

Spremembe dela v zdravstveni negi v Sloveniji in značilnosti postmoderne

Znanstveni članek

UDK 316.752:616-083

KLJUČNE BESEDE: postfordizem, zdravstvena nega, fleksibilizacija, refleksija, Slovenija

POVZETEK - V postmoderini se je delo temeljito spremenilo. Članek skuša odgovoriti na vprašanje, kakšne so spremembe dela v zdravstveni negi v zadnjem desetletju v luči konceptov postmoderne, kot so postfordizem, postindustrijskost in postmaterializem. Jeseni 2015 so bili izvedeni poglobljeni intervjuji z dvanajstimi izvajalci zdravstvene nege. Rezultati kažejo, da se postfordizem v zdravstveni negi kaže kot fleksibilizacija dela ter upoštevanje potreb pacientov in njihovih svojcev. Čeprav so intervjuvanci imeli zaposlitvene pogodbe za nedoločen čas, so poročali o prekarjem delu. Postindustrijskost se kaže v uporabi različnega specializiranega znanja in informacijske tehnologije za komunikacijo s pacienti in člani zdravstvenega tima ter za prenos znanja na druge posameznike v okviru promocije zdravja. Postmaterializem se kaže v osebni angažiranosti, prilagajanju situaciji, samoohranjanju in nenehni individualni refleksiji. Postmaterialistični trendi se kažejo tudi v zahtevah po hitrih in visokokakovostnih storitvah zdravstvene nege.

Scientific article

UDC 316.752:616-083

KEY WORDS: post-Fordism, nursing care, flexibilisation, reflexivity, Slovenia

ABSTRACT - In the late modernity, work has changed radically. The article tries to answer the question, what changes in nursing care work have occurred in recent decades in the light of the concept of late modernity, such as post-Fordism, post-industrialism, and post-materialism. In the autumn of 2015, in-depth interviews with 12 nursing care providers were carried out. The results indicate that post-Fordism is manifested in nursing care as the flexibilisation of work and considering the needs of patients and their relatives. Despite the fact that interviewees had a permanent employment contracts, they reported about their precarious work which is primarily based on low payment and heavy workload. Post-industrialism is reflected in the use of various specialised knowledge and communication technologies to communicate with patients and members of the healthcare team, and to transfer the knowledge to other individuals in the context of health promotion. Post-materialism is evident in personal engagement, adjustments to situations, in self-maintenance, and in constant individual reflexivity. Post-materialistic trends are also reflected in the demands for quick and quality nursing care services.

1 Uvod

Medicinske sestre vedno glasneje in pogostejše opozarjajo na spremembe dela v zdravstveni negi, ki iz njih ustvarjajo prekarno delovno silo (gl. Medicinske sestre ob mednarodnem dnevu za odgovornost, varnost in kakovost zdravstvene obravnave, 2016). Zato se postavlja vprašanje, kakšne so ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege v zadnjem desetletju v Sloveniji.

Številni raziskovalci so preučevali, kako se je spremenila organizacija dela v pozni moderni (npr. Giddens, 2001; Amin, 1994; Kumar, 1995; Bell, 1973) in kljub razlikam v ugotovitvah soglašajo, da so osnovne značilnosti porast storitvenega dela, pojav ekonomije znanja ter večji pomen individualne avtonomije in refleksije (Giddens,

2001). Te spremembe se manifestirajo tudi na področju zdravstva, kjer je keynesianski sistem, temelječ na fordističnem kapitalizmu, zamenjal postfordistični oz. neoliberalni kapitalizem, ki v ospredje postavlja novo tehnologijo, osredotočenost na telo, komifikacijo in medikalizacijo vsakdanjega življenja (Baum, 2009; Filc, 2005).

Ludwick in sod. (2014, str. 3) opozarjajo, da se je tudi delo na področju zdravstvene nege korenito spremenilo, saj se v ospredje postavlja fleksibilno zagotavljanje zdravstvenih storitev in pacientova izbira. Večina medicinskih sester v razvitih državah poroča tudi o premajhnem plačilu za prekomerno delo (Ludwick, Zalon in Patton, 2014; Prosser in Olson, 2013; Rigolosi, 2013; Zavrl Džananović, 2010). Čeprav imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri zagotavljanju in ohranjanju zdravja posameznika in družbe kot celote, še ni bila izvedena empirična raziskava, ki bi preučevala spremembe njihovega dela, pri čemer sta Prosser in Olson (2013) s koncepti postmoderne analizirala spremembe skrbstvenega dela v Avstraliji in v svojo analizo delno vključila tudi delo patronažnih medicinskih sester. Zato bo skušala ta študija zapolniti raziskovalno vrzel in s pomočjo poglobljenih intervjujev z izvajalci zdravstvene nege ugotoviti, kakšne so ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege v zadnjem desetletju v Sloveniji in kako jih lahko razložimo s konceptualnim aparatom postmoderne.

V prvem poglavju bodo na kratko predstavljene spremembe dela v pozni moderni. Sledi mu poglavje, ki predstavlja stanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Po metodološkem poglavju bodo predstavljeni rezultati poglobljenih intervjujev, ki jim bo sledila razlaga v zadnjem poglavju.

2 Značilnosti dela v postmoderni družbi

Za sodobno postmoderno družbo velja v zahodnem svetu družba od druge polovice 20. stoletja dalje, v Sloveniji pa od tranzicije dalje. Prosser in Olson (2013), ki sta analizirala skrbstveno delo v Avstraliji, sta za opis sprememb dela v postmoderni uporabila koncepte postmaterializma, postfordizma in postindustrijskosti. Vsi ti koncepti imajo predpono »post«, ki nakazuje na spoznavno praznino, a omogočajo opredeljevanje nastajajočih družbenih form, ki svojih značilnosti še niso jasno oblikovale.

