



**143. REDNA LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
MEDSEBOJNI ODNOSI V ZDRAVSTVENEM TIMU**

Velenje, 13. in 14. oktober 2006

SODELOVANJE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI KOT DRUŽBENI POJAV

COLLABORATION BETWEEN NURSES AND DOCTORS IN A SOCIAL CONTEXT

Majda Pahor

Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani, Poljanska c. 26 a, 1000 Ljubljana

Izvleček

- Izhodišča** *Način usklajevanja zdravstvenega dela vpliva tako na zdravstvene delavce kot na bolnike. Usklajevanje je lahko sodelovalno ali hierarhično, kar je odvisno predvsem od družbenih okoliščin, v katerih poteka.*
- Metoda** *Pregled literature.*
- Rezultati** *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki je relativno nov pojav; tradicionalno sta (bili) ti dve skupini v odnosu podrejenosti in nadrejenosti kot posledici medsebojnih razlik – po spolu, pripadnosti sloju, izobrazbi, poklicni socializaciji, načinu reguliranja in družbenem ugledu. Zato se medicinske sestre in zdravniki v spremenjenih družbenih okoliščinah pozne moderne teže znajdejo in upoštevajo naraščajočo nujnost sodelovanja. Že razumevanje pojma je raznoliko, zato koristijo obširne pregledne študije, ki sintetizirajo glavne komponente tega pojma: povezovanje, partnerstvo, soodvisnost, moč, proces. Obenem je pojav potrebno opazovati glede na tri ravni dejavnikov, ki ga spodbujajo ali ovirajo: sistemska, organizacijska in interakcijska raven.*
- Zaključki** *Ker študije kažejo povezavo med sodelovanjem in izidi zdravljenja, je potrebno to zvezo še naprej proučevati na različne načine, zlasti pa z intervencijskimi študijami in tako obenem meriti in izboljševati »socialno zdravje« slovenskega zdravstva.*

Sodelovanje kot predmet premišljanja in raziskovanja

Zakaj je pomembno izbrati sodelovanje kot predmet premišljanja in raziskovanja? Eden od razlogov je gotovo dejstvo, da je zdravstvo delovno intenzivna panoga z zaposlenimi različnih poklicev in ravni izobrazbe. Če naj njihovo delo doseže pričakovane učinke, to je zagotavljanje dobrega zdravstvenega varstva, mora biti usklajeno. Vprašanje pa je, kako naj to medsebojno usklajevanje poteka. Poznamo dva tipa usklajevanja, hierarhično in sodelovalno. Prvo predpostavlja vertikalno razporejene ravni odločanja in izvrševanja z medsebojno podrejenimi oziroma nadrejenimi položaji, drugo pa bi lahko opisali kot bolj horizontalno strukturo, kjer se količina moči med subjekti ne razlikuje pomembno oz. se vzpostavlja v vsaki situaciji sproti na osnovi znanja in izkušenj.

Pojem sodelovanja ima v predstavnem svetu ljudi zelo različne pomene. Naš namen v tem prispevku je povzeti nekatere raziskovalne ugotovitve različnih ved o pogojih, značilnostih in posledicah sodelovanja v zdravstvenem varstvu, pri čemer se bomo omejili zgolj na sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami. V zvezi s tem je potrebno opozoriti, da so še vsaj trije pomembni akterji sodelovanja, ki jih je potrebno omeniti, če že tu niso predmet pozornosti. Gre predvsem za bolnike oz. uporabnike zdravstvenih storitev kot osrednje osebe, okoli katerih naj bi bila zdravstvena dejavnost organizirana, potem za druge zdravstvene in ostale strokovnjake, ki delujejo na področju zdravstvenega dela, ter na javnost kot družbeni kontekst, iz katerega se zdravstveni sistem razvije, in ji zagotavlja dogovorjene storitve na določeni ravni kakovosti.

