

# DELOVNA ZAVZETOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI KOT DEJAVNIK KREPITVE KAKOVOSTI IN VARNOSTI PACIENTOV

<sup>1</sup>BRANKO LOBNIKAR & <sup>2</sup>SANJA ZORIĆ

<sup>1</sup>Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede in Fakulteta za zdravstvene vede, Ljubljana, Slovenija, e-pošta: branko.lobnikar@fvv.uni-mb.si.

<sup>2</sup>Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz, Avstrija, e-pošta: sanjazoric09@gmail.com.

**Povzetek** Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je posameznikova pravica, zato je zagotavljanje in krepitev kakovosti zdravstvene obravnave pomembno za vsako zdravstveno ustanovo. Kakovosti v zdravstvenem sistemu ne predstavljajo zgolj dejanja, si so opredeljena s certifikati ali zaukazana z zakonom, s standardi in protokoli, ampak jo opredeljuje tudi dobro počutje zdravstvenih delavcev na eni in pacientov na drugi strani. Namen prispevka je analizirati povezavo med zavzetostjo medicinskih sester in dejavniki, ki so povezani s krepitvijo kakovosti in varnosti za paciente. V raziskavo je bilo vključenih 206 zaposlenih v zdravstveni negi v eni od splošnih bolnišnic v Sloveniji. V primerjavi z drugimi poklici so se zaposleni v zdravstveni negi izkazali za nadpovprečno zavzete, pri tem pa smo ugotovili, da pogostost uporabe orodij za kakovost dela zdravstvene nege statistično značilno in pozitivno korelira s samoučinkovitostjo, zavzetostjo in s pripravljenostjo za spremembe. Sklenemo lahko, da so ti koncepti med sabo močno povezani in soodvisni.

**Ključne besede:**

zdravstvena nega, pacient, zavzetost, kakovost, varnost, samoučinkovitost.

## 1 Uvod

Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem za pojav nezaželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi samo zaradi bolezni, ampak tudi kot posledica napak v procesu zdravljenja. Vse to lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Čeprav imajo sodobne zdravstvene ustanove dobro izdelane postopke, ki zagotavljajo bolnikovo varnost, zdravstvo še vedno zaostaja za ostalimi dejavnostmi, ki so kot del svojega delovanja uvedle systemske varnostne procese (na primer letalstvo). Po nekaterih ocenah v okoljih, kjer imajo dobro sledljivost napak v zdravstvu, kar 13,5 odstotka pacientov doživi napako pri zdravstveni obravnavni (napak v sistemih, kjer sledljivost ni systemsko urejena, je seveda še večja). Od tega je 44 odstotkov napak mogoče preprečiti. Od teh preprečljivih napak približno 40 napak od 1000 povzroči večjo škodo za pacienta (Centrih, 2020). 2016 so v ZDA ocenili, da je so napake povezane z zdravstveno obravnavo tretji vodilni razlog za smrt med pacienti, saj je letno med 210.000 in 400.000 smrti povezanih z napakami v zdravstvu (Hessels, Weaver, Wurmser, 2019). Seveda tudi v Sloveniji nismo imuni na napake v zdravstvu. Andrej Robida, strokovnjak za kakovost in varnost v zdravstvu, ocenjuje, da v Sloveniji vsak 300. pacient umre zaradi napake, vsak 24 dodatno zboli, in da letno zaradi napake pri zdravstveni obravnavi umre okoli 1000 pacientov (Centrih, 2020). Po teh ocenah je to četrto mesto med vzroki smrti, kar kaže na velik javnozdravstveni problem. Zato je z vidika zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave pacientov potrebna prioriteta obravnava teh napak, še posebej, ker so preprečljive. Pri preprečevanju napak je potrebno izhajati iz narave dela v zdravstvu, kjer je timska obravnava pacienta in sodelovanje osnova delovanja, zato je takšen timski pristop potreben tudi pri presoji vzrokov napak, se pravi tam, kjer se za pacienta dogaja dobro in slabo (Robida, 2009). Za krepitev kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave so odgovorni vsi zaposleni, največ odgovornosti pa imajo kljub vsemu direktorji zdravstvenih zavodov. Če strnemo ugotovitve dosedanjih raziskav, bo potrebno v bodoče spremeniti prevladujoč način izvajanja zdravstvene prakse v zdravstveno prakso, kjer bi bil (a) pacient v središču, kjer bi se (b) dosledno uporabljala na dokazih podprta zdravstvena praksa, kjer bi (c) delo potekalo v večpoklicnih in večdisciplinarnih timih, kjer bi se (d) nenehno izboljševala kakovost zdravstvene obravnave, se (e) zmanjševale zdravstvene napake in bi se (f) učinkoviteje uporabljala sodobna informacijska tehnologija (Skela-Savič & Robida, 2012).

