starejših od 65 let bo padla vsaj enkrat v letu, polovica od teh bo padla večkrat. Pri osebah, ki so starejše od 70 let, se število poveča na 32–42 %. Udeleženci, stari 75 let in več, so se pogosteje poškodovali, kot nekoliko mlajši starejši, vendar so večinoma navajali blažje poškodbe.

Frekvenca padcev se, po raziskavah sodeč, povečuje s starostjo in je lahko posledica kognitivnih, senzoričnih in fizičnih sprememb pri starejših, povezanih s staranjem v kombinaciji z okoljem. Tudi starejši ljudje, ki živijo v domovih za starejše, padajo

pogosteje od tistih, ki živijo v domačem okolju. Približno 30–50 % ljudi, ki živijo dalj časa v institucijah za dolgotrajno bivanje (bolnišnice, domovi za starejše), pade vsako leto, od tega jih 40 % doživi ponavljajoče padce (WHO, 2000).

Varnost starejših odraslih in stanovalcev socialnovarstvenih zavodov ogrožajo številne bolezni in poškodbe, ki so posledica starostnih sprememb (osteoporoza in z njo povezana krhkost kosti; počasnejši gibi, slabo ravnotežje in vrtoglavica s hitrejšo utrujenostjo ter nepozornostjo, kar ima za posledico padce; slabšanje čutnih zaznav, ki lahko vodijo do poškodb ob padcih, opeklin in omrzlin), infekcije, poškodbe zaradi nevarnosti v okolju in slabše prilagajanje spremembam okolja ob hospitalizacijah ali namestitvi v socialnovarstveni zavod. Pomembne so tudi hotene in nehotene samopoškodbe zaradi psihičnih, starostnih ali bolezenskih sprememb. Pri starejših je ogrožena tudi psihična in socialna varnost, ki je povezana z osamljenostjo, spremenjeno samopodobo, izgubo statusa, svojcev, prijateljev in zdravja ter pešanjem kognitivnih sposobnosti (Zaletel, 2015). Problematika je še toliko bolj kritična pri osebah z demenco (Fernando et al., 2017), saj so padci glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti oseb z demenco (Allan et al., 2019). Allan et al. (2019) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je področje dejavnikov tveganja, zmanjševanja tveganja in uspešnosti preprečevanja padcev pri osebah z demenco slabo raziskano.

Osebe z demenco, ki živijo v skupnosti ali so institucionalizirane, večino dneva preživijo v sedečem položaju in posledično dosežejo nižjo stopnjo izvajanja telesne dejavnosti kot kognitivno zdravi vrstniki. Najbolj aktivni pa so v jutranjih urah, ko se prebudijo in vstanejo iz postelje (Van Alphen et al., 2016). Verjetnost padca je od štiri do petkrat večja kot pri starejših, ki nimajo kognitivnih motenj. Čeprav veliko virov potrjuje, da osebe z demenco padajo pogosteje in so posledice padcev pri njih bolj kritične, specifične dejavnike tveganja pri teh osebah za zdaj še slabo razumemo in tako zanje tudi nimamo posebnih ocenjevalnih lestvic. Pri starejših osebah z demenco se ob padcih poveča tudi tveganje za večje poškodbe, povezane s padcem, kot so zlomi kolka in smrtnost. Za osebe z demenco, ki padejo, je tveganje za slabo celjenje zlomov trikrat višje kot pri kognitivno zdravih ljudeh. Za osebe z demenco, ki padejo, je petkrat bolj verjetno, da bodo hospitalizirani ali živeli v dolgotrajni oskrbi, kot za starejše z demenco, ki ne padejo. Osebe s Parkinsonovo boleznijo, z vaskularno demenco in demenco Lewyjevih teles so še posebej nagnjeni k motnjam gibanja (Fernando et al., 2017).

Najpogostejši dejavniki tveganja za padce pri starejših so mišična oslabelost spodnjih okončin, motnje ravnotežja in hoje, uporaba pripomočkov za hojo ali slaba prilagojenost le-teh, slabovidnost in naglušnost, artroza, sočasno uživanje različnih zdravil

(antipsihotiki, sedativi, diuretiki, beta blokatorji), šibkost, povezana z zdravstvenimi stanji, kot sta Parkinsonova bolezen, kognitivni upad in možganska kap, motnje delovanja sklepov, slab vid, okolijski vzroki, neprimerna obutev (Ang et al., 2020). Prav tako sodijo med dejavnike tveganja za padec med starejšimi težave z ravnotežjem, slabša mišična moč, težave s hojo, funkcionalne omejitve, težave z vidom, bolečina, jemanje zdravil, kognitivne težave, neustrezno okolje (Vieira et al., 2016). Čeprav padci v veliko primerih ne puščajo posledic ali so le-te zelo majhne, so lahko posledice padcev tudi psihološke narave. To so strah pred prihodnjimi padci, socialno izolacijo in institucionalizacijo (Duh et al., 2018). Strah pred padci se lahko pojavi tudi ob skorajšnjem padcu in je povezan s samopovzročenim zmanjšanjem aktivnosti ali funkcije, depresijo in tesnobo. Temu pojavu pravimo tudi sindrom tesnobe po padcu in je pogostejši pri starejših, ki živijo sami in tudi pri tistih, ki imajo kognitivne in gibalne motnje, slabo ravnotežje, in tistih, ki imajo v anamnezi že zabeležen padec. Ta sindrom je dejavnik tveganja za nadaljnje padce. Če sindroma tesnobe po padcu ne obravnavamo pravilno, lahko to povzroči cikel padcev (Ang et al., 2020).

Nočno uriniranje je glede padcev posebej nevarno, saj so nočni obiski toalete povezani s slabšo budnostjo in ravnotežjem, še posebej, če je prizadeti pod vplivom uspaval ali antipsihotikov. Do padca lahko pride še zaradi zdrsa na gladki podlagi, mokri zaradi uhajajočega urina. Padci zaradi urinske inkontinence so neredko povezani s kognitivnimi motnjami, uporabo pomagal pri hoji, slabšim vidom, vrtoglavicami oziroma ortostatsko hipotenzijo, interakcijami med zdravili in podobno. Vsako izboljšanje naštetih dejavnikov tveganja predstavlja hkrati možnost, da se nevarnost padcev zmanjša (Voljč, 2016).

Montero et al. (2018) po pregledu literature poudarijo, da so dejavniki tveganja za padec poslabšanje pozornosti in izvršilnih funkcij. Padce pri osebah z demenco je mogoče zmanjšati s kognitivnim treningom, kot so zdravila, trening dvojnih nalog, delo v virtualni realnosti. Peach et al. (2017) v kvalitativni študiji s tematsko analizo polstrukturiranih intervjujev z dvajsetimi pacienti in njihovimi sorodniki v Združenem kraljestvu ugotavljajo, da je pomemben dejavnik tveganja za padce pri osebah z demenco zanikanje tveganja za padce. Van der Wardt et al. (2015) pa v presečni študiji s testom izvršilnih funkcij in oceno tveganja za padce pri 22 udeležencih s povprečno starostjo 81,6 leta in diagnozo blage demence v Združenem kraljestvu ugotavljajo, da so dejavniki tveganja za padce pri starejših z demenco slab prostorski spomin, inhibicija premočnega odziva na dražljaje. Druge izvršilne funkcije, kot so kompleksni odzivni čas, sposobnost načrtovanja, kognitivna fleksibilnost, sposobnost sklepanja in zmanjšana pozornost, pa ne kažejo vpliva na tveganje za padec. Za število starejših z demenco je ocenjeno, da se bo le-to v naslednjih petnajstih

letih dramatično povečalo. Te napovedi še dodatno potrjujejo potrebo po razvoju preventivnih pristopov pri specifični skupini bolnikov z demenco, ki so zaradi padcev še posebej ogroženi (Fernando et al., 2017).

Pristopi preprečevanja padcev zajemajo ocenjevanje dejavnikov tveganja, uporabo funkcionalnih pripomočkov, nadzorovano telesno aktivnost, ozaveščanje in svetovanje, predpisovanje očal, uživanje vitamina D in kalcija, večfaktorske intervencije – ocene kot npr. pregled zgodovine predhodnih padcev, pregled zdravil, ki jih starejši odrasli jemlje (Vieira et al., 2016). Za uspešno preprečevanje padcev so ključni dober vodstveni kader, izobraževanje in vključenost medicinskih sester v zdravstveno-negovalni tim. Dokazana je povezava med številom medicinskih sester v negovalnem timu in padci. Brez zadostnega števila zaposlenih je težko zagotoviti ustrezne ukrepe za preprečevanje padcev (Zhao et al., 2019). Preprečevanje padcev je mogoče z ocenjevanjem sedmih ključnih dejavnikov tveganja: podroben intervju o zgodovini padcev, ocena ravnotežja in gibanja, pregled vida, preverjanje zdravil, pregled srca, pregled stopal in obutve ter ocena domačega okolja (Bruce et al., 2017). Korall et al. (2018) v svoji študiji ugotavljajo, da bi uporaba ščitnikov kolka lahko predstavljala dobro strategijo za zmanjševanje zlomov kolka med starejšimi z visokim tveganjem za pojav padca, in sicer z domnevo, da osebje dosledno upošteva protokol namestitve in uporabe ščitnikov za kolke. Mayer et al. (2020) v eksperimentalni študiji, ki je potekala med 25 pari oseb z demenco in njihovih skrbnikov v Avstraliji, ugotavljajo, da je padce pri osebah z demenco mogoče preprečevati z ozaveščanjem le-teh in njihovih skrbnikov glede dejavnikov tveganja za padce. Pri starejših z demenco, ki živijo v socialnovarstvenih zavodih, program visoko intenzivne funkcionalne vadbe sam po sebi ni preprečil padcev v primerjavi s skupino za nadzor pozornosti. Pri populacijah z visokim tveganjem, pri katerih sta multimorbidnost in polifarmacija pogosti, bo morda potreben večfaktorski pristop k preprečevanju padcev. Opaženi so bili spodbudni učinki na poškodbe, povezane s padci, kar nakazuje potrebo po prihodnjih raziskavah (Toots et al., 2019). Zavedanje pomena kulture varnosti, ki naj bi povečala varnost pacientov, se je v zdravstvenih zavodih pojavilo pred več kot desetletjem, zato so v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah organizirali posebne službe. Drugače pa je na področju zdravstvenega in socialnega varstva, kjer so kadrovsko tako podhranjeni, da temu področju ne morejo namenjati zadostne pozornosti (Ginsburg et al., 2014). Thomas et al. (2012) pa so raziskovali povezavo med varnostno kulturo stanovalcev socialnovarstvenih zavodov, uporabo fizičnih ovirnic in posledično številom padcev stanovalcev. Prišli so do zanimivega rezultata, da višja stopnja varnostne kulture pomembno vpliva na zmanjšanje uporabe fizičnih ovirnic in na zmanjšanje števila padcev stanovalcev. Te ugotovitve kažejo na to, da bi

s prizadevanji za višjo stopnjo varnosti stanovalcev lahko zmanjšali število padcev in s tem izboljšali kakovost zdravstvene nege in obratno. Ugotovili so tudi, da bolj izobraženo osebje bolj skrbi za varnostno kulturo, uporablja manj fizičnih ovirnic in so padci kljub temu manj pogosti. Zdravstveno nego prilagajajo negovalnim potrebam posameznega stanovalca. Tudi avtorji (Thomas et al., 2012) omenjajo mnoge študije in raziskave, ki potrjujejo tezo, da manjša uporaba fizičnih ovirnic zmanjša število padcev.

3 METODE

Poleg analize pregleda literature smo projektno nalogo nadgradili z retrospektivno analizo podatkov padcev stanovalcev v enem izmed socialnovarstvenih zavodov, ki smo jih pridobili iz dokumenta Poročilo o incidentu stanovalcev.

Namen in cilji

Namen raziskave je pridobiti vpogled v gibanje števila padcev stanovalcev v zadnjem triletnem obdobju in pripraviti priporočila za zmanjševanje le-teh.

Cilj projektnega dela je na podlagi analize zbranih podatkov ugotoviti gibanje padcev stanovalcev v zadnjem triletnem obdobju, ugotoviti primerjavo med številom padcev stanovalcev na oddelkih z osebami z demenco in negovalnih oddelkih, pregled padcev oseb z demenco po mesecih in letih ter ugotoviti uspešnost negovalnih intervencij za preprečevanje padcev na oddelkih starejših oseb z demenco.

V raziskavi smo si postavili naslednja raziskovalnega vprašanja:

- Kako se je gibalo število padcev stanovalcev glede na leto in oddelek bivanja?
- V katerem časovnem obdobju je bilo največ padcev?
- Kateri so najpogostejši ukrepi, ki jih izvajajo člani negovalnega tima za preprečevanje padcev v socialnovarstvenem zavodu?

3.1 Zbiranje podatkov

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna, retrospektivna metoda dela. Retrospektivna interpretativna metoda je pogosto opisana kot razumljiva kombinacija, sestavljena iz tehnike zbiranja, analiziranja, obdelave in interpretacije pridobljenih podatkov in njihove predstavitve (Polit & Beck, 2020; Sandelowski, 2000).

Za zbiranje podatkov smo uporabili podatke, ki jih vodi sodelujoči socialnovarstveni zavod kot kazalnik kakovosti. V arhivu izbranega socialnovarstvenega zavoda smo zbrali in analizirali obrazce Poročila o incidentu za obdobje treh let (2021–2023).

3.2 Vključeni v raziskavo

Ciljno prebivalstvo so bili stanovalci socialnovarstvenega zavoda. Raziskava je zajela vse stanovalce na oddelku oseb z demenco in negovalnih oddelkih enega socialnovarstvenega zavoda. Skupaj je bilo zajetih 180 stanovalcev, od tega je bilo 50 stanovalcev nastanjenih na varovanem oddelku za stanovalce z demenco. V raziskavo so bili vključeni vsi prisotni stanovalci oz. vsi stanovalci, ki so v raziskovalnem obdobju bili nastanjeni na katerem koli oddelku in so padli, zdrsnili ali bili najdeni na tleh.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Naredili smo analizo virov padcev po letih. Nato smo se lotili analiziranja padcev na oddelku za stanovalce z demenco po mesecih za posamezno leto. Raziskava je potekala od decembra 2023 do aprila 2024.

Pridobili smo soglasje vodstva socialnovarstvenega zavoda za uporabo in analizo podatkov. Za raziskavo glede na izbrano metodologijo raziskovanja soglasje Komisije za etiko ni bilo potrebno. Zagotovili smo anonimnost podatkov. Pri analizi in razpravi smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024).

3.4 Obdelava podatkov

Izvedena je bila študija primera v socialnovarstvenem zavodu. V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna, retrospektivna interpretativna metoda dela. Pridobljene empirične podatke smo obdelali in jih prikazali s stolpičastim diagramom ločeno po letih in oddelkih.

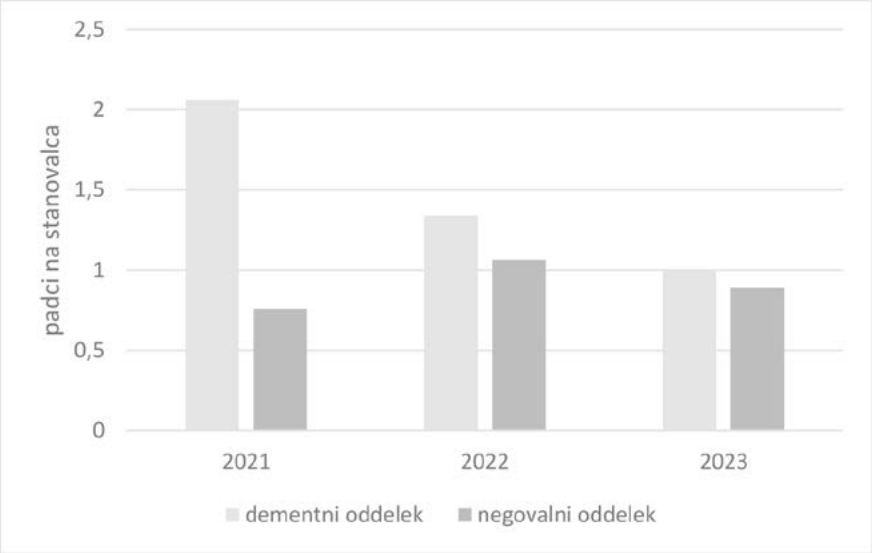
2021 zaradi covida, ustvarjenih con in pomanjkanja zaposlenih ni bilo izobraževanj. 2. 6. 2022 je potekalo enourno interno izobraževanje zaposlenih (n = 20) o padcih. V začetku leta 2023 je bilo ponovno interno izobraževanje o varnostnih odklonih (padci stanovalcev), ki je bilo priporočljivo za vse zaposlene (n = 95) na zdravstveno-negovalni enoti. Udeležba je bila večja kot v letu 2022, in sicer je bilo prisotnih približno polovica (n = 57) zaposlenih. V juniju 2023 je potekalo dvourno izobraževanje z diskusijo o tveganju in preventivi pred padci stanovalcev z demenco. Poleg zaposlenih (n = 52) so se izobraževanja udeležili tudi študentje (n = 5). Zaradi zaznanega povečanja števila padcev stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco v septembru in oktobru, se je oktobra 2023 ponovilo interno izobraževanje, tokrat s kratkim preizkusom znanja. Udeležba je bila obvezna za vse zaposlene na zdravstveno-negovalni enoti (n = 64) in vse, ki se vključujejo v delo na oddelku za stanovalce z demenco (čistilke, prostovoljci, vzdrževalci, študentje) (n = 12), kar se je izkazalo za dobro, ker

so bili zaposleni bolj zavzeti. Izobraževanje se je posnelo, tako da je bilo na voljo tudi zaposlenim, ki se izobraževalnih srečanj niso mogli udeležiti (n = 21) zaradi bolezni, dopustov ali pa so bili razporejeni v nočno službo. S tem pristopom so dosegli, da so bili vsi zaposleni deležni vsebin izobraževanja.

4 REZULTATI

Iz podatkov na Sliki 1 je razvidno, da je bilo v letu 2021 na oddelku za stanovalce z demenco, kjer je nastanjenih 50 stanovalcev, zabeležen 101 padec oziroma vsak stanovalec je na letni ravni statistično gledano padel 2-krat. Na negovalnih oddelkih so bili zabeleženi 103 padci. Na negovalnih oddelkih je bilo nastanjenih v povprečju 136 stanovalcev, kar pomeni, da je statistično gledano padel 0,68 stanovalca.

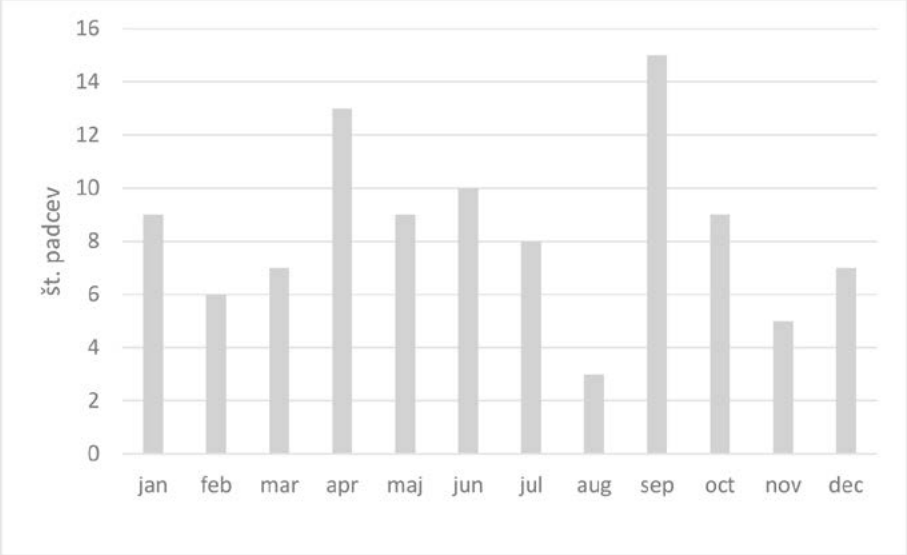
2022 se je število padcev na oddelku za stanovalce z demenco zmanjšalo, na negovalnih oddelkih pa povečalo. Na oddelku za stanovalce z demenco, kjer je bilo nastanjenih 50 stanovalcev, je bilo na letni ravni 67 padcev (1,34). Negovalni oddelek pa je s 128 stanovalci zabeležil 136 padcev, kar pomeni, da je statistično gledano padel vsak stanovalec vsaj enkrat (1,06). 2023 je bilo ob istem številu stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco zabeleženih 50 padcev, kar pomeni, da je statistično gledano padel vsak stanovalec enkrat letno. Na negovalnih oddelkih je bilo 117 padcev ob povprečni nastanitvi 131 stanovalcev, kar pomeni, da je padel 0,89 stanovalca.



Slika 1: *Primerjava deleža padcev stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco in negovalnih oddelkih po letih*

Picture1: *Comparison of the proportion of falls of residents in demented and nursing wards by year*

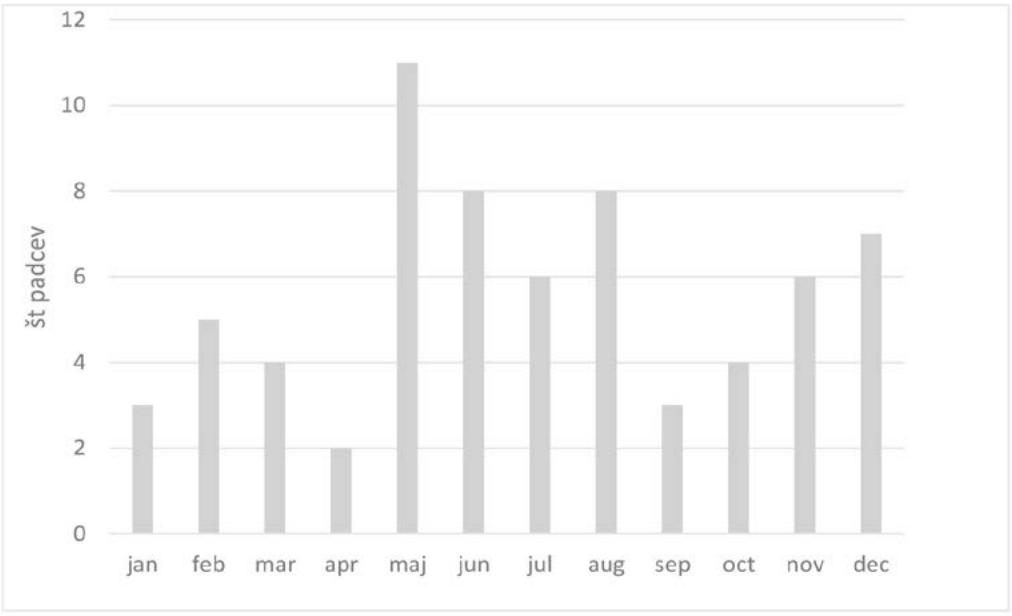
Slika 2 prikazuje število padcev stanovalcev v letu 2021 na oddelku za stanovalce z demenco po mesecih. Največ padcev je bilo v septembru, nato v aprilu in juniju. Druge mesece je bilo padcev manj. V avgustu je bilo opazno manj padcev.



Slika 2: *Število padcev stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco po mesecih v letu 2021*

Picture 2: *Number of falls by dementia residents by month in 2021*

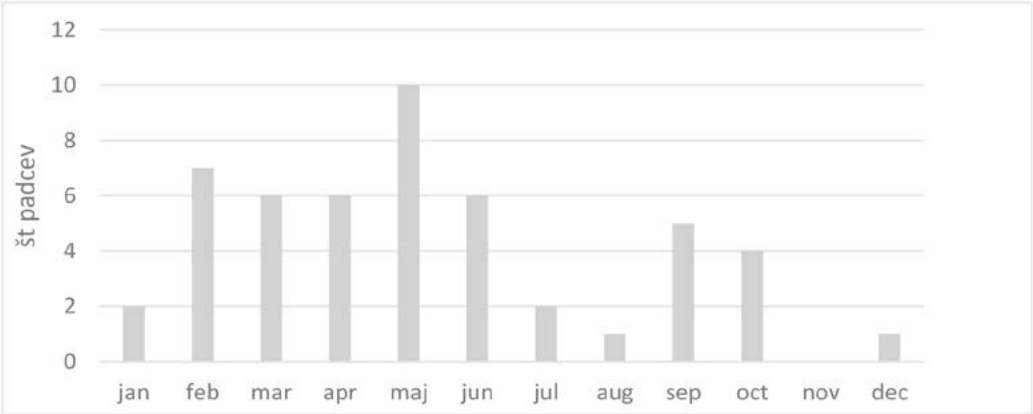
Slika 3 nam prikazuje, da je bilo padcev na oddelku za stanovalce z demenco v letu 2022 največ maja. Padlo je kar 11 stanovalcev. V mesecu aprilu pa je ilo najmanjše število padcev, in sicer dva.



Slika 3: *Padci stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco v letu 2022 po mesecih*

Picture 3: *Number of falls by dementia residents by month in 2022*

Slika 4 nam prikazuje, da je bilo v letu 2023 največ padcev v maju, in sicer kar 10 padcev. Najmanj padcev pa je bilo novembra, saj v tem mesecu ni bilo zabeleženih padcev.

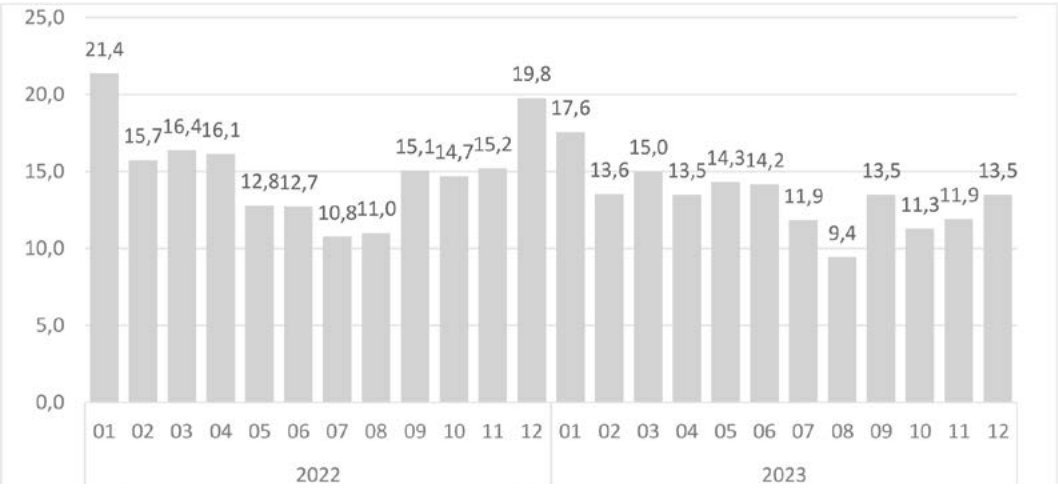


Slika 4: *Padci stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco v letu 2023 po mesecih*

Picture4: *Number of falls by dementia residents by month in 2023*

Slika 5 nam prikazuje število odsotnih zaposlenih po mesecih v letu 2022 in letu 2023. V letu 2022 je bilo največ zaposlenih odsotnih januarja in decembra, najmanj pa julija. V letu 2023 pa je bilo največ odsotnosti zaposlenih januarja in marca, najmanj pa avgusta.

Glede na dobljene podatke ugotovimo, da je bilo v mesecih, ko je bilo na oddelku za stanovalce z demenco največ padcev, število zaposlenih na srednji ravni.



Slika 5: *Število odsotnih zaposlenih po letu in mesecih*

Picture5: *The number of absent employees by year and month*

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Padcev med starejšimi tudi z najbolje organiziranimi preventivnimi ukrepi ni mogoče preprečiti, možno pa je zmanjšati njihovo število. Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da se padci iz leta v leto zmanjšujejo, kar nakazuje na dejstvo, da sodelujoči socialnovarstveni zavod prepozna pomen preprečevanja padcev in da je več padcev na oddelkih, kjer so nastanjeni stanovalci z demenco, kar opažajo tudi nekateri avtorji raziskav (Allan et al., 2019; Fernando et al., 2017). Strinjamo in hkrati zavedamo se z navedbo Allan et al. (2019), ki poudarjajo, da starejši spadajo v skupino z visokim tveganjem za padce in da je pri dementnem starejšem verjetnost padca še toliko večja. S pregledom literature ugotavljamo, da je dobro poznavanje dejavnikov tveganja za padce pri dementnih starejših osnova za načrtovanje in preprečevanje padcev. Z analizo podatkov smo v raziskavi o padcih odgovorili na vsa zastavljena raziskovalna vprašanja. Iz analize podatkov je razvidno, da je bilo 2021 na oddelku stanovalcev z demenco izrazito veliko padcev, kar pripisujemo času covida-19, ko se je socialnovarstveni zavod soočal s pomanjkanjem in bolniškimi dopusti zaposlenih, manj je bilo časa za izobraževanje zaposlenih in preventivi preprečevanja pred padci na oddelku za stanovalce z demenco se je posvečalo manj pozornosti. Na negovalnih oddelkih je bilo v letu 2021 manj padcev kot v letu 2022, kar lahko pripisujemo dejstvu, da so se stanovalci zaradi covida-19 zadrževali bolj v sobah, manj je bilo gibanja in bili so bolj spremljani zaradi ustvarjenih con, saj je bila v teh conah stalna prisotnost zaposlenih. V letu 2023 vidimo, da se je število padcev na negovalnih oddelkih približalo številu padcev oddelku za stanovalce z demenco. Glede na čas po covidu-19 predvidevamo, da se je na teh oddelkih še vedno posvečalo premalo pozornosti oceni in preventivi pred padci. Skupno lahko razberemo tudi, da se je število padcev na oddelku za stanovalce z demenco na letni ravni zmanjševalo, kar lahko kaže, da nam je ob sprejetju določenih preventivnih ukrepov (izobraževanje zaposlenih, večji nadzor, nakup postelj z možnostjo spusta do tal) uspelo zmanjšati število padcev stanovalcev na oddelku oseb z demenco in s tem tudi poškodb pri stanovalcih. Naredili smo podrobno analizo padcev na oddelku stanovalcev z demenco po mesecih. Največ stanovalcev z demenco je padlo prav v letu 2021, in sicer v septembru. Rezultati kažejo, da se v kar dveh letih ponovi največje število padcev v istem mesecu, in sicer maja v letu 2022 in 2023.

Iz rezultatov prav tako razberemo, da maj ni bil ravno najbolj kritičen mesec glede odsotnosti zaposlenih na zdravstveno-negovalni enoti v obeh letih in ni bila manjša prisotnost stalnega kadra. Iz tega sklepamo, da v našem primeru ni bilo povezave med večjo odsotnostjo zaposlenih in večjim številom padcev stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco. Glede na raziskave (Zhao et al., 2019), ki navajajo, da

je pomanjkanje kadra povezano s številom padcev starejših, naši rezultati tega ne potrjujejo. Zagotovo pa so vzroki v drugih dejavnikih, ki pa niso predmet dane raziskave in predstavljajo možnost za nadaljnje raziskovanje. Iz evidence izobraževanj, ki jo vodi dotični socialnovarstveni zavod, je razvidno, da v letu 2021 ni bilo izobraževanj o padcih. 2022 je bilo izobraževanje o preprečevanju padcev v začetku junija. Zaznati je rahel upad padcev v drugi polovici leta, kar je lahko rezultat izobraževanja. Ker se je število padcev stanovalcev na oddelku za stanovalce z demenco občutno zmanjševalo proti koncu leta 2023, lahko predvidevamo, da so bili z ukrepi, ki so jih uvedli oktobra, uspešni. O preventivi pred padci, pomenu preprečevanja padcev in na kaj in pri kom morajo biti posebej pozorni, je bilo izvedeno izobraževanje za vse zaposlene in vse, ki se vključujejo v delo na oddelku za stanovalce z demenco. Na preizkušnjo so dobili tudi dve negovalni postelji z deljivo ograjico in pomikom do tal. Namestili so ju stanovalkama, ki sta bili po oceni zaposlenih in fizioterapevtke najbolj ogroženi za padec. Zaposlili so dodatno animatorko, ki je bila prisotna samo na oddelku za stanovalce z demenco, kjer je izvajala razne dejavnosti, jih animirala, poskrbela za glasbo, gibanje, prilagoditev bivalnega okolja in skrbela za miselne aktivnosti. Več ur dnevno je bila vključena tudi fizioterapevtka, ki je skrbela za ustrezno in posamezniku prilagojeno vadbo za izboljšanje ravnotežja. Izkazalo se je, da je bila to dobra odločitev in je na oddelku za stanovalce z demenco prispevala k zmanjšanju števila padcev.

Strinjamo se z avtorji Zhao et al. (2019), ki so ocenili, da so padci v ustanovah zaplet zdravstvene obravnave in da njihovo preprečevanje predstavlja dodatne izzive v zdravstveni obravnavi. Menijo, da je pomembno izvajati ukrepe za preprečevanje padcev ter oceno tveganja za padce. Glede na to, da v socialnovarstvenih zavodih iz leta v leto narašča število starejših oseb z demenco in s tem tudi možnost večjega števila padcev ter posledic le-teh. Ne glede na navedeno pa se zavedamo, da je na vseh oddelkih pomembno redno spremljanje in analiziranje incidentov ter načrtovanje ukrepov za zagotavljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene nege ter s tem varnega in kakovostnega bivanja uporabnikov storitev v socialnovarstvenih zavodih.

Za dosego v viziji, poslanstvu in strategiji socialnovarstvenega zavoda zastavljenih ciljev je pomembno osveščanje in izobraževanje zdravstveno-negovalnega osebja o pomembnosti preventivne dejavnosti za zaščito pred incidenti. Da bi zmanjšali število padcev in s tem dvignili kakovost življenja stanovalcev v socialnovarstvenem zavodu, je treba ugotoviti njihove značilnosti in razmisliti o uvedbi dodatnih ukrepov za preprečevanje. V sodelujočem socialnovarstvenem zavodu so z oktobrom 2023 uvedli obvezna mesečna izobraževanja o demenci, ugotavljanju vzrokov za padce, preprečevanju padcev. V izobraževanje so vključeni vsi zaposleni, ki prihajajo v stik

s stanovalci na oddelku oseb z demenco. To so čistilke, negovalke, animatorji, varuhi, medicinske sestre, socialne delavke, fizioterapevti, delovni terapevti, študentje. Izobraževanja vodijo in pripravljajo diplomirane medicinske sestre in trajajo v obsegu ene do dve šolski uri na mesec. Po analizi padcev sodeč, so se padci v novembru in decembru močno zmanjšali, kar nakazuje na to, da so bili preventivni postopki uspešni. Smiselno bi bilo spremljati nadaljnje gibanje padcev, da bi dobili širši vpogled v uspešnost negovalne intervencije.

Pomembno je, da zaposleni prepoznavajo notranje in zunanje dejavnike tveganja za padce stanovalcev, saj je pomembno za nadaljnje ukrepanje, da lahko z ustreznimi preventivnimi strategijami preprečujejo tveganje starejših odraslih za padce. Preventivne strategije bi morale poudarjati izobraževanje kadra, usposabljanje, ustvarjanje varnejšega okolja, dajanje prednosti raziskavam, povezanimi s padci, in vzpostavitev učinkovitih politik za zmanjšanje tveganja**.**

Predlogi za nadaljnjo prakso bi bili, da bi izobraževanja zaposlenih potekala na mesečni ravni, teme bi pripravljali zaposleni sami in tudi sami predstavili vsebine. S tem bi dosegli boljšo angažiranost in zavedanje pomena stalnega izobraževanja zaposlenih, večje opolnomočenje zaposlenih in pripadnost instituciji. Pomembna je vključenost vseh zaposlenih oz. multidisciplinarni pristop.

Še vedno pa je v socialnovarstvenih zavodih velik problem pomanjkanje strokovno usposobljenega kadra, premalo izobraževanj za negovalni kader, fluktuacija kadra, neprilagojeni prostori starejših socialnovarstvenih zavodov za stanovalce z demenco.

Predlagali bi tudi uvedbo ocene tveganja za padce stanovalcev na oddelku stanovalcev z demenco, ki se v raziskovalnem socialnovarstvenem zavodu ne uporablja. V oceno bi bil vključen celoten zdravstveno-negovalni tim. Za končno oceno in seznanitev zaposlenih pa bi skrbela fizioterapevtka. Prav tako bi bilo smiselno zajeti v analizo rezultate ocen tveganj za padce oseb z demenco v več socialnovarstvenih zavodih, ker bi s tem dobili večji vpogled v rezultate. Smiselna bi bila tudi uvedba specialnih znanj o varnostnih odklonih za zaposlene, ki delajo v socialnovarstvenih zavodih.

Raziskava ima določene omejitve. Zaradi omejenega vzorca rezultatov ne moremo posploševati. Torej se rezultati o padcih na negovalnih oddelkih in oddelkih za stanovalce z demenco nanašajo samo na sodelujoči socialnovarstveni zavod in ne na vse slovenske socialnovarstvene zavode. Zato bi morale nadaljnje raziskave vključiti v raziskavo več socialnovarstvenih zavodov, da bi dobili bolj uporabne rezultate, ki bi jih lahko posplošili.

V prihodnje bi bilo smiselno raziskati, kolikšen je finančni izpad za ustanovo zaradi hospitalizacij stanovalcev zaradi padca in ali bi ob večjem številu strokovno izobraženega kadra na oddelku za stanovalce z demenco bilo manj padcev. Treba bi bilo tudi spremljati, kako dodatni ukrepi vplivajo na gibanje števila padcev stanovalcev na oddelku oseb z demenco v nadaljevanju.

6 SEZNAM LITERATURE

Allan, L.M., Ballard, C.G., Rowan, E.N.& Kenny, R.A. (2019). Incidence and prediction of falls in dementia: A prospective study in older people. *PLoS ONE*, 14(5),52-71.
https://doi.org /10.1371/journal.pone.0005521
PMid:19436724; PMCid:MMC2677107

Ang, G.C., Low, S.L.& How, C.H. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Med J*,61(3), 169 -121. https://www.doi.org/10.11622/smedj.2020029
PMid:32488276; PMCid:PMC7905119

Bruce, J. Ralhan, S., Sheridan, R.,Westacott,K.,Withers,E., Finnegan,S.,Davison,J. & Martin, C.F, (2017). The design and development of a complex multifactorial falls assessment intervention for falls prevention: The prevention of falls injury trial (PreFIT). *BMC Geriatr*, 17, 1-13. htpps://doi.org/10.1186/ s12877-017-0492-6
PMid:28571563; PMCid:PMC5455136

Fernando, E., Fraser, M., Hendriksen, J.,Corey, & Kim, H., (2017). Risk factors associated with falls in older adults with dementia: A systematic review. *Physiotherapy Canada*, 69(2), 161-170. https://doi.org/10.3138/ptc.2016-14 PMid:28539696; PMCid:5435396

Ginsburg, L.R., Tregunno, D., Norton, P., Mitchell, J. l., & Howley, H. (2014). Not another safety culture survey': Using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings: BMJ qual Saf, 23(2), 162-170. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002220
PMid:24122954;PMCid:PMC3913119

Guat, C. A., Shou, l..l., & Choon, K.K. (2020). Approach to falls among the elderly in the community.*Singapore Med J*, 61(3), 116-121. https://www.doi.org/10.11622/smedj.2020029
PMid:32488276

Korall, A. M. B., Feldman, F., Yang, Y., Cameron, I.D., Leung, P.M., Sims-Gould, J. & Robinovitch, S.N. (2019). Effectiveness of hip protectors to reduce risk for hip fracture from falls in long-term care. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 20(11), 1397-1403. https://www.doi.org/10.1016//j.jamda.2019.07.010
PMid:31477556

Meyer,C., Hill, S., & Dow, B. (2020). Falls prevention for people with dementia: A knowledge translation intervention. *Dementia*,19(7), 2267-2293.
https://doi.org/10.1177/1471301218819651 PMid:30621456

Montero-Odasso, M., & Speechley, M. (2018). Falls in cognitively impaired older adults: Implications for risk assessment and prevention. *J Am Geriatr Soc*, 66(2), 367-375. https://doi.org./10.1111/jgs.15219
PMid:29318592

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2020). *Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja*.

Nithman, R.W., & Vincenzo, J. L. (2019). How steady is the STEADI: Inferential analysis of the cdc fall risk toolkit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 185-194. https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.018
PMid:31075677

Phelan, E.A., & Ritchey, K. (2018). Fall prevention in comunity: Dweling older adults. *Annals of Internal Medicine*, 169(11) ITC81-ITC96 https://doi.org/107326/AITC201812040 PMid:30508457

Peach, T., Pollock, K., & Van Der Wardt, V. (2017). Attitudes of older people with mild dementia and mild cognitive impairment and their relatives about falls risk and prevention: A qualitative study. *PLoS ONE*,12(5). article e0177530.
https://doi.org/101371/journal.pone.0177530
PMid:28542315; PMCid:PMC5438143

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2020). Esentials of nursing research:Appraising evidence for nursing practice. Wolter Kluwer Health.

Rok-Simon, M. (2020). *Padci starejših odraslih: naraščajoči problem javnega zdravja*.
Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://www.nijz.si./sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/padci pri starejših 2019 publikacija oblikovano 2020 koncna mrs.pdf

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. Research in Nursing and Healthn,23(4), 334-340.
https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.CO;2-G
PMid:10940958

Sotoudeh, G. R., Mohammadi, R., Mosallanezhad, Z.,Viitasara, Ej., & Soares J.J.F.(2018). The prevealence, circumstances, and consequences of uninternational falls among eldery iranians: A population study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79,123-130. https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.08.001 PMid:30205318

Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R. & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *The Gerontologist*, 52 (6), 802-811. https://doi.org/10.1093/geront/gns007
PMid:22383542

Toots, A., Wiklund, R., Littbrand, H., Nordin,E.,Norstrom,P., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. (2019).The effects of exercise on falls in older people with dementia living in nursing homes: A randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc*, 20(7), 835-842. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.10.009 PMid:30503589

Voljč, B. (2016). *Javno- zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji: analitsko poročilo v okviru Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji*.
https://www.staranje.si/sites/www.staranje.

Van Alphen, H. J. M., Volkers, K. M., Blankevoort, C. G., & Scherder, E.J.A. (2016). Older adult with dementia are sedentary for most of the day. *PLoS ONE*,11(3),article e0152457 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152457 PMid:27031509; PMCid:PMC4816298

Van Alphen, H. J., Hortobágyi, T., & Van Heuvelen, M.J. (2016). Barriers, motivators, and facilitators of physical activity in dementia patients: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*, 66, 109-118. https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.008
PMid:27295140

Wardt, V. D., Hancox, J., & Gondek, D. (2017). Adherence support strategies for exercise interventions in people with mild cognitive impairment and dementia: A systematic review. *Prev Med Rep*,18(7), 38-45. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.05.007 PMid:28593121; PMCid:PMC5447393

Vieira, E.R., Palmer, R.C., & Chaves, P.H.M. (2016). Prevention of falls in older people living in the community. *British Medical Journal*, 353. https://doi.org/10.1136/bmj.i1419 PMid: 27125497

World Health Organization (WHO). (2021). *Falls prevention in older age*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

Zhao,Y.L., Bott,M., He,J., Heejung, K., Park, S.H., & Dunton, N. (2019). Evidence on fall and injurious fall prevention interventions in acute care hospitals. T*he Journal of Nursing Administration*, 49(2), 86-92. https://doi.org/10.10097/NNA.0000000000000715, PMid:30633063

Zaletel, M. (2015). Kultura varnosti v domovih starejših občanov. In Kregar-Velikonja, N., Blažič, M., Leskovic, L. & Starc J. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Mednarodna znanstvena konferenca, 14. november 2015 (16-23). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v kriznih razmerah

DR. MARJETA LOGAR ČUČEK, DIPL. M. S., SPEC.
PROF. DR. PETRA DOŠENOVIĆ BONČA

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Začetki epidemije covida-19 so v zdravstvu zahtevali nove pristope pri načrtovanju in prilagajanju dnevnim spremembam ter nepredvidljivim dogodkom. Kriznim razmeram je bilo treba prilagoditi tudi vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov. Poudarjeni so bili preventivni ukrepi pred okužbami, zagotavljanje splošnega in učinkovitega dostopa do različnih vrst zdravstvenega varstva, zapolnjevanje vrzeli manjkajočega negovalnega kadra in reševanje podaljševanja čakalnih dob za zdravstvene storitve. Namen raziskave je bil raziskati vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v času med epidemijo covida-19 v enem izmed zdravstvenih zavodov v Sloveniji.

Cilj projektnega dela: Cilj raziskave je bil prepoznati uspešne prakse v vodenju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pacientov med epidemijo covida-19 in jih uporabljati še naprej v korist uporabnikov storitev, zaposlenih in organizacije.

Metode: Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Temeljne ugotovitve o vplivu epidemije covida-19 v vodenju v zdravstveni negi in oskrbi v kriznih razmerah so bile pridobljene s pomočjo pregleda literature v podatkovnih bazah PubMed, Google Scholar in CINAHL; pregled je zajemal raziskave iz obdobja 2020 in 2021. Na podlagi teoretičnih spoznanj iz pregleda literature so bili oblikovani ključni koncepti, vodenje v kriznih razmerah, delovno okolje, preventivni ukrepi, prilagajanje vodenja. Iz teh so bila razvita odprta vprašanja, uporabljena v kvalitativnem delu raziskave. Zbiranje podatkov je temeljilo na anonimnem spletnem anketiranju. Potekalo je od 24. 11. 2023 do 22. 12. 2023. K sodelovanju je bilo povabljenih 62 zaposlenih/vodij medicinskih sester; odzivnost je bila 69,3-% (n = 43). Opravljena je bila vsebinska analiza odprtih vprašanj.

Rezultati: Dobre prakse, prepoznane v vodenju zdravstvene nege in oskrbe pacientov v času epidemije covida-19, kažejo, da je smiselno ohraniti tiste izboljšave, ki povečujejo varno delovno okolje, izboljšujejo komunikacijo, spodbujajo in motivirajo

osebje, zvišujejo prilagodljivost, organiziranost in učinkovito upravljanje podatkov ter vključujejo sodobne tehnologije ter digitalizacijo za učinkovitejše delo. Negativne izkušnje so bile hitro spreminjanje navodil, kar je vodilo k manjši transparentnosti in premalo jasno izraženim informacijam vodstva o spremembah.

Razprava: Anketirani so prepoznali številne izboljšave v vodenju zdravstvene nege in oskrbe pacientov, ki jih je treba ohraniti. Poudarek je bil na standardih, jasnih informacijah, izobraževanju, organiziranosti, skrbi za kader in varnosti. Pomembno je zagotovilo, da so spremembe v vodenju zaposlenih, uvedene med krizo, ustrezno ocenjene in integrirane v dolgoročne strategije vodenja.

Ključne besede: epidemija covida-19, vodenje zaposlenih v kriznih razmerah, izobraževanje, vpliv na zdravje negovalnega osebja, sinhronizacija vodstva in negovalnih timov

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Posebni organizacijski izzivi v času nepričakovanih zdravstvenih kriz, kot je bila epidemija covida-19, so zahtevali drugačne pristope vodenja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pacientov. Vodstvo se je moralo soočiti z nepričakovanimi okoliščinami, izjemnim obsegom napredovanja krize, nepredvidljivostjo njenega razvoja, posledično pa z zahtevami po spremembah pri načrtovanju in prilagajanju dnevno spreminjajočim se pogojem in ohranjanju ekip za optimalno delovanje (Gao et al., 2020; Deldar et al., 2021).

Z naštetimi izzivi smo se soočili tudi na vseh ravneh zdravstvenega varstva v slovenskem prostoru. Pomembno je razumeti vodenje v zdravstveni negi v kriznih razmerah z namenom kakovostne in varne oskrbe pacientov ter zaščite medicinskih sester in negovalnega osebja (Moore, 2020; Dalcher, 2020). Poleg tega je kriza v takem obsegu priložnost za izboljšanje vodenja zaposlenih v zdravstveni negi tudi v razmerah po krizi na osnovi dobrih izkušenj, pridobljenih v času covida-19.

Raziskava o spremembah vodenja v zdravstveni negi v izbranem zdravstvenem zavodu v Sloveniji v času covida-19 zahteva predhodna védenja o vodenju zaposlenih v specifičnih okoliščinah. Za globlje razumevanje problema smo pregledali dostopno literaturo o vodenju v zdravstveni negi v času covida-19; spoznanja smo v nadaljevanju, po pridobljenih in analiziranih podatkih, povezali z rezultati svoje raziskave in ugotovili podobnosti in odstopanja s preučevanimi praksami vodenja v zdravstveni negi iz pregledane literature. Raziskava je pokazala potrebo po implementaciji dobrih praks, ki so bile prepoznane v vodenju zdravstvene nege in oskrbe pacientov v kriznih razmerah v dolgoročne strategije vodenja.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Izvedli smo sistematičen pregled literature. V pregled vsebin smo vključili članke, objavljene v obdobju 2020 in 2021, ko se je krizna situacija zaradi širjenja okužb in obolevnosti ljudi zaostrila. Iskanje literature smo izvedli v podatkovnih bazah PubMed, Google Scholar in dodatno CINAHL, in sicer v decembru 2023, na podlagi ključnih besednih zvez: epidemija covida-19, vizija vodenja v zdravstveni negi v kriznih razmerah, izobraževanje, vpliv na zdravje negovalnega osebja, sinhronizacija vodstva in negovalnih timov. Izbor literature smo zožili na znanstvene članke v angleškem jeziku, prosto dostopne in s celotno objavljeno vsebino. Iz pregleda smo izključili strokovne članke in sekundarne vire. Prvi izbor vseh zadetkov (123) je bil narejen na podlagi pregleda naslovov in povzetkov člankov z že omenjenimi vključitvenimi kriteriji. Dobili smo 71 virov; v nadaljevanju smo dodatno zožili izbor na podlagi zastopanosti besednih zvez. V končno analizo smo vključili 15 člankov, ki so vsebinsko in smiselno obravnavali temo vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v kriznih situacijah. Temeljne ugotovitve smo predstavili opisno in jih smiselno povezali. Identificirane kode smo vsebinsko razdelili na podteme, in sicer na (1) Kulturo vodenja; (2) Izobraževanje; (3) Komunikacijo in (4) Obolevnost negovalnega osebja, ki nazorno označujejo obravnavano temo.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Vodenje zaposlenih v zdravstveni negi je v času aktivnega spopadanja s covidom-19 dobilo nove razsežnosti (Daly et al., 2020). Vodje v zdravstveni negi so v času kriz soočeni s povsem novimi izzivi in drugačnimi zahtevami. Izražene so s prilagajanjem hitrim spremembam, z razumevanjem odzivov ljudi, kultur, reševanjem dvoumnosti in konfliktov, jasnim sporočanjem informacij, vodenjem na daljavo, odgovornim in transparentnim delovanjem (Dalcher, 2020; Deldar, 2021).

K učinkovitemu odzivanju na nastale spremembe vodenja v zdravstveni negi pomaga upoštevanje izkušenj in kompetenc zaposlenih pri njihovi optimalni razporeditvi v delovnem okolju, kar predstavlja dodano vrednost pri kakovostni in varni oskrbi pacientov ter zdravju celotnega negovalnega tima (Gao et al., 2020). Pomembno vlogo ima dvosmerna komunikacija ne samo med vodjem in sodelavci, ampak med vsemi deležniki v procesu nepričakovane krize, kot so epidemije dolgotrajnih stanj. Povratne informacije učinkovito vplivajo na zmogljivost, učinkovitost, izboljševanje in optimalno delovanje v času pandemije (Bunin et al., 2021).

Veliko vlogo v kriznih razmerah ima organizacijska kultura, ki jo ustvarja vodja skupaj z zaposlenimi (Fernandez & Shaw, 2020; Moore, 2020). Svoje delovanje usmerjajo k doseganju pozitivnih poslovnih rezultatov, obvladovanju strategij pri izrabi delovnega časa, zmanjševanju stroškov in stresa v kriznih situacijah (Newell, 2020). Vodja deluje kot moderator, upošteva zaposlene in spoštuje njihova mnenja (Markey et al., 2020). Raziskovalka Hølge-Hazelton (2021) predlaga spreminjanje hierarhičnih in nadzornih praks vodenja v sodelovalne, vključevalne in participativne z namenom lažjega izvajanja vodenja v zdravstveni negi v času krize. Sinhronizacija vodenja timov je v tej situaciji prepoznana kot osrednja tema v delovnem vsakdanjiku v vodenju timov (Phillips & Norman, 2020).

Ključno vlogo pri dobrem vodenju v kriznih razmerah ima permanentno izobraževanje z ustvarjanjem učečega se okolja zaposlenih sodelavcev s stalno obravnavo zdravstvenih vprašanj in pripravami na področju vodenja v zdravstveni negi. Razvoj vodstvenih sposobnosti naj postane obveznost na vseh stopnjah izobraževalnih procesov, prav tako sledenje novih učnih strategij in uporabe sodobnih učnih tehnologij kot tudi spodbujanje k raziskovanju vodenja v zdravstveni negi, rabe umetne inteligence, področja zdravstvenega varstva na domu, zdravstvene nege in oskrbe starejših, ekonomike v zdravstvu. Po navedbah v literaturi je pomanjkanje znanja o najprimernejših vodstvenih pristopih predstavljalo vrzeli in so delovale kot zaviralec hitrega spopadanja z nastalimi spremembami med epidemijo covida-19 (Singh & Haynes, 2020; Daly et al., 2020).

Izsledki pregleda literature kažejo tudi na povezavo med raziskovalnim delom zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi in zmožnostjo hitrejšega odziva pri izbiri organizacijskih modelov, širjenjem informacij o učinkovitih proaktivnih intervencijah, izvajanju analiz in interpretaciji množice podatkov (Pickler, 2020).

Vodstveno znanje prispeva k jasni viziji, vrednotam in skrbnim odnosom, kar se izraža skozi razumevanje kritičnih podrobnosti v vodenju v zdravstveni negi in oskrbi v kriznih časih. Z jasno vizijo in vrednotami medicinske sestre pridobijo zaupanje in posledično zagotavljajo boljšo oskrbo pacientov; s skrbnimi odnosi, tj. z odzivanjem na stisko in obvladovanjem položaja, vodje prispevajo k občutku varnosti zaposlenih v času negotovosti (Moore, 2020). Informacije o tveganju, podane na empatičen način, in odziv na pristope, kot so privzete vrednote in družbene norme, lahko vodijo do boljših rezultatov zdravljenja pacientov, varnosti in blaginji zaposlenih in splošni uporabi zdravstvenega sistema (Schwartz & Holzwarth, 2021).

Epidemija covida-19 je zaposlenim v zdravstveni negi in oskrbi pacientov povzročila tudi poklicne, socialne in psihološke stiske (Poortaghi et al., 2021; Khajuria, 2021).

Medicinske sestre so v stiku s pacienti izpostavljene bolezni in dodatnemu stresu, ki je lahko povzročil izgorelost in kronično psihološko stisko (Xue et al., 2020; Lee et al., 2020, Phillips et al., 2021). S prepoznavanjem skrbi zdravstvenih delavcev lahko vodje v zdravstveni negi ponujajo ciljno usmerjene pristope za reševanje teh skrbi in nudijo posebno podporo zaposlenim (Shanafelt et al., 2020; Turkmen et al., 2020).

3 METODE

Izvedena je bila kvalitativna metoda raziskovanja. V prvi fazi smo s pregledom literature pridobili podatke o vodenju v zdravstveni negi in oskrbi v kriznih razmerah v širšem kontekstu. V kvalitativnem delu raziskave smo želeli narediti poglobljeno analizo stališč, odnosov, mnenj in izkušenj vodenja zaposlenih v zdravstveni negi v kliničnem okolju v času epidemije covida-19. Cilj raziskave je bil oceniti vodenje v zdravstveni negi in oskrbi v krizi, ki jo je povzročila epidemija covida-19 in prepoznati tiste pozitivne spremembe, ki jih je vredno ohraniti in uporabljati v času po krizi. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

- Katere veščine so identificirane na temelju dobrih izkušenj v vodenju zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi med epidemijo covida-19?
- Katere prakse vodenja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pacientov, ki so bili vpeljani med epidemijo covida-19, je smiselno ohraniti za doseganje standardov strokovne in kakovostne oskrbe pacientov v obdobju po krizi?

3. 1 Zbiranje podatkov

Zbrani so bili podatki o spremembah vodenja v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v času epidemije covida-19 in podatki o praksah vodenja zaposlenih, ki so vredni ohranjanja v pokriznih razmerah.

Vprašalnik je bil zasnovan v okviru terciarnega projekta z naslovom Krizni management – vodenje v zdravstveni negi v času epidemije covida-19. Sestavljen je iz treh delov: prvi del vprašalnika vključuje demografske podatke, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna doba in področje dela. Za zbiranje podatkov v drugem delu je bil razvit delno strukturiran vprašalnik (Ceschini Rigue et al., 2016; Schumacher et al., 2020). V tretjem delu smo želeli pridobiti mnenja in stališča anketiranih o vodenju. Trije sklopi odprtih vprašanj, ki smo jih razvili iz predhodno pregledanih vsebin objav o vodenju v zdravstveni negi in oskrbi, so anketiranim omogočali opisno oceno vodenja v času covida-19. Odgovori v sklopu odprtih vprašanj so predmet analize za to projektno nalogo.

3.2 Vključeni v raziskavo

V raziskavi so na priložnostnem vzorcu sodelovali zaposleni/vodje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v izbranem zdravstvenem zavodu v Sloveniji. Skupno je bilo poslanih 62 elektronskih sporočil. Odzivnost je bila 69,3-% (n = 43), od tega 14 % moških in 86 % žensk. Sodelujoči v raziskavi so se večinoma uvrstili v srednjo starostno skupino; povprečna starost anketiranih je bila 40,6 leta. Približno enak delež v vzorcu predstavljajo anketirani s končano srednjo šolo (44 %) in z zaključenim univerzitetnim izobraževanjem (40 %). Manjši delež ima zaključen magisterij (9 %) ali doktorat (7 %). Polovica anketiranih je v organizaciji zaposlena 16 let ali več (51 %), redno zaposlena in brez izvršnih funkcij (67 %); v enakem deležu (9 %) so sodelovali strokovni vodje, nadzorne in timske medicinske sestre.

3.3 Potek raziskave in obdelava podatkov

Pred začetkom oblikovanja vprašanj za izvedbo raziskave o vodenju zdravstvene nege in oskrbe pacientov v kriznih razmerah, smo pregledali literaturo, da bi identificirali ključne teme in področja, ki jih je epidemija covida-19 najbolj prizadevala. Na podlagi ugotovitev smo oblikovali osnovne tematske sklope, kot so vpliv na vodenje, spremembe v delovnem okolju, učinkovitost preventivnih ukrepov in prilagoditve v vodenju. Iz oblikovanih ključnih konceptov, krizno vodenje, delovno okolje, preventivni ukrepi in prilagoditev vodenja, smo razvili odprta vprašanja. Njihovo razumevanje smo pred izvedbo anketiranja preverili s strani štirih vodij zdravstvene nege in oskrbe.

Zbiranje podatkov je temeljilo na spletnem anketiranju preko spletne aplikacije po načelih računalniško podprtega spletnega anketiranja (Computer Assisted Web Interviewibg CAWI). Potekalo je od 14. 11. 2023 do 22. 12. 2023. Po elektronski pošti je bilo poslanih 62 elektronskih sporočil; realiziran je bil vzorec v velikosti 43 enot. Anketa je bila izvedena v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2024).

Za opisna vprašanja smo uporabili vsebinsko analizo. V procesu analize in kodiranja smo besedilo najprej večkrat prebrali in posameznim odgovorom pripisali pripadajoče kode. Te smo glede na posamezna problemska področja razporedili v kategorije: (1) pozitivne izkušnje vodenja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pacientov med epidemijo covida-19, (2) negativne izkušnje vodenja zaposlenih v času kriznih razmer ter (3) ukrepi, sprejeti med epidemijo, ki so vredni ohranjanja. Vse kategorije smo združili v temo Vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v kriznih situacijah (Polit & Beck, 2020).

4 REZULTATI

V času epidemije covida-19 je bilo nujno celostno preoblikovanje delovnih procesov, kar je vključevalo večplastne spremembe pristopov vodenja v zdravstveni negi in oskrbi pacientov.

Pozitivne izkušnje vodenja zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v času epidemije covida-19

Pozitivne izboljšave so bile s strani anketiranih prepoznane v varnosti in zaščiti, tj. v preventivnih ukrepih za preprečevanje okužb, kot so higienski ukrepi in izolacijski protokoli, ki so vključevali tudi osebno zaščitno opremo. Odgovore anketiranih potrjuje zapisana izjava: »*Veliko pozornosti smo namenjali zaščiti, preventivi in svetovanju pacientom.*«

Veliko anketiranih je poudarilo boljšo komunikacijo, večjo informiranost, izmenjavo mnenj in iskanje rešitev, kar je omogočilo pravočasno obveščenost in usmerjanje zaposlenih v odzivih na pogoste spremembe v poteku epidemije. Navajamo nekaj zapisov: »Zaradi epidemije covida-19 so se izboljšali komunikacijski tokovi.«; »*/.../ boljše sodelovanje in iskanje idej za reševanje težav.*«

Kot pomembni pristopi s pozitivnimi izkušnjami so bili v vodenju zaposlenih izpostavljeni organiziranost, nadomeščanje kadrovske podhranjenosti, vključno s prerazporeditvami in izobraževanjem. Te vodstvene prakse so izražale veliko prilagodljivost pri sprejemanju delovnih nalog, dodatnih odgovornosti, prilagajanju novim protokolom in prevzemanju novih vlog oziroma preoblikovanju ekip: »*Takrat se je spremenila organizacija dela, sprejeli so se novi protokoli pri obravnavi pacientov*«; »*/.../ prerazporeditev delovnega kadra glede na potrebe klinik.*«; »*Dobili smo več znanja, postali smo boljši delavci, hitreje smo predvideli kakšno stvar, da ni prišlo do neželenih dogodkov.*«

Izboljšala se je uporaba digitalnih tehnologij**,** ki je postala ključna za učinkovito delo znotraj zdravstvene ustanove in v stiku s pacienti. Zelo povéden je odgovor: »*Nova oprema, ki je drugače ne bi dobili; skoraj vse poteka on-line, sestanki, naročanje opreme, zdravil. Urniki in vse spremembe so tudi on-line.*«

Med opazne pozitivne izkušnje v vodenju v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v času epidemije covida-19 štejemo tudi spodbujanje, motivacijo, upoštevanje mnenj zaposlenih, kar je pripomoglo k zmanjševanju stresa in negotovosti zaposlenih, vzdrževanju visoke ravni storitev ter krepitvi varnosti v delovnem okolju. V odgovorih se pojavljajo zapisi, kot so: »*/.../ bolj povezani kot tim*«; »*/.../ opogumljanje*«; »*/.../ osebni pogovori*«; »*/.../ medsebojno zaupanje in podpora*«.

Negativne izkušnje vodenja zaposlenih v zdravstveni negi v času epidemije covida-19

Izziv za prihodnje sistemske izboljšave so slabše izkušnje vodenja v zdravstveni negi na ravni posameznikov in oddelkov: premalo natančnejših navodil s strani vodij, neučinkoviti racionalizaciji časa, pomanjkanju osebnih pogovorov, neustreznemu prenosu znanja in nerazumevanju navodil ter preventivnih ukrepov oziroma njihovega dolgoročnega vpliva. V odgovorih se pojavljajo zapisi, kot so: *»/.../ ukinjeni sestanki«; »/.../ izvajanje zdravstvene nege z manj kadra kot prej; »/.../ negotovost«; »/.../ odrejanje nalog brez kompromisov.«*

Slabše izkušnje so anketirani izrazili tudi v neodzivnosti vodij do svojih timov, v pomanjkljivi komunikaciji ali v nevključevanju zaposlenih v odločevalske procese: *»Vodstvo se ni prilagajalo zaposlenim, zahtevalo je svoje.«; »/.../ ni bilo odnosa in spoštovanja do zaposlenih.«*

Po navedbah anketiranih v to kategorijo prištevamo še zapoznelo reševanje težav, pomanjkanje primerne komunikacije in psihološke podpore zaposlenim: *»Nisem gledala svojega šefa v živo, ker je samo pošiljal maile.«; »/.../ premalo časa za sodelavce.«*

Med anketiranimi je zaznano tudi nekaj neodločnosti pri natančnejšem določanju, kaj se je izboljšalo v vodenju zdravstvene nege in oskrbe v času epidemije in katere prakse je smiselno ohraniti: *»Skoraj nič se ni spremenilo.«; »Sprememb ne opazim.«; »Nič, ker je vodenje primerno.«*

Prakse vodenja v zdravstveni negi med epidemijo covida-19, ki so vredne ohranjanja v prihodnosti

Ugotovljeno je bilo, da je smiselno ohranjati prakse, ki zagotavljajo visoke standarde strokovnosti in kakovosti oskrbe pacientov. Drugi izmed pomembnejših elementov, ki ga je treba ohraniti tudi v prihodnosti, je jasna in učinkovita komunikacija, vključno z delovnimi sestanki in podajanjem ustreznih informacij. V odgovorih se pojavljajo zapisi kot: *»Profesionalnost, strokovnost, komunikacijo.«; »Več delovnih sestankov in prenos znanja med starejšimi in mlajšimi kolegi«; »/.../ pošiljanje pomembnih povzetkov po e-pošti.«*

Pomembne pozitivne spremembe v smislu ohranjanja vidijo anketirani tudi v izobraževanju, organiziranosti in skrbi za kader, vključno z nadomeščanji in prerazporeditvami, kar so anketirani izrazili z odgovori, kot so: *»Neprekinjeno izobraževanje«; »pravilna in pravočasna razporeditev kadra«; »določene naloge za vsakega posameznika«; »načrt dela.«*

Kot trajno vrednoto v vodenju anketirani izpostavljajo varno delovno okolje; našteto so potrdili z zapisi: *»/.../ ohranjanje sterilnosti in drugih podobnih ukrepov«; »/.../ zaščita in varnost pacientov ter kliničnega osebja.«*

Spodbujanje in motivacija zaposlenih sta bila pogosto omenjena kot spremembi, ki ju je treba vzdrževati naprej: *»/.../ vpliva na dobro počutje zaposlenih«; »nagrajevanje delavcev za dobro opravljeno delo /.../.«*

Digitalizacija in uporaba tehnologij naj tudi v prihodnje podpirata vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov. V odgovorih so to anketirani potrdili z zapisi, kot so: *»/.../ upravljanje podatkov«; »boljša komunikacija med zaposlenimi in pacienti.«*

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Namen raziskave je bil raziskati vodenje v zdravstveni negi in oskrbi pacientov med epidemijo covida-19 v enem izmed zdravstvenih zavodov v Sloveniji. Dejstvo je, da tudi z napredkom zdravstva in tehnologije za boj proti epidemijam pravi uspeh ni mogoč brez učinkovitega vodenja. Upravljanje tako dolgotrajne krize zahteva dinamično uporabo načel situacijskega vodenja in prilagodljivosti.

Eden izmed najpomembnejših sprejetih ukrepov je bilo zmanjšanje tveganja okužb in dvig odpornosti zdravstvenega osebja. K učinkovitosti teh ukrepov je prispevala raven ozaveščenosti in izobraževanja ter usposabljanja o pomenu in načinu uporabe osebne zaščitne opreme in kako v tem času ravnati s pacienti na splošno, kar so v svojih raziskavah potrdili tudi drugi avtorji (Poortaghi et al., 2021). Poleg ukrepov za zmanjševanje tveganja okužb je k zaščitnim ukrepom sodilo tudi načrtovanje delovnih izmen, razporeditev osebja, zagotavljanje možnosti počitka med izmenami.

Med motivacijske ukrepe, ki so po rezultatih, pridobljenih v naši raziskavi, igrali pomembno vlogo pri vzdrževanju kakovostne oskrbe, lahko prištejemo še prisotnost vodij na oddelkih, ki so v danih razmerah bolje razumeli osebje, z njimi vzpostavili sodelovalen odnos, upoštevali njihova mnenja in jim nudili podporo (Gao et al., 2020; Markey et al., 2020; Shanafelt et al., 2020; Turkmen et al., 2020). K spodbudi je sodilo tudi nagrajevanje sodelavcev predvsem kot sredstvo za priznavanje truda v kriznih časih (Poortaghi et al., 2021).

Za zdravstvene delavce je epidemija covida-19 predstavljala tudi vir stresa, duševnih stisk in izgorelost, dodatno še zaradi možnosti okužbe, stigmatiziranosti v zasebnem in javnem okolju, ki je dodatno oteževala situacijo (Bagcchi, 2020; Lee et al., 2020; Tomlin et al., 2020; Phillips et al., 2021; Khajuria, 2021). V naši raziskavi psihološka podpora zaposlenih v vodenju zdravstvene nege, po izjavah anketiranih, v celoti

ne sodi med dobre prakse v vodenju v času epidemije, čeprav so v številnih raziskavah poročali o ekstremnih pritiskih, ki so vodili v težave v duševnem zdravju, kot so anksioznost, zanikanje, jeza, strah, nespečnost (Xiao et al., 2020). Tudi v Sloveniji je bil leta 2021 natisnjen praktični priročnik: Oporne kartice spoprijemanja s stresom (Lampret et al., 2021), ki je bil v obliki edukacijskih delavnic predstavljen najbolj obremenjenim zaposlenim za samopomoč v trenutkih največje obremenitve. Iz izraženih mnenj v raziskavi sklepamo, da vsebine niso dosegle širše množice prizadetih. Čustvena podpora vodjem v zdravstveni negi in članom ekipe je bistvena tako v krizi kot po njej (Moore, 2020).

Pri obvladovanju epidemije je bila v vodenju v zdravstveni negi poudarjena tudi komunikacija. Dobra komunikacija vključuje jasne informacije, empatijo in različne komunikacijske metode z vsemi zainteresiranimi stranmi preko različnih komunikacijskih kanalov (Fernandez & Shaw, 2020; Moore, 2020). V naši raziskavi je prepoznana kot drugi najpomembnejši element, ki ga je treba ohraniti tudi v prihodnosti. Učinkovita komunikacija je bila ključna za usklajevanje odzivov na krizo in pridobivanje kakovostnih povratnih informacij. Bunin (2021) navaja, da povratne informacije vplivajo na učinkovitost pri obvladovanju epidemij.

Iz pregleda literature je razvidno, da k ohranjanju strokovne in kakovostne zdravstvene nege in oskrbe v času epidemije in po njej pomembno prispevata izobraževanje in usposabljanje tako vodij kot zdravstvenega osebja (Daly et al., 2020; Gao et al., 2020; Rafiq & Mughal, 2020; Pickler et al., 2020; Singh & Havnes, 2020; Deldar et al., 2020). Vloga medicinskih sester se je v času epidemije prilagodila zahtevam časa. Ukrepi za obvladovanje pomanjkanja kadra so vključevali prerazporejanje osebja na različna delovna področja, kar je zahtevalo veliko izkušenj in dodatnega znanja tako v obvladovanju širjenja okužb kot rutine razporejenega oddelka, posebej še pri delu na oddelkih za intenzivno nego. Gao in sodelavci (2020) navajajo, da je bilo združevanje začetnikov in izkušenega osebja v izmenah povezano z dodatnim usposabljanjem in izobraževanjem. V izogib nepotrebnim stikom za zmanjševanje prenosa bolezni se je v preučevanem okolju uveljavljala digitalizacija in uvajanje sodobnih tehnologij, ki sta omogočala hitrejši pretok informacij in boljše upravljanje z viri. To je pripomoglo k boljši sledljivosti pacientom in učinkovitejši komunikaciji med zaposlenimi in pacienti. Nekaj anketiranih ni izrazilo podpore tem spremembam, vendar je večina podprla te zahteve, kar utemeljuje njihovo uporabo tudi v prihodnosti, posebej z uvajanjem obratnega mentorstva, ko mlajši, digitalno usposobljeni kader pomembno prispeva k sprejemanju novosti sodobnega časa. In obratno, starejši zaposleni, z več izkušnjami in večjo strokovno usposobljenostjo pomagajo začetnikom. Prizadevanja za razvoj znanj in kompetenc zaposlenih so po rezultatih

raziskave v izbranem kliničnem okolju pomembno prispevali k ohranjanju kakovostne oskrbe pacientov v času epidemije covida-19. Huang in sodelavci (2020) navajajo, da so bolnišnice, opremljene z informacijskimi sistemi, sistemi osebnega digitalnega asistenta in lokalnimi intraneti omogočile obravnavo pacientom na daljavo. To je omogočalo tudi varno obravnavo tistih pacientov s kroničnimi boleznimi in tistih z začetnimi težavami z zdravjem.

Ta raziskava je bila izvedena s kvalitativnim pristopom. Širši in temeljitejši vpogled bi obravnavano problematiko omogočila izvedba fokusnih skupin. Kljub povédnim podatkom rezultatov ne moremo posplošiti na celotno skupnost. Izvesti je treba več raziskav v smislu razumevanja izboljšav v vodenju zdravstvene nege in njihove aplikacije v vodenje po koncu epidemije covida-19.

V raziskavi je bila uporabljena analiza vsebine. Z odprtimi vprašanji smo razkrili pozitivne in negativne izkušnje vodenja v zdravstveni negi in oskrbi pacientov v času covida-19. Osredotočili smo se na en zdravstveni zavod. Ugotovili smo, da je kljub številnim izzivom in dnevnim spremembam prišlo do pomembnih izboljšav v vodenju, kot so varnost zaposlenih in pacientov, učinkovitost in sodelovanje na več ravneh. Med zaposlenimi smo prepoznali tudi razlike v percepciji teh sprememb, kar kaže na kompleksnost izkušenj z epidemijo in stopnjo vpliva, ki so ga te spremembe imele na posameznike. Izpostavljene so priložnosti za izboljšave, zlasti v smislu komunikacije, razumevanja in učinkovitosti določenih ukrepov. Pomembno je, da se pozitivne izkušnje med krizo ocenijo, ohranijo ali nadgradijo ter integrirajo v dolgoročne strategije vodenja.

6 SEZNAM LITERATURE

Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782. https://doi/10.1016/S1473-3099(20)30498-9. PMiD: 32592670.

Bunin, J. L., Chung, K. K. & Mount, C. A. (2021). Ten Leadership Principles from the Military Applied to Critical Care. *American Thoracic Society Sch*., 2(3), 317–326. https://doi/10.34197/ats-scholar.2020-0170PS PMiD: 34667982.

Ceschini Rigue, A., de Lima Dalmolin, G., Sefrin Speroni, K., Zancan Bresolin, J. & Rigue Adai, A. (2016). Work satisfaction: perception of nurses of a university hospital. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 1–8. https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.46199

Dalcher, D. (2020). Leadership in times of crisis: What's different now? *PM World Journal*, 9(5), 1–17.

Daly, J., Jackson, D., Anders, R., & Davidson, P. M. (2020). Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership, *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2751–2752. https://doi.org/10.1111/jocn.15305 PMiD: 32311793

Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2021). Nurse managers' perceptions and experiences during the covid-19 crisis: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(3); 238–244. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_285_20. PMiD: 34277375

Fernandez, A.A., & Shaw, G.P. (2020). Academic Leadership in a Time of Crisis: The Coronavirus and Covid-19. *Journal of Leadership Studies*, 14(1), 39–45. https://doi.org/10.1002/jls.21684

Gao, X., Jiang, L., Hu, Y., Li, L., & Hou, L. (2020). Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the Covid-19 pandemic in China: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4270–4280. https://doi.org/10.1111/jocn.15464 PMiD: 32810919

Hølge-Hazelton, B., Kjerholt, M., Rosted, E., Thestrup Hansen, S., Zacho Bore, L., & McCormack, B. (2021). Improving Person-Centred Leadership: A Qualitative Study of Ward Managers' Experiences During the COVID-19 Crisis. *Risk Management Healthcare Policy*, 14, 1401–1411. https://doi.org./10.2147/RMHP.S300648

Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L., & Zhou, Z., (2020). Special attention to nurses' protection during the Cocid-19 epidemic. *Crit Care*, 24(1), 120. https://doi.org./10.1186/s13054-020-2841-7

Khajuria, A., Tomaszewski, W., Liu, Z., Chen, J., Mehdian, R., Fleming, S., Vig, S., & Crawford, M. J., (2021). Workplace factors associated with mental health of helthcare workers during the COVID-19 pandemic: an international crooss-sectional study. *BMC Health Service Research*, 21, 262. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06279-6 PMiD:33743674

Lampret, M., Stanovnik, N., & Ožura, A., (2021). *Oporne kartice za spoprijemanje s stresom*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika.

Lee, J., Hong, J., & Park, E., (2020). Beyond the fear: Nurses' experiences caring for patients with Middle East respiratory syndrome: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (17–18), pp. 3349–3362. https://doi.org/10.1111/jocn.15366 PMiD: 32498126

Markey, K., Ventura, A.A.C., O'Donnell, C., & Owen, D. (2020). Cultivating ethical leadership in the recovery of covid-19. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 351–355. https://doi.org/10.1111/jonm.13191 PMiD: 33098735

Moore, C., (2020). Nurse leadership during a crisis: ideas to support you and your team. *Nursing Times*, 116 (12), pp. 34–37.

Newell, E., (2020). A student nurse in the MICU: *Leveraging unexpected leadership on the frontlines of COVID-19*. *Nursing Outlook*, 68(4), 388–390. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.04.014 PMiD: 3252759

Phillips, N., Huges, L., Vindrola-Pandros, C., Petrella, A., Fern, A. L., & Panel-Coates, F. (2021). The impact of leadership on the nursing workforce during the COVID-19 pandemic. *BMJ Lead*, 7(1), 21–27. https://doi.org/10.1136/leader-2021-000588 PMiD: 37013871

Phillips, N., & Norman, K. (2020). A case study of frontline nurse leadership informed by complex responsive processes of relating. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2181–2195. https://doi.org/10.1111/jocn.15091 PMiD: 31713939

Pickler, R.H., Abshire, D.A., Chao, A.M., Chlan, L.L., Grimea Stanfill, A., Hacker, E.D., Kawar, L. N., McCarthy, A. M., & Talsma, A. N. (2020). Nursing Sciense and Covid-19. *Nursing Outlook*, 68(5), 685–688. https://doi.org/ 10.1016/j.outlook.2020.08.012

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2020. *Nursing research*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health.

Poortaghi, S., Shahmari, M., & Ghobadi, A., 2021. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: a content analysis study. *BMC Nursing*, 20(1): 27. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00546-x. PMiD: 33514351.

Rafiq, N., & Mughal, F.B., 2020. Evolving nurse leadership role in 2020. *Journal of Physicians and Surgeons -Pakistan: JCPSP*, 30(12), 1243–1244. https://doi.org./10.29271/jcpsp.2020.

Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M., (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133–2134. https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893. PMiD:32259193.

Schwartz, J., & Holzwarth, A. (2021). Insights from behavioural economics for effective leadership during the pandemic. *BMJ Leader*, 5, 214–218.

Schumacher, L., Dhif, Y., Bonnabry, P., & Widmer, N. (2020). Managing the COVID-19 health crisis: a survey of Swiss hospital pharmacies. *BMC Health Serv Res*., 23(1), 1134. https://doi.org: 10.1186/s12913-023-10105-6. PMiD: 37864155.

Sing, A., & Haynes, M. (2020). The challenges of COVID-19 in nursing education: The time for faculty leadership training is now. *Nurse Education in Practice*, 47, 102831. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102831. PMiD: 32943174.

Tomlin, J., Dalgleish-Warburton, B., & Lamph, G., (2020). Psychosocial Support for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic Frontiers in Psychology, 11, 1960.
https://org/10.3389/fpsyg.2020.01960. PMiD: 32849149.

Turkmen, E., Aydogdu, A.L.F., Goktepe, N., & Baykal, U., 2020. The role of nurse managers during the new coronavirus pandemic. *Journal of Nursing and Health*, 10(n.esp.):e20104024.

Xue, C., Shu, Y., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta synthesis of qualitative literature. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (17–18), 4514–4531. https://doi.org/10.1111/jocn.15476 PMiD: 32869888.

Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li X., & Xiao J., 2020. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*, 274, 405–410.
https://org/10.1016/j.jad.2020.05.081 PMID:32663970

Obravnava zahtevnih klicev v dispečerski službi zdravstva

MELITA LORENČIČ, DIPL. M. S.
MAG. SIMONA ŠPILAK

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Dobra komunikacija med pacienti in zdravstvenimi delavci je ključna. Še posebej je pomembna v stresnih situacijah, ko ljudje potrebujejo pomoč, saj lahko strah in panika vzbudita v klicateljih negotovost in manjše sodelovanje. Pomembno je, da zdravstveni dispečerji pridobijo kvalitetne informacije od klicateljev za triažiranje, določanje kriterijev in odzivov ter aktiviranje ustrezne pomoči ter dajanje navodil klicateljem. Namen pregleda literature je bil ugotoviti, kako pridobivati informacije od klicateljev, ki so v paniki, in je pridobivanje podatkov o nujnem zdravstvenem stanju zelo oteženo.

Cilj projektnega dela: Cilj te študije je opisati perspektive zdravstvenih dispečerjev pri obravnavi zahtevnih klicev v dispečerski službi zdravstva.

Metode: Za pregled znanstvene literature smo uporabili mednarodne podatkovne baze PubMed in CHINAL. Uporabili smo opisno metodo dela.

Rezultati: Težki dogodki lahko povzročijo strah in paniko, kar lahko vodi v manj sodelujoče ali celo agresivne klice. Zdravstveni dispečerji se srečujejo s tovrstnimi izzivi, saj je njihovo delo popolnoma odvisno od verbalne komunikacije. Pomembno je od klicatelja pridobiti kakovostne informacije, ki omogočajo triažiranje in ustrezno odzivanje, vključno z aktivacijo ekip in dajanjem navodil.

Razprava: Pri težavnih klicateljih smo ugotovili, da je nujna uporaba posebnih vprašalnikov, tehnike pomirjanja s strani zdravstvenega dispečerja in pri tem dobro usmerjanje klicatelja. Na podlagi teh spoznanj lahko oblikujemo smernice in izobraževalne programe, ki bodo pripomogli k izboljšanju komunikacijskih veščin zdravstvenih dispečerjev ter zagotovili boljše vodenje klica v nujnih primerih.

Ključne besede: zahtevni klic, nujna medicinska pomoč

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Dobra komunikacija med pacienti in zdravstvenimi delavci predstavlja eno izmed vedno prisotnih, ampak pogosto spregledanih komponent zdravstvene obravnave. Še posebej do izraza pride v trenutkih, ko so ljudje v stresni situaciji in potrebujejo pomoč. Takšni dogodki velikokrat povzročajo strah in paniko, kar pogosto vznemiri klicatelje do te mere, da so vznemirjeni, manj sodelujoči, težko vodljivi ali celo agresivni (Eriksson et al., 2020). To je najbolj vidno pri delu zdravstvenega dispečerja, saj je le-to popolnoma odvisno od verbalne komunikacije. Ta zajema pridobivanje kvalitetnih informacij od klicatelja, na podlagi katerih poteka triažiranje, določanje kriterijev ter odzivov, aktivacijo ustreznih ekip in dajanje navodil klicateljem (Eriksson et al., 2019). Sprejem klicev, določanje prioritet in odzivov v dispečerski službi zdravstva predstavlja pomemben izziv za diplomirane medicinske sestre, ki opravljajo delo zdravstvenega dispečerja, zaradi omejenih vizualnih informacij, pomanjkanja pacientovega znanja ter časovne omejenosti, pri čemer pravilna odločitev pogosto pomeni razliko med življenjem in smrtjo. Nekateri klici lahko predstavljajo poseben izziv, kar zahteva dodatno znanje za razvoj strategij izobraževanja in obvladovanja situacij. Zato je bil cilj te študije opisati perspektive zdravstvenih dispečerjev v zvezi z obvladovanjem zahtevnih klicev v dispečerski službi zdravstva (Holmström et al., 2022). V dispečerskih centrih zdravstva se diplomirane medicinske sestre srečujejo z vrsto težkih klicev. Pogosto uporabljajo različne pristope komuniciranja in uporabljajo različne metode za pridobivanje podatkov pri določanju prioritet, vendar so ti morda v omejeno pomoč, če je klicatelj na primer žaljiv ali ima omejeno znanje jezika (Holmström et al., 2021). Da bi to dosegli, zdravstveni dispečerji postavljajo vprašanja, da ugotovijo potrebe po oskrbi, analizirajo nujno situacijo, razmišljajo o pošiljanju reševalnega vozila na pravilen naslov k pacientu ter ocenjujejo, kako nujna je bolezen/nesreča. Da se določi prioriteta, zdravstveni dispečer usmerja klic z zastavljanjem vprašanj, na katera pričakuje odgovore klicatelja (Hedman, 2016). Johnsson et al. (2018) so ugotovili, da zdravstveni dispečerji uporabljajo štiri različne glasove pri pogovoru s pacienti: umirjen glas, ki je deficiten, osredotočen na posredovane informacije s strani klicatelja in bolezensko usmerjen; glas, ki je potrjevalen, procesno usmerjen in holističen; pedagoški glas, ki je v kontekstu, usmerjen v razumevanje in učenje; in močan glas, ki je distanciran. Zato Johnsson et al. (2018) ugotavljajo, da bi takšne glasove morali zdravstveni dispečerji uporabljati med težavnimi klici, da bi lahko pridobili hitre in koristne informacije.

Komunikacijska spretnost zdravstvenih dispečerjev se postavlja pred visoke izzive pri triažiranju nujnih klicev (Holmström et al., 2021; Kaminsky et al., 2021). Ko ljudje pokličejo v dispečerski center zdravstva, so velikokrat v ranljivi situaciji, zato

od zdravstvenega dispečerja pričakujejo, da bodo hitro dobili pomoč (Mathiesen et al., 2019). Nedavni pregled je predlagal, da se vodenje telefonskih klicev v dispečerskih centrih zdravstva izvaja v treh korakih: identifikacija dogodka, ocena potrebe klicatelja in določitev prioritete in odziva (Montandon et al., 2019). To je opisano kot zelo natančen proces, ki zahteva točne odgovore na predhodno določena vprašanja (Booker et al., 2018).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je ugotoviti, kakšne so izkušnje zdravstvenih dispečerjev oziroma medicinskih sester z zahtevnimi klici. Izkušnje zdravstvenih dispečerjev z zahtevnimi klici smo našli v tujih virih. V slovenščini zadetkov nismo našli.

Iskanje literature je potekalo v obdobju od 25. 4. 2024 do 9. 5. 2024 v podatkovni bazi PubMed in CINAHL. Vključili smo vsebinsko ustrezne znanstvene članke v slovenskem ali angleškem jeziku, ki temeljijo na kvantitativni ali kvalitativni metodologiji, in so nastali v obdobju med 2014 in 2024. Izvedli smo sistematični pregled literature s pomočjo PRISMA (Prefferes Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Iskali smo s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku, povezanih z Boolovima operatorjema AND in OR. Ključne besede v slovenskem jeziku so: »zahtevni klic« in »nujna medicinska pomoč«. Ključne besede v angleškem jeziku so: »difficult call« in »emergency medical dispatch«. Iskalni niz se glasi: »difficult call« OR »challenging call« AND »emergency medical dispatch« OR »emergency medical nurse«.

