



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**POGLED ŠTUDENTOV FAKULTETE ZA
ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN NA TIMSKO
DELO IN MEDPOKLICNO SODELOVANJE**

**ANGELA BOŠKIN FACULTY OF HEALTH
CARE STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS
TEAMWORK AND INTERPROFESSIONAL
COOPERATION**

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Sanela Pivač

Kandidatka: Jasmina Paradinovič

Jesenice, marec, 2022

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Saneli Pivač za strokovno pomoč in usmeritve pri pisanju diplomskega dela.

Recenzentki Andrei Backović Juričan viš. pred. bi se rada zahvalila za končne popravke in usmeritve pri dokončanju diplomskega dela.

Najlepša hvala tudi lektorici Tamari Azinović za vse popravke.

Na koncu bi se rada zahvalila družini in vsem prijateljem, ki so me spodbujali in mi dajali motivacijo v času študija in izdelave diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Za zagotovitev kompleksnejše in kakovostnejše obravnave pacientov sta v zdravstvu vse bolj razširjena medpoklicno sodelovanje in timsko delo, kamor so pogostokrat vključeni tudi študenti.

Cilj: Cilj diplomskega dela je proučiti odnos študentov fizioterapije (VS) in zdravstvene nege (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin do timskega dela in medpoklicnega sodelovanja, oceniti zavedanje študentov o njuni pomembnosti ter ugotoviti dejavnike, ki so po njihovem mnenju pomembni za uspešno medpoklicno in timsko sodelovanje v zdravstvu.

Metoda: Uporabili smo kvantitativni pristop. Podatke smo zbrali z anonimnim spletnim vprašalnikom za študente fizioterapije (VS) in zdravstvene nege (VS). V raziskavi je sodelovalo 277 študentov. Podatke smo statistično obdelali s programom IBM SPSS verzije 24.0. Statistične razlike smo ugotavljali s t-testom za neodvisne vzorce. Upoštevali smo razlike, kjer je stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 ali manj.

Rezultati: Študenti se nadpovprečno strinjajo s pomembnostjo timskega dela. Obstaja statistična razlika med študenti fizioterapije ($PV=3,92$) in zdravstvene nege ($PV=4,03$). Nadpovprečno se študenti strinjajo, da je komunikacija pomembnejši vidik medpoklicnega sodelovanja ($PV=4,83$; $SO=0,415$).

Razprava: Študenti medpoklicno sodelovanje in timsko delo ocenjujejo kot zelo pomembna vidika zdravstva. Z raziskavo nismo ugotovili pomembnejših razlik med študenti fizioterapije in zdravstvene nege. Strinjajo se, da je v procesu kliničnega usposabljanja pomembno vključevanje v medpoklicni tim, kamor bi morali biti večkrat vključeni. Potrebno bi bilo dodatno raziskovanje na večjem vzorcu študentov iz različnih fakultet in zdravstvenih smeri, da bi lahko bolj objektivno ocenili vpetost študentov v medpoklicni tim.

Ključne besede: tim, sodelovanje, komunikacija, klinično usposabljanje

SUMMARY

Background: Increasingly complex and high-quality patient treatment made the practice of interprofessional collaboration common in health care. More and more often, interprofessional teams include students.

Goals: Our thesis aims to gain insight into the Angela Boškin Faculty of Health Care Physiotherapy and Nursing students' attitudes towards teamwork, interprofessional collaboration and their importance, and to identify the factors that students consider important for successful interprofessional collaboration and teamwork in health care.

Methods: We used a quantitative approach. Data were collected through an anonymous online questionnaire for the students of Physiotherapy and Nursing programs. 277 students participated in the survey. Data were statistically processed using IBM SPSS 24.0 software. Statistical differences were determined by a t-test for independent samples. Differences where the level of statistical significance is at the level of 0.05 or less, were taken into account. **Results:** Students have shown above average agreement with the importance of teamwork. There is a statistical difference between Physiotherapy students ($AV = 3.92$) and Nursing students ($AV = 4.03$). Students have expressed above average agreement with the statement that communication is a more important aspect of interprofessional collaboration ($AV = 4.83$; $SD = 0.415$).

Discussion: Students assessed interprofessional activity and teamwork as a significant aspect of health care. The study did not identify significant differences between students of Physiotherapy and Nursing. All students agree that it is essential to be involved in an interprofessional team in the clinical training process, and that they should be included more often. Additional research would be needed on a larger sample of students from different faculties and health care fields in order to objectively assess the involvement of students in the interprofessional team.

Keywords: team, collaboration, communication, clinical training

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 TIM.....	2
2.1.1 Zdravstveni tim	4
2.2 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU.....	5
2.2.2 Prednosti medpoklicnega sodelovanja	6
2.2.3 Medpoklicno izobraževanje.....	7
2.3 OVIRE MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA	10
2.4 VLOGA FIZIOTERAPEVTA V MEDPOKLICNEM SODELOVANJU	11
2.4.1 Težave fizioterapevtov v medpoklicnem timu.....	13
3 EMPIRIČNI DEL	15
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	16
3.3.3 Opis vzorca	17
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	18
3.4 REZULTATI.....	19
3.4.1 Timsko in skupinsko delo	19
3.4.2 Ocena medpoklicnega sodelovanja	19
3.4.3 Izkušnje med opravljanjem kliničnega usposabljanja	20
3.4.4 Pomembnost dejavnikov za uspešno medpoklicno sodelovanje	21
3.4.5 Pomembnost timskega dela po smeri študija	22
3.4.6 Pomembnost medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija	24
3.4.7 Izkušnje z medpoklicnim sodelovanjem glede na smer študija	26
3.4.8 Pomembnost dejavnikov za uspešnost medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija.....	27
3.5 RAZPRAVA	30
4 ZAKLJUČEK	38
5 LITERATURA.....	39
6 PRILOGE.....	48
6.1 INSTRUMENT	48

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašanj z intervalnimi lestvicami	17
Tabela 2: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o timskem in skupinskem delu.....	19
Tabela 3: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o oceni medpoklicnega sodelovanja.....	19
Tabela 4 : Mere opisne statistike za sklop vprašanj o izkušnjah med kliničnim usposabljanjem.	20
Tabela 5: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o dejavniki, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje.....	22
Tabela 6: Povprečje sklopa »Timsko delo«	23
Tabela 7: Enostranski t-test za sklop »Timsko delo«,	23
Tabela 8: Korelacija med timskim delom in smerjo študija.....	23
Tabela 9: T-test za neodvisne vzorce (timsko delo – smer študija).....	24
Tabela 10: Povprečje sklopa »Medpoklicno sodelovanje«	24
Tabela 11: Enostranski t-test za sklop »Medpoklicno sodelovanje«,	25
Tabela 12: Povprečja pomembnosti medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija	25
Tabela 13: T-test za neodvisne vzorce (medpoklicno sodelovanje – smer študija)	26
Tabela 14: Povprečja izkušenj na področju medpoklicnega sodelovanja v času izvajanja kliničnega usposabljanja glede na smer študija	26
Tabela 15: T-test za neodvisne vzorce (medpoklicno sodelovanje v času izvajanja kliničnega usposabljanja – smer študija).....	27
Tabela 16: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o dejavniki, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje (študenti Fizioterapije).....	28
Tabela 17: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o dejavniki, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje (študenti Zdravstvene nege).....	28
Tabela 18: Dejavniki, ki vplivajo na študentovo dožemanje medpoklicnega sodelovanja v času kliničnega usposabljanja	29

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
VS	Visokošolski
FT	Fizioterapija
ZN	Zdravstvena nega
KU	Klinično usposabljanje
RSK	Razširjen strokovni kolegij
OPA	Ontario physiotherapy association
APA	Australian physiotherapy association
ZDA	Združene države Amerike
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WHO	World Health Organization

1 UVOD

S staranjem prebivalstva in povečevanjem kroničnih obolenj prihaja do obravnave pacientov, ki je zahtevnejša in stremi k timskemu delu in medpoklicnemu sodelovanju (Grace, et al., 2016). Sodelovanje med strokovnjaki z različnih področij razvija spoštovanje, zaupanje in enakopravnost med člani zdravstvenega tima in hkrati izboljšuje komunikacijo med člani tima in pacientom (Huang, et al., 2011). Zahteve službenih organizacij in nadrejenih so vedno bolj usmerjene v opravljanje dela s čim manj pripomočki in s tem zniževanje stroškov njihove nabave. Pričakuje se hitrejša mobilizacija pacientov, kar naj bi preprečevalo pooperativne zaplete. Vse te spremembe zahtevajo medpoklicno sodelovanje (von der Lancken & Levenhagen, 2014).

Leta 2006 je Univerza Midwestern v Illinoisu začela z uvajanjem programa sodelovanja med študenti fizioterapije in zdravstvene nege. Program se je izvajal po principu učenja pravilnega premeščanja pacientov, uporabe pripomočkov za hojo in splošno mobilnost. Pri tem se niso osredotočili le na varnost pacientov, ampak tudi na varnost zdravstvenih delavcev in varnost uporabe različnih pripomočkov premeščanja, kar je pripomoglo k manjšemu številu bolniških odsotnosti (von der Lancken & Levenhagen, 2014).

Medpoklicno sodelovanje ne pomeni le boljše obravnave pacientov, ampak tudi boljše počutje delavcev. Na podlagi pregleda literature lahko ugotovimo, da na medpoklicno sodelovanje pomembno vpliva tudi uvedba medpoklicnega izobraževanja, saj se tako že v študijskih letih začneta krepiti medsebojno sodelovanje in timsko delo, ki sta temelj za kakovostno in varno obravnavo pacientov v kliničnem okolju.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 TIM

Hitre spremembe v procesu dela, količina in način dela so glavni dejavniki, zaradi katerih posameznik ni več kos nekaterim izzivom, ki bi zahtevali drugačno organizacijo in s tem kakovostnejše delo. Vse novosti pri opravljanju različnih vrst dela narekujejo tudi spremembe pri količini delavcev. Timsko delo postaja pomembnejša struktura delovnega procesa (Mihelič, 2015). Tim kot organizacijska tvorba je sestavljen iz večjega števila posameznikov s skupnimi cilji in vrednotami. Sestavljajo ga strokovnjaki iz različnih strok, ki ne delujejo avtokratično, ampak tim upravlja participativno. To pomeni, da tim temelji na moči osebnosti in ne na moči položaja (Rozman & Kovač, 2012). Vsak posameznik prispeva določena znanja, s katerimi hitreje dosežejo zastavljene cilje (Korošec, 2014).

Pomembne sestavine dobrega tima, potrebne za doseganje zastavljenih ciljev, so zaupanje, komunikacija, povezanost oziroma sodelovanje, dobro vodenje, skupna učinkovitost pri opravljanju naloge, skupni mentalni modeli, vizija in timsko učenje ter skupno odločanje in reševanje problemov (Korošec, 2014; Mihelič, 2015; Reiter-Palmon, et al., 2017). Skupni mentalni model vodi v splošno razumevanje situacije in načinov zdravljenja ter vloge posameznika v timu. Hkrati omogoča pričakovanje reakcij, potreb in strategij ostalih članov (Weller, et al., 2014). Končni produkt timskega dela se odraža na nivoju celotnega tima (učinkovitost, zanesljivost, kreativnost, delovanje) in pa tudi na nivoju posameznika (vloga posameznega člana, zadovoljstvo) (Reiter-Palmon, et al., 2017). Za učinkovito delovanje tima je potreben petdimenzionalni model učinkovitega tima (Salas, 2005 cited in Weller, et al., 2015, p. 149). Petdimenzionalni model pomeni:

1. Vodenje tima, ki ni povezano le s koordinacijo in načrtom zdravljenja, ampak zahteva tudi pravilen strokovni razvoj tima, motiviranje članov in ustvarjanje pozitivnega okolja na delovnem mestu.

2. Nadzor nad skupnim delovanjem, ki zahteva dovolj široko poznavanje samega delovnega okolja in sfer delovanja ostalih članov tima za prepoznavanje in preprečevanje možnih napak.
3. Vedenje je pomembno, ker s poznavanjem drugih področij zdravstva lahko ugotovimo, kako porazdeliti naloge in kdaj pride do preobremenjenosti ene strani.
4. Prilagodljivost nam pomaga pri hitrejšem prilagajanju na spremembe, na hitrejše reakcije in hitrejšo (re)organizacijo načrta zdravljenja.
5. Organizacija medpoklicnega tima pomeni, da smo pripravljeni na sprejemanje mnenj drugih članov ter da sledimo načrtu zdravljenja, ki mora biti vedno v skladu s pacientovimi željami.

Timsko delo je za delovno okolje lahko pozitivno. Njegova glavna prednost, ki vodi do hitrejših rezultatov, je podajanje različnih znanj, spodobnosti in razmišljanj. Podjetje s timskim delom izboljšuje motivacijo zaposlenih, komunikacijo, produktivnost ipd. Kljub vsem pozitivnim lastnostim timskega dela lahko pride tudi do pomanjkljivosti. Na začetku se pojavijo stroški uvajanja posameznikov v timsko okolje, problematično je tudi prevzemanje odgovornosti, saj so za pozitivno ali negativno poslovanje odgovorni vsi zaposleni in ne le vodja tima. Med člani tima lahko pride do konfliktov zaradi slabe komunikacije ali pritiskov na druge člane tima (Korošec, 2014).

Strokovno vodenje, spremljanje uspešnosti, medsebojno delovanje in zaupanje so glavni dejavniki uspešnega timskega dela. Pomembni sta tudi prilagodljivost posameznih članov ter učinkovita komunikacija, ki pripomore k boljšemu sodelovanju posameznikov, njihovemu medsebojnemu spodbujanju ter spremljanju napredka in procesa zdravljenja pacientov. Glavna značilnost dobrega vodenja je spremljanje dela vsakega posameznika, njihovo spodbujanje in pravočasno odkrivanje napak. Pomembno je, da se v delovanju tima ščitijo interesi pacienta in ne posameznih enot tima (Krpič, et al., 2012).

