



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo

Visokošolskega strokovnega študijskega program prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

VPLIV TIMA NUJNE MEDICINSKE POMOČI NA POKLICNE AKTIVNOSTI ČLANOV TIMA

Mentor: Andrej Fink, MSHS (ZDA), pred.

Kandidat: Karel Stanič

Jesenice, julij, 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju Andreju Finku, MSHS (ZDA), pred., za vse njegove strokovne nasvete in korektno vodenje pri snovanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se ga. Mariji Rupar za prevod povzetka, ga. Heleni Madon za lektoriranje diplomske naloge, ter recenzentkama doc. dr. Brigiti Skeli Savič in mag. Renati Rajapakse, viš. pred. za usmeritve pri nastajanju kakovostne diplomske naloge.

Zahvaljujem se g. Jožetu Prestorju, vodji reševalne službe zdravstvenega doma Kranj, za strokovno pomoč pri raziskavi in nastajanju anketnega vprašalnika.

Prav posebna zahvala gre moji družini, ki me je celotno študijsko obdobje podpirala in stala ob strani.

Zahvaljujem se vsem ožjim sodelavcem za izkazano podporo in pomoč pri opravljanju študijskih obveznosti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Timsko delo je zahtevna in specifična oblika dela. Vodja tima enote NMP je zdravnik. Nosilec zdravstvene nege bi morala biti diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik (dipl. zn.).

Cilj: Cilj raziskave je bilo ugotoviti, kakšna je optimalna sestava tima NMP, ugotoviti kaj vpliva na prevzemanje vlog posameznih članov tima in kakšne so kompetence posameznih članov v timu NMP.

Metoda: Raziskava je temeljila na kavzalno - neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabljen instrument je bil anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen v sedem sklopov. Med zaposlene v dejavnosti zdravstvene nege in dejavnosti medicine v SNMP Ljubljana, UKC RP Ljubljana, PHE Maribor in PHE Kranj je bilo razdeljenih 199 anketnih vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih 146, kar predstavlja 73,36% realizacije vzorca. Za obdelavo podatkov je bil uporabljen MSO Excel program. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.0. Vrednost Cronbach alfa koeficienta je za uporabljene trditve znašala 0,76.

Rezultati: Na vprašanje anketirancem, kakšna bi bila optimalna sestava tima, so zdravniki s povprečno vrednost 4,4 točke mnenja, da si v timu najbolj želijo dva dipl. zn./dipl. m. s.. Zdravniki si v 62,5% in dipl. zn./dipl. m. s. v 63% želijo, da bi imeli reševalci visoko izobrazbo in specializacijo iz NMP, zdravstveni tehniki pa so v 54,41% odgovorili, da reševalec v NMP potrebuje srednjo zdravstveno izobrazbo in poklicno kvalifikacijo. 67,74% zdravnikov in 59,65% reševalcev se strinja, da dipl. zn./dipl. m. s. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima, kadar v ekipi ni zdravnika. 68% reševalcev si pri svojem delu želi več kompetenc.

Razprava: Posegi in storitve, ki jih opravljajo reševalci v predbolnišničnem okolju, velikokrat presegajo njihove kompetence. Zdravniki zato menijo, da bi moral imeti reševalec v timu NMP visokošolsko izobrazbo z dodatnim usposabljanjem iz NMP. Dipl. zn./dipl. m. s. lahko prevzame vodenje tima, kadar v ekipi ni zdravnika, le takrat, kadar je on najbolj izkušen. Raziskava je pokazala, da dipl. zn./dipl. m. s. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima, kadar v ekipi ni zdravnika, ali pogojno tudi, kadar je v ekipi manj izkušen zdravnik. Pri prevzemanju vlog posameznih članov tima so najpomembnejše izkušnje. Člani tima so si enotni, da na terensko delo najbolj vpliva sodelovanje in medsebojno zaupanje.

Ključne besede: tim, timsko delo, nujna medicinska pomoč, zdravstvena nega, poklicne kompetence

SUMMARY

Theoretical background: Team work is a demanding and specific form of work. The leader of an EMS team is a doctor. The team member responsible for health care should be a registered nurse or health care graduate.

Objectives: The purpose of the thesis has been to determine the optimum structure of an EMS team, find out what affects the assumption of the roles of the particular team members and define the competences of the particular members of an EMS team.

Methods: The research is based on a causal – non-experimental empirical research method. The instrument used was a questionnaire divided into seven sections. There were a total of 199 questionnaires distributed among employees of the Ljubljana EMS, the EMS of the Ljubljana Clinical Hospital, and the Maribor and Kranj Pre-hospital Units, of which 146, or 73.36 % of the sample, were completed and returned. The data were then processed using the MSO Excel program, and the SPSS 18.0 program was used for statistical analysis. The value of Cronbach's alpha coefficient for the statements used amounts to 0.76.

Results: The answer to the question about the optimum structure of an EMS team by doctors (the average value of 4.4 points) was that they wanted the team to include two registered nurses or health care graduates. 62.5 % of doctors and 63 % of nurses wanted team members to be university graduates with additional EMS specialization, whilst 54.41 % replied that an EMS team member should complete medical secondary school and have professional qualifications. Doctors (67.74 %) and EMS team members (59.65 %) agreed that a registered nurse with additional EMS training could become the team leader when there is no doctor on the team, and 68 % of EMS nurses wished to have more competences in their work.

Discussion: The measures and services provided by EMS team members in the pre-hospital environment often exceed their competences. For this reason doctors believe that an EMS team member should be a health care graduate with additional EMS training. A registered nurse or health care graduate can become the team leader only when he/she is most experienced. The research showed that a registered nurse or health care graduate with additional EMS training could become the team leader when there is no doctor in the team; under certain conditions, also if the team doctor is less experienced. Experience is the most significant element for assumption of the roles of

the particular team members. Team members agree that co-operation and mutual trust are the elements that have the strongest impact on field work.

Key words: team, team work, emergency medical service, health care, professional competences

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	5
2.1 TIM IN SKUPINA	5
2.1.1 Definicija skupine	5
2.1.2 Definicija tima	5
2.1.3 Razlike med skupino in timom	6
2.2 PREDNOSTI TIMSKEGA DELA V ZDRAVSTVU	7
2.2.1 Značilnosti timskega dela	7
2.2.2 Prednosti timskega dela	7
2.2.3 Ključni dejavniki za učinkovit tim	8
2.3 POMANJKLJIVOSTI TIMSKEGA DELA	9
2.3.1 Težave v timu	9
2.3.2 Reševanje težav v timu	10
2.3.3 Reševanje sporov	11
2.4 ELEMENTI TIMA	12
2.4.1 Vodenje tima	12
2.4.2 Vloga posameznika v timu	13
2.4.3 Komunikacija v timu	14
2.4.4 Nagrajevanje v timu	15
2.5 ORGANIZACIJA NMP V NEKATERIH DRŽAVAH	15
2.5.1 Sosednje države	15
2.5.2 Švedska in Velika Britanija	17
2.6 KOMPETENCE ČLANOV NMP V TIMU	18
2.6.1 Vloga zdravnika v timu NMP	18
2.6.2 Kompetence dipl. m. s./dipl. zn.	19
2.6.3 Kompetence zdravstvenega tehnika in nacionalna poklicna kvalifikacija zdravstveni reševalec	19
3 EMPIRIČNI DEL	21
3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA	21
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	21
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	22
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	22

3.3.2 Opis instrumentarija	22
3.3.3 Opis vzorca.....	23
3.3.4 Potek raziskave in statistična obdelava podatkov	24
3.4 REZULTATI.....	24
3.4.1 Razporeditev anketiranih glede na delovišče	24
3.4.2 Optimalna sestava tima v enoti nujne medicinske pomoči	25
3.4.3 Pristojnosti zdravstvenega tehnika, kadar v timu ni prisoten dipl. zn.	29
3.4.4 Pristojnosti dipl. zn. kadar v ekipi ni prisoten zdravnik	30
3.4.5 Dejavniki, ki prispevajo k prevzemanju vlog.....	31
3.4.6 Kompetence dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP.....	32
3.4.7 Vodenje tima NMP.....	34
3.5 RAZPRAVA.....	36
4 ZAKLJUČEK	42
5 LITERATURA	44
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	
6.1.1 Anketni vprašalnik	

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz razporejenosti reševalcev po različnih deloviščih v NMP	25
Slika 2: Prikaz razporejenosti zdravnikov po različnih deloviščih v NMP	25
Slika 3: Prikaz pomembnosti vloge posameznih članov v timu.....	27
Slika 4: Prikaz pomembnosti posameznih članov tima pri sprejemanju odločitev	27
Slika 5: Prikaz profilov, ki bi potrebovali visoko strokovno izobrazbo.....	29
Slika 6: Prikaz razdelitve posegov med zdravstvenim tehnikom in dipl. zn.....	29
Slika 7: Prikaz pogostnosti opravljanja posegov reševalcev brez formalne izobrazbe..	30
Slika 8: Prikaz prevzema vodenja tima dipl. zn. brez zdravnika.....	30
Slika 9: Prikaz odločitev dipl. zn. o posegih, kadar v ekipi ni zdravnika.....	31
Slika 10: Prikaz dejavnikov, ki vplivajo na prevzemanje vlog v timu	32
Slika 11: Prikaz želje reševalcev po kompetencah pri svojem delu	33
Slika 12: Prikaz želje reševalcev po samostojnosti pri posegih	33
Slika 13: Prikaz samostojne uporabe zdravil dipl. zn.....	34
Slika 14: Prikaz trditev o zdravstvenem timu.....	35
Slika 15: Prikaz vloge zdravstvenega tima.....	35
Slika 16: Prikaz dejavnikov, ki vplivajo na uspešno timsko delo	36

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz optimalne sestave tima NMP.....	26
Tabela 2: Stališče anketiranih glede optimalne izobrazbe reševalca v timu NMP.....	28
Tabela 3: Stališče anketiranih glede prevzema vodenja tima dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP.....	32

1 UVOD

Nujna medicinska pomoč (NMP) je mlada veja zdravstva, še posebno, če govorimo o predbolnišnični NMP. Ni dolgo nazaj, ko so to delo v glavnem izvajali delavci brez zdravstvene izobrazbe, zdravnik in medicinska sestra pa sta zapustila zdravstveni dom le izjemoma. Takrat pravzaprav o NMP sploh ni mogoče govoriti, saj je bila organizirana le hitra prva pomoč. Vozniki reševalnih vozil so bolne ali poškodovane naložili v reševalna vozila, namestili v ustrezen položaj in jih hitro odpeljali v bolnišnico, kjer so bili deležni strokovne, medicinske obravnave. Sčasoma se je odnos do dela NMP v prostoru izven bolnišnice spreminjal. Zaposlovati se je začel kader z zdravstveno izobrazbo, veliki reševalni centri so začeli sprejemati smernice za poenotenje pristopa k različnim situacijam. Pojavile so se zahteve po enotnem organiziranju sistema NMP na področju cele države (Prestor, 2005a).

Danes v Sloveniji izvajajo NMP na terenu zdravniki specialisti splošne, družinske in urgentne medicine, tehniki zdravstvene nege in diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre v okviru zdravstvenih domov (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 1996).

Nosilec zdravstvene nege, ki ne pomeni le izvajanje posegov, temveč tudi prepoznavanje negovalnih problemov, načrtovanje in vrednotenje dela, bi morala biti diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik. Ta profil je v praksi skromno zastopan v timih NMP, več jih je na večjih reševalnih službah (v Ljubljani in Mariboru), posamezni pa že kar razpršeno po vsej Sloveniji. Redki med njimi sodelujejo neposredno v procesu zdravstvene nege. Običajno so razporejeni na vodstvena mesta, najpogosteje kot vodje reševalne postaje. Periferne enote NMP, ki delujejo na nižjih organizacijskih nivojih, pogosto v stalni ekipi NMP, sploh nimajo razporejenih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Zdravstveni tehniki, ki so tako večinski nosilec zdravstvene nege v NMP na terenu, pa niso naučeni in usposobljeni izvajati sodobne zdravstvene nege (Prestor idr., 2010).

Timsko delo je zahtevna in specifična oblika dela. Ključ do uspeha leži v dobrih, učinkovitih in kreativnih timih. Pri timskem delu je ena ključnih prednosti, da člani tima medsebojno izmenjujejo znanje in pridobljene izkušnje, s čimer bogatijo in nadgrajujejo lastna spoznanja in kreativno razmišljanje (Lahe in Kaučič, 2006). S prenosom znanja med različnimi profesionalnimi skupinami oziroma profili lahko z racionalizacijo

usposabljanja dosežemo zelo velike učinke znotraj prenosov znanj (Kaučič, Filej in Lahe, 2007).

Za vsak tim je zelo pomembno, da ima jasno oblikovane naloge oziroma cilj, ki ga tim skuša uresničiti. Kadar imajo zaposleni možnost sooblikovati delovne cilje, jih vzamejo za svoje in so bolj notranje motivirani za njihovo realizacijo (Planko, 2004).

Timsko delo je bistveni sestavni del vsakega okolja, v katerem se izvaja zdravstvena nega. Dobra skupina na področju zdravstvene nege dosega uspehe s strokovnim delom, skupno vizijo, pozitivnim odnosom in spoštovanjem do vsakega člana skupine. Izziv, s katerim se v kliničnem okolju sooča vodja delavcev zdravstvene nege, je, da se vsi člani kolektiva čutijo kot del skupine in imajo občutek, da prispevajo k njenim uspehom (Ferguson, 2008).

Ločiti moramo med skupino in timom. Vsak tim je skupina, vsaka skupina pa ni tim. Pri timskem delu je potrebno upoštevati tri sestavine, in sicer: posameznika, nalogo in skupino. Med vsemi tremi dejavniki je potrebno vzdrževati ustrezno ravnovesje in ravnotežje, saj v nasprotnem primeru ključne prednosti timskega dela razvodenijo (Bolta, 2006).

Oblikovanje delovnih skupin je pomembno za vsako organizacijo. S timskim delom se oblikujejo odlične delovne skupine. V vsaki dobri delovni skupini obstaja duh timskega dela. Timsko delo je bilo opredeljeno kot skupina ljudi, ki sodelujejo, da bi dosegli skupne cilje, navaja Webster (Webster 2006; povz. po Phillips, 2009). Člani skupine si za izpolnitev cilja prizadevajo s strokovnim delom, spoštovanjem drugih članov skupine in dinamično energijo, ki pomaga razvijati najboljše v vsakem članu skupine (Swaleh, 2007). Delovne skupine sestavljajo motivirani ljudje, ki med seboj sodelujejo, si delijo sredstva, so zavezani skupnim ciljem in z usklajenimi prizadevanji ustvarjajo storitve, ki so mnogo boljše od storitev vsakega posameznika (Amos, Hu in Herrick, 2005).

Izraza timsko delo in sodelovanje sta pogosto zamenljiva. Uspešno sodelovanje je za ponudnike zdravstvene nege in paciente bistvenega pomena. Sodelovanje znotraj skupine delavcev zdravstvene nege je zahteven proces, za katerega sta potrebna namerna delitev znanja in skupna odgovornost za bolnikovo nego (Kaučič in Pagon, 2007). Raven sodelovanja med člani skupine delavcev zdravstvene nege lahko neposredno vpliva na izid pacientovega zdravljenja. Vodja delavcev zdravstvene nege v kliničnem okolju, ki ga vodijo delavci zdravstvene nege, je pripravljen igrati posredno

vlogo pri oblikovanju skupine, ki dobro deluje, skupino vodi, obenem pa sodeluje pri delu skupine. Pomanjkanje sodelovanja med člani skupine delavcev zdravstvene nege je lahko krivo za kar 70% negativnih dogodkov, o katerih se poroča v kliničnem okolju (Kopčavar, 2003). Po Sprossu in Hansonu (2009) sta umetnost oblikovanja trdnih odnosov z drugimi in povezanost s sodelavci osnova za občutek skupnosti, ki je potreben za učinkovito vodenje skupine delavcev zdravstvene nege. Uspešno sodelovanje med člani skupine nato vodi do učinkovitega komuniciranja (McCallin, 2009).

V zdravstveni negi se posamezniki iz različnih delovnih skupin med seboj srečujejo z namenom, da bolnikom nudijo kar najbolj primerno in strokovno zdravstveno obravnavo. Zato je na področju zdravstvene nege oblikovanje delovnih skupin pomembno za izboljšanje morale in čim manjšo fluktuacijo osebja (Millward in Jeffries, 2001).

Timsko delo je bistvenega pomena za velike organizacije, pa tudi za majhne zdravstvene zavode, kjer so vodje timov delavci zdravstvene nege (Bahor, 2003). Klinike, kjer proces zdravstvene nege vodijo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, zagotavljajo visoko kakovostno, varno in stroškovno učinkovito zdravstveno nego z visoko stopnjo zadovoljstva bolnikov (Chakravarthy, 2008).

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 in doseganju ciljev (Lipičnik, 1998; povz. po Kadivec, Košnik in Vegnuti, 2006). Vsak tim mora imeti svojega 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).

Delo v predbolnišnični NMP je specifično, saj je tim sestavljen iz največ treh članov. Sodelovanje v timu med vsemi člani zato bistveno prispeva k učinkovitosti tima, ki pomeni tudi strokovnost in zagotavlja varnost za pacienta. Vpliv poklicnih aktivnosti članov se je v preteklih letih močno spremenil zaradi sprememb, ki so se zgodile v sestavi tima (Prestor, 2005b).

Izkušnje vodenja in vlog v timu NMP v svetu so različne. Pri pregledu literature je ugotovljeno, da obstajajo sistemi, v katerih imajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z dodatnim programom usposabljanja ali klinično specializacijo pomembno vlogo tudi pri vodenju tima (Chakravarthy, 2008). Tudi v državah, ki niso znane po urejenih javnih sistemih ali organizaciji zdravstva, so odnosi v urgentnem timu in delitev vlog med člani natančno definirani (Gariet, Lima, Santos in Marques, 2009).