## 1.1 Kakovost in varnost v zdravstveni negi

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, v Sloveniji zapisana tudi v Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008). Pravico do kakovostne in varne oskrbe priznavajo in spoštujejo na območju celotne Evropske unije in morajo biti zagotovljene vsem prebivalcem Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005). To velja za vse paciente, še posebna skrb pa mora biti posvečena najbolj ranljivim skupinam bolnikov, kot so na primer otroci (Pajnkihar in Vrbnjak, 2016). Zagotavljanje kakovosti je ena od ključnih točk sodobnih zdravstvenih sistemov, vključno z bolnišnicami (Lobnikar in Maze, 2015) in se lahko meri na različne načine, od kliničnih rezultatov do stopnje zadovoljstva pacientov z zdravstveno storitvijo.

Pri tem velja poudariti, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo največ stikov s pacienti, ključni del v verigi kakovostne zdravstvene storitve, saj zagotavljajo, da so rutinske medicinske in zdravstvene storitve opravljene kakovostno, da so pacienti primerno nadzorovani, da so podatki o pacientu vneseni pravočasno in korektno, da pacienti dobijo prava zdravila in da so ta dana časovno natančno ter da so pacienti pomirjeni takrat, ko so prestrašeni (Lobnikar in Maze, 2015). Kakovost zdravstvene oskrbe z vidika pacienta temelji na dobrem komuniciranju, koordinaciji izvajanja zdravstvene oskrbe, nepretrganosti obravnave, spoštovanju pacientovih pravic in zagotavljanju varnosti, kar vse pomembno vpliva tudi na izide zdravljenja. Kakovostna zdravstvena oskrba je torej tista zdravstvena oskrba, ki zagotovi izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem (Robida, 2006). Pomeni dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami ob upoštevanju naslednjih načel kakovosti v zdravstvu: (a) uspešnost, (b) varnost, (c) pravočasnost, (d) učinkovitost, (e) enakost in (f) osredotočenosti na paciente. Glavni namen teh načel je zmanjšati nesprejemljivo raven odklonov izidov zdravljenja, neuspešno ali neučinkovito uporabo zdravstvenih tehnologij, visoko ceno slabe kakovosti, nezadovoljstvo uporabnikov, neenak dostop do zdravstvenih storitev, čakalne dobe (Robida, 2006). Kakovost v zdravstvenem varstvu tako ni sama sebi namen, ni tisto, kar je priznано s certifikati ali urejeno z zakonom, s standardi in protokoli, ampak je tudi to, kar kot dobro občuti na eni strani zdravstveni delavec (zdravnik, medicinska sestra), na drugi strani pa uporabnik storitev (pacient, plačnik) (Pajtnar, et al., 2004).