2.1.1 Zdravstveni tim

Timsko delo je pomembno za zadovoljstvo in kakovostno obravnavo pacientov. Sodelovanje mora biti koordinirano, tekoče in brez napak. Medsebojna odvisnost in dobra komunikacija sta dve glavni komponenti dobrega tima (Pahor, 2014). Uspešna in pozitivna komunikacija prispeva k učinkovitemu opravljanju nalog in je osnova za nudenje boljše in kakovostne zdravstvene obravnave, slaba komunikacija pa lahko vodi do negativnih posledic pri zdravljenju pacienta (Mihelič, 2015). Delovanje tima se osredotoča na potrebe uporabnika, soodvisnost in dopolnjevanje izkušenj članov tima, skupno odločanje in odgovornost za pozitivne rezultate pri obravnavi pacientov (Sangaleti, et al., 2017). Kakovost obravnave pacienta je odvisna od različnih dejavnikov, ki jih van Dongen s sodelavci (2016) razdeli na pet kategorij:

1. Dejavniki povezani s pacientom – aktivno udejstvovanje pacienta, pacientove želje in cilji; pacient je del tima.
2. Dejavniki povezani s stroko – usposobljenost posameznika, razmišljanje vodje tima, motivacija posameznikov.
3. Dejavniki povezani z medosebnimi odnosi – discipliniranost, uporaba strokovnega jezika, poznavanje članov tima, zaupanje in spoštovanje.
4. Dejavniki povezani z organizacijo – sestava tima, učinkovitost, skupna vizija, vodstvo.
5. Zunanji dejavniki – izobrazba, zakoni in predpisi, finančna sredstva, tehnologija.

Pahor (2014) navaja različne vrste zdravstvenih timov:

- Multidisciplinarni tim združuje različne poklice z ločenimi vlogami. Je formalna delovna skupina, ki jo sestavljajo člani različnih strok. Obravnavajo isti problem z različnega vidika. Imajo skupne cilje. Imenujemo ga tudi zdravstveni tim, kjer so vključeni zdravniki in negovalci. Vodja takega tima je zdravnik (Rozman, et al., 2019).
- Interdisciplinarni tim povezuje različne zdravstvene profile, ki sprejemajo skupne odločitve. Značilna je visoka stopnja sodelovanja med člani. Pomembna

je komunikacija. Vsak član je zadolžen za nalogo, o kateri se kasneje diskutira in na podlagi katere se odloči za nadaljnje zdravljenje.

- Transdisciplinarni tim ima zmožnost celostnega pristopa vsakega člana.

2.2 MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU

V zdravstvu delo postaja vedno bolj zapleteno in prisotnost timskega dela pozitivno vpliva na izide zdravljenja (Ovijač, 2012). Zdravstveni delavci med seboj sodelujejo in se zanašajo na učinkovitost tima ter skupne cilje za zagotavljanje dobre oskrbe pacienta in skupnosti (Weller, et al., 2014; Mihelič, 2015). Delo v zdravstvu je zahtevno, kompleksno in za reševanje različnih zdravstvenih težav od posameznih strokovnjakov zahteva veliko znanja, spretnosti ter etičnega in humanega odnosa. Da je zdravljenje uspešno, je potrebno povezovanje različnih strok (Zaletel Kragelj & Pahor, 2011), strokovnjakov različnih ravni zdravstvenega sistema (Ovijač, 2012) in na dokazih podprte medicine (Rozman, et al., 2019). Vsak član ima svojo vrednost, zato je potrebno, da je vsak slišan in opažen, da prispeva k boljši oskrbi, ter da sprejema in upošteva mnenja drugih (Pišotek, 2018). Glavni cilj zdravstvenih poklicev je izvajanje kvalitetne in varne oskrbe pacienta, ki pričakuje, da z njim delajo ljudje, ki so empatični, imajo etična načela in sposobnost sodelovanja (Ovijač, 2012). Uspeh zdravstvene oskrbe v veliki meri temelji na ustrezni in kvalitetni komunikaciji, tako znotraj tima kot s pacientom (Thomson, et al., 2015). Prednost medpoklicnega in timskega dela je v tem, da se na enem "mestu" združijo strokovnjaki z več področij ter z različnimi znanji, sposobnostmi in načinom razmišljanja. Večja količina informacij in različni pogledi na situacijo vodijo do boljših rešitev (Korošec, 2014).

2.2.1 Definicija in značilnosti medpoklicnega sodelovanja

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) navaja, da medpoklicno sodelovanje združuje različne profile zdravstvenih poklicev, ki delujejo skupaj s pacientom, njegovo družino, skrbniki in ostalo socialno mrežo, tako da zagotovijo najboljšo možno zdravstveno oskrbo (World Health Organization (WHO), 2010). Na tak način se lahko

oblikuje individualni načrt rehabilitacije, kjer ima pacientov pogled na njegovo zdravstveno stanje vedno glavno vlogo (Van Dongen, et al., 2016).

Besedna zveza "medpoklicno sodelovanje« je v zdravstvu postala eden izmed najpogostejše uporabljenih terminov. Primer medpoklicnega sodelovanja je tim zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta, delovnega terapevta in farmacevta, ki skupaj načrtujejo individualiziran načrt oskrbe pacienta (O'Brien, 2013). Načrt se vedno oblikuje na podlagi pacientovih želja in pričakovanj. Po postavitvi ciljev se člani tima med seboj posvetujejo o najboljši možni strategiji zdravljenja (Van Dongen, et al., 2016), vsak član tima pa prispeva svoj pogled na situacijo (Ovijač, 2012). Upoštevanje edinstvenih lastnosti članov tima omogoča kreativno reševanje težav, saj vsak član prispeva različna znanja in informacije (Ovijač, 2012).

Za optimalno delovanje medpoklicnega tima in kvalitetno oskrbo ter doseganje zastavljenih ciljev (Thomson, et al., 2015) so pomembni urejena hierarhija, zaupanje in spoštovanje med člani, predvsem pa že prej omenjena dobra komunikacija vseh članov (Thomson, et al., 2015). Potrebno je tudi vzpostaviti jasne naloge in vloge posameznega člana (Poghosyan, et al., 2017). Timsko delo od vodje zahteva ustrezno vodenje, strateško razmišljanje in dobro organizacijo – potrebno je nenehno usklajevanje v timu, saj tako preprečimo napake in prekrivanje izvajanja aktivnosti (Rozman, et al., 2019).

2.2.2 Prednosti medpoklicnega sodelovanja

Medpoklicno sodelovanje postaja pomemben koncept za kvalitetno oskrbo in varnost pacienta. Člani tima začnejo razumevati svoj poklic na drugi ravni ter spoznavajo ostale zdravstvene profile (Ateah, et al., 2011). Kot glavne pozitivne lastnosti medpoklicnega timskega sodelovanja Kovač in Rozman (2012) navajata:

- povečanje ustvarjalnega potenciala posameznika,
- prednosti in pomanjkljivosti posameznih članov se izravnavajo,
- odločitve so kakovostnejše,
- pride do izboljšanja komunikacije.

Zdravstvena in socialna oskrba je potrebna in se vključuje pri vsakem kompleksnem in zahtevnem zdravljenju posameznikov. Medpoklicno sodelovanje je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo (Van Dongen, et al., 2016; Kamenšek, et al., 2020).

Predstavlja eno pomembnejših orodij za pravilno, hitro, varno in kakovostno obravnavo pacienta (Ateah, et al., 2011) in najbolje izkorišča omejene zmožnosti zdravstvenega sistema, časa in znanja (Morgan, et al., 2015).

Prednosti zdravstvenega tima so predvsem hitrejša in pravilnejša postavitve diagnoze, hitrejša zdravstveno posredovanje, širši nabor farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja, individualizirano izvajanje načrtov rehabilitacije, konstantna zdravstvena oskrba, ki temelji na znanstvenih raziskavah, ter hitrejša okrevanje in s tem hitrejša vrnitev na delo, s čimer so povezani tudi nižji stroški (Mavrocordatos, et al., 2013).

Medpoklicno sodelovanje ugodno vpliva na splošno zadovoljstvo zaposlenih, večje zadovoljstvo pri opravljanju poklica ter boljše delitev delovnih nalog (Ateah, et al., 2011). Dobro medpoklicno sodelovanje lahko zmanjša zdravstvene napake, bolnišnici pa se zmanjšajo tudi stroški zdravljenja, diagnosticiranja in stroški ležalnih dob (Ateah, et al., 2011; Weller, et al., 2014; Center for Applied Research (CFAR), et al., 2015). S timskim delom je tudi uspešnost podjetja lahko večja. Izboljša se komunikacija med zaposlenimi in motivacija, pojavljajo se različni vidiki in rešitve za eno težavo, poveča se produktivnost, hkrati pa se zmanjšajo stroški (Korošec, 2014). Z zavedanjem pomembnosti medpoklicnega sodelovanja se poveča tudi zanimanje za raziskovalno dejavnost (Kamenšek, 2020).

2.2.3 Medpoklicno izobraževanje

Izobraževanje na področju medpoklicnega sodelovanja (Interprofessional education – IPE) je pomemben del izobraževanja mladih, ki vstopajo na zdravstveni trg dela (Hertweck, et al., 2012). Definicija medpoklicnega izobraževanja pravi, da medpoklicno izobraževanje vključuje predavatelje z vsaj dveh zdravstvenih področij, ki sodelujejo in dopolnjujejo izobraževalno okolje. Pogostokrat imajo študenti zdravstvenih smeri omejeno poznavanje delovanja ostalih zdravstvenih poklicev (Wynarczuk, et al., 2019). Medpoklicno izobraževanje uspešno izboljša sodelovanje različnih zdravstvenih profilov in izboljša oskrbo pacienta. Pacienta, ki ga pesti več zdravstvenih težav, težko primerno oceni posameznik z enega zdravstvenega področja (Hertweck, et al., 2012).

Medpoklicno izobraževanje je koncept, ki študentom različnih zdravstvenih smeri omogoča, da se učijo eden od drugega in eden na drugem. Študenti pridobivajo znanja o drugih zdravstvenih poklicih in se hkrati zavedajo pomembnosti svojega poklica (Dyess, et al., 2019). Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da medpoklicno sodelovanje vpliva na izide zdravljenja, zmanjšanje stroškov, krajšanje ležalnih dob, povečanje zadovoljstva uporabnikov ter izboljšanje komunikacije in strokovnega sodelovanja (World Health Organization (WHO), 2010). Cilj medpoklicnega izobraževanja je razviti znanje, veščine in odnos, ki odražajo profesionalno vedenje in delovne kompetence (Buring, et al., 2009). Naučiti se je potrebno razumevanja potreb po sodelovanju s kolegi z drugih zdravstvenih področij, komunikacije in izboljšanja svojih sposobnosti (Bianchi, et al., 2019). Že v času študija je potrebno pridobivati znanja o medpoklicnem sodelovanju in dati študentom možnost interakcije s študenti drugih področij. Raziskave (Smith & Anderson, 2018; Grace, et al., 2016; Kerry, et al., 2020) navajajo, da je uvajanje predmeta s področja medpoklicnega sodelovanja v študijski program ena izmed vidnejših nalog študijev s področja zdravstva. Med drugim je cilj uvajanja vsebin s področja medpoklicnega sodelovanja v kurikulum tudi izboljšanje zdravstvene obravnave z zniževanjem stroškov zdravljenja (Charrette, et al., 2019). Tako izobraževanje študenta pripravi na kasnejše profesionalno delovanje. Učenje skupaj z drugimi strokami pomeni spoznavanje in razumevanje še drugega dela obravnave pacienta, študenti pa tako izboljšujejo svoje spretnosti, nadgrajujejo znanje in kompetence ter odnos do sodelavcev (Buring, et al., 2009, Bianchi, et al., 2019). Od študentov zdravstvenih smeri se po prvi stopnji izobraževanja pričakuje, da so sposobni delovati znotraj medpoklicnega tima. Za razliko od ZDA, kjer so že ugotovili učinkovitost implementacije medpoklicnega izobraževanja kot predmeta v kurikulum (Dyess, et al., 2019), v Sloveniji predmet, ki bi se osredotočal na medpoklicno sodelovanje, v kurikulumu še ni prisoten (Kamenšek, et al., 2020). Izobraževanje na področju medpoklicnega sodelovanja študenta pripravi na sam način dela v timu, pripomore k boljšemu razumevanju drugih zdravstvenih poklicev (Kent & Keating, 2015; Wynarczuk, et al., 2019), nauči ga, kako funkcionirati v timu, predajati svoje znanje in sodelovati z več različnimi osebnostmi (Buring, et al., 2009), omogoča pa tudi boljši in hitrejši razvoj komunikacijskih sposobnosti (Weller, et al., 2014).

Rezultati raziskav (Reeves, et al., 2013; Dyess, et al., 2019) pričajo o pozitivnih vplivih medpoklicnega izobraževanja na sodelovanje v timu. Ugotovili so, da je medpoklicno izobraževanje dejavnik, ki kasneje ugodno vpliva na timsko delo in komunikacijo med zaposlenimi (Kamenšek, et al., 2020). Zaradi boljšega pretoka informacij in kvalitetne komunikacije prihaja do zmanjšanja kliničnih napak, kar vodi v kakovostno obravnavo, pozitivne zdravstvene izide in zadovoljstvo pacientov ter zaposlenih (Pinto, et al., 2012; Wallace, et al., 2016). V času izobraževanja se največ poudarja pomen komunikacije med zdravnikom in pacientom, manj pa je izobraževanja na področju sodelovanja med različnimi zdravstvenimi strokami. Vsaka stroka ima namreč svoj način podajanja informacij in organizacije zdravstvenih postopkov, poleg tega pa ima vsaka stroka tudi svoja pričakovanja glede samega zdravljenja ter pomembnosti posameznih informacij in zato ne razume prioritete ostalih poklicev (Weller, et al., 2014).

