

Odličnost zdravnikov v javnem zdravstvu in primerjava med zdravniki na primarni in terciarni ravni – obvladovanje stresa in ohranjanje zdravja

Medical excellence in public healthcare system and a comparison between doctors at the primary and tertiary levels - managing stress and caring for health

Dean Rumpf¹⁷, Zlatka Meško Štok¹⁸ in Jana Suklan¹⁹

Povzetek

Zdravje je univerzalna vrednota, dobrina, človekova pravica (WHO). Zdravstveno varstvo deluje po sistemu javne mreže in država mora zagotavljati prebivalcem optimalno dostopnost do zdravstvenih storitev in oskrbo z njimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Pojavlja se problem na eni strani države, občine ori skrbi za učinkovito organiziranje zdravstvene dejavnosti, na drugi strani pa pomanjkanje zdravnikov. Stres pri zdravnikih, ki so pri izvajanju dela preobremenjeni, izčrpani ali celo v fazi izgorelosti, se pojavlja velikokrat

¹⁷ Doktor medicine, specialist splošne kirurgije. E-naslov: deanrumpf@gmail.com.

¹⁸ Dr., izr. prof., Fakulteta za organizacijske študije Novo mesto. E-naslov: stokzlatka@gmail.com.

¹⁹ Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici. E-naslov: jana.suklan@fuds.si.

počasi, neopazno in nezavedno. Namen članka je ugotoviti vpliv menedžmenta v javnem zdravstvu in odličnost zdravnikov na obvladovanje stresa in ohranjanje zdravja pri slovenskih zdravnikih. Z rezultati raziskave ugotavljamo stanje menedžmenta kakovosti. Poslovati uspešno ne pomeni le dosegati dobre rezultate, temveč dolgoročno usmerjati aktivnosti v organizaciji. Integracija organizacijskih, poslovnih ciljev in zagotavljanje kakovosti se udejanja v odličnosti posameznih javnih zdravstvenih zavodov ali posameznikov, ki v tem zavodu delujejo.

Ključne besede: javno zdravstvo, menedžment kakovosti, odličnost, zdravniki, obvladovanje stresa, zdravje, raziskava.

Abstract

Health is a universal value, commodity and a human right (WHO). The healthcare system in Slovenia operates as a public network, where the state is obliged to provide the optimal access to health services and care for patient at the primary, secondary and tertiary levels of health care. The problem emerges at two levels: on the lever of authorities that struggle to provide an effective organization of health care and on the other hand, the shortage of doctors. Working in such stressed conditions, doctors get overwhelmed, exhausted, and even burnout, which often occurs slowly, imperceptibly and unconsciously. The purpose of this article is to determine the effect of management within the public health and medical excellence in managing stress and health of Slovenian doctors. The results of the survey show the state of the

management quality. Business success is not only achieved thru good results, but imply activities in the organisation that are planned on a long-run. Integration of organizational, business objectives and quality assurance is being implemented in the excellence of individual public health institutions and thru the work of individuals in this institution.

Key words: Public Health, Quality management, excellence, doctors, health, stress, coping, research.

Uvod

Sistem zdravstvenega varstva je organiziran sistem, ki ima to funkcijo, da skrbi za doseg ciljev boljšega in učinkovitejšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi. Zdravstvena dejavnost se financira iz prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in izdatkov iz zasebnih sredstev ter iz proračunskih sredstev (Nacionalni inštitut za javno zdravje).

V Sloveniji je za zdravstveno varstvo do leta 1945 veljal Bismarckov model zdravstvenega varstva, med letom 1945 in 1992 je imela država na tem področju zelo pomembno vlogo, vendar po letu 1992 pa smo spet uveljavili v zdravstvenem varstvu Bismarckov sistem. Sprememba v zdravstvenem varstvu so se po letu 1992 v veliki meri obdržale vse do danes. Sistem se še vedno ni razvil tako, da bi ustrezal tako državi, zavarovancem kakor tudi zdravstvenim delavcem. Reforme so se osredotočale na področja poleg obveznega še na prostovoljno

zdravstveno zavarovanje, zasebne zdravstvene dejavnosti itd. (Kos 2006). Zdravstveno varstvo deluje po sistemu javne mreže, ki predstavlja prostorsko in časovno porazdelitev zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, vključuje človeške, prostorske, materialne in druge vire, s katerimi občine in država zagotavljajo prebivalcem optimalno dostopnost do zdravstvenih storitev in oskrbo z njimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (ZZD). Primarna raven predstavlja mrežo, ki omogoča hitro, enostavno dostopnost, čim bližje prebivalstvu. Primarna raven omogoča prvi stik z zdravnikom za diagnosticiranje, akutnih in kroničnih bolezni, promocijo zdravja, zdravega načina življenja, svetovanje, preprečevanje in vzgojo pacientov. Primarna raven je organizirana v zdravstvene domove in zdravstvene postaje, ki so vezane na najbližji zdravstveni dom in jo opravljajo v Sloveniji v devetih regijah (Nacionalni inštitut za javno zdravje). Sekundarna raven javnozdravstvene dejavnosti zajema specialistično socialno medicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstveno ekološko dejavnost na območni ravni. To specializirano dejavnost opravlja devet območnih enot Nacionalnega Inštituta za javno zdravje. Obravnava primere odobrene na primarni ravni. Terciarna raven javno zdravstvene dejavnosti zajema specialistično socialno medicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstveno ekološko dejavnost na državni ravni in Katedri za javno zdravje Medicinskih fakultet Univerze v Ljubljani in Univerze v Mariboru. Na tej ravni delujejo najbolj izkušeni strokovnjaki, zdravniki, ki izvajajo najzahtevnejše storitve v zdravstvu, pri

tem se poslužujejo najzahtevnejše medicinske opreme (Markota in drugi 1999, Albreht in drugi 2002).

Javne zdravstvene storitve, ki jih država zagotavlja vsem državljanom, so darilo, saj zdravje ne more imeti cene. Javno zdravstvo je temeljni sistem, saj vpliva na socialno povezanost državljanov in kvaliteto države. Zdravstveni sistem v Republiki Sloveniji je še danes preobremenjen s številnimi slabostmi iz preteklih časov in sistemov. Pogoj je učinkovita organizacija, ki spodbuja k inovativnosti in kakovosti menedžmenta.