Pri pregledu praks v izvajanju NMP v sosednjih državah je ugotovljeno, da so sistemi zelo različni in je različna tudi vloga posameznih članov v timu NMP. Crnić in Kandido (2007) ugotavljata značilnosti zasedbe ekip NMP v nekaterih državah. Ugotovila sta, da je za zaposlitev v reševalni službi tako na Madžarskem, v Italiji, kot tudi v Avstriji, minimalni pogoj zaključena srednja šola katerekoli smeri. Na Hrvaškem je pogoj za zaposlitev v reševalni službi zaključena srednja zdravstvena šola. Zdravniki so prisotni v timih NMP le na Hrvaškem in Madžarskem. V Italiji in Avstriji pa se na mesto dogodka pripeljejo z zdravniškim vozilom.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 TIM IN SKUPINA

2.1.1 Definicija skupine

Možina (2002, str. 544) navaja naslednjo definicijo delovne skupine: »Delovna skupina je določljiva, strukturirana. Sorazmerno 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 je lahko stalna naloga ali pa naloga samo za neko določeno časovno obdobje. To je lahko kakršnakoli naloga, rešitev problema, analiza primera, iskanje soglasja v zvezi s stališčem itn. Položaj te skupine je definiran »od zgoraj« z organizacijskim aktom ali ukazom. Dobro sestavljena skupina je lahko zelo uspešna.

2.1.2 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 (Kvas idr., 2007).

Vila (2000; cit. po Kaučič in Pagon, 2006, str. 146) 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«.

V slovenski raziskavi medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki 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 (Kvas idr., 2007).

2.1.3 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 rutinsko delo, medtem ko je cilj tima ustvarjalno delo, ki vodi k novim storitvam (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004).

V skupinah cilji niso osebni, so le delno jasni, ker ljudje delajo skupaj. V delovnem procesu ni čustvene navezanosti. V primeru konflikta se mu prilagodijo in pustijo, da ga reši vodja skupine. Podajanje informacij med člani skupine je po načelu »to je zanj/o pomembno«. V timih pa so cilji znani, enaki za vse člane tima, ker si ljudje medsebojno zaupajo in se čustveno odkrito izražajo. Konflikte rešujejo skupaj, pri doseganju ciljev drug drugega podpirajo in komunicirajo brez ovir, prosto in celovito (Vodopija in sodelavci, 2005).

Zato velja, da oblikovanje skupine še ne pomeni oblikovanje tima. Bistvena gradnika timskega dela sta klima in kultura (Možina, 2002).

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 organizacijo 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;
- komunikacijo – 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 procesu 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.

2.2 PREDNOSTI TIMSKEGA DELA V ZDRAVSTVU

2.2.1 Značilnosti timskega dela

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 (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).

2.2.2 Prednosti timskega dela

V slovenskem prostoru se vse več podjetij zaveda pomena, ki ga prinaša uvajanje učinkovitega timskega dela. Planko (2004) ugotavlja, da so ključne prednosti timskega dela pretok znanja in izkušenj zaposlenih, dvig morale in motivacije zaposlenih, vpetost zaposlenih v delovne cilje, povečanje učinkovitosti in produktivnosti, povečanje zadovoljstva pri delu in večplastno, ustvarjalno oblikovanje rešitev.

Prednosti timskega dela je torej precej, a je potrebno imeti precej znanja, izkušenj in intuicije za to, da tim sestavljajo tako imenovani kompatibilni posamezniki. Timsko delo je uspešno takrat, kadar je seštevek vseh članov tima večji, kot bi bil seštevek posameznih članov, ki bi delovali individualno. Če je seštevek vseh članov tima manjši, kot bi bil seštevek posameznika, potem je timsko delo predrago, neučinkovito in nepotrebno. Vse prednosti timskega dela pridejo do izraza pri zelo kompleksnih in zapletenih nalogah (Planko, 2004).

2.2.3 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; tem se približujejo še: odločanje, komuniciranje in izboljševanje, ki razvijajo bolj učinkovite in ekonomične modele 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 vodja tima. Heller in Hindle (2001, povz. po Kaučič in Pagon, 2006) 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.

2.3 POMANJKLJIVOSTI TIMSKEGA DELA

2.3.1 Težave v timu

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

- 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 pometejo 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.

Ker je delo v zdravstveni negi zelo zahteven poklic, se lahko v timu pojavijo tudi številni problemi. Ovire, ki vodijo do učinkovitega timskega dela, lahko strnemo na probleme, ki se pojavljajo na štirih področjih: vodenje, odnos, sodelovanje in komuniciranje. Če katero koli od navedenih področji odpove, se lahko pojavijo vprašanja, katere je potrebno rešiti (Amos, Hu in Herrick, 2005).

Vodja delavcev zdravstvene nege je odgovoren za načrtovanje, usklajevanje in spremljanje dejavnosti tima in za posredovanje vizije, ki navdihuje sodelovanje v timu. Odnosi med člani tima vplivajo na celotno področje, v katerem določen tim deluje. Temelj spora v določenem timu so po navadi ravno slabi odnosi med člani, ki delujejo v timu. Člani tima, ki imajo slab odnos do drugih članov, ki delujejo v timu, imajo lahko težave pri sprejemanju konstruktivnih povratnih informacijah. Taki člani tima običajno ne dosegajo dobrih rezultatov, niso pripravljeni sodelovati v celoti, imajo slabe lastnosti komuniciranja in lahko postanejo tudi lastniški. Težave pri sodelovanju in komuniciranju predstavljajo dve največji oviri za učinkovito timsko delo. Ko posamezni člani tima in vodja začnejo tesneje sodelovati pri skupni viziji in ciljih, nujno pride do sporov. Če je sodelovanje med člani skupine slabo, se v timu pojavi nezaupanje. Zaupanje pa je ključ do uspešnega sodelovanja in učinkovitega komuniciranja. Član tima, ki drugim članom tima ali vodji ne zaupa, občuti pomanjkanje odgovornosti (Swaleh, 2007).

2.3.2 Reševanje težav v timu

Vodja se zaveda, da konflikti obstajajo in mora imeti nekaj splošnih načinov za razpravo in reševanje sporov (Amos, Hu in Herrick, 2005).

Jackson (2008) meni, da želi vsak strokovni delavec delati z osebjem, ki ga sestavljajo zavzeti, sposobni, motivirani in predani zaposleni.

Za oblikovanje take skupine posameznikov je učinkovit vodja bistvenega pomena. Učinkovit vodja v kliničnem okolju, ki ga vodijo delavci zdravstvene nege, bi moral izboljšati svoj osebni poklicni razvoj tako, da se vključi v skupino enakopravnih posameznikov. Skupina enakopravnih posameznikov lahko nudi nasvete in navodila za

izzive v praksi zdravstvene nege. Poleg sodelovanja v skupini enakopravnih posameznikov mora vodja zagotoviti klinično okolje na osnovi medsebojnega zaupanja (Chakravarthy, 2008). Zaupanje je najvišja oblika človeške motivacije. Člani skupine morajo vedeti, da vodji lahko zaupajo in da vodja lahko zaupa članom skupine. Vodja mora talente in prednosti vsakega člana skupine odkriti in jih negovati (Gariet, Lima, Santos in Marques, 2009).

Vodja zdravstvene nege mora jasno povedati, kaj je potrebno pri delu doseči in se osredotoči na tisto, kar je potrebno storiti, in ne na to, kako (Swaleh, 2007). Komuniciranje z zaposlenimi bi moralo biti odprto in pošteno. Vodja bi moral biti spoštljiv in profesionalen in bi moral zaposlenim pazljivo prisluhniti. Načrtovati je potrebno čas za sestanke zaposlenih ter jim posredovati pozitivne in konstruktivne povratne informacije. Potrebno je določiti bistvo in z njim seznaniti zaposlene, skupaj z odločitvijo, o čem se je mogoče pogovarjati in o čem ne. S tem, ko vodja pokaže, da je zavezan takemu načinu, bodo člani skupine začutili njegovo podporo in začeli se bodo oblikovati temelji zaupanja (Jackson, 2008).

DiMeglio idr. (2005) ugotavljajo, da je v okolju delovne skupine pomembno tudi sodelovanje. Oblikovanje takega okolja na delovnem mestu, ki pospešuje povezanost in zavezanost med zaposlenimi, je pomembno za zagotavljanje zadovoljstva pri delu. Če je skupina enotna, je lahko to nadomestilo za druge frustracije v delovnem okolju. V zdravstveni negi timsko delo razvija sposobnost komuniciranja in poskušanja. Z duhom sodelovanja se razvija tudi umetnost reševanja konfliktov.

2.3.3 Reševanje sporov

Reševanje sporov je bistvena sposobnost vsakega vodje skupine. Kakršne koli razlike v odnosu do nalog ali odgovornosti lahko povzročijo spore. Spori lahko nastanejo tudi zaradi različnih ciljev članov skupine. Zato spori, če jih gledamo v pozitivnem kontekstu, zaposlenim nudijo kritične povratne informacije. S soočanjem s spori gradimo zdravo skupnost. Vodja v zdravstveni negi ustvari okvir za razpravo med zaposlenimi, da se ugotovijo kakršna koli vprašanja, ki jih je potrebno rešiti. Če k temu prispevajo vsi člani skupine, se spor konča s pozitivnimi rezultati (Swaleh, 2007).

Po ugotovitvah v strokovni literaturi dajejo pozitivni odnosi na delovnem mestu ugodne rezultate. V kliničnem okolju, ki ga vodijo delavci zdravstvene nege, se pozitivni odnos,

ki ga ima vodja, prenaša na zaposlene in na paciente. Z uporabo pozitivnih in konstruktivnih povratnih informacij se izboljša splošno zadovoljstvo pri delu in razvijajo se sposobnosti članov skupine pri poslušanju in komuniciranju. Zadovoljni člani skupine delajo bolje. Prijetno delovno okolje pozitivno motivira zaposlene in zmanjša fluktuacijo (Amos, Hu in Herrick, 2005).

2.4 ELEMENTI TIMA

2.4.1 Vodenje tima

Vodja delavcev zdravstvene nege je odgovoren za načrtovanje, usklajevanje in spremljanje dejavnosti skupine in za posredovanje vizije, ki navdihuje sodelovanje v skupini. Kadar vodja zdravstvene nege nima izkušenj na področju vodenja, člani skupine vizije in ciljev morda ne razumejo in zato tudi velikokrat ne pride do ustrezne medsebojne komunikacije. To lahko slabo vpliva na zaupanje med člani skupine. Vodja, ki ne uživa zaupanja članov skupine, je obsojen na neuspeh. Pomanjkanje zaupanja pa na drugi strani lahko povzroči slabo komuniciranje med vsemi člani skupine. Če člani skupine ne razumejo ciljev in vizije skupine, kot jo posreduje vodja, je ustrezne spremembe in izboljšave zelo težko doseči. V tem primeru so ogroženi pozitivni odnosi med vodjem in člani skupine (Chakravarthy, 2008).

V današnjem sistemu zdravstvenega varstva z vse večjo medsebojno odvisnostjo med direktorji in zdravstvenimi delavci je lahko razmislek o deljeni vodilni vlogi v znatno korist. Oblikovanje in razvijanje uspešne skupine je dolgotrajen proces, ki zahteva, da ima vodja vsestranske sposobnosti. Vse skupine so enkratne in se spreminjajo ter zato predstavljajo izziv celo za najbolj izkušene vodje. Vloga vodje skupine bi se morala z razvojem skupine spreminjati (Dodoo, Roland in Green, 2005).

Kontinuum vodenja, ki sta ga razvila Tannenbaum in Schmid (1973), predstavlja enostaven model, ki prikazuje razmerje med ravni svobode v skupini, ko skupina dozoreva. Sčasoma naj bi skupina potrebovala manj usmerjanja in naj bi postajala vse bolj samozadostna. To pa ne pomeni, da postane vloga vodje skupine odvečna, ampak da bi moral dober vodja skupine priznati, da so navedene spremembe neizogibne, zato naj bi se njegov način vodenja sčasoma razvijal v skladu z omenjenimi spremembami (Tannenbaum in Schmid, 1973; povz. po Fletcher, 2008).

Premik (2007) ugotavlja, da bo vodja tima 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..

2.4.2 Vloga posameznika v timu

Posamezniki imajo zaradi narave okolja, iz katerega izhajajo, svojih izkušenj in osebnosti v skupini vloge, ki so jim ljubše. Vendar pa obstajajo trdni dokazi za to, da morajo biti v skupini različne vloge med seboj uravnotežene. Doseganje prave zmesi je ključ do uspeha. V šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je Meredith Belbin za določanje posameznih vlog uporabil poslovne igre. Nato so opravili raziskavo, ki je pokazala, da so skupine, v katerih so bile vloge dobro uravnotežene, dosegale boljše rezultate kot skupine, v katerih vloge niso bile uravnotežene, čeprav so bili v le teh člani skupine bolj inteligentni in sposobnejši. Belbin je kasneje razvil sistem za razvrščanje, da bi skupinam pomagal razvijati njihovo učinkovitost. Po njegovem mnenju se morajo člani skupine prilagoditi vlogam v skupini. Čeprav se večina ljudi nagiba k temu, da so jim določene vloge veliko bolj všeč, druge pa manj, je veliko bolje, da obvladamo in razvijamo v skupini več vlog. Po Belbinovi teoriji potrebuje skupina, da bi lahko uspešno opravljala vse naloge, celoten spekter vlog. Ta pristop pa omejuje dejstvo, da se skupine pogosto razvijejo iz skupine ljudi, ki so bili za prevzem neke vloge določeni zaradi svojih sposobnosti, izkušenj ali kvalifikacij, ne pa zato, ker bi jim bile nekatere vloge bolj všeč. Vendar pa je Belbinova teorija lahko koristno orodje pri dodeljevanju določenih vlog posameznim članom skupine. Uporablja pa se lahko tudi za odkrivanje posameznikov, ki bi lahko pri izvajanju naloge dobro

sodelovali in za ugotavljanje možnosti za konflikte in doseganje nezadovoljivih rezultatov (Belbin, 1981; povz. po Fletcher, 2008).

2.4.3 Komunikacija v timu

Robbins in Finley pravita, da » kljub temu, da ustvarimo tim s čarobno palico, moramo še vedno vztrajati pri starem načinu in to je veliko poučevanja, učenja in komunikacije« (cit. po Robbins in Finley, 2000, str. 135).

Če se ne učimo iz preteklih izkušenj, je to verjetno zato, ker si ne delimo pridobljenega znanja med seboj. Temu avtorja pravita »paradoks komunikacije« - pogosto vsi vemo pravi odgovor na vprašanje, vendar zaradi različnih razlogov molčimo. Dobra komunikacija je kot šah, ki ga igramo in se najprej nanaša na nas same, potem pa še na druge ljudi. Komunikacija je sestavljena iz:

- govorjenja – mi smo kritični faktor v komunikaciji, vendar je naše poslušanje pomembnejše od govorjenja, saj poslušanje določa, ali se bomo kaj naučili in kako se dejanska komunikacija zgodi;
- poslušanja – gre za preprosto poslušanje drugih;
- poslušanja govorjenja samega sebe – izogniti se moramo izražanju svoje pomembnosti, boljšega znanja, političnega prepričanja, preziranja drugih....;
- poslušanja samega sebe – v sebi moramo razviti globljo pripravljenost poslušanja, zavest naše zavesti, to je spoštovanja do drugih, ki proizvaja spoštovanje v drugih (Robbins in Finley, 2000: str. 139-41).

Kot sestavni del dobre komunikacije je primerna povratna informacija. Dobra in trajna povratna informacija je kot gorivo za tim, ki je pripravljen na delovanje, in pametni timski vodja stalno polni svoj tim. V timu je povratna informacija potrebna od drugih članov, timskih vodij, strank, organizacije, katere sestavni del so, in od podatkov (Globokar, 2001).

Znotraj družbene interakcije lahko povratno informacijo dobimo iz verbalnih ali neverbalnih sporočil, ki jih oddajajo drugi posamezniki. Pri tem ni pomembno, ali so ti pozitivne ali negativne narave. Verbalna sporočila so lahko dopolnjena z neverbalnimi sporočili (Bahor, 2003).

Stough, Eom in Buckenmyer (2000) ugotavljajo, da se dandanes pri komunikaciji v timih in med timi ali pa tudi v vsakdanjem prenašanju informacij pomagamo z

elektronsko komunikacijo. Izpostavlja se informacijska tehnologija, ki je ključna za uspeh v modernih timih.

2.4.4 Nagrajevanje v timu

»Delo je investicija, ki jo delajo ljudje. In za to investicijo zahtevajo povračilo. Kajti če jim ne plačaš, ne bodo delali, » pravita Robbins in Finley (2000, str. 145). Pri tem ne gre za to, ali plačati ali ne plačati, temveč »kako in komu« (Robbins in Finley, 2000). Postavlja se vprašanje, ali nagraditi cel tim ali le določene posameznike. Stough, Eom in Buckenmyer so z raziskavo (2000) ugotovili, da pride v poštev pravilo 80/20 – 20 odstotkov članov tima je zaslužnih za 80 odstotkov uspeha tima. To pravilo teži k temu, da od tima potegnemo najboljše, kar je možno.

Rojšek (2001) ugotavlja, da več študij iz psihologije trdi, da je tim, kjer so vsi člani enako nagrajeni boljši od tistega, v katerem so nagrajeni samo nekateri posamezniki. Vendar pa je posameznike potrebno za izredne dosežke dodatno nagraditi.