Obdobje povečanega medpoklicnega sodelovanja je vodilna sila iniciative za medpoklicno izobraževanje v Kanadi, ZDA in Združenem Kraljestvu (Ateah, et al., 2011). V Evropi sta, poleg Združenega Kraljestva, v učni načrt predmet o medpoklicnem sodelovanju vnesli tudi Švica in Švedska. Učni načrt posameznih zdravstvenih strok je zastavljen tako, da študenti večinoma ne sodelujejo s študenti drugih zdravstvenih področij, zato pride do pojava, kjer študent vstopi na trg dela z nepravilno predstavo o delovanju drugih zdravstvenih področij (Ateah, et al., 2011). Izobraževalni sistem v Slovenji mora tako nadoknaditi veliko vrzel na področju razvoja profesionalnih kompetenc, kamor spada tudi medpoklicno sodelovanje. S prenovo študijskih programov bi v redni obvezni del tako lahko vključili tudi medpoklicno sodelovanje (Kamenšek, et al., 2020). Pomembno je, da se tako izobraževanje v kliničnem okolju izvaja pod nadzorom in vodstvom kliničnih mentorjev (Bianchi, et al., 2019) ter da ti študentom nudijo podporo in pravilno vodenje (Waltz, 2019). Kljub temu se veliko zdravstvenih ustanov spopada s pomanjkanjem kadra, ki bi bil pripravljen prevzeti vlogo mentorja oziroma vključiti študente v medpoklicni tim (Waltz, 2019). Mentor spodbuja, stimulira in omogoča pozitivno interakcijo med zdravstvenim osebjem in študentom. Proces naj bi bil postopen in študent se mora počutiti kot del tima. Mentor študenta spozna z zdravstvenim stanjem pacienta in ga, vključi v pripravo na obravnavo. Skupaj pregledata cilje, ki jih mora pacient doseči (Bianchi, et al., 2019).

Bond, et al. so leta 2018 prišli do zaključka, da so študenti fizioterapije, ki so bili izpostavljeni delu kiropraktikov, izpostavili bolj pozitiven odnos do drugega poklica, kar pomeni, da je medpoklicno sodelovanje eno izmed pomembnih učnih orodij za spoznavanje in prepoznavanje pozitivnega vložka drugih poklicev v zdravljenje.

2.3 OVIRE MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA

Glavna težava medpoklicnega sodelovanja so največkrat psihološke prepreke, ki nastanejo zaradi hierarhije in slabe organizacije. To pripelje do slabe komunikacije, slabe učinkovitosti tima in posledično do slabe oskrbe pacienta. Pogosto prihaja do motenj med podajanjem informacij, največkrat med primarnim in sekundarnim nivojem zdravljenja, med predajo služb ali v primeru premestitve pacienta na drug oddelek. (Weller, et al., 2014). Da bi preprečili ovire pri komuniciranju, Weller in sodelavci (2014) predlagajo 7 stopenjski načrt:

1. učimo učinkovite komunikacijske strategije,
2. posamezne time učimo skupaj – timi, ki bodo sodelovali med seboj, se morajo skupaj tudi izobraževati na področju timskega dela,
3. time učimo s pomočjo simulacije – to naj bi bil varen način vadbe novih komunikacijskih strategij,
4. definiramo posamezne time, kjer v vsak tim vpeljemo različne profile zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ki bodo dosegali skupne cilje,
5. ustvarimo demokratične time, kjer se vsak član tima počuti cenjenega,
6. podpiramo timsko delo s protokoli in veljavnimi postopki in
7. razvijemo organizacijsko kulturo ustanove, ki bo podpirala zdravstvene time – vodstvo mora prepoznati pozitivne strani medpoklicnega sodelovanja.

Medpoklicno sodelovanje resda privede do boljše oskrbe pacienta (Van Dongen, et al., 2016), zmanjšanja stroškov oskrbe (Ateah, et al., 2011), boljšega izkoristka omejenega zdravstvenega sistema, časa in znanja (Morgan, et al., 2015). Sodelovanje je glavna točka medpoklicne, na pacienta orientirane oskrbe, a se v praksi velikokrat pokaže, da temu ni tako. Pogosto se pojavlja vzorec agresivne komunikacije na delovnem mestu.

Uporablja se zastrašujoč in ponižujoč jezik, namerna zakasnitev pri odgovarjanju na vprašanja ter nepripravljenost na delo v timu, kar je povezano tudi z zlorabo moči na delovnem mestu in na hierarhični lestvici (Thomson, et al., 2015). Kljub temu, da v timih sodeluje več različnih strokovnjakov, si zdravniki lastijo največ zaslug pri uspešnih procesih zdravljenja. Ugotavljajo tudi, da so zdravniki bolj naklonjeni individualizmu kot pa timske delu (Skela Savič & Kaučič, 2008 cited in Rozman, et al., 2019). Slaba komunikacija in nepripravljenost na sodelovanje v timu lahko ogrozi oskrbo pacienta ter vodi v napete odnose med sodelavci in zmanjšanje delovne učinkovitosti (Weller, et al., 2014).

Rozman in Kovač (2012) navajata glavne slabosti dela v različnih timih:

- visoki stroški uvajanja, izobraževanja, usposabljanja članov,
- zaradi predolgi razprav med člani prihaja do izgube časa,
- pogostokrat so odgovornosti nejasno razmejene in
- ne upošteva se vidikov posameznika, individualizma.

2.4 VLOGA FIZIOTERAPEVTA V MEDPOKLICNEM SODELOVANJU

Fizioterapevtska dejavnost je dinamična in se hitro odziva na potrebe prebivalstva. Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo (RSK, 2013) v dokumentu Opis poklica fizioterapevt s privoljenjem avtorjev Svetovne zveze za fizioterapijo (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) navaja, da so cilji in naloge fizioterapevtske dejavnosti podprte z znanstvenimi dokazi, kar je podlaga za oblikovanje dejavnosti tudi v bodoče (Razširjeni strokovni kolegij (RSK), 2013). Fizioterapevti so prisotni v celotnem zdravstvenem sistemu. Delujejo v zdravstvenih domovih, bolnišnicah, domovih za ostarele, hospicijih in tudi v nekaterih izobraževalnih ustanovah npr. v šolah za otroke s posebnimi potrebami in razvojnih vrtcih (Maharaj, et al., 2018). Kanadske raziskave (Guilcher, 2018) kažejo, da je fizioterapevt še vedno premalo zastopan poklic v medpoklicnem timu, predvsem na primarnem zdravstvenem nivoju. Fizioterapevt je zmožen prilagajanja različnim zdravstvenim situacijam in lahko sodeluje z različnimi zdravstvenimi poklici. Fizioterapija razvija, vzdržuje in vzpostavlja optimalno gibanje in funkcijo posameznika ter deluje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja in rehabilitacije (Razširjeni strokovni kolegij

(RSK), 2013). Vključevanje fizioterapevtov v medpoklicni tim bi lahko pripomoglo k zmanjševanju stroškov zdravljenja, hkrati pa tudi k bolj holističnemu in na posameznika usmerjenemu zdravljenju. Fizioterapevti na primarnem nivoju se lahko bolj usmerijo na promocijo zdravja, preventivo in uspešnejše obvladovanje kroničnih bolezni (Guilcher, 2018).

Fizioterapija zagotavlja storitve na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Lahko deluje samostojno ali v okviru interdisciplinarnih, rehabilitacijskih programov (Razširjeni strokovni kolegij (RSK), 2013). Pogostokrat se fizioterapevte vključi v medpoklicni tim, kjer sodelujejo z zdravniki in medicinskimi tehnikami in postavijo cilje glede na fizioterapevtsko oceno, znanje in spretnosti. Poleg znanja o zdravljenju akutnih mišično-skeletnih, nevroloških in kardiorespiratornih obolenj ima fizioterapevt tudi pomembno vlogo pri zdravljenju kroničnih obolenj, kot so diabetes, artritis, inkontinenca itd. (Ontario Physiotherapy Association (OPA), 2021). Fizioterapevt ima pomembno vlogo pri zdravljenju in lajšanju bolečin ter pri sestavi individualnega programa za posameznike, kar lahko pripomore k boljšemu počutju (Australian Physiotherapy Association (APA), 2021).

Z daljšo življenjsko dobo prihajajo tudi različna kronična obolenja, ki jih je potrebno obravnavati že na primarni ravni. Zaradi tega se je začelo poudarjati pomembnost fizioterapije na primarnem nivoju zdravstva. Pri tem imamo v mislih prvi stik s pacientom, kjer je pomembno, da ugotovimo začetek bolezni ali pa s preventivnimi pregledi preprečimo nastanek bolezni (Guilcher, 2018; Maharaj, et al., 2018). V okviru primarnega zdravstva ima fizioterapevt v timu pomembno vlogo pri programih, ki se osredotočajo na promocijo zdravja in dobrega počutja ter na preprečevanje nastanka kroničnih bolezni (Maharaj, et al., 2018).

Fizioterapevt kot del tima s svojim znanjem pri zdravljenju prispeva k izboljšanju kvalitete življenja, telesnih funkcij, mišično-skeletnih sposobnosti in tudi skrajšanju ležalnih dob hospitaliziranih pacientov. Pomaga pri oblikovanju individualnega rehabilitacijskega postopka in v sam postopek vključi aktivnosti, ki so pomembne za ohranjanje mišično-skeletnega sistema, npr. telovadbo, masažo, elektrostimulacijo ipd. Fizioterapevt uči pacienta, kako spremeniti biomehaniko telesa in kako pravilno izvajati vaje, da pride do izboljšanja (Morlion, et al., 2013). S pravilnim programom se fizioterapevtska obravnava osredotoča na hitrejšo mobilizacijo pacienta, kar pripomore

k zmanjšanju upada mišične moči in rigidnosti sklepov ter k boljši kardiorespiratorni pripravljenosti - preprečevanje atelektaz, zadrževanje sekreta in upada respiratornih mišic (Çakmak, et al., 2019). Zapleti, kot so mišična atrofija, preležanine, otrdeli sklepi, globoka venska tromboza, izguba samostojnosti in pljučni zapleti, so pogosti pri pacientih, ki imajo dolgo ležalno dobo. Protokol zgodnje mobilizacije pripomore k zmanjšanju teh zapletov. Zdravstveni tim je dolžan oceniti pacienta in v primeru povečanih možnosti za zgoraj naštete zaplete začeti s fizioterapevtsko rehabilitacijo (Gohy, 2016).

2.4.1 Težave fizioterapevtov v medpoklicnem timu

Nepoznavanje in nerazumevanje delovanja fizioterapije, pomanjkanje in slabo predajanje informacij v času menjave izmene, izvzemanje ali prepozno vključevanje fizioterapevtske obravnave v pacientovo oskrbo, pomanjkanje komunikacije in podpore celotnega tima ter nepriznavanje avtonomnosti fizioterapevta pri obravnavi pacienta so prepreke pri delovanju in vključevanju fizioterapevtov v medpoklicni tim. Druge člane tima je potrebno podučiti o pomembnosti vključevanja fizioterapevtov v rehabilitacijo, razložiti naloge in odgovornosti fizioterapevskega poklica, pojasniti, kako se jih vključi v multidisciplinarno strukturo, predvsem pa je pomembna dobra komunikacija med člani tima (Çakmak, et al., 2019). Raziskave (Dufour, et al., 2014) so pokazale, da se v Kanadi srečujejo predvsem s težavami vpletenosti fizioterapevtov v medpoklicni tim na primarnem zdravstvenem nivoju. Pogostokrat se fizioterapevti pri obravnavi pacienta zanašajo predvsem na svoje stanovske kolege. Ob odsotnosti timskega dela posameznik prevzame več nalog in posledično prihaja do izgorelosti in zmanjšanja produktivnosti. Delavec izgubi motivacijo za delo, pomanjkanje vključevanja fizioterapevtov v tim pa vodi tudi do zmanjšanja vrednosti fizioterapevskega poklica. Dogaja se tudi, da zdravnik ne predpiše potrebne fizioterapevtske obravnave, zato prihaja do nepravilnega izvajanja vaj, kar lahko vodi do začaranega kroga zdravljenja (Dehkordi, et al., 2014). Pahor (2014) navaja, da je ključnega pomena za uspešno obravnavo pacienta medsebojno sodelovanje in komunikacija vseh zdravstvenih delavcev v zdravstvenem timu. Pomembna je pravilna in strokovna organizacija medpoklicnega tima, kar vodi v boljše rezultate rehabilitacije. V diplomski nalogi nas je zanimalo, kako študenti

Zdravstvene nege in Fizioterapije doživljajo medpoklicno sodelovanje v delovnem okolju in ali so kot študenti dovolj vključeni v medpoklicni tim.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je proučiti vidik študentov na prvi stopnji študijskih programov Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) do timskega dela in medpoklicnega sodelovanja.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti mnenja študentov študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB o pomenu timskega dela,
- ugotoviti mnenja študentov študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB o pomembnosti medpoklicnega sodelovanja,
- ugotoviti razlike med študenti študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB o izkušnjah medpoklicnega sodelovanja na kliničnem usposabljanju,
- ugotoviti dejavnike, ki so po mnenju študentov študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB pomembni za uspešno medpoklicno in timsko sodelovanje v zdravstvu.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako študenti študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB ocenjujejo pomembnost timskega dela?
2. Kako študenti študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB ocenjujejo pomembnost medpoklicnega sodelovanja?
3. Kakšne so razlike med študenti študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB v izkušnjah na področju medpoklicnega sodelovanja v času izvajanja kliničnega usposabljanja?