Država je dolžna v skladu reda in morale nujno zastaviti zakonska določila, da ne sme biti čakalnih vrst ali pa so lahko samo take, ki niso škodljive za poslabšanje zdravja. Država je dolžna, da v zakonu opredeli in zastavi zahtevo, da zaposli ustrezno število zdravnikov in drugih izvajalcev, saj je vsakomur jasno, ko se odloči za študij medicine, da zdravnikovo delo ni omejeno z delovnim časom, tako kot nekaterim drugim javnim uslužbencem, saj ljudje potrebujejo zdravstveno varstvo 24 ur na dan, 365 dni v letu ne glede na delovni dan, praznik, nedelje in ponoči, torej gre za družbeno odgovorno delo (UMAR 2008).

Problem pomanjkanja zdravnikov v zdravstvu na primarni ravni se pojavlja enako na terciarni ravni.

Pregled literature

Toth (2003) pravi, da sistem zdravstvenega varstva predstavlja organizirano, zavestno in usklajeno delovanje ter prizadevanje posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi.

Česen (2003) ugotavlja, da je sistem zdravstvenega varstva družbeni mehanizem, ki spreminja splošne (človeške, materialne finančne) vire v specializirane učinke to je zdravstvene storitve ter v prave učinke zdravstvenih aktivnosti to je rezultate, ki naj bi bili usmerjeni v zdravstvene probleme neke oz. dane družbe.

Pojavlja se problem na eni strani države, občine, skrb za učinkovito organiziranje zdravstvene dejavnosti, na drugi strani pa pomanjkanje zdravnikov, ki so zaradi preobremenjenosti izčrpani, pod vplivom stresa in v fazi izgorelosti.

Raziskava se osredotoča na problem kakovosti menedžmenta na odličnost poslovanja v javnem zdravstvu in obvladovanje zdravja in stresa, salutogeneze (Antonovsky, 1979), to je odnosa med stresom, zdravjem in obvladovanjem stresa pri slovenskih zdravnikih, da ne pride do izgorelosti zdravnikov, to je sindroma telesne in duševne izčrpanosti, ki je povzročen z dolgotrajnim stresom). Pojavlja se pri preveliki obremenjenosti zdravnikov, ki izvajajo zdravstveno dejavnost tako na primarni kot terciarni ravni (Kovač et. al 2003).

Poslovati uspešno ni le dosežati dobre rezultate in izide v organizaciji, temveč dolgoročno usmerjati aktivnosti v organizaciji ali zavodu. Integracija organizacijskih, poslovnih in ciljev obvladovanja kakovosti se udejanja v odličnosti posameznih organizacij, zavodov ali posameznikov, ki v tej organizaciji ali zavodu delujejo. Z organizacijo javnih zavodov se ukvarjajo velikokrat na nepravilen, ne organizacijski način, »strokovnjaki« ki področja javnega zdravstva ne poznajo, saj v sistemu niso delovali, po drugi strani pa strokovnjaki, ki gledajo na situacijo preveč ozko, mogoče vsak samo s svojega pogleda, ne pa globalno od centralizacije do decentralizacije posameznih enot, sektorjev, oddelkov. Vsaka nova državna struktura,, državni organi in organi na lokalni ravni se menjavajo velikokrat pred potekom posameznega mandata, zato ni enotne taktirke, ki bi na posameznem področju delovanja v gospodarstvu. V članku se osredotočamo izključno na področje javnega zdravstva, je kritika v tem, da državne strukture niso dajale natančnih smernic delovanja, določati nosilce in roke za izvedbo posamezne naloge, spremljati rezultate, sanirati in izvajati ukrepe zaboljšanje stanje. Vsak nosilec bi moral izvajati naloge po zastavljenih smernicah in odgovarjati za nepravilnosti in izvesti ukrepe, da se nepravilnosti odpravijo.

Markič (Markič et. al 2012) navajajo in dajejo velik pomen procesu vplivanja z različnimi dejavniki v menedžmentu, ki določanju smernic v menedžmentu kakovosti za uspešno realizacijo v zavodih javnega zdravstva ter s tem realizacijo, ki se kaže v uspešnem vodenju organizacije in doseganju zastavljenih ciljev.

Meško (Meško et. al. 2010) opredeljujejo elemente vpliva organizacijske kulture pri vodenju organizacije in s tem doseganje poslovne odličnosti, saj dobro sprejeta in udejanjena organizacijska kultura, ki je usmerjena v znanje ter medosebni odnosi med zaposlenimi v notranjem okolju in partnerjev v zunanjem okolju dosega uspešnost poslovanja na osnovi menedžmenta kakovosti in odličnosti vodenja v organizacijah in javnih zavodih.

Nekateri raziskovalci v svojih delih (Rani in drugi 2015; Root in drugi 2014) opredeljujejo pomen motivacije in motivacije pri delu ter izkušnje na delovnem področju, ki omogočajo možnosti uresničitve sposobnosti posameznika pri delu s sistemi napredovanja in usposabljanja ter posredno s tem tudi pripadnosti organizaciji. Način vodenja organizacije, določitev obsega del in nalog ter medosebni odnosi pripomore k večjemu zadovoljstvu zaposlenih pri delu.

Poklicni stres pri zdravnikih se pojavlja zaradi preobremenjenosti pri izvajanju dela velikokrat počasi, neopazno, nezavedno. Medicina je stresna, delo je povezano z močnimi čustvi, zdravnik se mora prilagoditi in biti kos stresu. Viri stresa pri delu zdravnikov, ki se pojavljajo pri izvajanju so: dolg delavnik, prekomerne delovne obremenitve, spremenljivi pogoji dela, pomanjkanje spanja, ekonomska nestabilnost, pri starejših zdravnikih slediti novostim.

Meško in drugi (2014) opredeljujejo stres na delovnem mestu pri slovenskih menedžerjih in obvladovanje z udejstvovanjem pri športnih

dejavnostih, saj se menedžerji kot posamezniki ne zavedajo, da lahko z rekreacijo, ki naj bo stalna tudi vrednota posameznika, dosežejo manj stresne situacije, obvladajo stres in s tem ohranjajo zdravje.