2.5 ORGANIZACIJA NMP V NEKATERIH DRŽAVAH

2.5.1 Sosednje države

Sistemi NMP, v katerih glavno vlogo igra zdravnik, ki je tudi nosilec predbolnišnične dejavnosti, so zelo raznoliki. Vsi sistemi so bili postavljeni z idejo »zdravnik na terenu«. Z leti so se po različnih državah sveta ti sistemi razvijali v različnih smereh (Šprajc, 2011).

Nujna medicinska pomoč je na Hrvaškem trenutno organizirana v okviru obstoječega sistema zdravstvenega varstva. Ekipo NMP sestavljajo dva reševalca in zdravnik v reševalnem vozilu. Predbolnišnična NMP je organizirana kot samostojna enota NMP ali kot del organizacijske enote centrov za zdravje. V teh centrih izvajajo NMP splošni zdravniki. Pripravlja se reorganizacija hrvaškega sistema NMP, kjer imajo namen ustanoviti urgentne centre. S postavitvijo nove mreže NMP, bosta organizirani dve vrsti sestave ekip, in sicer ekipa T1, ki jo bo sestavljal zdravnik, medicinski tehnik/medicinska sestra in voznik, ter ekipa T2 v sestavi dveh medicinskih tehnikov/medicinskih sester s končanim programom specialističnega usposabljanja (Grba, 2010). Prizadevajo si za vzpostavitev mreže zavodov za sprejem nujnih primerov, uvedbo telemedicine kot del medicine v urgentnih primerih, specializacijo za

urgentne zdravnike in dodatno specializirano usposabljanje za medicinske sestre/tehniko. S tem bi povečali usposobljenost vseh članov ekipe NPM, zmanjšanje odzivnega časa in boljšo oskrbo pacientov (Predavec, Sogorić in Jurković, 2010).

Crnić in Kandido (2007) ugotavljata, da ima sosednja Madžarska zelo zanimivo organizirano službo NMP. Za zaposlitev v reševalni službi je minimalni pogoj zaključena srednja šola katerekoli smeri. Nadaljnje šolanje pa je različno za različne profile. V enotah NMP so zaposleni vozniki s tečajem osnovnih življenjskih funkcij (BLS), tehniki reševalci, ki v začetku delujejo kot bolničarji in imajo zelo omejene kompetence, kasneje, po opravljenem izpitu za tehnika, pa se kompetence razširijo. Naslednja stopnja izobrazbe v NMP na Madžarskem je častnik NMP. Gre za vodilnega člana ekipe NMP na terenu in je znotraj organizacijske strukture posameznih enot ekvivalenten zdravniku. Častnik NMP ima zaključen štiri letni dodiplomski študij, ki se odvija kot program na medicinskih fakultetah. V ekipah NMP so seveda prisotni tudi zdravniki. Vloga zdravnika in izobrazba je enaka kot v Sloveniji.

V zahodni Evropi so se sčasoma sistemi NMP spreminjali, med glavnimi spremembami sistemov NMP v Zahodni Evropi je bilo počasno opuščanje zdravnika na terenu ali pa zmanjševanje njegove prisotnosti. V sosednji Avstriji se je sistem NMP razvijal v smeri srečevanja zdravnikov in ekip reševalnih vozil na terenu, razen na Dunaju. Dunaj je v letu 2008 začel uvajati v ekipe NMP zdravnike (Šprajc, 2011). Avstrijski sistem NMP temelji na izobraževanju laikov, v ta sistem pa se vključujejo tudi prostovoljci, ki morajo pridobiti enako znanje kot zaposleni (Crnić in Kandido, 2007). NMP v Avstriji je razdeljena na geografska in organizacijska področja. Posebna izjema je mesto Dunaj, kjer ima mesto svojo službo NMP in sodeluje z drugimi institucijami, kot je npr. Rdeči križ, ki je obenem nosilna institucija in ima koncesijo za opravljanje reševalnih prevozov in nudenje NMP. Zanimivost avstrijskega sistema je ta, da so prostovoljci in profesionalci po politiki Rdečega križa popolnoma ekvivalentni. Vsi navedeni kadri so tudi vozniki reševalnega vozila. Pogoj za opravljanje dela prostovoljca v Avstriji je zaključena nižja srednja šola. Človek s takimi pogoji lahko opravi BLS tečaj, ter tako postane urgentni medicinski tehnik. Z nadaljevanjem modularnega izobraževanja si lahko pridobi naziv Notfallsanitäter oz., kot to Avstrijci prevedejo, paramedik. Osnovni pogoj za poklicne reševalce pa je zaključena srednja šola. Velja nepisano pravilo, da poklicni reševalci prav tako opravljajo šolanje in so dolžni opraviti vse ravni

modularnega izobraževanja. Pooblastil za dajanje zdravil avstrijski reševalci nimajo ne glede na njihovo stopnjo usposobljenosti (Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter, 2001).

Naša najbolj zahodna sosedna Italija ima najbolj raznoliko zgodovino organiziranja službe NMP. V službi NMP je zaposleno pomožno osebje, ki je brez medicinske izobrazbe oz. z opravljenimi tečaji, ki so praviloma interne narave. Imenujejo se tehniki reševalnega vozila. Njihova glavna naloga je fizična pomoč pri delu oz. sodelovanje pri oskrbi znotraj svojih znanj. Vozniki reševalnih vozil nimajo medicinske izobrazbe. V nekaterih enotah morajo imeti opravljen BLS tečaj. Vodilno vlogo pri NMP imajo danes diplomirani zdr.tehniki/med.sestre in zdravniki. Zdravniki za razliko od Slovenije ne delajo v reševalnih vozilih, temveč se na mesto intervencije pripeljejo z zdravniškim vozilom (Crnić in Kandido, 2007).

2.5.2 Švedska in Velika Britanija

Švedski sistem NMP je v svetu med najbolj kakovostnimi. Velika prednost švedskega sistema je v tem, da imajo vsi zaposleni v mreži NMP osnovno zdravstveno izobrazbo. Na Švedskem v vseh vrstah reševalnih vozil delajo diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre s klinično specializacijo urgentne medicine. Nosilec NMP je še vedno zdravnik, ki dela v urgentnem centru, s tem ko nudi telefonsko pomoč ekipam na terenu. Fizično pomoč ekipam na terenu, ki je razen v večjih mestih zelo razgiban, zdravnik nudi s pomočjo helikopterja. V večjih mestih pa se na kraj dogodka pripelje z avtomobilom. Diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra ima na podlagi končane enoletne specializacije pooblastila za dajanje vseh reanimacijskih zdravil, določenih analgetikov in točno določenih zdravil, ki se uporabljajo v urgentni medicini pri različnih stanjih. Kot nadzorni organ in podpora ekipam reševalnih vozil se v sistem NMP vključujejo zdravniki iz urgentnih centrov (Posavec, 2011).

V Veliki Britaniji ekipe NMP predstavljajo pomembno vez med prebivalci in bolnišnicami. Razvoj službe NMP združuje zagotavljanje akutne zdravstvene oskrbe in njeno ocenjevanje z vrsto dejavnosti. Eden od pristopov je pomembna vzpostavitev multidisciplinarnih timov, katerih cilj je boljše zagotavljanje kakovosti oskrbe (Bywaters, McLeod, Fisher, Cooke in Swan, 2011). V oddaljenih krajih, zaradi dolgega

dostopnega časa reševalcev, za NMP skrbijo medicinske sestre oz. splošni zdravniki z dodatnimi znanji iz NMP, ki delujejo v lokalnih zdravstvenih domovih. V pomoč so jim gasilci in policija. Gasilci velikokrat tudi zagotovijo prevoz do bolnišnice. Sistem NMP je sestavljen iz več stopenj oskrbe. Osnovno stopnjo, kjer izvajajo zaposleni temeljne postopke oživljanja, sestavljata voznik, ki je ponavadi brez medicinske izobrazbe, ter zdravstveni tehnik, ki je sposoben opravljati širok spekter znanj iz NMP. V nekaterih težjih nujnih primerih so pooblaščen in tudi usposobljeni za uporabo določenih zdravil in medicinsko tehničnih posegov. Naslednjo stopnjo sestavljajo zdravstveni tehniki, ki svoje osnovno znanje dopolnjujejo s predbolnišničnim usposabljanjem in se imenujejo paramedik. Imajo znanja in kompetence za uporabo zdravil za lajšanje bolečine, ocenjevanje zdravstvenih težav povezanih s srcem, izvajanje zahtevnih medicinsko tehničnih posegov. Z dodatno univerzitetno izobrazbo si pridobijo dodatna znanja in kompetence pri svojem delu. Pri delu prevzamejo odgovornost za svoje klinične presoje in samostojno lahko predpišejo tudi določena zdravila. Usposobljeni so tudi za izvajanje diagnostike in izvajanje terapevtskih posegov. Zdravnik, ki je nosilec NMP in dela v urgentnem centru, izvaja vrsto dodatnim medicinsko tehničnih posegov in uporablja zdravila, ki niso v izboru kompetenc reševalcev. V NMP se vključujejo predvsem v helikoptersko nujno medicinsko pomoč in za pomoč hudo prizadetim v oddaljenih krajih (WHO, 2008).

2.6 KOMPETENCE ČLANOV NMP V TIMU

2.6.1 Vloga zdravnika v timu NMP

Vodja tima enote NMP je zdravnik, zato je tudi bolj izpostavljen. Njegove odločitve niso vedno z odobravanjem sprejete med sodelavci, ki pri obravnavi pacienta s področja reševanja medicinskih problemov ne sodelujejo enakopravno pri odločanju. Zdravstvena tehnika izvajata diagnostično terapevtske intervencije, ki jih je odredil zdravnik. Formalno velja opisana hierarhija, v praksi pa praviloma tim deluje homogeno. Ta neformalni razvoj oblikovanja tima je povzročilo dejstvo, da so zdravstveni tehniki reševalci in diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre v zadnjih letih osvojili veliko funkcionalnega znanja, povezanega s prakso (Laurant idr., 2004). Naloge znotraj tima so dogovorjene, zdravnik prepozna zdravstvene probleme in se odloča v skladu s sodobnimi medicinskimi načeli,

zdravstveni tehniki in diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre pa po naročilu zdravnika izvajajo posege, ki verjetno presegajo priporočila ZZNS o razmejitvi del v zdravstveni negi. Ob dejstvu, da je vloga zdravnika pri ohranjanju ogroženega življenja dominantna, ostaja zdravstvena nega v NMP manj opazna (Prestor, 2005b).

2.6.2 Kompetence dipl. m. s./dipl. zn.

Nosilec zdravstvene nege, ki ne pomeni le izvajanje posegov, temveč tudi prepoznavanje negovalnih problemov, načrtovanje in vrednotenje dela, bi morala biti diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik. Ta profil je v praksi zelo skromno zastopan v timih NMP (Kramar, 2003).

Pri opravljanju vsakodnevnega dela, mora zdravstveni tehnik presegati kompetence, ki jih ima. Presega jih, sicer v manjši meri, tudi diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik, ki nima opravljene specializacije, torej dodatnega izobraževanja in usposabljanja za specifično področje dela. To se dogaja kljub temu, da je v reševalnem vozilu vodja ekipe NMP zdravnik. Pri obravnavi nujnih stanj je ekipa na terenu majhna in zdravnik ne more sam narediti vsega kar bi moral, v najkrajšem možnem času (Zabukovšek, 2010).

Pri obravnavi pacientov v NMP so pogosto vodilni medicinski problemi, ki ogrožajo izvajanje človekovih temeljnih funkcij. V skromnem timu so reševalci zdravnikovi dragoceni sodelavci pri izvajanju postopkov za stabilizacijo zdravstvenega stanja pacientov (Smith, 2004).

2.6.3 Kompetence zdravstvenega tehnika in nacionalna poklicna kvalifikacija zdravstveni reševalec

Zdravstveni tehniki so večinski nosilec zdravstvene nege v NMP na terenu, kljub temu da niso bili naučeni in usposobljeni izvajati sodobno zdravstveno nego. Šolski programi na srednjih zdravstvenih šolah so naravnani na izvajanje enostavnih negovalnih intervencij, ki so jih odredili vodje negovalnih timov. Zdravstveni tehnik za svoje delo nosi vso odgovornost in predstavlja direktno komunikacijo med pacientom in drugimi izvajalci zdravstvenih storitev, kar so skupaj temeljni elementi primarnega modela zdravstvene nege. Problem v praksi je dejstvo, da zdravstveni tehniki niso dovolj usposobljeni za nosilca sodobne zdravstvene nege (Sotler, 2003). Tudi 55. Člen Zakona

o zdravstveni dejavnosti (2005) pravi, da »zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo.

Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, ki so pridobljene s formalnim ali kontinuiranim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Pezdirč, 2005). Nacionalna poklicna kvalifikacija je formalno priznana usposobljenost, potrebna za opravljanje poklica oziroma posameznih sklopov zadolžitev v okviru poklica na določeni ravni zahtevnosti na podlagi nacionalnega poklicnega standarda (Zakon o nacionalni poklicni kvalifikaciji, 2003).

V sklopu priprave na preverjanje in potrjevanje je vključen teoretični del v obliki predavanj in praktični del, ki zajema celoten delovni proces in pridobljene delovne izkušnje. S pridobitvijo nacionalne poklicne kvalifikacije, zdravstveni tehnik pridobi naziv zdravstveni reševalec. S tem si pridobi tudi določene poklicne kompetence, kot so:

- načrtovanje, priprava, izvedba in kontrola lastnega dela;
- racionalna raba energije, materiala in časa;
- sodelovanje v strokovnem timu, komunikacija s sodelavci, pacienti in njihovimi svojci;
- varovanje zdravje in okolje;
- priprava sebe, reševalnega vozila, bolniškega prostora in opreme v reševalnem vozilu;
- uporaba sodobne informacijske in telekomunikacijske tehnologije;
- prevzem pacienta, transport do končne lokacije in predaja v nadaljnjo oskrbo;
- nudenje prve in nujne medicinske pomoči pacientu; v okviru tega izvajanje temeljnih postopkov oživljanja in uporabljanje (pol)avtomatskega defibrilatorja;
- dokumentiranje dogodka (Štancar idr., 2006).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen raziskave je bil proučiti, kakšne vloge imajo člani timov prehospitalnih enot NMP v Sloveniji. Namen diplomskega dela je bil ugotoviti:

- kakšno je mnenje zaposlenih v prehospitalnih enotah NMP o sestavi tima in timskem delu v enoti NMP,
- katere pristojnosti imajo posamezni poklicni profili znotraj tima in
- ali po mnenju raziskovancev diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra s klinično specializacijo iz NMP v prihodnosti lahko prevzame vodenje tima.

Cilji raziskave:

- primerjava timskega modela NMP v Sloveniji in v tujini,
- ugotoviti, kaj v določeni situaciji vpliva na prevzemanje vlog posameznih članov tima NMP glede na njegovo sestavo,
- ugotoviti, katere pristojnosti ima zdravstveni tehnik, kadar v timu ni prisoten diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra,
- ugotoviti, katere pristojnosti prevzema diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra v primerih, ko je tim sestavljen brez zdravnika ter
- ugotoviti, v katerih primerih bi vodenje tima lahko prevzel diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra.

Cilji diplomske naloge je bil tudi ugotoviti, kdo naj bi prevzel vodenje tima, kadar v timu ni prisoten zdravnik ter kakšno vlogo bi lahko v NMP prevzel diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra s klinično specializacijo iz NMP in v čem bo njegova kompetentnost za vodenje tima NMP večja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako sestava tima nujne medicinske pomoči oblikuje poklicne aktivnosti posameznih članov tima nujne medicinske pomoči?
2. Katere naloge prevzema diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra v enoti nujne medicinske pomoči?

3. Kakšne bi bile potrebne kompetence diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre (z dodatnim usposabljanjem iz nujne medicinske pomoči) na področju prevzemanja vodenja tima nujne medicinske pomoči?
4. Kako je vodenje tima nujne medicinske pomoči odvisno od izobrazbe in izkušenj članov tima nujne medicinske pomoči?
5. Kako člani tima nujne medicinske pomoči ocenjujejo medsebojno sodelovanje?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kavzalno - neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri strokovne in znanstvene literature. Za pregled literature smo uporabili podatkovne baze COBISS, PubMed in CINAHL. Za poizvedovanje so se uporabile ključne besede tim, timsko delo, nujna medicinska pomoč, zdravstvena nega, poklicne kompetence. Za tuje raziskave se je izvedla poizvedba s ključnimi besedami team, team work, emergency nursing, emergency medicine, nursing care, professional competences.