Ameriški sociolog Bell (1973) je koncept *postindustrijske* družbe vezal na pojav novih informacijskih in komunikacijskih tehnologij, ki so pospešile razvoj družbe in korenito spremenile naravo dela. Informacija je postala pomembnejša od blaga, dobila je ceno in prinaša družbeni priliv. Vloga storitvenih dejavnosti se je znatno povečala, še posebej na področju zdravstva, šolstva in javne uprave. Znanje je postala pomembna oblika kapitala.

Koncept *postfordizma* (Kumar, 1995; Amin, 1994) poudarja prelom s celovito paradigmo kapitalistične družbenoekonomske ureditve, ki je delovala na štirih ravneh: kot zasnova industrijskega produkcijskega procesa (izum tekočega traku, serijska proizvodnja), kot režim akumulacije kapitala (z rastjo produktivnosti povezana rast plač zaposlenih), kot način ekonomske regulacije (fordizem je temeljil na ločitvi lastništva

kapitala od njegovega upravljanja in na priznavanju sindikatov kot zastopnikov ekonomskih interesov delavcev) in kot societalna paradigma (tripartitna pogajanja med kapitalom, delom in državo so bila temelj zagotavljanja stabilnih razmer produkcije in potrošnje). Postfordistične organizacije, ki cenovno konkuriranje kombinirajo s fleksibilnostjo in kakovostjo, tendenčno nadomeščajo tradicionalno velike kapitalistične proizvodne sisteme. Zaposleni opravljajo različna dela in hkrati prevzemajo tudi več odgovornosti za svojo storilnost, saj je proces dela individualiziran. Prihaja do mešanja zasebnosti in javnosti ter profesionalnega in osebnega dela (Virno, 2003). Fleksibilnost postane slogan, ki na trgu delovne sile označuje konec zaposlitev, kot smo jih poznali, in oznanja zaposlitve za določen čas, brez pogodb ali z začasnimi pogodbami, zaposlitev brez vgrajene varnosti in z določilom »do nadaljnjega«. Delovno življenje tako postane nasičeno z negotovostjo (Bauman, 2005). Kar je iz perspektive kapitala fleksibilizacija trga delovne sile, fleksibilnost in prožnost delovne sile, so za delavce prekarni delovni odnosi, tj. začasni, negotovi in nestabilni delovni odnosi, denarno nadomestilo za opravljeno delo pa ne zadostuje za dostojno življenje (Močnik, 2004).

Po Inglehartu (1977) koncept *postmaterializma* postavlja v ospredje spremembe vrednot posameznika, premik od ekonomske varnosti na fizično varnost s poudarkom na samoizražanju in kakovosti življenja. Postmaterialistični posamezniki niso nematerialistični in ne protimaterialistični. Enako pozitivno vrednotijo ekonomsko in fizično varnost kot njihovi predhodniki, vendar v ospredje postavljajo samoizražanje in kakovost življenja. Posamezniki so v postmodernej družbi osredotočeni na individualno upravljanje s tveganjem in samouresničevanje, ki zahtevata nenehno razmišljanje o sebi in svojih dejanjih ter samonadzorovanje in samoobvladovanje, kar Giddens (1991) imenuje samorefleksivnost.

2.1 Storitvena ekonomija in zdravstvena nega

Čeprav so korenite spremembe v postmodernej povzročile spremembo dela vsem storitvenim delavcem, Prosser in Olson (2013), ki sta preučevala spremembe dela skrbstvenih delavcev v Avstraliji, poudarjata, da so imele socioekonomske spremembe tega obdobja še poseben vpliv na formalno delo skrbstvenih delavcev, med katere spadajo tudi izvajalci zdravstvene nege.

Danes so v razvitem svetu medicinske sestre manj stabilno zaposlene in plačane, a bolj obremenjene, bolj pod stresom in izgorele kot pred desetletji (Leskovic, 2014; Ludwick idr., 2014; Čuk in Klemen, 2010; Ilhan, Durukan in Türücüoğlu, 2008; Gillespie in Melby, 2003). Ker so potrebe po ohranjanju visoke kakovosti zdravstvene nege vedno večje, so se tudi zahteve po kakovostnem delu medicinskih sester povečale (Prosser in Olson, 2013). Posebno zahtevno je delo s skupinami, ki živijo na družbenem robu in na katere je ekonomsko prestrukturiranje v zadnjih dveh desetletjih najbolj vplivalo (Dollard, Winefield in Winefield, 2007), še dodatno pa gospodarska kriza, saj podatki kažejo, da število ljudi, ki jih ogrožata revščina ali socialna izključenost, v Sloveniji od leta 2009 dalje stalno narašča in je v letu 2013 znašalo že 410 000 (Poročilo o državi – Slovenija 2015, 2015).

Formalna zdravstvena nega spada med tista področja dela, ki jim zaradi delovne intenzivnosti ne uspeva povečati produktivnosti z vlaganjem v nove tehnologije, kot to uspeva drugim storitvenim sektorjem. Tako se je delo medicinskih sester v razvitem svetu kljub uvajanju novih tehnologij zaradi povečanega deleža starejših pacientov, drugačne patologije, krajše ležalne dobe ipd. dejansko še povečalo (Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015; Carayon in Gurse, 2008). Medicinskih sester ni mogoče enostavno nadomestiti z novo tehnologijo, npr. z roboti. Problem formalnega dela v zdravstveni negi se kaže tudi v težavnem kvantitativnem vrednotenju dela, ki ga zahtevajo sodobni standardi uspešnosti oz. kakovosti dela (Huws, 2015). Tako je težko »izmeriti«, kdaj je medicinska sestra (dovolj) produktivna.

V luči postindustrijskega premika k osredotočanju na potrošnikove zahteve in postmaterialističnega upoštevanja potrošnikovih pričakovanj o kakovosti življenja je na področju zdravstvene nege prišlo do premika od paternalističnega modela k modelu, ki temelji na »avtonomiji pacienta« (Prosser in Olson, 2013; Kerridge idr., 2009). Sodobni koncept zdravstvene nege, ki temelji na čim krajšem bolnišničnem zdravljenju in čim hitrejšem odpustu pacienta v zdravstveno nego na domu ali v socialnovarstveni zavod, povečuje obseg dela nege na domu in v socialnovarstvenih zavodih ter odgovornost medicinskih sester (Leskovic, 2014; Prosser in Olson, 2013; Zavrl Džananović, 2010).