V članku predstavljamo problematiko z vidika javnega zdravstva, pogled zdravnika na obvladovanje stresa in ohranjanje zdravja, ki ga je dobro opredelil pionir na tem področju Aaron Antonovsky že v prejšnjem stoletju po letu 1960 in ta problem proučeval na pacientih ter ga imenoval s pojmom salutogeneza (Antonovsky 1979). Salutogeneza je odnos med zdravjem, stresom in obvladovanjem stresa in se osredotoča na proučevanje in zdravljenje tudi poklicnega stresa. Z raziskavo ugotavljamo problem poklicnega stresa ne s strani pacienta temveč odnos med zdravjem, stresom in obvladovanjem med zdravniki na primarni in terciarni ravni v javnem zdravstvu. Salutogeneza, ugotavljajo različni avtorji, se ne osredotoča na zdravljenje in dejavnike, ki povzročajo bolezen in podpirajo zdravje in blaginjo, osredotoča se na dejavnike na odnos med zdravjem, stresom in obvladovanje stresa, (Antonovsky 1979; Strumpfer 1990; Lindstroem in Eriksson 2011; Mitelmark in Bull 2013; Roy in drugi 2015). Pri tem pomaga naš čut na koherenco, saj če smo zdravi imamo občutek skladnosti (koherentnost.) Gre za občutek nadzora- vsaj deloma lahko kontroliramo svoje delo, občutek racionalnosti – moje delo ima smisel in občutek pomena – moje delo ima višji pomen navajajo različni avtorji (Mayer 2012; Lindstroem in drugi 2011; Feldt in drugi 2011 Finset 2012).

Kos (2006) navaja, da odnos do zdravja in varovanje zdravja prebivalstva Slovenije poteka v dveh smereh. Ena je ohranjanje in krepitev zdravja (javnozdravstvena dejavnost), druga pa zdravljenje bolezni in povrnitev zdravja v okviru možnosti (zdravstvena dejavnost), torej sistem zdravstvenega varstva je ena najpomembnejših determinant zdravja. Prvine sistema zdravstvenega varstva opredeljujejo: izobraževanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti, tehnologija in medicinska znanost, zdravstvena dejavnost, zdravstvena politika, pretok informacij in sistem financiranja zdravstvene dejavnosti

Za dejavnike, ki vplivajo na organizacijo in izvajanje zdravstvena varstva je značilno zdravstveno stanje prebivalstva, demografska struktura prebivalstva, politična ureditev države, ekonomsko stanje države, predvsem pa tudi kulturne značilnosti prebivalstva, saj zdravje ni tržno blago, temveč javna dobrina. V raziskavi se osredotočamo na problem obvladovanja stresa in ohranjanje zdravja kot vpliv menedžmenta kakovosti in odličnosti, torej odnos do zdravja, stresa in obvladovanje stresa pri slovenskih zdravnikov. Omejili smo se samo zdravnike, ki izvajajo javnozdravstveno dejavnost na primarni zdravstveni domovi in terciarni ravni bolnišnice – UKC Ljubljana in Maribor).

Werner in drugi (2015) opredeljujejo štiri paradigme o menedžmentu kakovosti skozi zgodovinska obdobja od spremljanja kakovosti izdelka, procesiranju kakovosti, analizi stroškov do odgovornosti za kakovost proizvoda.

Calvo-Mora in drugi (2013) opredeljujejo uspešnost zagotavlja kakovosti menedžmenta z določanjem dejavnikov za doseganje odličnosti menedžmenta kot sistemskega procesa.

Kovačič in Rus (2015) poudarjata, da vodstvene kompetence igrajo pomembno vlogo pri zagotavljanju uspešnega vodenja. Na osnovi izvedene raziskave so ugotavljali vodstvene kompetence v slovenskem zdravstvu, ter ugotovili bistvene razlike med vodji in drugimi zaposlenimi. Vodje so bolj poudarili medosebne in informacijske kompetence, medtem, ko so razlike med kompetencami menedžerjev v zdravstvu in poslovnih menedžerjev pokazala, da imajo menedžerji v zdravstvu manj poudarjene kompetence na vseh ravneh: to je v medosebnih, informacijski in odločevalskih kompetencah, kar kaže na resno zaostajanje vodstvenih kompetenc menedžerjev v slovenskem zdravstvu.

Rogala (2016) in Root III (2014) ugotavljajo ovire, ki nastajajo pri izboljšavi menedžmenta kakovosti ter zagotavljanja celovite kakovosti. Ovire je potrebno sproti ugotavljati ter ukrepati da potek izboljšave poteka hitro in učinkovito.

Povezovanje med vsemi prvinami zdravstvena varstva je človek, ki prispeva z znanjem do sodobnega, avtonomnega in neodvisnega razvoja, hitrem, kakovostnem prenosu znanj in prenašanja znanja na osnovi podatkov. Politika zdravja je usmerjena v zdravje in ne samo zdravljenje bolezni. Skrb za zdravje v širšem pomenu predstavlja izobraževalni

sistem, imenujemo ga promocija zdravja, ki spodbuja, da vsak skrbi za svoje zdravje, ne da se zdravje posameznika prepusti sistemu.

Metode in rezultati

Vrsto raziskav je bilo izvedenih s področja uporabnih orodij za obvladovanje stresa in psihosocialnih tveganj na delovnem mestu (Roy in drugi 2015; Rani in drugi 2015, Rogala 2016). Toda raziskave o zdravnikih, kako doživljajo stres ob vsakodnevnih obremenitvah, kakšni so njihovi delovni pogoji, delovni prostori, tehnološka oprema, kaj jih motivira za boljše delo, da bi dosegali odličnost pri svojem delu ter s tem neposredno izboljšali tudi sistem delovanja v javnih zdravstvenih ustanovah (zdravstveni domovi, bolnišnice) še v Sloveniji ni bilo izvedene.

Javno zdravstvene ustanove se osredotočajo na bolnike ohranjanje zdravja, preprečitev napredovanja bolezni, promocijo zdravja. Vse to izvajajo zdravniki različnih ravni v javnem zdravstvu.

Postavi se vprašanje na osnovi katerega ugotavljamo ali so zdravniki« lahko« tudi »bolniki«? Kako lahko zdravnik, ki sam ni tretiran kot »bolnik« nima možnosti bolniškega odsotnosti ravno zaradi preobremenjenosti z delom, prenatrpanega urnika, drugih delovnih pogojev, (UKC Ljubljana in Maribor ter posamezni zdravstveni domovi v Republiki Sloveniji) lahko skrbi za svoje lastno zdravstveno stanje?

