



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

Velenje, 13. in 14. oktober 2006

# MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVENEM TIMU MED MEDICINSKIMI SESTRAMI IN ZDRAVNIKI – PRILOŽNOST ZA NENEHNO IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HEALTH PROFESSIONAL TEAM  
BETWEEN NURSES AND DOCTORS – THE OPPORTUNITY TO PERMANENT  
QUALITY IMPROVEMENT

*Darinka Klemenc*

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana

### Izvleček

**Izhodišča** Članek predstavlja pogled medicinske sestre na medpoklicne odnose v zdravstvu, povezan z raziskovalno temo Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, ki, v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Raziskovalnim inštitutom Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani, že tri leta raziskuje medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki. Cilj razvojno-raziskovalnega projekta je identificirati in analizirati medsebojno sodelovanje obeh poklicnih skupin, iskati rešitve za izboljševanje le-tega in tako prispevati k nenehnemu izboljševanju kakovosti v zdravstvu. V članku so opredeljeni nekateri pojmi, pomembni za razumevanje omenjenih raziskovalnih vsebin, značilnosti odnosov med obema poklicnima skupinama in razlogi za raziskovanje tega področja.

**Zaključki** Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov kot najpogosteje sodelujočih članov v zdravstvenem timu je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo, z zadovoljstvom bolnikov, zaposlenih, menedžmenta, z večjim ugledom obeh poklicnih skupin v strokovni in splošni javnosti ter z večjim zaupanjem prebivalstva v zdravstveni sistem. Tako pri nas kot v svetu se z medpoklicnimi odnosi vedno bolj ukvarjajo različni strokovnjaki. Veliko lahko prispevamo zdravstveni delavci sami. Pobuda za skupni raziskovalni projekt ima prav ta namen.

### Uvod

V zapletenem in občutljivem sistemu zdravstva je pomembno usklajeno delovanje posameznih delov tega sistema. Zlasti pomemben je človeški dejavnik, kajti tu ljudje delamo za ljudi, ki so bolj kot drugi uporabniki, stranke, klienti, naročniki (npr. v bankah, trgovinah, državnih uradih, pri obrtnikih) občutljivi, ranljivi, tudi kritični ali nemočni. Zdravstveni delavci delujemo v zdravstvenih, negovalnih in drugih timih. Ob tem se tako pri uporabnikih kot pri izvajalcih pojavlja vprašanje, kako in koliko je zadovoljstvo posameznika povezano z oprijemljivim, materialnim, ekonomskim, koliko z etičnim, moralnim, kajti v zdravstvu ne gre le za izdelke, storitve, izide zdravljenja, bolj ali manj kakovostne, gre tudi za medosebne odnose tistih, ki

dajejo, do tistih, ki prejemajo, in obratno. Ob tem ne moremo mimo *medpoklicnih odnosov*, ki prav tako kot stroka oz. organizacija vplivajo na kakovostno, učinkovito in varno zdravstveno obravnavo.<sup>1</sup>

Projekt »Medpoklicni odnosi v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki« pomeni nadgradnjo nekaterih dosedanjih raziskovalnih projektov, ki jih je v zadnjih letih razvijalo Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (DMSBZT) Ljubljana. Ocenjujemo, da je dozorela pripravljenost strokovne javnosti za odprtje še ene občutljive teme v zdravstvu: medpoklicnih odnosov in s tem povezanega zadovoljstva na delovnem mestu oz. kakovosti življenja zaposlenih v zdravstvu.

Visok odstotek odsotnosti z dela pri zdravstvenih delavcih v slovenskih zdravstvenih zavodih, zatekanje v

bolezen, nasilje na delovnih mestih v različnih pojavnih oblikah, nezadovoljstvo bolnikov, vse večje odtujevanje obeh poklicnih skupin, vztrajanje na okopih hierarhije, neprijazno delovno ozračje so le nekatera opazanja, ki smo jim dali prijaznejše iztočnice in predpostavke: če je sodelovanje dobro, so boljši rezultati dela, bolj zadovoljni bolniki, skrajšuje se ležalna doba, zmanjšuje se število zapletov, ponovnih hospitalizacij, zmanjšujeta se absentizem in fluktuacija zaposlenih, zadovoljstvo le-teh pa se povečuje.<sup>2</sup>