3 Ključni problemi zdravstvene nege v Sloveniji

Demografske spremembe s povečevanjem deleža starostnikov in z njimi povezana spremenjena patologija prebivalstva, hiter razvoj medicine in spremembe v bolnišnični obravnavi bolnikov s hitrejšim odpuščanjem ter družbenoekonomske spremembe posredno vplivajo na obseg in vsebino dela patronažnih in drugih medicinskih sester, ki delajo s starejšo populacijo (Zavrl Džananović, 2010). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije navaja, da so medicinske sestre najbolj obremenjene med zdravstvenimi delavci in imajo najvišjo stopnjo stresa predvsem zaradi povečanega obsega dela, ki je posledica večletnega nezaposlovanja (Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). Podatki o kadrih iz leta 2015, ki jih zbira delovna skupina pri Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego, izkazujejo, da je bilo v bolnišnicah zaposlenih nekaj manj kot 6.000 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (preračunano iz ur), kar pokriva le 78 % potreb. Podatki torej kažejo, da samo v bolnišnicah primanjkuje 1.923 (22 %) zaposlenih v zdravstveni negi (Medicinske sestre ob mednarodnem dnevu za odgovornost, varnost in kakovost zdravstvene obravnave, 2016).

Po mnenju Zbornice nezaposlovanje medicinskih sester izhaja predvsem iz dveh ključnih razlogov. Prvi je, da slovenska zakonodaja ne pozna kadrovskih normativov, in drugi je uvedba Zakona o uravnoteženju javnih financ (2012). Kadrovski normativi

so bili sprejeti leta 1983, ko je bila sprejeta Zelena knjiga o zdravstvu. Leta 2003 so bili ti normativi sprejeti samo za Univerzitetni klinični center Ljubljana, ko je bilo ugotovljeno, da manjka 20 odstotkov medicinskih sester glede na potrebe bolnikov. Na podlagi teh izračunov so ugotovili, da v vseh slovenskih bolnišnicah primanjkuje skoraj 22 odstotkov medicinskih sester. Toda Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije (2015) opozarja, da tudi ti normativi ne ustrezajo današnjim razmeram, ker je intenzivnost dela znatno narasla, saj je bila še pred sedmimi leti povprečna ležalna doba v bolnišnicah 11 dni in več, leta 2014 pa znaša 6,5 dni in je krajša od povprečja držav OECD, kjer ležalna doba znaša 8,1 dan (OECD: Slovenija pri kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva, 2015).

K omejevanju zaposlovanja je prispeval Zakon o uravnoteženju javnih financ (2012), saj enači vse sektorje javne uprave in ne upošteva, da mora institucionalna zdravstvena nega zagotoviti 24-urno oskrbo pacientov (Rešetič, 2015). Specifika poklica medicinske sestre glede na druge poklice v javni upravi je drugačna razporeditev delovnega časa, saj 27 odstotkov medicinskih sester dela v dveh izmenah, kar 38 odstotkov pa v treh in več (Rešetič, 2015; Statistični urad, 2011). Dodatne težave v organizaciji dela povzročajo številna nadomeščanja in prerazporejanje medicinskih sester, ki so odsotne zaradi bolezni ali zaradi dopustov (Rešetič, 2015).

V Sloveniji primanjkuje predvsem diplomiranih medicinskih sester v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo. Po podatkih OECD je število diplomiranih medicinskih sester na tisoč prebivalcev v Sloveniji 2,26, v Nemčiji je to število štirikrat večje (9,08), v Italiji trikrat (6,34), na Norveškem pa kar devetkrat. Pri številu srednjih medicinskih sester oziroma tehnikov zdravstvene nege je slika ravno obratna: V Sloveniji jih je 6,14 na tisoč prebivalcev, povsod v tujini pa manj. Slovenija (še) ni upoštevala EU Direktive (2013/55/EU, 2005/36/ES), ki postavlja minimalne standarde za usposabljanje sektorskih poklicev, med drugim tudi medicinske sestre, in zmanjšala obseg srednješolskega izobraževanja ter ustrezno poskrbela za visokošolsko izobrazbo (Skela Savič, 2014). Direktiva tudi razširja kompetence diplomiranih medicinskih sester in tako med drugim poudarja kompetence na področju raziskovanja, razvoja in vodenja.

Od leta 1992 uvedena privatizacija zdravstva – najpogosteje v obliki koncesij, ki pomenijo javno financiranje zasebnih izvajalcev (Rus, 2001) – nima pozitivnih ekonomskih učinkov na zmanjšanje sredstev in povečanje kakovosti zdravstvenih storitev, temveč je le sredstvo za prerazporeditev sredstev in moči v korist višjih slojev (Rus, 2001, 2008). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2015) je bilo v letu 2013 v Sloveniji zaposlenih 2.393 zasebnih in 14.865 ostalih medicinskih sester. Vendar pa predstavnice medicinskih sester opozarjajo, da zaradi želje po maksimiranju dobička v zasebnih zdravstvenih dejavnostih prihaja do spremembe sestave tima, tako po številu kot po izobrazbeni strukturi, saj zasebniki prejema finančna sredstva za celoten tim, zaposlujejo pa manj medicinskih sester ali le-te z nižjo izobrazbo (Privatizacija v zdravstvu, 2006).

4 Metoda

Odgovor na raziskovalno vprašanje, kakšne so ključne spremembe pri delu medicinskih sester v zadnjem desetletju v Sloveniji, smo poiskali s pomočjo poglobljenih pol-strukturiranih intervjujev. Poglobljeni intervjuji so za ta namen uporabni, saj omogočajo preučevanje percepcije, razumevanja situacije in potreb, ugotavljanja koristi in ovir ipd. (Denzin in sod., 2005).