V mednarodnih podatkovnih bazah (PubMed, CHINAL) je bilo število identificiranih zadetkov 32. Po pregledani literaturi in odstranitvi dvanajstih duplikatov, je ostalo dvajset zadetkov, ki so nato bili pregledani na podlagi naslova in povzetka. Po tistem je bilo izključenih enajst zadetkov. Na podlagi odstranjenih enajstih zadetkov smo pregledali devet relevantnih zadetkov na podlagi celotnega besedila in glede na primernost vsebine, pri kateri smo izključili še štiri zadetke. Za končno analizo vsebine je bilo vključenih pet virov, ki so bili primerni tako na podlagi celotnega besedila, kot primernosti vsebine. Potek izbire ustreznih identificiranih zadetkov iz podatkovnih baz smo prikazali v diagramu.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Ključno vlogo pri zagotavljanju učinkovito vodenega klica igra dobra komunikacija med klicateljem in zdravstvenim dispečerjem. Ta vidik postane še bolj pomemben

v stresnih situacijah, kot so nesreče ali nujna stanja, kjer ljudje potrebujejo hitro in usmerjeno pomoč. V takih trenutkih lahko strah in panika posameznika ovirata pri jasnem izražanju težav, kar lahko vodi v nejasnosti ali napačno razumevanje informacij s strani zdravstvenih dispečerjev. Zato je bistvenega pomena, da zdravstveni dispečerji, ki sprejemajo klice, dobijo od klicateljev čim bolj kakovostne in natančne informacije. Te informacije so ključne pri triažiranju, določanju stopnje nujnosti in aktiviranju ustrezne zdravstvene pomoči. Toda pridobivanje teh informacij ni vedno enostavno, še posebej v primerih, ko so klicatelji v stanju panike ali izrazitega stresa, kar lahko vodi v oteženo komunikacijo in posledično v pomanjkljive ali napačne podatke o njihovem zdravstvenem stanju. Zaradi teh izzivov je pomembno, da se razvijejo in implementirajo posebne tehnike in strategije za pridobivanje informacij od klicateljev v stresnih situacijah. Pregled literature je bil zasnovan z namenom, da identificira in analizira takšne tehnike ter ugotovi, kako lahko zdravstveni dispečerji učinkovito pridobijo potrebne informacije od klicateljev, ki so v stanju panike. To lahko vključuje uporabo posebnih vprašanj, tehnik pomirjanja in usmerjanja ter razumevanje psiholoških vidikov, ki vplivajo na komunikacijo v stresnih situacijah. S temi ugotovitvami lahko nato razvijemo smernice in izobraževalne programe za izboljšanje komunikacijskih veščin zdravstvenih dispečerjev in zagotovimo boljšo oskrbo v nujnih primerih (Eriksson et al., 2020)**.**

Triažiranje nujnih klicev postavlja visoke zahteve na komunikacijsko spretnost medicinskih sester, kar velja tudi za vso telefonsko triažo v zdravstvu (Holmström et al., 2021). Vendar pa nekateri klici predstavljajo večje izzive kot drugi, pri nekaterih pa se zdravstveni dispečerji soočajo s situacijami, ki se izkažejo kot izziv za njihove komunikacijske spretnosti. Pri nujnih stanjih, ki jih zdravstveni dispečerji sprejemajo po telefonu, so opazili, da kadar zdravstveni dispečer postane čustveno vpleten v samo situacijo, ključno vpliva na doživljanje klica in ga tretira kot težavnega. Takšni klici lahko sprožijo občutke nezadovoljstva, negotovosti in anksioznosti pri zdravstvenih dispečerjih (Eriksson et al., 2019). Lindström et al. (2014) so ugotovili, da je pomanjkanje komunikacijskih strategij za obvladovanje težavnih situacij ovira pri obvladovanju nujnih klicev (Holmström et al., 2022).

Uspešna telefonska triaža v nujnih primerih je odvisna od uporabe dobro uveljavljenega protokola (Montandon et al., 2019). Specifična komunikacija koristi v težavnih klicih, kadar je zdravstveni dispečer utrujen ali pod stresom, kadar prejema nejasne informacije s strani klicatelja, kadar se srečuje z redkimi situacijami in kadar se zdravstveni dispečer srečuje z agresivnimi klicatelji, ki so razburjeni (Holmström et al., 2020).

Zdravstveni dispečerji se srečujejo s klicatelji vseh starosti, od novorojenčkov do starejših odraslih. Zahtevni klicatelji lahko negativno vplivajo na zdravstvene dispečerje in lahko otežijo njihovo komunikacijo s klicateljem. Zdravstveni dispečer lahko postane čustveno vpleten pa čeprav gre za izkušenega zdravstvenega dispečerja. Pri težavnih klicih lahko zdravstvenega dispečerja pogosto spremljajo občutki nezadostnosti, negotovosti in anksioznosti. Čeprav obstajajo nekatere raziskave na področju komunikacije v dispečerski službi zdravstva, je bilo zelo malo pozornosti posvečene težavnim klicem in kakšne strategije morajo zdravstveni dispečerji sprejeti za upravljanje s takšnimi klici (Eriksson et al., 2020)**.** Od zdravstvenega dispečerja se zahtevajo dobre komunikacijske veščine, učinkovita komunikacija in aktivno poslušanje, da ocenijo zdravstveno stanje pacienta. Težavna komunikacija je opisana kot dvojni pomen; pogovor je predvsem stresen za paciente in njihove družine, vendar pa je težak tako za klicatelja kot zdravstvenega dispečerja. Komunikacije med zdravstvenimi dispečerji in klicatelji lahko povzročijo veliko mero stresa in posledično premajhno število zaposlenih, saj delo zahteva velike delovne obremenitve. Posledično lahko to preide v kognitivno utrujenost (Eriksson et al., 2019).

Komunikacija je proces, kjer se razumevanje in deljenje poslanih ter prejetih sporočil prenašata verbalno ali neverbalno. Verbalna komunikacija zajema uporabo besed, medtem ko neverbalna komunikacija vključuje na primer izraze obraza, očesni stik, telesne gibe in položaj glasu (Eriksson et al., 2020). Zdravstveni dispečer postavlja vprašanja, da ugotovi potrebe po oskrbi in analizira nujno zdravstveno stanje. Preverja, ali je treba poslati reševalno vozilo na kraj, oceni, kako nujna je bolezen/nesreča, da se odloči, kako hitro naj se to izvede. Od zdravstvenih dispečerjev se pričakuje, da bodo klice obravnavali s postavljanjem vprašanj, in pričakuje se, da bodo klicatelji odgovarjali. Ko zdravstveni dispečer pridobi potrebne informacije in aktivira potrebno ekipo nujne medicinske pomoči, klicatelju daje navodila za prvo pomoč, dokler na kraj ne prispe ekipa nujne medicinske pomoči. Navodila so usmerjena in konkretna ter se podajajo tako, da jih klicatelj razume. Včasih klicatelji zavračajo vprašanja in jih lahko ocenijo kot nepomembna, ker menijo, da se s tem podaljšuje prihod nujne medicinske pomoči na kraj. Delo zdravstvenega dispečerja je težavno zaradi pomanjkanja vizualnih znakov, pomanjkanja znanja o pacientu in časovnega pritiska (Holmström et al., 2021).

3 METODE

Uporabili smo opisno metodo pregleda literature. Izvedli smo sistematični pregled literature s pomočjo PRISMA (Prefferes Reporting Items for Systematic Reviews and

Meta-Analyses) diagama. Iskali smo s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku, povezanih z Boolovima operatorjema AND in OR. Ključne besede v slovenskem jeziku so: »zahtevni klic« in »nujna medicinska pomoč«. Ključne besede v angleškem jeziku so: »difficult call« in »emergency medical dispatch«. Iskalni niz se glasi: »difficult call« OR »challenging call«) AND »emergency medical dispatch« OR »emergency medical nurse«. Iskanje je potekalo v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL in Cochrane Library. Vključili smo vsebinsko ustrezne znanstvene članke v slovenskem ali angleškem jeziku, ki temeljijo na kvantitativni ali kvalitativni metodologiji in so nastali v obdobju med 2014 in 2024. Analizo in sintezo podatkov smo izvedli s pomočjo poročanja značilnosti v tabelah in grafih. Uporabili smo program Microsoft 365 Word in Excel (Microsoft Corporation, ZDA). Vključili smo podatke o avtorju, letu in državi, reviji, metodologiji, namenu, vzorcu in glavnih ugotovitvah.

4 REZULTATI

V nadaljevanju smo predstavili rezultate, analizo literature in analizo identificiranih virov.

4.1 Rezultati pregleda literature

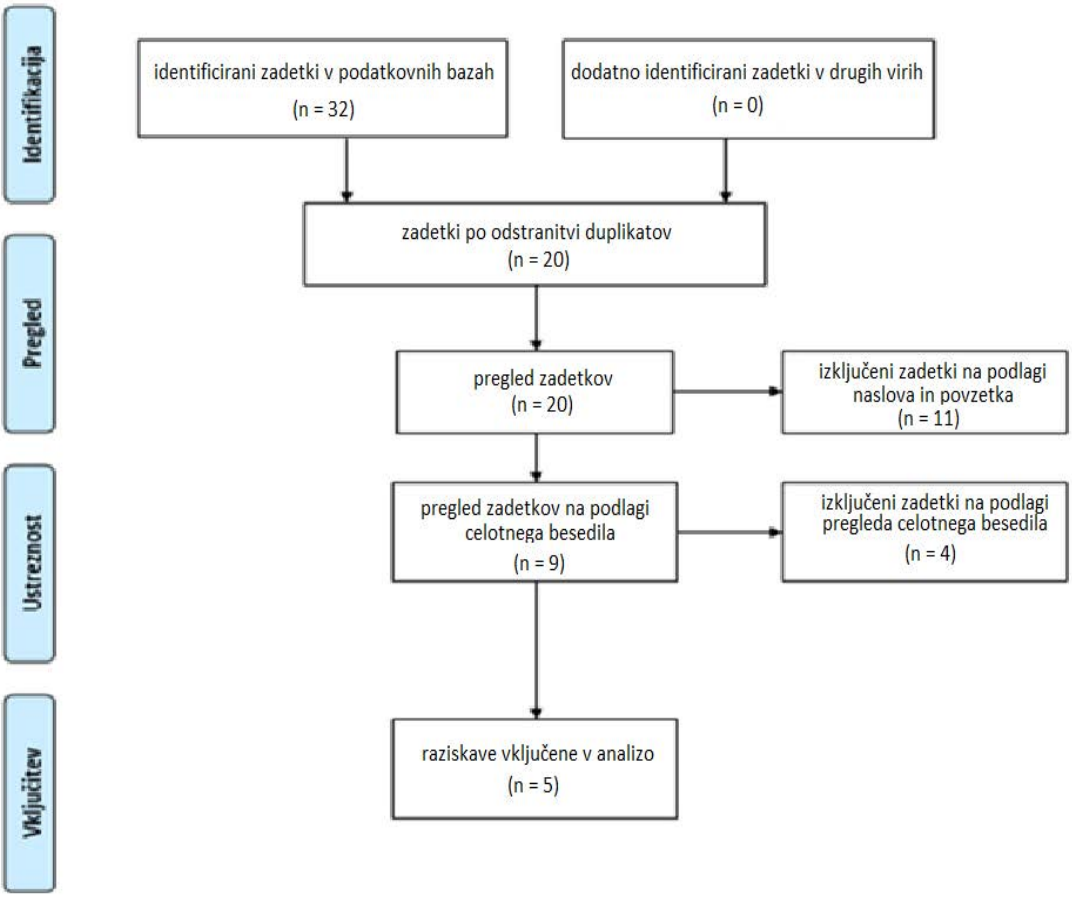
V naslednji tabeli (Tabela 1) smo prikazali, kako je potekalo iskanje v podatkovnih bazah PubMed in CHINAL. Podatkovna baza PubMed nam je dala devetnajst zadetkov in CHINAL trinajst zadetkov.

Podatkovna baza	Ključne besede in sopomenke z Boolovimi operatorji	Uporabljeni limiti	Zadetki	Datum
PubMed	(»difficult call*« OR »challenging call*«) AND (»emergency medical dispatch*« OR »emergency medical nurse*«)	**Jezik:** angleški **Časovni okvir:** 2014–2024	19	3. 5. 2024
CHINAL	(»difficult call*« OR »challenging call*«) AND (»emergency medical dispatch*« OR »emergency medical nurse*«)	**Jezik:** angleški **Časovni okvir:** 2014–2024	13	3. 5. 2024

Tabela 1: *Iskanje v posameznih podatkovnih bazah*

Prikazan je postopek iskanja v posamezni mednarodni podatkovni bazi, kjer smo uporabili diagram PRISMA (Moher et al., 2009). V mednarodnih podatkovnih bazah

(PubMed, CHINAL) smo najprej identificirali 32 zadetkov. Po pregledu literature in odstranitvi dvanajstih duplikatov smo imeli še dvajset zadetkov, ki smo jih nato pregledali na podlagi naslova in povzetka. Od teh smo izključili enajst zadetkov. Na podlagi preostalih enajstih smo pregledali devet relevantnih člankov glede na celotno vsebino, od katerih smo izključili štiri. Za končno analizo smo uporabili pet člankov, ki so ustrezali tako glede na celotno besedilo kot vsebino. Celoten postopek izbire ustrezne literature iz podatkovnih baz je prikazan v diagramu (Slika1).



Slika 1: *Diagram poteka iskanja virov po priporočilih PRISMA (Moher et al., 2009)*

4.2 Rezultati analize in sinteze identificiranih virov

V Tabeli 2. smo razvrstili vse identificirane raziskave, ki smo jih vključili v analizo. Sestavili smo jo s prikazom avtorja, leta, države, revije, raziskovalne metodologije/vrste, namena/cilja, vzorca in glavne ugotovitve.

Avtor, leto, država	Revija	Metodologija	Namen	Vzorec	Glavne ugotovitve
Eriksson et al. (2020), Švedska	Nursing Open	Kvalitativna	Opisati strategije za vodenje zahtevnih klicev.	19 MS	Glavne strategije za uspešno vodenje klicev so ostati miren in samozavesten, pokazati zanimanje in predanost delu, strukturirano voditi klic, uporabiti podporne sisteme in vrednotiti zahtevne klice.
Holmstrom et al. (2021), Švedska	BMC Nursing	Kvalitativna	Opisati izkušnje medicinskih sester z vodenjem zahtevnejših klicev v dispečerskih centrih zdravstva.	24 MS	Opredelitev težavnih klicev se bolj nanaša na dejavnike, odvisne od klicatelja (simptomi, jezikovne ovire, agitiranost) in ne na faktorje, ki izhajajo iz MS ali organizacije dela.
Eriksson et al. (2019), Švedska	Nursing Open	Kvalitativna	Opisati izkušnje medicinskih sester z vodenjem zahtevnejših klicev.	19 MS	Zahtevnejši klici pri MS povzročajo zaskrbljenost. Spremljajo jih občutki nezadostnosti, anksioznosti, nesigurnosti. To se pojavlja, ko so klicatelji čustveno vznemirjeni.
Holmstrom et al. (2021), Švedska	Journal of Clinical Nursing	Kvalitativna	Opisati izkušnje medicinskih sester z vodenjem zahtevnejših klicev v dispečerskih centrih zdravstva.	24 MS	MS za zahtevne klice uporabljajo lastne vire (strokovno znanje, mirna komunikacija, poslušanje), vire v organizaciji (predaja klica sodelavcu, uporaba protokolov) in zunanje vire (komunikacija z drugo osebo s kraja, komunikacijske tehnike).
Holmstrom et al. (2020), Švedska	J Adv Nurs	Kvalitativna	Opisati strategije, ki jih uporabljajo registrirane medicinske sestre pri obvladovanju težavnih klicev na centrih za nujno medicinsko pomoč.	24 MS	Registrirane MS so uporabljale različne strategije za obvladovanje težavnih klicev, pogosto v kombinaciji. Uporabljale so svoje osebne vire, vire znotraj lastne organizacije in zunanje vire.

Tabela 2: *Značilnosti identificiranih raziskav*

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

V projektnem delu smo raziskali in poskušali ugotoviti, kako se zdravstveni dispečerji spopadajo s težavnimi klicatelji in ob tem pridobijo dovolj kakovostne informacije, da lahko na kraj pošljejo enoto nujne medicinske pomoči pravočasno in da na kraj prispe prava enota nujne medicinske pomoči. Pri težavnih klicateljih smo ugotovili, da je nujna uporaba posebnih vprašalnikov, tehnike pomirjanja s strani zdravstvenega dispečerja in pri tem dobro usmerjanje klicatelja. Na podlagi teh spoznanj lahko oblikujemo smernice in izobraževalne programe, ki bodo pripomogli k izboljšanju komunikacijskih veščin zdravstvenih dispečerjev ter zagotovili boljše vodenje klica v nujnih primeri, medtem ko so klicatelji v stiski in so zato njihovi klici zahtevni. Holmström et al. (2022) opisujejo strategije, ki jih uporabljajo zdravstveni dispečerji pri obravnavi težavnih klicev v dispečerskih centrih zdravstva. Prvotno predstavijo strategijo, da zdravstveni dispečer uporablja svoje tehnike komuniciranja, če je neuspešen pri uporabi tehnike, ki mu jo zagotavlja organizacija, in nato zunanje vire. Holmström et al. (2020) from the perspective of professional autonomy. Design: The study had a descriptive design with a qualitative inductive approach. Methods: Interviews were done with 24 Registered Nurses during 2018–2019. Thematic analysis was conducted. Results: Five themes and 16 subthemes were established: (a v študiji ugotavljajo, da so v dispečerski službi zdravstva uvedli sistem za podporo pri odločitvah v nujnih primerih. Glavna ugotovitev je bila, da so zdravstveni dispečerji na splošno pozitivno sprejeli ta sistem in ga dojemajo kot podporo, še posebej v težkih klicih.

Ključni model, ki ga uporabljajo zdravstveni dispečerji, je, da ostanejo mirni in samozavestni, ko sprejemajo težavne klice. Z mirnostjo in poslušanjem klicateljev najprej zbirajo informacije in nato povzamejo, kar jim je klicatelj povedal, da se prepričajo, da so pravilno razumeli. Ko se strinjajo s situacijo, nato v drugem koraku zdravstveni dispečerji zbirajo implicitne in eksplicitne informacije, na primer zastavljajo raziskovalna vprašanja za identifikacijo potreb klicatelja, tako da se lahko odločijo. Med celotnim klicem uporabljajo isti ton glasu, da klicateljem pokažejo, da so mirni in samozavestni (Eriksson et al., 2020).

Zdravstveni dispečerji so se že srečali s težavnimi klici, kjer so bile prisotne jezikovne ovire, vznemirjenost ali nevljudnost. Te težave so se po njihovem mnenju povečevale. V najslabšem primeru lahko takšni težavni klici privedejo do napačnih odločitev pri triaži, kar lahko ogrozi varnost pacienta in ustrezno razporejanje virov (Holmström et al., 2021). Eriksson et al. (2019) v študiji opišejo izkušnje zdravstvenih dispečerjev s težavnimi klici, pri čemer analiza kaže, da težavni klici zdravstvene dispečerje čustveno prizadenejo. Opisali so, kako so njihove izkušnje povezane s čustvi.

Opisujejo občutek napetosti, ki jo doživljajo in zaradi tega nosijo v sebi občutek nezadostnosti, negotovosti in tesnobe. Občutek nezadostnosti lahko povzroči dejstvo, ko zdravstveni dispečerji ne pridobijo potrebnih informacij. Rezultati te študije kažejo, da kadar klicatelj ni vodljiv in zahteva nekaj, preden zdravstveni dispečer pridobi potrebne informacije, mora zdravstveni dispečer spodbujati klicatelja, da dosežeta skupno razumevanje problema.

6 SEZNAM LITERATURE

Booker, M. J., Shaw, A. R. G., Purdy, S., & Barnes, R. (2018). "Primary care sensitive" situations that result in an ambulance attendance: A conversation analytic study of UK emergency "999" call recordings. *BMJ Open, 8*(11), 1–15. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023727

Eriksson, I., Ek, K., Jansson, S., Sjöström, U., & Larsson, M. (2019). To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. *Nursing Open, 6*(3), 842–848. https://doi.org/10.1002/nop2.264

Eriksson, I., Wilhsson, M., Blom, T., Broo Wahlström, C., & Larsson, M. (2020). Telephone nurses' strategies for managing difficult calls: A qualitative content analysis. *Nursing Open, 7*(6), 1671–1679. https://doi.org/10.1002/nop2.549

Hedman, K. (2016). *Managing Medical Emergency Calls*. https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/7712896/Karl_Hedman_webb.pdf

Holmström, I. K., Kaminsky, E., Lindberg, Y., Spangler, D., & Winblad, U. (2020). Registered Nurses' experiences of using a clinical decision support system for triage of emergency calls: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing, 76*(11), 3104–3112. https://doi.org/10.1111/jan.14542

Holmström, I. K., Kaminsky, E., Lindberg, Y., Spangler, D., & Winblad, U. (2021). The perspectives of Swedish registered nurses about managing difficult calls to emergency medical dispatch centres: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing, 20*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00657-5

Holmström, I. K., Kaminsky, E., Lindberg, Y., Spangler, D., & Winblad, U. (2022). Better safe than sorry: Registered nurses' strategies for handling difficult calls to emergency medical dispatch centres – An interview study. *Journal of Clinical Nursing, 31*(17–18), 2486–2494. https://doi.org/10.1111/jocn.16061

Johnsson, A., Boman, Å., Wagman, P., & Pennbrant, S. (2018). Voices used by nurses when communicating with patients and relatives in a department of medicine for older people—An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(7–8), e1640–e1650. https://doi.org/10.1111/jocn.14316

Kaminsky, E., Lindberg, Y., Spangler, D., Winblad, U., & K. Holmström, I. (2021). Registered nurses' understandings of emergency medical dispatch center work: A qualitative phenomenographic interview study. *Nursing and Health Sciences, 23*(2), 430–438. https://doi.org/10.1111/nhs.12824

Lindström, V., Heikkilä, K., Bohm, K., Castrèn, M., & Falk, A. C. (2014). Barriers and opportunities in assessing calls to emergency medical communication centre - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 22*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s13049-014-0061-3

Mathiesen, W. T., Birkenes, T. S., Lund, H., Ushakova, A., Søreide, E., & Bjørshol, C. A. (2019). Public knowledge and expectations about dispatcher assistance in out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Advanced Nursing, 75*(4), 783–792. https://doi.org/10.1111/jan.13886

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., Gøtzsche, P. C., … Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine, 6*(7). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Montandon, D. S., De Souza-Junior, V. D., Dos Santos Almeida, R. G., Marchi-Alves, L. M., Costa Mendes, I. A., & De Godoy, S. (2019). How to Perform Prehospital Emergency Telephone Triage: A Systematic Review. *Journal of Trauma Nursing, 26*(2), 104–110. https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000380

Pomen zdrave prehrane na delovnem mestu

DARJA MRAZ, DIPL. M. S.
DOC. DR. SAŠA KADIVEC, PROF. ZDRAV. VZGOJE

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Pravilno prehranjevanje je kot del zdravega življenjskega sloga eden najpomembnejših dejavnikov dobrega zdravja in počutja ter boljše delovne storilnosti delavcev. Med zdrave prehranjevalne navade spadajo: uživanje rednih obrokov in raznolike hrane, izogibanje alkoholu in sladkim pijačam, izogibanje visokoenergetskih obrokov in živil z visoko vsebnostjo sladkorja in maščob … V delovnem okolju se pogosto srečujemo s slabimi prehranjevalnimi navadami. Pomanjkanje časa, stres in omejena dostopnost zdravih možnosti hrane lahko vodijo v prekomerno uživanje hitre hrane in nezdravih prigrizkov, kar poslabša zdravstveno stanje zaposlenih ter vpliva na njihovo produktivnost in dobro počutje.

Cilj projektnega dela: Glavni cilj raziskave je razjasniti pomen zdrave prehrane na delovnem mestu in identificirati učinkovite strategije ter intervencije za spodbujanje zdravih prehranjevalnih navad med zaposlenimi. Z raziskavo smo ugotavljali prehranske vzorce in prehranjevalne navade zdravstvenih delavcev, zaposlenih v podjetju Medical center Rogaška.

Metode: Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop, ki temelji na vprašalniku. Vprašalnik je zajemal informacije o številu dnevnih obrokov, pogostosti uživanja zajtrka in nekaterih skupin živil (sadje, zelenjava, slani in sladki prigrizki, sladke pijače), količini zaužite tekočine. S pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice, kjer je 1 pomenila »sploh se ne strinjam« in je 5 pomenilo »popolnoma se strinjam« smo želeli oceniti stališča delavcev o vplivu prehrane na delovno storilnost, dostopnosti ponudbe zdravih obrokov na delovnem mestu ter zagotovljenosti časa za pripravo in uživanje zdravih obrokov na delu. V našo raziskavo je bila vključena celotna ekipa osebja zdravstvene nege (velikost vzorca: 24) v podjetju Medical center Rogaška, ki dela enoizmensko v dopoldanskem času (40-urni delavnik). Podatke smo nato analizirali s pomočjo programa Microsoft Excel in rezultate predstavili v obliki grafov in tabel.

Rezultati: Polovica zaposlenih pred odhodom na delovno mesto zajtrkuje in ima dnevno 3–4 obroke. Priporočene zaužite količine tekočine vsaj 1,5 l dnevno zaužije

zgolj 38 % zaposlenih. Kar 79 % zaposlenih ne uživa sladkih pijač. Manj kot četrtina zaposlenih uživa sadje in zelenjavo vsak dan. Večina zaposlenih verjame v pozitiven vpliv pravilne prehrane na produktivnost, vendar se počutijo omejeni zaradi pomanjkanja časa za pripravo ali uživanje zdravih obrokov na delovnem mestu.

Razprava: Osebje zdravstvene nege v večini primerov ne uživa zajtrka, zaužije premalo obrokov med dnevom, premalo sadja in zelenjave in popije premalo tekočine. Velikokrat zaposleni nimajo ustreznega ritma prehranjevanja in sledenje prehranskim smernicam jim onemogoča pomanjkanje časa na delovnem mestu. Smiselne spremembe v praksi bi bile spodbujanje ozaveščanja o pomenu zdrave prehrane med zaposlenimi ter organiziranje aktivnosti, ki spodbujajo uživanje sadja in zelenjave na delovnem mestu. Pomembno se nam zdi tudi zagotavljanje časa in prostora za pripravo ter uživanje zdravih obrokov na delovnem mestu.

Ključne besede: prehranske navade, medicinske sestre, uravnoteženo prehranjevanje, priprava hrane, načrtovanje obrokov

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Raziskave kažejo (Poličnik & Belović, 2017), da aktivna delovna populacija, glede prehranjevalnih navad, sodi med ogrožene skupine prebivalcev Sloveniji. Pretežno hitra prehrana, pomanjkanje časa za obroke in stresna delovna okolja pogosto vodijo v slabše prehranjevalne navade, ki lahko dolgoročno negativno vplivajo na zdravje zaposlenih. Narava problema izhaja iz kompleksne dinamike sodobnega in hitrega načina življenja, kjer so delovni časi vedno daljši, pritiski na produktivnost pa vedno večji. Ta kontekst situacije ustvarja okolje, ki zmanjšuje zavest o pomenu zdrave prehrane in spodbuja k izbiram, ki so bolj udobne, vendar velikokrat manj hranljive in energijsko bolj bogate. Nezdrave prehranjevalne navade lahko dolgoročno vplivajo na pojav kroničnih nenalezljivih bolezni (Rachman et al., 2021). Problem pomanjkanja zdrave prehrane na delovnem mestu zajema širok spekter delovnih okolij in poklicev ter prizadene veliko število zaposlenih. Negativne posledice nezdrave prehrane na delovnem mestu so večplastne. Kljub obstoječim raziskavam in strokovni literaturi o pomenu zdrave prehrane na delovnem mestu obstaja še vedno precejšen prepad v znanju glede najučinkovitejših strategij in pristopov za spodbujanje zdravih prehranjevalnih navad med zaposlenimi (Rachman et al., 2021). Raziskava o povezavi med zdravo prehrano na delovnem mestu in zdravjem ter produktivnostjo zaposlenih lahko prispeva k boljšemu razumevanju problema in oblikovanju učinkovitih intervencij za spodbujanje zdravih prehranjevalnih navad. Cilj raziskave je ugotoviti prehranske vzorce zdravstvenih delavcev, zaposlenih v podjetju Medical center

Rogaška in predlagati možne ukrepe, ki bi pomagali pri izboljšanju ali ohranitvi zdravega načina prehranjevanja.

2 PREGLED LITERATURE

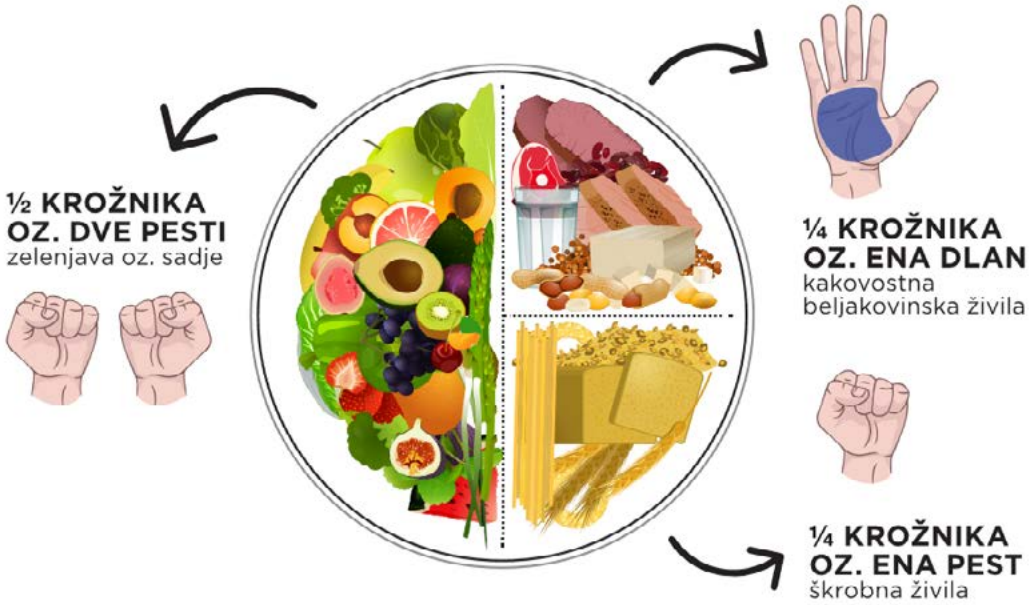
2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Pregled literature je namenjen celovitemu razumevanju problema pomanjkanja zdrave prehrane na delovnem mestu ter identifikaciji ključnih dejavnikov, ki vplivajo na prehranjevalne navade zaposlenih. Z analizo obstoječih raziskav, strokovnih člankov in poročil smo pridobili tudi vpogled v trenutno stanje na področju zdrave prehrane na delovnem mestu zdravstvenih delavcev. Literaturo smo pridobivali v podatkovnih bazah PubMed, Science Direct, Wiley Online Library, Google Scholar, Springer, WebMD, NCBI. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »workplace nutritition«, »prehrana na delovnem mestu«, »promocija zdravja na delovnem mestu«, »healthy eating for nurses«, »nutrition patterns among nurses«, »workplace health promotion«, »employees' healthy eating«. Namen je bil najti čim novejše članke o tem, a smo zaradi neraziskanosti morali uporabiti tudi nekaj virov, ki so starejši od leta 2015. Omejitvena kriterija iskanja sta bila jezik besedila, in sicer angleščina in slovenščina, ter iskanje celotnega besedila člankov.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Zdrava prehrana na delovnem mestu je bistvenega pomena za dobro počutje posameznika, njegovo zdravje ter posledično produktivnost na delu (Matešič, 2018). Pravilno prehranjevanje je kot del zdravega življenjskega sloga eden najpomembnejših dejavnikov dobrega zdravja in počutja ter boljše delovne storilnosti delavcev (Ministrstvo za zdravje, 2008). Med zdrave prehranske izbire uvrščamo uživanje manj maščob, sladkorja in soli ter več zelenjave in uživanje manjših obrokov. Pomemben dejavnik zdravega prehranjevanja pa je tudi ritem prehranjevanja. S pravilno časovno razporeditvijo obrokov čez dan lahko veliko naredimo za svoje zdravje (Poličnik & Belović, 2017).

Kako oblikovati zdravo porcijo (Slika 1): Polovico krožnika naj zavzema zelenjava (njena količina naj bo primerljiva z dvema stisnjenima pestema). Na četrtino krožnika damo pusto beljakovinsko živilo (meso, riba). Količina naj bo po površini primerljiva z velikostjo dlani brez prstov ter po višini z debelino mezinca. Na preostalo četrtino naložimo škrobno živilo (krompir, polnozrnate testenine, polnovredne kaše). Količina naj ustreza velikosti stisnjene pesti ene roke. Obroku dodamo še za dve razprti dlani solate (Poličnik & Belović, 2017).



Slika 1: *Uravnotežen krožnik (ZPS, 2021)*

Priporočila zdravega prehranjevanje navajajo, naj dan začnemo z zdravim zajtrkom. Zajtrk je najpomembnejši obrok v dnevni prehrani, saj zjutraj telo oskrbi s potrebno energijo in hranilnimi snovmi. Pomemben pa je tudi zaradi vpliva na dnevni ritem prehranjevanja. Dokazano je, da se tisti, ki zjutraj zajtrkujejo, bolj redno in zdravo prehranjujejo preko dneva (Ma et al., 2020). Zajtrk podpira kognitivno delovanje, pomembno za fizično in duševno delo (Harris et al., 2021). V dosedanjih smernicah se pogosto spodbuja mediteranski način prehranjevanja. Mediteranska prehrana vključuje veliko sadja, zelenjave, polnozrnatih žit, stročnic, oreščkov, semen ter oljčnega olja kot glavni vir maščob. Ribje in perutninske jedi so pogoste, rdeče meso pa se uživa manj pogosto (Volpe et al., 2015). Sadje in zelenjava imata velik pomen v zdravi prehrani, saj spadata v skupino živil z visoko biološko vrednostjo (Hlastan & Ribič, 2009). Sadje in zelenjava vsebujeta veliko vitaminov, mineralov, antioksidantov, prehranske vlaknine in veliko drugih zaščitnih snovi. Priporočljivo je, da ju vključimo v vsak obrok, s čimer izboljšamo hranilno vrednost obroka in hkrati zmanjšamo njegovo energijsko vrednost. Ciljajmo na vsaj pet porcij zelenjave in sadja na dan (400 do 650 gramov) (Yahia, 2017). Uživanje vsaj 400 g ali pet porcij sadja in zelenjave dnevno je povezano z zmanjšanim tveganjem za razvoj nenalezljivih kroničnih bolezni (Wolfenden et al., 2021). Prekomerno uživanje maščob je velik dejavnik tveganja pri nastanku bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, debelosti, povišanega krvnega tlaka in nekaterih vrst raka. Nasičene maščobne kisline in transmaščobne kisline so za zdravje škodljive. Pretežno nasičene maščobne kisline vsebujejo goveji loj, kokosova mast, palmina mast, rastlinska mast, svinjska mast, surovo maslo, sladka in

kisla smetana, mesni izdelki, ocvirki, slanina, mastni siri in sirni namazi. Vir škodljivih transmaščobnih kislin pa so lahko ocvrta hrana, čips, pokovka, hitra hrana, piškoti, trde margarine in drugi industrijsko pripravljeni živilski izdelki. Pri pripravi obrokov uporabljajmo kakovostna rastlinska olja in izbirajmo čim bolj pusta živila živalskega izvora (manj mastno meso, mleko, mlečne izdelke). Najmanj enkrat tedensko v jedilnik vključimo mastne morske ribe, ki so pomemben vir esencialnih maščobnih kislin. Za pripravo hrane uporabljajmo kakovostna rastlinska olja (oljčno, repično, sončnično) (Szostak-Wegierek, 2013). Sladkorji so velik dejavnik tveganja za prekomerno telesno maso in debelost. Med sladkorje uvrščamo monosaharide (glukoza, fruktoza, manoza in galaktoza) in disaharide (saharoza, laktoza, maltoza). Za skrite sladkorje upoštevamo tiste, ki jih zaužijemo skupaj s pecivom, tortami, sladoledom, sokovi z dodanim sladkorjem in čokolado, ne pa naravnih sladkorjev v mleku, sadju in drugih živilih. Hrano torej sladkajmo zmerno in izbirajmo živila, ki vsebujejo malo sladkorja (Sahned et al., 2019). Telo potrebuje v povprečju od 1,5 do 3 l tekočine dnevno (pri tem upoštevamo tudi tekočino, ki smo jo zaužili s hrano). Za nadomeščanje tekočine se priporočajo le pijače brez dodanih sladkorjev: navadna voda, mineralna voda ali različni sadni in zeliščni čaji in razredčeni sveži sadni ali zelenjavni sokovi v razmerju 1 : 1 (Hlastan Ribič, 2009).

Zagotavljanje časa za pripravo obrokov zaposlenih je ključnega pomena za spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Raziskave kažejo, da ima zdrava prehrana neposreden vpliv na produktivnost, zmanjšuje število bolniških dni ter izboljšuje fizično in psihično počutje zaposlenih. Raziskava iz leta 2017 (Smith et al., 2017) je pokazala, da so zaposleni, ki imajo na delovnem mestu dostop do zdravih obrokov, manj nagnjeni k stresu in imajo višjo stopnjo zadovoljstva pri delu. Poleg tega je raziskava, izvedena na Univerzi v Michiganu leta 2019 (Jones & Brown, 2019), pokazala, da zaposleni, ki si med delovnim časom redno privoščijo zdrave obroke, dosegajo večjo stopnjo produktivnosti in imajo boljše delovne rezultate v primerjavi s tistimi, ki tega ne počnejo.

Smernice zdravega prehranjevanja za medicinske sestre (Nicholls et al., 2017):

- Držimo se normalnega dnevnega in nočnega vzorca prehranjevanja, bogatega s sadjem, zelenjavo, stročnicami, celimi žiti in oreščki.
- Jejmo raznoliko hrano: živila živalskega izvora in/ali beljakovinsko bogata rastlinska živila + neškrobna zelenjava in sadje.
- Izogibajmo se alkoholu in sladkim pijačam.
- Izogibajmo se visokoenergetskih obrokov in živil z visoko vsebnostjo sladkorja in maščob.
- Vzdržujmo redne obroke.

- Razdelimo vnos hrane med dnevom v tri glavne obroke in dve vmesni malici.
- Izogibajmo se ali omejimo prehranjevanje med polnočjo in 6. uro zjutraj; jejmo na začetku in koncu vsake izmene ter se izogibajmo uživanju velikih obrokov (> 20 % dnevnega vnosa energije) pred spanjem.
- Med izmenami si privoščimo dovolj časa za pripravo obrokov in spanje.
- Vzdržujmo zdrav življenjski slog (telesna vadba, redni obroki, dobra higiena spanja).

Stres in utrujenost, povezana s hitrim tempom življenja, lahko vodita v nezdrave prehranjevalne vzorce, kot sta prenajedanje ali uživanje nezdravih prigrizkov (Grimani et al., 2019). Uživanje energijsko bogate hrane, ki pogosto vsebuje veliko maščob, sladkorja in kalorij, lahko privede do prekomerne telesne teže (Rongen et al., 2013). Prehrana, ki vključuje premalo sadja in zelenjave ter preveč maščob in sladkorja, povečuje tveganje za srčno-žilne bolezni, kot so visok krvni tlak, srčni infarkt in možganska kap (Nicholls et al., 2017). Pomanjkanje vlaknin iz sadja, zelenjave in polnozrnatih žit lahko vodi v težave s prebavo, zaprtjem, napenjanjem in drugimi gastrointestinalnimi motnjami. Nezdrav način prehranjevanja lahko vpliva tudi na duševno zdravje, saj pomanjkanje bistvenih hranil lahko prispeva k povečani utrujenosti, razdražljivosti, anksioznosti in depresiji. Pomanjkanje hranil, ki jih najdemo v sadju in zelenjavi, lahko oslabi imunski sistem, kar povečuje tveganje za okužbe in bolezni (Bor, 2020). Prenizek vnos zelenjave, neurejen ritem prehranjevanja, previsok energijski vnos in vnos soli ter sladkorja sodijo med ključne prehranske probleme, ki pomembno vplivajo na številne kronične nenalezljive bolezni (Rachman et al., 2021). Med kronične nenalezljive bolezni (KNB) prištevamo srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen tipa 2, bolezni dihal, prebavil in raka ter debelost. Predstavljajo glavni vzrok obolevnosti in umrljivosti v Republiki Sloveniji, saj je več kot 70 % smrti posledica najpogostejših KNB. Med dejavnike tveganja za razvoj teh obolenj spadajo nezdrave navade posameznika, kamor spadata tudi nezdrava prehrana in pretirano poseganje po prigrizkih (Habjanič, 2020). Poslabšanje zdravja zaposlenih največkrat vodi v zmanjšano produktivnost, povečano odsotnost z dela zaradi bolezni, višje zdravstvene stroške za organizacije in posameznike ter slabšo kakovost življenja (Pinkstaff et al., 2016).

Poklic medicinske sestre je zahteven, visoka delovna obremenitev, pomanjkanje virov in delo v izmenah pa lahko vplivajo na sposobnost medicinskih sester, da sprejmejo zdrav življenjski slog ali spremenijo obstoječe prehranske navade. Podpora medicinskim sestram pri izboljšanju vidikov njihovih prehranjevalnih navad lahko pozitivno vpliva na njihovo zdravje (Power, 2018). O prehranjevalnih navadah medicinskih sester je bilo opravljenih že mnogo raziskav. Z njihovimi ugotovitvami smo

si tudi pomagali pri sestavi vprašalnikov in identifikaciji našega problema. V večini primerov ne uživajo zajtrka, zaužijejo premalo obrokov med dnevom in popijejo premalo tekočine na delovnem mestu (Berce, 2012). Med prehranjevalne navade medicinskih sester spadajo tudi premajhna količina zaužitega sadja in zelenjave ter pogosto poseganje po slanih in sladkih prigrizkih (Power, 2018). Zdravstveni delavci pogosto zaradi omejenega časa preskočijo malico ali pa si naročajo dostavo hitre in pogosto nezdrave hrane. Izmensko delo je povezano z večjim indeksom telesne mase in manjšo delovno storilnostjo (Rosa et al., 2019).

Raziskave navajajo, da večina delovno aktivnih Slovencev ne zaužije zadostnega števila obrokov na dan, nimajo ustreznega ritma prehranjevanja, uživajo preveč energetsko bogate hrane, zaužijejo preveč nezdravih maščob in premalo sadja, zelenjave ter prehranskih vlaknin (Ministrstvo za zdravje, 2008). Številne raziskave tudi ugotavljajo pozitivne vplive dostopnosti in možnosti izbire bolj zdravih obrokov na splošno zdravje in počutje delavcev (Tamrakar et al., 2020). Rezultati raziskav navajajo, da so zaposleni bolj nagnjeni k uživanju sadja in zelenjave ter k telesni aktivnosti, ko jih sodelavci spodbujajo k zdravemu življenjskemu slogu (Van der Put & Ellwardt, 2022).

Med prednostna področja in ukrepe nacionalnega programa o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 spada tudi izboljšanje prehrane za zaposlene v sklopu izboljšanja programov za promocijo zdravja na delovnem mestu. Cilj ukrepa je izboljšati kakovost prehrane in okrepiti ozaveščenost o zdravem prehranjevanju med zaposlenimi, s posebnim poudarkom na moških (Ministrstvo za zdravje, 2016).

3 METODE

Cilj raziskave je ugotoviti prehranske vzorce in prehranjevalne navade zdravstvenih delavcev, zaposlenih v podjetju Medical center Rogaška. S tem želimo prispevati k izboljšanju zdravja, produktivnosti in kakovosti življenja na delovnem mestu. Za dosego cilja smo izbrali kvantitativni raziskovalni pristop, ki temelji na anketnem vprašalniku. Podatke smo zbirali med zdravstvenimi delavci v podjetju Medical center Rogaška.

Zastavljene hipoteze:

H1: Polovica anketirancev redno uživa zajtrk.

H2: Polovica anketirancev vsakodnevno uživa sadje in zelenjavo.

H3: Tretjina anketirancev zaužije priporočeno dnevno količino tekočin.

H4: Tretjina anketirancev ima slabe prehranjevalne navade (vsakodnevno uživanje sladkih in slanih prigrizkov ter sladkih pijač).

3.1 Zbiranje podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik v pisni obliki, ki je strukturiran po naslednjih vsebinskih delih:

- Sociodemografski podatki: spol in izobrazba
- Število dnevnih obrokov: Merjenje frekvence dnevnega prehranjevanja (1–2/3–4/5–6/več kot 6)
- Pogostost uživanja zajtrka: Ocenjevanje navade uživanja zajtrka (da/ne/občasno)
- Pogostost uživanja določenih skupin živil: Merjenje frekvence uživanja sadja, zelenjave, slanih in sladkih prigrizkov ter sladkih pijač. Frekvenca je bila merjena s 4- stopenjsko Likertovo lestvico (4 vsak dan; 3 3–5-x tedensko; 2 1–2-x tedensko; 1 ga/je/jih ne uživam)
- Količina zaužite tekočine: Ocenjevanje količine zaužite tekočine med dnevom (do 0,5 l/0,5–1 l/1–1,5 l/več kot 1,5 l)
- Stališča delavcev o prehrani: Ocena o vplivu prehrane na delovno storilnost, dostopnosti ponudbe zdravih obrokov na delovnem mestu ter zagotovljenosti časa za pripravo in uživanje zdravih obrokov na delu. Uporabljena je bila 5-stopenjska Likertova lestvica (1 sploh se ne strinjam; 2 ne strinjam se; 3 niti se ne strinjam niti se strinjam; 4 strinjam se; 5 popolnoma se strinjam)

Pilotnega testiranja nismo izvedli. Za oblikovanje anketnega vprašalnika smo se opirali na več virov (Dražigost et al., 2008; Gabrijelčič Blenkuš, 2009; Holc, 2016; Poličnik & Belović, 2017; Petelin, 2021; Berce, 2021), vključno z relevantno znanstveno literaturo o prehrani na delovnem mestu, smernicami zdrave prehrane ter dejavniki, ki vplivajo na zdrave prehranjevalne navade delavcev. Oblikovali smo ga glede na pomembna hranila in prehranjevalne navade, ki najbolj vplivajo na delovno storilnost in zdravje delovno aktivne populacije. Pomagali smo si z dokumentom o prehranjevalnih navadah odraslih prebivalcev Slovenije (Gabrijelčič Blenkuš, 2009). V dokumentu so opisane metode za raziskovanje prehranjevalnih navad, ki smo jih uporabili pri oblikovanju vprašalnika: pogostost uživanja obrokov, pogostost uživanja živil in drugo.

3.2 Vključeni v raziskavo

V našo raziskavo je bila vključena celotna ekipa medicinskih sester v podjetju Medical center Rogaška, ki opravljajo enoizmensko delo v dopoldanskem času (40-urni delavnik). Velikost namenskega vzorca je 24 zaposlenih. V raziskavi so sodelovali 4 moški (17 %) in 20 žensk (83 %). Večina zaposlenih (92 %; 22 oseb) ima visokošolsko

ali srednjo poklicno izobrazbo. Od tega 13 zaposlenih z visokošolsko in 9 s srednjo poklicno izobrazbo. Vključitveni kriteriji za sodelovanje v raziskavi so bili zaposlitev v podjetju Medical center Rogaška na področju zdravstvene nege ter strinjanje s sodelovanjem v raziskavi. Pred začetkom vprašalnika smo udeležencem zagotovili jasno izjavo o zasebnosti, ki pojasnjuje, kako bodo uporabljeni zbrani podatki in kako bo zagotovljena anonimnost udeležencev. Udeležencem smo zagotovili, da bodo odgovori uporabljeni izključno za potrebe raziskovalnega dela ter da je sodelovanje v raziskavi v celoti prostovoljno in ga lahko kadarkoli brez posledic prekinejo. K sodelovanju v raziskavi so bili nagovorjeni neposredno (osebno). Anketiranje je trajalo do 5 minut.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je potekala marca v dopoldanskem času med tednom. Soglasja za izvedbo raziskave smo pridobili pred začetkom zbiranja podatkov s strani vodstva podjetja Medical center Rogaška ter vsakega posameznega sodelujočega zdravstvenega delavca. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etične smernice in zagotovili anonimnost ter zaupnost podatkov.

Potek raziskave:

1. Načrtovanje raziskave: določitev ciljev, oblikovanje vprašalnika glede na naša raziskovanja vprašanja in določitev ciljne populacije (vzorca).
2. Pridobivanje soglasij za izvedbo raziskave s strani vodstva podjetja.
3. Priprava in tiskanje vprašalnikov.
4. Razdelitev vprašalnikov: fizična distribucija zaposlenim.
5. Zbiranje izpolnjenih vprašalnikov: anonimno izpolnjene vprašalnike smo zbirali od anketirancev.
6. Analiza podatkov: po zbranih podatkih smo opravili analizo, da smo prišli do glavnih ugotovitev in odgovorili na raziskovalna vprašanja.
7. Priprava poročila z rezultati, ki smo jih predstavili v obliki grafov in tabele.

3.4 Obdelava podatkov

Pri obdelavi kvantitativnih podatkov smo uporabili metode deskriptivne statistike (srednja vrednost, minimum in maksimum). Deskriptivna statistika se uporablja za opisovanje in povzemanje značilnosti podatkov. Vključili smo ukrepe centralne tendence (povprečje in mediana). Kvalitativnih podatkov v sklopu raziskavi nismo pridobili.

4 REZULTATI

Pogostost uživanja zajtrka

Hipotezo 1, da polovica anketirancev redno uživa zajtrk, lahko potrdimo, saj jih polovica (12) pred odhodom na delovno mesto zajtrkuje, ostali pa zajtrka ne jedo (9; 38 %) ali ga uživajo le občasno (3; 12 %) (Slika 2).

Slika 2: *Pogostost uživanja zajtrka zaposlenih*

Število dnevnih obrokov

19 (79 %) zaposlenih ima dnevno 3–4 obroke, 2 (8 %) 1–2 obroka ter 3 (13 %) 5–6 obrokov.

Pogostost uživanja določenih skupin živil in količina zaužite tekočine

Hipoteze 2, da polovica anketirancev vsakodnevno uživa sadje in zelenjavo, ne moremo potrditi. Rezultati kažejo, da večina zaposlenih, tj. 58 % (14), uživa sadje 1–2-x tedensko. 21 % (5) sadja ne uživa, 13 % (3) ga uživa 3–5-x tedensko in 8 % (2) vsak dan. 46 % (11) zaposlenih uživa zelenjavo 3–5-x tedensko, 38 % (9) 1–2-x tedensko in preostalih 16 % (4) vsak dan.

Hipotezo 3, da tretjina anketirancev zaužije priporočene količine tekočin, lahko potrdimo, saj priporočene vsaj 1,5 l dnevno zaužije 38 % (9) zaposlenih. 13 % (3) zaposlenih zaužije do 0,5 l tekočine dnevno, 0,5–1 l popije 33 % (8) ter 1–1,5 l 16 % (4) zaposlenih.

Hipotezo 4, da ima tretjina anketirancev slabe prehranjevalne navade (vsakodnevno uživanje sladkih in slanih prigrizkov ter sladkih pijač), lahko delno potrdimo. Rezultati kažejo, da 67 % (16) zaposlenih slanih prigrizkov (čips, krekerji, smokiji ...) ne uživa, 21

% (5) jih uživa 1–2-x tedensko, 8 % (2) jih uživa 3–5-x tedensko in 4 % (1) vsak dan. 54 % (13) zaposlenih sladke prigrizke (tortice, čokolada, bomboni, mafini ...) uživa 1–2-x tedensko, 25 % (6) 3–5-x tedensko, 17 % (4) jih ne uživa in 4 % (1) vsakodnevno. Kar se tiče uživanja sladkih pijač, jih kar 79 % (19) zaposlenih ne uživa (Tabela 1).

Tabela 1: *Pogostost uživanja določenih skupin živil zaposlenih, predstavljena v deležih (%)*

	Vsak dan	3–5-x tedensko	1–2-x tedensko	Ne uživam
Sadje	8	13	58	21
Zelenjava	16	46	38	/
Slani prigrizki (čips, krekerji, smokiji ...)	4	8	21	67
Sladki prigrizki (tortice, čokolada, bomboni, mafini ...)	4	25	54	17
Sladke pijače (sok, gazirane sladke pijače ...)	/	4	17	79

Stališča delavcev o prehrani

Najboljšo oceno (4,6) je prejela trditev: »Pravilna in uravnotežena prehrana pozitivno vpliva na storilnost na delovnem mestu«, najslabšo (3,4) pa: »Na delovnem mestu imam dovolj časa za pripravo ali uživanje zdravih obrokov« (Tabela 2).

Tabela 2: *Stališča zaposlenih glede prehrane na delovnem mestu*

	min	**max**	**$\bar{x}$**
Pravilna in uravnotežena prehrana pozitivno vpliva na storilnost na delovnem mestu.	3	5	4,6
Na delovnem mestu imam zagotovljeno ponudbo zdravih obrokov.	2	5	3,8
Na delovnem mestu imam dovolj časa za pripravo ali uživanje zdravih obrokov.	1	5	3,4

Legenda: $\bar{x}$ – povprečna vrednost; min – minimum; max – maksimum

Legenda: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

Podatki kažejo, da zaposleni, ki imajo vsaj 3 obroke dnevno, pojedo več zelenjave, vendar tudi več sladkih in slanih prigrizkov. Med zaposlenimi, ki vsakodnevno zajtrkujejo, je več tistih, ki pogosteje uživajo sadje. Podatki kažejo tudi na povezavo med zaposlenimi, ki imajo dnevno le 1–2 obroka in manj pogostim uživanjem sadja med tednom.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Raziskavo smo opravili z namenom ugotovitve prehranskih vzorcev in prehranjevalnih navad medicinskih sester, zaposlenih v podjetju Medical center Rogaška.

Hipotezo 1, da polovica anketirancev redno uživa zajtrk, smo potrdili. Hipoteze 2, da polovica anketirancev vsakodnevno uživa sadje in zelenjavo, nismo potrdili. Hipotezo 3, da tretjina anketirancev zaužije priporočene količine tekočin, smo potrdili. Hipotezo 4, da ima tretjina anketirancev slabe prehranjevalne navade (vsakodnevno uživanje sladkih in slanih prigrizkov ter sladkih pijač), pa smo lahko potrdili le delno.

Pri preverjanju hipoteze 1 smo ugotovili, da še vedno premalo število zaposlenih zajtrkuje. Izpuščanje obrokov se lahko odraža v slabši storilnosti na delovnem mestu. Preverjanje hipoteze 2 je pokazalo, da večina zaposlenih vseeno ne uživa dovolj sadja in zelenjave, ki predstavlja skorajda najpomembnejšo skupino živil v naši prehrani. Manj kot četrtina zaposlenih uživa sadje in zelenjavo vsak dan. Po priporočilih naj bi dnevno zaužili vsaj pet porcij zelenjave in sadja (400 do 650 gramov) (Yahia, 2017). Korak k rešitvi tega problema bi lahko bile dnevno sveže košarice sadja in zelenjave v službi in delavnice o pomenu zdrave prehrane. Ideje za malice v službi, ki vključujejo sadje ali zelenjavo: tortilja s tuno in papriko, polnozrnati sendvič s humusom in rukolo, sadna solata s skuto, sadno-zelenjavni smuti s sirotko v prahu, ovseni kosmiči z jogurtom in jagodičevjem, solatni krožnik s piščancem, svežo špinačo in mandlji ...

Pogosto uživanje sladkih ali slanih prigrizkov lahko hitro dvigne skupni energijski vnos med dnevom. To kaže na potrebo po spodbujanju zdravih prigrizkov med obroki ter ozaveščanju o uravnoteženi prehrani. Nekaj idej za zdrave prigrizke v službi: oreški in suho sadje, zelenjava s humusom, proteinski jogurti ali skute, beljakovinske ploščice, polnozrnati krekerji s svežo zelenjavo.

Večina zaposlenih ne uživa sladkih pijač, kar je pozitivno, saj lahko prekomerno uživanje sladkih pijač negativno vpliva na zdravje. Kljub temu pa precejšen delež zaposlenih še vedno ne zaužije zadostne količine tekočine med dnevom. Pri preverjanju hipoteze 3 smo ugotovili, da priporočene vsaj 1,5 l tekočine dnevno zaužije dobra tretjina zaposlenih. Posledica tega je lahko tudi uživanje večjega števila sladkih ali slanih prigrizkov. Odlični opomniki na pitje tekočine so stekleničke z vodo, ki jih lahko nastavljamo na vidna mesta.

Ocene trditev kažejo, da večina zaposlenih verjame v pozitiven vpliv pravilne prehrane na produktivnost, vendar se počutijo omejeni zaradi pomanjkanja časa za pripravo ali uživanje zdravih obrokov na delovnem mestu. V tem primeru bi bilo smiselno razmisliti o drugačni organizaciji dela v podjetju, ki bi zaposlenim omogočala zaužitje obroka v miru. Dolgoročno bi se omenjena sprememba lahko precej obrestovala v smislu izboljšanega počutja zaposlenih.

Za boljši pregled nad dobljenimi rezultati smo poleg primerjave s priporočili primerjali tudi z rezultati raziskav drugih avtorjev. V raziskavi (Berce, 2012) so ugotavljali

prehranjevalne navade medicinskih sester na delovnem mestu. Njihovi rezultati kažejo, da medicinske sestre v kar 60 % ne uživajo zajtrka ter zaužijejo premalo obrokov med dnevom, saj jih priporočene vsaj 4 obroke dnevno zaužije slabih 15 %. Priporočene količine dnevno zaužite tekočine (1,5 l) zaužije zgolj 12,5 % anketirancev. Raziskave v sklopu Ministrstva za zdravje navajajo tudi, da večina delovno aktivnih Slovencev ne zaužije zadostnega števila obrokov na dan, nimajo ustreznega ritma prehranjevanja, uživajo preveč energetsko bogate hrane, zaužijejo preveč nezdravih maščob in premalo sadja, zelenjave ter prehranskih vlaknin (Ministrstvo za zdravje, 2008). V raziskavi avtorja Holc (2016) so preverjali upoštevanje smernic zdravega prehranjevanja pri medicinskih sestrah. Rezultati navajajo, da medicinske sestre vsakodnevno uživajo sveže sadje in zelenjavo ter da jim sledenje prehranskim smernicam onemogoča pomanjkanje časa na delovnem mestu. Razlike med rezultati so lahko vzrok večjega vzorca (300) v primerjavi z našo raziskavo. Rezultati raziskave o prehranskih navadah medicinskih sester v izolski bolnišnici (Petelin, 2012) navajajo, da zajtrk zaužije dnevno le polovica medicinskih sester, po slanih prigrizkih v povprečju posegajo enkrat tedensko, medtem ko po sladkih dvakrat do štirikrat na teden. Tudi sadja in zelenjave pojedo znatno premalo, saj je raziskava pokazala, da 19 od 30 anketirancev poje dve ali manj porcij sadja na dan in 22 anketirancev poje prav toliko porcij zelenjave na dan. Vsi zgoraj navedeni podatki so primerljivi z izidi raziskave, narejene leta 2004, ki jo je opravila CINDI Slovenija (Gabrijelčič Blenkuš, 2009). Zadnje smernice zdravega prehranjevanja narekujejo (Hlastan Ribič, 2009), da bi morali zaužiti pet obrokov na dan, od tega so trije glavni in dva manjša, ki naj bi bili sestavljeni iz različnega svežega sadja in zelenjave, kar pri opravljeni raziskavi nismo potrdili.

Glede na omejitve raziskave, kot je majhen vzorec in omejena geografska lokacija, bi bilo koristno izvesti nadaljnje raziskave na večjem vzorcu in v različnih delovnih okoljih, da bi potrdili in razširili ugotovitve.

Priporočila za strokovno rabo vključujejo:

- Spodbujanje ozaveščanja o pomenu zdrave prehrane med zaposlenimi.
- Organiziranje aktivnosti, ki spodbujajo uživanje sadja in zelenjave na delovnem mestu.
- Zagotavljanje časa in prostora za pripravo ter uživanje zdravih obrokov na delovnem mestu.
- Sodelovanje z zdravstvenimi strokovnjaki in dietetiki pri oblikovanju programov zdrave prehrane v delovnem okolju.
- Uvedba zdrave prehrane v menzi.

Nadaljnje raziskave bi se lahko osredotočile na oceno učinkovitosti različnih intervencij za spodbujanje zdravih prehranjevalnih navad na delovnem mestu ter razumevanje morebitnih ovir in izzivov pri njihovi implementaciji.

Zdrava prehrana na delovnem mestu ima ključno vlogo pri zagotavljanju dobrega zdravstvenega stanja in povečanju delovne storilnosti zaposlenih. Naša raziskava v podjetju Medical center Rogaška je pokazala, da večina zaposlenih razume pomen pravilne prehrane, vendar se srečujejo z izzivi pri uresničevanju zdravih prehranjevalnih navad zaradi pomanjkanja časa in ustreznih pogojev na delovnem mestu. Organizacija delovnega okolja, ki omogoča dostop do zdravih obrokov ter zagotavlja dovolj časa za njihovo zaužitje, lahko znatno prispeva k izboljšanju splošnega zdravja, počutja in produktivnosti zaposlenih. Spodbujanje zdrave prehrane je dolgoročna naložba, ki prinaša številne koristi tako za posameznike kot za organizacijo. Implementacija programov za ozaveščanje o zdravem prehranjevanju, zagotavljanje dostopnosti zdrave hrane in ustvarjanje podpornega delovnega okolja so koraki, ki bodo pripomogli k bolj zdravemu in učinkovitemu delovnemu mestu.

6 SEZNAM LITERATURE

Berce, P. (2012). *Prehranjevalne navade medicinskih sester na delovnem mestu*. [diplomska naloga, Univerza v Mariboru]. DKUM. https://dk.um.si/Dokument.php?id=51636&lang=slv

Bor, H. (2020). The Relationship Between Nutrition and Worker Efficiency. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 305-311. 10.21763/tjfmpc.642063

Dražigost, P. et al. (2008). *Smernice zdravega prehranjevanja delavcev v delovnih organizacijah*. Ministrstvo za zdravje. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/Varovanje-in-krepitev-zdravja/zdravje-na-del-mestu/Smernice_zdravega_prehranjevanja_delevcev.pdf

Gabrijelčič Blenkuš, M. (2009). *Prehrambne navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Inštitut za varovanje zdravja RS. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/prehrambene_navade_odraslih_prebivalcev_slo_z_vidika_varovanja_zdravja.pdf

Grimani, A., Aboagye, E. & Kwak, L. (2019). The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC Public health*, 19. https://doi.org/10.1186/s12889-019-8033-1

Habjanič, N. (2020). *Uvajanje avtomatov z zdravo prehrano v zdravstvene in socialno varstvene ustanove ter na fakultete v Sloveniji.* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru]. DKUM. https://dk.um.si/Dokument.php?id=145760&lang=eng

Harris, J. A., Carins, J. & Rundle-Thiele, S. (2021). *A systematic review of interventions to increase breakfast consumption: a socio-cognitive perspective,* 24(11), 3253-3268. 10.1017/S1368980021000070

Hlastan Ribič, C. (2009). *Zdrav krožnik: priporočila za zdravo prehranjevanje.* Inštitut za varovanje zdravja.

Holc, M. (2016). *Upoštevanje smernic zdravega prehranjevanja pri medicinskih sestrah* [diplomska naloga, Fakulteta za zdravstvo Jesenice]. FZAB. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2017/Holc_Monika.pdf

Jones, R. W., & Brown, S. K. (2019). The Impact of Workplace Nutrition Programs on Employee Productivity: A Longitudinal Study. *Journal of Business Health Management,* 13(2), 145-157.

Križnik, N. (2021, julij). *Kako velik naj bo moj obrok?* Zveza potrošnikov Slovenije. https://www.zps.si/nasveti-in-vodniki/kako-velik-naj-bo-moj-obrok-2021-07-07

Ma, X., Chen, Q., Pu, Y., Guo, M., Jiang, Z., Huang, W., Long, Y. & Xu, Y. (2020). Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(1), 1-8. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.12.002

Matešič, D. (2018). *Zdrava prehrana na delovnem mestu* [diplomska naloga, Univerza na Primorskem]. RUP. https://repozitorij.upr.si/Dokument.php?id=15501&lang=slv

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016). *Dober tek Slovenija. Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje (2015-2025)*. https://www.dobertekslovenija.si/wpcontent/uploads/2018/12/SLO_brosura_web_2016.pdf

Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R. & Pierce, H. (2017). Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1051-1065. 10.1111/jan.13185

Petelin, T. (2012). *Prehranske navade in pojav kroničnih nenalezljivih bolezni pri medicinskih sestrah v splošni bolnišnici Izola* [diplomska naloga, Univerza na Primorskem]. RUP. https://repozitorij.upr.si/Dokument.php?id=16466&lang=slv

Pinkstaff, S. O., McNeil, A., Arena, R. & Cahalin, L. (2016). Healthy Living Medicine in the Workplace: More Work to Do. *Progress in Cardiovascular Diseases,* 59(5), 440-447. 10.1016/j.pcad.2016.12.007

Poličnik, R. & Belović, B. (2017). *Prehrana na delovnem mestu*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Power, B. (2018). Supporting nurses to adopt healthy eating behaviours. *Nursing Standard*, 33(9), 56-61. 10.7748/ns.2018.e1118

Rachman, Q., Martiana, T., Mulyono, M., Paskarini, I., Dwiyanti, E., Widajati, N., Ernawati, M., Ardyanto, Y. D., Tualeka, A. R., Haqi, D. N., Arini, S. Y. & Alayyannur, P. A. (2021). The Effectiveness of Nutrition and Health Intervention in Workplace Setting: A Systematic Review. *Sage Journals*, 11(1), 2312. 10.4081/jphr.2021.2312

Rongen, A., Robroek, S. J. W., van Lenthe, F.J & Burdorf, A. (2013). Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(4), 406-415. https://doi.org/10.1016/j.amepre

Rosa, D., Terzoni, S., Dellafiore, F. & Destrebecq, A. (2019). *Systematic review of shift work and nurses' health*, 69(4), 237-243. 10.1093/occmed/kqz063

Tamrakar, D., Shrestha, A., Rai, A., Karmacharya, B. M., Malik, V., Mattei, J. & Spiegelman, D. (2020). Drivers of healthy eating in a workplace in Nepal: a qualitative study. *BMJ Open*, 10(2). 10.1136/bmjopen-2019-031404

Sahned, J., Saeed, D. M. & Misra, S. (2019). Sugar-free Workplace: A Step for Fighting Obesity. *Cureus*, 11(12). 10.7759/cureus.6336

Smith, J. K., Jones, L. M., & Johnson, A. B. (2017). Workplace Nutrition and Employee Satisfaction: A Review of Current Evidence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(8), 765-772.

Van der Put, A. & Ellwardt, L. (2022). Employees' healthy eating and physical activity: the role of colleague encouragement and behaviour. *BMC Public Health*, 22(1). 10.1186/s12889-022-14394-0

Volpe, R., Stefano, P., Massimiliano, M., Francesca, M., Gianluca, S. & Federica, R. (2015). Healthy fats for healthy nutrition. An educational approach in the workplace to regulate food choices and improve prevention of non-communicable diseases. *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 11(12). 10.7759/cureus.6336

Wolfenden, L., Barnes, C., Lane, C., McCrabb, A., Brown, H. M., Gerritsen, S., Barquera, A., Vejar, L. S., Munguia, A. & Yoong, S. L. (2021). *Consolidating evidence on the effectiveness of interventions promoting fruit and vegetable consumption: an umbrella review*. 18(11). https://doi.org/10.1186/s12966-020-01046-y

7 PRILOGE

Vprašalnik

1. Prosim, označite spol.
   - ☐ Moški
   - ☐ Ženska
2. Katero najvišjo stopnjo izobrazbe imate doseženo?
   - ☐ Srednja poklicna izobrazba
   - ☐ Višješolska izobrazba (VI/1.)
   - ☐ Visokošolska/univerzitetna izobrazba (VI/2.)
   - ☐ Magistrska izobrazba (VII.)
3. Koliko obrokov zaužijete v povprečju na dan?
   - ☐ 1-2
   - ☐ 3-4
   - ☐ 5-6
   - ☐ Več kot 6
4. Zajtrkujete pred odhodom na delovno mesto?
   - ☐ Da
   - ☐ Ne
   - ☐ Občasno
5. Kako pogosto na delovnem mestu uživate sadje?
   - ☐ Vsak dan
   - ☐ 3-5 x tedensko
   - ☐ 1-2 x tedensko
   - ☐ Ga ne uživam
6. Kako pogosto na delovnem mestu uživate zelenjavo?
   - ☐ Vsak dan
   - ☐ 3-5 x tedensko
   - ☐ 1-2 x tedensko
   - ☐ Je ne uživam

7. Kako pogosto na delovnem mestu uživate slane prigrizke (čips, krekerji, smokiji,..)?
   - ☐ Vsak dan
   - ☐ 3-5 x tedensko
   - ☐ 1-2 x tedensko
   - ☐ Jih ne uživam
8. Kako pogosto na delovnem mestu uživate sladke prigrizke (tortice, čokolada, bonboni, muffini,..)?
   - ☐ Vsak dan
   - ☐ 3-5 x tedensko
   - ☐ 1-2 x tedensko
   - ☐ Jih ne uživam
9. Približno koliko tekočine spijete tekom celotnega dneva?
   - ☐ Do 0,5 l
   - ☐ 0,5-1 l
   - ☐ 1-1,5 l
   - ☐ Več kot 1,5 l
10. Kako pogosto na delovnem mestu uživate sladke pijače (sok, gazirane sladke pijače,..)?
    - ☐ Vsak dan
    - ☐ 3-5 x tedensko
    - ☐ 1-2 x tedensko
    - ☐ Jih ne uživam
11. Označite naslednje. V vsaki vrstici označite le eno polje.

	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam
Pravilna in uravnotežena prehrana pozitivno vpliva na storilnost na delovnem mestu.					
Na delovnem mestu imam zagotovljeno ponudbo zdravih obrokov.					
Na delovnem mestu imam dovolj časa za pripravo ali uživanje zdravih obrokov.					

Vloga managementa organizacije in krožkov kakovosti pri doseganju skupnih ciljev na področju kakovosti

MAJA OGRIČ, DIPL. M. S.
DOC. DR. SAŠA KADIVEC

POVZETEK

Opis problema: Krožki kakovosti so ena izmed oblik dela/metod za povečanje kakovosti storitev in izboljšanje poslovanja zdravstvene ustanove. Glede na to, da obstajajo številne metode dela in tehnike za izboljšanje kakovosti, se poraja vprašanje, katere od teh metod so najprimernejše oziroma ali so krožki kakovosti ustrezna metoda za povečanje oziroma izboljšanje kakovosti tudi v zdravstveni negi.

Cilj projektnega dela: Namen raziskave je s pomočjo pregleda literature preučiti vlogo krožkov kakovosti v sistemu zagotavljanja kakovosti, pri čemer je treba preučiti učinke krožkov kakovosti na zaposlene in na zdravstveno ustanovo. V okviru tega je odgovorjeno na tri raziskovalna vprašanja, povezana z namenom raziskave, in sicer kakšen je pomen krožkov kakovosti za zagotavljanje dolgoročne kakovosti v zdravstvenih ustanovah; kakšni so učinki krožkov kakovosti na zaposlene z vidika znanja in motiviranosti za delo ter ali management dovolj spodbuja delovanje krožkov kakovosti v zdravstvenih ustanovah?

Metode: V raziskavi je uporabljena analiza virov, ki opisujejo vpliv krožkov kakovosti na zaposlene, zdravstveno ustanovo in vlogo srednjega in vrhnjega managementa do kakovosti, izdanih med leti 2011 in 2023. Uporabljene ključne besede v slovenskem jeziku: kakovost, zdravstvena nega, management, krožki kakovosti, poslovni rezultati in timsko delo.

Za povezovanje ključnih besed je bil uporabljen Boolov operator AND.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 17 člankov, oblikovanih 12 kod, razvrščenih v 3 kategorije. Ugotovljeno je bilo, da sodelovanje zaposlenih v krožkih kakovosti pozitivno vpliva na naslednja področja: z vidika zdravstvene organizacije – večje zadovoljstvo pacientov, manj pritožb pacientov, manj napak in večja kakovost pri zdravstvenih posegih in storitvah ter izboljšanje poslovnih rezultatov. Z vidika zaposlenih krožki kakovosti vplivajo na: izboljšanje znanja in profesionalni razvoj,

izboljšanje motivacije in dobro počutje, boljše odnose med zaposlenimi, izboljšanje komunikacije ter večje zadovoljstvo pri delu. Prav tako je bilo ugotovljeno, da je za uspeh krožkov kakovosti ključno sodelovanje managementa. Odgovornost vodstva je zagotoviti predanost, vodenje, motivacijo in ustrezno podporo tehničnim in človeškim procesom.

Razprava: V raziskavi so ugotovljene številne prednosti in pozitivni učinki krožkov kakovosti. Vendar bi bilo treba v prihodnjih raziskavah vrednotiti dejanske učinke krožkov kakovosti s pomočjo objektivnih indikatorjev (npr. kazalnikov kakovosti) stopnje izboljšanja kakovosti.

Ključne besede: kakovost, zdravstvena nega, management, krožki kakovosti, poslovni rezultati, timsko delo

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Zdravje in varnost sta vrednoti, ki sta v javnomnenjskih raziskavah vselej na prvem mestu. Definicij kakovosti v zdravstvu je veliko. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je kakovost zdravstvenih storitev stopnja doseganja ciljev zdravstvenih sistemov, ki vodijo k izboljšanju zdravja in izpolnjujejo potrebe in pričakovanja prebivalcev (WHO, 2021). Kakovostna zdravstvena oskrba je popolna zadovoljitev potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo z najnižjimi stroški za organizacijo ter v mejah in smernicah, ki jih postavljajo zdravstveni organi in financerji. Kakovost zdravstvene oskrbe pomeni sklop ukrepov med zdravstveno obravnavo, ki vodijo do ugodnega izida zdravljenja. Kakovost je temeljno načelo, ki tvori osnovo načrtov za zagotavljanje in upravljanje zdravstvenih storitev. Ključni atributi kakovosti so profesionalni standardi strukture postopkov, rezultati storitev, uporaba virov in družba usmerjena v izboljšanje rezultatov (Ovretveit, 2011).

Razvoj celovitega sistema kakovosti je nujen, a zahteva spremembe v ustaljenih prepričanjih in načinih razmišljanja ter razumevanje vodstva ustanov, da mora kakovost postati poslovna strategija in temeljno načelo dela. Modele merjenja kakovosti zdravstvenega sistema lahko v grobem razdelimo na modele zagotavljanja kakovosti in modele izboljšanja kakovosti. Modeli zagotavljanja kakovosti temeljijo na ugotavljanju, ali so izpolnjeni določeni standardi, ki so jih določile tretje osebe ali skupine zunaj organizacije. Modeli izboljšanja kakovosti temeljijo na izboljšanju delovanja ključnih procesov znotraj organizacije (Nikolay et al., 2012).

Zdravstveni zavodi v zadnjem desetletju uvajajo vse več novih ali nadgrajenih pristopov k zagotavljanju kakovosti, kot so npr.: celovito obvladovanje kakovosti (TOM),

uporaba kroga PDCA, uporaba standardov ISO, evropski model odličnosti (EFQM), modele uravnoteženih kazalnikov, metodologijo šest sigma, vitko organizacijo in njihove kombinacije ter druge oblike in metode zagotavljanja stalnih izboljšav. Razsežnost kakovosti storitev se meri prek petih kriterijev: vidnost dokazov (dejstev), pravočasna odzivnost, zaupanje, zanesljivost in usmerjenost k odjemalcu – uporabnikom (Konda & Jevtič, 2015). Vlaganje v varnost pacientov in izboljšanje kakovosti je ekonomsko donosno za zdravstveni subjekt in za širšo skupnost. Treba je zgraditi sistem, ki zagotavlja izvajanje zdravstvenega varstva po sprejetih standardih, sistematičnem zbiranju in analizi podatkov o neželenih dogodkih, učenju na napakah in vzpostavitvi standardov, po katerih bo mogoče meriti varnost in kakovost zdravstvene oskrbe (Farkaš - Lainšček et al., 2022).

Med osnovne pristope za izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev prištevamo tudi: spremljanje kazalnikov kakovosti, poročanje o neželenih dogodkih in varnostnih zapletih, posnetke obstoječih stanj in procesov dela ipd. Ključni sistemi nenehnih izboljšav vključujejo:

- standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev,
- redno merjenje raznovrstnih kazalnikov kakovosti,
- identifikacijo odstopanja ter sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov,
- upravljanje s tveganji – risk management (Konda & Jevtič, 2015).

Uspešne organizacije se zavedajo, da je izboljševanje kakovosti pogoj za njihov obstoj in razvoj. Javni zdravstveni zavodi so v veliki meri odvisni od učinkovitosti srednjega managementa (predstojniki, vodje oddelkov, vodilne medicinske sestre). Vloga srednjega menedžmenta je pri izboljševanju kakovosti izjemno pomembna, a o tem, kaj se dejansko dogaja v slovenskem prostoru, je narejeno malo raziskav. Z raziskavo »Kakovost in varnost zdravstvene obravnave: vloga srednjega menedžmenta« je bilo ugotovljeno, da so kompetence srednjega menedžmenta v preučevanih bolnišnicah s področja izboljševanja kakovosti in obvladovanja tveganj slabo razvite (Skela - Savić & Robida, 2012).

V tej raziskavi je prikazano obvladovanje kakovosti z vključevanjem pozitivnih učinkov delovanja krožkov kakovosti v procese dela. Opisane so nekatere metodologije na področju kakovosti, pri čemer se raziskava osredotoča predvsem na vidike kakovosti s strani zaposlenih in zdravstvene ustanove. Predstavljeni so krožki kakovosti kot ena izmed možnih metod dela za povečanje in zagotavljanje dolgoročne kakovosti. Pri tem se izhaja iz osnovnega problema odgovoriti na vprašanja, kaj pomenijo krožki kakovosti za kakovost zdravstvene nege, ali so ustrezna metoda dela za

izboljšanje kakovosti delovnih procesov in rezultatov zdravstvene nege, kakšni so učinki krožkov na zaposlene z vidika znanja in motiviranosti za delo ter ali srednji in vrhnji management dovolj spodbujata delovanje krožkov kakovosti v zdravstveni negi. Obstaja veliko sistemov, metod in orodij za upravljanje kakovosti, med njimi so tudi krožki kakovosti (Kadivec, 2007). Pri tem se pojavlja osnovno problemsko vprašanje, kateri od teh sistemov je najprimernejši oziroma ali so krožki kakovosti ustrezna metoda za ohranjanje in povečanje kakovosti tudi v zdravstveni negi.

Namen in cilji

Namen raziskave je s pomočjo pregleda izbrane literature preučiti vlogo krožkov kakovosti v sistemu zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. Proučiti je treba učinke krožkov kakovosti na zaposlene in na poslovno delovanje zdravstvenih ustanov.

Cilji raziskave so:

- analizirati učinke krožkov kakovosti na delo zaposlenih,
- analizirati vlogo krožkov kakovosti pri doseganju skupnih ciljev organizacije,
- analizirati pomen krožkov kakovosti pri poslovanju zdravstvenih zavodov.

Na podlagi zapisanih ciljev so oblikovana tri raziskovalna vprašanja:

- Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen je pomen krožkov kakovosti za zagotavljanje dolgoročne kakovosti v zdravstvenih ustanovah?
- Raziskovalno vprašanje 2: Kakšni so učinki krožkov kakovosti na zaposlene z vidika znanja in motiviranosti za delo?
- Raziskovalno vprašanje 3: Ali management spodbuja delovanje krožkov kakovosti v zdravstvenih ustanovah?

2 PREGLED SPOZNANJ

Filozofija kakovosti je v zadnjih desetletjih doživela svoj razvoj od začetnih faz usmerjene v kontrolo procesov do današnje poslovne odličnosti, ki vključuje vidike managementa, človeškega kapitala in organizacijskih značilnosti. Vsaka razvojna stopnja je bila specifično prilagojena okoliščinam in danim razmeram. V začetku 20. stoletja se je prvič pojavil procesni pristop pri vodenju kakovosti. Najpomembnejši trenutek se je zgodil v dvajsetih letih prejšnjega stoletja, ko je Walter A. Shewhart razvil statistično kontrolo procesov in znani krog, kasneje poimenovan PDCA krog (plan-do-check-act). Shewarthova načela upravljanja statistične kakovosti so znana kot statistična kontrola kakovosti (SQC). Med drugo svetovno vojno je najbolj zaslužen za nadaljnji razvoj statistične kontrole kakovosti W. Edwards Deming – statistik,

ki je bil velik zagovornik Shewarhovih metod. Njegova filozofija kakovosti je poudarjala pomen predvidevanja potreb, ne le vedeti, kaj stranka zahteva. Zagovarjal je, da morajo biti vse aktivnosti usmerjene v to, da se v storitev vključi tisto, kar je vrednost za stranko (Best & Neuhauser, 2006).

Sredi šestdesetih let prejšnjega stoletja je Avedis Donabedian opredelil pojem kakovosti zdravstvene oskrbe, uvedel dejavnike primerjave, priporočil določanje standardov kakovosti in indikatorjev kakovosti na ravni organizacije, izvedbe in izida oskrbe. Donabedian opredeljuje kakovost zdravstvene oskrbe kot uporabo medicinske znanosti in tehnologije na način, ki maksimira zdravstvene koristi brez povečanja tveganja. Opisuje dva modela vrednotenja kakovosti zdravstvene oskrbe (Ovretveit, 2011; Berwick & Fox, 2016):

- klasični klinični model, ki je omejen na opazovanje kakovosti posameznikovega dela v odnosu do konkretnega pacienta in njegovega specifičnega zdravstvenega primera;
- sodoben socialnomedicinski model, ki poskuša ovrednotiti kakovost dela zdravstvenih timov in ustanov glede na fizične, psihične in socialne razsežnosti zdravja celotne populacije.

Po Donabedianovem modelu merjenje kakovosti v zdravstvu vključuje preučevanje (Farkaš - Lainšček et al., 2022):

- *strukture* oziroma organizacijo oskrbe, ki vključuje razpoložljivost človeških, finančnih in tehničnih virov, njihovo časovno, prostorsko in odzivno razporeditev na potrebe prebivalstva ter pravično delitev stroškov in ugodnosti;
- *procesov,* tj. kako se uporabljajo viri, čas, izogibanje izgubam, zmanjšanje tveganja, praksa, ki temelji na dokazih, na pacienta osredotočena oskrba, obveščanje javnosti in preglednost;
- *rezultatov* zdravstvenega varstva – kakšni rezultati so bili doseženi, zdravje prebivalstva, klinični izid, izpolnitev pričakovanj javnosti in zaposlenih, vrednost za denar.

Pristop k celovitemu upravljanju kakovosti (TQM) se pojavlja kot odgovor »zahoda« na zelo uspešen japonski poslovni koncept Kaizen. Osnova obeh konceptov je, da stremita k nenehnemu napredku in nenehnemu izboljševanju vseh poslovnih procesov. Izboljšanje kakovosti vodi v povečanje zadovoljstva strank, kar vodi do boljših poslovnih rezultatov, kar je cilj tako TQM-a kot Kaizen-a. Gre za povezane filozofije in ju je težko ločiti. Kar ju na neki način razlikuje, je to, da Kaizen v ospredje postavlja človeški faktor, torej kakovost ljudi, medtem ko je pri TQM primarna kakovost izdelek.

Kontekst TQM se nanaša na izboljšanje in napredek tehnologije v nasprotju s Kaizenom, ki ga je mogoče uporabiti v vseh pogledih. Metode implementacije pristopa TQM izhajajo iz voditeljev tega načina vodenja kakovosti, kot so: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa in Joseph M. Juran (Grossu-Leibovica & Kalkis, 2022).

Sistem vodenja kakovosti služi vodenju in spremljanju organizacije glede kakovosti. Zahteva jasen nabor specifikacij in načrtov, norm in postopkov, nadzorne mehanizme, spremljanje in vrednotenje organizacijske učinkovitosti ter finančno, tehnično in administrativno podporo. Doseganje celovitega upravljanja kakovosti (TQM) ne bi bilo mogoče brez uporabe filozofije Kaizen (enotni izraz za več japonskih metod). Izraz Kaizen se nanaša na nenehno izboljševanje vseh procesov v organizaciji, v katerih sodelujejo vsi zaposleni – od delavcev preko srednjega vodstva do najvišjega vodstva. Filozofija Kaizen ne temelji na velikih skokih v spremembah, temveč na nenehnem izboljševanju in optimizaciji procesov. Po filozofiji Kaizen izraz »Dovolj dobro ni nikoli dovolj dobro« spodbuja miselnost, ki si prizadeva za stalno rast in napredek. Izraža koncept – ne glede na to, kako dobro nekaj že je, vedno obstaja prostor za napredek (Tetteh, 2012).

Zdravstvene ustanove morajo izvajati kakovostne storitve. Načelo pristopa k vodenju kakovosti pomeni specifično strukturo organizacije, ki zagotavlja storitve in hkrati stremi k popolnemu zadovoljevanju potreb svojih uporabnikov. Zagotavljanje kakovosti je jamstvo za varnost in preprečevanje tveganj v zdravstvenih ustanovah. Zaradi konkurenčnosti med zdravstvenimi ustanovami je boljša zdravstvena oskrba skupni cilj vseh zdravstvenih timov. Izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe pa je postalo skupna usmeritev vseh mednarodnih zdravstvenih organizacij (Malknecht et al., 2016).

Načrtovanje kakovosti je del vodenja kakovosti, katerega cilj je: določanje ciljev ter določanje potrebnih procesov izvajanja in ustreznih virov za doseganje kakovosti. Uporaba sistema kakovosti ima več prednosti: doseganje boljše komunikacije, jasno definiranje načina ravnanja in odgovornosti, boljše vzdrževanje opreme, vodenje ustrezne dokumentacije, samoocenjevanje sistema ter ustvarjanje obveznosti stalnega spremljanja rezultatov ter ukrepi za izboljšanje sistema (Nikolay et al., 2012).

Dema (2014) izpostavlja tri komponente, ki so povezane s kakovostjo:

Kakovost in organizacijska klima:

- Organizacijsko vzdušje in stopnja zadovoljstva zaposlenih v povezavi s kakovostjo imata vzročno-posledično zvezo. Bolj kot se zaposleni zavedajo,

da so soodgovorni pri doseganju višje kakovosti, večja je verjetnost višje ravni zadovoljstva, kar posledično vpliva na pozitivnejše organizacijsko vzdušje.

Kakovost in zadovoljstvo z vodstvom:

- Korelacijo med dojemanjem kakovosti in ravnjo zadovoljstva zaposlenih z vodstvom organizacije lahko pojasnimo na način: bolj kot so standardi in cilji kakovosti jasno definirani, večja je verjetnost, da bodo zaposleni zadovoljnejši z vodstvom organizacije in obratno.

Kakovost in osebna zavzetost zaposlenih:

- Bolj kot so standardi in cilji kakovosti jasno zastavljeni, večja je verjetnost dviga ravni osebne zavzetosti pri zaposlenih. Večja kot je osebna zavzetost, večjo naklonjenost do kakovosti lahko pričakujemo in obratno.

Strategija Kaizen zahteva uporabo določenih orodij in tehnik. Njihov cilj je izboljšati vse procese v organizaciji in delovno okolje za delo zaposlenih, odpraviti vse nepotrebne ovire in zmanjšati možnost napak na minimum. Za ta orodja je značilno, da imajo pozitiven učinek in močno olajšajo delo ter ne zahtevajo velikih finančnih vložkov. Organizacija, ki želi preživeti, mora delati na strategiji pridobivanja novih in ohranjanja obstoječih strank (uporabnikov). Kaizen je strategija, namenjena strankam, torej je Kaizen krovni koncept, ki vključuje večino unikatnih japonskih rešitev, ki se danes zelo hitro širijo po svetovnem gospodarstvu. Ena od teh rešitev (metod dela) so krožki kakovosti (Koneru, 2018).

Delovne skupine, tim za izboljšave in inovacije ter krožki kakovosti so sinonimi za tehniko, ki se uporablja za izboljšanje učinkovitosti in kakovosti dela. Namen tega pristopa je zbiranje različnih mnenj o določenih temah z namenom iskanja rešitev, izboljšanja kompleksnih problemov, odnosov med člani ter vzpostavitvi učinkovite komunikacije znotraj organizacije. Delovna skupina je strukturirana organizacijska enota s 4 do 12 člani s skupnimi cilji. Moderator je oseba, ki omogoča timu delo in pod njegovim nadzorom potekajo aktivnosti (Kadivec, 2007).

Krožki kakovosti spremljajo tudi probleme, povezane z osebno dimenzijo zaposlenih v zdravstveni negi in probleme, povezane z dobrobitjo organizacije. Največja prednost krožkov kakovosti je njihov vpliv na stališča in vedenje zaposlenih. Posamezniku omogočajo izboljšanje profesionalnih sposobnosti, dvig samopodobe ter pomagajo zaposlenim pri spremembi določenih osebnostnih lastnosti. Povečajo razumevanje zaposlenih za težave, s katerimi se srečujejo nadrejeni in povečajo razumevanje vodij. Zmanjšujejo negativno nastrojenost, zmanjšujejo konflikte, ki izhajajo iz delovnega okolja ter zaposlenim omogočajo boljše razumevanje pomena kakovosti (Dema, 2014).