3.3.2 Opis instrumentarija

Pred izvedbo raziskave smo pripravili testni vprašalnik in izvedli pilotno študijo. Vprašalnike smo razdelili trem zdravnikom in trem reševalcem. Po opravljeni analizi pilotne študije smo anketne vprašalnike na podlagi ugotovitev pilotne raziskave preoblikovali tako, da so bila vprašanja bolj jasna in nedvoumna. Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Podlage za pripravo anketnega vprašalnika smo poiskali v pregledu strokovne literature (Bitežnik, 2011; Lahe in Kaučič, 2006; Prestor, 2005b; Zabukovšek, 2010). Dvajset vprašanj je bilo zaprtega tipa, kjer so anketiranci pri sedmih vprašanjih trditve vrednotili s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice, pri trinajstih vprašanjih pa je bilo anketirancem ponujenih več odgovorov. Tri vprašanja so bila odprtega tipa. Na koncu anketnega vprašalnika so imeli anketiranci možnost napisati tudi mnenje o raziskavi in o vprašalniku. Vprašalnik je bil razdeljen med zdravnike, medicinske sestre (diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike, višje medicinske sestre/višje

medicinske tehnike) in med zdravstvene tehnike (zdravstvene tehnike/-ce, tehnike/-ce zdravstvene nege, srednje medicinske sestre/srednje medicinske tehnike). Prvi sklop je zajemal pet vprašanj in se je nanašal na demografske podatke: spol, starost, stopnjo izobrazbe, delovno dobo ter delovno področje. Drugi sklop je zajemal vprašanja o sestavi tima v enoti NMP in je vseboval pet vprašanj. Tri trditve so bile sestavljene po Likertovi lestvici, kjer je 1 pomenila, da se anketiranci s trditvijo ne strinjajo oz. trditev ni pomembna, in 5, da se s trditvijo popolnoma strinjajo oz. je trditev zelo pomembna. Dve vprašanji sta bili zaprtega tipa. Tretji sklop vprašanj se je nanašal na pristojnosti zdravstvenega tehnika, kadar v timu ni prisoten diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra. Vprašanja o pristojnosti diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre, kadar v ekipi ni prisoten zdravnik, smo uporabili v četrtem sklopu. Vseboval je dve vprašanji zaprtega tipa. Dejavnike, ki vplivajo na prevzemanje vlog posameznih članov tima v odvisnosti od sestave tima NMP v določeni situaciji, smo z Likertovo lestvico s petimi trditvami uporabili za peti sklop. Šesti sklop vprašanj se je nanašal na kompetence diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre z dodatnim usposabljanjem iz NMP pri vodenju. Sestavljala so ga štiri vprašanja zaprtega tipa. Pri treh vprašanjih je bil pravilen le en odgovor, pri enem pa so anketiranci lahko izbrali več ustreznih odgovorov. Vodenje tima NMP smo z enaindvajsetimi trditvami opredelili s pomočjo Likertove lestvice v sedmem sklopu.

3.3.3 Opis vzorca

Za potrebe raziskave smo uporabili nenaključni priložnostni vzorec anketirancev. V raziskavo smo vključili zaposlene v PHE Maribor (predbolnišnična enota), SNMP Ljubljana, UKC RP Ljubljana in PHE Kranj. Med anketirance smo razdelili 199 anketnih vprašalnikov. Od tega je bilo zdravnikom razdeljenih 45 (22,61%) vprašalnikov. Med anketiranimi zdravniki je bilo 21 žensk (65,62%) in 11 moških (34,38%). Zaposlenim reševalcem je bilo razdeljenih 154 (77,39%) vprašalnikov. Med reševalci je bilo anketiranih 8 žensk (7,02%) in 106 moških (92,98%). Anketo je vrnilo 146 (73,36%) anketirancev. Med zdravniki je anketo vrnilo 32 (71,11%) zdravnikov. Pri reševalcih so anketo vrnilo 3 (2,63%) reševalci s podiplomsko izobrazbo, 2 (1,75%) z višjo izobrazbo, 41 (35,97%) diplomiranih zdravstvenikov/diplomiranih medicinskih sester in 68 (59,65%) zdravstvenih tehnikov. Med anketiranimi je bilo 29 (19,86%)

žensk in 117 (80,14%) moških. Povprečna starost anketirancev je bila pri ženskah 36,13 let, pri moških anketirancih pa 35,47 let. V povprečju so imeli vsi anketiranci 11,19 let delovne dobe, od tega delajo v NMP že 11,16 let.

3.3.4 Potek raziskave in statistična obdelava podatkov

Raziskava je potekala od 13. 3. 2012 do 23. 3. 2012. Na podlagi predhodno pridobljenih dovoljenj vodilnih oseb predbolnišničnih enot smo anketne vprašalnike osebno razdelili zaposlenim v PHE Maribor (predbolnišnična enota), SNMP Ljubljana, UKC RP Ljubljana in PHE Kranj. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost, saj so bile ankete dane v ovojnico, ki so jo potem lahko odvrgli v nabiralnik, ki je bil postavljen v ta namen. Podatki, pridobljeni na kvantitativno – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja, so bili kvantitativno obdelani s pomočjo MSO Excel. Dobljeni rezultati so prikazani s pomočjo grafov in z izračunanimi povprečnimi vrednostmi (v nadaljevanju PV). Primerjava po izobrazbi oz. poklicnih skupinah je bila narejena z enofaktorsko analizo variance ali hi-kvadrat testom. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.0. Pri zbiranju podatkov smo imeli sedem sklopov z Likertovo mersko lestvico, kjer smo lahko izračunali zanesljivost vzorca na podlagi koeficienta Cronbach alfa. Koeficient Cronbach alfa je pri vseh meritvah presegel vrednost 0,7, kar v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally in Bernstein, 1994). Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične pomembnosti.

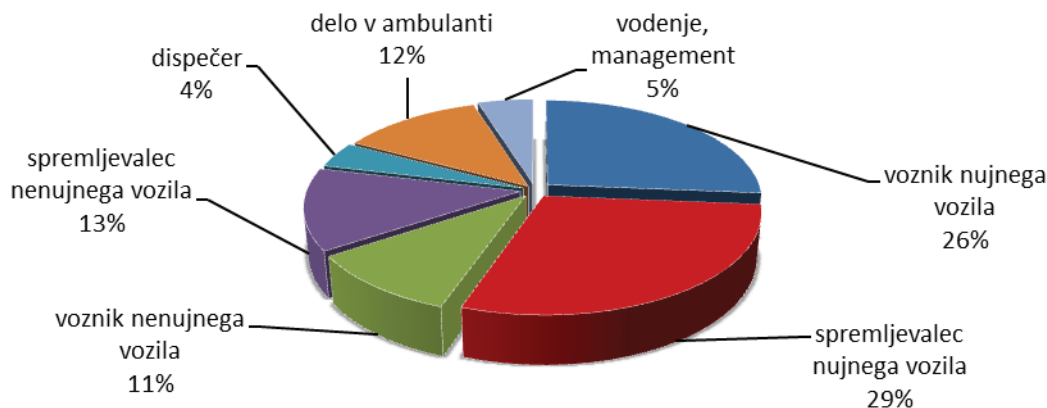
3.4 REZULTATI

V mesecu marcu 2012 smo opravil kvantitativno raziskavo med zaposlenimi v PHE Maribor, SNMP Ljubljana, UKC RP Ljubljana in PHE Kranj. Ker je bila večina anketirancev moškega spola, smo pri prikazu rezultatov uporabili poimenovanje poklicev diplomirani zdravstvenik in zdravnik.

3.4.1 Razporeditev anketiranih glede na delovišče

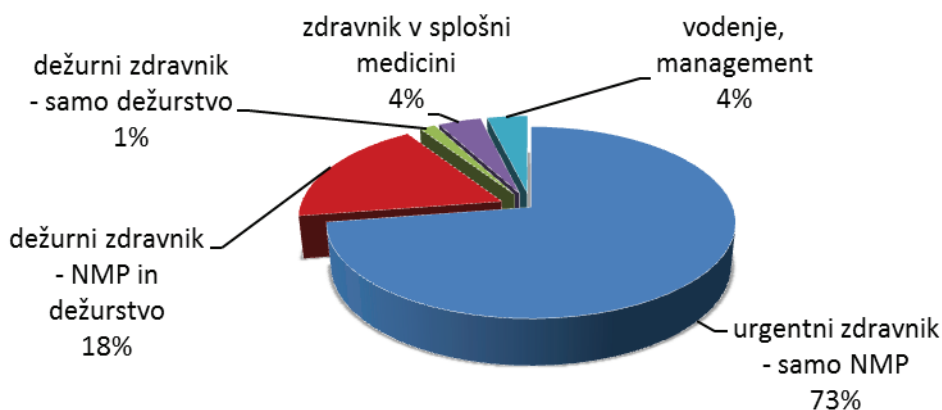
Iz slike 1 je razvidno, da je 29% reševalcev razporejeno na delovno mesto spremljevalca v nujnem reševalnem vozilu. V 26% so reševalci razporejeni kot vozniki nujnega vozila in v 13% kot spremljevalci v nujnih reševalnih vozilih. V ambulantni za NMP delo

opravlja 12% anketiranih reševalcev, 11% reševalcev opravlja delo voznika nenujnega reševalnega vozila. Najmanj reševalcev je razporejenih na delovno mesto za vodenje in management, in sicer 5%, ter na delovno mesto dispečerja 4%.



Slika 1: Prikaz razporejenosti reševalcev po različnih deloviščih v NMP

Slika 2 prikazuje, da je 73% anketiranih zdravnikov razporejenih na delovno mesto urgentnega zdravnika, 18% jih opravlja delo dežurnega zdravnika in NMP. 4% zdravnikov je razporejenih na delovno mesto zdravnika v splošni medicini in enak odstotek (4%) tudi izvaja naloge vodenja in managementa. 1% zdravnikov opravlja delo dežurnega zdravnika - samo dežurstvo.



Slika 2: Prikaz razporejenosti zdravnikov po različnih deloviščih v NMP

3.4.2 Optimalna sestava tima v enoti nujne medicinske pomoči

Tabela 1 prikazuje optimalno sestavo tima. Anketirani so se izrekli o šestih možnih sestavah. Za optimalno sestavo zdravstvenega tima v obliki dveh dipl. zn. in zdravnika so se zdravniki izrekli s povprečno vrednostjo (PV) 4,4 točke, reševalci z visoko izobrazbo s PV 3,0 točke in reševalci z srednjo izobrazbo s PV 2,6 točke ($F=18,343$;

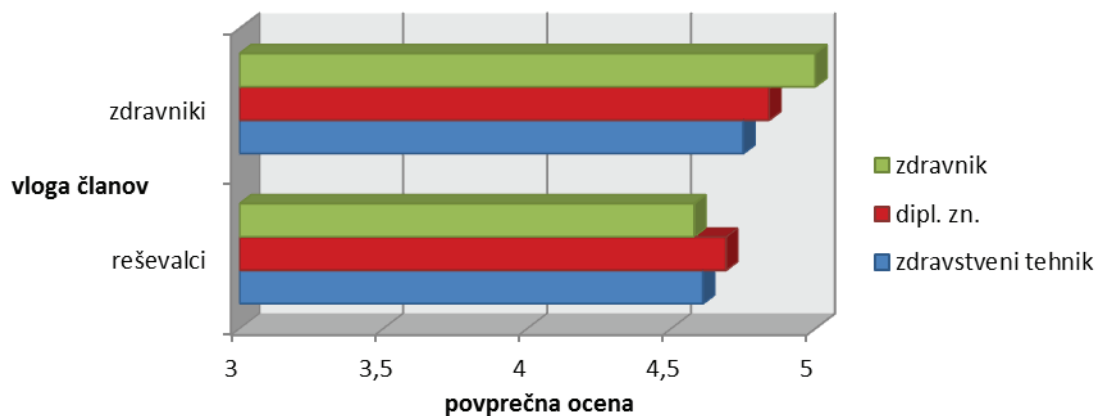
$p < 0,001$). Zdravniki so s PV 4,3 točke, reševalci z visoko izobrazbo s PV 4,2 točke in reševalci s srednjo izobrazbo s PV 4,0 točke odgovorili, da je optimalni zdravstveni tim sestavljen iz zdravstvenega tehnika, dipl. zn. in zdravnika. Razlika v oceni med zdravniki in reševalci edino v tem primeru sestave zdravstvenega tima ni bila statistično pomembna ($F=1,018$, $p=0,364$). Sestavo optimalnega zdravstvenega tima v obliki dveh zdravstvenih tehnikov in zdravnika so reševalci z visoko izobrazbo odgovorili s PV 2,8 točke, zdravniki s PV 3,3 točke in reševalci s srednjo izobrazbo s PV 3,7 točke ($F=6,421$; $p=0,002$). Da bi bil optimalni zdravstveni tim sestavljen iz dveh dipl. zn., so reševalci z visoko izobrazbo izrazili s PV 3,2 točke, zdravniki s PV 2,2 točke in reševalci s srednjo izobrazbo s PV 2,5 točke ($F=5,131$; $p=0,007$). Zdravniki so izrazili statistično pomembno manjše strinjanje, da bi optimalni tim sestavljala zdravstveni tehnik in dipl. zn. (PV 2,0 točke), reševalci z visoko izobrazbo pa so ocenili to sestavo s PV 4,0 točke in reševalci s srednjo izobrazbo s PV 3,7 točke ($F=27,331$; $p < 0,001$). Da bi optimalni tim sestavljala dva zdravstvena tehnika, so reševalci s srednjo izobrazbo izrazili večje strinjanje (PV 3,2 točke) v primerjavi z zdravniki (PV 1,6 točke) in reševalci z visoko izobrazbo (PV 2,0 točke) ($F=20,677$; $p < 0,001$).

Tabela 1: Prikaz optimalne sestave tima NMP

Sestava tima NMP	zdravniki (n=32)		reševalci s srednjo izobrazbo (n=68)		reševalci z visoko izobrazbo (n=46)		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
dva zdravstvena tehnika	1,6	1,0	3,2	1,3	2,0	1,4	20,677	<0,001
zdravstveni tehnik in dipl. zn.	2,0	1,1	3,7	1,3	4,0	1,3	27,331	<0,001
dva dipl. zn.	2,2	1,4	2,5	1,4	3,2	1,5	5,131	0,007
dva zdravstvena tehnika in zdravnik	3,3	1,3	3,7	1,2	2,8	1,4	6,421	0,002
zdravstveni tehnik, dipl. zn. in zdravnik	4,3	1,0	4,0	1,3	4,2	1,1	1,018	0,364
dva dipl. zn. in zdravnik	4,4	0,9	2,6	1,4	3,0	1,6	18,343	<0,001

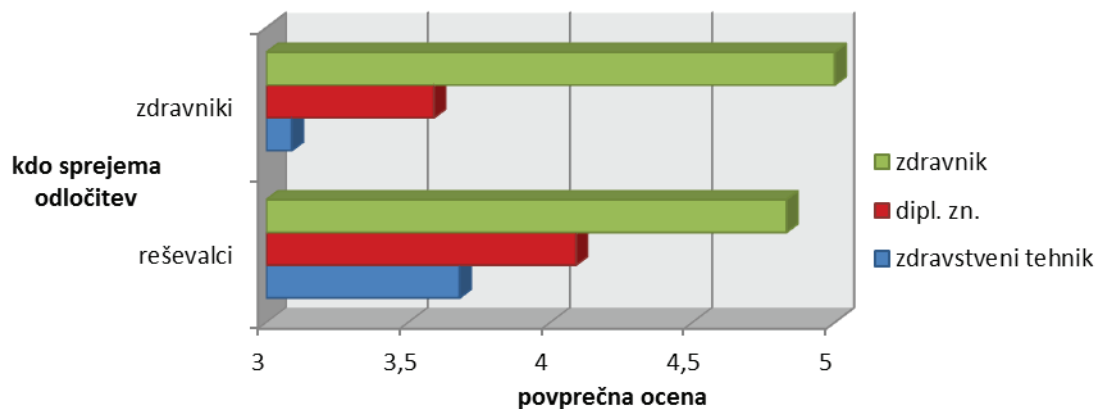
PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

Iz slike 3 je razvidno, da so zdravniki s PV 5,0 točk ocenili, da je najpomembnejša vloga v timu zdravnik, sledi dipl. zn. s PV 4,8 točke in zdravstveni tehnik s PV 4,7 točke. Reševalci največjo vlogo v timu pripisujejo dipl. zn. s PV 4,7 točke, zdravstveni tehnik s PV 4,6 točke in najmanjšo vlogo zdravnikom s PV 4,5 točke.



Slika 3: Prikaz pomembnosti vloge posameznih članov v timu

Iz slike 4 je razvidno, da se zdravniki s PV 5,0 točk in reševalci s PV 4,8 točke strinjajo, da imajo zdravniki najpomembnejšo vlogo v timu pri sprejemanju odločitev. Na drugo mesto so zdravniki s PV 4,1 točke in reševalci s PV 3,6 točke postavili dipl. zn.. Najmanjšo vlogo so zdravniki s PV 3,1 točko in reševalci s PV 3,7 točke pripisali zdravstvenemu tehniku.



Slika 4: Prikaz pomembnosti posameznih članov tima pri sprejemanju odločitev

Tabela 2 prikazuje, kakšna naj bi bila po mnenju anketiranih formalna izobrazba reševalca v timu NMP. Rezultati pokažejo, da so zdravniki so z 62,5% odgovorili, da reševalec v NMP potrebuje visoko izobrazbo in klinično specializacijo iz NMP, 28,1% jih je odgovorilo, da potrebuje srednjo izobrazbo in NPK, 9,4% jih je mnenja, da za

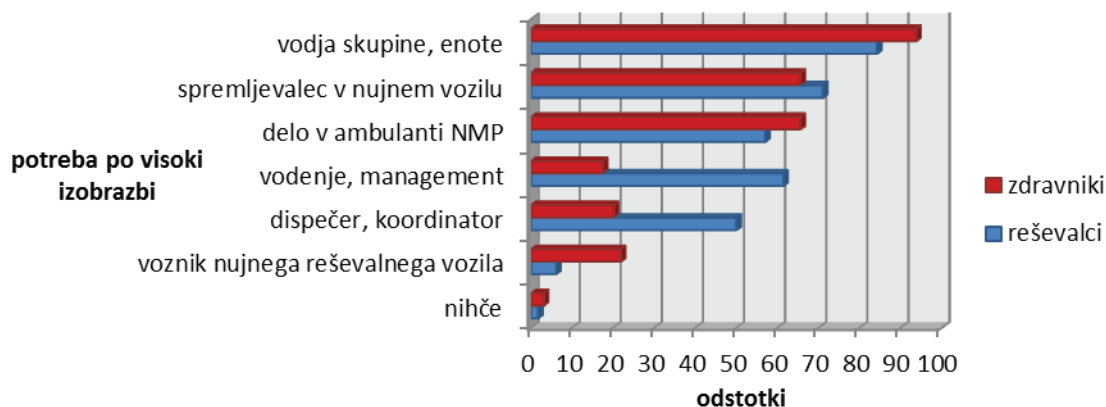
reševalca v NMP zadostuje visoka izobrazba. Reševalci z visoko izobrazbo so s 63,0% odgovorili, da reševalec v NMP potrebuje visoko izobrazbo in klinično specializacijo iz NMP, 15,2% jih je odgovorilo, da potrebuje srednjo izobrazbo in NPK, 10,9% jih je mnenja, da potrebuje visoko izobrazbo, 8,7% jih je odgovorilo, da potrebuje srednjo izobrazbo in 2,2%, da reševalec v NMP potrebuje višjo izobrazbo. Reševalci s srednjo izobrazbo so v 54,4% odgovorili, da bi moral imeti reševalec v NMP srednjo izobrazbo z NPK, 19,1% da potrebuje visoko izobrazbo in klinično specializacijo iz NMP, 14,7% jih je mnenja, da potrebuje visoko izobrazbo, 8,8% da potrebuje srednjo izobrazbo, 1,5% višjo in 1,5% univerzitetno izobrazbo. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembno razliko v navedbah med skupinami (hi-kvadrat=33,940; $p < 0,001$).