Jeseni 2015 so bili izvedeni intervjuji z 12 izvajalci zdravstvene nege, ki smo jih pridobili s pomočjo metode snežne kepe. Da bi dobili karseda celovit pogled, smo intervjuvali izvajalce zdravstvene nege, ki so imeli različno dokončano stopnjo izobrazbe (pet diplomiranih medicinskih sester, en diplomirani zdravstvenik, pet medicinskih sester z magisterijem s področja zdravstvenih ved in en magister s tega področja), so več kot 10 let delali na področju zdravstvene nege (od 10 do 35 let), in to v različnih institucijah (socialnovarstveni zavodi, bolnišnice, zdravstveni domovi in zdravilišča), oddelkih, ambulantah in službah (npr. patronažno varstvo, nujna medicinska pomoč, kirurgija, nevrologija, travmatologija, hematologija in onkologija) v Sloveniji.

Intervjuji so bili izvedeni v prostorih, ki so jih intervjuvanci sami izbrali, najpogosteje na delovnem mestu ali v gostinskih lokalih v njihovi bližini, in so trajali okoli ene ure. Intervjuvanci so odgovarjali na dve ključni tematski vprašanji: 1) kako se je spremenilo delo v zdravstveni negi in 2) kateri so ključni dejavniki sprememb dela v zdravstveni negi.

Izjave intervjuvancev so bile kodirane in analizirane, kot je to za kvalitativno raziskovanje običajno (Warren in Karner, 2005). Tematska ogrodja so postavljena na osnovi teoretskih in empiričnih postavk. Teme so uporabljene za kodiranje besedila oz. transkriptov intervjujev na način, da so se identificirale tudi nove teme. Nato smo strukturirali teme in jih interpretirali na način, da smo iskali vzorce, koncepte in razlage. Na željo intervjuvancev jih bomo poimenovali z imenom in institucijo.

5 Rezultati

5.1 Povečan obseg dela

Kot največjo spremembo na področju dela v zdravstveni negi so vsi intervjuvanci navedli povečan obseg dela, ki je posledica povečanega števila starejših pacientov, neustreznega kadrovskega normativa, neustrezne kadrovske politike, neustrezne kadrovske strukture zaposlenih, predvsem pa omejevalnega Zakona o uravnoteženju javnih financ (ZUJF, 2012). Tako je Jožica, ki je delala v bolnišnici, dejala, da je »v zadnjih letih je neprimerno več dela, ker obdelamo več bolnikov, predvsem pa je več starejših, s katerimi je treba bolj intenzivno delati. Normativi, ki so še iz osemdesetih let, tega ne upoštevajo.« Kot ključni razlog za povečan obseg dela je navedla Zakon o uravnoteženju javnih financ: »Poleg tega imamo problem z Zujfom, ker ne smemo zaposlovati. Nadomeščamo lahko le bolniške do 30 dni, a kaj ko ženske pridejo 2 dni v

službo in potem so spet 30 dni doma, pa potem so še porodniške in penzije.» Navedla je tudi problem neustrezne kadrovske strukture: »Problem je tudi starostna zastopnost zaposlenih, ker imamo okrog 30 % medicinskih sester, ki so stare nad 50 let in fizično in psihično izčrpane, večina jih ima status invalidov. Prej so medicinske sestre šle pri 50-tih v penzijo, zdaj pa morajo delati dlje, tja do 60 ali 64 let, pa ne morejo normalno delati.«

Večina intervjuvancev je tudi dejala, da se je obseg dela znatno povečal tudi zaradi vedno večjega obsega dokumentiranja, nastalega predvsem pod pritiskom tožb zaradi strokovnih napak. Administrativno delo je dodatno oteženo zaradi pomanjkljive računalniške in druge opreme, ki zato zahteva podvojen zapis podatkov: *»Danes je neprimerno več dokumentiranja, trikrat več, ker se vsi bojimo tožb«,* je dejala Darja, ki je v času intervjuja delala kot medicinska sestra v bolnici. *»In vse moram vpisovati dvojno. Najprej vpišem na papir, nato pa še vnesem v računalnik. Če bi imeli boljšo tehnologijo, bi lahko prihranili kar nekaj časa«,* je dejala Andreja, ki je delala kot medicinska sestra v bolnici. Po mnenju intervjuvancev je nova komunikacijska in informacijska tehnologija korenito spremenila delo v negativnem smislu, saj se namesto s pacienti ukvarjajo z administrativnim računalniškim delom. *»Računalnik je ugrabil medicinsko sestro in ji skrajšal čas za paciente,«* je dejala Sabina, ki je delala kot medicinska sestra v bolnici.

Dva intervjuvanca sta poudarila, da je problem povečanega obsega dela tudi posledica neustrezne kadrovske organiziranosti in nesposobnosti vodstva vrhnjega in srednjega menedžmenta zdravstvene nege, da bi se pogovoril z zaposlenimi in uveljavil nujno potrebne spremembe, kar bi lahko rešilo ali vsaj omililo večino težav v zdravstveni negi. Tako je Ljiljana, ki je vodila zdravstveno nego v socialnovarstvenem zavodu, dejala: *»Problem je, ker vodje ne poznajo dela podrejenih, predvsem pa ne znajo komunicirati z zaposlenimi, predvsem pa skomunicirati sprememb. Zaposleni bi morali biti prerazporejeni na delovna mesta, kjer medicinskih sester najbolj primanjkuje. Seveda ne želijo po desetih, dvajsetih in tridesetih letih dela delati nekaj drugega, normalno je, da ne marajo premestitev. Toda, potrebno jim je to pravilno predstaviti, jih motivirati in skupaj z njimi narediti načrt sprememb. Ta rigidna organizacija, nesposobnost vodij, ki ne znajo komunicirati, je res velik problem pri nas.«*

5.2 Fleksibilnost dela

Druga ključna sprememba, ki so jo intervjuvanci navedli, je fleksibilnost dela. Na to so opozorile predvsem medicinske sestre, stare med 40 in 50 let. Mlajše medicinske sestre imajo bolj stabilno delo zaradi otrok, starejše pa zaradi invalidnosti. Tako je Duška, ki je delala kot medicinska sestra v socialnovarstvenem zavodu, dejala, da svoje življenje prilagaja potrebam delodajalca: *»Delam takrat, ko moram. Zaradi triizemskega dela in ker nas je premalo, delam ponoči in podnevi, se zgodi, da tudi včasih 36 ur skupaj.«* Pri tem pa so nekatere intervjuvanke dodale, da je premalo fleksibilnosti zaposlenih pri spremembi delovnega mesta znotraj organizacije, saj bi se s prerazporeditvijo zaposlenih lahko zmanjšala prekomernost dela: *»Medicinske sestre ne želijo sprememb delovnega mesta, pa čeprav bi eni oddelčni sestri bilo lažje delati*

v ambulantni, nam bi pa zdrava medicinska sestra olajšala delo«, je dejala Andreja, ki je delala kot medicinska sestra v bolnici.