Ugotavljamo, da so zdravniki tudi »bolniki«, ki zbolijo zaradi preobremenjenosti, prenatrpanega urnika, velikega števila obravnave pacientov, zahtevnosti obravnave in drugo. Zaskrbljujoče je dejstvo, da v zadnjem pet letnem obdobju ni podatka o zmogljivosti javnih zdravstvenih ustanov, število zdravnikov na posamezni ravni, o njihovem zdravstvenem stanju in ukrepanju na tem področju.

Izvedli smo pilotsko študijo na vzorcu 40 anketiranih zdravnikov na primarni in terciarni ravni v javnem zdravstvu, v času od 1.4. do 30.4.2016. Pilotsko študijo smo izvedli z zdravniki na območju celotne Slovenije v devetih regijah- zdravstveni domovi (Celje, Maribor, Koper, Ljubljana, Novo mesto, Kranj, Murska Sobota, Brežice, Nova Gorica)–(21) in z zdravniki na UKC Ljubljana- 11 in UKC Maribor - (15). Namen pilotske študije je testiranje vprašalnika in s tem potrditev vprašalnika za nadaljnjo pripravo in obdelavo.

Opis vzorca

V vzorec je vključenih 40 zdravnikov na primarni in sekundarni, ter terciarni stopnji javnega zdravstva. Po spolu je vzorec uravnovešen (48,7 % zdravnikov v vzorcu je moških), 29,1 % anketirancev je starih od 26 do 35 let, večina, 46,4 % zdravnikov je starih med 36 in 45 let, 21,8 % med 46 in 55 let in 2,7 % med 56 in 61 let starosti. Večinoma so poročeni (65,0 %), 10,0 % jih živi v izvezakonskih skupnostih, četrtnina (25,0 %) pa je ovdovelih, razvezanih ali samskih. V vzorcu imamo največ zdravnikov s

specializacijo (55,9 %), sledijo tisti z doktoratom (30,1 %), magisterijem (9,7 %) ali visokošolsko univerzitetno izobrazbo (4,3 %). Glede na delovno dobo so anketiranci v vzorcu večinoma zaposleni od 11 do 20 let v zdravstvu (42,0 %), sledijo tisti, ki so zaposleni med 21 do 30 let (33,3 %). 14,8 % je zaposlenih manj kot 10 let, 9,9 % pa več kot 30 let. V vzorec smo zajeli 52,5 % specialistov, sledijo splošni zdravniki (52,5 %), specializanti (10,0 %) in pripravniki (7,5 %). Večinoma so zaposleni v bolnišnicah (terciarna raven) (58,0 %), ostali pa v zdravstvenih domovih (primarna raven).

Zdravstveno stanje zdravnikov

Svoje zdravstveno stanje polovica opisuje kot srednje dobro, nekoliko manjši odstotek udeležencev kot dobro (40 %), 10 % udeležencev pa je svoje trenutno zdravstveno stanje opisalo kot zelo dobro.

Udeleženci so na 5-stopenjski lestvici (nikoli; enkrat na mesec; enkrat na teden; večkrat na teden; pogosteje) morali označiti, katere od naštetih zdravstvenih težav so imeli v zadnjih 12 mesecih. Iz tabele 1 je razvidno, da imajo anketiranci največ težav z bolečinami v hrbtnici, bolečinami v vratu oz. ramenih, motnjami spanja, motnjami prehrane in bolečinah v sklepih. Med primarno in terciarno ravno prihaja do statistično značilnih razlik le ve primeru bolečin v želodcu ($t=2,5$, $SP=38$, $p=0,017$), saj jih zaposleni na primarni ravni pogosteje navajajo (povprečna ocena 2,8) kot zaposleni na terciarni ravni (povprečna ocena 2,0).

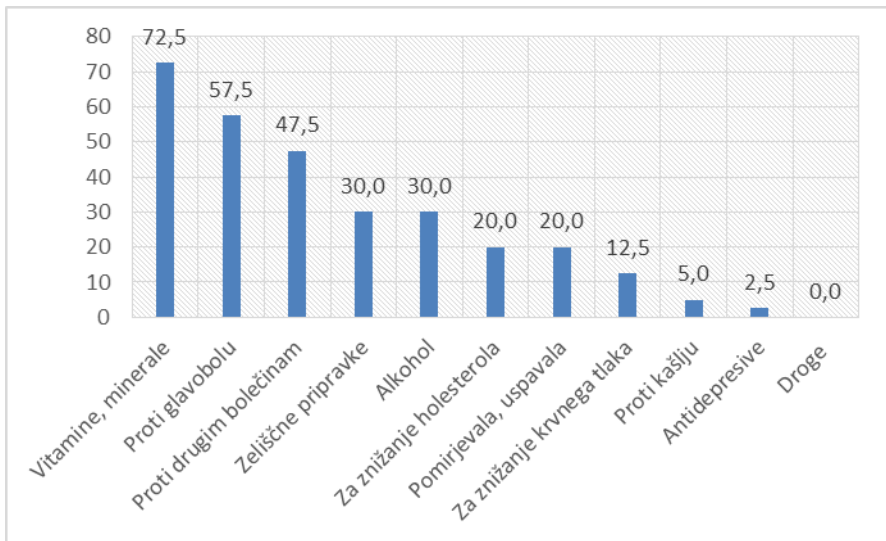
Tabela 1: Opisne statistike - zdravstvene težave udeležencev v zadnjih 12 mesecih

	N	Min	Maks	Povprečje	Standardni odklon
Bolečine v hrbtenici	39	1	5	3,08	1,285
Bolečine v vratu/ramenih	39	1	5	2,97	1,308
Motnje spanja – nespečnost	40	1	5	2,78	1,33
Motnje prehrane	40	1	5	2,7	1,62
Bolečine v sklepih	39	1	5	2,51	1,315
Bolečine v želodcu	40	1	5	2,35	1,099
Glavobol	38	1	5	2,21	0,935
Motnje koncentracije	40	1	4	2	0,906
Tesnoba	39	1	5	1,92	0,9
Motnje ritma srca	40	1	4	1,68	0,971
Zvišan krvni tlak	40	1	5	1,63	0,979
Depresivno stanje	40	1	3	1,6	0,591
Alergija	40	1	5	1,4	0,928
Kožna bolezen	40	1	5	1,28	0,905
Kronična vnetna	40	1	2	1,08	0,267