Medicinske sestre in zdravniki – tradicije ločenosti

Delovanje in sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov v začetku 21. stoletja je rezultat razvoja, dolgega skoraj tako, kot je staro človeštvo. Poklici, ki se ukvarjajo z zadovoljevanjem temeljnih človekovih potreb, so v bolj ali manj profesionalizirani obliki prisotni v vseh družbah vseh časov. Delitev dela in drugi procesi družbenih sprememb pa so zlasti v zadnjih dvesto letih v zahodnem svetu spodbujali oblikovanje ločenih poklicnih teritorijev z dejavnostmi, razporejenimi po hierarhični lestvici na višje in nižje in z ločenimi poklicnimi kulturami.¹

Najbolj je navzven razlikovala medicinske sestre in zdravnike v preteklosti *spolna pripadnost*. Zdravniki so zlasti v obdobju od renesanse dalje izločili ženske pripadnice in jim v času vzpona medicinskih fakultet v 19. stoletju tudi uradno prepovedali študij medicine. Posameznice, ki so se v drugi polovici stoletja borile proti tej prepovedi, so doživljale zelo hud odpor. Dokončno je bila prepoved vstopa žensk na medicinske fakultete odpravljena šele po 1. svetovni vojni, vendar je bil delež žensk v tem poklicu dolgo zelo majhen in v večini zahodnih držav še ne dosega polovice vseh zdravnikov. Nasprotno pa je zdravstvena nega na osnovi prizadevanja utemeljiteljice njene moderne variante, Florence Nightingale, poudarjala ločenost od moškega sveta in s kolektivno podrejenostjo navzven dosegla sorazmerno notranjo avtonomijo in ločeno zdravstvenonegovalno (»sestrsko«) hierarhijo.²

Zdravniki in medicinske sestre se razlikujejo tudi po *pripadnosti sloju*. Zdravniki praviloma izhajajo iz višjega srednjega in višjega sloja, medicinske sestre pa iz nižjega srednjega in nižjega sloja. Tu so seveda lokalne in časovne specifičnosti: še v začetku 19. stoletja so zdravnike v Veliki Britaniji uvrščali v služabniški ali obrtniški sloj in so si večji družbeni ugled pridobili šele v drugi polovici stoletja. Med medicinske sestre pa je pod vplivom Florence Nightingale, ki je bila sama iz ugledne družine, vstopalo precej mladih žensk iz višjih slojev. Zanje so bila seveda rezervirana mesta nadzornih sester oz. matron. Pri svojem delu so pogosto prišle v konflikt z zdravniki, ker so bile sicer formalno podrejene, a v socialnem smislu enakovredne (»lady nurses«) in zato niso mogli z njimi ravnati enako kot s pomočnicami oz. služabnicami iz nižjih slojev.

Izobrazba ima močan vpliv ne samo na opravljanje poklicne dejavnosti, ampak oblikuje tudi način mišljenja, vrednostni sistem in stališča. Od vzpostavitve moderne medicine in zdravstvene nege je bilo izobraževanje za ta dva poklica ločeno in imelo različne poudarke. Pri medicinskih sestrah je bil poudarek na praktičnem usposabljanju in razumevanju zdravnikovih navodil.

Poklicna socializacija, to je internacionalizacija znanja, spretnosti, vrednot, stališč, stereotipov in načinov ravnanja, značilnih za določeno subkulturo, se ne zaključuje ob koncu formalnega izobraževanja, ampak poteka vse delovno življenje. Najmočneje se vtisne v novice v prvih letih poklicnega delovanja in vsebuje splet informacij, izkušenj, čustev, spodbujanja dolo-

čenega ravnanja in »kaznovanja« neustreznih oblik delovanja, govorjenja, celo oblačenja ali telesne države.

Reguliranost se navezuje na vprašanje, kdo in kako določa delovanje pripadnikov neke poklicne skupine. Zdravniki so si uspeli priboriti sorazmerno veliko avtonomijo svojega poklicnega delovanja in izobraževanja neposredno od glavnih nosilcev moči, to je države, medtem ko so ostale poklicne skupine v zdravstvu, zlasti medicinske sestre, odvisne od zdravnikov, ki večinoma določajo njihov položaj v okviru sistema, vsebino in obliko izobrazbe ter poklicnega napredovanja.