5.3 Povečane zahteve pacientov in njihovih svojcev

Naslednja ključna značilnost, ki so jo izpostavili vsi intervjuvanci, so bile povečane zahteve pacientov, ki jih morajo izvajalci zdravstvene nege individualno izpolnjevati. Še posebej intenzivno so razlagale problem prepletanja zdravstvene nege ter socialne in emocionalne oskrbe intervjuvane patronažne medicinske sestre in medicinske sestre v socialnovarstvenih zavodih. Poudarile so, da jih takšno delo sicer izpolnjuje, saj gledajo na pacienta celostno, tj. kot na človeka, obenem pa tako delo zahteva veliko več napora in dodatnega časa ter tudi znanja. Na primer, patronažna medicinska sestra Mira je dejala, da se mora vsakemu pacientu posebej prilagoditi in poleg zdravstvene nege izvajati še socialno in emocionalno oskrbo: *»Poleg zdravstvene nege moram ene paciente tolažiti, drugim moram prinesiti zdravila, včasih tudi kaj pospraviti ... zelo različno. Pri enem sem 10 minut, pri drugem tudi eno uro. Pri enem imam čisto osnovno zdravstveno nego, pri drugem, ki je lahko dementen, potrebuje paliativno oskrbo, pa moram doma tudi kaj pogledati, da znam svetovati njemu in svojcem.«*

Vsi intervjuvanci so poudarili, da so se povečale zahteve svojcev pacientov in s tem povezane komunikacijske težave in konflikti, ki temeljijo na njihovih nerealnih pričakovanjih do zdravstvene nege in medicinskih sester ter zdravstva na splošno. Tako je Darja, medicinska sestra v bolnici, dejala, da pogosto svojci kličejo tudi sredi noči in ne hodijo pacienta obiskovati ob sprejemljivih urah. Po njenem mnenju je problem še hujši takrat, ko so svojci med seboj skregani in mora vsakemu posebej razlagati o zdravstvenem stanju pacienta.

5.4 Slabše plačilo za delo

Naslednja ključna sprememba, ki so jo poudarili vsi intervjuvanci, je bila slabše plačilo za večji obseg dela, kar so pripisali Zakonu o uravnoteženju javnih financ (ZUJF, 2012). Tri medicinske sestre so dejale, da so zaradi nizkih osebnih dohodkov eksistencialno ogrožene. Tako je medicinska sestra Andreja, ki dela v bolnici, dejala, da ima v času intervjuja *»približno 400 evrov manjšo plačo kot pred tremi leti«*, kar zanjo pomeni, da *»komaj krpam mesec z mesecem.«* Poudarila je, da je *»vodstvo bolnice zaradi Zujfa plačilo dežurnih oklestilo na minimum«*. Dodala je še, da naj bi si *»za nadure vzeli prosto. Samo pri nas jih ne izplačujejo, sem pa slišala, da so začeli na UKC. Mene pa zanima, kdaj naj jih izkoristim. Ne morem jih, ker nas je premalo.«*

Intervjuvanke, ki so stare nad 50 let, so k temu dodale, da se bojijo upokojitve, saj ne vedo, *»kako preživeti s 600 evri na mesec«* (Sabina, medicinska sestra v bolnici). Spremembe dela in z njimi povezani dohodki zmanjšujejo občutek varnosti in povečujejo strah, ker ne vedo, kako bodo preživele v prihodnosti.

5.5 Komunikacijske zahteve

Intervjuvanci so tudi dejali, da so se povečale zahteve po komunikaciji na vseh področjih dela, ne le na področju uporabe informacijske in komunikacijske tehnologije, temveč tudi komunikacija s pacienti, z zdravniki in drugimi kolegi v zdravstvenem timu. Poudarili so, da se je znatno povečalo tudi število konfliktov med zaposlenimi. Tako je Mojca, ki dela v zdravilišču, dejala, da *»danes pogosteje kot včasih med medicinskimi sestrkami vladajo konflikti in medsebojna obračunavanja zaradi pomanjkanja sredstev in stresa, pa tudi zaradi pomanjkanja znanja o obvladovanju takšnih komunikacij.«*

5.6 Izčrpanost in samodelovanje

Posledice preobremenjenosti, spremenljivega delovnega časa, slabega ekonomskega položaja in različnih pritiskov se kažejo v izčrpanosti, pomanjkanju časa za zasebno življenje, v različnih sistemskih boleznih in boleznih lokomotorne aparata. Da bi ohranili zdravje in delo, intervjuvanci sami (brez uradne podpore v službi) iščejo različne mehanizme in strategije samoohranitve, kot so razmišljanje o sebi, samoopazovanje, samonadzorovanje in samodelovanje. Aljaž, ki dela v nujni medicinski službi, je dejal, da je nenehno utrujen in nima časa za sebe in za svoje. Pri tem se nenehno samoanalizira in samodeluje, da ne zboli: *»Zelo moram paziti, da ne zbolim. Zdaj me pogosto boli glava, imam mravljinice v nogi. Moram paziti, da ne postane hujše, zato moram redno nogo razgibavati.«*

6 Razprava in zaključek

Ker obstaja na področju preučevanja sprememb dela v zdravstveni negi raziskovalna vrzel, je študija skušala identificirati ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege v zadnjem desetletju v Sloveniji in jih pojasniti s konceptualnim aparatom postmoderne.