## Medpoklicni odnosi

Tehnološki razvoj bo še zmeraj pomemben za povečevanje konkurenčnosti poslovanja. Na koncu pa zmagovalci in poraženci ne bodo razmejeni glede na svoje bite in RAM-e. Zmagale bodo organizacije, ki jih bodo vodili pametni in ustvarjalni ljudje, ki se bodo znali uspešno sporazumevati in spodbujati druge – zunanaj in znotraj organizacije. Obvladovanje umetnosti dobrih medčloveških odnosov lahko ljudi preusmeri od tega, da bi nadzirali druge, k temu, da jih bodo vodili. Pomeni pomoč ljudem, da dosežejo tisto, za kar so sposobni; zasnovati vizijo, spodbujati, poučevati, svetovati, razvijati in ohranjati uspešne medsebojne odnose.<sup>3</sup>

V zdravstvu prihaja do izraza široka paleta odnosov, tako *medosebnih kot medpoklicnih*. Na eni strani so bolniki, kjer ne gre prezreti številnih medosebnih interakcij, ki se odvijajo pri enem samem bolniku v času ene same zdravstvene obravnave; na drugi strani so zaposleni, svojci in drugi, ki vstopajo v to okolje. Bolnik in njemu bližnji pri tem intenzivno zaznavajo naš odnos in svoje počutje v zanj tujem, lahko tudi neprijaznem okolju. Eden od pomembnih elementov kakovosti je prav merjenje zadovoljstva bolnikov in zaposlenih.<sup>1</sup>

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

Medicinske sestre tradicionalno naslavljajo z nazivom in imenom, ne glede na starost, položaj idr. Ponekod zdravniki medicinske sestre tikajo, te pa jih vikajo. Tako naslavljanje nakazuje nižji, podrejen položaj medicinskih sester. Asimetričnost naslavljanja (medicinske sestre praviloma ne kličejo zdravnikov po imenih) to potrjuje. V zadnjih letih pa prihaja do sprememb teh nenapisanih pravil. Nekatere medicinske sestre se predstavljajo s priimkom, namesto z imenom. Prihaja tudi do obojestranskega tikanja in klicanja po imenih.<sup>4</sup>

Višja kvalifikacija, ki je dostopna medicinskim sestram z izobraževanjem na univerzitetni stopnji, povezana s t. i. timskim pristopom, daje možnosti za medsebojno odvisno in povezano delo, opredeljeno kot *kolegialnost*. Da le-ta v interdisciplinarnih timih

vpliva na izid zdravljenja, je bilo potrjeno v več raziskavah, med drugim so se dobri kolegialni odnosi odrazili v izboljšanih izidih zdravljenja. Kljub kliničnim dokazom za uspešnost tega pristopa se vloga medicinske sestre ni bistveno povečala. Čeprav je timski pristop splošno sprejet kot način obravnave bolnika, pa so o vlogi medicinske sestre v timu mnenja deljena. Medicina vidi vlogo medicinske sestre v hierarhičnem modelu kot pomočnico pod nadzorstvom zdravnika, ki je vodja tima. Medicinske sestre pa poudarjajo, da je zdravstvena nega nekaj drugega kot medicina in se zato zavzemajo za zdravstvene time z decentralizirano avtoriteto in prožnim vodenjem. Zdravniki utemeljujejo svoje nasprotovanje kolegialnosti z medicinskimi sestrami z opozorili na kakovost zdravljenja, avtoriteto in odgovornost. Zdravstveni tim, trdijo, mora imeti posameznika, ki je odgovoren, zakonsko in klinično, za zdravljenje bolnika, in bi, po njihovem, kakovost lahko padla, če bi medicinske sestre delale samostojno. Medicinske sestre pa po drugi strani poudarjajo, da ne zahtevajo odgovornosti za zdravljenje, temveč za zdravstveno nego; medicina se je zgodovinsko bolj usmerila v bolezen v biofizičnem smislu, zdravstvena nega pa se ukvarja z bolnikom, njegovim subjektivnim počutjem in praktičnimi težavami. Za to področje zdravniki niso posebej izučeni, zato je relevantno vprašanje, od kod potemtakem izvira in se ohranja ideologija zdravniške avtoritete v odnosu med medicinskimi sestrami in zdravniki.<sup>4</sup>