## 1.2 Zavzetost zaposlenih

Zavzetost predstavlja dokaj nov koncept upravljanja s človeškimi viri, ki pomeni čustveno, intelektualno in kognitivno predanost zaposlenega organizaciji kjer je zaposlen. Smolej in Lobnikar (2017) ugotavljata, da je proučevanje delovne zavzetosti koncept upravljanja človeških virov, ki predstavlja mešanico številnih organizacijskih vidikov, kot so organizacijska obveznost zaposlenega, zadovoljstvo, organizacijsko vedenje, motivacija in čustvena vpletenost zaposlenih v podjetje. Ne samo, da je delovna zavzetost pomembna sama po sebi, vpliva tudi na zdravje zaposlenih, na delovne rezultate, in na predanost organizaciji (več o tem glej v Smolej & Lobnikar, 2017; Gruban, cit. v Lobnikar in Grom, 2011). Obstaja tudi močna povezava med zavzetostjo zaposlenih in organizacijsko uspešnostjo (Warshawsky et al., 2012). Zavzeti zaposleni so bolj produktivni kot njihovi nezavzeti kolegi. Stopnja delovne zavzetosti zaposlenih vpliva tudi na dobro finančno stanje organizacije. V organizacijah, kjer so pri zaposlenih ugotovili višjo stopnjo delovne zavzetosti, je tudi dodana vrednost višja kot v organizacijah, kjer je delovna zavzetost nižja (Gallup, 2013).

Kahn (1990) je že pred tremi desetletji predstavil koncept osebne zavzetosti in nezavzetosti. Opredelil jo je kot vedenje, s katerim se zaposleni vključujejo v delovno okolje. Zavzeti zaposleni so fizično vključeni, kognitivno pozorni in čustveno povezani z delom. Maslach in Leiter (1997) zavzetost opišeta kot nasprotje izgorelosti. S pojavom izgorevanja prične občutek povezanosti z organizacijo bledeti in opaziti je spremembo pozitivnih čustev. Energija se prelevi v izčrpanost, predanost v cinizem in učinkovitost v neučinkovitost. Schaufeli in sodelavci (2002) zavzetost razumejo kot pozitivno in z delom povezujoče stanje, za katerega so značilni vitalnost, predanost in vpetost. Zavzetost zaposlenih je torej blaginja, katere pomen bi moral biti jasen vsakemu dobremu vodji. Dobro psihično počutje in zavzetost zaposlenih igrajo osrednjo vlogo pri doseganju delovnih rezultatov.

Namen prispevka je raziskati povezavo med stopnjo zavzetosti medicinskih sester v njihovem delovnem okolju z dejavniki, ki so povezani s krepitvijo kakovosti in varnosti za paciente. V analizi želimo ugotoviti stopnjo zavzetosti medicinskih sester, zaposlenih v eni od bolnišnic v Sloveniji ter ugotoviti, kateri dejavniki in v kakšni meri vplivajo na zavzetost medicinskih sester. Predvsem pa želimo analizirati, ali

stopnja zavzetosti zaposlenih v zdravstveni negi vpliva na dejavnike krepitve kakovosti in varnosti.

## 2 Opis uporabljene metode, vzorca in postopka

Raziskavo smo izvedli na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v eni od slovenskih splošnih bolnišnic. Za odobritev in izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje zdravstvenega zavoda. Anketo smo izvedli anonimno, zaupno in prostovoljno v časovnem obdobju dveh mesecev. Med zaposlene v zdravstveni negi je bilo razdeljenih 250 anket, od tega 125 na internih in 125 na kirurških oddelkih. Vrnjenih je bilo 206 anket, kar predstavlja 82,4 % odzivnost. Vzorec je bil sestavljen iz 86 % žensk in 14 % moških. 114 anketirancev je bilo zaposlenih na kirurškem, 92 pa na internem oddelku. Povprečna starost anketirancev je bila 39,9 let. Največ anketirancev (34 %) ima manj kot 10 let delovne dobe, večina zaposlenih je od pričetka dela zaposlenih v trenutni organizaciji. Srednješolsko izobrazbo ima 51% anketirancev, 37% anketirancev ima visokošolsko izobrazbo, sledijo še univerzitetna (5 %) in višješolska izobrazba (4 %) ter 2 % anketirancev z opravljenim magisterijem ali doktoratom.

Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov. Prvi del vprašalnika je sestavljen iz dvanajst trditev, ki se navezujejo na *zavzetost* zaposlenih, ki je v okviru študije predstavljal odvisno spremenljivko. Za merjenje zavzetosti smo uporabili prirejen vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi vprašalnika Q12 (Gallup, 2013; Smolej, Lobnikar, 2017). Lestvica za merjenje zavzetosti je bila pet stopenjska (1 – sploh se ne strinjam, 5 – močno se strinjam), notranja konsistentnost vprašalnika Cronbach  $\alpha$  pa 0.846. Poleg zavzetosti smo v študijo vključili tudi druge, neodvisne, spremenljivke. Za merjenje *samoučinkovitosti* smo uporabili vprašalnik, ki ga je na podlagi študije Bandure (1977) razvil Frlec (2005). Lestvica vsebuje dvanajst trditev v treh podsklopih, ki so jih anketiranci ocenjevali na pet stopenjski lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 5 – močno se strinjam). Notranja konsistentnost tega dela vprašalnika, merjena s Cronbach  $\alpha$ , je znašala 0.758. V tretjem sklopu so se trditve navezovala na različna *orodja in metode*, ki jih v zdravstveni negi uporabljajo pri vsakodnevnem delu in pripomorejo h *kakovosti* dela. Pogostost uporabe teh orodij smo merili na pet stopenjski lestvici (1 – nikoli, 5 – pogosto). Ocenjevali smo tudi *medsebojne odnose na delovnem mestu* med različnimi poklicnimi skupinami oziroma deležniki zdravstvene obravnave (medicinske sestre, zdravniki, pacienti, vodje). Kakovost stikov smo merili s šolskimi

ocenami od 1 (nezadostno) do 5 (odlično). Cronbach  $\alpha$  je znašal 0.751. Zadnji vsebinski del vprašalnika (šest trditev) se je vezal na *odnos do uvajanja sprememb*. Anketiranci so svoje mnenje označevali s pomočjo pet stopenjske lestvice (1 – sploh se ne strinjam, 5 – močno se strinjam), notranja zanesljivost tega dela vprašalnika, merjena s Cronbach  $\alpha$ , pa je znašala 0.754. Ugotovimo lahko, da so bili vsi deli vprašalnikov notranje dovolj zanesljivi in konsistentni, da smo jih lahko uporabili v nadaljnji analizi.

### 3 Predstavitev in interpretacija rezultatov raziskave

Najprej predstavljamo rezultate za zavzetost zaposlenih v zdravstveni negi (tabela 1). Rezultat smo dobili tako, da smo vrednosti vseh dvanajst trditev sešteli in delili s številom trditev.

Tabela 1: Delovna zavzetost medicinskih sester

	minimum	maksimum	povprečje	S.O.
Delovna zavzetost medicinskih sester	1,00	4,92	3,20	,62

V tabeli lahko vidimo, da je delovna zavzetost medicinskih sester rahlo nadpovprečna (na petstopenjski lestvici je povprečje 3,5), pa tudi standardni odklon je relativno majhen; dve tretjini medicinskih sester glede vprašanja delovne zavzetosti spadata v območje od vrednosti 2,9 do 4,1. Zaposlene lahko delimo v tri skupne<sup>1</sup> zavzetosti. *Zavzeti zaposleni* so tisti energični zaposleni, ki delajo s strastjo in čutijo globoko povezanost s podjetjem, v katerem so zaposleni. So izvor inovacij in pomagajo pri razvoju podjetja. Zaupajo v sodelavce in vodje. *Nezavzeti zaposleni* so »delno odsotni«. Naredijo le tisto, kar morajo. Med delovnim časom »napol spijo«, v delo sicer vlagajo svoj čas, ne pa tudi energije in strasti. *Aktivno nezavzeti* zaposleni niso samo nezadovoljni na svojem delovnem mestu, svoje nezadovoljstvo tudi aktivno izkazujejo. Podcenjujejo delo, ki ga opravljajo njihovi zavzeti sodelavci in škodljivo vplivajo tudi na zavzetost in zadovoljstvo kupcev (Reilly, 2014). V naši