Tabela 2: Stališče anketiranih glede optimalne izobrazbe reševalca v timu NMP

Potrebna izobrazba reševalcev*	zdravniki (n=32)	srednja izobrazba (n=68)	visoka izobrazba (n=46)
visoka in specializacija iz NMP	62,5%	19,1%	63,0%
srednja in NPK iz NMP	28,1%	54,4%	15,2%
visoka izobrazba	9,4%	14,7%	10,9%
srednja izobrazba	0,0%	8,8%	8,7%
višja izobrazba	0,0%	1,5%	2,2%
univerzitetna izobrazba	0,0%	1,5%	0,0%

*hi-kvadrat=33,940; $p < 0,001$

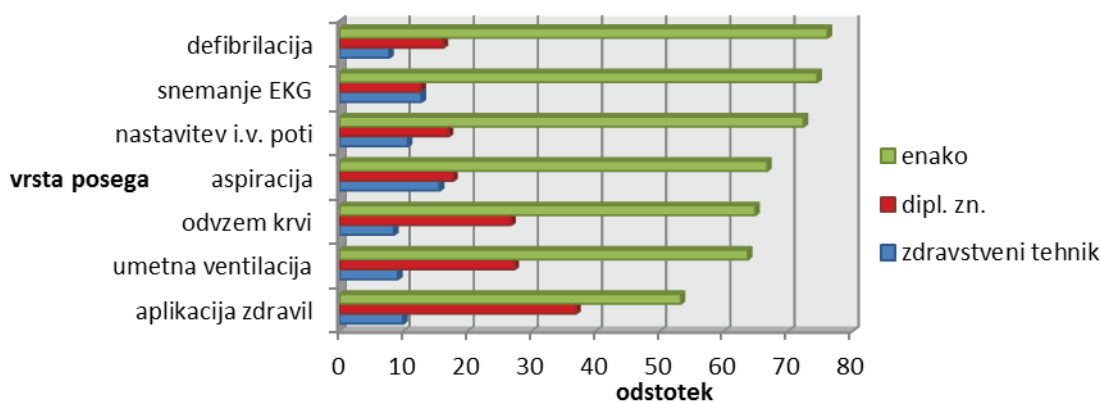
Slika 5 prikazuje, kateri profili v službah NMP bi po mnenju anketiranih morali imeti končano višjo oz. visoko strokovno izobrazbo. 93,75% zdravnikov in 84,21% reševalcev je odgovorilo, da je to vodja skupine oz. enote. 65,62% zdravnikov in 71,05% reševalcev se strinja, da visoko strokovno izobrazbo potrebuje spremljevalec v nujnem reševalnem vozilu. Reševalci so z 61,4% in zdravniki s 17,54% odgovorili, da visoko strokovno izobrazbo potrebuje oseba za vodenje in management. Zdravniki z 65,62% in reševalci z 57,01% menijo, da je visoka strokovna izobrazba potrebna za delo v ambulanti NMP. 21,87% zdravnikov in 6,14% reševalcev je odgovorilo, da bi moral imeti končano visoko šolo voznik nujnega reševalnega vozila in 20,17% zdravnikov in 50% reševalcev meni, da potrebuje visoko šolo dispečer, koordinator. Da nihče ne potrebuje visoke šole, je mnenja 3,12% zdravnikov in 1,75% reševalcev.



Slika 5: Prikaz profilov, ki bi potrebovali visoko strokovno izobrazbo

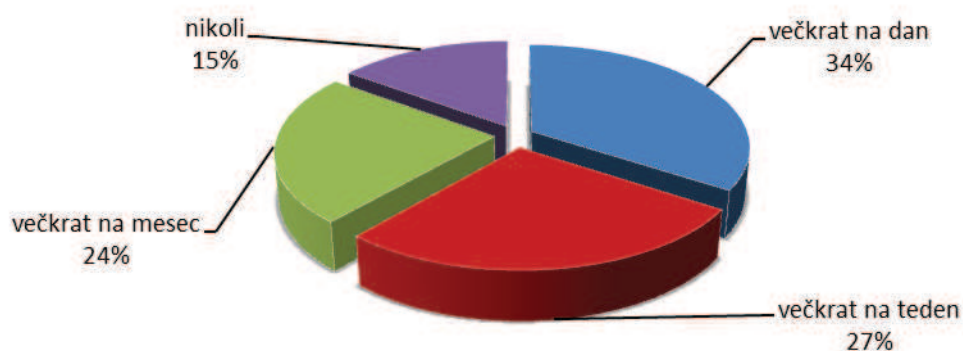
3.4.3 Pristojnosti zdravstvenega tehnika, kadar v timu ni prisoten dipl. zn.

Iz slike 6 je razvidno, da so zdravniki in reševalci odgovorili, da zdravstveni tehnik in dipl. zn. enako pogosto izvajajo defibrilacijo (76,06%), snemanje EKG (74,47%), intravenozno nastavljanje infuzij (72,34%), aspiracijo (66,67%), odvzem krvi (64,79%), umetno ventilacijo (63,63%) in aplikacijo zdravil (53,19%). Največja razlika med zdravstvenim tehnikom in dipl. zn. je v aplikaciji zdravil, kjer so anketiranci odgovorili, da dipl. zn. poseg opravlja v 36,88%, zdravstveni tehnik pa v 9,92%. Odvzem krvi opravlja 26,76% dipl. zn. in 8,45% zdravstvenih tehnikov, nastavitev i.v. poti pa 17,02% dipl. zn. in 10,64% zdravstvenih tehnikov. Najmanjša razlika je pri snemanju EKG, kjer dipl. zn. poseg opravljajo v 12,76% in zdravstveni tehniki v 12,77%. Dipl. zn. izvajajo umetno ventilacijo v 27,27%, aspiracijo v 17,73% in defibrilacijo v 16,2%. Zdravstveni tehniki pa izvajajo ventilacijo v 9,1%, aspiracijo v 15,6% in defibrilacijo v 7,74%.



Slika 6: Prikaz razdelitve posegov med zdravstvenim tehnikom in dipl. zn.

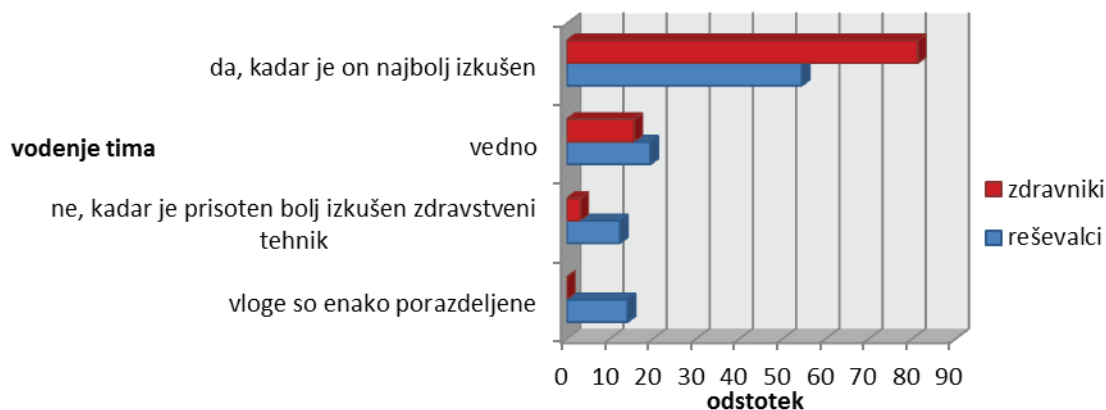
Slika 7 prikazuje odgovore na vprašanje, ki je bilo zastavljeno samo reševalcem, kako pogosto morajo opravljati posege, za katere niso formalno izobraženi. 39 (34%) reševalcev je odgovorilo, da večkrat na dan in 31 (27%), da večkrat na teden. Večkrat na mesec tovrstne posege opravlja 27 (24%) in nikoli 17 (15%) anketiranih reševalcev. Reševalci so na deset stopenjski lestvici, s PV 5,25 točke, to ocenili kot obremenjujoče.



Slika 7: Prikaz pogostnosti opravljanja posegov reševalcev brez formalne izobrazbe

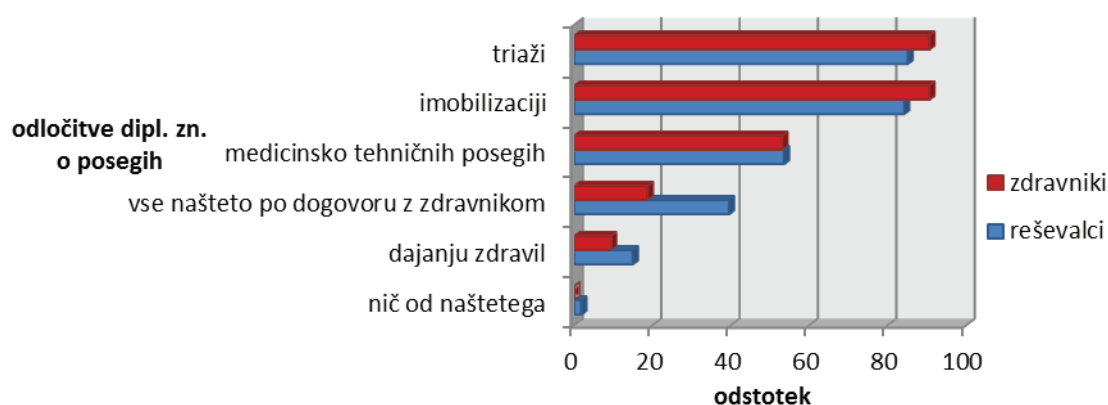
3.4.4 Pristojnosti dipl. zn. kadar v ekipi ni prisoten zdravnik

Slika 8 prikazuje, da je 26 (81,25%) zdravnikov in 62 (54,39%) reševalcev mnenja, da dipl. zn. lahko prevzame vodenje tima, kadar v ekipi ni zdravnika in je on najbolj izkušen. V primeru, da je v timu prisoten bolj izkušen zdravstveni tehnik, je 1 (3,12%) zdravnik in 14 (12,28%) reševalcev odgovorilo, da lahko vodenje tima prevzame zdravstveni tehnik. Da dipl. zn., kadar v ekipi ni zdravnika, lahko vedno prevzame vodenje tima, je odgovorilo 5 (15,63%) zdravnikov in 22 (19,3%) reševalcev. 16 (14,03%) reševalcev in nihče od zdravnikov je odgovorilo, da so vloge v timu, kadar ni zdravnika, enako porazdeljene.



Slika 8: Prikaz prevzema vodenja tima dipl. zn. brez zdravnika

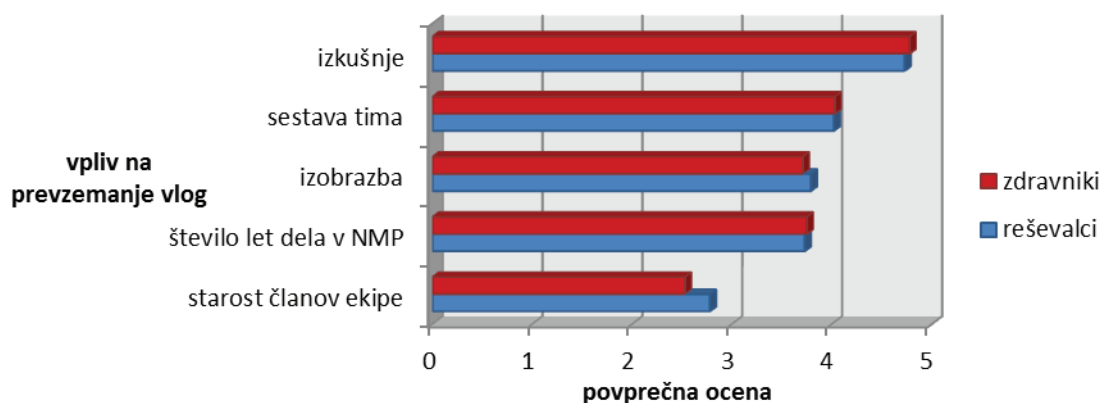
Iz slike 9 je razvidno, da so zdravniki na vprašanje, o čem lahko dipl. zn., kadar v ekipi ni zdravnika odloča, odgovorili, da o triaži (90,63%), imobilizaciji (90,63%), medicinsko tehničnih posegih (53,13%) in dajanju zdravil (9,37%). Reševalci so z 85,09% odgovorili, da dipl. zn. lahko odloča o triaži, 84,21% o imobilizaciji in 53,5% o medicinsko tehničnih posegih. 14,91% reševalcev je odgovorilo, da lahko odločajo o dajanju zdravil. Da dipl. zn. lahko odloča o vsem naštetem po predhodnem pogovoru z zdravnikom, meni 18,75% zdravnikov ter 39,47% reševalcev. Zdravniki so z 0% in reševalci z 1,76% odgovorili, da dipl. zn. ne more odločati o naštetih posegih.



Slika 9: Prikaz odločitev dipl. zn. o posegih, kadar v ekipi ni zdravnika

3.4.5 Dejavniki, ki prispevajo k prevzemanju vlog

Slika 10 prikazuje, da so za najpomembnejši dejavnik pri prevzemanju vlog v timu NMP, zdravniki (PV 4,8 točk) in reševalci (PV 4,7 točk) ocenili izkušnje posameznih članov tima. Tako zdravnikom (PV 4,0 točke) kot reševalcem (PV 4,0 točke) se zdi pomembna sestava tima. Zdravniki so s PV 3,7 točke in reševalci s PV 3,7 ocenili, da je za prevzemanje vlog pomembno število let dela v NMP. Da je za prevzemanje vlog v timu NMP pomembna izobrazba, so zdravniki ocenili s PV 3,7 točke, reševalci pa s PV 3,8 točke. Zdravniki so s PV 2,5 točke, reševalci pa s PV 2,8 točke ocenili, da je najmanj pomembna starost članov ekipe.



Slika 10: Prikaz dejavnikov, ki vplivajo na prevzemanje vlog v timu

3.4.6 Kompetence dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP

V tabeli 3 so prikazani rezultati, kdaj dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima, kadar v ekipi ni zdravnika. Rezultati pokažejo, da je 21 (67,74%) zdravnikov in 68 (59,65%) reševalcev odgovorilo, da dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima, kadar v ekipi ni zdravnika. Kadar je v ekipi manj izkušen zdravnik, je 9 (29,03%) zdravnikov in 25 (21,93%) reševalcev odgovorilo, da dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima. Da dipl. zn. nikoli ne more prevzeti vodenje tima, meni 1 (3,23%) zdravnik in 6 (5,26%) reševalcev. Nihče od zdravnikov in 13,16% reševalcev je odgovorilo, da dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko vedno prevzame vodenje tima. Ker med posameznimi odgovori med zdravniki in reševalci ni večjih odstotnih razlik, hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama (hi-kvadrat=5,073; p=0,167).

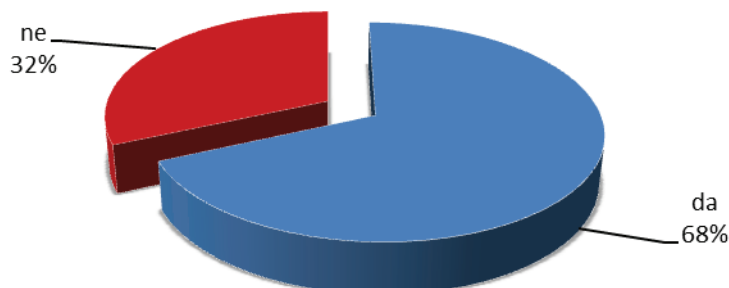
Tabela 3: Stališče anketiranih glede prevzema vodenja tima dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP

Prevzem vodenja tima dipl. zn.*	zdravniki (n=32)	reševalci (n=114)
da, kadar v ekipi ni zdravnika	67,7%	59,6%
da, kadar je v ekipi manj izkušen zdravnik	29,0%	21,9%
ne, nikoli	3,2%	5,3%
da, tudi kadar je v ekipi zdravnik	0,0%	13,2%

* hi-kvadrat=5,073; p=0,167

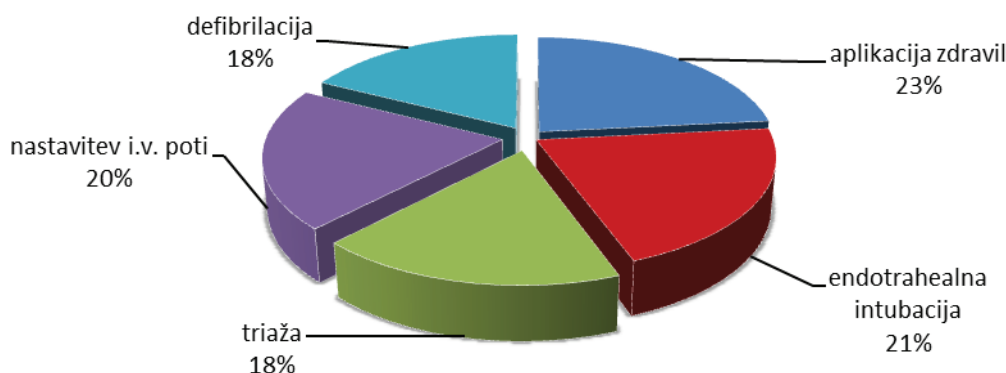
Iz slike 11 je razvidno, da na vprašanje, ali si reševalci želijo več kompetenc pri svojem

delu, je 78 (68%) reševalcev odgovorilo pritrdilno, 36 (32%) reševalcev pa si več kompetenc pri svojem delu ne želi.