## Značilnosti poklicnih skupin medicinskih sester in zdravnikov

Temeljna značilnost odnosov med zdravstvenimi delavci je njihova *hierarhičnost*. Ta temelji na različni strokovni usposobljenosti in predpostavlja njihovo usklajeno sodelovanje na osnovi nadzora in odgovornosti. Gre za odnos povezanosti članov določene celote na način, da so nižji podrejeni višjim. Struktura hierarhične organizacije je običajno piramidna, ker je podrejenih praviloma več kot nadrejenih. Poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov sta najštevilčnejša poklica v zdravstvu, ki najbolj pogosto delata skupaj. Obenem pa je med njima dosti večja socialna distanca, kot je pri drugih poklicih med delavci s fakultetno in visoko oz. višjo in srednjo izobrazbo. Zlasti je nesorazmeren nizek status višjih (danes diplomiranih – op. avtorice) medicinskih sester v odnosu do zdravnika. V poklice zdravnika in medicinske sestre vstopajo po slojni pripadnosti izvorne družine različni ljudje, ki se razlikujejo po več kazalcih družbenega statusa (izobrazba, materialni standard staršev, potrošnja kulturnih dobrin in način preživljanja prostega časa). Skozi zgodovinski razvoj odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami vidimo, da je zdravnikovo prevladovanje in podrejenost medicinske sestre zasnovana na slojni in spolni diskriminaciji.<sup>4</sup>

Skupna značilnost delovnih mest obeh poklicnih skupin so *specifični delovni pogoji*, kot so: izmensko delo, delo ob nedeljah in praznikih, izpostavljenost škodljivim vplivom, nasilje vseh vrst, neugodna mikro-

makroklima, velike psihične, telesne, čustvene obremenitve. Narava dela predvideva vstop zdravnika in medicinske sestre v bolnikovo intimo tako telesno, psihično, socialno kot ekonomsko in drugo. Tu imamo še pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester, od slednjih zlasti diplomiranih. Našteti dejavniki predvidoma vplivajo tudi na medpoklicne odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki.<sup>1</sup>

Razlikujemo *tri različne modele odnosa med medicinsko sestro in bolnikom*, pri katerih se medicinska sestra sooča z dilemami bolnikovih pravic in njegovih interesov nasproti pravicam in interesom zdravnikov ali ustanove: birokratski model, model v prid zdravnika in model, ki zagovarja interese bolnika. Pri *birokratskem* modelu so medicinske sestre zveste predvsem ustanovi, so poslušne, sledijo ukazom, nočejo motiti odnosov v hiši, zato so lahko žrtvovani bolniki. Pri *modelu, ki zagovarja zdravnika*, medicinske sestre menijo, da so odgovorne samo zdravniku; sledijo nalogam v prid znanosti, raziskav, medicinske tehnologije, tudi na škodo bolnikovih pravic. Cilj njihovega delovanja je ohranjati zaupanje med zdravnikom in bolnikom, celo kadar to pomeni prikrivanje napak ali kršenje bolnikovih pravic, o katerih bolnik ali njegova družina nista poučena. Najmanj zagovornikov ima *model, ki zagovarja bolnikove interese*. Medicinske sestre v tem primeru zagovarjajo bolnikovo avtonomijo, pravice bolnikov in njihovih bližnjih do odločanja, jim pomagajo delovati v lastnem interesu in pripomorejo, da so tako poučeni, da lahko sprejemajo pravilne odločitve. Če so bolnikovi interesi v nasprotju z zdravnikovimi ali interesi ustanove, so medicinske sestre zagovornice bolnikov in varujejo njihovo avtonomijo.<sup>5,6</sup>

Campbell-Haider in Pollack<sup>4</sup> vidita odgovor v *spolni diskriminaciji* sedanjih družb. Praktično v vseh družbah prevzemajo moški dominantne vloge. Med mehanizmi, ki vzdržujejo dominacijo moških, je pomemben ritual, ki služi ustvarjanju in oblikovanju družbene stvarnosti. Z ritualno ločitvijo od žensk postane moški »svet«. Tudi v odnosu do bolnika je zdravnik »oddaljen«. Njegovi stiki z bolnikom so kratki, visoko strukturirani, skoraj ceremonialni, dostikrat omejeni le na jutranjo vizito. Medicinska sestra je bolniku bliže, lahko preživi tudi ure v neposrednem nestrukturiranem stiku z njim, od vsakdanjega pogovora do pomoči pri najbolj intimnih telesnih funkcijah.