<sup>1</sup> Po njegovih izkušnjah ni nobenih razlogov, da bi bile ocene v Sloveniji občutno drugačne kot drugod po svetu. Za namene naše raziskave nam je s posredovanjem lestvice dovolil uporabo le-te, s poudarkom, da jo je potrebno previdno uporabljati in interpretirati: **aktivno nezavzeti** (manj kot 30 točk ali povprečna ocena pod 2,5), **nezavzeti** (31 do 44 točk ali povprečna ocena med 2,5 in 3,7) in **zavzeti** (45 ali več točk ali povprečna ocena nad 3,7). (Gruban, 2005; 2010)

raziskavi je 40 % anketiranih zavzetih, nezavzetih je 55 %. Aktivno nezavzetih je 5 % zaposlenih v zdravstveni negi. Gallup (2013) poroča, da je le 13 % zaposlenih po vsem svetu zavzetih pri delu. Nova Zelandija ima eno najvišjih stopenj zavzetih zaposlenih med anketiranimi državami, podobno je tudi v Avstraliji, in sicer 24 %. Vendar pa obe državi zaostajata za ZDA, kjer je 30 % zaposlenih prebivalcev zavzetih pri delu. V slovenski policiji je aktivno nezavzetih skoraj tretjina zaposlenih, zavzetih pa le dobrih 10 odstotkov (Smolej & Lobnikar, 2017). V primerjavi s temi povprečji je skupina anketiranih zaposlenih v zdravstveni negi nadpovprečno zavzeta za delo.

Bandura (1997: 2) samoučinkovitost opredeljuje kot »prepričanje posameznika v lastno zmogljivost organiziranja in izvajanja določenih vedenj, ki so potrebna za uspešno spoprijemanje z dano situacijo.« To pomeni, da se bo posameznik izogibal situacijam, ki presegajo prag njegove sposobnosti in bo obenem bolj motiviran za delo na področju in situacijah, kjer se bo čutil kompetentnega. Zato lahko odnos zaposlenih do dela in delovnih izzivov napovedujemo na podlagi njihovih izkušenj in prepričanj o osebnih sposobnostih. Tudi dejanska učinkovitost posameznika se kaže v uporabi teh sposobnosti, saj ima samozaupanje odločilno vlogo pri izkoriščanju lastnih sposobnosti. V nadaljevanju (tabela 2) prikazujemo rezultate analize ocene samoučinkovitosti anketiranih medicinskih sester oziroma zaposlenih v zdravstveni negi.

**Tabela 2: Opisna statistika za samoučinkovitost medicinskih sester**

	minimum	maksimum	povprečje	S.O.
Samoučinkovitost	1	4,92	3,6	0,49

Vidimo lahko, da je poročana samoučinkovitost medicinskih sester visoka, saj povprečje znaša 3,6, z majhnim standardnim odklonom: dve tretjini medicinskih sester sta svojo samoučinkovitost ocenili na razponu od vrednosti 3,1 do 4,1. Medicinske sestre poročajo, da so zelo dobro usposobljene za svoje delo; ter da svoje delo z veseljem opravljajo. Z vidika samoučinkovitosti 53 % anketiranih doživlja uspehe pri svojem delu. Najpomembnejši dejavnik so prepričanja posameznikov o lastnih sposobnostih nadzora nad osebnim delovanjem in dogodki v njihovi okolici, torej o njihovi samoučinkovitosti. 74 % anketiranih je prepričanih, da ustrezno opravljajo svoje delo.

