



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MEDPOKLICNO SODELOVANJE NA
PRIMERU ZDRAVSTVENEGA DOMA**

Mentor: mag. Boris Miha Kaučič, pred.

Kandidat: Žiga Bitežnik

Somentorica: Katja Skinder Savić, pred.

Jesenice, marec, 2011

ZAHVALA

Najprej gredo zahvale mentorju in somentorici za strokovno in korektno izvedeno mentorstvo pri pripravi diplomskega dela.

Rad bi se zahvalil tudi svojim bližnjim, ki so me skozi celotno študijsko obdobje podpirali in mi stali ob strani.

Nenazadnje pa iskrena hvala vsem zaposlenim v Zdravstvenem domu Kranj, ki so sodelovali pri izvedbi raziskave, in ožjim sodelavcem za izkazano podporo in pomoč pri opravljanju študijskih obveznosti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Medpoklicno sodelovanje je pomembno za učinkovito delovanje zdravstvenega tima. Od stopnje medpoklicnega sodelovanja je odvisna kakovost doseženih ciljev zdravstvene organizacije, ki sloni na zadovoljstvu zaposlenih na delovnem mestu, pacientov, njihovih svojcev in družbe nasploh.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti stopnjo medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, zaposlenimi v Zdravstvenem domu Kranj.

Metoda: Raziskava je temeljila na kavzalno – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljen instrument je bil anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen na štiri vsebinske sklope. Med zaposlene v dejavnosti zdravstvene nege in dejavnosti medicine v Zdravstvenem domu Kranj je bilo razdeljenih 142 anketnih vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih 87, kar je predstavljalo 61,3% realizacije vzorca. Za obdelavo podatkov je bil uporabljen statistični računalniški program SPSS 15.0. Vrednost Cronbach alfa koeficienta za uporabljene trditve je znašala 0,85. Ker je bila njegova vrednost večja od 0.7, smo lahko zaključili, da je bila ocenjevalna lestvica trditev zanesljiva.

Rezultati: Anketiranci so se v raziskavi opredelili, da delujejo kot tim in ne kot skupina, saj je tako menilo 68,9% medicinskih sester in 87,5% zdravnikov. Po njihovem mnenju so med najpomembnejšimi značilnostmi timskega dela komunikacija, zaupanje in sodelovanje pri postavljanju organizacijskih ciljev. Statusno hierarhijo na delovnem mestu zaznavajo medicinske sestre v 47,5% in zdravniki v 65,4%, medtem ko je 15% anketirancev menilo, da njena prisotnost zmanjšuje uspešnost zaposlenih pri delu. Medicinske sestre si v primerjavi z zdravniki v prihodnosti ne želijo organizacijske kulture hierarhije ($p < 0,001$). V zdravstvenih timih prevladuje medsebojno spoštovanje, vendar med poklicnima skupinama obstajajo statistično pomembne razlike ($p < 0,05$). Slednje velja tudi za v timih močno prisotno zaupanje v strokovno usposobljenost ostalih članov ($p = 0,010$). Medicinske sestre (39,3%) in zdravniki (23,1%) so se v preteklem letu udeležili izobraževanj/strokovnih izpopolnjevanj o timskem delu. Med njimi je prisotna tudi želja po izobraževanju o "team buildingu".

Razprava: Stopnjo medpoklicnega sodelovanja na delovnem mestu anketiranci ocenjujejo dokaj visoko, hkrati pa vidijo manevrski prostor za nadaljne izboljšave na področjih komunikacije, medsebojne podpore in izobraževanja, kar po njihovem mnenju tudi pozitivno vpliva na uspešnost medpoklicnega sodelovanja. Zadovoljstvo

zaposlenih na delovnem mestu se nekoliko izraziteje kaže na strani anketiranih v dejavnosti medicine. Dejavnost zdravstvene nege je v podrejenem položaju.

Ključne besede: medpoklicno sodelovanje, timsko delo, zdravstvena nega, medicina.

SUMMARY

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION ON EXAMPLE OF THE HEALTH CENTRE

Theoretical starting points: Interprofessional collaboration is important for the effective functioning of the health team. The degree of interprofessional collaboration depends on the quality of the achieved goals of health organization, based on employees satisfaction at work, satisfaction of patients, their families and society in general.

Goal: The goal of this study was to determine the level of interprofessional collaboration between nurses and doctors working in the Health Centre Kranj.

Method: The research was based on the causal – non experimental method of empiric research. The research instrument was a questionnaire which was divided into four parts. 142 questionnaires were distributed to employees in nursing and medical activities in the Health Centre Kranj of which 87 were returned, representing 61.3% of the sample output. For the processing of data was used statistical computer program SPSS 15.0. The value of Cronbach alpha coefficient was 0.85. Since its value was greater than 0.7, we can conclude that the grading scale is reliable.

Results: Respondents were defined as acting as a team and not as a group, as such held 68.9% of nurses and 87.5% of doctors. In their view, the most important characteristics of teamwork are communication, trust and cooperation in setting organizational goals. Status hierarchy in the workplace perceive nurses in 47.5% and doctors in 65.4%, while 15% of respondents felt that the presence of status hierarchy reduces the effectiveness of employees at work. Compared to doctors, nurses in the future do not want a hierarchical organizational culture ($p < 0.001$). In medical teams dominates mutual respect, but there are statistically significant differences between the professional groups ($p < 0.05$). The same applies to the confidence in the technical competence of other members, which is strongly present in teams ($p = 0.010$). In the past year, nurses (39.3%) and doctors (23.1%) participated in training/professional development of teamwork. The desire for training on team building is also present among them.

Discussion: The rate of interprofessional collaboration in the workplace respondents evaluated fairly high, but they also see space for further improvement in communication, mutual support and education, which in their view, have a positive impact on the performance of interprofessional collaboration. The satisfaction level of

the employees in the workplace is slightly higher among the doctors. Nurses are in subordinate position.

Key words: interprofessional collaboration, teamwork, health care, medicine.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	5
2.1	STATUS IN VLOGA MEDICINSKE DEJAVNOSTI IN DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE	5
2.2	MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU	6
2.2.1	Definicija in značilnosti medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu	6
2.2.2	Zakaj je medpoklicno sodelovanje pomembno?	7
2.2.3	Od česa je medpoklicno sodelovanje odvisno?	9
2.2.4	Koga medpoklicno sodelovanje vključuje?	10
2.3	SKUPINA, TIM	10
2.3.1	Definicija skupine	10
2.3.2	Definicija tima	11
2.3.3	Razlike med skupino in timom	11
2.4	TIMSKO DELO V ZDRAVSTVU	13
2.4.1	Značilnosti timskega dela	13
2.4.2	Pomen timskega dela	15
2.4.3	Prednosti in slabosti timskega dela	16
2.4.4	Ključni dejavniki za učinkovit tim	17
2.4.5	Vodja tima	18
2.5	OVIRE V MEDPOKLICNEM SODELOVANJU V ZDRAVSTVU ..	19
2.5.1	Spoštovanje	19
2.5.2	Zaupanje	20
2.5.3	Komunikacija	20
2.5.4	Statusna hierarhija	22
2.5.5	Spol	23

2.5.6 Medpoklicno izobraževanje.....	25
3 EMPIRIČNI DEL	27
3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA.....	27
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	27
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	27
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	27
3.3.2 Opis instrumentarija	27
3.3.3 Opis vzorca	28
3.3.4 Statistična obdelava podatkov	28
3.4 REZULTATI	29
3.4.1 Timsko in skupinsko delo	29
3.4.2 Medpoklicno sodelovanje na delovnem mestu.....	30
3.4.3 Želje za prihodnost.....	36
3.4.4 Izobraževanje	37
3.5 RAZPRAVA	38
4 ZAKLJUČEK.....	42
5 LITERATURA.....	43
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	
6.1.1 Anketni vprašalnik	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Ocena trditev glede timskega in skupinskega dela.....	29
Tabela 2: Primerjava v oceni trditev glede medpoklicnega sodelovanja na delovnem mestu	30
Tabela 3: Primerjava v oceni trditev glede statusne hierarhije na delovnem mestu.....	31
Tabela 4: Prisotnost statusne hierarhije in njen vpliv na timsko delo.....	32
Tabela 5: Primerjava v oceni trditev glede spoštovanja na delovnem mestu.....	32
Tabela 6: Primerjava v oceni trditev glede zaupanja na delovnem mestu	33
Tabela 7: Primerjava v oceni trditev glede komunikacije na delovnem mestu.....	34
Tabela 8: Primerjava v oceni trditev glede želja za medpoklicno sodelovanje v prihodnosti.....	36
Tabela 9: Poznavanje team buildinga	37
Tabela 10: Čas izobraževanja/strokovnega izpopolnjevanja.....	37

1 UVOD

Beseda zdravstvo predstavlja v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1994, str. 1654) naslednjo razlago: "dejavnost, ki se ukvarja z zdravljenjem pacienta in varovanjem zdravja".

Je pojem, ki zajema kompleks različnih, a kljub temu zelo povezanih strok, poklicev, nivojev izobrazbe, povezuje in združuje ljudi najrazličnejših družbenih statusov, starosti, narodnosti, veroizpovedi, ras in političnih prepričanj. Tako moški kot ženske so vključeni v ta velik krog ljudi, v katerem posamezniki s svojim načinom razmišljanja in različnimi pogledi v obravnavi pacienta prispevajo delež znanja k skupnem cilju, to je k zdravju.

Kakovost sodelovanja se med in znotraj poklicnih skupin odraža v kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta. Boljše kot je sodelovanje, višja je kakovost zdravstvene oskrbe (Kaučič in Pagon, 2007).

Pojem sodelovanje opredeljuje odnos vsaj dveh akterjev v skupni dejavnosti, ki imata skupne cilje. Značilnost odnosov med sodelujočimi je kolegialnost in konstruktiven odnos, odprta in poštena komunikacija ter medsebojno zaupanje in spoštovanje, kar vključuje prepoznavanje in upoštevanje prispevkov in pogledov vseh članov (Pahor, 2007).

V procesu zdravstvene obravnave torej sodelujejo različni strokovnjaki, ki sestavljajo celoto, imenovano zdravstveni tim. To je skupina, za katero je značilno, da stalno sodeluje pri odločanju in v medsebojni pomoči pri opredeljevanju ter doseganju ciljev (Lipičnik, 1998; povz. po Kadivec, Košnik in Vegnuti, 2006). Vsak tim mora imeti svojo vodjo, ki pa mora svoje sodelavce predvsem spoštovati, poslušati in jih motivirati, da bodo kritično razmišljali in svoje mnenje tudi izrazili. Prevlada naj tisto mnenje in tista konkretna rešitev, ki najbolj koristi pacientu, ne glede na to, kdo jo je predlagal in kdo je vodja tima (Ovijač, Škrabl, Kobilšek, Cevc in Pahor, 2006).

Najštevilčnejšo skupino zaposlenih v zdravstvu predstavljajo zdravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so v procesu obravnave pacienta tudi najpogosteje v medsebojnem stiku oziroma med seboj najpogosteje sodelujejo. Iz tega sledi, da je v tem timu sodelovanje izjemnega pomena, zato mu je potrebno nameniti še posebno veliko pozornosti (Klemenc in Pahor, 2006; povz. po Kadivec idr., 2006).

Dejavnost medicine in dejavnost zdravstvene nege delata v odvisnosti ena od druge, rezultat in kakovost dela pa sta odvisna predvsem od prispevka posameznika. Medsebojna soodvisnost lahko pripelje tudi do konfliktnih situacij, neustrezne komunikacije, zamer in do tega, da ena profesija dominira nad drugo (Nelson, 1995; povz. po Kadivec idr., 2006).

Težave v odnosih med zgoraj omenjenimi strokovnjaki niso nastale danes ali včeraj, ampak njihove korenine segajo daleč v zgodovino, ko si je medicina pridobila in utrdila svojo nadvlado, ta pa je ostala do danes (Pegan, 2006).

Šmitek (2006) navaja okoliščine, ki motijo ali ovirajo dobre medsebojne odnose v zdravstvu. Slednje lahko zaznavamo na več ravneh:

- zgodovina kot ovira napredka medsebojnih odnosov v zdravstvu, prisotnost paternalizma in moči določenih družbenih skupin;
- vertikalna in horizontalna hierarhija;
- odražanje spolnih vlog;
- zaprtost sistemov;
- različno zaznavanje in opredeljevanje vrednot;
- različno zaznavanje vlog zdravstvenih delavcev;
- različno izobraževanje;
- pomanjkanje čustvene inteligence kot posledica odsotnosti ustreznih vsebin v izobraževalnih procesih zdravstvenih delavcev;
- prepletanje navedenih in še drugih okoliščin.

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu, predvsem med zdravniki in medicinskimi sestrami, je v svetu že uveljavljeno področje raziskovanja, v Sloveniji pa se glede raziskovanja na tem področju šele dobro razvijamo (Ovijač, Kvas in Pahor, 2008).

Odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki so še posebej pomembno področje raziskovanja za medicinske sestre, saj je v podatkovni zbirki "Medline" na temo odnosov med zdravniki in medicinskimi sestrami (physician – nurse relationship) kar 63,9% člankov objavljenih v revijah zdravstvene nege, v zdravniških revijah pa le 29,5% (Larson, 1999; povz. po Ovijač, 2007).

Ovijač in sodelavci (2006) so v slovenski raziskavi potrdili predpostavke, da zdravstveni delavci nimajo enotnih pogledov na medpoklicno sodelovanje. Zdravstveni tehniki, medicinske sestre in zdravniki se statistično pomembno razlikujejo. Rezultati

raziskave potrjujejo, da trenutna razmerja moči v zdravstvenem timu najbolj ustrezajo zdravnikom, ki tudi najbolj pozitivno doživljajo in opisujejo medpoklicna razmerja ter lastno sposobnost za komunikacijo in timsko delo.

Rezultati raziskav po svetu (Mickan in Rodger, 2005; povz. po Domajnko, Kvas, Štrancar, Bojc in Pahor, 2006; Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen in Pronovost, 2005; povz. po Ovijač, 2007) in slovenski raziskovalni projekt z naslovom "Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki", ki ga je izvedla Raziskovalna skupina Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Visoko šolo za zdravstvo Univerze v Ljubljani (Ovijač idr., 2006), so pokazale precej identično sliko. Po večini kažejo na podrejenost zdravstvene nege medicini, izpostavljena področja so: hierarhija, pomanjkanje komunikacije, sodelovanja in spoštovanja, spolne razlike – moška nadvlada, večanje vloge medicinske sestre, pomanjkanje timskega dela idr. Medicina in zdravstvena nega se položaja dobro zavedata in sta enotnega mnenja, da so na področju sodelovanja med njima potrebne korenite spremembe.

Omejeno komuniciranje med medicinskimi sestrami in zdravniki predstavlja grožnjo za varnost pacientov. Če medicinske sestre s strani zdravnikov ne dobivajo občutka spoštovanja in razumevanja, se lahko počutijo nemočne in jezne, izogibale se bodo komunikaciji z dotičnimi zdravniki. To lahko vodi do nesporazumov, napak in stopnjevanja konfliktov med vpletenimi osebami (Sirota, 2007; povz. po Ovijač, 2007). Dobro medpoklicno sodelovanje v zdravstvu je povezano z nehierarhično komunikacijo (Henneman, 1995; Perrin, 2001; Carole, 2001; povz. po Ovijač, 2007).

Ule (2003) meni, da bodo mnoge hierarhične ograde, ki obkrožajo medicino, morale pasti. Trdi, da je v času, ko medicinske sestre bolje od zdravnikov obvladajo spretnosti komuniciranja, organizacijo dela v ambulantah in na oddelkih, vzvišen in hierarhičen odnos povsem nesmiselen in kontraproduktiven.