črevesna bolezen

Sladkorna bolezen	39	1	1	1	0
-------------------	----	---	---	---	---

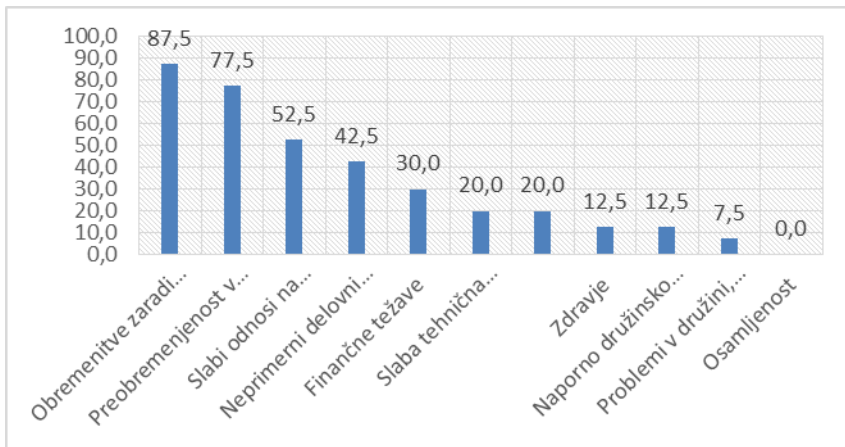
Večina udeležencev (72,5 %) je v zadnjih 12 mesecih zaužila vitamine oz. minerale v smislu prehranskih dopolnil, približno polovica udeležencev pa zdravila proti glavobolu in zdravila proti drugim bolečinam (slika 1). Alkohol kot »zdravilo« se je uvrstil na četrto mesto skupaj z zeliščnimi pripravki (30,0 %), 20 % udeležencev pa je v zadnjem letu jemalo zdravila za znižanje holesterola in pomirjevala oz. uspavala.



Slika 1. Uporaba zdravil in zdravilnih sredstev v zadnjih 12 mesecih

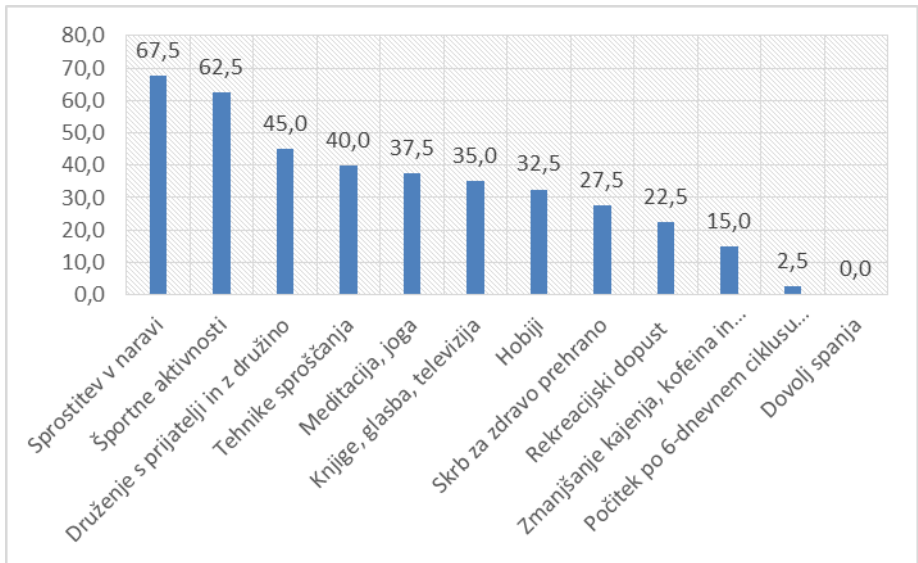
Stres pri zdravnikih

Večinoma, zdravniki poročajo, da so pod stresom pogosto oz. vsak dan (71,0 %). Občutki napetosti in stresa se redko pojavljajo pri 14 % udeležencev, pri 12,5 % udeležencev pa se takšni občutki pojavijo zelo redko, le 2,5 % udeležencev ni nikoli pod stresom. Glede vzrokov stresa prednjačijo (slika 2) preobremenjenost zaradi dela (87,5 %), preobremenjenosti v službi (77,5 %), slabih odnosov med kolegi na delovnem mestu (52,5 %) in neprimernih delovnih pogojev (42,5 %).



Slika 2. Vzroki stresa pri udeležencih

Glede strategij za spoprijemanje s stresom se zdravniki najpogosteje poslužujejo sprostitve v naravi (67,5 %), športnih aktivnosti (62,5 %), druženja s prijatelji in družino (45 %), pogosto pa uporabljajo tudi tehnike sproščanja (40 %) (slika 3).



Slika 3. Načini spoprijemanja s stresom pri udeležencih

Glede rekreacije ugotavljamo, da se 5,0 % udeležencev sploh ne ukvarja s športom, približno tretjina udeležencev (30,0 %) se s športom ukvarja 1 uro na teden, 45,0 % se ukvarja s športom med 2 in 4 ure na teden, petina udeležencev pa se s športom ukvarja 5 ali več ur tedensko.

Kakovost menedžmenta v zdravstvu in odličnost zdravnikov

Anketiranci so na 5-stopenjski lestvici ocenjevali pomembnost posameznih trditev, ki se navezujejo na izboljšanje kakovosti menedžmenta v zdravstvu, kjer je pomenilo 1-nepomembno, 5 pa zelo pomembno (tabela 2). Anketirancem se na splošno vse trditve zdijo pomembne, saj je večina nanj odgovarjala z odgovori »pomembno« in »zelo pomembno«. Med posameznimi trditvami je udeležencem najbolj pomembno »Stalno izobraževanje, usposabljanje zaposlenih kot temeljna osnova delovanja inštitucije« (povprečna ocena 4,70), sledita »Inštitucija oz. zavod mora slediti etičnim standardom in pravilom, da lahko skrbi za dolgoročno zadovoljevanje potreb zaposlenih pri delu zdravnika« (povprečna ocena 4,63) in »Vodstvo mora graditi medosebne odnose med vsemi subjekti, s čimer zagotavlja zaupanje vseh zaposlenih.« (povprečna ocena 4,55), kot najmanj pomembno pa ocenjujejo »Organiziranost in cilje dela zavoda ustvarja vodstvo« (povprečna ocena 4,08).