4. Kateri dejavniki so po mnenju študentov študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na FZAB pomembni za uspešno medpoklicno in timsko sodelovanje v zdravstvu?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Za izdelavo diplomskega dela bomo za teoretični del uporabili pregled strokovne in znanstvene literature, za empirični del pa kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer spletno anketiranje.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V empiričnem delu diplomskega dela smo podatke zbirali s pomočjo spletne ankete. Za teoretični del diplomskega dela smo pregled literature pridobili s pomočjo iskalnika Google in spletne baze podatkov Google učenjak. Uporabili smo naslednje sklope ključnih besed: »medpoklicno sodelovanje«, »timsko delo«, »medpoklicno izobraževanje«, »zdravstvo«, »študenti«. Uporabili smo Boolov operater AND in OR. Uporabili smo omejitvene kriterije, s katerimi smo zožili izbor pridobljenih podatkov, in sicer: celotno besedilo člankov, strokovno recenzirane revije, obdobje od 2010 do 2020 ter angleški in slovenski jezik.

Uporabili smo bibliografsko-kataložno bazo podatkov (COBIS.SI) ter mednarodne baze podatkov CINAHL, SpringerLink, Researchgate in PubMed.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop. Izdelali smo vprašalnik zaprtega tipa. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda literature (Bitežnik, 2011; Hollar, et al., 2012; Norris, et al., 2015; Bollen, et al., 2019). Uporabili smo različne tipe vprašanj: vprašanja s ponujenimi odgovori in Likertovo lestvico stališč. Anketiranci so trditve

ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

Oblikovali smo pet sklopov vprašanj in eno odprto vprašanje.

Prvi sklop vprašanj se nanaša na demografske podatke: spol, starost, stopnjo izobrazbe, študijsko področje.

Drugi sklop obsega 8 trditev, ki se nanašajo na timsko delo.

Tretji sklop se nanaša na oceno medpoklicnega sodelovanja in vključuje 13 trditev.

Četrt sklop vsebuje 15 trditev, ki se nanašajo na izkušnje študentov o medpoklicnem sodelovanju v času trajanja kliničnega usposabljanja.

Peti sklop pa vsebuje 19 različnih dejavnikov, ki bolj ali manj vplivajo na medpoklicno sodelovanje in delo v timu.

Na konec petega sklopa smo dodali odprto vprašanje, katerega namen je pridobiti lastna mnenja študentov in izkušnje, ki so jih prinesli s kliničnega usposabljanja.

Zanesljivost merskega inštrumenta smo preverili s Cronbach alfa koeficientom.

Izračunali smo zanesljivost vseh vprašanj z intervalnimi lestvicami po sklopih. V tabeli 1 je prikazan izračun Cronbach koeficienta, ki je med 0,742 in 0,887, kar nam pove, da je zanesljivost vprašalnika v vseh sklopih dobra.

Tabela 1: Zanesljivost vprašanj z intervalnimi lestvicami

Sklop trditev	Število vprašanj	Cronbach koeficient alfa
Timsko in skupinsko delo	8	0,742
Ocena medpoklicnega sodelovanja	13	0,787
Izkušnje med opravljanjem kliničnega usposabljanja	15	0,818
Pomembnost dejavnikov za uspešno medpoklicno sodelovanje	19	0,887

3.3.3 Opis vzorca

V vzorec so bili vključeni študenti prvega, drugega in tretjega letnika ter absolventi študijskih programov Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V vzorec smo vključili 439 študentov. V raziskavi je sodelovalo 277 študentov, kar predstavlja 63 % realizacije vzorca. Od 277 je bilo popolnoma izpolnjenih in za analizo uporabnih 223 vzorcev.

Izmed vseh 223 anketiranih je bilo 178 žensk, kar predstavlja 79,8 % vseh, in 45 moških, kar predstavlja 20,2 % vseh. Anketirani so bili v povprečju stari 24,96 let (standardni odklon je bil 6,35). Najmlajši anketirani je imel 19 let, medtem ko je bil najstarejši star 50 let. Največ anketiranih, kar 49, je bilo starih 22 let, 30 jih je bilo starih 20 let, 29 anketiranih pa 21 let. Izmed vseh anketiranih jih 135 (60,5 %) študira zdravstveno nego in 88 (39,5%) fizioterapijo.

Večina anketiranih, t. j. 120 oziroma 53,8 %, obiskuje redni študij, 103 oziroma 46,2 % pa obiskuje izredni študij. Največji delež anketiranih, 35,9 % oziroma 80 anketiranih, predstavljajo študenti tretjega letnika. Drugi letnik obiskuje 69 anketiranih oziroma 30,9 %, 59 anketiranih oziroma 26,5 % obiskuje prvi letnik in 15 oziroma 6,7 % je vpisanih v absolventski staž. Glede na najvišjo doseženo formalno izobrazbo jih ima 124 oziroma 55,6 % zaključeno srednjo šolo, 71 anketiranih oziroma 31,8 % poklicno ali strokovno šolo, 28 anketiranih oziroma 12,6 % pa ima že zaključeno višjo ali visoko šolo.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik je bil oblikovan na spletnem portalu IKA. Sestavljen je bil za potrebe diplomskega dela, anonimen in prostovoljen. Anketiranje smo izvedli v obdobju od julija 2021 do septembra 2021. Pred začetkom anketiranja smo pridobili soglasje Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega statističnega programskega orodja IBM SPSS (Statistical package for social sciences) verzije 24.0. Uporabili smo opisno statistiko in bivariantne metode analize podatkov. Rezultati pridobljenih demografskih podatkov so podani s frekvenčno (n) in odstotno (%) porazdelitveno vrednostjo. Uporabili smo t-test za neodvisne vzorce in ANOVO. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 ali manj.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Timsko in skupinsko delo

V tabeli 2 so prikazani statistični rezultati prvega sklopa vprašanj, ki se je nanašal na timsko in skupinsko delo. Rezultati se nanašajo na vse anketirance in ne na posamezne skupine anketirancev glede na strukturo.

Tabela 2: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o timskem in skupinskem delu

Trditve	n	PV	SO
Vsaka skupina je tim.	223	3,00	1,397
Odločitve v timu sprejema vodja.	223	2,88	0,999
Odločitve v timu sprejemajo člani skupaj.	223	4,18	0,775
V timu je pomembna komunikacija med člani tima.	223	4,84	0,466
Člani v timu delujejo enakopravno.	223	4,19	0,849
Redni sestanki so ključni za kakovostno delo tima.	223	4,49	0,709
Člani tima skupaj postavijo cilje.	223	4,40	0,670
Timsko delo je v zdravstvu pogosto.	223	3,90	1,061

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

Iz tabele 2 lahko razberemo, da anketiranci v povprečju najbolj cenijo komunikacijo med člani tima (PV=4,84; SO=0,466). Prav tako so mnjenja, da so redni sestanki (PV=4,49; SO=0,709) in skupno postavljanje ciljev (PV=4,40; SO=0,670) ključni za kakovost dela v timu. Večina je menja, da odločitve sprejemajo vsi člani (PV=4,18; SO=0,775) in ne le vodja tima (PV=2,88; SO=0,999).

3.4.2 Ocena medpoklicnega sodelovanja

V tabeli 3 so prikazane trditve o medpoklicnem sodelovanju in (ne)strinjanje anketirancev s trditvami. Rezultati se nanašajo na vse anketirance in ne na posamezne skupine anketirancev glede na strukturo.

Tabela 3: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o oceni medpoklicnega sodelovanja

Trditve	n	PV	SO
Pomembno je, da v timu aktivno sodelujemo.	223	4,61	0,626
Vloge posameznika so točno določene.	223	4,09	0,774

Trditve	n	PV	SO
Nekateri posamezniki niso pripravljeni na sodelovanje v multidisciplinarnem timu.	223	4,16	0,764
Zaradi prevladovanja nekaterih posameznikov delo v timu ni mogoče.	223	3,88	0,788
Učinkovit tim ima določenega vodjo.	223	4,29	0,771
Vodja tima mora zagotoviti enakopravno sodelovanje članov.	223	4,45	0,662
V timu vedno skupaj najdemo rešitev za težavo.	223	4,00	0,865
Izmenjava informacij o delu v timu poteka brez težav.	223	3,35	0,897
Med člani tima obstaja vzajemno spoštovanje.	223	3,96	0,853
Medpoklicno sodelovanje je visoko cenjeno in zaželeno.	223	4,14	0,820
Potrebe pacienta so vedno nad potrebami članov tima.	223	4,13	0,923
Redni sestanki pripomorejo k boljšemu medpoklicnemu sodelovanju.	223	4,42	0,645
Za učinkovito sodelovanje je pomembna podpora vodstva organizacije.	223	4,50	0,643

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

Iz tabele 3 lahko razberemo, da se v povprečju vsi anketirani nadpovprečno strinjajo s podanimi trditvami. Anketirani se najbolj strinjajo, da je pomembno posameznikovo aktivno sodelovanje v timu (PV=4,61; SO=0,626), da je za učinkovito medpoklicno sodelovanje pomembna tudi podpora vodstva (PV=4,50; SO=0,643) in da mora tudi vodja tima zagotoviti enakopravno sodelovanje vseh članov (PV=4,45; SO=0,662). Najmanj, pa čeprav nadpovprečno dobro, pa se strinjajo s trditvama: "Izmenjava informacij o delu v timu poteka brez težav" (PV=3,35; SO=0,837) in "Zaradi prevladovanja nekaterih posameznikov delo v timu ni mogoče" (PV=3,88; SO=0,788).

3.4.3 Izkušnje med opravljanjem kliničnega usposabljanja

Z rezultati v tabeli 4 smo ugotavljali izkušnje z medpoklicnim sodelovanjem med kliničnim usposabljanjem. Rezultati se nanašajo na vse anketirance in ne na posamezne skupine anketirancev glede na strukturo.

Tabela 4: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o izkušnjah med kliničnim usposabljanjem

Trditve	n	PV	SO
Delo v timu v času KU mi pomaga, da postanem boljši timski delavec.	223	4,23	0,798
Delo v timu me pripravi na to, da razmišljam pozitivno o drugih poklicih.	223	4,22	0,698
Sodelovanje z drugimi pripomore, da postanem bolj efektiven član tima.	223	4,37	0,616
Delo v timu pripomore k boljšemu razumevanju kliničnih težav.	223	4,43	0,632
Delo v timu pomaga pri boljšem komuniciranju z drugimi zaposlenimi.	223	4,40	0,703
Delo v timu pomaga pri boljšem komuniciranju s pacienti.	223	4,37	0,736

Trditve	n	PV	SO
Z delom v timu spoznavam svoje omejitve.	223	4,17	0,764
Pomembno je sodelovanje vseh članov tima s pacientom.	223	4,48	0,663
Pomembno je, da vsi člani tima razumejo pacientove težave.	223	4,43	0,802
Člani tima z drugih zdravstvenih področij imajo različne predpostavke o meni kot študentu z drugega področja.	223	3,89	0,847
Jaz si ustvarjam različna menja o sodelavcih, ki prihajajo z drugega področja študija.	223	3,35	1,019
Predsodki o drugih zdravstvenih delavcih motijo proces dela in dobre rehabilitacije.	223	4,08	0,790
Med KU sem se srečal z učinkovitim komuniciranjem vseh članov tima s pacientom.	223	3,63	0,935
Med KU so vsi člani tima spoštovali razlike med pacienti in spoštovali njihovo dostojanstvo.	223	3,64	0,929
Med KU so vsi člani tima obravnavali vse paciente enako, ne glede na raso, spol, spolno usmerjenost, religijo ...	223	3,83	1,015

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

Iz tabele 4 lahko razberemo, da se v povprečju vsi anketirani nadpovprečno strinjajo s podanimi trditvami. Tudi tu ugotavljamo, da se anketiranci najbolj strinjajo s tem, da je pomembno sodelovanje vseh članov tima s pacientom (PV=4,48; SO=0,663) in da vsi člani razumejo pacientove težave (PV=4,43; SO=0,802). Anketirancem se zdi, da njihovo delo v timu pripomore k razumevanju kliničnih težav (PV=4,43; SO=0,632). Najmanj se strinjajo s trditvijo: "Jaz si ustvarjam različna menja o sodelavcih, ki prihajajo z drugega področja študija" (PV=3,35; SO=1,019). Slabše, a še vedno nadpovprečno dobro, pa je strinjanje s trditvijo "Med KU sem se srečal z učinkovitim komuniciranjem vseh članov tima s pacientom" (PV=3,63; SO=0,935). Podobno je bila ocenjena tudi trditev: "Med KU so vsi člani tima spoštovali razlike med pacienti in spoštovali njihovo dostojanstvo" (PV=3,64; SO=0,929). To pomeni, da se študenti zavedajo pomembnosti spoštovanja človekove individualnosti in človeškega dostojanstva.

3.4.4 Pomembnost dejavnikov za uspešno medpoklicno sodelovanje

V tabeli 5 so prikazani podatki za sklop vprašanj, ki se je nanašal na dejavnike, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje. Rezultati se nanašajo na vse anketirance in ne na posamezne skupine anketirancev glede na strukturo.