Rezultati slovenske raziskave organizacijske kulture so pokazali, da v zdravstvu prevladuje organizacijska kultura z značilnostmi hierarhije (29,81%), ki pa si je v prihodnosti zaposleni želijo znatno manj (Skela Savič, Pagon in Lobnikar, 2006).

Raziskava med zaposlenimi v Domu starejših občanov Novo mesto pa je pokazala, da si zaposleni želijo kulturo skupine, kar pomeni timsko delo in sodelovanje, medsebojno

pomoč in spoštovanje ter odprto komuniciranje in kakovostne odnose, ki temeljijo na zaupanju (Golob, 2006).

Da bi zbližali poklicne skupine z namenom boljšega sodelovanja, medsebojnega razumevanja in boljših rezultatov dela, so na Univerzi v Bristolu (University of the West of England, 2002) posvetili znaten del izobraževalnega programa medpoklicnemu sodelovanju, ki ga skupaj s partnerstvom uvrščajo med temeljne vrednote tima zdravstvene nege.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STATUS IN VLOGA MEDICINE IN ZDRAVSTVENE NEGE

Delovanje in sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov v začetku 21. stoletja je rezultat razvoja, ki traja že skoraj tako dolgo, kot je staro človeštvo. V vseh družbah vseh časov so v bolj ali manj profesionalizirani obliki prisotni poklici, ki se ukvarjajo z zadovoljevanjem temeljnih človekovih potreb. Zlasti v zadnjih dveh stoletjih so delitev dela in drugi procesi družbenih sprememb spodbujali oblikovanje ločenih poklicnih teritorijev z dejavnostmi, razporejenimi po hierarhični lestvici na višje ter nižje, in z ločenimi poklicnimi kulturami (Ryan, 1996; povz. po Pahor, 2007).

Odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki temeljijo na hierarhičnosti, vendar uveljavljanje procesov demokratizacije počasi že vpeljuje moralne norme, po katerih se nižji sloji vse manj podrejajo višjim na račun osebnega dostojanstva. Tuje, zlasti zahodnoevropske in severnoameriške raziskave o značilnostih zdravstvenih delavcev, kažejo na močno prisotnost trendov osamosvajanja pri podrejenih poklicnih skupinah, posebej v smislu pridobivanja večje funkcionalne avtonomije, zmanjševanja hierarhije in povečanja kolegialnosti. Kljub sprejetemu timskega pristopu kot načinu obravnave pacienta so mnenja o vlogi medicinske sestre v timu deljena. Medicina jo vidi kot pomočnico pod nadzorstvom zdravnika, medicinske sestre pa poudarjajo, da ne zahtevajo odgovornosti za zdravljenje, ampak za zdravstveno nego (Pahor, 1989).

Sodeč po rezultatih raziskave Klančnik Grudnove (2003) se medicinske sestre trudijo pri pacientih ohraniti dober status. Tako menijo, da je empatičen odnos za paciente pomembnejši kot njihova strokovnost. V javnosti lahko najdemo prepričanje, da se medicinske sestre rodijo in ne vzgojijo oziroma je delo medicinske sestre poslanstvo in ne poklic. Tudi med zdravstvenimi delavci obstaja mišljenje, da dejavnost zdravstvene nege ne presega praktičnega dela in bi bilo zato njeno znanstveno razvijanje nesmiselno. Od prvih raziskav glede ugleda poklicev v 60. letih pa do danes se v Sloveniji poklic zdravnika pojavlja kot najbolj ugleden. Razlike se glede ugleda med poklici v splošnem počasi zmanjšujejo oziroma se na novo vzpostavljajo. V tem smislu so zanimive spremembe pri medicinskih sestrah, ki so na ugledu v javnosti pomembno pridobile. Verjetno zato, ker so v javnosti bolj opažene kot v preteklosti, seveda pa so vidni tudi njihovi dosežki in pomanjkljivosti pri opravljanju poklica, kar se odraža v bolj jasnem mnenju javnosti o tej poklicni skupini (Pahor, 2006).

Albreht (2006) ugotavlja, da se vloga medicinske sestre v mnogih državah veča tudi zato, ker so kot nižje izobražena poklicna skupina tudi v finančnem smislu manjše breme za organizacije in je to motiv za prenos pooblastil nanje.

V deželah, kjer vlada še strogi avtorski režim, medicinska sestra še vedno velja zgolj za zdravnikovo pomočnico in ne kot enakopravna sodelavka v zdravstvenem timu (Pretnar-Kunstek, 2006).

Če velja za zdravnike, da razmišljajo in delujejo s stališča moči, pa se medicinske sestre, ki se čutijo podrejene, za pridobitev moči pogosto odrečejo bistvu zdravstvene nege. Raje se približujejo znanju, mišljenju in vedenju odločujoče stroke, kot da bi izražale enotnost in pripadnost svoji poklicni skupini. Moč, za katero so prepričane, da so jo s tem pridobile, ruši enotnost, zmanjšuje samopodobo posameznika, samospoštovanje in potrebo po avtonomnosti (Šmitek, 2006).

2.2 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU

2.2.1 Definicija in značilnosti medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu

Sodelovanje vključuje izmenjavo stališč in idej, ki zajemajo poglede vseh sodelujočih, pa naj se med seboj strinjajo ali pa ne (Coeling in Cukr, 1997; povz. po Lindeke in Sieckert, 2005).

Stichler (1995; povz. po Tschannen, 2004) opredeljuje sodelovanje kot partnerstvo, v katerem so za doseganje skupnih ciljev priznani in cenjeni posameznikova moč, znanje in strokovnost.

Sodelovanje je kompleksno, nejasno in zapleteno. Vključuje potrebo po neodvisnem in soodvisnem delovanju, posameznik mora biti dejaven in avtoritaren, iskati mora ravnotežje med zagovorništvom in skupnim namenom. Vse to znanje morajo vodje in strokovnjaki prenesti v prakso (Williams in Sullivan, 2010).

Skupina raziskovalcev (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez in Beaulieu, 2005) je s pregledom literature ugotovila najpogostejše koncepte, ki se pojavljajo v definicijah sodelovanja. Ti koncepti so: delitev (odgovornosti, odločanja, vrednot, načrtovanja, izvajanja idr.), partnerstvo, soodvisnost, moč in dinamičen proces.

Razvoj tehnologije in znanja ne dopušča, da bi posameznik sam obvladal vsa področja in postopke v zdravstvu. V ta namen se je oblikovala vrsta profilov zdravstvenih delavcev, ki delujejo vsak na svojem specifičnem področju, skupaj pa v korist

varovanca. Tudi vpliv drugih strok je v zdravstvu vse bolj očiten, saj zagotavljanje zdravja z vidika telesne, duhovne in socialne blaginje prehaja na skoraj vsa področja človekove dejavnosti in človeških odnosov (Grbec, 1989; povz. po Kolnik, 2008).

V zdravstvu sta najpogosteje v medsebojnem stiku dve najštevilčnejši skupini zaposlenih, to so zdravniki in medicinske sestre (Pahor, 1989). Sodelovanje teh dveh poklicnih skupin je Baggs (Baggs idr. 1991; povz. po Thomson, 2007) definiral: "medicinske sestre in zdravniki, ki delajo skupaj, si delijo odgovornost za reševanje problemov, odgovornost za odločanje o postavljanju in izvajanju ciljev oskrbe pacienta".

Osnova za medpoklicno sodelovanje v zdravstvu je timsko delo, ki predstavlja bistveno sestavino in pomembno kakovost pri obravnavi odnosov (Filej, 2006a).

Celovito in kakovostno delo zdravnikov je vezano na podporo medicinskih sester, ki pacienta celostno obravnavajo. V interesu zdravnikov je sodelovati s čimbolj usposobljenimi medicinskimi sestrami. Obdobje, ko je bila zdravnikova beseda dokončna in nezmotljiva, počasi zamenjuje obdobje dogovarjanja in razprave med sodelujočimi (Robida, 2006).

Običajno si sodelavcev ne izberemo sami in prav tako ni več stvar naše izbire, ali bomo z njimi gojili dobre odnose ne glede na to, kako simpatični so nam. Biti v dobrih odnosih s sodelavci je enostavno naša dolžnost do pacientov in do organizacije (Ovijač, 2006).

2.2.2 Zakaj je medpoklicno sodelovanje pomembno?

Sodelovanje je pomembno v vseh poklicih, v zdravstvenem varstvu, kjer prevladuje timsko delo, pa še toliko bolj. Le z dobrim sodelovanjem in usklajevanjem bomo lahko dosegli skupaj zastavljene cilje. Tu seveda ne smemo pozabiti na pacienta, ki velja za enakopravnega člana tima (Kvas, Domajnko, Štrancar, Bojc in Pahor, 2007).

Hiter in neprestan razvoj zdravstvenega sistema prinaša tudi potrebo po nenehnem izboljševanju. Izboljšave so med drugim potrebne tudi v sodelovanju med zdravniki in medicinskimi sestrami, saj v okolju, ki zahteva konstantno učinkovitost, ekonomičnost in izboljševanje kakovosti, optimalno sodelovanje predstavlja zagotovilo za boljšo oskrbo pacientov in zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu. Dejavnost medicine

ima znanje in informacije, ki so potrebne tudi za uspešno delo dejavnosti zdravstvene nege, enako velja v obratni smeri (Lindeke in Sieckert, 2005).

Zdravniki večinoma nimajo možnosti pacientu posvetiti kaj več časa kot je nujno potrebno za izvedbo načrta diagnostike in zdravljenja. Medicinske sestre pa ob pacientu preživijo 24 ur na dan. Vsi so dolžni s svojim znanjem in ravnanjem pacienta varovati pred dogodki, ki bi lahko negativno vplivali na njegovo varnost. Zato mora odnos znotraj tima zagotavljati, da vsak član s svojim znanjem in izkušnjami lahko pripomore k še boljšemu uspehu zdravljenja (Pegan, 2006).

Slaba kakovost medpoklicnih odnosov je lahko vzrok za usodne napake pri izvajanju storitev in v obravnavi pacientov (Filej, 2006a).

Glede vpliva uspešnega sodelovanja so raziskave pokazale (Aiken, Haven in Sloane, 2000; O'Brien-Pallas in Doran, 2001; povz. po Bohinc, 2006):

- da se je izboljšalo zadovoljstvo pacientov;
- da je boljši transfer pacienta in boljše odločitve ob odpustu;
- da so boljši izidi zdravstvene oskrbe;
- da so se zmanjšali rizični dejavniki tveganja;
- da se je znižalo število napak pri dajanju zdravil;
- da se je izboljšalo komuniciranje v timu;
- da se je izboljšalo razumevanje vloge zdravstvene nege;
- da so se zmanjšali stroški zdravljenja in zdravstvene nege;
- da se je zmanjšal stres in znižala stopnja obremenitve medicinskih sester.

Raziskava, ki jo je izvedel Miller (1997; povz. po O'Brien, Martin, Heyworth in Meyer, 2009), kaže, da se je med starejšimi, ki so bili hospitalizirani, čas hospitalizacije skrajšal za 2.78 dneva tam, kjer so zdravniki in medicinske sestre v obravnavi pacientov zavestno sodelovali.

Ugotovitve slovenske raziskave o medpoklicnem sodelovanju med medicinskimi sestrami in zdravniki pa kažejo, da odnosi med skupinama ne sledijo napredku strok, znanosti in tehnologije. Komuniciranje med člani tima ni odkrito, vladajo neenakovredni medsebojni odnosi, pristranskost, stereotipi in hierarhija, iz česar lahko zaključimo, da biti uporabnik storitev v takem okolju ni varno (Ovijač, Škrabl, Kobilšek in Pahor, 2007).

Medsebojne odnose, tako dobre kot slabe, soustvarjamo vsi. Zaposleni morajo doseči občutek, da so pomembni in da lahko vplivajo na spremembe. Potrebno je razvijati samopodobo, komunikacijske spretnosti, se učiti poslušati in tudi slišati. Uspešno je treba uvajati sistemske rešitve, ki bodo pripomogle k napredku medsebojnega sodelovanja, saj bodo uporabniki zdravstvenih storitev to od nas zahtevali (Ovijač idr., 2006).

2.2.3 Od česa je medpoklicno sodelovanje odvisno?

Učinkovito in uspešno timsko delo je močno odvisno od jasnih opredelitev odgovornosti posameznega člana, od organizacijskega konteksta, v katerem se delo izvaja, ter še posebej od osebnih odnosov med člani tima. Pomembno vlogo v timu igra vodja tima (Premik, 2007).

Ovijačeva (2007) kot osebne značilnosti, pomembne za sodelovanje, navaja: samopodobo, samospoštovanje, samozavest, čast in moč.

Organizacija poleg fizične prisotnosti in znanja potrebuje tudi osebnost svojih sodelavcev. Ti naj bi si bili med seboj različni, kar pa je tudi prvi pogoj za njihovo ustvarjalno sodelovanje. Bili naj bi aktivni, močni, individualni ter navzoči po lastni volji, namesto ubogljivi, pasivni, neodločni in navzoči pod prisilo (Brajša, 1994; povz. po Ovijač, 2007).

Po ugotovitvah novozelandskih raziskav (Carrier, 1999; Opie, 1997; Regan, 2005; Ross, 2001; Toop in Hodges, 1996a in 1996b; povz. po Pullon 2008) je v primarnem zdravstvenem varstvu kljub 30-letnem sodelovanju med medicinskimi sestrami in zdravniki še vedno prisotno pomanjkanje komunikacije. Kot možne vzroke navajajo pomanjkanje usposabljanja za delo v timu, pomanjkanje časa za odprto komuniciranje med člani, stereotipiziranje strok, zaznati pa je tudi statusne neenakosti.

Menárguez-Puche in Saturno-Hernández (1999, povz. po Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm in Radbruch, 2007) sta potrdila vpliv prijateljskega vzdušja na učinkovitost in produktivnost tima ter na njihovo zadovoljstvo pri delu.

Tudi humor po navedbah kanadskih raziskovalcev (Kinsman-Dean in Major, 2008) v zmernih količinah pozitivno vpliva na uspešnost tima, saj pomaga pri soočanju z velikimi količinami zadolžitvev in pri spoprijemanju s stresnimi situacijami.

2.2.4 Koga medpoklicno sodelovanje vključuje?

Nekoč je prevladalo mišljenje, da je dovolj doseči timsko delo, danes pa si želimo sinergistične medsebojne odnose tako med zaposlenimi na oddelku kot med oddelki in navzven (Kerfoot, 1990; povz. po Ovijač, 2006).

Sodelovanje vpliva na kakovost storitev in dobro medsebojno sodelovanje ni le stvar osebne izbire zaposlenih. Pomembno je, kako sodelujejo vsi zaposleni, saj individualno delovanje ni več v modi (Ovijač, 2006).

Malteška raziskava o timskem delu v lokalnih zdravstvenih organizacijah poroča o trideset različnih delovnih mestih, katere so združili v naslednje podskupine: medicinske sestre, vodje negovalnega osebja, zaposleni na področju farmacije, nezdravstveni delavci, administratorji, zdravniki in reševalci (Gafa, Fenech, Scerri in Price, 2005).

Pahorjeva (2007) navaja, da je v zdravstvu najpogosteje raziskano sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, a opozarja na še vsaj tri pomembne akterje sodelovanja. To so pacienti oziroma uporabniki storitev kot središče dogajanja v zdravstveni dejavnosti, zdravstveni in ostali strokovnjaki, ki delujejo na področju zdravstvenega dela, ter javnost kot družbeni kontekst, iz katerega se zdravstveni sistem razvija in ji zagotavlja dogovorjene storitve na določeni ravni kakovosti.