Slika 11: Prikaz želje reševalcev po kompetencah pri svojem delu

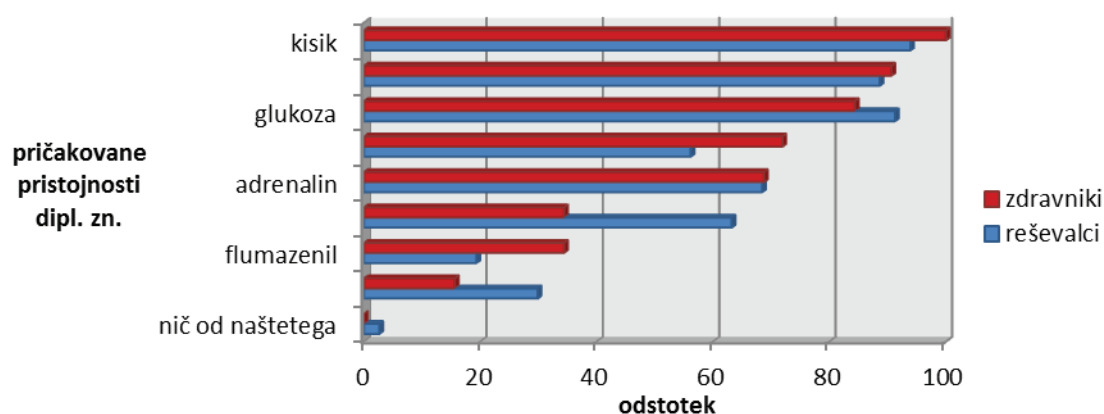
Slika 12 prikazuje, da si 68 (23%) reševalcev želi največ samostojnosti pri aplikaciji zdravil in 61 (21%) pri endotrahealni intubaciji. 59 (20%) reševalcev si želi več samostojnosti pri nastavitvi intravenozne poti, 51 (18%) reševalcev pri defibrilaciji in 51 (18%) pri triaži.



Slika 12: Prikaz želje reševalcev po samostojnosti pri posegih

Slika 13 prikazuje, pri katerih zdravilih bi dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP ob dogovorjenih algoritmih lahko samostojno odločal. Zdravniki so s 100% odgovorili, da lahko dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko samostojno odločajo o uporabi kisika, z 90,62% o uporabi infuzijskih tekočin, z 84,38% o uporabi glukoze, 71,88% o uporabi naloksona, 68,75 % o samostojni uporabi adrenalina. 34,38% zdravnikov meni, da dipl. zn. lahko samostojno odločajo o analgetikih in 34,38% zdravnikov o uporabi flumazenila. 15,62% zdravnikov je odgovorilo, da dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP potrebuje najmanj samostojnosti pri uporabi morfija. 93,86% reševalcev je največ samostojnosti dipl. zn. namenilo pri uporabi kisika,

91,23% pri uporabi glukoze, 88,6% pri infuzijskih tekočinah in 68,42% pri uporabi adrenalina. 63,16% reševalcev meni, da dipl. zn. s klinično specializacijo iz NMP lahko samostojno odloča o uporabi analgetikov. 56,14% reševalcev bi dipl. zn. prepustilo samostojno uporabo naloksona in 29,82% morfija. 19,3% reševalcev je najmanj samostojnosti dipl. zn. namenilo pri uporabi flumazenila. 2,63% reševalcev je odgovorilo, da dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP ne more samostojno odločati o ničemer od naštetega.



Slika 13: Prikaz samostojne uporabe zdravil dipl. zn.

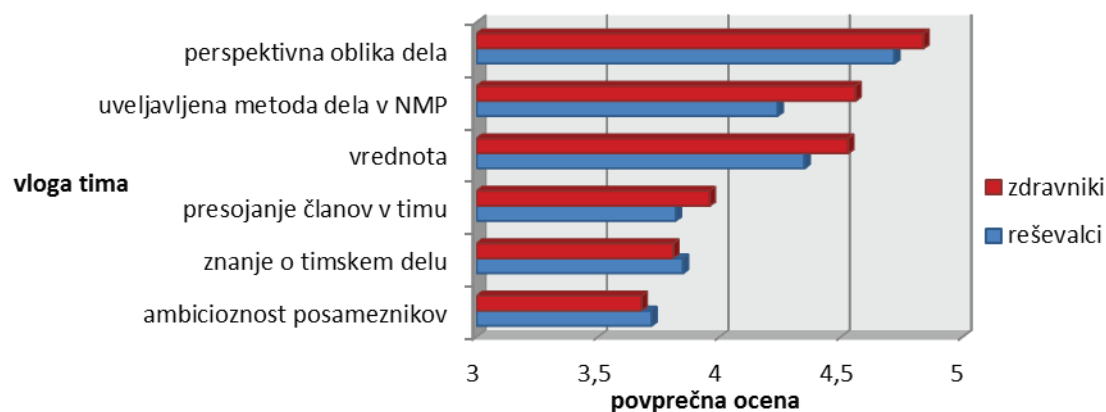
3.4.7 Vodenje tima NMP

Slika 14 prikazuje, da je v timu največja vrednota sodelovanje, kar so zdravniki izrazili s PV 4,8 točke, reševalci s PV 4,7 točke. Sledi zaupanje, kar je izraženo pri zdravnikih s PV 4,6 točke in pri reševalcih s PV 4,7 točke. Zdravniki so s PV 4,6 točke in reševalci s PV 4,6 točke odgovorili, da je vodenje tima odvisno od izkušenj. Da odločitve sprejema vodja, so zdravniki ocenili s PV 4,6 točke, reševalci pa s PV 4,2 točke. Zdravniki so ocenili s PV 4,2 točke, da je vsaka delovna skupina tim, s PV 4 točke, da so konstruktivni konflikti dobrodošli in s PV 3,9 točke, da je za vodenje tima najmanj pomembna izobrazba. Reševalci so ocenili s PV 4,2 točke, da je vsaka delovna skupina tim, s PV 4 točke, da so konstruktivni konflikti dobrodošli in s PV 3,6 točke, da je za vodenje tima pomembna izobrazba.



Slika 14: Prikaz trditev o zdravstvenem timu

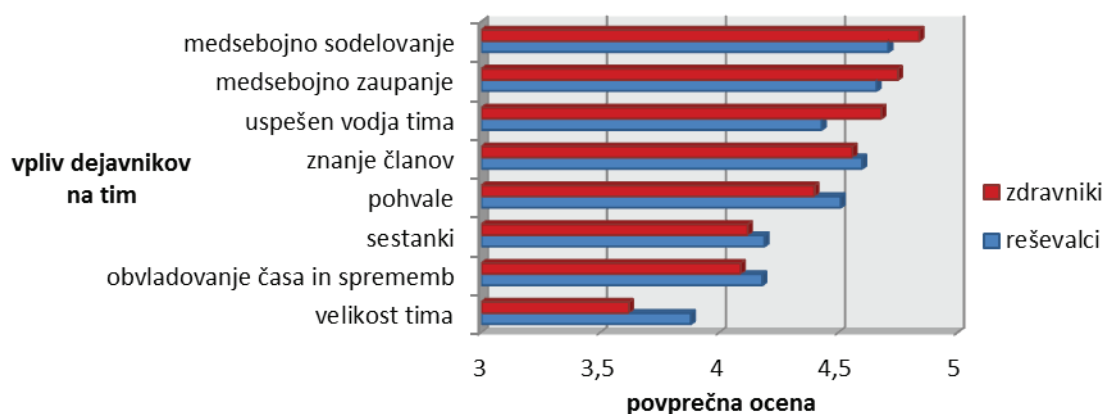
Iz slike 15 je razvidno, da je zdravstveni tim perspektivna oblika dela v NMP, kar je izraženo s PV 4,8 točke pri zdravnikih in s PV 4,7 točke pri reševalcih. Je uveljavljena metoda dela s PV 4,6 točke pri zdravnikih in s PV 4,2 točke pri reševalcih. Da je timsko delo vrednota, so zdravniki ocenili s PV 4,5 točke, o presojanju članov v timu s PV 4,0 točke in da imajo znanje o timskem delu s PV 3,8 točke. Reševalci so s PV 4,4 točke odgovorili, da je timsko delo vrednota, s PV 3,9 točke, da imajo znanje o timskem delu in s PV 3,8 točke o presojanju članov v timu. Najmanj je zaželena ambicioznost posameznikov, kar so zdravniki ocenili s PV 3,7 točke in reševalci s PV 3,7 točke.



Slika 15: Prikaz vloge zdravstvenega tima

V sliki 16 so prikazani rezultati, ki prikazujejo vpliv dejavnikov na uspešno timsko delo. Rezultati pokažejo, da sta medsebojno sodelovanje (zdravniki PV 4,8 točke; reševalci PV 4,7 točke) in zaupanje (zdravniki PV 4,8 točke; reševalci PV 4,7 točke) najpomembnejša dejavnika za uspešno delo v timu. Zdravniki so ocenili s PV 4,7 točke, reševalci s PV 4,4 točke, da je za uspešno timsko delo pomemben uspešen vodja tima.

Da so pri tiskem delu potrebne pohvale, so odgovorili zdravniki s PV 4,4 točke in reševalci s PV 4,5 točke. Z visoko PV so zdravniki (4,6 točke) in reševalci (4,6 točke) ocenili, da je pomembno tudi znanje članov tima. Nekoliko manj pomembni so sestanki (zdravniki PV 4,1 točke; reševalci PV 4,2 točke) in obvladovanje časa in sprememb (zdravniki PV 4,1 točke; reševalci PV 4,2 točke). Anketirancem se najmanj pomembna zdi velikost tima, katero so zdravniki ocenili s PV 3,6 točke, reševalci pa s PV 3,9 točke.



Slika 16: Prikaz dejavnikov, ki vplivajo na uspešno timsko delo

3.5 RAZPRAVA

Delo v predbolnišnični NMP je specifično, saj je tim sestavljen iz največ treh članov. Sodelovanje v timu med vsemi člani zato bistveno prispeva k učinkovitosti tima, ki pomeni tudi strokovnost in zagotavlja varnost za pacienta. Vpliv poklicnih aktivnosti članov se je v preteklih letih močno spremenil zaradi sprememb, ki so se zgodile v sestavi tima (Prestor, 2005b). Oskrba pacientov v predbolnišničnem okolju poteka na takšnem nivoju, da zdravstveni tehniki/-ce in diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre pri svojem delu velikokrat opravljamo postopke in posege, za katere nismo formalno izobraženi. V ta namen smo se v raziskavi osredotočili, kakšen bi bil optimalni zdravstveni tim in kakšne pristojnosti glede na izobrazbo bi imeli posamezni člani tima. V uvodnem delu raziskave smo ugotavljali, kako člani tima ocenjujejo medsebojno sodelovanje in kakšna bi bila optimalna sestava tima NMP. Rezultati raziskave kažejo na to, da si večina zdravnikov v timu želi dva reševalca z visoko izobrazbo. S takšno trditvijo se še najmanj strinjajo zdravstveni tehniki/-ce, za katere je optimalna sestava tima NMP sestavljena iz zdravstvenega tehnika/-ce, diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre in zdravnika. Vsi skupaj pa so si enotni, da

je vloga vsakega člana v timu pomembna, ne glede na stopnjo izobrazbe. Težko bi primerjali sestavo tima NMP z drugimi evropskimi državami, saj ima vsaka država pri sestavi tima svoje specifične lastnosti. Raziskava iz Nizozemske potrjuje, da so se rezultati pri oskrbi pacientov izboljšali, če je v nujni medicinski oskrbi sodeloval tudi zdravnik. V nasprotju s tem pa so v drugih raziskavah prišli do zaključka, da so rezultati enaki, če zdravnik pri prehospitalni oskrbi sodeluje ali ne. Eden od glavnih razlogov za te nasprotnoče si rezultate so metodološke razlike v raziskavah na področju prehospitalne oskrbe (Van Schuppen, Bierens, 2011).

Na prvo raziskovalno vprašanje bi zelo težko dobili neposredne odgovore, zato smo v raziskavo vključili več vprašanj, iz katerih smo skušali ugotoviti, kako sestava tima vpliva na oblikovanje poklicnih aktivnosti posameznih članov. Vodja tima enote NMP je zdravnik. Naloge znotraj tima so dogovorjene, zdravnik prepozna zdravstvene probleme in se odloča v skladu s sodobnimi medicinskimi načeli. Člani tima se strinjajo, da ima najpomembnejšo vlogo pri sprejemanju odločitev zdravnik. To mnenje je enotno, čeprav zdravnikove odločitve med sodelavci niso vedno z odobravanjem sprejete. Posegi in storitve, ki jih opravljajo reševalci v predbolnišničnem okolju, velikokrat presegajo njihove kompetence, zato zdravniki menijo, da bi moral imeti reševalec v timu NMP visokošolsko izobrazbo z dodatnim usposabljanjem iz NMP in si s tem pridobil znanja in kompetence, ki jih potrebuje pri svojem delu. Presenetljivo si reševalci reševalca z visoko izobrazbo želijo manj. Ker so na vprašanje v skupini reševalcev odgovarjali tako zdravstveni tehniki/-ce kot diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre, smo s poglobljeno analizo skušali ugotoviti, kateri profil je bolj vplival na tako slabo podporo dodatnemu izobraževanju. Ugotovili smo, da visoko izobrazbo s specializacijo najbolj podpirajo diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre (63%) in skoraj enako zdravniki (62,5%), bistveno manj pa zdravstveni tehniki/-ce (19,12%). Zdravstveni tehniki/-ce menijo, da je za reševalca ustrezna srednja izobrazba in poklicna kvalifikacija iz NMP. Posavec, (1999) v raziskavi ugotavlja, da je bila več kot polovica anketirancev prepričana, da je za reševalca v NMP dovolj opravljena srednja šola z nekaj dodatnih znanj s področja NMP, ki bi reševalcem prinesla pooblastila za opravljanje nekaterih postopkov. Visoka strokovna izobrazba pa je za reševalce smiselna le v kombinaciji s podiplomskim študijem s področja NMP. Prestor (2005b) ugotavlja, da se vsi anketiranci strinjajo, da

bi morala biti že osnovna izobrazba reševalca višja kot le srednja šola zdravstvene usmeritve. Višje kriterije so postavili predvsem zdravniki. So si pa vsi člani tima enotni, da bi visoko strokovno izobrazbo morali imeti predvsem vodja skupine oz. enote ter spremljevalec v nujnem reševalnem vozilu (Posavec, 1999; Curran, 2004; Prestor, 2005a). Tudi v naši raziskavi je ugotovljeno, da med profili negovalnega kadra v predbolnišnični NMP najbolj potrebujeta visoko šolo vodja strokovne skupine in vodja službe.

V osrednjem delu raziskave smo se osredotočili na pristojnosti zdravstvenega tehnika/-ce in diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre. Pristojnosti zdravstvenega tehnika/-ce in diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre opredeljuje dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, vsebino katerega pa večina reševalcev ne pozna. Podobno je v raziskavi ugotovil tudi Prestor (2005a), da temeljni dokument, ki razmejuje pooblastila, reševalci slabo poznajo.

Kadar v timu NMP ni prisoten diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehniki/-ce izvajajo po naročilu zdravnika diagnostično terapevtske intervencije, ki verjetno presegajo priporočila, ki jih opredeljuje dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Iz raziskave je ugotovljeno, da večina zdravstvenih tehnikov/-c izvaja večkrat dnevno poklicne aktivnosti, ki niso v njihovi pristojnosti. Presenetljivo pa je, da se jih je večina izjasnila, da jih prekoračitev pooblastil zelo obremenjuje, glede na dejstvo, da ne poznajo dokumenta poklicnih aktivnosti in kompetenc. Do podobnih rezultatov je prišel Prestor (2005a). Takrat se je skoraj polovico anketiranih reševalcev znašlo vsaj enkrat mesečno v situaciji, ko so morali izvajati posege in storitve, za katere niso bili ustrezno izobraženi, usposobljeni ali pooblašteni, vsak sedmi reševalec pa je to doživel vsak dan.