Rezultat tako velikih razlik med medicinskimi sestrami in zdravniki je tudi njihov različen ugled v očeh javnosti.

Razpr. 1. Družbeni ugled zdravnikov in medicinskih sester v Sloveniji.

Družbeni ugled	1 + 2 (zelo nizek, nizek)	3 (srednji)	4 + 5 (visok, zelo visok)
Zdravniki			
SJM 1983	0,8	10,5	86,0
SJM 1995	3,0	14,3	82,2
SJM 2003	3,2	12,9	83,1
Medicinske sestre			
SJM 1983	5,2	60,9	30,4
SJM 1995	11,1	44,0	43,2
SJM 2003	10,2	42,5	45,6

Vir:³

Od prvih raziskav ugleda poklicev v 60. letih do danes se v Sloveniji poklic zdravnika pojavlja kot najbolj ugleden, z najvišjimi deleži anketirancev, ki ga opredelijo kot ugleden ali zelo ugleden, in najnižjimi tistih, ki ga ocenijo kot zelo neuglednega ali neuglednega. V časovnem presledku dvajsetih let, ki ga lahko opazujemo v zgornji razpredelnici, pa se kaže rahlo zmanjševanje deleža visokih ocen ugleda in rahlo naraščanje na nasprotni strani lestvice. Ne gre za značilne spremembe in bi jih težko interpretirali, res pa je, da se razlike med poklici glede ugleda v splošnem počasi zmanjšujejo oz. se na novo vzpostavljajo. V tem smislu so zanimive spremembe pri medicinskih sestrah, ki so v teh dvajsetih letih pomembno pridobile na ugledu v javnosti, podobno kot v drugih zahodnih državah.⁴ Pri njih so narasli deleži negativnih ocen ugleda tudi na račun zmanjšane deleža nevtralnih ocen, ki so prej prevladovali. Verjetno so medicinske sestre zdaj v javnosti bolj opažene, kot so bile v preteklosti, in vidni so seveda tako njihovi dosežki kot pomanjkljivosti, kar se zrcali v bolj jasnem mnenju javnosti o tej poklicni skupini.

Ali je sodelovanje ljudi iz tako ločenih svetov sploh mogoče?

Iz prejšnjega poglavja bi lahko sklepali, da je sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki zelo problematično in da je prevladujoč način usklajevanja njihovega dela podrejenost medicinskih sester in prevlada zdravnikov. Ta hierarhična oblika usklajevanja deluje, dokler jo vsi vključeni v odnos sprejemajo in do-

klerjo podpira tudi družbeni kontekst, politični sistem, kultura in socializacija – tako primarna v družini kot sekundarna v izobraževalnih in zaposlovalnih institucijah. *Narajščajoča nujnost sodelovanja* kot značilnost sodobnega časa je zato izziv za vse tiste, ki so se uspešno socializirali v pretekle modele odnosov. Reakcije na nove situacije pokrivajo spekter od navdušenja do – bolj pogosto – nezaupanja in odpora. Zakaj je sploh treba kaj spreminjati? Saj je bilo še včeraj dobro: »Dekleta so prihajale v šolo za sestre s hribov in so nam bile hvaležne za vse, kar smo jih naučili ...«. ⁵ Da hierarhični model usklajevanja ne deluje več, je posledica različnih družbenih procesov, ki potekajo v zadnjih desetletjih. V splošnem se na družbenem in političnem področju kažejo kot demokratizacija in pluralizacija interesov, vrednot, življenjskih slogov in življenjskih potekov. Zlasti močno se je spremenil položaj žensk in mladine. Poznajo se učinki (tudi nepričakovani) višanja izobrazbene ravni prebivalcev in povečevanje obsega znanja, tako formalno pridobljenega skozi šolanje kot neformalnega, ki se črpa predvsem iz medijev, potovanj idr. Če pogledamo spremembe na področju zdravstva, je tu najbolj izrazit proces hitro naraščanje zaloga znanja na osnovi raziskovalnega dela v vseh zdravstvenih strokah, tudi tistih, ki so bile v preteklosti utemeljene predvsem na osebnih praktičnih izkušnjah. Spremenjene potrebe in zahteve bolnikov so tudi pomemben dejavnik dinamike procesov v zdravstvenem varstvu. Prevladujoče zdravstvene težave sedanjega časa so dolgotrajna stanja, ki potrebujejo drugačno in bolj kompleksno obravnavo kot akutna. Tudi zahteve in pričakovanja bolnikov se z njihovo višjo izobrazbenostjo, razgledanostjo in na sploh »zdravstveno pismenostjo« višajo in pomenijo pritisk na izvajalce zdravstvenega varstva. Ta pritisk se kaže v količini oz. obsegu dela, saj ljudje čedalje pogosteje za svoje težave iščejo pomoč v zdravstvu, pa tudi v kakovosti oz. načinu dela z bolniki. Pojavlja se nezadovoljstvo, če so obravnavani kot predmet, brez pojasnil in brez sodelovanja pri sprejemanju odločitev. Dodatni in vse bolj pomemben vpliv v zdravstveno dejavnost pa prinašajo menedžerji, ki prevzemajo v sistemu, počasi se premikajočemu od korporativnega k neoliberalnemu, čedalje bolj osrednjo vlogo. Funkcija menedžerjev je, da zagotovijo izvajanje poslanstva javnih ustanov, to je kakovostne storitve za uporabnike na najbolj racionalen in stroškovno učinkovit način. Pri tem se profesionalna in menedžerska logika včasih razhajata in sta lahko celo konfliktne.

Kaj je sodelovanje?

Mogoče bi bilo dobro začeti z opredelitvijo, kaj sodelovanje ni. Sodelovanje ni tisto, kar je neki zdravnik v intervjuju opisal takole: »... seveda dobro sodelujemo, jaz naročim in sestre naredijo.«

Obstoji mnogo različnih pojmovanj o tem konceptu. V zadnjem desetletju ali dveh se zelo pogosto pojavlja v literaturi o zdravstvenem delu, zato se je skupina raziskovalcev ⁶ odločila za obsežno pregledno študijo o tem, katere opredelitve sodelovanja so našli v različnih študijah in identificirala naslednje elemente sodelovanja:

- Povezovanje oz. delitev nečesa, kar je skupno (*sharing*)
To, kar je skupno in si ljudje, ki sodelujejo, med sabo delijo, je odgovornost, filozofija dejavnosti, vrednote, podatki, načrtovanje dejavnosti in delovanje.
- Partnerstvo
Sodelovanje nastopi, kadar sta prisotna vsaj dva akterja v skupni dejavnosti s skupnimi cilji. Za odnose med sodelujočimi je značilna kolegialnost in konstruktiven odnos, odprta in poštena komunikacija, medsebojno zaupanje in spoštovanje. To vključuje tudi prepoznavanje in upoštevanje prispevkov in pogledov vseh članov.
- Soodvisnost
Medsebojna soodvisnost se pojavlja tudi pri drugih oblikah usklajevanja delovanja, a pri sodelovanju je ozaveščena in jasno izražena. Šele zavest o soodvisnosti omogoči sinergijo individualnih učinkov. Doseganje zaželenega izida ni možno le kot vsota individualnih prispevkov.
- Moč
V sodelovalnih odnosih je moč porazdeljena bolj na osnovi znanja in izkušenj kot na osnovi funkcij. Je produkt interakcij in ne pozicij. Tipična značilnost sodelovanja je tudi krepitev moči vseh sodelujočih.
- Proces
Sodelovanje je transformativen proces, torej spreminja vse vključene, tako njihove osebne kot profesionalne lastnosti. Zanj so značilna pogajanja in kompromisi pri odločanju, skupno načrtovanje in ukrepanje. Znotraj tega procesa se lahko križajo poklicne meje.

Determinante sodelovanja

Če sodelovanje opredelimo kot eno od možnih oblik usklajevanja ljudi pri delu, se nam pojavi vprašanje, v kakšnih okoliščinah se pojavi in kateri dejavniki vplivajo nanj. Analize ⁷ so identificirale tri ravni, na katerih se oblikujejo ti vplivi. Prva je makro raven, ki vključuje sistemske dejavnike, druga je mezo raven z organizacijskimi dejavniki in tretja je mikro raven, to so medosebne interakcije.

Sistemske determinante

Najširši okvir delovanja ljudi oblikujejo različni sistemi, ki na globalni ravni določajo temeljna razmerja v družbi. Avtor ⁷ kot pomembne dejavnike vpliva na sodelovanje omenja naslednje: družbeni sistem, kulturni sistem, poklicni sistem in izobraževalni sistem. *Družbeni sistem* pomeni najširši normativni okvir, ki vključuje politično ureditev in porazdelitev moči. Ta lahko sistematično producira politične in pravne spodbude k sodelovanju, saj je to napisano v temeljnih aktih večine sodobnih držav, ni pa nujno tako, kar bi pokazala podrobnejša analiza državnih aktov in ukrepov. Ovire za sodelovanje so družbene in poklicne razlike v moči, statusu in vlogah. V Veliki Britaniji npr. država oz. ministrstvo za zdravje preko projektnega financiranja in še na druge načine spodbuja

medpoklicno sodelovanje v zdravstvu.⁸ *Kulturni sistem* zajema vrednote, prepričanja in ravnanja ljudi, ki živijo v določeni družbi in usmerjajo njihovo delovanje. Pri tem je pomemben tudi jezik oz. »jeziki«, ki jih govorijo pripadniki različnih subkultur v družbi in si tako ustvarjajo svoja simbolna ozemlja, ki jih branijo tudi s specifičnim jezikom. Različne skupine tudi posedujejo različno »intelektualno prtljago« (to je načine, kako vidijo določeno situacijo, kje vidijo vzroke za probleme), iz katere zajemajo pripomočke za svoje delovanje. *Poklicni sistem* je nastal na osnovi delitve dela in se strukturira glede na priznane družbene potrebe in prioritete v določenem obdobju. Proces razvoja je na tem področju ustvaril bolj ali manj ostro ločena in v hierarhična razmerja organizirana poklicna ozemlja, kar vodi k neprestani potrebi po (re)definiranju poklicnih meja. Celotno zdravstvo se čedalje bolj utemeljuje na dokazih, pridobljenih z raziskovanjem, ravno tako se tudi ugotavlja prispevek različnih poklicnih skupin.⁹ *Izobraževalni sistem* služi za reprodukcijo poklicnih skupin in ohranja ločene poklicne kulture. Izobraževanje v zdravstvenih poklicih ni omejeno le na dodiplomsko, ampak postaja vse bolj vseživljenjsko.

Organizacijske determinante

Mogoče so vplivi na tej ravni ključni za sodelovalne procese pri delu. Struktura, filozofija, način vodenja in upravljanja organizacije, v kateri poteka delo, je neposredno okolje, iz katerega skupine in posamezniki pridobivajo sredstva za delovanje: čas, prostor, material, podporo pri pridobivanju znanja ipd. Mehanizmi komunikacije in koordinacije znotraj organizacije sodelovanje lahko podpirajo ali ovirajo, usmerjajo pa ga lahko tudi v različne oblike – npr. multidisciplinarno, interdisciplinarno ali transdisciplinarno. Raziskave kažejo, da je sodelovanje bolnikov še minimalno, prevladuje pokroviteljski odnos zdravstvenih delavcev. Zato je še vedno aktualno vprašanje, ali bi za opis odnosov med zdravniki, medicinskimi sestrami in bolniki lahko uporabili metaforo patriarhalne družine z očetom kot osrednjo osebo – strogim, odločnim, a pravičnim; z materjo, ki je ljubeča in skrbna in posreduje med otroki in očetom, a skrbi, da se ohranja očetova avtoriteta in njegova vloga. Otroci pa morajo ubogati starše, zaupati materi in se bati očeta. Najbrž bi v določenih okoljih še lahko identificirali elemente odnosov, podobne opisanim, v splošnem pa zaradi družbenih sprememb ta model ne vzdrži več. Kot pravita Salvage in Smith, nas oče ne more ozdraviti vseh naših bolezni, mati ne more nuditi vse tolažbe, ki bi jo potrebovali, in otrok je odrasel – ali vsaj prišel v puberteto in pričel ugovarjati avtoriteti.¹⁰

Pojavlja pa se drug problem, ki je vezan na hiter razvoj znanja v vseh zdravstvenih vedah. Nove ugotovitve, postopki, tehnologije, nove paradigme povečujejo obremenitve zdravstvenih delavcev. Kar zvedo, želijo (in morajo) tudi vpeljati v prakso, zato potrebujejo večjo medsebojno podporo in podporo menedžmenta. Če pa podpore ob večjih obremenitvah ni, se pojavijo občutki nezadovoljstva, ki lahko vodijo v izčrpanost in pregorelost. Temu se je mogoče izogniti

na različne načine, eden od njih je tudi reorganizacija oblik sodelovanja, npr. z uvajanjem timskega dela. Vendar timi niso univerzalno zdravilo, ki bi izboljšalo odnose in povečalo učinkovitost dela. V nekaterih okoliščinah lahko zaposleni to vidijo kot dodatno obremenitev. Timi uspešno delujejo le v določenih okoliščinah, ob sistemski, organizacijski in interakcijski podpori. Pomen mezo ravnih, to je organizacijske podpore sodelovanju, je dokazal primer t. i. »magnetnih bolnišnic« v ZDA.¹¹ Tam so že v 80. letih ugotovili, da imajo v nekaterih bolnišnicah dovolj medicinskih sester, v drugih pa se stalno borijo s pomanjkanjem tega kadra. Ko so analizirali vzroke za privlačnost določenih ustanov, so ugotovili, da so v njih prisotni boljše odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami. Medicinske sestre so bile zadovoljne z delom, imele dobre odnose z zdravniki, avtonomijo pri svojem delu in nadzor nad njim. Najpomembnejše pa je bilo to, da je bila v teh bolnišnicah umrljivost manjša (za 4,6 %). Kot ključni element so identificirali podporno organizacijsko ozračje. Na osnovi teh ugotovitev poteka zdaj velika mednarodna raziskava v ZDA, Kanadi, Angliji, na Škotskem in v Nemčiji, ki poskuša ugotoviti, kako bolnišnična organizacija, strategija in viri vplivajo na izide zdravljenja.¹¹

Interakcijske (medosebne) determinante

Ugotovili so, da določene značilnosti oz. interakcijske spretnosti vključenih vplivajo na kakovost sodelovanja. Različne študije so ugotovile pomen *pripravljenosti na sodelovanje* kot temeljnega stališča – pomeni željo, ostati v skupini. Odvisna pa je od izobraževanja, predhodnih izkušenj in osebne zrelosti. Determinanta sodelovanja na tej medosebni ravni je tudi *zaupanje* potek *komunikacije* in njene značilnosti ter prisotnost *medsebojnega spoštovanja* kot vnaprejšnjega pogoja in hkrati posledice sodelovanja.⁷ Mogoče najpomembnejši pogoj sodelovanja je *poklicno in osebno samozaupanje* (nekateri avtorji ga opisujejo kot »odraslost«). Ravno tako pomembni značilnosti sodelovanja na interakcijski ravni sta *delitev moči* in medsebojna podpora pri *obrambi pred tesnobo*.¹²

Vpliv sodelovanja na izide zdravljenja

Eksperimentalne študije so potrdile vpliv na skrajšanje ležalne dobe, zmanjšanje stroškov zdravljenja, zadovoljstvo bolnikov, izboljšano komunikacijo in medsebojno spoštovanje zdravstvenih delavcev.¹³ Delno pa je bil potrjen vpliv na umrljivost in na kraj odpusta iz bolnišnice, če gre za bolnika, ki ob odpustu ni sposoben samooskrbe. Avtorja¹³ poudarjata, da je potrebno več nadzorovanih ukrepov, ki bi z metodološko doslednostjo zagotovile veljavnost rezultatov. To drži, vendar drugi avtorji¹⁴ opozarjajo, da mnoge relevantne raziskave, tudi če niso eksperimentalne v najstrožjem pomenu besede, prihajajo do konsistentnih ugotovitev o pomenu sodelovanja za zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva. Okolje je pri razvoju sodelovanja lahko ključen dejavnik. Mednarodne

raziskave so potrdile kulturne razlike v stališčih do sodelovanja. V državah, kjer se sodelovanje v družbi nasploh bolj spodbuja in vključuje že v šolske programe, so tudi stališča zdravnikov in medicinskih sester do sodelovanja bolj pozitivna. So pa še razlike med medicinskimi sestrami, ki jim je sodelovanje pomembnejše, in zdravniki, ki jim je to v povprečju manj pomembno.¹⁵

Sklep

Karkoli že rečemo o prihodnosti, nedvomno drži, da se bo hitro spreminjala in bo negotova. Spreminjala se bodo razmerja med uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva, spreminjale se bodo poklicne vloge v zdravstvu, nastajali bodo novi poklici in se spreminjali sedanji. Izobraževanju bo pomen še narasel, saj bo nenehno ustvarjanje znanja zahtevalo stalno vključevanje novosti v prakso. V takih okoliščinah so sodelovalni odnosi lahko tista, sicer mehka in prožna, a vendarle stalnica, na katero se je mogoče opreti. Raziskave šele začenjajo odkrivati, kaj vse lahko doseže skupno delo, ki dviga energijo in omogoča ustvarjalnost. Vendar se sodelovanje redko vzpostavi samo od sebe, potrebuje spodbudo tako na sistemski kot na organizacijski in medosebni ravni.¹⁶ Najprej pa je treba »izmeriti daljo in nebeško stran« in ugotoviti stališča vključenih do sodelovanja in njihovo videnje tega pojava. Potrebno se je vprašati, kakšno je »socialno zdravje« slovenskega zdravstva in koliko je prisotna svobodna, enakopravna razprava na osnovi moči argumentov in ne argumentov moči.

Literatura

1. Ryan AA. Doctor-nurse relations: a review of the literature. *Soc Sci Health. Int J Res Pract* 1996; 2: 93-106.

2. Dingwall R, et al. An introduction to the social history of nursing. London: Routledge; 1991.
3. Toš N, ed. Vrednote v prehodu III. Slovensko javno mnenje 1999-2004. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2004.
4. Evetts J. The construction of professionalism in new and existing occupational contexts. Promoting and facilitating occupational change. In: Blattel-Mink B, Kuhlmann E, eds. *Health professions, gender and society. Shifting relations in times of institutional and social change. Int J Sociol Soc Pol* 2003; 23 (4/5).
5. Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. *Zdrav Obzor* 1989; 23: 43-64.
6. D'Amour D, et al. Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19 Suppl 1.
7. San Martin Rodriguez L, et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical work. *J Interprof Care* 2005; 19 Suppl 1.
8. Pollard K, Miers M, Gilchrist. Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health Soc Care Comm* 2004; 12: 346-58.
9. Doyal L, Cameron A. Reshaping the NHS workforce. *BMJ* 2000; 320: 1023-4.
10. Salvage J, Smith R. Doctors and nurses: doing it differently. *BMJ* 2000; 320: 1019-20.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001; 20: 43-53.
12. Barret G, Keeping C. The processes required for effective interprofessional working. In: Barret G, Sellman D, Thomas J, eds. *Interprofessional working in health and social care. Professional perspectives.* Palgrave: Macmillan; 2005.
13. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD000072. DOI:10.1002/14651858.CD0000
14. Gedney Baggs J. Overview and summary: Partnership and collaboration - what skills are needed? *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 10, No. 1, 2005 dostopno na: www.nursing-world.org/ojin/topic26/tpc26ntr.htm, 29. 10. 2006.
15. Hojat M, et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes towards physicians-nurses collaborative relationship. *Int J Nurs Studies* 2003; 40: 427-35.
16. Davies C. Getting health professionals to work together. *BMJ* 2000; 320: 1021-2.