2.3 SKUPINA, TIM

2.3.1 Definicija skupine

Obstaja kar nekaj različnih definicij pojma skupina oziroma delovna skupina.

Možina (2002, str. 544) pravi: "delovna skupina je določljiva, strukturirana, razmeroma trajna povezanost ljudi, ki imajo recipročne vloge v skladu s socialnimi normami, interesi in vrednotami pri doseganju skupnih ciljev".

Vila (2000, cit. po Kaučič in Pagon, 2006, str. 146) za delovno skupino pravi:

sestavlja jo 3 do 20 oseb, ki se zberejo okoli določene naloge, kar bi lahko bila permanentna naloga ali pa samo za neko določeno časovno obdobje. To je lahko kakršnakoli naloga, rešitev nekega problema, analiza nekega primera, iskanje soglasja v zvezi z nekim stališčem itn. Položaj te skupine je definiran "od zgoraj" z nekim organizacijskim

aktom ali ukazom. Dobro sestavljena delovna skupina je lahko zelo uspešna.

2.3.2 Definicija tima

Tim sestavljajo člani, ki imajo specifična znanja in med katerimi vsak odgovarja za svoje odločitve, te pa so podrejene skupnemu cilju v okviru določene naloge. V timu nihče nikomur ni podrejen ali nadrejen, vsakogar in vse povezuje delovna naloga. V pravem timu so medsebojni odnosi horizontalno vzpostavljeni, temeljijo na jasni osebni in strokovni identiteti posameznika, a hkrati tudi na zmožnosti razumevanja drugačnosti vseh ostalih (Praper, 2001; povz. po Kvas idr., 2007).

Hoerr (1999; cit. po Kaučič in Pagon, 2006, str. 146) definira tim takole: "tim je skupina, za katero je značilno, da sodeluje pri odločanju in v medsebojni pomoči pri opredeljevanju in doseganju ciljev".

Vila (2000; cit. po Kaučič in Pagon, 2006, str. 146) pa pravi, da je tim: "majhna skupina ljudi, pri kateri imajo skupni cilji prednost in ki usklajeno delujejo, da bi jih uresničili. Vsi timi so skupine, vendar se vsaka skupina ne obnaša kot tim".

Kot primer tima Kaučič in Pagon (2006) podajata negovalni tim v zdravstveni negi. Njegov cilj je pomagati pacientu k samostojnosti. Člani tima pri tem niso naključni in ne delujejo individualno. Med seboj se dobro poznajo, si zaupajo in delujejo povezano.

V slovenski raziskavi medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki (Kvas idr., 2007) anketiranci zelo različno opredeljujejo zdravstveni tim in njegovo sestavo. Označujejo ga kot skupino zdravstvenih delavcev, zunanjih sodelavcev, skupino strokovnjakov, ekipo idr. Redki pa kot (enakopravnega) člana tima navajajo pacienta ali celo njegovega svojca. V zdravstvenem varstvu se vedno bolj poudarja pacientova vloga v procesu zdravljenja in odločanja, vendar ga še vedno ne obravnavamo kot enakopravnega člana tima.

2.3.3 Razlike med skupino in timom

Med delovno skupino in timom je velika razvojna razlika. Za klasično delovno skupino velja, da je njen cilj visoko kakovostno (standardizirano) rutinsko delo, medtem ko je cilj tima ustvarjalno delo, ki vodi k novim storitvam (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004; povz. po Kvas idr., 2007).

Vsak posameznik popolnoma avtomatično pripada več vrstam skupin (npr. glede na raso, spol, veroizpoved itn.), medtem ko je tim bolj kompleksen pojem, ki se od definicije skupine razlikuje po različnih dejavnikih. Skupinsko delo zahteva manj energije, a je za organizacije veliko manj produktivno in pomembno. Delovanje in pojmovanje skupinskega in timskega dela se razlikuje glede na (Kaučič in Pagon, 2006):

- *organiziranost* – skupina je predvsem administrativno organizirana, člani so med seboj neodvisni, pri timu pa je pomembno njegovo dejansko funkcioniranje, zato sta sodelovanje in soodvisnost članov tima ključna;
- *komunikacija* – med člani skupine je komunikacija nepomembna, saj so člani med seboj neodvisni, v timu pa je uspešna in iskrena komunikacija ključna za produktivno sodelovanje. V proces komunikacije morajo biti vsi člani tima enakovredno vključeni;
- *cilje* – člani skupine pri postavljanju ciljev ne sodelujejo, cilji so praktično vsiljeni in eksterno določeni. Za tim je pomembno, da člani sodelujejo pri oblikovanju ciljev, saj je tako mogoče doseči internalizacijo le-teh;
- *zaupanje* – je ključna vrednota sodelovanja. Člani skupine niso tesno povezani in predani skupnemu cilju, zato tudi zaupanje ni zelo pomembno, za razliko od tima, kjer zaupanje predstavlja ključno zahtevo in nepogrešljivo vrednoto;
- *prenos znanja* – med člani skupine ni pomemben in ni mogoč, za tim pa je izjemnega pomena, saj se s prenosom znanja med člani ustvarjajo sinergistični učinki, ki plemenitijo in nadgrajujejo znanje ter veščine članov tima;
- *reševanje konfliktov* – v skupini ni ključno, ker se člani poskušajo izogniti konfliktom, v timu pa so konstruktivni konflikti dobrodošli, saj lahko pripomorejo k razvoju. Pomembno je, da jih vodja zna ustrezno obvladati in reševati;
- *sprejemanje odločitev* – pri sprejemanju odločitev člani skupine niso aktivni, člani tima pa jih sprejemajo skupaj, saj je pomembno, da se z odločitvami strinjajo, zato jim tudi maksimalno sledijo in jih uresničujejo.

Lamovec (1998; cit. po Kobolt, 2004, str. 144) navaja značilnosti skupin in timov, katere se nanašajo predvsem na vedenjske značilnosti članov:

Skupina:

- člani jo razumejo kot formalnost;
- delajo neodvisno od drugih članov in so osredotočeni nase;
- svoje delo dojemajo kot naloženo nalogo;
- manj izražajo svoja mnenja;
- ne zaupajo motivom drugih članov, saj premalo poznajo njihove naloge;
- so previdni, stopnja zaupanja med člani v skupini je manjša;
- nestrinjanje je škodljivo, konfliktov ne razrešujejo, soočanju se izogibajo;
- konformnost je pogosto pomembnejša od rezultatov.

Tim:

- člani sprejemajo soodvisnost, se zavedajo, da bodo uspeli le ob vzajemni podpori;
- odložijo osebne koristi in so zavezani dogovorjenim ciljem;
- prispevajo k skupnemu cilju in zaupnosti;
- izražajo misli, stališča, čustva in nestrinjanje;
- trudijo se razumeti poglede drugih članov;
- dajejo in sprejemajo podporo, konflikt vidijo kot neizogiben in kot priložnost za razvoj novih idej;
- sodelujejo pri odločanju ter se zavzemajo za rezultate in cilje.

2.4 TIMSKO DELO V ZDRAVSTVU

2.4.1 Značilnosti timskega dela

Ker smo ljudje po naravi socialna bitja, se redko najde kdo, ki bi bil po lastni želji izoliran in odtujen od drugih ljudi. Tako je tudi delovno okolje zdravstvenih delavcev pomemben socialni splet, v katerem lahko z medsebojnimi interakcijami gradimo konstruktivne odnose. V zdravstvu je timsko delo eden od načinov za soočanje z delovnimi izzivi v organizaciji. Najbolj je učinkovito, ko se ga lotimo sistematično in takrat, ko je to potrebno (Kaučič in Pagon, 2006).

Timski način dela je razširjena oblika izvajanja kompleksnih nalog, za katere potrebujemo znanje na različnih strokovnih področjih. Namen oblikovanja tima je združitev znanj sodelavcev z različnih področij za potrebe reševanja problemov. Z združenimi močmi in znanjem omogočimo kompleksno in celovito delovanje (Kobolt, 2004).

Timsko sodelovanje se pojavi, ko zdravstveni delavci iz različnih strok pričnejo skupaj delati, reševati probleme, načrtovati oskrbo pacienta, se skupaj izobraževati in sodelovati z zunanjim okoljem, pri izvajanju kakovostne oskrbe pacientov in njihovih svojcev (Barr in Ross, 2009; povz. po McCallin in McCallin, 2009).

Za sodelovanje tima je pomembna organizacijska kultura, ki spodbuja timsko delo, kar pomeni, da imajo timi na voljo potrebne vire, možnost uvajanja sprememb, podporo vodstva, sistem nagrajevanja, ustrezne pogoje za izobraževanje in čas za usposabljanje za timsko delo. Da bi bil tim učinkovit, mora imeti jasno vizijo, razvito motivacijo, zaupanje in medsebojno spoštovanje, k čemur člane navadno spodbudi vodja tima. Tako med ključne značilnosti učinkovitega timskega dela sodijo: sproščena atmosfera, odprta diskusija, jasni cilji, spoštovanje med člani, pristno nestrinjanje, doseganje soglasij in konstruktivna kritika (Kadivec idr., 2006).

Kot bistvena gradnika timskega dela navajata Kaučič in Pagon (2006):

- **klimo** (Lipičnik in Zupan, 1997; povz. po Kaučič in Pagon, 2006), ki se odraža v načinu vedenja ljudi in zaznavanja medsebojnih odnosov ter ima zaznavno posledico. To posledico vsi (tudi tisti, ki se tej klimi še niso prilagodili) vidijo kot nekaj običajnega. To pomeni, da se človek klimi lahko prilagodi. Klima v timu označuje odnose med člani in močno vpliva na učinkovitost timskega dela. Je izraz, ki označuje vzdušje pri tiskem delu, spoznamo pa jo po obnašanju ljudi. Kot posledico klime zaznavamo dobre ali slabe rezultate. Sestavljajo jo: stališča, stopnja identifikacije, stopnja zadovoljstva članov tima ter objektivni indikatorji (npr. odsotnost ali prizadevnost na tiskih srečanjih);
- **kulturo** določenega tima, ki je v veliki meri odvisna od organizacijske kulture, ki pa je pod vplivom kulture naroda. Na zaposlene se prenaša na različne načine (npr. preko strukture organizacije, zgodb, običajev, jezika idr.).
Golobova (2006) je mnenja, da kultura v organizaciji ponazarja obnašanje ljudi in njihov način delovanja.

V Sloveniji zdravstveni timi sicer delujejo, a temeljijo predvsem na hierarhičnih razmerjih, ne pa na sodelovanju (Domajnko idr., 2006).

2.4.2 Pomen timskega dela

Timsko delo je nujno potrebno za zagotavljanje učinkovite zdravstvene in socialne oskrbe (Forte in Fowler, 2009; povz. po McCalin in McCalin, 2009).

Člani tima morajo drug drugega upoštevati, drug drugemu priznavati nenadomestljivost in se med seboj poslušati, saj tako lahko dosežejo kakovostnejše medsebojne odnose. Tudi pri obravnavi pacientov mora biti timski pristop stalnica delovanja članov tima. Postopki, ki jih načrtuje zdravnik, se morajo nadgraditi s postopki zdravstvene nege in s kakovostno komunikacijo. Zdravnik in medicinska sestra morata v obravnavi nastopati kot partnerja in v dopolnjujočih se vlogah, saj le tako lahko uporabnikom nudita optimalno zdravstveno oskrbo (Poredoš, 2007).

Raziskava med študenti zdravstvene nege (Lahe in Kaučič, 2006) je pokazala, da timsko delo zanje pomeni vrednoto in najbolj sprejemljivo obliko dela s strokovnjaki drugih strok.

Bambičeva (2008) v svoji raziskavi ugotavlja, da so pomemben del timskega pristopa skupni cilji, ki zagotavljajo kakovostno obravnavo uporabnika storitev in njegovih svojcev, posledično pa učinkovitost pri delu prinaša zadovoljstvo in dodatno motivacijo za skupno vztrajanje vseh udeleženi.

Žal smo neredko priče poudarjanja pomembnosti vloge in poslanstva posameznih zdravstvenih profilov. Pri tem prednjačimo zlasti zdravniki, ki imamo sicer pomembno in zelo zahtevno, zlasti pa odgovorno vlogo. Toda neredko se premalo zavedamo pomena celotnega tima, ki lahko kakovostno deluje le, če je vsak njegov člen brezhiben in če se pri tem prizna in upošteva vloga vsakega posameznika, ki pri tem sodeluje. Zdravstveni sistem je lahko učinkovit le, če deluje enovito in to je možno le s timskim pristopom, ki upošteva vlogo vseh profilov (Poredoš, 2007, str. 15).

2.4.3 Prednosti in slabosti timskega dela

Znano je, da se kakovost oskrbe izboljša, ko sta se dva ali več strokovnjakov pripravljena učiti eden z drugim, drug od drugega in drug o drugem ter vključevati strokovno znanje v obravnavo na način, ki koristi pacientu (Center for the Advancement of Interprofessional Education [CAIPE], 2002; povz. po Soubhi idr., 2009).

Ideali o sodelovanju večih strokovnjakov skupaj so dobro dokumentirani (Clark, Leinhaas in Filinson, 2002; Long, Kneafsey in Ryan, 2003; Griffiths, Austin in Luker, 2004; Pullon, 2008; Yagura, Miyai, Suzuki in Takehiko, 2005; povz. po McCallin in McCallin, 2009), prav tako kot problemi (Baxter in Brumfitt, 2008; Booth in Hewison, 2002; Hall, 2005; Hansson, Friberg, Segesten, Gedda in Mattsson, 2008; Kvarnstron, 2008; Leipzig, Hyer, Ek, Wallenstein, Vezina, Fairchild, Cassel in Howe, 2002; Reilly, 2002; povz. po McCallin in McCallin, 2009), a dandanes timsko sodelovanje ni več način, na kakršnega je storitve mogoče izvajati, ampak je osnova za učinkovito in kakovostno oskrbo pacientov. Avtorji ugotavljajo, da je kakovost oskrbe pacientov boljša takrat, ko so se strokovnjaki pripravljene drug od drugega učiti ter v obravnavo integrirati lastno znanje na način, ki je koristen za pacienta.

Neprestani izzivi se pojavljajo na področju: komunikacije, razumevanja vlog drugih strokovnjakov v timu, sposobnosti učinkovitega dela v timu, reševanja konfliktov in sposobnosti toleriranja razlik, z možnostjo prispevati k načrtovanju oskrbe in postavljanju ciljev ter pripravljenostjo za sodelovanje (Suter idr., 2009; povz. po McCallin in McCallin, 2009).

Krejan (2005; cit. po Kaučič in Pagon, 2007, str. 717) navaja naslednje prednosti in pomanjkljivosti timskega dela:

Prednosti:

- večja motiviranost (z delovanjem v timu člani uspešneje zadovoljijo svoje osebne in skupne potrebe, medsebojno spodbujanje);
- kohezija odnosov (posamezniki tima so v tesni povezanosti, razvijajo visoko stopnjo komunikacije);
- sinergijski učinki (sistematično reševanje problemov, zbiranje "zlatih idej", učenje na podlagi izkušenj, neposreden prenos znanj, uvajanje novih pristopov reševanja problemov, enako število posameznikov je manj učinkovito, pomembna je tehnološka, stroškovna, managerska in psihološka sinergija);

- boljša organizacija dela (v timu se organizacija delovnega procesa razvije precej višje kot pri klasičnem konceptu organiziranja, s tem se delo obogati);
- tim običajno ustvarja večje število in različne rešitve problemov;
- večja kreativnost (strokovnjaki v timu z različnim znanjem se dopolnjujejo in ustvarjajo novo skupno znanje);
- posameznik v timu ni osamljen, deležen je podpore ostalih članov, deležen je čustvene sprejetosti in lažje najde svojo identiteto;
- osebno in skupinsko zadovoljstvo (skupna evalvacija doseženih ciljev in obenem kritična analiza omogočata reševanje nastajajočih težav, krepi se samozavest).