Katere naloge prevzema diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra v enoti nujne medicinske pomoči, je bilo drugo raziskovalno vprašanje, na katerega smo iskali odgovore s pomočjo ankete. Nosilec zdravstvene nege, ki ne pomeni le izvajanje posegov, temveč tudi prepoznavanje negovalnih problemov, načrtovanje in vrednotenje dela, bi moral biti diplomirani zdravstvenik oz. diplomirana medicinska sestra. Z raziskavo smo potrdili, da je ta profil v praksi še vedno zelo skromno zastopan v timih NMP. Podobno ugotavlja Kramar (2003). Ne glede na izobrazbo in pristojnosti

diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre smo ugotovili, da lahko diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra prevzame vodenje tima NMP, kadar v ekipi ni zdravnika le takrat, kadar je on najbolj izkušen. Takšno mnenje je bilo pričakovano, upošteva dejstvo, da so diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre prisotni v timu NMP šele zadnjih nekaj let. Nekateri med njimi nimajo veliko izkušenj iz NMP. Anketiranci menijo, da bi diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra lahko kompetentno odločal o triaži, imobilizaciji in medicinskih posegih. V raziskavi smo tudi ugotovili, da je zelo malo reševalcev in zdravnikov mnenja, da bi lahko diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra odločal o dajanju zdravil, kadar v ekipi ni zdravnika.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali, kakšne bi bile potrebne kompetence diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre, da bi lahko posegel po področju vodenja tima nujne medicinske pomoči. V prihodnosti se pripravlja dodatno usposabljanje za diplomirane zdravstvenike/diplomirane medicinske sestre iz vsebin NMP v obliki klinične specializacije. Predvidena oblika bo predstavljala dodano vrednost usposobljenosti diplomiranih zdravstvenikov/diplomiranih medicinskih sester, zato smo skušali ugotoviti, v katerih primerih bi vodenje tima lahko prevzel diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra. Zdravniki in reševalci so si enotni, da diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima takrat, kadar v ekipi ni zdravnika ali pogojno tudi, kadar je v ekipi manj izkušen zdravnik. Vendar so zdravniki istočasno tudi mnenja, da vodenje tima diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra ne more prevzeti, če je v timu prisoten zdravnik. S tem se reševalci ne strinjajo, čemur najverjetneje botruje razlog, da se reševalci pri vsakodnevem delu v NMP ne strinjajo vedno z odločitvami zdravnikov pri vodenju tima. Neenotnost odgovorov zdravnikov, ki bi v določenih pogojih prepustili vodenje tima diplomiranemu zdravstveniku/diplomirani medicinski sestri z dodatnimi znanji iz NMP, je povezana tudi s tem, da ni določenih kriterijev, kdaj je zdravnik izkušen oz. manj izkušen. Ugotovili smo tudi, da si veliko reševalcev želi pri svojem delu več kompetenc, predvsem na področju aplikacije zdravil in intubacije, kar je danes povsem pristojnost zdravnikov. Enako je v raziskavi ugotovil tudi Zabukovšek (2010). Avtor raziskave ugotavlja, da si veliko reševalcev želi več

kompetenc in samostojnosti pri svojem delu, zato tudi večkrat prekoračijo dosedanje kompetence, da bi pomagali življenjsko ogroženemu pacientu v nujnih stanjih, še posebej takrat, kadar v ekipi ni zdravnika. Seveda pa je takrat pacientovo življenje odvisno od znanja reševalca. Zdravniki temu namenjajo manj pozornosti in bi diplomiranemu zdravstveniku/diplomirani medicinski sestri z dodatnim usposabljanjem iz NMP dali več samostojnosti pri triaži obolelih in poškodovanih pacientov, nastavitvi intravenozne poti in defibrilaciji. Če bi bil diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra dodatno usposobljen iz vsebin NMP, se večina anketirancev strinja, da bi lahko samostojno uporabljal kisik, infuzijske raztopine in glukozo. Celotni zdravniki se strinjajo, da bi lahko varno uporabljal zdravila z hitrim učinkom, kot sta adrenalin in nalokson. Vsi pa so v odgovorih bolj zadržani do analgetikov in manj znanih antidotov. Avstrijski zdravstveni reševalci ne glede na izobrazbo ne smejo samostojno uporabljati nobenih zdravil. Nasprotno velja za reševalce na Švedskem. Diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra po končani enoletni klinični specializaciji lahko uporablja samostojno vsa reanimacijska zdravila, analgetike in celo mišične relaksante (Šprajc, 2011). V slovenski raziskavi leta 2010 (Zabukovšek) so ugotovili, da bi večina reševalcev želela samostojno uporabljati vsa, v raziskavi navedena zdravila. Anketiranci bi brez zadržkov uporabljali glukozo in kisik ter infuzijske tekočine, kar smo ugotovili tudi v naši raziskavi. Polovico anketirancev je leta 2010 menilo, da lahko samostojno uporabljajo tako analgetike kot manj znane antidote, kar je več, kot je ugotovljeno v naši raziskavi.

Na vodenje tima nujne medicinske pomoči vpliva več dejavnikov, katere smo želeli obravnavati v četrtem raziskovalnem vprašanju. V raziskavi smo želeli ugotoviti, kaj vpliva na prevzemanje vlog posameznih članov tima v odvisnosti od sestave tima NMP. Ugotovili smo, da so se tako reševalci kot zdravniki odločili, da so v timu najpomembnejše izkušnje članov tima. Velik pomen so anketiranci namenili tudi sestavi tima, kar si lahko predstavljamo tudi tako, da zdravnik, če je v timu, prevzema ključno vlogo v določeni situaciji. Presenetljivo pa anketiranci menijo, da izobrazba ni dejavnik, ki bi bil najpomembnejši pri prevzemanju vlog v timu. Presenetljivo še posebno zato, ker v odgovorih o vodenju tima vsi zdravniku pripisujejo vodilno vlogo. Zdravnik ima najvišjo izobrazbo v timu NMP, nima pa vedno največ izkušenj. Lahko pa si rezultate raziskave razlagamo tako, da je delo v predbolnišničnem okolju specifično, način

izobraževanja pa premalo prilagojen predbolnišničnem okolju in so izkušnje ključni dejavnik, ki pripomorejo k bolj učinkovitemu reševanju problema v dani situaciji.

Na peto raziskovalno vprašanje, kako člani tima ocenjujejo medsebojno sodelovanje, anketiranci menijo, da na timsko delo najbolj vpliva sodelovanje in medsebojno zaupanje, kar je v raziskavi ugotovil tudi Bitežnik (2011). Na timsko delo vpliva visoka strokovna usposobljenost in znanje, veliko pozornosti posvečajo tudi pohvalam za opravljeno delo. Med dejavniki, ki najmanj vplivajo na uspešno delo v timu, anketiranci uvrščajo velikost samega tima. Timsko delo v NMP je že uveljavljena oblika dela, ki ima veliko perspektivo in večini anketirancev predstavlja vrednoto, za katero se splača truditi (Lahe in Kaučič, 2006). To dejstvo smo v naši raziskavi pričakovali. Anketiranci dopuščajo kritično presojanje med člani tima, vseeno pa so v timu najmanj dobrodošli ambiciozni posamezniki. Po ugotovitvah raziskave večina anketirancev meni, da nima dovolj znanja o timskem delu. Poleg medsebojnega sodelovanja, ki ga kot vrednoto tima anketiranci postavljajo najvišje, cenijo tudi zaupanje, ter dejstvo, da v timu odločitve sprejema vodja. Anketiranci se ne strinjajo najbolj, da je vsaka delovna skupina tudi tim, prisotni konstruktivni konflikti po ugotovitvah raziskave pa tudi ne vplivajo dobro na trdnost tima.

Pomembna omejitev raziskave izhaja iz zajetega vzorca. Rezultatov raziskave ne moremo posploševati, ker je bila raziskava izvedena na primeru treh prehospitalnih enot. Uporabili smo nenaključen vzorec, ki ni reprezentativen za vse enote nujne medicinske pomoči. Nedvomno pa bo predstavljena raziskava pripomogla k boljšemu razumevanju timskega dela v prehospitalni enoti nujne medicinske oskrbe in odprla nova raziskovalna vprašanja. Ponovitev raziskave na večjemu in reprezentativnemu vzorcu bi povečala zanesljivost in verodostojnost rezultatov.

4 ZAKLJUČEK

Cilji diplomske naloge so bili ugotoviti, kaj vpliva na prevzemanje vlog posameznih članov tima glede na sestavo tima, katere pristojnosti ima zdravstveni tehnik/-ca, kadar v timu ni prisoten diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra, oz. katere pristojnosti prevzema diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra v primerih, ko je tim sestavljen brez zdravnika. Ugotoviti smo želeli tudi, v katerih primerih bi vodenje tima lahko prevzel diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra in kaj vpliva na medsebojno sodelovanje v timu. Na podlagi ciljev smo oblikovali raziskovalna vprašanja, kako sestava tima NMP oblikuje poklicne aktivnosti posameznih članov tima NMP, katere naloge bi prevzel diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra v enoti NMP, kakšne bi bile potrebne kompetence diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre na področju prevzemanja vodenja tima NMP, ali je vodenje tima NMP odvisno od izobrazbe in izkušenj in kako člani tima ocenjujejo medsebojno sodelovanje.

Z analizo rezultatov smo ugotovili, da zdravstveni tehnik/-ca prevzema več odgovornosti v timu, kadar v njem ni prisoten diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra, zato pogosto prekorači dogovorjene kompetence. Podobno se tudi pri diplomiranem zdravstveniku/diplomirani medicinski sestri poveča obseg nalog, če v timu ni prisotnega zdravnika. Anketiranci so mnenja, da bi diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra lahko kompetentno odločal o triazi, imobilizaciji in medicinsko tehničnih posegih. Pri svojem delu pa diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra posega tudi na področje vodenja tima. Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra lahko prevzame vodenje tima, kadar v timu ni prisoten zdravnik in kadar je on najbolj izkušen. Pogojno bi v tem primeru po oceni zdravnikov lahko diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra prevzel vodenje tima tudi, če bi bil v timu prisoten manj izkušen zdravnik. Ne glede na izobrazbo in pristojnosti diplomiranega zdravstvenika/diplomirane medicinske sestre smo v raziskavi ugotovili: če je v timu prisoten zdravnik, je on vodja ekipe, ne glede na izobrazbo ostalih članov ekipe. Raziskava je tudi potrdila predpostavko, da je sodelovanje in zaupanje v timu NMP zelo visoko.

V raziskavi smo uspeli odgovoriti na vsa zastavljena raziskovalna vprašanja. Poleg tega smo ugotovili tudi, da si zdravniki v sestavi tima najbolj želijo dva diplomirana zdravstvenika/medicinski sestri, s čimer se ne strinjajo povsem zdravstveni tehniki/-ce. Tako zdravniki kot diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre so mnenja, da bi morali imeti reševalci visoko izobrazbo z dodatnim usposabljanjem iz NMP. Glede na to, da bi bila takšna sestava strokovno učinkovitejša, se postavlja vprašanje, kakšen ekonomski učinek bi takšna sestava povzročila. Ugotovitve kažejo tudi na to, da si reševalci pri svojem delu želijo več kompetenc, predvsem na področju dajanja zdravil in intubacije.

Rezultati raziskave jasno nakazujejo, kako vsaka skupina (zdravniki, zdravstveni tehniki/-ce, diplomirani zdravstveniki/diplomirane medicinske sestre) zagovarja svoje interese. Ne glede na stopnjo izobrazbe članov ekipe NMP, ki izvajajo določene storitve pri oskrbi pacientov, pa še vedno obstaja razlika v kakovosti teh storitev. Na razlike v določeni meri vplivajo osebne lastnosti in izkušnje posameznikov. Vseeno pa so določene lastnosti skupne celotni poklicni skupini. Pri obdelavi rezultatov raziskave se zato samo ponuja vprašanje, ali obstajajo značilne razlike v kakovosti storitev med poklicnimi skupinami v slovenski NMP, med zdravstvenimi tehnikami/zdravstvenimi tehnicami, diplomiranimi zdravstveniki/diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki. V kateri od prihodnjih raziskav bi lahko iskali odgovore tudi na ta vprašanja.

5 LITERATURA

Amos MA, Hu J, Herrick CA. The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *J Nurs Staff Dev* 2005 Jan; 21(1): 10-16.

Bahor U. Vpliv timskega dela na organizacijsko identifikacijo [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, fakulteta za družbene vede; 2003.

Bitežnik Ž. Medpoklicno sodelovanje na primeru zdravstvenega doma [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.

Bolta Š. Timsko delo in ustvarjalnost [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, ekonomska fakulteta; 2006.

Bywaters P, McLeod E, Fisher J, Cooke M, Swann G. Good intentions, increased inequities: developing social care services in Emergency Departments in the UK. *Health Soc Care Community* 2011; 19(5): 460-7.

Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter., (2001).

Chakravarthy AA. Core Competencies for a Trauma Subspecialty Nurse Practitioner. *Journal of Trauma Nursing* 2008; 15(3): 145–48.

Crnić I, Kandido A. Ali smo zaposleni v NMP primerljivi s kolegi onstran meja? Zdravstveni reševalec – poklic, poslanstvo ali izziv, Zbornik predavanj, Ig, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – ZDMSBZTS, Sekcija reševalcev v zdravstvu, 2007; 17-31.

Curran CR. The Three Cs: Competence, Caring, and Cleanliness. *Nurs Econ* 2004; 22(4): 177-210.

DiMeglio K, Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A, Ducharme M, et al. Group

cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team-building approach. *J Nurs Adm* 2005 Mar; 35(3):110-20.

Dodoo M, Roland M, Green L. UK lessons for US primary care. *Annals of Fam Med* 2005; 3: 561-2.

Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Copenhagen, WHO; 2008.

Ferguson SL. Military nursing. Team STEPPS: Integrating teamwork principles into adult health/medical-surgical practice. *Medsurg Nurs* 2008 Apr; 17(2): 122-5.

Fletcher M. Multi-disciplinary team working; building and using the team. *Practice Nurse* 2008 Jun; 35(12).

Gariet ER, Lima MA, Santos JL, Marques GQ. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(4):535-40.

Globokar V. Organizacijska klima in motivacija v hitro rastočem podjetju [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, fakulteta za družbene vede; 2001.

Grba BM. Izzivi organizacije službe nujne medicinske pomoči v Republiki Hrvaški in Vloga Hrvaškega zavoda za urgentno medicino. Zbornik predavanj 17. mednarodnega simpozija o urgentni medicini, Portorož, 2010. Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2010: 54-61.

Jackson R. Creating an office staffed by the A-team. *Podiatry Management* 2008; 27(1):155-60.

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 izboljšanje kakovosti, zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 180-92.

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, Filej B, Lahe M. Team work as seen by the nurses: which factors influence its efficiency. Tomorrows's nurse – taking the lead: final program and abstracts = Schlussprogram und Abstracts; Reykjavik, Iceland: ENDA; 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.

Kobolt A. Timsko delo. In: Švab V, ed. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – slovensko združenje za duševno zdravje; 2004: 139-48.

Kopčavar GN. Etika in odnos znotraj zdravstvenega tima. In: Kersnik J, ed. Etika v družinski medicini. Ljubljana: 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Zbirka PiP, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2003: 49-54.

Kovač J, Mayer J, Esenko M. Stili in značilnosti uspešnega vodenja. Kranj: Moderna organizacija; 2004.

Kramar J. Prisotnost sindroma izgorevanja v reševalni službi [diplomsko delo]. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2003.

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 B.M. Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege: kateri dejavniki vplivajo na njegovo uspešnost, Obzor Zdr N. 2006; 3: 149-55.

Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ 2004; 382: 927-31.

McCallin A, McCallin M. Factors influencing team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. New Zealand Journal of Physiotherapy 2009; 37(2): 61-7.

Millward L.J, Jeffries N. The team survey: a tool for health care team development. Journal of Advanced Nursing 2001; 35(2): 276±287.

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.

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 izboljšanje kakovosti. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2006.

Pezdiric SM, ed. Kompetence v kadrovski praksi. 1.natis. Ljubljana: GV Izobraževanje; 2005.

Phillips A. Realistic team building in a nurse managed clinic setting. Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 15236064, May 28, 2009, Vol. 10, Issue 1. Dostopno na: http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_advanced_nursing_practice/volume_10_number_1_8/article_printable/realistic_team_building_in_a_nurse_managed_clinic_setting.html (10.09.2011).

Planko S. Kako do uspešnega timskega dela v organizaciji? Iteo relacije 2004; 10(3):10-1. Dostopno na: www.partner-team.si/download_contribution.php?id=86 (10.09.2011).

Posavec A. Podiplomsko izobraževanje diplomiranega zdravstvenika – reševalca [diplomsko delo]. Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo; 1999.

Posavec A. Predpisovanje zdravil s strani reševalcev, izkušnje iz tujine. Zbornik predavanj strokovnega seminarja Zdravila v rokah reševalca, Velenje, 15.-16. April 2011. Velenje, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu; 2011: 167-77.

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list Republike Slovenije št. 77/1996.

Predavec S, Sogorić S, Jurković D. Quality improvement of health care services in Croatian emergency medicine. Acta Med Croatica 2010; 64(5): 405-14.

Premik M. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. Zdrav Vestn 2007; 76: 49-53.

Prestor J. Zdravstvena nega v predbolnišnični nujni medicinski pomoči [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, visoka šola za zdravstvo, oddelek za zdravstveno nego; 2005a.

Prestor J. Delo reševalcev v timu predbolnišnične nujne medicinske pomoči In: Gričar M, Vajd R eds. Zbornik predavanj in posterjev Urgentna medicina - XII. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 15.-18, junij 2005. Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2005b: 427-9.

Prestor J, Čander D, Fink A, Kešpert B, Kramar J, Posavec A. Kompetence reševalcev v predbolnišnični nujni medicinski pomoči In: Gričar M, Vajd R eds. Zbornik predavanj in posterjev Urgentna medicina - XVII. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 09.-12. junij 2010. Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino; 2010: 354-8.

Robbins H, Finley M. Why Teams Don't Work: What Went Wrong and How to Make It Right. San Francisco, BK Publishers, Inc; 2000.

Rojšek M. Timsko delo identifikacija [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, fakulteta za družbene vede; 2001.

Smith AP. Partners at the Bedside: The Importance of Nurse-Physician Relationships. Nurs Econ 2004; 22(3): 161-4.

Sotler R. Dejavniki, ki negativno vplivajo na motiviranost medicinske sestre in zdravstvenih tehnikov v službi nujne medicinske pomoči zdravstvenega doma Novo Mesto [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2003.

Spross JA, Hanson CM. Clinical, professional, and leadership. In: Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, editors. Advanced practice nursing an integrative approach 4th ed. St. Louis (MO): Saunders Elsevier ; 2009: 249-82.

Stough S, Eom S, Buckenmyer J. Virtual Teaming: A Strategy for Moving Your Organization into the New Millennium. Industrial Management & Data Systems 2000; 100(8): 370-8.