Izjave intervjuvancev kažejo, da se je znatno povečal obseg in fleksibilizacija dela, kar je v skladu s postfordistično literaturo, ki poudarja fleksibilizacijo dela in zaposlitve. Čeprav so vsi intervjuvanci imeli standardna zaposlitvena razmerja (delovno razmerje za nedoločen čas), so poročali o prekarnem delu, ki temelji predvsem na slabi plači, zaradi katere so nekateri tudi eksistencialno ogroženi in izjemno delovno obremenjeni ter izčrpani. Vsaj delno lahko to pripišemo tudi dejstvu, da je večina izvajalcev zdravstvene nege žensk. Ženske poročajo o izčrpanosti in izgorelosti, ki ju klasična epidemiološka merila ne zaznajo in sta posledica dvojne obremenitve (zaposlitev in domače gospodinjstvo) ter večje zahtevnosti znotraj poklicnega dela. Ženske v Sloveniji so bolj kot moški preobremenjene s plačanim in z neplačanim delom, saj so izjemno vpete v neplačano gospodinjstvo in skrbstveno delo. Poleg vedno večje delovne obremenjenosti v službi socialno, materialno in predvsem čustveno oskrbujejo otroke, mladostnike, starejše in partnerje (Ule, 2013).

Fleksibilizacija dela se tudi kaže v zadovoljevanju različnih potreb pacientov, ne le na področju zdravstvene, temveč tudi socialne in emocionalne nege. Takšno mešanje profesionalnega in osebnega dela je tipična značilnost postfordističnega načina dela.

Postindustrijskost se kaže v uporabi raznolikega specializiranega znanja in komunikacijskih veščin za interakcijo s pacienti in z drugimi člani zdravstvenega tima. Poleg potreb pacientov so se povečale tudi potrebe in zahteve svojcev, ki po mnenju intervjuvancev pogosto zaradi nerealnih pričakovanj o zdravstveni negi vodijo v konfliktne situacije. Današnje delo temelji na novi informacijski in komunikacijski tehnologiji. Ta je zaradi pomanjkljive opreme v glavnem izjemno negativno sprejeta med intervjuvanimi medicinskimi sestrami.

Postmaterializem se kaže v osebni angažiranosti, prilagajanju situaciji, upravljanju s tveganjem, telesnim in psihičnim (samo)ohranjanjem ter nenehno individualno refleksijo. Tudi prebivalci Slovenije od zdravstva med drugim pričakujejo odlično dostopnost, visoko kakovost, prijaznost, 24-urno dosegljivost vseh strokovnjakov in soodločanje pri zdravstveni obravnavi (Požun, 2011), kar je v skladu s postindustrijskimi in postmaterialističnimi trendi dostopnosti do hitrih in visoko kakovostnih zdravstvenih storitev.

Vse te spremembe dela so skladne tudi s spremembo političnega sistema. V tranzicijskem času je postmoderni/neoliberalni kapitalizem zamenjal socialno državo z državo dela, za katero je značilna ideologija individualne odgovornosti za lastno preživetje in lastno socialno varnost (Ule, 2013), kar vodi v zmanjševanje splošne in vsem dostopne ravni socialne in tudi zdravstvene zaščite ter povečuje strah pred izgubo dela, kar sili zaposlene, da pristanejo na prekarne oblike dela.

Naše ugotovitve se bistveno razlikujejo od ugotovitev Prosserja in Olsona (2013), ki sta poudarila, da je ključna značilnost spremembe pri delu patronažnih medicinskih sester v Avstraliji privatizacija patronažnega varstva, ki je nastala kot odgovor na pomanjkanje medicinskih sester. V Sloveniji je delež zasebnih medicinskih sester majhen (okrog 16 %), kar je posledica različnih dejavnikov, med drugim tudi tradicije javnega zdravstva, ne dovolj domišljene tranzicije zdravstva na področju zasebne prakse in pomanjkljive izvedbene zakonodaje na področju podeljevanja koncesij (Dobnikar, 2005).

Rezultati torej kažejo, da so spremembe v zdravstveni negi del širših sprememb na področju dela v pozni moderni. To pomeni, da so korenite izboljšave na tem področju možne le na sistemski ravni. Spremembe je torej nemogoče doseči samo v okviru zdravstvene nege, ampak s povezanostjo in kolektivnimi rešitvami.

Čeprav smo v članku identificirali ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege, ima študija tudi omejitve. Zato bi lahko nadaljnje raziskave z uporabo dodatnih metod, npr. opazovanja, preverile dejansko prisotnost sprememb dela in z uporabo strukturiranega vprašalnika ugotovile njihovo razširjenost.

Karmen Erjavec, PhD

Changes in Nursing Care Work in Slovenia and Characteristics of Late Modernity

Since the 1970s, the organisation of work in developed countries has been fundamentally changed. Although authors do not agree on the use of different terms describing the changes in the organisation of work in the late modernity, they all emphasise that the key features of the late modernity are the growth of service work, the emergence of the knowledge economy and a greater importance of individual autonomy and reflexivity (Giddens, 2001). The socio-economic changes have also affected the work in the field of health care. After the World War II, healthcare services were supplied by the Keynesian system, based on the Fordist capitalism; in the late modernity, the emphasis is on flexible healthcare services and patient's choice (Baum, 2009).

Because the healthcare work has been radically changed (Ludwick, Zalon and Patton, 2014), the article focuses on the changes of the healthcare work providers, i.e. the work of nurses. Since the changes of healthcare work have not been studied thoroughly (Prosser and Olson, 2013), the aim of this study is to fill the research gap, and using the in-depth interviews with nurses, to identify what the key changes of the healthcare work in recent decades in Slovenia are, as well as to explain them with the concepts of late modernity.