Pomanjkljivosti:

- nevarnost skupnega mišljenja;
- nevarnost prevlade posameznega člana;
- prelaganje odgovornosti na druge (neučinkovitost tima v začaranem krogu);
- pritiski za strinjanje;
- konkurenca med člani postaja pomembnejša od reševanja problemov;
- prekrivajoča komunikacija (medosebni problemi se pometajo pod preprogo, a vplivajo naprej);
- verovanje v čarobne učinke tima (očaranju sledi razočaranje);
- delo v timu zahteva več časa;
- za odločitve so potrebni kompromisi, ki lahko odločitve odmaknejo od optimalnih.

2.4.4 Ključni dejavniki za učinkovit tim

Ključni dejavniki (Kavčič, 1996; povz. po Kaučič in Pagon, 2006), ki morajo biti zagotovljeni, da bo tim učinkovit, so:

- *jasen in navdušujoč cilj* – cilji in vizija tima morajo biti jasni in sprejeti s strani vseh članov tima ter usklajeni z opredelitvijo poslanstva organizacije. Za cilje mora biti jasno, kdaj so doseženi in kdaj ne;
- *struktura* – struktura tima mora ustrezati delovni nalogi. Načrti za delo tima morajo biti jasni (jasno opredeljene in razdeljene naloge). Uspeh je odvisen od tega, kako posamezni člani upoštevajo skupen načrt;

- *kooperativna klima* – lahko bi ji rekli "timski duh" oziroma lojalnost in predanost timu. Za vzpostavitev take klime so potrebni ustrezno opredeljena delovna naloga in cilji ter visoka stopnja zaupanja med člani tima;
- *usposobljeni člani* – oziroma člani, ki imajo ustrezno znanje glede na nalogo, ki jo opravljajo. To so člani, ki že imajo neko znanje, saj v timih praviloma ni veliko časa za učenje. Potrebne sposobnosti posameznega člana so tehnične (znanje, spretnosti, instrumentalne sposobnosti) in osebne (sodelovalnost, aktivnost), morajo pa si tudi postavljati visoke cilje in standarde odličnosti za delo tima;
- *vodenje* – vodenje je proces vplivanja na aktivnosti posameznika ali skupine v prizadevanjih za doseg cilja v danih situacijah. Zajema tri glavne aktivnosti: planiranje, usmerjanje in kontrolo; katerim se približuje še: odločanje, komuniciranje in izboljševanje, ki vsebuje razvijanje bolj učinkovitih in ekonomičnih modelov vodenja;
- *zunanja podpora in priznanje* – dinamika dela v timu je precej odvisna od tega, koliko priznanja tim dobi znotraj organizacije. Zunanja podpora so v glavnem sredstva za delo (denar, material, ljudje).

Glede na rezultate slovenske raziskave dejavnikov, ki vplivajo na uspešno timsko delo (Kaučič in Filej, 2007), izvajalci zdravstvene nege navajajo: sproščeno klimo, dobre medsebojne odnose, komunikacijo s povratnimi informacijami in uspešnega vodjo tima. Heller in Hindle (2001, povz. po Kaučič in Pagon, 2006) pa na izboljševanje kakovosti timskega dela gledata z vidika merjenja kakovosti dela, saj menita, da je za izboljševanje slednjega potrebno meriti njegovo učinkovitost. Da bi kakovost lahko merili, je potrebno določiti standarde, s pomočjo katerih lahko izmerimo dejanske izdatke in dobiček, ali so bile naloge opravljene v določenem času, ali so pacienti zadovoljni, ali so doseženi predhodno postavljeni cilji, idr. Storilnost tima lahko ocenjujejo tudi člani sami, pri čemer jim moramo zaupati, da bodo lastno delo realno ocenili.

2.4.5 Vodja tima

Uspešno in učinkovito timsko delo je močno odvisno od jasnih opredelitev odgovornosti vsakega posameznega člana, ki sodeluje pri dolgoročni ali kratkoročni

nalogi timskega dela, od organizacijskega konteksta, v katerem se delo izvaja, in zlasti od osebnih odnosov med člani tima. Vodja tima bo resnično učinkovit le, če bo poleg svojega poklicnega znanja izkazoval tudi nekatere lastnosti in vedenja, ki se kažejo v: izkazovanju zavezanosti osnovnim družbenim in delovnim vrednotam (ceniti posameznike, inovativnost in ustreči potrebam skupnosti), nadzorovanju dela in zagotavljanju uresničevanja zastavljenih ciljev, prožnosti v slogu delovanja (vedeti, kdaj ukrepati in kdaj ne), vzpostavljanju jasnih ciljev, nudenju pogojev za učinkovito delo, izkazovanju pozornosti vsem članom tima, priznavanju odličnosti in uporabi potencialov vsakega posameznika, odprtosti za nove ideje, skrbi za ustrezne odnose s svojim lastnim menedžerjem idr. (Premik, 2007).

Russel (1990; povz. po Možina, 2002) pa navaja še naslednje lastnosti uspešnega vodje: znati razdeliti moč, imeti intuicijo in sposobnost za usklajevanje vrednot, dobro poznavanje samega sebe in sposobnost vizije.

2.5 OVIRE V MEDPOKLICNEM SODELOVANJU V ZDRAVSTVU

2.5.1 Spoštovanje

Spoštovati ne pomeni strah in trepet, temveč zmožnost videti človeka takega, kot je, se zavedati njegove posebnosti in unikatnosti. Pomen besede spoštovanje izhaja iz latinske besede "respicere" in pomeni gledati kaj. Torej, če človeka ne opazujemo, ga ne moremo poznati in če ga ne poznamo, ga ne moremo spoštovati (Fromm, 2002; povz. po Ovijač, 2007).

Vsi ljudje si želimo, da bi nas drugi spoštovali, a tega od njih ne moremo zahtevati. Če spoštovanje zahtevamo z ukazovanjem, samovoljo in podobnim, je učinek ponavadi ravno nasproten, saj se ljudje na prisilo le redko ugodno odzovejo. Če spoštovanje od drugih želimo dobiti, ga moramo tudi dati (Ovijač, 2007). Levine (1995; cit. po Ovijač, 2007, str. 35) pravi: "to storimo tako, da z zaposlenimi ravnamo kot s kolegi, jih ne ponižujemo, jim ne ukazujemo in jih ne grajamo. Z ljudmi moramo ravnati kot z dragocenostjo in ne kot s strojem, ki je last podjetja".

Slovenska raziskava medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehnikami in zdravniki (Ovijač, Rajkovič, Šušteršič in Pahor, 2008) je pokazala, da so v zvezi z občutenjem spoštovanja s strani sodelavcev le-tega prejeli največ s strani zdravstvenih tehnikov, ki pa spoštovanje s strani svojih sodelavcev tudi

najmanj občutijo. Rode (2004, povz. po Bizjak, 2007) s svojo raziskavo ugotavlja, da zdravniki manj spoštujejo delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov kakor njihovi sodelavci, pacienti ali njihovi svojci. Tudi raziskava, ki je potekala na intenzivnih oddelkih Kliničnega centra v Ljubljani (Ivanovič, Popovič in Nartnik, 2005) je pokazala, da 94% anketiranih medicinskih sester najbolj izčrpa nizka stopnja medsebojnega spoštovanja in pomoči.

Poredoš (2003) potrjuje, da je za učinkovito sodelovanje v zdravstvenem timu potrebno tesno sodelovanje in spoštovanje med vsemi profili, posebno med medicinskimi sestrami in zdravniki.

2.5.2 Zaupanje

Pojem zaupanje je povezano s pojmom spoštovanje. Če želimo tvorna navzkrižja, učenje na medsebojnih razlikah in sprejemanje boljših odločitev, je nujno vzajemno spoštovanje. Vzajemno zaupanje je potrebno, če želimo verjeti, da bo vzdušje, v katerem vsi dobivajo, lahko nastalo v prihodnosti (Adizes, 1996; povz. po Ovijač, 2007).

Sodelovanje in zaupanje med organizacijami in znotraj njih ne predstavljata fiksne celote, ampak naraščata in upadata skozi čas, sta specifična za vsako situacijo posebej ter pod vplivom predhodnih in trenutnih izkušenj (Rousseau, Sitkin, Burt in Camerer, 1998; Nielson, 2004; povz. po Pullon, 2008).

Po besedah Ovijačeve (2007) so zaupanje vzbujačo lastnosti posameznika: poštenost, nudenje podpore, zanesljivost, pristnost, toplina in sprejemanje.

Raziskave kažejo uspešno vzpostavitev zaupanja med medicinskimi sestrami in zdravniki tam, kjer se je vzpostavilo obojestransko razumevanje profesionalnih vlog in vzajemno spoštovanje (Blue in Fitzgerald, 2002; Pullon, 2008).

2.5.3 Komunikacija

Komuniciranje je kompleksen in dinamičen proces izmeničnega dajanja in prejemanja. Neprestano smo obkroženi z drugimi, s katerimi smo v različnih socialnih, delovnih, emocionalnih in drugih stikih. Za medsebojno uskladitev dejavnosti, emocij in idej potrebujemo komuniciranje (Ule, 2003).

Ljudje uporabljamo komunikacijo tudi z namenom, da bi bili slišani, priznani, razumljeni in sprejeti, da bi se družili, izrazili potrebe, želje ter izpovedali svoja čustva. S komunikacijo želimo vplivati na druge, da bi se vedli na določen način (Ovijač idr., 2006).

Za učinkovitost skupine sta pomembna prej omenjena spoštovanje in zaupanje, ki skupaj s komunikacijskimi sposobnostmi igrajo osrednjo vlogo pri sodelovanju (Henneman, Lee in Cohen, 1995).

Skozi komunikacijo se udeležujejo različni tipi razmerij, od hierarhičnih do enakopravnih, iz česar sledi, da uspešna komunikacija lahko vodi do boljših in višje postavljenih standardov nujenja zdravstvene oskrbe, ki pa jih na drugi strani neuspešna komunikacija lahko ovira (Domajnko idr., 2006). Slednje potrjujejo tudi nekatere slovenske in tuje raziskave (Kadivec idr., 2006; Ovijač idr., 2006; Jünger idr., 2007 in Bambič, 2008), ki ugotavljajo vpliv slabe komunikacije na zadovoljstvo med zaposlenimi ter posledično na kakovost obravnave in učinkovitost oskrbe pacientov.

Pri vzpostavljanju pozitivnih delovnih razmerij je komunikacija pomembna, ker:

- morajo pripadniki različnih poklicev razumeti, kako delo posameznih članov prispeva k izidom, in vedeti, kako komunicirati z ostalimi člani;
- je učinkovita komunikacija potrebna za dobra pogajanja z drugimi člani tima;
- je komunikacija sredstvo za druge potrebne dejavnike, kot je npr. medsebojno spoštovanje (Sam Martin-Rodrigues, Beaulieu, D'Amour in Ferrada-Videla, 2005; povz. po Kadivec idr., 2006).

Zelo pomembno vlogo igra komunikacija tudi pri razreševanju konfliktov med člani v timu, ki jih ne razrešujejo sproti. Dobra stran doživljanja ovir v komuniciranju je ta, da se zdravstveni strokovnjaki zavedajo, da gre za spretnosti, ki posamezniku niso preprosto dane, ampak zahtevajo dodatno izobraževanje in urjenje (Domajnko idr., 2006). S tem se strinja tudi Ovijačeva (2007), ki pravi, da izobraževanja in delavnice na področju komuniciranja pridobivajo na pomenu.

Zaposleni morajo povedati svoje mnenje tudi takrat, kadar se ne strinjajo z drugimi člani tima (Ovijač idr., 2006).

2.5.4 Statusna hierarhija

Stoletja je bilo hierarhično vodenje učinkovit način vodenja. Z vrha hierarhične lestvice so prihajali ukazi navzdol. Delavci so bili samo za to, da izvršijo, kar jim je bilo naročeno (Branden, 1998; povz. po Ovijač idr. 2007).

Danes razlika med medicinskimi sestrami in zdravniki izhaja že iz statusnih razlik v času šolanja in se nadaljuje v profesionalni karieri, čeprav za to nima racionalne podlage. Podrejen položaj vpliva na nadaljne pritiske, delitve in hierarhije znotraj poklica medicinskih sester glede na dolžino šolanja in tudi po drugih socialnih kriterijih (Ovijač idr., 2006).

Sodobni avtorji povezujejo dobro medpoklicno sodelovanje z nehierarhično komunikacijo, a so kljub temu zdravstveni sistemi še vedno močno prežeti s hierarhijo. Kako jo različni posamezniki doživljajo, je odvisno od tega, kje na hierarhični lestvici se nahajajo (Ovijač idr., 2007).

Nosilec dejavnosti je ponavadi zdravnik, ki mora odrediti naloge in skrbeti za uresničevanje zastavljenih ciljev. To še posebej velja za posege in postopke, ki jih medicinska sestra in zdravnik lahko izvedeta le v tesnem medsebojnem sodelovanju, ne pomeni pa, da mora biti medicinska sestra v vseh pogledih v podrejenem položaju. Strokovna hierarhija je tako s prenašanjem bremena strokovnih odločitev in prevzemanja odgovornosti namenjena vzpostavljanju določenega reda. Pomembno je natančno opredeliti vloge vseh sodelujočih v timu. Pretirano izpostavljanje neodvisnosti posameznega poklica lahko privede do nekoordiniranih postopkov, slabih medsebojnih odnosov in do razpada tima, najbolj pa se to odraža na medsebojnih odnosih in odnosih do pacientov (Poredoš, 2007).

Glavni problem medicinskih sester je njihov vmesni status med pacienti in zdravniki, ki jih pogosto vrednotijo kot manj pomembne dejavnike v medicinskem sistemu, čeprav morajo prav medicinske sestre pogosto posredovati med zdravnikom in pacientom. Pogosto prevzamejo večji delež reševanja konfliktov glede odgovornosti do pacientov, pogajati se morajo v bojih za moč z zdravniki, srečujejo se z izrazi seksizma in paternalizma s strani obojih. Navkljub primarni skrbi za paciente so medicinske sestre podvržene mnogim birokratskim pravilom in moči medicinskih avtoritet, ki pogosto zatirajo njihove težnje po poklicni avtonomiji (May, 1992; povz. po Ule, 2003).

Dominanca zdravnikov nad pacienti in ostalim osebjem verjetno ni namerna, temveč jim jo narekuje institucionaliziran zdravstveni sistem in normativno določena poklicna vloga. Sodobni analitiki medicine poudarjajo, da k veliki socialni moči medicine prispeva zelo učeno in težko dostopno medicinsko znanje (Ovijač idr., 2006).

Zanimivi so rezultati eksperimentalne študije iz 60. let, ki proučuje, ali vloge medicinskih sester in zdravnikov vplivajo na situacijo, v kateri naj bi medicinske sestre po zdravnikovem telefonskem naročilu dale pacientu očitno prevelik odmerek nekega (placebo) zdravila. Izmed 22 medicinskih sester bi jih kar 21 to storilo brez ugovora. Iz tega so zaključili, da izogibanje konfliktom za vsako ceno in brezkompromisno izpolnjevanje zdravnikovih naročil resno omejuje pobudo in iznajdljivost medicinskih sester in predvsem zdravje pacientov (Hofling idr., 1966; povz. po Sweet in Norman, 1995).