V kanadski raziskavi »Spol in moč: Medicinske sestre in zdravniki v Kanadi«<sup>7</sup> je bilo ugotovljeno, da tradicionalno hierarhično neravnovesje v medosebnih odnosih med medicinskimi sestrami in zdravniki poje ma, saj je to bolj pogojeno s spolom kot s profesionalno hierarhijo. Stereotipi, temelječi na spolu, vplivajo na medosebne odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki; medicinske sestre so bolj pripravljene »ustreči in popustiti« moškim zdravnikom, k ženskam zdravnicam pa pristopajo na bolj enakopraven način, so bolj pripravljene na sproščeno komunikacijo, a hkrati bolj »sovražno« nastrojene nasproti njim kot proti zdravnikom.

Bližina medicinskih sester in oddaljenost zdravnikov od bolnikov sta tipični za družbene odnose v bolnišnici, kjer je *višina statusa premosorazmerna z odda-*

*ljenostjo od bolnikov*. V taki situaciji so zdravniki odvisni od informacij medicinskih sester glede informacij o bolniku. Pomanjkljivo komuniciranje lahko pomembno vpliva na rezultate zdravljenja. Da ti dve poklicni skupini ne opažata enako druga druge, je pokazala tudi raziskava o percepcijah etičnih problemov pri zdravnikih in medicinskih sestrah. Medicinske sestre so kot etični problem pogosto navajale konflikte z zdravniki, zdravniki pa skoraj nikoli niso omenjali konfliktov z medicinskimi sestrami. Gre za razliko v percepciji »pomembnih drugih«: za zdravnike štejejo drugi zdravniki, bolniki in njihove družine, medicinske sestre pa ne. Zato ne prepoznajo konfliktov z njimi in jih ne poskušajo razrešiti, kar onemogoča optimalno in humano zdravljenje.<sup>4</sup>

*Zdravniki in medicinske sestre se med seboj razlikujejo* po pripadnosti sloju, tako v izvorni kot v ustvarjeni družini, po spolu (delež moških med zdravniki je večji), po izobrazbi (razlike niso le v napisanem, ampak tudi v skritem kurikulu), po poklicni subkulturi, po družbenem ugledu poklica in po mestu v organizacijski shemi zdravstvenih ustanov, ki ne spodbuja sodelovanja. Te razlike se ohranjajo in jih je nemogoče odpraviti (vsaj v doglednem času). Mogoče pa je spremeniti in s tem izboljšati dimenzijo odnosov zdravstvenega dela.<sup>8</sup>

Omeniti velja prvo raziskavo o *pojavih nasilja na delovnih mestih* medicinskih sester, ki jo je opravilo DMSBZT Ljubljana (1999) na vzorcu 376 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji. Raziskava je bila odmevna tako v lastnih strokovnih vrstah, zdravniških krogih kot tudi v medijih. Rezultati se niso razlikovali od tistih v razvitih državah po svetu, je pa odprtje te tabu teme pripomoglo k zaznavanju nasilja na delovnih mestih v zdravstvu. Medicinske sestre po ugotovitvah v tej raziskavi doživljajo največ verbalnega in psihičnega nasilja, najpogosteje v dopoldanskem delovnem času. Nasilje izvajajo nadrejeni, pa tudi lastne kolegice in kolegi. Največ nasilja, predvsem verbalnega in psihičnega, izvajajo zdravniki, sledijo bolniki, nato lastne kolegice in kolegi; telesno nasilje pa bolniki, zlasti psihiatrični.<sup>9</sup> Na področju spolnega nasilja medicinske sestre največkrat doživijo verbalno obliko spolnega nadlegovanja, to je neprimerno ogledovanje in govorjenje. Tako obliko doživi 23 odstotkov medicinskih sester s strani zdravnikov in en odstotek manj s strani bolnikov.<sup>10</sup> Za uravnovešeno razpravo o tej temi bi bilo smiselno podobno raziskavo narediti tudi med zdravniki.