Tabela 5: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o dejavnikih, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje

Trditve	n	PV	SO
Hierarhija	223	3,53	0,853
Sposobnosti posameznika	223	4,46	0,598
Komunikacija	223	4,83	0,415
Neverbalna komunikacija	223	4,61	0,619
Dobro poslušanje	223	4,76	0,488
Dodatna izobraževanja	223	4,26	0,702
Zaupanje in spoštovanje	223	4,73	0,504
Poznavanje drugih poklicev	223	4,08	0,761
Izobrazba posameznika	223	4,00	0,797
Podpora vodij	223	4,54	0,620
Drugačni pogledi na zdravljenje	223	4,07	0,654
Spremljanje uspešnosti in napredka	223	4,53	0,583
Skupni cilji	223	4,65	0,564
Čustva	223	4,13	0,790
Spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev	223	4,79	0,550
Izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju	223	4,26	0,730
Strokovnost	223	4,68	0,557
Deljenje vlog	223	4,28	0,634

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

Iz tabele 5 lahko razberemo, da se v povprečju vsi anketirani nadpovprečno strinjajo s podanimi trditvami. Anketiranci se najbolj strinjajo, da so v medpoklicnem sodelovanju pomembni komunikacija (PV=4,83; SO=0,415), spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev (PV=4,79; SO=0,550) in dobro poslušanje (PV=4,76; SO=0,488). Za dobro medpoklicno sodelovanje pa so po mnenju anketirancev najmanj pomembna hierarhija (PV=3,53; SO=0,853) in izobrazba posameznika (PV=4,00; SO=0,797).

3.4.5 Pomembnost timskega dela po smeri študija

S postavljenimi trditvami o timskem delu se anketirani nadpovprečno strinjajo, kar prikazuje tabela 2.

Ker smo želeli statistično potrditi naše domneve o nadpovprečnem strinjanju s trditvami glede timskega dela, smo vse trditve povezali v eno spremenljivko »Timsko delo«. Povprečje odgovorov spremenljivke je 3,99, kar prikazuje tabela 6. Glede na rezultate ankete lahko trdimo, da je za anketirance timsko delo zelo pomembno.

Tabela 6: Povprečje sklopa »Timsko delo«

Sklop	n	PV	SO
Timsko delo	223	3,99	0,40

Legenda: n = število odgovorov na trditev, PV= povprečje, SO = standardni odklon

Četudi je povprečje odgovorov ovrednoteno nadpovprečno, torej z oceno več kot 3, smo želeli našo domnevo še statistično potrditi z enostranskim t-testom.

Tabela 7: Enostranski t-test za sklop »Timsko delo«

	Testa vrednost	T	Sp	p 2-stranski	razlika povprečja	95% Interval zaupanja za razliko	
						Spodnja	Zgornja
Timsko delo	3	36,400	222	0,000	0,98655	0,9331	1,0400

Legenda: t-vrednost t-testa aritmetične sredine

Tabela 7 prikazuje rezultate enostranskega t-testa. Iz tabele lahko razberemo p-vrednost, ki znaša 0,000. Tako smo uspeli dokazati, da se v povprečju študenti nadpovprečno strinjajo s pomembnostjo timskega dela.

Zanimalo nas je tudi, ali obstajajo razlike med odgovori študentov študijskih programov prve stopnje Fizioterapija (VS) in Zdravstvena nega (VS) glede timskega dela, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje sklopa vprašanj »Timsko delo« glede na smer študija.

Tabela 8: Korelacija med timskim delom in smerjo študija

	Način študija	n	PV	SO	Statistična napaka povprečja
Timsko delo	Fizioterapija	88	3,92	0,41	0,043
	Zdravstvena nega	135	4,03	0,40	0,034

Legenda: n= število odgovorov na trditev, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Tabela 8 nam prikaže, da je mnenje študentov zdravstvene nege (PV=4,03) o timskem delu bolj pozitivno kot mnenje študentov fizioterapije (PV=3,92).

Tabela 9: T-test za neodvisne vzorce (timsko delo – smer študija)

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	T	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
Timsko delo	Enakost varianc	0,368	0,545	-1,982	221	0,049	-0,10918
	Neenakost varianc			-1,975	183,855	0,050	-0,10918

Legenda: F=vrednost Levenoegega test za homogenost varianc, t=vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df=stopnje svobode, p=vrednost statistične značilnosti

Tabela 9 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za mnenje o pomembnosti timskega dela glede na smer študija.

S pomočjo t-testa smo ugotovili, da so razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembne. Na naše raziskovalno vprašanje lahko odgovorimo, da razlike med študenti fizioterapije (VS) in zdravstvene nege (VS) pri vrednotenju pomembnosti timskega dela obstajajo, vendar so te razlike majhne in obe skupini nadpovprečno pozitivno vrednotita pomembnost timskega dela. Ker je p vrednost $< 0,05$ ($p=0,049$), je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin pomembna.

3.4.6 Pomembnost medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija

Podatki tabele 3 prikazujejo nadpovprečno strinjanje študentov s splošnimi trditvami o medpoklicnem sodelovanju. Rezultate smo hoteli še statistično potrditi, zato smo sklop povezali v spremenljivko "Medpoklicno sodelovanje".

Tabela 10: Povprečje sklopa »Medpoklicno sodelovanje«

Sklop	n	PV	SO
Medpoklicno sodelovanje	223	4,15	0,41

Legenda: n = število odgovorov na trditev, PV= povprečje, SO = standardni odklon

Tabela 10 nam prikaže povprečje odgovorov. Spremenljivka je 4,15, kar nakazuje na veliko strinjanje študentov z vsemi trditvami o medpoklicnem sodelovanju.

Tabela 11: Enostranski t-test za sklop »Medpoklicno sodelovanje«

	Testna vrednost	T	Sp	p 2-stranski	razlika povprečja	95% Interval zaupanja za razliko	
						Spodnja	Zgornja
Medpoklicno sodelovanje	3	41,779	222	0,000	1,15316	1,0988	1,2076

Legenda: T-vrednost-t testa aritmetičnih sredin

P-vrednost t-testa znaša 0,000, kar razberemo iz zgornje tabele 11. Dokazali smo, da se študenti nadpovprečno strinjajo s pomembnostjo medpoklicnega sodelovanja.

Želeli smo tudi ugotoviti, ali obstajajo razlike med študenti študijskih programov prve stopnje Fizioterapije (VS) in Zdravstvene nege (VS) glede na pomembnost medpoklicnega sodelovanja, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje sklopa vprašanj »Medpoklicno sodelovanje« glede na smer študija, kar nam prikazuje tabela 12.

Tabela 12: Povprečja pomembnosti medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija

	Način študija	n	PV	SO	Statistična napaka povprečja
Medpoklicno sodelovanje	Fizioterapija	88	4,17	0,32	0,034
	Zdravstvena nega	135	4,14	0,46	0,040

Legenda: n= število odgovorov na trditev, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Iz rezultatov v tabeli 12 lahko razberemo, da je mnenje študentov fizioterapije (PV=4,17) bolj naklonjeno medpoklicnemu sodelovanju kot mnenje študentov zdravstvene nege (PV=4,14). Zaradi zelo majhne razlike smo želeli rezultate potrditi še statistično.

Tabela 13: T-test za neodvisne vzorce (medpoklicno sodelovanje – smer študija)

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	Df	p (2-stranska)	Razlika aritm, sredin
Medpoklicno sodelovanje	Enakost varianc	6,610	0,011	0,582	221	0,561	0,03291
	Neenakost varianc			0,629	220,571	0,530	0,03291

Legenda: F=vrednost Levenoege test za homogenost varianc, t=vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df=stopnje vrednosti, p=vrednost statistične značilnosti

Tabela 13 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za mnenje o pomembnosti medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija.

Ker je $p > 0,05$ ($p = 0,530$), razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin ni pomembna. Ugotovili smo, da razlike med študenti fizioterapije (VS) in zdravstvene nege (VS) pri vrednotenju mnenja o pomembnosti medpoklicnega sodelovanja ne obstajajo.

3.4.7 Izkušnje z medpoklicnim sodelovanjem glede na smer študija

V tabeli 14 so podane trditve in rezultati o mnenju in izkušnjah študentov z medpoklicnim sodelovanjem med izvajanjem kliničnega usposabljanja. Postavljene trditve o izkušnjah smo povezali v eno spremenljivko »Medpoklicno sodelovanje v času KU«.

Tabela 14: Povprečja izkušenj na področju medpoklicnega sodelovanja v času izvajanja kliničnega usposabljanja glede na smer študija

	Način študija	n	PV	SO	Statistična napaka povprečja
Medpoklicno sodelovanje v času izvajanja kliničnega usposabljanja	Fizioterapija	88	4,13	0,41	0,043
	Zdravstvena nega	135	4,09	0,44	0,028

Legenda: n= število odgovorov na trditev, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Tabela 14 nakazuje, da imajo študenti fizioterapije ($PV = 4,13$) bolj pozitivne izkušnje kot študenti zdravstvene nege ($PV = 4,094$). Ker so razlike med rezultati zelo majhne, smo se odločili še za statistično preverljivost s t-testom za neodvisna vzorca.

Izvedli smo t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje sklopa "Medpoklicno sodelovanje v času izvajanja kliničnega usposabljanja" glede na smer študija.

Tabela 15: T-test za neodvisne vzorce (medpoklicno sodelovanje v času izvajanja kliničnega usposabljanja – smer študija)

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-dstranska)	Razlika aritm, sredin
Medpoklicno sodelovanje v času kliničnega usposabljanja	Enakost varianc	0,898	0,344	0,653	221	0,514	0,03835
	Neenakost varianc			0,665	197,101	0,507	0,03835

Legenda: F=vrednost Levenoea test za homogenost varianc, t=vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df=stopnje svobode, p=vrednost statistične značilnosti

Tabela 15 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za mnenje o pomembnosti izkušenj na področju medpoklicnega sodelovanja v času kliničnega usposabljanja glede na smer študija.

P vrednost t-testa je $p=0,514$, kar pomeni, da razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin ni pomembna. Na naše raziskovalno vprašanje torej lahko odgovorimo, da razlike med študenti fizioterapije (VS) in zdravstvene nege (VS) pri vrednotenju mnenja o pomembnosti izkušenj na področju medpoklicnega sodelovanja v času kliničnega usposabljanja ne obstajajo.

3.4.8 Pomembnost dejavnikov za uspešnost medpoklicnega sodelovanja glede na smer študija

Želeli smo preveriti, kateri dejavniki so po mnenju študentov pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje. Ugotoviti smo želeli, ali obstajajo razlike med študenti fizioterapije (VS) in študenti zdravstvene nege (VS).

Tabela 16: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o dejavnikih, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje (študenti fizioterapije)

Trditev	n	PV	SO
Hierarhija	88	3,50	0,884
Sposobnosti posameznika	88	4,50	0,547
Komunikacija	88	4,77	0,421
Neverbalna komunikacija	88	4,51	0,587
Dobro poslušanje	88	4,73	0,473
Dodatna izobraževanja	88	4,22	0,669
Zaupanje in spoštovanje	88	4,67	0,473
Poznavanje drugih poklicev	88	4,09	0,655
Izobrazba posameznika	88	3,91	0,853
Podpora vodij	88	4,48	0,567
Drugačni pogledi na zdravljenje	88	4,05	0,585
Spremljanje uspešnost in napredka	88	4,56	0,500
Skupni cilji	88	4,61	0,513
Čustva	88	4,10	0,858
Spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev	88	4,83	0,378
Izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju	88	4,28	0,586
Strokovnost	88	4,57	0,657
Deljenje vlog	88	4,19	0,522

Legenda: n= število odgovorov na trditev, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Iz tabele 16 lahko razberemo, da se v povprečju vsi anketirani študentje fizioterapije (VS) nadpovprečno strinjajo s podanimi trditvami. V povprečju se anketirani študentje fizioterapije najbolj strinjajo s trditvami “Spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev” (PV =4,83; SO=0,378), “Komunikacija” (PV=4,77; SO=0,421) in “Dobro poslušanje” (PV=4,73; SO=0,473). Najmanj, pa čeprav nadpovprečno se anketiranci strinjajo z naslednjima trditvama: “Hierarhija” (PV=3,50; SO=0,884) in “Izobrazba posameznika” (PV=3,91; SO=0,884).

Tabela 17: Mere opisne statistike za sklop vprašanj o dejavnikih, ki so pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje (študenti zdravstvene nege)

Trditev	n	PV	SO
Hierarhija	135	3,56	0,835
Sposobnosti posameznika	135	4,44	0,630
Komunikacija	135	4,86	0,408
Neverbalna komunikacija	135	4,67	0,633
Dobro poslušanje	135	4,78	0,499
Dodatna izobraževanja	135	4,30	0,724
Zaupanje in spoštovanje	135	4,76	0,521
Poznavanje drugih poklicev	135	4,07	0,825
Izobrazba posameznika	135	4,07	0,755
Podpora vodij	135	4,58	0,652
Drugačni pogledi na zdravljenje	135	4,09	0,696

Trditve	n	PV	SO
Spremljanje uspešnost in napredka	135	4,51	0,633
Skupni cilji	135	4,67	0,596
Čustva	135	4,14	0,745
Spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev	135	4,76	0,637
Izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju	135	4,24	0,812
Strokovnost	135	4,75	0,469
Deljenje vlog	135	4,34	0,693

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

Iz tabele 17 lahko razberemo, da se v povprečju vsi anketirani študentje zdravstvene nege (VS) nadpovprečno strinjajo s podanimi trditvami. V povprečju se anketirani študentje zdravstvene nege najbolj strinjajo, da so za uspešno medpoklicno sodelovanje potrebni komunikacija, (PV=4,86; SO=0,408), dobro poslušanje (PV=4,78; SO=0,499) in spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev (PV=4,76; SO=0,637). Najmanj, pa čeprav nadpovprečno, se anketirani strinjajo z naslednjimi dejavniki: hierarhija” (PV=3,56; SO=0,835) in izobrazba posameznika (PV=4,07; SO=0,755).

Iz rezultatov lahko razberemo, da so študenti fizioterapije (VS) in zdravstvene nege (VS) v povprečju najvišje in najnižje ovrednotili iste trditve, vendar pa je zaporedje pomembnosti najvišje ovrednotenih trditev drugačno.

Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa in se je nanašalo na izkušnje o medpoklicnem sodelovanju, sodelovanju v timu in izkušnjah na kliničnem usposabljanju na splošno.

Tabela 18: Dejavniki, ki vplivajo na študentovo dožemanje medpoklicnega sodelovanja v času kliničnega usposabljanja

	n	f (%)
Brez navedbe razloga	146	65,5 %
Boljša vključenost študentov pri sestankih	30	13,5 %
Več sodelovanja z drugimi zdravstvenimi profili	14	6,3 %
Slaba komunikacija in prenos informacij	13	5,8 %
Izobraževanje	4	1,8 %
Občutek manjvrednosti	9	4,0 %
Sodelovanje v timu je dobro	7	3,1 %

Legenda: n = število osnovnošolcev, f (%) = odstotki,

V tabeli 18 so prikazani podatki, ki smo jih pridobili na podlagi odprtega vprašanja.

Pridobili smo 77 odgovorov na odprto vprašanje, kar predstavlja 34,5 % vseh izpolnjenih anket. Kar 30 oziroma 13 % odgovorov se je nanašalo na slabo vključenost študenta v timsko delo. 6,3 % jih je je mnenja, da je tudi med rednimi delavci slabo timsko sodelovanje in da različni zdravstveni profili ne sodelujejo med seboj. 5,8 % jih

je opazilo, da sta komunikacija in prenos informacij med člani tima slaba. 4 % anketirancev se je počutilo v timu manjvredne, le 1,8 % pa jih je mnenja, da je izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju in sodelovanju v timu pomembno. Preostali (3,1 %) anketirani so imeli pozitivno izkušnjo s sodelovanjem in vključevanjem v tim.

3.5 RAZPRAVA

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu temelji predvsem na timskega načina dela zaposlenih, zato smo z izvedeno raziskavo želeli ugotoviti prepoznavanje pomembnosti tima, timskega dela in medpoklicnega sodelovanja med študenti prvostopenjskih študijskih programov Zdravstvena nega in Fizioterapija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin ter pridobiti njihove izkušnje z medpoklicnim sodelovanjem v času opravljanja kliničnega usposabljanja. Demirici (2018) time deli na štiri vrste: delovni, paralelni, projektni in upravni. Ugotavlja, da so delovni timi tisti, ki so najpogostejši. Tim ima določene faktorje, ki botrujejo organiziranju produktivnega tima – pripadnost timu, interakcija med člani tima, delovanje za doseganje skupnega cilja in upoštevanje svojih obveznosti in dolžnosti. Po mnenju Demiricija (2018) se tim razvije iz skupine, vendar se v timu povečajo kreativnost, inovativnost in zadovoljstvo pri delu, vse to pa vodi v večjo produktivnost. Glede na rezultate naše ankete smo ugotovili, da se študentom pri delu v timu zdijo najpomembnejša komunikacija, redni sestanki vseh članov tima in enakopravnost. Med leti 2014 in 2016 je Charrette s sodelavci (2019) izvajala anonimno kvalitativno raziskavo med študenti fizioterapije in farmacije. Prišli so do zaključka, da je študentom pomembno medsebojno spoštovanje, pozitivno usmerjena komunikacija, podpiranje članov tima in efektivno reševanje zdravstvenih težav. Lahko opazimo, da so rezultati precej podobni našim. Naši rezultati kažejo, da študenti dobro poznajo značilnosti timskega dela. To je po našem mnenju posledica vpletenosti timskega dela v proces zdravstvenega okolja za doseganje kakovostne oskrbe. Po pregledu rezultatov ankete smo ugotovili, da obe skupini enako vrednotita pomembnost timskega dela. Tudi tuje raziskave (Norris, et al., 2015; Jakob, et al., 2017; Passmore, et al., 2016; Charrette, et al., 2019; Gonzales, et al., 2020) kažejo, da študenti več zdravstvenih usmeritev, kot so fizioterapija, zdravstvena nega, medicina in farmacija, cenijo timsko delo. Prav tako podpirajo izobraževanje in delavnice o timskega

delu in medpoklicnem sodelovanju, ker s tem pridobijo širše znanje in drugačne poglede na rešitev zdravstvenih težav.

Po naši raziskavi smo prišli do zaključka, da tako kot za Kanado (Pinto, et al., 2012) tudi za Slovenijo velja, da obstaja večje število publikacij na temo medpoklicnega sodelovanja in timskega dela v zdravstvu, je pa precej manj informacij dostopnih o izobraževanju študentov o medpoklicnem sodelovanju in vpletenosti študentov v zdravstvene time. Ker nas je zanimalo predvsem, kako študenti ocenjujejo medpoklicno sodelovanje, smo se v nadaljevanju osredotočili na pomembnejše dejavnike medpoklicnega sodelovanja in na same izkušnje študentov med opravljanjem kliničnega usposabljanja.

Zaradi staranja prebivalstva in vse večjega števila kroničnih obolenj postaja medpoklicno sodelovanje v zdravstveni oskrbi vse pomembnejše (Grace, et al., 2016; Charrette, et al., 2019). Prav zaradi tega je na številnih tujih univerzah (ZDA, Švedska, Avstralija, Združeno Kraljestvo) ustanovljen poseben program medpoklicnega izobraževanja študentov (IPE – interprofessional education, IPL – iterprofessional learning)

Passmore je s sodelavci leta 2016 intervjuvala študente, ki so med letoma 2013 in 2015 prostovoljno delovali v tako imenovani Student-run clinics (SRCs)¹. Spraševali so jih o izkušnjah s timskim delom. Sodelovanje na kliniki so označili kot zelo pomembno za kasnejše profesionalno sodelovanje v delovnem okolju. SRC so eno pomembnejših izobraževalnih orodij za pripravo študentov na medpoklicno sodelovanje. Študenta pripravijo na interakcijo z drugimi zdravstvenimi profili v kliničnem okolju, dajo pa mu tudi delovne izkušnje na področju, ki ga običajno ne izkusijo (Passmore, et al., 2016).

Kot lahko vidimo iz naše raziskave, se tudi anketirani študenti nadpovprečno strinjajo s trditvami o medpoklicnem sodelovanju. Izstopajo trditve, da je pomembno sodelovanje

¹ Student-run Clinics ali SRC so zdravstvene ustanove, kjer se študenti različnih zdravstvenih smeri poveejo v medpoklicne time na primarnem zdravstvenem nivoju in nudijo zdravstveno oskrbo prebivalcem, ki so pretežno iz marginaliziranih skupin. Študente nadzoruje vsaj en licenciran zdravnik (op.a).

vseh članov tima in sodelovanje s pacientom ter komunikacija, kar prikazujejo spodnje izjave na odprto vprašanje.

"...vsaka obravnava pacienta je temeljila na sodelovanju s kolegi iste stroke in strokovnjakov drugih zdravstvenih strok. Tovrstno sodelovanje je ključnega pomena za uspešno obravnavo pacienta. Če takega sodelovanja ni, težko dosežemo dober uspeh." (FT)

"Menim, da bi moralo biti medpoklicnega sodelovanja več. Med samimi poklici se ne bi smelo delati razlik, saj vsi delujemo v dobrobit pacienta." (ZN)

"Z medpoklicnim sodelovanjem sicer nimam veliko izkušenj, saj sem se z njim srečal le na kliničnem usposabljanju, kjer pa so fizioterapevti sodelovali tudi z drugimi zdravstvenimi delavci. Medpoklicno sodelovanje se mi je zdelo pomembno in ključnega pomena za dobro obravnavo pacientov in doseganja skupnih ciljev." (FT)

Študenti, ki so sodelovali v podobnih tujih raziskavah ali delavnicah (Passmore, et al., 2016; Charrette, et al., 2019, Sytsma, et al., 2021) so prišli do zaključkov, da je medpoklicno sodelovanje pomembno in jim je dalo boljši vpogled v delovanje in pomembnost drugih zdravstvenih poklicev. Poleg tega je tako sodelovanje pripomoglo k boljšemu razumevanju osebne vloge v takem timu in prispevanju drugačnih pogledov na zdravljenje pacientov.

Želeli smo tudi predstaviti pogled študentov študijskih programov prve stopnje Fizioterapije (VS) in Zdravstvene nege (VS) na pomembnost medpoklicnega sodelovanja in ali med njimi obstajajo občutne razlike. Študenti fizioterapije v primerjavi s študenti zdravstvene nege na medpoklicno sodelovanje gledajo nekoliko bolj naklonjeno, a so razlike zanemarljive in lahko rečemo, da so študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin naklonjeni medpoklicnemu sodelovanju.

Pinto s sodelavci (2012) ugotavlja, da kljub temu, da je vsak član tima specializiran na svojem področju, vseeno obstaja neka hierarhična lestvica, kamor določen član tima spada. Tudi študenti v njegovi raziskavi so ugotovili, da zdravniki zavzamejo vodilno vlogo v timu, njim pa sledijo medicinske sestre. Ostali zdravstveni poklici so nižje na hierarhični lestvici. Kljub temu pa jih je večina še vedno občutila, da imajo vseeno pomembno vlogo v timu. Pogostokrat se je tudi izkazalo, da imajo zdravstveni delavci z daljšim delovnim stažem boljši položaj v timu. Podobno so ugotavljali tudi študenti v naši raziskavi:

"Moje izkušnje kažejo na raznolikost timskega sodelovanja od izkazovanja superiornosti zdravnika do, na drugi strani odlične komunikacije in sodelovanja med zdravniki, medicinskimi sestrami in pacienti. " (ZN)

"Čutila sem vključenost v delovni tim. Spraševali so me, kaj bi naredila v določenem primeru in smo se o postopkih rehabilitacije posvetovali med seboj. " (FT)

"Med opravljanjem kliničnega usposabljanja sem opazil, da je bilo dosti medpoklicnega sodelovanja, je bilo pa bolj malo skupnih sestankov in tudi stopnja poznavanja pacientovega stanja je bila različna od poklica do poklica. Verjetno zaradi nesistematičnega pristopa." (ZN)

"Potrebno bi bilo več spoštovanja do drugih zdravstvenih poklicev in manj hierarhije med člani tima." (FT)

"...ko je prišlo do sodelovanja, je bila običajno znana hierarhija, pri kateri je odločitve in cilje postavljala zdravnik." (FT)

Študentom je pomembno, da v zdravstvenem timu aktivno sodelujejo. Tudi pri odprtem vprašanju smo lahko videli, da si študenti želijo, da bi jih mentorji večkrat vključili v tim. Izkušnje so bile sicer različne, kar lahko pripišemo temu, da so študenti klinično

usposabljanje opravljali v različnih zdravstvenih organizacijah in pod vodstvom različnih mentorjev. Vseeno je skoraj polovica študentov, ki so odgovorili na odprto vprašanje, izkazala interes za boljšo vključenost v zdravstveni tim. Študenti so se v veliki meri strinjali s trditvami o pomembnosti medpoklicnega sodelovanja. Tako, kot so ugotavljale zgoraj navedene tuje raziskave, smo tudi pri študentih Fakultete za zdravstvo Angele Boškin ugotovili, da med študenti fizioterapije in zdravstvene nege ni razlike o vrednotenju pomembnosti medpoklicnega sodelovanja in da so izkušnje s sodelovanjem v timu v času kliničnega usposabljanja precej podobne. Kot smo pričakovali, se vsi študenti strinjajo, da je medpoklicno sodelovanje pomembno za dobro obravnavo pacienta. Pinto s sodelavci (2012) ugotavlja, da je sodelovanje z drugimi zdravstvenimi poklici pomembno predvsem zaradi izboljšanja komunikacijskih sposobnosti in deljenja informacij z njimi. Zaradi sodelovanja z drugimi poklici se izboljša tudi skrb za pacienta, na zdravstvene težave pa lahko pogledajo z drugega zornega kota. Pokazalo se je tudi, da je pomembno, da se študent ne znajde v sovražnem okolju in da se čuti kot del tima.

"V timu sem opazila, da bi bilo potrebnega več sodelovanja med seboj in boljša komunikacija med vsemi zdravstvenimi delavci." (FT)

"Sem mnenja, da sta v timu pomembna predvsem komunikacija in uspešen prenos informacij." (ZN)

"Kot študent si želim, da me ne bi označevali samo s študentom, ampak da me tudi aktivno vključijo v tim." (ZN)

Kljub temu da je komunikacija eden pomembnejših aspektov dobre obravnave pacienta, lahko opazimo, da se pri izvajanju kliničnega usposabljanja velikokrat zanemari ta vidik medpoklicnega tima. Pogostokrat se to zgodi zaradi hierarhične lestvice, neaktivnega sodelovanja, slabe organizacije ali pa nepovezanosti različnih zdravstvenih profilov v tim, kar vodi v slabo komunikacijo.

"...sodelovala sem v primeru, kjer zdravnik ob prihodu ni niti pozdravil, v komunikaciji pa je jasno izražal svojo superiornost."

(ZN)

"Opazila sem veliko pomanjkljivosti v medpoklicnem sodelovanju: slaba komunikacija, ogovarjanje, prihajalo je do konfliktov, slabo opravljenega dela." (ZN)

"...običajno je znana hierarhija, kjer odločitve in cilje postavlja zdravnik, predvsem pa primanjkuje spoštovanja med posameznimi zdravstvenimi poklici, kar otežuje timsko delo in prihaja do slabše obravnave in izide rehabilitacije." (FT)

"Kadar sem se na kliničnem usposabljanju srečala z medpoklicnim sodelovanjem, kar je bilo zelo redko, sem vedno zaznala neenakopravnost med posamezniki različnih strok." (FT)

Poleg komunikacije so za dobro delovanje medpoklicnega tima pomembni spoštovanje, zaupanje, skupni cilji in sprejemanje skupnih odločitev, jasna vloga v timu in odgovornost.