Glede samopodobe izvajalk zdravstvene nege, ki izhaja iz zaznav, kako jih vrednotijo in ocenjujejo drugi v zdravstvenem timu, so številne študije pokazale, da se počutijo: manjvredne, nepomembne, podrejene, nevredne visoke izobrazbe, nevredne človeškega dostojanstva, deklice za vse (Šmitek, 2006).

Izsledki slovenske raziskave (Domajnko idr., 2006) so, da se posledice hierarhije z negativnim predznakom kažejo kot pretirana soodvisnost in ubogljivost, strah, ki se pojavlja ob koncentraciji moči, slaba motivacija delavcev, malodušnost in izogibanje odgovornostim, zaviranje ustvarjalnosti in nesposobnost opravljanja osnovnega dela.

Zdravniki so si uspeli priboriti sorazmerno veliko avtonomijo svojega poklica neposredno od glavnih nosilcev moči, to je države, medtem ko so ostale poklicne skupine v zdravstvu, zlasti medicinske sestre, odvisne od zdravnikov, ki večinoma določajo njihov položaj v okviru sistema, vsebino in obliko izobrazbe ter poklicnega napredovanja. Rezultat tako velikih razlik je tudi njihov različen ugled v javnosti (Pahor, 2007).

2.5.5 Spol

Glede na to, da je pojmovanje spola kulturno determinirano, se mu v različnih časih in različnih družbah pripisuje različne atribute, na primer moško/žensko, racionalno/iracionalno, močno/šibko. Ob koncu 19. stoletja, ko si je medicina zagotovila položaj družbene moči, ženskam vstop v znanstveno skupnost ni bil

dovoljen, prav tako kot medicinsko izobraževanje. Po tej močno pristranski shemi naj bi ženske opravljale skrbstveno delo, ne intelektualnega. Medicinske sestre so bile primorane prevzeti dvojno vlogo – morale so skrbeti za bolne in pomagati (se podrediti) zdravnikom (moškim). Kljub temu, da je danes mnogo zdravnic žensk in mnogo zaposlenih v zdravstveni negi moških, ta tradicija še vedno vpliva na odnose med posamezniki v teh vlogah (Witz, 1992; povz. po Pollard, 2006).

Čeprav sta medicina in zdravstvo v zahodnem svetu že od vseh začetkov feminizirana in je tudi danes večina zdravstvenega osebja žensk, so moč, prestiž in odločitve v rokah moških. Ti so majhen del zgornje piramide, večino srednjega in nižjega dela piramide pa zasedajo ženske. Moški, ki zavzemajo vodilne položaje v menedžmentu in upravljanju z znanstvenim, kadrovskim in finančnim potencialom ter pomembnimi odločitvami v zdravstvu, so direktorji bolnišnic, dekani šol, vodje laboratorijev in nosilci prestižnih specializacij (Ule, 2003).

Po besedah Oviyačeve (2007) so ustrezne moške lastnosti trdnost, samozavest, podjetnost, bojevitost in pogum, ženske pa naj bi bile čustvene, občutljive, nebogljene, podredljive, prijazne, znale naj bi prisluhniti in bile pripravljene pomagati.

Omenjene razlike med spoloma potrjujejo tudi nekatere raziskave, kot naprimer norveška raziskava (Gjeberg in Kjølørød, 2001) o tem, kako zdravnice doživljajo sodelovanje z medicinskimi sestrami, ki so prav tako ženske. Zdravnice so pogosto zaznale, da jih medicinske sestre manj spoštujejo, jim manj zaupajo in manj pomagajo kot njihovim moškim kolegom. Zdravnice so si to razlagale na dva načina. Na eni strani so menile, da želijo medicinske sestre na ta način zmanjšati statusne razlike med poklicnima skupinama, na drugi strani pa so omenjale "erotično igro", ki se odvija med zdravniki in medicinskimi sestrami. Da bi medicinske sestre kljub temu pridobile za pomoč in sodelovanje, so z njimi razvile prijateljski odnos in čimveč dela opravile same.

Do podobnih ugotovitev sta v kanadski raziskavi med medicinskimi sestrami prišla tudi Zelek in Phillips (2003; povz. po Červ, 2006). Ugotovila sta, da so medicinske sestre bolj pripravljene pospravljati za zdravniki kot za zdravnicami. Čeprav so se najbolje odzivale na prijazne prošnje, so dopuščale agresivno vedenje moških in jim tudi pogosteje pomagale kot zdravnicam.

Phillips in Ferguson (1999; povz. po Woodward, 1999) v raziskavi o odnosu študentov medicine do pacientk ugotavljata, da je vključevanje spolnih vsebin v proces izobraževanja vplivalo na zmanjšanje stereotipnih predstav o spolih in diskriminacijo na osnovi spola ter spremenilo paternalističen pogled na ženske.

2.5.6 Medpoklicno izobraževanje

Izobraževanje se je izkazalo za ključni dejavnik kakovosti medpoklicnih odnosov. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 1988, str. 5) je izrazila potrebo po medpoklicnem izobraževanju že pred več kot dvajsetimi leti. Utemeljila jo je s sledečo definicijo:

V določenih obdobjih izobraževanja se študenti različnih zdravstvenih profesij skupaj učijo veščin, ki so potrebne za reševanje prednostnih zdravstvenih problemov posameznikov in skupnosti, poznanih kot še posebej primernih za timsko delo. Poudarek je na učenju, kako sodelovati drug z drugim.

Vzrok za to, da se v praksi kaže, da določena poklicna skupina ni sposobna popolno ovrednotiti delo druge skupine, verjetno leži v tem, da je seznanjenost z delom in vlogo druge poklicne skupine pomanjkljiva ali pa se njena vloga razume napačno (Premik, 2007).

V izobraževalnem procesu imajo izvajalci zdravstvene nege predmete iz področja medicine, študentje medicine pa že dolgo vrsto let nič ne izvedo o zdravstveni negi. Morda je to vzrok za napačno razumevanje vsebine zdravstvene nege in s tem povezanih nalog, ki jih medicinska sestra izvaja. Zato bi morda lahko v prihodnje razmislili o skupnih modulih izobraževanja (komunikacija, timsko delo, etika, zgodovina) za študente obeh strok. Tako bi lažje vnesli teoretična načela timskega dela v vsakodnevno delovno okolje zdravstvenih timov in tudi odnosi med skupinama bi bili boljši (Filej, 2006b).

Tukaj Wicks (1999, povz. po Červ, 2006) predlaga, da bi zdravniki (najprej) bili medicinske sestre. Kot pravi, je ideja že stara, saj jo je v 19. stoletju razvijal dr. Richard Bright. To bi bilo mogoče z univerzitetnim študijem, ki bi bil enak za vse zdravstvene delavce. Na tej stopnji bi vsi študirali zdravstveno nego, podiplomski študij pa bi bil

namenjen želeni poklicni usmeritvi. Tako bi bodoči zdravstveni delavci pridobili spoštovanje do dela drugih in bolj celosten odnos do vprašanj bolezni in zdravja.

Herzberg (1999, povz. po Bambič, 2008) v podporo dodiplomskemu medpoklicnemu izobraževanju navaja argument, da lahko zmanjša prisotnost negativnih stereotipov o ostalih disciplinah, druga alternativa, ki jo navaja Freeth (2005, povz. po Bambič, 2008), pa je naklonjena podiplomskemu medpoklicnemu izobraževanju, ko je profesionalna identiteta že bolj izoblikovana, učenje pa lažje postavljeno v klinično prakso.

V slovenskem prostoru je medpoklicno izobraževanje organizirano predvsem v obliki podiplomskega izobraževanja, dodiplomsko medpoklicno izobraževanje pa se je v primerjavi s tujino šele začelo razvijati. V Veliki Britaniji in marsikje drugod po svetu je promoviranje medpoklicnega sodelovanja in izobraževanja visoko na dnevnem redu. Skupno izobraževanje se razume kot podpora timskega delu, ki pa je nujno za razvoj kakovosti zdravstva (Bambič, 2008).

Weinstein in Antonova (2003, povz. po Thomson, 2007) v razpravi o inovativnem ruskem modelu medicinskega izobraževanja navajata, da model vključuje študente po zaključenem tretjem letniku medicine, ki proti plačilu opravljajo delo medicinske sestre. Sprva je bil namen tega modula zmanjšati pomanjkanje negovalnega kadra, kasneje pa se je izkazal kot učinkovit program seznanjanja bodočih zdravnikov z dejavnostjo zdravstvene nege, izboljšali pa so se tudi odnosi zdravnikov do medicinskih sester ter komunikacija med njimi.

V tistih državah, kjer so se odločili za izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju, so ugotovili, da je to izredno težka in zahtevna naloga. Spreminjanje razmerja moči in komunikacijske problematike je težko, še težje pa je spreminjanje miselnosti o pomembnosti posameznega poklica, ki je zaradi tradicije in hierarhije globoko zasidrana v zdravstvenem sistemu in družbi. Če bo v prihodnje tudi pri nas prišlo do sprememb v izobraževanju, potem bodo doseženi cilji – dobri medpoklicni in medosebni odnosi, dobro timsko sodelovanje, zadovoljstvo pacientov in kakovostni izidi obravnave (Filej, 2006b).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen raziskave je proučiti sedanje stanje na področju medpoklicnega sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami v Zdravstvenem domu Kranj. Na podlagi rezultatov želimo pripraviti izhodišča za uvajanje izboljšav na področju medpoklicnega sodelovanja in dela v zdravstvenem timu.

Cilji raziskave:

- ugotoviti mnenja zaposlenih o medpoklicnem sodelovanju v organizaciji;
- ugotoviti izkušnje zaposlenih z medpoklicnim sodelovanjem;
- raziskati dejavnike, ki vplivajo na medpoklicno sodelovanje;
- ugotoviti, kaj si zaposleni glede sodelovanja v organizaciji želijo v prihodnje.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako zaposleni ocenjujejo medpoklicno sodelovanje na delovnem mestu?
2. Katere prednosti in slabosti zaznavajo zaposleni pri medpoklicnem sodelovanju?
3. Kateri dejavniki vplivajo na uspešnost medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je potekala od 06.09.2010 do 17.09.2010. Temeljila je na kavzalno – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom. Za opis problema in izdelavo instrumenta smo izvedli pregled literature. Uporabili smo bibliografsko-kataložno bazo podatkov (COBIB.SI) ter mednarodne baze podatkov CINAHL in SpringerLink.

3.3.2 Opis instrumentarija

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop. Na osnovi pregleda literature smo izdelali anketni vprašalnik zaprtega tipa. Anketiranci so trditve ocenjevali po pet-stopenjski Likertovi lestvici, nekaj vprašanj pa je že ponudilo odgovore. Pri pet-stopenjski Likertovi lestvici je pomenila 1, da se anketiranci s trditvijo sploh ne strinjajo, in 5, da se s trditvijo popolnoma strinjajo. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke: spol, starost, stopnjo izobrazbe, delovno dobo ter področje dela

zaposlenih v Zdravstvenem domu Kranj. Drugi sklop je obsegal dvanajst trditev, ki so se nanašale na skupinsko in timsko delo. Tretji sklop se je nanašal na oceno medpoklicnega sodelovanja na delovnem mestu. Sestavljalo ga je sedemindvajset trditev in dve vprašanji zaprtega in eno kombiniranega tipa. Četrty sklop se je nanašal na želje zaposlenih glede medpoklicnega sodelovanja v prihodnosti. Vseboval je devet trditev in dve vprašanji zaprtega tipa na temo izobraževanja o timskem delu.

3.3.3 Opis vzorca

Za potrebe raziskave smo uporabili nenaključni, priložnostni vzorec anketirancev. Na podlagi predhodno pridobljenega privoljenja s strani vodilnih v Zdravstvenem domu Kranj smo anketne vprašalnike razdelili med zaposlene s področja medicine in zdravstvene nege, ki med seboj sodelujejo. Iz raziskave so bili izvzeti zaposleni na delovnih mestih, kjer ne prihaja do neposrednega sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami (fizioterapevti, rentgenski tehniki, laboratorijski tehniki, logopedi, psihiatri idr.). Pojem medicinska sestra v raziskavi zajema: diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, višje medicinske sestre/višje medicinske tehnike, zdravstvene tehnike/ce, tehnike/ce zdravstvene nege in srednje medicinske sestre/srednje medicinske tehnike. Razdeljenih je bilo 142 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 87, kar je predstavljalo 61,3% realizacije vzorca. Od tega je bilo zaposlenim na področju medicine (zdravnikom) razdeljenih 50 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 26 (52%). Zaposlenim na področju zdravstvene nege (medicinskim sestram) je bilo razdeljenih 92 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 61 (66,3%). Med anketiranimi zdravniki je bilo 9 (34,6%) moških in 17 (65,4%) žensk. Povprečna starost med zdravniki je bila 45,5 let, delovna doba pa 19,3 leta. Med medicinskimi sestrami je bilo anketiranih 13 (21,3%) moških in 48 (78,7%) žensk. Povprečna starost medicinskih sester je bila 39,8 let, delovna doba pa 19,0 let.

3.3.4 Statistična obdelava podatkov

Podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega računalniškega programa SPSS 15.0. Uporabili smo osnovno deskriptivno statistiko, hi-kvadrat in t-test za neodvisne vzorce. Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je za trditve v vprašalniku znašala 0,85 in je presegla prag 0,7, ki v mednarodni literaturi predstavlja dovolj visoko zanesljivost

zbranih podatkov (Nunnally in Bernstein, 1994). Stopnjo tveganja in statistično pomembnost je pomenila p-vrednost $<0,05$.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Timsko in skupinsko delo

Med anketiranci smo želeli ugotoviti poznavanje teoretičnih značilnosti pojmov skupina in tim, ter razlik med njima. Dobljeni rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Ocena trditvev glede timskega in skupinskega dela

TRDITVE	N	PV	SO
Skupina in tim se po definiciji razlikujeta.	87	3,7	1,2
Vsaka skupina je tim.	87	2,4	1,3
Vsak tim je skupina.	83	3,8	1,2
Člani tima odločitve sprejemajo skupaj.	86	4,1	0,9
V reševanje konfliktov v timu so vključeni vsi člani.	87	4,1	0,9
Med člani tima prevladuje zaupanje glede opravljanja posameznih nalog.	87	4,4	0,6
Člani tima pri postavljanju ciljev sodelujejo.	87	4,4	0,6
Člani skupine med seboj delujejo neodvisno.	86	3,5	1,0
Člani skupine sodelujejo pri sprejemanju odločitev.	87	3,6	0,9
V skupini je komunikacija pomembna.	87	4,5	0,8
V skupini probleme rešuje vodja.	87	3,6	1,0
V skupini cilje postavi vodja.	86	3,6	1,0

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Čim večje nestrinjanje smo pričakovali pri treh trditvah. Pri prvi izmed teh, da je vsaka skupina tim, smo pričakovane rezultate tudi dobili (PV/SO=2,4/1,3). Pri drugih dveh trditvah pa smo dobili rezultate, ki kažejo na to, da se anketiranci s trditvama strinjajo. In sicer so se s trditvijo, da člani skupine sodelujejo pri sprejemanju odločitev, strinjali (PV/SO=3,6/0,9), s trditvijo, da je v skupini komunikacija pomembna, pa povsem strinjali (PV/SO=4,5/0,8). Pri ostalih devetih trditvah, ki opisujejo značilnosti skupine in tima, so se anketiranci po pričakovanjih z njimi strinjali oziroma povsem strinjali.