Ob razpravah o spolu in nasilju v zdravstvu velja omeniti odziv žensk – zdravnic, kljub že očitni feminizaciji medicine, na vprašanja novinarjev v zvezi z raziskavo o nasilju na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji leta 1999. Zdravnice so se prej identificirale za moškim kot ženskim spolom in na novinarska vprašanja kategorično zanikale izvajanje nasilja nad njimi, zlasti spolnega nadlegovanja na svojih delovnih mestih s strani moških kolegov (ki so bili po položaju praviloma nad njimi, npr. predstojniki, vodje oddelkov) in problematiko ignorirale, ob tem da so v neformalnih razgovorih zaznavale podobno situacijo kot medicinske sestre; zatajile so torej raje svoj spol kot status.

## Zakaj raziskovanje medpoklicnih odnosov v zdravstvu

V Raziskovalni skupini pri DMSBZT Ljubljana smo k razvojno raziskovalnemu projektu »Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki« povabili *Slovensko zdravniško društvo* in *Raziskovalni inštitut Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani*. Ocenjujemo, da *izpolnjujemo pogoje* za izpeljavo takega projekta: imamo raziskovalno skupino z izkušnjami, sociološko in statistično podporo, možnost zajetja reprezentativnega vzorca obeh poklicnih skupin, podporo vodstev vseh treh udeleženih organizacij, motivacijo in entuziazem. Namen raziskave je *proučevanje timskega dela in medpoklicnega sodelovanja* med najštevilčnejšima in najpogostejše sodelujočima poklicnima skupinama v zdravstvu. Želimo raziskati njune medprofesionalne odnose, morebitne prepreke v teh odnosih, iskati izboljšave, rešitve in skozi konstruktivno sodelovanje prispevati k izboljševanju zadovoljstva, kakovosti dela, večji uspešnosti in učinkovitosti dela.

Projekt pomeni *nadgradnjo dosedanjih raziskovalnih projektov* DMSBZT Ljubljana: Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (1999), Medicinske sestre v Sloveniji (2001), Etika v luči zdravstvene nege (2003), delavnice s področja etike in komunikacije.

Ena od nalog, ki smo si jo v društvu zastavili, je *skrb za zdravje in dobro počutje članstva*; od tod prizadevanja za izboljševanje zadovoljstva na delovnih mestih. Izbira raziskovalne teme pomeni tudi *izziv v času in prostoru*, saj se teh občutljivih tem lažje lotevajo stanovska združenja, ki nastopajo v vlogi civilne družbe, torej društva in sindikati. K zagotavljanju prijaznega in nenasilnega delovnega okolja delodajalca *obvezuje delovnoppravna zakonodaja*.

K projektu *pristopamo s pozitivno predpostavko*. Dobro sodelovanje zaznavamo z organizacijo multidisciplinarnih strokovnih izobraževanj obeh poklicnih skupin, proučujemo time, ki dobro delujejo, iščemo primere sodelovanja v vsakdanji praksi, potrjene v neformalnih razgovorih z medicinskimi sestrami in zdravniki in tudi pri študentih (npr. skupne humanitarne odprave, skupni domači in mednarodni projekti).

Izkušnje z *delavnic etike in komunikacije*, ki jih več let izvajamo v društvu, dokazujejo, da so vzroki, ki povzročajo nesoglasja in konflikte med medicinskimi sestrami in zdravniki: slaba organizacija dela in pomanjkljivo znanje s področja menedžmenta in komunikacije pri obeh poklicnih skupinah, pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester in neenakomerne delovne obremenitve obeh skupin, vprašljivo priznavanje samostojnosti stroke zdravstvene in babiške nege, podcenjevanje, neupoštevanje, nepoznavanje dela druge/ih poklicne/ih skupin, prelaganje odgovornosti na drugo/e poklicno/e skupino/e, slaba kontaktna kultura in komunikacija v vseh smereh, nejasni delokrogi in delitev dela (npr. v dežurstvu, predpisovanje zdravljenja po telefonu), premalo časa, posvečenega bolniku (pomanjkljiva pojasnilna dolžnost), slab časovni menedžment (npr. zamujanje s pričetkom dela

v ambulantah), nezadostna izkoriščenost človeških, prostorskih in časovnih virov (npr. konstantni timi ne glede na obseg dela).<sup>11</sup>

## Zaključki

Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo, z zadovoljstvom bolnikov (krajša ležalna doba, manj pritožb, zapletov, ponovnih pregledov, hospitalizacij) in zaposlenih (manj absentizma, višja samopodoba, boljša učinkovitost dela, prijaznejše delovno okolje, boljše zdravje), z večjim ugledom obeh skupin tako v strokovni kot v splošni javnosti in z večjim zaupanjem prebivalstva v zdravstveni sistem. Ob tem ekonomski učinek ni zanemarljiv.<sup>1</sup>

Prihodnost zdravstvenega sistema bodo zaznamovala prizadevanja po nenehnem izboljševanju kakovosti v najširšem smislu. Razvojni premiki narekujejo polarizacijo med zasebnim in javnim. Bolnik kot osrednji element obravnave pridobiva na pomembnosti, ne le zaradi celostne obravnave, zlasti zdravstveno-socialne, s »transmuralnim« (preko zidov institucije) spremljanjem posameznika v domače okolje, tudi zaradi intenziviranja človekovih/bolnikovih pravic, ob hkrati omejitvi možnosti, ki jih narekuje državna blagajna. Ne gre prezreti, da dobri medpoklicni odnosi prispevajo soliden delež k uspešnemu, učinkovitemu in bolnikom ter zaposlenim prijaznemu zdravstvu.<sup>1</sup>

Ob proučevanju te tematike ne moremo mimo pojavov sodobne družbe, ki odmevajo tudi v zdravstvu: privatizacija, možnost/nevarnost prevladovanja ekonomije nad etiko, varnostjo, dostopnostjo, kakovostjo, celo strokovnostjo; globalizacija s svojimi pozitivnimi in negativnimi vplivi, neoliberalizem, kjer se npr. meri konkurenčnost namesto zadovoljstva zaposlenih, negotovost glede delovnih mest, razslojevanje prebivalstva. Prizadevanja za učinkovito zdravstveno (in socialno) oskrbo, staranje prebivalstva s posledično spremenjeno patologijo in potrebami (kronične in druge bolezni, skrb za človeka v domačem okolju), bodo vplivala na dinamiko medpoklicnih odnosov v zdravstvu, tudi na spremembe v pristojnosti, avtonomiji in odgovornosti tako medicinskih sester kot zdravnikov.

Raziskava naj prispeva k iskanju skupnih konstruktivnih rešitev, modelov dobre prakse, izobraževalnih procesov in s tem k izboljševanju kakovosti našega dela in življenja nasploh.

## Viri

1. Klemenc D, Pahor M. Povezovanje poklicnih skupin kot pogoj za uvajanje kakovosti v zdravstvu. Portorož. Management v zdravstvu, 2006.
2. Klemenc D. Medosebni odnosi v zdravstvu med medicinskimi sestrami in zdravniki. Zdrav Vestn 2005; 74: 321-3.
3. Carnegie D. Kako uspešno vodimo ljudi. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2000.
4. Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Zdrav Obzor 1989; 23: 43-64.
5. Šeparović Z. Novo o položaju in odgovornosti medicinskih sester v zdravstvu. Zdrav Obzor 1989; 23: 31-42.

6. Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic, tudi pravice o avtonomiji. In: Klemenc D, ed. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003. p. 249–63.
  7. Zelek B, Phillips PS. Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *Intern J Equity Health* 2003; 2: 1. Dosegljivo na: <http://www.equityhealthj.com>; 22. 10. 2006.
  8. Pahor M. Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu. Raziskovalno poročilo. Preliminarni rezultati, predstavljeni na simpoziju 6. 12. 2005.
  9. Klemenc D, Pahor M. Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. In: Klemenc D, Pahor M, eds. Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov 1999; 12–35.
  10. Planinšek I, Pahor M. Spolno nasilje/nadlegovanje nad medicinskimi sestrami na njihovih delovnih mestih v Sloveniji. In: Klemenc D, Pahor M, eds. Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov 1999; 36–55.
  11. Velepčič M. Analiza delavnic etike v zdravstveni negi (zapiski). Simpozij DMSBZT. Ljubljana 6. 12. 2005.
-