3 METODE

Izveden je bil pregled znanstvene literature v povezavi s proučevano temo.

3.1 Strategije in rezultati pregleda literature

Uporabljena je znanstvena metoda pregleda literature kvalitativnega značaja. Za iskanje tuje literature so bile uporabljene podatkovne baze: PubMed, ScienceDirect, spletni brskalnik Google (Google Scholar) ter baze podatkov slovenskih knjižnic COBISS.si. Pridobljena literatura in članki so bili iskani s kriteriji, ki vključujejo angleški in slovenski jezik, časovno omejitev objavljene in dostopne literature na obdobje od leta 2011 do leta 2023, pri čemer je bila pri iskanju v bazi podatkov COBISS v slovenskem jeziku narejena izjema in v analizo zajet članek iz leta 2007, saj gre za dober primer vključevanja krožkov kakovosti v slovenski zdravstveni prostor. Pri odločitvi uporabe nekaterih starejših virov je bil upoštevan omejitveni kontekst starejše literature, kot so: modifikacije v raziskovalnih metodologijah, napredek znanosti in družbene spremembe. S premišljenim razumevanjem argumentacij v tem primeru: uveljavljena avtoriteta, zgodovinski kontekst, izvorne ideje/koncepti, teorije, katerih temelj je sodobno razumevanje kakovosti in kritično razmišljanje prinašajo upravičeno uporabo tudi nekoliko starejše literature. Iskana literatura vključuje znanstvene članke, objavljene v znanstvenih revijah, zbornikih, strokovnih publikacijah, knjigah in magistrskih delih. V izbor literature so vključeni recenzirani članki, pri katerih je mogoč dostop do polnega obsega besedila. Namen raziskave je s pomočjo pregleda izbrane literature preučiti vlogo krožkov kakovosti v sistemu zagotavljanja kakovosti, učinke na zaposlene in na poslovno delovanje zdravstvenih ustanov.

Ključne besede pri iskanju literature so v slovenskem jeziku: kakovost, zdravstvena nega, krožki kakovosti, management, poslovni rezultati, timsko delo; v angleškem jeziku: quality, nursing, quality circles, management, business results, teamwork. Pri iskanju literature so bile ključne besede povezane z Boolovim operatorjem (AND).

V raziskavi je uporabljena analiza virov, ki opisujejo vpliv krožkov kakovosti na zaposlene, zdravstveno ustanovo in vlogo managementa. Izvedena je deskriptivna sinteza rezultatov z upoštevanjem tveganja pristranskosti in kakovosti študij. Kriteriji za uvrstitev članka v končno analizo so bili: datum objave med leti 2011 in 2023, članek je bil objavljen v recenzirani reviji, članek je opisal študijo, ki je vključevala krožke kakovosti kot metodo za povečanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene nege, članek je ovrednotil učinek krožkov kakovosti, članek je vrednotil naklonjenost srednjega in vrhnjega managementa do kakovosti. V raziskavi so zajete izkušnje zdravstvenih ustanov iz Slovenije, Združenih držav Amerike, Avstrije, Švice, Kitajske, Indije in Malezije.

Uporabljeni so podatki iz javno objavljenih raziskav, zato potrebna dodatna soglasja za analizo ugotovitev niso potrebna, prav tako se ne omenjajo imena zdravstvenih ustanov ali zdravstvenih delavcev ter bolnikov, zato niso potrebna soglasja za objavo rezultatov.

Podatkovna baza	**Ključne besede**	**Število zadetkov**	**Izbrani viri za analizo**
PubMed	• quality AND quality circles • quality AND quality circles AND nursing • teamwork AND quality circles • management AND quality circles AND nursing	45 5 0 3	**9**
Science Direct	• quality AND nursing AND quality circles AND business results AND teamwork	13	**2**
COBISS	• management IN krožki kakovosti IN zdravstvena nega	13	**3**
Google učenjak	• quality AND quality circles AND nursing • quality AND nursing AND quality circles AND business results AND teamwork • management AND quality circles AND nursing	272 1990 269	**3**
Skupaj		2610	**17**

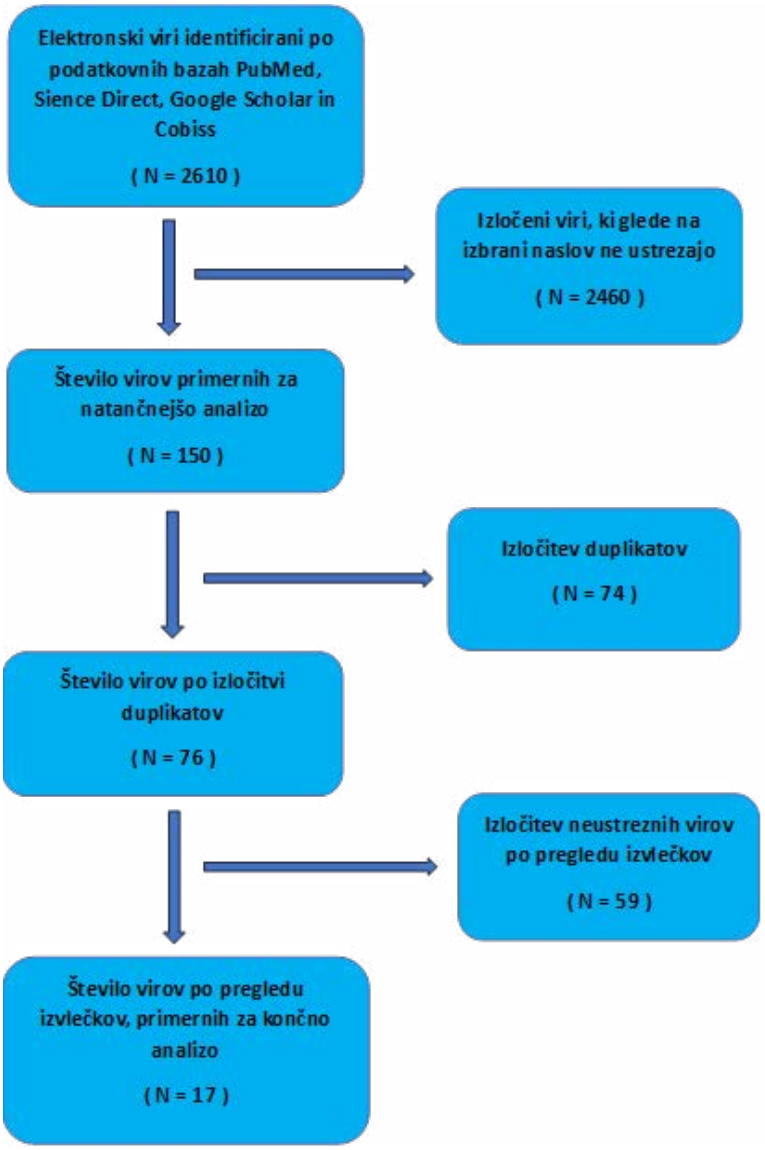
Tabela 1: *Rezultati sistematičnega pregleda zadetkov po ključnih besedah*

Kakovost pridobljene literature je ocenjena po metodologiji Polit in Beck (2021), ki je prikazana v Tabeli 2. V 1. raven spada literatura z najvišjo vrednostjo – gre za posamezne randomizirane kontrolirane klinične raziskave in pregled dokazov, kamor ni umeščen noben strokovni članek. V 2. raven spadajo posamične randomizirane kontrolirane klinične raziskave, kamor so uvrščena tri strokovna besedila. V 3. raven spadajo nerandomizirane raziskave in sistematični pregledi opazovalnih študij (kvazi-eksperimenti) – dve strokovni besedili. V 4. in 5. raven spadajo sistematične in posamezne neeksperimentne opazovalne in kvalitativne raziskave, kamor je uvrščenih šest strokovnih besedil. Raven 6 vsebuje sistematični pregled/metasinteze kvalitativnih raziskav, kamor so uvrščena tri strokovna besedila. V 7. raven spadajo posamezne opisne kvalitativne in deskriptivne študije, kjer so uvrščena tri strokovna besedila, v zadnjo 8. raven, pod katero spadajo strokovna mnenja avtorjev, ni nobenega besedila.

Nivo	Število vključenih strokovnih virov	Hierarhija dokazov Polit in Beck (2021)
Raven 1	/	Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav
Raven 2	3	Posamezne randomizirane kontrolirane klinične raziskave
Raven 3	2	nerandomizirane raziskave in sistematični pregledi opazovalnih študij (kvazi eksperimenti)
Raven 4	3	Sistematični pregled neeksperimentalnih opazovalnih in eksplorativnih kvantitativnih raziskav
Raven 5	3	Posamezne opisne in neeksperimentne opazovalne raziskave
Raven 6	3	Sistematični pregled/metasinteze kvalitativnih raziskav
Raven 7	3	Posamezne opisne kvalitativne in deskriptivne raziskave
Raven 8	/	Ne – raziskovalni viri, mnenja avtorjev, mnenja ekspertnih komisij

Tabela 2: *Hierarhija dokazov*

Kakovost pregleda literature je shematsko ter opisno predstavljena z diagramom PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis). Za screening ustreznosti naslovov in povzetkov ter izločitev duplikatov je bila uporabljena spletna platforma Covidence. Za namen raziskave je bilo za končno analizo primernih in vključenih 17 zadetkov.



Slika 1: *Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA*

3.2 Spoznanja pregleda literature

Pri pregledu izbrane literature je bila izvedena vsebinska analiza spoznanj vključenih strokovnih raziskav. Uporabljena je tehnika odprtega kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij. Oblikovane so tri kategorije, in sicer:

- Kategorija 1: Učinki na zaposlene
- Kategorija 2: Učinki za zdravstveno ustanovo
- Kategorija 3: Management in krožki kakovosti

Pri kategoriji 1: Učinki na zaposlene so oblikovane naslednje kode:

- izboljšanje znanja in profesionalni razvoj,
- izboljšanje motivacije in dobro počutje,
- odnosi med zaposlenimi,
- izboljšanje komunikacije,
- zadovoljstvo pri delu.

Pri kategoriji 2: Učinki za zdravstveno ustanovo so oblikovane kode:

- zadovoljstvo pacientov,
- pritožbe pacientov,
- napake pri posegih in storitvah,
- kakovost zdravstvenih posegov,
- poslovni rezultati in konkurenčnost.

Pri kategoriji 3: Management in krožki kakovosti sta oblikovani dve kodi:

- spodbujanje managementa,
- sodelovanje in vključitev managementa.

KATEGORIJE	KODE	AVTORJI
Učinki na zaposlene	Izboljšanje znanja in profesionalni razvoj	Kaiser Kupnik, 2019 Koner, 2018 Kral et al., 2018 Rohrbasser et al., 2018 Rohrbasser et al., 2022 Janusik, 2022 Tetteh, 2012 Wang et al., 2013
	Izboljšanje motivacije in dobro počutje	Kaiser Kupnik, 2019 Tetteh, 2012 Wang et al., 2013
	Odnosi med zaposlenimi	Lipovac, 2013 Wang et al., 2013
	Izboljšanje komunikacije	Kaiser Kupnik, 2019 Lipovac, 2013 Janusik, 2023 Wang et al., 2013
	Zadovoljstvo pri delu	Kaiser Kupnik, 2019 Kral et al., 2018 Rohrbasser et al., 2018 Hassan in Tetteh, 2012 Wang et al., 2013
Učinki na zdravstveno ustanovo	Zadovoljstvo pacientov	Cateau et al., 2021 Kadivec, 2007 Kral et al., 2018 Lipovac, 2013
	Pritožbe pacientov	Kadivec, 2007
	Napake pri posegih in storitvah	Cateau et al., 2021 Malknecht et al., 2016 Mena et al., 2023 Nicolay et al., 2012
	Kakovost zdravstvenih posegov	Kadivec, 2007 Lipovac, 2013 Malknecht et al., 2016 Mena et al., 2023 Nicolay et al., 2012 Ovretveit, 2011 Rohrbasser et al., 2013 Rohrbasser et al., 2022
	Poslovni rezultati in konkurenčnost	Koneru, 2018 Nicolay et al., 2012 Ovretveit, 2011 Tetteh, 2012 Šimec 2022
Management in krožki kakovosti	Spodbujanje managementa	Kaiser Kupnik, 2019 Koneru, 2018
	Sodelovanje in vključitev managementa	Kaiser Kupnik, 2019 Šimec, 2022

Tabela 3: *Razporeditev kod po kategorijah*

V Tabeli 4 so prikazani znanstveni in strokovni članki, ki so razdeljeni po avtorjih in letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu strokovnega besedila, vzorcu in državi raziskave ter ključne ugotovitve raziskav, ki so vključene v sistematični pregled literature.

Tabela 4: *Tabelarični prikaz rezultatov*

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen strokovnega besedila	Vzorec, država raziskave	Ključne ugotovitve in spoznanja raziskave
Cateau et al., 2021	Randomizirana kontrolirana študija	V Švici od leta 2010 deluje farmacevtska služba, ki deluje v obliki QC med farmacevti, zdravniki in medicinskimi sestrami, s ciljem doseganja izboljšanja predpisovanja in uporabe zdravil.	58 zdravstvenih ustanov iz Švice	Intervencije tovrstnih krožkov kakovosti so se izkazale za učinkovite pri zmanjševanju uporabe nekaterih potencialno škodljivih zdravil, niso pa vplivale na zmanjšanje celokupnega predpisovanja zdravil. Gre za koristno dopolnitev drugih metod.
Janusik, 2023	Kvalitativna študija, sistematičen pregled literature	Analizirati učinke usposabljanja zaposlenih za aktivno poslušanje	51 analiziranih raziskav	Večina raziskav se osredotoča na sposobnosti poslušanja zaposlenih v nasprotju z dinamičnimi učinki poslušanja in njihovimi povezavami s finančnimi, uspešnostnimi in vedenjskimi kazalci.
Kadivec, 2007	Mešana metoda, uvodni del predstavitev teoretičnih spoznanj o krožkih kakovosti ter opis delovanja krožkov kakovosti v izbrani ustanovi; v nadaljevanju anketna raziskava med bolniki	Namen analize je ugotavljanje učinkovitosti modela krožkov na rezultate izbranih kazalnikov kakovosti: razjede zaradi pritiska, padci, zasebnost in informiranje.	Slovenija, klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	Krožki kakovosti omogočajo sledenje načelom sistema kakovosti. Z delovanjem krožkov kakovosti je dosežena izboljšava na nekaterih področjih, merjenih s kazalniki kakovosti. Krožki kakovosti vplivajo tudi na druge dejavnosti – vidni so sinergijski učinki.
Kaiser-Kupnik, 2019	Mešana metoda, uvodni del pregled literature, v nadaljevanju kvantitativna metoda	Namen raziskave je raziskati in razložiti ključne dejavnike na področju managementa znanja v zdravstvenih ustanovah.	UKC Maribor, 187 anketirancev, Slovenija	Zaposleni v zdravstveni negi se zavedajo pomembnosti managementa znanja. Zavod priznava znanje kot del svojega intelektualnega kapitala, management znanja pomaga pri učinkovitosti in kakovosti opravljenega dela. Management znanja ni del organizacijske kulture ustanove. Izvajanje in aplikacija managementa znanja sta odvisni od posameznika, motivacije in potrebe po znanju. Izkustveno znanje zaposlenega je največjega pomena in kot takšno zelo cenjeno med zaposlenimi.

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen strokovnega besedila	Vzorec, država raziskave	Ključne ugotovitve in spoznanja raziskave
Koneru, 2018	Pregled literature o krožkih kakovosti	Analizirati, na katere organizacijske in individualne rezultate vpliva udeležba v krožkih kakovosti. Analizirati pomembne cilje krožkov kakovosti.	Izkušnje o krožkih kakovosti v Indiji	V krožkih kakovosti redno izvajajo kontrolne aktivnosti v okviru organizacije in medsebojnega razvoja, nadzora in izboljšav na delovnem mestu. Člani krožkov se usposabljajo za reševanje problemov, statistični nadzor kakovosti in skupinski proces. Krožki kakovosti predstavljajo najboljšo rešitev za problem kakovosti in produktivnosti, ki jih lahko izvaja vodstvo.
Kral et al., 2018	Kvalitativna študija, fokusna skupina	Skupina se je v šestih mesecih sestala štirikrat. Na prvem srečanju so bila identificirana problematična področja. Na drugem srečanju so razpravljali o specifičnih vprašanjih novih praks in obravnavo predlogov za izboljšave. Tretje srečanje je bilo sestavljeno iz analize predlaganih ukrepov, njihovega izvajanja, na četrtem srečanju so ocenjevali ukrepe in učinke.	Češka skupina zdravstvenih delavcev in pripravnikov	Majhne skupine ponujajo dobro platformo možnosti za podporo mladim zdravnikom splošne medicine, ko začenjajo svojo prakso. V okviru srečanj malih skupin so zdravniki začetniki dobili odgovore na vrsto vprašanj, ki izhajajo iz aktualne problematike. Podani so bili predlogi s področja organizacije dela, večjega zadovoljstva pacientov in večjega zadovoljstva zaposlenih.
Lipovac 2013	Mešana metoda, sistematičen pregled literature in kvantitativna raziskava	Prikazati krožke kakovosti kot eno izmed metod managementa kakovosti, ki jih uporabljamo za stalno izboljševanje kakovosti. Prikazan je primer uvajanja enega izmed krožkov v socialnovarstveni ustanovi.	Predstavljen slovenski dom starejših občanov, 105 anketirancev, Slovenija	Več kot polovica anketiranih je mnenja, da bi bilo v organizacijo dobro uvesti krožke kakovosti. Anketirani bi na krožkih reševali predvsem težave pri svojem delu, katerih rešitve bi privedle do konstruktivnih odnosov s svojci, do dobrih medsebojnih odnosov in do boljšega pretoka informacij. Anketirani menijo, da bi z izvajanjem krožkov kakovosti izboljšali tudi kazalnike kakovosti.

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen strokovnega besedila	Vzorec, država raziskave	Ključne ugotovitve in spoznanja raziskave
Mahlknecht et al., 2016	Opazovalna študija, primerjalna analiza	Oceniti, ali je mogoče s pomočjo samopresoje, primerjalne analize v krožkih kakovosti izboljšati kazalnike kakovosti za osem kroničnih bolezni.	Avstrija – zdravstvene ustanove v Salzburgu, odzvalo se je 19 ordinacij in 20 osebnih zdravnikov.	Prva študija, ki je v Avstriji analizirala učinke krožkov kakovosti. V začetnem obdobju so opazili velike izboljšave, ki kažejo na to, da so učinki možni v kratkem času. Učinki se kažejo pri zmanjšanju števila hospitalizacij in zmanjšanju umrljivosti. Najboljši učinki so vidni v prvih devetih mesecih po uvedbi krožkov kakovosti.
Mena et al., 2023	Opazovalna randomizirana kontrolirana klinična raziskava	Namen študije je oceniti učinkovitost krožkov kakovosti (QC DeMo) za namen preprečevanja in zmanjšanja predpisovanja potencialno nevarnih zdravil in polifarmacije, pri čemer se farmacevti in zdravniki o tem posvetujejo na sestankih. Učinki so se ocenjevali s pomočjo vprašalnikov.	Švica – 26 domov za starejše	Zdravstveni delavci so dobro sprejeli strategije izvajanja: po mnenju farmacevtov je bilo usposabljanje ustrezno. Zdravstveni delavci so prepoznali posebno in pomembno vlogo vsakega zdravstvenega delavca v procesu ravnanja z zdravili. Implementacija krožkov kakovosti pri nadzoru predpisovanja zdravil je izvedljiva, vendar njihovo vzdrževanje v praksi še vedno predstavlja izziv.
Nicolay et al., 2012	Deskriptivna študija, sistematični pregled literature z metaanalizo	Namen sistematičnega pregleda je bil identificirati in ovrednotiti uporabo in učinkovitost različnih metodologij za izboljšanje kakovosti na področju kirurgije.	Analiza 34 empiričnih študij, ki so analizirale metode izboljšanja kakovosti v kirurški oskrbi, ZDA.	Vse metodologije, ki so sicer poznane iz industrijske prakse, lahko pomembno vplivajo na izboljšanje kirurške oskrbe, od zmanjšanja stopnje okužb do povečanja učinkovitosti v operacijskih sobah. Večina študij je bila opravljenih v ZDA. Devet študij je analiziralo nenehno izboljševanje kakovosti tudi s pomočjo sodelovanja v skupinah (krožkih kakovosti).

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen strokovnega besedila	Vzorec, država raziskave	Ključne ugotovitve in spoznanja raziskave
Ovretveit, 2011	Deskriptivni članek, ki analizira pogoje za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, neeksperimentalna raziskava	Članek predlaga načine za pridobivanje znanja, potrebnih za različne spremembe na področju kakovosti zdravstvenih storitev.	Opis različnih metod za izboljšanje kakovosti	Izboljšanja kakovosti ni mogoče pripisati samo enemu dejavniku, številni dejavniki vplivajo na izvedljivosti in uspeh. Nekaj uporabnega znanja za izboljšanje kakovosti je mogoče pridobiti z uporabo raziskovalnih načrtov zdravljenja, z uporabo dokumentiranega pragmatičnega testiranja PDCA ali pa drugih neeksperimentalnih metod. Čeprav krožki kakovosti med temi metodami niso izrecno navedeni, sklepamo, da avtor med drugimi neeksperimentalnimi metodami misli tudi na krožke kakovosti.
Rohrbasser et al., 2013	Zasnova kvalitativne raziskave (intervjuji z zainteresiranimi deležniki)	Primarni namen je razložiti program krožkov kakovosti. Pojasniti, zakaj, kako in kdaj delujejo krožki kakovosti, v katerem časovnem okviru in v kakšnih okoliščinah. Določiti optimalne pogoje za uspeh krožkov kakovosti.	Švicarske in evropske zdravstvene ustanove	Analiza vzorcev razkriva, kako krožki kakovosti delujejo in kako odnosni dejavniki medsebojno vplivajo na njihov rezultat.
Rohrbasser et al., 2018	Sistematičen pregled literature	Pregled literature, namenjen identifikaciji možnih definicij krožkov kakovosti, njihovega izvora in njihove učinkovitosti v primarni zdravstveni oskrbi ter odkrivanju vrzeli v znanju.	Evropske zdravstvene ustanove, v analizo je bilo zajetih 23 člankov.	Krožki kakovosti niso standardizirani in njihove tehnike so zapletene. Krožki kakovosti lahko učinkovito spremenijo vedenje posameznikov in organizacije. Sodelovanje v krožkih kakovosti lahko poveča poklicno samozavest.
Rohrbasser et al., 2022	Mešana metoda (kvalitativna in kvantitativna), ki temelji na pregledu teoretične literature	Razumeti, kako in zakaj sodelovanje v krožkih kakovosti izboljša psihološko dobro počutje splošnih zdravnikov in kakovost njihove klinične prakse. Zagotoviti z dokazi podprte in praktične smernice za izvajanje krožkov kakovosti.	Raziskava je obsegala 4 intervjuje in 3 fokusne skupine s 50 evropskimi strokovnjaki	Skupinska dinamika močno vpliva na uspeh; moderatorji morajo udeležencem zagotoviti izmenjavo znanja in ustvarjanje novih konceptov v varnem okolju. Skupinska interakcija spodbuja profesionalni razvoj in psihološko dobro počutje. S ponavljanjem udeleženci pridobijo samozavest, da svoje nove koncepte uporabijo v praksi.

Avtor, leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen strokovnega besedila	Vzorec, država raziskave	Ključne ugotovitve in spoznanja raziskave
Šimec, 2022	Sistematični pregled literature z deskriptivno metaanalizo	Analiza prisotnosti koncepta učeče se organizacije v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, v državah Evropske unije in v svetu.	Z upoštevanjem omejitvenih kriterijev so za obdelavo prispevkov izbrali 12 enot literature.	Nenehne spremembe okolja zahtevajo stalno prilagajanje menedžmenta organizacije, kar učeča se organizacija omogoča. Zdravstvena ustanova lahko kot učeča se organizacija deluje bolj uspešno in konkurenčno. Določene slovenske zdravstvene ustanove vključujejo posamezne elemente učeče se organizacije.
Tetteh, 2012	Deskriptivna študija sistematičnega pregleda literature	Analizirati učinke Kaizen-a		Prednosti Kaizen-a se kažejo v izboljšanju učinkovitosti in v stalnih izboljšavah. Model Kaizen nudi posebna navodila za perioperativne medicinske sestre, da dosežejo izboljšanje procesa v okviru petih korakov (timsko delo, osebno disciplino, izboljšano moralo, krožke kakovosti in predloge za izboljšave).
Wang et al., 2013	Randomizirana opazovalna študija	Namen študije je analiza učinkov uporabe krožkov kakovosti v povezavi z Demingovim krogom PDCA za trajno izboljšanje dela v zdravstveni ustanovi.	92 krožkov kakovosti v zdravstveni ustanovi Zhejiang.	Rezultati raziskave kažejo, da so zdravstveni delavci po sodelovanju v krožkih kakovosti bistveno izboljšali svojo sposobnost reševanja problemov, občutek odgovornosti, komunikacijo, koordinacijo, timsko povezanost, iniciativnost in pristop k kontroli kakovosti, jezikovne sposobnosti, občutek časti in osebne kvalifikacije. Izboljšave v pristopu k nadzoru kakovosti so bile najbolj izrazite.

4 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Priča smo času, ko se kakovost zahteva na vsakem koraku in v vsakem trenutku. Na to ne gledamo samo kot na skladnost z nekimi normami, temveč kot na odličnost v delovanju, ki povečuje zadovoljstvo uporabnikov – v našem primeru pacientov. Odličnost ni teorija – je oprijemljiv dosežek tega, kar sodobna organizacija počne in kako deluje s prepričanjem, da bo tako tudi v prihodnje. Za spodbujanje zaupanja v uspešnost rezultatov v prihodnosti so potrebni dokazi, da je to, kako organizacija deluje, dobro zasnovano, sistematično in nenehno preverjano in izboljševano.

Kot nam na mnogih mestih v publikaciji govorijo avtorji Farkaš - Lainšček in sodelavci (2022), je zdravstveni sistem kompleksen, odvisen od številnih dejavnikov, kakovost pa je njegova hrbtenica. Dostopnost zdravstvenih storitev je ena temeljnih človekovih pravic. Pacient ima pravico pričakovati visoko stopnjo varnosti pri uporabi zdravstvenih storitev. Uvedba upravljanja kakovosti postaja nuja za vse zdravstvene ustanove, saj zagotavlja varno zdravljenje in povečuje zadovoljstvo pacientov. Pacientom je dana možnost izbire zdravstvene ustanove, ki zagotavlja kakovostno in varno storitev. Prav tako lastniki zdravstvenih ustanov zahtevajo optimalno kakovost zdravstvenih storitev v skladu z vloženimi finančnimi sredstvi. Ocenjevanje in merjenje varnosti pacientov je pomemben pokazatelj kakovosti dela zdravstvene ustanove, hkrati pa je izhodišče za načrtovanje in sprejemanje ukrepov za izboljšanje. Spremljanje in analiziranje neželenih dogodkov in organizacijskih praks varnosti pacientov prispeva k poznavanju vzrokov, preventivi in varni praksi ter pomaga preprečevati prihodnje neželene učinke bolnišnične oskrbe, da bi dolgoročno zmanjšali njihove škodljive učinke, skrajšali dolžino zdravljenja in zmanjšali stroške zdravljenja. Vidimo torej, da je najpomembnejša dimenzija zdravstvenega varstva in prioriteta vsakega zdravstvenega sistema varnost pacienta in pacient v središču oskrbe, zato si moramo prizadevati, da bo sistem čim bolj varen tako za pacienta kot za vse tiste, ki skrbijo za zdravstveno oskrbo.

Eden od vodilnih teoretikov in praktikov s področja kakovosti v zdravstvu (Ovretveit, 2011) piše o izboljšanju kakovosti v prizadevanju za poslovno odličnost. Naložbe v doseganje poslovne odličnosti so se že izdatno obrestovale v organizacijah, ki so zgradile temeljno močne sisteme vodenja kakovosti, danes pa se vse bolj selijo na področje zdravstvene nege. Odličnost je stanje, v katerem bi se morala znajti vsaka zdravstvena organizacija, ki ji je mar za položaj na trgu – hitrost doseganja poslovne odličnosti bo odvisna od tega, v kolikšni meri bo organizacija sprejela vitalna načela vodenja kakovosti.

Kot je bilo že omenjeno, živimo v času vse bolj hitrih, kompleksnih in nepredvidljivih sprememb. Spremembe so edina stalna kategorija in se dogajajo vsak dan. Prilagodljivost in proaktivnost nista več lastnosti za doseganje konkurenčne prednosti, temveč nujen način preživetja. Posledično se razvijajo novi koncepti upravljanja kakovosti. Eden od njih je Kaizen, japonska poslovna filozofija, ki temelji na prizadevanju za nenehne izboljšave. Kot uvodoma govori Koneru (2018), ta filozofija temelji na dejstvu, da nič ni popolno in da se je treba nenehno izpopolnjevati in izboljševati. Osnovna filozofija Kaizena je nespremenljiva, medtem ko lahko orodja in tehnike izvajanja te filozofije sčasoma spreminjamo, dopolnjujemo in izpopolnjujemo. Kaizen je poslovna filozofija, z uporabo katere vodje dosegajo številne pozitivne učinke, kar

potrjujejo vsi analizirani članki te raziskave. Tehnike in orodja uporabljene v Kaizenu ne zahtevajo velikih finančnih vložkov, niso invazivne izboljšave, tudi najmanjše bi se morale pojavljati dnevno, kar Koneru (2018) dokazuje s tezo, da majhne in nenehne izboljšave na dolgoročni ravni dosegajo velike prihranke in velike izboljšave vseh procesov v organizaciji. Ovira za širšo uporabo poslovnega koncepta Kaizen bi lahko bila, kot ugotavlja Koneru (2018), individualnost in medsebojna tekmovalnost zaposlenih. Zato je nujno, da je na čelu organizacije pravi vodja.

S spreminjanjem zavesti zaposlenih, krepitvijo timskega duha in prisotnosti v samem izviru pomembnih dogodkov se bodo trudili vedno bolje delati. Ljudje so najpomembnejša sestavina vsake organizacije, a samo njihova sinergija daje odlične rezultate. Fleksibilnost in proaktivnost vodje bosta omogočili izstopanje od konkurence, motivirani in zadovoljni delavci pa bodo prispevali h kakovostnemu delu organizacije (Dema, 2014).

Odgovornost vodstva je zagotoviti predanost, vodenje, motivacijo in ustrezno podporo tehničnim in človeškim procesom. Vodstvo mora spodbujati vključevanje zaposlenih v izboljšanje kakovosti ter razvoj kulture kakovosti in varnosti s spreminjanjem dojemanja in odnosa do nje. Poudarek je na percepciji, da so napake bolj povezane s sistemom kot s posamezniki. Uspešnost implementacije TQM je pogojena z obstojem osmih elementov: etike, integritete, zaupanja, usposabljanja, timskega dela, vodenja, prepoznavnosti in komunikacije (Grossu - Leibovica & Kalkis, 2022). Medicinske sestre in strokovni vodje morajo sprejeti preventivne in korektivne ukrepe, da zagotovijo zadovoljivo kakovost zdravstvene oskrbe. Nujno je, da krovni vodje zdravstvenih ustanov vodijo razvoj politike kakovosti, ki temelji na kliničnih smernicah in protokolih. Obstoječe politike vodenja pa morajo oblikovati celovite smernice, ki pokrivajo širok spekter dejavnosti zdravstvene nege. Upravljanje kakovosti zdravstvene oskrbe pomeni proces, ki temelji na strategiji odkrivanja in preprečevanja napak z uporabo Demingovega PDCA cikla. Dejstvo je, da je zdravstveni sistem pomanjkljiv, a za to niso krivi zaposleni, ampak je med drugim potrebno odlično vodenje (Ovretveit, 2011). Izboljševanje kakovosti oskrbe je stalen izziv za medicinske sestre in vodje v bolnišnicah, saj zdravstvena oskrba odraža raven dostopnosti do najboljšega zdravstvenega izida pacienta, zato morajo biti storitve učinkovite in uspešne (Kadivec, 2007).

K izoblikovanju razvojnih rešitev na področju kakovosti pripomorejo krožki kakovosti, če izhajamo iz predpostavke, da zaposleni/osebje v mikrosistemih najbolje poznajo probleme svojih delovnih mest, zato vedo, kaj je treba spremeniti, da bo delo opravljeno kakovostnejše. Ker imajo zaposleni zelo različen pogled na to, kakšno naj

bi bilo kakovostno opravljeno delo, kakšno vrednost ima vključevanje zaposlenih pri oblikovanju standardov kakovosti, je v tovrstne time pomembno vključiti različne profile. S tem omogočimo, da posamezniki lahko spregovorijo o lastnih idejah, ki so jih pridobili iz izkušenj. Za usklajevanje različnih pogledov na področju kakovosti potrebujemo delovne skupine, v katerih se s skupnim dialogom lahko odstrejo raznovrstni interesi, problemi, mnenja in stališča, ki se med seboj primerjajo in dopolnjujejo (Dema, 2014).

Krožki kakovosti, kot ena izmed metod Kaizen, pomagajo vodstvu in zaposlenim delovati v skladu z načeli kakovosti, pacientom pa to pomaga pri tem, da dobijo kakovostno zdravstveno oskrbo, ko jo potrebujejo. Način zagotavljanja zdravstvene oskrbe, ki ga vodi premišljena integracija najboljših razpoložljivih znanstvenih spoznanj s kliničnimi izkušnjami, o katerih se razpravlja v okviru krožkov kakovosti, omogoča kritično vrednotenje raziskovalnih podatkov, smernic in drugih virov informacij z namenom pravilne prepoznave problema in uporabe najboljših intervencij. Vzpostavitev sistema vodenja kakovosti je proces, ki zahteva polno predanost in vključenost vodstva in vseh zaposlenih v zdravstveni ustanovi ter povečevanje znanja, usposabljanje in ustvarjanje ugodnega okolja za razvoj in izboljšanje kakovosti. Takšen sistem je osnovni pogoj za kakovostno delovanje zdravstvenega sistema. Zagotavljanje kakovosti je jamstvo za varnost in preprečevanje tveganj v zdravstvenih ustanovah. Razvoj sistema kakovosti je nujen za čim boljšo in zanesljivo oskrbo pacientov, a zahteva spremembe v ustaljenih prepričanjih in načinih razmišljanja ter razumevanje vodstva zdravstvenih ustanov, da mora kakovost postati poslovna strategija in temeljno načelo. In pri vsem tem nam lahko pomagajo krožki kakovosti, kot je bilo ugotovljeno na podlagi analize 17 raziskovalnih člankov, ki so bili analizirani in ki so vsi poudarjali ugotovljene pozitivne učinke. V nobenem od teh člankov namreč ni bilo mogoče zaslediti negativnih učinkov.

Krožki kakovosti so metoda dela, ki vpliva na rezultate izbranih kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe, kot so pogostost razjed zaradi pritiska, padcev, obveščenost pacientov, organizacijska kultura, organizacijska klima, zadovoljstvo zaposlenih, zadovoljstvo uporabnikov … (npr. Dema, 2014, Gustafson et al., 2013, Kadivec, 2007, Mena et al., 2023, Nicolay et al., 2012, Ovretveit, 2011, Rohrbasser et al., 2022). Delo v krožku kakovosti mora temeljiti na izmenjavi izkušenj in sistematičnem uvajanju novih znanj v delo. Vendar ne gre za kratkoročne učinke, saj njihovo spremljanje zahteva daljše časovno obdobje. Kot navaja Kadivec (2007) v eni prvih študij o krožkih kakovosti v Sloveniji, imajo krožki kakovosti še številne druge pozitivne posledice, kot so spremembe in večja pozornost na določenih področjih, na katerih krožki delujejo. Tudi Ovretveit (2011) navaja, da se krožki kakovosti ne uporabljajo zgolj za reševanje

problemov. Nekateri z njimi postavljajo standarde, izboljšujejo procese, pišejo klinične poti ipd. Isti avtor med drugim v svojih ugotovitvah o delovanju krožkov kakovosti opozarja, da je smiselno sistemsko pristopiti k reševanju kompleksnih problemov. Navedeno je tudi, da je treba spodbujati nadaljnje raziskovanje dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost reševanja tovrstnih problemov. Če želimo krožke kakovosti uporabljati kot glavno sredstvo za izboljšanje kakovosti, je treba več pozornosti nameniti rezultatom dela timov za kakovost. Krožki kakovosti imajo potencial za reševanje kompleksnih problemov v sodobnih zdravstvenih sistemih, vendar na žalost mnogi med njimi niso dovolj učinkoviti (Ovretveit, 2011).

Ugotovljeno je bilo, da se krožki kakovosti osredotočajo na razvoj in nenehno izboljševanje kakovosti. Skupine medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev načrtujejo in izvajajo strategijo lastnega razvoja in razvoja svojega dela s pomočjo sodelovanja v krožkih kakovosti. S krožki kakovosti dvigujemo kakovost storitev ter povečujemo motivacijo, usposobljenost in zadovoljstvo zaposlenih, kot npr. ugotavljajo Kaiser - Kupnik, 2019, Hassan & Tetteh, 2012, Wang et al., 2013. Prav tako s krožki kakovosti krepimo osebnost, odnose med zaposlenimi, odnose z vodstvom, sposobnosti in strokovnost članov. Poudarek je na razvoju posameznikov in ekipe ter širjenju idej znotraj ekipe, kar med drugim ugotavlja tudi Lipovac (2013).

Krožke kakovosti pogosto uporabljajo zdravniki družinske medicine – predvsem zasebni zdravniki kot protiutež profesionalni izolaciji. Prav tako se krožki kakovosti uporabljajo v okviru sodelovanja med zdravniki in farmacevti, kar dokazujejo raziskave Mena in sod. (2023) in Cateau et al. (2021). Krožki kakovosti delujejo v obliki študijskih skupin, katerih cilj je aktivno sodelovanje in izmenjava izkušenj za izboljšanje dela. Poleg izmenjave izkušenj zdravniki, medicinske sestre in farmacevti spremljajo in ocenjujejo svoje delo, primerjajo dosežke s soudeleženci in pridobivajo nova znanja. Kakovostni krogi morajo biti izvedeni v nizu korakov, ki vodijo v nov krog, kjer člani skupine ponovijo isto ali izberejo drugo področje. Eno izmed pomembnih področij, primernih za obravnavo v kakovostnem krogu, je komunikacija med zdravnikom in pacientom, pri čemer je skupina odličen način za izboljšanje komunikacijskih veščin, kar ugotavljajo raziskave (Kaiser - Kupnik, 2019; Lipovac, 2013; Janusik, 2023; Wang et al., 2013).

Dobro organiziran in učinkovit krožek kakovosti dviguje kakovost strokovnega delovanja, kar vodi v večje zadovoljstvo pacientov in njihovih družin. Hkrati povečuje delovno zadovoljstvo pri zdravstvenih delavcih (Kral et al., 2018; Malknecht et al., 2016). Za zaključek lahko rečemo, da noben zdravstveni delavec ne more sam v okviru vsega svojega strokovnega znanja in kompetenc zadovoljiti vseh kompleksnih potreb stroke, torej pacienta. Nekaterih dejavnosti sploh ni mogoče organizirati zunaj

timskega dela. Timsko delo, ki se lahko odvija v okviru krožkov kakovosti, je v sodobni medicini nepogrešljiv element kakovostnega strokovnega delovanja. Organizacija in kakovostno delo v okviru zdravstvenega tima zahtevata dodatno izobraževanje, ki se mora začeti že med študijem, nadaljnji razvoj pa usklajevati tako s potrebami specialistične usmeritve kot tudi z osebnostnimi lastnostmi, pri čemer so krožki kakovosti lahko v veliko pomoč.

Raziskava oziroma pregled izbrane literature nam pokaže le enega izmed vidikov kompleksnega celovitega koncepta, poimenovanega kakovost. V raziskavi so torej ugotovljene številne prednosti in številni pozitivni učinki krožkov kakovosti. Kljub temu pa ima raziskava določene pomanjkljivosti. V številnih raziskavah, ki so zajete v analizo, namreč učinki krožkov kakovosti niso izmerjeni s kazalniki kakovosti. Zato je skoraj nuja, da bi se izvedle raziskave, ki bi učinke krožkov kakovosti v slovenskih bolnišnicah natančneje ovrednotile s pomočjo natančnih in primerljivih kazalnikov npr. ciljanih kazalnikov kakovosti. Prav tako krožkov kakovosti in njihovih učinkov, razen raziskave Kadivec (2007) in Lipovac (2013), natančneje ne opisuje nobena slovenska raziskava. Ker so te raziskave že časovno oddaljene, se predlaga raziskati, kje in na kakšen način v Sloveniji v zdravstvenem sistemu delujejo krožki kakovosti in kakšni so njihovi objektivni učinki.

5 SEZNAM LITERATURE

Berwick, D., & Fox, D. M. (2016). „Evaluating the Quality of Medical Care“: Donabedian‘s Classic Article 50 Years Later. *The Milbank quarterly*, 94(2), 237–241. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911723/pdf/MILQ-94-237.pdf, PMID:27265554

Best, M., & Neuhauser, D. (2006). Walter, A. Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. *Quality & Safety In Health Care*, 15(2), 142–143. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464836/, PMID: 16585117

Cateau, D., Ballabeni, P. & Niquille, A. (2021). Effects of an interprofessional Quality Circle-Deprescribing Module (QC-DeMo) in Swiss nursing homes: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*; 21(1): 289. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02220-y PMID: 33933030

Dema, H. (2014). Analiza odnosa do kakovosti kot gradnika organizacijske klime, zadovoljstva in osebne zavzetosti zaposlenih v zdravstvu (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. https://dk.um.si/Dokument.php?id=65873&lang=slv

Farkaš - Lainšček, J., Grabar, D., Kobal - Straus, K., Marušič, D., Poldrugovac, M., & Simčič, B. (2022). Kakovost in varnost v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/02/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-splet.pdf

Grossu - Leibovica, D., & Kalkis, H. (2022). Total quality management tools and techniques for improving service quality and client satisfaction in the healthcare environment: A qualitative systematic review. *Management Science Letters,* 13(2), 118-123. https://www.growingscience.com/msl/Vol13/msl_2022_33.pdf

Janusik, L. (2023). Listening training in organizations. *Current Opinion in Psychology*; 52: 101631. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101631

Konda, I., & Jevtić, P. (2015). Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev. In. N. Kregar Velikonja, & M. Blažič. Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov z recenzijo: mednarodna znanstvena konferenca, 14. november 2014, Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 158 – 167. https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV%20simpozij%202015/zbornik_prispevkov_fzv_simpozij_2014.pdf

Kadivec, S. (2007). Vpliv krožkov kakovosti na rezultate kazalnikov kakovosti v Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik. *Obzor Zdr*; 41: 13–9. https://obzornik.zbornica zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2614

Kaiser - Kupnik. Z. (2019). Management znanja v univerzitetnem kliničnem centru Maribor (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=73066

Koneru K. (2018). Understanding and Managing Quality Circles: A Theoretical Perspective. (25. Januar, 2018). https://ssrn.com/abstract=3109394

Král, N., Seifert, B., Kovář, J., Mucha, C., Vojtíšková, J. ...& Martin S. (2018). The use of quality circles as a support tool in the taking over of practices by young general practitioners. *J Family Med Prim Care*; 7(1): 5-10. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_167_17 PMID: 29915725

Lipovac, B. (2013). Uvajanje krožkov kakovosti za izboljšanje kakovosti v domovih starejših občanov (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=43169

Mahlknecht, A., Abuzahra, M.E., Piccoliori, G., Enthaler, N., Engl, A., & Sönnichsen A. (2016). Improving quality of care in general practices by self-audit, benchmarking and quality circles. *Wien Klin Wochenschr;* 128(19 - 20): 706-718. https://doi.org/10.1007/s00508-016-1064-z PMID: 27599700

Mena, S., Moullin, J.C., Schneider, M. & Niquille, A. (2023). Implementation of interprofessional quality circles on deprescribing in Swiss nursing homes: an observational study. *BMC Geriatr*; 23(1): 620. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04335-w PMID: 37789286

Nicolay, C.R., Purkayastha, S., Greenhalgh, A., Benn, J., Chaturvedi, S. ... & Darzi, A. (2012). Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *British Journal of Surgery*; 99(3): 324–335. https://doi.org/10.1002/bjs.7803 PMID: 22101509

Ovretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement succes. *BMJ Quality & Safety*; 20: i18-i23. https://qualitysafety.bmj.com/content/20/Suppl_1/i18

Rohrbasse, A., Mickan, S. & Harris J. (2013). Exploring why quality circles work in primary health care: a realist review protocol. *Syst Rev*, Dec 9; 2: 110. https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-110 PMID: 24321626

Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K., & Wong, G. (2018). Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae - A scoping review. *PLoS One*, Dec 17; 13(12):e0202616. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202616 PMID: 30557329

Rohrbasser, A., Wong, G., Mickan, S., & Harris, J. (2022). Understanding how and why quality circles improve standards of practice, enhance professional development and increase psychological well-being of general practitioners: a realist synthesis. *BMJ Open*, May 4; 12(5): e058453. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058453 PMID: 35508344

Skela - Savič, B., & Robida, A. (2012). Kakovost in varnost zdravstvene obravnave: vloga srednjega menedžmenta. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(1), 9–35. https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2863

Šimec, M. (2020). Razvoj učeče se organizacije v zdravstvenih ustanovah: pregled literature. *Revija Za Ekonomske in Poslovne Vede*, 7(2), 36–58. https://fei.uni-nm.si/uploads/_custom/revija_eb/vol7no2/Revija_EB-2020_V7N2_3.pdf

Tetteh H. A. (2012). Kaizen: a process improvement model for the business of health care and perioperative nursing professionals. *AORN Journal*, 95(1), 104–108. https://www.clinicalkey.com.au/nursing/#!/content/playContent/1-s2.0-S0001209211012282?returnurl=null&referrer=null, PMID: 22201574

Wang, L.R., Wang, Y., Lou, Y., Li, Y., & Zhang, X.G. (2013). The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality. *Springerplus* 2013; 2(1): 141. https://doi.org/10.1186%2F2193-1801-2-141 PMID: 23641318

World Health Organization - WHO. (2021). Regional Office for Europe. Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Ženeva: WHO 2021. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-1878-41629-56873

Pogostost, značilnosti in dejavniki tveganja za padec

VESNA OSTROŽNIK JOVAN, DIPL. M. S.
ZDENKA KRAMAR, MAG. ZDR. NEG., PRED.

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Hospitalizacij starejših odraslih zaradi nezgod in vzrok smrtnih poškodb so glavni razlog padci, zato je pomembno poznavanje pogostosti, značilnosti in dejavnikov tveganja za padce, saj lahko le tako izboljšamo kakovost zdravstvene nege in prepoznamo ogroženost za padec ter tako preprečimo nastanek škode.

Cilj projektnega dela: Cilj projektnega dela je ugotoviti najbolj učinkovite ukrepe pri preprečevanju padcev.

Metode: Izvedli smo pregled literature iz učnih baz, kot so: Googl Učenjak, PubMed, COBISS in CINAHL s ključnimi besedami v slovenskem jeziku: »padci«, »zdravstvena nega«, »medicinska sestra« in »kakovost« in angleškem: »falls«, »nurs«, »quality«. Vključitveni kriteriji so bili: primarni viri, pregledni, izvirni in strokovni članki, obdobje od 2019 do 2024 in prosto dostopno celotno besedilo. Uporabili smo Boolov logični operator »AND«. Označili smo dele besedila, ki so se nanašali na našo temo pregleda in prebrali polna besedila. Pri pregledu literature smo izvedli kvalitativno vsebino analizo podatkov (Vogrinc, 2013).

Ključne besede: padci, zdravstvena nega, medicinska sestra, kakovost

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Padci so eden izmed najpogostejših neželenih dogodkov pri pacientih v bolnišnični obravnavi. Pri obravnavi pacientov mora biti varnost prva prioriteta zdravstva, saj posledice neželenih dogodkov povzročajo nepotrebno trpljenje tako pacientov kot njihovih svojcev. Kramar (2022) ugotavlja, da je varnost pacientov prvi pogoj za kakovost zdravstvene oskrbe in obravnave. Je preprečevanje, izogibanje in izboljšanje poškodb ali škodljivih izidov, ki se lahko zgodijo zaradi procesa zdravstvene oskrbe in obravnave.

Padci pacientov, pri katerih pride do poškodb, dodatno poslabšajo zdravstveno stanje pacientov, zmanjšujejo kakovost življenja, podaljšujejo hospitalizacijo in s padci

povezano umrljivost ter bremenijo zdravstveno blagajno, saj vplivajo na dodatne stroške v zdravstvenem sistemu (Der et al., 2017). Poleg tega so padci pomemben kazalnik kakovostne in varne zdravstvene nege. Veliko padcev je mogoče preprečiti, zato je zelo pomembno prepoznati dejavnike tveganja za padec in takoj začeti aktivnosti za njihovo preprečitev (Wildes et al., 2018). Novak (2017) meni, da je kazalnik kakovosti merilno orodje, ki se uporablja kot vodilo za ocenjevanje, izboljšave in spremljanje kakovosti obravnave pacientov, podpornih dejavnosti, delovanja zavoda in storitev ter kaže izide obravnave pacientov in drugih uporabnikov.

Definicij padca pacienta je več. Najpogosteje se uporablja definicija Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization WHO, 2018), ki opredeljuje padec kot dogodek, ki se konča tako, da oseba nehote obleži na tleh ali na drugi nižji ravni. S padci povezane poškodbe so lahko težje, vendar je še vedno veliko več lahkih poškodb, ki ne potrebujejo zdravniške pomoči, vendar kljub temu starejšo osebo prestrašijo, kar vpliva na izvajanje njegovih vsakdanjih aktivnosti, ki so zaradi strahu pred ponovnim padcem zelo omejene (Gale et al., 2016). Kiel (2016) ugotavlja, da se 5 % padcev konča s težkimi poškodbami. Raziskave kažejo, da je pojavnost padcev v bolnišnični obravnavi med 3 in 5 padcev pacientov na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (Zhao & Kim, 2015). V slovenskih bolnišnicah je pojavnost padcev med 1,1 in 1,7 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (UKC Ljubljana, 2014).

Portal Fran (2020), v katerega je vključen slovar Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, opredeljuje padec kot dogodek, ki lahko nastane zaradi izgube ravnotežja ali opore, oseba preide iz pokončnega položaja na tla, največkrat v ležeči položaj. Naslednja razlaga padca je opredeljena kot zrušenje osebe iz višjega na nižji položaj, na katero deluje sila težnosti ali nepričakovano zrušenje osebe iz stoječega položaja na tla. V nadaljevanju je v slovarju navedeno, da je padec nepričakovan, nenapovedan in nehoten dogodek. Najenostavnejša razlaga je lahko, da je padec, če oseba pade na tla, ne da bi to hotela. Padec je tudi v primeru, da osebo nekdo porine (Voljč, 2016). Gale s sodelavci (2018) ugotavlja, da so padci glavni vzrok za bolečine, invalidnosti, izgube neodvisnosti in prezgodnje smrti pri starejših, še zlasti pri ženskah.

Najpogostejši dejavniki tveganja za padec v bolnišničnem okolju so: maligna obolenja, depresija, spremembe pri življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje, vrtoglavica, motnje ravnotežja, mišična oslabelost, da je oseba že padla v preteklosti, moški spol, velik vpliv imajo tudi zdravila, kot so diuretiki, statini, hipnotiki, antipsihotiki, benzodiazepini, antiepileptiki, antiparkinsoniki, antidepresivi, zdravila za srce, antidiabetiki, opioidi in druga psihotropna zdravila, v zadnjem času pa tudi polifarmacija (štiri zdravila

ali več) (Calllis, 2016). Vpliv na pojavnost padcev je starost pacientov in daljša hospitalizacija, ženski spol, odvisnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, zloraba alkohola, sladkorna bolezen, motnje vida in okoljski dejavniki (Zhao & Kim, 2015; Tidy, 2016).

Največ padcev se zgodi v nočnem času, ko je na bolnišničnih oddelkih prisotno najmanj negovalnega kadra. Pomanjkanje medicinskih sester se odraža tako pri prepoznavanju ogroženosti pacientov za padec kot zaradi neredne ocene pacientov. Najpogostejše orodje za oceno tveganja za padec je Morsejeva lestvica padcev, ki na učinkovit način razvršča tveganja za padec pri posameznem pacientu. Lestvica ima šest meril z relativno visoko senzitivnostjo (78 %) in specifičnostjo (83 %) (Morse et al., 1989). Glede na oceno lahko kar z veliko gotovostjo napovemo stopnjo tveganja za padec. Nekateri avtorji v svojih raziskavah ugotavljajo, da ni statistično pomembne razlike med klinično napovedjo izkušene medicinske sestre in ocene, ki je ugotovljena na podlagi ocenjevalne lestvice (Berry & Kiel, 2016). Za preprečevanje padcev je zelo pomembno izvajanje ocene ogroženosti pacientov za padec vnaprej dogovorjenih časovnih intervalih, ki jih izvaja medicinska sestra (Kiel, 2016). Vsako ocenjeno merilo prejme oceno, ki se spreminja od 0 do 30 točk, kar sešteje oceno tveganja in katere klasifikacija je: nizko tveganje od 0 do 24; zmerno tveganje 25 do 44 in visoko tveganje ≥ 45 (Baran & Gunes, 2018).

Zaradi pomanjkanja in preobremenjenosti medicinskih sester se osnovne aktivnosti zdravstvene nege, ki so bile v preteklosti že vpeljane v proces dela, opuščajo. Pri internih strokovnih nadzorih je bilo opaženo, da tudi če se lestvice ogroženosti za padec ob sprejemu izpolnijo, se ob povečanem številu točk ne ukrepa. Visoka stopnja ogroženosti pacienta za padec ni omenjena ob ustni predaji pacienta, prav tako ni zabeležena v pisni predaji.

V kliničnem okolju je še veliko priložnosti za izboljšave pri preprečevanju padcev pacientov. Zelo pomembna je zdravstvena vzgoja ogroženih pacientov in njihovih svojcev. Vsekakor je še veliko možnosti vpeljave dodatnih ukrepov s strani izvajalcev zdravstvene nege, ki bi lahko pripomogli k preprečitvi padcev in posledično povečali varnost pacientov. Zavedanje pomembnosti posledic padcev pacientov v kliničnem okolju s strani zaposlenih je prisotno. Organizirana so izobraževanja, predstavljene so analize padcev s strani službe za kakovost, ki se obravnavajo na oddelčnih sestankih, prav tako je ustanovljena skupina za padce, katere člani pokrivajo vse bolnišnične oddelke, s čimer je zagotovljena mreža pretoka informacij.

Za namen projektnega dela smo pregledali kazalnike o padcih pacientov v slovenskih bolnišnicah, ki so objavljeni na spletni strani Ministrstva za zdravje in spletnih straneh izbranih bolnišnic ter opravili pregled znanstvene in strokovne literature, kjer

smo raziskali najbolj učinkovite ukrepe za preprečevanje padcev in možnosti njihove uvedbe v klinično okolje. Na podlagi dobljenih rezultatov bomo dopolnili smernice ter podali izhodišča za nadaljnje raziskave.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je bil raziskati najučinkovitejše ukrepe pri preprečevanju padcev pacientov v bolnišničnem okolju. Izvedli smo pregled slovenske in angleške strokovne in znanstvene literature, kjer smo vsebinsko upoštevali namen pregleda literature. Literaturo smo iskali v naslednjih bibliografskih podatkovnih bazah: CINAHL, PubMed, COBISS, Google Učenjak, spletna stran WHO, spletna stran Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in spletne strani izbranih šestih bolnišnic. V slovenščini so bile ključne iskalne besede: »padci«, »zdravstvena nega«, »medicinska sestra« in »kakovost« ter v angleškem jeziku: »falls«, »nurs«, »quality«. Uporabili smo Boolov logični operator »AND«. Z namenom oženja zadetkov smo izključili vso literaturo, ki ni ustrezala vsebini in temi projektne naloge, duplikate, knjige, zbornike konferenc, uvodnike. Vključitveni kriteriji so bili slovenski in angleški jezik, članki, ki so bili objavljeni v obdobju od 2014 do 2024. Pri pregledu literature v slovenskem jeziku je zelo malo raziskav na področju padcev in ukrepov za preprečevanje padcev, recenzirani članki ter prosto dostopno celotno besedilo člankov. S pomočjo podatkovnih baz, uporabljenimi iskalnimi limiti in iskalnim nizom ter z omenjeno metodo dela smo naredili dokončen nabor zadetkov, ki smo jih vključili v pregled literature. Z omenjenimi omejitvenimi kriteriji smo pri iskanju literature pridobili n = 22.902 zadetkov. Število zadetkov se je zmanjšalo s podrobnejšim pregledom na n = 96 in smo na koncu v raziskavo vključili n = 13 zadetkov. Ker smo v podatkovni bazi Google Učenjak dobili veliko število zadetkov, smo pregledali prvih 50 člankov.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Najpogostejše poškodbe med starejšimi odraslimi so povezane s padcem (WHO, 2021). Juder in sodelavci (2024) menijo, da so za invalidnost, bolečino, prezgodnjo smrt, izgubo neodvisnosti in bolečine glavni razlog zlasti pri ženskah. Rosenstein (2021) ugotavlja, da negovalne diagnoze, ki nam po NANDA-I nakažejo na tveganje za nastanek padca, so: (1) nevarnost za padec, (2) sindrom krhkosti starostnika, (3) nevarnost za sindrom krhkosti starostnika, (4) moten vzorec spanja in (5) oslabljen spomin. Šantl (2019) ugotavlja, da so ključni dejavnik za tveganje za upad mobilnosti

pacienta starostne spremembe, ki zmanjšajo mobilnost starostnika. Na gibalne sposobnosti lahko pozitivno vplivajo kognitivni treningi, na kognitivne sposobnosti pa telesna aktivnost. Med osebne dejavnike, ki vplivajo na upad funkcionalnosti in zmanjševanje mobilnosti, prištevamo spol, zakonski stan, motivacijski faktorji, starost in življenjski slog. Sami padci pa prav tako zmanjšajo mobilnost pacienta, saj po eni strani vplivajo na zmanjšano telesno aktivnost pacienta zaradi njegovega strahu, da bi ponovno padel, po drugi strani pa povzročijo poškodbe. WHO (2021) ugotavlja, da je v domačem okolju vedno večje tveganje za padec – 28–35 % pri osebah, starejših od 70 let in imajo vsako leto večje tveganje za padec v domačem okolju. Hickman in sodelavci (2015) menijo, da čeprav se v praksi zelo pogosto ne uresničuje, je osrednjega pomena multidisciplinarni pristop pri usmerjanju in prilagajanju pristopov v gerontološki oskrbi. Juder in sodelavci (2024) ugotavljajo, da so posamezniku prilagojeni vsi ukrepi za preprečevanje padcev, kot so npr. izboljšanje hoje, moči in ravnotežja, telesna vadba, obvladovanje težav s stopali, izbira ustrezne obutve in prilagoditve bivalnega okolja.

V Sloveniji so na tretjem mestu vzrok smrti poškodbe zaradi padca, zato predstavljajo veliko breme za zdravje družbe, posameznika in njegove družine (Voljč, 2016; Olij, 2019; Rok-Simon, 2020; WHO, 2021). Zdravstveno statistični letopis Slovenije 2020 (2022) ugotavlja, da je bilo v Sloveniji obravnavanih v bolnišnici zaradi padca 15.871 oseb iz vseh starostnih skupin. Juder in sodelavci (2024) opišejo, da je v raziskavi, ki so jo izvedli Sotoudeh in sodelavci (2018) prevalenca padcev na vzorcu 653 starejših odraslih 39,7 %, v raziskavi pri Tchalla in sodelavci (2012) je znašala prevalenca 40,5 %. Juder in sodelavci ugotavljajo, da so dejavniki tveganja za nastanek padcev (1) telesne značilnosti (ravnotežje), (2) demografske značilnosti (starost), (3) kronične bolezni (depresija) in ostali dejavniki (okoljski). Prav tako so Kyrdalen in sodelavci (2019) ugotovili, da so med dejavniki tveganj za padec tudi počasna hoja, nižja stopnja izobrazbe, prav tako tudi depresija.

Poznamo dva najpogostejša ukrepa za preprečevanje padcev: (1) orodja za oceno ogroženosti za padec, ki jih uporabljajo zdravstveni delavci in (2) prilagoditve bivalnega okolja (število medicinskih sester) (Juder et al., 2024). Zhao in sodelavci (2019) ugotavljajo, da je pomembno izvajati ukrepe za preprečevanje padcev in kontinuirano v določenih intervalih izvajati oceno tveganja za padec. Prav tako je dokazano, da prisotnost zadostnega števila medicinskih sester zmanjša tveganja za nastanek padca.

3 METODE

Projektno delo je temeljilo na kvalitativni metodi dela pregleda strokovne in znanstvene literature s področja padcev pacientov in ukrepov za preprečevanje padcev v bolnišnicah. V nadaljevanju smo vključili še kvantitativno metodo dela, kjer smo vključili podatke o pojavnosti padcev (kazalnik kakovosti) in izvedenih ukrepih za preprečevanje padcev na spletni strani Ministrstva za zdravje in spletnih straneh izbranih šestih bolnišnic. Z izvedeno raziskavo želimo ozavestiti izvajalce zdravstvene nege o pomenu izvajanja učinkovitih ukrepov za preprečevanje padcev v bolnišničnem okolju.

Cilj raziskave je ugotoviti najučinkovitejši ukrepi za preprečevanje padcev, ki jih izvajajo v izbranih šestih slovenskih bolnišnicah in s pregledom literature ugotoviti najpogostejše ukrepe za preprečevanje padcev.

Na podlagi postavljenega cilja smo postavili naslednje raziskovalno vprašanje:

- Kateri so najučinkovitejši ukrepi v zdravstveni negi (I), ki so se izkazali za učinkovite pri preprečevanju padcev pacientov (O) v izbranih šestih slovenskih bolnišnicah in na podlagi pregleda literature (P)?

3.2 Zbiranje podatkov

V kvalitativnem delu projektnega dela smo s pomočjo podatkovnih baz, uporabljenimi iskalnimi limiti in iskalnim nizom ter z zgoraj omenjeno metodo dela naredili dokončen nabor zadetkov, zajetih v pregled literature, kjer smo raziskali najučinkovitejše ukrepe za preprečevanje padcev.

Pri pregledu spletne strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in spletnih strani šestih izbranih slovenskih bolnišnic (dva univerzitetna klinična centra, dve terciarni bolnišnici in dve splošni bolnišnici) smo pregledali podatke o pojavnosti padcev pacientov (kazalnik kakovosti) in izvedenih ukrepih, ki so objavljeni v obliki letnih strokovnih poročil.

3.3 Vključeni v raziskavo

V raziskavo smo na podlagi vseh potrebnih podatkov, ki smo jih potrebovali za našo raziskavo, vključili šest slovenskih bolnišnic: dva univerzitetna klinična centra (UKC1, UKC2), dve specialni bolnišnici (TB1, TB2) in dve splošni bolnišnici (SB1, SB2). Izbrane bolnišnice smo vključili zaradi možnosti vpogleda v kazalnike kakovosti in izvajanje ukrepov glede na raven zdravstvene obravnave. V terciarno raven smo poleg univerzitetnih kliničnih centrov vključili še dve terciarni specialni ustanovi in sekundarno raven.

3.4 Potek raziskave in soglasja

Podatke smo pregledali in jih pridobili na spletnih straneh Ministrstva za zdravje in izbranih šestih bolnišnicah v maju 2024. Glede na to, da so podatki o kazalnikih kakovosti na področju padcev javno objavljeni, nismo potrebovali soglasja posameznega zavoda. Kljub temu smo v raziskavi posamezne bolnišnice šifrirali in podatke tako prikazali anonimno.

3.5 Obdelava podatkov

Pri pregledu literature smo izvedli kvalitativno vsebinsko analizo podatkov (Vogrinc, 2013). Izločili smo podvojene zadetke in se osredotočili na branje naslovov in izvlečkov. Označili smo dele besedila, ki so se nanašali na temo pregleda in ob tem prebrali polna besedila člankov. S pomočjo odprtega kodiranja podatkov smo izbrani vsebini podali kode podobnega pomena in jih kategorizirali.

V kvantitativnem delu smo s spletnih strani Ministrstva za zdravje in spletnih strani šestih izbranih slovenskih bolnišnic prenesli podatke o kazalniku kakovosti padcev pacientov in ukrepe, ki so jih posamezne ustanove izvajale za preprečevanje padcev. Podatki o kazalnikih kakovosti so prikazani v odstotkih na 1000 bolnišničnih oskrbnih dni.

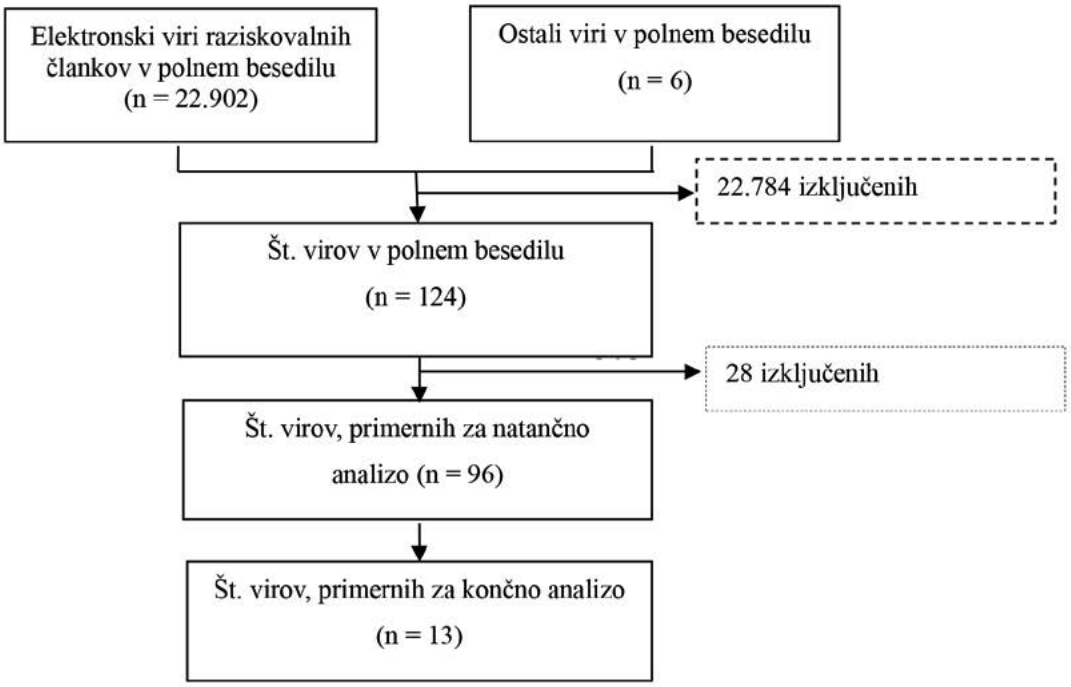
4 REZULTATI

4.1 Pregled literature

Rezultate pregleda literature smo prikazali v obliki diagrama PRISMA (Preffered Reporting Items for Systematic Review and Meta – Analysis) (Page et al., 2021) (slika 1) in tabelaričnim prikazom rezultatov (tabela 3). Članke smo izbirali na podlagi predhodno omenjenih vključitvenih kriterijev. Skupno smo pridobili 22.908 virov v polnem besedilu. V prvem koraku smo na podlagi pregleda naslovov izključili 22.784 virov, v nadaljnjo analizo smo uvrstili 124 virov, kjer smo pregledali izvlečke, na podlagi tega smo izključili 28 virov iz nadaljnjega pregleda literature. V natančni pregled, kjer smo prebrali polno besedilo, je bilo uvrščenih 96 virov. Po podrobnem vsebinskem pregledu zadetkov je bilo v končno analizo umeščenih 13 virov.

Diagram PRISMA

Na sliki 1 smo s pomočjo diagrama PRISMA shematsko prikazali celoten postopek, po katerem smo prišli do končnega števila zadetkov, ki so bili primerni za končno analizo (Page et al., 2021).



Slika 1: *Diagram PRISMA*

Vir: Page et al., 2021

Tabela 1 prikazuje razporeditev rezultatov po avtorju, letu objave, raziskovalnem dizajnu in ključnih spoznanjih.

Tabela 1: *Tabelarični prikaz rezultatov*

Avtorji	Leto	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave / cilji članka	Ključne ugotovitve
Horova et al.	2021	Retrospektivna analiza	Namen je oceniti uspešnost e-izobraževanja za medicinske sestre pri preprečevanju padcev hospitaliziranih pacientov.	Na kirurških oddelkih je prišlo do statistično značilnega zmanjšanja indeksov padca pacientov po izvedbi e-izobraževanja. Nasprotno, na internih oddelkih se je ta indeks v opazovanem obdobju povečal. Na vseh oddelkih se je zmanjšala pojavnost poškodb pacientov zaradi padcev po izvedbi e-tečaja; na internih oddelkih je bilo to zmanjšanje statistično pomembno.
Isakoska Drole	2023	Pregled literature	Namen je raziskati učinkovitosti preventivne vadbe, namenjene preprečevanju padcev pri starostnikih.	Ukrepi za preprečevanje padcev so: vadba ravnotežja, vaje za spodbujanje statičnega, dinamičnega in proaktivnega ravnotežja, taj čija, vaje na vibracijski plošči, naj starostniki uporabljajo lastno težo za upor in izvajajo čim več vaj, pri katerih simulirajo običajne dnevne dejavnosti.
Juder	2020	Pregled literature	Namen je raziskati vlogo pri preprečevanju padcev, ki jo ima diplomirana medicinska sestra.	Ukrepi za preprečevanje padcev so: izboljšanje vida, telesna vadba, ustrezna obutev, zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih, redno preverjanje vrste in odmerkov zdravil.
Onkološki inštitut Ljubljana	2022	Strokovno mnenje	Namen je bil prikazati pojavnost padcev vseh pacientov, pojavnost padcev iz postelje in pojavnost poškodb, ki nastanejo pri padcih pacientov, kot kazalnike kakovosti v letu 2021in 2022.	Ukrepi za preprečevanje padcev so usmerjeni k pravočasni prepoznavi ogroženost pacientov za padec, ocenjevanje pacientov po Morsejevi lestvici, ogroženosti padcev pri vseh sprejetih pacientih, sprotno in dosledno izvajanje varnostnih pogovorov takoj po padcu in izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege o načinu ocenjevanja ogroženosti ter pomen sprotnega poročanja o padcu pacienta odgovorni osebi.
Petkovšek Gregorin et al.	2021	Opisna metoda	Namen raziskave je bil izobraziti paciente o preprečevanju padcev po amputaciji uda	Eden izmed načinov preprečevanja padcev je zdravstvenovzgojno delo pacientov. V raziskavi so ugotovili, da zdravstvenovzgojno delo ni vplivalo na število padcev po amputaciji spodnjega uda v bolnišničnem okolju in tudi ne v domačem okolju.

Avtorji	Leto	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave / cilji članka	Ključne ugotovitve
Splošna bolnišnica Jesenice	2022	Strokovno mnenje	Namen je bil izboljšati pojavnost (kazalnik kakovosti) vseh padcev, izboljšati pojavnost padcev iz postelje in pojavnost poškodb pacientov ob padcu in ob tem doseči ciljno vrednost padcev v letu 2021 in 2022.	Ukrepi, ki jih redno izvajajo, so bili: pogovori o varnosti, varnostne vizite, izvajanje vzročno-posledičnih konferenc, redni pregledi osnovnih vzrokov za padce. Izvajanje predpisanih preventivnih ukrepov, ki so opredeljeni v standardu kakovosti – preprečevanje padcev, mesečno izvajanje nadzornih pregledov ocenjevanja po Morsejevi lestvici, načrtovanje in izvajanje aktivnosti v zvezi s preprečevanjem padcev, motiviranje izvajalcev zdravstvene nege k aktivnemu sodelovanju v projektni skupini za preprečevanje padcev. Še naprej dosledno izvajati označevanje pacientov, ki so ogroženi za padec na seznamu pacientov – bela tabla z rumenimi magneti, uporaba rumenih identifikacijskih zapestnic, diskretna oznaka (zvonček) na vznožju postelje, zelo ogroženi pacienti imajo oblečene rumene protizdrsne nogavice, dosledna uporaba posteljnih ograjic. Pomemben ukrep je izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov s področja preprečevanja padcev, ozaveščanje pacientov in njihovih svojcev o dejavnikih tveganja za padec, izdelali so plakate in opomnike z informacijami za paciente in svojce. V preprečevanje padcev vključujejo varnostnega inženirja in kliničnega farmacevta, naredijo oceno prehranjenosti pri pacientih, ki so padli. V nočnem času redna uporaba nočne lučke v sobi in pogostejši obhodi TZN.
Splošna bolnišnica Izola	2021 2022	Strokovno mnenje	Namen je bil izboljšati pojavnost (kazalnik kakovosti) vseh padcev, pojavnost padcev iz postelje in pojavnost poškodb pacientov ob padcu ter ob tem doseči ciljno vrednost padcev v 2021 in 2022. Namen je tudi doseči ciljno vrednost kazalnika kakovosti za padce, ki je 10 % manj.	Ukrepi, ki jih izvajajo za zmanjševanje pojavnosti padcev: zagotovitev optimalnega števila izvajalcev zdravstvene nege, izdelava strategije za preprečevanje padcev, nenehno izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege na temo preprečevanja padcev, ocena tveganja za padec ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja pacienta in ob sprejemu, opozarjanje pacientov in svojcev o tveganju za padec in nevarnosti posledic, pogovori o varnosti, določitev odgovorne osebe za spremljanje in analizo kazalnika kakovosti – padci pacientov.

Avtorji	Leto	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave / cilji članka	Ključne ugotovitve
Univerzitetna klinika Ljubljana	2021 2022	Strokovno mnenje	Namen je nadzor obvladovanja tveganja na področju pojavnosti padcev in zmanjšati pojavnost kazalnikov kakovosti na področju preprečevanja padcev	Ukrepi, s katerimi preprečujejo padce, so: nameščanje nadzornih kamer, brez snemanja v sobe in nakup postelj, ki imajo možnost regulacije višine, izdelava kazalnika kakovosti za padce na klinikah in posamezni organizacijski enoti (OE), redno spremljanje padcev, nadzor nad izvajanjem protokola preprečevanja padcev na OE, z visokim deležem padcev in poškodb, izvajanje notranje presoje nad izvajanjem protokola za preprečevanje padcev enkrat letno – glede na letni plan, pogovori o varnosti ob težjih poškodbah po padcu, varnostni pogovor za največ pet padcev brez posledic hkrati in vnos podatkov v informacijski sistem, zagotoviti varno bolniško obutev (nakup nove obutve za paciente), zagotavljanje ustreznega števila izvajalcev zdravstvene nege glede na kategorizacijo zahtevnosti pacientov, zamenjava postelj, ki nimajo možnosti nastavitve višine za 10 % (68 % zmerno ali visoko ogroženih) in nabava ustreznega števila posteljnih ograjic, nameščanje ogroženih pacientov za padec na postelje z nastavljivo višino in v bližino negovalnega tima, če je to mogoče, dokončanje protokola za preprečevanje padcev otroka.
Univerzitetna klinika Maribor	2021 2022	Strokovno mnenje	Namen je povečati dostopnost do zdravstvenih storitev in krajšanje oz. odprava čakalnih dob.	Ukrepi so: nakup bolniških postelj z ustreznimi posteljnimi ograjicami z možnostjo nastavljive višine, izboljšanje skrbi za varnost pacientov v II. kategoriji zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ki potrebujejo delno pomoč pri gibanju.
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	2021 2022	Strokovno mnenje	Namen je izboljšati kazalnike kakovosti na področju padcev in doseči ciljno vrednost posameznega kazalnika kakovosti na področju preprečevanja padcev.	Kot ukrepe opravljajo oceno znanja zaposlenih glede prepoznavanja tveganja za padec pacientov/ukrepov za preprečevanje padcev in oceno izvajanja intervencij oz. ukrepov za preprečevanje padcev pacientov. Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege, dosledna uporaba posteljnih ograjic, ocena ogroženosti za padec po Morsejevi lestvici ob sprejemu in spremembi zdravstvenega stanja pacienta, označba mokrih tal, poučiti paciente in svojce o dejavnikih za padec in priprava plakatov in pisnih navodil za paciente in njihovih bližnjih, izvajanje pogovorov o varnosti in redno poročanje.

Avtorji	Leto	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave / cilji članka	Ključne ugotovitve
Voljč et al.	2016	Analitsko poročilo	Namen je napisati čim manj besedila, ki bi jim lahko sledil vsak pacient. Namen je prav tako, da bi v Sloveniji lahko starejše in njihove padce spremljali z mednarodno primerljivimi pristopi in kazalniki, da bi z raziskavami bolje razumeli njihovo naravo in se odločali za učinkovite, našim razmeram ustrezne in pregledne preventivne aktivnosti.	Na področju preprečevanja padcev so aktivni nevladni deležniki kot so: Zveza društev upokojencev Slovenije, Gerontološko društvo Slovenije, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko solidarnost, Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje, Zveza društev za socialno gerontologijo, Zveza društev bolnikov z osteoporozo, Trepetlika, zveza društev s Parkinsonovo boleznijo, Spominčica, slovensko združenje za pomoč pri demenci, Inkont, društvo bolnikov z inkontinenco, Center za pomoč na domu in Lokalna urbana in ruralna društva. Njihove pristojnosti na področju preventive padcev so: organiziranje rekreativnih in gibalnih preventivnih aktivnosti, organiziranje usposabljanj v sodelovanju z zdravstveno stroko razvoj njihovim članom primernih gibalnih aktivnosti, spremljanje podatkov o padcih med njihovimi člani in na nacionalni ravni, medsektorski ali samostojni preventivni programi in projekti, usposabljanje domačih oskrbovalcev, sodelovanje s primarnim in sekundarnim zdravstvom in sodelovanje z lokalnimi okolji.
World Health Organization	2021	Pregled literature	Namen je bil predstaviti padce	Ukrepi za preprečevanje padcev so treningi za hojo, ravnotežje in funkcionalnost, ocena spremembe, dodatek vitamina D in zmanjšanje oz. ukinitev psihotropnih zdravil.
World Health Organization	2021	Pregled literature	Namen je bil raziskati strategije za preprečevanje in obvladovanje padcev	Ukrepi za preprečevanje padcev so: hoja, ravnotežje in funkcionalni trening: ciljno usmerjena vadba, ki varno izziva ravnotežje in gradi funkcionalno moč spodnjih okončin – najučinkovitejši način telesne dejavnosti za preprečevanje padcev pri starejših ljudi, ki živijo v skupnosti. Ustvariti specializirano, lokalno »preprečevanje padcev« skupino in domače programe, ki bi bili na voljo kot dostopen del preventivne zdravstvene oskrbe. Zmanjšanje ali ukinitev psihotropnih zdravil in racionalizacija drugih zdravil na primarni ravni zdravstvene oskrbe Dodatki vitamina D: nizke ravni vitamina D so lahko posledica omejene izpostavljenosti sončni svetlobi ali za tiste, ki se zaradi življenjskega sloga nagibajo k zadrževanju v zaprtih prostorih ali življenjske okoliščine, pa tudi nekatera zdravstvena stanja. Vstavitev srčnega spodbujevalnika: Srčni spodbujevalniki lahko zmanjšajo padec stopnje pri tistih s preobčutljivostjo karotidnega sinusa, ki zavira delovanje srca. Izobraževanje o padcih in specifičnih dejavnikih, kot so obutev, očala, situacije in vedenja z visokim tveganjem: samo znanje in izobrazba ne preprečuje padcev, ampak izboljša zavedanje o virih.

4.2 Kazalniki kakovosti v šestih slovenskih bolnišnicah

UKC MB

Kazalnik UKC 1	**Kratek opis kazalnika**	**Vrednosti 2021**		**Vrednost 2022**	
Padci pacientov		Število	Delež	Število	Delež
Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	vsi padci hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	300	1,18	307	1,18
Incidenca padcev s postelje v bolnišnici	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	177	0,70	135	0,52
Padci pacientov s postelje s poškodbami	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami * 100 / št. vseh padcev	20	6,67	20	6,52

UKC LJ

Kazalnik UKC 2	**Kratek opis kazalnika**	**Vrednosti 2021**		**Vrednost 2022**	
Padci pacientov		Število	Delež	Število	Delež
Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	vsi padci hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	505	1,15	373	0,91
Incidenca padcev s postelje v bolnišnici	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	230	0,52	180	0,44
Padci pacientov s postelje s poškodbami	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami * 100 / št. vseh padcev	132	26,04	109	29,22

Golnik

Kazalnik Specialna bolnišnica 1	**Kratek opis kazalnika**	**Vrednosti 2021**		**Vrednost 2022**	
Padci pacientov		Število	Delež	Število	Delež
Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	vsi padci hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	56	0,97	53	0,99
Incidenca padcev s postelje v bolnišnici	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	15	0,36	11	0,26
Padci pacientov s postelje s poškodbami	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami * 100 / št. vseh padcev	1		1	

OI

Kazalnik Specialna bolnišnica 2	**Kratek opis kazalnika**	**Vrednosti 2021**		**Vrednost 2022**	
Padci pacientov		Število	Delež	Število	Delež
Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	vsi padci hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD				
Incidenca padcev s postelje v bolnišnici	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD				
Padci hospitaliziranih pacientov s postelje s poškodbami	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami * 100 / št. vseh padcev				

SB JESENICE

Kazalnik SB1	**Kratek opis kazalnika**	**Vrednosti 2021**		**Vrednost 2022**	
Padci pacientov		Število	Delež	Število	Delež
Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	vsi padci hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	87	1,85	75	1,73
Incidenca padcev s postelje v bolnišnici	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	30	0,64	18	0,42
Padci pacientov s postelje s poškodbami	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami * 100 / št. vseh padcev	3	3,44	1	1,3

SB IZOLA

Kazalnik SB2	**Kratek opis kazalnika**	**Vrednosti 2021**		**Vrednost 2022**	
Padci pacientov		Število	Delež	Število	Delež
Prevalenca vseh padcev v bolnišnici	vsi padci hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	44	0,72	54	0,85
Incidenca padcev s postelje v bolnišnici	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov * 1.000 / BOD	22	0,36	34	0,53
Padci pacientov s postelje s poškodbami	vsi padci s postelje hospitaliziranih pacientov s poškodbami * 100 / št. vseh padcev	3	6,8	10	18,5

5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo ugotavljali najučinkovitejše ukrepi za preprečevanje padcev. WHO (2021) ugotavlja, da ena tretjina ljudi na svetu, ki so starejši od 65 let, padejo vsaj enkrat na leto in 5 % teh padcev povzroči zlom. 172 milijonov padcev po oceni vsako leto povzroči dolgotrajno ali kratkotrajno invalidnost, kar zelo obremenjuje zdravstvene ustanove. Isakoska Drole (2023) pravi, da so dejavniki tveganja za nastanek padca zmanjšan minutni volumen srca, povečan krvni tlak, pešanje funkcij čutil, degenerativne spremembe v sklepih, zmanjšana pljučna kapaciteta, zmanjšana mišična zmogljivost, poslabšano ravnotežje, možganska kap, demenca, slabšanje vida, vrtoglavica in multipla skleroza.

V letnem poročilu 2022 je bilo zabeleženo število padcev na 1000 oskrbovanih dni v UKC1 0,91; v UKC2 1,18; v TB1 2,37; v TB2 1,45; v SB1 1,7 in v SB2 1,45.

V UKC1 izvajajo protokole za preprečevanje padcev, tako da nameščajo nadzorne kamere brez snemanja v sobe in nakup postelj, ki imajo možnost regulacije višine, UKC2 je izboljšal postelje, saj so nove z ustreznimi posteljnimi ograjicami. TB1 je izboljšala ukrepe, tako da so začeli pravočasno prepoznavati ogroženost pacientov, sprotno in dosledno izvajanje varnostnih pogovorov, prepoznava ogroženosti in izobraževanje kadrov o načinu ocenjevanja ogroženosti. V TB2 opravljajo oceno znanja zaposlenih glede prepoznavanja tveganja za padec bolnika/ukrepov za preprečevanje padcev in oceno izvajanja intervencij oz. ukrepov za preprečevanje padcev pacientov (Univerzitetna klinika Ljubljana, 2022; Univerzitetna klinika Maribor, 2022; Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2022; Splošna bolnišnica Jesenice, 2022, Splošna bolnišnica Golnik, 2022; Onkološki inštitut Ljubljana, 2022).

Voljč in sodelavci (2016) menijo, da je zelo pomembno ozaveščanje javnosti o oblikovanju učinkovitih vadbenih programov, uvajanju preventive, ki je namenjena preprečevanju padcev in izboljšanju varnosti bivališč. Petkovšek Gregorin in sodelavci (2021) so organizirali 30-minutno izobraževanje o preprečevanju padcev. Prvi del izobraževanja je bil namenjen preprečevanju padcev v bolnišničnem okolju, v drugem delu pa preprečevanju padcev v domačem okolju. Pri ozaveščanju o nevarnostih doma smo se osredinili na pogoje, ki so običajno prisotni v bivalnem okolju in povečujejo nevarnost padca. Poleg značilnosti fizičnega okolja smo predvideli stanja in situacije, s katerimi se posameznik dnevno srečuje. Tako kot ima pomembno vlogo izobraževanje za paciente pri preprečevanju padcev je pomembno tudi izobraževanje zaposlenih, zato Horova in sodelavci (2021) menijo, da e-izobraževanje pride v poštev kot učinkovit način za pridobivanje negovalnega znanja, veščin ter kompetenc glede kakovosti in varnosti v zdravstveno okolje. Juder (2020) priporoča prilagoditve bivalnega

okolja, izbiro ustrezne obutve, telesne vadbe hoje, moči in ravnotežja, obvladovanje težav s stopali in morebitno spremembo terapije z zdravili.

Leta 2019 je evropska mreža za preprečevanje padcev oblikovala štiri kategorije okoljskih intervencij (Clemson et al., 2019):

- Prva intervencija – pomožna tehnologija, ki vsebuje pripomočke za varnejšo mobilnost (ortopedska obutev, slušni aparat, očala, vložek proti zdrsu čevlja).
- Druga intervencija – informiranje in izobraževanje o tveganju za pojav padca (v pomoč imajo pisno gradivo in video).
- Tretja intervencija – prilagoditve okolja (če so v domačem okolju kakršne koli omejitve in spremembe, ki onemogočajo učinkovito in varno izvajanje vsakodnevnih dejavnosti starostnikom, jih terapevt, ki je vključen v program, odstrani. Na takšen način se zmanjša tveganje za padce in nesreče, omogoči se lažje izvajanje nalog ter izboljša dostopnost).
- Četrta intervencija – zmanjšanje nevarnosti padcev doma (ozaveščanje o tveganju padca v okolju osebe, ustrezne podporne tehnologije, reševanje težav, ocena nevarnosti padca in okolijske prilagoditve).

V dolgotrajni oskrbi so ključne intervencije preprečevanja padcev pri starostnikih, ki so (WHO, 2021):

- močno priporočljive (katere kombinacije intervencij so najpomembnejše, še ni jasnih dokazov, a je vadba pogosto sestavni del tovrstnih intervencij);
- priporočljive (kot del večfaktorskega programa, ki vpliva na zmanjšanje števila padcev, ima velik pomen vitamin D, ki pa ne vpliva na delež padcev pri starejših osebah);
- obetavne (vadba za ravnotežje in moč predstavljata primernejšo in učinkovitejšo intervencijo pri manj šibkih starostnikih (v primerjavi s tistimi, ki so šibkejši));
- najmanj obetavne (pacienti so od pomoči osebja pogosto odvisni in obstaja velika verjetnost, da se bodo dejavnosti lotili sami, če pomoč ni na voljo, so pa pogosto odvisni od pomoči osebja).

6 ZAKLJUČEK

Vsi zdravstveni delavci se zavzemamo za učinkovito in kakovostno opravljeno delo. Kakovostna zdravstvena nega obsega vsaj dve razsežnosti in ti sta vidik pacienta in zdravstvenega delavca in gre predvsem za tehnično dejavnost. Izjemnega pomena ima tudi varnost pacienta in je usmerjena v preprečevanje dejavnikov tveganja.