3.4.2 Medpoklicno sodelovanje na delovnem mestu

Trditve so bile podane po mešanem vrstnem redu glede na skupno področje, ki so ga zajemale, nato pa za namen interpretacije zbrane v vsebinska področja. Trditve smo združili v pet skupin. Sklop vključuje tudi dve vprašanji zaprtega tipa in eno vprašanje kombiniranega tipa. Pri vprašanju "kdo ima po vašem mnenju v timu glede na spol in starost najvišji ugled" nismo dobili zadostnega števila uporabnih odgovorov in ga zato nismo mogli upoštevati, delno to velja tudi za odprti del enega vprašanja, kjer anketirance sprašujemo "če sploh in zakaj po njihovem mnenju prisotnost statusne hierarhije zmanjšuje uspešnost dela v timu".

Sodelovanje

V tabeli 2 so prikazani rezultati ocen anketirancev glede trenutne stopnje sodelovanja med zaposlenimi ter sodelovanja med zaposlenimi in njihovo vodjo.

Tabela 2: Primerjava v oceni trditev glede medpoklicnega sodelovanja na delovnem mestu

TRDITVE	dejavnost zdravstvene nege (N=61) PV / SO	dejavnost medicine (N=26) PV / SO	p-vrednost
Za tim, kjer delam, velja, da člani tima med seboj sodelujemo pri postavljanju ciljev.	3,7 / 0,9	4,0 / 1,0	0,215
Za tim, kjer delam, velja, da neposredni vodja upošteva mnenja vseh članov.	3,6 / 0,9	4,0 / 0,9	0,114
V timu je prisotna želja po uvajanju izboljšav v proces dela.	3,8 / 0,6	4,0 / 0,6	0,089
Člani tima se pri delu med seboj vzpodbujamo.	3,7 / 0,7	3,8 / 0,8	0,633
Med člani tima je prisotna tekmovalnost.	2,8 / 1,1	2,3 / 0,9	0,075
Za tim, kjer delam, velja, da člani tima upoštevamo navodila neposredne vodje.	4,0 / 0,8	4,4 / 0,5	0,008
Tim uvaja izboljšave v proces dela.	3,8 / 0,7	4,1 / 0,6	0,046
Člani tima mi dajejo občutek, da imam pomembno vlogo v timu.	3,6 / 0,8	4,0 / 0,7	0,007
Med člani tima je prisotna nevoščljivost.	2,7 / 1,1	2,1 / 0,9	0,019

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Glede upoštevanja navodil, ki jih članom podaja vodja tima, medicinske sestre menijo, da le-to je prisotno (PV/SO=4,0/0,8), kar še nekoliko bolj odločno pritrdilno

opredeljujejo zdravniki (PV/SO=4,4/0,5), ki se s trditvijo popolnoma strinjajo. Statistično pomembno razliko med obema skupinama potrjuje vrednost $p=0,008$. S trditvijo, da tim uvaja izboljšave v proces dela, se strinjajo medicinske sestre (PV/SO=3,8/0,7), zdravniki pa se s tem povsem strinjajo (PV/SO=4,1/0,6). Statistična pomembnost razlik med obema skupinama je dosegla vrednost $p=0,046$. Medicinske sestre s strani ostalih članov tima čutijo, da je njihova vloga v timu pomembna (PV/SO=3,6/0,8), v še večji meri pa to občutijo zdravniki (PV/SO=4,0/0,7), katerih strinjanje s trditvijo se od medicinskih sester statistično pomembno razlikuje ($p=0,007$). Tudi pri trditvi o prisotnosti nevoščljivosti med člani tima so bili zdravniki (PV/SO=2,1/0,9) bolj odločni pri nestrinjanju s trditvijo kot medicinske sestre (PV/SO=2,7/1,1), oboji pa se s trditvijo ne strinjajo. Statistična pomembnost razlik med skupinama je dosegla vrednost $p=0,019$.

V to vsebinsko področje smo uvrstili tudi zaprto vprašanje, pri katerem večina zdravnikov (87,5%) in medicinskih sester (68,9%) ocenjuje, da v organizaciji delujejo kot tim in ne kot skupina.

Statusna hierarhija

O prisotnosti in vplivu statusne hierarhije na delo in sodelovanje so se anketiranci opredeljevali na podlagi trditev, ki jih prikazuje tabela 3, področju pa smo pridružili še eno vprašanje zaprtega tipa, za katerega rezultati so podani v tabeli 4.

Tabela 3: Primerjava v oceni trditev glede statusne hierarhije na delovnem mestu

TRDITVE	dejavnost zdravstvene nege (N=61) PV / SO	dejavnost medicine (N=26) PV / SO	p-vrednost
V timu, kjer delam, je prisotna hierarhija dejavnosti medicine nad dejavnostjo zdravstvene nege.	3,6 / 1,1	3,7 / 1,2	0,843
V timu, kjer delam, je prisotna hierarhija dejavnosti zdravstvene nege nad dejavnostjo medicine.	1,9 / 0,9	1,5 / 0,6	0,091
Izobrazba vpliva na proces odločanja v timu.	3,4 / 1,0	3,9 / 1,2	0,066

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Tabela 4: Prisotnost statusne hierarhije in njen vpliv na timsko delo

Ali menite, da je v timu, kjer delate, prisotna statusna hierarhija?	dejavnost zdravstvene nege (N=61)	dejavnost medicine (N=26)
Da	29 (47,5%)	17 (65,4%)
Ne	32 (52,5%)	9 (34,6%)
Ali prisotnost statusne hierarhije po vašem mnenju zmanjšuje uspešnost dela v timu?	vsi anketiranci (N=87)	
Da	13 (15%)	
Ne	74 (85%)	

N=število anketirancev

Pri vprašanju zaprtega tipa ugotavljamo, da je 47,5% medicinskih sester in 65,4% zdravnikov mnenja, da je statusna hierarhija na njihovem delovnem mestu prisotna, 15% jih je odgovorilo, da njena prisotnost zmanjšuje delovno uspešnost tima.

Spoštovanje

V tabeli 5 so zbrani rezultati ocen, ki so jih anketiranci podali za ovrednotenje stopnje spoštovanja med sodelavci ter med dejavnostima medicine in zdravstvene nege.

Tabela 5: Primerjava v oceni trditve glede spoštovanja na delovnem mestu

TRDITVE	dejavnost zdravstvene nege (N=61) PV / SO	dejavnost medicine (N=26) PV / SO	p-vrednost
Za tim, kjer delam, velja, da imajo zdravniki spoštljiv odnos do medicinskih sester.	3,9 / 0,8	4,6 / 0,5	<0,001
Za tim, kjer delam, velja, da imajo medicinske sestre spoštljiv odnos do zdravnikov.	4,2 / 0,7	4,5 / 0,5	0,017
Člani tima spoštujejo moje delo v timu.	3,8 / 0,7	4,3 / 0,7	0,006
Spoštujem delo drugih članov v timu.	4,3 / 0,5	4,5 / 0,5	0,132
Zdravniki v timu spoštujejo zdravstveno nego kot samostojno dejavnost.	3,3 / 1,0	4,0 / 1,0	0,002
Medicinske sestre v timu spoštujejo medicino kot samostojno dejavnost.	4,1 / 0,7	4,2 / 0,8	0,347

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Medicinske sestre v timih se strinjajo s trditvijo, da imajo zdravniki do njih spoštljiv odnos (PV/SO=3,9/0,8), še bolj pa so v to prepričani zdravniki (PV/SO=4,6/0,5) in se s

trditvijo popolnoma strinjajo. Razlike med skupinama so z vrednostjo $p < 0,001$ statistično pomembne. Tudi za trditev, da imajo medicinske sestre v timu spoštljiv odnos do zdravnikov, velja, da so razlike med skupinama z vrednostjo $p = 0,017$ statistično pomembne. V tem primeru se tako medicinske sestre (PV/SO=4,2/0,7) kot tudi zdravniki (PV/SO=4,5/0,5) s trditvijo popolnoma strinjajo. Medicinske sestre se strinjajo (PV/SO=3,8/0,7), da je njihovo delo v timu spoštovano s strani ostalih članov. Zdravniki so tu zopet bolj odločni in se s tem, da je njihovo delo v timu spoštovano, popolnoma strinjajo (PV/SO=4,3/0,7). Tudi tu vrednost $p = 0,006$ kaže na statistično pomembnost razlik med skupinama. Po mnenju zdravnikov (PV/SO=4,0/1,0) slednji spoštujejo zdravstveno nego kot samostojno dejavnost in se s trditvijo strinjajo bolj kot medicinske sestre, katerih strinjanje je pri tej trditvi nekoliko manj odločno (PV/SO=3,3/1,0), a se tudi one z njo strinjajo. Vrednost $p = 0,002$ kaže na statistično pomembnost razlik dobljenih rezultatov med obema skupinama.

Zaupanje

Glede zaupanja so se anketiranci opredelili le v eni trditvi, katere rezultati so predstavljeni v tabeli 6.

Tabela 6: Primerjava v oceni trditev glede zaupanja na delovnem mestu

TRDITEV	dejavnost zdravstvene nege (N=61) PV / SO	dejavnost medicinske (N=26) PV / SO	p-vrednost
Za tim, kjer delam, velja, da člani zaupamo v strokovno usposobljenosti ostalih članov tima.	4,0 / 0,7	4,4 / 0,6	0,010

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Glede na dobljene rezultate za zgornjo trditev je očitno, da niti medicinske sestre (PV/SO=4,0/0,7) niti zdravniki (PV/SO=4,4/0,6) nimajo težav z zaupanjem v strokovno usposobljenost ostalih članov v timu, saj se medicinske sestre s trditvijo strinjajo, zdravniki pa popolnoma strinjajo. Vrednost $p = 0,010$ kaže na to, da so razlike med skupinama statistično pomembne.

Komunikacija

Tabela 7 prikazuje, kako so anketiranci ocenili sproščenost komuniciranja, svobodnost in brezskrbnost izražanja mnenj in stališč v odnosu z ostalimi člani tima.

Tabela 7: Primerjava v oceni trditve glede komunikacije na delovnem mestu

TRDITVE	dejavnost zdravstvene nege (N=61) PV / SO	dejavnost medicine (N=26) PV / SO	p-vrednost
Za tim, kjer delam, velja, da se člani med seboj odkrito pogovarjamo o problemih v timu.	3,6 / 1,0	4,0 / 0,9	0,037
Člani tima imamo možnost izraziti svoje mnenje.	4,0 / 0,8	4,4 / 0,6	0,022
Komunikacija z neposredno vodjo poteka v sproščenem vzdušju.	3,8 / 0,8	4,2 / 0,8	0,043
Komunikacija s člani tima poteka v sproščenem vzdušju.	4,0 / 0,6	4,2 / 0,8	0,326
Zdravnik kot član tima me pohvali za dobro opravljeno delo.	3,5 / 1,0	4,0 / 0,8	0,010
Medicinska sestra kot članica tima me pohvali za dobro opravljeno delo.	3,5 / 1,0	4,0 / 0,9	0,042
Neposredni vodja me pohvali za dobro opravljeno delo.	3,4 / 1,0	4,0 / 0,7	0,006
Za tim, kjer delam, velja, da so naloge članov jasno določene.	3,9 / 0,8	4,2 / 0,7	0,094

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Glede pogovarjanja o problemih v timu se medicinske sestre (PV/SO=3,6/1,0) z ostalimi člani pogovarjajo odkrito. Enako mislijo zdravniki, ki so svoje mnenje z nekoliko višjo oceno (PV/SO=4,0/0,9) za razliko od medicinskih sester še bolj utrdili. Statistična pomembnost razlik med skupinama se kaže z vrednostjo $p=0,037$. Zaposleni v zdravstveni negi se popolnoma strinjajo (PV/SO=4,0/0,8), da imajo možnost izraziti svoje mnenje v timu, zaposleni v medicini pa verjetno zato, ker so ponavadi oni vodje timov, mnenja izražajo še toliko lažje (PV/SO=4,4/0,6). Razlike med skupinama v rezultatih trditve so z vrednostjo $p=0,022$ statistično pomembne. S tem, da komunikacija z neposredno vodjo poteka v sproščenem vzdušju, se strinjajo medicinske sestre (PV/SO=3,8/0,8), zdravniki pa se s trditvijo popolnoma strinjajo (PV/SO=4,2/0,8). Vprednost $p=0,043$ kaže na statistično pomembno razliko med skupinama. Rezultati naslednjih dveh trditve so skoraj identični. Namreč, medicinske

sestre se enako (PV/SO=3,5/1,0) strinjajo s trditvijo, da jih zdravnik pohvali za dobro opravljeno delo, kot tudi s trditvijo, da so za dobro opravljeno delo pohvaljene s strani medicinske sestre. Zdravniki se tako s trditvijo, da so pohvaljeni s strani drugega zdravnika, strinjajo (PV/SO=4,0/0,8), prav tako se strinjajo s trditvijo, da jih za dobro opravljeno delo pohvali medicinska sestra (PV/SO=4,0/0,9). Statistično pomembna razlika med obema skupinama se za trditev o pohvalah s strani zdravnika kaže z vrednostjo $p=0,010$, za trditev o pohvalah s strani medicinske sestre pa je vrednost $p=0,042$. Tudi pri trditvi o pohvalah s strani neposredne vodje so dobljeni rezultati zelo podobni prejšnjim. S to trditvijo se strinjajo medicinske sestre (PV/SO=3,4/1,0), še nekoliko bolj pa zdravniki (PV/SO=4,0/0,7). Tudi razlika med skupinama je statistično pomembna in je znašala $p=0,006$. Po mnenju obeh poklicnih skupin ni nejasnosti v timu glede določanja delovnih nalog posameznika.

3.4.3 Želje za prihodnost

V tabeli 8 so prikazana mnenja anketirancev o njihovih željah glede medpoklicnega sodelovanja v prihodnosti.

Tabela 8: Primerjava v oceni trditve glede želja za medpoklicno sodelovanje v prihodnosti

TRDITVE	dejavnost zdravstvene nege (N=61) PV / SO	dejavnost medicine (N=26) PV / SO	p-vrednost
V prihodnje si želim, da v organizacijski kulturi ne bi prevladovala kultura hierarhije.	4,2 / 0,9	3,3 / 1,0	<0,001
V prihodnje si želim, da bi zdravniki spoštovali mojo vlogo v timu.	4,3 / 0,7	4,3 / 0,6	0,825
V prihodnje si želim, da bi medicinske sestre spoštovale mojo vlogo v timu.	4,3 / 0,6	4,2 / 0,9	0,358
V prihodnje si želim, da bi se člani tima odkrito pogovarjali o problemih v timu.	4,4 / 0,7	4,3 / 0,8	0,560
V prihodnje si želim, da bi člani tima zaupali v moje znanje.	4,4 / 0,6	4,3 / 0,9	0,608
Pohvala s strani članov tima pozitivno vpliva na mojo uspešnost pri delu.	4,4 / 0,6	4,4 / 0,6	0,682
Denarna stimulacija je pozitivno povezana z delovno učinkovitostjo.	4,2 / 0,9	4,1 / 0,8	0,826
V prihodnje si želim, da bi dejavnosti medicine in zdravstvene nege delovali povezano.	4,4 / 0,6	4,2 / 0,9	0,102
V prihodnje se želim s člani tima udeležiti izobraževanja o team buildingu.	4,0 / 0,9	3,6 / 1,2	0,130

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Da si v prihodnje ne želijo hierarhične organizacijske kulture v timu, so se jasno izrazile medicinske sestre, ki se s trditvijo popolnoma strinjajo (PV/SO=4,2/0,9), precej manj se s trditvijo strinjajo zdravniki (PV/SO=3,3/1,0). Rezultati edino te trditve zadnjega sklopa so iz vidika razlik med skupinama z vrednostjo $p < 0,001$ statistično pomembni.