Z vidika *uvajanja sprememb* smo ugotovili, da se predlogi anketiranih za izboljšave na delovnem mestu pogosto upoštevajo (49 %), prav tako se kot kolektiv zavedajo pomena nujnosti uvajanja sprememb (55 %), pripravljeni so sprejeti standarde kakovosti (57 %), ki so pomembni za njihovo vsakdanje delo. Anketirani se zavedajo, da so spremembe pri njihovem delu nujne (68 %), ter podpirajo spremembe, ki povečujejo kakovost dela. Da je dinamika uvajanja kakovosti v bolnišnici glede na potrebe ustrezna, meni 45 % anketiranih. Pri tem poročajo, da pri vsakdanjem delu uporabljajo *različna orodja in metode s področja kakovosti*. V bolnišnici, kjer je bila opravljena raziskava, uporabljajo klinične smernice (58 %), klinične poti (63 %), protokole, algoritme in druga zapisana navodila (74 %), splošne standarde zdravstvene obravnave (77 %), posebne standarde zdravstvene obravnave (65 %), kazalnike izidov (48 %) in druge kazalnike kakovosti (50 %). Anketirani so poročali, da jim je omogočeno izobraževanje s področja kakovosti (55 %); opravljajo varnostne pogovore (55 %), tudi varnostne vizite (44 %), vendar ne vedno in ne povsod. Odklone od običajne zdravstvene obravnave meri 66 % anketiranih, prav tako 66 % anketiranih potrdi, da imajo izdelan postopek za notranje poročanje o varnostnih zapletih. Če pride do varnostnega zapleta, je zagotovljena zaupnost obravnave tega varnostnega zapleta, je odgovorilo 48 % anketiranih. 35 % anketiranih je seznanjenih, da v ustanovi, kjer so zaposleni, obstaja in se vodi register poročanja o varnostnih zapletih. O varnostnih zapletih najpogosteje poročajo medicinske sestre (72 %), občasno zdravniki (17 %) ter pacienti (12 %).

Za uspešnost organizacije so ključni dobri delovni odnosi. Po podatkih naše raziskave so odnosi med medicinskimi sestrami zelo dobri; tako je odgovorilo 97<sup>2</sup> % anketiranih, prav tako so dobri odnosi vodij do medicinskih sester (95 %) ter odnos medicinskih sester do zdravnikov (100 %). Prav tako sta dobro ocenjena odnos zdravnikov do medicinskih sester (78 %) ter odnos zaposlenih do pacientov, ki je ključen (99 %) ter vedno na prvem mestu.

V nadaljevanju predstavljamo ugotovitve analize povezanosti zgoraj opisanih vsebinskih sklopov. Za potrebe korelacijske analize (uporabili smo Pearsonov korelacijski koeficient) smo v analizo vključili sumarne spremenljivke in sicer (a) stopnjo zavzetosti, (b) odnos do sprememb, (c) samoučinkovitost ter (d) pogostost uporabe orodij za krepitev kakovosti in zagotavljanja varnosti. Zadnjo spremenljivko

---

<sup>2</sup> Seštete so vrednosti odgovorov 4 in 5 na petstopenjski lestvici.



smo izračunali tako, da smo sešteli vrednosti pogostosti uporabe različnih orodij in metod zagotavljanja varnosti in kakovosti. Rezultati korelacijske analize so predstavljeni v tabeli 3 v nadaljevanju. V tabeli vidimo, da pogostost uporabe orodij za krepitev kakovosti dela zdravstvene nege ter zagotavljanja varnosti pacientov statistično značilno in pozitivno korelira tako s samoučinkovitostjo, zavzetostjo kot s pripravljenostjo za spremembe. Pri vseh treh dejavnikih so korelacije tudi visoke, kar nas vodi v zaključek, da so ti koncepti med sabo močno povezani. Večja kot je samoučinkovitost, višja je zavzetost za delo, to pa vpliva tudi na večjo odprtost do sprememb. Vse to je značilno za tista okolja, kjer pogosteje uporabljajo različna orodja za zagotavljanje kakovosti in varnosti na delovnem mestu.

**Tabela 3: Korelacijska analiza med analiziranimi dejavniki**

		1	2	3	4
1. Zavzetost	r	1	,388**	,679**	,428**
	p		,000	,000	,000
2. Odnos do sprememb	r	,388**	1	,425**	,417**
	p	,000		,000	,000
3. Samoučinkovitost	r	,679**	,425**	1	,480**
	p	,000	,000		,000
4. Uporaba orodij krepitve kakovosti in zagotavljanja varnosti	r	,428**	,417**	,480**	1
	p	,000	,000	,000	
** korelacija značilna na nivoju 0.01					

Zanimalo nas je tudi, kako odnosi na delovnem mestu vplivajo na analizirane spremenljivke. Rezultati korelacijske analize so prikazani v tabeli 4.