Prav tako pa je kazalnik varnosti in kakovosti v bolnišnici odstotek padcev na določenem oddelku. Pojavnost je v bolnišnicah pogosta, zato je pomembno, da zagotovimo načine preprečevanja padcev in to so: izobraževanje kadra, pomožna tehnologija, ki vsebuje pripomočke za varnejšo mobilnost, prilagoditve okolja in izobraževanje pacienta o tem, kako zmanjšati tveganja za nastanek padca doma.

Za padce je značilno, da vsi, ki so starejši od 65 let, padejo vsaj enkrat na leto in 5 % teh padcev povzroči zlom. 172 milijonov padcev po oceni vsako leto povzroči dolgotrajno ali kratkotrajno invalidnost, kar zelo obremenjuje zdravstvene ustanove. Povzročijo ga lahko zmanjšan minutni volumen srca, povečan krvni tlak, pešanje funkcij čutil, degenerativne spremembe v sklepih, zmanjšana pljučna kapaciteta, zmanjšana mišična zmogljivost, poslabšano ravnotežje, možganska kap, demenca, slabšanje vida, vrtoglavica in multipla skleroza.

7 SEZNAM LITERATURE

Baran L., & Gunes, U., (2018). Predictive Validity of Three Fall Risk Assessment Tools in Nursing Home Residents in Turkey: A Comparison of the Psychometric Properties: *International Journal of Caring Sciences,* 11(1), 36. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5_baran_original_11_1.pdf

Berry, S. & Kiel, D., (2017). Falls: prevention in nursing care facilities and the hospital setting. http://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital=-setting?source-search_result&search=falls+prevention&selectedTitle=2~150

Callis, N., (2016). Falls prevention: identification of predictive fall risk factors. Applied Nursing Research, 29, 53–58. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007. PMid:26856489

Der Ananian, CA., Mitros, M., & Bauman, MP., (2017). Efficacy of a Student-Led, Community-Based, Multifactorial Fall Prevention Program: Stay in Balance. *Front Public Health*. 27;5:30. doi: 10.3389/fpubh.2017.00030.

Hickman, L. D., Phillips, J. L., Newton, P. J., Halcomb, E. J., Al Abed, N., & Davidson, P. M., (2015). Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings: a systematic review. *Archives of Gerontology Geriatrics* 61(3), pp. 322-329. doi: 10.1016/j.archger.2015.06.021. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26255065/

Gale, C. R., Westbury, L. D., Cooper, C., & Dennison, E. M., (2018). Risk factors for incident falls in older men and women: The English longitudinal study of ageing. *BMC Geriatrics*, 18(1), 117. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0806-3.

Horova, J., Barbcova, I., & Bejvančicka, P., (2021). E-learning as an effective method in the prevention of patient falls. *National institute of Public Health*, 60(4), 253-259. https://doi.org/10.2478/SJPH-2021-0034

Isakoska Drole, A., (2023). Vadba namenjena preprečevanju padcev pri starostnikih. *Diplomsko delo*. Ljubljana: Visokošolski zavod fizioterapevtika. Available at: file:///C:/Users/lejla/Downloads/1739$$vadba_namenjena_preprecevanju_padcev_pri_starejsih.pdf_a%20(1).pdf

Juder, G., (2020). Preprečevanje padcev pri starejših ljudeh v domačem okolju. *Diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. https://dk.um.si/Dokument.php?id=147763&lang=slv

Juder, G., Jančič, A., & Kegl, B., (2024). Ukrepi za preprečevanje padcev pri starejših odraslih v domačem okolju: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege,* 58(1), 51-60. https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3164/3061

Kiel, D.P., (2016). Falls in older persons: risk factors and patient evaluation. https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation

Kramar, Z., 2022. Varnost zdravstvene obravnave pacientov. In: M. Ažman, ed. *Kakovost in varnost v zdravstvu.* Ljubljana, 2022. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 47-48. https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/03/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu_prirocnik.pdf

Kyrdalen, I. L., Thingstad, P., Sandvik, L., & Ormstad, H., (2019). Associations between gait speed and well-known fall risk factors among community-dwelling older adults. *Physiotherapy Research International*, 24(1). https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pri.1743

Olij, B., 2019. The Impact and Prevention of Fall-Related Injuries among Older Adults. https://repub.eur.nl/pub/119823

Onkološki inštitut Ljubljana, 2022. Ocena strokovne učinkovitosti – kakovosti in varnosti. *Letno poročilo 2022*. Ljubljana: Letno poročilo 2022 [online]. https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti_IJZ/2023/Letno-porocilo_2022_FINAL.pdf

Petkovšek Gregorin, R., Križnar, A., Burger, H., & Vidamr, G., (2021). Preprečevanje padcev pri pacientih po amputaciji spodnjega uda. *Rehabilitacija*, 20(1), 35-42. Available at: https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2021_No1_p35-42.pdf

Morse, J.M., Morese, R.M., & Tylko, S.J., (1989). Development of a scale to identify fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), 366–377. https://doi.org/10.1017/S0714980800008576

Novak, M., (2017). Kazalniki kakovosti v ambulanti družinskega zdravnika. *Diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. https://revis.openscience.si/Dokument.php?id=2869&lang=slv

Rok-Simon, M., (2020). Padci starejših odraslih: naraščajoči problem javnega zdravja. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/padci_pri_starejsih_2019_publikacija_oblikovano_2020_koncna_mrs.pdf

Rosenstein, Ž., (2021). Negovalne diagnoze NANDA-I v bolnišnični obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. *Magistrsko delo.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Available at: https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=134086

Sotoudeh, G. R., Mohammadi, R., Mosallanezhad, Z., Viitasara, Ej. & Soares J. J. F., (2018). The prevalence, circumstances, and consequences of unintentional falls among elderly iranians: A population study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79(1), 123-130. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494317301346?via%3Dihub

Splošna bolnišnica Jesenice, (2022. Ocena strokovne učinkovitosti – kakovosti in varnosti. *Letno poročilo 2022.* Jesenice: Letno poročilo 2022 [online]. Available at: https://www.sb-je.si/uploads/jesenice/public/_custom/SBJ_-_letno_porocilo_-_oddano2020.pdf [Accessed 8 May 2024].

Splošna bolnišnica Izola, (2022). Ocena strokovne učinkovitosti – kakovosti in varnosti. *Letno poročilo 2022*. Izola: Letno poročilo Izola. [online]. https://www.sb-nm.si/datoteke/nav_web/vswbexbv-sb-nm_-lp-2022_6.1.pdf

Šantl, M., (2019). Multidisciplinarni pristop pri ohranjanju mobilnosti pacienta z demenco. *Diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=107939

Tchalla, A. E., Lachal., F., Cardinaud, N., Saulnier, I., Bhala, D., Roquejoffre, A., Rialle, V., Preux, P. M., & Dantoine, T., (2012). Efficacy of simple home-based technologies combined with a monitoring assistive center in decreasing falls in a frail elderly population: Results of the esoppe study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 683-689. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494312001215?via%3Dihub

Univerzitetni klinični center Ljubljana, (2022). Realizacija letnih ciljev. *Letno poročilo 2022.* Ljubljana: Letno poročilo 2022 [online]. https://www.kclj.si/dokumenti/UKCL_POSLOVNO_POROCILO_2022_net.pdf

Univerzitetni klinični center Maribor, (2022). Realizacija letnih ciljev. *Letno poročilo 2022.* Maribor: Letno poročilo 2022 [online]. https://www.ukc-mb.si/media/files/uploads/letno-porocilo/LETNO_PORO_ILO_UKC_MARIBOR_2022.pdf

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, (2022). Realizacija letnih ciljev. *Letno poročilo 2022*. Golnik: Letno poročilo 2022 [online]. https://www.klinika-golnik.si/storage/_sites/golnik/app/media/Letna-porocila/LETNO%20PORO%C4%8CILO%202021.pdf

Vogrinc, J., (2013). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. [pdf] Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta. http://pefprints.pef.unilj.si/179/1/Vogrinc1.pdf.

Voljč, B., (2010). Zmanjšajmo padce v starosti – Priročnik za širitelje. Ljubljana, IAT.

Voljč, B., (2016). *Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji: analitsko poročilo v okviru Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji.* https://www.staranje.si/sites/www.staranje.

Voljč, B., Gabrijelčič, M., Becker, C., Komadina, R., Petrič, V., Scagnetti, N., Turk, V., Gašperšič, J.,Drole, J., Kožuh Novak, M., Banovec, T., & Šonc, A., (2016). Javnozdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. *Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje*. https://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/analitsko_porocilo3-_padci_0.pdf

Zhao, Y., & Kim, H., (2015). Older adult inpatient falls in acute care hospitals: intrinsic, extrinsic, and enviromental factors. *Journal of Gerontological Nursing,* 41(7), 29–43. https://doi.org/10.3928/00989134-20150616-05 PMid:26126026

WHO, (1977). WHO Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the ninth revision conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly, 1975 revision WHO (2007). WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization.

Wildes, TM., Maggiore, RJ., Tew, WP., Smith, D., Sun, CL., Cohen, H., Mohile, SG., Gajra, A., Klepin, HD., Owusu,.C., Gross, CP., Muss, H., Chapman, A., Lichtman SM, Katheria V, Hurria A., (2018). Cancer and Aging Research Group. Factors associated with falls in older adults with cancer: a validated model from the Cancer and Aging Research Group. *Support Care Cancer.*26(10):3563-3570. doi: 10.1007/s00520-018-4212-3. Epub 2018 Apr 28. PMID: 29705872; PMCID: PMC6117216.

World Health Organization (WHO), 2021. Falls prevention in older age. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

World Health Organization (WHO), (2021). Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. *World Health Organization*. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340962/9789240021914-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zdravstveno statistični letopis Slovenije 2020, 2022. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/03/zdravstveni_statisticni_letopis_2020.pdf.

Zhao, Y. L. Bott, M., He, J., Heejung, K., Park, S. H., & Dunton, N., (2019). Evidence on fall and injurious fall prevention interventions in acute care hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 49(2), pp. 86-92. https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2019/02000/evidence_on_fall_and_injurious_fall_prevention.8.aspx

Percepcija zdravstveno negovalnega kadra o načinu vodenja zaposlenih

VIOLETA PEČAR, DIPL. M. S
DOC. DR. SANELA PIVAČ

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Vodje se morajo zavedati, da njihovo vedenje močno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih, zato morajo s svojim zgledom ustvariti vzdušje, da vizijo spremenijo v želene rezultate.

Cilj projektnega dela: Glavni cilji projektne naloge je ugotoviti, ali zadovoljstvo zaposlenih z vodjo vpliva na njihovo motivacijo na delovnem mestu, ali so zaposleni deležni priznavanje dobro opravljenega dela in pohvale in ali pozitivno delovno klimo povezujejo z zadovoljstvom z vodjo.

Metode: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Uporabili smo anketni vprašalnik. Vprašalnik je bil zaprtega tipa, vseboval je 16 trditev, razdeljen je bil na 4 sklope. Med zdravstveno negovalni kader, v katerem so bili zajeti srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, bolničarji in negovalci, smo razdelili 33 anket. V anketi je sodelovalo 32 žensk in 1 moški.

Rezultati: Ugotovili smo visoke pozitivne povezave med občutkom pripadnosti timu in vsemi spremenljivkami zadovoljstva z vodjo. Prav tako smo ugotovili povezavo zadovoljstva z delovnimi pogoji s posameznikovim zaznavanjem vodje kot zglednega delavca svojim zaposlenim ter z dobrimi odnosi z vodjo. Zaposlenim je pomembno, da je vodja odprt za mnenja, predloge in pripombe za svoje delo, kar se povezuje z zadovoljstvom zaposlenih.

Razprava: Vodje v zdravstveni negi se morajo zavedati, da se okolje zdravstvenega varstva ves čas spreminja, in je potrebno nenehno prilagajanje novim situacijam. Vodenje ne zahteva od njih samo poznavanje managementa, ekonomije, financ, komunikacije in sposobnosti sodelovanja v timih. Učinkovito vodenje zahteva tudi številne osebnostne lastnosti, kot so kompetence, zaupanje, pogum, sodelovanje in ustvarjalnost.

Ključne besede: vodenje, komunikacija, motivacija, delovna klima

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Vodenje je odgovorna in pomembna stvar. Ni vsak človek primeren za vodenje. Vodja lahko nekdo postane šele, ko je za to dovolj zrel in ko ima integriteto ter spoštovanje, ki ga ta položaj zahteva. Položaj sam po sebi še ne zagotavlja moči in spoštovanja. V resnici je ravno nasprotno. Na nekem položaju lahko doživljajo spoštovanje le tisti vodje, ki imajo vodstvene lastnosti že razvite.

Za pridobitev kompetenc vodenja na področju zdravstvene nege morajo medicinske sestre imeti spretnosti in osebnostne lastnosti, ki so potrebne za učinkovito opravljanje svojih nalog, pri čemer združujejo več elementov, vključno z znanjem in vrednotami, ki se zahtevajo v posebnih okoliščinah. Te elemente lahko razdelimo v tri kategorije: osebne lastnosti, ki so potrebne za zdravstveno nego, strokovna stališča in vedenje ter sposobnost zagotavljanja zdravstvene nege in oskrbe na podlagi strokovnega znanja in veščin. Osebnostne lastnosti vključujejo naklonjenost, razumevanje, samokontrolo, kritično mišljenje in sposobnost reševanja problemov

Profesionalna praksa zdravstvene nege vključuje presojanje, učenje, ter razmišljanje o svojih dejanjih med izvajanjem zdravstvene nege in po njenem zaključku. Praksa zdravstvene nege je sama po sebi ključna za izboljšanje kompetenc (Fukada 2018).

Domnevamo, da kdor hoče postati dober vodja, mora z zaposlenimi imeti dobre odnose. Vodje morajo biti svojim sodelavcem vzgled s svojo zagnanostjo in delom, ki ga opravijo. Menimo, da vodja z neustreznim vodenjem pripomore k nezadovoljstvu zaposlenih, to pa lahko vodi k slabemu poslovanju podjetja. Vodje morajo na svoje zaposlene vplivati pozitivno, saj so zaposleni ključ do uspeha vsakega podjetja.

Vemo, kako pomembno je, da vsak vodja v svoji organizaciji razvije določeno kulturo vodenja, ta pa mora biti fleksibilna, kajti v nasprotnem primeru, zaposleni ne bodo upoštevali navodil niti ne bodo želeli prostovoljno sodelovati pri reševanju problemov, s svojimi predlogi izboljšav. Zato se od vodje pričakuje, da izbere način vodenja, ki bo zaposlenim dal možnost, da pokažejo vse svoje potenciale ustvarjalnosti. Pri vsakem reševanju problemov pa pride do tako imenovanih ovir ustvarjalnosti, krivci pa so vsi dejavniki, ki vplivajo na ustvarjalnost posameznika. Tukaj štejemo strah pred neuspehom, rutinsko delo, slaba nagrada za ustvarjalnost, slabi medsebojni odnosi v organizaciji

Vodja izbere stil vodenja, ki podrejene čim bolj privabi k učinkovitemu sodelovanju pri doseganju zastavljenih ciljev. Izbira stila vodenja je odvisna od dejavnikov, kot so: medsebojni odnosi v družbi, motiviranost in strokovnost sodelavcev, organizacijska kultura, osebnostne lastnosti vodje, zahtevnosti delovnih nalog in seveda časa, ki je na voljo.

Vodje morajo kljub omejenim resursom poskrbeti za proaktivno vodenje in poiskati načine za revitaliziranje delovnega okolja, da bo le-to bolj zadovoljujoče za medicinske sestre, jih obvarovati pred izgorelostjo na delovnem mestu in spodbujati k lastnemu profesionalnemu razvoju.

Vsak zaposleni mora zato imeti možnost, da izrazi svoje mnenje in ideje. Bolj, ko zaposlene vključujemo v proces uvajanja sprememb, bolj so le- ti povezani s problemi, ki jih organizacija rešuje, ter z možnimi rešitvami oziroma spremembami. Pri zaposlenih tako zmanjšamo nejasnosti in negotovost ter strah pred spremembami. Če pa zaposleni možnosti vključitve v proces uvedbe sprememb nimajo, se počutijo nepomembne in prizadete, ker so izključeni iz procesa sprememb (Kramar Zupan, 2019).

V sodobni organizaciji se nenehno srečujemo s hitrimi spremembami, ki zahtevajo drugačne odzive, kot smo jih bili vajeni doslej. Organizacija v 21. stoletju od vodje zahteva, da pokaže najboljši možni način izvajanja neke naloge. Vodja mora biti odprt, prilagodljiv, pripravljen na spremembe, velikokrat pa mora prevzeti vlogo kot mentor ali svetovalec. Da bi vodja kar se da najbolje izvajal naštete naloge, pa je pomembno, da se sam nenehno uči ter spoznava sebe, kajti le vodja, ki lahko vodi sebe, ki ima pred seboj jasno opredeljene cilje in vizijo, to lahko s pravimi sposobnostmi prenaša na svoje podrejene. Danes, ko se kadri pri različnih projektih nenehno menjavajo, organizacije ne iščejo samo vodij z ustrezno izobrazbo in izkušnjami, temveč je pomembno, da izberejo takšne posameznike, ki imajo lastnosti in sposobnosti za vodjo, torej potencial za vodenje (Maguša, 2010).

Dober vodja se zaveda pomena vodenja in veščin, ki so za to potrebne, te veščine pa mora ves čas razvijati kot odgovor na hitro spreminjajoče se trende sodobnega sveta. Tako kot drugod tudi za zdravstveno nego velja, da so odnosi pri delu, zadovoljstvo zaposlenih, njihov položaj in počutje odvisni od vodje. Ker pa vsem zaposlenim nikoli ne moremo ustreči hkrati, je vodenje zelo zapleten proces (Laznik 2020).

Vodenje je proces, s katerim vodja s pomočjo ustreznega (strokovnega) znanja, ki ga ima s področja zdravstva, medicine, ekonomije, menedžmenta in zakonodaje, usmerja, vpliva in motivira zaposlene pri doseganju kar se da najboljših končnih rezultatov, vsekakor z ustrezno kakovostno in premišljeno izbiro stila vodenja, kar pa je v zdravstveni negi glede na nepredvidljive situacije, v katerih se vodja skupaj z zaposlenimi večkrat znajde, zelo pomembno (Laznik, 2023).

Vodja se mora zavedati, da sam ne more uspeti. Ljudje, s katerimi dela, so zanj zelo pomembni, saj lahko s skupnim delom ustvarjajo uspešno organizacijo. Če ima vodja neke sposobnosti, s katerimi lahko uspešno vpliva na svojo vodeno skupino na tak način, da doseže zadovoljstvo zaposlenih, ti z veseljem delajo, za skupen cilj organizacije, obenem pa tudi zase (Maguša, 2010).

Tudi za zdravstveno nego velja, da so odnosi pri delu, zadovoljstvo zaposlenih, njihov položaj in počutje odvisni od vodje. Ker pa je težko vsem zaposlenim ustreči hkrati, je vodenje lahko zelo zapleten proces. Prav zato je nujno zbiranje povratnih informacij, pohval in graj ter pričakovanj zaposlenih, da bi se ustvarilo takšno vzdušje, ki bi ustrezalo večini (Laznik, 2020).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Naša raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za potrebe empiričnega dela smo strokovno literaturo pridobili s pomočjo pregleda podatkovnih baz Google učenjak, Pub med, ScienceDirect, Academia. Izbrali smo literaturo, ki je javno dostopna in se nanaša na obravnavano tematiko.

Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku, ki vsebinsko opredeljujejo projektno delo: vodenje zdravstvene nege, zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi, organizacijska kultura in v angleškem jeziku: nursing leadership, health care, manager, organisation climate, comunication, management.

S pomočjo ročnega iskanja smo pregledali strokovne članke in zbornike strokovnih simpozijev.

Da smo literaturo vključili, je le ta morala biti dostopna, recenzirana, tematsko skladna s temo projektnega dela in objavljena v celoti v slovenskem ali angleškem jeziku.

2.2 Spoznanja pregleda literature

V razvitem svetu je prisotno stalno pomanjkanje medicinskih sester, zato je zelo pomembno, da so v zdravstveni negi močni in inovativni vodje, ki pritegnejo nove zaposlene in obdržijo obstoječe ter zagotavljajo kakovostno in učinkovito zdravstveno obravnavo pacientov (Skela Savič, 2011, povzeto po Blachard & Player, 2008).

Fukada (2018) pojasnjuje, da je medicinska sestra kompetentna za opravljanje svojega dela takrat, ko si pridobi določene spretnosti, znanje in osebnostne lastnosti. Obseg znanja, ki ga le-te potrebujejo pri svojem delu, se stalno povečuje, s tem pa se spreminjajo tudi njihove kompetence.

Vodje se morajo zavedati, da njihovo vedenje močno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih, zato morajo s svojim zgledom ustvariti vzdušje, da vizijo spremenijo v želene rezultate (Ivanko, 2019).

Tudi za zdravstveno nego velja, da so odnosi pri delu, zadovoljstvo zaposlenih, njihov položaj in počutje odvisni od vodje. Ker pa je težko vsem zaposlenim ustreči hkrati, je vodenje lahko zelo zapleten proces. Prav zato je nujno zbiranje povratnih informacij, pohval in graj ter pričakovanj zaposlenih, da bi se ustvarilo takšno vzdušje, ki bi ustrezalo večini (Laznik, 2020).

Razvoj vodenja zdravstvene nege je interaktiven proces med kliničnimi vodji in zaposlenimi. S pomočjo izobraževanja vodje bolj zaupajo vase, postanejo bolj samozavestne, imajo več komunikacijskih veščin, lažje oblikujejo in sprejemajo odločitve in lažje oblikujejo vizijo in poveča se odgovornost za vodenje (Skela Savič, 2011).

Medicinske sestre predstavljajo velik del zdravstvenega osebja. Čeprav se mnoge ne vidijo kot vodje, so postavljene tako, da vsakodnevno vodijo in vplivajo na zdravstveno nego bolnikov in njihovih svojcev (Bowles & Malloch, 2019). Vodje v zdravstveni negi oblikujejo značilne sposobnosti oziroma spretnosti in osebnostne lastnosti (Yukl, 2013). Čeprav se spretnosti uspešnih vodij lahko razlikujejo zaradi spreminjajočega se okolja in področja delovanja, še vedno obstajajo aktualne skozi vsa stoletja (Louise Nye, 2017). Komunikacija, timsko delo, reševanje konfliktov, tehnično znanje so le nekatere izmed njih (Player & Burns, 2015). Priporočljivo je, da se vodje medicinskih sester razvijajo in aktivno sodelujejo na usposabljanjih, namenjenih razvijanju vodstvenih znanj, da bi tako pozitivno vplivali na raven motivacije medicinskih sester, s katerimi sodelujejo (Demirhan, Gezginci & Goktas , 2020).

Heinen, et al. (2019) menijo, da mora vodja delovati samozavestno in odkrito, pri uvajanju sprememb mora biti fleksibilen, v timu zdravstvene nege podpirati različnost vsakega posameznika in biti odprt za vseživljenjsko učenje. Odlični klinični voditelji so inteligentni, imajo široko strokovno znanje, uporabljajo prakso, temelječo na dokazih, in se zavedajo, da je v znanju moč.

3 METODE

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Z raziskavo smo želeli izvedeti v koliki meri so zaposleni zadovoljni s svojim vodjem in delovno klimo. Na podlagi teoretičnih izhodišč so bila oblikovana tri raziskovalna vprašanja.

1. » Se zadovoljstvo zaposlenih pozitivno povezuje z zadovoljstvom in motiviranostjo na delovnem mestu?«
2. »Ali zaposleni s strani vodje zaznavajo ustrezno priznavanje dobrega dela, truda ter pohvale?«
3. »Se pri zaposlenih zaznavanje zadovoljstva z delovnim okoljem in delovno klimo povezuje z zadovoljstvom z vodjo?«

3.1 Zbiranje podatkov

Pri izdelavi projektnega dela smo v teoretičnem delu zbrali in preučili ter analizirali domačo in tujo strokovno literaturo. Uporabili smo strokovno literaturo s pomočjo ključnih besed in jo v časovnem obdobju med oktobrom 2023 in aprilom 2024 iskali v domačih in tujih bazah podatkov.

V raziskovalnem delu naloge smo za zbiranje podatkov uporabili anonimni strukturiran spletni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda literature avtorjev. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi literature avtorjev (npr. Janžekovič, 2012). Razdeljen je na 4 sklope in sestavljen iz 16 trditev. Prvi del vprašalnika zajema splošne (demografske) podatke anketirancev (spol, starost, delovno dobo in stopnjo izobrazbe). Drugi del vprašalnika predstavlja mnenjski del, ki zajema različna področja v povezavi z zadovoljstvom, timski pripadnosti, vodenjem in motivacijo zaposlenih. Prvi sklop smo poimenovali *Priznavanje dobrega dela,* ki je vseboval 4 trditve, ki se nanašajo na uslužbenčevo zaznavanje priznavanja dobrega dela, truda ter prejemanje pohval s strani vodje. Drugi sklop smo poimenovali *Motivacija in zadovoljstvo na delovnem mestu,* ki prav tako vsebuje 4 trditve in se nanaša na uslužbenčevo zadovoljstvo z delovnimi pogoji. Tretji sklop smo poimenovali *Delovna klima,* ki vsebuje 4 trditve in se nanaša na uslužbenčevo oceno zadovoljstva z obstoječo delovno klimo. Zadnji sklop, ki prav tako vsebuje 4 trditve, smo poimenovali *Stil vodenja* in se nanaša na uslužbenčevo zaznavanje načina vodenja. Sklopa *Priznavanje dobrega dela* in *Stili vodenja* smo v analizah združili v spremenljivko *Zadovoljstvo z vodjo.* Anketiranci so se v vseh sklopih do trditev opredelili na lestvici Likertovega tipa, kjer je 1 pomenilo *sploh se ne strinjam*, 5 pa *popolnoma se strinjam*.

3.2 Vključeni v raziskavo

V raziskavo smo vključili bolničarje, tehnike zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre, zaposlene v Domu sv. Lenarta. V raziskavo smo vključili 33 zaposlenih in dosegli 100 % realizacijo vzorca. Sodelovalo je 32 žensk in 1 moški.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Zbiranje podatkov je trajalo v mesecu aprilu 2024. Vprašalnike smo v fizični obliki (tipa papir-svinčnik) razdelili osebju zdravstvene nege v zgoraj omenjenem domu starostnikov. Udeleženci so imeli na voljo neomejeno količino časa za reševanje vprašalnikov. Soglasje za udeležbo v raziskavi je bilo podano ustno.

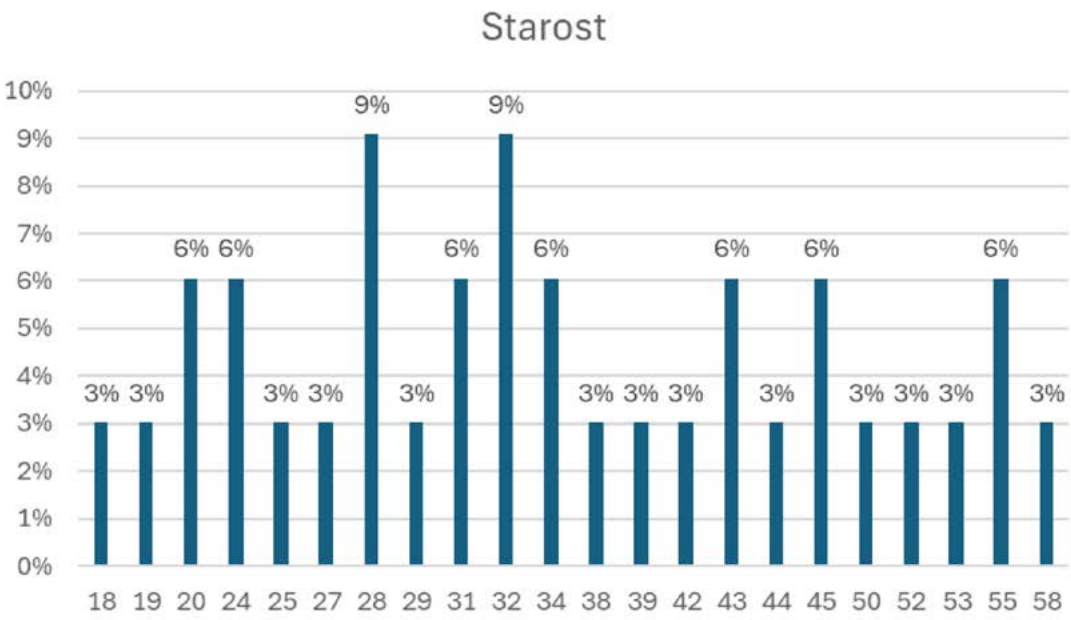
3.4 Obdelava podatkov

Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo programov Excel in SPSS, verzija 29.0. V programu Excel smo izračunali opisno statistiko za demografske podatke in izrisali ustrezne grafe. S pomočjo programa SPSS smo izračunali opisno statistiko ter Spearmanove koeficiente korelacij med posameznimi spremenljivkami, ki so prikazani v poglavju Rezultati. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

4 REZULTATI

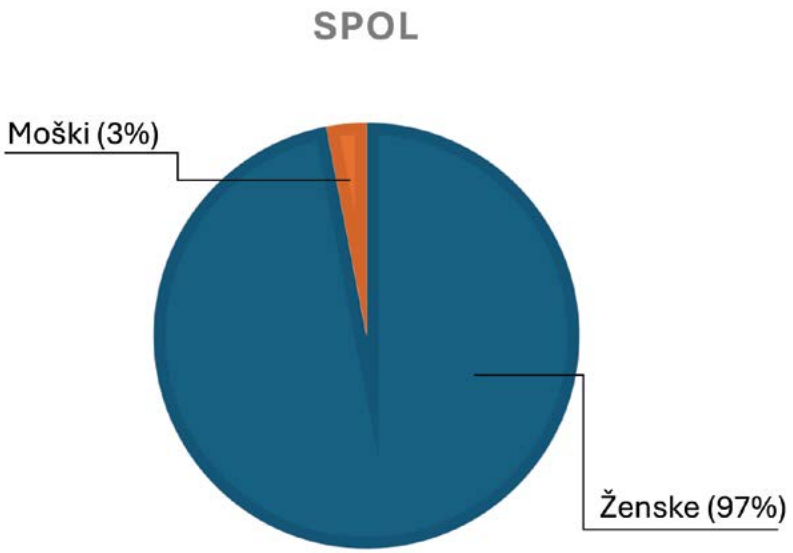
4.1. Opisna statistika

Graf 1. *Frekvenčna porazdelitev udeležencev glede na starost*



Zgornji graf 1 prikazuje frekvenčno porazdelitev udeležencev glede na starost. V raziskavi je sodelovalo 33 udeležencev, ki so bili stari med 18 in 58 let.

Graf 2. *Frekvenčna porazdelitev udeležencev glede na spol*



Zgornji graf 2 prikazuje porazdelitev udeležencev glede na spol. V raziskavi je sodelovalo 32 oz. 97 % žensk in 1 oz. 3 % moških.

4.2 Analiza raziskovalnih vprašanj

1. Raziskovalno vprašanje:

»***Se zadovoljstvo zaposlenih z vodjo pozitivno povezuje z zadovoljstvom in motiviranostjo na delovnem mestu?*** «

Tabela 1. *Prikaz korelacij med spremenljivkami zadovoljstva z vodjo in zadovoljstva in motivacijo na delovnem mestu*

		Imam občutek pripadnosti timu	Zadovoljen/-a sem z delovnimi pogoji	Za posamezne postopke in posege mi primanjkuje časa	Na delovnem mestu sem preobremenjen
Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo	Spearmanov koeficient korelacije	**0,453****	**0,426***	-0,174	-0,009
Vodja me pohvali za dobro opravljeno delo	Spearmanov koeficient korelacije	0,318	**0,407***	0,089	0,067
Vodja izkazuje zadovoljstvo za mojo prizadevnost	Spearmanov koeficient korelacije	0,306	**0,382***	0,183	0,102
Imam možnost napredovanja	Spearmanov koeficient korelacije	**0,353***	**0,403***	0,193	-0,088
Vodja ima jasno vizijo in cilje	Spearmanov koeficient korelacije	0,461**	0,306	0,114	0,146
Vodja je strpen	Spearmanov koeficient korelacije	**0,374***	0,044	0,159	-0,248
Vodja je s svojim delom vzgled vsem delavcem	Spearmanov koeficient korelacije	**0,546****	0,416*	0,057	-0,248
Z vodjo sem v dobrih odnosih	Spearmanov koeficient korelacije	**0,744****	**0,412***	0,170	-0,071

Opombe. Z * so označene tiste korelacije, ki so statistično pomembne z vrednostjo p<0,05. Z ** so označene tiste korelacije, ki so statistično pomembne z vrednostjo p<0,01.

V Tabeli 1 so s krepkim tiskom označene vrednosti Spearmanovega koeficienta korelacije, ki so statistično pomembne na stopnji 0,05 ali manj. Opazimo lahko zmerne do visoke pozitivne korelacije med *Občutkom pripadnosti timu* in vsemi postavkami spremenljivke *Zadovoljstvo z vodjo*. Najvišja pozitivna povezava obstaja med postavkama *Občutek pripadnosti timu* ter *Z vodjo sem v dobrih odnosih* (r=0,744, p<0,01). Zmerna korelacija obstaja tudi med postavkami *Občutek pripadnosti timu* ter *vodja je s svojim delom vzgled vsem delavcem* (r=0,546, p<0,01), *vodja ima jasno vizijo in cilje* (r=0,461, p<0,01) in *Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo* (r=0,453, p<0,01). Med *Zadovoljstvom z delovnimi pogoji* ter večino postavk *Zadovoljstva z vodjo* prav tako obstajajo zmerne pozitivne korelacije. Najvišje opažamo s postavkami *Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo* (r=0,426, p<0,05), *Vodja je s svojim delom vzgled vsem delavcem* (r=0,416, p<0,05) ter *z Vodjo sem v dobrih odnosih* (r=0,412, p<0,05). Povezave med postavkama *Na delovnem mestu sem preobremenjen* in *Za posamezne postopke mi zmanjkuje časa* ter *Zadovoljstvom z vodjo* so zanemarljive in statistično nepomembne.

2. Raziskovalno vprašanje

»Ali zaposleni s strani vodje zaznavajo ustrezno priznavanje dobrega dela, truda ter pohvale?«

Tabela 2. Opisna statistika spremenljivke Priznavanje dobrega dela

	Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo	Vodja me pohvali za dobro opravljeno delo	Vodja izkazuje zadovoljstvo za mojo prizadevnost	Imam možnost napredovanja
Št. udeležencev	33	33	33	33
Povprečje	**4,18**	**4,03**	**4,12**	**3,55**
Std. Odklon	0,727	0,984	0,857	1,438
Mediana	4	4	4	4
Modus	4	4	5	5
Minimum	3	1	2	1
Maksimum	5	5	5	5

V Tabeli 2 lahko opazimo, da večina zaposlenih v povprečju zaznava ustrezno priznavanje dobrega dela s strani vodje. V povprečju so z najvišjimi vrednostmi (M=4,18) zaposleni odgovarjali pri postavki *Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo*, z najnižjimi vrednostmi (M=3,55) pa so odgovarjali pri postavki *Imam možnost napredovanja*. Kljub temu so razlike nizke in opazimo lahko,

da so udeleženci na vse postavke iz sklopa *Priznavanje dobrega dela* odgovarjali z visokimi vrednostmi, na kar nakazujejo druge mere srednjih vrednosti, razvidne iz Tabele 2.

3. Raziskovalno vprašanje

»Se pri zaposlenih zaznavanje zadovoljstva z delovnim okoljem in delovno klimo povezuje z zadovoljstvom z vodjo?«

Tabela 3. *Prikaz korelacij med spremenljivkami zadovoljstva z vodjo ter delovno klimo*

		Med zaposlenimi in nadrejenimi prevladujejo dobri odnosi	Zaposleni dobro timsko sodelujejo	Delovno okolje je spodbudno	Z veseljem prihajam na delovno mesto
Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo	Spearmanov koeficient korelacije	0,314	**0,430***	**0,572***	**0,386***
Vodja me pohvali za dobro opravljeno delo	Spearmanov koeficient korelacije	0,324	0,273	**0,494****	0,244
Vodja izkazuje zadovoljstvo za mojo prizadevnost	Spearmanov koeficient korelacije	0,281	0,243	**0,456****	0,336
Imam možnost napredovanja	Spearmanov koeficient korelacije	**0,529****	0,333	**0,623****	**0,456****
Vodja ima jasno vizijo in cilje	Spearmanov koeficient korelacije	0,238	0,310	**0,451****	0,318
Vodja je strpen	Spearmanov koeficient korelacije	0,157	0,223	0,312	0,199
Vodja je s svojim delom vzgled vsem delavcem	Spearmanov koeficient korelacije	**0,384***	0,318	**0,483***	**0,368***
Z vodjo sem v dobrih odnosih	Spearmanov koeficient korelacije	0,521	0,312	0,371*	**0,463***

Opombe. Z * so označene tiste korelacije, ki so statistično pomembne z vrednostjo p<0,05. Z ** so označene tiste korelacije, ki so statistično pomembne z vrednostjo p<0,01.

V Tabeli 3 so s krepkim tiskom označene vrednosti Spearmanovega koeficienta korelacije, ki so statistično pomembne na stopnji 0,05 ali manj. Opazimo lahko, da večina postavk iz sklopa *Delovna klima* statistično pomembno zmerno pozitivno korelira z postavkami *Imam možnost napredovanja* (r=0,529; r=0,623; r=0,456, p<0,01), *Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo* (r=0,430; r=0,572; r=0,386, p<0,05) ter *Vodja je s svojim delom vzgled vsem delavcem* (r=0,384; r=0,483; r=0,368, p<0,05). Večina postavk iz sklopa *Zadovoljstvo z vodjo* statistično pomembno zmerno pozitivno korelira s postavko *delovno okolje je spodbudno* iz sklopa *delovna klima* (r=0,572; r=0,494; r=0,456; r=0,623; r=0,451; r=0,312; r=0,483; r=0,371, p<0,05).

4 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Na uspešnost dela vodje vplivajo znanje, sposobnosti in veščine vodje kot tudi izkušnje v posameznih situacijah. Vodja mora sebe zaznati kot učinkovito in sposobno osebo, ki zaupa vase, se spoštuje ter je ponosna nase. Le tako ga lahko tudi zaposleni spoštujejo in mu zaupajo. Vodja mora imeti navade in spretnosti, ki omogočajo sporazumevanje in medsebojne odnose, s katerimi izkazuje svojo osebno moč. Za vodjo je pomembno, da skupaj z zaposlenimi deluje za doseganje ciljev in vizije, ki si jo zastavi. V zdravstveni negi je potrebno razmišljanje in usmerjanje tudi na področje zadovoljstva zaposlenih in ne samo v zagotavljanje kakovosti storitev in zadovoljstvo bolnikov. Zadovoljni in pripadni zaposleni imajo velik vpliv na uspešnost in konkurenčnost bolnišnice (Lorber 2010). Ob tem pa moramo poudariti, da se je za vodenje treba izobraziti in kasneje tudi dopolnjevati, se učiti o novostih na dodatnih izobraževanjih. Vodje si s tem dvigujejo samozavest, delavci pa zaupanje vanje še dodatno okrepijo in jim pri delu sledijo. V primeru našega raziskovalnega področja, torej zdravstvene nege, ima največjo korist od tega pacient. Ta bo prejel kakovostno in varno obravnavo, ki je za zdravstveno osebje in zdravstveno nego osrednji cilj, stroški v organizaciji pa bodo s tem le manjši (Laznik 2020).

Z raziskavo smo ugotovili, da so zaposlenim zelo pomembni dobri medosebni odnosi. Ugotovili smo, da zaposleni povezujejo sprejemanje mnenj, predlog in utemeljenih pripomb za svoje delo, ki jih posredujejo vodji z občutkom pripadnosti timu ter zadovoljstvom z delovnimi pogoji. Zaposlenim je torej pomembno, da je vodja odprt za mnenja, predloge in pripombe za svoje delo, kar pa se povezuje z zadovoljstvom zaposlenih.

Prav tako ugotovimo, da zaposleni v večji meri menijo, da vodje prispevajo k prijetnemu delovnemu vzdušju in dobrim medosebnim odnosom ter da s komunikacijo

vplivajo pozitivno na medosebne odnose. Ugotovimo, da so zaposlenim dobri medosebni odnosi pomenijo priznanje, potrditev in spoštovanje.

Odnosi med sodelavci zelo pomembni za storitveno dejavnost. Pomembno je, da se zaposleni med seboj dobro razumejo, da so z medsebojnimi odnosi zadovoljni, da imajo sodelavce, kakršne si želijo in nanje delujejo stimulativno.

Ugotovimo, da zaposleni večje zadovoljstvo z vodjo pozitivno povezujejo z večjo zaznano pozitivno delovno klimo. Opazimo povezavo z možnostjo napredovanja s spremenljivkami zadovoljstva z delovno klimo. Z zadovoljivo delovno klimo se visoko povezujejo tudi dobri odnosi z vodjo, percepcija priznavanja dobrega dela in truda ter zglednost vodje ostalim zaposlenim.

Zaposleni so tisti, ki so srce vsake ustanove, in samo zadovoljen posameznik bo delal dobro, pošteno in strokovno, kar bo imelo za posledico tudi zadovoljne paciente in s tem odlično zdravstveno oskrbo.

Za vodjo je pomembno, da zna ubrati takšen stil vodenja, da skupaj z zaposlenimi deluje za doseganje ciljev in vizije ustanove.

Pri zaposlenih pohvala v veliki meri vpliva na zadovoljstvo. To pomeni, da bi bilo smiselno, da se v namen motiviranja in stimuliranja izvajajo ukrepi, kot so nagrajevanje, hvaljenje, spodbujanje, podpiranje, navduševanje in podobno. Pomembno je, da se vodstvo zaveda, da vir konkurenčne prednosti ni samo storitev in finančni viri, temveč tudi motivirani zaposleni.

Vodja mora imeti navade in spretnosti, ki omogočajo sporazumevanje in medsebojne odnose, s katerimi izkazuje svojo osebno moč. Biti mora motiviran in znati motivirati tudi podrejene. Vodja mora znati v pravem trenutku zaposlene pohvaliti in jim tudi v pravem trenutku in na pravi način podati kritiko, saj se tako lahko delo še izboljša.

Današnje delovno okolje zahteva novo vrsto razvoja vodij. Ni več dovolj, da so vodje usposobljeni in imajo znanje. Vodje morajo biti osredotočeni, prilagodljivi in vzdržljivi, da bi bili učinkoviti v vse bolj motečem in kaotičnem organizacijskem svetu. Trdimo, da se morajo sedanje metode razvoja vodij razviti tako, da bodo vključevale dobro počutje vodij in se osredotočale na intrapersonalne kompetence, da bi vodje ustrezno pripravili na današnji stresni svet dela (Clerkin, 2017).

Demirhan, Gezginci & Goktas (2020) so v raziskavi, kjer govorijo o vplivu odnosa vodij zdravstvene nege na delovno motivacijo medicinskih sester, prav tako ugotovili, da med zaposlenimi in vodji obstaja zmeren, pomemben in pozitiven odnos, kateri temelji na spodbujanju, motiviranju, nagrajevanju in pohvali.

Mihalič (2010) meni, da si danes delovna organizacija ne sme privoščiti, da ne bi svojih zaposlenih motivirali, tudi v primeru, če nima na razpolago denarnih sredstev za motiviranje zaposlenih, kajti na voljo je veliko drugih učinkovitih načinov motiviranja, za katere je potrebno le znanje, volja in čas.

Zaposleni bo motiviran že s tem, da lahko dela v takšni organizaciji, ki je uspešna, prepoznavna, ima dolgoletno poslovno tradicijo ter ugled v splošni javnosti (Mihalič, 2010).

Naloga vodstva je spodbujati močno organizacijsko kulturo, katere glavne vrednote bodo medosebni odnosi, sodelovanje, timsko delo, inovativnost, motiviranost in kakovost. Delovanje vodij naj bo vzdrževati odprto komuniciranje, ugotavljanje in spremljanje zadovoljstva zaposlenih, omogočanje sodelovanja pri oblikovanju ciljev ter načrtovanju osebnega strokovnega razvoja (Lorber, 2010).

Vodje so nenehno postavljeni pred izziv, da najdejo pravi način za upoštevanje želja in življenjskih potreb medicinskih sester - vključno z zagotavljanjem njihovega zdravja in vsesplošnega dobrega počutja (Clarke, 2018).

Pri uvajanju, spremljanju in zagotavljanju kakovosti je treba dati poudarek predvsem na osebnem razvoju zaposlenih in posledično tudi na skupinski razvoj zaposlenih v organizaciji. Pri udejanjanju sprememb je ključni dejavnik strategija vodje ter motivirani in zadovoljni zaposleni ob podpori vodstva. Vodje so tisti, ki morajo postati ključni spodbujevalci za izboljšanje kakovosti in uvajanje sprememb v zdravstveni negi (Lorber, 2010).

Večina ljudi čuti potrebo po pripadnosti. Želi si biti del celote. Če se na delovnem mestu zaposleni dobro počutijo in jih delo in medsebojni odnosi zadovoljujejo ter so izpolnjene osnovne ekonomske potrebe zaposlenih, se le ti začnejo istovetiti z organizacijo, postanejo del celote in s tem izražajo pripadnost organizaciji.

Bolj, ko zaposleni čutijo, da so v organizaciji cenjeni in spoštovani, bolj verjetno bodo pozitivno prispevali k doseganju dobrih poslovnih rezultatov oziroma rasti organizacije ter ne nazadnje tudi k osebnemu zadovoljstvu in razvoju (Lorber, 2010).

Smiselno bi bilo enkrat letno spremljati stopnjo zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi, saj bi se lahko le na ta način prilagajali posameznikom. Zdravstvene organizacije so tiste, ki bi morale določiti in oceniti posameznim vodjem vodstvene sposobnosti in kompetence, kar pozitivno vpliva na zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih ter posledično na zadovoljstvo bolnikov (Lorber, 2010).

Vloga managerjev je oblikovati vizijo prihodnjega poslovanja in jo posredovati zaposlenim. Še več, zaposlene morajo navdušiti in motivirati za doseganje ciljev

oziroma uresničevanje vizije, jih spodbujati in jim pomagati pri njihovih prizadevanjih. Ustvariti morajo organizacijsko kulturo, procese in pravila. Poskrbeti morajo za zaposlovanje novih sodelavcev ter oblikovati in uporabljati različne tehnike managementa. Postati morajo »trenerji«, to pa je veliko težje od biti »general«, kar so bili pretežno klasični managerji. Vodenje je vplivanje na zaposlene za doseganje ciljev organizacije. Vodja naj bi znal prepričati oziroma spodbuditi druge, da z navdušenjem sledijo zastavljenim ciljem, nalogam in strategijam organizacije (Kramar Zupan, 2019).

Vodje morajo biti dovzetni za spremembe, prilagodljivi, znati morajo komunicirati in motivirati ter voditi zaposlene. Na takšen način oblikujejo kulturo podjetja, pri čemer se morajo zavedati svojih sposobnosti in veščin, ki so potrebne za zagotovitev organizacijskega razvoja in s tem odličnosti organizacije (Ivanko, 2019).

Obvladovanje sprememb postaja vse bolj ključni dejavnik uspeha sodobnih organizacij, saj je uspešna prilagoditev spremembam tista, ki zagotavlja uspeh in obstoj. To pa zahteva od menedžerjev dobro poznavanje trendov v ožjem in širšem okolju podjetja ter znanja in usposobljenost za oblikovanje in izvedbo potrebnih sprememb znotraj organizacije. V literaturi so za uspešno uvedbo sprememb najpogosteje omenjeni dejavniki, med katerimi so: načrtovanje sprememb, komuniciranje, zaupanje zaposlenih, usposabljanje in informiranje o spremembah, izobraževanje, vključevanje zaposlenih v proces uvajanja sprememb, timsko delo, nagrajevanje, kultura itd. (Kramar Zupan, 2019).

Danes se od vodij bolj kot kdaj koli prej zahteva, da presežejo svoja tradicionalna območja udobja in se celo vključijo v medsektorsko delo pri reševanju zapletenih zdravstvenih problemov. Ni presenetljivo, da se ustvarjalnost in inovativnost pogosto pojavita zaradi potrebe po reševanju težav, vendar ju je treba spodbujati in strukturno podpirati v delovnem okolju in kulturi. Ustvarjanje okolja, ki spodbuja ustvarjalnost in inovativnost, je večfaktorsko in vključuje vlogo vodje, strukturo in kulturo organizacije ter individualno psihologijo zaposlenega. Tudi pri transformacijskih stilih vodenja, ki navdihujejo, če zaposleni ne zaznavajo avtonomije in samo učinkovitosti, so prizadevanja za povečanje inovativnosti od zgoraj navzdol pogosto neuspešna.

Pri vodenju ne gre za položaj temveč gre za to, da vodja ostane predan viziji, poslanstvu in strokovnim vrednotam (Smith-Trudeau, 2016).

Predlagamo nekaj izboljšav pri procesu vodenja negovalnega tima in sicer, da vodje izvajajo redne sestanke negovalnega tima, pripravijo pisna vsem dostopna navodila in smernice za delo, opravljajo letne razgovore in načrt uvajanja novo zaposlenih, motivirajo zaposlene, da se izobražujejo. Zaupanje je najvišja oblika motivacije.

Vodje v zdravstveni negi se morajo zavedati, da se okolje zdravstvenega varstva ves čas spreminja in je potrebno nenehno prilagajanje novim situacijam. Vodenje ne zahteva od njih samo poznavanje managementa, ekonomije, financ, komunikacije in sposobnosti delanja v timih. Učinkovito vodenje zahteva tudi številne osebnostne lastnosti, kot so kompetence, zaupanje, pogum, sodelovanje in ustvarjalnost. Vodenje ni samo niz spretnosti in nalog, je odnos, ki usmerja vedenje zaposlenih. Obstajajo tri stvari, ki so bistvenega pomena za vodenje; to so oblast, moč in vpliv. Učinkovit vodja mora danes uporabljati več vpliva in manj oblasti in moči. Bolj pomembno je, da vodja zna zaposlene motivirati, jih prepričati v nekaj, jih ceniti, se znati pogajati, kot pa zgolj uveljavljati moč. Vodenja se vsekakor da naučiti, zato imajo zdravstvene organizacije odlično priložnost, da razvijejo takšno vodenje, ki se bo osredotočalo na načine za povečanje zadovoljstva zaposlenih s službo. S tem se bodo znižali visoki stroški zaposlovanja in izobraževanja novih medicinskih sester zaradi vse večje fluktuacije medicinskih sester na druga delovna mesta. Zadovoljstvo na delovnem mestu je nujen element merjenja za vsako organizacijo in sprejemanja ukrepov za njegovo izboljšanje (Janžekovič, 2012).

6 SEZNAM LITERATURE

Bowles, J. & Malloch, K.,(2019). Caregiver Leadership: The Pathway to Achieving and Sustaining National Initiatives. *Nurse Leader*, 17(2), 54-58.

Barr, T. L., & Nathenson, S. L., (2022). A holistic transcendental leadership model for enhancing innovation, creativity and well-being in health care. *Journal of Holistic Nursing,* 40(2), 157-168.

Clarke, P. N., & Bleich, M. R. (2018). Holistic Leadership—Nursing's Unique Contribution to Healthcare. *Nursing Science Quarterly,* 31(2), 134-138.

Demirhan, B. S., (2020). The effect of leadership behaviours of nurse managers on nurses' work motivation. *International Journal Of Caring Sciences*, 13(1), 381-391.

Fukada, M., 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7.

Heinen, M., van Oostveen, C., Peters, J., Vermeulen, H. & Huis, A., (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2378-2392.

Ivanko, Š. (2019). Vodenje v 21. stoletju. *RUO. Revija za Univerzalno Odlicnost*, 8(4), 374-393.

Janžekovič, K., (2012), vpliv stilov vodenja na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi. Magistrsko delo, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.

Kramar Zupan, M., (2018). Primerjava značilnosti managementa v javnem in zasebnem sektorju–primer zdravstva.V: Rozman, Zupan in Svetinc (ur). Izbrane teme organizacije in managementa, monografija ob 90-letnici rojstva prof. Staneta Možine (str 15-126). Ljubljana: Društvo slovenska akademija za management.

Laznik, G. (2020). Transformacijsko vodenje: prvi izbor vodenja v zdravstveni negi. In B. Nose & T. Radovan (Eds.), Menedžment: pomemben dejavnik učinkovitosti in uspešnosti v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Dolenjske Toplice, 17. januar 2020, 28–38. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto. https://www.dmszt-nm.si/media/pdf/zbornik-dmt-2020.pdf

Laznik, G. (2023). Kombiniranje stilov vodenja kot pomembni dejavnik kakovostnega in uspešnega vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede,* 69-91.

Lorber, M. (2010). Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi. Magistrska naloga, Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Mihalič, R., (2010). Kako motiviramo sodelavce: 30 minut za vodenje, Mihalič in Partner, Škofja Loka.

Player & Burns, 2015. Leadership Skills: New Nurse to Nurse Executive. *Nurse Leader,* 13(6), 40-43.

Skela Savič, B. (2011). Vloga vodij pri razvoju profesije. V: B. Skela Savič, S. Touzery Hvalič, J. Zurc, & K. Skinder Savić (Ured.), Evidence-based health care - opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge = Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj (str. 85-96). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Smith-Trudeau, P., (2016). Nursing Leadership at All Levels of Self-Leadership. *Vermont Nurse Connection,* 19(4), 4-5.

Yukl, G., (2013). Leadership in organizations. Eighth edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.

7 PRILOGE

- vprašalnik

Spoštovani/a,

moje ime je Violeta Pečar in sem udeleženka izobraževanja Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi – specialna znanja, v okviru Zbornice Zveze. Pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač, bom obravnavale temo : Percepcija zdravstveno negovalnega kadra o načinu vodenja zaposlenih

Zahvaljujem se vam za sodelovanje pri izpolnjevanju tega vprašalnika. Vaši odgovori bodo neprecenljiv prispevek k raziskavi.

Hvala za sodelovanje!

SKLOP 1 - DEMOGRAFSKI PODATKI – (obkrožite samo en odgovor)

SPLOŠNI DEL:

1. Spol:

- Moški
- Ženska

2. Starost: _____ let

3. Izobrazba

- Tehnik zdravstvene nege
- Bolničar/ negovalec
- Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
- Magistra

2. SKLOP

Priznavanje dobrega dela, truda in pohvale

	1 - Sploh se ne strinjam	2	3	4	5 - Popolnoma se strinjam
Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo					
Vodja me pohvali za dobro opravljeno delo					
Vodja izkazuje zadovoljstvo za mojo prizadevnost					
Vodja je strpen					
Imam možnost napredovanja					
Vodja sprejema mnenja, predloge in utemeljene pripombe za svoje delo					

3. SKLOP

Lastna prizadevnost

	1 - Sploh se ne strinjam	2	3	4	5 - Popolnoma se strinjam
Imam možnost napredovanja					
Imam občutek pripadnosti timu					
Zadovoljen sem z delovnimi pogoji, opremo in materiali na delovnem mestu					
Za posamezne delovne postopke in posege mi ne primanjkuje časa					
Na delovnem mestu nisem preobremenjen					

4. SKLOP

Delovna klima

	1 - Sploh se ne strinjam	2	3	4	5 - Popolnoma se strinjam
Med zaposlenimi in nadrejenimi prevladujejo dobri odnosi					
Zaposleni dobro timsko sodelujejo					
Delovno okolje je spodbudno					
Z veseljem prihajam na delovno mesto					

5. SKLOP

Stil vodenja

	1 - Sploh se ne strinjam	2	3	4	5 - Popolnoma se strinjam
Vodja uporablja ustrezen stil vodenja					
Vodja ima jasno vizijo in jasne cilje					
Vodja je s svojim delom in vedenjem vzgled vsem zdravstvenim delavcem					
Z vodjem sem v dobrih odnosih					

Analiza prehranske ogroženosti bolnikov s poškodbami zaradi pritiska v Splošni bolnišnici Celje

MATEJA PODERGAJS FIJAVŽ, MAG. ZDR. NEGE
DOC. DR. SAŠA KADIVEC

Povzetek: Preprečevanje poškodbe zaradi pritiska (PZP) je ključnega pomena, pri čemer ima pravilna prehranska podpora pomembno vlogo pri zmanjšanju pojavnosti PZP. Prehransko pomanjkanje, nezadosten vnos hrane in nezadostna hidracija so pomembni dejavniki, ki povečujejo tveganje za nastanek PZP. Podhranjenost bolnikov je resen problem, ki pogosto ovira uspešno preprečevanje in zdravljenje PZP. Razvoj klinične prehrane je prinesel večje zavedanje o kompleksnosti neustrezne prehranjenosti bolnikov. Le hitro prepoznavanje prehranske ogroženosti bolnikov omogoča pravočasno in ustrezno prehransko podporo, s katero lahko zmanjšamo zaplete in izboljšamo potek zdravljenja PZP.

Metode: Za teoretična izhodišča raziskave smo uporabili deskriptivno metodo dela zbiranja podatkov in analize. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Izvedli smo presečno študijo. Podatke smo zbirali s pregledom in analizo bolnikove zdravstvene ter negovalne dokumentacije iz podatkov bolnišničnega informacijskega sistema Birpis. Vse podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Excel in jih predstavili s pomočjo tabel.

Rezultati:. Rezultati so pokazali, da je delež izvajanja prehranskega presejanja v Splošni bolnišnici Celje 93,5-%. Ugotovili smo, da je delež prehransko ogroženih bolnikov s PZP 56,5-%, največ bolnikov je bilo v bolnišnico sprejetih od doma, od katerih jih je bilo 62,2 % prehransko ogroženih. Ugotovili smo, da so kritično bolni, ki se zdravijo na oddelkih intenzivne terapije tudi prehransko najbolj ogroženi, kar 83 % vseh bolnikov s PZP, ki so se zdravili na oddelkih intenzivne terapija (IT3), so bili prehransko ogroženi. Le 41 % bolnikov s PZP, ki so bili odpuščeni iz bolnišnice, so dobili navodila glede priporočene prehrane in hidracije.

Razprava: Ustrezen pristop k preprečevanju, vključno s pravilno prehransko podporo, pomembno vpliva na zmanjšanje pojavnosti in zdravljenje PZP. Ocena prehranskega stanja je pomembna pri prepoznavanju prehranske ogroženosti in za

načrtovanje individualne prehranske podpore bolnikov s PZP. Medicinske sestre imamo pomembno vlogo pri prepoznavanju prehranske ogroženosti in izvajanju ukrepov, vendar je za doseganje ustrezne prehranske podpore in s tem boljših izidov zdravljenja potrebno dobro sodelovanje vseh članov zdravstvenega tima.

Ključne besede: poškodba zaradi pritiska, nedohranjenost, prehransko presejanje, prehranska podpora, celjenje ran

1 UVOD IN OPIS PROBLEMA

Poškodbe zaradi pritiska (PZP) so velik zdravstveni, socialni in ekonomski problem. Bolniku zmanjšajo kakovost življenja, prispevajo k večji smrtnosti in predstavljajo večje stroške zdravljenja (Saghaleini et al., 2018). Preprečevanje je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe. Ustrezen pristop k preprečevanju, vključno s pravilno prehransko podporo, lahko pomembno vpliva na zmanjšanje pojavnosti PZP in s tem kaže na kakovostno delo zdravstvenih delavcev. Že ob sprejemu bolnika v bolnišnico je nujno, da zdravstveni delavci prepoznamo stopnjo ogroženosti za nastanek PZP. Najbolj ogroženi so bolniki, ki so nepremični, kritično bolni, ki se zdravijo v enotah intenzivne terapije ter bolniki s sladkorno in vaskularno boleznijo (Alderden et al., 2018). Prehransko pomanjkanje in nezadosten vnos s hrano ter nezadostna hidracija so pomembni dejavniki, ki povečajo ogroženosti za nastanek PZP (Saghaleini et al., 2018). Le-te pa so lahko hujše in njihovo celjenje je slabše in dolgotrajnejše (Langer Ching et al., 2024). Podhranjenost bolnikov je resen problem, ki pogosto predstavlja pomembno oviro pri uspešnem zdravljenju in obravnavi PZP. Britansko združenje za enteralno in parenteralno prehrano ugotavlja, da je pojavnost podhranjenosti v razvitem delu sveta v bolnišnicah velik problem. Podhranjenih je med 30–40 % bolnikov ob sprejemu, med zdravljenjem v bolnišnici pa se podhranjenost pogosto le še poslabša. Lahko gre za pomanjkanje enega ali več makro ali mikro hranil ali premajhnega energetskega vnosa hranil (Burch, 2023). Z razvojem veje medicine o klinični prehrani se zavedamo in prepoznavamo kompleksnost problematike neustrezne prehranjenosti bolnikov. Pogostost podhranjenosti narašča s starostjo, sočasnimi boleznimi in intenzivnostjo zdravstvene oskrbe. Na splošno velja, da je podhranjenost manjša pri zdravih starejših ljudeh, ki živijo doma, se pa poveča pri starejših, ki živijo v domovih za starejše in v bolnišnicah in znaša med 20–30 %, v enotah intenzivne terapije pa celo do 40 %. Podhranjenost je pogosto nediagnosticirana in v bolnišnici še vedno premalo obravnavana. V praksi je veliko pozornosti namenjene številnim pripomočkom za preprečevanje PZP, od katerih se prevečkrat pričakujejo čudeži, zanemarja pa se enega poglavitnih dejavnikov tveganja prehransko podporo (Munoz et al., 2023).

Zdravljenje poškodbe zaradi pritiska zahteva večdisciplinaren pristop, je dolgotrajno in povezano z velikimi materialnimi stroški. V ZDA vsako leto pri približno 1–3 milijonih ljudi nastanejo PZP, več kot 2,5 milijona bolnikov v akutni zdravstveni obravnavi v ZDA ima PZP, 60.000 pa jih vsako leto umre zaradi zapletov PZP (Saghaleini et al., 2018). V Splošni bolnišnici Celje se je v zadnjih petih letih letno zdravilo med 180 in 140 bolnikov, pri katerih so PZP nastale v bolnišnici in med 385 in 266 bolnikov, ki so imeli PZP že ob sprejemu v bolnišnico. Medicinske sestre morajo pri svojem delu dobro poznati preventivo PZP ter poznati osnovne koncepta celjenja ran, vpliva podhranjenosti in vpliv posameznih hranil na celjenje PZP. Le hitro prepoznavanje prehranske ogroženosti omogoča pravočasno in ustrezno prehransko podporo. Pri prepoznavi ogroženih bolnikov ter pri načrtovanju preventivnih ukrepov so medicinskim sestram v pomoč ocenjevalne lestvice za oceno tveganja za nastanek PZP in lestvice za oceno prehranske ogroženosti.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Za teoretična izhodišča raziskave smo uporabili deskriptivno metodo dela zbiranja podatkov in analize. Namen raziskave je s pregledom domače in tuje znanstvene in strokovne literature zbrati dokaze o vplivu prehrane in hranil na celjenje ran in vpliva stanja prehranjenosti na ogroženost za nastanek PZP pri bolnikih, ki so zdravljeni v bolnišnici. Pregledani so bili strokovni in znanstveni članki na tem področju. Podatke smo pridobivali iz strokovnih tujih in slovenskih virov. Literaturo smo iskali s pomočjo različnih podatkovnih baz, kot so Pabmed, Cinahl, Googel Scholar in ClinicalKey. Uporabili smo vključitvene in izključitvene kriterije, s katerim smo število zadetkov omejili. Vključitveni kriteriji so bili slovenski in angleški jezik, polno dostopni članki, ki so objavljeni med 2010 in 2024 in članki, ki se tematsko navezujejo na tematiko raziskave. Izključitveni kriteriji so bili vsi članki, ki so starejši od leta 2010, članki, ki niso napisani v slovenskem ali angleškem jeziku, ki niso znanstveni in niso polno dostopni. Iskanje literature je potekalo od decembra 2023 do maja 2024. Uporabljena strokovna literatura je iz obdobja od leta 2010 do leta 2024.

2.2. Spoznanja pregleda literature

Z boleznijo povezana podhranjenost je še vedno zelo pomemben zdravstveni problem tako v bolnišnicah kot tudi v drugih zdravstvenih institucijah in v domačem okolju. Pogosto je premalo diagnosticirana in slabo zdravljena, čeprav je vse več

dokazov o njenih kliničnih in ekonomskih posledicah. V Evropi kakor tudi v Sloveniji je glavni vzrok podhranjenosti bolezen (Rotovnik- Kozjek et al., 2023). Številne akutne in kronične bolezni ter njihovo zdravljenje lahko vplivajo na stanje prehranjenosti z različnimi mehanizmi, ki vključujejo apetit, absorpcijo in asimilacijo hranil ter različne presnovne spremembe (Landi et al., 2016). Poleg povsem kliničnih dejavnikov lahko k nastanku slabše prehranjenosti prispevajo tudi vzgojni in socialnoekonomski dejavniki, kot so revščina, osamljenost ali odtujenost (Ballesteros-Pomar et al., 2022). Nehotena izguba telesne mase je glavni dejavnik tveganja za podhranjenost in PZP (Saghaleini et al., 2018). Bolniki, ki so podhranjeni ali prehransko ogroženi, so v primerjavi z drugimi dejavniki tveganj 2–3-krat bolj izpostavljeni PZP (Van Anholt et al., 2010). Pogosto se pri bolnikih s PZP pojavi začaran krog podhranjenosti in presnovnega stresa in nemalokrat je podhranjenost prisotna, še preden dobijo PZP. Ko pa se razvije PZP, stres zaradi poškodbe še dodatno poveča presnovno potrebo in izgubo beljakovin iz rane, kar vodi do nadaljnjih primanjkljajev. Bolečina zaradi poškodb in zmanjšana aktivnost lahko privede do psihološke depresije in posledično zmanjšanega vnosa hrane (Pribyl, 2018). Slabši apetit in zaprtosti povzročajo tudi zdravila za lajšanje bolečin, kar dodatno privede do zmanjšanja vnosa hrane. Če se rana okuži ali bolnik zboli zaradi septičnega stanja, se presnovne potrebe povečajo, vendar je odziv na sepso spet zmanjšan apetit (lizaka et al., 2010). S poslabšanjem prehranjenosti je bolnikova imunološka sposobnost ogrožena, kar vodi do povečanega tveganja okužbe in počasnejšega celjenja ran. Takšne zapletene interakcije lahko privedejo do progresivne spirale navzdol, ki vodi do smrti bolnika (Molhar et al., 2016). Tako energetska podhranjenost kot pomanjkanje specifičnih hranil sta potencialno reverzibilna dejavnika in imata negativen učinek na celjenje ran. Podhranjenost tako ovira normalne procese, ki omogočajo napredovanje skozi posamezne faze celjenja PZP. Podaljšuje vnetno fazo, zmanjšuje proliferacijo fibroblastov in spreminja sintezo kolagena, kar zmanjšuje natezno trdnost rane in povečuje tveganje za okužbo (Tsaousi et al., 2015). Fry et al. (2010) so opisali, da je bila predhodna podhranjenost in/ali izguba telesne teže pozitiven prognostični kazalnik za PZP. Na Japonskem so lizaka et al. (2010) ugotovili, da je bilo kar 58,7 % bolnikov v starosti 65 let ali več s PZP, ki so bili v domači oskrbi, podhranjenih. Montalcini et al. (2015) so ugotovili, da je nizka raven serumskega albumina < 3,1 g/dl napovedovala nastanek PZP in je bila povezana z večjo umrljivostjo. Shahin et al. (2010) so v raziskavi na populaciji oseb v domovih za ostarele in bolnišnicah v Nemčiji dokazali pomembno povezavo med nenamerno izgubo telesne teže med 5–10 % in razvojem PZP. Dejstvo je, da so bolniki, ki so podhranjeni in imajo številna dodatna obolenja, izpostavljeni veliko večjemu tveganju za nastanek PZP, prav tako je večja smrtnost le-teh (Montalcini et

al., 2015). Ker se pri prehransko ogroženih bolnikih PZP slabše in počasneje celijo, je pri njih pogostejši pojav kroničnih razjed, ki pa so pomemben vzrok morbiditete in tudi mortalitete (Rotovnik Kozjek, 2010; Tsaousi et al., 2015). Evropsko združenje za klinično prehrano ESPEN navaja, da zmanjšan vnos hrane ter slaba absorpcija hranil vplivata na spremembe celične in telesne sestave, kar se kaže kot slaba prehranjenost ali malnutricija (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019), ki je opredeljena kot telesna oslabelost zaradi količinsko in/ali kakovostno pomanjkljive prehrane ali pa nezadostne resorpcije hranilnih snovi. Stanje zajema tako podhranjenost kot čezmerno hranjenost (Trobec, 2019). Težave se pojavijo, ko telo ne dobi zadostne količine hranil za normalno delovanje organskih sistemov (Cederholm et al., 2017). Do podhranjenosti lahko pride tudi zaradi pomanjkanja določenih hranil, in sicer beljakovin, ogljikovih hidratov, vitaminov ali mineralov, zato je nedohranjenost stanje, ki ni nujno fizično opazno (Trobec, 2019). Lahko je posledica stradanja, bolezni ali kot posledica staranja (npr. > 80 let), samostojno ali v kombinaciji (Jensen, 2016). Grašič et al. (2023) ugotavljajo, da je podhranjenost klinično najpomembnejša skupina motenj prehranjenosti. Strokovnjaki klinične prehrane preučujejo različne oblike podhranjenosti, ki vplivajo na izražanje in obvladovanje številnih obolenj. Ker prehransko stanje bolnika pomembno vpliva na celjenje ran, je pomembno razumeti definicije podhranjenosti, kaheksije in sarkopenije, ki se uporabljajo v klinični praksi in ki pomagajo, da laže ločimo in zdravimo zdravstvena stanja bolezni (Rotovnik Kozjek et al., 2023). O podhranjenosti govorimo, ko bolnik nima primerne količine energije ali posameznih mikro ali makro hranil glede na svojo telesno sestavo, starost, telesno pripravljenost in bolezensko stanje (Cederholm et al., 2017). Kaheksija je večfaktorski sindrom, za katero je značilna nenamerna izguba telesne teže, z izgubo mase skeletnih mišic in maščobne mase. Je presnovno stanje, ki se pogosto razvije pri kroničnih boleznih, kot so kronično srčno popuščanje, sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti in rak in je ni mogoče ozdraviti z običajno prehransko oskrbo. Glavni klinični znak kaheksije je izguba telesne mase pri odraslih ali zmanjšana rast pri otrocih. Anoreksija, vnetje, inzulinska rezistenca in povečana razgradnja mišičnih proteinov so pogosto povezani s telesnim propadanjem (Meza-Valderrama et al., 2020). Sarkopenija je klinično pomembna stopnja starostnih sprememb v telesni sestavi, ki je definirana kot geriatrični sindrom, za katerega je značilna nizka mišična masa ob zmanjšani moči ali zmanjšani zmogljivosti (Chen et al., 2020). Sarkopenična debelost predstavlja nizko mišično maso pri debelih posameznikih. Pri takšnih bolnikih se zelo pogosto prezre izguba mišic zaradi prisotnosti odvečne maščobe in zunajcelične vode. Dejstvo pa je, da je prisotnost sarkopenične debelosti pomemben napovedovalec slabšega izida bolezni (Arends et al., 2017). Raziskava, ki so jo objavili Schuetz et al. (2021), je opozorila na pomen pravočasne prehranske podpore v bolnišnicah in njen vpliv na

zmanjšanje zapletov ter pospešitev okrevanja bolnikov Pri podhranjenih bolnikih so opazili hujše uničenje kože zaradi pritiska kot pri dobro prehranjenih, izpostavljenih podobnim količinam pritiska. Poleg tega so presečne raziskave nakazale, da imajo bolniki s PZP večjo verjetnost za prisotnost hipoalbuminemije (Alderden et al., 2018). Obstaja tudi pomembna povezava med nastankom PZP in prehranskim stanjem bolnika, še posebej pri kritično bolnih, kjer že samo zdravstveno stanje zahteva specifično prehransko podporo (Terbovc, 2019). Zato je za preprečevanje in zdravljenje PZP treba vključiti strategije za optimizacijo hidracije, cirkulacije in prehrane. Ustrezen vnos hranil lahko zmanjša dejavnik tveganja za podhranjenost in spodbudi celjenje ran pri obstoječih PZP (Gero et al., 2024).

Vpliv prehrane na celjenje ran

Celjenje PZP je izjemno kompleksen fiziološki proces, na katerega vpliva tudi preskrba organizma s hranili, ki spada med tako imenovane intrinzične dejavnike, ki so nujni za uspešno zdravljenje PZP (Rotovnik Kozjek, 2010). Dejavniki, ki vplivajo na boljše celjenje PZP, so poleg razbremenitve, ustrezne nege rane in njene okolice, primerna prehranjenost, oksigenacija in hidracija tkiva (Woo et al., 2022). Nezadosten in/ali neustrezen vnos hranil poglablja katabolne procese v telesu, ki privedejo do čezmerne razgradnje tkiv in izgube mišične mase in vnetnega odziva. Zato je zdravljenje PZP brez ustrezne prehranske podpore bolnika slabo in velikokrat ravno zato tudi neuspešno. Ker so med zdravljenjem zastopane vse faze celjenja PZP, je za razumevanje pomena prehranskih intervencij nujno poznavanje med potrebami po hranilih in fazami celjenja PZP (Rotovnik Kozjek, 2010).

Pomen posameznih hranil v procesu celjenja ran

Zagotavljanje ustrezne in zadostne prehrane je pomemben del večdisciplinarnega zdravljenja, ki je potrebno za doseganje optimalnih rezultatov celjenja PZP ((EPUAP), (NPIAP), & (PPPIA), 2019). Za načrtovanje prehranske podpore je treba poznati individualne potrebe bolnika in vpliv posameznih hranil na fiziološke procese celjenja ran. Prehrana za celjenje ran je pogosto opisana v smislu zagotavljanja makrohranil, mikrohranil in tekočin (Langer et al., 2024).

Makrohranila

Beljakovine: dogovorjene priporočene potrebe po beljakovinah za zdravega odraslega so 0,8 g/kg telesne teže in za starostnika 1 g/kg telesne teže na dan. Pri bolnikih s kronično rano pa se potrebe zvišajo na 1,2 do 1,5 g/kg telesne teže, če pa so rane obsežne, kot so preležanine 4. stopnje, je smiselno dvigniti vnos proteinov tudi do 2 g/kg telesne teže. Bolniki s PZP izgubljajo beljakovine z eksudatom rane,

kar zmanjšuje razvoj kolagena in ovira celjenje rane. Ob tem je seveda treba zagotoviti zadosten energetski vnos, da se proteini namesto za celjenje ran ne uporabljajo kot vir energije za delovanje organizma (Saghaleini et al., 2018). Oceniti je treba tudi varnost teh potreb, saj bi lahko prevelik vnos beljakovin negativno vplival na krhke starejše bolnike, kot sta povečana sinteza sečnine v jetrih in zmanjšano delovanje ledvic (Cox & Rasmussen, 2014).

Beljakovine so sestavljene iz molekul, imenovanih aminokisline, in so gradniki za telo ter se uporabljajo za izgradnjo večine telesnih struktur in krvnih celic, nevrotransmitorjev, protiteles in hormonov. Pomagajo tudi uravnavati tekočinsko ravnovesje v telesu in prenašati druge hranilne snovi po telesu (Bold, 2020).

Arginin je aminokislina, pri kateri postane zunanji vnos nujen v stanjih presnovnega stresa. Arginin je substrat za sintezo kolagena, tvorbo kolagena in celično rast. Raziskave, v katerih so proučevali učinek arginina na celjenje ran, so vsebovale 17–30 g arginina. Glede na to učinek arginina pri skupini kritično obolelih bolnikov še ni natančno opredeljen; za zdaj še nimamo varnih navodil, podprtih z dokazi, za uporabo arginina pri celjenju vseh ran (Saghaleini et al., 2018).

Glutamin ima številne funkcije v metabolizmu in v stanjih presnovnega stresa pridobi lastnosti esencialne aminokisline. Dodajanje glutamina izboljša dušikovo bilanco in ojača imunsko funkcijo po velikih operacijah, poškodbah in v sepsi. Priporočeni odmerek glutamina za zdravljenje ran pri odraslih je 0,57 g/kg telesne teže. Vendar tudi za glutamin, tako kot za arginin, ne obstajajo trdne, z dokazi podprte smernice za njegovo uporabo (Rotovnik Kozjek, 2010).

Ogljikovi hidrati – zaradi pospešenega metabolizma med celjenjem ran so potrebni večji vnosi ogljikovih hidratov. Glavni in najbolj učinkoviti vir energije za sintezo kolagena je glukoza. Energetske potrebe določimo individualno glede na starost bolnika, spol, prehransko stanje, bazalno porabo energije, indeks telesne teže, druge bolnikove bolezni, aktivnost bolnika ter presnovni stres zaradi osnovne bolnikove bolezni in samega presnovnega vpliva ran (število ran, njihova velikost in vnetje, ki je povezano s samo rano). V praksi si za izračun osnovnih energetskih potreb pomagamo s pravilom: aktivni bolniki 30–35 kcal/kg tt/d; ležeči bolniki 20–25 kcal/kg tt/d (Rotovnik Kozjek, 2010). Ta ocena je manj zanesljiva za zelo lahke bolnike (poraba energije na kilogram telesne teže je v tej skupini večja) in debele bolnike (ITM > 30), pri čemer računamo porabo glede na idealno telesno težo + 25 %. Pri bolnikih z moteno toleranco glukoze se priporoča uživanje sestavljenih ogljikovih hidratov, ki morajo biti enakomerno razporejeni preko dneva, da ne povzročijo prevelikega porasta krvnega sladkorja, kar posledično upočasni celjenje ran.

Vloge maščob pri celjenju ran za zdaj zaradi premajhnega števila raziskav še ne poznamo dobro. Vemo le, da je v stanju tkivne poškodbe povečana potreba po esencialnih maščobnih kislinah, ki jih človeški organizem ne more tvoriti, zato jih moramo zagotoviti s prehrano. Sodelujejo pri nastajanju novih celic in če so zaloge v organizmu izčrpane, to pomeni počasnejše celjenje rane (Saghaleini et al., 2018).

Vitamini so mikrohranila, ki jih ne moremo sami ustvariti, ampak jih dobimo s hrano.

Vitamin A spodbuja imunski sistem. Pripomore tudi k epitelizaciji in nalaganju kolagenskih depozitov. Priporočeni odmerki za dnevno uživanje vitamina A so normalno 700 mikrograma za ženske in 900 mikrograma za moške (2310 oziroma 3333 IE). Ob dokazanem deficitu ali če želimo pospešiti celjenje ran, je priporočeni vnos 10.000 do 50.000 IE per os oziroma 10.000 IE im. Pri bolnikih, ki so na terapiji s kortikosteroidi, pa predlagajo topično uporabo vitamina A na ranah, in sicer v odmerku 10.000 do 15.000 IE (Cox & Rasmussen, 2014).

Vitamin C je najmočnejši antioksidant med vitamini topnimi v vodi. Njegova osnovna funkcija pri celjenju ran je hidroksilacija prokolagena, kar omogoči sintezo kolagenskih struktur v rani. Poveča odpornost proti okužbam, saj spodbuja migracijo belih krvnih celic v rano. Spodbuja tudi proliferacijo fibroblastov, tvorbo kapilar in aktivacijo nevtrofilcev ter poveča raztezno čvrstost rane. Dodajanje vitamina C v relativno nizkem odmerku 100 do 200 mg je priporočljivo za zdravljenje pomanjkanja vitamina C in zdravljenje manjših ran, kot so PZP I. in II. stopnje. Pri PZP III. in IV. stopnje pa je priporočeno nadomeščanje z 1–2 g vitamina C na dan (Rotovnik Kozjek, 2010). Pri bolnikih z ledvično odpovedjo je odmerek prilagojen na 60–100 mg/d, da se zmanjša tveganje za nastanek kamnov (Cox & Rasmussen, 2014).

Vitamin E je v maščobi topen vitamin, ki deluje kot antioksidant. Preprečuje nastanek novih prostih radikalov in zavira odmiranje celic in skupaj s selenom preprečuje oksidacijo večkrat nenasičenih maščobnih kislin (Jelen, 2016).

Rudnine imajo prav tako pomembno vlogo v procesu celjenja ran. Najpomembnejši so mikroelementi baker, železo in cink. Baker je udeležen pri tvorbi eritrocitov in skupaj z vitaminom C sodeluje pri tvorbi elastina. Železo je sestavni del hemoglobina, mioglobina in za življenje pomembnih encimov. Osnovna vloga železa pri celjenju je prenos kisika živi celici ter nastajanje kolagena. Medtem ko je cink esencialna rudnina za sintezo proteinov in kolagena ter delitev celic. Pomembno vlogo ima tudi pri imunskem odzivu. Pospešuje proliferacijo fibroblastov in epitelijskih celic (Saghaleini et al., 2018).

Voda je osnovna sestavina človeškega telesa, saj sestavlja 60 % in več telesne mase. Potrebna je za vzdrževanje normalne napetosti tkiv in pretoka krvi. Dehidracija je dejavnik tveganja za nastanek PZP in slabšega celjenja rane, saj ovira normalen pretok

krvi in s tem transport hranil. Priporočilo za dnevni vnos tekočin je 30 ml/kg telesne teže. Če je vnos beljakovin visok ali pa če so izgube iz ran visoke, so potrebe po tekočini še večje. Večje tveganje za nastanek dehidracije obstaja pri starejših osebah zaradi zmanjšanega občutka za žejo (Ousey et al., 2016). Nadomeščanje tekočine je odvisno tudi od količine izgub, ki jih ima bolnik (npr. drenažne rane, vročina in izgube v prebavilih), ter od bolnikovih spremljajočih bolezni, kot so bolezni ledvic ali srca. Bolniki, ki uporabljajo zračne blazine za razbremenitev pritiska, so nagnjeni k čezmernemu potenju in lahko potrebujejo dodatno tekočino, da nadomestijo prekomerno izgubo tekočine (Cox & Rasmussen, 2014).

Čeprav optimalni vnos hranil za pospeševanje celjenja ran ni znan, so dokumentirane povečane potrebe po energiji, beljakovinah, cinku ter vitaminih A, C in E. Dokazano je, da visoko beljakovinska oralna prehranska dopolnila učinkovito zmanjšajo pojavnost PZP pri ogroženih bolnikih za 25 %. Nedavne smernice ESPEN omenjajo, da se pri polimorbidnih bolnikih s PZP lahko za pospešitev celjenja peroralni/enteralni hrani dodajo določene aminokisline, kot sta arginin in glutamin (Saghaleini in drugi, 2018).

Ocena prehranske ogroženosti

Cilj vsakega prehranskega pregleda bolnika je ugotoviti njegovo prehransko ogroženost in opredeliti stanje podhranjenosti. Za oceno prehranskega stanja bolnikov je v uporabi več prehranskih presejalnih orodij. V Splošni bolnišnici Celje za oceno prehranske ogroženosti uporabljamo ocenjevalno lestvico NRS 2002 (Nurional Risk Skreening 2002), ki jo priporoča tako ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) kot ASPNA (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition). Lestvica NRS 2002 je orodje, ki se uporablja za prepoznavanje in oceno prehranskega tveganja pri hospitaliziranih pacientih. Cilj je zagotoviti zgodnje odkrivanje bolnikov, ki so prehransko ogroženi in bi jim prehranski ukrepi koristili. Sestavljena je iz dveh delov. Najprej se oceni, ali je bolnik podhranjen, ob upoštevanju dejavnikov, kot so nedavna izguba teže, zmanjšan vnos hrane in splošno oceno stanja (npr. telesno maso, indeks telesne mase, izgubo mišične mase). V drugem delu ocenjujemo stopnjo odklona od normalnega prehranskega stanja in stopnjo obolelosti oz. povečanje potrebe po energiji oz. hranilih. Vsak del se ocenjuje s točkami od 0 do 3, dodatno točko prištejemo, če je starost bolnika nad 70 let. Skupni seštevek je osnova za nadaljnje ukrepanje. Večje število točk, kot jih bolnik prejme, večje je tveganje za podhranjenost (Borek et al., 2017).

V SB Celje smo leta 2023 sprejeli 4. verzijo organizacijskega predpisa prehranske obravnave pacienta (SMP OP 013), v katerem je navedeno, da diplomirana medicinska sestra (dipl. m. s.) ali tehnik zdravstvene nege (TZN) v prvih 48 urah po sprejemu

na oddelek pri bolniku izvede prehransko presejanje NRS 2002. Rezultat presejanja vpiše na temperaturni list in z njim seznani zdravnika, ki ustrezno ukrepa in določi vrsto prehrane, konsistenco. V primeru, da bolnik ni prehransko ogrožen, zdravnik posebne prehranske obravnave ne odredi, ampak določi prehrano oziroma dieto v okviru standardnih priporočil in jo zapiše v zdravstveno dokumentacijo bolnika. V primeru, da je ocena NRS 2002 < 3, je pri hospitaliziranih bolnikih treba presejanje ponoviti vsak teden. Če je rezultat prehranskega presejana NRS 2002 ≥3, pomeni, da je bolnik prehransko ogrožen in takrat poskušamo ugotoviti vzrok za podhranjenost. Zdravnik glede na bolnikovo zdravstveno stanje, omejitve pri prehrani, druge omejitve in glede na prehransko anamnezo in status sprejme prve ukrepe za preprečevanje prehranske ogroženosti. Ukrepi zajemajo: odpravo motečih dejavnikov, spremembo konsistence hrane, prilagoditev diete, predpis primernih oralnih prehranskih dodatkov in predpiše lokomotorno fizioterapijo. Po enem tednu načrtuje evalvacijo ciljev ter po potrebi prilagodi prehranske ukrepe. Oceno zastavljenih prehranskih ciljev priporočenih prvih ukrepov v primeru, ko je bolnik odpuščen v domačo oskrbo, naredi pristojna ambulanta družinske medicine osebnega zdravnika, ki vodi nadaljnjo prehransko obravnavo bolnika.

Če je bolnik prehransko ogrožen in kljub začetnim ukrepom ni izboljšanja kliničnega stanja ali vnosa hrane in dosega kriterije za aktivacijo prehranskega tima, napiše napotnico za prehransko obravnavo. Zdravnik s prehranskim timom sodeluje pri načrtovanju preiskav ter sprejemanju prehranskega načrta.

Vstopni kriteriji za aktivacijo prehranskega tima so:

- NRS 2002 ≥3,
- pričakovano preživetje 3–6 mesecev,
- močna podhranjenost, aktivno zdravljenje,
- dolga ležalna doba,
- pridružena odpoved prebavil, malaborbcijski sindrom, kronične bolezni, ki potrebujejo specialno prehransko podporo (KVČB, KLB, JC), onkološke bolezni.

Ocena prehranskega stanja je diagnostični postopek, pri katerem odgovorna oseba v prehranskem timu (dietetik, dipl. m. s. s specialnimi znanji s področja klinične prehrane ali zdravnik) izvede oceno prehranskega stanja, ki zajema: anamnezo in fizikalni pregled, oceno telesnih meritev in spremljanje dnevnega energijskega vnosa, laboratorijske izvide in tekočinsko ravnovesje. Cilj prehranskega pregleda je ugotoviti prehransko ogroženost in opredeliti stanje podhranjenosti, vzroke in pripravo prehranskega načrta (Polenšek, 2018).

Prehranski načrt je večdisciplinaren ukrep, ki zagotavlja visoko beljakovinsko in energijsko prehrano. Prilagodimo konsistenco hrane, ki jo bolnik najlažje zaužije (kašasta, pasirana, tekoča, sondna). Upoštevamo njegove želje po določeni vrsti hrane (hladna, brez mlečnih izdelkov idr.) in/ali izključimo hrano, ki je ne mara ali se mu upira. Prilagodimo število dnevnih obrokov.

Zdravnik predpiše beljakovinsko-energijske dodatke, pripravljene v kuhinji ali v obliki farmacevtskih preparatov s terapevtskim učinkom. Če niso prisotne motnje delovanja prebavnega trakta in so prehranske težave zelo izrazite (prehranski vnos nezadosten več kot 1 teden, manj kot 60 % energijskih potreb), lahko preidemo na sondno hranjenje. Glede na zdravstveno stanje in vrsto obolenja uporabljamo dopolnilno ali popolno parenteralno prehrano.