Tabela 8. Opisne statistike - kakovost menedžmenta v zdravstvu

	N	Min	Maks	Povprečje	Standardni odklon
Kakovostno delo je odvisno od uravnoveženega	39	2,0	5,0	4,31	0,655

razvoja in zadovoljstva zaposlenih.					
Organiziranost in cilje dela zavoda ustvarja vodstvo.	40	3,0	5,0	4,08	0,572
Vodje oz. predstojniki so tisti subjekti, ki ocenjujejo uspešnost in vrednotijo izvedeno delo zdravnikov.	40	2,0	5,0	4,10	0,778
Stalno izobraževanje, usposabljanje zaposlenih pomeni temeljno osnovo delovanja inštitucije.					
Vodstvo mora	40	3,0	5,0	4,55	0,597

graditi
medosebne
odnose med
vsemi subjekti,
s čimer
zagotavlja
zaupanje vseh
zaposlenih.

Inštitucija oz.
zavod mora
slediti etičnim
standardom in
pravilom, da
lahko skrbi za 40 3,0 5,0 4,63 0,628
dolgoročno
zadovoljevanje
potreb
zaposlenih pri
delu zdravnika.

Anketiranci so na 5-stopenjski lestvici ocenjevali odličnost pristopa v javnem zdravstvu, kjer je 1- se ne ukvarjamo, 5 pa odlično poskrbljeno, nenehno izboljševanje. Anketiranci na splošno vse trditve ocenjujejo podpovprečno, kar nakazuje odprt maneverski prostor za izboljšave.

Tabela 3. Opisne statistike – odličnosti zdravnikov v javnem zdravstvu

	N	Min	Maks	Povprečje	Standardni odklon
Usmerjanje zavoda v zdravstvu z razvijanjem njegovega poslanstva, vizije in vrednot.					
Določitev in udejanjanje poslanstva, vizije in vrednot, utrjevanje medosebnega zaupanja in učinkovitosti komuniciranja.	40	1,0	5,0	2,93	1,118
Vsi zdravniki in drugo osebje sodelujejo pri postavljanju izmerljivih ciljev	40	2,0	4,0	2,85	0,736

zavoda,
vzpostavljanju
okvirov za
timsko delo in
se vključujejo
pri uvajanju
sprememb.

Motiviranje in podpora zaposlenih v javnem zdravstvu ter dajanje zgleda s strani vodij.	40	2,0	5,0	2,98	0,920
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----	-----	------	-------

Vodenje z lastnim zgledom, redno obveščanje zaposlenih, spodbujanje kulture v javnem zavodu, novosti, izboljšave in	40	1,0	5,0	2,93	0,917
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----	-----	------	-------

inoviranje so razdeljeni na vse zdravnike in drugo osebje.					
Obvladovanje odnosov med vodjo in zdravniki.	40	2,0	5,0	2,95	0,932
Sistematično zbiranje in analiziranje podatkov o vseh, ki sodelujejo v javnem zavodu zdravstva – zdravniki in drugo osebje.	40	1,0	5,0	2,78	0,974
Ovrednotenje obstoječih nalog v smislu rezultatov in učinkov ter	40	1,0	5,0	2,68	0,917

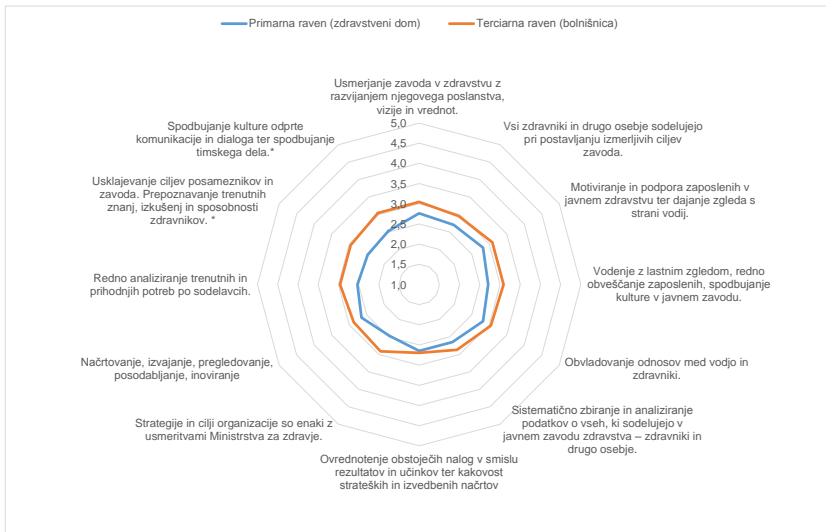
kakovost strateških in izvedbenih načrtov. Sodelovanje zaposlenih zdravnikov pri oblikovanju strategije.						
Strategije in cilji organizacije so enaki z usmeritvami Ministrstva za zdravje. Naloge so uravnateženo razdeljene na vse zdravnike in drugo osebje.	40	1,0	5,0	2,73		0,847
Načrtovanje, izvajanje, pregledovanje, posodabljanje,	40	2,0	4,0	2,78		0,768

inoviranje.
Ustvarjanje
primernega
okolja za
inoviranje,
izboljšave.
Načrtovanje
sprememb, ki
vodijo
inoviranje,
posodabljanje.

Redno
analiziranje
trenutnih in
prihodnjih
potreb po
sodelavcih.
Jasna politika 40 1,0 4,0 2,78 0,891
glede
zaposlovanja
zdravnikov,
napredovanja,
nagrajevanja in
varnosti pri

delu.						
Usklajevanje ciljev posameznikov in zavoda.						
Prepoznavanje trenutnih znanj, izkušenj in sposobnosti zdravnikov.						
Razvijanje in soglašanje z načrti za osebno usposabljanje in razvoj za vse zaposlene zdravnike.	40	2,0	4,0	2,75		0,742
Podpiranje in pomoč novozaposlenim zdravnikom.						
Spodbujanje kulture odprte	40	1,0	4,0	2,83		0,813

komunikacije in
dialoga ter
spodbujanje
timskega dela.
Vključevanje
zaposlenih v
načrtovanje in
omogočanje
povratne
informacije s
strani
zaposlenih
zdravnikov.
Posvetovanje s
predstavniki
zaposlenih
(sindikati ipd.).



*statistično značilne razlike med primarno in terciarno ravno (t-test, primerjava povprečij).