Today, nurses in the developed world have less stable and less paid employment, and more stressful work as decades ago (Owl and Clement, 2010; Ilhan, Durukan in Türücüoğlu, 2008; Gillespie and Melby, 2003; Leskovic, 2014; Ludwick et al., 2014). Because there is a need to maintain the high quality of the health care, the demands for work of the nurses have been increased (Prosser and Olson, 2013). These demands are intensified when nurses are working with different minority groups, who have experienced the impact of economic restructuring more drastically in recent decades (Dollard, Winefield and Winefield, 2007), especially during the economic crisis. In Slovenia, the number of people living in poverty or social exclusion had been rising consistently since 2009; in 2013, app. 410,000 inhabitants of Slovenia lived in such situation (Country report – 2015, Slovenia, 2015).

Due to the labour intensity, the formal health care is one of those areas of work which fails to increase productivity in saving labour cost in the production process by using new technology in a way other services sectors succeed. In the developed world, despite the introduction of new technologies, the work of nurses grows due to a number of interconnected factors, such as aging of the population, changes in the caring roles, and a shift from acute illnesses to chronic conditions (Carayon and Gurse, 2008; Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). Nurses cannot be replaced by the new technology, for example by robots. The problem of nursing care work is also that it cannot be easily assessed in a quantitative way (Huws, 2015). It is difficult to define when the nurses are (enough) productive.

In light of the post-industrial focus on consumer demands and the post-materialist emphasis on consumer expectations on the quality of life, there is a shift from the paternalistic model to the model of "patient autonomy" (Kerridge et al., 2009). The modern concept of health care allows for shorter in-patient stays. The result is two-fold: the expansion of nursing care work at patients' homes and in the nursing homes as well as more responsibility for nurses (Leskovic, 2014; Prosser and Olson, 2013; Zavrl Džananović, 2010).

Demographic changes by aging of the population, changed pathology, the rapid development of the medicine, the changes of clinical treatment of patients and socio-economic changes in Slovenian society, indirectly affect the scope and content of the work of the nurses, who work with older population (Zavrl Džananović, 2010). According to the Nurses and Midwives Association of Slovenia, nurses are the most congested among healthcare professionals and have the highest stress level, primarily due to the increased amount of work resulting from the multiannual nonemployment of nurses (Medicinske sestre – moč za spremenbe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). According to the Association, in Slovenia, there are about 17000 nurses, 5000 are registered nurses, and others have secondary school education. According to the Association, the deficit of nurses' employment bases mainly on two key reasons. The first is that Slovenian law does not provide the staff norms, and the second is the introduction of the Fiscal Balance Act (2012), i.e. the law on rebalancing public finances. The Union of Health Care Workers of Slovenia (2015) points out that those norms do not correspond to today's situation because the intensity of the work has increased significantly.

The Fiscal Balance Act (2012) contributed to the restriction of employment, namely it equates all sectors of the public administration and does not take into account that health care must provide 24-hour nursing care (Rešetič, 2015). Specific of the nursing profession in relation to other professions is a different distribution of working time. Namely, 27 percent of the nurses work in two shifts, 38 percent in three and more shifts (Rešetič, 2015; Statistical Office, 2011). Additional problems to the organisation of work are caused by a number of replacements of the nurses, who are either absent due to illness or on annual leave (Rešetič, 2015).

Since 1992, the introduced privatisation of health care – most commonly in the form of concessions (Rus, 2001) – has not had positive economic effects on the reduction of resources and enhancement of the quality of healthcare services, but it is only a means of redistribution of resources and power in favour of the elite (Rus, 2001, 2008). According to the National Institute of Public Health (2015), in Slovenia, there are app. 2400 private nurses. However, representatives of nurses warn that in order to maximise the profits, the private healthcare providers are employing fewer or nurses with lower education (Privatizacija v zdravstvu, 2006).

In order to determine the key changes in the work of nurses in the recent decade, we conducted in-depth interviews with nurses. In-depth interviews are useful for this purpose because they allow us to obtain an insight into perception, understanding situations and needs, identifying the benefits and obstacles, etc. (Denzin et al., 2005).

In October and November 2015 we interviewed 12 nursing care providers, of which five were registered female nurses and one was a registered male nurse, five female nurses with a Master's degree, including one male nurse with a Master's degree. They had been working in nursing care from 10 to 25 years in a variety of institutions (social and health care institutions, hospitals, health care centres, health resorts), departments and clinics (e.g. community health care, emergency assistance, surgery, neurology, traumatology, haematology and oncology). The interviews lasted from 30 to 60 minutes and were performed in places chosen by the interviewees themselves. The key question was how the work and the situation at work changed in their work life. Statements of the interviewees were coded and analysed as usual for the social sciences (Warren and Karner, 2005). On the request of the interviewees, they are presented with their first name and institution.

The research showed that in accordance with the post-Fordist concept, which highlights the flexibilisation of labour and employment, the interviewees emphasised the flexibility of their work. Despite the fact that all interviewees have a standard employment relationship (permanent employment), they reported about precarious work, which primarily bases on very low payment, heavy workload and, consequently, long-term fatigue, lack of time for a private life, and occurrence of various diseases.

Flexibilisation of work is also reflected in the variety of ways to meet the needs of patients; especially the community nurses pointed out that they also have to satisfy the emotional and social needs of patients, and they cannot, therefore, identify the boundaries and the demarcation between the personal and professional aspects of care, between nursing and social care. The interweaving of private and public, and the professional and personal is a typical feature of the post-Fordist concept of work.

According to the interviewees, this holistic approach requires a lot of diverse specialised knowledge and communication skills to interact with patients and other members of the healthcare team and to transfer knowledge to others in the context of the health promotion, which is in accordance with the post-industrial focus on knowledge.

In accordance with the post-Fordist concept, nursing care work bases on new technology, although interviewees negatively evaluate the new technology as they have less time to work with patients, mostly due to the increased administration and problems with the introduction of new technology or lack of it.

The research showed that the situation is forcing the nurses to maintain greater individual autonomy and to consider the needs of the patient, which is in line with the concept of post-Fordism. In addition, besides the needs of the patients, the needs and the requirements of family members have also increased, which often leads to conflict situations.