Swaleh T. Team building and leadership: the key to recruitment and retention. Nursing management 2007Apr; 14(1): 25-7.

Šprajc I. Racionalizacija mreže predbolnišnične nujne medicinske pomoči s spremembo kadrovske strukture zaposlenih [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, ekonomska fakulteta; 2011.

Štancar K, Sulčič V, Fatur P, Golob B, Radovič V, Kapel M, Crnić I. Postati reševalec: po novih poteh do poklicev v nujni medicinski pomoči. CIP – Kataložni zapis o publikaciji. Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana. Izola: Splošna bolnišnica; 2006.

Van Schuppen H, Bierens J. Understanding the prehospital physician controvers. European Journal of Emergency Medicine 2011 Dec; 18(6): 322-7.

Vodopija B et al. Učinkovita orodja vodenja: priročnik s primeri dobrih praks, učinkovitimi preglednicami in praktičnimi modeli. Maribor: Forum Media; 2005.

Zabukovšek D. Vloga in kompetence reševalca v prehospitalnem okolju [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Zakon o nacionalni poklicni kvalifikaciji. Uradni list Republike Slovenije št. 83/2003.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št.23/2005.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik

Spoštovani !

Timsko delo je prisotno v vseh delovnih okoljih, kjer več zaposlenih sodeluje pri skupnem opravilu. Sama sestava, vloga članov in tima pa je v delovnih okoljih zelo različna. Na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, v okviru diplomskega dela izvajam raziskavo z naslovom »Vpliv tima nujne medicinske pomoči na poklicne aktivnosti članov tima«. Zanima me, kakšen je Vaš odnos do timskega dela v nujni medicinski pomoči v vaši delovni enoti.

Za raziskavo problema sem pripravil anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz splošnih vprašanj in posebno oblikovanega dela z vprašanji in trditvami o timskem delu. Prosim Vas za sodelovanje v raziskavi. Pazljivo preberite vprašanja in ocenite svoj odnos do postavljenih vprašanj ali trditev. Anketa je anonimna, rezultate raziskave bom uporabil za pripravo diplomske naloge na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Anonimnost zagotavlja priložen kartonski zaboj, ki se nahaja v Vašem prostoru, v katerega boste anketiranci oddali izpolnjene ankete. Pri obdelavi podatkov bom upošteval načela zaupnosti podatkov.

Za sodelovanje v raziskavi se Vam iskreno zahvaljujem !

Karel Stanič, študent 3. letnika VŠZNJ

KRATKA NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE ANKETE:

Pri vprašanjih, kjer navodilo zahteva vpis podatkov, jih čitljivo vpišite na pripravljen prostor.

Pri vprašanjih, kjer je navodilo **izberi stopnjo**, je na voljo pet števil. Pobarvajte ali prekrižajte **eno številko!**

Primer:

1 2 4 5

Pri vprašanjih, kjer je navodilo **označi stopnjo**, je na voljo deset kvadratkov. Pobarvajte ali prekrižajte **en kvadratak** na traku!

Primer: nikoli pogosto

Na dnu anketnega vprašalnika imate možnost dopisati predloge ali pripombe, ki so se vam porodila ob izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

VPRAŠALNIK ZA ZDRAVSTVENE TEHNIKE in MS/DIPL. ZN.

SPLOŠNI PODATKI

1. Prosim dopolnite navedbe z osebnimi podatki

Starost _____ let (dopolnjenih v letošnjem letu)

Spol ženska moški

2. Kakšna je vaša izobrazba?

srednja višja visoka podiplomska

3. Koliko let delate v zdravstvu ?

_____ let (dopolnjenih v letošnjem letu)

4. Koliko let delate v nujni medicinski pomoči (NMP) ?

_____ let (dopolnjenih v letošnjem letu)

5. Kako je razporejeno Vaše delo v službi? (označi ustrezen delež, en kvadratega je 10%)

voznik nujnega reševalnega vozila 0% 100 %

spremljevalec v nujnem reševalnem vozilu 0% 100 %

voznik nenujnega reševalnega vozila 0% 100 %

spremljevalec v nenujnem reševalnem vozilu 0% 100 %

dispečer, koordinator 0% 100 %

delo v ambulanti nujne medicinske pomoči 0% 100 %

vodenje, management 0% 100 %

SESTAVA TIMA V ENOTI NUJNE MEDICINSKE POMOČI V PHE

6. Kako si predstavljate optimalni zdravstveni tim v službi, ki jo opravljate (izberi stopnjo če pomeni 1 - se ne strinjam in 5 - zelo se strinjam)?

dva ZT 1 2 3 4 5

ZT in dipl. zn. 1 2 3 4 5

dva dipl. zn. 1 2 3 4 5

dva ZT in zdravnik 1 2 3 4 5

ZT, dipl. zn. in zdravnik 1 2 3 4 5

dva dipl. zn. in zdravnik 1 2 3 4 5

7. Ocenite vlogo v timu za vsakega člana posebej (izberi stopnjo če pomeni 1 – ni pomembna in 5 – zelo pomembna)!

ZT ni pomembna 1 2 3 4 5 zelo pomembna

dipl. zn. ni pomembna 1 2 3 4 5 zelo pomembna

zdravnik ni pomembna 1 2 3 4 5 zelo pomembna

odvzem krvi iz vene

zdr.teh. dipl. zn.

13. Kako pogosto se znajdete v situaciji, da morate opravljati postopke in posege storitve, za katere niste formalno izobraženi in usposobljeni? (izberi en odgovor)

večkrat na dan večkrat na teden večkrat na mesec nikoli

14. Ali se strinjate, da izvajate posege, za katere nimate pooblastila? (označi stopnjo)

sem povsem ravnodušen zelo me obremenjuje

PRISTOJNOSTI DIPLOMIRANEGA ZDRAVSTVENIKA, KADAR V EKUPI NI PRISOTEN ZDRAVNIK

15. Ali dipl. zn., kadar v ekipi ni zdravnika, lahko prevzame vodenje tima? (izberi en odgovor)

da, vedno
 da, kadar je on v ekipi najbolj izkušen
 ne, kadar je v ekipi prisoten bolj izkušen zt.
 ne, vloge so v timu enako porazdeljene

16. Ali dipl. zn., kadar v ekipi ni zdravnika, lahko odloča o: (izberi ustrezne odgovore)

triaži
 dajanju zdravil
 imobilizaciji
 medicinsko tehničnih posegih
 nič od naštetega
 vse našteto, vendar po predhodnem pogovoru z zdravnikom

KATERI DEJAVNIKI PRISPEVAJO NA PREVZEMANJE VLOG POSAMEZNIH ČLANOV TIMA V ODVISNOSTI NA SESTAVO TIMA NMP V DOLOČENI SITUACIJI

17. Kaj vpliva na prevzemanje vlog v timu v določeni situaciji ? (izberi stopnjo če pomeni 1 – ni pomembna in 5 - zelo pomembna)!

izobrazba	1	2	3	4	5
izkušnje	1	2	3	4	5
sestava tima	1	2	3	4	5
starost člana ekipe	1	2	3	4	5
število let dela v NMP	1	2	3	4	5

KOMPETENCE DIPLOMIRANEGA ZDRAVSTVENIKA Z DODATNIM USPOSABLJANJEM IZ NMP PRI VODENJU

18. Ali dipl.zn z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko prevzame vodenje tima ? (izberi en odgovor)

- da, tudi kadar je v ekipi zdravnik
- da, kadar je v ekipi manj izkušen zdravnik
- da, kadar v ekipi ni zdravnika
- ne, nikoli

19. Ali si želite več kompetenc pri svojem delu? (izberi en odgovor)

- da
- ne

20. Pri katerih posegih si želite več samostojnosti? (izberi ustrezne odgovore)

- aplikacija zdravil
- endotrahealna intubacija
- triaža
- nastavitev intravenozne poti
- defibrilacija

21. Katera zdravila menite, da bi lahko dipl.zn z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko samostojno uporabljal ob dogovorjenih algoritmihi? (izberi ustrezne odgovore)

- adrenalin
- glukozo
- flumazenil
- kisik
- infuzijske tekočine
- nalokson
- morfij
- analgetike
- nič od naštetega

VODENJE TIMA NMP

22. Oceni trditve o zdravstvenem timu, glede na to, koliko se strinjate z njimi (izberi stopnjo če pomeni 1 - se ne strinjam in 5 - zelo se strinjam).

vodenje tima je odvisno od izobrazbe	1	2	3	4	5
vodenje tima je odvisno od izkušenj	1	2	3	4	5
odločitve v timu sprejema vodja	1	2	3	4	5
vsaka delovna skupina je tim	1	2	3	4	5

v timskem delu so konstruktivni konflikti dobrodošli	1	2	3	4	5
zaupanje predstavlja ključno vrednoto za sodelovanje v timu	1	2	3	4	5
sodelovanje in medsebojna odvisnost sta ključnega pomena	1	2	3	4	5

23. Oceni trditve o vlogi zdravstvenega tima, glede na to, koliko se strinjate z njimi (*izberi stopnjo* če pomeni **1** - se ne strinjam in **5** - zelo se strinjam).

timsko delo je perspektivna oblika dela v NMP	1	2	3	4	5
v NMP je timsko delo uveljavljena metoda dela	1	2	3	4	5
v NMP je timsko delo vrednota	1	2	3	4	5
imam dovolj znanja o timskem delu	1	2	3	4	5
dovolim drugim, da sodijo o meni, kot jaz sodim o drugih	1	2	3	4	5
ambiciozni posamezniki so zaželeni v timu	1	2	3	4	5

24. Oceni dejavnike, ki po vašem mnenju vplivajo na uspešno timsko delo, glede na to, koliko se strinjate z njimi (*izberi stopnjo* če pomeni **1** - se ne strinjam in **5** - zelo se strinjam).

velikost tima	1	2	3	4	5
medsebojno zaupanje članov v timu	1	2	3	4	5
medsebojno sodelovanje članov v timu	1	2	3	4	5
uspešen vodja tima	1	2	3	4	5
znanje članov tima	1	2	3	4	5
redni timski sestanki	1	2	3	4	5
obvladovanje časa in sprememb	1	2	3	4	5
pohvala za učinkovito delo	1	2	3	4	5

Zahvaljujem se Vam za trud in čas, ki ste ga porabili za izpolnjevanje vprašalnika! Prosim Vas še, da vprašalnik vložite v priložen kartonski zaboj, ki se nahaja v vašem prostoru.

Na prostor spodaj lahko napišete še vaše mnenje o vprašalniku, raziskavi, problemih, ki bi jih vprašalnik morda moral zajeti in podobno ...

Lepo Vas pozdravljam

VPRAŠALNIK ZA ZDRAVNIKE

SPLOŠNI PODATKI

1. Prosim dopolnite navedbe z osebnimi podatki
Starost _____ let (dopolnjenih v letošnjem letu)
Spol ženska moški
2. Kakšna je vaša izobrazba?
 zdravnik specialist spl./druž. medicine specialist urg. medicine
 specialist (drugo)
3. Koliko let delate v zdravstvu ?
_____ let (dopolnjenih v letošnjem letu)
4. Koliko let delate v nujni medicinski pomoči (NMP) ?
_____ let (dopolnjenih v letošnjem letu)
5. Kako je razporejeno Vaše delo v službi? (*označi ustrezen delež, en kvadratak je 10%*)

urgentni zdravnik – samo NMP	0 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %
dežurni zdravnik – NMP in dežurstvo	0 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %
dežurni zdravnik – samo dežurstvo	0 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %
zdravnik v splošni medicini	0 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %
vodenje, management	0 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %

SESTAVA TIMA V ENOTI NUJNE MEDICINSKE POMOČI V PHE

6. Kako si predstavljate optimalni zdravstveni tim v službi, ki jo opravljate (*izberi stopnjo če pomeni 1 - se ne strinjam in 5 - zelo se strinjam*)?

dva ZT	1	2	3	4	5
ZT in dipl. zn.	1	2	3	4	5
dva dipl. zn.	1	2	3	4	5
dva ZT in zdravnik	1	2	3	4	5
ZT, dipl. zn. in zdravnik	1	2	3	4	5
dva dipl. zn. in zdravnik	1	2	3	4	5
7. Kako ocenjujete pomembnost vsakega člana ekipe posebej (*izberi stopnjo če pomeni 1 – ni pomembna in 5 - zelo pomembna*)!

ZT	<i>ni pomembna</i>	1	2	3	4	5	<i>zelo pomembna</i>
dipl. zn.	<i>ni pomembna</i>	1	2	3	4	5	<i>zelo pomembna</i>
zdravnik	<i>ni pomembna</i>	1	2	3	4	5	<i>zelo pomembna</i>

PRISTOJNOSTI DIPLOMIRANEGA ZDRAVSTVENIKA, KADAR V EKIPI NI PRISOTEN ZDRAVNIK

12. Ali dipl. zn., kadar v ekipi ni zdravnika, lahko prevzame vodenje tima? *(izberi en odgovor)*
- da, vedno
 - da, kadar je on v ekipi najbolj izkušen
 - ne, kadar je v ekipi prisoten bolj izkušen zt.
 - ne, vloge so v timu enako porazdeljene
13. Ali dipl. zn., kadar v ekipi ni zdravnika, lahko odloča o: *(izberi ustrezne odgovore)*
- triaži
 - dajanju zdravil
 - imobilizaciji
 - medicinsko tehničnih posegih
 - nič od naštetega
 - vse našteto, vendar po predhodnem pogovoru z zdravnikom

KATERI DEJAVNIKI PRISPEVAJO NA PREVZEMANJE VLOG POSAMEZNIH ČLANOV TIMA V ODVISNOSTI NA SESTAVO TIMA NMP V DOLOČENI SITUACIJI

14. Kaj vpliva na prevzemanje vlog v timu v določeni situaciji? *(izberi stopnjo če pomeni 1 – ni pomembna in 5 - zelo pomembna)!*

izobrazba	1	2	3	4	5
izkušnje	1	2	3	4	5
sestava tima	1	2	3	4	5
starost člana ekipe	1	2	3	4	5
število let dela v NMP	1	2	3	4	5

KOMPETENCE DIPLOMIRANEGA ZDRAVSTVENIKA Z DODATNIM USPOSABLJANJEM IZ NMP PRI VODENJU

15. Ali dipl. zn. z dodatnim usposabljanjem iz NMP, kadar v ekipi ni zdravnika lahko prevzame vodenje tima? *(izberi en odgovor)*
- da, tudi kadar je v ekipi zdravnik
 - da, kadar je v ekipi manj izkušen zdravnik
 - da, kadar v ekipi ni zdravnika
 - ne, nikoli

16. Ali mislite, da dipl.zn z dodatnim usposabljanjem iz NMP potrebuje več kompetenc pri svojem delu? *(izberi en odgovor)*
- da
- ne
17. Pri katerih posegih, bi po Vašem mnenju dipl.zn z dodatnim usposabljanjem iz NMP moral imeti več samostojnosti? *(izberi ustrezne odgovore)*
- aplikacija zdravil
- endotrahealna intubacija
- triaža
- nastavitev intravenozne poti
- defibrilacija
- nič od naštetega
18. Katera zdravila menite, da bi lahko dipl.zn z dodatnim usposabljanjem iz NMP lahko samostojno uporabljal ob dogovorjenih algoritmih? *(izberi ustrezne odgovore)*
- adrenalin
- glukoza
- flumazenil
- kisik
- infuzijske tekočine
- nalokson
- morfij
- analgetike
- nič od naštetega

VODENJE TIMA NMP

19. Oцени trditve o zdravstvenem timu, glede na to, koliko se strinjate z njimi *(izberi stopnjo če pomeni 1 - se ne strinjam in 5 - zelo se strinjam)*.
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| vodenje tima je odvisno od izobrazbe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| vodenje tima je odvisno od izkušenj | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| odločitve v timu sprejema vodja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| vsaka delovna skupina je tim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| v timskem delu so konstruktivni konflikti dobrodošli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| zaupanje predstavlja ključno vrednoto za sodelovanje v timu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| sodelovanje in medsebojna odvisnost sta ključnega pomena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20. Oceni trditve o vlogi zdravstvenega tima, glede na to, koliko se strinjate z njimi (*izberi stopnjo* če pomeni *1 - se ne strinjam* in *5 - zelo se strinjam*).

timsko delo je perspektivna oblika dela v NMP	1	2	3	4	5
v NMP je timsko delo uveljavljena metoda dela	1	2	3	4	5
v NMP je timsko delo vrednota	1	2	3	4	5
imam dovolj znanja o timskem delu	1	2	3	4	5
dovolim drugim, da sodijo o meni, kot jaz sodim o drugih	1	2	3	4	5
ambiciozni posamezniki so zaželeni v timu	1	2	3	4	5

21. Oceni dejavnike, ki po vašem mnenju vplivajo na uspešno timsko delo, glede na to, koliko se strinjate z njimi (*izberi stopnjo* če pomeni *1 - se ne strinjam* in *5 - zelo se strinjam*).

velikost tima	1	2	3	4	5
medsebojno zaupanje članov v timu	1	2	3	4	5
medsebojno sodelovanje članov v timu	1	2	3	4	5
uspešen vodja tima	1	2	3	4	5
znanje članov tima	1	2	3	4	5
redni timski sestanki	1	2	3	4	5
obvladovanje časa in sprememb	1	2	3	4	5
pohvala za učinkovito delo	1	2	3	4	5

Zahvaljujem se Vam za trud in čas, ki ste ga porabili za izpolnjevanje vprašalnika! Prosim Vas še, da vprašalnik vložite v priložen kartonski zaboj, ki se nahaja v vašem prostoru.

Na prostor spodaj lahko napišete še vaše mnenje o vprašalniku, raziskavi, problemih, ki bi jih vprašalnik morda moral zajeti in podobno ...

Lepo Vas pozdravljam