Prehranski načrt moramo dnevno vrednotiti. Namen tega je določiti njegovo učinkovitost in stopnjo napredka v prehranskem stanju bolnika. Beležiti je treba količine zaužite hrane, spremljati pojav zapletov pri hranjenju (driska, krči itd.), pri hospitaliziranih bolnikih se vrednotenje izvaja dnevno in dokumentira v zdravstveno dokumentacijo.

3 METODE

Cilj raziskave je ugotoviti:

RV1: V kakšnem deležu se izvaja prehransko presejanje v SB Celje?

RV2: Kakšna je ocena prehranskega stanja bolnikov s PZP v SB Celje?

RV3: Ali obstaja razlika prehranske ogroženosti med bolniki, ki živijo doma in tistimi, ki so nameščeni v DSO?

RV4: Ali so bolniki, ki so kritično bolni in se zdravijo v enoti intenzivne terapije, prehransko bolj ogroženi za PZP kot tisti, ki se zdravijo na negovalnem oddelku?

RV5: Ali bolniki s PZP dobijo ob odpustu pisna navodila glede prehranskih priporočil?

3.1 Zbiranje podatkov

Podatke smo zbirali s pregledom in analizo bolnikove zdravstvene ter negovalne dokumentacije iz podatkov bolnišničnega informacijskega sistema Birpis. Zbiranje podatkov je potekalo retrospektivno marca in aprila 2024. Z informacijskim orodjem Kocka smo iz informacijskega sistema Birpis 21 pridobili seznam matičnih indeksov bolnikov, ki so bili v letu 2023 hospitalizirani v SB Celje in so imeli ob sprejemu PZP ali le-to dobili med hospitalizacijo. Podatke, ki smo jih zbirali, so bili spol, starost, ocena prehranskega presejanja NRS 2002, ki je bila izvedena ob sprejemu ali premestitvi

na oddelek, indeks telesne mase, čas nastanka PZP, pokretnost bolnika, oddelek hospitalizacije, kje živi (npr. doma, DSO ...), predpisana dieta, čas hospitalizacije, ali je prejemal prehranske dodatke, ali je bolnik prejel prehranska navodila.

3.2 Vključeni v raziskavo

V letu 2023 smo v SB Celje med vsemi 30.288 hospitaliziranimi bolniki obravnavali skupaj 526 PZP prepoznanih na 19 različnih bolnišničnih oddelkih SB Celje. Od tega je ob sprejemu v bolnišnico bilo prisotnih 375 (71,2 %) PZP, 151 (28,8 %) PZP je nastalo v bolnišnici. V raziskavo smo vključili skupno 108 bolnikov, ki so bili hospitalizirani v času od 1. 1. do 31. 3. 2023. Raziskava je potekala na treh kirurških oddelkih, in sicer na travmatološkem, urološkem oddelku in Oddelku za intenzivno medicino operativnih strok ter na šestih internističnih oddelkih SB Celje. To so Kardiološki oddelek, Nevrološki oddelek, Pulmološki oddelek, Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Oddelek za angiologijo, endokrinologijo in revmatologijo, Oddelek interne intenzivne medicine. V raziskavi je sodelovalo 58 (53 %) žensk in 50 (47 %) moških. Večina 72 (66,6 %) bolnikov je bila starih 76 let in več, 22 (20,4 %) bolnikov je bilo starih med 66 in 75 let, v starostni skupini 65 let in manj pa je bilo skupno 14 (13 %) bolnikov.

3.3 Potek raziskave in soglasja

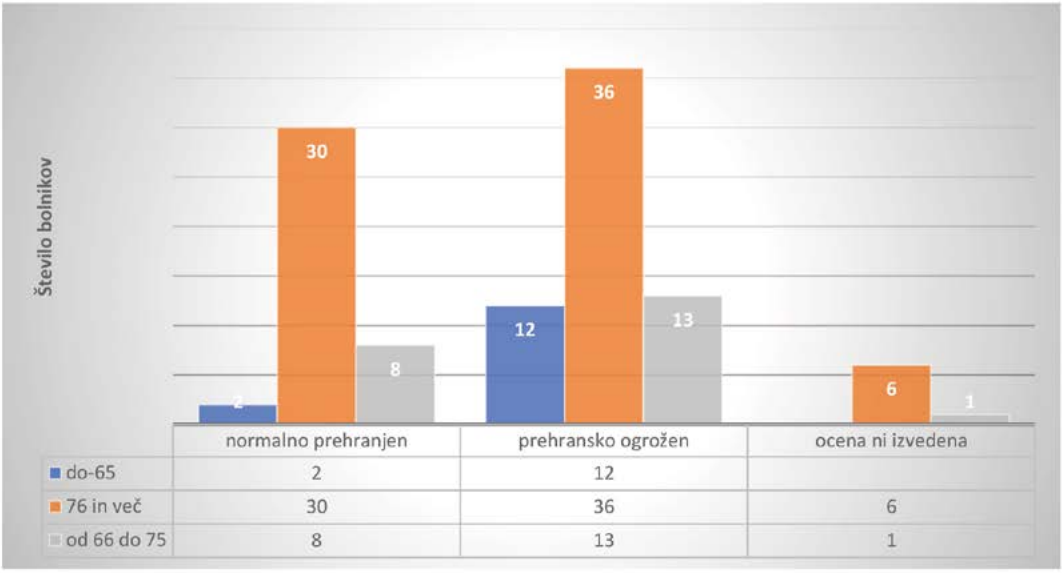
Pred začetkom raziskave smo pridobili soglasje strokovnega direktorja in etične komisije SB Celje. Raziskava je potekala od 1. 3. 2024 do 10. 4. 2024. Vsi zbrani podatki so zaupni ter objektivno ocenjeni. Upoštevali smo anonimnost sodelujočih. Pri izvajanju raziskave smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. Upoštevali smo načelo VI., ki nas zavezuje k poklicni molčečnosti ter varovanju pacientovih osebnih podatkov. Spoštovali smo 38. člen Ustave Republike Slovenije o zagotavljanju varstva osebnih podatkov posameznika. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije in spoštovali etične smernice v raziskovalnem delu.

Pri analizi in interpretaciji podatkov, pridobljenih v raziskavi, nismo uporabljali osebnih podatkov pacientov ali podatkov, iz katerih bi bilo mogoče ugotoviti njihovo identiteto. Podatki so uporabljeni za namen priprave projektne naloge.

3.4 Obdelava podatkov

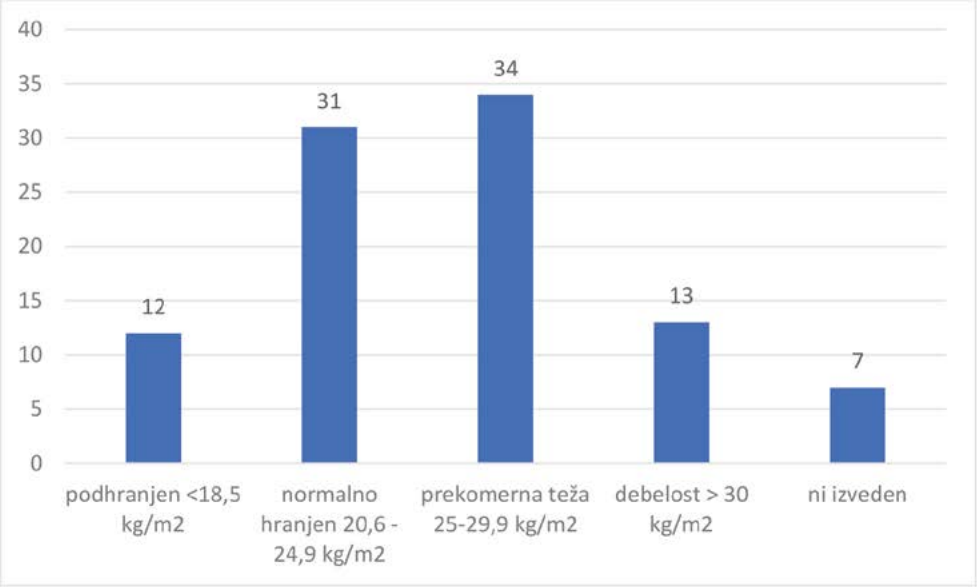
Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Vse podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Excel in jih predstavili s pomočjo tabel.

4 REZULTATI



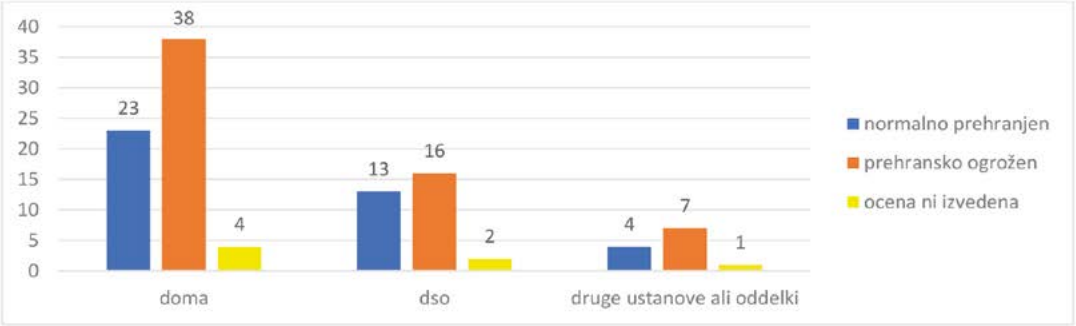
Slika 1: *Ocena prehranskega stanja bolnikov s PZP glede na starost*

Iz Slike 1 je razvidno, da je v raziskavo bilo vključenih največ bolnikov v starostni skupini 76 let in več, in sicer skupno 72 bolnikov (66,6 %), 22 (20,4 %) bolnikov je bilo starih med 66 in 75 let, v starostni skupini 65 let in manj pa je bilo skupno 14 (13 %) bolnikov. Prehransko ogroženih je bilo skupno 61 (56,5 %) bolnikov s PZP, in sicer se delež prehranske ogroženosti s starostjo veča. Največ 36 (33,3 %) jih je v starostni skupini 76 let in več, 13 (12 %) bolnikov, ki so prehransko ogroženi, so stari med 66 in 75 let, 12 (11,1 %) bolnikov s PZP pa je prehransko ogroženih in so stari 65 let in manj. Pri 7 (6,5 %) bolnikih s PZP, ki so bili vključeni v raziskavo, se prehransko presejanje ni izvedlo. V raziskavi smo ugotovili, da pri 12 (11,1 %) bolnikih, ki so imeli izvedeno prehransko presejanje, ni bilo v celoti izvedeno ali pa niso bili pravilno vneseni podatki, npr. ni se upoštevala starost bolnikov nad 70 let, bolniki, ki so bruhali več dni, je bil vnesen podatek, da v zadnjih 5 dneh niso imeli težav s hranjenjem. Nenatančno izpolnjevanje ocene NRS 2002 pa seveda lahko vpliva na napačno oceno prehranske ogroženosti bolnika.



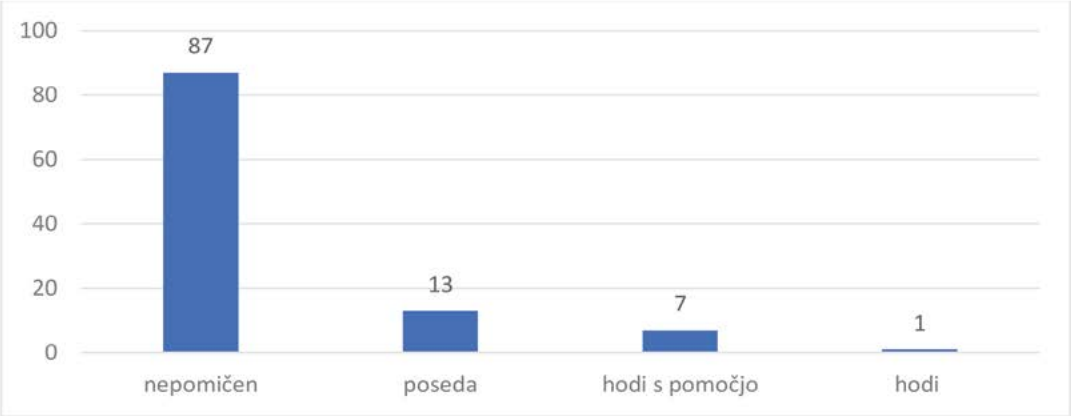
Slika 2: *Delež bolnikov glede na indeks telesne mase (ITM)*

Iz Slike 2 je razvidno, da je ocenjena podhranjenost glede na ITM v opazovani skupini bolnikov pri 12 (11,1 %) bolnikih, 31 (8,7 %) bolnikov je normalno prehranjenih, največji delež opazovanih bolnikov 34 (31,5 %) je glede na ITM prekomerno prehranjenih in pri 13 (12 %) bolnikih je glede na ITM zaznana debelost. 7 (6,5 %) bolnikov ni imelo izmerjenega ITM.



Slika 3: *Ocena prehranskega stanja bolnikov s PZP glede na to, od kod je bil bolnik sprejet*

Na Sliki 3 vodoravna os predstavlja, od kod so bolniki prišli v bolnišnico in njihovo oceno prehranske ogroženosti, navpična os pa število bolnikov. Skupno 65 (60,1 %) bolnikov je bilo sprejetih v bolnišnico od doma, v tej skupini je bilo prehransko ogroženih 38 (62,2 %). Druga skupina so bolniki, ki bivajo v domovih starejših občanov (DSO), in sicer skupno 31 (28,7 %) bolnikov, med katerimi je 16 (51,6 %) prehransko ogroženih. Tretja skupina so bolniki, ki so bili premeščeni iz druge bolnišnice, teh je bilo skupno 12 (11,1 %), med njimi je 7 (58,3 %) prehransko ogroženih.



Slika 4: *Stanje pomičnosti bolnikov ob sprejemu v bolnišnico*

Na Sliki 4 je prikazano stanje pomičnosti bolnikov ob sprejemu. Vodoravna os prikazuje pomičnost bolnikov, navpična os pa število bolnikov s PZP. Pretežni del bolnikov s PZP 87 (80,5 %) nepomičnih, 13 (12 %) jih je bilo sposobnih posedanja čez rob postelje, 7 (6,5 %) jih je potrebovalo pomoč pri hoji, le 1 (0,9 %) bolnik je hodil.

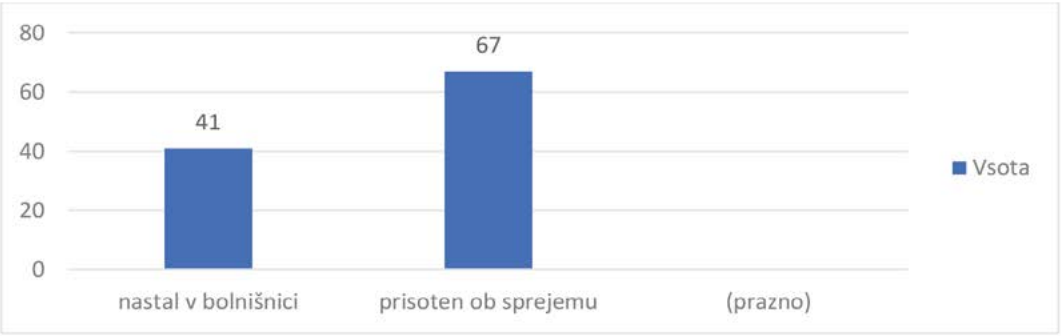
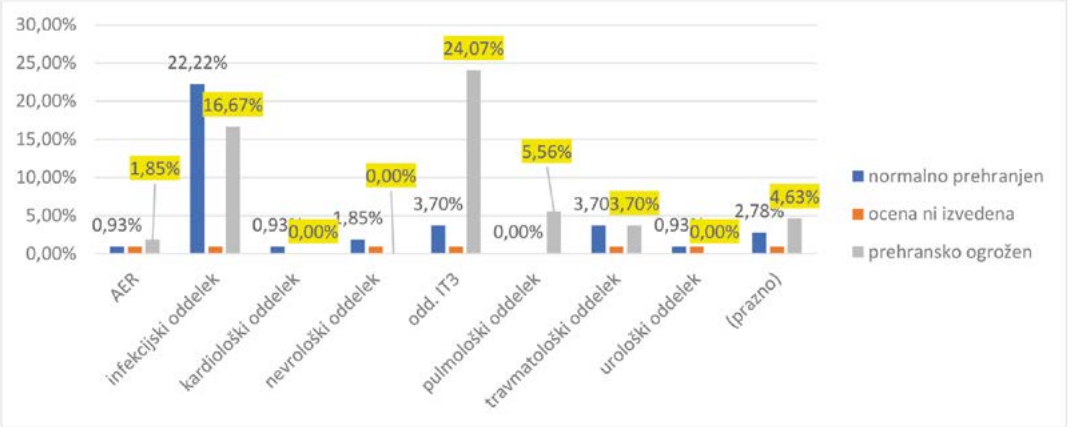


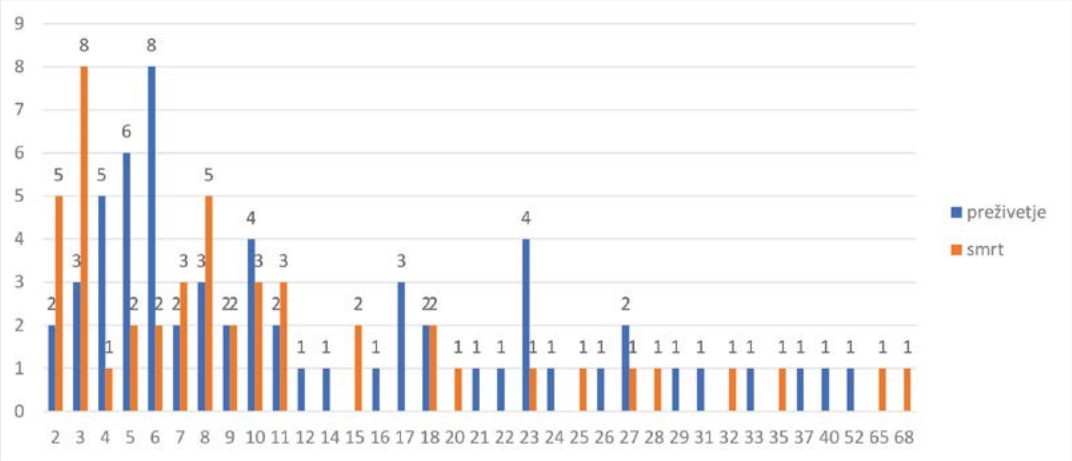
Tabela 5: *Čas nastanka PZP*

Tabela 5 prikazuje število PZP, ki so nastali med hospitalizacijo v bolnišnici, skupno 41 (37,7 %) PZP, večina PZP je bila že prisotnih ob sprejemu v SB Celje, in sicer 67 (62,3 %).



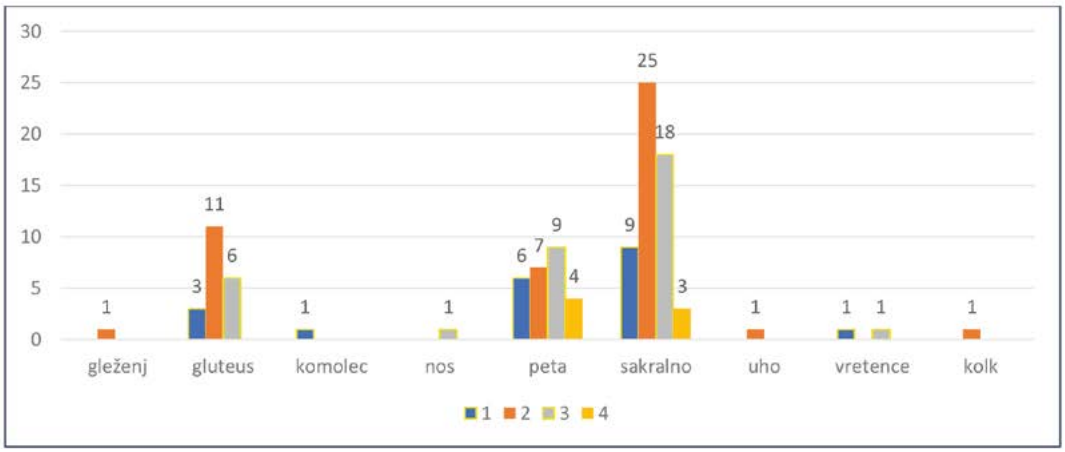
Slika 6: *Delež prehransko ogroženih glede na oddelek hospitalizacije*

Sklic na Sliko 6: vodoravna os prikazuje bolnišnične oddelke in stopnjo prehranske ogroženosti bolnikov, ki se zdravijo na oddelkih, navpična os prikazuje število bolnikov. Največji delež prehransko ogroženih bolnikov je hospitaliziranih na oddelku intenzivne terapije 3 (združena sta kirurški in internistični oddelek intenzivne terapije 3), in sicer 26 (24,07 %). Sledi infekcijski oddelek z 18 (16,67 %) s prehransko ogroženimi bolniki, na tem oddelku je tudi skupno sprejetih največ bolnikov s PZP 43 (39,82 %), sledi pulmološki oddelek s 6 (5,56 %). Iz slike je razvidno, da so ocene prehranskega statusa na posameznih oddelkih neizvedene, vendar le pri posameznem bolniku.



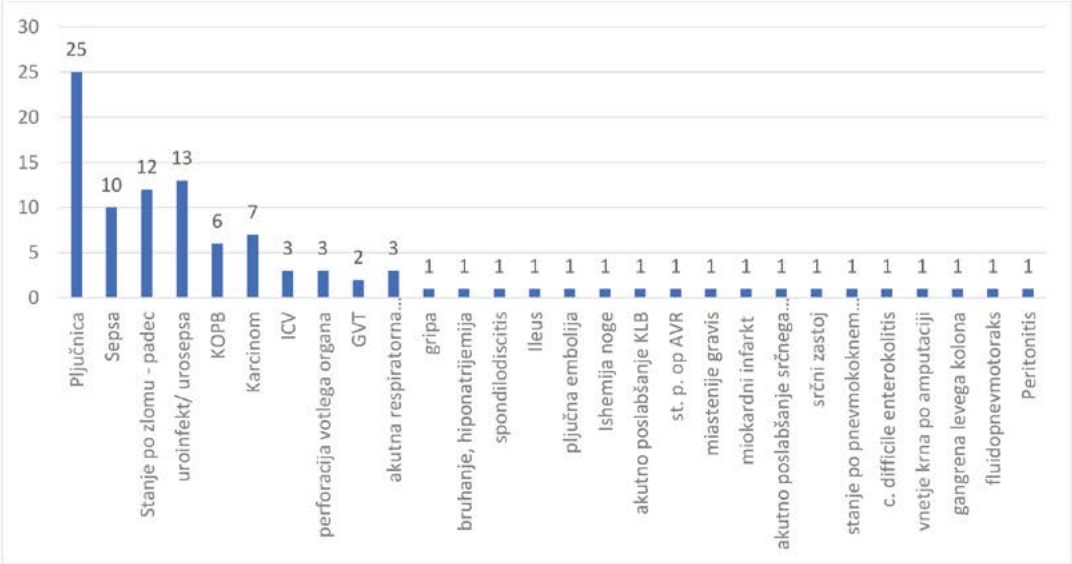
Slika 7: *Čas zdravljenja bolnikov s PZP v bolnišnici in število umrlih bolnikov med zdravljenjem*

Slika 7 prikazuje čas zdravljenja bolnikov s PZP v bolnišnici. Vodoravna os prikazuje število hospitaliziranih dni, navpična os pa prikazuje število bolnikov. Povprečen čas hospitalizacije je 13 dni, mediana 8 dni. Med 108 bolniki s PZP, ki so bili vključeni v raziskavo, jih je med zdravljenjem v bolnišnici umrlo 47 (43,5 %), 61 (56,5 %) jih je bilo po zaključenem akutnem zdravljenju odpuščenih v domačo ali domsko oskrbo.



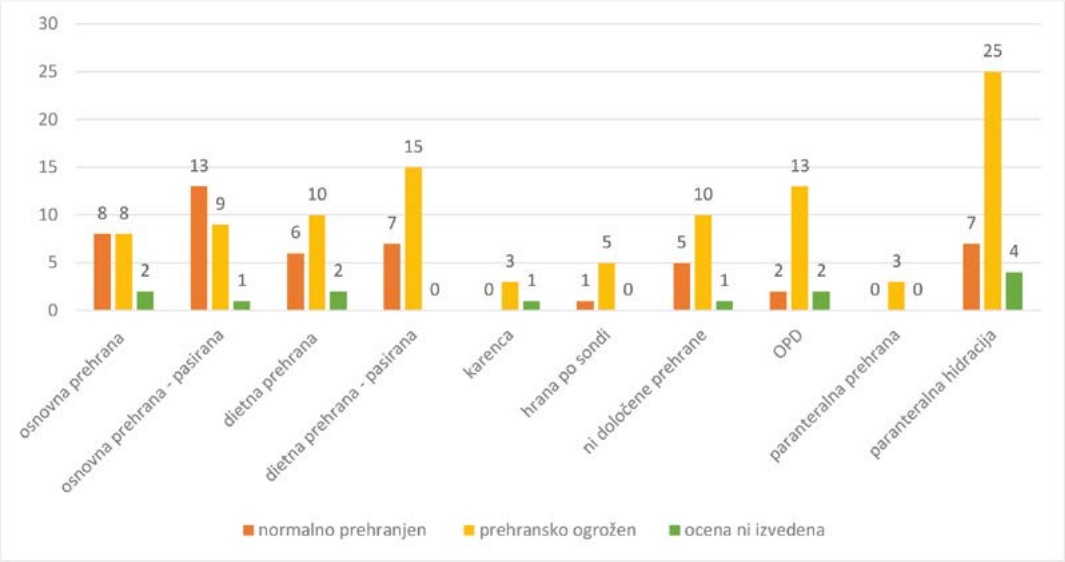
Slika 8: *Mesto nastanka PZP in stopnje poškodb zaradi pritiska po lestvici za oceno preležanin National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*

Na Sliki 8 so na vodoravni osi prikazana mesta PZP, na navpični osi pa število bolnikov s PZP. Iz slike je razvidno, da so imeli največ PZP bolniki na sakralnem delu, skupno 55 (50,9 %), 34 (31,5 %) PZP na peti, 26 (24 %) PZP na gluteusu, 20 (18,5 %) na vretencu, 2 (1,8 %) PZP ter po 1 (0,9 %) na gležnju, ušesu in kolku. Prevladujejo PZP prve in druge stopnje, kjer je poškodba kože manjša. Največ PZP je bilo 2. stopnje, 46 (42,6 %) in 20 (18,5 %) prve stopnje. Tretje stopnje jih je bilo 35 (32,4 %) in 7 (6,5 %) četrte stopnje.



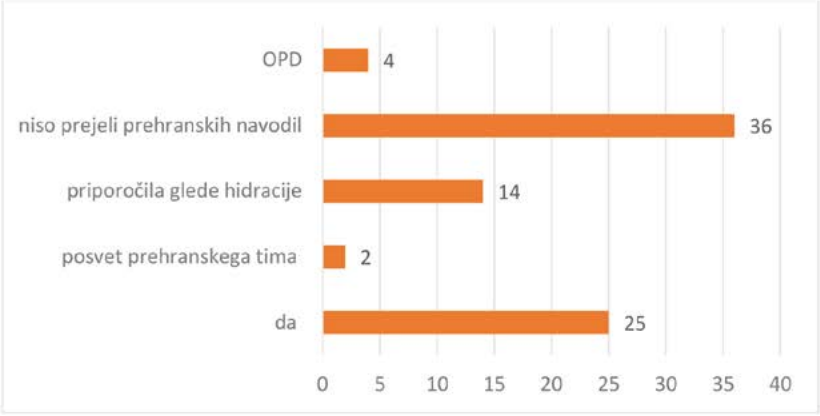
Slika 9: *Sprejemne diagnoze*

Sklic na Sliko 9: vodoravna os prikazuje sprejemno diagnozo, navpična pa število bolnikov. Najpogostejši vzrok za sprejem bolnikov v bolnišnico, ki so imeli PZP, so bile okužbe. Največ bolnikov je bilo sprejetih zaradi pljučnice, skupno 25 (23,1 %), sledijo uroinfekti in urosepse – 13 (12 %), stanja po zlomih zaradi padca 12 (11,1 %), septična stanja 10 (9,2 %), karcinomi 7 (6,4 %), KOPB 6 (5,5 %), ICV 3 (2,8 %) in ostala stanja, ki so redkejša. Večina bolnikov s PZP skupno 104 (96,3 %) je bila polimorbidnih.



Slika 10: *Predpisana dieta glede na oceno prehranske ogroženosti in predpisani dodatki*

Slika 10 na vodoravni osi prikazuje predpisane vrste prehrane oziroma diete glede na ocenjeno prehransko ogroženost bolnikov s PZP, navpična os pa prikazuje število bolnikov. Iz slike je razvidno, da ob sprejemu zdravnik 16 (14,8 %) bolnikom ni predpisal vrste prehrane oziroma diete, med njimi je bilo največ 10 (9,3 %) bolnikov v skupini prehransko ogroženih. Med prehransko ogroženimi je imelo 25 (23,1 %) bolnikov dietno prehrano, 17 (15,7 %) jih je imelo predpisano osnovno prehrano, 9 (8,3 %) od njih pasirano, 5 (4,6 %) je bilo hranjenih po NGS, 3 (2,7 %) prehransko ogroženi bolniki so imeli karenco in prejemali zaradi bolezenskega stanja le parenteralno prehrano. Oralni prehranski dodatek (OPD) je v času zdravljenja imelo predpisan 17 (15,7 %) bolnikov, med njimi je bilo 13 (12 %) prehransko ogroženih. 25 (23,1 %) bolnikov, ki so prehransko ogroženi, so prejemali dodatno še infuzijo tekočin za hidracijo. Nihče od bolnikov ni prejemal hrane po želji.



Slika 11: *Prejeta prehranska navodila ob odpustu iz bolnišnice*

Iz Slike 11 je razvidno, da je ob odpustu iz bolnišnice od skupno 61 (56,5 %) odpuščenih bolnikov iz bolnišnice (47 (43,5 %) bolnikov je med zdravljenjem umrlo), več kot polovica teh – 6 (59 %), ni dobila nobenih navodil glede prehrane, 25 (41 %) bolnikov pa je prejelo navodila. Od teh je 14 (23 %) bolnikov s PZP dobilo le navodilo o hidraciji, 4 (6,5 %) bolniki so dobili recept za oralni prehranski dodatek (OPD) in 2 (3,2 %) bolnika sta dobila navodila, ki jih je priporočal prehranski tim po izvedeni oceni prehranskega stanja in pripravi prehranskega načrta.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKI

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v kakšnem deležu se v SB Celje izvaja prehransko presejanje pri bolnikih s PZP. Ugotovili smo, da je bilo v opazovani skupini 108 bolnikov (53 % žensk s povprečno starostjo 79,8 leta) v prvih 48 urah po sprejemu izvedenih 93,5 % prehranskih presejanj. Sedem bolnikov, ki prehranskega presejanja niso imeli narejenega, so bili hospitalizirani na različnih bolnišničnih oddelkih. Tako ugotavljamo, da se v SB Celje prehransko presejanje izvaja pri večini bolnikov. V raziskavi nismo našli kritičnega oddelka, kjer se identifikacija prehranske ogroženosti bolnikov ne bi izvajala. Smo pa zaznali, da so še vedno odstopanja v skladnosti pri izpolnjevanju kriterijev ocenjevalne lestvice in anamneze, ki jo poda pacient zdravniku, neskladnosti so bile pri 12 (11,1 %) bolnikih, ki so imeli izvedeno prehransko presejanje. Npr. bolnik navaja težave z bruhanjem več dni, vendar je trditev *v zadnjem tednu je manj jedel* odgovor ne, ali pri bolnikih, starejših od 70 let, označimo *bolnik ni star več kot 70 let*. V primeru, da ocene ne izvajamo pravilno, lahko dobimo lažne rezultate in bolnika, ki je lahko tudi prehransko ogrožen, dejansko ne prepoznamo. V raziskavi Novak (2021) ugotavlja, da je eden od vzrokov, da se nekaterim medicinskim sestram to ne zdi pomembno, drugi pa ne vidijo smisla v tem, saj se jim zdi nesmiselno, ker ni primernih reakcij na rezultat s strani nekaterih zdravnikov. V raziskavi smo namreč ugotovili, da 14,8 % bolnikov, med njimi 10 prehransko ogroženih, ni imelo predpisane niti vrste prehrane oziroma diete. V registru tveganja je neustreznost predpisane diete z vidika vrste in konsistence diete ocenjena kot dejavnik tveganja za poslabšanje zdravstvenega stanja prehransko ogroženega pacienta zaradi neugodne reakcije na posamezno vrsto hrane. Arends et al. (2017) navajajo med drugim tudi, da je pri bolniku, pri katerem ugotovimo podhranjenost oziroma nevarnost za razvoj le-te, treba opraviti še celotno prehransko oceno, ki zajema anamnezo, klinične ugotovitve, funkcionalno oceno, porabo energije, laboratorijske teste ter tekočinsko bilanco. V naši raziskavi sta bila le dva bolnika napotena na obravnavo k prehranskemu timu. Zelo pomembno je tudi tedensko opravljati evalvacijo dosežkov in po potrebi zdravljenje spreminjati. Tega pa pri nas ne izvajamo sistematično.

Na raziskovalno vprašanje, kakšna je ocena prehranskega stanja bolnikov s poškodbami zaradi pritiska v SB Celje, smo ugotovili, da je bilo 56,5 % bolnikov s PZP prehransko ogroženih in so potrebovali individualno prehransko obravnavo. Ugotovili smo tudi, da se delež prehranske ogroženosti s starostjo veča, saj je največ prehransko ogroženih bolnikov s PZP bilo prepoznanih v starostni skupini nad 76 let. Če primerjamo delež prehransko ogroženih bolnikov z ITM, ugotovimo, da je 11,2 % podhranjenih bolnikov. Sicer smo podhranjenost opredelili pri ITM < 18,5. Vendar ESPEN opredeljuje podhranjenost še pri bolnikih, pri katerih je izguba 10 % TT v 6 m ITM < 20 do 70 let in < 22 70 ali več let. Če bi upoštevali ta priporočila, bi bil odstotek podhranjenih večji. Veliko večji del (33,5 %) pa je prekomerno oziroma debelih. Predvsem pri starostnikih je pogosto zaznana sarkopenična debelost, ki predstavlja nizko mišično maso pri debelih posameznikih, pri katerih se zelo pogosto prezre izguba mišic zaradi prisotnosti odvečne maščobe in zunajcelične vode. Dejstvo pa je, da je prisotnost sarkopenične debelosti pomemben dejavnik, ki vpliva na večje tveganje za nastanek PZP in napovedovalec slabšega izida bolezni (Arends et al., 2017). Ocena prehranske ogroženosti samo z ITM je premalo, saj upošteva le telesno višino in telesno težo. Vemo pa, da na nanjo vplivata tudi zdravstveno stanje, zdravila, ki jih bolnik prejema in še kaj.

Večina 56,5 % bolnikov s PZP je bila napotena v bolnišnico od doma, med katerimi smo identificirali največji delež prehransko ogroženih bolnikov. Sicer raziskave ugotavljajo višji delež prehranske ogroženosti pri bolnikih, ki bivajo v DSO (Volkert et al., 2022), česar v naši raziskavi nismo dokazali. Urh et al. (2017) navajajo, da je vzrok za prehransko ogroženih tudi starost, v naši raziskavi so bili bolniki v povprečju stari 79,8 leta, kar je eden od dejavnikov za tako velik delež prehransko ogroženih bolnikov, ki so bili v zelo slabi telesni kondiciji, kar 80,5 % bolnikov je bilo nepomičnih, pri tej skupini bolnikov je tako ali tako že bolj izražena sarkopenija, torej propad mišične mase.

Na raziskovalno vprašanje, ali so bolniki, ki so kritično bolni in se zdravijo v enoti intenzivne terapije prehransko bolj ogroženi od tistih, ki se zdravijo na negovalnem oddelku, smo ugotovili, da je bilo med 30 bolniki, ki so se zdravili v enoti intenzivne terapije 83 % (25) bolnikov prehransko ogroženih. Medtem je na negovalnih oddelkih razmerje med prehransko ogroženimi in zadostno prehranjenimi večje v korist zadnjim. Na prehransko stanje bolnikov, ki se zdravijo v intenzivnih enotah, dodatno negativno vplivajo predvsem vazoaktivna zdravila, ki jih ti bolniki prejemajo ter povzročijo vazokonstrikcijo in s tem zmanjšajo delovanje sluznice prebavil ter posledično omejijo absorpcijo hranil (Knafel, 2015).

Navodila prehranske podpore so ključna za uspešno zdravljenje razjed zaradi pritiska, ko bolnik odhaja iz bolnišnice domov. Glede na dobljene rezultate smo ugotovili,

da bolniki s PZP ob odpustu iz bolnišnice kar v 58,6 % niso prejeli prehranskih priporočil, čeprav vemo, da prehrana vpliva na celjenje ran. Samo 41,4 % jih je prejelo navodila in večina med njimi le glede priporočil hidracije. Štirje bolniki so prejeli tudi zdravniške recepte za oralni prehranski dodatek.

Za uspešno preprečevanje in zdravljenje PZP v bolnišnici je pomembno pravočasno prepoznavanje dejavnikov tveganja. Ustrezen pristop k preprečevanju, vključno s pravilno prehransko podporo pomembno vpliva na zmanjšanje pojavnosti in zdravljenje PZP. Ker lestvice za oceno ogroženosti bolnika za PZP ne vsebujejo vseh dejavnikov tveganja, ki so povezani s prehranjevanjem in pitjem, je treba ob sprejemu izvesti tudi oceno prehranskega stanja bolnika. V SB Celje imamo od leta 2023 sprejet protokol prehranskega presejanja za identifikacijo bolnikov s prehranskim tveganjem, ki je hiter in preprost postopek, v katerega morajo biti vključeni vsi bolniki ob sprejemu v bolnišnico. Ker ugotavljamo, da se v SB Celje prehransko presejanje še vedno ne izvaja pri vseh sprejetih bolnikih in pri nekaterih ugotavljamo nenatančno izvajanje ocenjevanja, bo treba preučiti vzroke, zaradi katerih se prehransko presejanje ne izvaja natančno. Pri bolnikih s PZP, ki so bili v naši raziskavi v povprečju hospitalizirani 13 dni, se ponovna ocena prehranskega statusa ni izvajala, čeprav raziskave ugotavljajo, da se prehranski status bolnikov med hospitalizacijo pogosto še poslabša, zato je smiselno spremeniti protokol ocene prehranskega stanja in pri bolnikih, ki so hospitalizirani več kot en teden in ob sprejemu niso prehransko ogroženi, izvesti ponovno oceno prehranskega stanja. Prav tako moramo doseči, da zdravnik vsakemu bolniku predpiše vrsto prehrane. V primeru, ko je bolnik prehransko ogrožen in zdravnik sprejme prve ukrepe, je treba postaviti cilje in le-te po enem tednu vrednotiti in po potrebi vključiti prehranski tim. Opažamo, da se ta redko vključi v obravnavo. Prav tako bi bolniki s PZP, ki so odpuščeni, morali dobiti navodila glede prehrane. Znano je, da je vloga hrane pomembna pri celjenju ran in da je v času celjenja potreba po hranilih – predvsem beljakovinah, vitaminih, esencialnih maščobah ter energiji – večja kot sicer. Da se izboljšata klinični potek zdravljenja in kakovost življenja bolnikov s PZP in se ohrani ali izboljša prehranski status, je na voljo vrsta učinkovitih ukrepov za podporo ustrezne prehrane in hidracije, ki pa jih moramo ustrezno izvajati.

6 SEZNAM LITERATURE

Alderden, J., Pepper, G., Wilson, A., Whitney, J., Richardson, S., Butcher, R., Jo, Y., & Cummins ,M. R. (2018). Predicting Pressure Injury in Critical Care Patients: A Machine-Learning Model. *American Journal of Critical Care*, 27(6), 461-463. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6247790/pdf/nihms-996166.pdf

Arends, J., Patric, B., Vickie, B., Nicole, B., Hatmud, B., Federico, B., & Fearon, K. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36 (1), 11-48. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015

Ballesteros-Pomar, M. D., Cortés, G. B., Botella, R., Fernández García, J. M., Gutiérrez, F. P., Arroyo, V. R., & Lesmes, I.B. (2022). Continuity of care in disease-related malnutrition and nutritional medical treatment. *Endocrinology, Diabetes and Nutrition*, 69 (10), 897-909. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36443194/

Bloom, I., Edwards, M., & Jameson, K. A. (2017). Influences on diet quality in older age: the importance of social factors. *Age Ageing*, 4(2), 277-283. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390861/

Bold, J. (2020). Supporting evidence-based practice in nutrition and hydration. *Wounds UK*, 22-28.

Borek, P., Chmielewski, M., Małgorzewicz, S., & Ślizień, A. D. (2017). Analysis of Outcomes of the NRS 2002 in Patients Hospitalized in Nephrology Wards. *Nutrients*, 9(3), 287. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5372950/

Burch, N. (2023). Artificial nutrition support. *Medicine*, 51(7), 474-479. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303923001019

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S., Compher, c., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G.L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S.M., Schueren, M.A.E...Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49-64. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004

Chen, L.-K., Woo, J., Assantachai, P., Auyeung, T.-W., Chou, M.-Y., Iijima, K.,Jang, H.C, Kang, L., Kim, M., Kim, S., Kojima, T., Kuzuya, M., Lee, J.S.W.Lee, S. Y., Lee, W-J., LeeY., Liang, C-K., Lim, J-Y., Lim, S.Y., Lee, W-J., Lee, Y., Peng L-N., ...Arai, H. (2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21, 300–307. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32033882/

Cox, J., & Rasmussen, L. (2014). Enteral nutrition in the prevention and treatment of pressure ulcers in adult critical care patients. *Critical Care Nurse*, 34(6), 15-27.

EPUAP, NPIAP, & PPPIA. (2019). *Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/ Injuries: Clinical Practice*. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.

Fry, D. E., Pine, M., Jones, B. L., & Meimban, R. J. (2010). Patient characteristics and the occurrence of never events. *Archives of surgery*, 145(2), 148-51.

Grašič Lunar, K., Rupnik, E., Sever, M., & Preložnik Zupan, I. (2023). Prehranska obravnava bolnikov s hematološko maligno boleznijo. *Zdravniški vestnik*, 92(5-6), 233-241.

Iizaka, S., Okuwa, M., Sugama, J., & Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, 29(1), 47-53.

Jelen, A. (2016). Vpliv prehrane na zacelitev kronične rane: dvodnevno strokovno srečanje zmednarodno udeležbo. V T. Dragica (Ured.), *Novosti pri zdravljenju kroničnih ran* Portorož: Društvo za oskrbo ran Slovenije DORS, 79-109.

Jensen, L. G. (2016). Global Leadership Conversation: Addressing Malnutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 452-598.

Knafel, R. (2015). Tarčne vrednosti proteinov in energije pri bolnikih v enotah intenzivne terapije. In: Podbregar, M., Gradišek, P., Grosek, Š. eds. *Šola intenzivne medicine 2015 - 3. letnik- sepsa in bolnišnične okužbe, akutna ledvična odpoved, bolezni prebavil, prehrana*. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Katedra za intenzivno medicino, Katedra za anesteziologijo in reanimatologijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, 168-170.

Landi,F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Savera G., Sisto, A., & Marzetti, E. (2016). Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients 8*(2), 69-72. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772033/

Langer, G., Wan, C., W., Fink, A., Schwingshackl, L., & Schoberer, D. (2024). Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003216.pub3/full

Meza-Valderrama, D., Marco, E., Davalos-Yerovi, V., Muns, M.D., Tejero-Sanchez, M., Duarte, E., & Sánchez--Rodríguez, D. (2020). Sarcopenia, Malnutrition, and Cachexia: Adapting Definitions and Terminology of Nutritional Disorders in Older People with Cancer. *Nutrients* , 13(3), 761; https://doi.org/10.3390/nu13030761

Molnar, J. A., Vlad, L. G., & Gumus, T. (2016). Nutrition and Chronic Wounds: Improving Clinical Outcomes. *Plastic And Reconstructivy Surgery*, 138(3), pp. 71-81.

Montalcini, T., Moraca, M., Ferro, Y., Romeo, S., Serra, S., Raso, M. G., & Pujia, A. (2015). Nutritional parameters predicting pressure ulcers and short-term mortality in patients with minimal conscious state as a result of traumatic and non-traumatic acquired brain injury. *Journal of Translational Medicine*, 63-71. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4573301/

Munoz, N., Posthauer, M. E., Cereda, E., Schols, J., & Haesler, E. (2020). The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: The 2019 International Clinical Practice Guideline Recommendations. *Advances in Skin & Wound Care*, 3, 123-136. https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2020/03000/the_role_of_nutrition_for_pressure_injury.3.aspx

Novak, L. (2021). *Medpoklicno sodelovanje pri prehranski obravnavi pacientov*. Celje: Fakulteta za zdravstvene vede v Celju,13-15.

Ousey, K., Cutting, K., Rogers, A. A., & Rippon, M. (2016). The importance of hydration in wound healing: reinvigorating the clinical perspective. *Journal of Wound Care*, 3, 32-39.

Polenšek, S. (2018). *Vloga medicinske sestre pri preprečevanju podhranjenosti v enoti intenzivne terapije*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Pribyl M. (2018). Nutrition and pain: building resilience through nourishment. *Orthopaedic Physical Therapy Practice*. 30:(4), 562-564.

Rotovnik Kozjek, N. (2010). Način prehranjevanja in prehransko stanje bolnika sta pomembna dejavnika celjenja ran. V: M. Matković (ur.), *Izzivi sodobnih pristopov onkološke zdravstvene nege: oskrba ran pri bolnikih z rakom*. Ljubljana: Onkološki inštitut. 57-68)

Rotovnik Kozjek, N., Tonin, G., Puzigaća, L., Veninšek, G., Pirkmajer, S., Košir Božič, T., Mlakar Mastnak, D., Košir, J. A., Petrica, L., Berlec, K., Kogovšek, K., Marš, T., Jordan, T., Lajnščak, M., Ferkaš Lajnščak, J., Poličnik, R., Peklaj,E.,Majdič, N., Brecelj, E...Blaž Kovač, M. (2023). Terminologija klinične prehrane: Motnje prehranjenosti in s prehranjenostjo povezana stanja. *Zdravniški vestnik*, 1-15.

Saghaleini, S. H., Dehghan, K., Shadvar, K., Sanaie, S., Mahmoodpoor, A., & Ostadi, Z. (2018). Pressure Ulcer and Nutrition. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 283–289. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5930532/pdf/IJCCM-22-283.pdf

Schuetz, P., Sulo, S., Walzer, S., Vollmer, L., Brunton, C., Kaegi-Braun, N., Stanga, Z., Mueller, B., & Gomes, F. (2021). Cost savings associated with nutritional support in medical inpatients: an economic model based on data from a systematic review of randomised trials. *BMJ Open*, 1-6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8273448/

Stratton, R. J., Ek, A.-C., Engfer, M., Moore, Z., Rigby, P., & Wolfe, R. (2005). Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 4(3), 422-450.

Sullivan, D. H., Johnson, L. E., Bopp, M. M., & Roberson, P. K. (2004). Prognostic significance of monthly weight fluctuations among older nursing home residents. *The Journals Of Gerontology*, 633-639.

Terbovc, A. (2019). *Vpliv prehrane na ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska pri kritično bolnih*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Tsaousi, G., Stavrou, G., Ioannidis, A., Salonikidis,S., & Kotzampassi, K. (2015). Pressure Ulcer and Malnutrition: Results from a Snapshot Sampling in a University Hospital. *Medical Principles and Practice*, 24 (1), 11–16.

Urh, N., Babnik, K., Rebec, D., & Poklar Vatovec T. (2017). Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), 207–218.

Volkert, D., Beck, A.M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Sieber, C., Sobotka, L., Asselt, D., Wirth, R., Bischoff, S. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 41(4), 958-989. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561422000346?via%3Dihub

Woo, H. Y., Oh, S.-Y., Lim, L., Im, H., Lee, H., & Ryu, H. G. (2022). Efficacy of nutritional support protocol for patients with pressure ulcer: comparison of before and after the protocol. *Nutrition*, 99(7-8), 67-77. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089990072200051X

Mnenje zaposlenih o uvedbi rednih letnih razgovorov v ustanovi primarnega zdravstva

MANCA POGAČNIK ŽEBOVEC, MAG. ZDR. NEGE
DOC. DR. SANELA PIVAČ

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Redni letni razgovor je poglobljen pogovor med zaposlenim in vodjo in je že uveljavljen del kadrovskega managementa v nekaterih organizacijah. Ogromno prispeva k odnosu med zaposlenim in vodjo ter je hkrati priložnost za analizo in načrtovanje dela zaposlenega. Raziskave kažejo, da je uvedba rednih letnih razgovorov v organizaciji smiselna.

Cilj projektnega dela: Glavni cilj projektnega dela je ugotoviti splošno mnenje zaposlenih medicinskih sester o uvedbi rednega letnega razgovora, preveriti, ali vključeni v rednem letnem razgovoru vidijo korist ter preveriti zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu.

Metode: Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno raziskovalno metodo. Podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika. V namenski vzorec je bilo vključenih 34 zaposlenih medicinskih sester v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, organizacijska enota Zdravstveni dom Radovljica. Raziskava je potekala aprila 2024. Podatke smo obdelali s pomočjo MS Excel 15.

Rezultati: Ugotovili smo, da si anketirani zaposleni želijo uvedbe rednega letnega razgovora (PV = 4,42, dodati SO = 0,759), ampak niso naklonjeni predhodni pripravi na letni razgovor s pomočjo vprašanj (PV = 3,33, SO = 1,105). Redni letni razgovor vidijo kot priložnost za izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu (PV = 4,62, SO = 0,633). Najbolj so zaposleni zadovoljni z letno oceno in delovnimi pogoji. Manj so zadovoljni s sodelavci in organizacijo dela.

Razprava: Ugotovili smo, da je uvedba rednih letnih razgovorov v delovni proces nujna. Naklonjenost zaposlenih k uvedbi rednih letnih razgovorov je dober temelj, da se stvari spremenijo in izboljšajo. Posledično bo tudi zadovoljstvo zaposlenih večje.

Ključne besede: zaposleni, vodja, motivacija, redni letni razgovor

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Ob pomanjkanju in preobremenjenosti medicinskih sester so zelo pomemben del zadovoljstva na delovnem mestu tudi medsebojni odnosi in komunikacija. Ob hitrem tempu vsakdanjega delovnika ni časa za umirjen pogovor, usmerjen v zaposlenega. Vodja pri rednem letnem razgovoru nameni svoj čas zaposlenemu, se mu posveti. Pri dobrem rednem letnem razgovoru vodja izve zelo pomembna dejstva, od osebnih do poklicnih ciljev zaposlenega, kar vodji pomaga pri nadaljnjem usmerjanju zaposlenega. Vlaganje v zaposlenega je ključno za doseganje vizije organizacije. Tudi Bratina (2023) piše, da je ključno, da si vodja enkrat letno vzame čas za poglobljen pogovor, ki je usmerjen v pregled preteklega in sedanjega dela, hkrati pa mora nakazati smer razvoja zaposlenega.

Redni letni razgovori so del avtentičnega vodenja kot pomoč pri doseganju ciljev tako individualnih kot tudi organizacijskih. Da je vodja avtentičen, mora imeti poglobljeno znanje o ljudeh, s katerimi dela, kar doseže z dobro komunikacijo. Ena od oblik komunikacije vodje z zaposlenim je redni letni razgovor (Marič et al., 2013). Johnson (2019) redni letni razgovor opredeli kot sistematični pogovor med zaposlenim in vodjem, pri katerem se ocenijo dosedanje opravljeno delo, cilji, ki jih zaposleni želi doseči. Vodji omogoča, da zaposlenemu pomaga pri razvoju kariere in preko pogovora ugotovi, na katerih področjih je zaposleni dober in katera področja je treba izboljšati.

Uspešen vodja ima motivirane zaposlene, s katerim dosegajo skupne cilje organizacije. Pomemben del motivacije zaposlenih je njihov osebni razvoj in doseganje ciljev tako lastnih kot poklicnih (Selesho, 2014). Imajo pomembno vlogo pri razvoju poklicne poti posameznega zaposlenega.

Vsebina rednega letnega razgovora naj bi bila vnaprej določena, zato se morata tako vodja kot zaposleni na razgovor pripraviti. Pogosto je to priložnost za odprt pogovor, predvsem o željah in pričakovanjih zaposlenega (Ambrožič, 2019). Brečko (2007) pravi, da moramo biti pozorni, da so cilji jasno določeni. Po metodi »smart« pomeni, da imajo cilji pravo mero izziva (jasni, konkretni, motivacijski), so merljivi, obojestransko sprejeti in realni (dosegljivi).

Če kot vodja nimamo vpogleda v želje razvoja karierne poti posameznika, lahko s tem izgubimo kader, ki stremi k spremembam, pa mu zaradi pomanjkanja časa ne omogočimo časa za pogovor. Z uvedbo rednih letnih razgovorov bi od vsakega zaposlenega izvedeli, kaj si želi v prihodnosti in s kakšnimi težavami se srečuje na delovnem mestu. Mnenje zaposlenih o uvedbi rednih letnih razgovorov bi nam prikazal smisel uvajanje le-tega v delovni proces organizacije.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Za namen pisanja teoretičnega uvoda in opredelitev problema smo uporabili deskriptivno metodo raziskovanja s pregledom slovenske in tuje literature s pomočjo podatkovnih baz. Literaturo smo pridobili v obdobju od 1. decembra 2023 do 5. januarja 2024. Za pregled slovenske literature smo uporabili podatkovno bazo COBISS, z iskalnimi poizvedbami redni letni razgovor, zaposleni, vodja in motivacija. Preko digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani smo z iskalno poizvedbo redni letni razgovor pridobili 59 zadetkov. Z iskalno poizvedbo regular annual interview z uporabljenimi filtri dostopen celoten tekst, dizertacija in znanstveni članek, leto izida 2016–2024 je bilo zadetkov 31. Uporabljenih šest dobljenih zadetkov. Za pregled tuje literature pa podatkovne baze PUBMED, SPRINGERLINK in SCIENCEDIRECT z iskalnimi poizvedbami regular annual interview, employees, leader, human resources management. Omejili smo se na pregled literature zadnjih 10 let, kjer je bilo veliko zadetkov, smo iskalno strategijo omejili na 5 let, dostopno celotno besedilo in recenzirano literaturo. Pubmed z iskalnimi poizvedbami Regular annual interview, full text z omejitvijo 10 let je bilo 29 zadetkov, z omejitvijo 5 let pa 14 zadetkov. Z iskalnimi poizvedbami human resources management and leadership nursing je bilo nekaj čez 200 zadetkov, zato smo omejili starost člankov na 3 leta, kjer je bilo 188 zadetkov. Po pregledu uporaben samo en članek. Sciencedirect z iskalnimi poizvedbami leadership and regular annual interview z omejitvijo na 10 let full text dostopen samo 1 članek, ki je neuporaben. Pri iskanju literature smo uporabili Boolove operatorje AND in OR. Uporabili smo več različnih kombinacij besednih zvez ključnih besed.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Ključni cilj rednega letnega razgovora je povečanje učinkovitosti posameznika oziroma organizacije (Mihalič, 2021).

Černelič (2006, cited in Košir & Jecelj, 2014) meni, da je varovanje in zagotavljanje pridobivanja znanja zaposlenih ena izmed glavnih nalog managementa, saj lahko znanje zastara. S tem zaposlenim omogočamo mobilnost in ustvarjalnost na različnih delovnih mestih. Poklic zdravstvene nege je pomemben in občutljiv poklic, pomemben za javno zdravje ljudi. Zato je nujno potrebno natančno merjenje uspešnosti medicinskih sester (Moradi et al., 2017). V svoji raziskavi je Moradi s sodelavci (2017) ugotovil, da medicinske sestre prepoznajo letne razgovore kot priložnost za spoznavanje svojih prednosti in slabosti. Letni razgovor je priložnost za načrtovanje

izobraževanj in usposabljanj v prihodnosti. V isti raziskavi so preverili, kako na isti dejavnik gledajo vodje, in ugotovili, da so se vodje v tej raziskavi strinjali, da so letni razgovori odlična priložnost za načrtovanje izobraževanj zaposlenih v prihodnje. Do enakih ugotovitev v svoji raziskavi pride tudi Osmićević (2022). Kot je v svoji raziskavi ugotovil Knific (2015), si velik delež zaposlenih, ki so sodelovali v raziskavi, želi uvedbo rednega letnega razgovora.

Neustrezno ocenjevanje uspešnosti in pomanjkanje rednih letnih razgovorov spremlja povečano nezadovoljstvo zaposlenih, pomanjkanje motivacije in odpor zaposlenih v zdravstveni negi (Bigdeli, Adel-Mehraban & Namnabati, 2019). Kabil s svojimi sodelavci (2019) pravi, da so zaposleni, ki se na delovnem mestu počutijo dobro, bolj predani svoji organizaciji.

Kot je v svoji raziskavi ugotovila Bratina (2023), se tisti zaposleni, ki še niso nikoli imeli rednega letnega razgovora, strinjajo, da bi razgovori lahko izboljšali komunikacijo in zaupanje med vodjo in zaposlenim. Vodja s svojo pozitivno naravnanostjo poveča uspešnost svojih zaposlenih in tako izboljša reševanje morebitnih konfliktov, je zapisal Jiang s svojimi sodelavci (2019).

Med rednim letnim razgovorom lahko izrazimo svoje mnenje in povemo stvari, ki nas motijo in določimo morebitne spremembe, ki jih želimo doseči. Hkrati pa postavimo tudi cilje za prihodnje leto. Pri postavitvi ciljev mora sodelovati tudi zaposleni (Macur, 2019).

Je pa treba opozoriti, da so nekatere medicinske sestre pogosto potisnjene v vodstveno funkcijo in nimajo izkušenj z izvedbo rednih letnih razgovorov (Selig, 2020). Akademski zdravstveni sistem je razvil 24-mesečno pripravništvo za prihodnje vodje medicinskih sester. Boljša priprava medicinskih sester na vodilne vloge. Prav tako Jereb (2019) piše, da je priprava vodje na redni letni razgovor zelo pomembna.

Košir & Jecel (2014) kot prednosti rednega letnega razgovora izpostavljata večjo uspešnost zaposlenih in organizacije, nadgrajevanje medsebojnega sporazumevanja in medsebojnih razmerij, bolj učinkovito izvajanje kadrovske politike ter načrtovanje kariernega razvoja zaposlenega.

Teme rednega letnega razgovora v javni upravi sledijo vnaprej podanim smernicam za letni razgovor, ki jih je pripravila Kadrovska služba Republike Slovenije. Smernice omogočajo organiziran, sistematičen pristop k razgovorom. S tem se zagotovi, da so delovni procesi učinkoviti in jih izvajajo motivirani in uspešni delavci (Vodopija, 2005).

3 METODE

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno raziskovalno metodo. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika. V namenski vzorec je bilo vključenih 34 medicinskih sester Osnovnega zdravstva Gorenjske, organizacijska enota Zdravstveni dom Radovljica. Raziskava je potekala aprila 2024. Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa MS Excel 15.

Cilj raziskave je ugotoviti mnenje anketiranih zaposlenih glede rednih letnih razgovorov. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili, so:

- Kakšno je mnenje anketiranih zaposlenih o uvedbi rednih letnih razgovorov?
- Kakšne prednosti anketirani zaposleni vidijo v rednih letnih razgovorih?

3.1 Zbiranje podatkov

Podatke bomo zbirali s pomočjo anonimnega vprašalnika. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda literature različnih avtorjev (našteti nekaj avtorjev; avtor, letnica). Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih vsebinskih sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o socialno-demografskih značilnostih anketirancev (n = 4). Drugi sklop vprašanj je vseboval trditve, do katerih so anketiranci opredelili svoja stališča glede splošnega mnenja o uvedbi rednega letnega razgovora (n = 4). Uporabili smo 5-stopenjsko letvico stališč. V vprašalniku je stopnja 1 pomenila, da se anketiranci z navedeno trditvijo sploh ne strinjajo, stopnja 2, da se ne strinjajo, stopnja 3, da se delno strinjajo, delno ne, stopnja 4, da se anketiranci z navedeno trditvijo strinjajo, stopnja 5 pa, da se popolnoma strinjajo z navedeno trditvijo. V tretjem sklopu vprašanj so opredelili svoja stališča o koristih rednega letnega razgovora (n = 7). Sledilo je vprašanje o časovni izvedbi rednega letnega razgovora. Zadnji sklop vprašanj pa je vseboval trditve (n = 5), kjer so anketiranci izrazili svoje zadovoljstvo/nezadovoljstvo na delovnem mestu.

3.2 Vključeni v raziskavo

Vprašalnik je namenjen medicinskim sestram, ki so zaposlene v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, v organizacijski enoti Radovljica. Vzorec je namenski. Razdeljenih je bilo 34 vprašalnikov, vrnjenih pa je bilo 24 vprašalnikov, kar predstavlja 70,6-% realizacijo vzorca. V anketi sta sodelovala dva zaposlena do starosti 25 let, štirje od starosti 26 let do 35 let, šest od starosti 36 let do 45 let, največ osem v starosti od 46 let do 55 let in štirje zaposleni v starosti nad 56 let. Največ anketirancev (n = 20) je po izobrazbi diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, drugi sodelujoči so po izobrazbi srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege (n = 4).

Največji delež anketirancev (33 %) je zaposlenih v ambulanti družinske medicine oz. otroško-šolski dispanzer, sledita preventivna dejavnosti (29 %) in patronažna služba (29 %), najmanjši delež (8 %) pa je zaposlenih v zobozdravstveni dejavnosti.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Med vse zaposlene medicinske sestre smo razdelili anketne vprašalnike. Raziskava je potekala aprila 2024. Ankete so medicinske sestre rešile, ko so imele čas in so jih vrnile v za to namenjen predal. S tem je bila zagotovljena anonimnost. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje vodstva Zdravstvenega doma Radovljica.

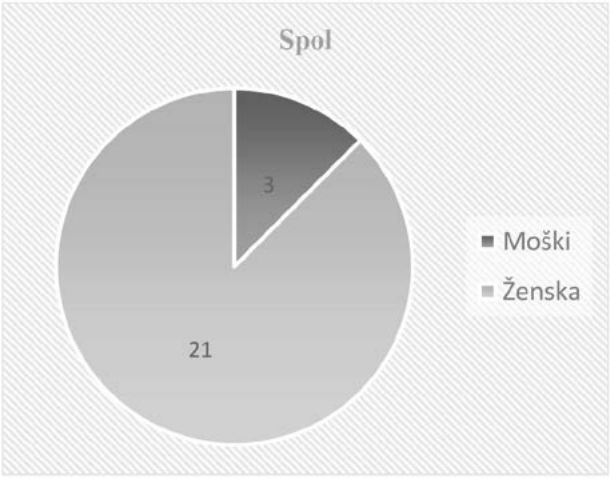
3.4 Obdelava podatkov

Podatke smo statistično analizirali s pomočjo računalniškega programa MS Excel 15.

4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki smo jih dobili v namenskem vzorcu pri 24 medicinskih sestrah, ki so zaposlene v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, organizacijska enota Radovljica. Razdelili smo 34 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 24 vprašalnikov, kar predstavlja 70,58-% realizacijo vzorca.

Rezultati analize podatkov so predstavljeni po posameznih sklopih.



Slika 1: *Vzorec anketirancev glede na spol*

Slika 1 v odstotkih prikazuje vzorec anketirancev glede na spol. Na sliki lahko vidimo, da je največji delež anketirancev ženskega spola (88 %).

Rezultati stališč anketirancev o uvedbi rednih letnih razgovorov so predstavljeni v spodnji tabeli.

Tabela 1: *Splošno mnenje o uvedbi rednega letnega razgovora*

Splošno mnenje o uvedbi rednega letnega razgovora	**n**	**PV**	**SO**
Redni letni razgovor bi bilo treba uvesti.	24	4,42	0,759
Namen rednega letnega razgovora poznam.	24	4,33	0,745
Tematiko rednega letnega razgovora poznam.	24	4,08	0,953
Na redni letni razgovor bi se predhodno pripravil s pomočjo vprašanj.	24	3,33	1,105

Legenda: N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Iz Tabele 1 je razvidno, da so anketiranci največje strinjanje (PV = 4,42; SO = 0,759) izrazili pri trditvi Redni letni razgovor je treba uvesti. Visoko strinjanje so anketiranci izrazili trditvi Namen rednega letnega razgovora poznam (PV = 4,33; SO = 0,745). Manjše strinjanje so vprašani izrazili pri trditvi Na redni letni razgovor bi se predhodno pripravil s pomočjo vprašanj (PV = 3.33; SO = 1,105).

Rezultati stališč anketirancev glede koristnosti rednega letnega razgovora so predstavljeni v spodnji Tabeli 2.

Tabela 2: *Koristnost rednega letnega razgovora*

Koristnost rednega letnega razgovora	**n**	**PV**	**SO**
Redni letni razgovor je učinkovito komunikacijsko orodje med vodjo in zaposlenim.	24	4,41	0,862
Redni letni razgovor je priložnost za izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu.	24	4,62	0,633
Uvedba rednega letnega razgovora bi povečala učinkovitost dela.	24	3,87	0,927
Z uvedbo rednega letnega razgovora bi zaposleni čutili večjo pripadnost podjetju.	24	3,83	1,067
Na redni letni razgovor bi se z vodjo pogovarjal/-a o razvoju moje kariere v organizaciji.	24	4,08	1,151
Uvedba rednega letnega razgovora bi izboljšala mojo motivacijo pri delu.	24	3,91	0,909
Redni letni razgovor bi pripomogel k reševanju problemov na delovnem mestu.	24	4,37	0,753

Legenda: N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Iz zgornje tabele (Tabela 2) je razvidno, da so anketiranci največje strinjanje (PV = 4,62; SO = 0,633) izrazili pri trditvi Redni letni razgovor je priložnost za izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu. Prav tako visoko strinjanje so anketiranci izrazili trditvi Redni letni razgovor je učinkovito komunikacijsko orodje med vodjo in zaposlenim (PV = 4,41; SO = 0,862) ter trditvi Redni letni razgovor bi pripomogel k reševanju problemov na delovnem mestu (PV = 4,37; SO = 0,753). Manjše strinjanje so izrazili pri

trditvi Uvedba rednega letnega razgovora bi povečala učinkovitost dela (PV = 3,87; SO = 0,927) ter najmanjše strinjanje trditvi Z uvedbo rednega letnega razgovora bi zaposleni čutili večjo pripadnost podjetju (PV = 3,83; SO = 1, 067).

Pri vprašanju Koliko časa bi zaposleni želeli za izvedbo rednega letnega razgovora jih je 75 % (n = 18) odgovorilo do pol ure, 20 % (n = 5) jih je odgovorilo do ene ure in en anketiranec bi si želel za izvedbo rednega letnega razgovora več kot eno uro časa.

Pri zadnjem vprašanju so anketiranci izrazili svoje zadovoljstvo/nezadovoljstvo na delovnem mestu.

Tabela 3: *Zadovoljstvo na delovnem mestu*

Zadovoljstvo na delovnem mestu	**n**	**PV**	**SO**
S sodelavci	24	4,33	0,799
Z letno oceno	24	4,87	0,330
Z delovnimi pogoji	24	4,54	0,498
Z informiranostjo o novostih	24	4,37	0,695
Z organizacijo dela	24	4,33	0,745

Legenda: N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost

Iz zgornje tabele (Tabela 3) vidimo, da so anketiranci najbolj zadovoljni s svojo letno oceno (PV = 4,87; SO = 0,330). Sledi zadovoljstvo z delovnimi pogoji (PV = 4,54; SO = 0,498) ter informiranost o novostih (PV = 4,37; SO = 0,695). Najmanj pa so anketiranci zadovoljni s sodelavci in organizacijo dela (PV = 4,33; SO = 0,745).

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

V nadaljevanju predstavljamo ugotovitve raziskave po posameznih sklopih.

Redni letni razgovori so v organizaciji neznanka in se ne izvajajo. Glede na vse raziskave, ki kažejo pozitivne učinke rednih letnih razgovorov, smo želeli ugotoviti, ali so zaposleni uvedbi rednih letnih razgovorov naklonjeni.

V prvem sklopu, kjer smo preverjali splošno mnenje zaposlenih o uvedbi rednih letnih razgovorov, smo prišli do ugotovitve, da so zaposleni naklonjeni uvedbi rednih letnih razgovorov, kar kaže visoko strinjanje s trditvijo *Redni letni razgovor bi bilo treba uvesti.* Več kot polovica anketiranih je pri tej trditvi odgovorila popolnoma se strinjam. Košir & Jecel (2015) sta v svoji raziskavi ugotovili, da zaposleni menijo (53,7 %), da so redni letni razgovori z vodjo zelo pomembni. Iz tega sta predvidevali, da se zaposleni zavedajo, kako pomemben je za dobro delovanje na delovnem mestu iskren pogovor z vodjo. V njuni raziskavi so zaposleni pokazali pozitivni odnos do uvedbe rednih letnih razgovorov. Do podobnih rezultatov je v svoji raziskavi prišla

Arsalani Veseli (2016), kjer je prav tako ugotovila naklonjenost zaposlenih do uvedbe rednih letnih razgovorov.

S tem smo odgovorili na raziskovalno vprašanje in ugotovili, da so anketiranci naklonjeni uvedbi rednih letnih razgovorov v organizaciji.

Anketiranci namen in tematiko rednih letnih razgovorov poznajo v dokaj velikem povprečju. Nižje strinjanje so zaposleni izrazili pri trditvi *Na redni letni razgovor bi se predhodno pripravil s pomočjo vprašanj.* Križman (2016) je v svoji raziskavi ugotovila, da se več kot polovica anketirancev na redni letni razgovor pripravi. Ugotovi tudi, da je priprava na razgovor bolj kratkotrajna in ne preveč poglobljena. Mihalič (2010) poudarja, da je priprava na redni letni razgovor ključna za kakovostne rezultate. Predvidevamo lahko, da so zaposleni na delovnem mestu dovolj obremenjeni in da bi jim bila priprava na redni letni razgovor odveč.

V drugem sklopu, kjer smo preverjali koristnost rednih letnih razgovorov, smo ugotovili, da anketirani zaposleni redni letni razgovor vidijo kot priložnost za izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu. Več kot polovica vključenih v raziskavo se popolnoma strinja s trditvijo *Redni letni razgovor je priložnost za izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu.* Tudi Pliberšek (2016) je v svoji raziskavi prišla do zaključka, da so redni letni razgovori pomembni za povečanje zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu. Vendar pa doda, da le takrat, ko je sistem izvajanja letnih razgovorov oblikovan kakovostno. Izboljšati zadovoljstvo je tudi eden izmen namenov rednih letnih razgovorov na ravni organizacije (Brečko, 2007). Tako lahko potrdimo drugo raziskovalno vprašanje. Redni letni razgovor je priložnost, da se izboljša zadovoljstvo na delovnem mestu. Pomembno je, da so zaposleni pri delu zadovoljni, ker se s tem zmanjšujejo utrujenost in nestabilna čustvena stanja (Soesanto et al., 2022).

Najnižje strinjanje so v tem sklopu anketiranci izkazali pri trditvi *Z uvedbo rednega letnega razgovora bi zaposleni čutili večjo pripadnost podjetju*, kar pa je tudi eden izmed ciljev izvajanja rednih letnih razgovorov.

Motivacija zaposlenih se po opravljenih rednih letnih razgovorih ne poviša, je ugotovila Križman (2016) v svoji raziskavi. Podobno pa smo ugotovili tudi mi, ker zaposleni pri trditvi *Uvedba rednega letnega razgovora bi izboljšala mojo motivacijo pri delu* niso izrazili visokega strinjanja. S to trditvijo se je popolnoma strinjala manj kot polovica vprašanih. Bratina (2023) pa je v svoji raziskavi ugotovila, da se dobra polovica anketiranih popolnoma strinja, da se je z uvedbo rednih letnih razgovorov motivacija zaposlenih za delo povečala. Medicinske sestre z nizko delovno motivacijo lahko zmanjšajo kakovost izvajanja zdravstvenih storitev.

Več kot polovica vključenih v našo raziskavo si želi rednih letnih razgovorov, ki bi trajali do pol ure. Bratina (2023) pa ugotavlja, da so letni razgovori anketiranih v povprečju trajali od 10 do 30 minut. Pomembno pa je, da si vodja za redni letni razgovor vzame toliko časa, kot ga zaposleni potrebuje.

Anketirani zaposleni so najbolj zadovoljni z letno oceno. Več kot polovica zaposlenih je zelo zadovoljnih z delovnimi pogoji. Malo manj pa so zadovoljni s sodelavci in organizacijo dela.

Moradi je s svojimi sodelavci (2017) v raziskavi ugotovil, da so redni letni razgovori nujni za doseganje ciljev ter izboljšanje zaupanja med vodjo in zaposlenim.

Redne letne razgovore razumemo kot način izboljšanja komunikacije, ciljnega vodenja, priložnost za pohvalo in konstruktivno kritiko, povezovanje individualnih ciljev s cilji organizacije. Omogočajo sistematično načrtovanje potreb po izobraževanju in usposabljanju posameznika ter po kariernem razvoju. Redni letni razgovori so tudi priložnost, da posamezniki predstavijo svoje ideje in videnja »sebe« v prihodnosti na določenem delovnem mestu. Redne letne razgovore razumemo kot orodje vodenja za lažje usmerjanje in vodenje zaposlenih (Košir & Jecel, 2015). Je podlaga za ocenjevanje uspešnosti pri delu, načrtovanje nadaljnjega razvoja, izobraževanja in kariere zaposlenih. Pogosto je tovrstni pogovor edina priložnost, ki se ponudi zaposlenemu v celem letu, da svoje želje in pričakovanja uskladi z zahtevami in pričakovanji podjetja (Marič et al., 2013).

Redni letni razgovori so pomemben sestavni del vodenja in pomenijo pretok informacij med vodjo in zaposlenim. Pred uvedbo rednih letnih razgovorov bi se vodje vsekakor morali dodatno izobraziti o vodenju letnih razgovorov.

Omejitev je, da smo raziskavo izvedli samo med medicinskimi sestrami v eni organizacijski enoti Osnovnega zdravstva Gorenjske. Smiselno bi bilo raziskavo razširiti in opraviti med vsemi zaposlenimi v vseh organizacijskih enotah.

Menimo, da je naša raziskava že neki osnovni temelj, ki bo izhodišče za uvedbo rednih letnih razgovorov v organizaciji. Zelo pomembno je, da so zaposleni temu naklonjeni. Če je prisotna naklonjenost, je lažje vpeljati v proces spremembe, se pa zavedamo, da ima vpeljava sprememb tudi negativne strani. Nekateri zaposleni spremembe težko sprejemajo in jim niso naklonjeni.

V urejenem in prijetnem delovnem okolju je zelo pomembno, da je slišan vsak zaposleni.

Naj zaključim z mislijo: *Bolj pomembno je vedeti, kam greste, kot pa to, da hitro pridete tja. (Mabel Newcomber)*

6 SEZNAM LITERATURE

Ambrožič, I., (2019). *Redni letni razgovor*. Direktor (38), pp. 24-27.

Arsalani Veseli, J., (2016). *Uvedba rednega letnega razgovora na kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok na Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Brečko, D., (2006). *Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom*. Ljubljana: Planet GV.

Brečko, D., (2007). *Pripravite se na letni razgovor: napotki za zaposlene*. Ljubljana: Planet GV.

Bigdeli, A., Adel-Mehraban, M. & Namnabati, M., (2019). The Effect of the Appraisal Interview on Nurses Performance In Neonatale Intensive Care Units. *Iran J Nurs Midwifery Res,* 24(6), 428-431.

Bratina, K., (2023). *Pomen rednih letnih razgovorov na motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstveno nego.

Johnson, R., (2019). *Advantages & Disadvantages of Performance Evaluation*. Available at: https://smallbusiness.chron.com/advantages-disadvantages-performance-evaluation-21143.html

Jereb, E., (2019). *Redni letni razgovori: zapiski predavanj za študijsko leto 2019/2020*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.

Jiang, J., Gu, H., Doung, Y.& Xingyoung, T., (2019). The Better I Feel, The Better I Can Do: The Role Of Leaders Positive Affective Presence. *International Journal of Hospitality Management,* 78, 251-260.

Košir, S. & Jecel, B., (2014). *Role of regular annual interviews in the process of knowledge management in a public institutinon. Human Capital without Borders: Knowledge and Learning for Quality of Life*; International conference Portorož, Slovenija, 853-860.

Kabil, S.I.M., Abd Elrhman, E.S.A & Silman, W.M.M., (2019). Relationship among nurses locus of control, work motivation factors and their organizational commitment. *American Journal of Nursing Reasearch,* 7(2), 167-178.

Knific K., (2015). *Uvedba rednih letnih razgovorov v podjetju X*: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Križman, S., (2016). *Redni letni razgovori na urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana:* diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Macur, J., (2019). *Zakaj bi izvajali letne razgovore z zaposlenimi?* Available at: https://www.hbs.si/blog/hermes-odoo-blogi-1/zakaj-bi-izvajali-letne-razgovore-z-zaposlenimi-8 [23.04.2024].

Marič, M., Gerdej, T., Penger, S., Jereb, E., Žnidaršič, J. & Đurica, N., (2013). Human resources annual interview as a part of authentic leadership. *Organizacija,* 46(2).

Mihalič, R., (2010). *Kako izvedem letni razgovor*. Založba Mihalič in partner, Škofja Loka.

Mihalič, R., (2021). *Kako izvedem redni letni razgovor, 30 minut za vodenje*. 2nd ed. Škofja Loka: Založba Mihalič in Pleško.

Moradi, T., Mehraban, A. & Moenini, M., (2017). Comparison of the perceptions of managers and nrsing staff toward performance appraisal. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Resources,* 22, 128-134.

Osmićević, T., (2021). *Pomen rednih letnih razgovorov za motiviranje zaposlenih v zdravstveni negi v izbranih zdravstvenih ustanovah*: magistrsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 42-44.

Pliberšek, D., (2016). *Redni letni razgovori na UKC MARIBOR*: diplomsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 53.

Soesanto, E., Yanto, A., Irani, N., Pranata, S., Rejeki, S., Sasmito, P., (2022). Job satisfaction among primary health care nurses. *Int J Public Health Sci*, 11(4), 1416-1423.

Selig, B., (2020). *Nurse Manager Interns: A Proactive Approach to Developing Leadership Talent and Solidifying Succession Planning.* Available at: https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(20)30203-2/fulltext [1.1.2024].

Selesho, J.M., (2014). The role of leadership in employee motivation. *Mediterranean J Soc Sci,* 5(3), 175-182.

Vodopija, B., 2005. *Učinkovita orodja vodenja: priročnik s primeri dobrih praks, učinkovitimi preglednicami in praktičnimi modeli.* Forum Media, Maribor.

7 PRILOGE

ANKETNI VPRAŠALNIK

V okviru programa za specialna znanja iz **Managementa in vodenja v zdravstveni in babiški negi** pri predmetu »Na dokazih podprte prakse (DPP) in profesionalizacija zdravstvene in babiške nege« sem pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač pripravila anketni vprašalnik, s katerim želim anonimno izvesti raziskavo o mnenju in uvedbi rednih letnih razgovorov v naši ustanovi.

Na splošna vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred svojim odgovorom. Na 5-stopenjski lestvici pa obkrožite številko strinjanja oziroma nestrinjanja. Ocena 1 pomeni sploh se ne strinjam, 5 pa pomeni popolnoma se strinjam. Pri zadnjem vprašanju, kjer izražate svoje zadovoljstvo, pa 1 pomeni sploh nisem zadovoljen/a, 5 pa pomeni sem zelo zadovoljen/a.

Rezultati ankete bodo uporabljeni izključno za pripravo projektne naloge.

Že vnaprej se vam zahvaljujem.

Manca Pogačnik Žebovec

1. Spol:

a) Moški
b) Ženska

2. Starost:

a) Do 25 let
b) Od 26 do 35 let
c) Od 36 do 45 let
d) Od 46 do 55 let
e) Nad 56 let

3. Izobrazba:

a) Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege
b) Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
c) Magistra/magister zdravstvene nege

4. Delovno mesto:

a) Zobozdravstvena dejavnost
b) Preventivna dejavnost (CKZ, referenčna ambulanta)
c) Ambulanta družinske medicine/otroško-šolski dispanzer
d) Patronažna služba

5. Splošno mnenje o uvedbi rednega letnega razgovora

Prosim, da s pomočjo 5-stopenjske lestvice izrazite svoje strinjanje/nestrinjanje s trditvami, tako da obkrožite številko.

Splošno mnenje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam, delno se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Redni letni razgovor bi bilo treba uvesti	1	2	3	4	5
Namen rednega letnega razgovora poznam	1	2	3	4	5
Tematiko rednega letnega razgovora poznam	1	2	3	4	5
Na redni letni razgovor bi se predhodno pripravil s pomočjo vprašanj	1	2	3	4	5

6. Koristnost rednega letnega razgovora

Prosim, da s pomočjo 5-stopenjske lestvice izrazite svoje strinjanje/nestrinjanje s trditvami, tako da obkrožite številko.

Koristnost rednega letnega razgovora	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam, delno se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
RLR je učinkovito komunikacijsko orodje med vodjo in zaposlenim	1	2	3	4	5
Redni letni razgovor je priložnost za izboljšanje zadovoljstva na delovnem mestu	1	2	3	4	5
Uvedba rednega letnega razgovora bi povečala učinkovitost dela	1	2	3	4	5
Z uvedbo rednega letnega razgovora bi zaposleni čutili večjo pripadnost podjetju	1	2	3	4	5
Na redni letni razgovor bi se z vodjo pogovarjal/a o razvoju moje kariere v organizaciji	1	2	3	4	5
Uvedba rednega letnega razgovora bi izboljšala mojo motivacijo pri delu	1	2	3	4	5
Redni letni razgovor bi pripomogel k reševanju problemov na delovnem mestu	1	2	3	4	5

7. Koliko časa bi želeli za izvedbo rednega letnega razgovora?

a) Do pol ure

b) Do ene ure

c) Več kot eno uro

8. Prosim, da s pomočjo 5-stopenjske lestvice izrazite svoje zadovoljstvo/nezadovoljstvo na delovnem mestu, tako da obkrožite številko.

Z/S	Sploh nisem zadovoljen/-a	Nisem zadovoljen/-a	Nisem zadovoljen/-a niti nezazadovoljen/-a	Sem zadovoljen/-a	Sem zelo zadovoljen/-a
Sodelavci	1	2	3	4	5
Letno oceno	1	2	3	4	5
Delovnimi pogoji	1	2	3	4	5
Informiranostjo o novostih	1	2	3	4	5
Organizacijo dela	1	2	3	4	5

Medgeneracijsko sodelovanje zaposlenih v zdravstveni negi

SIMONA POTOČNIK KOŠČAK, DIPL. M. S.
DOC. DR. SANELA PIVAČ

POVZETEK: V vsakem podjetju se vodstvo srečuje z različnimi izzivi. Eden izmed izzivov tako predstavlja zagotavljanje sodelovanja med zaposlenimi, ki so se rodili in odraščali v zelo različnih generacijah. Vsaka izmed teh generacij ima specifične karakteristike, ki jih zaposleni tudi odražajo.

Opis problema in pregled literature: Delovne organizacije se srečujejo s kompleksnostjo medgeneracijskega sodelovanja, saj zaposleni iz različnih generacij imajo specifične karakteristike in pričakovanja. S staranjem delovne sile ter visoko stopnjo fluktuacije mlajše generacije se postavlja vprašanje, kako ustvariti zanimivo delovno okolje, ki spodbuja sodelovanje in izmenjavo znanja med generacijami.

Cilj projektnega dela: Glavni cilj raziskave je spoznati lastnosti vseh generacij zaposlenih v zdravstveni negi ter razumeti, kako lahko vodstvo pozitivno vpliva na medgeneracijsko sodelovanje in zadovoljstvo na delovnem mestu.

Metode: Z metodo kompilacije so povzeta opazovanja, stališča, spoznanja, sklepi in rezultati različnih avtorjev. Za zbiranje kvantitativnih podatkov je bila uporabljena spletna anketa. V raziskavo je bilo povabljenih 118 zaposlenih v zdravstveni negi v ZD Ljubljana, OE Vič-Rudnik. Raziskava je potekala aprila 2024. Pridobljene kvantitativne podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 22.

Rezultati: Anketa je pokazala, da različne generacije zaposlenih izražajo različne stopnje zadovoljstva z delovnim okoljem in da se razlikujejo tudi motivacijski dejavniki med generacijami. Kljub tem razlikam je medgeneracijsko sodelovanje ključno za izboljšanje odnosov in zadovoljstva zaposlenih ter pacientov.

Razprava: Primerjava spoznanj izvedene raziskave in spoznanji predhodnih raziskav potrjuje pomen medgeneracijskega sodelovanja v zdravstveni negi. Ključno je ustvariti vključujoče delovno okolje, ki spoštuje razlike med generacijami, ter se osredotočiti na izboljšanje komunikacije in uporabo tehnologije za spodbujanje sodelovanja. Še vedno ostaja izziv implementacija teh spoznanj v prakso ter reševanje nerešenih vprašanj glede medgeneracijskega sodelovanja.

Ključne besede: medgeneracijsko, sodelovanje, zaposlenimi, zdravstvena nega, generacije, odnos, komunikacija, okolje

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Medgeneracijsko sodelovanje v zdravstveni negi zahteva celovit pristop, ki zajema klinične, strokovne, organizacijske in družbene vidike. Klinično gledano lahko ta problem vodi v manj kakovostno oskrbo pacientov zaradi pomanjkanja prenosa znanja in izkušenj med generacijami zdravstvenih delavcev. Strokovno gledano se zdravstveni sistemi srečujejo s pomanjkanjem učinkovitih strategij za spodbujanje sodelovanja med različnimi generacijami zdravstvenega osebja. Organizacijsko, neusklajeno delovanje in konflikti med generacijami lahko vodijo v zmanjšano delovno učinkovitost in zadovoljstvo zaposlenih. Poleg tega družbeni izzivi, kot so hitre spremembe v tehnologiji, staranje prebivalstva in povečana kompleksnost zdravstvenih pogojev, zahtevajo boljše sodelovanje in prenos znanja med generacijami zdravstvenih delavcev.

Organizacijsko gledano raziskave kažejo na to, da konflikti med generacijami v zdravstvenih timih lahko negativno vplivajo na delovno klimo in kakovost oskrbe (Lorber, 2015). Družbeni izzivi, kot so hitre tehnološke spremembe, dodatno prispevajo k naraščajočemu prepadu v znanju med generacijami zdravstvenega osebja, saj starejši zdravstveni delavci morda niso tako vešči uporabe najnovejše tehnologije kot njihovi mlajši kolegi. Posledice problema so obsežne, saj vključujejo povečano tveganje za medicinske napake, zmanjšano zadovoljstvo zaposlenih in nezadovoljstvo pacientov. Poleg tega lahko pomanjkanje medgeneracijskega sodelovanja vodi v zmanjšanje produktivnosti in učinkovitosti zdravstvenih organizacij. Prepad v znanju med generacijami je še posebej problematičen, saj lahko ovira prenos ključnih veščin in izkušenj, ki so bistvene za kakovostno oskrbo pacientov v hitro spreminjajočem se zdravstvenem okolju. V luči teh izzivov je nujno razviti celostne strategije, ki spodbujajo medgeneracijsko sodelovanje v zdravstveni negi. To vključuje ustvarjanje mentorskih programov, vzpostavitev platform za izmenjavo znanja med generacijami ter spodbujanje odprtosti in razumevanja med zdravstvenimi delavci različnih generacij.

Skupna prizadevanja za reševanje problema medgeneracijskega sodelovanja v zdravstveni negi bodo pripomogla k izboljšanju kakovosti oskrbe pacientov, povečanju zadovoljstva zaposlenih in učinkovitosti zdravstvenih sistemov.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je preučiti medgeneracijsko sodelovanje zaposlenih v zdravstveni negi. Pregled literature smo izvedli v obdobju od 1. decembra 2023 do 10. januarja 2024 znotraj spletnega brskalnika bibliografskega sistema virtualne knjižnice

Slovenije COBISS in spletne baze PubMed. Za iskanje literature v slovenskem jeziku so bile uporabljene ključne besede: »medgeneracijsko sodelovanje v zdravstveni negi«, v angleškem jeziku pa »intergenerational collaboration in nursing«. Vključitveni kriteriji so bili članki od leta 2011 do leta 2023, prosto dostopni recenzirani strokovni in znanstveni članki v slovenskem in angleškem jeziku.