"Potrebno je več sodelovanja in boljša komunikacija med vsemi zdravstvenimi delavci, več spoštovanja posameznika in manj mišljenja, da je določen poklic boljši od drugega. Manj bi bilo potrebne hierarhije med zdravstvenimi delavci, odnosi bi morali bolj sproščeni, kar pa naj ne bi vplivalo na kakovost samega dela." (ZN)

"Po mojih izkušnjah je v kliničnih okoljih premalo poklicnega sodelovanja in preveč nespoštovanja poklicev, prisotnih je veliko nesporazumov, ki posledično slabo vplivajo na rehabilitacijo pacienta." (FT)

Seveda ne gre zanemariti tudi želje po sodelovanju v timu (Chong, et al., 2013).

"Na kliničnem usposabljanju bi pričakovali več dodatne razlage, komuniciranja med člani. Premalo je tudi vključevanja študenta v sam proces, v timske sestanke." (FT)

"Pričakujem vključenost študentov v tim in spodbujanje k sodelovanju." (ZN)

Zaupanje je kvaliteta vsakega uspešnega medpoklicnega tima. Z zaupanjem, spoštovanjem in jasno začrtanimi vlogami v timu se razvijajo kompetence posameznika in zaupanje v druge člane tima (Johnson, et al., 2021). Dobro vodenje tima je prav tako ključnega pomena za dobro delovanje. Medpoklicni timi, ki nimajo vodje, ki bi bil zainteresiran za takšno sodelovanje in obravnavo pacienta, sčasoma izgubijo svojo učinkovitost (Drummond, et al., 2012).

Najpomembnejši dejavniki v medpoklicnem timu so komunikacija, spoštljiv odnos do sodelavcev in pacientov ter poslušanje. Spoštovanje in vključevanje v tim sta poleg komunikacije in poslušanja dva izmed dejavnikov, ki so ju študenti ovrednotili kot pomembnejša za kvalitetno delovanje medpoklicnega tima.

Kot so napisali v odprtih odgovorih:

"Od kliničnih mentorjev pričakujem, da imajo do mene spoštljiv odnos..." (ZN)

"Zaposleni nam ne obrazložijo, kaj je namen določenega postopka, kar je tudi razlog, da smo premalo vključeni v tim." (ZN)

"Zaradi pomankanja komunikacije je v timu prihajalo do konfliktov, slabe volje in slabo opravljenega dela." (ZN)

"Opazila sem pomanjkanje sodelovanja med člani tima." (FT)

"Pričakujem, da te predvsem spoštujejo in sodelujejo s tabo." (FT)

Anketiranci se nadpovprečno strinjajo s podanimi trditvami ankete, prav tako na splošno ni velikih razlik med študenti fizioterapije in zdravstvene nege. Razvidno je, da študenti na zadnja mesta postavljajo splošno izobrazbo posameznika, poznavanje drugih poklicev in hierarhijo, ki se je v obeh skupinah uvrstila na zadnje mesto. Tudi po pregledu odgovorov na odprto vprašanje opazimo, da so študenti obeh smeri enakovredni pri kritiki medpoklicnega sodelovanja.

Kljub temu da se nam zdi, da je bil vzorec precejšen, smo bili omejeni na obravnavanje le ene fakultete in dveh skupin zdravstvenih usmeritev. Za izboljšanje rezultatov in boljšo predstavo o mnenju in izkušnjah študentov z vključevanjem v medpoklicni tim bi bilo potrebno vključiti več izobraževalnih ustanov z zdravstvenimi poklici. Tako bi lahko primerjali več različnih zdravstvenih profilov in bi naš vzorec lahko predstavil lastnosti takega sodelovanja. Razširjen vzorec in sodelovanje več fakultet ter študentov v raziskavi, bi bili lahko izhodišči za nadaljnje raziskovanje.

Med študenti, ki so sodelovali v raziskavi, je prisotno mnenje o potrebnosti medpoklicnega sodelovanja. Pokazali so tudi veliko zanimanje za izobraževanje na tem področju. Smiselno bi bilo, da se, tako kot je to v tujini, v izobraževanje zdravstvenih delavcev vpelje tudi program medpoklicnega sodelovanja. Poleg tega bi se morale študente že v času kliničnega usposabljanja aktivno vpeljati v time in sodelovanja na sestankih.

4 ZAKLJUČEK

Medpoklicni timi v zdravstvu so ključnega pomena za hitro in strokovno obravnavno pacientov. Pomemben dejavnik vsakega uspešnega tima pa je dobra komunikacija med člani. Ne gre zanemariti, da sta so neke mere tudi hierarhija in vodenje tima enako pomembna kot sodelovanje vseh članov.

Pomembno je, da se študente zdravstvenih ved že v času študija izobražuje o pomembnosti sodelovanja med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki. Hkrati pa je pomembno, da se tudi mentorji pri izvajanju kliničnega usposabljanja zavedajo, da je vključevanje študenta v njihov tim pomemben del izobraževanja. Le s sodelovanjem vsak posameznik dobi vpogled v delovanje drugih nivojev zdravljenja. Najbolj jasno se medpoklicno sodelovanje opazi pri pacientih s kompleksnejšimi zdravstvenimi težavami ali pa pri pacientih, ki imajo več zdravstvenih težav.

Glede na rezultate lahko rečemo, da se študenti zavedajo pomembnosti delovanja v timu, vendar imajo v praksi premalo izkušenj s takim načinom dela. Za to obstaja več razlogov. Eden je verjetno ta, da kar nekaj mentorjev študente dojema kot pomoč in ne kot del tima. Druga težava pa je, da tudi v času študija ni veliko izobraževanj na temo medpoklicnega sodelovanja. V Sloveniji nimamo posebnega programa, ki bi študente pripravil na sodelovanje z drugimi zdravstvenimi profili. Največkrat se študenti s tako situacijo srečajo šele, ko uradno vstopijo na trg dela in se morajo stvari učiti sproti.

To, da se študentov ne vključi v tim, pa privede tudi do tega, da večina ne ve, kaj je delo drugih zdravstvenih profilov. Predvsem na bolnišničnih oddelkih bi bilo potrebno več sodelovanja med zdravstveno nego in fizioterapijo. Velikokrat se ravno med tema sferama na nekaterih oddelkih pojavlja največ razhajanj.

Verjetno bi bilo potrebno vpeti izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju v slovenski šolski sistem, tudi kot del delovne obveznosti že v času kliničnega usposabljanja. Pri tem bi bilo pomembno izobraziti tudi mentorje. Zanimivo bi bilo izvesti raziskavo s podobno temo tudi med študenti drugih zdravstvenih področij, kot so medicina, radiologija in delovna terapija.

5 LITERATURA

Ateah, C.A., Snow, W., Wener, P., Macdonald, L., Metge, C., Davis, P., Fricke, M., Ludwig, S. & Anderson, J., 2011. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? 31(2), pp. 208-213. <https://doi.org/10.11016/j.nedt.2010.06.004>.

Australian Physiotherapy Association (APA), 2021. What is Physio. [online] Available at: <https://choose.physio/what-is-physio> [Accessed 5 May, 2021].

Bianchi, M., Bagnasco, A., Ghirotto, L., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M., Carnevale, F. & Sasso, L., 2019. The Point of View of Undergraduate Health Students on Interprofessional Collaboration: A Thematic Analysis. *SAGE Open Nursing*, 5(9931), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1177%2F2377960819835735>.

Bitežnik, Ž., 2011. *Medpoklicno sodelovanje na primeru zdravstvenega doma: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Bollen, A., Harrison, R., Aslani, P. & van Haastregt, J.C.M., 2019. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners - A systematic review. *Wiley – Health and Social Care in the community*. 27(2019), pp. 189–212. <https://doi.org/10.1111/hsc.12705>.

Bond, B.M., Dehan, J. & Horacek, M., 2018. Does interprofessional interaction influence physical therapy students' attitudes toward chiropractic? *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 62(3), pp. 143-148.

Buring, S.M., Bhushan, A., Broeseker, A., Conwas, S., Duncan-Hewit, W., Hansen, L. & Westberg, S., 2009. Interprofessional competencies, and guidelines for implementation. *Am Journal of Pharmaceutic Education*, 73(4), pp. 1-8.

Çakmak, A., İnce, D.İ., Sağlam, M., Savcı, S. & Yağlı, N.V., 2019. Physiotherapy and Rehabilitation Implementation in Intensive Care Units: A Survey Study. *Turkish Thoracic Journal*, 20(2), pp. 114-119. <https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2018.18107>.

Center for Applied Research (CFAR), Tomasik, J. & Fleming, C., 2015. *Lessons from the field: Promising Interprofessional Collaboration Practices*. [pdf] Robert Wood Johnson Foundation. White Paper. Available at: rwjf.org. [Accessed 5 May, 2021].

Charrette, A.L., Sullivan, K.M., Kucharski-Howard, J., Seed, S. & Lorenz, L., 2019. Physical therapy and pharmacy interprofessional education in the context of a university pro bono physical therapy setting. *Journal of Interprofessional Care*, 43(3), pp. 315-323. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1663160>.

Chong, W.W., Aslani, P. & Chen, T.F., 2013. Shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare: a qualitative study exploring perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Interprofessional Care*, 1820(5), pp. 373-379. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.785503>.

Dehkordi, S.N., Dadashzadeh, L., Dadgoo, M., Shafaroodi, N. & Kamali, M., 2014. Experience of Physiotherapists of Teamwork Results: A Qualitative Study. *Physical Treatments*, 4(3), pp. 161-168.

Demirci, U., 2018. Are Groups and Teams the Same Thing? An Evaluation From the Point of Organizational Performance. *Journal of International Social Research*, 11(58), pp. 636-640. <https://doi.org/10.17719/jisr.2018.2578>.

Drummond, N., Abbott, K., Williamson, T. & Somji, B., 2012. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics Implications for education and training Recherche. *Canadian Family Physician*, 58(8), pp. 450-458. <https://doi.org/10.17719/jisr.2018.2578>.

Dufour, S.P., Lucy, S.D. & Brown, J. B., 2014. Understanding Physiotherapists' Roles in Ontario Primary Health Care Teams. *Physiotherapy Canada*, 66(3), pp. 234-242. <https://doi.org/10.3138/ptc.2013-22>.

Dyess, A.L., Brown, J.S., Brown, N.D., Flautt, K.M. & Barnes, L.J., 2019. Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 16(33). <https://www.jeehp.org/DOIx.php?id=10.3352/jeehp.2019.16.33>.

Gohy, B., 2016. Rehabilitation, Physiotherapy and Prosthetics. In: J. de Dios Robinson, ed. *Orthopedic Trauma in the Austere Environment. A Practical Guide to Care in the Humanitarian Setting*. Cham: Springer, pp. 273–300. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29122-2>.

Gonzales Blum, C., Richter, R., Fuchs, R., Sandeck, F. & Heermann, S.S., 2020. An interprofessional teaching approach for medical and physical therapy students to learn functional anatomy and clinical examination of the lower spine and hip. *Annals of Anatomy. Elsevier*, 231(2020), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2020.151534>.

Grace, S., McLeod, G., Streckfuss, J., Ingram, L. & Morgan, A., 2016. Preparing health students for interprofessional placements. *Nurse Education in Practice*, 17(2016), pp. 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.02.001>.

Guilcher, S.J.T., 2018. The Value of Physiotherapists in Primary Health Care Clinics: Optimizing (Self-) Management Supports for Persons with Complex Health and Social Needs. *Physiotherapy Canada*, 70(1), pp. 3-4. <https://doi.org/10.3138/ptc.70.1.gee>.

Hertweck, M.L., Hawkins, S.R., Bednarek, M.L., Goreczny, A.J., Schreiber, J.L. & Sterrett, S.E., 2012. Attitudes Toward Interprofessional Education: Comparing Physician Assistant and Other Health Care Professions Students. *The Journal of Physician Assistant Education*, 23(2), pp. 8-15.

Hollar, D., Hobgood, C., Foster, B., Aleman, M. & Sawning, S., 2012. Concurrent Validation of CHIRP, a New Instrument for Measuring Healthcare Student Attitudes towards Interdisciplinary. *Journal of Applied Measurement*, 13(4), pp. 360-375.

Huang, G.C., Newman, L.R., Tess, A.V. & Schwartzstein, R.M., 2011. Teaching Patient Safety: Conference Proceedings and Consensus Statements of the Millennium Conference 2009. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 23(2), pp. 172–178. <https://doi.org/10.1080/10401334.2011.561757>.

Jakob, A., Markus, J.M., Marianne, M.O., Peter, C.S., Florian, S. & Björn, S., 2017. Interprofessional approach for teaching functional knee joint anatomy. *Annals of Anatomy*, 210(2017), pp. 155–159. <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2016.10.011>.

Johnson, J.M., Hermosura, B.J., Price, S.L. & Gougeon, L., 2021. Factors influencing interprofessional team collaboration when delivering care to community-dwelling seniors: A metasynthesis of Canadian interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 35(3), pp. 376-382. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1758641>.

Kamenšek, T., Kavčič, M. & Domajnko, B., 2020. Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2), pp. 153-163.

Kent, F. & Keating, J.L., 2015. Nurse Education Today Interprofessional education in primary health care for entry level students - A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 35(12), pp. 1221-1231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.005>.

Kerry, M.J., Spiegel-Steinmann, B., Melloh, M., Tamas, A., Dratva, J., Feusi, E. & Huber, M., 2020. Student views of interprofessional education facilitator competencies: A cross-sectional study. *Journal of interprofessional care*, 35(1), pp. 149-152. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1709428>.

Korošec, N., 2014. *Dejavniki učinkovitega timskega dela: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Krpič, E., Ilić, R. & Železnik, D., 2012. Pomen timskega dela v enoti intenzivne terapije. In: K. Babnik & M. Kocbek, eds. *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov*. Izola, 25.maj 2012. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 269-278.