The interviewees also reported that their work requires a great deal of personal commitment, adjustments to the situation, self-maintenance, and constant individual reflexivity, which is in line with the idea of post-materialism.

LITERATURA

1. Amin, A. (1994). *Post Fordism: A reader*. Oxford: Blackwell.
2. Baum, F. (2009). Community health services in Australia. V: Germov, J. (ur.). *Second opinion: An introduction to health sociology*. Oxford: Oxford University Press, str. 499–521.
3. Bauman, Z. (2005). *Work, consumerisms and the new poor*. Maidenhead: Open University Press.
4. Bell, D. (1973). *The coming of post-industrial society*. London: Heinemann.
5. Carayon, P. in Gurse, A. P. (2008). Nursing workload and patient safety - a human factors engineering perspective. V: Hughners, R. (ur.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, str. 736–749.
6. Čuk, V. in Klemen, J. (2010). Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 3, str. 179–187.
7. Denzin, N. K. in Lincoln, Y. S. (ur.) (2005). *The Sage Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
8. Dobnikar, B. (2005). Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi. *Zdravniški vestnik*, št. 7/8, str. 468–471.
9. Dollard, M., Winefield, A. in Winefield, H. (2003). *Occupational stress in the service professions*. London: Taylor & Francis.
10. Filc, D. (2005). The health business under neo-liberalism. *Critical Social Policy*, 25, št. 2, str. 180–197.
11. Giddens, A. (2001). *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press.
12. Gillespie, M. in Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, No. 6, pp. 842–851.
13. Huws, U. (2015). Online labour exchanges or “crowdsourcing”: Implication for occupational safety and health. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
14. Ilhan, M., Durukan, E., Aras, E. and Türçüoglu, S. (2008). Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56, No. 5, pp. 563–568.
15. Inglehart, R. (1977). *The silent revolution: changing values and political styles among western publics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
16. Kerridge, I., Lowe, M. and Stewart, C. (2009). *Ethics and law for the health professions*. Annandale: The Federation Press.
17. Kumar, K. (1995). *From post-industrial to post-modern society*. Oxford: Blackwell.
18. Leskovic, L. (2014). Vpliv delovnih in organizacijskih dejavnikov na nastanek sindroma izgorevanja v socialnozdravstvenih zavodih v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Fakulteta za organizacijske vede.
19. Ludwick, R., Zalon, M. L. and Patton, R. M. (2014). *Nurses making policy*. New York: Springer Publishing Company.
20. Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri (2015). Zbornice zdravniške in babiške nege. Pridobljeno dne 3. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/medicinske-sestre-moc-za-spremembe-ucinkovita-skrb-za-paciente-z-optimalnimi-viri>.
21. Medicinske sestre ob mednarodnem dnevu za odgovornost, varnost in kakovost zdravstvene obravnave (2016). Zbornice zdravniške in babiške nege. Pridobljeno dne 3. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/izjava-za-javnost-12-maj-mednarodni-dan-medicinskih-sester-medicinske-sestre-ob-mednarodnem-dnevu-za>.
22. Močnik, R. (2004). Prolog: H koncu kapitalizma. V: Callinicos: *Antikapitalistični manifest*. Ljubljana: Sophia, str. I–XX.
23. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2015). Pridobljeno 24. 10. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.nijz.si/>.
24. OECD: Slovenija pri kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva (2015). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.nijz.si/sl/oecd-slovenija-pri-kazalnikih-zdravja-in-zdravstvenega-varstva-v-povprecju>.

25. Poročilo o državi – Slovenija 2015 (2015). Pridobljeno dne 1. 11. 2015 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/cr2015_slovenia_sl.pdf.
26. Požun, P. (2011). Pregled razvoja slovenskega zdravstva v zadnjih dvajsetih letih z vidika stroke in državnega sveta. V: Premislimo Slovenijo v dveh desetletjih. Ljubljana: Državni svet. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: www.arhiv.ds-rs.si/sites/default/files/file/.../posveti/...posvet/Pozun.doc.
27. Privatizacija v zdravstvu (2006). Bilten 22, št. 3, str. 72-75. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://temena.famnit.upr.si/files/files/Yazbeck%284%29.pdf>.
28. Prosser, B. and Olson, R. (2013). Changes in professional human care work. *Health Sociology Review*, 22, No. 4, pp. 422–432.
29. Rešetič, J. (2015). Socialni transferji in zdravstvena nega. V: Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev: zbornik prispevkov. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 115–113.
30. Rigolosi, E. (2013). *Management and leadership in nursing and health-care*. New York: Springer Publishing Company.
31. Rus, V. (2001). Podjetizacija in socializacija države. Ljubljana: FDV.
32. Rus, V. (2008). *Novi javni menedžment*. Ljubljana: FDV.
33. Sindikat delavcev v zdravstveni negi (2015). Pridobljeno 24. 10. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.sdzns.si/>.
34. Skela Savič, B. (2014). Komu mar celostni pristop? Delo, 17. 4. 2014. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.delo.si/mnenja/gostujoce-pero/komu-mar-celostni-pristop.html>.
35. Statistični urad. (2011). Pridobljeno 24. 10. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/statweb>.
36. Ule M. (2013). Uvodnik. *Zdravstveno varstvo*, 52, št. 2, str. 69–71.
37. Virno, P. (2003). *Slovnica množstva: K analizi oblik sodobnega življenja*. Ljubljana: Krtina.
38. Wajcman, J., Bittman, M. in Brown, J. (2008). Families without borders: mobile phones, connectedness and work–home divisions. *Sociology*, 42, No. 4, pp. 635–652.
39. Warren, C. in Karner, T. (2005). *Discovering qualitative methods*. Los Angeles: Roxbury publishing company.
40. Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992). Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>.
41. Zavrl Džananović, D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 2, str. 117–125.

OPOMBA

Članek je razširjeno in korenito dopolnjeno besedilo, ki je bilo objavljeno v zborniku Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU (2016) pod naslovom Delo v zdravstveni negi v Sloveniji v obdobju pozne moderne.