3.4.4 Izobraževanje

Glede na to, da je timski način dela v zdravstvu osnova za uspešno medpoklicno sodelovanje, smo anketirance spraševali o poznavanju izobraževanja na tem področju in morebitni pretekli udeležbi na izobraževanjih/strokovnih izpopolnjevanjih s tega področja. Rezultati so prikazani v tabelah 9 in 10.

Tabela 9: Poznavanje team buildinga

Ali poznate namen izobraževanj v okviru team buildinga?	dejavnost zdravstvene nege (N=61)	dejavnost medicine (N=26)	p-vrednost
da	19,6 %	26,9 %	0,223
ne	37,5 %	50,0 %	
delno, sem pa že slišal/a za tovrstna izobraževanja	42,9 %	23,1 %	

N=število anketirancev

Ugotovili smo, da izobraževanja o team buildingu pozna le petina anketirancev v dejavnosti zdravstvene nege in četrtnina anketirancev v dejavnosti medicine. Ostali te vrste izobraževanja ne poznajo ali pa so zanj le slišali. Dobljeni rezultati niso statistično pomembni.

Pri zadnjem vprašanju smo želeli izvedeti, ali so se anketiranci v preteklem letu udeležili izobraževanja/strokovnega izpopolnjevanja o timskem delu. Ugotovili smo, da se je izobraževanja/strokovnega izpopolnjevanja udeležilo 39,3% medicinskih sester in 23,1% zdravnikov. Koliko časa so se na tem področju izobraževali, pa prikazuje tabela 9.

Tabela 10: Čas izobraževanja/strokovnega izpopolnjevanja

	dejavnost zdravstvene nege (N=6) PV / SO	dejavnost medicine (N=2) PV / SO
Ure izobraževanja: timsko delo	20,5 / 16,7	5,0 / 0,0
	dejavnost zdravstvene nege (N=22) PV / SO	dejavnost medicine (N=6) PV / SO
Ure izobraževanja: komunikacija	7,0 / 7,7	5,3 / 2,4

N=število anketirancev; PV=povprečna vrednost; SO=standardni odklon

Medicinske sestre so izobraževanju/strokovnemu izpopolnjevanju o timske delu v preteklem letu v povprečju namenile 20,5 ur, komunikaciji pa 7,0 ur, za razliko od zdravnikov, ki so izobraževanju/strokovnemu izpopolnjevanju o timske delu v povprečju namenili le 5,0 ur, komunikaciji pa 5,3 ure. Razvidno je tudi, da so medicinske sestre namenile skoraj dvakrat več časa za izobraževanje/strokovno izpopolnjevanje timske delu kot komunikaciji. Zdravniki so obema področjema posvetili skoraj enako časa.

3.5 RAZPRAVA

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu temelji predvsem na timske načinu dela med zaposlenimi. V ta namen smo se v raziskavi osredotočili na to, ali zaposleni vedo, kateri so pogoji in značilnosti dela v timu, ter kako jih zaznavajo na svojem delovnem mestu. V uvodnem delu raziskave smo ugotavljali, ali zaposleni poznajo teoretične značilnosti skupinskega in timskega dela oziroma razliko med njima. Spoznanja kažejo na to, da anketiranci med pojmom ne razločijo jasno, proti pričakovanjem pa precej dobro poznajo značilnosti timskega dela, katere pa pripisujejo tudi med značilnosti dela v skupini. To si lahko razlagamo na dva načina, in sicer kot posledico slabega poznavanja teorije o skupinskem in timske načinu dela, za kar vzrok verjetno leži v načinu in času, namenjenemu tej temi v izobraževanju za poklic, po drugi strani pa lahko poznavanje značilnosti timskega načina dela pripisujemo dejstvu, da je ta način dela temelj sodelovanja v zdravstvu in nujen za doseg kakovostnih ciljev, torej je kot tak že uveden v sam proces dela med anketiranci. Z drugimi besedami, zaposleni vedo, da naj bi delovali kot tim, zato so značilnosti iz svojega delovnega okolja podali kot trditve, ki v anketnem vprašalniku veljajo za tim.

Avtorji slovenske raziskave (Mihelič-Zajc, Kobilšek in Horvat, 2007) so ob pregledu literature in analizi prispevkov v slovenskem prostoru med letoma 1995 in 2005 na temo medpoklicnega sodelovanja ugotovili, da je tako na teoretični kot na empirični ravni napisanega zelo malo oziroma skoraj nič, mi pa v novejši literaturi (Filej, 2006b; Bizjak, 2007; Kaučič in Filej, 2007; Klemenc, 2007; Poredoš, 2007; Premik, 2007 idr.) že zaznavamo napredek na tem področju, saj je zaslediti kar precejšnje število publikacij na temo medpoklicnega sodelovanja, napredek pa je viden tudi na raziskovalnem področju (Golob, 2006; Skela-Savič idr., 2006; Ovijač, 2007; Bambič,

2008 idr.). Ker je sodelovanje osnovni pogoj za uspešno timsko delo, smo se v osrednjem delu raziskave posvetili glavnim gradnikom uspešnega sodelovanja med strokama. Ugotovili smo, da je stopnja sodelovanja v timih razmeroma visoka, kjer naj omenimo, da se zadovoljstvo s trenutno situacijo kaže na nekoliko višji ravni s strani zdravnikov. Obe poklicni skupini zaznavata prisotnost hierarhije dejavnosti medicine nad dejavnostjo zdravstvene nege. Mnoge raziskave (Golob, 2006; Ovijač idr.; Skela Savič idr., 2006, 2006; Vrbovšek, 2006) kažejo, da je v zdravstvu, zlasti po mnenju medicinskih sester, statusna hierarhija nezaželena in prisotna v preveliki meri, zato je zanimivo, da jo v naši raziskavi na svojem delovnem mestu zazna le približno polovica vseh anketirancev, še bolj pa preseneča ugotovitev, da je manjšina vseh anketiranih mnenja, da njena prisotnost, sicer v različnih obsegih in na različne načine, zmanjšuje uspešnost pri delu. Tu velja omeniti rezultate slovenske raziskave organizacijske kulture v zdravstvu (Skela Savič idr., 2006), ki kažejo, da je skoraj tretjina organizacijske kulture z značilnostmi hierarhije, ki pa si je zaposleni v zdravstvu, tako kot anketiranci naše raziskave, v prihodnje ne želijo oziroma si je želijo znatno manj. Slednje v naši raziskavi velja predvsem za medicinske sestre, saj zdravniki glede na to, da so le-ti večinoma vodje timov in s tem prevzemajo tudi večjo odgovornost, v hierarhični kulturi ne vidijo tolikšne ovire oziroma jim tak način delovanja bolj ustreza kot medicinskim sestram. V slovenski raziskavi (Ovijač idr., 2008) se kot eden temeljnih konceptov uspešnega sodelovanja v zdravstvenem timu kaže spoštovanje. V naši raziskavi ugotavljamo, da je spoštovanje med anketiranci prisotno v zadovoljivi meri, znatno več ga zaznavajo zdravniki. Nižja stopnja strinjanja s trditvami je med medicinskimi sestrami opazna v ocenah spoštovanja zdravnikov do medicinskih sester ter spoštovanja zdravstvene nege kot samostojne dejavnosti s strani zdravnikov. Na podlagi tega lahko interpretiramo tudi med medicinskimi sestrami zaznano nižjo povprečno vrednost ocen trditve, ki se nanaša na spoštovanje njihovega dela s strani drugih medicinskih sester in zdravnikov v timu. Glede na statistično pomembnost dobljenih rezultatov se poraja vprašanje, kje je vzrok nižjih vrednosti rezultatov pri medicinskih sestrah. Morda bi odgovor upravičeno iskali in našli v zgoraj omenjeni statusni hierarhiji, ki je prisotna med strokama. S spoštovanjem gre z roko v roki tudi zaupanje v strokovno usposobljenost sodelavcev v timu, ki je med anketiranci prisotno v precejšnji meri. Kljub statistično pomembnim rezultatom podrobnejših podatkov o zaupanju med

strokama nimamo, zato bi bilo tej temi v prihodnje glede na njeno pomembnost morda dobro posvetiti več pozornosti pri raziskovanju.

Bolj jasne zaključke smo dobili na temo komunikacije v timu. Kot osnovnemu elementu sodelovanja lahko komunikaciji pripišemo izjemno pomembno vlogo, saj je kot temelj izmenjave informacij, mnenj ter stališč, ključna v kreiranju, vzdrževanju in izboljševanju odnosov in s tem kakovosti dela v timu. V raziskavi ugotavljamo, da so medicinske sestre glede na povprečno vrednost ocen trditev deležne znatno manj pohval s strani ostalih članov tima ter neposredne vodje kot zdravniki, kar bi lahko vplivalo tudi na nižjo stopnjo motivacije pri delu, saj med drugim oboji navajajo pohvalo kot zelo pomemben faktor vpliva na uspešnost pri delu. Kljub temu, da komunikacija med člani tima poteka v sproščenem vzdušju, pa iz povprečne vrednosti odgovorov ugotavljamo, da so medicinske sestre mnenja, da se člani tima manj odkrito pogovarjajo o problemih znotraj tima, kot pa to kažejo mnenja zdravnikov. Tu se zopet ponuja vprašanje, ali je to posledica manjše avtonomije zdravstvene nege v primerjavi z medicino. V prihodnje bi veljalo razmisliti o tem, kaj se da narediti v tej smeri, da bi se mnenja medicinskih sester na to temo izboljšala. Povprečne vrednosti odgovorov trditve kažejo tudi nekoliko nesproščenost medicinskih sester v komunikaciji z neposredno vodjo, ki je zopet v večini timov zdravnik.

Z raziskavo smo ugotovili, da so naloge članov dokaj jasno določene, ne vemo pa, ali to pomeni delo izključno glede na kompetence posameznih profilov ali se delitev nalog kaže zgolj v ustaljenem režimu dela, ki ni pogojeno oziroma v skladu s pravno formalno določenimi kompetencami. Posledice nejasnih delitev dela glede na kompetentnost posameznika se lahko kažejo v nezaupanju v svoje znanje in v znanje sodelavcev, še posebno, kadar delo, ki ga opravljajo, presega njihova naučena znanja in kompetence. Sklepamo lahko, da bi predvidene ugotovitve kazale na prisotnost problema predvsem na strani medicinskih sester, ki imajo glede na izobraževanje v primerjavi z zdravniki manj znanja in kompetenc. Tako bi lahko utemeljili tudi dejstvo, da si medicinske sestre v prihodnje bolj želijo izobraževati na področju team buildinga kot zdravniki, čeprav ugotavljamo, da tovrstna izobraževanja pozna nizek delež medicinskih sester in zdravnikov. Glede na literaturo (Bambič, 2008) sklepamo, da je vzrok temu v procesu izobraževanja, ki v primerjavi s tujino module na vsebino medpoklicnega sodelovanja pri nas v izobraževanje implantira počasi in v zelo majhnem obsegu. Mnogi avtorji

(Herzberg, 1999; Wicks, 1999; povz. po Červ, 2006; Freeth, 2005; povz. po Bambič, 2008; Filej, 2006b; povz. po Bambič, 2008; Premik, 2007) vidijo v tem pristopu velik napredek in pridobitev za celoten zdravstveni tim, kar z raziskavo potrjujeta tudi Weinstein in Antonova (2003, povz. po Thomson, 2007). V vsakem primeru nas na tem področju čakajo mnoge spremembe, če bomo želeli uspeti in doseči še višji nivo medpoklicnega sodelovanja in s tem kakovostnejše rezultate ter boljše zadovoljstvo pacientov, ki so dejansko tudi razlog našega obstoja. Željo po tem so izrazili tudi anketiranci naše raziskave, saj si tako zdravniki kot medicinske sestre odločno želijo, da bi dejavnost medicine in zdravstvene nege v prihodnje delovali povezano. Oboji spoznavajo oziroma so spoznali in se zavedajo pomena dobrega medpoklicnega sodelovanja in odvisnosti drug od drugega.

Če odgovorimo na raziskovalna vprašanja, lahko rečemo, da anketiranci ocenjujejo medpoklicno sodelovanje na svojem delovnem mestu kot uspešno oziroma so s situacijo zadovoljni, obenem pa medicinske sestre nekoliko bolj kot zdravniki vidijo priložnosti za razvoj timskega dela predvsem v odkriti in sproščeni komunikaciji, medsebojnem vzpodbujanju, spoštovanju, izobraževanju o tiskem delu ter v strokovnem izpopolnjevanju, kar bi vplivalo tudi na višjo stopnjo zaupanja med člani tima. Precej prisotna je še vedno statusna hierarhija, ki pa ni ovira za uspešno sodelovanje.

Rezultatov raziskave ne moremo posploševati na vse zdravstvene domove, ker je bila raziskava izvedena na primeru enega zdravstvenega doma. Uporabili smo nenaključni vzorec, ki ni reprezentativen za celotno populacijo.

4 ZAKLJUČEK

Nujnost medpoklicnega sodelovanja se je dobro ustalila v prepričanjih zdravstvenih delavcev na različnih področjih delovanja. Z napredovanjem razvoja strok se je pokazalo kot neizbežno v želji po doseganju kakovostnih in vedno višje postavljenih ciljev. Dobro medpoklicno sodelovanje pozitivno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih, kakovost storitev in s tem tudi na zadovoljstvo njihovih uporabnikov.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stopnjo in kakovost medpoklicnega sodelovanja anketirancev. Pridobili smo nekaj zelo zanimivih in vzpodbudnih zaključkov, ki kažejo na uspešno sodelovanje med strokama in na zadovoljstvo zaposlenih, ugotavljamo pa tudi, na katerih področjih ostaja prostor za dodatne izboljšave. Med anketiranci, predvsem na strani medicinskih sester, je prisotna želja po tesnejšem in kakovostnejšem sodelovanju med strokama, oboji pa se želijo v tej smeri tudi dodatno izobraževati. Dejavnost zdravstvene nege je še vedno v podrejenem položaju, kar je razvidno iz rezultatov, ki glede zadovoljstva s trenutno situacijo kažejo v prid zdravnikom. Višjo kakovost dela bi bilo mogoče doseči z natančneje opredeljenimi nalogami posameznika, saj so lahko nekatera pričakovanja, predvsem med zdravniki glede izvajanja intervencij medicinskih sester, v nasprotju z njihovim znanjem in kompetencami. K tem bi pripomoglo tudi boljše poznavanje in razumevanje poslanstva partnerske stroke. Tako bi namreč oboji lahko pridobili na ugledu in spoštovanju s strani sodelavcev. Da bi slednje dosegli, pa bi bilo potrebno temeljiteje raziskati in razmisliti o korenitejših posegih v področje dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja, ki se je v tujini že izkazalo za pomemben dejavnik dobrega medpoklicnega sodelovanja, še posebej v zdravstvu.

Zdravstvena nega proti medicini? Medicina proti zdravstveni negi? Ena nad drugo? Ena za drugo? Druga ob drugi? Druga z drugo? To so vprašanja, ki se ob branju literature o razvoju teh dveh strok od ustanovitve pa do danes porajajo marsikomu. Sedaj pa je jasno, da ena brez druge enostavno ne bosta uspešni in sta medsebojno odvisni. Zato si lahko prenehamo postavljati vsa zgoraj našeta vprašanja in odločno rečemo "druga z drugo", saj bomo edino na ta način lahko kljubovali vsem preprekam na poti do vedno višje zastavljenih ciljev.