Rezultati pregleda raziskav so vključevali skupno najdenih 436 virov, od tega jih je bilo 47 najdenih s pomočjo PubMeda, 289 pa s pomočjo slovenskega knjižničnega informacijskega sistema COBISS. Skupno smo pregledali 20 virov, od tega je bilo 13 v slovenskem jeziku, preostalih 7 pa v angleškem. V sam pregled literature smo vključili osem virov v slovenskem in štiri v angleškem jeziku.

2.2. Spoznanja pregleda literature

Ključna spoznanja vključene literature smo razdelili na dva dela: lastnosti posameznih generacij in kakšno je sodelovanje med generacijami na delovnem mestu.

V Sloveniji smo bili v zadnjem desetletju priča hitremu staranju prebivalstva. Delež starejših od 65 let se je od osamosvojitve do danes podvojil, hitro pa se je povečeval tudi v zadnjem desetletju in po letu 2015. Od začetka 2015 do začetka lanskega leta se je število prebivalcev v najbolj aktivni dobi (20–64 let) zmanjšalo za 45 tisoč, kar je ob povečanem povpraševanju po delovni sili v 2021 in 2022 povzročalo težave podjetij pri iskanju delavcev (Umar, 2023). Posledično se bodo te spremembe odražale tudi na trgu dela. Tudi ob večjem priseljevanju bo po projekcijah do leta 2030 prišlo do zmanjšanja aktivnega prebivalstva, in sicer za okoli 10 tisoč oseb na leto (Umar, 2019). Enega od odgovorov na te izzive predstavlja podaljšana delovna aktivnost starejših zaposlenih, ki lahko pomembno prispevajo k uspešnosti podjetij (Projektna skupina ASI, 2019).

Dimenzije kakovosti in varnosti v onkološki zdravstveni negi razlikujejo štiri generacije: Baby Boomers, generacija X, generacija Y (milenijci) in generacija Z. Vsaka generacija ima svoj sklop vrednot, pogledov na avtoriteto, odnos do dela, slog komuniciranja, pričakovanj do vodij in delovnega okolja. Razlike med pripadniki posameznih generacij lahko vplivajo na dobro počutje na delovnem mestu, delovno učinkovitost, produktivnost, poleg tega pa lahko povzročijo nesporazume in konflikte med zaposlenimi (Zemke et al., 2013).

Lastnosti generacij

Vukasović (2023) navaja, da, imajo lahko starejše generacije zaradi dolgih let izkušenj zgodovinski pogled na dogajanje v delovnem okolju, medtem ko imajo mlajše

generacije več strokovnih sposobnosti na področju tehnologije in medijev, primanjkuje pa jim izkušenj. Na enak način so mlajše generacije bolj osredotočene na razvoj kariere, medtem ko se starejše generacije osredotočajo bolj na visoko stopnjo varnosti zaposlitve in dohodka.

Babyboom generacija (1946–1965) je odraščala v kolektivnem optimizmu in času gospodarske rasti. Znana je po trdo delavnih in protokolu sledečih ljudeh. To so zelo formalni ljudje, ki se konfliktom na delovnem mestu izogibajo in imajo radi delo v timu. Do sprememb na delovnem mestu so manj pozitivno naravnani, saj so na lastni koži izkusili prehod iz razmeroma stabilnega delovnega okolja v tisto, kjer so pogoste reorganizacije postale nekaj običajnega. Prav tako so lahko nekoliko bolj zadržani v primerjavi z ostalimi generacijami, nadaljnjih izobraževanj pa se radi lotijo na bolj tradicionalen način, kot so tečaji in individualno delo doma (Vukasović, 2023).

Generacija Baby Boomers (1945–1964) je odrasčala v zdravem povojnem gospodarstvu, kjer so bila delovna mesta široko dostopna. Baby Boomersi veljajo za najvplivnejšo skupino, ki je neposredno vplivala na razvoj generacije X (Grbič, 2023).

Generacija X (1966–1980) je odraščala v času kapitalizma in s starši, ki so delo videli kot vrednoto. Mnogi so v začetkih podjetništva izpopolnili svoje podjetniške sanje, ostali pa so se ustalili na zanesljivih delovnih mestih. Na svojem delovnem mestu so radi neodvisni in samozavestni, prav tako cenijo svoj zasebni čas. Znani so po svoji zvestobi do vodij, hkrati pa stvari radi naredijo po svoje. Če so babyboomerji zadržani, ima generacija X rada osebni način interakcije, same spremembe pa sprejemajo kot nove priložnosti (Vukasović, 2023).

Za generacijo X (1965–1980) sta značilni iznajdljivost in neodvisnost. Običajno iščejo ravnovesje med delom in zasebnim življenjem (Grbič, 2023).

Generacija Y (1981–1995) je generacija, ki je odraščala z razvojem spleta. To je najbolj izobražena in ozaveščena generacija, ki je prav zaradi razvoja nove tehnologije in pripomočkov za izobraževanja bolj prilagodljiva in ustvarjalna. Na svojem delovnem mestu je usmerjena na nalogo in ima rada možnost izbire. Po končani nalogi rada dobi povratne informacije. Rada tudi vzdržuje ravnovesje med delom in zasebnim življenjem. Tako generacija X kot generacija Y spremembe jemljeta kot neki izziv in novo priložnost za izboljšanje in napredovanje. Izobraževanja se generacija Y loti prek tehnologije in dela v skupinah (Vukasović, 2023).

Generacija Z (1996–2010) je prva resnično digitalna generacija, ki je odraščala v središču informacijske tehnologije, pravi Furlan (2022). V magistrski nalogi navaja, da se zaradi ekonomskih razmer, v katerih so odraščali, zavedajo pomena trdega dela

za uspeh. Tehnologijo uporabljajo že od otroštva, zato si želijo preproste uporabe le-te. Verjamejo tudi, da je lahko zelo koristna. V članku »Različne generacije na trgu dela: izzivi in priložnosti« Vukasović (2023) opisuje generacijo Z kot generacijo, ki pričakuje prilagodljive delovne pogoje, vključno z možnostjo dela na daljavo in fleksibilnimi urami. Poudarjajo pomen osebnega razvoja, mentorstva in rednih povratnih informacij. Cenijo delodajalce z družbeno odgovornostjo in etičnimi vrednotami ter iščejo človeško povezanost na delovnem mestu. Imajo poseben odnos do avtoritete in raje sodelujejo z dostopnimi ter komunikativnimi vodji.

Medgeneracijsko sodelovanje

Gospodarske, socialne, kulturne, politične in demografske spremembe vplivajo na tradicionalno družino, družbene strukture in medgeneracijske odnose. Potrebne so prilagoditvene politike, ki upoštevajo nove razmere, s posebnim poudarkom na razvoju novih gospodarskih in družbenih priložnostih, krepitvi vzorcev vzajemnosti in izmenjavi ter ohranjanju vzajemnih podpornih struktur. Potrebna so pogajanja za medgeneracijsko pogodbo, ki bo zajela medgeneracijsko razsežnost in bo podprla prispevke in možnosti za krepitev povezanosti in soodvisnosti med starostnimi skupinami. Solidarnost med generacijami na vseh ravneh (v družinah, skupnostih in med narodi) je bistvenega pomena za doseganje enakopravne družbe za vse starosti (Ramovš, 2013).

Medgeneracijsko sodelovanje lahko razdelimo v tri veje:

1. medgeneracijska solidarnost – ena generacija nudi podporo drugi,
2. medgeneracijsko sodelovanje v ožjem smislu – različne generacije sodelujejo na določenem projektu s konkretnim ciljem in
3. medgeneracijsko učenje – generacije se druga od druge učijo, a se hkrati učijo skupaj.

Prav slednje temelji na medgeneracijskem učenju, ki zagotavlja prenos, izmenjavo znanja in izkušenj na področju dela ter solidarno pomoč med generacijami. Na eni strani z medgeneracijskim učenjem zagotovimo transfer znanja med generacijami in hkrati tudi vplivamo na zmanjšanje medgeneracijskih stereotipov. Mlajše generacije s prenosom znanja in izkušenj pridobijo ter lažje vstopajo na trg dela, starejši pa ostajajo dlje časa aktivnejši na trgu dela. Prav zaradi tega pa imajo različne generacije drugačne vrednote in pristope k delu, ki zagotovo predstavljajo izziv za delodajalce in vodje ustanov. Vzpostavitev in vodenje medgeneracijskih skupin je veščina, ki jo bodo morale dobre vodje usvojiti, saj bo v prihodnosti medgeneracijsko sodelovanje

postalo ključni dejavnik poslovnega uspeha podjetij in javnih zavodov. Teorija in praksa na tem področju medgeneracijskega sodelovanja predvidevata več konceptov, s katerimi lahko na primeren način združimo in povežemo pripadnike različnih generacij na delovnem mestu. Načini, kako lahko organizacija izvaja medgeneracijsko sodelovanje na delovnem mestu, so: mentorske sheme, krožno zaposlovanje (angl. job rotation), delitev delovnega mesta (angl. job sharing), medgeneracijski management. Najpomembnejši in ključen dejavnik uspešne vzpostavitve medgeneracijskega sodelovanja v prakso je organizacijska zaveza in podpora vodstva. Vodstvo, ki vodi z vzgledom, je usmerjeno na prednosti posameznih generacij ter ustvarja takšno organizacijsko klimo in kulturo, ki podpirata medgeneracijsko sodelovanje. Prvi korak k medgeneracijskemu sodelovanju je tudi usposabljanje vodij iz medgeneracijske perspektive, da lahko sami bolje razumejo prednosti in izzive, povezane z vprašanjem generacij. To pomeni, da morajo vodje izboljšati svoje komunikacijske, verbalne ter analitične veščine, da bi bili bolj dojemljivi in razumeli generacijske podobnosti in razlike. Velikokrat pa se vodje pojavljajo tudi v vlogi mediatorja med generacijami, s čimer zagotavljajo mirne in nepristranske rešitve. Končno mora vodstvo vzpostaviti tudi jasne smernice medgeneracijskega sodelovanja in menedžmenta v preprostem jeziku, da vsakdo razume in prepozna svojo vlogo v tem procesu (Tan & Chin, 2023). Med te smernice spadajo zaveza vodstva, ki se mora zavedati, da z ustreznim stilom vodenja in lastno zavezo medgeneracijskemu sodelovanju oblikuje organizacijsko kulturo in klimo v organizaciji, ki je naklonjena medgeneracijskemu sodelovanju. Naslednja med smernicami je notranje komuniciranje, ki pripomore pri prepoznavanju in odpravljanju generacijskih stereotipov. Za odpravo diskriminacije je namreč najbolj pomembno priznanje in sprejemanje medgeneracijskih razlik in podobnosti. Organizacije se morajo prav tako zavedati, da ima vsaka generacija svoje potrebe in zahteve, zato morajo biti programi in načini usposabljanja prilagojeni posamezni generaciji, da bi bilo le-to uspešno (Vukasović, 2023).

Lorber (2015) v svoji doktorski disertaciji že slabo desetletje nazaj v raziskavah ugotavlja, da organizacijsko gledano konflikti med generacijami v zdravstvenih timih lahko negativno vplivajo na delovno klimo in kakovost oskrbe. Raziskave kažejo, da je timsko delo v zdravstvu slabše razvito, čeprav vsi vemo, da posamezen strokovnjak zdravstvenega tima ne more obvladovati vsega znanja in veščin, ki jih bolnik v okviru obravnave potrebuje. Pomembno je zavedanje, da timsko delo okrepi medsebojno povezanost, sodelovanje, poveča razumevanje, vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in posledično izboljša kakovost zdravstvene nege. Lahko bi rekli, da je timsko delo najuspešnejši in najučinkovitejši način vključevanja zaposlenih tako v razvoj članov tima kot organizacije.

Furlan (2022) je ugotovila, da ima vsaka generacija različno mešanico življenjskih vrednot in delovne etike. Pripadniki generacije otrok blaginje trdo delajo in so zvesti svojemu delodajalcu. Pripravljeni so in tudi pričakujejo sodelovanje z drugimi. Pri stilu vodenja sprejemajo verigo poveljevanja. Od vodjev pričakujejo, da jih bodo usmerjali in jih vodili k organizacijskim ciljem. Niso tehnološko podkovani in na splošno ne marajo sprememb. Na drugi strani pa pripadniki generacije X poudarjajo osebno zadovoljstvo in ne zgolj trdo delo. Pripadnike generacije otrok blaginje je treba spodbujati, da izkoristijo priložnosti za usposabljanje, medtem ko pripadniki generacije X iščejo vse možnosti za izboljšanje svojih delovnih veščin. Generacija X je zvesta svojemu poklicu in ne svojemu delodajalcu, in so tudi bolj individualistični. Zelo potrebujejo samostojnost in prilagodljivost v svojem življenju in v službi, zato imajo manj potrebe po vodenju. So tudi tehnično podkovani in želijo nadgraditi znanje. Tehnološka naprednost je posledica dejstva, da so odraščali s hitro spreminjajoče se tehnologijo in razpoložljivostjo ogromnih količin.

3 METODE

Z metodo kompilacije so povzeta opazovanja, stališča, spoznanja, sklepi in rezultati različnih avtorjev. Za zbiranje kvantitativnih podatkov je bila uporabljena spletna anketa. Pridobljeni rezultati ankete so predstavljeni v empiričnem delu naloge v obliki tabel in grafov.

Z raziskavo želimo potrditi pomembnost medgeneracijskega sodelovanja v zdravstveni negi. Glavni cilj je razumeti, kako različne generacije zaposlenih dojemajo svoje delovno okolje in kakšne so njihove potrebe ter pričakovanja. Raziskovalno vprašanje, ki smo ga naslovili, je: »Kako različne generacije zaposlenih v zdravstveni negi dojemajo svoje delovno okolje in kakšne so njihove potrebe ter pričakovanja?«

3.1 Zbiranje podatkov

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anonimni strukturiran spletni anketni vprašalnik s 17 vprašanji, ki obsegajo 114 spremenljivk, oblikovan z orodjem 1KA – odprtokodno aplikacijo. Vprašalnik je bil oblikovan na podlagi pregleda literature avtorjev (Zemke, Raines in Filipczak, Vukasović, Furlan). Uporabili smo tipe vprašanj z različnim številom odgovorov. Prva stran (Q1–Q4) obsega demografske podatke: spol, generacijo, delovno dobo in izobrazbo. Drugi sklop vprašanj (Q5–Q8) se nanaša na odnose med zaposlenimi. Obsega štiri vprašanja, ki se nanašajo na vidik zaposlenega na starost, lastnosti, vpliv medgeneracijskega sodelovanja na sodelovanje pri delu med zaposlenimi in vpliv medgeneracijskega sodelovanja na uspešnost podjetja.

Naslednji sklop obsega tri vprašanja (Q9–Q11), ki se dotikajo delovnega okolja. Nanašajo se na splošno zadovoljstvo in zadovoljstvo iz določenega vidika zaposlenega na delovno okolje ter motivacijskimi dejavniki za delo. Sodelovanje med zaposlenimi predstavlja četrti sklop vprašanj (Q12–Q15). Le-to se nanaša na pomembnost, izkušnje, prednosti in ovire medgeneracijskega sodelovanja. V zadnjem, petem sklopu (Q16–Q17) želimo opredeliti pot komunikacije in uporabo socialnih omrežij med zaposlenimi v zdravstveni negi.

3.2 Vključeni v raziskavo

V vzorec smo vključili 118 zaposlenih v zdravstveni negi v Zdravstvenem domu Ljubljana, enota Vič-Rudnik. Vrnjenih je bilo 52 pravilno izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 44-odstotno realizacijo. Vzorec je vključeval zaposlene v starosti od 25 do 65 let, pri čemer je bila povprečna starost 42 let.

Večina anketirancev je ženskega spola in imajo različno dolgo delovno dobo, od manj kot 5 let do več kot 30 let izkušenj v zdravstveni negi. Zajeli smo vse profile izobrazbe od tehnika zdravstvene nege do magistra zdravstvene nege.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je potekala od 15. 4. 2024 do 24. 4. 2024. Pred začetkom anketiranja smo pridobili soglasja vseh vključenih v raziskavo. Vsak udeleženec raziskave je sodeloval prostovoljno. Pri obdelavi podatkov je bila zagotovljena anonimnost podatkov.

3.4 Obdelava podatkov

Rezultati ankete so bili obdelani s pomočjo Microsoft Office Word 2010, Microsoft Office Excel 2010 in z orodjem 1KA.

4 REZULTATI

Vezano na demografske podatke je vprašalnik izpolnilo 50 (96 %) zaposlenih ženskega spola in 2 (4 %) osebi moškega spola. Največjo skupino anketiranih – 28 oseb spada v generacijo X, kar predstavlja 54 % vseh, sledi generacija Y – 19 oseb (37 %), 3 osebe (6 %) so predstavniki generacije babyboom in 2 osebi (4 %) generacije Z (Tabela 1).

Tabela 1: *Demografski podatki*

	ŠTEVILO (N)	DELEŽ (%)
Spol		
Moški	2	4
Ženski	50	96
SKUPAJ	52	100
Generacija		
Babyboom generacija (1946–1965)	3	6
Generacija X (1966–1980)	28	54
Generacija Y (1981–1995)	19	37
Generacija Z (1996–2010)	2	4
SKUPAJ	52	100
Delovna doba		
Do 10 let	7	13
11–20 let	19	37
21–30 let	15	29
31 in več let	11	21
SKUPAJ	52	100
Izobrazba		
srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik/tehnik zdravstvene nege	15	29
sms/zdr. tehnik/tehnik zdr. nege s specialnimi znanji (na področju ADM, triaža, zobni asistent ...)	10	19
diplomirana medicinska sestra/dipl. zdravstvenik	17	33
dipl. medicinska sestra s spec. znanji/dipl. zdravstvenik s spec. Znanji	6	12
magistra/magister zdravstvene nege	0	0
Drugo	4	7
SKUPAJ	52	100

Do 10 let delovne dobe ima 7 zaposlenih, od 10 do 20 let 19 oseb, 15 zaposlenih ima od 21 do 30 let delovne dobe in 11 anketiranih ima več kot 31 let delovne dobe. Glede na izobrazbo je vprašalnik izpolnilo 25 zaposlenih s pridobljeno srednješolsko izobrazbo, od teh jih ima 10 pridobljena specialna znanja na različnih področjih, 23 anketiranih je diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov in 6 od njih ima pridobljena specialna znanja. Anketo so izpolnili tudi 1 višja medicinska sestra, 2 dipl. babici in 1 dipl. soc. delavka.

Tabela 2: *Lastnosti oziroma karakteristike zaposlenih*

Kateri starostni skupini zaposlenih bi pripisali naslednje ...						
		18 do 30 let	31 do 45 let	46 do 55 let	56 let in več	vsem enako
sprejemanje optimalnih odločitev	število (N)	5	35	21	5	4
	delež (%)	0,1	0,71	0,43	0,1	0,08
dobro delo v kriznih situacijah	število (N)	9	39	19	3	6
	delež (%)	0,18	0,8	0,39	0,06	0,12
dobro delo v skupini	število (N)	5	23	16	4	19
	delež (%)	0,1	0,48	0,33	0,08	0,4
zanesljivost	število (N)	3	24	23	5	17
	delež (%)	0,06	0,49	0,47	0,1	0,35
kvalitetno opravljeno delo	število (N)	6	28	24	4	14
	delež (%)	0,12	0,57	0,49	0,08	0,29
znanje	število (N)	4	29	29	21	7
	delež (%)	0,08	0,59	0,59	0,43	0,14
pripravljenost učiti se	število (N)	37	33	9	1	4
	delež (%)	0,76	0,67	0,18	0,02	0,08
kreativnost	število (N)	28	27	10	0	9
	delež (%)	0,57	0,55	0,2	0	0,18
delavnost	število (N)	6	21	22	7	18
	delež (%)	0,12	0,43	0,45	0,14	0,37
lojalnost	število (N)	1	15	25	15	15
	delež (%)	0,02	0,31	0,51	0,31	0,31

ambicioznost	število (N)	34	31	9	0	8
	delež (%)	0,69	0,63	0,18	0	0,16
učinkovitost	število (N)	14	32	21	4	10
	delež (%)	0,29	0,67	0,44	0,08	0,21
prilagodljivost	število (N)	15	26	17	5	9
	delež (%)	0,31	0,54	0,35	0,1	0,19
hitro reagiranje v kriznih situacijah	število (N)	19	31	15	3	11
	delež (%)	0,4	0,65	0,31	0,06	0,23
dobra uporaba računalnika, tehnologije	število (N)	45	32	7	0	1
	delež (%)	0,92	0,65	0,14	0	0,02
izkušenost	število (N)	1	18	40	37	1
	delež (%)	0,02	0,37	0,82	0,76	0,02
mentoriranje oz. neformalno deljenje svojega znanja	število (N)	1	30	32	22	5
	delež (%)	0,02	0,61	0,65	0,45	0,1

Drugi sklop vprašanj se nanaša na odnose med zaposlenimi v zdravstveni negi in njihov vidik na lastnosti oziroma karakteristike zaposlenih in njihovih odzivov ter pomembnost medgeneracijskega sodelovanja. V zvezi z značilnostmi zaposlenih glede na starostno skupino v skladu z izvedeno raziskavo ugotavljamo naslednje (Tabela 2): Sprejemanje optimalnih odločitev – zaposleni v starostni skupini od 31 do 45 let imajo najvišji delež sprejemanja optimalnih odločitev (71 %), medtem ko so zaposleni, stari 18 do 30 let, na drugem mestu z 10 %. Pri starostnih skupinah od 46 let naprej in 56 let ter več se deleži gibljejo med 10 % in 8 %.

Dobro delo v kriznih situacijah – zaposleni med 31 in 45 letom starosti so najboljši pri delu v kriznih situacijah, kjer se njihov delež povzpne na 80 %. Sledijo jim zaposleni od 46 do 55 let, ki imajo delež 39 %. Najnižji delež pri tej sposobnosti imajo zaposleni, starejši od 56 let, s 6 %. Dobro delo v skupini – zaposleni, stari med 31 in 45 let, so najboljši pri delu v skupini z 48 % deležem, medtem ko zaposleni, stari 56 let in več, dosegajo najnižji delež z 8 %. Zanesljivost – najvišji delež zanesljivosti je med zaposlenimi od 46 do 55 let (47 %), medtem ko so zaposleni, stari med 18 in 30 let, najmanj zanesljivi (6 %). Kvalitetno opravljeno delo – zaposleni med 46 in 55 letom starosti so najboljši pri opravljanju kvalitetnega dela, pri čemer dosežejo 49-% delež. Zaposleni, stari od 18 do 30 let, dosegajo 12-% delež. Znanje – najvišji delež znanja

je med zaposlenimi od 46 do 55 let (59 %), medtem ko imajo zaposleni, stari od 18 do 30 let, najnižji delež znanja (8 %). Pripravljenost učiti se – zaposleni med 18 in 30 letom starosti izstopajo po svoji visoki pripravljenosti za učenje, saj dosežejo 76-% delež. Pri starostni skupini od 31 do 45 let je ta delež 67-%, medtem ko je pri skupini od 46 do 55 let le 18-%. Kreativnost – najvišjo stopnjo kreativnosti kažejo zaposleni med 18 in 30 letom starosti s 57-% deležem, medtem ko so zaposleni, stari 56 let in več, najmanj kreativni (0 %). Delavnost – najvišji delež delavnosti je pri zaposlenih od 46 do 55 let (45 %), medtem ko je pri zaposlenih od 18 do 30 let ta delež 12 %. Lojalnost– najvišji delež lojalnosti je med zaposlenimi od 46 do 55 let (51 %), medtem ko je pri zaposlenih od 18 do 30 let ta delež 2-%. Ambicioznost – najbolj ambiciozni so zaposleni od 18. do 30. leta starosti, kjer dosežejo 69-% delež ambicioznosti. Pri starostni skupini od 46 let naprej je ta delež 18-%. Učinkovitost – najvišjo stopnjo učinkovitosti kažejo zaposleni od 31 do 45 leta starosti s 67-% deležem, medtem ko imajo zaposleni od 18 do 30 leta starosti delež 29 %. Prilagodljivost – zaposleni od 31 do 45 leta starosti so najbolj prilagodljivi s 54-% deležem, medtem ko imajo zaposleni od 46 do 55 leta starosti delež 35 %.

Hitro reagiranje v kriznih situacijah – najboljši pri hitrem reagiranju v kriznih situacijah so zaposleni od 31 do 45 leta starosti, kjer dosežejo 65-% delež, medtem ko imajo zaposleni od 18. do 30. leta starosti delež 40 %. Dobra uporaba računalnika, tehnologije – najvišji delež dobre uporabe računalnika in tehnologije je med zaposlenimi od 18. do 30. leta starosti (92 %), medtem ko imajo zaposleni od 46 let naprej ta delež 14 %. Izkušenost – najvišji delež izkušenosti je pri zaposlenih od 46 do 55 leta starosti (82 %), medtem ko imajo zaposleni od 18. do 30. leta starosti ta delež 2 %. Mentoriranje oz. neformalno deljenje znanja – najvišji delež mentoriranja oz. neformalnega deljenja znanja je med zaposlenimi od 46. do 55. leta starosti (65 %), medtem ko imajo zaposleni od 18. do 30. leta starosti ta delež 2 %.

Rezultati kažejo, da se sposobnosti in lastnosti zaposlenih razlikujejo glede na njihovo starostno skupino. Medtem ko mlajši zaposleni izkazujejo večjo pripravljenost za učenje, kreativnost in dobro uporabo tehnologije, imajo starejši zaposleni pogosto višjo stopnjo izkušenosti, znanja in mentoriranja.

Tabela 3: *Vpliv medgeneracijskega sodelovanja*

Kaj menite o vplivu medgeneracijskega sodelovanja pri delu?					
Znanje mlajših zaposlenih se izboljša					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	0	0	0	0
	delež (%)	0	0	0	0
Delno se ne strinjam	število (N)	0	1	0	0
	delež (%)	0	1	0	0
Neodločen	število (N)	0	1	3	0
	delež (%)	0	0,25	0,75	0
Se delno strinjam	število (N)	1	13	3	1
	delež (%)	0,06	0,72	0,17	0,06
Se povsem strinjam	število (N)	2	12	11	1
	delež (%)	0,08	0,46	0,42	0,04
Pripomore k boljšim odnosom na delovnem mestu					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	0	0	0	0
	delež (%)	0	0	0	0
Delno se ne strinjam	število (N)	0	0	0	0
	delež (%)	0	0	0	0
Neodločen	število (N)	0	2	2	0
	delež (%)	0	0,5	0,5	0
Se delno strinjam	število (N)	0	10	6	2
	delež (%)	0	0,56	0,33	0,11
Se povsem strinjam	število (N)	3	15	9	0
	delež (%)	0,11	0,56	0,33	0
Produktivnost se poviša					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	0	0	1	0
	delež (%)	0	0	1	0
Delno se ne strinjam	število (N)	0	1	0	0
	delež (%)	0	1	0	0
Neodločen	število (N)	0	2	2	0
	delež (%)	0	0,5	0,5	0

Se delno strinjam	število (N)	0	14	4	2
	delež (%)	0	0,7	0,2	0,1
Se povsem strinjam	število (N)	3	10	10	0
	delež (%)	0,13	0,43	0,43	0
V delo vnaša zmedo in nerazumevanje					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	2	16	6	0
	delež (%)	0,08	0,67	0,25	0
Neodločen	število (N)	1	15	9	1
	delež (%)	0,04	0,58	0,35	0,04
Se delno strinjam	število (N)	0	5	4	1
	delež (%)	0	0,5	0,4	0,1
Se povsem strinjam	število (N)	0	6	2	0
	delež (%)	0	0,75	0,25	0
Ni pomembno za delovno produktivnost					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	1	15	9	1
	delež (%)	0,04	0,58	0,35	0,04
Delno se ne strinjam	število (N)	0	5	4	1
	delež (%)	0	0,5	0,4	0,1
Neodločen	število (N)	0	6	2	0
	delež (%)	0	0,75	0,25	0
Se delno strinjam	število (N)	1	0	2	0
	delež (%)	0,33	0	0,67	0
Se povsem strinjam	število (N)	1	1	0	0
	delež (%)	0,5	0,5	0	0
V kolikšni meri se strinjate z naslednjim?					
Uspešna podjetja imajo dober sistem prenosa znanja in veščin s starejših zaposlenih na mlajše zaposlene					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	0	1	0	0
	delež (%)	0	1	0	0
Delno se ne strinjam	število (N)	1	1	0	0
	delež (%)	0,5	0,5	0	0

Neodločen	število (N)	0	2	1	0
	delež (%)	0	0,67	0,33	0
Se delno strinjam	število (N)	2	12	10	2
	delež (%)	0,08	0,46	0,38	0,08
Se povsem strinjam	število (N)	0	11	6	0
	delež (%)	0	0,65	0,35	0
Uspešna podjetja imajo dober sistem prenosa znanja in veščin z mlajših zaposlenih na starejše zaposlene					
		BB	Gen X	Gen Y	Gen Z
Se sploh ne strinjam	število (N)	1	0	0	0
	delež (%)	1	0	0	0
Delno se ne strinjam	število (N)	0	3	1	0
	delež (%)	0	0,75	0,25	0
Neodločen	število (N)	0	8	5	0
	delež (%)	0	0,62	0,38	0
Se delno strinjam	število (N)	2	11	7	2
	delež (%)	0,09	0,5	0,32	0,09
Se povsem strinjam	število (N)	0	5	4	0
	delež (%)	0	0,56	0,44	0

Legenda: BB – babyboom generacija / gen X – generacija X / gen Y – generacija Y / gen Z – generacija Z

Vpliv medgeneracijskega sodelovanja zajema sklop petih trditev (Tabela 3), in sicer:

- Da se znanje mlajših zaposlenih izboljša v 100 %, menita babyboom in Z generaciji, medtem ko generaciji X in Y v 13 % v to nista prepričani oziroma menita, da se znanje mlajših ne izboljša.
- Da pripomore k boljšim odnosom na delovnem mestu, sta ponovno v 100-% složni generaciji babyboom in Z. Generaciji X in Y sta v 10 % pri tej trditvi neodločeni.
- Da se poviša produktivnost, sta v 100 % prepričani babyboom in Z generacija. Generaciji X in Y sta v 10 % neodločeni, v 5 % pa se s trditvijo ne strinjata.
- Da v delo vnaša zmedo in nerazumevanje, se sploh ne strinja 50 % vseh anketiranih, 25 % vseh vprašanih se delno z izjavo ne strinja, neodločenih je 12 % in prav tako se z izjavo strinja 12 % anketiranih.

- S trditvijo, da medgeneracijsko sodelovanje ni pomembno za delovno produktivnost, se ne strinja 53 % generacije X, Y in Z in 33 % babyboom generacije. Delno se z izjavo ne strinja 19 % generacije X, 24 % generacije Y in 50 % generacije Z. Delno se z izjavo strinja 33 % babyboom generacije in 12 % generacije Y. Pri tem sta v 22 % generacija X in 12 % generacija Y neodločeni. Z izjavo pa se povsem strinja 33 % babyboom generacije in 4 % generacije X.

Anketirani so izrazili strinjanje oziroma nestrinjanje z naslednjimi trditvami:

- Uspešna podjetja imajo dober sistem prenosa znanja in veščin starejših zaposlenih na mlajše zaposlene. S trditvijo se v 100 % strinja generacija Z, v 59 % generacija Y, v 44 % generacija X in v 67 % babyboom generacija. Popolnoma se s trditvijo strinja 35 % predstavnikov generacije Y in 41 % generacije X. S trditvijo se ne strinja 33 % babyboom generacije in 4 % generacije X, ki se v enakem odstotku sploh ne strinja s trditvijo. Pri tem sta neodločeni v 7 % generacija X in v 6 % generacija Y.
- Pri trditvi, da imajo uspešna podjetja dober sistem prenosa znanj z mlajših zaposlenih na starejše zaposlene se v 100 % strinja generacija Z, v 41 % generaciji X in Y ter v 67 % babyboom generacija. Z izjavo se popolnoma strinja dobrih 20 % generacije X in Y. 11 % generacije X in 6 % generacije Y se s trditvijo ne strinja. Babyboom generacija pa se v 33 % z izjavo sploh ne strinja.

Tabela 4: *Delovno okolje*

		Sploh nisem zadovoljen/a	Nisem zadovoljen/a	Neodločen/a	Zadovoljen/a	Zelo zadovoljen/a
Kako bi ocenili splošno zadovoljstvo z vašim delovnim okoljem?	število (N)	0	5	8	29	7
	delež (%)	0	0,1	0,16	0,59	0,14
Kako bi ocenili zadovoljstvo z naslednjimi vidiki delovnega okolja, kjer ste zaposleni?						
Vzdušje, odnosi med zaposlenimi	število (N)	1	4	4	27	13
	delež (%)	0,02	0,08	0,08	0,55	0,27
Vzdušje, odnosi med vodstvom in zaposlenimi	število (N)	2	9	5	27	6
	delež (%)	0,04	0,18	0,1	0,55	0,12
Kvaliteta opravljenega dela	število (N)	0	3	3	32	11
	delež (%)	0	0,06	0,06	0,65	0,22
Način vodenja v varstvu	število (N)	0	3	7	24	15
	delež (%)	0	0,06	0,14	0,49	0,31
Sistem prenosa znanj in veščin s starejših zaposlenih na Mlajše	število (N)	1	3	7	30	8
	delež (%)	0,02	0,06	0,14	0,61	0,16
Sistem prenosa znanj in veščin z mlajših zaposlenih na starejše	število (N)	1	5	15	20	8
	delež (%)	0,02	0,1	0,31	0,41	0,16

Tretji sklop vprašanj se nanaša na delovno okolje (Tabela 4). Na vprašanje, kako bi ocenili splošno zadovoljstvo z vašim delovnim okoljem, so anketirani podali naslednje ocene: Več kot polovica zaposlenih (59 %) je zadovoljnih z delovnim okoljem, kar je pozitiven znak, vendar bi bilo vredno raziskati, kako izboljšati to številko še bolj. Zelo zadovoljni zaposleni (14 %) predstavljajo pomemben del delovne sile, kar kaže na dobro delovno klimo, ki bi jo bilo smiselno ohranjati in krepiti. Skrb vzbujajoč je visok delež zaposlenih (10 %), ki sploh ni zadovoljnih s svojim delovnim okoljem. To bi lahko kazalo na potrebo po temeljiti analizi dejavnikov, ki vplivajo na njihovo nezadovoljstvo.

Podane vidike delovnega okolja anketirani ocenjujejo naslednje:

- Vzdušje in odnosi – delež zaposlenih, ki so nezadovoljni z vzdušjem in odnosi med zaposlenimi (2 %), je relativno nizek, kar kaže na pozitivno delovno okolje na tem področju. Zelo visok delež zaposlenih (55 %) je zadovoljnih s tem vidikom, kar je ključnega pomena za produktivnost in dobro počutje v organizaciji.
- Odnosi med vodstvom in zaposlenimi – čeprav nekateri zaposleni (4 %) izražajo nezadovoljstvo z odnosi med vodstvom in zaposlenimi, je večina (55 %) zadovoljnih, kar pomeni stabilnost vodstvenih odnosov v organizaciji. Pomemben delež zaposlenih (12 %) je zelo zadovoljnih, kar lahko kaže na visoko raven zaupanja in komunikacije med vodstvom in zaposlenimi.
- Kvaliteta opravljenega dela – delež zaposlenih, ki so zadovoljni s kvaliteto opravljenega dela (65 %), je visok, kar pomeni, da zaposleni verjamejo v svoje delo in se trudijo za kakovost. Prav tako je pomemben delež zaposlenih (22 %), ki so zelo zadovoljni s kvaliteto svojega dela, kar kaže na visoko stopnjo motivacije in angažiranosti.
- Način vodenja v varstvu – čeprav je nekaj zaposlenih (6 %) nezadovoljnih z načinom vodenja v varstvu, večina (49 %) izraža zadovoljstvo, kar je ključnega pomena za učinkovito delo in timsko sodelovanje. Zelo zadovoljni zaposleni (31 %) predstavljajo pomemben del, kar kaže na močne vodstvene sposobnosti in usmerjenost v doseganje skupnih ciljev.
- Sistem prenosa znanj in veščin – velik delež zaposlenih (61 %) je zadovoljen s sistemom prenosa znanj in veščin s starejših na mlajše zaposlene, kar kaže na uspešen prenos in kontinuiteto znanja v organizaciji. Kljub temu pa obstaja še vedno pomemben delež neodločenih (14 %), kar lahko nakazuje na potrebo po izboljšavah ali jasnejših smernicah glede tega procesa.
- Sistem prenosa znanj in veščin (obratno) – čeprav je večina zaposlenih (41 %) zadovoljna s sistemom prenosa znanj in veščin z mlajših na starejše, obstaja pomemben delež neodločenih (31 %), kar pomeni, da bi bilo morda treba sistem še dodatno izboljšati ali pojasniti. Zelo zadovoljni zaposleni (16 %) v tej kategoriji predstavljajo stabilno bazo, vendar bi bilo smiselno še naprej spremljati in izboljševati ta proces glede na potrebe organizacije.

Rezultati kažejo, da je večina zaposlenih zadovoljnih ali zelo zadovoljnih s svojim delovnim okoljem. Kljub temu pa obstajajo področja, kjer bi lahko prišlo do izboljšav, kot je na primer sistem prenosa znanj in veščin ter način vodenja v varstvu.

Tabela 5: *Zadovoljstvo na delovnem mestu*

V tabeli so navedeni motivacijski dejavniki na delovnem mestu. Prosim, da mu z izbiro določite pomembnost.						
		Sploh ni pomembno	Nepomembno	Delno pomembno	Pomembno	Zelo pomembno
Občutek pomembnosti	število (N)	0	5	9	20	15
	delež (%)	0	0,1	0,18	0,41	0,31
Plača	število (N)	0	0	0	22	27
	delež (%)	0	0	0	0,45	0,55
Pridobivanje izkušenj	število (N)	0	0	1	19	29
	delež (%)	0	0	0,02	0,39	0,59
Stalnost in varnost zaposlitve	število (N)	0	1	3	17	28
	delež (%)	0	0,02	0,06	0,35	0,57
Pomoč bolnemu	število (N)	0	3	5	10	30
	delež (%)	0	0,06	0,1	0,21	0,63
Veliko dopusta	število (N)	0	2	14	20	13
	delež (%)	0	0,04	0,29	0,41	0,27
Pohvala	število (N)	0	0	4	16	29
	delež (%)	0	0	0,08	0,33	0,59
Dobri medsebojni odnosi	število (N)	0	0	0	9	40
	delež (%)	0	0	0	0,18	0,82
Možnost strokovnega usposabljanja	število (N)	0	0	0	20	29
	delež (%)	0	0	0	0,41	0,59
Možnost napredovanja	število (N)	0	0	2	13	34
	delež (%)	0	0	0,04	0,27	0,69
Urejeno delovno okolje	število (N)	0	0	0	14	35
	delež (%)	0	0	0	0,29	0,71

Anketirane smo povprašali tudi po motivacijskih dejavnikih na delovnem mestu in določitev pomembnosti posameznemu dejavniku. Prejeli smo naslednje rezultate:

Občutek pomembnosti – skoraj tretjina zaposlenih (31 %) meni, da je občutek pomembnosti zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 41 % zaposlenih šteje za pomembnega. Le 10 % zaposlenih meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar pomeni, da večina zaposlenih prepoznava pomen občutka pomembnosti pri delu.

Plača – večina zaposlenih (55 %) meni, da je plača zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 45 % zaposlenih šteje za pomembno. Za nobenega zaposlenega ni plača nepomembna, ali sploh ni pomembna, kar kaže na visoko prioriteto tega dejavnika v njihovem motivacijskem spektru.

Pridobivanje izkušenj – skoraj tri petine zaposlenih (59 %) meni, da je pridobivanje izkušenj zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 39 % zaposlenih šteje za pomembnega. Le 2 % zaposlenih meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na visoko vrednost pridobivanja izkušenj med zaposlenimi.

Stalnost in varnost zaposlitve – več kot polovica zaposlenih (57 %) meni, da je stalnost in varnost zaposlitve zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 35 % zaposlenih šteje za pomembnega. Le 2 % zaposlenih meni, da je ta dejavnik nepomemben, kar kaže na visoko prioriteto stabilnosti in varnosti zaposlitve.

Pomoč bolnemu – večina zaposlenih (63 %) meni, da je pomoč bolnemu zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 21 % zaposlenih šteje za pomembnega. Le 6 % zaposlenih meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na visoko prioriteto empatije in pomoči med zaposlenimi.

Veliko dopusta – več kot četrtina zaposlenih (27 %) meni, da je veliko dopusta zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 41 % zaposlenih šteje za pomembnega. Noben zaposleni ne meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na pomembnost uravnoteženega življenjskega sloga.

Pohvala – večina zaposlenih (59 %) meni, da je pohvala zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 33 % zaposlenih šteje za pomembnega. Noben zaposleni ne meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na pomembnost priznanja in cenjenja dosežkov.

Dobri medsebojni odnosi – skoraj vsi zaposleni (82 %) menijo, da so dobri medsebojni odnosi zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 18 % zaposlenih šteje za pomembnega. Noben zaposleni ne meni, da so dobri medsebojni odnosi nepomembni ali sploh niso pomembni, kar kaže na ključno vlogo vzpostavljanja pozitivnih odnosov v delovnem okolju.

Možnost strokovnega usposabljanja – skoraj tri petine zaposlenih (59 %) meni, da je možnost strokovnega usposabljanja zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 41 % zaposlenih šteje za pomembnega. Noben zaposleni ne meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na visoko prioriteto nenehnega učenja in razvoja.

Možnost napredovanja – večina zaposlenih (69 %) meni, da je možnost napredovanja zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 27 % zaposlenih šteje za pomembnega. Noben zaposleni ne meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na pomembnost perspektive in razvoja kariere.

Urejeno delovno okolje – več kot tri četrtine zaposlenih (71 %) meni, da je urejeno delovno okolje zelo pomemben motivacijski dejavnik na delovnem mestu, medtem ko se za 29 % zaposlenih šteje za pomembnega. Noben zaposleni ne meni, da je ta dejavnik nepomemben ali sploh ni pomemben, kar kaže na pomen čistega, organiziranega in prijetnega delovnega okolja.

Raziskava motivacijskih dejavnikov na delovnem mestu je pokazala, da imajo zaposleni različne prednostne naloge in vrednote v svojem delovnem okolju. Medtem ko se nekateri dejavniki, kot so plača, pridobivanje izkušenj in stalnost zaposlitve, pojavljajo kot ključni za večino zaposlenih, so tudi drugi dejavniki, kot so pomoč bolniku, pohvala in možnost napredovanja, visoko cenjeni. Razumevanje in upoštevanje teh motivacijskih dejavnikov je ključnega pomena za ustvarjanje pozitivnega in produktivnega delovnega okolja, ki spodbuja angažiranost, zadovoljstvo in uspešnost zaposlenih.

Tabela 6: *Medgeneracijsko sodelovanje*

		NE	DA
Ali menite, da je medgeneracijsko sodelovanje pomembno v zdravstveni negi?	število (N)	0	49
	delež (%)	0	1
Imel/a sem pozitivne izkušnje	število (N)	9	39
	delež (%)	0,19	0,81
Imel/a sem nevtralne izkušnje	število (N)	42	6
	delež (%)	0,88	0,13
Imel/a sem negativne izkušnje	število (N)	43	5
	delež (%)	0,9	0,1
Nimam izkušenj s tem	število (N)	44	4
	delež (%)	0,92	0,08
Katere prednosti vidite v medgeneracijskem sodelovanju v zdravstveni negi?			
Izboljšana komunikacija	število (N)	20	29
	delež (%)	0,41	0,59
Izmenjava različnih izkušenj in znanja	število (N)	5	44
	delež (%)	0,1	0,9
Boljše razumevanje potreb različnih starostnih skupin, tudi pacientov	število (N)	13	36
	delež (%)	0,27	0,73
Krepitev povezav in medosebnih odnosov med zdravstvenimi delavci	število (N)	11	38
	delež (%)	0,22	0,78
Katere izzive ali ovire opazite pri medgeneracijskem sodelovanju v zdravstveni negi?			
Različne delovne navade in stile komunikacije med generacijami	število (N)	10	39
	delež (%)	0,2	0,8
Morebitna neskladja v pričakovanjih in vrednotah	število (N)	20	29
	delež (%)	0,41	0,59
Težave pri sprejemanju sprememb in inovacij s strani starejših generacij	število (N)	17	32
	delež (%)	0,35	0,65
Možnost za konflikte ali nesporazume zaradi razlik v generacijskih pogledih	število (N)	25	24
	delež (%)	0,51	0,49

Četrti sklop vprašanj se nanaša na pomembnost medgeneracijskega sodelovanja v zdravstveni negi in morebitne izkušnje (Tabela 6).

Na vprašanje, ali se anketiranim sodelovanje zdi pomembno, so z da odgovoril vsi vprašani (100 %). Na vprašanje glede izkušenj sodelovanja z osebami iz drugih generacij v zdravstveni negi je 67 % vseh anketiranih imelo pozitivno izkušnjo, 10 % nevtralno izkušnjo, 9 % pa se je srečalo z negativno izkušnjo. 7 % vseh se s sodelovanjem s pripadniki drugih generacij še ni srečalo. Štiri osebe so zapisale svojo izkušnjo, in sicer:

- Odvisno od karakterja, mladi razmišljajo drugače.
- Učenje posega ali postopka v ZN.
- Zelo pozitivne ob nastopu službe, uvajalno obdobje in prenos znanja s starejših na mlajše v zvezi s strokovno obravnavo.
- Prenos znanja z mlajših na starejše v zvezi z računalniško tehnologijo.

Prednosti, ki jih vprašani vidijo v medgeneracijskem sodelovanju, so v 20 % mnenja, da je to v izboljšani komunikaciji, 30 % jih meni, da je to prednost v izmenjavi različnih izkušenj in znanj, 24 % jih meni, da je to v izboljšanem razumevanju potreb različnih starostnih skupin, tudi pacientov. 26 % vseh meni, da se s sodelovanjem krepi povezanost in medosebni odnosi v zdravstveni negi.

Izzive oziroma ovire medgeneracijskega sodelovanja anketirani vidijo v 31 % kot razlike v delovnih navadah in stilu komuniciranja. Morebitna neskladja v pričakovanjih in vrednotah izpostavi 23 % vseh. V 26 % se kot ovira izkaže težava pri sprejemanju sprememb in inovacij s strani starejše generacije. Za 19 % vprašanih pa so to možnosti za konflikte ali nesporazume zaradi razlik v generacijskih pogledih.

Tabela 7: *Komunikacija*

		NE	DA
Katere načine komunikacije bi želeli uporabljati za izmenjavo informacij?			
Elektronska pošta	število (N)	12	37
	delež (%)	0,24	0,76
Spletni forumi in platforme	število (N)	39	10
	delež (%)	0,8	0,2
Telefon	število (N)	19	30
	delež (%)	0,39	0,61
Videokonferenca/Zoom/...	število (N)	35	14
	delež (%)	0,71	0,29
Osebni pogovor	število (N)	6	43
	delež (%)	0,12	0,88
Pisna sporočila (SMS)	število (N)	32	17
	delež (%)	0,65	0,35
Družbena omrežja (FB, Instagram ...)	število (N)	46	3
	delež (%)	0,94	0,06
Notranji glasnik oziroma aplikacija za sporočanje	število (N)	45	4
	delež (%)	0,92	0,08
Katera družabna omrežja uporabljate?			
Facebook	število (N)	11	37
	delež (%)	0,23	0,77
Instagram	število (N)	25	23
	delež (%)	0,52	0,48
LinkedIn	število (N)	47	1
	delež (%)	0,98	0,02
Twitter	število (N)	48	0
	delež (%)	1	0
WhatsApp	število (N)	31	17
	delež (%)	0,65	0,35
Slack	število (N)	48	0
	delež (%)	1	0
Teams	število (N)	45	3
	delež (%)	0,94	0,06
Snapchat	število (N)	39	9
	delež (%)	0,81	0,19
Viber	število (N)	7	41
	delež (%)	0,15	0,85
TikTok	število (N)	42	6
	delež (%)	0,88	0,13

Zadnji, peti sklop vprašanj, se je nanašal na komunikacijo in uporabo družbenih omrežij (Tabela 7).

Pregledali smo ponujene načine komunikacije za izmenjavo informacij med zaposlenimi. Rezultati razkrivajo, da zaposleni izkazujejo različne preference glede načinov komunikacije, pri čemer so nekateri bolj priljubljeni od drugih.

- Elektronska pošta – večina zaposlenih (76 %) želi uporabljati elektronsko pošto za izmenjavo informacij, kar kaže na njeno široko sprejetost in uporabnost v poslovnem okolju. Kljub temu se 24 % zaposlenih odloča za druge načine komunikacije, kar kaže na potrebo po raznolikosti v komunikacijskih kanalih.
- Spletni forumi in platforme – le petina zaposlenih (20 %) raje uporablja spletne forume in platforme za izmenjavo informacij. Štirje od petih (80 %) se odločajo za druge načine komunikacije v primerjavi s spletnimi forumi.
- Telefon – večina zaposlenih (61 %) raje uporablja telefon za komunikacijo, vendar je ta način komunikacije manj priljubljen v primerjavi z elektronsko pošto. Kljub temu se skoraj dve petini zaposlenih (39 %) odločata za druge načine komunikacije.
- Videokonferenca/Zoom/... – več kot dve tretjini zaposlenih (71 %) izražata željo po uporabi videokonferenc in podobnih platform za izmenjavo informacij, kar kaže na naraščajočo priljubljenost videokonferenc v delovnem okolju. Kljub temu tretjina zaposlenih (29 %) raje uporablja druge načine komunikacije.
- Osebni pogovor – večina zaposlenih (88 %) izbira osebni pogovor za izmenjavo informacij, kar poudarja pomembnost neposredne in osebne komunikacije v delovnem okolju.
- Pisna sporočila (SMS) – večina zaposlenih (65 %) želi uporabljati pisna sporočila za komunikacijo, kar kaže na njihovo praktičnost in enostavnost uporabe v določenih situacijah. Kljub temu se tretjina zaposlenih (35 %) ne odloča za ta način komunikacije.
- Družbena omrežja (FB, Instagram ...) – večina zaposlenih (94 %) ne izraža želje po uporabi družbenih omrežij za izmenjavo informacij, kar kaže na njihovo manjšo vlogo v poslovnem okolju. Le majhen delež zaposlenih (6 %) se odloča za uporabo družbenih omrežij v primerjavi z drugimi komunikacijskimi kanali.
- Notranji glasnik oziroma aplikacija za sporočanje – skoraj vse zaposlene (92 %) ne zanima uporaba notranjega glasila ali aplikacije za sporočanje, kar kaže na njihovo nezaupanje v notranje komunikacijske kanale.

Z raziskavo smo ugotovili tudi, katera družbena omrežja zaposleni uporabljajo. Rezultati kažejo na raznolikost in razlike v uporabi med posameznimi platformami.

Facebook – večina zaposlenih (77 %) uporablja Facebook, kar ga uvršča med najbolj priljubljena družbena omrežja med zaposlenimi.

Instagram – polovica zaposlenih (48 %) uporablja Instagram, kar kaže na visoko stopnjo priljubljenosti te platforme med zaposlenimi.

LinkedIn – skoraj vsi zaposleni (98 %) uporabljajo LinkedIn, kar kaže na njegovo široko sprejetost med profesionalnimi uporabniki.

Twitter – vsi zaposleni (100 %) ne uporabljajo Twitterja, kar kaže na manjšo priljubljenost te platforme med zaposlenimi.

WhatsApp – večina zaposlenih (65 %) uporablja WhatsApp, kar kaže na pogosto uporabo te platforme za komunikacijo.

Slack – Noben zaposleni (100 %) ne uporablja Slacka, kar kaže na manjšo razširjenost te platforme med zaposlenimi.

Teams – le trije vprašani (6 %) uporabljajo Teams.

Snapchat – večina zaposlenih (81 %) ne uporablja Snapchata, kar kaže na manjšo priljubljenost te platforme v poslovnem okolju.

Viber – večina zaposlenih (85 %) uporablja Viber, kar kaže na razširjenost te platforme med zaposlenimi za osebno komunikacijo.

TikTok – večina zaposlenih (88 %) ne uporablja TikToka, kar kaže na manjšo priljubljenost te platforme v poslovnem okolju. Uporablja ga manjši delež zaposlenih (13 %).

V raziskavi ugotavljam raznolikost in razlike v uporabi družbenih omrežij med zaposlenimi, kar je pomembno upoštevati pri načrtovanju komunikacijskih strategij v delovnem okolju, pri čemer je pomembno upoštevati raznolikost in prilagoditi komunikacijske strategije glede na potrebe posameznikov.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Pregled literature in pridobljeni rezultati ankete zagotavljajo obsežen vpogled v kompleksnost medgeneracijskega sodelovanja v delovnih okoljih. Razumevanje generacijskih razlik in enakosti je ključnega pomena za učinkovito upravljanje in spodbujanje sodelovanja med različnimi generacijami zaposlenih.

Rezultati raziskave so pomembni tudi za stroko zdravstvene nege, saj so pokazali, da imajo različne generacije zaposlenih v zdravstveni negi različne potrebe in

pričakovanja glede delovnega okolja ter načinov dela. Ta spoznanja so pomembna za razvoj ustreznih strategij vodenja in organizacije dela, ki bodo prispevale k boljšemu sodelovanju med generacijami. Ugotovitve naše raziskave so skladne s študijo Vukasović (2023), ki navaja, da starejše generacije prinašajo bogate izkušnje in zgodovinski vpogled, medtem ko mlajše generacije v delovno okolje vnašajo sodobne tehnološke veščine. Ta medgeneracijska kombinacija lahko prinese pomembne sinergijske učinke, če je ustrezno upravljana.

Poudarek na medgeneracijskem sodelovanju je ključen za izboljšanje delovnega okolja, kar potrjujejo tudi Zemke, Raines in Filipczak (2013). Ti avtorji poudarjajo, da razumevanje razlik med generacijami lahko prispeva k večji delovni učinkovitosti in boljšemu počutju zaposlenih. Izvedena raziskava je prav tako pokazala, da izboljšano medgeneracijsko sodelovanje vodi k večjemu zadovoljstvu tako zaposlenih kot pacientov. Poudarja pomen izboljšanja komunikacije med generacijami, kar je ključno za boljše medsebojno razumevanje in sodelovanje. Podobno izraža tudi izvedena raziskava, ki poudarja pomembnost mentorskih programov, kjer starejši zaposleni delujejo kot mentorji mlajšim kolegom. To je v skladu z raziskavami Umar (2019, 2023), ki opozarjajo na nujnost prilagajanja delovnih praks potrebam starejših zaposlenih, da bi jih spodbudili k podaljšanju delovne aktivnosti. Bellova (2013), strokovnjakinja za razvoj stroke zdravstvene nege v Ameriki, ugotavlja, da spremembe v tehnologiji vplivajo na stile in veščine komuniciranja med generacijami. Izobraževalci strokovnega razvoja zdravstvene nege morajo tako razumeti generacijske razlike, ki se nanašajo na komunikacijske in informacijske tehnologije ter kompetence za izgradnjo skupin med generacijami, ki spodbujajo vključevanje strategij za učenje posameznika v dejavnosti poklicnega razvoja.

V članku »Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital«, avtorjev Tan in Chin (2023), je raziskano, kako različne generacije medicinskih sester doživljajo svoje delo v bolnišnici za akutne bolezni. Ugotovitve kažejo, da imajo različne generacije medicinskih sester različne delovne vrednote, kar vpliva na njihovo angažiranost in zadovoljstvo pri delu. Na primer, mlajše generacije, kot sta generacija Y in Z, večjo vrednost pripisujejo ravnovesju med delom in zasebnim življenjem ter priložnostim za profesionalni razvoj, medtem ko starejše generacije (Baby Boomers in generacija X) več poudarka dajejo varnosti zaposlitve in lojalnosti do delodajalca. Razumevanje teh razlik je ključno za vodje v zdravstveni negi, saj prilagojeni pristopi k vodenju, ki upoštevajo te generacijske razlike, lahko izboljšajo angažiranost in zadovoljstvo vseh zaposlenih.

Dejstvo je tudi, da se tako v Sloveniji kot v svetu srečujemo s staranjem delovne sile in potrebo po podaljšanju delovne aktivnosti starejših zaposlenih, kot navaja Furlan

(2022). Prav raziskava je pokazala, da je učinkovito medgeneracijsko sodelovanje ključno za reševanje teh izzivov.

Kljub obsežni raziskavi ostajajo nekatera vprašanja neodgovorjena. Na primer, še vedno ni jasno, kako najbolje implementirati strategije za medgeneracijsko sodelovanje v različnih zdravstvenih ustanovah. Poleg tega raziskava ni zajela vseh možnih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na medgeneracijsko sodelovanje, kot so kulturne razlike ali specifične delovne razmere v posameznih ustanovah.

Zanesljivost in veljavnost raziskave bi lahko izboljšali z večjo vzorčno velikostjo in vključitvijo več različnih zdravstvenih ustanov. Prav tako bi bilo koristno vključiti kvalitativne metode, kot so intervjuji in fokusne skupine, za globlje razumevanje dinamike medgeneracijskega sodelovanja. Poleg tega je pomembno preučiti vpliv specifičnih kulturnih in organizacijskih kontekstov na medgeneracijske odnose, saj lahko ti dejavniki pomembno vplivajo na uspešnost sodelovanja med generacijami.

Na podlagi ugotovitev izvedene raziskave in pregleda literature menimo, da je potreben večji poudarek na zagotavljanju zadovoljstva pri delu zaposlenih v organizacijah, ki je determinanta njihove uspešnosti, visoke produktivnosti zaposlenih. Ustvarjanje takšnega pozitivnega delovnega okolja zahteva visoke zahteve do dela vodij, ki vključuje tako pristop do podrejenih kot slog vodenja. Individualni pristop in poznavanje razlik med posamezniki zahteva visoko raven čustvene inteligence. Tudi okolje organizacij je zaznamovano s sodelovanjem več generacij, vsaka s svojimi značilnostmi. Razlike niso samo v potrebah teh generacij, v zahtevah delovnega mesta in menedžerjev, ampak tudi v zornih kotih nastalih problemov, v slogu komunikacije, v preferencah ali v njihovi vrednostni lestvici. Je pa dejstvo, da lahko starejše generacije in mlajši – Y, Z koristijo drug drugemu, če izkusijo učinkovit pristop vodenja (Zoellner, Sulikova, 2021).

Raziskava razkriva pomen medgeneracijskega sodelovanja v zdravstveni negi za izboljšanje delovnega okolja, zadovoljstva zaposlenih in kakovosti oskrbe pacientov. Dejstvo je, da je v Sloveniji še vedno premajhno poznavanje različnih generacij, predvsem na področju zdravstvene nege. Za vodje oddelkov in mentorje bi bilo smiselno pripraviti izobraževanja na temo medgeneracijskega sodelovanja in jih s tem opolnomočiti za uspešnejše vodenje različnih generacij zaposlenih. To bi lahko pripomoglo k intenzivnejšemu sodelovanju različnih generacij zaposlenih in k boljšemu prenosu znanj mlajši generaciji zdravstvene nege. Na ta način bi pripomogli k boljšemu ozračju v delovnem okolju, manjši fluktuaciji zaposlenih in posledično k manjši kadrovski stiski v zdravstveni negi. Ugotovitve, ki so nastale na podlagi raziskave, poudarjajo potrebo po izboljšanju komunikacije, mentorstva in prilagajanju delovnih praks

specifičnim potrebam posameznih generacij. Kljub omejitvam raziskave, saj je bila realizacija anketnega vprašalnika le 44-odstotna, so pridobljeni podatki še vedno dragoceni za razumevanje zadovoljstva in motivacije zaposlenih v zdravstveni negi.

7 SEZNAM LITERATURE

Bell, J., (2013). Five Generations in the Nursing Workforce. *Journal for Nurses in Professional Development,* 29(4), 205-210. https://doi.org/10.1097/nnd.0b013e31829aedd4

Furlan, A., (2022). Analiza medgeneracijskih razlik v zaznavanju vodenja (magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo, Ljubljana.

Grbič, A. (2023). Izzivi medgeneracijskega vodenja v zdravstveni negi. *Dimenzije kakovosti in varnosti v onkološki zdravstveni negi: zbornik predavanj 47. strokovnega seminarja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zreče 21.april 2023* (pp. 21-33)

Lorber, M. (2015). Značilnosti in kompetence vodij v povezavi s počutjem zaposlenih v zdravstveni negi (doktorska disertacija). Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Maribor.

Projektna skupina ASI. (2019). Starejši zaposleni- še vedno vključeni in zavzeti. *Ravnanje z ljudmi pri delu: zbornik prispevkov z recenzijo, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester v managementu, Hotel Šik, Gozd Martuljek 23. maj 2019 (*pp. 30-35).

Ramovš, K. (2013). Medgeneracijsko sožitje in solidarnost. *Kakovostna starost, Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje,* 16, (4), 3–33.
https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-8SQ98EHN

Tan, S., & Chin, G. (2023). Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital. *BMC Nurs* 22, 88. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01256-2

UMAR, Kajzer, A. (2023). Stanje na področjih Strategije dolgožive družbe. https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/2023_10_Kajzer/Stanje_na_podrocju_SDD.pdf

UMAR, Bednaš, M., Čelebič, T., Fajić, L., Glažar, M., Hafner, M., Hribernik, M., Ivas, K., Kajzer, A., Kmet Zupančič, R., Koprivnikar Šušteršič, M., Kosi Antolič, T., Kovač, M., Korošec, V., Kušar, J., Lušina, U., Markič, J., Mervic, H., Murn, A., Nenadič, T., Pečar, J., Perko, M., Povšnar, J., Rogan, D., Rojec, M., Sodja, U., Stare, M., Šuc, D., Tavčar, B., Vidrih, A., Zver, E. (2019). Poročilo o razvoju 2019. https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/razvoj_slovenije/2019/slovenski/POR2019_splet2.pdf

Vukasović, T. (2023). Značilnosti generacij potrošnikov Baby boom, X, Y, Z in kako komunicirati z njimi https://plus.cobiss.net/cobiss/SI/sl/bib/152596739

Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (2013). Generations at work: Managing the clash of boomers, gen Xers, and gen Yers in the workplace. AMACOM Div American Mgmt Assn.

Zoellner, K., & Sulikova, R. (2021). Effective collaboration of different generations as a tool for the success of the organizations. *Journal of Human Resources Management Research, 2021.* http://dx.doi.org/10.5171/2021.448396

Onboarding oz. uvajanje novozaposlenih v enoti intenzivne terapije

JANJA PRISTAVEC, DIPL. M. S.
PROF. DR. BRIGITA SKELA SAVIČ, ZNAN. SVET.

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Onboarding pomeni zaposlovanje in integracijo posameznikov v delovno okolje. Trenutno je po vsem svetu prisoten primanjkljaj medicinskih sester, saj starejše in bolj izkušene zapuščajo delovna mesta zaradi nezadovoljstva pri delu. V želji, da se zapolnijo delovna mesta, je vse več medicinskih sester začetnic postavljenih na zahtevna delovna mesta brez ustreznega usposabljanja.

Cilj projektnega dela: Glavni cilj projektnega dela je opisati uvajanje novozaposlenih v enoti intenzivne terapije.

Metode: Izvedli smo pregled literature s področja uvajanja novozaposlenih v enoti intenzivne terapije. Slovensko in tujo strokovno in znanstveno literaturo smo iskali s sistemom COBISS in v mednarodnih podatkovnih bazah PubMed, CINAHL in Science Direct ter Googl Učenjak marca 2024. Iskali smo s kombinacijo ključnih besed onboarding, nov kader, uvajanje, zdravstvena nega ter iskalno sintakso: (Onboarding AND (healthcare OR intensive care unit). Analizo podatkov smo izvedli na način opisnega poročanja skupnih značilnosti izbranih virov.

Rezultati: Začetno iskanje znanstvenih in strokovnih virov nam je ob uporabi ključnih besed dalo 151 zadetkov. Izključili smo tiste, ki niso bili povezani s temo našega projektnega dela. V končno sintezo in analizo smo vključili 17 virov.

Razprava: Pravilno uvajanje novozaposlenih je zelo pomembno, saj so organizacije, ki so bolj aktivne in učinkovite pri uvajanju novozaposlenih tudi bolj uspešne. V zdravstveni oskrbi to pomeni učinkovitejšo zdravstveno nego, večjo varnost pacientov in manjše stroške zdravljenja. Velik pomen pri preprečevanju napak je na neposrednem nadzoru pri treningu veščin in mentoriranju ter simulacijskem učenju. Različne raziskave uporabljajo različne programe uvajanja novozaposlenih v delo na enoti intenzivne terapije z enim ciljem ustvarjanja kompetentnega kadra, ki bo ostal na delovnem mestu.

Ključne besede: onboarding, nov kader, uvajanje, zdravstvena nega

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Delovno mesto predstavlja za posameznika okolje, v katerem preživi velik del svojega časa (Sravani, 2018). Uspešnost in učinkovitost organizacij je povezana z zadovoljstvom in motiviranim kadrom. Tako predstavljajo motivirani in zadovoljni zaposleni največji kapital vseh uspešnih organizacij. Posledično so slednje usmerjene v dvig motivacije zaposlenih, saj s tem povečujejo svojo uspešnost (Inegbedion et al., 2019). Zadovoljstvo zdravstvenih delavcev pomembno vpliva na produktivnost zdravstvene nege, zadovoljstvo pacientov ter posledično zmanjšuje stroške zdravljenja in zdravstvene nege. Tisti, ki so na delovnem mestu zadovoljni, delujejo optimalno in se trudijo, da je delo opravljeno strokovno in kakovostno (Kavšak & Prosen, 2021).

Enota intenzivne terapije (EIT) je specializirana enota bolnišnice, namenjena oskrbi bolnikov, ki so življenjsko ogroženi in potrebujejo takojšnje ukrepanje. Le-ti so popolnoma odvisni od zdravstvenega osebja, ki jim nudi strokovno in kakovostno zdravstveno oskrbo s specialnimi znanji s področja intenzivne terapije (Garth et al., 2017). Vloga medicinske sestre v EIT je 24-urni nadzor hemodinamskega monitoringa, sodelovanje pri diagnostično-terapevtskih posegih, takojšnje obveščanje nadzornega specialista v primeru spremembe zdravstvenega stanja bolnika itd. Ob tem medicinska sestra veliko pozornosti namenja tudi svojcem bolnika (Ervin et al., 2018). V EIT deluje multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo zdravniki intenzivisti, klinični farmacevti, dietetiki, medicinske sestre, respiratorni terapevti, bolničarji itd. Uspešnost tima je odvisna od sodelovanja, medsebojnega spoštovanja, dobre komunikacije, koordinacije dela, konfliktov itd. (Ervin et al., 2018). Delovno okolje v EIT je za zaposlene izjemno fizično in čustveno obremenjujoče zaradi: dela s kritično bolnimi, neskladja v delovnih zahtevah, preobremenjenosti, velike odgovornosti, medosebnih konfliktov, visoke stopnje umrljivosti bolnikov (med 10–29 %) (Chuang et al., 2016). Slabi medosebni odnosi na delovnem mestu pripeljejo do slabše kakovosti opravljenega dela, kar se dolgoročno kaže kot stres, ki je močno povezan z izgorelostjo in nezadovoljstvom na delovnem mestu (Kavšak & Prosen, 2021). Zdravstvenemu sistemu izgorelost predstavlja tveganje za neustrezno kadrovsko zasedbo z odsotnostjo z dela, večjo fluktuacijo delovne sile in večjo verjetnostjo, da bi strokovnjaki razmišljali o opustitvi svojega dela. Izgorelost povzroči tudi izgubo produktivnosti in je dosledno povezana s simptomi depresije, v nekaterih primerih tudi z mislimi o samomoru (Richert & Zucchero, 2023).

»Onboarding« je relativno nov termin. Podobno kot pri vključevanju novih zaposlenih v drugih panogah gre v zdravstvu tudi za zaposlovanje in integracijo posameznikov v delovno okolje, pomoč novim zaposlenim pri razumevanju njihove vloge,

pravil in predpisov organizacije ter zagotavljanje produktivne in uspešne delovne izkušnje za zaposlene. Bolje vključeni zaposleni bodo pripravljeni delati bolje in več. Vse to pripomore k uspešnosti organizacije (Fried & Fottler, 2015). V zdravstvu veliko vrednost ima zadrževanje zaposlenih. Fluktuacija in odhajanja delavcev je drago, ne samo v finančnem smislu. Menjava lahko vpliva na kakovost in kontinuiteto zdravstvene oskrbe, zadovoljstvo pri delu in moralo ter timsko delo. Novo-zaposleni so pogosto manj produktivni, zato je usposabljanje dodaten strošek. Pena s sod. (2023) navaja, da 24,1 % medicinskih sester zapusti organizacijo v enem letu po zaposlitvi. Torej »onboarding« je ključen pri zadovoljstvu medicinske sestre pri delu in nameri, da ostane. Glede na pomembnost tematike smo se odločili, da v projektnem delu s pomočjo pregleda literature raziščemo uvajanje novozaposlenih v EIT.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je bil raziskati »onboarding« oz. uvajanje novozaposlenih v EIT. Slovensko in tujo literaturo smo iskali s kooperativnim on-line bibliografskim sistemom COBISS in prek mednarodnih podatkovnih baz PubMed, CINAHL in Science Direct ter Googl Učenjaka. Članke smo prav tako iskali v reviji *Obzornik zdravstvene nege*. Pri iskanju člankov smo se osredotočili na temo »onboardinga« oz. uvajanja novozaposlenih v enoti intenzivne terapije. V skladu s tem smo oblikovali iskalno strategijo, s katero smo pridobili znanstveno in strokovno literaturo v slovenskem in angleškem jeziku. Pri iskanju virov smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: »onboarding«, »uvajanje«, »zdravstvena nega« in »enota intenzivne terapije«. V angleškem jeziku smo uporabili besede: »onboarding«, »recruitment«, »healthcare« in »intensive care unit«. Ključne besede smo povezali z Boolovima operatorjema AND in OR ter uporabili znak *, da smo nadomestili enega ali več znakov. V pregled smo vključili strokovne in znanstvene vire, ki so bili prosto dostopni v celotnem besedilu, slovenskem in angleškem jeziku ter objavljene vire v časovnem obdobju zadnjih 10 let (od 2014 do 2024). Uporabili smo napredno iskanje in postavili filter, da so ključne besede v naslovu in/ali izvlečku članka. Izključili smo literaturo, ki vsebinsko ni ustrezala naši tematiki.

V nadaljevanju so v Tabeli 1 predstavljeni rezultati iskanja v posameznih podatkovnih bazah (PubMed, Science Direct in COBISS) in Googl Učenjaku. Rezultati pregleda vključujejo število dobljenih virov glede na iskalno strategijo, število pregledanih strokovnih in znanstvenih virov in število vključenih virov v pregled literature.

V interdisciplinarni podatkovni bazi Science direct smo dodatno uporabili filter, s katerim smo zajeli le revije s področja zdravstvene oskrbe. V Googl Učenjaku smo skupno dobili 15.800 zadetkov, vendar smo pregledali do vključno 5. strani zadetkov (skupno 50 virov).

Tabela 1: *Rezultati pregleda literature*

Podatkovna baza	Iskalna strategija	Število dobljenih virov	Izbrani viri za pregled
PubMed	Onboarding AND (healthcare OR intensive care unit)	78	4
Science Direct	Onboarding AND (healthcare OR intensive care unit)	76	3
Googl Učenjak	Onboarding AND (healthcare OR intensive care unit)	50	8
COBISS	Onboarding IN (zdravstvena nega ALI enota intenzivne terapije)	11	2
SKUPAJ		151	17

2.2 Spoznanja pregleda literature

V Tabeli 2 smo prikazali glavne značilnosti posameznih virov, izbranih v pregled literature, ki opisujejo problematiko uvajanja novozaposlenih v enoti intenzivne terapije. Navedeni so avtorji, leto objave, uporabljena metodologija, vzorec in glavne ugotovitve raziskovalcev. Viri so kronološko urejeni od najnovejših do najstarejših.

Tabela 2: *Rezultati pregleda literature*

Avtorji	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
De Vries et al.	2023	Sistematični pregled literature	55 raziskav, Belgija	V sistematičnem pregledu avtorji priporočajo programe onboarding in mentorstvo za medicinske sestre in zdravnike. Intervencije, opisane v tem pregledu, bi lahko pozitivno vplivale na zadržanje medicinskih sester in zdravnikov. Menedžerji in strokovnjaki, ki se ukvarjajo z upravljanjem s človeškimi viri, bi morali izbrati intervencijo, ki se ujema z determinanto namere odhoda njihovih zdravstvenih delavcev ter poslanstvom, vizijo in vrednotami bolnišnice.
Boothby et al.	2023	Pilotna kohortna raziskava	18 novozaposlenih diplomiranih medicinskih sester, Združene države Amerike	Spremenjena postpandemična zdravstvena oskrba je vodila avtorje te pilotne raziskave, da razvijejo inovativno kadrovsko rešitev za podporo izčrpanim virom zdravstvene nege, hkrati pa še naprej zagotavljajo visokokakovostno oskrbo bolnikov. Načrt o uvajanju je bil zasnovan tako, da študentom omogoči prilagodljive urnike, zagotovi uvodni pregled pričakovanj in omogoči oblikovanje odnosov med bodočim zaposlenim in vodstvom na ravni enote. Rezultati raziskave so pokazali 94,4-% stopnjo zadrževanja novozaposlenih diplomiranih medicinskih sester v enoti v prvem letu.
Frögéli et al.	2023	Pregled literature	1556 zaposlenih v zdravstveni negi, Švedska	V pregledu literature ugotavljajo, da bi morale organizacije kot strategijo dati prednost usposabljanju na delovnem mestu, da bi olajšale organizacijsko socializacijo novozaposlenih medicinskih sester. Avtorji poudarjajo, da je treba ugotoviti, kako najbolje izvajati usposabljanje na delovnem mestu, da se zagotovijo dobri in trajni učinki ter zadrži na novo pridobljen kader na delovnem mestu.

Avtorji	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Terregino et al.	2023	Študija primera	Združene države Amerike	Da bi izboljšali učinkovitost multidisciplinarnega tima v EIT, so v tej študiji primerov preizkusili strategijo TeamSTEPPS z namenom izboljšanja učinkovitosti zdravstvenih delavcev in varnosti pacientov. Program je zasnovan za izboljšanje vedenja zdravstvenih delavcev pri timskem delu skozi pet z dokazi podprtih kompetenc timskega dela: pravilna struktura tima, komunikacija, vodenje, spremljanje situacije in medsebojno podporo. V raziskavi spodbujajo uporabo strategije TeamSTEPPS pri uvajanju novozaposlenih v multidisciplinarne time v EIT.
Cadavero et al.	2023	Kvalitativna raziskava	12 zaposlenih v zdravstveni negi, Združene države Amerike	Nove diplomirane medicinske sestre so v večji nevarnosti za tranzicijski šok in zapuščanje delovnega mesta. Kot ovire pri uvajanju medicinske sestre navajajo spremenjeno delovno strukturo, neizkušen kader in pomanjkanje podpore na delovnem mestu. Večplasten pristop k podpori pri uvajanju je potreben, da olajša prehod v klinično prakso in pomaga pri ohranjanju in spodbujanju stabilnosti delovne sile.
Hills	2022	Pregled literature	- Združene države Amerike	Onboarding je izkušnja, ki novozaposlene pripravi na uspeh na delovnem mestu ter poveča njihovo produktivnost in jo ohranja. Ta članek trdi, da bi morale zdravstvene organizacije ustvariti dobre izkušnje uvajanja novozaposlenih. Opisuje tudi vloge pri uvajanju za druge deležnike, kot so mentorji, menedžerji, člani upravnega odbora, svetovalci idr. V članku opisujejo aktivnosti za prvi dan uvajanja novozaposlenega ter ponuja smernice za preostalo izkušnjo uvajanja. Na koncu opisuje, kako »znova vključiti« zaposlene, ki se vračajo po odsotnosti, in opisuje tri razsežnosti izjemnega vključevanja – organizacijsko, tehnično in socialno.

Avtorji	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bech et al.	2022	Presečna raziskava	5 zaposlenih v zdravstveni negi	V letu 2020 so na Danskem razvili večdimenzionalen vprašalnik za spremljanje onboardinga (DOQ-34). Dober program uvajanja dokazano spodbuja zadrževanje zaposlenih in povečuje dobro počutje in zadovoljstvo novozaposlenih, poleg tega poveča produktivnost ter krepi zavzetost in motivacijo le-teh.
Desarno et al.	2021	Pregled literature	- Združene države Amerike	Razvoj učinkovitega procesa načrtovanja in zaposlovanja novih zdravstvenih delavcev lahko usmerja organizacije, da ocenijo svoje trenutno stanje in se odločijo o kritičnih zaposlenih, ki bodo vstopili na višje in vodstvene položaje. Načrtovanje novega kadra vključuje upravljanje z znanjem zaposlenih in človeškimi viri. Kapital v obliki zaposlenih se nanaša na znanje in kompetence zaposlenih v organizaciji, njihove reakcije na izzive znotraj organizacije itd. Človeški viri se nanašajo na posameznike, ki trenutno prispevajo k organizaciji, na tiste, ki bodo prispevali v prihodnosti in tistim, ki so prispevali v preteklosti.
Alroumi et al.	2021	Presečna raziskava	7 zaposlenih v zdravstveni negi, Združene države Amerike	V raziskavi so izvedli večstrategijski mešani 12-tedenski izobraževalni program, sestavljen iz poučevanja ob postelji, asinhronega spletnega učenja in simulacije. Študente so ocenjevali z neposrednim opazovanjem in pregledom klinične dokumentacije. Ocenjevali so reakcijo in počutje v klinični praksi v EIT in primerjali stanje pred in po izobraževalnem programu. Program se je izkazal kot učinkovit, študenti so pridobili na znanju in suverenosti, kar je olajšalo njihov vstop v klinično okolje.

Avtorji	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kaihlanen et al.	2020	Presečna raziskava	712 novozaposlenih medicinskih sester, Finska	Preučevali so učinek zaključnega kliničnega praktikuma uvajanje novih medicinskih sester v delovno okolje na Finskem. Klinični praktikum se osredotoča na pripravo študentov na prihajajoči prehod v poklicno življenje in uporablja elemente, kot so pridobivanje učnih izkušenj, ki zrcalijo dejansko delo v kliničnem okolju, kako biti strokovni član zdravstvenega tima, medosebne odnose, komunikacijo ter prejemanje ustrezne podpore. Ugotovili so pomembno povezavo med namenom menjave službe in kliničnim praktikumom. Tak način uvajanja novozaposlenih medicinskih sester se je pokazal kot uspešen.
Ohr et al.	2020	Presečna raziskava	170 zaposlenih v zdravstveni negi, Avstralija	Ugotovitve raziskave kažejo na potrebo po racionalizaciji procesa uvajanja novozaposlenih, da se zagotovi večja priložnost novim diplomantom za razvoj in ohranjanje poklica. Rezultati prav tako nakazujejo na potrebo za razvoj prakse in politik za pomoč pri boljši organizacijski socializaciji, zlasti pri razporeditvi virov, boljši uporabi časa, porabljenega za izobraževanje in podporo na delovnem mestu med prehodom iz izobraževalnega sistema na klinična delovna mesta.
Hernandez et al.	2020	Presečna raziskava	472 novozaposlenih medicinskih sester, Združene države Amerike	Hernandez et al. (2020) so v Mehiki izvedli program pripravništva za nove diplomante Univerze v New Mexico College of Nursing. Poudarek tega programa pripravništva je vseboval šest postavk: osredotočanje na organizacijo dela in določanje prednostnih nalog, učinkovito komuniciranje, razvoj kliničnih vodstvenih sposobnosti, razvoj tehničnih veščin, ki so potrebne za zagotavljanje varne oskrbe, izvajanje kakovostne oskrbe z bolniki in učenje dela v nujnih stanjih ali zdravstvena nega ob koncu življenja. Ugotovili so, da je v bolnišnici eno leto po pripravniškem programu ostalo zaposlenih 43,3 % udeležencev. Poleg tega je 63,6 % udeležencev, ki so ostali zaposleni v bolnišnici pet let ali več, še naprej delalo na istem mestu kot v prvem letu zaposlitve, kar kaže na uspešnost tega programa uvajanja.

Avtorji	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Zhang et al.	2019	Kontrolirana klinična raziskava	199 novih diplomantov zdravstvene nege, Kitajska	Raziskovali so enoletni individualni mentorski program, kjer sta se mentoriranec in mentor osredotočala predvsem na individualni karierni razvoj ter odnos, socialno podporo in vzor med mentorjem in mentorirancem. Mentorski program je v prvem letu vplival na znatno nižjo stopnjo fluktuacije v primerjavi s tistimi, ki mentoriranja niso bili deležni.
Škerjanec Hodak & Repe	2018	Pregledni strokovni članek	- Slovenija	V članku opisujejo uvajanje na oddelku intenzivne terapije v UKC Ljubljana. Poudarjajo, da na izid zdravljenja vplivajo ustrezno zaposlovanje medicinskih sester, delovno okolje in izobražena delovna sila. To delovno okolje je specifično po tem, da se uporablja veliko sodobne medicinske tehnologije, prostori in oprema so dotrajani in posledično so tudi delovni pogoji obremenjujoči. Avtorji zaključujejo, da je program uvajanja novozaposlenih v intenzivno terapijo v Sloveniji danes zasnovan po smernicah in priporočilih.
Williams et al.	2018	Retrospektivna presečna raziskava	3484 novih diplomantov zdravstvene nege, Združene države Amerike	Udeleženci, ki so bili deležni individualnega mentorstva, so pomoč pri prehodu v klinično prakso, strokovnem razvoju in obvladovanju stresa ocenili višje kot novozaposleni zdravstveni delavci, ki niso bili deležni individualnega mentorstva. V omenjeni raziskavi niso ugotovili pomembne povezave med individualnim mentorstvom in namero menjave službe.
White et al.	2017	Pregled literature	- Združene države Amerike	V pregledu literature opisujejo tri mehanizme, kako medicinske sestre uspešno vključiti v delo v EIT: uporaba multidisciplinarnega kadrovanja, programi onboarding in evalvacija produktivnosti medicinskih sester. Uspešen onboarding naj bi bil klinično orientiran, vključeval pa naj bi formalno poučevanje in simulacije stanj iz EIT, 90-dnevno specifično orientacijo, usmerjeno na pacienta in mentoriranje, ki bi pomagalo pri prehodu iz izobraževanja v klinično okolje.
Feig-Palmer & Rathert	2015	Presečna raziskava	153 novih diplomantov zdravstvene nege, Združene države Amerike	Zdravstveni delavci, ki so bili deležni več medosebnega mentorstva, so bili bolj predani organizaciji in imeli manjšo željo po menjavi službe.

Uvajanje v delo je pomembno za vživetje novega delavca v delo, za katero ga je podjetje sprejelo, hkrati pa tudi vpliva na njegova pričakovanja in vedenje pri delu (Rozman & Kovač, 2017). Organizacijska socializacija je ključnega pomena za nove zaposlene, saj gre za proces učenja in prilagajanja, ki omogoča posamezniku, da prevzame svojo novo vlogo, ki ustreza tako organizacijskim kot individualnim potrebam (Ohr et al., 2020). Prednost dobrega uvajanja v delo je v tem, da novozaposleni hitro začuti dinamiko in postane del podjetja (Bernhard, 2018). Uvajanje v delo zajema predvsem naslednje (Rozman & Kovač, 2017): informiranje o podjetju, organizaciji, poslanstvu, pravilnikih, delovni enoti; informiranje o predvidenem delu, odgovornostih, avtoriteti in o komuniciranju na delovnem mestu; seznanitev s sodelavci in kulturo ter podporo pri začetnem delu.

V pregledu literature smo pregledali onboarding kot eno izmed obstoječih intervencij (obvladovanje stresa, socialna podpora, dodatno osebje, onboarding, delovno okolje, organizacija dela itd.) za ohranjanje zdravstvenih delavcev v bolnišničnem okolju (Hills, 2022). De Vries et al. (2023) v svojem sistematičnem pregledu govorijo o aktualnosti tematike onboardinga. Namreč, po vsem svetu je vse večja zaskrbljenost zaradi upadanja števila zdravstvenih delavcev (tako zdravnikov kot medicinskih sester), ki trenutno že trpijo zaradi pomanjkanja. Stopnjo fluktuacije je pospešila pandemija covida-19, saj je veliko zdravstvenih delavcev zaradi pandemije zapustilo službo. Dodaten problem predstavlja upokojevanje zdravstvenih delavcev, ki jih bo v prihodnosti še več, in tudi odliv zdravstvenih delavcev iz bolnišnic. Na svetovni ravni naj bi se v naslednjih desetih letih upokojilo približno 17 % vseh medicinskih sester. Zlasti staranje delovne sile v Združenih državah in Evropi pomeni, da bodo stopnje upokojitev v naslednjih desetih letih ostale visoke (De Vries et al., 2023).

Poleg tega ima zdravstveni sistem težave z zaposlovanjem mlajše generacije zdravstvenih delavcev, ki menijo, da poklic medicinske sestre zaradi nizke plače in zelo napornega dela ni privlačen. Fluktuacija medicinskih sester in zdravnikov predstavlja velike finančne in nefinančne obremenitve za zdravstvene organizacije. Številne raziskave so odkrile povezavo med fluktuacijo medicinskih sester in zdravstvenimi izidi pacientov, kot so zdravstveno stanje pacientov, dolžina hospitalizacije in kakovost oskrbe (Kovner et al., 2014; Park et al., 2014). Poleg tega pa lahko pogosta fluktuacija zaposlenih zmanjša zadovoljstvo zdravstvenih delavcev pri delu in povzroči, da zapustijo poklic. Nove medicinske sestre se počutijo preobremenjene pri prehodu iz izobraževalnega sistema k novi vlogi medicinske sestre, kar nakazuje, da je podpora v tem prehodnem obdobju lahko koristna (Hernandez et al., 2020; Kaihlanen et al., 2020; Alroumi et al., 2021). Pri tem je pomemben onboarding – termin, ki se uporablja za opis vključevanja novih zaposlenih v organizacijo (De Vries et al., 2023).

Leta 2020 so na Danskem razvili večdimenzionalen vprašalnik za spremljanje onboardinga (DOQ-34). Bech et al. (2022) poudarjajo, da dober program uvajanja spodbuja zadrževanje zaposlenih in povečuje dobro počutje in zadovoljstvo novozaposlenih, poleg tega poveča produktivnost ter krepi zavzetost in motivacijo le-teh. Ohr et al. (2020) opozarjajo, da politika uvajanja novih diplomantov v klinično prakso mora biti čim bolj prilagojena potrebam novih diplomantov za doseganje uspešne organizacijske socializacije.

Kaihlanen et al. (2020) so preučevali učinek zaključnega kliničnega praktikuma uvajanja novih medicinskih sester v delovno okolje na Finskem. Klinični praktikum se osredotoča na pripravo študentov na prihajajoči prehod v poklicno življenje in uporablja elemente, kot so pridobivanje učnih izkušenj, ki zrcalijo dejansko delo v kliničnem okolju, kako biti strokovni član zdravstvenega tima, medosebne odnose, komunikacijo ter prejemanje ustrezne podpore. Ugotovili so pomembno povezavo med namenom menjave službe in kliničnim praktikumom.

Podobno so Hernandez et al. (2020) v Mehiki izvedli program pripravništva za nove diplomante Univerze v New Mexico College of Nursing. Poudarek tega programa pripravništva je vseboval šest postavk: osredotočanje na organizacijo dela in določanje prednostnih nalog, učinkovito komuniciranje, razvoj kliničnih vodstvenih sposobnosti, razvoj tehničnih veščin, ki so potrebne za zagotavljanje varne oskrbe, izvajanje kakovostne oskrbe z bolniki in učenje dela v nujnih stanjih ali zdravstvena nega ob koncu življenja. Ugotovili so, da je v bolnišnici eno leto po pripravniškem programu ostalo zaposlenih 43,3 % udeležencev. Poleg tega je 63,6 % udeležencev, ki so bili zaposleni v bolnišnici pet let ali več, še naprej delalo na istem mestu kot v prvem letu zaposlitve, kar kaže na uspešnost tega programa uvajanja.