**Tabela 4: Korelacijska analiza med analiziranimi dejavniki**

		Odnosi med MS – sodelavci	Odnos vodij do MS	Odnos zdravnikov do MS	Odnos MS do zdravnikov	Odnos zaposlenih do pacientov
Zavzetost	r	,349**	,526**	,423**	,336**	,310**
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Odnos do sprememb	r	,262**	,372**	,120	,261**	,240**
	p	,000	,000	,087	,000	,001
Samoučinkovitost	r	,323**	,391**	,322**	,275**	,350**
	p	,000	,000	,000	,000	,000
Uporaba orodij krepitve kakovosti in zagotavljanja varnosti	r	,189**	,301**	,167*	,207**	,252**
	p	,006	,000	,017	,003	,000

Vidimo lahko, da so odnosi na delovnem mestu zelo pomemben dejavnik. Tisti anketirani, ki so odnose na delovnem mestu, neglede na relacijo (sodelavci, vodje, medicinske sestre (MS) - zdravniki), ocenili kot boljše, so bili tudi bolj zavzeti za delo. Dobri odnosi med medicinskimi sestrami (tako kolegalno kot v odnosu zaposleni – vodja) pomembno vplivajo tudi na pripravljenost za sprejemanje novosti na delovnem mestu. Tisti zaposleni, ki imajo višjo stopnjo samoučinkovitosti, tudi bolje ocenjujejo odnose na delovnem mestu, za našo analizo je pa pomemben predvsem rezultat, da so odnosi na delovnem mestu (ne glede na vrsto teh odnosov) pozitivno in statistično pomembno povezani z uporabo orodij kakovosti in zagotavljanja varnosti pacientov.

#### 4 Razprava

Če povzamemo, so analizirani dejavniki, ki smo jih opisovali v študiji, soodvisni. Zavzetost je rezultat interakcije na delovnem mestu, in tisti zaposleni, ki se na delovnem mestu bolje počutijo, bodo tudi bolj orientirani v prihodnost, bolj bodo odprti za novosti, predvsem pa bodo pogosteje uporabljali različna orodja in pristope za krepitev kakovosti dela zaposlenih v zdravstveni negi, ter bolj zavzeto skrbeli za varnost pacientov. Ugotovili smo, da večja kot je samoučinkovitost, višja je zavzetost za delo, to pa vpliva tudi na večjo odprtost do sprememb. Vse to je

značilno za tista okolja, kjer pogosteje uporabljajo različna orodja za zagotavljanje kakovosti in varnosti na delovnem mestu. V študiji so se kot izredno pomembni pokazali tudi odnosi med zaposlenimi v analizirani zdravstveni instituciji. Tisti anketirani, ki so odnose na delovnem mestu ocenili dobro, so bili tudi bolj zavzeti za delo. Dobri odnosi med medicinskimi sestrami (tako kolegialno kot v odnosu zaposleni – vodja) pomembno vplivajo na pripravljenost za sprejemanje novosti na delovnem mestu. Zaposleni z visoko stopnjo samoučinkovitosti bolje ocenjujejo odnose na delovnem mestu, za našo analizo je pa pomemben predvsem rezultat, da so odnosi na delovnem mestu (ne glede na vrsto teh odnosov) pozitivno in statistično pomembno povezani z uporabo orodij kakovosti in zagotavljanja varnosti pacientov. Zato je potrebno za varnost in kakovost pacientov skrbeti znotraj upravljanja procesov v timu, saj se je izkazalo, da je primerno varnost in kakovost lahko zagotoviti zgolj preko upoštevanja in upravljanja mnogih, med sabo soodvisnih dejavnikov, ki smo jih opisali v naši analizi.

## Literatura

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Centrih, N. (2020). *Napake v zdravstvu: spremljanje in preprečevanje napak ter vpliv kulture varnosti*. Fakulteta za zdravstvene vede. Neobjavljeno gradivo.
- Frlec, Š. (2005). *Samoučinkovitost v kontekstu delovnega mesta (Doktorska disertacija)*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Gallup. (2013). *State of the global workplace: Employee engagement insights for business leaders worldwide*. Pridobljeno na [http://www.securex.be/export/sites/default/.content/download-gallery/nl/brochures/Gallup-state-of-the-GlobalWorkplaceReport\\_20131.pdf](http://www.securex.be/export/sites/default/.content/download-gallery/nl/brochures/Gallup-state-of-the-GlobalWorkplaceReport_20131.pdf)
- Gruban, B. (2005). Koncept o zavzetosti zaposlenih: inovacija ali imitacija? *HRM* 3 (9): 10-17.
- Gruban, B. (2010). Cesarjeva nova oblačila ali managerska filozofija? Pridobljeno na <Http://www.dialogos.si/slo/podjetje/brane-gruban>
- Hessels, A. J.; Weaver, S. H.; Wurmser, T. A. (2019). Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *Journal of nursing care quality*, 34(4), pp. 287-294.
- Kahn, W.A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, Vol. 33 No. 4, str.. 692-724.
- Lobnikar, B. in Grom, V. (2011). Osebna zavzetost zaposlenih – ključni dejavnik uspeha podjetja. V M. Ferjan, M. Kljajič-Borštnar, A. Pucihar, M. Bernik, O. Dečman-Dobrnjič, B. Gomišček et al. (ur.), *Organizacija prihodnosti: zbornik 30. mednarodne*

- konferenca o razvoju organizacijskih znanosti (str. 744-753). Kranj: Moderna organizacija.
- Lobnikar, B.; Maze, H. (2015). Odnos do sprememb in kakovosti v zdravstvu. *Kakovost. Inovativnost. Prihodnost. Zbornik 31. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti*. Kranj. Fakulteta za organizacijske vede.
- Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika (2005). Pridobljeno na [http://www.szdl.si/user\\_files/vsebina/Zdravnikski\\_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm](http://www.szdl.si/user_files/vsebina/Zdravnikski_Vestnik/vestnik/st5-7-8/st5-7-8-413-414.htm)
- Maslach, C., Leiter, M. P. & Bivac, T., 2002. *Resnica o izgorevanju na delovnem mestu*. Ljubljana: Educy.
- Pajnikihar, M., Vrtnjak, D. 2016. Skrb in varnost za kakovostno obravnavo otrok in družine. *Adolescentna medicina; Bolečina pri otroku; Novosti v pediatrični pulmologiji: zbornik predavanj. Srečanje medicinskih sester v pediatriji*. Pp. 129-134.
- Pajtnar, M., Leskošek, B. & Verdenik, I., 2004. Zbiranje in obdelava podatkov Kakovost v zdravstvu Slovenije. In: *Slovensko društvo za medicinsko informatiko, ed. E-Zdravje v e-Sloveniji*. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, pp. 1–2.
- Reilly, R. (2014). *Five Ways to Improve Employee Engagement Now*. Pridobljeno na <http://www.gallup.com/businessjournal/166667/five-ways-improve-employee-engagement.aspx?version=print>.
- Robida, A. (2006). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Robida, A. (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. B., (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), pp. 71-92.
- Skela-Savič, B., Robida, A., 2012. Quality and safety of health care provision. *Obzornik zdravstvene nege, letnik 46, številka 1*, pp. 9-35.
- Smolej, D.; Lobnikar, B. (2017). Analiza vpliva samoučinkovitosti na delovno zavzetost slovenskih policistov. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*. Vol. 68. No. 3. pp. 269-279.
- Warshawsky, N. E., Havens, D. S. & Knafl, G., 2012. The influence of interpersonal relationships on nurse managers' work engagement and proactive work behavior. *The Journal of nursing administration*, 42(9), p. 418.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS, št. 15/2008.