Maharaj, S., Hons, B., Chung, C., Hons, B., Dhugge, I., Gayevski, M., Muradyan, A., Mcleod, K.E., Smart, A. & Cott, C.A., 2018. Integrating Physiotherapists into Primary Health Care Organizations : The Physiotherapists' Perspective. *Physiotherapy Canada*, 70(2), pp. 188-195. <https://doi.org/10.3138/ptc.2016-107.pc>.

Mavrocordatos, P., Huygen, F. & Sichere, P., 2013. Benefits of the multidisciplinary team for the patient. *Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management*. [pdf] Pain alliance Europe. Available at: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf> [Accesed 5 May, 2021].

Mihelič, R., 2015. *Komunikacija med člani zdravstvenega tima: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Morgan, S., Pullon, S. & McKinlay, E., 2015. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), pp. 1217-1230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurst.2015.03.008>.

Morlion, B., Kocot-Kępska, M. & Alon, E., 2013. The core multidisciplinary team. *Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management*. [pdf] Pain alliance Europe. Available at: <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf> [Accesed 5 May, 2021].

Norris, J., Carpenter, J.G., Eaton, J., Guo, J.W., Lassche, M., Pett, M.A. & Blumenthal, D.K., 2015. The Development and Validation of the Interprofessional Attitudes Scale: Assessing the Interprofessional Attitudes of Students in the Health Professions. *Academic Medicine*, 90(10), pp. 1394-1400.

O'Brien, J., 2013. *Interprofessional collaboration*. [pdf] RN.com AMN Healthcare Education Services. Available at: <https://lms.rn.com/getpdf.php/1892.pdf> [Accessed 17 July 2021].

Ontario Physiotherapy Association (OPA), 2021. *Physiotherapists in primary health care*. [pdf] OPA. Available at: <https://opa.on.ca/wp-content/uploads/2015/12/Physiotherapists-Primary-Health-Care.pdf>. [Accessed 3 August 2021].

Ovijač, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. Interprofessional collaboration and ethics in health care. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(4), pp. 297-301.

Pahor, M., 2014. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. In: M. Pahor, ed. *Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih: zavezniki za boljše zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena Fakulteta, pp. 1-19.

Passmore, A., Persic, C., Countryman, D., Rankine, L., Henderson, M., Hu, T., Nyhof-young, J. & Cott, C., 2016. Student and Preceptor Experiences at an Inter-Professional Student-Run Clinic: A Physical Therapy Perspective. *Physiotherapy Canada*, 68(4), pp. 391-397. <https://doi.org/10.3138/ptc.2015-87E>.

Pinto, A., Lee, S., Lombardo, S., Salama, M., Ellis, S., Kay, T., Davies, R. & Landry, M.D., 2012. The Impact of structured inter-professional education on health care professional students' perceptions of collaboration in a clinical setting. *Physiotherapy Canada*, 64(2), pp. 145-156. <https://doi.org/10.3138/ptc.2010-52>.

Pišotek, J., 2018. *Uporaba asertivne komunikacije za reševanje konfliktov v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za Zdravstvene Vede.

Poghosyan, L., Norful, A.A. & Martsof, R.G., 2017. Barriers and Opportunities for Interprofessional Teamwork. *Journal of Ambulatory Care Manage*, 40(1), pp. 77–86. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000156>.

Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo (RSK), 2013. Opis poklica fizioterapevt. *Fizioterapija*, 21(1), pp. 64-74.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M., 2013. *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes*. [pdf] Cochrane Database of Systematic Reviews. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/epdf/full> [Accessed 5 May, 2021]

Reiter-Palmon, R., Sinha, T., Gevers, J., Odobez, J.M. & Volpe, G., 2017. Theories and Models of Teams and Groups. *Small Group Research*, 48(5), pp. 544-567. <https://doi.org/10.1177/1046496417722841>.

Rozman, R. & Kovač, J., 2012. *Management*. Ljubljana: GV založba.

Rozman, R., Kovač, J., Filje, B. & Robida, A., 2019. *Management v zdravstvenih organizacijah*. Ljubljana: Lexpera, GV založba.

Sangaleti, C., Schveitzer, M.C., Peduzzi, M., Zoboli, E.L.C.P. & Soares, C.B., 2017. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIM Database Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), pp. 2723-2788.

Smith, B.S. & Anderson, K., 2018. Attitudes Toward Interprofessional Education. *Journal of Physical Therapy Education*, 32(2), pp. 183-190.

Sytsma, T.T., Krause, D.A., Hollman, J.H., Leep, A.N. & Newcomer, K.L., 2021. Qualitative and quantitative evaluation of an interprofessional workshop between

physical therapy and medical students. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), pp.145-148. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1702002>.

Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C. & Levett-Jones, T., 2015. Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. *Journal of interprofessional Care*, 29(6), pp. 634–640. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040873>.

Van Dongen, J.J.J., Lenzen, S.A., Van Bokhoven, M.A., Daniels, R., Van der Weljden, T. & Beurskens, A., 2016. Interprofessional collaboration regarding patients` care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Family Practice*. 17(58), pp. 2-10. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0456-5>.

Von der Lancken, S. & Levenhagen, K., 2014. Interprofessional Teaching Project With Nursing and Physical Therapy Students to Promote Caregiver and Patient Safety. *Journal of Nursing Education*, 53(12), pp. 704-709. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141118-14>.

Zaletel Kragelj, L. & Pahor, M., 2011. *Zdravniki in medpoklicno sodelovanje*. [pdf] Medicinska fakulteta. Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/a9929ca95af6997b61f1dc39bf2e3b68.pdf> [Accessed 20 July 2021].

Wallace, S.E., Sammarone Turocy, P., DiBartola, L.M., DeIuliis, E.D., Astle, J., Cousino, S., Morgan, A., O'Neil, C., Simko, C.L. & Weideman, Y., 2016. Interprofessional education workshop outcomes: learning and understanding professional roles in stroke care. *Journal of Physical Therapy Education*. 30(3), pp. 50-60.

Waltz, L.A., 2019. Determining the effectiveness of an interprofessional educational intervention for teamwork competencies among nursing, physical therapy, and

pharmacy students. *Journal of Interprofessional Care*, 34(6), pp. 826-828. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1682531>.

Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D., 2014. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), pp. 149–154. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>.

World Health Organization (WHO), 2010. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. [pdf] WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> [Accessed 5.May 2021].

Wynarczuk, K.D., Hadley, D.E., Sen, S., Ward, J.F., Valerie, S. & Sen, S., 2019. Pharmacy, physical therapy, occupational therapy, and physician assistant professional students' perspectives on interprofessional roles and responsibilities professional students' perspectives on interprofessional roles and responsibilities. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), pp. 832-835. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1572599>.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani,

sem Jasmina Paradinovič in na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin smer Fizioterapija v okviru diplomskega dela izvajam raziskavo z naslovom »**Pogled študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na timsko delo in medpoklicno sodelovanje**«.

Z raziskavo želim ugotoviti kako študenti različnih zdravstvenih usmeritev gledajo na medpoklicno sodelovanje.

Diplomsko delo nastaja pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač.

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Zagotavljam vam anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika in obdelavi podatkov. Rezultati raziskave bodo uporabljeni za pripravo diplomskega dela na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

Prosim, če si vzamete nekaj minut in s klikom na Naslednja stran pričnete z izpolnjevanjem ankete.

Hvala za vaše sodelovanje.

1 SKLOP 1: DEMOGRAFSKI PODATKI

1.1 Spol:

1. Moški
2. Ženski

1.2 Napišite vašo starost v letih _____

1.3 Trenutna smer študija

1. Fizioterapija

2. Zdravstvena nega

1.4 Način študija

1. Redno
2. Izredno

1.5 Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?

1. Poklicna ali strokovna šola
2. Srednja šola
3. Višja, visoka šola ali več

2 SKLOP 2: TIMSKO IN SKUPINSKO DELO

2.1 Spodaj našteje trditve se nanašajo na TIMSKO IN SKUPINSKO DELO. Pri posamezni trditvi označite ustrezno vrednost, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam.

1	Vsaka skupina je tim.	1	2	3	4	5
2	Odločitve v timu sprejema vodja.	1	2	3	4	5
3	Odločitve v timu sprejemajo člani skupaj.	1	2	3	4	5
4	V timu je pomembna komunikacija med člani tima.	1	2	3	4	5
5	Člani v timu delujejo enakopravno.	1	2	3	4	5
6	Redni sestanki so ključni za kakovostno delo tima.	1	2	3	4	5
7	Člani tim skupaj postavijo cilje.	1	2	3	4	5

8	Timsko delo je v zdravstvu pogosto.	1	2	3	4	5
---	-------------------------------------	---	---	---	---	---

3 SKLOP 3: MEDPOKLICNO SODELOVANJE

3.1 Spodaj naštetе trditve na nanašajo na vašо oceno medpoklicnega sodelovanja. Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam.

1	Pomembno je, da v timu aktivno sodelujemo.	1	2	3	4	5
2	Vloge posameznika so točno določene.	1	2	3	4	5
3	Nekateri posamezniki niso pripravljeni na sodelovanje v multidisciplinarnem timu.	1	2	3	4	5
4	Zaradi prevladovanja nekaterih posameznikov delo v timu ni mogoče.	1	2	3	4	5
5	Učinkovit tim ima določenega vodjo.	1	2	3	4	5
6	Vodja tima mora zagotoviti enakopravno sodelovanje članov.	1	2	3	4	5
7	V timu vedno skupaj najdemo rešitev na težavo.	1	2	3	4	5
8	Izmenjava informacij o delu v timu poteka brez težav.	1	2	3	4	5
9	Med člani tim obstaja vzajemno spoštovanje.	1	2	3	4	5
10	Medpoklicno sodelovanje je visoko cenjeno in zaželeno.	1	2	3	4	5
11	Potrebe pacienta so vedno nad potrebami članov tima.	1	2	3	4	5
12	Redni sestanki pripomorejo k boljšemu medpoklicnemu sodelovanju.	1	2	3	4	5
13	Za učinkovito sodelovanje je pomembna podpora vodstva organizacije.	1	2	3	4	5

4 SKLOP 4. VIDIK ŠTUDENTOV NA MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ČASU TRAJANJA KU IN IKU

4.1 Spodaj naštete trditve se osredotočajo na vaše izkušnje med opravljanjem KU.

Pri posamezni trditvi označite vrednost, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

1	Delo v timu v času KU mi pomaga, da postanem boljši timski delavec.	1	2	3	4	5
2	Delo v timu me pripravi na to, da razmišljam pozitivno o drugih poklicih.	1	2	3	4	5
3	Sodelovanje z drugimi pripomore, da postanem bolj efektiven član tima.	1	2	3	4	5
4	Delo v timu pripomore k boljšemu razumevanju kliničnih težav.	1	2	3	4	5
5	Delo v timu pomaga pri boljšem komuniciranju z drugimi zaposlenimi.	1	2	3	4	5
6	Delo v timu pomaga pri boljšem komuniciranju s pacienti.	1	2	3	4	5
7	Z delom v timu spoznavam svoje omejitve.	1	2	3	4	5
8	Pomembno je sodelovanje vseh članov tima s pacientom.	1	2	3	4	5
9	Pomembno je, da vsi člani tima razumejo pacientove težave.	1	2	3	4	5

10	Člani tima z drugih zdravstvenih področij imajo različne predpostavke o meni kot študentu z drugega področja.	1	2	3	4	5
11	Jaz si ustvarjam različna menja o sodelavcih, ki prihajajo z drugega področja študija.	1	2	3	4	5
12	Predsodki o drugih zdravstvenih delavcih motijo proces dela in dobre rehabilitacije.	1	2	3	4	5
13	Med KU sem se srečal z učinkovitim komuniciranjem vseh članov tima s pacientom.	1	2	3	4	5
14	Med KU so vsi člani tima spoštovali razlike med pacienti in spoštovali njihovo dostojanstvo.	1	2	3	4	5
15	Med KU so vsi člani tima obravnavali vse paciente enako ne glede na raso, spol, spolno usmerjenost, religijo ...	1	2	3	4	5

5 SKLOP 5: DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA MEDPOKLICNO SODELOVANJE

5.1 Spodaj so naštet dejavniki, ki so bolj ali manj pomembni za uspešno medpoklicno sodelovanje. Pri posameznem dejavniku označite vrednost, kjer vrednosti pomenijo:

1 – se sploh ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – se niti ne strinjam niti strinjam

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

1	Hierarhija	1	2	3	4	5
2	Sposobnosti posameznika	1	2	3	4	5
3	Komunikacija	1	2	3	4	5
4	Neverbalna komunikacija	1	2	3	4	5

5	Dobro poslušanje	1	2	3	4	5
6	Dodatna izobraževanja	1	2	3	4	5
7	Zaupanje in spoštovanje	1	2	3	4	5
8	Poznavanje drugih poklicev	1	2	3	4	5
9	Izobrazba posameznika	1	2	3	4	5
10	Podpora vodij	1	2	3	4	5
11	Drugačni pogledi na zdravljenje	1	2	3	4	5
12	Spremljanje uspešnost in napredka	1	2	3	4	5
13	Skupni cilji	1	2	3	4	5
14	Čustva	1	2	3	4	5
15	Spoštljiv odnos do pacienta/sodelavcev	1	2	3	4	5
16	Izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju	1	2	3	4	5
17	Strokovnost	1	2	3	4	5
18	Deljenje vlog	1	2	3	4	5
19	Kompromisi	1	2	3	4	5

6 Za konec bi vas prosili, da na kratko opišete svoje izkušnje z medpoklicnim sodelovanjem (kaj bi dodali, bi kaj spremenili, bi več/manj sodelovali, kaj pričakujete od kliničnih mentorjev, kaj kasneje v samem procesu dela ipd.).