Boothby et al. (2023) so izvedli pilotno raziskavo, s katero so želeli razviti inovativno kadrovsko rešitev za podporo izčrpanim virom zdravstvene nege v postpandemičnem obdobju ob zagotavljanju visokokakovostne oskrbe bolnikov. Uvajanje je bilo zasnovano tako, da so študentom omogočili prilagodljive urnike, uvodni pregled pričakovanj in oblikovanje odnosov med prihodnjim zaposlenim in vodstvom na ravni enote. Program uvajanja je vseboval osebno didaktično izobraževanje, asinhrone spletne učne module in orientacijo praktične enote in se je pokazal kot uspešen, saj je 94,4 % novozaposlenih diplomantov zdravstvene nege po enem letu še vedno bilo zaposlenih v isti enoti.

Tri raziskave so se osredotočale na programe mentoriranja pri uvajanju novozaposlenih (Fleig-Palmer et al., 2015; Williams, 2018; Zhang et al., 2019). Fleig et al. (2015) je učinek medosebnega mentorstva opisal kot podporo novozaposlenim zdravstvenim

delavcem. Zdravstveni delavci, ki so bili deležni več medosebnega mentorstva, so bili statistično značilno bolj predani organizaciji in imeli manjšo željo po menjavi službe. Anketiranci, ki so poročali o višjih stopnjah prenosa znanja, so razmišljali o tem, da bi zapustili organizacijo, ko je bila njihova čustvena predanost nizka. Prenos znanja, pridobljenega skozi mentoriranje, ni pokazal pomembne neposredne povezave z namero menjave službe.

Williams et al. (2018) se je osredotočil na individualno mentorstvo, ki je bilo opredeljeno kot »kjer je en mentor dodeljen mentorirancu«. Udeleženci, ki so bili deležni individualnega mentorstva, so pomoč pri prehodu v klinično prakso, strokovnem razvoju in obvladovanju stresa ocenili višje kot novozaposleni zdravstveni delavci, ki niso bili deležni individualnega mentorstva. V omenjeni raziskavi niso ugotovili pomembne povezave med individualnim mentorstvom in namero menjave službe.

Nazadnje so Zhang et al. (2019) raziskovali enoletni individualni mentorski program, kjer sta se mentoriranec in mentor osredotočala predvsem na individualni karierni razvoj ter odnos, socialno podporo in vzor med mentorjem in mentorirancem. Za mentorski program je mentor opravil štiriurni program, ki se je osredotočal na razvijanje mentorskih veščin. Mentorski program je v prvem letu vplival na znatno nižjo stopnjo fluktuacije v primerjavi s tistimi, ki mentoriranja niso bili deležni. Zanimivo pa je, da je korist mentoriranja bila očitna le v prvem letu, stopnje fluktuacije v drugem in tretjem letu se niso razlikovale med novozaposlenimi, ki so med uvajanjem bili deležni mentoriranja in tistimi, ki ga niso bili deležni. Dodatno so White te al. (2017) izpostavili mentoriranje kot del uspešnega onboardinga, ki naj bi vseboval tudi formalno poučevanje in simulacije stanj iz EIT ter 90-dnevno specifično orientacijo, usmerjeno na pacienta in mentoriranje, ki bi pomagalo pri prehodu iz izobraževanja v klinično okolje.

V preglednem članku Frögéli et al. (2023) omenjajo organizacijsko socializacijo, ki je definirana kot proces, skozi katerega posamezniki pridobijo znanja, spretnosti, odnos in vedenje, ki so potrebni za prilagajanje novi vlogi v novem delovnem okolju. Organizacijska socializacija se pojavi večkrat v karieri posameznika, kadar koli pride do spremembe vloge, bodisi prehajanja iz procesa izobraževanja v poklic, iz ene organizacije v drugo organizacijo ali iz ene vloge v drugo znotraj iste organizacije. Ob teh prehodih doživijo posamezniki visoko stopnjo stresa in negotovosti, saj so izpostavljeni položajem, ki jih še ne znajo obvladovati. Pri tem je pomemben onboarding, ki se nanaša na vse formalne in neformalne prakse, programe in politike, sprejete s strani organizacije, da olajšajo prilagajanje novozaposlenim na novo delovno okolje. Na osnovi pregleda literature Frögéli et al. (2023) ugotavljajo, da je strukturirano in podprto usposabljanje na delovnem mestu najučinkovitejša

strategija uvajanja v podporo novim strokovnjakom. V pregledu literature Desarno et al. (2021) izpostavljajo proces uvajanja pri zamenjavi kadra in načrtovanju zasedanja ustreznih delovnih položajev, zaposlenih v zdravstvu. Načrtovanje novega kadra vključuje upravljanje z znanjem zaposlenih in človeškimi viri. Kapital v obliki zaposlenih se nanaša na znanje in kompetence zaposlenih v organizaciji, njihove reakcije na izzive znotraj organizacije itd.

Terregino et al. (2023) so v študiji primerov raziskovali učinkovitost strategije TeamSTEPPS z namenom izboljšanja učinkovitosti multidisciplinarnega tima v EIT. Program je zasnovan na pet z dokazi podprtih kompetenc timskega dela: pravilna struktura tima, komunikacija, vodenje, spremljanje situacije in medsebojna podpora. V raziskavi spodbujajo uporabo strategije TeamSTEPPS pri uvajanju novozaposlenih v multidisciplinarne time v EIT.

Cadavero et al. (2023) poudarja pomen vodje medicinskih sester in ohranjanje tesnejšega odnosa z vsako novozaposleno medicinsko sestro. Slednje so medicinske sestre, vključene v raziskavo, opisale kot pomemben dejavnik, ki je vplival na njihovo namero, da ostanejo. Poleg tega so poudarjale pomen podpore okolja, drugih članov zdravstvenega tima in psihološke varnosti. Avtorji zaključujejo, da je za uspešno uvajanje novozaposlenih ključen večplastni program onboardinga, ki ga sestavljajo vodene usmeritve s standardiziranimi kompetencami in dvotedensko spremljanje in ocenjevanje napredka s strani vodje enote.

Potek uvajanja v delo na oddelku intenzivne terapije sta opisali Škerjanec Hodak in Repe (2018). Enoletni program »Uvajanje v delo« za diplomirane medicinske sestre so uvedli leta 2009 v UKC Ljubljana. Cilj programa je medicinske sestre spoznati s kompetencami v intenzivni terapiji, jih strokovno usposobiti za delo z življenjsko ogroženim pacientom in jih naučiti ukrepanja ob zapletih. Poudarek je na povezovanju teorije in prakse. Program se začne z 10-dnevnim uvodnim seminarjem, v katerem se pokrijejo vsebine: higienski režim, sprejem pacienta, monitoring, ocenjevanje respiratorne, kardiovaskularne in nevrološke funkcije, mehansko predihavanje, hemodinamski nadzor itd. Kandidati seminar zaključijo s pisnim preverjanjem znanja in nadaljujejo z delom ob pacientu, ki ga vodi neposredni mentor (izkušena medicinska sestra ob pacientu). Po uspešno opravljenem preverjanju znanja in veščin lahko začne medicinska sestra samostojno delati ob pacientu pod nadzorom izkušene medicinske sestre. Škerjanec Hodak in Repe poudarjata, da je program uvajanja novozaposlenih v EIT v Sloveniji v skladu s smernicami in priporočili.

V naši bolnišnici so/smo v zadnjem letu kar nekaj energije usmerili v tako imenovani onboarding. S pomočjo vodje kadrovske službe smo imeli predavanje o uvajanju.

Predavanje je bilo namenjeno ravno srednjemu managementu. Spoznali smo osnove uvajanja, kaj sploh to pomeni in kako bi bilo najbolje vse skupaj prenesti v prakso. Nekaj segmentov smo že dodali, saj se držimo pravil, ki smo si jih nekako zadali, začenši že z uvodnim pozdravom, ki ga največkrat izvedemo po elektronski pošti. Nadalje se kadrovska služba pogovori o osnovnih stvareh, kot so npr., kje je garderoba, kdaj prevzame uniformo, kakšen je delovnik, neposredni vodja pa ga prvi dan sprejme, predstavi sodelavcem in ga popelje v sam proces dela. Enotno imamo tudi kroženje, ki novozaposlenim prinese dodatne izkušnje v sami ustanovi. Kroženje je natančno določeno, kdo, kdaj in kje kroži, upoštevajo se seveda prejšnje morebitne izkušnje. Če gre vse po načrtu, imamo kmalu novo delovno silo, ki je zadovoljna na svojem delovnem mestu in širi svoje znanje in izkušnje tudi med starejše kolegice in kolege.

Teoretični pregled smo izvedli s pregledom strokovne in znanstvene literature domačih in tujih avtorjev. V nadaljevanju smo se v empiričnem delu za pridobivanje podatkov odločili za kvalitativni dizajn raziskave.

3 METODE

Empirični del raziskave je bil izveden na podlagi intervjujev. Namen raziskave je bil pridobiti globlji vpogled v stališča medicinskih sester glede procesov onboardinga in opredelitev ključnih dejavnikov, ki vplivajo na izkušnje novih zaposlenih.

Zastavljeni cilji raziskave so bili:

- raziskati pričakovanja in izkušnje medicinskih sester o onboardingu;
- opredeliti ključne dejavnike uspešnega onboardinga;
- opredeliti izzive in težave pri procesu onboardinga.

Raziskovalna vprašanja:

RV1. Kako se pričakovanja zaposlenih glede onboardinga ujemajo z njihovo dejansko izkušnjo?

RV2. Kateri dejavniki pozitivno vplivajo na onboarding?

RV3. Kateri dejavniki so novozaposlenim predstavljali izzive in ovire med onboardingom?

Za pridobivanje podatkov smo uporabili deskriptivno metodo dela. V okviru kvalitativne raziskave smo podatke zbrali s pomočjo individualnega intervjuja, katerega je namen pridobivanje vpogleda v določena vprašanja. Poglobljeni intervju se uporabi takrat, ko želimo pridobiti informacije o osebnih izkušnjah in razumevanjih, ki jih imajo ljudje o določeni tematiki. Individualni intervju je najbolj pogosta oblika intervjuja

v kvalitativnem raziskovanju, njegova značilnost je, da se v pogovoru med dvema osebama tvori dinamično razmerje produkcije novih uvidov (Banjac, 2020).

3.1 Zbiranje podatkov

Podatke smo zbrali s pomočjo polstrukturiranega individualnega intervjuja. Bistvena značilnost polstrukturiranega intervjuja je, da ima raziskovalec vnaprej pripravljena vprašanja, ki so okvirna in raziskovalcu nudijo v večji ali manjši meri orientacijo pri sami izvedbi (Banjac, 2020).

Vprašanja, ki smo si jih zastavili, so bila oblikovana na podlagi literature (Lagoo et al., 2020; Anglin et al., 2021; Morgan et al., 2020). Pri izvedbi intervjuja smo uporabili protokol za izvedbo intervjuja, ki je vseboval osem osnovnih vprašanj.

1. Kakšna so bila vaša pričakovanja glede onboardinga, preden ste začeli delati tukaj?
2. Kako so se vaša pričakovanja ujemala z dejansko izkušnjo?
3. Ali ste prejeli dovolj informacij o vaših delovnih nalogah in odgovornostih med onboardingom?
4. Kako bi ocenili podporo, ki ste jo prejeli od svojih nadrejenih in sodelavcev med onboardingom?
5. Ali ste imeli dodeljenega mentorja ali svetovalca? Kako je ta oseba vplivala na vašo onboardig izkušnjo?
6. S katerimi izzivi ali težavami ste se soočili med onboardingom?
7. Kaj bi spremenili ali izboljšali v procesu onboardinga, če bi imeli to možnost?
8. Ali je še kaj, kar bi želeli deliti o svoji onboarding izkušnji, kar nismo pokrili z zgornjimi vprašanji?

3.2 Vključeni v raziskavo

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavi je sodelovalo sedem medicinskih sester z manj kot petimi leti delovne dobe v Splošni bolnišnici Jesenice, Enoti intenzivne terapije operativnih strok. Vseh sedem je bilo ženskega spola, njihova minimalna starost je bila 21, maksimalna 27 let.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Z vsakim od udeležencev smo opravili uvodni pogovor, kjer smo udeleženca seznanili z namenom in cilji raziskave. Raziskava je potekala julija 2024. Okvirni čas

individualnega intervjuja pri zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice, Enoti intenzivne terapije operativnih strok, je bil približno 15 minut z vključenim uvodom in predstavitvijo izvedbe intervjuja. Pred začetkom intervjuja smo vsakega udeleženca seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov in prostovoljno vključenostjo v raziskavo ter pridobili potrebna soglasja. Udeležence smo prav tako seznanili z možnostjo odklonitve sodelovanja. Vsak udeleženec je dal pisno soglasje za sodelovanje in snemanje pogovora. Za lažjo analizo podatkov smo intervju namreč snemali, posnetek pa pretvorili v pisno obliko, pri čemer je bila ustrezno zaščitena identiteta udeležencev. Med intervjujem smo postavljali vprašanja odprtega tipa, ki so udeležence spodbujala k razmisleku. Prosili smo jih, da podrobneje razložijo svoje izkušnje in mnenja glede onboardinga, ter smo jim postavljali dodatna vprašanja za razjasnitev in poglobitev odgovorov. Pri izvajanju raziskave smo upoštevali etična načela *Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije* (2024). Pridobljene podatke smo uporabili zgolj za raziskovalne namene.

3.4 Obdelava podatkov

Za analizo zbranih podatkov smo uporabili metodo tematske analize besedila (Sutton & Austin, 2015). Ta pristop je omogočil sistematično analizo zbranih podatkov ter prepoznavanje ključnih tem in kategorij, ki so se pojavile med raziskovanjem. Postopek kodiranja se je začel z natančnim branjem transkriptov intervjujev, pri čemer smo poskušali razumeti vsebino v celoti. Nato smo identificirali pomembne odlomke ter jim dodelili kode, ki so predstavljale določene teme. Kode so bile izbrane tako, da so bile čim bolj opisne in specifične, kar je omogočilo natančno kategorizacijo podatkov. Pri interpretaciji podatkov smo se osredotočili na iskanje povezav med različnimi temami. S tem smo lahko oblikovali celovito sliko raziskovalnega področja ter izpostavili ključne ugotovitve.

4 REZULTATI

Med analizo kvalitativnih empiričnih podatkov smo kode razvrstili v dve kategoriji, s katerima smo lahko podali odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja. V nadaljevanju so prikazani rezultati glede na zastavljena raziskovalna vprašanja, in sicer RV1: Kako se pričakovanja zaposlenih glede onboardinga ujemajo z njihovo dejansko izkušnjo? RV2: Kateri dejavniki pozitivno vplivajo na onboarding? RV3: Kateri dejavniki so novozaposlenim predstavljali izzive in ovire med onboardingom?

4.1 PRIČAKOVANJA ZAPOSLENIH GLEDE ONBOARDINGA IN DEJANSKA IZKUŠNJA

Prvo temo »pričakovanja in dejanska onboarding izkušnja« smo razdelili na dve podtemi »pričakovanja pred onboardingom« in »dejanska izkušnja onboardinga« (Tabela 3). Prvo podtemo lahko pojasnimo s kodami, kot so pričakovanja, veliko novih stvari, strah, kako se bom vklopila v kolektiv, zelo veliko različnih podatkov, naporno, mentor, hitro pridobivanje znanja.

Nekaj intervjuvank je navedlo, da niso imele pričakovanj glede onboardinga. Intervjuvanka I1 je zadnje argumentirala: »*Nisem imela veliko pričakovanj, ker me je vodja oddelka že predhodno seznanila z določenimi zadevami in sem bila že dovolj informirana.*« Intervjuvanka I2 ni imela nobenih pričakovanj, saj je imela nekaj izkušenj od prej, ko je opravljala študentsko delo. Kot navaja: »*Nisem imela pričakovanj, ker sem že v sklopu študentskega dela nabirala izkušnje po raznih klinikah in sem videla samo delo, nisem se poglabljala v sam proces uvajanja.*« Tudi I5 ni imela posebnih pričakovanj glede onboardinga, saj je tako kot I2 imela nekaj izkušenj od prej, predvsem zaradi študentskega dela: »*Moja pričakovanja so bila taka, da bom nadaljevala delo iz prejšnjega delovišča, saj sem prišla iz ene intenzivne v drugo.*« Po drugi strani pa I7 ni imela nobenih pričakovanj, ker ni vedela, kaj jo čaka, kot navaja: »*Nisem imela pričakovanj, ker nisem imela predstave, kako sploh poteka delo v smislu sistematičnega procesa* […] *nisem točno vedela, v kaj se podajam,* […] *želela sem si samo sprejetja v nov kolektiv na spoštljiv način.*« Strah pred vključevanjem v tim je izpostavila I6: »*Iskreno, bilo me je malo strah, kako se bom vklopila v sam proces dela in v kolektiv.*« Intervjuvanka I3 je imela pričakovanja glede mentorja, kot navaja: »*Pričakovanja so bila, da dobim mentorja, ki me vodi skozi dobo uvajanja, in da me čim več nauči v tem času.*« Intervjuvanka I4 omenja kodo »veliko novih stvari«, kot je izpostavila, je pred onboardingom pričakovala »[…] *da se bom veliko naučila in da bo naporno, ker je bila to moja prva zaposlitev v zdravstveni negi*«.

Ko so opisovali, kako so se pričakovanja razlikovala od dejanske izkušnje, smo ugotovili, da se je za nekatere dejanska izkušnja ujemala s pričakovanji, za druge so pričakovanja bila presežena z dejansko izkušnjo, za nekatere pa je bila dejanska izkušnja težja, kot so pričakovale. Vendar je za večino intervjuvank izkušnja onboardinga bila pozitivna. Intervjuvanka I1 je navedla, da so se pričakovanja ujemala z dejansko izkušnjo, saj »[…] *mi je vse bilo predstavljeno tako, kot je bilo napovedano*«. Podobno je bilo pri I5, ki je svojo dejansko izkušnjo opisala »*Pričakovanja so bila taka, kot so potem tudi dejansko bila, kar se tiče sprejetja zaposlenih in dela samega*«.

Za intervjuvanko I2 je dejanska izkušnja bila boljša, kot je pričakovala: *»Izkušnja sama je bila presežena, saj nisem pričakovala, da se bodo toliko ukvarjali z mano.«* Intervjuvanka I3 je navedla, da je uvajanje v delo potekalo veliko hitreje, kot je mislila, da bo: *»Pričakovala sem, da se bom v delo uvedla zelo počasi. Vendar sem znanje pridobivala veliko hitreje, kot sem mislila.«* Za I4 je dejanska izkušnja bila težja, kot je pričakovala: *»Bilo je bolj naporno, kot sem pričakovala.«*

4.2 Dejavniki, ki pozitivno vplivajo na onboarding

Pri dejavnikih, ki pozitivno vplivajo na onboarding, smo identificirali sedem kod (Tabela 3): informacije o delovnih nalogah in odgovornostih, podpora nadrejenih, podpora sodelavcev, vključevanje v delo, spodbujanje, vzdržno in mentor.

Vse intervjuvanke so navedle, da so med onboardingom prejele dovolj informacij o svojih delovnih nalogah in odgovornostih. Intervjuvanka I3 je dodatno pojasnila: *»V bistvu sem dobila ogromno informacij, samo med uvajanjem se nisem zavedala o vseh kasnejših odgovornostih.«* Intervjuvanka I4 pojasnjuje, da je informacije pridobila že kot študentka: *»Ja, sem. Dobila sem precej informacij že kot študentka, kasneje pa še toliko več.«* Podobno je mnenje I5: *»Ja, prejela sem vse potrebne informacije, da bi moje delo potekalo varno in odgovorno, glede na delovno mesto.«* Prav tako se I7 strinja, da je prejela več kot dovolj informacij med onboardingom, je pa obenem kritična glede le-teh: *»Sem dobila, občasno mogoče še preveč – prve mesece je »bombandiranje« in poplava informacij. Največja težava pa se je pokazala v tem, da so me vsi učili na malo drugačen način – ni bilo skladnosti.«* Le I2 je navedla, da med onboardingom ni prejela dovolj informacij.

Vse intervjuvanke se strinjajo, da so med onboardingom imele dobro podporo svojih nadrejenih in sodelavcev. I1 pojasnjuje svojo izkušnjo: »Podporo svojih nadrejenih zelo dobro, brez komentarja, od sodelavcev tudi v redu, občasno se je pojavila nestrpnost zaradi ne dovolj hitro opravljenih nalog«. Tudi I7 je omenila dobro podporo: »[...] *podpora pa je bila, predvsem v kriznih trenutkih*«. Tudi I2 je imela pozitivno izkušnjo in podporo sodelavcev ter nadrejenih: *»To pa moram oceniti kot pozitivno, vsi so bili zelo prijazni, vsi so pomagali, me vključevali v delo. Nadrejeni so bili v redu, pošteni.«* I3 dodaja, da so ga sodelavci med onboardingom pri delu spodbujali: *»Podpora je bila dobra, tudi ko si bil malo obupan in si imel občutek da nisi zmožen delati v taki enoti, so mi stali ob strani in me spodbujali.«*

I2, I5 in I6 med onboardingom niso imele dodeljenega mentorja. Medtem ko I2 ni nič več komentirala, sta I5 in I6 dodatno pojasnili svoj odgovor. I5: *»Nisem imela dodeljenega mentorja, ker sem začela kot študent, kasneje se je neformalno oblikovala mentorica, ki je imela ogromno znanja in predvsem potrpežljivosti.«* I6: *»Mentorja nisem imela, imela sem cel kolektiv, ki mi je bil na voljo pri mojih vprašanjih, dilemah,*

spoznavanju okolja in samega načina dela.« Ostale intervjuvanke so imele dobro izkušnjo z mentorjem. I1: »*Ja, imela sem glavnega in nadomestnega mentorja. Ta oseba je na mojo izkušnjo vplivala zelo pozitivno, ker sem se dobro počutila zaradi njene korektnosti in strokovnosti.*« Podobnega mnenja je I3: »*Imela sem dodeljenega mentorja, izkušnja je bila dobra, nimam česa dodati.*« Tudi I4 omenja mentorja kot pozitivno osebo, ki jo je spremljala od samega začetka: »*S prvim dnem sem dobila dobro podkovanega mentorja, ki je bil prijazen, podporen, nekonflikten.*«

Čeprav je tudi I7 imela podporo v mentorju, je začela uvajanje med dopustom in je nekoliko bolj kritična glede mentoriranja kot druge intervjuvanke, kot dodatno pojasnjuje problem: »*Sem imela, vendar sem pogrešala sistematičnost v smislu stalnega sodelovanja z mentorjem, mogoče je na to vplivalo, da sem začela ravno v času dopustov in da ni bilo možnosti, da je mentor stalno prisoten ob meni.*«

4.3 Dejavniki, ki predstavljajo izzive in ovire med onboardingom

Pri analizi odgovorov intervjuvank smo v podtemi izzivi in ovire med onboardingom identificirali dvanajst kod: razlike med delovnimi mesti, način dela, postopki, posegi, nahajanje stvari, pomanjkanje potrpljenja, strah, neznanje, trema, stres, novosti, neusklajene informacije.

Intervjuvanka I1 je imela nekaj izkušenj od prej in ravno to ji je predstavljalo oviro med onboardingom na trenutno delovno mesto, kot navaja: »*Glede na to, da sem predhodno delala v drugi ustanovi, mi je delo oteževalo znanje oz. razlike od prejšnjega delovnega mesta.*« I2 je imela nekoliko drugačne težave: »*Problem je bil v samem načinu dela, posegov, postopkov, kako se znajti v prostoru, kje imajo določene stvari.*«.

Kodo strah in pomanjkanje potrpljenja omenja I3: »*Na začetku premalo potrpljenja, ker si prepočasen, prisoten je strah, da ne boš česa narobe naredil.*« Kodo pomanjkanje znanja in tremo izpostavlja I4: »*Predvsem s svojim neznanjem z določenih strokovnih področij, tremo, da bom storila kaj narobe in tremo pred določenimi osebami.*« Da izziv predstavljajo novosti, najava I4: »*Praktično z mojim neznanjem, novostmi, stresom.*« *Kodo stres omenja tudi I5:* »*Nisem imela težav, edini stres mi je predstavljal izpit, ki ga opraviš pred nastopom samostojnega dela.*« I7 pa omenja kot izziv predajanje neusklajenih informacij med zaposlenimi: »*Predajanje informacij, ki niso bile usklajene med samimi zaposlenimi.*«

V samem zaključku nas je zanimalo, kaj bi intervjuvanke spremenile ali izboljšale v procesu onboardinga. Intervjuvanka I1 bi priporočila več strpnosti, kot navaja: »*Priporočila bi več strpnosti ostalih sodelavcev do novozaposlenih.*« Podobno razmišlja tudi I4: »*Celotna ekipa naj se angažira glede onboardinga, izvajali naj bi manj pritiska in počakali, da se oseba ustrezno uvede v proces dela […] mislim, da je potrebno veliko dela, da se novozaposleni uvaja na ustrezen način, z odprto komunikacijo in veliko mero potrpežljivosti.*«

Tri intervjuvanke v sklopu izboljšanja procesa onboardinga omenjajo mentorja, in sicer I2 navaja: *»Vse bi spremenila, določila bi mentorja, ki bi stalno spremljal novozaposlenega, razložil način in sam proces dela in pa postopno uvajanje v delo.«* Prav tako I3 poudarja pomen mentorja: *»Novozaposleni naj bi bil stalno z mentorjem, kar bi pomenilo tudi nočni turnus itd.«* Tudi za I5 je mentor med onboardingom pomemben *»Mogoče stalno mentorstvo oz. če je mogoče, da je novozaposleni stalno v službi z mentorjem.«* Po drugi strani pa je I4 zadovoljna s procesom onboardinga, saj navaja: *»Mislim, da ne bi spreminjala nič, ker mi je bilo dobro, da si bil praktično »vržen« v proces dela, ker se samo s tem naučiš« ter nadaljuje »Ne rabiš biti osebno užaljen, saj proces uvajanja ne temelji na osebnem nivoju, in nekako vsi grejo čez to na začetku.«* I7 pa pravi, da je pri onboardingu pomemben *»Sistematični pristop, do katerega prvi korak je že učbenik, ki smo ga izdelali za interno uporabo in je namenjen prav novozaposlenim.«*

Tabela 3: *Kategorije in podkategorije s pripadajočimi kodami*

Kategorija	**Podkategorije in kode**
Pričakovanja in dejanska onboarding izkušnja	**Pričakovanja pred onboardingom:** • pričakovala sem, da se bom morala naučiti veliko novih stvari; • strah, kako se bom vklopila v kolektiv; • zelo veliko različnih podatkov; • naporno; • mentor; • hitro pridobivanje znanja.
	Dejanska izkušnja onboardinga: • ujemanje s pričakovanji; • presežena pričakovanja; • hitro uvajanje; • bolj naporno.
Podpora in izzivi med onboardingom	**Podpora med onboardingom:** • informacije o delovnih nalogah in odgovornostih; • podpora nadrejenih; • podpora sodelavcev; • vključevanje v delo; • spodbujanje; • mentor.
	Težave in izzivi med onboardingom: • razlike med delovnimi mesti; • način dela; • postopki; • posegi; • nahajanje stvari; • pomanjkanje potrpljenja; • strah; • neznanje; • trema; • stres; • novosti; • neusklajene informacije.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Petina medicinskih sester bo verjetno šla v pokoj do leta 2027, kar predstavlja dramatičen prehod, v katerem bodo najbolj izkušene medicinske sestre zapustile zdravstveni poklic, na njihovo mesto pa bodo začele prihajati novopečene diplomirane medicinske sestre (Hudson, 2023). Proces onboardinga je ključen za uspešno vključevanje novega kadra v katerikoli organizaciji (Klein et al., 2015), še posebej pa je pomemben v zdravstvenem sektorju, kjer imajo medicinske sestre osrednjo vlogo pri zagotavljanju kakovostne oskrbe pacientov (Warshawsky et al., 2020). Onboarding ali »uvajanje« za medicinske sestre vključuje vrsto aktivnosti, katerih cilj je, da se nova medicinska sestra seznani z delovnim okoljem, nalogami, odgovornostmi ter kulturo in vrednotami zdravstvene ustanove. Medicinske sestre, ki med onboardingom prejmejo dovolj podpore in možnosti za strokovno rast, bodo razvile samozavest in kompetence pri nudenju oskrbe pacientom (Hallaran et al., 2023). Ti uvajalni procesi, ki so namenjeni novozaposlenim diplomiranim medicinskim sestram, se razlikujejo po državah in zdravstvenih sistemih (Rush et al., 2019). Diplomirane medicinske sestre predstavljajo največjo skupino zdravstvenih delavcev v bolnišničnem okolju in v času svoje kariere pogosto večkrat zamenjajo delovna mesta. Novozaposlene diplomirane medicinske sestre prav tako delajo v vse bolj kompleksnih in hitro spreminjajočih okoljih, ki jih zaznamujejo težka zdravstvena stanja pacientov, visoka fluktuacija pacientov, tehnološki napredek in zahtevne delovne obremenitve (Hallaran et al., 2023). Kljub ocenjeni stopnji fluktuacije v višini 27,1 % v letu 2021 pa je proces uvajanja medicinskih sester v bolnišničnih okoljih še vedno premalo raziskan (Smith-Miller et al., 2023). Glede na pomembnost tematike je bil namen naše kvalitativne raziskave pridobiti globlji vpogled v stališča medicinskih sester glede procesa onboardinga in opredelitev ključnih dejavnikov, ki vplivajo na izkušnje novozaposlenih. Za ta namen smo v skladu s cilji raziskave oblikovali tri raziskovalna vprašanja in smo v nadaljevanju podali odgovore.

Raziskovalno vprašanje 1: Kako se pričakovanja zaposlenih glede onboardinga ujemajo z njihovo dejansko izkušnjo?

Naše ugotovitve kažejo na širok spekter izkušenj in potreb novozaposlenih med onboardingom. Medtem ko nekatere medicinske sestre prihajajo s predhodnimi izkušnjami in nizkimi pričakovanji, druge pričakujejo intenzivno podporo in vodstvo ter čutijo strah pred prihodom v nov kolektiv. Vendar so v naši raziskavi intervjuvanke večinoma bile zadovoljne z onboardingom. Naše ugotovitve so v skladu z ugotovitvami raziskave Smith-Miller et al. (2023). V omenjeni raziskavi je 80 % medicinskih sester bilo zadovoljnih z izkušnjo onboardinga in so navedle, da so na

samem začetku onboardinga dobile dovolj informacij. Podobno kot v naši raziskavi so Kaldal et al. (2024) ugotovili, da so medicinske sestre imele različna pričakovanja od onboardinga glede na prejšnje izkušnje. Nekaterim medicinskim sestram so prejšnje izkušnje predstavljale težavo zaradi popolnoma drugačnega načina dela na novem oddelku. Druge so pozitivno gledale na svojo predhodno izkušnjo na drugih oddelkih. Kot navaja udeleženec: »*Želim se specializirati na določenem področju ali postati vodja, zato potrebujem klinične izkušnje iz različnih oddelkov.*« Eni tretjini medicinskih sester v naši raziskavi pa je izkušnja onboardinga izpolnila pričakovanja, kar je zelo spodbudno. V tujih raziskavah navajajo, da je usklajenost pričakovanj z dejanskimi izkušnjami ključna za zadovoljstvo novih zaposlenih (Hallaran et al., 2023; Kaldal et al., 2024).

Struktura in vsebina programov onboarding močno vplivata na uspešnost uvajanja (Hong & Yoon, 2021). Naše ugotovitve kažejo, da so sestre z bolj strukturiranim in podpornim onboardingom poročale o preseženih pričakovanjih. V raziskavi Hong & Yoon (2021) poudarjajo kot ključno komponento onboardinga tudi mentorstvo. Poudarjajo, da je pomembno, tudi da so mentorji kompetentni pri prenosu znanja in usmerjanju novozaposlenih, saj pomanjkanje usposabljanja za mentorje lahko vpliva na njihovo sposobnost poučevanja novih diplomiranih medicinskih sester in lahko negativno vpliva na socializacijo teh sester v kliničnem okolju (Hong & Yoon, 2021).

Raziskovalno vprašanje 2: Kateri dejavniki pozitivno vplivajo na onboarding?

Pomembni elementi učinkovitega onboardinga vključujejo jasno komunikacijo delovnih nalog in odgovornosti, dodelitev mentorja ali svetovalca, ki nudi podporo in vodi novozaposlenega skozi uvajalno obdobje, ter redne povratne informacije in priložnosti za usposabljanje. Programi onboardinga so pogosto prilagojeni specifičnim potrebam medicinskih sester, saj upoštevajo njihovo predhodno znanje, izkušnje in individualne potrebe (Kaldal et al., 2024). Tudi v naši raziskavi so kot dejavnike, ki pozitivno vplivajo na onboarding, poudarili količino informacij, ki so jih na začetku prejeli, podporo nadrejenih in sodelavcev, vključevanje v delo, spodbujanje ter mentorstvo. Da je podpora s strani sodelavcev in nadrejenih pomembna, opozarjajo v raziskavi Zhai et al. (2023). V omenjeni raziskavi so ugotovili, da se novozaposlene medicinske sestre, ki prejmejo podporo v novem delovnem okolju, počutijo povezane z organizacijo, v kateri delajo in so bolj motivirane za iskanje priložnosti za strokovni razvoj in rast (Zhai et al., 2023). V naši raziskavi je večina medicinskih sester bila zadovoljna z mentorjem, čeprav vse niso imele mentorja med onboardingom. Le ena medicinska sestra je navedla, da je z uvajanjem začela med dopusti in posledično mentor ni mogel biti vedno zraven kot podpora, kar je negativno vplivalo

na njeno izkušnjo onboardinga. Številne raziskave poudarjajo pomen mentorstva in podpore med onboardingom (Lalithabai et al., 2021; Weaver, 2021). Medicinske sestre, ki imajo dodeljenega mentorja, poročajo o višji ravni zadovoljstva in hitrejši integraciji v delovno okolje, kar je skladno z ugotovitvami naše raziskave. V skladu z našimi ugotovitvami tudi v raziskavi Smith-Miller et al. (2023) so ugotovili, da so bile medicinske sestre zadovoljne z mentorjem, ni bilo negativnih pripomb glede trajanja mentoriranja, vendar so se pritoževale nad več mentorji in neorganiziranimi mentorskimi izkušnjami (na primer: »*Vsaka izmena je bila kot začetek znova zaradi novega mentorja*«).

Raziskovalno vprašanje 3: Kateri dejavniki so novozaposlenim predstavljali izzive in ovire med onboardingom?

Medicinske sestre se v procesu onboardinga soočajo s številnimi izzivi, kot so spoznavanje novih protokolov, tehnologij, sodelavcev in pacientov. Učinkovit program onboardinga lahko pomembno prispeva k njihovi uspešnosti in zadovoljstvu, kar posledično vpliva na kakovost oskrbe pacientov in delovno vzdušje v celotni ustanovi. Prav tako lahko zmanjša fluktuacijo zaposlenih, saj se medicinske sestre, ki se počutijo podprte in dobrodošle, pogosteje odločijo ostati v organizaciji (Hallaran et al., 2023).

V naši raziskavi so medicinske sestre omenile naslednje izzive: razlike med delovnimi mesti, način dela, postopki, posegi, pomanjkanje potrpljenja, strah, neznanje, trema, stres, novosti in neusklajene informacije, ki so jih dobili od zaposlenih na istem oddelku. Kot izpostavljajo Pena et al. (2023) je onboarding namenjen zmanjšanju stresa in negotovosti, ki sta pogosto prisotna ob začetku nove zaposlitve. Podobno kot v naši raziskavi so Baker et al. (2020) ugotovili, da so se novozaposlene diplomirane medicinske sestre med uvajanjem soočale z naslednjimi izzivi: pričakovanja glede njihove nove vloge, pomanjkanje samozavesti, delovna obremenitev, strah in težave z uvajanjem. Posledično so se počutile, da so bile postavljene v situacije, ki jih niso mogle obvladati. V svoji raziskavi je avtor Baker (2020) sklenil, da so se medicinske sestre počutile negotove zaradi neustreznega procesa onboardinga.

V skladu z našimi ugotovitvami so medicinske sestre v raziskavi Kaldal et al. (2024) opisale podobne izzive med onboardingom, ki vključujejo neznanje, pomanjkanje samozavesti in obilica novih informacij. V raziskavi Smith-Miller et al. (2023) je manjši delež medicinskih sester kot težavo med onboardingom poudaril, da niso prejele dovolj informacij med onboardingom in niso imeli dovolj podpore zaradi česar so se počutile podcenjene in menile, da je onboarding neorganiziran proces.

Naša raziskava, ki temelji na individualnih intervjujih, ima določene omejitve, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji in uporabi rezultatov. Število intervjuvancev je v

intervjujih omejeno. V naši raziskavi je sodelovalo sedem medicinskih sester, kar lahko vpliva na reprezentativnost rezultatov, saj manjši vzorec morda ne odraža mnenja celotne populacije. Naslednja omejitev je geografska omejitev, saj je raziskava potekala v Splošni bolnišnici Jesenice. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, ki so ga predstavljali zaposleni v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice. Intervjuvanci so izbrani na način, ki ni popolnoma naključen, kar lahko povzroči pristranskost. Odgovori intervjuvancev so subjektivni in temeljijo na njihovih osebnih izkušnjah in zaznavah. Prav tako na točnost podatkov vpliva spomin intervjuvancev. Intervjuvanci se morda niso spomnili vseh relevantnih podrobnosti ali pa so njihove spominske zaznave popačene, kar lahko vpliva na točnost podatkov.

V prihodnosti bi bilo zanimivo opraviti kvantitativno raziskavo, da bi potrdili ugotovitve iz naše kvalitativne raziskave in pridobili širšo sliko o učinkovitosti različnih onboarding praks. Anketiranje večjega števila medicinskih sester lahko omogoči bolj reprezentativne rezultate. Prav tako bi bilo zanimivo izvesti več primerjalnih raziskav med različnimi zdravstvenimi ustanovami, da bi ugotovili, katere onboarding prakse so najbolj učinkovite in ki so povezane z višjim zadovoljstvom in boljšimi delovnimi rezultati medicinskih sester. Glede na to, da smo ugotovili, da se je mnenje medicinskih sester glede onboardinga razlikovalo glede na predhodne izkušnje, bi bilo zanimivo v prihodnosti se osredotočiti na raziskave, ki preučujejo specifične potrebe različnih skupin medicinskih sester, na primer glede na njihove predhodne izkušnje ali demografske značilnosti. To lahko pomaga pri oblikovanju bolj prilagojenih in učinkovitih programov onboardinga.

Na podlagi pridobljenih mnenj medicinskih sester v tej raziskavi se lahko oblikujejo programi onboardinga, prilagojeni njihovim specifičnim potrebam in predhodnim izkušnjam. Številne medicinske sestre so poudarjale pomen mentorja, zato na osnovi svojih rezultatov lahko priporočimo potrebo po zagotavljanju mentorja za vsako novo medicinsko sestro, ki jo bo vodil skozi uvajalno obdobje.

V zaključku lahko povzamemo, da so izkušnje novozaposlenih medicinskih sester z onboardingom v veliki meri odvisne od njihovih predhodnih pričakovanj in predhodnih izkušenj. Večina intervjuvank ni imela izrazitih pričakovanj glede onboardinga, kar je bilo pogosto povezano z že obstoječim znanjem in izkušnjami ali pa z nepoznavanjem samega procesa dela v novi organizaciji. Organizacije bi morale upoštevati te raznolikosti pri oblikovanju in izvajanju onboarding procesov, da bi bolje zadostile specifičnim potrebam novih zaposlenih ter s tem izboljšale njihovo zadovoljstvo in učinkovitost. Kljub pomembnosti onboardinga smo ugotovili, da zdravstvene ustanove še vedno ne izvajajo sistematičnih in celovitih onboarding programov.

Zato je ključno preučiti in razumeti, kako se pričakovanja medicinskih sester glede onboardinga ujemajo z njihovo dejansko izkušnjo ter opredeliti elemente, ki najbolj prispevajo k uspešnosti tega procesa. Razumevanje teh dejavnikov lahko pomaga izboljšati prakse onboardinga in posledično dvigniti raven oskrbe pacientov ter zadovoljstvo in učinkovitost medicinskih sester.

6 SEZNAM LITERATURE

Alroumi, F., Cota, D., Chinea, J., Ravikumar, N., Tiru, B., Pinto-Plata, V. & Tidswell. (2021). Rapid Intensive Care Unit Onboarding in Response to a Pandemic. *Journal of Medical Education and Curricular Development, 8,* 1-6.

Anglin, L., Sanchez, M., Butterfield, R., Rana, R., Everett, C.M. & Morgan, P. (2021). Emerging practices in onboarding programs for PAs: Strategies for onboarding. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 34(1), 32-38.

Baker, O., (2020). New graduate nurses' transition: Role of lack of experience and knowledge as challenging factors. *Saudi Journal for Health Sciences,* 9(3), 21-220.

Banjac, M. (2020). Uvod v kvalitativne metode zbiranja podatkov: opazovanje, intervju in fokusna skupina. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Založba FDV.

Bech, L.M., Poetzsch, S., Andersen, K., & Nørgaard, B. (2022). Onboarding in Health Care-Content Validity and Reliability of the Danish Onboarding Questionnaire (DOQ-34). *Journal of Continuing Education in the Health Professions,* 43(3), 148-154.

Bernhard, Š. (2018). Vse se začne z vabilom na razgovor. HRM, 14(4), 65.

Boothby, J., Woline, C., Lose, D.T., McDaniel, J. & Nicholson, A. (2023). Unit Partners: Creative Role to Recruit and Retain Students While Delivering Quality Care. *Nurse Leader,* 652-658.

Cadavero, A.A., Pena, H., Brooks, K. & Kester, K. (2023). Perceptions of New Graduate Nurses' Transition to Practice Post-Pandemic. *Nurse Leader,* 1-5.

Chuang, C.-H., Tseng, P., Lin, C.-Y., Lin, K.-H., & Chen, Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine,* 95(50), e5629.

De Vries, N., Lavreysen, O., Boone, A., Bouman, J., Szemik, S., Baranski, K., Godderis, L. & De Winter, P. (2023). Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. *Healthcare,11,*1887.

Desarno, J., Perez, M., Rivas, R., Sandate, I., Reed, C. & Fonseca, I. (2021). Succession Planning Within the Health Care Organization: Human Resources Management and Human Capital Management Considerations. *Nurse Leader,* 411-415.

Ervin, J.N., Kahn, J.M., Cohen, T.R., & Weingart, L.R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist, 73(*4), 468-477.

Fleig-Palmer, M.M. & Rathert, C. (2015). Interpersonal mentoring and its influence on retention of valued health care workers: The moderating role of affective commitment. *Health Care Management Review,* 40, 56-64.

Fried, B.J. & Fottler, M.D. (2015). *Human Resources in Healthcare. Managing for Success*. Chicago: Aupha.

Frögéli, E., Jenner, B., & Gustavsson, P. (2023), Effectiveness of formal onboarding for facilitating organizational socialization: A systematic review. *PLoS ONE 18*(2), e0281823.

Garth, M., Millet, A., Shearer, E., Stafford, S., Merrell, S.B., Bruce, J., Schilinger, E., & Aaronson, Svec, D. (2017). Interprofessional collaboration: a qualitative study of non-physician perspectives on resident competency. *Journal of General Internal Medicine, 33(*4), 487-492.

Hallaran, A.J., Edge, D.S., Almost, J., & Tregunno, D. (2023). New Nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *The Canadian Journal of Nursing Research, 55(*1), 126-136.

Hernandez, S.H.A., Francis, M.A. & Winn, D. (2020). Employment and Retention of Nurses Who Completed an Internship and Residency Program. *Journal of Continuing Education In Nursing,* 51, 504-508.

Hills, L. (2022). Creating an exceptional onboarding experience for your new employees. *The Journal of Medical Practice Management: MPM,* 37(6), 278-283.

Hong, K.J. & Yoon, H.J. (2021). Effect of Nurses' Preceptorship Experience in Educating New Graduate Nurses and Preceptor Training Courses on Clinical Teaching Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 18(3), 975.

Hudson, H. (2023). Recruiting and Retaining Nurses: A Critical Challenge Facing the Healthcare Industry. Patient Safety & Quality Healthcare, 25.

Inegbedion, H., Inegbedion, E., Peter, A. & Harry, L. (2020). Perception of workload balance and employee job satisfaction in work organisations. *Heliyon,* 6, e03160.

Kaihlanen, A.-M., Elovainio, M., Haavisto, E., Salminen, L. & Sinervo, T. (2020). Final clinical practicum, transition experience and turnover intentions among newly graduated nurses: A cross sectional study. *Nurse Education Today,* 84, 104245.

Kaldal, M.H., Voldbjerg, S.L., Grønkjaer, M., Conroy, T. & Feo, R. (2024). Newly graduated nurses' commitment to the nursing profession and their workplace during their first year of employment: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing, 80*(3), 1058-1071.

Kavšak, A. & Prosen, M. (2021). Vpliv zadovoljstva z delom na pojav izgorelosti med medicinskimi sestrami: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege, 55*(1), 7-15.

Klein, H.J., Polin, B. & Sutton, K.L. (2015). Specific Onboarding Practices for the Socialization of New Employees. *International Journal of Selection and Assessment, 23*(3), 263-283.

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije., (2024). Uradni list RS, št. 71/2014.

Kovner, C.T., Brewer, C.S., Fatehi, F., & Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate? *Policy, Politics, & Nursing Practice,* 15, 64-71.

Lagoo, J., Berry, W., Henrich, N., Gawande, A., Sato, L. & Haas, S. (2020). Safely Practicing in a New Environment: A Qualitative Study to Inform Physician Onboarding Practices. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,* 46(6), 314-320.

Lalithabai, D.S., Ammar, W.M., Alghamdi, K.S. & Aboshaiqah, A.E. (2021). Using action research to evaluate a nursing orientation program in a multicultural acute healthcare setting. *International Journal of Nursing Science,* 8(2), 181-189.

Morgan, P., Sanchez, M., Anglin, L., Rana, R., Butterfield, R. & Everett, C.M. (2020). Emerging practices in onboarding programs for PAs and NPs. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 33(3), 40-46.

Ohr, S.O., Holm, D. & Giles, M. (2020). The organisational socialisation of new graduate nurses and midwives within three months of their entrance into the health workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing,* 37(2), 3-10.

Pabico, C., Perkins, C.K., Graebe, J. & Cosme, S. (2019). Creating a culture of lifelong learning: A strategy for organizational success. *Nursing Management,* 9-11.

Park, S.H., Boyle, D.K., Bergquist-Beringer, S., Staggs, V.S. & Dunton, N.E. (2014). Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Services and Research,* 49, 1205-1225.

Pena, H., Kester, K., Cadavero, A. & O'Brien, S. (2023). Implementation of an Evidence-Based Onboarding Program to Optimize Efficiency and Care Delivery in an Intensive Care Unit. *Journal for Nurses in Professional Development*, 39(6), E190-E195.

Richert, M. & Zucchero, R. (2023). Burnout, Compassion, Satisfaction, and Intention to Quit Among Long-Term Care Nursing Assistants in the Time of COVID-19. *Journal of Long-Term Care*, 73-82.

Rozman, R. & Kovač, J. (2017). *Management.* Ljubljana: GV Založba.

Smith-Miller, C.A. Jones, C. & Blakeney, T. (2023). Organizational socialization: Optimizing experienced nurses' onboarding. *Nursing Management (Springhouse),* 54(12), 14-25.

Sravani, A. (2018). Managing the distribution of employee workload of the hospital staff. *IJRDO Journal of Business Economics and Management, 4*(1), 40-50.

Sutton, J. & Austin, Z. (2015). Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 68(3), 226-231.

Škerjanec Hodak, A. & Repe, I. (2018). Izobraževanje novozaposlenih na oddelku intenzivne terapije. *Acta Anaesthesiologica Emonica,* 104-106.

Terregino, C.A., Jagpal, S., Parikh, P., Pradhan, A., Weber, P., Michaels, L., Nicastro, O., Escobar, J. & Rashid, H. (2023). Critical Care Teamwork in the Future: The Role of TeamSTEPPS® in the COVID-19 Pandemic and Implications for the Future. *Healthcare*, 11, 599.

Warshawsky, N.E., Caramanica, L. & Cramer, E. (2020). Organizational Support for Nurse Manager Role Transition and Onboarding: Strategies for Success. *Journal of Nursing Administration*, 50(5), 254-260.

Weaver, S. (2021). The effective mentor and supervisor. *Nursing in Practice*, 36(5), 2.

White, T., Kokiousis, J., Ensminger, S. & Shirey, M. (2017). Supplementing Intensivist Staffing With Nurse Practitioners: Literature Review. *Advanced Critical Care*, 16, 111-123.

Williams, F.S. (2018). New Nurse Graduate Residency Mentoring: A Retrospective Cross-Sectional Research Study. *Nursing Economic*, 36, 121–127.

Zhai, Y., Cai, S., Chen, X., Zhao, W., Yu, J. & Zhang, Y. (2023). The relationships between organizational culture and thriving at work among nurses: The mediating role of affective commitment and work engagement. *Journal of Advanced Nursing,* 79(1), 194-204.

Zhang, Y.-P., Huang, X., Xu, S., Xu, C., Feng, X. & Jin, J. (2019). Can a one-on-one mentorship program reduce the turnover rate of new graduate nurses in China? A longitudinal study. N*urse Education in Practice*, 40, 102616.

7 PRILOGE

PRILOGA A: Merski inštrument

Okvirna vprašanja, ki so nam služila kot vodilo pri individualnih intervjujih:

1. Kakšna so bila vaša pričakovanja glede onboardinga, preden ste začeli delati tukaj?
2. Kako so se vaša pričakovanja ujemala z dejansko izkušnjo?
3. Ali ste prejeli dovolj informacij o vaših delovnih nalogah in odgovornostih med onboardingom?
4. Kako bi ocenili podporo, ki ste jo prejeli od svojih nadrejenih in sodelavcev med onboardingom?
5. Ali ste imeli dodeljenega mentorja ali svetovalca? Kako je ta oseba vplivala na vašo onboardig izkušnjo?
6. S katerimi izzivi ali težavami ste se soočili med onboardingom?
7. Kaj bi spremenili ali izboljšali v procesu onboardinga, če bi imeli to možnost?
8. Ali je še kaj, kar bi želeli deliti o svoji onboarding izkušnji, kar nismo pokrili z zgornjimi vprašanji?

Vloga vodenja in pomen komunikacije z zaposlenimi

MATEJA PUŠNIK , DIPL. M. S.
MAG. SIMONA ŠPILAK

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Raziskava je pomembna zaradi prepoznavanja ključnega pomena komunikacije med vodstvom in zaposlenimi ter njenega vpliva na uspešnost podjetij. Komunikacija v delovnem okolju je temeljni gradnik organizacijske kulture in ključnega pomena za učinkovito izvajanje vodenja. Številne študije potrjujejo, da kakovostna in transparentna komunikacija prispeva k boljši angažiranosti zaposlenih, večji produktivnosti, zmanjšanju konfliktov ter večjemu zadovoljstvu in lojalnosti zaposlenih do podjetja. Kljub temu pa se pogosto srečujemo s pomanjkljivo komunikacijo v organizacijah, kar lahko negativno vpliva na delovno vzdušje in končne rezultate podjetja.

Cilj projektnega dela: Glavni cilj raziskave je razumeti povezavo med komunikacijo z zaposlenimi, vlogo in lastnosti vodenja ter identificirati dejavnike, ki vplivajo na uspešnost komunikacije. S tem želimo prispevati k boljšemu razumevanju, kako lahko vodstvo preko učinkovite komunikacije izboljša angažiranost, motivacijo ter produktivnost zaposlenih, kar lahko vodi v boljše poslovne rezultate organizacije.

Metode: Pri raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop. Kot glavni instrument za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik, ki je bil sestavljen iz večine vprašanj v obliki Likertove lestvice. Vprašanja so se nanašala na različne vidike komunikacije med zaposlenimi in vodstvom ter vlogo vodstva pri tem procesu. Vprašalnik je bil razdeljen med 17 zaposlenih v podjetju Očesni center Vidim Celje. Raziskava je potekala v obdobju dveh tednov, vključno z razdelitvijo vprašalnikov, zbiranjem in obdelavo podatkov. Za analizo podatkov smo uporabili statistične metode, kot so povprečje, minimum in maksimum.

Rezultati: Na področju komunikacije z zaposlenimi smo opazili visoko oceno trditve, ki poudarja pomen komunikacije za uspešnost podjetja. Kljub temu pa smo ugotovili nezadovoljstvo z rednostjo obveščanja o novostih in spremembah. Na področju

lastnosti vodje smo opazili, da se zaposleni strinjajo, da vodja spodbuja samostojnost pri delu. Vendar pa smo našli tudi področja, kjer obstaja prostor za izboljšave, kot je vodjeva sposobnost motiviranja zaposlenih. Zaposleni, ki delajo v podjetju več kot šest let, so v povprečju ocenjevali komunikacijo z zaposlenimi slabše kot tisti, ki so zaposleni manj kot šest let.

Razprava: Pri primerjavi naših rezultatov z drugimi raziskavami na področju vodenja in komunikacije se kažejo podobnosti, še posebej glede poudarjanja pomena učinkovite komunikacije za organizacijsko uspešnost. Priporočila za strokovno rabo vključujejo implementacijo pisnih kanalov obveščanja, organiziranje delavnic o komunikaciji ter sistematično izboljšanje letnih razgovorov za boljše razumevanje potreb in pričakovanj zaposlenih.

Ključne besede: organizacijska klima, zadovoljstvo, motivacija, produktivnost, hierarhija, prenos informacij

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Vodenje in komunikacija sta ključna elementa uspešnega delovanja organizacij v današnjem poslovnem svetu. Vloga vodenja v smislu usmerjanja, motiviranja in podpiranja zaposlenih ter pomen komunikacije pri vzpostavljanju in ohranjanju učinkovitega delovnega okolja sta ključna za doseganje organizacijskih ciljev. V današnjih podjetjih in organizacijah se pogosto spopadajo s težavami zaradi pomanjkljivega vodenja ali neustrezne komunikacije. Identifikacija problema se kaže v nedoslednosti vodenja, pomanjkanju jasne komunikacije in neustreznem upravljanju zaposlenih, kar negativno vpliva na delovno vzdušje, učinkovitost ter zadovoljstvo zaposlenih. Omenjena težava zajema širok spekter organizacijskih struktur in se lahko pojavlja v različnih panogah in velikostih podjetij. Posledice neustreznega vodenja in komunikacije vplivajo na celotno organizacijsko vzdušje ter motivacijo zaposlenih. Nesposobnost reševanja težav, omenjenih zgoraj, lahko vodi v izgubo produktivnosti zaposlenih, pogoste menjave (fluktuacije) delavcev, zmanjšanje kakovosti storitev ali izdelkov ter poslabšanje ugleda podjetja na trgu dela. Povzroči lahko tudi notranje konflikte in zmanjšano motivacijo zaposlenih, kar dolgoročno ogroža stabilnost in ne nazadnje tudi obstoj podjetja. Kljub številnim raziskavam na področju vodenja in komunikacije v organizacijah še vedno manjka podrobnih analiz s področij vpliva različnih slogov vodenja na delovno uspešnost, učinkovitosti komunikacijskih kanalov ter strategij za izboljšanje vodenja in komunikacije z zaposlenimi. Namen raziskovalne naloge je razumeti vlogo vodenja in pomen komuniciranja z zaposlenimi v podjetju Očesni center Vidim Celje.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je pridobiti natančen pregled obstoječega znanja in raziskav na področju vodenja in komunikacije v organizacijah. Iskalna strategija je bila zasnovana tako, da je zajemala ključne besede, povezane z vodenjem in komunikacijo. Iskalne metode so vključevale pridobivanje fizičnega gradiva iz knjižnice ter uporabo podatkovne baze Google Scholar. Iskanje je bilo omejeno na objave zadnjih desetletij, s poudarkom na znanstvenih člankih od leta 2010 in knjig od leta 2000. Iskalna strategija je zajemala naslednje ključne besede v slovenščini in angleščini: vodenje (leadership), komunikacija (communication), zaposleni (employees). Pregled literature je bil osredotočen na najnovejše raziskave in teorije na temo, pri čemer je bil poudarek na tem, da so vključeni viri verodostojni, relevantni in prispevajo k celovitemu razumevanju problema ter k oblikovanju smernic za reševanje izzivov vodenja in komunikacije v organizacijah. V pregled literature smo vključili približno 25 virov.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Največji vpliv na zaposlene v podjetjih imajo vodje. Njihova osnovna naloga je, da druge spodbudijo k boljšemu opravljanju dela. Vodje nadzirajo in usmerjajo zaposlene, da dosegajo načrtovane cilje podjetja. V podjetju vodje skrbijo za koordinacijo aktivnosti, da so pravočasno opravljene in pri tem uporabljajo vse veščine komuniciranja ter poznavanje psihologije (Račnik, 2010). Pri tem pa lahko opazimo, da se vodje zelo razlikujejo po uspešnosti vplivanja na druge. Vodenje najpogosteje opredeljujejo kot proces, pri katerem je poudarjeno vplivanje na druge osebe ali skupine z namenom, da bi dosegli skupne cilje organizacije (Batista-Taran et al., 2009). Pri uspešnih vodjih raziskovalci pogosto zasledijo lastnosti, kot so prilagodljivost, zanesljivost, tolerantnost do negotovosti in odpornost na stres, strateško razmišljanje, tekmovalnost ter visoko izražene potrebe po dosežkih/uspehih. Med pomembne karakteristike spadajo tudi zelo razvite komunikacijske in medosebne veščine, učinkovito interakcijo s sodelavci, sposobnost odločanja in samozavest (Azhar et al., 2012). Uspešen vodja daje zgled in zna motivirati zaposlene, da svoje delo dobro opravijo. Pri nastalih težavah zna vodja usmerjati svoje zaposlene, jih spodbujati, da so inovativni in ustvarjalni. Uspešen vodja ima tudi vizijo in vidi prihodnost, ki jo želi ustvarjati. Zavzema se za stalni razvoj podjetja in si želi obdržati dobre delavce (Škufca, 2021).

Novejši dvodimenzionalni modeli izhajajo iz prepričanja, da je za dobro vodenje pomembno dvoje: doseganje rezultatov ter zadovoljstvo in dobri medosebni odnosi

med zaposlenimi. Kombinacija obeh dimenzij – skrb za proizvodnjo in skrb za ljudi zajema pet tipov vodenja (Fink et al., 2009):

1. Brezbrižno vodenje: vodja se ne zanima niti za ljudi niti za izpolnjevanje delovnih nalog.
2. Avtoritativno vodenje: vodja skrbi le za dobro opravljanje nalog, od zaposlenih pričakuje, da so poslušni in izpolnjujejo ukaze.
3. Uravnovešeno vodenje: vodja si enakomerno prizadeva za izvajanje nalog in za motiviranje zaposlenih ter dobre medosebne odnose.
4. Klubsko vodenje: poudarek vodenja je na zadovoljevanju potreb zaposlenih in na dobrih medosebnih odnosih, kar vpliva na ugodno ozračje in lagoden delovni tempo, pri čemer storilnost ni pomembna.
5. Timsko vodenje: vodi do medsebojnega zaupanja in spoštovanja; zaposleni čutijo pripadnost organizaciji in ciljem zaradi spodbujanja dobrih odnosov in zadovoljevanja potreb zaposlenih, zato si prizadevajo za uspešno opravljanje delovnih nalog; vodja deli vodenje med zaposlene.

Uspešno vodenje naj bi upoštevalo naslednjih osem osnovnih načel (Drucker, 2004):

1. Spraševati se je treba, kaj je treba storiti.
2. Spraševati se je treba, kaj je koristno in prav za podjetje.
3. Razvijati je treba akcijske načrte.
4. Prevzemati je treba odgovornost za sprejete odločitve.
5. Prevzemati je treba odgovornost za komuniciranje.
6. Pozornost se raje usmerja na priložnosti kot na probleme.
7. Voditi je treba produktivne sestanke.
8. Misliti in govoriti je treba v množini, ne pa v ednini (»mi«, ne »jaz«).

Vloga vodenja v organizaciji je ključna za ustvarjanje vizije, postavljanje ciljev, motiviranje zaposlenih ter zagotavljanje usmeritve in strukture za dosego teh ciljev. Vodje so odgovorni za vzpostavitev organizacijske kulture, ki spodbuja in podpira učinkovito delo, in za zagotavljanje jasnosti in doslednosti vodstva (Jabbar & Hussein, 2017). Pomemben del vodenja je tudi sposobnost vključevanja zaposlenih v odločanje ter ustvarjanje sodelovalnega in spodbudnega delovnega okolja. Vodje morajo razumeti potrebe, interese in pričakovanja svojih zaposlenih ter se prilagajati različnim osebnostim in motivacijskim dejavnikom. Skrb za razvoj zaposlenih, njihovo usposabljanje in mentorstvo so ključni dejavniki, ki omogočajo rast in razvoj posameznikov ter organizacije kot celote (Naile & Selesho, 2014).

Povezava med vodenjem in komunikacijo je ključnega pomena za uspešno delovanje organizacij. Vodenje ne more obstajati brez učinkovite in transparentne komunikacije, saj je slednja osnovni mehanizem, ki omogoča prenos vizije, ciljev in pričakovanj vodstva na zaposlene. S tem ko vodje jasno in dosledno komunicirajo svoje cilje ter pričakovanja, zagotavljajo usmeritve in razumevanje, ki so ključni za motivacijo in uspešnost zaposlenih. Prav tako pa je učinkovita komunikacija ključnega pomena pri vzpostavljanju zaupanja med vodstvom in zaposlenimi ter pri reševanju morebitnih konfliktov in težav v organizaciji. Zato je nenehno razvijanje komunikacijskih veščin in ustvarjanje odprtega, dvosmernega komunikacijskega toka ključno za uspešno vodenje in delovanje organizacije (Gordon & Yukl, 2004).

Komunikacijo lahko najbolj preprosto definiramo kot proces, v katerem se posreduje informacija od nekega oddajnika do prejemnika. Celoviteje jo lahko opredelimo kot interakcijo med oddajnikom in sprejemnikom, kar pomeni, da sta poleg oddajanja pomembna še procesa sprejemanja in vzpostavljanja odnosa (Fink & Stare Draginc, 2003). Komuniciranje predstavlja eno bistvenih dejavnosti, ki omogoča obstoj in razvoj posamezniku in organizaciji. Komuniciranje spremlja človeka skozi vse njegovo življenje. Komuniciramo sami s seboj, s prijatelji, znanci, sodelavci ... Je tako običajna dejavnost, da jo jemljemo kot nekaj samoumevnega (Kavčič, 2002).

Med elemente komunikacijskega procesa štejemo (Fink & Stare, 2003):

- Oddajnik ali pošiljatelj je oseba, ki sporočilo oddaja in kodira ter je pobudnik komunikacijskega procesa.
- Prejemnik je oseba, ki ji je sporočilo namenjeno in ki sporočilo prejme.
- Sporočilo vsebuje informacije, ki jih želi pošiljatelj (oddajnik) prenesti prejemniku.
- Komunikacijski kanal je pot, po kateri potuje sporočilo od oddajnika do sprejemnika.
- Povratna zveza ali informacija je odgovor sprejemnika na oddajnikovo sporočilo.
- Šum je vsaka motnja v procesu komuniciranja.

Komuniciranje lahko razdelimo glede na različne kriterije (Kavčič, 2004):

- Glede na obliko oz. uporabljene simbole ločimo besedno in nebesedno komuniciranje.
- Glede na razdaljo med udeleženci ločimo neposredno ali direktno (iz oči v oči) in posredno ali indirektno komuniciranje (na daljavo, preko telefona, faksa, dopisov).

- Glede na smer sporazumevanja ločimo enosmerno, dvosmerno in večsmerno komuniciranje.
- Glede na udeležence v komunikacijskem procesu in glede na uporabljene poti, po katerih sporočila potekajo, so oblike naslednje:
    - Intraosebno ali intrapersonalno komuniciranje (posameznik komunicira sam s seboj, s svojim notranjim govorom kritizira sam sebe, misli v besedah, podobah).
    - Medosebno ali interpersonalno komuniciranje (neposredno komuniciranje med dvema ali več osebami – pogovor, sestanek).
    - Skupinsko komuniciranje (skupine ljudi komunicirajo med seboj).
    - Organizacijsko komuniciranje (predvideno s pravili organizacije, statusom in vlogami udeležencev).
    - Javno komuniciranje (komuniciranje prek sredstev množičnega obveščanja – medijev, informativno, povezovalno in izobraževalno komuniciranje).
- Glede na modaliteto oz. vrsto zaznavnega kanala ločimo: vizualno, avditorno, kinestetično, olfaktorno in gustatorno komunikacijo (prejemniki so lahko vid, sluh, površina telesa, voh in okus).

Poslovno komuniciranje je podpomenka splošnega komuniciranja, ki je ciljno in gospodarno naravnano in je stalno prisotno v vseh poslovnih procesih (Prevodnik & Znidaršič, 2005). Je ena izmed najpomembnejših dejavnosti managerjev in strokovnjakov v organizacijah. Je temeljni gradnik vsake organizacije, saj omogoča prenos informacij, idej, navodil in povratnih informacij med vodstvom in zaposlenimi ter med sodelavci. Učinkovito poslovno komuniciranje je pogoj za uspešnost v poklicih, kjer gre za delo z ljudmi (Možina et al., 2004). Sposobnost dobre komunikacije, tako ustne kot pisne, je odločilna managerska sposobnost in temelj učinkovitega vodenja. Komunikacija dovoljuje vodjam ustanovitev in ohranitev medsebojnih odnosov, poslušati zaposlene in pridobivati informacije za kreiranje inspiracijskega delovnega okolja (Schermerhorn, 2001). Razne oblike poslovnega komuniciranja omogočajo dajanje ali dobivanje informacij, vzdrževanje poslovnih stikov, delovanje in prenos idej, zamisli ter rešitev, reševanje tekočih in potencialnih problemov, raziskovalno in razvojno dejavnost, medsebojno izmenjavo podatkov in mnenj ipd. Med vrste poslovnega komuniciranja štejemo poslovni razgovor, poslovni sestanek, javni nastop in prestavitev, pisno komuniciranje (Muhič, 2004). Namen komuniciranja z zaposlenimi je spodbujanje občutka pripadnosti, učenje in zagotavljanje boljšega dela ter povečevanje zadovoljstva pri delu. Komuniciranje omogoča doseganje cilja podjetja

(Awad & Alhashemi, 2012). Učinkovita komunikacija prispeva k jasnosti, razumevanju, zaupanju in sodelovanju v organizaciji, kar pa lahko pozitivno vpliva na motivacijo, angažiranost, produktivnost in zadovoljstvo zaposlenih (Sadia et al., 2016).

Jasna in poštena komunikacija pomaga vzpostaviti zaupanje med vodstvom in zaposlenimi. Ko se zaposleni počutijo, da jih vodstvo informira, se poveča njihova zavzetost in lojalnost do organizacije. Učinkovita komunikacija omogoča vodjem, da jasno predstavijo cilje in pričakovanja ter usmerjajo delovanje zaposlenih v smeri skupnih ciljev. Z odprto komunikacijo vodja spodbuja sodelovanje med zaposlenimi, kar vodi v večjo produktivnost in ustvarjalnost pri delu (Madlock et al., 2007).

Navdihujoča vodstvena sposobnost je ključna za gradnjo trdnih odnosov med vodstvom in zaposlenimi ter za ustvarjanje pozitivnega in uspešnega delovnega okolja. Ko zaposleni začutijo navdih in motivacijo, da sledijo vodji, se poveča angažiranost, produktivnost in dolgoročna uspešnost organizacije (Bonau, 2017). Vodja, ki navdihuje, jasno predstavi vizijo in cilje organizacije na način, ki sodelavcem daje občutek smisla in pripadnosti. S tem se zaposleni bolj zavzeto osredotočijo na skupne cilje. Navdihujoči vodja vzpostavlja zaupanje med zaposlenimi, saj s svojim zgledom, integriteto in poštenim delovanjem gradi temelje za trdne odnose znotraj organizacije (Sinek, 2009). Zaposleni se počutijo bolj zaupanja vredni in varni v okolju, ki ga vodja ustvarja. Zaposleni, ki so navdihnjeni, so bolj pripravljeni razmišljati zunaj ustaljenih okvirov, izražati nove ideje in iskati inovativne rešitve. Navdihujoči vodja spodbuja ustvarjalno razmišljanje in sprejemanje tveganj, kar lahko privede do razvoja inovativnih rešitev in izboljšav v organizaciji (Bonau, 2017).

Komunikacijske spodobnosti dobrih vodij (Luthra, 2015):

- Jasno komuniciranje: Vodja naj uporablja jasen, razumljiv jezik in preproste komunikacijske kanale, da bi zagotovil, da so informacije prenesene brez zmede ali dvoumnosti.
- Poslušanje: Pomembno je, da vodja aktivno posluša mnenja, ideje in skrbi zaposlenih ter upošteva njihove perspektive pri odločanju.
- Dajanje povratnih informacij: Vodja naj redno daje konstruktivne povratne informacije o delu in dosežkih zaposlenih, da bi jih spodbudil k nadaljnjemu razvoju in rasti.
- Empatija: Vodja naj razvije empatijo in se zaveda čustvenega stanja svojih sodelavcev, da bi lahko ustrezno odgovoril na njihove potrebe in skrbi.
- Transparentnost: Pomembno je, da vodja deli relevantne informacije o stanju organizacije in odločitvah vodstva, da bi ohranil zaupanje in angažiranost zaposlenih.

Pomembno je, da je komunikacija v organizaciji dvosmerna, kar pomeni, da se informacije ne prenašajo le od vodstva do zaposlenih, temveč tudi obratno. Zaposleni morajo imeti možnost, da izrazijo svoja mnenja, pomisleke in ideje ter da so slišani in upoštevani pri odločitvah, ki vplivajo na njihovo delo in življenje v organizaciji. S tem se krepi občutek pripadnosti, motivacije in angažiranosti zaposlenih ter omogoča ustvarjanje inovativnega in prilagodljivega delovnega okolja (Marchalina, 2017). Poleg tega je pomembno, da je komunikacija v organizaciji transparentna, kar pomeni, da so informacije in odločitve jasno in pravočasno posredovane zaposlenim ter da se zanje zagotovita ustrezno pojasnilo in razumevanje. Pomanjkanje transparentnosti lahko vodi v negotovost, zmedo in nezaupanje med zaposlenimi ter lahko negativno vpliva na njihovo delovno uspešnost in zadovoljstvo (de Ridder, 2004). Jasna in konkretna komunikacija zmanjšuje nesporazume, spodbuja učinkovite delovne procese ter izboljšuje izvedbo nalog. Uspešna podjetja dajejo prednost komunikacijskim strategijam, ki spodbujajo transparentnost, vključenost in podporno interakcijo, da se spodbujata zadovoljstvo pri delu in razvoj kulture uspeha (Enyan, 2023).

Vzpostavljanje učinkovite komunikacije zahteva tudi uporabo različnih komunikacijskih kanalov in tehnik, prilagojenih potrebam in preferencam zaposlenih ter naravi sporočil. To lahko vključuje uporabo sestankov, e-pošte, internih socialnih omrežij, spletnih platform, osebnih pogovorov in drugih komunikacijskih orodij, ki omogočajo hitro, enostavno in učinkovito izmenjavo informacij v organizaciji (Kalogiannidis, 2020). Pomembno je tudi razvijanje komunikacijskih veščin pri vodstvu in zaposlenih, kar vključuje sposobnost poslušanja, postavljanja vprašanj, izražanja jasnih in konkretnih sporočil ter sprejemanja povratnih informacij. Razumevanje različnih stilov komuniciranja, kulturnih razlik in jezikovnih preferenc lahko prispeva k boljšemu medsebojnemu razumevanju in sodelovanju v organizaciji (de Ridder, 2004).

V organizacijah, kjer sta vodenje in komunikacija usklajena in podprta, lahko pričakujemo boljše delovne rezultate, višjo stopnjo angažiranosti in zadovoljstva zaposlenih ter večjo stopnjo inovativnosti in prilagodljivosti. Zaposleni, ki se počutijo slišani, razumljeni in podprti s strani vodstva, so bolj motivirani za doseganje ciljev organizacije in so pripravljeni prevzemati odgovornost ter se aktivno vključevati v delovne procese (Kalogiannidis, 2020). Kljub pomembnosti vodenja in komunikacije pa se v praksi pojavljajo številni izzivi in ovire, ki lahko otežujejo njuno učinkovito izvajanje. Med najpogostejše težave sodijo pomanjkanje jasnosti in doslednosti vodstva, neustrezno upravljanje s spremembami, pomanjkanje komunikacijskih veščin in praks, kulturne razlike, jezikovne ovire, preobremenjenost s sporočili in informacijami ter neenakomerna dostopnost do komunikacijskih kanalov (Enyan, 2023).

Ovire v komunikaciji vodje lahko nastanejo, zaradi čustev ali različnih izhodišč. Vodja ima podrejene, ki čutijo drugače in gledajo na stvari drugače. Ovira v komunikaciji nastane, ko vodja ne pove jasno in razumno, kaj želi, da podrejeni naredijo. Podrejeni so premalo motivirani, da bi bili pripravljeni opraviti delo, ki ga vodja od njih želi. Vsak nesporazum v komunikaciji predstavlja oviro, ki izzove vodjo, da ga reši (Škufca, 2021).

3 METODE

Cilj raziskave je razumeti in analizirati vpliv komunikacije med zaposlenimi in vodstvom na zadovoljstvo ter produktivnost zaposlenih v organizaciji. Z izvedbo raziskave si prizadevamo razkriti ključne dejavnike, ki vplivajo na učinkovitost komunikacije v delovnem okolju ter identificirati morebitne pomanjkljivosti ali izzive v tem procesu. Identificirati želimo tudi lastnosti vodij v podjetju in prakse ter vidike vodenja, ki bi se po mnenju zaposlenih lahko izboljšale in s tem vplivale tudi na samo učinkovitost vodenja in komunikacije z zaposlenimi. Pri raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop (vprašalnik).

Raziskovalna vprašanja, ki so nas usmerjala pri zbiranju podatkov:

1. Kako zaposleni dojemajo kakovost, uspešnost in pogostost komunikacije s strani vodstva?
2. Kakšna je percepcija zaposlenih glede jasnosti in dostopnosti informacij, ki jih prejemajo od vodstva?
3. Kakšen vpliv na delovne razmere in motivacijo zaposlenih imajo osebe na vodilnih položajih v podjetju?
4. Kakšna je povezanost med zadovoljstvom zaposlenih, produktivnostjo ter učinkovitostjo komunikacije v organizaciji?

3.1 Zbiranje podatkov

Kot glavni instrument za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik, ki je bil sestavljen iz večine vprašanj v obliki Likertove lestvice. Vprašanja so se nanašala na različne vidike komunikacije med zaposlenimi in vodstvom ter vlogo vodstva pri tem procesu. Dve vprašanji sta bili odprtega tipa, saj smo od zaposlenih želeli pridobiti mnenje o možnostih izboljšav na področju vodenja in komunikacije v podjetju.

3.2 Vključeni v raziskavo

Raziskovalna vprašanja se nanašajo na vse zaposlene v podjetju Očesni center Vidim Celje. Število udeležencev v raziskavi je bilo 17. Vključitveni kriteriji za sodelovanje v

raziskavi so vključevali delovno aktivne zaposlene, ki so bili pripravljeni prostovoljno sodelovati v študiji.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Raziskava je potekala v obdobju dveh tednov v aprilu 2024. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo vprašalnikov, ki smo jih kasneje analizirali. Postopek pridobivanja soglasij za izvedbo raziskave je potekal na način, da so vsi udeleženci pred začetkom raziskave prejeli informacije o namenu in poteku raziskave ter imeli možnost prostovoljne in anonimne udeležbe.

3.4 Obdelava podatkov

Obdelava podatkov je potekala v programu Microsoft Excel, kjer smo uporabili metodo izdelave grafov, tabel in statistične analize (povprečje, minimum in maksimum).

4 REZULTATI

Udeležencev v naši raziskavi je bilo skupno 17, od tega 5 (29 %) moških in 12 (71 %) žensk. Večina (47 %) je v podjetju zaposlenih že 6 do 10 let, 35 % 3 do 5 let, 12 % do 2 leti in 6 % nad 11 let. Večina zaposlenih (82 %) z veseljem prihaja v službo.

Z ocenami 1–5 (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti niti, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam) so zaposleni ocenjevali trditve, vezane na dve področji: komunikacijo z zaposlenimi in lastnosti nadrejenega (vodje). V ocenjevalni tabeli o komunikaciji z zaposlenimi je najboljšo oceno (4,9) prejela trditev »'Menim, da komunikacija v podjetju vpliva na njegovo uspešnost«, najslabšo (2,9) pa »O vseh novostih in spremembah smo redno obveščeni«. Rezultati vseh trditev glede komunikacije z zaposlenimi skupaj s statističnimi spremenljivkami so predstavljeni v Tabeli 1. V ocenjevalni tabeli o vodji je najboljšo oceno (4,5) prejela trditev »Vodja spodbuja samostojnost pri delu«, najslabšo (3,4) pa »'Vodja me motivira«. Rezultati vseh ocenjevanih trditev o lastnostih nadrejenega oz. vodje so predstavljeni v Tabeli 2.

Pri vprašanjih odprtega tipa je skoraj polovica zaposlenih pustila prazna polja. Pri zaposlenih, ki so odgovarjali, so bili rezultati precej podobni. Med vidike vodenja in komunikacije, ki bi po mnenju zaposlenih potrebovali izboljšave, spadajo predaja in posredovanje informacij, medsebojni odnosi, jasna navodila, več skupnih sestankov, točnost navodil in upoštevanje dogovorov. Med orodja ali prakse, ki bi po mnenju zaposlenih lahko izboljšala učinkovitost vodenja in komunikacije, spadajo pisni kanali obveščanja, povečan tok informacij, jasne in enotne informacije, delavnice o komunikaciji ter izboljšani letni razgovori.

Rezultati analize podatkov kažejo na to, da so zaposleni, ki delajo v podjetju več kot šest let, v povprečju ocenjevali komunikacijo z zaposlenimi slabše kot tisti, ki so zaposleni manj kot šest let.

Tabela 1: *Stališča zaposlenih glede komunikacije z zaposlenimi*

	x̄	**min**	**max**
Komunikacija z vodstvom je jasna in razumljiva.	3,5	1	5
Komunikacija v podjetju je sproščena.	3,9	2	5
Med vodstvom in zaposlenimi prevladujejo dobri odnosi.	3,6	1	5
O vseh novostih in spremembah smo redno obveščeni.	2,9	1	5
Vodje nam dajejo informacije o naših rezultatih dela in uspešnosti.	3,1	1	5
Menim, da komunikacija v podjetju vpliva na njegovo uspešnost.	4,9	4	5
Pri reševanju konfliktov med zaposlenimi smo uspešni.	3,5	1	5

Legenda: min – minimum; max – maksimum; x̄– povprečna vrednost

Tabela 2: *Stališča zaposlenih glede nadrejenega (vodje)*

	x̄	min	max
Me motivira.	3,4	1	5
Pozna moje delo.	3,9	1	5
Spodbuja samostojnost pri delu.	4,5	4	5
Upošteva mnenja drugih.	3,8	1	5
Ceni dobro opravljeno delo.	4,1	1	5
Si prizadeva za zagotavljanje dobrih delovnih razmer.	3,6	1	5
Mu/ji zaupam.	3,8	1	5

Legenda: min – minimum; max – maksimum; x̄ – povprečna vrednost

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Rezultati naše raziskave so primerljivi z rezultati primerljivih raziskav in diplomskih del. Rezultati ene izmed raziskav iz lanskega leta (Enyan, 2023) tudi navajajo še vedno prisotne ovire v komunikaciji, kamor sodijo pomanjkanje jasnosti vodstva, neustrezno upravljanje s spremembami in neenakomerna dostopnost do komunikacijskih kanalov. V raziskavi iz leta 2004 (de Ridder, 2004) so dokazali povezavo med pomanjkanjem transparentnosti in negotovostjo, zmedo in nezaupanje med zaposlenimi v petih različnih organizacijah, kar je negativno vplivalo na njihovo delovno uspešnost in zadovoljstvo. V raziskavi z vključenimi 550 zaposlenimi v večjih podjetjih v Maleziji so leta 2017 (Marchalina, 2017) ugotovili, da se pri zaposlenih, ki imajo možnost izraziti svoja mnenja in ideje ter da so slišani in upoštevani pri odločitvah, krepi občutek pripadnosti in motivacije. V raziskavi iz leta 2014 (Naile & Selesho, 2014) so potrdili, da vodstvena vedenja, ki vključujejo gradnjo zaupanja, učinkovita predaja informacij, spodbujanje kreativnosti in poudarjanje razvoja, pozitivno

vplivajo na motivacijo zaposlenih in njihovo pripadnost podjetju. Novak (Novak, 2011) je v svojem diplomskem delu raziskovala komuniciranje med vodji in zaposlenimi v vodnem mestu Atlantis. Ugotovila je, da so zaposleni dokaj dobro obveščeni o poteku dela in novostih v podjetju, vendar pa področni vodji pozabljajo na pomembnost povratnih informacij o njihovi delovni uspešnosti. Večina zaposlenih je menila, da vodstvo v večji meri probleme rešuje samo, brez posvetovanja s svojimi zaposlenimi, ki pogostokrat mnogo bolje poznajo težavno situacijo in bi s sodelovanjem pripomogli pri reševanju težav. Zaposleni so bili nezadovoljni tudi z nekaterimi praksami komunikacije s strani vodstva, kot npr. neupoštevanje njihovih mnenj, neaktivno reševanje težav in slaba organiziranost. V diplomskem delu iz leta 2006 (Bajda, 2006) so raziskovali vlogo in pomen komuniciranja v okviru vodenja v srednje velikem podjetju s področja strojegradnje v Sloveniji. Med ugotovitvami navajajo probleme, kot so nejasno komunikacijo s strani vodstva, nejasni kriteriji napredovanja in nepravočasno sprejemanje odločitev. Zaposleni so menili, da njihov trud ni dovolj cenjen.

Naša raziskava se osredotoča na vpliv vodenja in komunikacije na zadovoljstvo zaposlenih v podjetju. Na podlagi pridobljenih podatkov smo identificirali več ključnih ugotovitev, ki lahko prispevajo k razumevanju tega kompleksnega področja. Večina zaposlenih v naši raziskavi, natančneje 82 %, izraža zadovoljstvo pri odhodu v službo. To lahko kaže na pozitiven odnos do delovnega okolja in organizacijskega vzdušja, kar je pomembno za dolgoročno uspešnost podjetja. Kljub temu pa smo ugotovili nekaj področij, kjer bi lahko izboljšave pripomogle k še večjemu zadovoljstvu zaposlenih.

Na področju komunikacije z zaposlenimi smo opazili visoko oceno trditve, ki poudarja pomen komunikacije za uspešnost podjetja. To nakazuje zavedanje zaposlenih o pomembnosti transparentne in učinkovite komunikacije v organizaciji. Kljub temu pa smo ugotovili nezadovoljstvo z rednostjo obveščanja o novostih in spremembah, kar kaže na potrebo po izboljšanju komunikacijskih kanalov in postopkov. Na področju lastnosti vodje smo opazili, da se zaposleni strinjajo, da vodja spodbuja samostojnost pri delu, kar je ključnega pomena za motivacijo in produktivnost zaposlenih. Vendar pa smo našli tudi področja, kjer obstaja prostor za izboljšave, kot je vodjeva sposobnost motiviranja zaposlenih.

Pomembno je tudi omeniti, da so zaposleni, ki delajo v podjetju več kot šest let, v povprečju ocenjevali komunikacijo z zaposlenimi slabše kot tisti, ki so zaposleni manj kot šest let. To kaže na potencialni problem kontinuitete in izgube kakovosti komunikacije čez čas ter poudarja potrebo po stalnem izboljševanju komunikacijskih procesov v podjetju.

Pri primerjavi naših rezultatov z drugimi raziskavami na področju vodenja in komunikacije se kažejo podobnosti, še posebej glede poudarjanja pomena učinkovite

komunikacije za organizacijsko uspešnost. Ta konsistentnost lahko okrepi verodostojnost naših ugotovitev in podpre nujnost nadaljnjih prizadevanj za izboljšanje komunikacijskih praks v organizaciji.

Priporočila za strokovno rabo vključujejo implementacijo raznolikih virov obveščanja, ne le pisnih, kot so video nagovori. Predvsem pa priporočamo več osebne komunikacije v obliki stalnega dialoga, organiziranje delavnic o komunikaciji ter sistematično izboljšanje letnih razgovorov za boljše razumevanje potreb in pričakovanj zaposlenih.

Glede na omejitve naše raziskave, kot sta majhen vzorec in morebitna pristranskost odgovorov, bi bilo smiselno nadaljnje raziskovanje izvesti na večjem vzorcu in uporabo različnih metod za zbiranje podatkov, kar bi pripomoglo k boljši zanesljivosti in veljavnosti rezultatov.

6 SEZNAM LITERATURE

Awad, A. T. & Alhashemi, E. S. (2012). Assessing the effect of interpersonal communications on employees' commitment and satisfaction. *International Journal of Islamic and Middle Eastern Finance and Management,* 5(2), 134-156. https://doi.org/10.1108/17538391211233425

Azhar, A., Ikram, S., Rashid, S. & Saqib, S. (2012). The Role of Leadership in Strategy Formulation and Implementation. *International Journal of Management and Organizational Studies,* 1(2), 32-38.

Bajda, T. (2006). *Vpliv stila vodenja na zadovoljstvo zaposlenih z odnosom z nadrejenimi.* [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani]

Batista-Taran, L. C., Shuck, M. B., Gutierrez, C. C., & Baralt, S. (2009). The role of leadership style in employee engagement. *Proceedings of the Eight Annual College of Education & GSN Research Conference*,15-20.

Bonau, S. (2017). How to become an Inspirational Leader, and what to avoid. *Journal of Management Development,* 36(5). http://dx.doi.org/10.1108/JMD-03-2015-0047

De Ridder, J. (2004). Organisational communication and supportive employees. Human Resource Management Journal, 14(3), 20-30. https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2004.tb00124.x

Drucker, F. P. (2004). *Kako postati učinkovit manager?* Ljubljana: Manager.

Enyan, M., Bangura, N. J., Asumu Mangue, M. P. A. & Abban, O. J. (2023). Impact of Communication on Employees' Job Satisfaction: A Review. *International Journal of Multidisciplinary Research,* 9(7), 191-199. https://doi.org/10.36713/epra13815

Fink, I. & Stare Draginc, A. (2003). *Koncepti in veščine komuniciranja*. Ekonomska šola, Višja strokovna šola.

Fink, I., Goltnik Urnaut, A. & Števančec, D. 2009. *Poslovno komuniciranje*. Zavod IRC.

Gordon, A. & Yukl, G. 2004. The Future of Leadership Research: Challenges and Opportunities. *German Journal of Human Resource Research,* 18(3), 359-365. doi: 10.1177/239700220401800307

Jabbar, A. A. & Hussein, A. M. (2017). The Role of Leadership in Strategic Management. *International Journal of Research - Granthaalayah,* 5(5), 99-106. https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v5.i5.2017.1841

Kalogiannidis, S. (2020). Impact of Effective Business Communication on Employee Performance. *European Journal of Business & Management Research*, 5(6). http://dx.doi.org/10.24018/ejbmr.2020.5.6.631

Kavčič, B. (2002). *Poslovno komuniciranje.* Ekonomska fakulteta v Ljubljani.

Kavčič, B. (2004). *Osnove poslovnega komuniciranja*. Ekonomska fakulteta v Ljubljani.

Madlock, P. E., Martin, M. M., Bogdan, L. & Ervin, M. (2007). The Impact of Communication Traits on Leader-Member Exchange. *Human Communication*, 10(4), 451-464.