Slika 4. Odličnost zdravnikov – primerjava zaposlenih na primarni in terciarni ravni

Iz slike je 4 razvidno, da se zaposleni zdravniki na primarni ravni v večji meri strinjajo z vsem navedenim, čeprav se statistično značilne razlike izkazujejo le pri navedbah: »Usklajevanje ciljev posameznikov in zavoda. Prepoznavanje trenutnih znanj, izkušenj in sposobnosti zdravnikov.«, ter pri »Spodbujanju kulture odprte komunikacije in dialoga ter spodbujanje timskega dela. Vključevanje zaposlenih v načrtovanje in omogočanje povratne informacije s strani zaposlenih zdravnikov. Posvetovanje s

predstavniki zaposlenih (sindikati ipd.)«, kjer je opazen največji razkorak med mnenji zdravnikov na primarni in terciarni ravni. Na prvem mestu je možna izboljšava glede ovrednotenja obstoječih nalog v smislu rezultatov in učinkov ter kakovost strateških in izvedbenih načrtov (sodelovanje zaposlenih zdravnikov pri oblikovanju strategije), kar zdravniki tako na primarni kot na terciarni ravni ocenjujejo najslabše.

Sklep in zaključek

Zdravstvena dejavnosti mora temeljiti na vrednotah zdravstvenega varstva ter skrbi za: zagotavljanje kakovostnega javnega zdravstva, vesplošnosti, pravičnosti in dostopnosti. Obseg javne zdravstvene dejavnosti zahteva določanje glede na potrebe posameznika v okolju, kjer prebiva, predvsem pa po razporeditvi po devetih regijah v Republiki Sloveniji. Temeljno orodje delovanja javne zdravstvene dejavnosti je mreža javne zdravstvene dejavnosti.

Da bo sistem zdravstvenega varstva zadovoljivo in pravično deloval je pomembna postavitev sistema v državi, ki bo stalno spremljal delovanje sistema zdravstvenega varstva in njegove kakovost. Opredeliti politiko delovanja javnega zavoda, strategijo, načrtovati in si zastaviti cilje, ugotavljati doseganje, realizacijo zastavljenih ciljev ter na tej osnovi določiti nosilce in časovne okvire, rok za izvedbo in uspešno vodenje zdravstvene ustanove, javnega zavoda ob upoštevanju zdravstvenih

predpisov (ustave, zdravstveni zakoni, mednarodne konvencije ter etičnih pravil in etičnega kodeksa strokovnjakov varnosti in zdravja pri delu. Zato, da sistem javnozdravstvenega varstva deluje pravilno in kakovostno pa je potreben stalen nadzor sistema zdravstvenega varstva nad izvajanjem zakonskih določil z vidika strokovnosti, finančnega poslovanja organov države v sodelovanju s strokovnjaki v javno zdravstvenih zavodih so odgovorni za zdravje prebivalstva neke države.

Ugotavljamo, da zaradi neorganiziranosti, nenačrtnih smernic, ali smernic, ki so navedene samo na dokumentih brez stalnega spremljanja rezultatov in sankcioniranja nepravilnosti, prihaja v delovnem okolju javnega zdravstva (medicinsko osebje, zdravniki) do preobremenjenosti, do stresnih situacij in ne nazadnje do faze izgorelosti zdravnikov. Primeri dobrih praks kliničnim centrih, kliničnih inštitutih in kliničnih oddelkov odličnega poslovanja so predstojniki posameznih oddelkov na terciarni ravni na posamezni kliniki, ki poznajo celotno situacijo v svoji enoti javnega zdravstva in so kot menedžerji uspešni, njihovi sodelavci so zadovoljni, dosegajo odlične rezultate in se lahko posvečajo v celoti kakovosti storitev, delovnim nalogam, skrbi za paciente.

Izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti bi morala biti najvišji strokovni vrh v državi, ki oblikujejo strokovna znanja in zagotavljajo človeške in tehnološke vire za prenos znanja in veščin iz sveta, za razvoj v domačem okolju in za prenos v druge zdravstvene ustanove. Zastavljeni predlogi so samo odsev, saj se v praksi že sedaj izvajajo, vendar nenadzorovano in

ne dovolj opredeljeno s strani finančne strukture, zato tudi nastajajo razlike med procesi delovanja sistema na primarni in terciarni ravni.

Ugotavljamo, da so zdravniki na primarni ravni bolj obremenjeni glede na normative in število pacientov, ki jih obravnavajo dnevno v primerjavi z zdravniki na terciarni ravni. Razlika je v tem, da na terciarni ravni gre za drugačen pristop pri delu, doživljanje stresne situacije in pri tem, obvladovanje stresa in ohranjanje zdravja. Na primarni ravni kot terciarni ravni so prisotni stresorji: preobremenjenost, pri delu, prekomerni delovni čas, način pristopa in obravnava pacientov glede na število pacientov, glede na zahtevnost obravnave pacienta. Zdravniki so prepuščeni sami sebi, saj ni zastavljenih kriterijev ali pa se ne udeležujejo motivacije za delo, stimulacije za dobro opravljeno delo, le redki sodelujejo aktivno pri udeležanju politike zdravstva na svojem področju. Na osnovi raziskave ugotavljamo, da zdravniki glede na obvladovanje stresa in ohranjanje zdravja kljub kakovosti izvajanja dela in odličnosti pri delu niso primerno nagrajeni, se enačijo z zdravniki, ki ne dosegajo rezultatov kakovosti in odličnosti, zato tudi osebno doživljajo preobremenjenost pri delu bolj stresno, kar na daljši rok vodi k poslabšanju njihovega zdravstvenega stanja, in razreševanja stresnih situacij na nezdrav način.

Na osnovi raziskave smo ugotovili, da v določenih zdravstvenih zavodih zdravniki tako na primarni kot terciarni ravni niso dovolj vpeti ali ne poznajo dovolj in niso vključeni, niso dejavni pri usmerjanju zavoda z razvijanjem poslanstva, vizije, vrednot, slabo je poskrbljeno za motivacij

in podporo zaposlenim, naloge niso uravnoteženo razdeljene med vse zdravnike, ni prepoznavanja, upoštevanja izkušenj in sposobnosti zdravnikov, zato je nujno poskrbeti za spremembe na tem področju, da lahko zdravniki glede na vpliv menedžmenta kakovosti dosegajo odličnost.

Nujno s takojšnjim pristopom je potrebno izboljšati menedžment kakovosti v zdravstvu, ki vpliva na doseganje odličnosti zdravnikov. Zdravniki na primarni ravni in terciarni ravni potrjujejo, da je za izboljšanje menedžmenta kakovosti zelo pomembno, da je kakovostno delo odvisno od uravnoteženega razvoja in zadovoljstva zaposlenih, da stalno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih zelo pomembno in je temeljna osnova za delovanje zavoda, da zavod mora slediti etičnim standardom in pravilom za dolgoročno zadovoljevanje potreb in delo zdravnikov.

Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da so zdravniki tako na primarni kot terciarni ravni prekomerno obremenjeni, pri čemer so vir stresa obremenitve zaradi dela, preobremenjenost v službi, slabi odnosi na delovne mestu in neprimerni delovni pogoji, kar skušajo v veliki meri kompenzirati z rekreacijo (sproščanje v naravi, šport), ter z druženjem. Zdravstveno stanje anketiranih zdravnikov je solidno, najpogosteje se med zdravstvenimi težavami pojavljajo bolečine v hrbtenici, vratu-kar je najverjetneje posledica sedečega položaja ali vožnje, ter nespečnost. Omenjene težave večinoma zdravijo z jemanjem prehranskih dopolnil (vitamini in minerali), včasih tudi s tabletami proti glavobolu in

bolečinam, pa tudi z zelišči in alkoholom (30 %). Glede kakovosti managementa v zdravstvu so večinoma ocene nadpovprečne.

S pilotsko raziskavo smo pridobili pomembne rezultate, ki omogočajo nadgradnjo raziskave in možnost priprave ukrepov na področju kakovosti menedžmenta in odličnosti v javnem zdravstvu in dolgoročnem izboljšanju stanja zdravnikov v javnem zdravstvu.

Na podlagi povedanega vodstvu predlagamo nove pristope v odnosu do zdravja in obvladovanju stresa, ki bodo pripomogle k boljši vzdržljivosti pri delu in omogočale manjšo obremenjenost zaradi nenačrtovanega urnika delovnih obremenitev, dežurstev, drugih pogojev dela.

Literatura

Albreht, T., Cesen, M., Hindle, D., in drugi (2002). Health care systems in transition: Slovenia. In *Health Systems in Transition* (E. Jakubowski ed.), European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Josey-Bass.

Calvo-Mora, A., Ruiz-Moreno, C.; Pocon-Berjoyo, A. in Cauzo-Bottala, L. (2014). Mediation effect of TQM technical Factors in excellence management systems. *Journal of Business Research*. 67:769-774.

Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.

Feldt, T. I. (2011). Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered approach. The population-base HeSSup cohort study. *Quality of Life Research*. 20 (1), 69-79.

Finset, A. (2012). I am worried, Doctor! Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*. 88: 359-63.

Kovač D., Kranjec, I., Markovič, S., Pretnar, J. in Repše, S. (2003). Sodelovanje med zdravniki – terciarna raven zdravljenja. Ljubljana: *Zdravstveni vestnik*. 72: 631-7.

Kovačič, H. in Rus, A. (2015). Leadership competences in Slovenian health care. Ljubljana: *Zdravstveno varstvo*. 54 (1): 11-17.

Lindstroem, B. in Eriksson, M. (2011). From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39 (6): 85-92.

Makivič, I., Kersnik, J. in Klemenc-Ketiš, Z. (2016). The role of the psychosocial dimension in the improvement of quality of care: a systematic review. Ljubljana: *Zdravstveno varstvo*. 55 (1): 86-95.

Markič, M., Meško, M., Meško Štok Z., in Markič Hrast, S. (2012). Influence of different components of organizational support for project

management on success of the realization in institutes of public health. *African journal of business management*. 6 (9).

Markota, M., Švab, L., Saražin Klemenčič, K., in Albreht, T. (1999). Slovenian experience on health care reform. *Croatian Medical Journal*. 40 (2): 190-194.

Mayer, C-H., Krause, C. (2012). *Exploring Mental Health: Theoretical and Empirical Discourses on Salutogenesis*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Mittelmark, M.B., in Bull, T. (2013). The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*. 20: 30-38.

Meško, M., Gregorc, J., Meško Štok Z. in Markič, M. (2012). Experiencing stress and stress symptoms among Slovene managers. *Safety Engineering*. 2 (1): 27-31.

Meško, M., Videmšek M., Karpljuk, D., Meško Štok Z. in Podbregar I. (2014). Occupational stress among Slovene managers with respect to their participation in recreational sport activities = Stres na delovnem mestu pri slovenskih managerjih glede na udeležbo pri športnih dejavnostih. Ljubljana: *Zdravstveno varstvo*. 49 (3): 117-123.

Meško Štok, Z., Markič, M. Bertoncelj, A. in Meško, M. (2010). Element of organizational et. culture leading to business excellence. *Zbornik radova Ekonomskog fakulteta u Rijeci*.

Nacionalni inštitut za javno zdravje.v Republiki Sloveniji.
www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/mreza_na_primarni_sekundarni_in_terciarni_ravni/javna_mreza_primarna_zdravstvena_dejavnost (dostop 29.4.2016).

Rani, R., Kumar-Lenka, S. (2015). Motivation and Work Motivation: Concepts, Theories & Researches. *Internatinal Journal of Research in IT & Management*. 2(8): 4-6.

Rogala, P. (2016). Identification of barriers to improving quality management systems. *The TQM Journal*. 28(1): 79-88.

Rogoff, B. (2012). Learning without lessons: Opportunities to expand knowledge. *Journal for the Study of Education and Development*. 35 (2): 233-252.

Root III, N.G. (2014). *Examples of Intrinsic Workplace Motivation*. Chron.com.

Roy, M., Levasseur, M., Counturier, Y., Lindstroem, B., in Genereux, M. (2015). The relevance of positive approaches to health for patient-centered care medicien. *Prevetntive Medicine Report*. 2: 10-12.

Struempher, D.J.W. (1990). Salutogenesis: A new paradigm. *South African journal of Psychology*. 20: 265-276.

Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Weckenmann, A., Goekhan N., T. Werner. (2015). Quality management-history and trends. *The TQM Journal*. 27(3): 281-293.

Urad za makroekonomske analize in razvoj. (2008). *Poročilo o zmogljivosti*. UMAR: 174-175.

Zakon o zdravstveni dejavnosti Ur.l. RS, št.9/1992, 13/1993, 29/1998, 6/1999, 56/1999-ZVZD,99/2001, 60/200276/2008,87/2011,40/2012-ZUJF,912013 www-mz.gov.si (dostop 29.4.2016).