5 LITERATURA

- Albreht T. Sodelovanje med različnimi poklici v zdravstvenem varstvu – javnozdravstveni vidik. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Bambič M. Biopsihosocialni model zdravja [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2008.
- Bizjak M. Vpliv odnosov med zdravstvenimi delavci na odnose do bolnikov. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna - VI. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege; 2007 Maj 10-11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.
- Blue I, Fitzgerald M. Interprofessional relations: case studies of working relationships between registered nurses and general practitioners in rural Australia. *J Clin Nurs* 2002; 11: 314-21.
- Bohinc M. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot dejavnik kakovosti v zdravstvu. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Červ B. Spol in sodelovanje z vidika razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 1: 116-31.

- Domajnko B, Kvas A, Štrancar K, Bojc N, Pahor M. Živeta interprofesionalna razmerja: kvalitativni pregled. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Filej B. Gradimo danes za jutri. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006a.
- Filej B. Razmerja med medicino in zdravstveno nego z vidika pristojnosti, odgovornosti in timskega dela. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2006b.
- Gafa M, Fenech A, Scerri C, Price D. Teamwork in healthcare organizations. *Pha Edu* 2005; 5(2): 113-9.
- Gjeberg E, Kjølstrød L. The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor cooperating with female nurse? *Soc Sci Med* 2001; 52(2): 189-202.
- Golob M. Organizacijska kultura v zavodu DSO Novo Mesto [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.
- Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1995; 21: 103-9.
- Ivanovič B, Popovič S, Nartnik I. Medicinska sestra odhaja iz intenzivne terapije. In: Filej B, Kvas A, Kersnič P eds. Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege; 2005 Maj 12-14; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
- Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliat Med* 2007; 21: 347-54.

- Kadivec S, Košnik M, Vegnuti M. Večdisciplinarno sodelovanje pri postopku sprejema bolnika v bolnišnici Golnik - kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Kaučič BM, Filej B. Dejavniki, ki vplivajo na uspešno timsko delo v zdravstveni negi. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna - VI. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege; 2007 Maj 10-11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.
- Kaučič BM, Pagon M. Dejavniki uspešnega timskega dela v zdravstveni negi. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo; 2006; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2006.
- Kaučič BM, Pagon M. Timsko delo v očeh medicinskih sester – kateri dejavniki vplivajo na njegovo uspešnost. In: Rajkovič V, Joksimović-Žarkić N, Kern T, Kljajić M, Leskovar M, Mayer V et al. eds. Ustvarjalna organizacija - XXVI. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti; 2007 Mar 28-30; Portorož, Slovenija. Kranj: Moderna organizacija; 2007.
- Kinsman-Dean RA, Major JE. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *J Clin Nurs* 2008; 17: 1088-95.
- Klančnik-Gruden M. Sociološki vidiki položaja in vloge medicinskih sester v Sloveniji: študija primera. *Socialno delo* 2003; 42 (1): 1-17.
- Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdrav Vestn* 2007; 76: 55-9.

- Kobolt A. Timsko delo. In: Švab V, ed. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje; 2004: 139-48.
- Kolnik T. Vpliv komuniciranja med zaposlenimi v organizaciji na njihovo zadovoljstvo pri delu: študija primera [magistrsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem; 2008.
- Kvas A, Domajnko B, Štrancar K, Bojc N, Pahor M. Medpoklicno sodelovanje med slovenskimi medicinskimi sestrami in zdravniki: kvalitativni pregled. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna - VI. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege; 2007 Maj 10-11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.
- Lahe M, Kaučič BM. Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege. In: Rajkovič V, Doucek P, Kern T, Kljajić M, Van Knop J, Leskovar R, et al., eds. Management sprememb - XXV. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti; 2006 Mar 15-17; Portorož, Slovenija. Kranj: Moderna organizacija; 2006.
- Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. Online J Issues Nurs 2005; 10(1).
- McCallin A, McCallin M. Factors influencing team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. J Physiother 2009; 37(2): 61-7.
- Mihelič-Zajc A, Kobilšek PV, Horvat M. Kaj so o medpoklicnem sodelovanju napisale medicinske sestre in kaj zdravniki v obdobju 1995 – 2005 v svojih strokovnih periodičnih časopisih? In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna - VI. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege; 2007 Maj 10-11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.
- Možina S. Delo v teamu, skupini. In: Možina S, Gubanc M, eds. Management: nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta; 2002.
- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory (3rd ed). New York: McGraw-Hill; 1994.

- O'Brien JL, Martin DR, Heyworth JA, Meyer NR. A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21: 444-53.
- Ovijač D. Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2007.
- Ovijač D. Sodelovanje med zaposlenimi v zdravstvu. In: Božjak M, ed. Medosebni odnosi in komunikacija v procesu zdravstvene nege; 2006 Okt 6-7; Podčetrtek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji; 2006.
- Ovijač D, Kvas A, Pahor M. Raziskovanje medpoklicnega sodelovanja med zdravstvenimi delavci v Sloveniji. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik z recenzijo / 1. mednarodna znanstvena konferenca; 2008 Sep 25-26; Bled, Slovenia. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008.
- Ovijač D, Rajkovič V, Šušteršič O, Pahor M. Spoštovanje, temelj poklicnega sodelovanja – tudi v zdravstvu. In: Rajkovič V, Jereb E, Kern T, Kljajić M, Paape B, Pagon M, et al., eds. Znanje za trajnostni razvoj - XXVII. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti; 2008 Mar 19-21; Portorož, Slovenija. Kranj: Moderna organizacija; 2008.
- Ovijač D, Škrabl N, Kobilšek P, Cevc M, Pahor M. Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive (nekateri rezultati anketne raziskave). In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.

- Ovijač D, Škrabl N, Kobilšek P, Pahor M. Značilnosti medpoklicnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna - VI. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege; 2007 Maj 10-11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.
- Pahor M. Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. Zdrav Obzor 1989; 23: 43-64.
- Pahor M. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. Zdrav Vestn 2007; 76: 43-7.
- Pahor M. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet preišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Pegan V. Sodelovanje v zdravstveni delovni skupini med medicinsko sestro in zdravnikom: realnost ali utopija? In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Pollard K. Raziskovanje medpoklicnih odnosov v zdravstvu. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Poredoš P. Ali je zdravniška etika drugačna od etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov? In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003.

- Poredoš P. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2007.
- Premik M. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. Zdrav Vestn 2007; 76: 49-53.
- Pretnar-Kunstek V. Sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki; realnost ali utopija. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Pullon S. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. J Interprof Care 2008; 22(2): 133-47.
- Robida A. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Skela Savič B, Pagon M, Lobnikar B. Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah. In: Rajkovič V, Doucek P, Kern T, Kljajić M, Van Knop J, Leskovar R, et al., eds. Management sprememb - XXV. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti; 2006 Mar 15-17; Portorož, Slovenija. Kranj: Moderna organizacija; 2006.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 1994.
- Soubhi H, Colet NR, Gilbert JHV, Lebel P, Thivierge RL, Hudon C, et al. Interprofessional learning in the trenches: Fostering collective capability. J Interprof Care 2009; 23(1): 52–7.
- Sweet SJ, Norman IJ. The nurse-doctor relationship: a selective literature review. J Adv Nurs 1995; 22: 165-70.

- Šmitek J. Čustvena inteligenca v zdravstvu – ali je potrebna? In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006.
- Thomson S. Nurse-Physician Collaboration: A Comparison of the Attitudes Of Nurses and Physicians in The Medical-Surgical Patient Care Setting. *Medsurg Nurs* 2007; 16(2): 87-104.
- Tschannen D. The Effect of Individual Characteristics on Perceptions Of Collaboration In The Wor Environment. *Medsurg Nurs* 2004; 13(5): 312-8.
- Ule M. Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.
- University of the West of England. BSc(Hons)/BSc/Diploma of Higher Education in Adult Nursing. Programme handbook. 2002. Dostopno na: <http://hsc.uwe.ac.uk/school/Data/Sites/1/pdf/abksep02.pdf> (3.5.2010).
- Vrbovšek S. Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.
- Williams P, Sullivan H. Despite all we know about collaborative working, why do we still get it wrong? *J Integr Care* 2010; 18(4): 4-15.
- Woodward CA. Medical students' attitudes toward women: Are medical schools microcosms of society? *CMAJ* 1999; 160(3): 347-8.
- World Health Organization. Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group On Multiprofessional Education of Health Personell: The Team Approach. Technical Report Series 769. Geneva: WHO; 1988.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

MEDPOKLICNO SODELOVANJE NA PRIMERU ZDRAVSTVENEGA DOMA

Spoštovani,

na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice v okviru diplomskega dela izvajamo raziskavo z naslovom »*Medpoklicno sodelovanje na primeru zdravstvenega doma*«. Z raziskavo želimo ugotoviti način medpoklicnega sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami. Na podlagi rezultatov raziskave bomo pripravili izhodišča za uvajanje izboljšav na področju medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu. Diplomsko delo nastaja pod mentorstvom pred. mag. Borisa Mihe Kaučiča in somentorstvom pred. Katje Skinder Savić.

V vprašalniku je uporabljen izraz *medicinska sestra*, ki zajema vse zaposlene v zdravstveni negi s srednješolsko, višje ali visokošolsko strokovno izobrazbo, ali zaključeno podiplomsko izobrazbo (specializacija, magisterij, doktorat).

Vljudno vas prosimo za sodelovanje v raziskavi. Zagotavljamo vam anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika in obdelavi podatkov. Rezultati raziskave bodo uporabljeni za pripravo diplomskega dela na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Hvala za vaše sodelovanje.

Žiga Bitežnik, študent 3. letnika VŠZNJ

Sklop 1: DEMOGRAFSKI PODATKI

Spol (obkrožite ustrezen odgovor):

1. Moški
2. Ženski

Starost (napišite na črto):

_____ let

Izobrazba (označite najvišje doseženo izobrazbo):

1. srednješolska izobrazba
2. višješolska izobrazba
3. visokošolska strokovna izobrazba
4. univerzitetna izobrazba
5. podiplomska izobrazba – specializacija
6. podiplomska izobrazba – strokovni magisterij / znanstveni magisterij
7. podiplomska izobrazba – doktorat znanosti

Delovna doba (na črto napišite polna leta delovne dobe):

_____ let

Področje dela (obkrožite ustrezen odgovor):

1. zdravstvena nega
2. medicina

Sklop 2: TIMSKO IN SKUPINSKO DELO

Spodaj naštete trditve se nanašajo na timsko in skupinsko delo na splošno. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite z:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

Trditev	1	2	3	4	5
Skupina in tim se po definiciji razlikujeta.	1	2	3	4	5
Vsaka skupina je tim.	1	2	3	4	5
Vsak tim je skupina.	1	2	3	4	5
Člani tima odločitve sprejemajo skupaj.	1	2	3	4	5
V reševanje konfliktov v timu so vključeni vsi člani.	1	2	3	4	5
Med člani tima prevladuje zaupanje glede opravljanja posameznih nalog.	1	2	3	4	5
Člani tima pri postavljanju ciljev sodelujejo.	1	2	3	4	5
Člani skupine med seboj delujejo neodvisno.	1	2	3	4	5
Člani skupine sodelujejo pri sprejemanju odločitev.	1	2	3	4	5
V skupini je komunikacija pomembna.	1	2	3	4	5
V skupini probleme rešuje vodja.	1	2	3	4	5
V skupini cilje postavi vodja.	1	2	3	4	5

Sklop 3: MEDPOKLICNO SODELOVANJE

Spodaj naštete trditve se nanašajo na vašo oceno medpoklicnega sodelovanja na delovnem mestu. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite z:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

Trditev	1	2	3	4	5
V timu, kjer delam, je prisotna hierarhija dejavnosti medicine nad dejavnostjo zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
V timu, kjer delam, je prisotna hierarhija dejavnosti zdravstvene nege nad dejavnostjo medicine.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da so naloge članov jasno določene.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da imajo zdravniki spoštljiv odnos do medicinskih sester.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da imajo medicinske sestre spoštljiv odnos do zdravnikov.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da se člani med seboj odkrito pogovarjamo o problemih v timu.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da člani zaupamo v strokovno usposobljenosti ostalih članov tima.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da člani tima med seboj sodelujemo pri postavljanju ciljev.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da neposredni vodja upošteva mnenja vseh članov.	1	2	3	4	5
Za tim, kjer delam, velja, da člani tima upoštevamo navodila neposredne vodje.	1	2	3	4	5
Člani tima spoštujejo moje delo v timu.	1	2	3	4	5
Spoštujem delo drugih članov v timu.	1	2	3	4	5
Zdravniki v timu spoštujejo zdravstveno nego kot samostojno dejavnost.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre v timu spoštujejo medicino kot samostojno dejavnost.	1	2	3	4	5
Člani tima imamo možnost izraziti svoje mnenje.	1	2	3	4	5
Izobrazba vpliva na proces odločanja v timu.	1	2	3	4	5
Komunikacija z neposredno vodjo poteka v sproščenem vzdušju.	1	2	3	4	5
Komunikacija s člani tima poteka v sproščenem vzdušju.	1	2	3	4	5
Zdravnik kot član tima me pohvali za dobro opravljeno delo.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra kot članica tima me pohvali za dobro opravljeno delo.	1	2	3	4	5
Neposredni vodja me pohvali za dobro opravljeno delo.	1	2	3	4	5

V timu je prisotna želja po uvajanju izboljšav v proces dela.	1	2	3	4	5
Tim uvaja izboljšave v proces dela.	1	2	3	4	5
Člani tima se pri delu med seboj vzpodbujamo.	1	2	3	4	5
Člani tima mi dajejo občutek, da imam pomembno vlogo v timu.	1	2	3	4	5
Med člani tima je prisotna nevoščljivost.	1	2	3	4	5
Med člani tima je prisotna tekmovalnost.	1	2	3	4	5

Kdo ima po vašem mnenju v timu glede na spol in starost najvišji ugled? (odgovor napišite v prazen prostor)

Ali menite, da je v timu, kjer delate, prisotna statusna hierarhija? (obkrožite ustrezen odgovor)

1. da
2. ne

Če ste odgovorili z **DA**, napišite, ali to po vašem mnenju zmanjšuje uspešnost dela v timu in zakaj.

(odgovor napišite v prazen prostor)

Ocenjujem, da zaposleni med seboj najpogosteje delujemo kot (obkrožite ustrezen odgovor):

1. tim
2. skupina

Sklop 4: ŽELJE ZA PRIHODNOST

Spodaj naštete trditve se nanašajo na vaše želje za prihodnost. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite z:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

Trditev	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim, da bi zdravniki spoštovali mojo vlogo v timu.	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim, da bi medicinske sestre spoštovale mojo vlogo v timu.	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim, da bi se člani tima odkrito pogovarjali o problemih v timu.	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim, da bi člani tima zaupali v moje znanje.	1	2	3	4	5
Pohvala s strani članov tima pozitivno vpliva na mojo uspešnost pri delu.	1	2	3	4	5
Denarna stimulacija je pozitivno povezana z delovno učinkovitostjo.	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim, da bi dejavnosti medicine in zdravstvene nege delovali povezano.	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim, da v organizacijski kulturi ne bi prevladovala kultura hierarhije.	1	2	3	4	5
V prihodnje si želim s člani tima udeležiti izobraževanja o team buildingu.	1	2	3	4	5

Ali poznate namen izobraževanj v okviru Team buildinga? (obkrožite ustrezen odgovor):

1. da
2. ne
3. delno, sem pa že slišal/a za tovrstna izobraževanja

Ali ste se v preteklem letu udeležili izobraževanja / strokovnega izpopolnjevanja o timskem delu?

1. da
2. ne

Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z **DA**, napišite, koliko ur ste v letu 2009 namenili izobraževanju / strokovnemu izpopolnjevanju s področja:

- timskega dela _____ ur
- komunikacije _____ ur

Hvala za vaše sodelovanje.