Marchalina, L. (2017). The Effect of Internal Communication on Employees' Commitment to Change in Malaysian Large Companies. *Business Management and Strategy,* 8(1). 10.5296/bms.v8i1.10629

Možina, S., Tavčar, M. I., Zupan, N. & Kneževič, A. N. (2004). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti.* Maribor: obzorja, založništvo in izobraževanje.

Muhič, M. (2004). *Pomen komunikacije pri upravljanju raznolikosti zaposlenih*. [diplomsko delo, Univerza v Mariboru]

Naile, I. & Selesho, J. M. (2014). The Role of Leadership in Employee Motivation. *Mediterranean Journal of Social Sciences,* 5(3), 175-182. 10.5901/mjss.2014.v5n3p175

Novak, U. (2011). *Komuniciranje med vodji in zaposlenimi v vodnem mestu Atlantis*. [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani]

Prevodnik, M & Znidaršič, J. (2005). *Poslovno komuniciranje: Vaje*. Ekonomska fakulteta Ljubljana.

Račnik, M. (2010). *Postani najboljši vodja*. Samozaložba Ljubljana.

Sadia, A., MohdSalleh, B., Abdul Kadir, Z. & Sanif, S. (2016). The Relationship between Organizational Communication and Employees Productivity with New Dimensions of Effective Communication Flow. *Journal of Business and Social Review in Emerging Economies,* 2(2), 93-100. https://doi.org/10.26710/jbsee.v2i2.35

Schermerhorn, J. (2004). *Management.* John Wiley & Sons.

Sinek, S. (2009). *Start with why: how great leaders inspire everyone to take action*. Penguin Group.

Škufca, T. T. (2021). *Vloga in pomen komuniciranja v okviru vodenja*. [diplomsko delo, Univerza v Mariboru]

7 PRILOGE

ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljen/a. Sem Mateja Pušnik in v sklopu predmeta Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi raziskujem vlogo vodenja in pomen komuniciranja z zaposlenimi v podjetju Očesni center Vidim. Ker zato potrebujem vaša osebna mnenja, potrebujem tudi vašo pomoč. Anketa je popolnoma anonimna in namenjena izključno samo raziskavi. Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem.

1. Prosim, označite spol.
   a) Ženska
   b) Moški
2. Koliko časa ste že zaposleni v podjetju?
   a) Do 2 leti
   b) 3-5 let
   c) 6-10 let

d) Nad 11 let

3. Ali z veseljem odhajate v službo?

a) Da

b) Ne

4. Prosim, obkrožite številko, ki je najbližje vašemu mnenju.

KOMUNIKACIJA Z ZAPOSLENIMI					
Komunikacija z vodstvom je jasna in razumljiva	1	2	3	4	5
Komunikacija v podjetju je sproščena	1	2	3	4	5
Med vodstvom in zaposlenimi prevladujejo dobri odnosi	1	2	3	4	5
O vseh novostih in spremembah smo redno obveščeni	1	2	3	4	5
Vodje nam dajejo informacije o naših rezultatih dela in uspešnosti	1	2	3	4	5
Menim, da komunikacija v podjetju vpliva na njegovo uspešnost	1	2	3	4	5
Pri reševanju konfliktov med zaposlenimi smo uspešni	1	2	3	4	5

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

5. Prosim, obkrožite številko, ki je najbližje vašemu mnenju.

NADREJENI (VODJA)					
Me motivira	1	2	3	4	5
Pozna moje delo	1	2	3	4	5
Spodbuja samostojnost pri delu	1	2	3	4	5
Upošteva mnenja drugih	1	2	3	4	5
Ceni dobro opravljeno delo	1	2	3	4	5
Si prizadeva za zagotavljanje dobrih delovnih razmer	1	2	3	4	5
Mu/ji zaupam	1	2	3	4	5

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam

6. Kateri vidiki vodenja in komunikacije bi po vašem mnenju potrebovali izboljšave v vaši organizaciji?

_____

_____

7. Katera orodja ali prakse bi po vašem mnenju lahko izboljšala učinkovitost vodenja in komunikacije v vaši organizaciji?

Mnenja in zaznave medicinskih sester o enteralni prehrani po nazogastrični sondi v paliativni oskrbi

MATEJA TOPOLIČ, MAG. ZDR. NEGE
DOC. DR. SAŠA KADIVEC

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Medicinske sestre imajo pomanjkanje informacij, znanj in nasprotujoča mnenja glede enteralne prehrane po nazogastrični sondi v paliativni oskrbi pacienta.

Cilj projektnega dela: Cilj projektnega dela je raziskati in opisati mnenja in zaznave medicinskih sester o enteralni prehrani po nazogastrični sondi v paliativni oskrbi.

Metode: V raziskavi smo uporabili kvalitativno metodologijo. Izvedli bomo delno strukturiran intervju, povzet po Albanesi et al. (2020), ki bo vseboval pet vprašanj in dve podvprašanji. Udeleženke (diplomirane medicinske sestre) bodo izražale predvsem lastna mnenja o enteralnem hranjenju po nazogastrični sondi pacientov v paliativni oskrbi.

V intervjuje bomo vključili diplomirane medicinske sestre, ki imajo delovne izkušnje s paliativnimi pacienti in uporabo enteralne prehrane po nazogastrični sondi v patronažni službi. Z uporabo kodiranja in analize bomo podatke razčlenili, pregledali, primerjali, konceptualizirali in kategorizirali. Pridobljene posnetke intervjuja bomo v nadaljevanju kodirali, nato razdelili v podkategorije in izbrali glavno kategorijo.

Rezultati: Pridobljene informacije oziroma rezultate intervjuja smo združili v posamezne podkategorije. Podkategorije »izkušnje pacientov«, »prehranjevanje in pitje», doživljanje svojcev« in »mnenje medicinskih sester« ter nato izpostavljene kode nam povedo, da bi večina udeleženih v raziskavi za prehranjevanje raje uporabili parenteralno hranjenje, s čimer bi zagotovili manjši poseg v telo paliativnega pacienta. Menijo, da je parenteralno hranjenje prijaznejše do pacienta in enostavneje za uporabo. Medicinske sestre se spopadajo s svojimi stališči in mnenjem o morebitni prekinitvi nazogastrične sonde paliativnega pacienta, če je pri njem prisotna močna bolečina. Čeprav je lahko to najlažje prizadevanje za obvladovanje pacientove bolečine,

ni etično dopustno. Pri odločanju jih zaznamujejo etične in moralne dileme ter z njimi povezani čustveni odzivi.

Razprava: Številne raziskave so ustvarile dvome o uporabi nazogastrične sonde pri medicinskih sestrah. Nekatere menijo, da nazogastrično sondo odsvetujejo in je ne želijo uporabljati izključno zaradi bolečin, razjed in nekakovostnega življenja paliativnih pacientov, ki jih prinaša uporaba nazogastrične sonde. Medtem ko so druge medicinske sestre vztrajale pri uporabi nazogastrične sonde, saj pacientu niso želele še poslabšati prehranskega vzorca.

Enteralno hranjenje po nazogastrični sondi predstavlja za marsikatero medicinsko sestro velik izziv, saj je omenjeni način prehranjevanja pri pacientih in njihovih svojcih pogosto nezaželen. V našem raziskovalnem projektu smo s pomočjo kvalitativne raziskave ugotovili, da medicinske sestre nerade uporabljajo nazogastrično sondo in enteralno hranjenje zaradi bolečin in razjed ter ker želijo pred koncem življenja pacientu zagotoviti kakovostno življenje. Ugotovili smo, da bi se medicinske sestre veliko raje odločale za parenteralno prehranjevanje preko žile. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave o dejanskem vplivu nazogastrične sonde in enteralne prehrane na kakovost življenja paliativnih pacientov.

Ključne besede: nazogastrična sonda, paliativa, prehrana, medicinske sestre, oskrba

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Definicija paliativne oskrbe (angl. palliative care), povzeta po Svetovni zdravstveni organizaciji (World Health Organization [WHO], 2022), je celostna zdravstvena oskrba pacienta z življenjsko nevarno boleznijo in lajšanjem simptomov s preprečevanjem in lajšanjem trpljenja. Pacientu omogoča čim bolj aktivno in polno življenje vse do smrti, podporo njegovim bližnjim med boleznijo in v obdobju žalovanja, timski pristop pri obravnavi in sprejemanje smrti kot del naravnega procesa.

Sánchez-Sánchez et al. (2021a) so ugotovili, da paliativno oskrbo letno potrebuje okoli 40 milijonov ljudi, vendar so je na koncu deležni le 3 milijoni ljudi. Sprva se je paliativna oskrba izvajala pri onkoloških pacientih v terminalni fazi, z leti pa se je začela izvajati pri napredovani demenci, boleznih dihal, srčnih bolezni, HIV/aids in ostalih bolezni, saj imajo lahko ti pacienti težave pri uživanju tekočine in hrane kot posledica izgube apetita in slabosti (Radbruch, et al., 2020).

Prehrana in hidracija sta osnovna elementa za ohranjanje življenja in v naši družbi veljata kot znaka zdravja (Henry, 2017). Enteralna prehrana je umetna prehrana in je namenjena za kakršno koli neoralno hranjenje oseb. Slednja prehrana se izvaja

po nazogastričnih sondah (cevkah), gastrostomah, jejunostomah in ezofagostomah (Kemppainen, 2021). Nazogastrična sonda se uporablja, kadar je predpisana enteralna prehrana pri pacientih, ki zaužijejo manj kot 50 % svojih prehranskih potreb in ki nimajo kontraindikacij, kot je na primer tvegana bronhoaspiracija (Sánchez-Sánchez et al., 2021b). Avtorji Harwood (2014) in Sánchez-Sánchez et al. (2021) v svojih delih navajajo, da je enteralno prehranjevanje po nazogastričnih sondah sporno in nezaželeno, pojavljajo se moralna, etična in verska vprašanja, predvsem pri pacientih tik pred koncem življenja, kar je lahko zelo težko razumljivo za njihove svojce in zdravstvene delavce.

Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta v paliativni oskrbi je, da s pacientom in njegovimi svojci vzpostavijo zaupljiv odnos, jih vključuje v zdravstveno nego pacienta, jim zagotavlja podporo, je iskrena in odprta in vključuje pacienta v odločanje (Munandar, et al., 2022).

V raziskavi Zeldman & Andrade (2020) navajata dejstvo, da medicinske setre, ki se spoznajo na prehrano, izboljšujejo zdravstvene rezultate pacientov. Ugotovila sta, da imajo medicinske sestre veliko večje znanje o prehrani (vloga vitaminov in mineralov, viri makrohranil ter vpliv prehrane na zdravje) in prehranjevanju pacientov na intenzivnem oddelku. Umetna hrana, kot sta enteralna in parenteralna prehrana, ne velja za zdravljenje, ki bi ga pacient, svojec, medicinska sestra ali zdravnik lahko zavrnili (Seol et al., 2020). V omenjeni raziskavi so prav tako navedli, da je pomembno začeti razprave o vzpostavitvi regulative, ki podpirajo umik in zadržanje umetne prehrane ter pacientovo pravico do avtonomije. Avtorja navajata pomembnost izobraževanja zdravstvenega osebja o enteralni in parenteralni prehrani v paliativni oskrbi (Seol et al., 2020).

Raziskave so pokazale, da imajo medicinske sestre pomanjkanje informacij, znanj in nasprotujoča mnenja o enteralni prehrani po nazogastrični sondi v paliativni oskrbi pacienta. Zaradi nasprotujočih si mnenj o enteralni prehrani po nazogastrični sondi pri paliativnih pacientih želimo z raziskavo ugotoviti, kakšna mnenja in zaznave imajo medicinske sestre pri zdravstveni negi paliativnega pacienta. Z raziskavo bomo omogočili zdravstvenim delavcem in svojcem razumeti izkušnje medicinskih sester, ki delajo s pacienti v paliativni oskrbi, ki so hranjeni po nazogastrični sondi.

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

V projektnem delu bomo pridobili relevantno literaturo s pregledom literature. Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah Medline, CINAHL in PubMed. Iskalni niz smo si zastavili s pomočjo ključnih besed in Boolova operatorja AND in OR. Končni iskalni niz se je glasil: *"percepcion" AND "nurse" AND "enteral nutriton" OR "nasogastric tube" AND "paliative care" OR "end of life care"*. Uporabili smo vključitvene in izključitvene kriterije, s katerimi smo si število zadetkov omejili. Vključitveni kriteriji so: angleški jezik, polno dostopni znanstveni članki in članki, ki so bili objavljeni med 2014 in 2024, ki se tematsko navezujejo na mnenja in zaznave medicinskih sester o enteralnem hranjenju po nazogastrični sondi pri paliativni oskrbi pacienta. Izključitveni kriteriji so: vsi članki, starejši od leta 2014, članki, ki niso napisani v angleškem jeziku, članki, ki niso znanstveni in polno dostopni, ter članki, ki se ne nanašajo na mnenja in zaznave medicinskih sester o enteralnem hranjenju po nazogastrični sondi pri paliativni oskrbi pacienta.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Odločitve o oskrbi pacienta ob koncu življenja, pogosto vključuje vprašanja o njihovi kakovosti življenja. Medicinske sestre se srečujejo z različnimi izzivi pri uporabi nazogastrične sonde pri paliativnih pacientih. Pogosto pacienti in njihovi svojci ne želijo prejemati enteralne prehrane po nazogastrični sondi (Sánchez-Sánchez et al., 2021a). Ravno to predstavlja medicinskim sestram in ostalemu zdravstvenemu osebju različne negativne občutke, misli in prepričanja ter se ustvarjajo etične dileme (Amano et al., 2019).

Raziskave so pokazale, da imajo medicinske sestre pomanjkanje informacij, znanj in nasprotujoča si mnenja glede enteralne prehrane po nazogastrični sondi v paliativni oskrbi pacienta. Zaradi nasprotujočih si mnenj o enteralni prehrani po nazogastrični sondi pri paliativnih pacientih želimo z raziskavo ugotoviti, kakšna mnenja in zaznave imajo medicinske sestre pri zdravstveni negi paliativnega pacienta. Z raziskavo bomo omogočili zdravstvenim delavcem in svojcem razumeti izkušnje medicinskih sester, ki delajo s pacienti v paliativni oskrbi, ki so hranjeni po nazogastrični sondi.

3 METODE

Pri kvalitativni raziskavi smo uporabili metodo utemeljene teorije po avtorjih Glaser & Strauss (2017). Njuna teorija zagotavlja sistematičen in subjektiven pristop, ki temelji

na poudarku interpretacije in ustvarjanju teoretičnega znanja udeležencev v raziskavi. Z uporabo te metode bomo pri kvalitativnem delu na podlagi raziskovalnega vprašanja: »Kakšno percepcijo imajo medicinske sestre o enteralni prehrani po nazogastrični sondi pri oskrbi paliativnega pacienta«, izvedli intervjuje, jih posneli, dobesedno prepisali in kodirali (Glaser & Strauss, 2017).

Na podlagi opredelitve področja in opisa problema smo si zastavili raziskovalno vprašanje, ki se glasi:

RV1: Kakšno percepcijo imajo medicinske sestre o enteralni prehrani po nazogastrični sondi pri oskrbi paliativnega pacienta?

3.1 Zbiranje podatkov

Uporabili smo delno strukturiran intervju povzet po Albanesi et al. (2020). Intervju je vseboval pet vprašanj in dve podvprašanji, ki izražajo predvsem lastna mnenja in zaznave medicinskih sester, ki se srečujejo s paliativnimi pacienti, enteralno hranjenih po nazogastrični sondi, ter njihovimi svojci. Vprašanja so bila zastavljena s pomočjo zastavljenih ciljev. Zastavili smo vprašanja:

1. Kako bi pacientom pred zadnjimi dnevi življenja omogočili lažje hranjenje?
2. Kakšno je vaše mnenje o uvedbi enteralnega hranjenja po nazogastrični sondi pri paliativnih pacientih?
3. Kakšno je vaše mnenje o uvedbi enteralnega hranjenja po nazogastrični sondi pri paliativnih pacientih?
   - Kakšne so po vašem mnenju koristi in slabosti takšnega načina hranjenja?
   - Bi uporabili kakšno drugo obliko hranjenja in zakaj?
4. Kakšne izkušnje imate s hranjenjem paliativnega pacienta po nazogastrični sondi?
   - S katerimi ovirami se najpogosteje srečujete pri hranjenju paliativnega pacienta po nazogastrični sondi?
5. Kako pacienti (pred koncem življenja) zaznavajo in sprejemajo takšen način hranjenja?
6. Kako svojci paliativnih pacientov sprejemajo načine enteralnega hranjenja pri njih?

3.2 Vključeni v raziskavo

V intervjuje smo vključili tri diplomirane medicinske sestre, ki imajo vsaj pet let delovnih izkušenj s paliativnimi pacienti in uporabo enteralne prehrane po nazogastrični sondi.

Udeležence smo seznanili z raziskovalno tematiko, zagotavljanjem anonimnosti in zaupnosti podatkov, trajanjem intervjuja, vodilom za potek intervjuja in njegovo razumevanje ter možnost odklonitve intervjuja. Naši izključitveni kriteriji so bili: srednje medicinske sestre, študenti, bolničarji, zdravniki in ostali ter druge institucije. Iz velikosti vzorca pričakujemo nasičenost podatkov in s tem zanesljivost raziskave.

Tabela 1: *Starost in delovna doba udeležencev*

Udeleženci	Starost	Delovna doba
1.	41 let	18 let
2.	35 let	12 let
3.	45 let	23 let

3.3 Potek raziskave in soglasja

Oblikovali smo vprašanja, na katera smo dobili odgovore v intervjujih. Intervjuvance smo seznanili z namenom in vsebino raziskave, zagotovili smo anonimnost, saj so intervjuji potekali ločeno. Intervjuje smo glasovno posneli, izvajala jih je avtorica raziskave, in sicer v času od septembra 2023 do marca 2024. Osebno smo se dogovorili za termin, intervjuji so trajali 30 min**.** V okviru dela smo se omejili na eno institucijo, kjer so paliativni pacienti in pri katerih uporabljajo enteralno prehrano po nazogastrični sondi. Za potek raziskave smo morali prejeti vsa soglasja izbrane institucije za izvedbo raziskave oziroma intervjuja v njihovem okolju, soglasja udeležencev in dovoljenje etične komisije. V poteku raziskave smo upoštevali vsa etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije (2024), človekove pravice, Ustavo Republike Slovenije in GDPR (Splošna uredba o varstvu podatkov). V raziskovalnem delu smo upoštevali anonimnost udeležencev in njihovo zaupnost. Njihove pridobljene odgovore oziroma posnetke smo shranjevali ločeno od predpisov. Samo udeleženci lahko dostopajo do svojih podatkov. Pridobljene podatke bomo imeli shranjene 10 let v zaklenjenem prostoru. Dobesedno prepisani intervjuji so ključni rezultati za našo raziskavo in namenjeni izključno izdelavi raziskovalnega projekta. Predpostavljamo, da se medicinske sestre srečujejo z enteralnim prehranjevanjem in imajo o tem dovolj znanja.

3.4 Obdelava podatkov

S pomočjo literature, povzete po avtoricah Polit & Beck (2017), smo analizirane podatke kodirali, saj nam to pomaga pri sortiranju podatkov in odkrivanju tekstnega pomena. Z uporabo kodiranja in analize po avtorjih Glaser & Strauss (2017) bomo podatke razčlenili, pregledali, primerjali, konceptualizirali in kategorizirali. Pridobljene

posnetke intervjuja bomo v nadaljevanju kodirali, nato razdelili v podkategorije in izbrali glavno kategorijo.

Gradivo smo po urejanju, določitvi kod, kodiranju, oblikovanju kategorij, definiranju kategorij oblikovali v končne formacije (Vogrinc, 2008).

4 REZULTATI

Dobljene kode smo združili v posamezne podkategorije: izkušnje pacientov, prehranjevanje in pitje, doživljanje svojcev in mnenje medicinskih sester. Glavna kategorija, ki smo jo določili, se glasi: Percepcija medicinskih sester o enteralni prehrani pri paliativnih pacientih. Rezultati intervjuja so prikazani v Tabeli 2.

Tabela 2: Rezultati intervjujev

KATEGORIJA	PODKATEGORIJE	KODE
Kategorija 1: Percepcija medicinskih sester	Izkušnje pacientov	Okužbe *(intervjuvanec 2)* Bolečina *(intervjuvanec 1 in 2)* Slabost *(intervjuvanec 1)* Težave s požiranjem *(intervjuvanec 2)* Poškodba zaradi pritiska *(intervjuvanec 2)* Izvlek sonde *(intervjuvanec 3)* Zavračanje enteralnega hranjenja *(intervjuvanec 2)*
	Prehranjevanje in pitje	Hidracija *(intervjuvanec 1, 2 in 3)* Nadomeščanje tekočin *(intervjuvanec 3)* Vlaženje ust *(intervjuvanec 1)*
		Enteralna prehrana *(intervjuvanec 3)*
	Doživljanje svojcev	Izboljšanje stanja *(intervjuvanec 3)* Nezadovoljstvo *(intervjuvanec 1 in 2)*
	Mnenje medicinskih sester	Poseg v telo *(intervjuvanec 1)* Parenteralna prehrana *(intervjuvanec 1, 2 in 3)*

Izkušnje pacientov

Na podlagi pridobljenih rezultatov iz intervjuja smo analizirali podatke, ki smo jim izpostavili kode na podlagi opisovanja izkušenj pacientov, ki jim je bila dodeljena nazogastrična sonda.

Udeleženci v intervjuju oziroma medicinske sestre so povedale svoje mnenje o tem, kakšne so izkušnje pacientov pri uporabi nazogastrične sonde. V okviru prve podkategorije – izkušnje pacientov, smo identificirali kode: okužbe, bolečina, slabost, težave s požiranjem, poškodba zaradi pritiska, izvlek sonde in zavračanje enteralnega hranjenja.

Okužbe:
MS 2: »... *lahk pride do kakih dodatnih okužb* ...«

Bolečina:
MS 1: »... *Pacientu je neprijetno tut je boleče* ...«
MS 2: »... *pacientu je neprijetno tut je boleče* ...«

Slabost:
MS 1: »... *definitivno kaka slabost je pogosta* ...«

Težave s požiranjem:
MS 2: »... *če so cele, jih ne morejo pogoltnit* ...«

Poškodba zaradi pritiska
MS 2: »... *lahko se tudi nastavi, lahko tudi v bistvu nastanejo kakšne druge, druga bolezenska stanja, kakšne razjede zaradi pritiska* ...«

Izvlek sonde
MS 3: »... *problem pri pacientih, ki to zavračajo, ali pa si ne pustijo cevke vstaviti, si jo izpulijo* ...«

Zavračanje enteralnega hranjenja
MS 2: »... *prvo kot prvo, bi tukaj izpostavila, da si pacient sam ne želi tega* ...«

Prehranjevanje in pitje

Podkategorija se nanaša na prehranjevanje in pitje pacientov v paliativni oskrbi, hranjenih po nazogastrični sondi. Medicinske sestre, ki imajo izkušnje na področju oskrbe paliativnega pacienta, menijo, da sta prehranjevanje in pitje ključnega pomena pri zadnjih dnevih življenja.

V okviru druge podkategorije – prehranjevanje in pitje, smo identificirali kode: hidracija, nadomeščanje tekočin, vlaženje ust, enteralna prehrana in podhranjenost.

Hidracija

MS 1: »*... predvsem pa bi rekla, da je pomembno nadomeščanje hidracije, da jim damo dovolj tekočine ...*«

MS 2: »*... v bistvu, ja, da so pač hidrirani, kot pa da so hranjeni ...*«

MS 3: »*... zdi se mi dobro, da lahko nadomeščamo tekočine ...*«, »*... se mi zdi, da je pacientu lažje, da je ne matramo s hranjenjem ...*«

Nadomeščanje tekočin

MS 1: »... lažje nadomeščamo neko tekočino ...«

MS 3: »*... Definitivno bi lajšali bolečine in nadomeščali tekočine ...*«

Vlaženje ust

MS 1: »*... pomembno je to vlaženje ust ...*«

Enteralna prehrana

MS 3: »*... Zdaj zelo različno, neka skupina svojcev želi, da se izvaja enteralno hranjenje, ker takrat dejansko pacient neko hrano še dobi v telo ...*«

Vsi intervjuvanci menijo, da sta hidracija in lajšanje bolečin v zadnjih dneh pomembnejša kot hranjenje, menijo, da je predvsem pomembno nadomeščanje tekočin in hidracija.

Doživljanje svojcev

Podkategorija doživljanje svojcev se nanaša na odnos svojcev pri uporabi enteralne prehrane po nazogastrični sondi pri njihovem bližnjem pacientu pred koncem življenja. Mnenje medicinskih sester o tem, kako do tega načina prehranjevanja pristopajo svojci, je razumljivo, saj jim je tehnika prehranjevanja po nazogastrični sondi pogosto težje razumljiva.

V tretji podkategoriji – doživljanje svojcev smo identificirali kode: izboljšanje stanja in nezadovoljstvo.

Izboljšanje stanja

MS 3: »*... da pač njihov svojec ni lačen, da mogoče se mu bo stanje tudi vseeno izboljšalo, če bo primerno prehranjen ...*«

Nezadovoljstvo

MS 1: »*... vidijo kot neko oviro oziroma nek intenzivni poseg ...*«
MS 2: »*... ravno zaradi kakšnih torej pritiskov, bolečin, ki jih zasledijo pri svojem svojcu in pač jim takšen način hranjenja ni všeč ...*«

Mnenje medicinskih sester

Zadnja podkategorija – mnenje medicinskih sester, se nanaša izključno na lastno mnenje medicinskih sester o enteralnem hranjenju po nazogastrični sondi ter tudi na to, kakšno drugo obliko prehranjevanja paliativnih pacientov bi raje uporabile. Identificirane kode so: poseg v telo, prijazno pacientu in parenteralna prehrana.

Poseg v telo

MS 1: »*... da je to vseeno kr poseg v telo, pri pacientu ...*«

MS 2: »*... vbistvu zelo boleče oziroma tako nečloveško ...*«

Parenteralna prehrana

MS 1: »*... ker je dejansko manj intenzivno pa tut dejansko lažje nadomeščamo neko tekočino ...* «

MS 2: »*... je bolj človeška, bolj prijazna človeku ...*«

MS 3: »*... se mi zdi, da s parenteralnim hranjenjem človeka manj matramo ...*«

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

V raziskovalnem projektu smo želeli ugotoviti, kakšna so mnenja in zaznave medicinskih sester o enteralnem hranjenju po nazogastrični sondi. S pomočjo kvalitativne raziskave smo z intervjuji pridobili jasne in konkretne odgovore medicinskih sester iz oddelkov, kjer uporabljajo enteralno hranjenje po nazogastrični sondi pri paliativnih pacientih. Pred začetkom raziskave smo si postavili naslednje raziskovalno vprašanje, ki ga v nadaljevanju opredelimo in nanj odgovorimo s podprtimi dokazi iz naše raziskave.

RV 1: Kakšno percepcijo imajo medicinske sestre o enteralni prehrani po nazogastrični sondi pri oskrbi paliativnega pacienta?

V naši raziskavi smo po mnenju in izkušnjah medicinskih sester, ki so bile ali so zaposlene v patronažni službi, in kjer so skrbele ter negovale paliativne paciente, ugotovili, da imajo omenjeni pacienti nezadovoljiv in negativen odnos do uporabe nazogastrične sonde. V večini primerov je njena uporaba neprijetna in povzroča različne druge nevšečnosti, kot so: bolečina, slabost, možnost okužbe, težave s požiranjem, neješčnost, pomanjkanje apetita, zamašitev cevke, zavračanje hrane s strani pacienta in druge neprijetnosti. Podobno navajajo tudi drugi avtorji (Sánchez-Sánchez et al., 2021b). Medicinske sestre se pogosto srečujejo z zavračanjem enteralne hrane po nazogastrični sondi s strani pacienta. Uporaba omenjene tehnike prehranjevanja

je učinkovita za zagotavljanje ustreznega prehranskega vnosa pri paliativnih pacientih, vendar so medicinske sestre po želji in potrebi pacientu vlažile ustnice in skrbele za hidracijo. Pomembnejše jim je bilo nadomeščanje tekočine kot hranjenje.

Pogosto so imeli do prehranjevanja po nazogastrični sondi odklonilen odnos tudi svojci teh pacientov, saj so želeli svojemu bližnjemu zagotoviti neboleče zdravljenje oziroma kakovost življenja pred smrtjo. Po drugi strani pa so svojci želeli bližnjemu zagotoviti morebitno izboljšanje stanja (Amano, et al., 2019). Težave s svojci smo opazili tudi v naši raziskavi, saj so intervjuvane medicinske sestre poročale o zavračanju nazogastrične sonde pri njihovih bližnjih s strani svojcev, saj so jo videli kot oviro ali intenziven poseg v telo in kot povzročanje bolečine.

Uporaba nazogastrične sonde je široko uporabljena pri paliativnih pacientih in se uporablja predvsem takrat, ko pacient zaužije manj kot 50 % svojih prehranskih potreb ter je pričakovana življenjska doba manj od 6 tednov (Seol, et al., 2020). Nazogastrična sonda in enteralno hranjenje po njej je tehnika prehranjevanja, ki lahko pogosto negativno vpliva na kakovost življenja paliativnih pacientov. Medicinske sestre se srečujejo z različnimi izzivi pri uporabi nazogastrične sonde pri paliativnih pacientih. Pogosto pacienti in njihovi svojci ne želijo prejemati enteralne prehrane po nazogastrični sondi, čeprav je njihov prehranski vnos nezadosten. Ravno to predstavlja medicinskim sestram in ostalemu zdravstvenemu osebju različne negativne občutke, misli in prepričanja ter ustvarijo se etične dileme (Sánchez-Sánchez et al., 2021a).

Odločitve o zdravstveni oskrbi pacienta ob koncu življenja pogosto vključuje vprašanja o njihovi kakovosti življenja. Medicinske sestre se srečujejo z različnimi izzivi pri uporabi nazogastrične sonde pri paliativnih pacientih. Pogosto pacienti in njihovi svojci ne želijo enteralne prehrane po nazogastrični sondi, čeprav je njihov prehranski vnos nezadosten. Ravno to predstavlja medicinskim sestram in ostalemu zdravstvenemu osebju različne negativne občutke, misli in prepričanja ter ustvarja etične dileme (Sánchez-Sánchez et al., 2021b).

Mnenja, zaznave in izkušnje medicinskih sester o uporabi nazogastrične sonde in enteralnega hranjenja je različno. Večina udeleženih v naši raziskavi bi za prehranjevanje raje uporabila parenteralno hranjenje, v čemer bi zagotovili manjši poseg v telo paliativnega pacienta, deluje jim prijaznejši način do pacienta in enostavneje za uporabo. Medicinske sestre se spopadajo s svojimi stališči in mnenjem o morebitni prekinitvi nazogastrične sonde paliativnega pacienta, če je pri njem prisotna huda bolečina. Čeprav je lahko to najlažje prizadevanje za obvladovanje pacientove bolečine, ni etično dopustno (ANA Center for Ethics and Human Rights, 2016). Pri odločanju jih zaznamujejo etične in moralne dileme ter z njimi povezani čustveni odzivi (Albanesi et al., 2020).

Mastroianni et al. (2019) so ugotovili, da medicinske sestre ob pacientu preživijo največ časa, zato poudarjajo pomembnost izobraževanja medicinskih sester o paliativni oskrbi. Največ znanja medicinske sestre pridobijo med šolanjem na dodiplomskih študijih in izobraževanju v okviru službe. Mula et al. (2014) pa so ugotovili, da je večina pridobljenega znanja o enteralnem hranjenju medicinskih sester izvirala iz srednje šole. Pomanjkanje znanja so ugotovili predvsem pri prehranski oceni pacienta.

Do danes še ni bilo dovolj kakovostnih raziskav, ki bi zagotavljale koristne dokaze za dobro počutje in kakovost življenja v paliativni oskrbi, kjer pacienti prejemajo enteralno prehrano po nazogastrični sondi. Hkrati so številne raziskave ustvarile dvome o uporabi nazogastrične sonde pri medicinskih sestrah. Nekatere so menile, da nazogastrično sondo odsvetujejo in je ne želijo uporabljati izključno zaradi bolečin, razjed in nekakovostnega življenja paliativnih pacientov, ki jih prinaša uporaba nazogastrične sonde. Medtem ko so druge medicinske sestre vztrajale pri uporabi nazogastrične sonde, saj pacientu niso želele še poslabšati prehranskega vzorca.

Omejitev raziskave je bila premajhno število vzorcev oziroma udeleženih v raziskavi in s tem malo število pridobljenih rezultatov. Prav tako omejitev predstavlja, da so bile medicinske sestre, ki so sodelovale v intervjuju, zaposlene v isti zdravstveni instituciji. Na podlagi vključitvenih kriterijev smo bili prav tako omejeni samo na tiste medicinske sestre, ki se med svojim delom srečujejo z oskrbo paliativnega pacienta.

Izobraževanje je pri našem delu treba izvajati neprestano, tudi na področju paliative. Zato menim, da se vse patronažne medicinske sestre izobražujejo tudi na tem področju in spremljajo novosti.

6 SEZNAM LITERATURE

Albanesi, B. et al., (2020). Cross-cultural adaptation and validation of questionnaire for knowledge, attitudes, and behavioral intentions in Italian nurses with regard to provision of artificial nutrition and hydration to patients terminally ill with cancer. *Nutrition*.

ANA Center for Ethics and Human Rights, (2016). Nurses' roles and responsibilities in providing care and support at the end of life. *American Nurses Association*.

Ebert Moltara, M. et al., (2021). *Priročnik paliativna oskrba*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe Slovenskega zdravniškega društva.

Glaser, B. & Strauss, A., (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Harwood, R., (2014). Feeding decisions in advanced dementia. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh,* 44(3), 232-237.

Henry, B., (2017). Evolving ethical and legal implications for feeding at the end of life. *Annals of Palliative Medicine*, 6(1), 87–90.

Kemppainen, P., (2021). *Stopping artificial nutrition and hydration in end-of-life care cancer patient*.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences.

Mastroianni, C. et al., (2019). Palliative care education in undergraduate nursing curriculum in Italy. *Journal of Hospice & Palliative Nursing,* 21(1), 96-103.

Mula, C., Ncama, B. P. & Maluwa, A., (2014). Nurses' competency and challenges in enteral feeding in the Intensive care unit (ICU) and high dependency units (HDU) of a referral hospital, Malawi. *Malawi Medical Journal,* 26(3), 55-59.

Munandar, A. et al., (2022). The experience of the elderly palliative nurse in providing support for breavement in the home: A phenomenological study. *Multicultural Education,* 8(3), 34-40.

Pajnkihar, M. & Vrbnjak, D., (2020). *Kvalitativno raziskovanje v zdravstveni negi.* 1st ed. Maribor: Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede.

Polit, D. F. & Beck, C. T., (2017). *Nursing resarch: Generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Radbruch, L. et al., (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management,* 60(4).

Sánchez-Sánchez, E. et al., (2021a). Enteral nutrition by nasogastric tube in adult patients under palliative care: A systematic review. *Nutrients, 13*(5), 1562.

Sánchez-Sánchez, E. et al., (2021b). Nurse and nursing students' opinions and perceptions of enteral nutrition by nasogastric tube in palliative Care. *Nutrients,* 13(2), 402.

Seol, E.-M., Koh, C. K. & Kim, E. K., (2020). Critical care nurses' perceptions of parenteral and enteral nutrition at the end-of-life in South Korea. *Journal of Palliative Care*, 35(2), 110-115.

WHO, World Health Organization, (2022). *WHO definition of palliative care.* [Online] https://www.who.int/health-topics/palliative-care

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, (2024). *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije.* Ljubljana.

Zeldman, J. & Andrade, J. M., (2020). Identifying physicians' and nurses' nutrition knowledge using validated instruments: A systematic narrative rewiew. *International Journal of Nutrition and Food Sciences,* 9(2), 43-53.

7 PRILOGE

7.1 PRILOGA A

VODILO INTERVJUJA

Intervju – **kvalitativno raziskovanje**

Spoštovani,

sem Mateja Topolič, mag. zdr. nege, in sem zaposlena v Zdravstvenem domu Slov. Bistrica. V okviru izobraževanja »Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi« pripravljam raziskovalni projekt z naslovom »Mnenja in zaznave medicinskih sester o enteralni prehrani po nazogastrični sondi v paliativni oskrbi«.

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi oziroma sodelovanje v intervjujih, s katerim želim, na podlagi Vaših mnenj, ugotoviti in raziskati mnenja, izkušnje ter zaznave diplomiranih medicinskih sester na področju paliativne oskrbe z nazogastrično sondo in enteralno prehrano.

Intervju se bo snemal, saj mi le to omogoča lažji ponovni vpogled in prepis. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno v raziskovalni namen. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in lahko od nje kadarkoli odstopite, ne da za to navajate razlog. Pridobljeni podatki bodo anonimizirani in iz njih ne bo mogoče pridobiti identifikacije udeleženca.

Se strinjate z vašim sodelovanjem? Najlepša hvala za vaš čas in sodelovanje.

VPRAŠANJA – INTERVJU:

1. Prosim, na kratko se nam predstavite.
2. Kako bi pacientom pred zadnjimi dnevi življenja omogočili lažje hranjenje?
3. Kakšno je vaše mnenje o uvedbi enteralnega hranjenja po nazogastrični sondi pri paliativnih pacientih?
   - Kakšne so po vašem mnenju koristi in slabosti takšnega načina hranjenja?
   - Bi uporabili kakšno drugo obliko hranjenja in zakaj?
4. Kakšne izkušnje imate s hranjenjem paliativnega pacienta po nazogastrični sondi?
   - S katerimi ovirami se najpogosteje srečujete pri hranjenju paliativnega pacienta po nazogastrični sondi?
5. Kako pacienti (pred koncem življenja) zaznavajo in sprejemajo takšen način hranjenja?
6. Kako svojci paliativnih pacientov sprejemajo načine enteralnega hranjenja pri njih?

Dejavniki motivacije za izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege

MIJA VACIK SNOJ, DIPL. M. S.
DOC. DR. SANELA PIVAČ

POVZETEK

Opis problema in pregled literature: Zdravstvena nega se neprestano razvija, zato je motivacija za izobraževanje ključna za zagotavljanje visoke kakovosti oskrbe in prilagajanje spremembam v stroki, prispeva k izboljšanju storitev in zadovoljstvu zaposlenih.

Cilj projektnega dela: Namen raziskave je prepoznati motivacijske dejavnike za izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege na dokazih podprte prakse v Železniškem zdravstvenem domu Ljubljana.

Metode: Raziskava je temeljila na empirični kvantitativni deskriptivni metodi. Uporabili smo vprašalnik, ki ga je izpolnilo 25 zaposlenih (diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege) v Železniškem zdravstvenem domu Ljubljana. Za analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko, za razlike glede na motivacijo diplomiranih medicinskih sester in srednjih medicinskih sester smo ugotavljali z Mann-Whitney U test in Kulbachov 2i test.

Rezultati: Željo po izobraževanju/pridobitvi strokovnega naziva je izrazilo največ vprašanih (PV = 4,08; SO = 0,95). Kar 84 % vprašanih meni, da bi jih finančne spodbude dodatno motivirale za izobraževanje. Največ vprašanih (PV = 4,24; SO = 0,97) se strinja, da bi bila fleksibilna razpoložljivost delovnega časa motivacija za interno izobraževanje, sledi finančna podpora (PV = 3,96; SO = 1,17) ter v najmanjši meri (PV = 2,64; SO = 1,47) spodbuda in motivacija organizacije za interna izobraževanja med zaposlenimi. 92 % vprašanih se je opredelilo, da medpoklicno sodelovanje omogoča izmenjavo znanj in izkušenj, ter 56 %, da bi to moralo biti bolj vključeno v proces izobraževanja. Kot statistično značilno razliko v raziskavi je pokazal rezultat Mann-Whitney U test (U = 39,000; p = 0,035), da so v povprečju diplomirane medicinske sestre bolj pripravljene vložiti svoj čas in energijo za izobraževanje kot tehniki zdravstvene nege.

Razprava: Motivacija za izobraževanje v zdravstveni negi je ključna za razvoj posameznikovih sposobnosti in zadovoljstva pri delu. Delodajalci morajo ustvariti spodbudno okolje za izobraževanje, omogočiti karierni razvoj, aktivno vključevanje v interna izobraževanja, učne delavnice, kar ustvarja prihodnosti zaposlenih v zdravstveni negi.

Ključne besede: motivacija, izobraževanje, zdravstvena nega, znanje, medpoklicno sodelovanje, razvoj, odnos

1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Zdravstvena nega je dinamično področje, kjer je stalno izobraževanje ključno za ohranjanje kakovosti oskrbe in korak s hitrimi spremembami v stroki. Motivacija za izobraževanje zaposlenih postaja vse pomembnejša, saj prispeva k izboljšanju kakovosti storitev, povečuje zadovoljstvo zaposlenih ter zagotavlja, da so pacienti deležni najboljše možne nege. Pomembno je spodbudno okolje v organizaciji, ki spodbuja zaposlene k stalnemu izobraževanju in razvoju.

Hitro napredovanje v znanosti in medicini je zdravstveno dejavnost postavilo pred potrebo po preoblikovanju zdravstvenih ustanov v učeče se organizacije. Največje možnosti za izboljšave so opazne na področju vodenja in izobraževanja.

Zaposleni v zdravstvu se zavedajo pomembnosti nenehnega pridobivanja znanja in sodelovanja. Za slovenske zdravstvene ustanove je ključno izboljšanje vodenja na ravni posameznika, tima in organizacije. Vodenje se opredeljuje kot ključna komponenta, s pomočjo katere organizacija postane učeča se organizacija, kjer imajo timi ključno vlogo in velik potencial za izboljšave (Šimenc, 2020).

Primarna odgovornost menedžerjev ni več sprejemanje odločitev, ampak ustvarjanje sposobnosti učenja in prenašanja znanja v celotni organizaciji, kajti tudi zaposleni na najnižjih organizacijskih ravneh sprejemajo odločitve. Izobraževanje je ključnega pomena za razvoj in ohranjanje strokovnosti zaposlenih v zdravstveni negi, saj omogoča pridobivanje novih znanj, spretnosti in kompetenc. Motivacija za izobraževanje je tesno povezana z željo po stalnem izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe. Notranji motivacijski dejavniki pri izobraževanju so predvsem želja po znanju, izboljšava obstoječega znanja, doseganje uspeha, družbena sprejemljivost in motiv moči, razvijanje osebnosti in samostojnosti, neodvisnost, preizkušanje lastnih sposobnosti, uporabnost pa tudi karierni dejavniki ter veselje do učenja. Kot motivacijski dejavnik za izobraževanje se pojavi tudi želja po dokončanju izobraževanja zaradi pridobitve stopnje izobrazbe ali ob povečanju zaslužka. Marsikateremu odraslemu

motivacijski dejavnik za izobraževanje predstavlja uveljavljanje v družbi in pridobitvi novih znanj (Borovinšek, 2018).

Zunanji dejavniki, kot so spodbude vodstva, finančne nagrade in priznanja za dosežke, so pomembni za spodbujanje motivacije. Poudarja se tudi vloga mentorstva in podpore sodelavcev pri povečanju motivacije za izobraževanje. Zaznana socialna podpora in timsko delo lahko bistveno vplivata na motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi za nadaljnje učenje in izpopolnjevanje.

Pomanjkanje znanja o raziskovanju in na dokazih podprte prakse je ključni napovednik za razvoj prepričanj, medtem ko so pozitivna prepričanja pomemben dejavnik za pogostejše uveljavljanje praks, ki temeljijo na dokazih. Pomembno vlogo pri implementaciji dokazov podprte prakse med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi delavci na primarni ravni igra tudi karierni razvoj, zlasti poudarek na prevzemanju novih nalog. To kaže na potrebo po izobraževanju, razvoju pozitivnih prepričanj ter spodbujanju kariernega napredka za učinkovito integracijo dokazov podprte prakse v zdravstveno oskrbo (Skela-Savič et al., 2022). Ključno je nenehno učenje zaposlenih in uporaba pridobljenega znanja pri delu ter razvoju. V tem procesu igra vodstvo ključno vlogo, saj s pravilnim usmerjanjem, spodbujanjem, motiviranjem ter povezovanjem zaposlenih ter zagotavljanjem ustrezne informacijske tehnologije, načrtovanjem sredstev za izobraževanje ter vzpostavljanjem prave organizacijske klime omogoča stabilno prihodnost zaposlenih (Mohorko, 2013).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 Strategija in rezultati pregleda literature

Namen pregleda literature je opredeliti dejavnike za motivacijo izobraževanja medicinskih sester.

Iskanje literature je potekalo od 30. 11. 2023 do 31. 1. 2024. V pregled so bile vključene naslednje baze PubMed, Google Učenjak, arhiv Obzornika zdravstvene nege in splet. Iskanje je potekalo z različnimi kombinacijami ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku: izobraževanje, motivacija, zdravstvena nega, znanje, medpoklicno sodelovanje, razvoj, odnos.

Rezultati: Iz iskalnega nabora 1022 zadetkov je bilo po pregledu naslovov, izvlečkov in drugih podatkov o objavi izključenih 856. Po pregledu 166 ustreznih zadetkov smo jih nato 149 izključili zaradi vsebinske neprimernosti. V končno analizo smo tako vključili 20 člankov.

2.2 Spoznanja pregleda literature

Izobraževanje kot element stalnega strokovnega razvoja

Znanje je ključna osnova sodobne družbe, saj omogoča razvoj, prilagajanje nenehnim spremembam ter pridobivanje novih sposobnosti in spretnosti. Poudarja se, da je za posameznika pomembno, da izobraževanje dojema kot sredstvo za doseganje ciljev, saj se s tem poveča tudi motivacija za pridobivanje novih znanj (Kladnik, 2018).

Zadovoljstvo pri delu in karierni razvoj kot notranji dejavnik motivacije

Zadovoljstvo z delom izvira iz pozitivnega čustvenega odziva posameznika na njegovo delo, ki izpolnjuje osebnostne potrebe po samopotrjevanju in pripadnosti. Ko avtonomija postane temelj zaupanja vrednega odnosa, se poveča pozornost in se upošteva vsak posameznik. Delo ni zgolj osnovna potreba za preživetje, pridobi visok status kot vrednota, če mu uspešno pripisujemo takšen pomen (Veršaj, 2022).

Za izboljšanje strokovne usposobljenosti in uspešnosti medicinskih sester je ključno spodbujati njihovo notranjo motivacijo, ki izhaja iz lastnega zanimanja in strasti do dela. Poleg tega je pomembno oblikovati in izvajati usposabljanja, ki so prilagojena specifičnim potrebam medicinskih sester v njihovem poklicnem okolju. Ti programi naj bi temeljili na natančni analizi potreb in izzivov, s katerimi se srečujejo v svojem delu (Zarei et al., 2022). Univerzalen notranji dejavnik za izobraževanje je radovednost. Ta je ključna, saj ko nam zmanjka radovednosti, izgubimo tudi motivacijo za učenje in druge dejavnike (Borovinšek, 2018).

Podpora vodstva in organizacije kot zunanji dejavnik motivacije

Ključna odgovornost vodstva v vsaki organizaciji bi morala biti usmerjena v prizadevanja za ustvarjanje optimalnih pogojev, ki bodo zaposlenim nudili večjo motivacijo pri opravljanju njihovega dela. To zahteva nenehna prizadevanja organizacije za oblikovanje najboljših možnih delovnih razmer, ki bodo zaposlenim omogočale izpolnjujoče delovno okolje (Veršaj, 2022). Kladnik (2018) poudarja, da je odnos in pripravljenost delodajalca ključen dejavnik za izobraževanje zaposlenih, enako pomembna pa sta tudi družinsko in socialno okolje. Skupno prizadevanje za ustvarjanje spodbudnega delovnega okolja, poudarjanje pomembnosti odnosa delodajalca ter organizacija izobraževanj, ki odražajo potrebe zaposlenih, predstavljajo ključne korake v doseganju optimalnih pogojev za motivacijo in razvoj zaposlenih v organizaciji.

Motivacija zaposlenih za izobraževanje je pogosto povezana z večjimi možnostmi zaposlitve, napredovanjem, tekmovalnostjo in ugledom. Dodatno spodbujanje izobraževanja pa predstavlja tudi napotitev s strani delodajalca kot pobuda organizacije.

Poleg tega mnoge posameznike motivira možnost brezplačnih izobraževanj, izobraževalnega dopusta ter povračila stroškov izobraževanja s strani organizacije ali drugih oblik (Borovinšek, 2018).

Sodelovanje in podpora sodelavcev z izmenjavo izkušenj kot motivacijsko okolje

Poglobljeno znanje, ki ga pridobijo zdravstveni delavci v izobraževalnih procesih, postane optimalno koristno le, če jim ga uspe učinkovito prenašati na svoje sodelavce. Timski pristop se izkaže kot ključen za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Razširjeno znanje med zdravstvenimi delavci prispeva k boljši komunikaciji s sodelavci, kar hkrati zmanjšuje nesporazume in omogoča konstruktivno reševanje izzivov (Handukić, 2019). Vedno večje zahteve in potrebe po celostni obravnavi pacienta zahtevajo tudi boljše sodelovanje znotraj tima, ugotovljeno je bilo, da se opaža veliko nezadovoljstva v sodelovanju z zdravstvenim osebjem, a kljub temu se pomena kolektivne identitete tima in dobrega medsebojnega sodelovanja zaveda vedno več zdravstvenih delavcev (Šanc & Prosen, 2022). Za zdravstvene delavce je ključno spodbudno delovno okolje, ki vključuje mentorstvo in podporo ter omogoča nenehen strokovni razvoj v zdravstvu (Danielson & Berntsson, 2006). V multidisciplinarnem zdravstvenem timu je pomembno izobraževanje vseh skupin zdravstvenih sodelavcev. Pomembno jim je zagotoviti enake možnosti ne glede na stopnjo izobrazbe. Čeprav tradicionalno velja prepričanje, da je izobraževanje rezervirano le za visoko usposobljene strokovnjake v medicini, raziskave kažejo, da tudi »podporni kader« potrebuje znanje. Raznoliki izobraževalni programi lahko povečajo zanimanje zaposlenih za pridobivanje in obnavljanje znanj (Handukić, 2019).

Vsebine in metode izobraževanja glede na potrebe zaposlenih

Izobraževalni pristopi s simulacijami postajajo vse pomembnejši, še posebej pri naslavljanju izzivov medpoklicnega osnovnega zdravstvenega varstva. Simulacije predvsem olajšajo timsko učenje, izboljšajo vodenje ekipe ter zaupanje ekipe v pridobljeno znanje. Zagotavljajo varno okolje za izobraževanje, kjer strokovnjaki lahko vadijo in izpolnjujejo svoje spretnosti brez škode za uporabnike zdravstvenih storitev. Tak način izobraževanja spodbuja psihološko varnost, obvladovanje stresa in pripravo na kritične situacije. Omogoča tudi enak dostop do visokokakovostnih možnosti usposabljanja za vse zdravstvene delavce (Klemenc-Ketiš & Zafošnik, 2024).

Uvajanje kompetenc v obstoječo zdravstveno nego prispeva k spodbujanju medstrokovnega izobraževanja, ki ga opredeljujejo kot metodo za izboljšanje zagotavljanja zdravstvenega varstva. Čeprav je počasen razvoj zaradi ovir, kot so hierarhični dejavniki in teritorializem, lahko vključevanje medpoklicnega izobraževanja

med zdravstvenimi delavci premaga te ovire (Goldsberry, 2015). Vključevanje medstrokovnih kompetenc v izobraževalne programe omogoča usposabljanje na delovnem mestu, nadaljnje izobraževanje, ki je bistveno za učinkovito medpoklicno sodelovanje (Vaseghi et al., 2022). Medpoklicno izobraževanje večinoma pozitivno vpliva na medpoklicno sodelovanje v praksi. Ta oblika izobraževanja izboljšuje razumevanje vlog, krepi spoštovanje, spodbuja timsko delo in povečuje pripravljenost za nadaljnje medpoklicno izobraževanje (Kamenšek et al., 2020).

Organizacijsko učenje predstavlja ključno sposobnost organizacije, saj vključuje zaznavanje in odzivanje na spremembe v okolju ter zmožnost reševanja problemov in težav. To je nujen element in orodje za preživetje organizacije v dinamičnem okolju. Gre za kontinuiran proces, ki vključuje ustvarjanje, pridobivanje in posredovanje znanja znotraj organizacije. Sposobnost prilagajanja in učenja iz novih situacij postane ključna v zagotavljanju uspešnosti in trajnosti organizacije v spreminjajočem se poslovnem okolju. V organizaciji je ključno, da vsaka naložba v znanje prinaša donos. Novo pridobljeno znanje mora biti dostopno vsem, ki ga potrebujejo, pri čemer naj bo dostopnost jasno opredeljena s stopnjo obveznosti na posameznih ravneh. Poudarja se potreba po specializiranih posameznikih v organizacijah, ki obvladujejo celoten proces obdelave znanja – od nastanka do razširjanja, shranjevanja, uporabe in vrednotenja. Hkrati opozarja na potrebo po prilagajanju naprednih in inovativnih zdravstvenih ustanov novim trendom v organizacijskih oblikah. Uspešnost vpeljave teh novosti v delovna okolja pa je odvisna od sposobnosti menedžerjev v zdravstveni negi, ki se soočajo s prihajajočimi izzivi (Kaučič & Lahe, 2005). Eden od načinov za posodabljanje znanja medicinskih sester je branje raziskovalnih člankov s področja zdravstvene nege. S tem pristopom medicinske sestre ne le osvežijo svoje znanje, ampak tudi izboljšajo svoje kritično razmišljanje. Raziskave filtrirajo glede na njihovo klinično prakso, ločijo med relevantnimi in nerelevantnimi informacijami ter sledijo najnovejšim spoznanjem na področju zdravstvene nege. S tem pristopom lahko medicinske sestre vplivajo na prioritete raziskovanja v zdravstveni negi, hkrati pa prepoznajo, kateri vidiki zdravstvene nege so že dobro raziskani v slovenskem kontekstu (Štruc, 2021). Shibiru et al. (2023) v študiji ugotavljajo več načinov za izboljšanje klinične usposobljenosti medicinskih sester. To vključuje zagotavljanje priložnosti za usposabljanje, ki poudarjajo kritično mišljenje, klinično samoučinkovitost in čustveno inteligenco. Poleg tega je ključno ustvariti podporno delovno okolje, ki spodbuja medicinske sestre, redno spremljanje klinične usposobljenosti skupaj s povratnimi informacijami, kar dodatno prispeva k izboljšanju strokovnega razvoja.

3 METODE

Raziskava je temeljila na empirični kvantitativni deskriptivni metodi. Teoretična izhodišča za raziskavo so temeljila na pregledu domače in tuje literature. Empirični del je temeljil na anketni metodologiji. Za teoretični del smo zbirali podatke s pomočjo podatkovnih baz, kot so Pubmed, Google Učenjak ter s pomočjo spletnega bibliografskega brskalnika COBISS. Z izvedeno raziskavo želimo pridobiti mnenje o motivaciji, vključenosti in odnosu zaposlenih do izobraževanja na področju zdravstvene nege.

Cilji raziskave so:

- ugotoviti odnos in motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi do izobraževanja;
- ugotoviti vrste izobraževanj, ki bi zaposlene v zdravstveni negi motivirale za vključitev v izobraževanje;
- ugotoviti dejavnike, ki bi prispevali k motivaciji za izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi.

Raziskovalna vprašanja, na katera smo odgovorili z empirično raziskavo, so naslednja:

- Kakšen je odnos in motivacija zaposlenih v zdravstveni negi do izobraževanja?
- Katere vrste izobraževanja bi zaposlene v zdravstveni negi motivirale za vključitev v izobraževanje?
- Kateri dejavniki bi prispevali k motivaciji za izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi?

3.1 Zbiranje podatkov

Podatke v empiričnem delu smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki je bil razdeljen med zaposlene v zdravstveni negi v Železniškem zdravstvenem domu Ljubljana. Vprašalnik je bil za potrebe naše raziskave izdelan na podlagi pregleda literature različnih avtorjev (Mohorko, 2013; Borovinšek, 2018; Kladnik, 2018; Šanc & Prosen, 2022) v pet sklopov. Prvi sklop je zajemal demografski del, drugi vsebinski sklop je proučeval vključenost zaposlenih v izobraževanje, v tretjem sklopu smo ugotavljali vidik zaposlenih na odnos delodajalca do izobraževanja, v četrtem smo raziskovali motivacijo zaposlenih v zdravstveni negi do izobraževanja ter v zadnjem sklopu poizvedovali o potrebi za izboljšanje motivacije za izobraževanje na področju zdravstvene nege z vidika zaposlenih. Prvi sklop je vseboval tri vprašanja zaprtega tipa z neodvisnimi spremenljivkami. Drugi sklop je tvoril dve vprašanji zaprtega tipa z neodvisnimi spremenljivkami. Tretji sklop ima eno vprašanje s petstopenjsko Likertovo

lestvico stališč, pri čemer je pomenila vrednost 1 – sploh se ne strinjam, vrednost 2 – se delno strinjam, vrednost 3 – niti niti, vrednost 4 – se strinjam in vrednost 5 –se popolnoma strinjam in eno vprašanje z ocenjevalno lestvico od 1–5 (pri čemer nižja vrednost 1 opredeljuje, da izobraževanja anketirancem niso na voljo, vrednost 5 pa, da so ji izobraževanja vedno na voljo). V četrtem sklopu sta bili dve vprašanji s petstopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer je pomenila vrednost 1 – sploh se ne strinjam, vrednost 2 – se delno strinjam, vrednost 3 – niti niti, vrednost 4 – se strinjam in vrednost 5 – se popolnoma strinjam, eno vprašanje zaprtega tipa ter pet vprašanj odprtega tipa. Peti sklop je vseboval vprašanje odprtega tipa. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbach alfa koeficientom, ki je znašal 0,8.

3.2 Vključeni v raziskavo

V raziskavo smo vključili vse zaposlene na področju zdravstvene nege v Železniškem zdravstvenem domu, kjer je zaposlenih 31 tehnikov zdravstvene nege ter diplomiranih medicinskih sester. Prejeli smo 25 izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 80-% realizacijo vzorca.

3.3 Potek raziskave in soglasja

Uporabili smo spletni vprašalnik 1ka, ki smo ga poslali na službene e-naslove zaposlenih. Podatke smo zbirali od 16. do 30. aprila 2024. Zagotovili smo anonimnost vseh, ki so na vprašalnike odgovorili. O raziskavi je bilo vodstvo Železniškega zdravstvenega doma obveščeno in posebnega soglasja nismo potrebovali.

3.4 Obdelava podatkov

Pridobljene podatke smo obdelali s programom SPSS29 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Na podlagi pridobljenih podatkov, ki smo jih najprej obdelali z opisno statistiko, smo razlike glede na motivacijo diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ugotavljali z Mann-Whitney U test in Kulbachov 2i test. Statistična značilnost je bila merjena na ravni $p < 0,05$.

4 REZULTATI

Rezultati se nanašajo na motivacijo zaposlenih do izobraževanja, v katera izobraževanja bi se vključili ter kateri dejavniki bi prispevali k motiviranosti zaposlenih za izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege Železniškega zdravstvenega doma Ljubljana. Raziskavo smo izvedli glede na prejete odgovore, kjer je sodelovalo 25 zaposlenih na področju zdravstvene nege, kar je razvidno iz spodnje Tabele 1.

Tabela 1: *Opis vzorca*

	N= 25	%
Povprečna starost v letih	25	48,8
Izobrazba/delovno mesto		
Dipl. medicinska sestra/dipl. zdravstvenik	10	40
Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	15	60

Legenda: N = velikost vzorca, % = odstotni delež

Tabela 2: *Motivacija zaposlenih za izobraževanje*

	N	PV	SO
Želim se izobraževati – pridobiti strokovni naziv	25	4,08	0,95
Pripravljen sem vložiti svoj čas in energijo za izobraževanje	25	3,96	1,14
Zelo sem motiviran/-a za pridobitev novega znanja.	25	4,12	0,97

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Anketirani so na trditve s področja motivacije zaposlenih odgovorili z oceno od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam). Iz Tabele 2 je razvidno, da se anketiranci v povprečju najbolj strinjajo, da se želijo izobraževati – pridobiti strokovni naziv (PV = 4,08; SO = 0,95), najmanj pa se v povprečju strinjajo, da so pripravljeni vložiti svoj čas in energijo za izobraževanje (PV = 3,96; SO = 1.14).

Ugotavljali smo tudi, kateri dejavniki bi zaposlene še dodatno motivirali za izobraževanje in usposabljanje. Možnih je bilo več odgovorov, in sicer možnosti za karierni napredek, finančne spodbude (npr. dodatek k plači, štipendije), bolj fleksibilen delovni čas med izobraževanjem, možnost pridobivanja novih veščin in znanj ter sodelovanje v raziskovalnih projektih. Največ anketiranih (84 %) meni, da bi jih finančne spodbude dodatno motivirale za izobraževanje in usposabljanje, najmanj anketiranih le (36 %) pa meni, da bi jih bolj fleksibilen čas med izobraževalnimi programi dodatno motiviral za izobraževanje in usposabljanje.

Tabela 3: *Interno izobraževanje – motivacija, aktivno sodelovanje, usposabljanje*

	N	PV	SO
Z internimi izobraževalnimi programi se ustrezno pokrivajo vaše potrebe po izpopolnjevanju znanj in veščin v vašem delovnem okolju.	25	3,00	1,47
Sem pripravljeni sodelovati v internih izobraževalnih programih, ki bi zahtevali dodatno časovno angažiranost zunaj rednega delovnega časa.	25	3,20	1,35
Organizacija ustrezno spodbuja in promovira interno izobraževanje med zaposlenimi.	25	2,64	1,47
Finančna podpora bi bila ustrezen motivator za vključitev v interno izobraževanje.	25	3,96	1,17
Fleksibilna razpoložljivost delovnega časa bi bila motivacija za aktivno vključenost za interno izobraževanje.	25	4,24	0,97

Legenda: N = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Vprašanja so bila merjena na Likertovi lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam).

Anketiranci so na trditve s področja internih izobraževanj odgovorili z oceno 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam). Iz Tabele 3 je razvidno, da se zaposleni v povprečju najbolj strinjajo, da bi bila fleksibilna razpoložljivost delovnega časa motivacija za aktivno vključenost za interno izobraževanje (PV = 4,24; SO = 0,97), najmanj pa se v povprečju strinjajo, da organizacija ustrezno spodbuja in motivira interno izobraževanje med zaposlenimi (PV = 2,64; SO = 1,47).

Zanimalo nas je, katere vrste internega izobraževanja zaposlene najbolj motivirajo. Možnih je bilo več odgovorov, kot so delavnice v živo v organizaciji, e-izobraževanja, (spletni tečaji, webinarji), interno mentorstvo s strani izkušenih kolegov, udeležba na internih konferencah in predavanjih. Največ anketiranih (40 %) meni, da jih delavnice v organizaciji najbolj motivirajo za izobraževanje, nato sledi izobraževanje na internih predavanjih (24 %), najmanj zanimanja so izkazali za e-izobraževanja (16 %).

Zaposlene smo spraševali, kateri dejavniki bi po njihovem mnenju še dodatno prispevali k motivaciji za udeležbo na internih izobraževanjih. Izbirali so med možnimi odgovori, kot so: možnost kariernega napredovanja po uspešno zaključenih programih, boljša razporeditev delovnega časa za udeležbo na izobraževanjih ter priznanje vodstva za dosežene rezultate izobraževanja. Največ vprašanih (84 %) meni, da bi boljša razporeditev delovnega časa dodatno prispevala k motivaciji zaposlenih za udeležbo na internih izobraževanjih.

V nadaljevanju smo spraševali, kaj menijo zaposleni, da je treba storiti za izboljšanje kariernega razvoja in prevzemanje novih nalog v organizaciji. Možnih je bilo več odgovorov. Največ (84 %) se jih je opredelilo, da bi bilo potrebnih več priložnosti za napredovanje in specializacijo, sledijo jasnejše smernice za karierni napredek (80 %) ter več mentorstva in podpore pri prevzemanju novih nalog (56 %).

Zastavili smo tudi vprašanje, kakšno vlogo vidijo zaposleni za medpoklicno sodelovanje pri spodbujanju motivacije za izobraževanje in nadaljnji razvoj. Imeli so na voljo več možnih odgovorov, kjer se je največ zaposlenih (92 %) opredelilo, da medpoklicno sodelovanje omogoča izmenjavo znanj in izkušenj, kar spodbuja motivacijo za izobraževanje. 56 % jih meni, da bi medpoklicno sodelovanje moralo biti bolj aktivno vključeno v proces izobraževanja ter 44 % jih je mnenja, da potrebujejo več strukturiranih priložnosti za medpoklicno sodelovanje.

V odprtem vprašanju smo dali možnost podajanje predlogov za izboljšanje motivacije zaposlenih za izobraževanje in usposabljanje v organizaciji. Pol anketiranih je podalo dodatna mnenja, predloge (*podpora zaposlenim, če se želijo izobraževati v smislu študijskega dopusta, financiranje, napredovanja, jasno postavljeni temelji za napredovanje ob doseganju znanj, tako bi bila motivacija zagotovo na višji stopnji, pohvala s strani delodajalca ob uspehih, finančna nagrada* ...) ostala polovica se ni opredelila in na to ni dala odgovora.

V raziskavi smo želeli ugotoviti tudi statistično značilne razlike med skupino zaposlenih v zdravstveni negi (srednjimi medicinskimi sestrami/tehniki zdravstvene nege in diplomiranimi medicinskimi sestrami).

Tabela 4: *Motivacija zaposlenih za izobraževanje glede na delovno mesto*

	Delovno mesto	n	PV	U-test	p
želim se izobraževati – pridobiti strokovni naziv	tehnik zdravstvene nege	15	11,67	55,000	0,233
	dipl. med. sestra	10	15,00		
pripravljena sem vložiti svoj čas in energijo za izobraževanje	tehnik zdravstvene nege	15	10,60	39,000	0,035
	dipl. med. sestra	10	16,60		
zelo sem motiviran/-a za pridobitev novega znanja	tehnik zdravstvene nege	15	10,87	43,000	0,058
	dipl. med. sestra	10	16,20		

Legenda: n = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, U-test = test za neodvisne vzorce, p = mera statistične značilnosti

Rezultat Mann-Whitney U test (U= 39,000; p = 0,035) je pokazal, da se diplomirane medicinske sestre v povprečju bolj strinjajo, da so za izobraževanje pripravljene vložiti svoj čas in energijo, kot tehniki zdravstvene nege.

Med delovnimi mesti na področju zdravstvene nege ni statistično značilnih razlik v tem, kako so motivirani za aktivno sodelovanje, usposabljanje na internih izobraževanjih.

Tabela 5: *Vrste internega izobraževanja glede na delovno mesto*

Katere vrste internega izobraževanja bi vas najbolj motivirale?		**Razlike med delovnimi mesti v zdravstveni negi**		Skupno
		tehnik zdravstvene nege	diplomirana medicinska sestra	
Delavnice v živo v organizaciji	n	6	4	10
	% glede na delovno mesto	40,0 %	40,0 %	40,0 %
e-izobraževanja (spletni tečaji, webinarji)	n	2	2	4
	% glede na delovno mesto	13,3 %	20,0 %	16,0 %
Interno mentorstvo s strani kolegov	n	3	2	5
	% glede na delovno mesto	20,0 %	20,0 %	20,0 %
Udeležba na internih predavanjih	n	4	2	6
	% glede na delovno mesto	26,7 %	20,0 %	24,0 %
Skupno	n	15	10	25
	% glede na delovno mesto	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež

Za preverjanje statistično značilnih razlik glede na delovno mesto pri vprašanju katere vrste internega izobraževanja vas najbolj motivirajo, smo uporabili Kullbachov 2i test. Rezultat (2i = 0,277;p = 0,964) je pokazal, da statistično značilnih razlik tu ni. Največ anketiranih, ne glede na delovno mesto, najbolj motivirajo delavnice v živo v organizaciji.

5 RAZPRAVA Z ZAKLJUČKOM

Razvoj zdravstvene nege in možnost izobraževanja ponujata velik potencial za napredek v poklicu medicinske sestre. S stalnim izobraževanjem in pridobivanjem novih znanj lahko medicinske sestre dosežejo visoko stopnjo strokovnosti, kar koristi ne le njim, ampak tudi pacientom in celotni skupnosti. Vse medicinske sestre si prizadevajo za stalno strokovno izobraževanje. Organizacije morajo prepoznati osebne cilje medicinskih sester in razumeti njihove edinstvene potrebe v strokovnem razvoju. Poleg tega je ključno, da so viri na voljo in dostopni, da lahko medicinske sestre uspešno izvajajo stalno strokovno izpopolnjevanje (Hakvoort et al., 2022). S strokovnostjo pride tudi večje družbeno spoštovanje za poklic medicinske sestre, kar je ključnega pomena za njihovo zadovoljstvo in motivacijo pri delu in izobraževanju.

Raziskava je proučevala odnos in motivacijo za izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege v Železniškem zdravstvenem domu Ljubljana.

Z raziskavo smo ugotovili, da so zaposleni motivirani in se želijo izobraževati – pridobiti strokovni naziv ter nova znanja, kljub temu pa je bila manj izražena pripravljenost vložiti dodatni čas in energijo za izobraževanje. Kot dodatni motivacijski dejavnik za izobraževanje in usposabljanje so opredelili finančne spodbude, medtem ko je bil manjši interes za bolj fleksibilen delovni čas med izobraževanjem. Interno izobraževanje je prav tako prepoznano kot pomembno, vendar se je pokazalo, da organizacija ne spodbuja in motivira internega izobraževanja med zaposlenimi, kar je razvidno iz nižje ocene na tem področju.

Glede na vrste internega izobraževanja so se zaposleni najbolj zavzemali za delavnice v organizaciji, medtem ko so bila e-izobraževanja manj privlačna. Poleg tega je bila fleksibilna razpoložljivost delovnega časa ključen dejavnik motivacije za sodelovanje v internih izobraževalnih programih. Med pomembnimi dejavniki za motivacijo zaposlenih za udeležbo na internih izobraževanjih so se izkazali boljša razporeditev delovnega časa in možnost kariernega napredovanja. Zaposleni so poudarili potrebo po večjih priložnostih za napredovanje, jasnejših smernicah za karierni razvoj ter večjem mentorstvu in podpori pri prevzemanju novih nalog. Zaluberšek in Ličen (2021) v svojem delu navajata ugotovitve, ki kažejo, da imajo medicinske sestre pozitivno stališče do raziskovanja, vendar obstajajo razlike glede na možnosti uporabe. Zaposleni, ki so imeli na delovnem mestu ustrezna fizična sredstva, so bili bolj

naklonjeni raziskovanju kot tisti brez teh možnosti. Poudarjeno je bilo tudi, da bi več zaposlenih raziskovalo, če bi imeli med delovnim časom namenski čas za to, kar pa zaradi prezaposlenosti ni mogoče.

Vloga medpoklicnega sodelovanja je prav tako pomemben dejavnik motivacije, saj omogoča izmenjavo znanj in izkušenj ter spodbuja izobraževanje. Zaposleni so izrazili željo po bolj aktivnem vključevanju medpoklicnega sodelovanja v proces izobraževanja ter po več strukturiranih priložnostih za sodelovanje.

Kot statistična razlika se je pokazalo, da so diplomirane medicinske sestre za izobraževanje pripravljene vložiti svoj čas in energijo v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami. Nadaljnja analiza je pokazala, da med delovnimi mesti na področju zdravstvene nege ni statistično značilnih razlik v motivaciji za aktivno sodelovanje in usposabljanje na internih izobraževanjih. Prav tako ni bilo statistično značilnih razlik v preferencah glede vrst internega izobraževanja glede na delovno mesto. Največji interes je bil namreč za delavnice v živo v organizaciji ne glede na delovno mesto. Temeljna vrednota vseh zdravstvenih delavcev je znanje, ki zahteva motivacijo posameznika. V sklepnem odprtem vprašanju so zaposleni dali dodatne predloge za izboljšanje motivacije za izobraževanje in usposabljanje, kot so podpora zaposlenim, financiranje, napredovanje ter pohvale s strani delodajalca ob uspehih. Temeljna vrednota vseh zdravstvenih delavcev je znanje, ki zahteva motivacijo posameznika. Zavedanje, da z znanjem prispevajo k bolj varni in kakovostni zdravstveni oskrbi ter izboljšanju zadovoljstva pacientov, svojcev in kakovosti storitev, spodbuja tudi boljše delovne odnose. Pridobivanje novega znanja pa predstavlja tudi strokovno in osebnostno rast ter razvoj posameznika (Romšak, 2022).

Poudariti velja, da je dobljene ugotovitve možno posploševati samo na zaposlene v Železniškem zdravstvenem domu, ki so sodelovali v naši raziskavi. Vprašalnik bi lahko vseboval še bolj usmerjene kriterije za motivacijo v izobraževanju in morda konkretne vsebine ali področja, ki bi bila zanimiva z vidika zaposlenih in tudi delodajalca. Nadaljnje raziskave so potrebne predvsem z vidika spremljanja in izvajanja izobraževanj, kakor tudi ugotavljanja dobrobiti stroke in prenos pridobljenih veščin v prakso.

Na osnovi izvedene raziskave lahko zaključimo, da je prisotna želja in potreba po izobraževanju ter da so zaposleni motivirani za vključitev v izobraževanje, predvsem delavnice v živo bolj kot e-izobraževanje ali katerakoli druga oblika izobraževanja. Motivacija za izobraževanje v zdravstveni negi je zelo pomembna za razvoj posameznikovih sposobnosti in zadovoljstva pri delu. Delodajalci morajo ustvariti spodbudno okolje za izobraževanje, omogočiti karierni razvoj zaposlenim, aktivno vključevanje v interna izobraževanja, učne delavnice, kar ustvarja prihodnost zaposlenih v zdravstveni negi.

6 SEZNAM LITERATURE

Borovinšek, A. (2018). Model motivacijskih dejavnikov za izobraževanje otrok in odraslih; *Revija za univerzalno odličnost*, 7(2), 144-152.

Danielson, E., & Berntsson, L. (2007).Registered nurses' perceptions of educational preparation for professional work and development in their profession. *Nurse Education Today,* 27, 900-908. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.12.007 [27.12.2023]

Goldsberry J.W., 2018. Advanced practice nurses leading the way: Interprofessional collaboration. *Nurse Education Today*, 65, 1-3. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.024

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Molendijk-van Nieuwebhuyzen, K., Van der Schaaf, M., & Schuurmans, M., 2022. Factors that influence contiuning professionals development over a nursing career: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103481

Handukić H., (2019). Motivacija za izobraževanje v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu. *Revija za univerzalno odličnost*, 8(4), 352-363.

Kamenšek T., Kavčič M. & Domajnko B., (2020). Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege,* 54(2), 153-163. https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.2.2980

Kaučič, B.M. & Lahe, M., (2005). Spirala znanja – nova paradigma prenosa znanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege,* 39, 209 – 213. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2554

Kladnik, M., (2018). *Vpliv zunanjih dejavnikov na motivacijo za izobraževanje zaposlenih: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Klemenc-Ketiš, Z. & Zafošnik, U., 2024. Medstrokovno izobraževanje s simulacijami v primarnem zdravstvu. *Revija Javno zdravje,* 63(1), 1-4.

Mohorko, M., (2013). *Motivacija zaposlenih za izobraževanje v zdravstvenonegovalni službi domov za starostnike: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Romšak, K., (2022). *Pomen izobraževanja medicinskih sester pri njihovem delu – pregled literature: diplomsko delo visokošolskega študijskega programa*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Shibiru, S., Aschalew, Z., Kassa, M., Bante, A., & Mersha, A., (2023). Clinical competence of nurses and the associated factors in public hospitals of Gamo zone, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *Nursing Research And Practice*. https://doi.org/10.1155/2023/9656636

Skela-Savić, B., Lobe, B. & Bole, U., (2022). Prepričanja in implementacija na dokazih podprte prakse med visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami in zdravstveniki (2. del): presečna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(4), 280-290. https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3126

Šanc, P. & Prosen, M., (2022). Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9-21. https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3106

Šimec, M., (2020). Razvoj učeče se organizacije v zdravstvenih ustanovah: pregled literature. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 7(2).

Štruc, A., (2021). *Odnos medicinskih sester do branja strokovne in znanstvene literature: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Vaseghi, F., Yarmohammadian, M. H., & Raeisi, A., (2022). Competences of interprofessional cooperation in the health system: a systematic review. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 27(6), 496-504. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21

Veršaj, M., (2022). *Motivacija zaposlenih na delovnem mestu: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Zaluberšek, J. & Ličen, S., (2021). Odnos in stališča medicinskih sester do raziskovanja v klinični praksi zdravstvene nege: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(3), 148-157. https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3074/2980

Zarei, M., Mojarrab, S., Bazrafkan, L., & Shokrpour, N., (2022). Role of continuing medical education programs in promoting Iranian nurses, competency toward non-communicable diseases, a qualitative content analysis study. *BMC Medical Education*, 22(731). https://doi.org/10.1186%2Fs12909-022-03804-x

7 PRILOGE

7.1 INSTRUMENT

7.1.1 Vprašalnik

VPRAŠALNIK O MOTIVACIJI ZA IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU

Sem Mija Vacik Snoj, udeleženka izobraževanja Management in vodenje v zdravstveni in babiški negi. V okviru projektne naloge želim izvesti raziskavo z naslovom Motivacija za izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege, pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač.

Vprašanja v vprašalniku se nanašajo na vaš odnos, vključenost in motivacijo do izobraževanja. Prosim Vas za iskrene odgovore na vprašanja, ki so pred Vami, saj bomo le tako lahko dobili verodostojne rezultate raziskave. Vprašalnik je anonimen in je namenjen izključno za raziskovalne namene v okviru priprave projektne naloge.

Za sodelovanje pri reševanju se Vam že vnaprej zahvaljujem.

I. SKLOP (demografski podatki)

1. Starostna skupina:
   - Do 20 let
   - 21–40
   - 41–60
   - 61 let in več

2. Kakšna je vaša najvišje dosežena formalna izobrazba?
    - Srednja šola
    - Višješolski program
    - Visokošolski program in univerzitetni program
    - Magisterij stroke
    - Magisterij znanosti
3. Kako dolgo ste zaposleni v zdravstvenem domu?
    - Manj kot 5 let
    - 5–10 let
    - 10–15 let
    - 15–20 let
    - Več kot 20 let

II. SKLOP (vključenost v izobraževanja)

4. Kako pogosto ste se v obdobju 12 mesecev udeležili kakšnega izobraževanja, usposabljanja za delo?
    - Se nisem udeležil/-a
    - 1-x – 2x
    - 2-x – 3x
    - 3-x – 5x
    - Več kot 5-x
5. Kako pogosto berete strokovno literaturo, strokovne članke, zbornike ali strokovno literaturo?
    - Nikoli
    - Redko
    - Občasno
    - Pogosto

III. SKLOP (vidik zaposlenih na odnos delodajalca do izobraževanja)

6. Spodnje trditve se nanašajo na odnos delodajalca do izobraževanja. Pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri za vas veljajo trditve.

   1 – sploh se ne strinjam; 2 – delno se strinjam; 3 – niti niti; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.

   - Delodajalec je pozitivno naravnan do izobraževanja, usposabljanja, seminarjev ...
   - Delodajalec spodbuja udeležbo do izobraževanja, usposabljanja, seminarjev ...
   - Delodajalec je pripravljen kriti del stroškov izobraževanja
   - Delodajalec je pripravljen prerazporediti delo ali kako drugače pripomoči k lažjemu izobraževanju, usposabljanju zaposlenih.

7. Opredelite, katere vrste izobraževanja so Vam na voljo v vaši zdravstveni organizaciji?

   V naslednji tabeli od 1 do 5 označite, katere vrste izobraževanja so vam na voljo v vaši organizaciji, pri čemer pomeni 1 – niso na voljo in 5 – vedno so na voljo.

   1 2 3 4 5

   - Strokovna literatura, revije, zborniki ...
   - Dostop do baze podatkov strokovnih člankov
   - Interna izobraževanja
   - Možnost udeležitve na seminarjih, simpozijih ...
   - Individualno mentorstvo
   - Medpoklicno sodelovanje in izobraževanje

- **IV. SKLOP (motivacija do izobraževanja)**

8. Kako ocenjujete pomen stalnega izobraževanja in usposabljanja na področju zdravstvene nege?
   - Izjemno pomembno
   - Zelo pomembno
   - Pomembno
   - Manj pomembno
   - Nepomembno

9. Spodnje trditve se nanašajo na motivacijo za izobraževanje. Pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri za vas veljajo trditve. 1 – sploh se ne strinjam; 2 – delno se strinjam; 3 – niti niti; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.
   - Želim se izobraževati – pridobiti strokovni naziv
   - Pripravljen sem vložiti svoj čas in energijo za izobraževanje
   - Zelo sem motiviran/-a za pridobitev novega znanja
10. Kateri dejavniki bi vas še dodatno motivirali za izobraževanje in usposabljanje? (Prosimo, označite vse možnosti, ki se vam zdijo pomembne)
   - Možnosti za karierni napredek
   - Finančne spodbude (npr. dodatek k plači, štipendije)
   - Priznanje in pohvale za dosežke
   - Bolj fleksibilen delovni čas med izobraževalnimi programi
   - Možnost pridobivanja novih veščin in znanj
   - Sodelovanje v raziskovalnih projektih
   - Drugo: _____ (prosim, navedite)
11. Trditve se nanašajo na interna izobraževanja – motivacija, aktivno sodelovanje, usposabljanje. Pri vsaki trditvi označite, v kolikšni meri za vas veljajo trditve. 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se delno strinjam; 3 – niti niti; 4 – se strinjam; 5 – se popolnoma strinjam.
   - Z internimi izobraževalnimi programi se ustrezno pokrivajo vaše potrebe po izpopolnjevanju znanj in veščin v vašem delovnem okolju
   - Sem pripravljeni sodelovati v internih izobraževalnih programih, ki bi zahtevali dodatno časovno angažiranost zunaj rednega delovnega časa
   - Organizacija ustrezno spodbuja in promovira interno izobraževanje med zaposlenimi?
   - Finančna podpora bi bila ustrezen motivator za vključitev v interno izobraževanje
   - Fleksibilna razpoložljivost delovnega časa bi bila motivacija za aktivno vključenost za interno izobraževanje

12. Katere vrste internega izobraževanja bi vas najbolj motivirale? (Prosimo, označite vse možnosti, ki se vam zdijo pomembne).
    - Delavnice v živo v organizaciji
    - E-izobraževanja (spletni tečaji, webinarji)
    - Interno mentorstvo s strani izkušenih kolegov
    - Udeležba na internih konferencah ali predavanjih
    - Praksa pri delu pod vodstvom izkušenih sodelavcev
    - Drugo: _____ (prosim, navedite)
13. Kateri dejavniki bi po vašem mnenju še dodatno prispevali k motivaciji zaposlenih za udeležbo v internih izobraževalnih programih? (Prosimo, označite vse možnosti, ki se vam zdijo pomembne)
    - Možnost kariernega napredovanja po uspešno zaključenih programih
    - Boljša razporeditev delovnega časa za udeležbo na izobraževanjih
    - Priznanje vodstva za dosežene rezultate izobraževanja
    - Drugo: _____ (prosim, navedite)
14. Kaj menite, da bi bilo treba storiti za izboljšanje kariernega razvoja in prevzemanje novih nalog v naši organizaciji?

    a) Več priložnosti za napredovanje in specializacijo.

    b) Jasnejše smernice za karierni napredek.

    c) Več mentorstva in podpore pri prevzemanju novih nalog.

    d) Drugo: _____ (prosim, navedite)
15. Kakšno vlogo vidite za medpoklicno sodelovanje pri spodbujanju motivacije za izobraževanje in nadaljnji razvoj?

    a) Medpoklicno sodelovanje omogoča izmenjavo znanja in izkušenj, kar spodbuja motivacijo za učenje.

    b) Medpoklicno sodelovanje bi moralo biti bolj aktivno vključeno v proces izobraževanja.

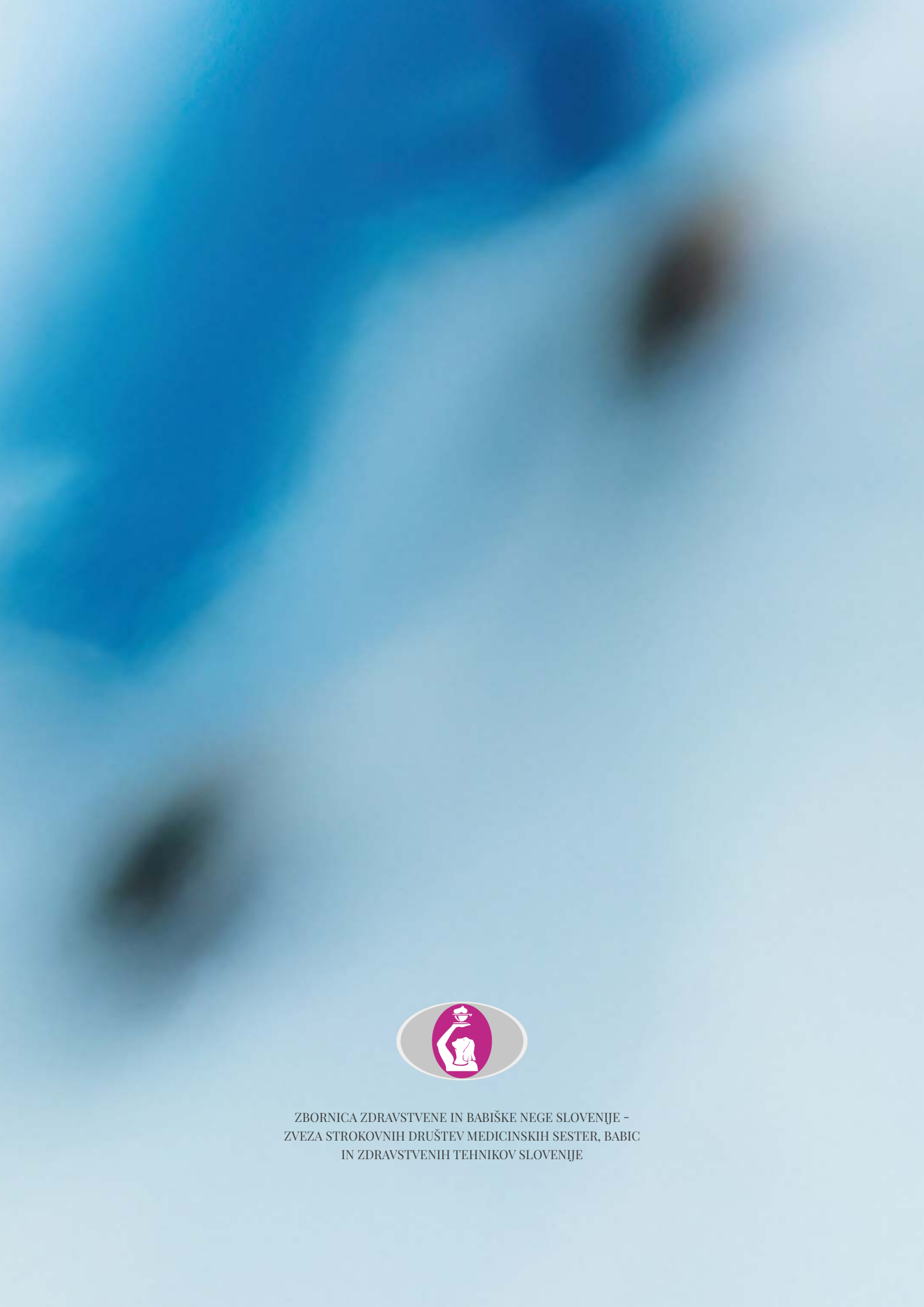
    c) Potrebujemo več strukturiranih priložnosti za medpoklicno sodelovanje.

    d) Drugo: _____ (prosim, navedite)

V. SKLOP (potreba za izboljšanja motivacije za izobraževanje)

16. Kakšen bi bil vaš predlog za izboljšanje motivacije zaposlenih za izobraževanje in usposabljanje v naši organizaciji?

Hvala, ker ste si vzeli čas za izpolnitev vprašalnika! Vaše mnenje nam bo v veliko pomoč pri pripravi projektne naloge in pri oblikovanju ustreznih programov za izobraževanje in motiviranje naših zaposlenih.



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE