



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MEDPOKLICNO IZOBRAŽEVANJE
ZAPOSLENIH V NUJNI MEDICINSKI
POMOČI**

**INTERPROFESSIONAL EDUCATION FOR
EMERGENCY MEDICAL SERVICES
WORKERS**

Mentor: prof. dr. Janko Kersnik
Somentorica:izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Vladka Železnjak

Jesenice, maj, 2014

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svojemu mentorju prof. dr. Janku Kersniku, dr. med., za strokovne nasvete in usmerjanje misli in razmišljanja v pravo smer ter somentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org. dela, za predloge in usmeritve pri izdelavi mojega magistrskega dela.

Za pomoč pri izdelavi mojega magistrskega dela se zahvaljujem recenzentoma izr. prof. dr. Andreju Robidi, dr. med., in doc. dr. Ireni Grmek Košnik, dr. med.

Zahvala je namenjena tudi mojim najbližjim, ki so me v času študija in nastajanja magistrskega dela podpirali in mi stali ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Avtorji številnih raziskav povezujejo medpoklicno izobraževanje z boljšim medpoklicnim sodelovanjem in učinkovitejšim izvajanjem NMP.

Cilj: Ugotoviti potrebo po medpoklicnem izobraževanju in usposabljanju vseh poklicnih skupin tima NMP ter ugotoviti vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih morali skupaj izobraževati in usposablјati tako v času šolanja, kot v času opravljanja dela v NMP.

Metode: Uporabili smo triangulacijo metod; kvalitativno metodo z uporabo semi strukturiranega intervjuja, kot tehniko zbiranja podatkov med 30 zaposlenimi v timu NMP ter metodo delfi za ugotavljanje in usklajevanje mnenj predlaganih ukrepov v sedmih vsebinskih sklopih pri 27 respondentih, razdeljenih v tri skupine: zaposleni v NMP, vodje NMP in oblikovalci zdravstvene politike, ki smo jo izvedli v dveh krogih. Raziskavo smo izvedli preko elektronske in navadne pošte. Odgovore odprtih vprašanj smo kvalitativno vsebinsko analizirali in jih uporabili za izdelavo strukturiranega vprašalnika metode delfi. Odgovore metode delfi smo analizirali s povprečno stopnjo pomembnosti predlaganih ukrepov in interkvartilnim razponom.

Rezultati: Ugotovitve semistrukturiranega intervjuja med zaposlenimi v NMP kažejo na potrebo po skupnem medpoklicnem izobraževanju in usposabljanju vsebin in veščin vseh urgentnih stanj pri odraslih in otrocih, z enotnim programom za vse poklicne skupine. Z ugotovitvami se strinjajo tudi vodje NMP in oblikovalci zdravstvene politike. Njihova mnenja smo pridobili z anketnim vprašalnikom metode delfi in potrdili s povprečno stopnjo pomembnosti predlaganih ukrepov.

Razprava: Skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje vseh poklicnih skupin v času šolanja in v času opravljanja dela v NMP bi pripomoglo h krepitvi medpoklicnega sodelovanja in k lažjemu in učinkovitejšemu izvajanju ukrepov NMP ter zmanjševanju vrzeli v znanju med zaposlenimi in tudi med enotami NMP v Sloveniji. Ugotovitve naše raziskave bodo pripomogle k nadaljnim prizadevanjem za uvedbo medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja v sistemu NMP.

Ključne besede: medpoklicno izobraževanje, timsko delo, medpoklicno sodelovanje.

ABSTRACT

Background: Authors of numerous studies have linked inter-professional education with improved inter-professional collaboration and better effectiveness of EMS performance.

Aims: To determine the extent of the need for inter-professional education and training among all the professional groups of the EMS teams and to determine the theoretical knowledge and practical skills that need to be acquired and trained during schooling as well as in the course of work in the EMS.

Methods: Triangulation of methods was used in the research: the qualitative method with semi-structured interview as a data collection technique from 30 employees of the EMS team, and the Delphi method as the means of identification and coordination of the views of the proposed measures in seven subject areas at 27 respondents, divided into three groups: EMS employees, heads of EMS, and healthcare policy makers. The Delphi method was carried out in two rounds. The research was conducted via electronic and postal mail. Qualitative content analysis was used for answers to open questions in order for them to be used in the creation of a structured questionnaire according to the Delphi method. The Delphi method answers were analysed based on the average level of importance of the proposed measures and their inter-quartile ranges.

Results: The research findings indicate the need for common inter-professional education on the topic of all the emergency medical conditions in adults and children as well as the need for training of the appropriate responses in such scenarios. The need for such education and training was agreed on both by the heads of EMS and by the healthcare policy makers. Their opinions were confirmed by the average level of importance of the proposed measures.

Discussion: Common inter-professional education and training of all professional groups both during schooling and in the course of work in the EMS would be a considerable aid in improving the inter-professional collaboration and the efficiency and effectiveness of the EMS measures. It would also help reduce the proficiency gaps among individual employees as well as among the EMS teams across Slovenia. The findings of our research will contribute to further efforts in introducing inter-professional education and training into the EMS system in Slovenia.

Key words: inter-professional education, team work, inter-professional collaboration.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	OBLIKE ORGANIZACIJSKIH IN IZOBRAŽEVALNIH SISTEMOV NMP	4
2.2	MEDPOKLICNO SODELOVANJE IN TIMSKO DELO V ENOTAH NMP	11
2.3	IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V NMP	18
2.4	MEDPOKLICNO IZOBRAŽEVANJE IN USPOSABLJANJE	26
2.5	RAZVOJ IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA V SISTEMU NMP V SLOVENIJI	33
3	EMPIRIČNI DEL	36
3.1	OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA	36
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	37
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	38
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	38
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta	39
3.3.3	Opis vzorca	42
3.4	REZULTATI	47
3.4.1	Rezultati pilotne študije semistrukturiranega intervjuja	48
3.4.2	Rezultati pilotne študije metode delfi	49
3.4.3	Rezultati semistrukturiranega intervjuja	49
3.4.4	Kategorija 1: »vsebine, ki se jih v času šolanja premalo naučimo«	49
3.4.5	Kategorija 2: »potrebna znanja in veščine pred vstopom na delo v NMP«	52
3.4.6	Kategorija 3: »obseg znanj in veščin zaposlenih v timu NMP«	55
3.4.7	Kategorija 4: »vsebine in veščine, ki bi jih zaposleni v NMP pri izvajanju nujnih ukrepov morali bolje obvladati«	57
3.4.8	Kategorija 5: »sedanje sledenje tehnološkemu napredku«	60
3.4.9	Kategorija 6: »izboljšave, nastale z uvedbo kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja«	62
3.4.10	Kategorija 7: »vsebine in veščine, ki se jih je potrebno skupaj usposablјati z medpoklicnim izobraževanjem«	63
3.4.11	Kategorija 8: »uvedba medpoklicnega izobraževanja s preverjanjem znanja in uvedbo licenc«	65

3.4.12 Kategorija 9: »način uvedbe medpoklicnega izobraževanja«.....	66
3.4.13 Kategorija 10: »izboljšave po zgledu razvitih evropskih držav«.....	68
3.4.14 Teoretična formulacija rezultatov semistrukturiranega intervjuja	70
3.4.13 Rezultati metode delfi	73
3.5 RAZPRAVA.....	80
4 ZAKLJUČEK.....	95
5 LITERATURA.....	97
6 PRILOGE.....	107
6.1 Semistrukturirani intervju	107
6.2 Postopek DELPHI - prvi krog	111
6.3 Postopek DELPHI - drugi krog	118

KAZALO SLIK

Slika 1: Mnenja intervjuvancev o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki se jih v času šolanja premalo naučimo	50
Slika 2: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o "premalo obravnavanem znanju in veščinah v času šolanja"	51
Slika 3: Mnenja intervjuvancev o potrebnem znanju in veščinah pred vstopom na delo v NMP	53
Slika 4: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o "potrebnem znanju in veščinah pred nastopom na delo v NMP"	54
Slika 5: Mnenja intervjuvancev o obsegu teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki ga morajo imeti zaposleni v timu NMP pri izvajanju nujnih ukrepov	56
Slika 6: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o "obsegu teoretičnega znanja in praktičnih veščin zaposlenih v timu NMP pri izvajanju nujnih ukrepov"	57
Slika 7: Vsebine, ki bi jih po mnenju intervjuvancev morali zaposleni na NMP bolje poznati in obvladati.....	58
Slika 8: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o vsebinah, ki bi jih zaposleni na NMP morali bolje poznati	59
Slika 9: Mnenja intervjuvancev o sedanjem sledenju smernicam in tehnološkemu razvoju.....	60
Slika 10: Mnenja intervjuvancev na postavljena zaprta vprašanja v intervjuju.....	61
Slika 11: Mnenja intervjuvancev o uvedbi kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja	63
Slika 12: Mnenja intervjuvancev o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki jih je potrebno izuriti z medpoklicnim izobraževanjem.....	64
Slika 13: Mnenja intervjuvancev o uvedbi kntinuiranega medpoklicnega izobraževanja s preverjanjem znanja in uvedbo licenc.....	65
Slika 14: Mnenja intervjuvancev o načinu uvedbe medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja timov NMP	67
Slika 15: Predlagane izboljšave za delo na NMP po zgledu razvitih evropskih modelov	69

KAZALO TABEL

Tabela 1: Število sodelujočih v anketi glede na posamezni krog metode delfi.....	40
Tabela 2: Struktura v raziskavo vključenih intervjuvancev glede na poklicno skupino	43
Tabela 3: Struktura v raziskavo vključenih intervjuvancev glede na tip organizacijske enote NMP.....	44
Tabela 4: Struktura v raziskavo vključenih intervjuvancev glede na delovno dobo	44
Tabela 5: Struktura v raziskavo vključenih anketirancev glede na delovno mesto	45
Tabela 6: Struktura v raziskavo vključenih anketirancev zaposlenih v NMP glede na poklicno skupino	45
Tabela 7: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 1	73
Tabela 8: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 2	74
Tabela 9: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 3	75
Tabela 10: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 4	76
Tabela 11: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah:sklop 5	77

Tabela 12: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 6 78

Tabela 13: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 7 79

SEZNAM KRAJŠAV

NMP	Nujna medicinska pomoč
ZDA	Združene države Amerike
PHE	Prehospitalna enota
ITLS	International Trauma Life Support
ALS	Advanced Life Support
CME	Kontinuirana medicinska edukacija
ERC	Evropski svet za reanimacijo
ATLS	Advanced Trauma Life Support
TPO	Temeljni postopki oživljanja
DPO	Dodatni postopki oživljanja
EPLS	European Paediatric Life Support
AED	Avtomatski eksterni defibrilator

1 UVOD

Armenska modrost pravi, da nekaterih stvari ne moreš narediti, preden se jih ne naučiš, drugih se ne naučiš, dokler jih ne narediš.

Izobraževanje je ključ do razvoja raziskovanja, znanja in razvoja ter uporabe teoretičnega znanja v praksi. Teorija o izobraževanju odraslih je prisotna v razmišljanjih ekspertov že od sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Prvi zagovornik te teorije je bil Malcolm S. Knowles, ki ugotavlja, da odrasli želijo o svojem izobraževanju odločiti sami in da ne potrebujejo nikogar, ki bi te odločitve sprejemal namesto njih. Želijo se učiti snovi, ki je relevantna, praktična in uporabna ter povezana z njihovim delom in interesi. Izobraževanje odraslih je proces, ki temelji na lastni izkušnji. Odrasli se v izobraževalni proces vključujejo s predhodnim znanjem, kar močno vpliva na sprejemanje novih znanj (Vlahovič, 2007). Izpopolnjevanje znanja je bilo vselej življenjska nujnost za uspešno poklicno delo v zdravstvu in hkrati eno temeljnih družstvenih pravil za vse profile zdravstvenih delavcev (Dornik, 2007).

V zdravstvu se srečujejo različne poklicne skupine, ki ima vsaka svoje znanje in veščine s ciljem, da vsaka poklicna skupina oz. vsak član določene poklicne skupine prispeva največ, kar zmore in zna. Poklicne skupine delujejo v timih za katere je značilno, da se vsak član tima zaveda, da osebne in skupne cilje uspešneje dosega z vzajemno pomočjo, kajti timsko delo zahteva priznanje in prepoznavo veščin drug drugega, za kar je potrebna seznanjenost in pravilno razumevanje dela in vloge posameznih članov tima. Seveda pa obstajajo razlike med timi, če so sestavljeni iz različnih (interdisciplinarnih) ali pa sorodnih ali istih (intradisciplinarnih) poklicnih skupin. Sestava, oblike in značilnosti timskega dela na področju zdravstvenega varstva se med seboj razlikujejo tako po posameznih ožjih področjih (npr. psihologija, epidemiologija), po ravneh zdravstvene dejavnosti (primarna, sekundarna) oziroma organizacijskih enotah zdravstvene dejavnosti (npr. bolnišnica, zdravstveni dom). Potrebe in zahteve po timskem delu v različnih zdravstveno organizacijskih okoljih in ravneh, kažejo različne značilnosti, opredeljujejo različno sestavo timov in zahtevajo drugačne rešitve problemov (Premik, 2007). Nujna medicinska pomoč (v nadaljevanju NMP) je izvajanje nujnih ukrepov zdravnika ali zdravnika in njegovih sodelavcev pri osebi, ki je zaradi

poškodbe ali bolezni neposredno življenjsko ogrožena oz. pri kateri bi glede na zdravstveno stanje v kratkem lahko prišlo do takšne ogroženosti (Pravilnik o službi NMP 94/2010). Delo zaposlenih v enotah NMP je izrazito timsko, katerega naloga je učinkovito in v najkrajšem možnem času izvesti kakovostno zdravstveno storitev. Vendar izredno hitri razvoj novih tehnologij, znanj, spretnosti in veščin, zahteva od vseh zaposlenih na NMP kontinuirano sledenje napredku, z osvajanjem novih znanj in veščin pri njihovem hitrem in strokovnem odločanju. Nekatere enote NMP v Sloveniji pokrivajo območja z razmeroma malo prebivalci, zato je tudi število nujnih dogodkov v takšnih enotah zelo majhno. Kot posledica tega se pojavljajo razlike v kakovosti med PHE in drugimi enotami. Kljub temu morajo biti vsi sodelujoči v timu NMP za intervencije dobro usposobljeni, sposobni hitrega ukrepanja in prilagajanja ter vpeti v sledenje na dokazih podprtim izboljšavam.

Evropski reanimacijski svet in Ameriško združenje za srce, na podlagi mednarodnega znanstvenega konsenza objavita vsakih 5 let nove smernice za oživljanje odraslih in otrok. Dokument vsebuje bistvena zaporedja postopkov (algoritme) zdravljenja pri oživljanju otrok in odraslih, ki služijo kot pripomoček pri ugotavljanju pacientovega stanja ter nudi usmeritve za varno in učinkovito izvajanje oživljanja in pomoč pri odločanju o načinu zdravljenja (Nolan et al., 2010). Zaporedje postopkov (algoritme) mora poznati vsak član tima NMP, znanje in veščine predpisanih postopkov pa je med posameznimi člani tima NMP različno in je povezano s stopnjo izobrazbe in kompetencami, kot tudi z izurjenostjo posameznega člana tima. Član vsake poklicne skupine tima NMP po uspešno končanem predpisanem programu izobraževanja v procesu formalnega šolanja, ki je splošen in prilagojen stopnji izobrazbe, pridobi vsaj osnovno znanje in veščine, katerega mora vsak član tima NMP obvladati. Kljub uspešno končanemu formalnemu šolanju imajo nekatere poklicne skupine premalo osvojenega znanja in veščin za delo v NMP in ga morajo pridobiti z nekaj mesečnim internim izobraževanjem pod mentorskim nadzorom. Program usposabljanja za izvajanje službe NMP določi minister, pristojen za zdravje na podlagi Razširjenega strokovnega kolegija za urgentno medicino (Pravilnik o službi NMP, 2010).

Vsi protokoli za izvajanje NMP pri hudo ogroženem pacientu predvidevajo najmanj dvočlansko ekipo za uspešno izvajanje postopkov po veljavnih evropskih smernicah za

reanimacijo, pri kardio-pulminalno ogroženem pacientu Advancet life support (v nadaljevanju ALS) in hudo ogroženem poškodovancu International trauma life support (v nadaljevanju ITLS) (Šprajc, 2011). Pri tem pa je nujno potrebno usklajeno delo med člani tima NMP. Kako hitro in učinkovito bomo izvedli potrebne ukrepe, v veliki meri vpliva medsebojno poznavanje, zaupanje in usklajenost članov tima NMP, ki je trenutno na delovnem mestu in je naključen. Zaporedje postopkov pri nujenju nujne medicinske pomoči je vse bolj povezano z uporabo novih, vedno bolj zapletenih tehničnih aparatov, zato je usklajenost članov tima NMP pri izvajanju nujne medicinske pomoči še toliko bolj pomembna. Celoten tim NMP se s postopki nujenja nujne medicinske pomoči srečuje najpogosteje v danih situacijah na delovnem mestu in zelo poredko na strokovnih izobraževanjih izven institucije, saj kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja za time NMP v programih usposabljanja ni. Kot pravi Rose (2011) je težko vzdrževati enotno ekipo, zaradi velikega števila zaposlenih, ki delajo v izmenah, osebje pa znotraj institucije rotira.

V strategiji razvoja sistema NMP v Sloveniji do leta 2020, uvrščajo NMP med najbolj obremenjujoča dela v medicini. Kot predpogoj za zagotavljanje dobre usposobljenosti izvajalcev NMP so strokovnjaki s področja NMP mnenja, da je potrebno sistematično in ciljno usposabljanje izvajalcev NMP v teoretičnem in praktičnem pogledu. Predlagajo, da je potrebno nivo usposobljenosti verificirati z nacionalnim standardom usposobljenosti in uvesti licence. Zaradi relativno majhnega števila kritičnih urgentnih stanj, je potrebno za ekipe izvajalcev po bazičnem usposabljanju zagotoviti permanentno usposabljanje v primernih časovnih intervalih na simuliranih, a kar se da realnih scenarijih. Poudarek mora biti na delitvi dela in usklajenosti delovanja timov NMP. Poleg usposabljanja so za kakovostno delo seveda pomembne tudi izkušnje, ki jih izvajalci NMP v zadostnem obsegu dobijo šele v daljšem časovnem obdobju, če delajo v enotah z visoko frekvenco urgentnih stanj, kar pa je povezano s fluktuacijo kadra v NMP, za katero menijo, da zaradi specifičnosti dela ni primerna. Zaradi težavnosti dela tako psihičnega kot fizičnega, so dobri pogoji dela pomembni pri zagotavljanju kakovostne in učinkovite zdravstvene obravnave pacientov, zato se je treba vedno in povsod zanje prizadevati.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OBLIKE ORGANIZACIJSKIH IN IZOBRAŽEVALNIH SISTEMOV NMP

V svetu obstajata dva osnovna modela organizacije NMP in sicer paramedic sistem, ki ne vključuje zdravnika v delo na terenu in sistem NMP z zdravnikom na terenu. Vsem oblikam sistemov ali modelov organizacije NMP ostaja skupno, da je nosilec NMP zdravnik s svojim zdravstvenim timom. Različno organizirani sistemi NMP v svetu vključujejo v zdravstveni tim reševalnega vozila in službo NMP zdravnike, specialiste različnih strok (Šprajc, 2011). V našem organizacijskem sistemu NMP se v službo NMP vključujejo vsi zdravniki, ki opravljajo javno zdravstveno službo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti kot osebni zdravniki, razen osebnih ginekologov. V službo NMP se lahko vključijo tudi zdravniki, ki delujejo na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti in so usposobljeni za izvajanje NMP (Pravilnik o službi NMP, 2010).

Paramedic sistem se je najbolj uveljavil v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA), v Evropi pa so ga prevzeli na Nizozemskem. Zdravstveni tim paramedic sistema NMP vključuje zdravnika specialista urgentne medicine in reševalce (ang. paramedice). Posebnost tega modela je, da so zdravniki stacionirani na urgentnem oddelku in se le v izjemnih primerih vključujejo v delo na terenu, reševalci pa opravljajo delo na terenu (Grmec, Žmavc, 2007). Imajo zelo dobro izdelan sistem nadzora. Minimalni standard, ki ga vzdržujejo v vseh zveznih državah ZDA, sta dva reševalca na reševalno vozilo, z opravljenim osnovnim in višjim tečajem. Licenca, ki jo dosežejo po končanem programu, velja samo znotraj zvezne države, kjer so zaključili šolanje. Če želijo imeti posebno licenco, ki velja v ZDA, morajo opraviti še dodatni izpit za državno licenco. Izobraževanje reševalcev poteka različno dolgo, od krajših tečajev, do intenzivnih enoletnih programov. Osnovno izobrazbo pridobijo s krajšim tečajem, običajno po končani srednji šoli, kjer kandidat obvlada najbolj osnovno znanje in veščine. Naslednja stopnja reševalcev ima zaključeno različno število tečajev oziroma opravljenih »podlicenc« npr. za vzpostavitev proste venske poti. Stopnjo višje pa so dobro usposobljeni reševalci, ki morajo opraviti intenziven enoletni tečaj. Na najbolj zahtevnih delovnih mestih so reševalci z najvišjo stopnjo znanja in usposobljenosti.

Programi njihovih izobraževanj so različno dolgi, predvsem pa so pogoji za te licence vezani na število let delovnih izkušenj. Pooblastila med posameznimi stopnjami reševalcev so natančno razmejena in določena. Zdravila, ki jih lahko dajejo le paramedik, zaposleni v helikopterskih enotah in tisti z najvišjo stopnjo znanja in usposobljenosti, so natančno določena (Brennann, Krohmer, 2006 povz. po Šprajc, 2011).

Delovni čas reševalca v ZDA je 24 ur na teden in večina med njimi ima še drugo zaposlitev. Reševalci pri svojem delu uporabljajo protokole izvajanja nujne medicinske pomoči. Za vse primere imajo napisana navodila, od katerih ne smejo odstopati. Znanje posameznikov sicer ni na visoki ravni, vendar postopke, za katere so se specializirali, izvajajo vrhunsko. Problem pa je, da večina reševalcev - paramedikov ne ve, zakaj kakšno stvar počne. Naučeni so izvajanja tehničnih postopkov pri posameznih situacijah, ne vedo pa najbolje, kakšne bodo posledice njihovih postopkov. Zato sistem nujne medicinske pomoči, kjer se je potrebno strogo držati protokola, določenemu številu pacientov tudi resno škoduje (Reno emergency medical service agency, 2008 povz. po Šprajc, 2011).

Sistem NMP z zdravnikom na terenu, se je v različnih državah razvijal v različnih smereh in se zlasti v Zahodni Evropi sčasoma spreminjal (Šprajc, 2011). Zagotavljanje NMP je v Zvezni Republiki Nemčiji kot pravi Kupsch (2009) naloga posameznih zveznih držav in deželnih okrožij. Zakonska podlaga je določena znotraj posameznih zveznih držav. Tako obstaja 16 različnih zakonodaj in sistemov, ki sicer v praksi delujejo precej podobno. V prehospitalnih enotah (v nadaljevanju PHE) delujejo reševalci in zdravniki različnih strok. Obravnava življenjsko neogroženih urgentnih primerov je ločena od prehospitalne urgentne medicine. Poleg reševanja na terenu in primarnega transporta so vpeljani tudi sistemi in izobraževanje za sekundarni transport življenjsko ogroženih pacientov. V Nemčiji se NMP v večini primerov izvaja z »randevu« sistemom, za katerega velja, da zdravnik in voznik reševalec lahko prideta na kraj intervencije z dodatnim vozilom, kjer se srečata z reanimobilom. Prednost »randevu« sistema je večja fleksibilnost, saj je zdravnik lahko klican naknadno ali se ga sprost, če ni potreben oziroma, če je pacienta že stabiliziral za transport. Na tak način lahko posamezni zdravnik na centralni zdravniški reševalni postaji pokrije večji okraj z

več dislociranih reševalnih postaj. Izvajalci NMP, ki so večinoma velike ustanove, lahko pa tudi gasilci ali privatne organizacije, poskrbijo za izvajanje NMP, za vozila ter osebe. Za sekundarni transport življenjsko ogroženih pacientov uporabljajo posebna vozila, ki jih imenujejo tudi »intenzivna vozila« ali pa helikopter. »Intenzivno vozilo« nudi iste pogoje monitoringa in zdravljenja med transportom kot oddelek intenzivne terapije. V tem organizacijskem sistemu izvajanja NMP hitrost ni v ospredju, čeprav za intervencije obstaja časovna zahteva terapije glavnih diagnoz urgentne medicine. V ospredju je predvsem varen transport pod optimalnimi pogoji. Navaden reanimobil tem zahtevam ne zadostuje, zato je »intenzivno vozilo« opremljeno dodatno še z respiratorjem za intenzivno terapijo, večjimi reševalnimi nosili s prostorom za opremo, možnostjo plinske analize krvi, več perfuzorjev, intenzivni monitoring ter 220 V vtičnico za vključitev druge potrebne opreme za zagotavljanje nujne zdravstvene oskrbe. Za novorojenčke in nedonošenčke obstajajo reševalna vozila z zdravniškim spremstvom. Izobrazba za reševalce nenujnih prevozov, vodjo tima reševalnega vozila za nujne prevoze ter za člane tima reševalnega vozila za nujne vožnje obsega 520 ur izobraževanja, izobraževanje za vodjo tima reševalnega vozila za nujne vožnje ter za delo dispečerja, pa traja 2 leti. Zdravniki za prehospitalno NMP so iz bolnišnic in so v večini anesteziologi, internisti in kirurgi. Specializacije iz urgentne medicine v tem modelu ni. Za delo oziroma licenco je potrebno dodatno izobraževanje iz vsebin urgentne medicine, regulirano s strani zdravniške zbornice. Francosko-nemški model vključuje v tim reševalnega vozila NMP zdravnika specialista različnih strok, ki se v reševalno vozilo vključi v primeru, ko dispečer - reševalec pri določenih definiranih indikacijah ugotovi potrebo po napotitvi zdravnika na teren in reševalce kot asistente ter reševalce kot voznike, ki kot tim opravljajo svoje delo na terenu in velja, kot pravi (Kupsch, 2009) v svetovnem merilu kot zgleden model.

V Avstriji se je sistem nujne medicinske pomoči razvijal v smeri srečevanja zdravnika z reševalno ekipo na terenu. Njihov sistem temelji na izobraževanju laikov, podobno kot v ZDA. V Avstriji poznajo štiri stopnje zdravstvenih reševalcev, ki znanje in veščine po stopnjah zahtevnosti pridobijo z moduli izobraževanja za reševalca (Hüpfl, 2010 povz. po Šprajc, 2011). Zdravstveni reševalec 1 opravi po končani devet letni osnovni oziroma srednji šoli modul 1. izobraževanja in s tem pridobi osnovno znanje zdravstvenega reševalca. Zdravstveni reševalec 2 ima opravljen modul 1, dve leti

delovnih izkušenj ter opravljen modul 2. izobraževanja. Zdravstveni reševalec 3 mora imeti diplomu s katerekoli visoke šole ter opravljen modul 1, 2 in 3. Zdravstveni reševalec 4 nadgradi znanje po modulu 3 še z modulom 4. Pooblastil za dajanje zdravil nimajo ne glede na doseženo stopnjo usposobljenosti. Nazivi po stopnjah jim dajejo samo pooblastila za izvajanje tehničnih postopkov v NMP (Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter, 2001 povz. po Šprajc, 2011).

Avstrijska mreža NMP je zelo specifična saj deluje po principu srečevanja zdravnika z ekipo reševalnega vozila na terenu razen na Dunaju, kjer so v ekipo NMP na terenu, ponovno uvedli zdravnika, kar je posledica slabega rezultata preživelih po 1. defibrilaciji. S ponovno uvedbo zdravnika v ekipo na terenu, so rezultat bistveno izboljšali (Hüpfl, 2010 povz. po Šprajc, 2011).

Švedski model organizacije NMP je v svetu med najkakovostnejšimi in glede na kakovost tudi med najcenejšimi. Posebnost Švedskega sistema organizacije NMP je v tem, da imajo vsi zaposleni v mreži NMP osnovno zdravstveno izobrazbo in se lahko tudi v primeru, ko niso več sposobni za delo na terenu, vključijo v drugo delo v zdravstvenem sistemu. Na Švedskem v vseh vrstah reševalnih vozil delajo zdravstveni tehniki in diplomirani zdravstveniki ali diplomirane medicinske sestre s klinično specializacijo urgentne medicine. Nosilec nujne medicinske pomoči je še vedno zdravnik, ki dela v urgentnem centru, s tem ko nudi telefonsko pomoč ekipam na terenu. Fizično pomoč ekipam na terenu, kadar je le ta potrebna, nudi s pomočjo helikopterja, v večjih mestih pa se na kraj pripelje z avtomobilom. Diplomirani zdravstvenik ali diplomirana medicinska sestra ima na podlagi končane enoletne specializacije pooblastila za dajanje vseh reanimacijskih zdravil, analgetikov in točno določenih zdravil, ki se uporabljajo v urgentni medicini pri različnih stanjih. Pooblastila so tako velika, da lahko izvajajo tudi intubacijo in trombolizo na terenu v primeru infarkta (Sadock et al., 2003 povz. po Šprajc, 2011).

V jugovzhodni Evropi so po večini ostali pri prvotni obliki, zdravnik in dva reševalca v reševalnem vozilu. Ta sistem organiziranja NMP velja za Hrvaško in Srbijo (Crnić, 2007 povz. po Šprajc, 2011).

V Sloveniji imamo svoj model organizacije NMP. Zdravstveni tim za izvajanje NMP sestavljajo zdravnik, ki vodi službo NMP, diplomirana medicinska sestra ali zdravstvenik, zdravstveni tehnik in zdravstveni reševalec. Prvi odstavek 2. člena Pravilnika o službi NMP določa, da je služba NMP sestavni del mreže javne zdravstvene službe na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, organizirana za zagotavljanje neprekinjene NMP in nujnih prevozov obolelim in poškodovanim na območju Republike Slovenije s ciljem, da se kar najbolj skrajša čas od nastanka nujnega stanja, do začetka dokončne zdravniške oskrbe. Na primarni ravni je služba NMP organizirana v različnih organizacijskih enotah in sicer v A, A2, B, B okrepljeni (v nadaljevanje B-ok), C in PHE enoti. Mreža službe NMP se glede na kompleksnost medicinske oskrbe organizira za območje države, pri čemer se upošteva število prebivalcev, delež oseb, starejših od 65 let, geografske razmere in teritorialna oddaljenost, stopnja ogroženosti zaradi nesreč, prometa in podobno, razvitost prometnih povezav, oddaljenost od bolnišnic, odzivnost ekip za izvajanje NMP in pogostost dogodkov na posameznem območju. Na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti delujejo enote tipa H2 in na terciarni ravni enote tipa H1 ter Center za zastrupitve. Mrežo službe NMP v Sloveniji sestavlja 63 enot in sicer 10 A enot, 6 A2 enot, 23 B enot, 8 enot B-ok, 5 C in 11 PHE enot (Pravilnik o službi NMP, 2010).

Organiziranost službe in sestavo zdravstvenih timov za izvajanje NMP določa Pravilnik o službi NMP 94/2010. Enota A2 je enota A in se izjemoma organizira pri zdravstveni postaji, pri kateri ni zdravniške dežurne službe (Šprajc, 2011). Zdravstveni tim NMP enote A sestavljata zdravnik in zdravstveni tehnik ali diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik. Oba delata v dežurni ambulanti in v slučaju nujne intervencije odideta na teren. Težava je v tem, da omenjeni organizacijski enoti nimata reševalnega vozila za prevoz bolnikov in poškodovancev in lahko le nudijo nujno medicinsko pomoč, reševalni prevoz pa opravi najbližja PHE enota, lahko pa tudi B, B-ok ali C enota (Pravilnik o službi NMP, 2010). Enota A mora intervenirati po teritorialnem principu, kamor uvrščamo tudi medsebojno sodelovanje posameznih sosednjih enot NMP, kadar je to iz objektivnih razlogov potrebno. Naloga enote A je, da v najkrajšem možnem času pacientu ali poškodovancu nudijo nujno zdravstveno oskrbo in ga pripravijo za nujni prevoz tako, da ga reševalci v najkrajšem možnem času »s terena« prevzamejo in prepeljejo v ustrezno zdravstveno ustanovo (Rus, 2009). V enoti B

sestavljajo zdravstveni tim NMP zdravnik, zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik in zdravstveni tehnik ali zdravstveni reševalec - voznik nujnega reševalnega vozila. Vsi, razen voznika reševalnega vozila delajo v dežurni ambulanti. V primeru nujne intervencije odidejo na teren zdravnik, zdravstveni tehnik ali diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik in voznik nujnega reševalnega vozila. V dežurni ambulanti ostane zdravstveni tehnik ali diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik (Pravilnik o službi NMP, 2010). Pri večini enot tipa B so težji primeri kot so reanimacija, politravma, poškodbe glave, kritično bolan otrok redki, zato bi bilo potrebno na nivoju države omogočiti možnost rednega izobraževanja in usposabljanja vseh članov zdravstvenega tima, ki se pri svojem delu manj pogosto srečujejo s težkimi primeri. Najprimernejša oblika izobraževanja in usposabljanja so delavnice, z omejenim številom udeležencev (Novak, 2009). Zdravstveni tim B-ok enote sestavljajo dva zdravnika, dva zdravstvena tehnika ali zdravstvena reševalca ali en zdravstveni tehnik in ena diplomirana sestra/zdravstvenik ter zdravstveni tehnik ali zdravstveni reševalec - voznik nujnega reševalnega vozila. Tudi v enoti B-ok vsi, razen voznika nujnega reševalnega vozila delajo v dežurni ambulanti. Enota B-ok razpolaga s toliko kadra in opreme, da ji omogoča intervenirati na dveh nujnih intervencijah hkrati (Pravilnik o službi NMP, 2010). Enote B-ok v večini delujejo na velikem teritorialnem področju, nekatere med njimi pa so tudi teritorialno zelo oddaljene od najbližjih bolničnic. S tem pa je povezana tudi daljša časovna odsotnost ekipe, kar zlasti v poletnem času, ko je nujnih intervencij več, predstavlja problem povezan z organizacijskim in kadrovskim zagotavljanjem NMP. Na Bovškem so se zato kot pravi (Božič, 2009) samoiniciativno odločili za dodatno pomoč. V prostovoljno gasilsko društvo so vključili tri medicinske sestre iz Zdravstvenega doma Tolmin, ki v poletnih mesecih v popoldanskem času in v času dežursta skupaj z gasilci in policisti prve priskočijo na pomoč ob medicinskih intervencijah in nudijo začetno oskrbo pacientu ter dežurnemu zdravstvenemu timu NMP dajejo koristne informacije o stanju pacienta. Kadar dopuščajo vremenski pogoji in druge omejitve, pa se zlasti enote, ki so zelo oddaljene od najbližje bolnišnice poslužujejo helikopterskega prevoza hudo poškodovanega ali ogroženega pacienta. Enoto C in PHE enote, ki delujeta na drugi stopnji, sestavljajo en zdravnik z najmanj enim letom samostojnega dela s pacienti, en zdravstveni tehnik ali zdravstveni reševalec ali diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik in en zdravstveni tehnik ali zdravstveni reševalec - voznik reanimobila. V PHE enotah so zdravstveni timi za terensko delo

ločene od zdravstvenih timov, ki delajo v ambulanti. V teh enotah dela več zdravstvenih timov hkrati (Pravilnik o službi NMP, 2010).

Enota C predstavlja srednje veliko organizacijsko enoto, ki je čez dan organizirana enako kot PHE enota, ponoči pa deluje kot B enota. Zato se ponoči tudi zgodi kot pravi (Vilman, 2009), da urgentni zdravnik ostane brez zdravstvenega tima v primeru urgentne premestitve pacientov iz bolnišnice. V primeru, da mora celotni zdravstveni tim peljati pacienta iz bolnišnice Jesenice v Ljubljano, pa ostane celoten teren več ur nepokrit in ga pokriva sosednja B enota Bled. Tako kot v enotah C tudi v PHE enotah pogrešajo večje sodelovanje med enotami kot tudi skupino za vodenje sistema NMP v Sloveniji, kjer bi lahko izmenjali izkušnje in opozarjali na pomanjkljivosti ter predlagali rešitve (Petrovič Koren, Zrim, 2009). Za vse sodelujoče v NMP bi bilo potrebno definirati izobraževanje in usposabljanje, saj kot pravi Vilman (2009) so tako zdravniki kot diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in zdravstveni tehniki prepuščeni internim željam in motivaciji posameznikov. Potrebno je določiti pogoje pod katerimi nekdo lahko začne samostojno delati v NMP in kako mora to znanje obnavljati. Urgentni oddelek tipa H1 je oddelek bolnišnice, ki v celoti oskrbi vsa nujna stanja. Urgentni oddelek tipa H2 pa je urgentni oddelek bolnišnice, ki v celoti oskrbi večino nujnih stanj. Zdravstveni tim za izvajanje bolnišnične urgentne službe določi minister na podlagi strokovne skupine, zadolžene za organizacijo bolnišničnih enot NMP (Pravilnik o službi NMP, 2010).

Kompetence in usposobljenost, pridobljene s formalnim in neformalnim izobraževanjem dajejo pooblastila za izvajanje tehničnih postopkov v NMP, pooblastila za dajanje zdravil pa ima samo zdravnik (Pravilnik o službi NMP, 2010). Kompetence vključujejo specifična znanja, veščine, sposobnosti, osebnostne značilnosti in motiviranost posameznika, kar lahko zaznamo v obliki uspešno opravljenega konkretnega dela. Kompetence so vse sposobnosti uporabe znanja in druge zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno in učinkovito ter v skladu s standardi delovne uspešnosti izvrši določeno nalogo, opravi delo in uresniči cilje v delovnem procesu. Kadar govorimo o kompetencah, moramo upoštevati, da se kompetence merijo in obravnavajo glede na specifično delovno nalogo v določenem kliničnem okolju, da kompetenca pomeni izkazovanje določenega vedenja, ki je opazno navzven in da je

kompetenca, ki je potrebna za določeno nalogo, povezana z večjo učinkovitostjo ter uspešnostjo pri delu (Železnik, 2008).

2.2 MEDPOKLICNO SODELOVANJE IN TIMSKO DELO V ENOTAH NMP

Potrebe po skupnem medpoklicnem izobraževanju tako timov NMP, kot drugih timov v zdravstveni dejavnosti ugotavljajo v svojih raziskavah različni avtorji. Kot pravita Davies in Gidman (2011) je potrebno medpoklicno izobraževanje vzpodbujati z dobro načrtovanimi učnimi programi kljub temu, da je dobro načrtovano medpoklicno izobraževanje, ki vpliva na izboljšanje zdravstvene obravnave težko dokazati, zaradi strokovnega in zgodovinskega rivalstva med različnimi strokami. Do podobnih ugotovitev sta v raziskavi, ki je bila izvedena v Združenem kraljestvu prišla tudi Laurenson in Brocklehurst (2011), ki sta ugotovila, da je potrebno medpoklicno izobraževanje uvesti v učne programe in tudi v kvalifikacijo akreditacije posamezne stroke. Tudi v Angliji bi kot ugotavljata Ruston in Tavabie (2011) z uvedbo akreditirane izobraževalne prakse timov NMP, reševalci in zdravniki pridobili ustrezno znanje, spretnosti in medsebojno razumevanje. Zagotoviti je potrebno le ustrezno učno okolje, učne situacije s pomočjo simulatorjev in izkušene inštruktorje. V Avstraliji pa je Conway s sodelavci (2011) ugotovil, da bi z uvedbo medpoklicnega izobraževanja v dodiplomskih programih okrepili medpoklicno sodelovanje, ki zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov, odpravlja vrzeli pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in zmanjšuje napake.

O medpoklicnem timske delu po navadi govorimo, ko se člani tima z različnih poklicnih področij enakopravno (nehierarhično) in ne s konsenzom vključujejo v prizadevanja za doseganje skupnega cilja. Ena od posledic velikega napredka znanosti in razvoja zdravstvenih strok je tudi višje vrednotenje in priznavanje potrebe po medpoklicnem sodelovanju, ki zadeva prav vse poklice zdravstvenega sistema. Zakaj se v praksi pokaže, da določena poklicna skupina ni sposobna popolno ovrednotiti delo druge skupine, verjetno leži v tem, da je seznanjenost z delom in vlogo druge skupine pomanjkljiva ali pa se njena vloga napačno razume. Nekatere raziskave pri nas govorijo o tem, da zdravniki manj podpirajo timski pristop do dela kot druge poklicne skupine v zdravstvu. Sodobna zdravstvena dejavnost se vedno bolj izvaja z medpoklicnim

sodelovanjem članov različnih poklicnih skupin (interdisciplinarnih zdravstvenih timov) in s sodelovanjem skupin različnih poklicnih strok (multidisciplinarnih zdravstvenih timov), v katerih lahko zdravnik nastopa kot vodja ali pa le kot eden od enakopravnih članov tima. Prehod na nove razmere, ki temeljijo na partnerskem odnosu, ni niti enostaven niti kratkotrajen proces, je pa nujen za vzpostavitev pozitivnega partnerskega odnosa med profesionalci v zdravstvu (Premik, 2007).

Zapletenost prehoda iz tradicionalnega homologiranega v medpoklicni zdravstveni tim zahteva veliko sprememb in procesov, kajti vloge znotraj timov niso jasno razmejene (Goldman et al., 2010). Vendar je, kot ugotavlja Rose (2011) moč delitve dela eden najbolj zapletenih vidikov medpoklicnega sodelovanja, kamor sodijo specialna znanja določene stroke in tehnične spretnosti, kar je tudi najpogostejši vzrok medpoklicnega konflikta. Temeljna značilnost odnosov med zdravstvenimi delavci je njihova hierarhičnost, ki temelji na različni strokovni usposobljenosti in predpostavlja njihovo usklajeno sodelovanje na osnovi nadzora in odgovornosti. Ob tem pa ne moremo mimo dejstva, da medpoklicno sodelovanje prav tako kot stroka vpliva na kakovostno, učinkovito in varno zdravstveno obravnavo (Klemenc, 2007). Kot ugotavljata Xyrichis in Raem (2008), je timsko delo dinamičen proces, ki vključuje dve ali več poklicnih skupin, ki delujejo skupaj v določenem okolju z usklajenim delom pri ocenjevanju, načrtovanju in izvajanju zdravstvene oskrbe pacienta. Skupni cilj se doseže s soodvisnim sodelovanjem, odprto komunikacijo in skupnim odločanjem, ki hkrati ustvari dodano vrednost tako pacientu, kot organizacijskim in kadrovskim rezultatom. Sodelovalno delo v skupini se zgodi kot pravita McCallin in McCallin (2009), ko se zdravstveni delavci različnih poklicnih skupin osredotočijo na pacienta, reševanje njegovih problemov, usklajeno delo in skupno izobraževanje z namenom, da bi kar najbolje izvedli kakovostno zdravstveno oskrbo, kar pa je težko doseči, saj nekateri člani zdravstvenega tima zlahka sodelujejo, drugi pa se morajo sodelovanja s člani drugih poklicnih skupin naučiti, nekateri se sodelovanja naučijo v času študija drugi pa v klinični praksi. V Angliji sta Pollard in Miers (2008) med študenti medicine raziskovala komunikacijske veščine, odnose do timskega in skupinskega dela ter odnose do članov drugih poklicnih skupin. V raziskavo je bilo vključeno 414 študentov medicine. Dve tretjini študentov se je ob vstopu v izobraževalni proces vključila v vnaprej kvalificiran medpoklicni kurikulum, ostali pa so se vključili v tradicionalni

izobraževalni proces. Z raziskavo so ugotovili, da so študenti, ki so se medpoklicno izobraževali v času študija, v klinični praksi bolj samozavestni, imajo veliko boljše komunikacijske veščine in bolj pozitiven odnos do članov drugih poklicnih skupin in skupinskega dela kot ostala skupina študentov, ki pa je njihovo osvojeno znanje in veščine medpoklicnega sodelovanja pozitivno sprejela. Kot ugotavlja Anderson s sodelavci (2009) študenti medicine, ki se v času študija naučijo sodelovanja s člani drugih poklicnih skupin, pridobijo dodatne vrednote in si bolj jasno izoblikujejo stališča o pomenu medpoklicnega timskega dela, ki temelji na varnosti pacienta.

Raziskave različnih avtorjev ugotavljajo potrebo po medpoklicnem sodelovanju v zdravstvenih timih in ga povezujejo z vedno bolj zapleteno zdravstveno oskrbo, medpoklicnim izobraževanjem, zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu in uspešnostjo zdravstvenih timov. Medpoklicno sodelovanje in medpoklicno izobraževanje opredeljuje Reeves s sodelavci (2011) kot pomembno vlogo pri izboljšanju zdravstvenih storitev in izidu zdravljenja pri pacientu. Do podobnih ugotovitev so prišli Rice s sodelavci (2010) v raziskavi, ki so jo izvedli v Kanadi in opredeljuje medpoklicno sodelovanje in komunikacijo med različnimi člani poklicnih skupin kot temeljni gradnik za izboljšanje varnosti pacientov, ki omogoča boljše rezultate pri izvajanju vse bolj zapletene zdravstvene oskrbe. Zato dobiva timsko delo in medpoklicno sodelovanje vse večjo vrednost in je kot pravita Wheeler in Stoller (2011) potrebno razvijati strategijo razvoja timskega dela.

Z medpoklicnim sodelovanjem bi povečali tudi možnost medpoklicnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja, kot sta z raziskavo ugotovila (Smith, Seeley, 2010). V primarnem zdravstvu se dogajajo pomembne organizacijske spremembe, vključno z razvojem medpoklicnih zdravstvenih timov. Z raziskavo je Delva s sodelavci (2008) ugotavljal dejavnike, ki vplivajo na uspešnost zdravstvenih timov v primarnem zdravstvu. Ugotovili so, da je dobro timsko delo in medpoklicno sodelovanje uspešnih zdravstvenih timov le v primeru, ko hkrati obstaja tudi učinkovito medpoklicno izobraževanje.

Čeprav je veliko razprav in raziskav o potrebi po medpoklicnem izobraževanju, je na voljo malo literature in raziskav o organizacijskih modelih in programih medstrokovnega izobraževanja. V Angliji je kot ugotavlja Haas s sodelavci (2009)

William Newell razvil program osemstopenjskega medpoklicnega modela za izvajanje izbirnega predmeta medpoklicnega izobraževanja za študente različnih poklicnih skupin. Model je opredelil vsebinsko in praktično z navodili o izvajanju procesa in omogoča študentom različnih poklicnih skupin sodelovanje in medpoklicno izobraževanje z drugimi poklicnimi skupinami. Na eni od univerz na Floridi so pri izvajanju medpoklicnega izobraževanja študentov medicine in delovne terapije uporabili dva osnovna organizacijska modela – centralizirani in decentralizirani model. Za dolgoročno vzdržnost enega izmed organizacijskih modelov medpoklicnega izobraževanja so z raziskavo Swisher s sodelavci (2010), ki so jo izvedli med študenti obeh poklicnih skupin po končanem izobraževanju ugotovili, da centralizirani model medpoklicnega izobraževanja zahteva organizacijsko zavezanost in kulturo sprememb, vendar pa ima največ možnosti za dolgoročno spremembo tako za študente, profesorje, implicitno učni načrt in izid izobraževanja. V Kanadi so integrirano medpoklicno izobraževanje razvile Fakulteta za zdravstveno nego, Medicinska fakulteta in Fakulteta za socialno delo, za strokovnjake iz poklicnih skupin, ki tudi v kliničnem okolju primarnega zdravstvenega varstva najpogosteje sodelujejo v zdravstvenem timu. Navdušenje in pozitivni rezultati tovrstnega izobraževanja so privedli do nastanka Skupne mreže panožnih praks (Bilodean et al., 2010). Na Norveškem pa z raziskavo Clark (2011) ugotavlja, da je nujno vzpostaviti vez med fakultetami, kjer se strokovnjaki posameznih poklicnih skupin izobražujejo in kliničnim okoljem, kjer medpoklicne in sodelovalne izkušnje, znanje in veščine v praksi uporabljajo. Povezovanje izobraževalnih in kliničnih ustanov zahteva izobraževanje inštruktorjev in s tem povezana sredstva za nadaljni razvoj in za bolj učinkovito delo tako za medpoklicno izobraževanje, kot medpoklicno sodelovanje v klinični praksi. Na Danskem so v medpoklicnih enatah za usposabljanje, med študenti medicine, zdravstvene nege, fizioterapije in delovne terapije, ki se v primarnem zdravstvu največkrat srečujejo in sodelujejo, razvijali in testirali nove metode usklajevanja in povezovanja kliničnih in medpoklicnih zdravstvenih timov. Usposabljanje je potekalo v varnem učnem okolju. Rezultati triletne raziskave so pokazali, da so bili vsi postavljeni cilji medpoklicnih enot za usposabljanje izpolnjeni, saj so se študenti naučili medpoklicnega timskega dela, okrepili svojo strokovno vlogo in s tem dobro vplivali na zdravstveno oskrbo pacienta. Medpoklicno izobraževanje mora študentom zagotoviti dobro klinično znanje o svojem poklicu, kot tudi o drugih poklicih, s katerimi se bodo v

klinični praksi srečevali (Jacobsen et al., 2009). Sodelovanje nastopi, kot pravi Pahor (2006) kadar sta prisotna vsaj dva akterja v skupni dejavnosti s skupnimi cilji. Elementi, ki morajo biti izpolnjeni, če želimo uspešno medpoklicno sodelovanje so medpoklicno izobraževanje, ozaveščene vloge posameznih članov poklicne skupine, večšine medsebojnih odnosov in podpora članov posamezne poklicne skupine (Petri, 2010). Ena izmed glavnih ovir za učinkovito timsko delo med zdravstvenimi delavci je, kakor ugotavljata v raziskavi Byrne in Pettigrew (2010) pomanjkanje znanja o medsebojnih vlogah. Z raziskavo, ki sta jo izvedla na Irskem med študenti različnih zdravstvenih fakultet sta ugotovila, da je potrebno zagotoviti možnosti medpoklicnega sodelovanja in izobraževanja, še zlasti v zadnjih letnikih šolanja, saj imajo študenti šele takrat bolj jasno izoblikovana stališča o svoji vlogi in možnostih delitve vlog z drugimi poklicnimi skupinami, s katerimi se pri kliničnem delu srečujejo. S tem bi pridobili dragocen vpogled v pomen timskega dela in velik potencial pri poklicni karieri. Na Švedskem je Kvornstrom (2008) raziskoval sodelovalne odnose med člani različnih poklicnih skupin, ki delajo v medpoklicnih zdravstvenih timih. Težava v zdravstvenih timih, ki jo je z raziskavo ugotovil je povezana s slabo ozaveščenostjo vlog članov posamezne poklicne skupine, ko so dinamični člani skupine delovali drug proti drugemu kot predstavniki svojih poklicev. V manj naprednih deželah je sodelovanje med poklicnimi skupinami še tradicionalno, kar prispeva tudi k neoptimalni zdravstveni oskrbi. Diplomanti medicinske in zdravstvene fakultete se pogosto pri delu prvič srečujejo v kliničnem okolju, kamor se zaposlijo. S kvalitativno raziskavo, v katero je bilo vključenih 25 mladih zdravnikov in medicinskih sester, ki so bili z napredkom in dokazi dobrih sodelovalnih praks predhodno tudi dobro seznanjeni, je Weller s sodelavci (2011) ugotavljal njihove izkušnje medpoklicnega sodelovanja. Obe poklicni skupini sta izrazili medsebojno spoštovanje, izmenjavo informacij in skupne cilje, vendar jih organizacijska struktura pri tem pogosto omejuje. Rezultati raziskave so pokazali, da mladi zdravniki in medicinske sestre vidijo komplementarne in nekonkurenčne vloge, potrebno pa je pripraviti okolje, v katerem bo mogoča odprta komunikacija. Odkrita komunikacija in sodelovanje med člani zdravstvenega tima ustvarja zdravo in pozitivno delovno klimo, uspešno in učinkovito delo ekip in zadovoljstvo zaposlenih. Z raziskavo, v katero so bili vključeni zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci iz štirih bolnišnic na Tajvanu je Chang s sodelavci (2009) ugotavljal zadovoljstvo, dožemanje kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov ter sodelovanje med člani različnih

poklicnih skupin in timsko delo. Zanimali so jih dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih ter sodelovalni odnos med člani različnih poklicnih skupin. Vsi zdravstveni delavci, ki so v raziskavi sodelovali, so izhajali iz okolja, kjer so imeli pozitiven odnos do tima v katerem delajo in do kakovostne zdravstvene oskrbe. Rezultati raziskave so pokazali, da so zdravniki bolj zadovoljni s svojim delovnim mestom, medtem ko so medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci bolj zadovoljni s sodelovalnimi odnosi v timu. Analiza zbranih podatkov pa je pokazala, da je dojemanje kakovostne zdravstvene oskrbe in dobro medpoklicno sodelovanje v timu najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na zadovoljstvo zaposlenih. Te ugotovitve so namig za izboljšanje medpoklicnega sodelovanja in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov, z zadovoljstvom na delovnem mestu in v tiskem delu.

Obstoječa zdravstvena strategija mora zato zagotoviti učinkovito sodelovanje med člani tima NMP, kar vodi v učinkovitejšo zdravstveno oskrbo pacientov. Delo v enotah NMP poteka v sodelovanju različnih profilov. V procesu zdravstvene obravnave sodelujejo različni strokovnjaki, ki sestavljajo celoto, imenovano zdravstveni tim. To je skupina, za katero je značilno, da stalno sodeluje pri odločanju in v medsebojni pomoči pri opravljanju ter doseganju ciljev (Kadivec, Košnik, Vegnuti, 2006). V njem naj prevlada tisto mnenje in tista konkretna rešitev, ki najbolj koristi pacientu, ne glede na to, kdo je predlagal in kdo je vodja tima (Ovijač et al., 2006). V zdravstvenem timu NMP sodelujejo zdravniki, medicinske sestre, zdravstveni tehniki in reševalci. Uspešno poklicno sodelovanje vseh članov je kompleksen pojem, kot ugotavlja (Ovijač, 2007) in rezultat razumevanja in sodelovanja različnih osebnosti in kultur. Zaradi tega ga ni lahko doseči.

Weaver s sodelavci (2010) pravi, da zagotavljanje visoke kakovosti in učinkovitosti izhaja iz usklajenega dela s strokovnim medpoklicnim usposabljanjem zdravstvenega tima, ki skupaj deluje daljše časovno obdobje in ga je potrebno vključiti v šolske programe, kjer se timsko delo šele začne. Kontinuirano medpoklicno izobraževanje namreč vpliva na razvijanje medsebojnih odnosov, vedenja in znanja, ki je potrebno za zelo zanesljivo in učinkovito delovanje zdravstvenih timov, nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov. Najslabše je, če se v timu znajdejo sami uspešni in istomisleči posamezniki. V raziskavi, ki sta jo v timu NMP v Angliji izvedla Ruston in

Tavabie (2011) ugotavljata, da je vključevanje študentov medicine k reševalcem v reševalno vozilo, pomembno vplivalo na širjenje znanja in veščin obeh poklicnih skupin ter razvoju boljšega medpoklicnega razumevanja. Uspešnost tima je, kakor ugotavljata Leban in Drev (2011) v raznolikosti univerzalnih znanj ter različnih temperamentih in osebnostih njegovih članov. Obstajajo pa tudi ključni dejavniki, ki vplivajo na učinkovitost tima. Zlasti pomembni so medsebojni odnosi, vodenje, komunikacija, motiviranost, timska naravnost in medsebojno zaupanje.

Medpoklicno sodelovanje zaposlenih v zdravstvenem timu v razvitih zahodnih državah poteka v različnih oblikah sodelovanja in partnerstva. V Kanadi so v okviru družinske medicine pričeli razvijati medpoklicne protokole, kateri vsebujejo pomembne na dokazih podprte vire, za podporo celotnemu timu in tudi z dokazi podprt pristop k zdravstveni negi (Goldman et al., 2010). V Avstraliji, pa so s pomočjo raziskave sistematično ugotavljali trenutne zmogljivosti raziskovanja v enem izmed urgentnih blokov bolnišnice, z namenom, krepitev zmogljivosti raziskovanja vseh zaposlenih v zdravstvenem timu in krepitevjo medpoklicne povezave (Short et al., 2009). Naloge v zdravstvenem timu so porazdeljene glede na znanje, izkušnje in kompetence, ki jasno določajo odgovornosti poklicnih skupin, znotraj zdravstvenega tima NMP. Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, posameznik pa si jih je pridobil s formalnim ali kontinuiranim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Jelenovec, Železnik, 2011).

Strokovni vodja tima NMP je zdravnik. Strokovna hierarhija, ki težo bremena strokovnih odločitev in prevzemanja odgovornosti prenaša na posameznika, je namenjena predvsem vzpostavljanju določenega reda in ne pomeni podrejanja drugih profilov, ki sodelujejo v zdravstvenem timu. Enakopravna vloga sodelujočih v timu ne izključuje strokovne hierarhije, ki izhaja iz odgovornosti in je eden od pogojev za učinkovito delovanje tima (Poredoš, 2006). Kot ugotavlja Robida (2006) je sodelovanje pomemben element kakovosti v zdravstvu, zato mora biti sistem zdravstvene oskrbe organiziran tako, da vzpodbuja povezovanje in sodelovanje med različnimi partnerji, različnimi ravnmi in različnimi poklicnimi skupinami. Pereira in Lima (2009) sta v raziskavi, ki sta jo izvedla v eni izmed ameriških prehospitlnih enot ugotavljala timsko

delo in medpoklicne odnose zaposlenih. Ugotovila sta, da delo v prehospitalski enoti, kjer sta raziskavo opravljala z metodo opazovanja, temelji na timskem delu in razumevanju med zdravstvenimi strokovnjaki in presega hierarhijo, značilno za zdravstvene dejavnosti.

2.3 IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH V NMP

Poklicna socializacija je ponotranjanje znanj, spretnosti, stališč, vrednot, stereotipov in načinov ravnanja, značilnih za določeno subkulturo. Ta se ne zaključi ob koncu formalnega izobraževanja, ampak poteka vse delovno življenje (Pahor, 2006).

Organizacijska kultura v zdravstvu je kot pravi Skela Savič (2006) šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha, saj samo strukturne spremembe ne prinašajo pričakovanih izboljšav kakovosti dela v zdravstvenih organizacijah. Raziskava o organizacijski kulturi, ki jo je izvedla med 759 zaposlenimi v zdravstveni negi, medicini in upravi v štirinajstih slovenskih bolnišnicah pokaže, da je v slovenskih bolnišnicah v ospredju kultura usmerjenosti vase, stabilnosti, stalnosti, zanesljivosti, učinkovitosti, kontrole in nizkih stroškov. Ugotovila je, da so vse tri poklicne skupine dominantno usmerjene v kulturo hierarhije, v prihodnosti pa si želijo kulturo skupine. V raziskavi sicer opaža, da je kultura pri zaposlenih v zdravstveni negi kljub vodilni hierarhični naravnosti bolj usmerjena v timsko povezovanje in inovativnost kot pri zaposlenih v medicini in upravi. Organizacijska kultura anketiranih slovenskih bolnišnic je usmerjena v stabilnost in kontrolo, kar ne vodi v procese izboljševanja. Premalo je kulture skupine, ki je osnova za timsko delo, sodelovanje in uvajanje izboljšav ter preveč kulture hierarhije, ki je negativno povezana z uvajanjem sprememb.

Zdravstveni delavci delujejo v zdravstvenih, negovalnih in drugih timih. Ob tem ne moremo mimo ugotovitve kot pravi Klemenc (2007), da medpoklicni odnosi tako kot stroka vplivajo na kakovostno, učinkovito in varno zdravstveno obravnavo. Rezultati tujih, zlasti zahodnoevropskih in severnoameriških raziskav o značilnostih zdravstvenih delavcev kažejo na močno prisotnost trendov osamosvajanja pri podrejenih poklicnih skupinah, predvsem v smislu pridobivanja večje funkcionalnosti avtonomije, pa tudi zmanjševanje hierarhije in povečevanja kolegalnosti. Višja kvalifikacija, ki je dostopna medicinskim sestram z izobraževanjem na univerzitetni stopnji, povezana s timskim

pristopom, daje možnosti za medsebojno odvisno in povezano delo, opredeljeno kot kolegialnost, ki v medpoklicnih timih vpliva na izide zdravljenja. Poklicni skupini zdravnikov in medicinskih sester sta najštevilčnejša poklica v zdravstvu, ki najbolj pogosto delata skupaj. Skupna značilnost delovnih mest obeh poklicnih skupin so specifični delovni pogoji, kot so izmensko delo, delo ob nedeljah in praznikih, izpostavljenost škodljivim vplivom, psihični in drugi napor, medtem ko se med seboj razlikujejo po pripadnosti sloja, po spolu – delež moških med zdravniki je večji, po izobrazbi, po poklicni subkulturi, po družbenem ugledu poklica in po mestu v organizacijski shemi zdravstvenih ustanov, ki ne spodbujajo sodelovanja. Te razlike se ohranjajo in jih je težko odpraviti v kratkem času. Mogoče pa je spremeniti in s tem izboljšati dimenzijo odnosov zdravstvenega dela (Klemenc, 2007).

Medpoklicno sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami Ovijač (2007) povzema po različnih avtorjih, ki pravijo, da je medpoklicno sodelovanje multidimenzionalni konstrukt. Drugi avtorji ga definirajo kot učinkovito nehierarhično medsebojno komunikacijo, ki poteka med strokovnjaki z različnimi znanji in izkušnjami in kot partnerstvo, kjer je cenjeno znanje, moč in izkušnje vsakega posameznega in pravijo, da so najbolj učinkoviti tisti timi, v katerih so njihovi člani čim bolj različni po znanju in čim bolj enotni glede vrednot, ki jih zagovarjajo. Posameznik mora biti sposoben prepoznati in spoštovati znanje drugega in zaupati ostalim. V kvantitativni raziskavi, ki jo je Ovijač (2007) izvedla med zdravniki, medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji, je ugotavljala kako raziskovane poklicne skupine doživljajo in ocenjujejo medpoklicna razmerja v slovenskem zdravstvu, kako ocenjujejo svojo usposobljenost za timsko delo in ali medicinske sestre že presegajo spono tradicije, ki jo opredeljujejo hierarhični medsebojni odnosi ter kateri so dejavniki, ki podpirajo uspešno delo z medicinskimi sestrami. Rezultati raziskave so pokazali, da vse poklice skupine, ki so sodelovale v raziskavi doživljajo medpoklicna razmerja pozitivno, najbolj pozitivno pa jih ocenjujejo zdravniki, ki so z njimi najbolj zadovoljni. Tudi timsko sodelovanje in medsebojno komunikacijo so vse poklicne skupine ocenile kot dobro sodelujoče, nekoliko zopet odstopajo zdravniki, ki so tudi s timskim in komunikacijskim sodelovanjem bolj zadovoljni od ostalih dveh poklicnih skupin. Medicinske sestre še niso presegle spono tradicije, čeprav se jo zavedajo. Ugotovitve raziskave kažejo, da je v zdravstvu prisotna statusna hierarhija, ki jo medicinske sestre

občutijo s strani zdravnikov, po drugi strani pa jo same ustvarjajo proti zdravstvenim tehnikom. Raziskava je pokazala na potrebo po razvijanju komunikacijskih sposobnosti medicinskih sester kot tudi zaupanje vanjo. Tako redno ali formalno kot vseživljenjsko izobraževanje mora biti usmerjeno v usposabljanje za timsko delo. Prav bi bilo, da se začne razvijati nova kultura izobraževanja, v kateri bi se pripadniki vseh treh poklicnih skupin čim večkrat izobraževali in usposabljali skupaj. Prav skupno medpoklicno izobraževanje se vedno bolj poudarja, kot eden bistvenih faktorjev za izboljšanje kulture sodelovanja med zdravstvenimi delavci. To pa ne pomeni samo krepiteve sodelovanja in zaupanja med različnimi poklicnimi skupinami, ampak tudi učinkovitejšo in varnejšo zdravstveno obravnavo pacientov. Medpoklicno izobraževanje različnih poklicnih skupin je, kot pravi Ponte s sodelavci (2010) ključnega pomena za odličnost na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientov. Obstaja konsenz za vse zdravstvene strokovnjake, da je potrebno osnovno izobraževanje, ki vključuje znanje, spretnosti in nazor nadaljevati z medpoklicnim izobraževanjem v svoji klinični praksi. Obstaja vedno več baz dokazov, kot tudi struktur modelov in programov o medpoklicnem izobraževanju, sodelovanju in timskem delu.

Izobraževanje je proces, usmerjen v spoznavanje, sprejemanje in ustvarjanje znanja, razvijanje spretnosti in kompetenc. Na splošno izraz kompetenca pojmuje kot kombinacijo veščin, znanja in stališč, ki jih je mogoče razviti v vseh vrstah kontekstov, formalno, neformalno in priložnostno, namerno ali nenamerno. Razvite bi morale biti do konca obveznega izobraževanja ali usposabljanja saj predstavljajo osnovo vseživljenjskemu učenju (Železnik, 2008). Uresničevanje visokih standardov zahteva pospešeno večanje znanja, veščin in usklajenih postopkov. Iz zahtev po zdravju prebivalstva izhajajo tudi zahteve po novih poklicnih pristojnostih, veščin in odnosov, novih tehničnih virov ter enakopravno sodelovanje v partnerstvu z drugimi poklici (Premik, 2007).

Učenje in izobraževanje kot pravi Hoyer (2004) se pojavlja kot družbena dejavnost in kot posameznikova aktivnost. Učimo se vse življenje in to v različnih vlogah. Motivi za učenje lahko izhajajo iz lastne notranje motivacije ali pa so motivi zunanji, kot neka zunanja nujnost, ki nas ponovno vrne v izobraževanje. Pri tem je pomembno, da si

posameznik pridobiva znanje, spretnosti in navade na podlagi lastnega prepričanja saj je, kot pravi Hoeyer (2004) permanentno izobraževanje imperativ sodobnega časa.

Izobraževanje v najširšem pomenu deli Hoeyer (2004) glede na namen v dve skupini, na formalno in neformalno.

Formalno izobraževanje je tisto, ki privede do formalno potrjenih izobraževalnih rezultatov, dosežene stopnje izobrazbe. Med formalno izobraževanje prištevamo izobraževanje za pridobitev poklicne in strokovne izobrazbe, ki se lahko konča na različnih stopnjah in podeli javno priznано spričevalo, specializacijo z javno veljavno potrditvijo posebne usposobljenosti in drugo izobraževanje in usposabljanje za poklicno delo ali poklic, ki se potrjuje s certifikatom o usposobljenosti za opravljanje poklica in dela.

Med neformalno izobraževanje za poklic ali poklicno delo pa štejemo uvajanje in privajanje na delo ali druga usposabljanja za opravljanje delovnih ali poklicnih nalog ali funkcij. S tem označujemo procese postopnega razvijanja znanja in spretnosti, s katerimi se predvsem pridobiva praktično znanje in spretnosti za opravljanje poklicnega dela, poklica ali delovnega procesa. Druga oblika neformalnega izobraževanja pa je izpopolnjevanje, ki pomeni nadgradnjo formalne izobrazbe ali drugače pridobljenih znanj in spretnosti za opravljanje dela in poklica. Z izpopolnjevanjem znanje razširjamo, poglobljamo in dopolnjujemo. Skupna značilnost vseh vrst neformalnega izobraževanja za poklic ali poklicno delo je izboljšanje usposobljenosti za poklicno delo in poklic (ibid.). V medicini kot pravi Kersnik (2010), govorimo o stalnem izobraževanju največkrat kot o stalnem strokovnem izobraževanju, ki zajema izobraževanje po končanem študiju in opravljenem formalnem podiplomskem izobraževanju. Osnovni cilj stalnega strokovnega izobraževanja je vpliv na izvajalce zdravstvene oskrbe z namenom pomoči pri osvajanju novega znanja, pomoči pri spreminjanju sloga dela in preverjanja ustreznosti sedanjega sloga dela.

V prihodnje kot pravi Peterle (2006), se bo potrebno zgledovati po tujih izkušnjah in ponuditi študentom priložnost, da se v procesu formalnega izobraževanja srečajo in spoznajo delo bodočih sodelavcev ter s tem izboljšajo svoje znanje in spretnosti na strokovnem in medosebnem področju z medpoklicnim izobraževanjem. Medpoklicno izobraževanje namreč omogoča skupno učenje študentov različnih poklicev, z namenom

izboljšati sodelovanje in komunikacijo v zdravstvenem timu, dvigniti kakovost zdravstvene oskrbe pacientov ter pomagati pri prepoznavanju in reševanju konfliktov, odpravljanju stereotipov ter seznanjanju z vlogo drugih sodelavcev v zdravstvu. Koristi prinaša tako študentom kot tudi učitelju in pacientu.

Redno ali formalno šolsko izobraževanje, ki ga da medicinska fakulteta, visoka šola za zdravstvo in srednja zdravstvena šola, ne omogoča zadostnega znanja in usposobljenosti za izvajanje NMP, kajti to je zelo zahtevno in specifično delo, za katerega so potrebna posebna znanja in usposobljenost. Izobraževanje in usposabljanje članov ekip NMP je še vedno največ odvisno od posameznikov in zdravstvenih organizacij, kjer so zaposleni. Člani enot NMP so zato na področju NMP različno izobraženi in usposobljeni. Da bi dosegli ustrezen standard znanja in usposobljenosti, ki bi bil predpisan za vse enote NMP v Sloveniji, bi morali pripraviti seznam vsebin izobraževanja in usposabljanja za člane enot NMP, določiti izvajalce izobraževanja in način takega izobraževanja in usposabljanja. Potrdilo o opravljenem izobraževanju in usposabljanju s področja NMP bi bilo veljavno določen čas in bi ga bilo potrebno pred pretekom tega časa spet obnoviti z novim izobraževanjem (Mohor, 2009).

Izobraževanje zdravstvenih delavcev v smislu internega izobraževanja poteka v enotah NMP v Sloveniji različno. V organizacijski enoti B v Zagorju ob Savi kot pravi Novak (2009) poteka interno izobraževanje enkrat mesečno, za kar poskrbi zdravnik, odgovoren za NMP. Vključeni so vsi zdravstveni delavci, ki sodelujejo v NMP. Interno izobraževanje poteka v dveh delih. V teoretičnem delu so predstavljene novosti iz področja NMP, nova oprema in eno področje urgentne medicine. V praktičnem delu pa zdravstveni tim NMP rešuje primer, z uporabo vse razpoložljive opreme ali pa poteka usposabljanje preko izvajanja vaje na terenu. Tak tip izobraževanja se je v omenjeni organizacijski enoti pokazal kot najbolj učinkovit. V organizacijski enoti B-ok Tolmin pa pravi Božič (2009), da je izobraževanja zmeraj premalo, čeprav imajo interna izobraževanja in gostujoča predavanja s praktičnimi vajami in simulacijo urgentnih primerov. Zdravniki in medicinske sestre se v omenjeni organizacijski enoti izobražujejo ločeno. V organizacijski enoti C na Jesenicah Vilman (2009) pravi, da izobraževanje zdravstvenih delavcev v NMP ni definirano in je prepuščeno internim željam in motivaciji posameznikov. Meni, da je potrebno določiti pogoje pod katerimi

nekdo lahko začne samostojno delati v NMP in kako mora to znanje obnavljati. Kot pravita Petrovič Koren in Zrim (2009) je interno izobraževanje v PHE enotah, kjer se na podlagi konkretnih primerov in napak lahko veliko naučimo enako pomembno, kot zunanje izobraževanje s strani predstavnikov večjih enot, kjer se na podlagi simulacije primerov ocenjuje ustreznost ukrepanja. Prav tako je dobrodošlo usposabljanje v simulacijskih centrih, kjer je možno določen postopek opraviti na lutki. Za vse, ki delajo v PHE enotah pa bi bilo nujno uvesti začetne in nadaljne postopke reanimacije s tečajji, ki bi zahtevali obnavljanje znanja na nekaj let. Vsi člani ekip NMP kot pravi Mohor (2009) bi morali poznati tudi veljavno doktrino in ukrepanja pri velikih nesrečah. V raziskavi, ki je bila izvedena med sedemintridesetimi enotami NMP v Sloveniji so ugotovili, da je izobraževanje in usposabljanje enot NMP s področja velikih nesreč prepuščeno samim enotam NMP, saj v Sloveniji nimamo sistemsko urejenega izobraževanja in usposabljanja za vse enote NMP, kjer bi bila predpisana vsebina, oblika, trajanje in ponavljanje izobraževanj in usposabljanj s področja velikih nesreč. S tem pa je povezana tudi kazenska, poklicna in etična odgovornost za usodne napačne odločitve oseb, ki bi v primeru velike nesreče nehote prevzele glavne vloge in se trudile po najboljših močeh, niso pa nikoli dobile znanja in niso bile nikoli usposobljene za tako delo. Ugotovili so tudi, da nobena izmed devetnajstih anketiranih enot NMP v Sloveniji v zadnjih treh letih ni imela nobene praktične vaje s sosednjo enoto NMP. Sedemnajst enot NMP je imelo eno do tri praktične vaje s sosednjo enoto NMP in ena enota NMP je imela več kot tri usposabljanja take vrste (Mohor, 2009).

V raziskavi, ki so jo izvedli v PHE enoti Maribor Jus (2008), so med člani negovalnega tima ugotavljali njihova prizadevanja za izboljšanje kakovosti njihovega dela. Anketni vprašalnik so razdelili med zdravstvene tehnike in diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike. V raziskavo je bilo vključenih 32 zaposlenih. Ugotovili so, da se večina anketiranih zaveda pomembnosti izboljševanja kakovosti pri svojem delu in jo v večini povezujejo z uporabo sodobne opreme pri svojem delu, s pomembnostjo znanja in, da za svoje izobraževanje porabijo letno vsaj tri do pet ali več kot pet dni svojega časa.

Razlike med organizacijskimi enotami v Sloveniji so nesporejmljivo velike kot pravi (Žmavc, 2009). Deloma je to pogojeno z organizacijskimi slabostmi, še bolj pa s

pomanjkljivo usposobljenostjo zdravstvenih timov v posameznih enotah. Za delo v NMP trenutno ni nobenih strokovnih pogojev kot splošnih, ki veljajo za delo v zdravstvu nasploh. To pa za NMP vsekakor ni dovolj. Trenutno je znanje bolj odvisno od interesa posameznika in kritičnosti lokalnega vodstva, kot pa od sistema oziroma predpisov. Pravilnik sicer omenja dodatno usposabljanje za delo v NMP, vendar je z ničemer ne precizira. Določa le, da usposobljenost predpiše minister na osnovi predloga Razširjenega strokovnega kolegija za urgentno medicino. Primerljive enote NMP v Sloveniji delujejo kot pravi Mohor (2009) zelo različno kar pomeni, da je tudi kakovost oskrbe življenjsko ogroženih pacientov na različnih delih Slovenije različno, čeprav bi morale biti te razlike zanemarljive. To narekuje potrebo po strokovno - organizacijskih navodilih, ki bi opredeljevala organizacijo, način dela in strokovne standarde, ki bi jih morale izpolnjevati vse enote NMP v Sloveniji.

Urgentna medicina je ena najbolj zanimivih in tudi najbolj obsežnih vej medicine, saj obravnava širok spekter različnih kliničnih stanj. Kot pravita Grmec in Klemen (2009) pa je to tudi eno najzahtevnejših področij medicine glede izobraževanja in poučevanja. Prihodnji napredek na tem področju je usmerjen v vključevanje urgentne medicine v okvir dodiplomskega in podiplomskega študija medicine in zdravstvene nege, v razvoj raziskovanja, simulacijskih centrov, mednarodno izmenjavo študentov, dostop do znanstveno raziskovalne literature in drugih naprednih izboljšav. Teme urgentne medicine so malo zastopane v izobraževalnem procesu zdravstvenih delavcev. Že od laikov se pričakuje, da bodo ustrezno ukrepali in nudili prvo pomoč ponesrečencu ali pacientu z nujnim zdravstvenim stanjem, pri študentih medicine in ostalih zdravstvenih delavcih pa je znanje urgentne medicine še toliko bolj samoumevno (Hrovat, Nanut, 2009). V letu 2001 so med študenti Medicinske fakultete v Ljubljani izvedli anketo, s katero so želeli ugotoviti ali študenti v času študija pridobijo dovolj teoretičnega in praktičnega znanja o urgentni medicini. Rezultati ankete so pokazali, da si 97 % študentov želi več tematike s področja urgentne medicine. Na podlagi dobljenih rezultatov, je v okviru Društva študentov medicine Slovenije nastal prostovoljni projekt Delavnice urgentne medicine, ki nudijo obnovitev ter nadgradnjo teoretičnega in praktičnega znanja pod vodstvom strokovnjakov s področja urgentne medicine. V letu 2009 so organizatorji projekta Delavnice urgentne medicine z raziskavo, ki so jo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika, med študenti Medicinske fakultete od 1. do 6. letnika

ter udeleženci projekta Delavnice urgentne medicine, v prvem delu anketnega vprašalnika ugotavljali lastno znanje študentov obeh skupin, kjer so sami ocenjevali lastno znanje, v drugem delu pa so objektivno ocenjevali njihovo znanje. Ugotovili so, da so si študenti enotni v mnenju, da teme s področja urgentne medicine niso dovolj zastopane tekom študija na Medicinski fakulteti. Presenetljivo velik delež študentov dvomi v svoje znanje temeljnih postopkov oživljanja (v nadaljevanju TPO), kar je verjetno bolj posledica pomanjkanja praktičnih vaj s tega področja kot pa posledica pomanjkanja teoretičnega znanja. Znanje urgentne medicine po letniku ne narašča vedno postopoma kot bi pričakovali. Ugotovili so, da je znanje tretjih in četrtyh letnikov slabše, od njihovih mlajših kolegov, predvsem na področju temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja medtem (v nadaljevanju DPO), ko se v višjih letnikih ponovno pokaže boljši rezultat. Na osnovi analize ankete so ugotovili, da so udeleženci Delavnice urgentne medicine, ki so večinoma študenti šestega letnika bolj samozavestni od svojih kolegov v šestem letniku in so pri preverjanju znanja dosegli tudi veliko boljše rezultate. Raziskava je pokazala na smiselnost Delavnic urgentne medicine, ki v enem tednu utrdijo in nadgradijo teoretično in praktično znanje s področja urgentne medicine, vendar jih zaradi različnih omejitev ne morejo organizirati več kot enkrat ali dvakrat letno (Hrovat, Nanut, 2009).

Za posameznika sta usposabljanje in izobraževanje orodje za izboljševanje spretnosti na delovnem mestu (Vlada RS, 2006). Kontinuirana medicinska edukacija (v nadaljevanju CME) je usmerjena v razvijanje profesionalnih kompetenc zdravstvenih delavcev, med katere štejemo stroko, veščine, znanost in edukacijo. Ob razvoju profesionalnih kompetenc je naloga CME informiranje o novostih v medicini, tehnologiji in znanosti. V tujini CME vse bolj izpodriva kontinuirani profesionalni razvoj, ki omogoča razvoj osebnega, strokovnega in znanstvenega potenciala. Za specifično področje zdravstva se uporablja vseživljenjsko učenje, trajno usposabljanje in stalno izpopolnjevanje. Sodelovanje med skupinami različnih poklicnih strok (multidiprofesionalni timi) omogoča priložnost za medpoklicno izobraževanje (interprofesionalno edukacijo) in povezovanje različnih zdravstvenih strok, usmerjenih v učenje z drugimi, od drugih in o drugih (Radak, Dedović, Nikolić, 2011).

Razvoj novih znanj in sodobne tehnologije je pripeljal do vse večje specializacije, ki se kot pravi Peterle (2006) izraža tudi na področju zdravstva, saj pacientove probleme rešuje veliko različnih strokovnjakov, ki se združujejo v tim. Zdravstveni tim sestavljajo člani različnih poklicnih skupin, med njimi pa vlada spoštovanje, enakopravnost in usmerjenost k istemu cilju, to pa je najboljša zdravstvena oskrba za pacienta. Za kakovostno zdravstveno oskrbo je potrebno dobro medpoklicno sodelovanje in izobraževanje.

2.4 MEDPOKLICNO IZOBRAŽEVANJE IN USPOSABLJANJE

Avtorji številnih raziskav ugotavljajo, da medpoklicno izobraževanje omogoča pridobivanje znanja, veščin in vedenj, ki jih v tradicionalnem načinu izobraževanja ne pridobimo ter ponujajo priložnosti za skupno učenje in izboljšanje timskega dela, saj se študenti v času študija zelo malo naučijo o drugih poklicih v zdravstvu. Obstajajo številni razlogi kot pravi Sargeant (2009) za krepitev medstrokovnega sodelovanja in komunikacije, katerih cilj je izboljšati varnost pacientov in preprečevanje zdravniških napak. Ena izmed možnosti za izboljšanje sodelovanja in komunikacije je izobraževanje različnih poklicnih skupin z medpoklicnim izobraževanjem, saj se zdravstveni strokovnjaki večinoma izobražujejo ločeno, glede na poklic, ki ga v zdravstvu opravljajo. Medpoklicno izobraževanje se razlikuje od drugih tradicionalnih oblik po tem, da ustvarja znanje prek interakcij z drugimi in vključuje edinstveno sodelovalne veščine. Za usmerjanje razvoja medpoklicnega izobraževanja je nujno sprejeti nove vsebine, priznati novo znanje in uporabo novih pristopov k učenju.

Glavna naloga medpoklicnega izobraževanja je pripraviti člane zdravstvenega tima ali tiste, ki bodo to šele postali na sodelovanje ter jih opremiti z znanjem, vedenjem in veščinami, ki jih za to potrebujejo. Namen je širjenje in bogatenje strokovnega znanja in izboljševanje medsebojnih spretnosti, ki služijo uspešnemu sodelovanju različnih strokovnjakov (University of Toronto, 2003 povz. po Peterle, 2006). Napredek znanosti in tehnologije narekuje spremembe tradicionalnih zdravstvenih timov v medpoklicno sodelovalne time ne le za tiste, ki v zdravstvenem timu sodelujejo že vrsto let, tudi za tiste, ki bodo v zdravstveni tim šele vztopili. Spremembe lahko dosežemo z uvajanjem medpoklicnega izobraževanja za študente različnih zdravstvenih poklicov. Skupinsko delo med poklici v zdravstvu je ključnega pomena za kakovostno oskrbo pacientov in je

medstrokovni način prihodnosti (Peterle, 2006). Zamisel stalnega izboljševanja kakovosti, kot pravi Kersnik (2010) zahteva sodelovanje vseh in vsakega posameznika v skupnih naporih za izboljšanje kakovosti lastnega dela. Naloga sistematičnega izobraževanja in priprave različnih oblik stalnega strokovnega izobraževanja je prav v tem, da vzpodbudi vse skupine izvajalcev, da se seznanijo z novostmi, da do novosti oblikujejo lasten odnos, prevzamejo novo znanje in spretnosti in novo znanje in spretnosti ustrezno uporabijo v ustreznih primerih. Kot pravi Dubouloz s sodelavci (2010) je potrebno medpoklicno izobraževanje vpeljati v proces izobraževanja, saj medpoklicno izobraževanje omogoča študentom, da pridobijo znanje drugih zdravstvenih strokovnjakov, pospešuje razvoj poklicne identitete in lastne prakse študentov ter omogoča razvoj kompetenc pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe. Študenti zelo cenijo medpoklicno izobraževanje, saj že v času študija spoznajo vloge različnih zdravstvenih strokovnjakov v zdravstvenem timu in pridobijo izkušnje o tem, kako se različni poklici med seboj dopolnjujejo in spodbujajo sodelovanje.

V tujini se je izobraževanje za medpoklicno sodelovanje že marsikje vključilo v redno izobraževanje v obliki modulov ali izbirnih vsebin kot pravi Peterle (2006), ki lahko obsegajo več sto ur, ali pa so krajši z enim ali dvodnevni seminarjem. Tako se študenti na različne načine srečujejo z bodočimi sodelavci že v času formalnega izobraževanja in s tem pripravijo na kasnejše delo. Vsebine in veščine modulov pa jim omogočajo pridobitev znanja in spretnosti, potrebne za dobro delo v timu. Na Švedskem sta Tornkvist in Hegefjord (2008) med študenti različnih zdravstvenih poklicov dodiplomskega študija, ugotavljala zadovoljstvo pri delu z bolniki na domu. V raziskavo je bilo vključenih 88 študentov različnih poklicnih skupin, ki so opravili enodnevno medpoklicno usposabljanje in kontrolna skupina 152 študentov, ki se medpoklicnega usposabljanja ni udeležila. Ugotovila sta, da so študenti, ki so opravili enodnevno medpoklicno usposabljanje veliko bolj zadovoljni in razumevajoči pri delu z bolniku na domu, kot študenti kontrolne skupine, ki usposabljanja niso opravili. Številne tuje raziskave o medpoklicnem izobraževanju zlasti v Severni Ameriki, se pojavljajo že pol stoletja, v Kanadi pa so leta 1986 sprejeli predlog, da bi medpoklicno izobraževanje postalo za vse zdravstvene poklice obvezno (Solomon, 2005 povz. po Peterle, 2006). Na bolj zahtevnih področjih zdravstva kot je NMP, je dobro sodelovanje med člani tima še toliko bolj pomembno, saj je učinkovitost in uspešnost zdravstvenega

tima kot pravita Xyrichis in Ream (2008) močno povezana z usklajenim delom, ki pa ga lahko pridobimo z kontinuiranim medpoklicnim sodelovanjem in izobraževanjem.

V Združenem kraljestvu je v raziskavi Melby s sodelavci (2011) s semistrukturiranim vprašalnikom med 144 zdravstvenimi delavci tima NMP in 10 pacienti, ugotavljal zaupanje v delo medicinske sestre v timu NMP. Raziskava je zelo podprla zaupanje in učinkovito ter uspešno delo medicinske sestre v timu NMP, posledično pa je raziskava pokazala manj jasno vlogo zdravnikov in nekoliko pomislekov, v zvezi z odgovornostjo medicinske sestre v timu NMP. Na Škotskem pa je Mearns s sodelavci (2012) v raziskavi ugotovil, da se je zdravstvena oskrba akutno bolnih otrok izboljšala, po opravljenem medpoklicnim izobraževanjem in usposabljanjem zdravstvenega tima, ki skrbi za akutno bolne otroke.

Najpogostejša oblika neformalnega medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja zaposlenih v zdravstvu, pri nas poteka v obliki seminarjev, delavnic, predavanj, konferenc znotraj posamezne poklicne skupine ali različnih poklicnih skupin, ki ima za cilj akreditiranje ob udeležbi, ki je potrebno za ohranitev licence formalno pridobljene izobrazbe. Programi izobraževanja se pogosto izvajajo ločeno za posamezne poklicne skupine, glede na dokončano formalno izobrazbo. Študenti zdravstvene nege imajo v izobraževalnem procesu predmete iz medicine, medtem ko študenti medicine že dolgo let ne izvedo nič o zdravstveni negi (Filej, 2006). Obe profesionalni skupini se srečujeta prvič ob pacientu v kliničnem okolju na NMP, saj klinične vaje iz urgentne medicine potekajo ločeno za študente medicine in zdravstvene nege. V ZDA je Pelling s sodelavci (2011) raziskoval zadovoljstvo študentov različnih zdravstvenih programov, ki so skupaj opravljali klinične vaje. Raziskava je pokazala, da so vsi študenti, v raziskavo jih je bilo vključenih 861 menili, da je tovrstna organizacija kliničnih vaj okrepila njihovo poklicno prihodnost, strokovno vlogo drugih študentov in vrednoto timskega dela. Predlagali so, da medpoklicno usposabljanje študentov vseh poklicev v zdravstvu postane del njihovega izobraževalnega procesa, ker koristno pripomore k njihovem bodočemu poklicnemu delu in zagotavlja visoko kakovostno zdravstvo. V Sloveniji je pomembna aktivnost na področju medpoklicnega izobraževanja študentov kot pravi Peterle (2006) projekt Zdravstveni tim, ki se je začel izvajati na pobudo študentov farmacije leta 1998. K sodelovanju so povabili tudi študente Medicinske fakultete in

Visoke šole za zdravstvo. Namen tega projekta je sodelovanje bodočih zdravstvenih delavcev pri reševanju kliničnih problemov, spoznavanje dela na klinikah in učenje komunikacijskih spretnosti med predstavniki različnih strok. Študentom pa omogoča dodatno strokovno izpopolnjevanje na specifičnih področjih in spoznavanje skupinskega dela na medpoklicni ravni. Program je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela pod vodstvom strokovno usposobljenih mentorjev. V raziskavi, ki je bila izvedena med študenti tretjega letnika Medicinske fakultete v Ljubljani in študenti tretjega letnika zdravstvene nege Visoke šole za zdravstvo Univerze v Ljubljani je ugotavljala, ali študenti različnih fakultet želijo imeti priložnost medpoklicnega izobraževanja, ali vidijo v medpoklicnem izobraževanju priložnost za izboljšanje komunikacije s pacienti in drugimi zdravstvenimi delavci, za izboljšanje profesionalnih odnosov in spretnosti za timsko delo, za bolj kakovostno oskrbo pacientov ter odpravljanje stereotipov o drugih poklicih. Ugotavljala je tudi njihovo razumevanje pojma zdravstveni tim. Rezultati raziskave so pokazali, da študenti medicine in študenti zdravstvene nege razumejo timsko delo kot skupino zdravstvenih strokovnjakov, ki medsebojno sodelujejo in se dopolnjujejo ter skrbijo za pacienta. Med člane zdravstvenega tima najpogosteje uvrščajo zdravnika, medicinsko sestro, zdravstvenega tehnika, negovalko, fizioterapevta in socialnega delavca. Sledijo še delovni terapevt, klinični psiholog, laborant, farmacevt, babica radiolog, reševalec, sanitarni delavec, pacient in svojci. Zanimivo je, da so študenti medicine večkrat omenjali skrb za pacienta kot glavno nalogo zdravstvenega tima, kakor študenti zdravstvene nege. K pomembni značilnosti zdravstvenega tima študenti uvrščajo tudi dobro komunikacijo, izmenjavo mnenj in izkušenj med člani tima ter spoštovanje, enakopravnost, medsebojno pomoč in delovanje tima kot celota. Omenjali so tudi nehierarhičnost, netekmovalnost, hierarhična struktura, skupno odločanje, zaupanje, medsebojno odvisnost in posvetovanje med člani tima, dobri medsebojni odnosi, konstruktivna kritika in dober vodja. Študenti medicine se bolj strinjajo s trditvijo, da bi z medpoklicnim izobraževanjem izboljšali spretnosti komunikacije z drugimi zdravstvenimi delavci, spretnosti timskega dela in da bi bila koristna izkušnja vseh zdravstvenih strok. Študenti zdravstvene nege pa se bolj strinjajo s trditvijo, da bi z medpoklicnim izobraževanjem izboljšali spretnosti komuniciranja s pacienti, izboljšali storitve pacientom in pozitivno prispevali pri premagovanju stereotipov o drugih

poklicov. Oboji pa se enako strinjajo s trditvijo, da bi raje študirali s študenti drugih zdravstvenih strok in da bi medpoklicno izobraževanje izboljšalo profesionalne odnose.

Zaradi hitrega tehnološkega napredka, novih smernic, znanj in spoznaj, je kot pravita Grmec in Klemen (2009) spremljanje napredka, spretnosti in veščin s področja nujnih stanj, ki se jih v procesu formalnega izobraževanja ne naučimo nujen, za vse poklicne skupine. Danska centralna regija in Severna Danska regija sodelujeta v projektu medpoklicnega usposabljanja medicinskih sester in zdravnikov iz enot NMP z namenom, da pridobijo nova znanja in sodelovalne navade ter vzporedni razvoj obeh strok (Jacobsen, Villumsen Niels, 2011). Pomembno je, da se programi znanj in spretnosti s področja nujnih stanj v zdravstvu ustrezno oblikujejo in akreditirajo za vse poklicne skupine, ki sestavljajo zdravstveni tim enote NMP ter, da se izpopolnjevanje in usposabljanje vrši hkrati za celoten zdravstveni tim NMP. Pretirana specializacija znanja prispeva k razdrobljenosti, vendar jo je mogoče poenotiti z medpoklicnim izobraževanjem in usposabljanjem, pravita v raziskavi Souza in Souza (2009) in ugotavljata, kako so si zdravstveni delavci zamislili medpoklicno izobraževanju in usposabljanju in omejitve, s katerimi se srečujejo v klinični praksi. Rezultati raziskave so pokazali, da medpoklicno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenim delavcem pomeni način reševanja težav z integracijo in križišče med različnimi vrstami znanja, z namenom zapolniti vrzeli v znanju. V enotah NMP so zaposleni zdravniki, specialisti predvsem družinske medicine, ki so znanje pridobili s formalnim izobraževanjem. V podiplomski izobraževalni proces imajo zdravniki od leta 2007 vpeljšano specializacijo urgentne medicine, ki traja 5 let. Oblikovno je narejena po priporočilu Evropske unije in Evropskega združenja za urgentno medicino, vsebinsko pa po ameriškem vzorcu (Grmec, Žmavc, 2007). Žal v Sloveniji specializacije ali strokovnega magisterija s področja urgentne medicine za diplomirane medicinske sestre ali diplomirane zdravstvenike ni. Praviloma bi se v take programe izobraževanj morali vključevati kandidati, ki so po pridobljeni strokovni izobrazbi že pridobili ustrezne delovne izkušnje v klinični praksi, saj samo z zaključnim dodiplomskim študijskim programom zdravstvene nege diplomanti teh znanj nimajo, ker so se izobraževali za splošno zdravstveno nego v skladu z direktivami Evropske unije. Aktivnosti, ki se izvajajo v reševalni službi, zajemajo spretnosti, ki jih reševalci v praksi izvajajo, vendar ta znanja niso bila uradno preverjena in za njih posameznik ni pridobil spričevala ali pravno -

formalne listine, torej nima kompetence. Specialna znanja in spretnosti, ki so potrebna v reševalni službi, si posameznik pridobi s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, z učenjem na samem delovnem mestu pod vodstvom mentorja in s samoizobraževanjem (Jelenovec, Železnik, 2011). Delo v zdravstveni dejavnosti NMP zahteva ob dobrem teoretičnem znanju tudi dobro praktično usposobljenost. Za pridobivanje praktičnih spretnosti so zelo dragocene simulacijske metode učenja, saj omogočajo pridobivanje praktičnih znanj, ki so potrebne pri delu na NMP. Simulacijske metode omogočajo izvajanje določenih postopkov in posegov, ki so nujno potrebni ob srečevanju s situacijami, ki zahtevajo takojšnjo strokovno in ustrezno obravnavo pacientov (Vlahovič, 2007). Prihajajo nove tehnologije, nova znanja in spoznanja, ki ponujajo kvalitetnejše zdravljenje, hkrati pa nova okolja in tehnologije tako zahtevajo tudi mnogo znanja in spretnosti. Kot pravi Križmarić (2009) so za suvereno delo zdravstvenih delavcev zato potrebne dodatne izobraževalne metode, ki se dopolnjujejo s tradicionalnimi modeli poučevanja. S pravilnim in učinkovitim izobraževalnim pristopom lahko znanje in veščine v taki meri zdravstvenim delavcem tudi zagotovimo in tako omogočimo njihovo kompetentno in učinkovito delo. Simulacije se pojavljajo v obliki samostojnih računalniških programov ali lutk, z vgrajenimi elektronskimi sistemi, navadni klasični simulatorji postopkov zdravstvene nege, fizioloških procesov in medicinskih posegov, poznamo pa tudi simulatorje, ki predstavlja samega bolnika. Primerni so za že utečeno zdravstveno osebje, ki se preko teh simulatorjev spoznava z redkimi, neželenimi in kriznimi situacijami iz delovnega okolja. Izobraževanje s simulatorjem je v zadnjih desetih letih naredilo velik korak, zlasti v ZDA. Proces izvedbe simulacije zahteva razen kakovostnega simulatorja tudi pripravo ustreznih scenarijev, po katerih potekajo vaje. Problemi se pojavljajo s pripravo ustreznih scenarijev, ki jih običajno pripravljajo eksperti na tem področju, vendar je to delo dolgotrajno, kompleksno in zahtevno. Anestezija, intenzivna medicina in urgencia so področja medicine, ki spadajo med bolj zahtevne. Urgenca velja tudi v raziskavah med bolj zastopanimi področji, saj se v tej domeni medicine sprejemajo hitre in natančne odločitve, ki so kjučnega pomena za preživetje pacienta, kjer ima vsaka napaka visoko ceno. Problem, s katerim se soočajo edukatorji pri izobraževanju, je predvsem, kako učinkovito naučiti zdravstveno osebje, da prepozna problem in ustrezno ukrepa v kriznih primerih, ki se lahko pojavijo med obravnavo pacienta. Pri tem imajo največjo težavo novozaposleni, saj se zaradi širokega nabora različnega znanja, pridobljenega v

rednem izobraževanju, na delovnem mestu ne znajdejo takoj, kar predstavlja precejšen problem. Po drugi strani ima lahko težave tudi že zaposleno osebje, saj nekatere postopke delajo že rutinsko, težko pa prepoznajo redke in krizne situacije. Zdravstveni delavci se v svojem kliničnem okolju srečujejo tudi s kompleksno medicinsko opremo, kjer tehnična znanja praviloma ne spadajo med njihove veščine, vendar sta prav tehnika in tehnologija tisti, ki v veliki meri skrbita za preživetje pacienta. V ZDA je Kipfel s sodelavci (2011) izvedel raziskavo v zdravstvenem timu urološke klinike med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki so se interdisciplinarno izobraževali s pomočjo simulacijskih scenarijev. Ugotavljali so, ali lahko medpoklicno izobraževanje s pomočjo simulatorja izboljša povezanost, zadovoljstvo in sodelovalne odnose v zdravstvenem timu. Z raziskavo so ugotovili, da je bilo navdušenje nad izobraževanjem s simulatorjem med obema poklicnima skupinama izredno veliko, večje je bilo med mlajšimi in novozaposlenimi. Rezultati raziskave nakazujejo na medpoklicno izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev, ki lahko postane strategija izobraževanja za naprej, saj je ta oblika izobraževanja pokazala zelo pozitiven vpliv na povezovanje in izboljšanje sodelovalnih odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki, izboljšala delovno klimo in zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvenem timu tudi v nadaljnjem časovnem obdobju, klinični scenariji s pomočjo simulatorja pa dobro učno sredstvo, ki si ga zaposleni želijo tudi v bodoče. Izobraževanje in usposabljanje z uporabo simulacijskih metod za zaposlene v enotah NMP poteka pri nas v okviru programa začetnih in nadaljnjih postopkov oživljanja Advanced Life Support (v nadaljevanju ALS), katerega nosilec je Evropsko združenje za urgentno medicino-Evropski svet za reanimacijo (ERC). Po ameriškem programu Advanced Trauma Life Support (v nadaljevanju ATLS) pa poteka izobraževanje in usposabljanje, namenjeno vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri delu srečujejo z začetno oskrbo poškodovancev saj ponuja znanje, veščine in spretnosti ob poškodovancu. Oba programa, ki se izvajata v obliki tečaja, obsegata teoretični in praktični del. Kot zaokrožena celota je najpomembnejši praktični del, ko tečajnik rešuje primer od začetka do končne oskrbe ali premestitve. Ta del sintetizira vso pridobljeno znanje skozi cel tečaj in ga zaokroži v smiselno celoto skozi simulacijo. V tistih državah, kjer je veljaven ATLS tečaj pogoj za dovoljenje za delo s poškodovanci, je potrebno vsake 4 leta znanje s posebnim enodnevnim tečajem osvežiti in se ponovno verificirati (Košir, 2007). Pri nas vsak član tima NMP, ki uspešno opravi enega ali oba omenjena tečaja ali ga uspešno obnovi,

pridobi certifikat, čeprav ni pogoj za opravljanje dela na NMP. Zato se osvojene veščine, kot tudi znanje med zaposlenimi na NMP razlikujejo tako med posamezniki, kot med enotami NMP. V raziskavi Grmec in Klemen (2009) ugotavljata, da je prihodnji napredek medicine in zdravstvene nege usmerjen v dodiplomski in podiplomski študij ter ustanovitev zavoda, inštituta ali podobne institucije zaradi spodbujanja, usmerjanja in organiziranja znanstveno raziskovalnega dela, organiziranja srečanj in licenciranja. Licenco za opravljanje specifičnega dela, kot ga imajo v razvitih evropskih državah in Ameriki, uvajajo in razvijajo tudi v manj razvitih državah sveta. Kot ugotavlja Verden s sodelavci (2010), se v Vietnamu soočajo s potrebo po ureditvi usposabljanja zdravstvenih delavcev, kjer je bila do sedaj diploma iz akreditirane šole dovolj za opravljanje kliničnega dela. Novi sistem pa uvaja licenciranje in stalno izobraževanje za ohranitev licence.

Samo formalno pridobljeno znanje, kot ugotavljata Crnić in Jović (2007) ni dovolj, potrebno je imeti razvit sistem kontinuiranega izobraževanja, ki je pomembno zaradi boljšega učinka in potrebe po stalnem spremljanju razvoja v stroki. Prav tako Crnić in Selič (2011) v raziskavi ugotavljata, da bi sistematično uvajanje organizirane skupne edukacije v timu med zaposlenimi na NMP krepilo medosebne odnose in sodelovanje ter zavedanje lastne poklicne vloge znotraj tima.

2.5 RAZVOJ IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA V SISTEMU NMP V SLOVENIJI

Pri spremljanju razvoja stroke in znanosti, kar urgentna medicina je kot pravi Mohor (2009), mora biti zdravstveni strokovnjak vpet v razvoj urgentne medicine in se nenehno strokovno izpopolnjevati z na dokazih podprto zdravstveno obravnavo pacientov. Medicinske fakultete in fakultete za zdravstveno nego so nosilke izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov. Za učinkovit razvoj urgentne medicine in strokovnjakov s tega področja bi morale kot pravita Grmec in Klemen (2009) tako medicinske kot fakultete za zdravstveno nego uvesti kurikulum urgentne medicine v dodiplomski in podiplomski študij, vključiti urgentno medicino med izbirne predmete podiplomskega študija, omogočiti izmenjavo specializantov in mentorjev, razširitev delavnic, razširitev mreže sodelovanja, skupne izobraževalne in znanstveno raziskovalne projekte. Za dobro medstrokovno sodelovanje zdravstvenih strokovnjakov

pa bi bilo nujno ustanoviti tudi zavod, inštitut ali podobno inštitucijo zaradi spodbujanja, usmerjanja in organiziranja znanstveno raziskovalnega dela.

Razvoj sistema NMP potrebuje nove vzpodbude in podporo kot ugotavlja Mohor (2009), ki pravi, da je potrebno vzpostaviti sistem NMP primerljiv po učinkovitosti in kakovosti s sistemi NMP razvitih držav. Če želimo načrtovati in graditi učinkovit sistem NMP, potem moramo najprej ugotoviti, kaj smo do sedaj dosegli in oceniti, kaj v sistemu deluje dobro in kaj slabo. Ugotoviti moramo, kateri problemi so glavni, določiti načine kako jih rešiti in v kakšnem časovnem obdobju.

Strategija razvoja sistema nujne medicinske pomoči od leta 2010 do leta 2020, ki so jo pripravili strokovnjaki s področja NMP, med ostalimi segmenti vsebuje spremembe in izboljšave tudi na področju standardov sistema NMP, izobraževanja ter uvajanja sodobnih metod in znanstveno raziskovalnega dela. Predlagani cilji sprememb posameznih področij NMP so časovno različno opredeljeni. Do leta 2015 je predvidena izdelava organizacijskih in strokovnih standardov sistema NMP. Do leta 2012 je načrtovana ustanovitev inštitutov za urgentno medicino v Ljubljani in Mariboru. Do leta 2013 pa strategija razvoja NMP predvideva ustanovitev Katedre za urgentno medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani, določitev vsebin s področja prve pomoči za laike v šolskem in izven šolskem sistemu, določitev vsebin s področja prve pomoči za laike, ki opravljajo naloge reševanja kot so gasilci, policija, vojska, reševalci iz vode, potapljači in drugi, določitev vsebin s področja NMP v učnih programih za zdravstvene delavce na dodiplomski in podiplomski stopnji ter določitev vsebin in programov usposabljanja s področja NMP za zaposlene zdravstvene delavce. Na področju uvajanja sodobnih metod ter znanstveno raziskovalnega dela pa je do leta 2012 predvideno spremljanje napredka v stroki in uvajanje sodobnih metod, do leta 2013 pa zagotovitev pogojev za vključitev enot NMP v domače in mednarodne raziskovalne študije ter spremljanje in analiza implementacije in učinkovitosti sodobnih metod. Ministrstvo za zdravje sprejema strategijo razvoja za vse dejavnosti v zdravstvu, program usposabljanja za izvajanje službe NMP pa določi minister na predlog Razširjenega strokovnega kolegija za urgentno medicino (Pravilnik o službi NMP, 2010). Strategija razvoja sistema NMP vsebuje spremembe izobraževanja in usposabljanja s področja NMP za zaposlene zdravstvene delavce, vendar iz vsebine ni mogoče prepoznati za kakšno obliko

izobraževanja in usposabljanja gre, niti ne katere konkretne izboljšave prinaša. Prav tako dokument o strategiji razvoja sistema NMP ne določa natančnega programa usposabljanja, ki ga določi minister, kajti v dosedanji praksi je kot pravi Žmavc (2009) minister program samo določil, realizacija programa pa je bolj prepuščena posamezniku in lokalnemu vodstvu, ki različno pogosto pošilja svoje zaposlene delavce na izobraževanje in usposabljanje. Zato prihaja do neenotnega znanja in usposobljenosti med člani istih poklicnih skupin kot tudi med člani različnih poklicnih skupin. Za učinkovito delo enot NMP je, kot pravi Mohor (2009) vsekakor potrebno medpoklicno sodelovanje za katerega velja, da je tesno povezano z medpoklicnim izobraževanjem. Pričakuje se, da bo spremljanje napredka v stroki po zgledu na dokazih podprte dobre prakse, ki je ena izmed ciljev strategije razvoja, pripomoglo k izboljšavam in napredku razvoja izobraževanja in usposabljanja zaposlenih v NMP. Naloga države je, da omogoči strokovnjakom vzpostavitev sodobnega sistema NMP, ki bo zagotavljal optimalno izvajanje NMP. Stroka mora povedati kaj potrebuje za sodobno delovanje NMP, država pa mora povedati ali se s tem strinja, kaj so njene prioritete, kako jih bo podprla in v kakšem času izvedla. Na ta način postane razvoj sistema NMP pregleden, s tem pa tudi odgovornost delovanja oziroma nedelovanja posameznega segmenta sistema NMP (Mohor, 2009).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA

Nekatera teoretična znanja in praktične veščine, ki so pri delu na NMP potrebna, osvojimo z izobraževanjem na različnih področjih (multidisciplinarnim izobraževanjem) ali jih pridobimo znotraj stroke s strokovnim izobraževanjem in mentorskim vodenjem. Nekateri vsebine, povezane s teoretičnim znanjem in praktičnimi veščinami pa zahtevajo skupno učenje in urjenje vseh poklicnih skupin v timu NMP z medpoklicnim izobraževanjem. V raziskavi smo ugotavljali tiste vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih zaposleni na NMP skupaj naučili in osvojili z medpoklicnim izobraževanjem in usposabljanjem in se nanašajo na skupno poklicno delo tima NMP. Skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje je pomemben segment za uspešnejše, učinkovitejše in lažje opravljanje dela na NMP. Pomemben je tako za tiste, ki to delo že opravljajo, kot za tiste, ki v klinično prakso šele vstopajo.

Namen magistrskega dela je, z analizo dobljenih podatkov ugotoviti tiste vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih morale skupaj izobraževati in usposablјati vse poklicne skupine v NMP ter proučiti in izpostaviti izobraževalne in druge ukrepe za izboljšanje medpoklicnega izobraževanja in dela v NMP.

Cilji raziskovanja so:

- ugotoviti mnenje zaposlenih v enotah NMP o pomenu medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja na nivoju izobraževalnega procesa;
- ugotoviti mnenje zaposlenih v enotah NMP o pomenu medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja na nivoju že zaposlenih v enotah NMP;
- ugotoviti priložnosti za izboljšave, ki bi v enotah NMP nastale s skupnim medpoklicnim izobraževanjem in usposabljanjem;
- ugotoviti mnenja o medpoklicnem izobraževanju in usposabljanju in jih preveriti med oblikovalci zdravstvene politike;
- ugotoviti skupne vsebine izobraževanja in usposabljanja;

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskava je potekala v dveh delih. V prvem delu kvalitativne raziskave smo kot tehniko zbiranja podatkov uporabili semistrukturirani intervju, v drugem delu pa metodo delfi.

V okviru kvalitativnega dela raziskave smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Zakaj je medpoklicno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v NMP pomemben segment uspešnosti izvajanja NMP?
2. Zakaj prihaja do neenotnega znanja in usposobljenosti posameznih članov poklicnih skupin pri izvajanju NMP?
3. Katerih vsebin teoretičnega znanja in praktičnih veščin bi se bilo potrebno skupaj izobraževati in usposablјati že v času šolanja?
4. Katere vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin so hkrati pomembna za vse poklicne skupine pri izvajanju NMP in bi se jih morali skupaj izobraževati in usposablјati?
5. Katere izboljšave pri delu in izvajanju NMP ter timskega delu, bi skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje omogočilo zaposlenim v NMP?
6. Kako bi skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje v času šolanja vplivalo na člane posameznih poklicnih skupin pri njihovem nadaljnjem poklicnem delu?
7. Kako bi skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje uvedli v sistem šolanja in sistem NMP, kot del stalnega strokovnega izpopolnjevanja?

Po obdelavi semistrukturiranega intervjuja smo v okviru kvantitativnega dela raziskave oblikovali hipotezi:

H1 Skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje vseh sodelujočih poklicnih skupin pred nastopom na delo v NMP pripomore k zmanjševanju vrzeli v znanju med posameznimi poklicnimi skupinami.

H2 Skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje vseh članov tima NMP omogoča usklajeno delo in lažje sledenje postopkom in veljavnim smernicam pri izvajanju nujne medicinske oskrbe.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, ki smo jo od oktobra 2011 do aprila 2012 prebirali v slovenski bazi COBISS in pri tem uporabili ključne besede izobraževanje na nujni medicinski pomoči, usposobljenost, mreža nujne medicinske pomoči in timsko delo. Področje izobraževanja in usposabljanja ter interdisciplinarnega povezovanja različnih zdravstvenih strok v timu NMP v slovenskem prostoru ni raziskano, kar smo s pregledom literature tudi potrdili in to smatrali kot omejitev pri zbiranju dejstev. To omejitev smo upoštevali pri uporabi strokovnih člankov brez recenzije. Več raziskav ponuja področje timskega dela, kjer smo dobili 1183 zadetkov. V bazi CINAHL, pri pregledu tuje literature, smo ugotovili, da je raziskav veliko, saj smo jih časovno omejili na spodnjo mejo 2009, z izvlečkom in polnim tekstom. Uporabili smo ključne besede teamwork in emergency aid in dobili 4357 zadetkov, training of emergency medical services 2859 zadetkov, continuing medical education 3532, emergency aid 1696 zadetkov ter interprofessional collaboration in emergency medical service, kjer smo dobili 7738 zadetkov. Tujo literaturo smo pregledovali v istem časovnem obdobju, kot slovensko, od oktobra 2011 do aprila 2012.

Metodologija prvega dela raziskave je zajemala semistrukturirane intervjuje z zaposlenimi iz različnih poklicnih skupin tima NMP, ki pri izvajanju nujnih ukrepov medpoklicno sodelujejo. S semistrukturiranim intervjujem smo želeli pridobiti kar največ informacij o tem, kaj čimbolj različni člani posameznih poklicnih skupin iz različnih organizacijskih enot menijo o medpoklicnem izobraževanju in sodelovanju pri izvajanju nujnih ukrepov, zato smo se odločili za izvedbo omenjene tehnike zbiranja podatkov. Semistrukturirani intervju namreč vsebuje vprašanja odprtega in zaprtega tipa, ki so vnaprej pripravljena, vsi vprašani pa dobijo enaka vprašanja, kar raziskovalcu omogoča bolj podrobno sledenje dobljenih podatkov. Značilnost semistrukturiranega intervjuja je v njegovi fleksibilnosti, saj imajo vprašani več svobode pri odgovarjanju na vprašanja, kajti na odprta vprašanja podajo odgovor sami in jih z vnaprej pripravljenimi možnimi odgovori le deloma omejujemo, omogoča pa jim podati pristna in relevantna mnenja in stališča o raziskovalnem problemu. Hkrati pa omogoča raziskavo večjega vzorca brez predeterminiranosti dobljenih podatkov.

Metodologija drugega dela raziskave je zajemala vprašalnike zaprtega tipa metode delfi, ki smo jo ponovili v dveh zaporednih krogih. Na anketna vprašanja so odgovarjali zaposleni v enotah NMP, vodje in oblikovalec zdravstvene politike. Bolj kot število je pri metodi delfi pomemben profil sodelujočih respondentov, saj ta metoda zahteva visoko usposobljene strokovnjake, ki so povezani z raziskovalnim problemom, zato je število sodelujočih respondentov v obeh krogih metode delfi v naši raziskavi ustrezalo kriteriju izvedljivosti.

Termin teoretično znanje bomo uporabljali v primerih, ko bomo govorili o znanju, ki se replicira na vprašanje ustno. Termin praktične veščine, pa bomo uporabljali v primerih, ko bomo govorili o veščinah, ki se replicirajo na vprašanje z izvedbo.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Na osnovi pregledane literature in ugotovljenega problema v našem prostoru, ki ga želimo z raziskavo raziskati, smo ugotovili, da so raziskave drugih avtorjev, z vsebinsko podobnimi ali enakimi raziskovalnimi problemi kvalitativne, z uporabljenimi tehniko zbiranja podatkov bodisi intervjuja ali opazovanja.

Za izvedbo kvalitativne raziskave smo uporabili semistrukturirani intervju kot tehniko zbiranja podatkov, ki smo ga izdelali po pregledu literature in postavljenimi raziskovalnimi vprašanji ter cilji magistrskega dela. Z intervjuji smo med zaposlenimi v timu NMP ugotavljali vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih po njihovem mnenju morali naučiti vsi zaposleni v zdravstvenem timu NMP že v času šolanja, pred vstopom na delo v NMP ter vsebine in veščine, ki bi se jih zaposleni v timu NMP skupaj izobraževali in usposabljali z medpoklicnim izobraževanjem in izboljšave, za katere zaposleni menijo, da bi z medpoklicnim izobraževanjem nastale. V prvem delu semistrukturiranega intervjuja (Priloga 6.1) smo intervjuvancem predstavili namen in pomembnost sodelovanja v raziskavi ter jim zagotovili anonimnost pri sodelovanju. V nadaljevanju smo strukturo inštrumenta oblikovali z vprašanji, ki so vprašane vodila skozi intervju. Vseh zastavljenih vprašanj je 21. V raziskavi smo uporabili podatke, ki se nanašajo na doseženo stopnjo izobrazbe, tip organizacijske enote, v kateri delajo ter leta delovne dobe. Na 9 vprašanj zaprtega tipa je bilo možno odgovoriti s kratkim pritrdilnim ali zanikanim odgovorom. Na 9 odprtih vprašanj pa so

vprašani imeli možnost podati svoja stališča, mnenja in izkušnje v obliki opisa. Pet intervjujev je bilo nepopolno izpolnjenih. Na vprašanje sedem in osem nista odgovorila 2 zdravstvena tehnika. Menimo, da je razlog v tem, da se vprašanja ne nanašata na zdravstvene tehnike. Na trinajsto, sedemnajsto, osemnajsto in enaindvajseto vprašanje niso odgovorili trije zdravstveni tehniki, za kar utemeljenih razlogov nismo našli in eden zdravstveni tehnik ni odgovoril na tretje vprašanje, ki se nanaša na leta delovne dobe. Neodgovorjena vprašanja intervjuja smo upoštevali pri številu odgovorov intervjuvancev na posamezno vprašanje, ki so prikazna v poglavju Rezultati. Odgovore na 7 odprtih vprašanj smo vsebinsko analizirali in rezultate uporabili za izdelavo vprašalnika prvega kroga metode delfi. Dobili smo vtis, da je raziskovalni problem medpoklicnega izobraževanja aktualno prisoten pri vseh poklicnih skupinah v enotah NMP, saj je nabor pridobljenih podatkov velik.

V drugem delu raziskave (Priloga 6.2 in 6.3) smo uporabili vprašalnik zaprtega tipa metode delfi v dveh krogih, z ocenjevalno lestvico od 1 – 9 . Vprašalnik prvega kroga je vseboval povprečno stopnjo jasnosti in pomembnosti predlaganih trditev, povprečno oceno anketiranih skupin za vsako predlagano trditev ter interkvartilni razpon. Vprašalnik drugega kroga ni vseboval ocenjevalne lestvice za jasnost predlaganih trditev, saj so jo anketiranci ocenili že v prvem krogu, dodani pa so bili rezultati prvega kroga, ki so anketiranim omogočili primerjavo lastnega mnenja z drugimi in ponovno ocenitev pomembnosti predlaganih trditev, s čimer smo med zaposlenimi v timu NMP, vodji in oblikovalcem zdravstvene politike že v dveh zaporednih krogih uskladili in poenotili skupna mnenja o tistih vsebinah, ki bi jih bilo potrebno osvojiti skupaj, znotraj vseh poklicnih skupin v NMP in o izboljšavah, ki bi pri tem nastale in so jih intervjuvanci navedli kot najpomembnejše vsebine. Zato tretjega kroga nismo izvedli.

Tabela 1: Število sodelujočih v anketi glede na posamezni krog metode delfi

Sodelujoči v anketi metode delfi	Zaposleni v timu NMP	Vodje	Oblikovalci zdravstvene politike	Skupaj
1. krog	23	3	1	27
2. krog	23	3	1	27

Iz tabele 1 je razvidno, da je v obeh krogih odgovarjalo enako število anketirancev.

Vsebinski sklopi s predlaganimi trditvami opredeljujejo vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin v času šolanja, pred vstopom na delo v NMP in zaposlenih v timu NMP ter način skupnega medpoklicnega izobraževanja zaposlenih v NMP in s tem nastale izboljšave pri delu in izvajanju nujnih ukrepov. Vprašalnik vsebuje 7 vsebinskih sklopov s pripadajočimi trditvami. Sklop 1 vključuje 6 trditev, sklop 2 vključuje 3 trditve, sklop 4 in 5 po 5 trditev, sklop 6 vsebuje 6 in sklop 7 vključuje 7 trditev. Vsi vsebinski sklopi predlaganih trditev imajo prostor, kamor respondenti lahko dopišejo svoje ugotovitve oziroma trditve, ki jih upoštevamo v naslednjem krogu (Priloga 6.2). Po obdelavi odgovorov vprašalnika prvega kroga in na osnovi dobljenih rezultatov, smo oblikovali vprašalnik drugega kroga (Priloga 6.3), ki je vseboval ocenjevalno lestvico od 1 – 9 za pomembnost ukrepov ter rezultate prvega kroga in s tem sodelujočim v raziskavi omogočil primerjavo lastnih mnenj z mnenji drugih sodelujočih skupin. Pri metodi delfi je namreč pomembno, da vprašalnik vsebuje rezultate in povzetek prejšnjih krogov tako, da sodelujoči lahko primerjajo svoje odgovore z odgovori drugih. Poleg tega pa se seznanijo z mnenji in ugotovitvami drugih. Metoda delfi ob zapovrstnih povratnih informacijah namreč omogoča, da med posameznimi skupinami steče tak način komuniciranja, ki dopušča oblikovanje in spreminjanje individualnih odgovorov glede na skupinsko mnenje. Izjemnost metode delfi je v njeni zanesljivosti kljub raznolikosti mnenj sodelujočih in brez neposrednega stika med njimi.

Izbrani merski inštrument nam je omogočil odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja zaposlenim v timu NMP, vodjem in oblikovalcu zdravstvene politike in z analizo dobljenih rezultatov ugotoviti njihova mnenja o pomembnosti posameznih trditev, povezanih z vsebino teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih morale skupaj učiti in usposabljati vse sodelujoče poklicne skupine, z namenom lažjega, usklajenega in učinkovitejšega izvajanja ukrepov nujne medicinske pomoči ter njihova različna in usklajena mnenja predlaganih ukrepov za izboljšavo.

Vsi sodelujoči so imeli enake pogoje sodelovanja, saj je bilo vsem omogočeno individualno izpolnjevanje vprašalnika in zagotovljena anonimnost. Ob uporabi dveh metod, intervjuja in vprašalnika smo zagotovili triangularnost raziskovalnih metod v raziskovalnem postopku.

Veljavnost in uporabnost semistrukturiranega intervjuja smo preverili s pilotno študijo, ki smo jo izvedli med zaposlenimi v B-okr enoti NMP v ZD Kočevje preko elektronske pošte, v času od 5. 6. 2012 do 8. 6. 2012. V vzorec pilotne študije je bil vključen eden zdravstveni tim NMP in sicer zdravstveni reševalec, zdravstveni tehnik in zdravnik. Vsi trije intervjuvanci so odgovorili na vsa zastavljena vprašanja. Zbrane podatke smo analizirali po postopku kvalitativne analize, ki je opisana v podpoglavju 3.3.4, rezultate pilotne študije pa smo predstavili v poglavju Rezultati, s čimer smo zagotovili vsebinsko veljavnost instrumenta, saj smo z izbranim merskim instrumentom pridobili ravno tiste podatke, kar je bil namen raziskave. Kriterijsko veljavnost pa smo zagotovili s primerjavo rezultatov pilotne študije in ugotovitvami raziskav drugih avtorjev pregledane literature. Izpolnjene intervjuje smo uporabili v nadaljni raziskavi. Za zagotavljanje zanesljivosti smo uporabili metodo paralelnih oblik, pri čemer smo z uporabo dveh različnih instrumentov oziroma metod zbiranja podatkov, na istih respondentih, z isto raziskovalno vsebino, potrdili dobljene rezultate. Z uporabo dveh različnih instrumentov pa smo zagotovili tudi sinhronično zanesljivost, ki se nanaša na konstantnost dobljenih rezultatov.

S pilotno študijo smo na enak način, kot smo preverili veljavnost semistrukturiranega intervjuja, preverili tudi veljavnost anketnega vprašalnika metode delfi, ki smo ga izvedli v času od 13. 3. 2013 do 18. 3. 2013 v isti enoti NMP na istem vzorcu. Vsi trije anketiranci so izpolnili vse predlagane trditve. Za zagotavljanje veljavnosti in uporabnosti instrumenta smo uporabili ocenjevalno lestvico za oceno povprečne stopnje jasnosti predlaganih trditev in rezultate zapisali v poglavju Rezultati. S pilotno študijo obeh merskih instrumentov smo namreč pridobili podatke, ki so bili namen raziskave in so omogočili odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja. Na vprašanja metode delfi so anketiranci odgovarjali v dveh zaporednih krogih, kar zagotavlja zanesljivost merskega instrumenta. Objektivnost z vidika vrednotenja odgovorov smo zagotovili z jasnimi opredelitvami kategorij ocenjevalne lestvice v vprašalniku.

3.3.3 Opis vzorca

V prvi del kvalitativne raziskave smo vključili zaposlene v timu NMP, ki opravljajo delo v organizacijsko različnih enotah NMP. V Sloveniji izvajajo delo nujne medicinske pomoči v 63 enotah NMP. Organizacijsko obliko službe NMP predstavljajo enote 1A,

1B, 1B okrepljena, 1C ter PHE enote. Enoto NMP sestavlja skupina zaposlenih zdravstvenih delavcev iz različnih poklicnih skupin, v katero je vključen zdravnik, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, zdravstveni tehnik in voznik - reševalec. Opravili smo 30 intervjujev med zaposlenimi v zdravstvenem timu NMP z različno stopnjo izobrazbe, v 12 organizacijskih enotah NMP v različnih delih Slovenije. Značilno za kvalitativne raziskave so sicer majhni vzorci, vendar smo glede na raziskovano vsebino v naši raziskavi želeli pridobiti mnenja zaposlenih iz različnih kliničnih okolij v organizacijsko različnih enotah NMP iz teritorialno razpršenih delov Slovenije, tako je naše vzorčenje bilo namensko, prav tako smo zadostili kriterijem kvotnega kvalitativnega vzorčenja, s čimer smo zagotovili večjo veljavnost in objektivnost vzorca raziskave. Intervjuje smo opravili z zaposlenimi v enotah NMP razen Štajerske, Prekmurja in Zasavja v vseh ostalih delih Slovenije. Zato je število opravljenih intervjujev v našem primeru veliko. Največ je odgovorilo zdravstvenih tehnikov, ki so številčno najbolj zastopana poklicna skupina v enotah NMP, najmanj pa je odgovorilo zdravstvenih reševalcev. Termin zdravstveni reševalec smo v našem primeru uporabili za poklicno skupino voznik - reševalec, ki nimajo formalno pridobljene zdravstvene izobrazbe, vendar opravljajo delo voznika - reševalca več kot 10 let. Z uporabo termina voznik - reševalec v vprašalniku, bi povzročili težave pri identifikaciji poklicne skupine zdravstveni tehnik, saj so v večini primerov zdravstveni tehniki v NMP hkrati tudi vozniki - reševalci.

Tabela 2: Struktura v raziskavo vključenih intervjuvancev glede na poklicno skupino

Poklicna skupina	Zastopanost
Zdravnik	8
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik	4
Zdravstveni tehnik	16
Zdravstveni reševalec	2
Skupaj	30

Vzorec v prvem delu raziskave vključuje 30 intervjuvancev različnih poklicnih skupin, ki sestavljajo zdravstveni tim NMP. Iz tabele 2 je razvidno, da je v raziskavi sodelovalo največ zdravstvenih tehnikov, saj so najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvenem

timu NMP in najmanj zdravstvenih reševalcev, katerih je v timu NMP tudi najmanj. V vzorec je vključenih 8 zdravnikov in 4 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki.

Tabela 3: Struktura v raziskavo vključenih intervjuvancev glede na tip organizacijske enote NMP

Tip organizacijske enote NMP	Zastopanost
1A	3
1B	10
1B okrepljena	13
1C	1
PHE	3
Skupaj	30

Legenda: 1A, 1B in 1B okrepljena enota – organizacijska oblika službe NMP na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki z ustreznimi kadri in opremo predstavljajo okrepljeno redno ambulantno dejavnost in dežurno službo, 1C enota – organizacijska oblika službe NMP na primarni ravni, ki v dnevnem času vse dni v tednu deluje kot prehospitarna enota, v nočnem času pa kot B enota, PHE – prehospitarna enota je organizirana kot posebna enota službe NMP v večjih središčih na primarni ravni in deluje 24 ur dnevno poleg redne ambulantne dejavnosti in dežurne službe.

Največ intervjuvancev 13 v naši raziskavi je sodelovalo iz 1B okrepljenih enot in samo eden iz 1C enote, 10 intervjuvancev je sodelovalo iz 1B enot ter po 3 iz 1A in PHE enot (tabela 3). V raziskavo so bili vključeni vsi tipi organizacijskih enot NMP v Sloveniji, kar zagotavlja dober reprezentativen vzorec.

Tabela 4: Struktura v raziskavo vključenih intervjuvancev glede na delovno dobo

Delovna doba	Zastopanost
0 – 5 let	5
6 – 10 let	9
11 – 15 let	10
16 – 20 let	5
Več kot 20	1
Skupaj	30

Iz tabele 4 je razvidno, da ima le 6 intervjuvancev več kot 15 let delovne dobe, kar nakazuje na vzorec mlajše skupine intervjuvancev, z manj delovnimi izkušnjami.

Iz vzorca smo uporabili podatke o poklicni skupini, tipu organizacijske enote in delovni dobi, spol in starost zaposlenih, pa nas v raziskavi nista zanimala.

V drugem delu raziskave je sodelovalo 27 anketirancev. K sodelovanju v raziskavi, kjer smo z metodo delfi pridobili, uskladili in poenotili skupne ocene oziroma mnenja proučevane teme, smo poleg 18 zaposlenih v timu NMP, ki so odgovarjali že na naš

intervju ter 5 zaposlenih, ki na naš intervju niso odgovarjali, zaprosili tudi 3 vodje NMP, v raziskavi pa je sodeloval tudi 1 oblikovalec zdravstvene politike.

Tabela 5: Struktura v raziskavo vključenih anketirancev glede na delovno mesto

Delovno mesto	1A	1B	1Bokr	1C	PHE	Oblikovalec zdravstvene politike	Skupaj
Zaposlen na NMP	3	6	7	0	7	0	23
Vodja NMP	1	0	1	1	0	0	3
Oblikovalec zdr. politike	0	0	0	0	0	1	1

Legenda: 1A, 1B in 1B okrepljena enota – organizacijska oblika službe NMP na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki z ustreznimi kadri in opremo predstavljajo okrepljeno redno ambulantno dejavnost in dežurno službo, 1C enota – organizacijska oblika službe NMP na primarni ravni, ki v dnevnem času vse dni v tednu deluje kot prehospitalska enota, v nočnem času pa kot B enota, PHE – prehospitalska enota je organizirana kot posebna enota službe NMP v večjih središčih na primarni ravni in deluje 24 ur dnevno poleg redne ambulantne dejavnosti in dežurne službe.

Iz tabele 5 je razvidno, da so na vprašalnik metode delfi odgovarjali zaposleni iz vseh organizacijskih enot, razen 1C enote, na katerega je odgovoril njihov vodja, poleg vodij iz 1A in 1B okrepljene. V raziskavi je sodeloval tudi oblikovalec zdravstvene politike, katerega zastopanost poklicne skupine ne bomo imenovali zaradi zagotovljene anonimnosti, zato bomo termin oblikovalec zdravstvene politike v raziskavi uporabljali tudi kot delovno mesto.

Tabela 6: Struktura v raziskavo vključenih anketirancev zaposlenih v NMP glede na poklicno skupino

Poklicna skupina	Zastopanost
Zdravnik	8
Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik	3
Zdravstveni tehnik	10
Zdravstveni reševalec	2
Skupaj	23

Iz tabele 6 je razvidno, da so na vprašalnik metode delfi odgovarjali zaposleni v zdravstvenem timu NMP iz vseh poklicnih skupin.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po izvedeni in vsebinsko analizirani pilotni študiji semistrukturiranega intervjuja, v katero so bili vključeni 3 respondenti in sicer zdravstveni reševalec, zdravstveni tehnik in

zdravnik, smo intervjuje izvedli med zaposlenimi v NMP v različnih organizacijskih enotah NMP v Sloveniji preko elektronske pošte, v času od 13. 6. 2012 do 5. 7. 2012. Intervjuvanci, ki smo jih preko stacionarnega telefona zaprosili in se z njimi dogovorili za sodelovanje v raziskavi, so izbrali elektronsko pošto kot način izvedbe intervjuja, saj so smatrali, da je ta način najhitrejši in najlažje izvedljiv. Tehničnih in organizacijskih težav pri izpeljavi intervjujev nismo imeli. Kljub temu, da je izvedljivost intervjujev potekala v neugodnem času, smo v kratkem času pridobili 30 intervjujev, 19 jih je bilo vrnjenih po elektronski pošti in 11 preko navadne pošte. Postopek intervjuja je zajemal: pripravo na intervju – načrt izvedbe in priprava intervjuista, izvedba intervjuja – izbor in seznanitev intervjujancev s potekom. Zbrane podatke odprtih vprašanj intervjujev smo analizirali v šestih korakih; prvi korak: urejanje zbranega gradiva, drugi korak: določitev enot kodiranja, tretji korak: kodiranje, četrti korak: izbor in definiranje relevantnih pojmov in oblikovanje kategorij, peti korak: definiranje kategorij in šesti korak: oblikovanje teoretične formulacije. Odgovore vseh vprašanj oštevilčenih intervjujev smo v enakem zaporedju prepisali v tabele računalniškega programa Excel, ki nam je omogočil lažjo in preglednejšo analizo podatkov. Zbrane podatke odprtih vprašanj smo analizirali po postopku kvalitativne analize. Za kodirno enoto smo izbrali stavek, za kodiranje pa induktivni pristop in pri tem uporabili tehniko odprtega kodiranja. Seznam kod, ki smo jih iz analiziranega besedila dobili smo prepisali, združili sorodne kode in opredelili povezavo med posameznimi kodami ter oblikovali kategorije. Z osnim kodiranjem smo kode in kategorije povezovali z analiziranim besedilom in ugotavljali mnenja intervjuvancev o raziskovalnem problemu. Zanimala so nas tako različna, kot tudi število enakih mnenj intervjuvancev, glede na poklicno skupino ter rezultate prikazali v obliki slik.

Po izvedeni in ugotovljeni stopnji jasnosti pilotne študije anketnega vprašalnika, v katerega so bili vključeni 3 respondenti, ki so sodelovali že v pilotni študiji semistrukturiranega intervjuja, smo se o sodelovanju v nadaljnji izvedbi ankete z vsemi sodelujočimi predhodno dogovorili preko stacionarnega telefona. Predlagali so elektronsko pošto kot način izvedbe ankete. Po izvedeni pilotni študiji anketnega vprašalnika, v katerem so sodelovali študiji Anketni vprašalnik prvega kroga metode delfi smo preko elektronske pošte v času od 25. 3. 2013 do 13. 4. 2013 posredovali 18 zaposlenim v enotah NMP, ki so sodelovali že v intervjuju ter 5 zaposlenim, ki pred tem

v intervjuju niso sodelovali, 3 vodjem različnih organizacijskih enot NMP in enemu oblikovalcu zdravstvene politike. Vrnjene smo dobili preko elektronske in navadne pošte do 8. 5. 2013. Izpolnjene so bile vse predlagane trditve. Nihče od sodelujočih ni predlagal novega ukrepa. Vprašalnike drugega kroga metode delfi smo enakim respondentom na enak način kot prvega posredovali v času od 3. 6. 2013 do 18. 6. 2013, vrnjene pa smo dobili do 29. 6. 2013 in sicer 4 po elektronski pošti ter 23 preko navadne pošte. Tudi v drugem krogu nihče od sodelujočih ni predlagal novega ukrepa, izpolnjene pa so bili vse predlagane trditve. Za vsako predlagano trditev smo izračunali povprečno stopnjo jasnosti in pomembnosti, glede na vse zbrane odgovore in glede na odgovore zaposlenih v NMP, vodje NMP in oblikovalec zdravstvene politike in določili kriterij povprečne stopnje jasnosti in pomembnosti. Predlagane trditve pa smo uporabili za preverjanje postavljenih hipotez in za potrjevanje določili kriterij $> 6,1$. Zanimalo nas je tudi približevanje mnenj respondentov o predlaganih trditvah izvedene ankete v drugem krogu, glede na prvi krog in za ugotavljanje razpršenosti podatkov uporabili interkvartilni razpon. Interkvartilni razpon je namreč mera variabilnosti, ki jo izračunamo kot razliko med tretjim in prvim kvartilom. Teoretično obsega 50 % vrednosti rezultatov vzorca, 25 % manjših in večjih pa je zunaj njega in je zanesljiva mera variabilnosti (Sagadin, 2003).

3.4 REZULTATI

Rezultati pilotne študije semistrukturiranega intervjuja in metode delfi so predstavljeni v podpoglavju. Prav tako so v podpoglavju predstavljeni tudi rezultati semistrukturiranega intervjuja in metode delfi. V podpoglavju rezultatov semistrukturiranega intervjuja so v nadaljnjih podpoglavjih prikazani rezultati vsebinske analize semistrukturiranega intervjuja z opredeljenimi kategorijami in pripadajočimi kodami oziroma mnenji. S slikami pa so prikazana mnenja intervjuvancev o raziskovalnem problemu, glede na posamezne poklicne skupine. V podpoglavju rezultatov metode delfi pa je v tabelah prikazana primerjava med skupinami anketirancev o predlaganih trditvah.

3.4.1 Rezultati pilotne študije semistrukturiranega intervjuja

Kategorija 1: »vsebine, ki se jih v času šolanja premalo naučimo«. Pripadajoče kode: nič se nisem naučil v času šolanja za delo v NMP, vloga timskega dela, prepoznavanje ogroženega pacienta, večino znanja pridobimo s prakso, vse kar izvajamo na NMP.

Kategorija 2: »potrebna znanja in veščine pred vstopom na delo v NMP«. Pripadajoče kode: TPO, komunikacija, triaža, vzpostavitev venske poti, imobilizacija, rokovanje z defibrilatorjem, delo v timu, poznavanje zdravil, ITLS, oskrba otrok, razlika med oskrbo otrok – odraslih.

Kategorija 3: »obseg znanj in veščin zaposlenih v timu NMP«. Pripadajoče kode: zadosten obseg, premalo napisanih algoritmov, premalo urjenja v timu, ki obravnava primere, premajhen obseg.

Kategorija 4: »vsebine in veščine, ki bi jih zaposleni v NMP pri izvajanju nujnih ukrepov morali bolje obvladati«. Pripadajoče kode: prepoznavna ogroženega pacienta, držati se svojih kompetenc, poznavanje področja za delo v timu in boljše sodelovanje, reanimacija, imobilizacija.

Kategorija 5: »sedanje sledenje tehnološkemu napredku«. Pripadajoče kode: sedaj sledimo s težavo, z internim izobraževanjem in udeležbo na seminarjih.

Kategorija 6: »izboljšave, nastale z uvedbo kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja«. Pripadajoče kode: pomembno za manjše enote, kjer je manj nujnih intervencij, enotnejši način dela, mora biti stalno in kontinuirano, zaradi majhnega števila intervencij v enoti znanja kronično primanjkuje.

Kategorija 7: »vsebine in veščine, ki se jih je potrebno skupaj usposablјati z medpoklicnim izobraževanjem«. Pripadajoče kode: TPO, prepoznavna ogroženega pacienta, delovanje aparatov, timsko učenje primerov s simulacijskimi scenariji, tehnična izvedba primerov.

Kategorija 8: » uvedba medpoklicnega izobraževanja s preverjanjem znanja in uvedbo licenc«. Pripadajoče kode: obvezno, predpisano izobraževanje za vse poklicne skupine.

Kategorija 9: » način uvedbe medpoklicnega izobraževanja«. Pripadajoče kode: izkušeni člani učijo nove člane, timsko urjenje z igranjem situacij, enoten izobraževalni program s tečaji za vse.

Kategorija 10: » izboljšave po zgledu razvitih evropskih držav«. Pripadajoče kode: švedski model, avstrijsko - nemški model, izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev, boljšo organizacijo dela.

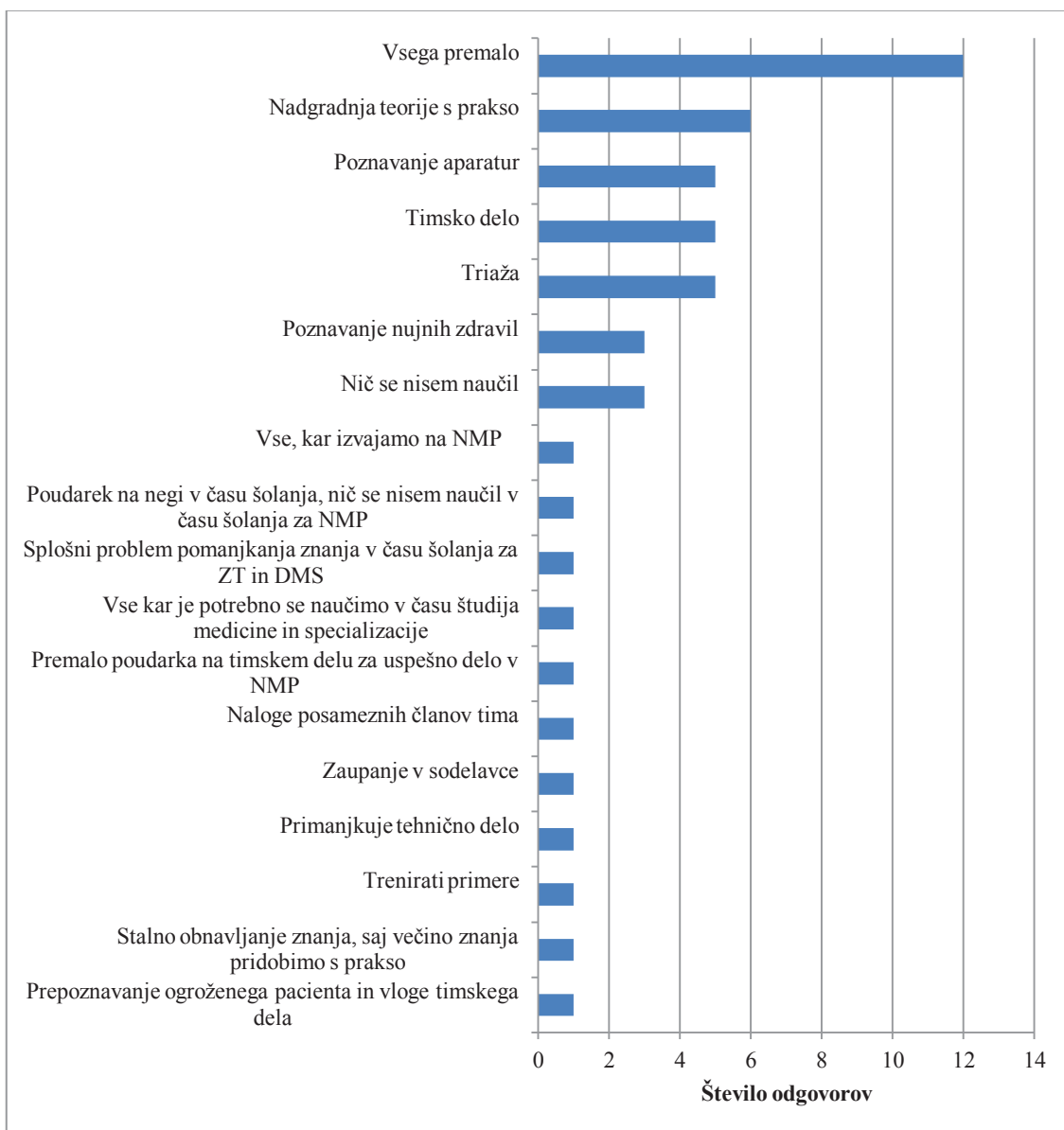
3.4.2 Rezultati pilotne študije metode delfi

Rezultati pilotne študije metode delfi so pokazali, da je anketni vprašalnik jasen in nedvoumen, saj je povprečna stopnja jasnosti pri vseh predlaganih trditvah > 6,1.

3.4.3 Rezultati semistrukturiranega intervjuja

3.4.4 Kategorija 1: » vsebine, ki se jih v času šolanja premalo naučimo«.

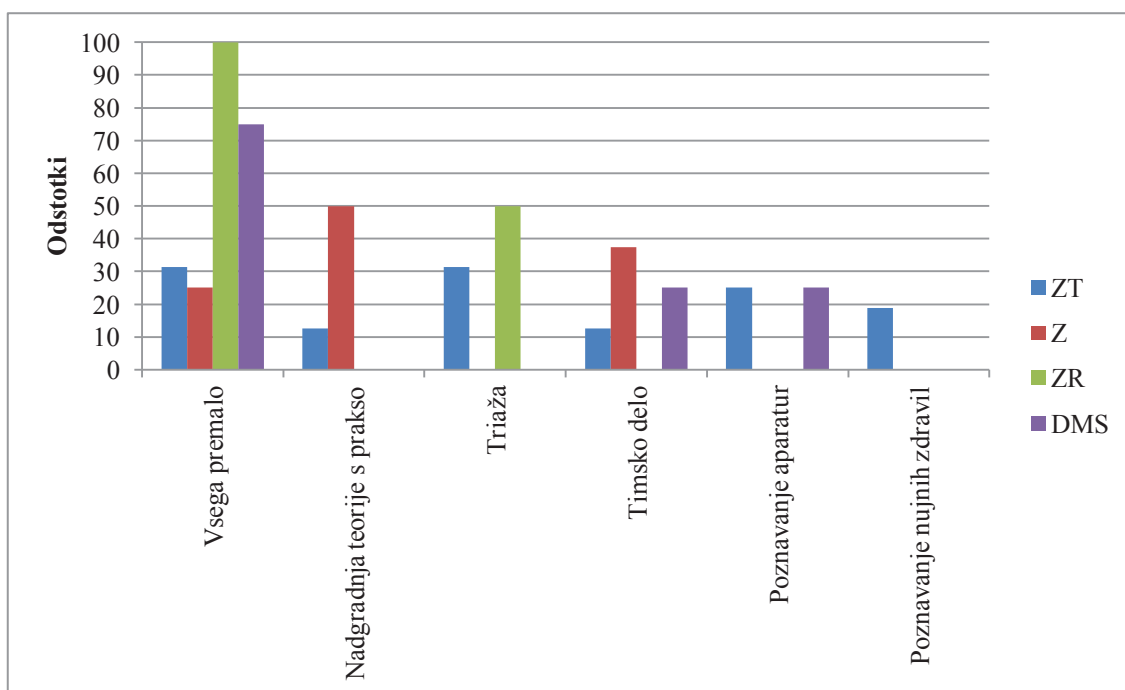
Pripadajoče kode: vsega premalo, nadgradnja teorije s prakso, poznavanje aparatur, timsko delo, triaža, poznavanje nujnih zdravil, nič se nisem naučil, vse kar izvajamo na NMP, povdarek na negi v času šolanja, nič se nisem naučil v času šolanja za NMP, splošni problem pomanjkanja znanja v času šolanja za zdravstvene tehnike (v nadaljevanju ZT) in diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike (v nadaljevanju DMS/DZ), vse kar potrbno se naučimo v času študija medicine in specializacije, premalo poudarka na timskem delu v NMP, naloge posameznih članov tima, zaupanje v sodelavce, primanjkuje tehnično delo, trenirati primere, stalno obnavljanje znanja saj večino znanja pridobimo s prakso, prepoznavanje ogroženega pacienta in vloge timskega dela.



Slika 1: Mnenja intervjuvancev o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki se jih v času šolanja premalo naučimo

Uporabili smo semistrukturirani intervju. Na vprašanje, ki smo ga postavili intervjuvancem, kaj menijo o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki se jih v času šolanja premalo naučimo in usposobimo (slika 1), je 12 vprašanih odgovorilo, da je »vsega znanja, potrebnega za delo na NMP premalo«, kar predstavlja 43 % vseh, ki so odgovorili na to vprašanje. Po številčnosti sledi odgovor »nadgradnja teorije s prakso«, s 6 odgovori, kar znaša 21,5 % vprašanih, 5 vprašanih pa je odgovorilo, da se v času šolanja premalo naučimo o triaži, timskem delu ter poznavanju aparaturo, 3 so odgovorili, da je potrebno boljše poznavanje nujnih zdravil in prav tako 4 vprašani so

odgovorili, da se v času šolanja »niso naučili nič za delo v NMP« medtem, ko sta 2 vprašana odgovorila, da se v času šolanja naučijo »vse, za delo v NMP«. Med ostalimi odgovori so še »poudarek na negi v času šolanja, nič se nisem naučil za delo v NMP«, splošni problem pomanjkanja znanja za ZT in DMS/DZ, naloge posameznih članov tima, zaupanje v sodelavce, primanjkuje tehničnega dela, trenirati primere, stalno obnavljanje znanja, saj večino znanja dobimo s prakso, prepoznava ogroženega pacienta.



Legenda: Z – zdravnik, ZT – zdravstveni tehnik, ZR – zdravstveni reševalec, DMS – diplomirana medicinska sestra

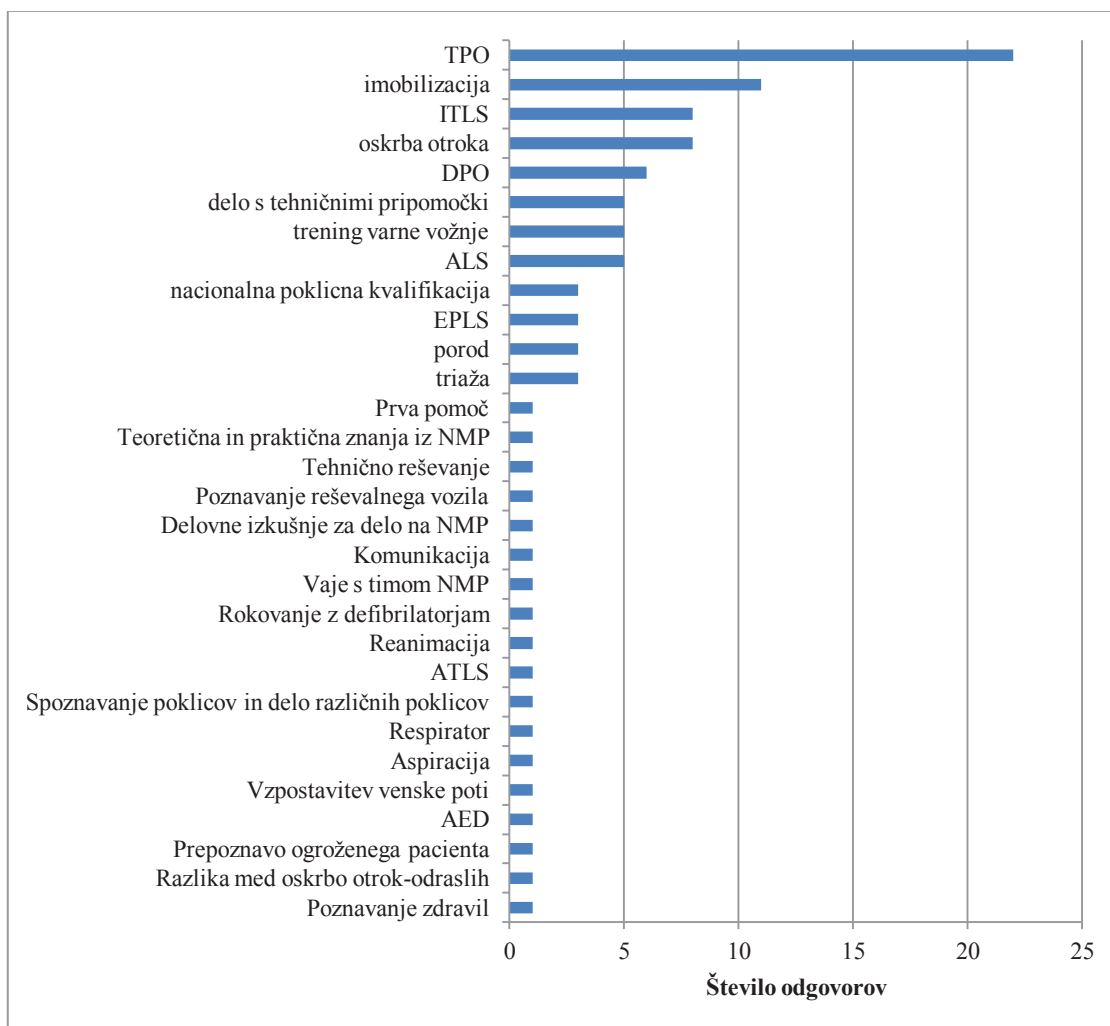
Slika 2: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o "premalo obravnavanem znanju in veščinah v času šolanja"

Slika 2 prikazuje najpogostejše odgovore posameznih poklicnih skupin o teoretičnem znanju in praktičnih veščinah, ki se ga po njihovem mnenju v času šolanja premalo naučimo in izurimo. Vsi vprašani zdravstveni reševalci so navedli, da je v splošnem vsega znanja premalo. Enako meni tudi 75 % vseh vprašanih diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, 31 % zdravstvenih tehnikov in 25 % zdravnikov. Pri drugem najpogostejšem odgovoru, da je potrebno teorijo nadgraditi s prakso v času šolanja se je strinjalo 50 % zdravnikov in 12 % zdravstvenih tehnikov. Mnenje vprašancev, da je premajhen poudarek na triaži v času šolanja je navedlo 50 % zdravstvenih reševalcev in 31 % zdravstvenih tehnikov. V času šolanja se premalo naučimo o timskem delu meni 37 % zdravnikov, 25 % diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in 12 %

zdravstvenih tehnikov. Za večji poudarek v času šolanja na področju poznavanja aparaturo se je opredelilo 25 % zdravstvenih tehnikov in 25 % diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov ter za poznavanje nujnih zdravil 19 % zdravstvenih tehnikov.

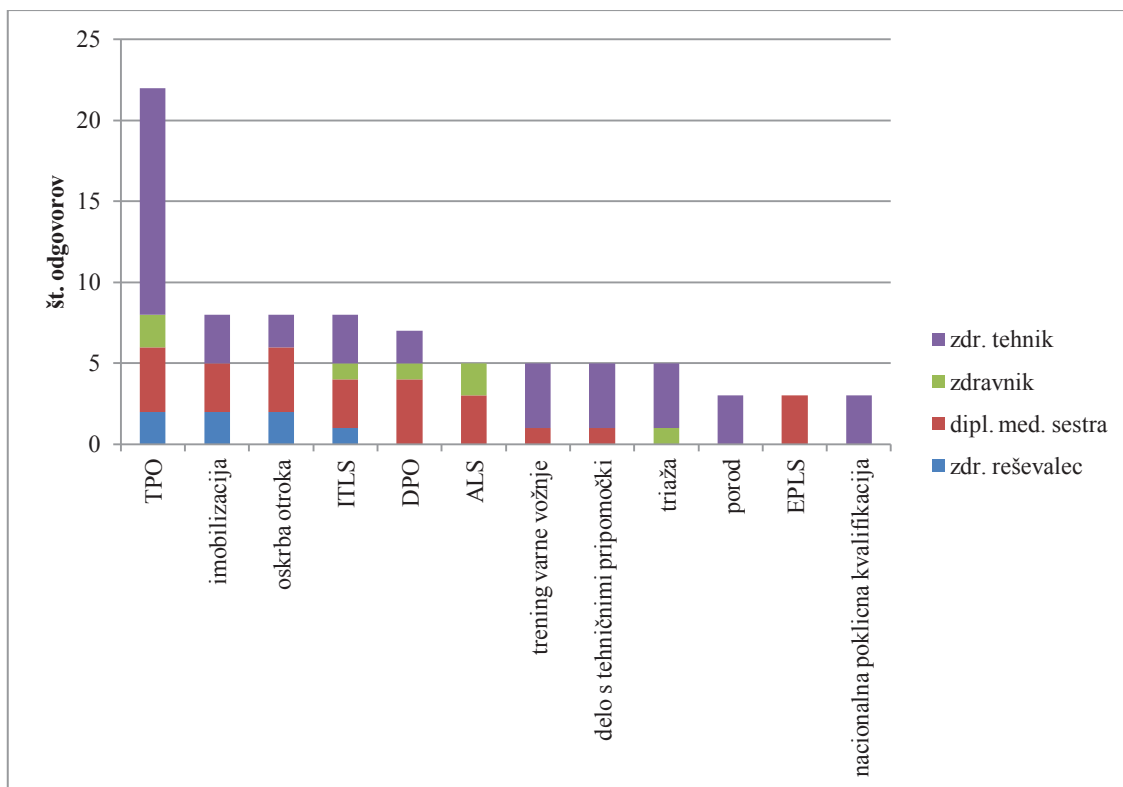
3.4.5 Kategorija 2: » potrebna znanja in veščine pred vstopom na delo v NMP«.

Pripadajoče kode: »TPO, imobilizacija, ITLS, oskrba otroka, DPO, delo s tehničnimi pripomočki, trening varne vožnje, ALS, nacionalna poklicna kvalifikacija, EPLS, porod, triaža, prva pomoč, teoretična in praktična znanja iz NMP, tehnično reševanje, poznavanje reševalnega vozila, delovne izkušnje za delo v NMP, komunikacija, vaje s timom NMP, rokovanje z defibrilatorjem, reanimacija, ATLS, spoznavanje poklicov in delo različnih poklicov, respirator, aspiracija, vzpostavitev venske poti, AED, prepoznavna ogroženega pacienta, razlika med oskrbo otrok – odraslih, poznavanje zdravil«.



Slika 3: Mnenja intervjuvancev o potrebnem znanju in veščinah pred vstopom na delo v NMP

Na vprašanje, katera teoretična znanja in praktične veščine bi bilo potrebno pridobiti in obvladati pred vstopom na delo v NMP (slika 3) je 73 % vseh vprašanih navedlo temeljne postopke oživljanja kot znanje oziroma veščino, ki se vprašanim zdi najpomembnejše. Kot potrebna znanja in veščine, katera je navedlo več kot 5 intervjuvancev, pa so tudi imobilizacija poškodovanih, oskrba kritično bolnega otroka in dodatni postopki oživljanja pri odraslih in otrocih ter tečaj ITLS. 5 ali manj vprašanih pa je navedlo, da so to vsebine ALS, European Paediatric Life support (v nadaljevanju EPLS), trening varne vožnje, delo s tehničnimi pripomočki, porod, triaža, vaje s timom, poznavanje reševalnega vozila, komunikacija znotraj tima, reanimacija, rokovanje z defibrilatorjem, vzpostavitev venske poti, poznavanje respiratorja in aspiratorja, prepoznavo ogroženega pacienta, poznavanje zdravil, poklicna nacionalna kvalifikacija, poznavanje avtomatskega zunanega defibrilatorja (v nadaljevanju AED), prva pomoč.



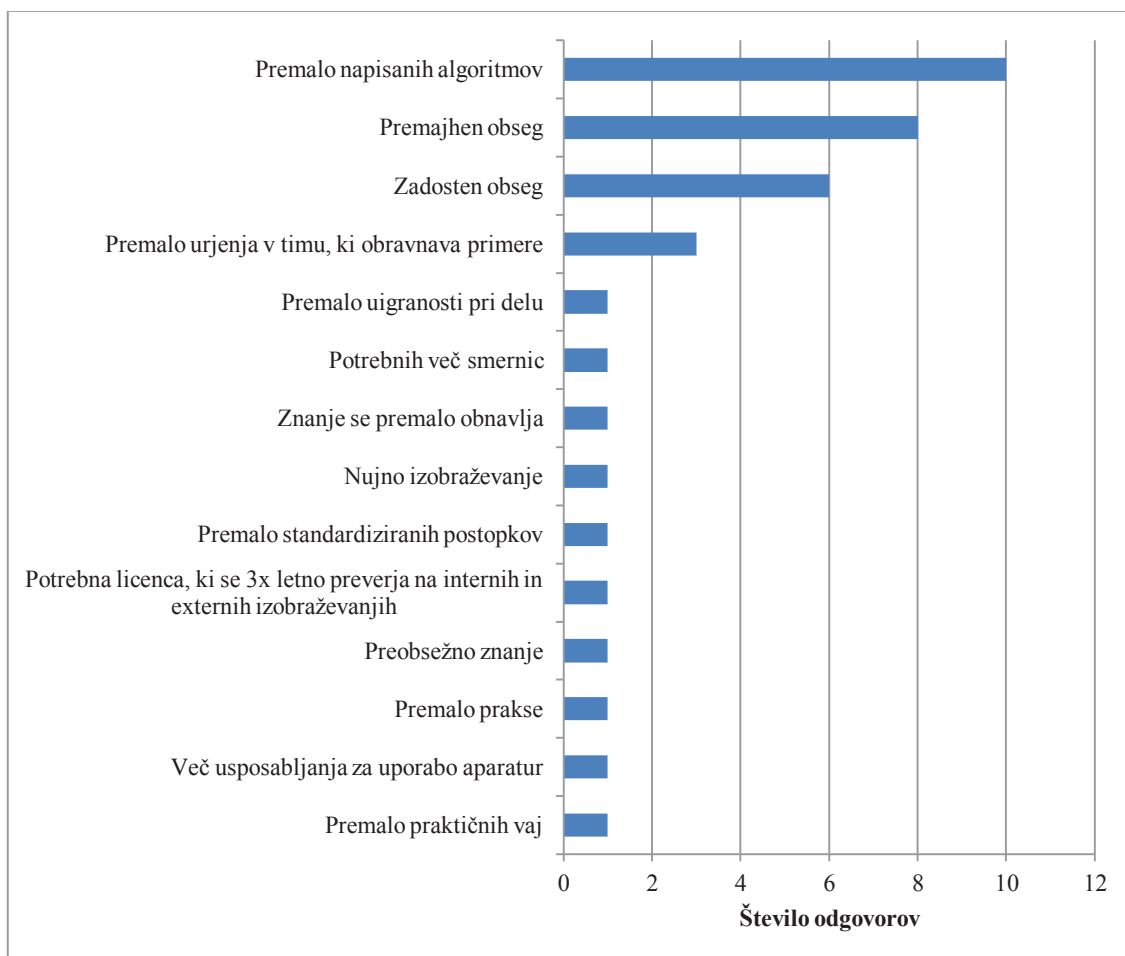
Slika 4: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o "potrebnem znanju in veščinah pred nastopom na delo v NMP"

V sliki 4 so predstavljeni najpogostejši odgovori intervjuvancev posameznih poklicnih skupin o potrebnem teoretičnem znanju in praktičnih veščinah, ki bi ga po njihovem mnenju morali imeti zaposleni v NMP že pred vstopom na delo v NMP. Kot najpomembnejše znanje oz. veščino, ki ga je potrebno obvladati pred pričetkom na dela v NMP, je TPO navedlo 14 zdravstvenih tehnikov, 4 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki ter po 2 zdravnika in zdravstvena reševalca. Imobilizacijo so prepoznali kot pomembno znanje oz. veščino 3 zdravstveni tehniki, 3 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in 2 zdravstvena reševalca. Tretji najštevilčnejši odgovor intervjuvancev je znanje in veščine oskrbe kritično bolanega otroka in sicer so se za to možnost opredelile 4 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki ter 2 zdravstvena tehnika in 2 zdravstvena reševalca. Tečaj ITLS so navedle 3 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in 3 zdravstveni tehniki ter 1 zdravnik in 1 zdravstveni reševalec. Da so to vsebine DPO menijo 4 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, 2 zdravstvena tehnika in 1 zdravnik. Sledijo še ALS, katerega so predlagale 3 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in 2 zdravnika, trening varne vožnje so

predlagali 4 zdravstveni tehniki in 1 diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, delo z aparaturami 4 zdravstveni tehniki in 1 diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, triažo je predlagal 1 zdravnik in 4 zdravstveni tehniki, porod 3 zdravstveni tehniki, EPLS 3 diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki ter nacionalno poklicno kvalifikacij 3 zdravstveni tehniki.

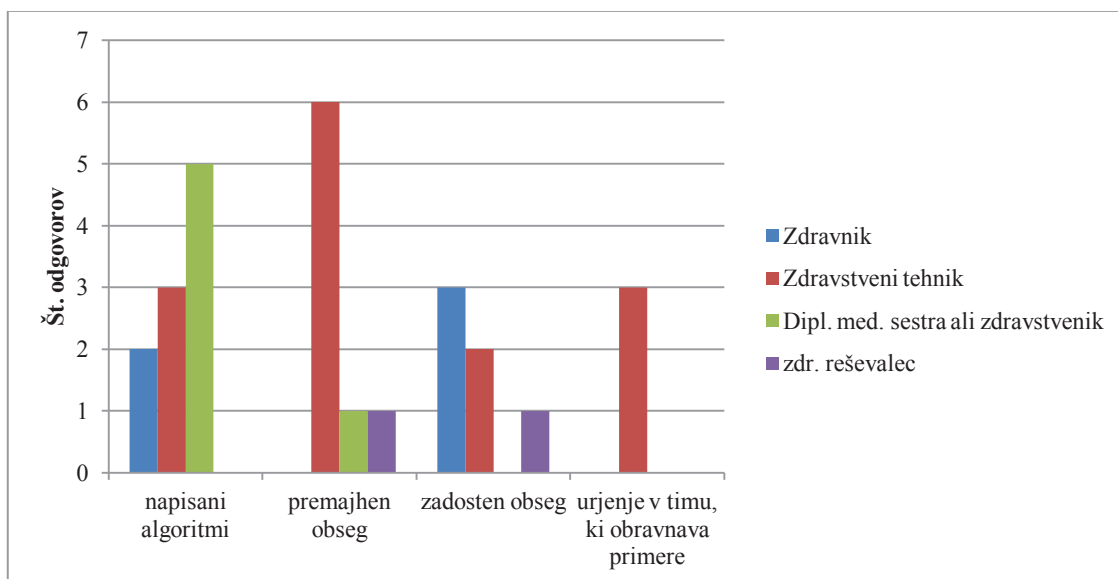
3.4.6 Kategorija 3: »obseg znanj in veščin zaposlenih v timu NMP«.

Pripadajoče kode: »premalo napisanih algoritmov, premajhen obseg, zadosten obseg, premalo urjenja v timu, ki obravnava primere, premalo uigranosti pri delu, potrebnih več smernic, znanje se premalo obnavlja, nujno izobraževanje, premalo standardiziranih postopkov, potrebna licenca, ki se 3x letno preverja na internih in externih izobraževanjih, preobsežno znanje, premalo prakse, več usposabljanja za uporabo aparatur, premalo praktičnih vaj«.



Slika 5: Mnenja intervjuvancev o obsegu teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki ga morajo imeti zaposleni v timu NMP pri izvajanju nujnih ukrepov

Na vprašanje, kaj menijo o obsegu teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki ga morajo imeti zaposleni v timu NMP (slika 5), je 10 intervjuvancev odgovorilo, da so napisani algoritmi, 8 jih meni, da je obseg znanja in veščin premajhen 6 vprašanih pa je odgovorilo, da je obseg znanja in veščin zadosten medtem, ko so 3 vprašani mnenja, da je potrebno urjenje v timu, ki obravnava posamezne primere. Odgovori, ki so bili zastopani v manjši meri pa so bili: premalo praktičnih vaj, potrebno je več usposabljanja za delo z aparaturami, premalo prakse, znanje je že preobsežno, potrebna licenca, ki se trikrat letno preverja, premalo uigranosti pri delu, potrebnih je več smernic za delo, znanje se premalo obnavlja, potrebno več izobraževanja. Na omenjeno vprašanje nista odgovorila 2 intervjuvanca.



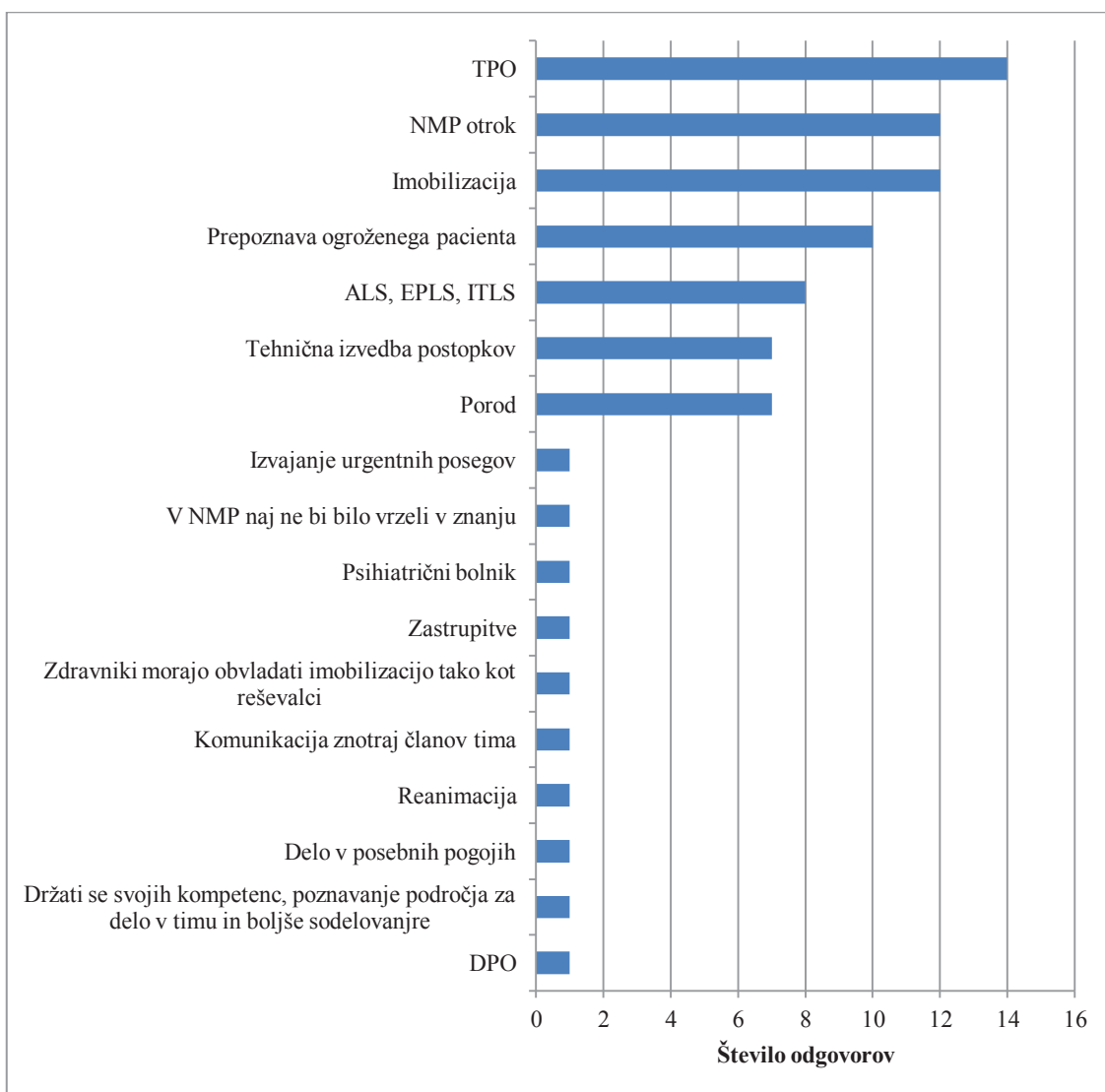
Slika 6: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o "obsegu teoretičnega znanja in praktičnih veščin zaposlenih v timu NMP pri izvajanju nujnih ukrepov"

V sliki 6 so predstavljeni najpogostejši odgovori intervjuvancev posameznih poklicnih skupin o obsegu teoretičnega znanja in praktičnih veščin zaposlenih v timu NMP. Intervjuvanci so kot najpotrebnejšo vsebino, ki jo morajo poznati vse poklicne skupine, ki sodelujejo pri izvajanju NMP navedli potrebo po napisanih algoritmih, za kar se je opredelilo 5 diplomiranih medicinskih sestr/zdravstvenikov, 3 zdravstveni tehniki in 2 zdravnika. Drugi napogostejši odgovor, da je obseg teoretičnega znanja in praktičnih veščin premajhen, je mnenja 6 zdravstvenih tehnikov ter 1 zdravstveni reševalec in 1 diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik. Zadosten obseg teoretičnega znanja in praktičnih veščin so smatrali 3 zdravniki, 2 zdravstvena tehnika in 1 zdravstveni reševalec, medtem ko so urjenje v timu, ki obravnava primere, izmed vseh poklicnih skupin, navedli kot potrebno vsebino le 3 zdravstveni tehniki.

3.4.7 Kategorija 4: »vsebine in veščine, ki bi jih zaposleni v NMP pri izvajanju nujnih ukrepov morali bolj obvladati«.

Pripadajoče kode: »TPO, NMP otrok, imobilizacija, prepoznavanje ogroženega pacienta, ALS, EPLS, ITLS, tehnična izvedba postopkov, porod, izvajanje urgentnih posegov, v NMP naj ne bi bilo vrzeli v znanju, psihiatrični bolnik, zastrupitve, zdravniki morajo obvladati imobilizacijo tako kot reševalci, komunikacija znotraj članov tima,

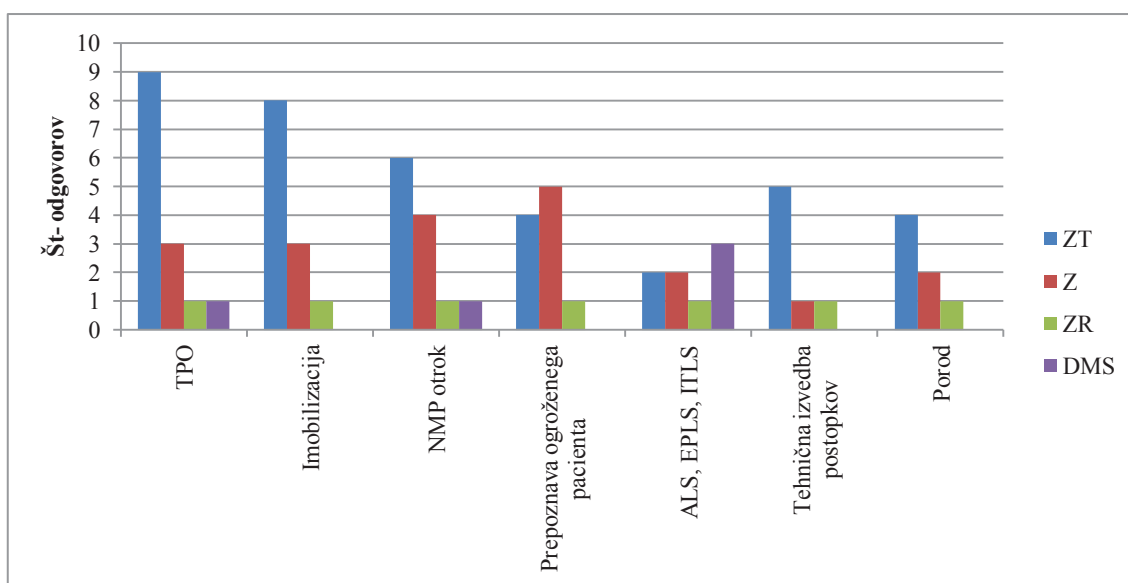
reanimacija, delo v posebnih pogojih, držati se svojih kompetenc, poznavanje področja za delo v timu in boljše sodelovanje, DPO».



Slika 7: Vsebine, ki bi jih po mnenju intervjuvancev morali zaposleni na NMP bolje poznati in obvladati

Na vprašanje o vsebinah, ki bi jih posamezne poklicne skupine tima NMP morale bolje poznati in obvladati (slika 7), je odgovorilo 28 intervjuvancev, 2 pa na to vprašanje nista odgovorila. 14 vprašanih je kot vsebino, ki bi jo morali člani tima bolje obvladati navedlo TPO, 12 jih je odgovorilo, da je to imobilizacija in oskrba kritično bolnega otroka, 10 pa jih je mnenja, da bi zaposleni na NMP morali bolje poznati prepoznavo ogroženega pacienta. 8 intervjuvancev je mnenja, da so to tečajji ALS, EPLS in ITLS, medtem ko je 7 vprašanih navedlo tehnično izvedbo postopkov in postopke pri porodu.

Vsebine, ki so jih intervjuvanci iz posameznih poklicnih skupin prepoznali za potrebne in so zastopane z enim odgovorom oziroma mnenjem, so tudi izvajanje urgentnih posegov, obravnava psihiatričnega bolnika, zastupitve, reanimacija, DPO, delo v posebnih pogojih, zdravniki naj bi obvladali imobilizacijo kot reševalci, komunikacija znotraj članov tima, držati se svojih kompetenc, v NMP naj ne bi bilo vrzeli v znanju.



Legenda: Z – zdravnik, ZT – zdravstveni tehnik, ZR – zdravstveni reševalec, DMS – diplomirana medicinska sestra

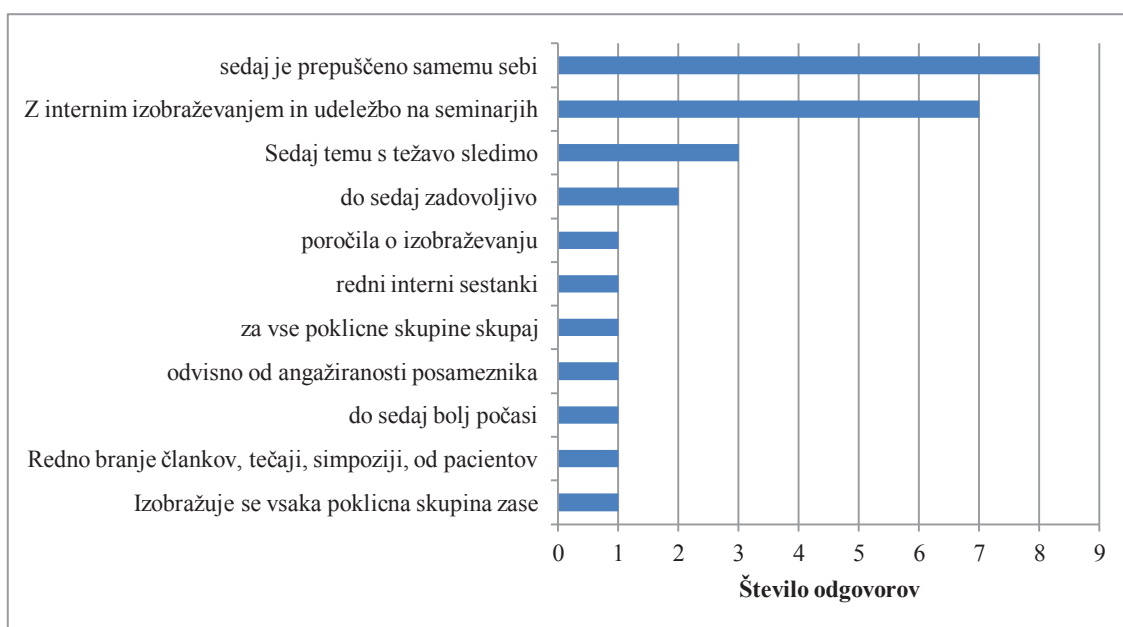
Slika 8: Najpogostejša mnenja posameznih poklicnih skupin o vsebinah, ki bi jih zaposleni na NMP morali bolje poznati

Če porazdelimo zgoraj navedene odgovore po posameznih poklicnih skupinah, kot je prikazano v sliki 8 vidimo, da je 56 % zdravstvenih tehnikov, 37 % zdravnikov, 50 % zdravstvenih reševalcev in 25 % diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov mnenja, da bi zaposleni na NMP morali bolje poznati TPO, imobilizacijo je navedlo 50 % zdravstvenih tehnikov, 37 % zdravnikov ter 50 % zdravstvenih reševalcev medtem, ko se je za oskrbo kritično bolnega otroka opredelilo 37 % zdravstvenih tehnikov, 50 % zdravnikov in 50 % zdravstvenih reševalcev. Za prepoznavo ogroženega pacienta se je opredelilo 25 % zdravstvenih tehnikov, 62 % zdravnikov in 50 % zdravstvenih reševalcev, za tečaje, kot so ALS, EPLS, ITLS pa 12 % zdravstvenih tehnikov, 25 % zdravnikov, 50 % zdravstvenih reševalcev in 75 % diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Vsebino tehnične izvedbe postopkov je 31 % zdravstvenih tehnikov, 12 % zdravnikov in 50 % zdravstvenih reševalcev prepoznalo kot potrebno in

bi ga zaposleni na NMP morali bolje poznati, 25 % zdravstvenih tehnikov, 25 % zdravnikov ter 50 % zdravstvenih reševalcev pa meni, da je ta vsebina porod.

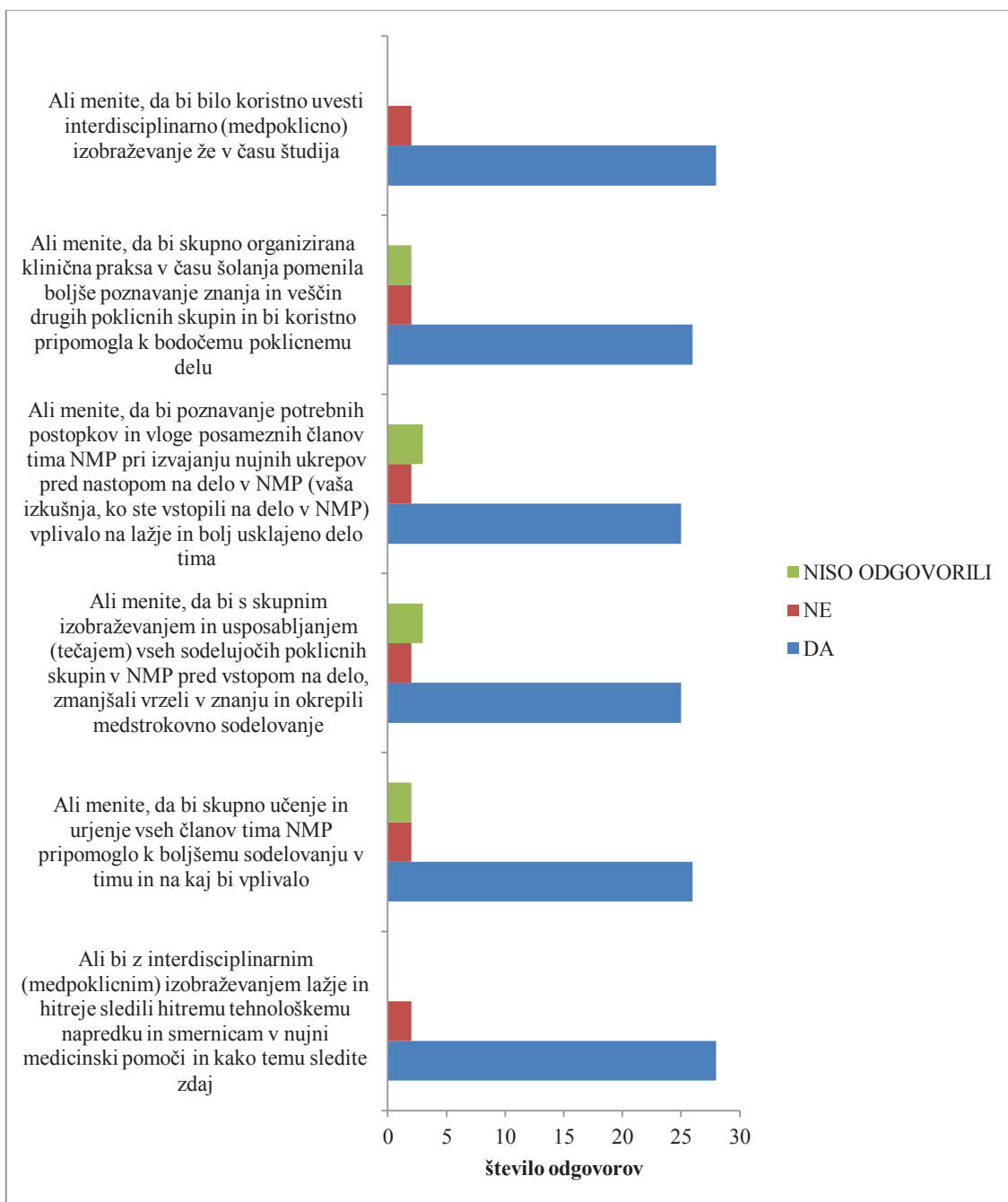
3.4.8 Kategorija 5: »sedanje sledenje tehnološkemu napredku«.

Pripadajoče kode: »sedaj je prepuščeno samemu sebi, z internim izobraževanjem in udeležbo na seminarjih, sedaj temu s težavo sledimo, do sedaj zadovoljivo, poročila o izobraževanju, redni interni sestanki, za vse poklicne skupine skupaj, odvisno od angažiranosti posameznika, do sedaj bolj počasi, redno branje člankov, tečaji, simpoziji, od pacientov, izobražuje se vsaka poklicna skupina zase«.



Slika 9: Mnenja intervjuvancev o sedanjem sledenju smernicam in tehnološkemu razvoju

Na vprašanje kako sedaj sledijo smernicam in hitremu tehnološkemu razvoju (slika 9), je 8 intervjuvancev odgovorilo, da je »sedaj to prepuščeno samemu sebi«, 7 vprašanih je odgovorilo, da sedaj sledijo z internim izobraževanjem in udeležbo na seminarjih, 3 so odgovorili »s težavo« in 2 »zadovoljivo«. Posamezni intervjuvanci so v odgovorih navedli tudi, da sedaj sledijo smernicam in tehnološkemu razvoju z rednimi sestanki, poročili o izobraževanju, z rednim branjem člankov, tečaji, simpoziji, od pacientov, »do sedaj bolj počasi«, »odvisno od angažiranosti posameznika«, »vse poklicne skupine skupaj« in »vsaka poklicna skupina zase«.



Slika 10: Mnenja intervjuvancev na postavljena zaprta vprašanja v intervjuju

Iz slike 10 je razvidno, da je 28 vprašanih odgovorilo, da bi bilo koristno uvesti medpoklicno izobraževanje že v času šolanja, kar predstavlja 93,33 % medtem, ko sta 2 vprašana mnenja, da to ni potrebno, kar predstavlja 6,67 %.

26 intervjuvancev je odgovorilo, da bi skupno organizirana klinična praksa v času šolanja pomenila boljše poznavanje znanja in veščin drugih poklicnih skupin, kar znaša

86,67 % medtem, ko se 2 vprašana s tem ne strinjata, kar znaša 6,67 %, 2 vprašana pa na to vprašanje nista odgovorila.

Iz slike 10 je razvidno, da se 25 intervjuvancev ali 83,33 % strinja s trditvijo, da bi poznavanje potrebnih postopkov in vloge posameznih članov tima pri izvajanju nujnih ukrepov pred nastopom na delo v NMP omogočilo lažje in bolj usklajeno delo tima NMP, 2 vprašana se s tem ne strinjata, kar predstavlja 6,67 % medtem, ko 3 intervjuvanci na to vprašanje niso odgovorili.

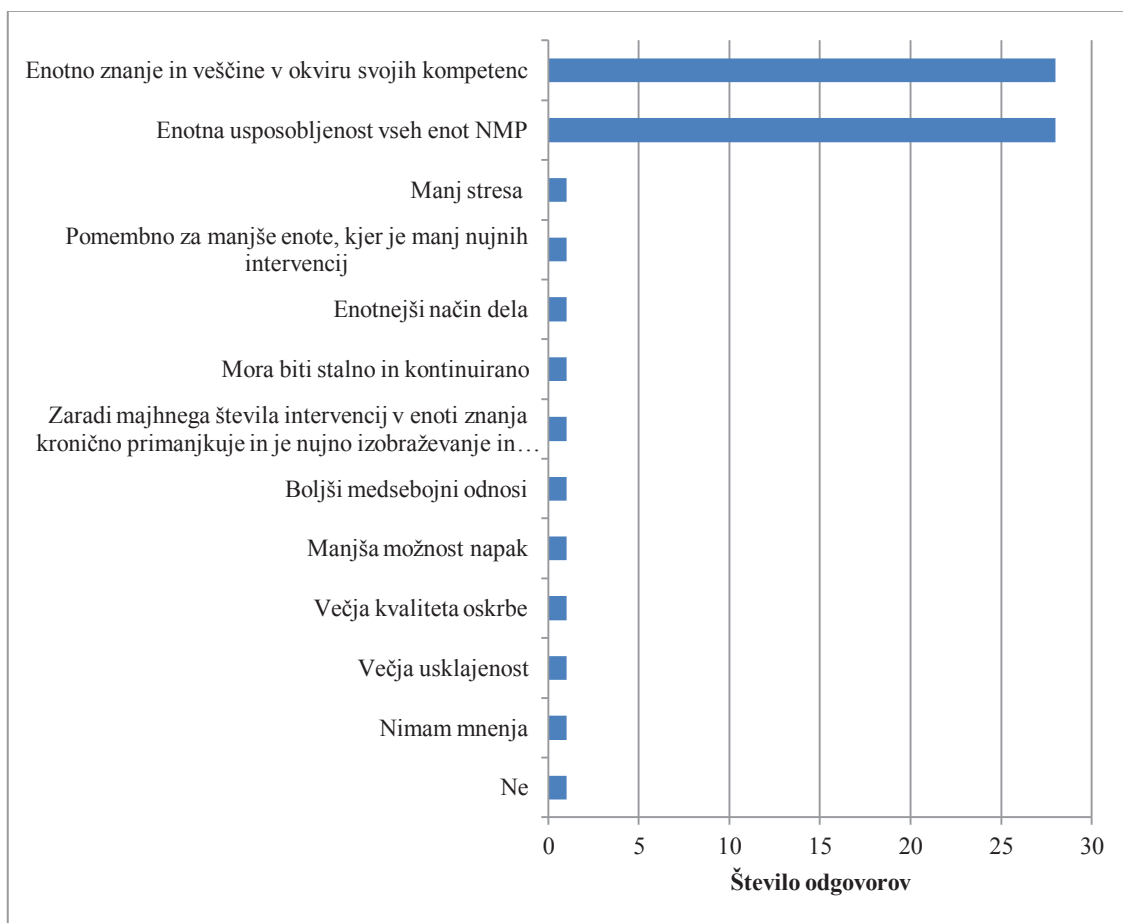
S trditvijo, da bi s skupnim medpoklicnim izobraževanjem in usposabljanjem vseh sodelujočih poklicnih skupin v timu NMP pred vstopom na delo v NMP zmanjšali vrzeli v znanju in okrepili medpoklicno sodelovanje se strinja 25 intervjuvancev, kar predstavlja 83,33 %, 2 se s to trditvijo ne strinjata, kar predstavlja 6,67 %, 3 pa na to vprašanje niso odgovorili.

V sliki 10 so prikazana mnenja, iz katerega je razvidno, da je 26 intervjuvancev ali 86,67 % odgovorilo, da bi skupno učenje in urjenje v timu NMP pripomoglo k boljšemu sodelovanju v timu, medtem ko se 2 vprašana ali 6,67 % s tem ne strinjata, 2 pa na to vprašanje nista odgovorila.

Na vprašanje, ali bi z medpoklicnim izobraževanjem lažje in hitreje sledili tehnološkemu napredku in smernicam v NMP, se je 28 vprašanih s tem strinjalo, kar predstavlja 93,33 % 2 vprašana pa sta mnenja, da takšno izobraževanje ne bi prineslo dodane vrednosti, kar predstavlja 6,67 %.

3.4.9 Kategorija 6: »izboljšave, nastale z uvedbo kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja«.

Pripadajoče kode: »enotno znanje in veščine v okviru svojih kompetenc, enotna usposobljenost vseh enot NMP, manj stresa, pomembno za manjše enote, kjer je manj nujnih intervencij, enotnejši način dela, mora biti stalno in kontinuirano, zaradi majhnega števila intervencij v enoti znanja kronično primanjkuje in nujno izobraževanje in usposabljanje, boljši medsebojni odnosi, manjša možnost napak, večja kvaliteta dela, večja usklajenost, nimam mnenja, nebi nastale«.



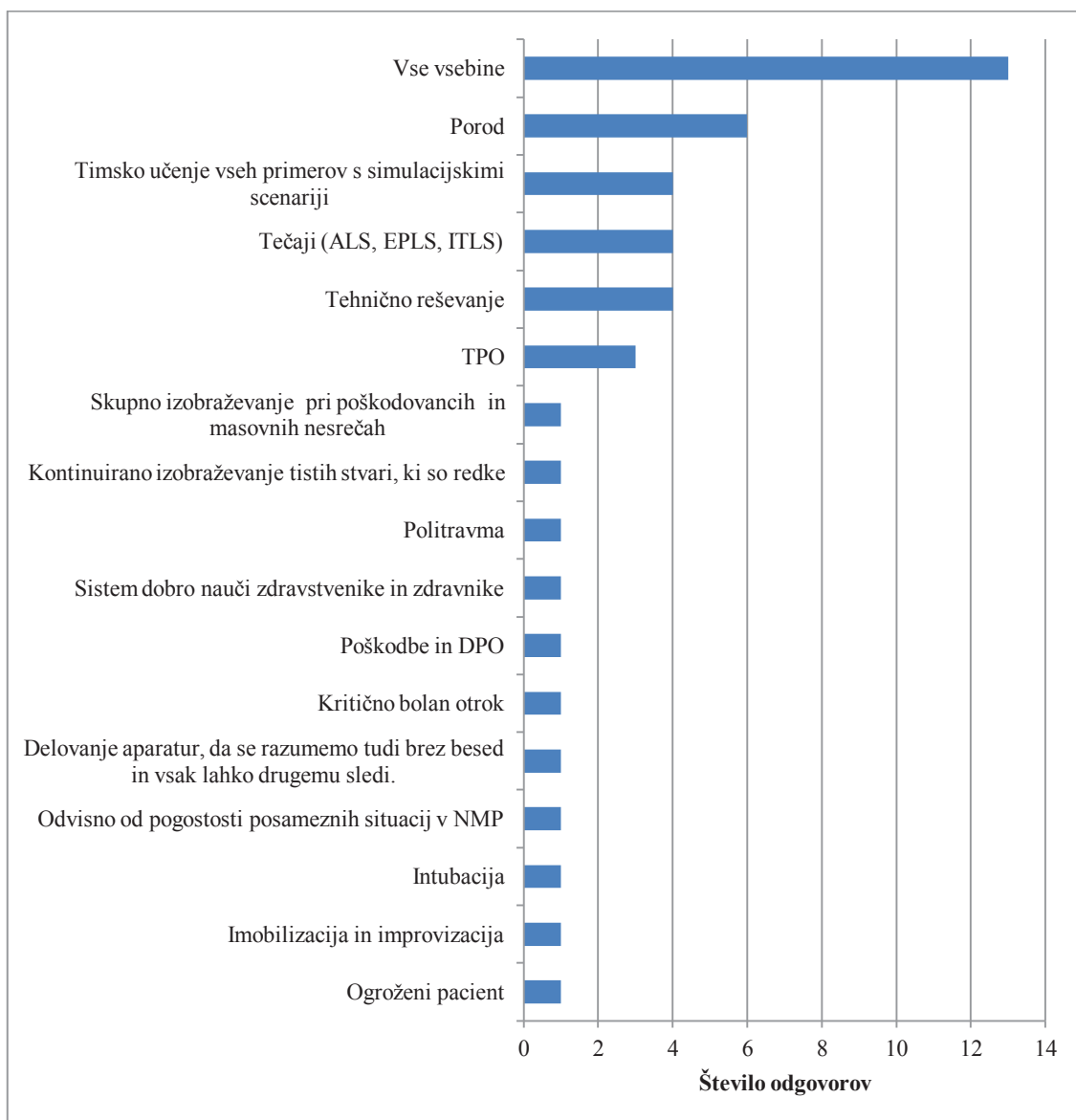
Slika 11: Mnenja intervjuvancev o uvedbi kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja

Iz slike 11 je razvidno, da je 28 intervjuvancev mnenja, da bi z uvedbo kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja zaposlenih v timu NMP dosegli »enotno znanje in veščine v okviru svojih kompetenc« ter »enotno usposobljenost vseh enot NMP«. V odgovorih pa navajajo tudi »manj stresa«, »pomembnejše za manjše enote, kjer je manj nujnih primerov«, enotnejši način dela, boljše medsebojne odnose, manjšo možnost napak, večjo kvaliteto oskrbe in večjo usklajenost pri delu, eden meni, da to ni potrebno in eden o tem nima mnenja.

3.4.10 Kategorija 7: »vsebine in veščine, ki se jih je potrebno skupaj usposabljeni z medpoklicnim izobraževanjem«.

Pripadajoče kode: vse vsebine, porod, timsko učenje vseh primerov s simulacijskimi scenariji, tečajji ALS, EPLS, ITLS, tehnično reševanje, TPO, skupno izobraževanje pri poškodovanih in masovnih nesrečah, kontinuirano izobraževanje tistih stvari, ki so redke, politravma, sistem dobro nauči zdravnike in zdravstvenike, poškodbe in DPO,

kritično bolan otrok, delovanje aparaturne opreme, da se razumemo tudi brez besed in vsak lahko drugemu sledi, odvisno od pogostosti posameznih situacij v NMP, intubacija, imobilizacija in improvizacija, ogrožen pacient.



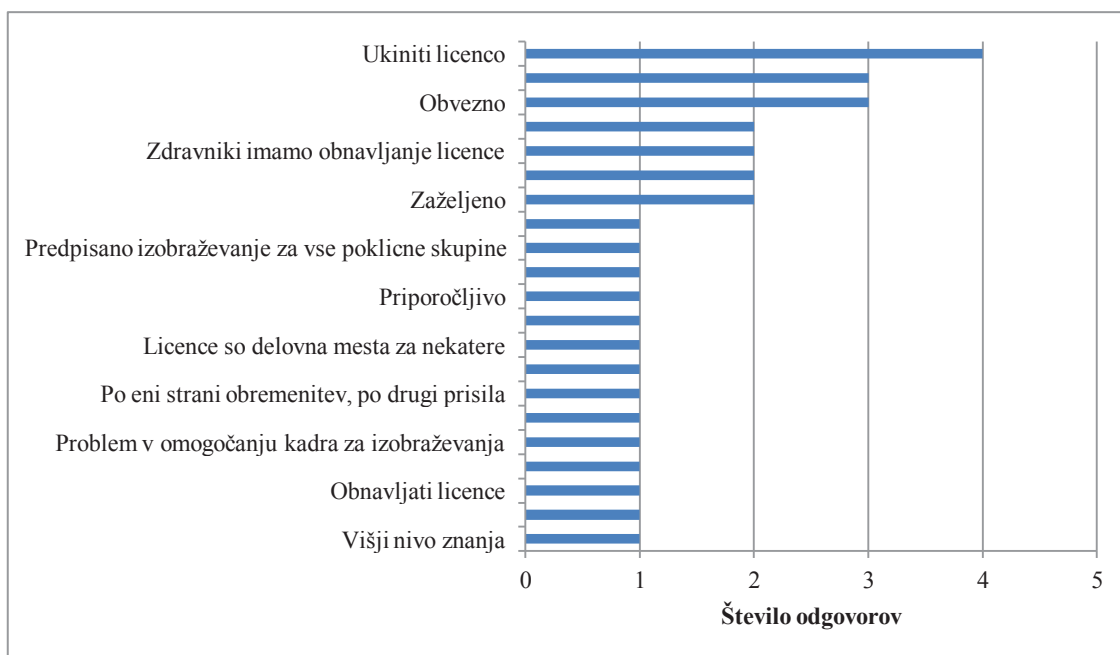
Slika 12: Mnenja intervjuvancev o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki jih je potrebno izuriti z medpoklicnim izobraževanjem

Na vprašanje o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih bilo koristno učiti in izuriti z medpoklicnim izobraževanjem, tj. skupaj vse poklicne skupine hkrati, se je 13 vprašanih splošno opredelila za »vse vsebine«, nekoliko konkretnjeji pa so navedli »porod«, kar je odgovorilo 6 vprašanih, 4 vprašani so mnenja, da bi bilo potrebno »timsko učenje vseh primerov s simulacijskimi scenariji«, 4 vprašani pa

menijo, da je to tehnično reševanje in prav tako 4 vprašani menijo, da so to tečaji ALS, EPLS in ITLS ter 3 vprašani so navedli TPO. Kot potrebna znanja in veščine so posamezni člani poklicnih skupin navedli tudi vsebine politravme, poškodbe in DPO, kritično bolan otrok, delovanje aparaturo, imobilizacijo in inprovizacijo pri nujnih ukrepih, ogroženi pacient, intubacija, kontinuirano izobraževanje tistih primerov, ki so redki (slika 12).

3.4.11 Kategorija 8: » uvedba medpoklicnega izobraževanja s preverjanjem znanja in uvedbo licenc«.

Pripadajoče kode: »ukiniti licenco, obvezno, zdravniki imamo obnavljanje licence, zaželjeno, predpisano izobraževanje za vse poklicne skupine, priporočljivo, licence so delovna mesta za nekatere, po eni strani obremenitev, po drugi prisila, problem v omogočanju kadra za izobraževanja, obnavljati licence, višji nivo znanja«.



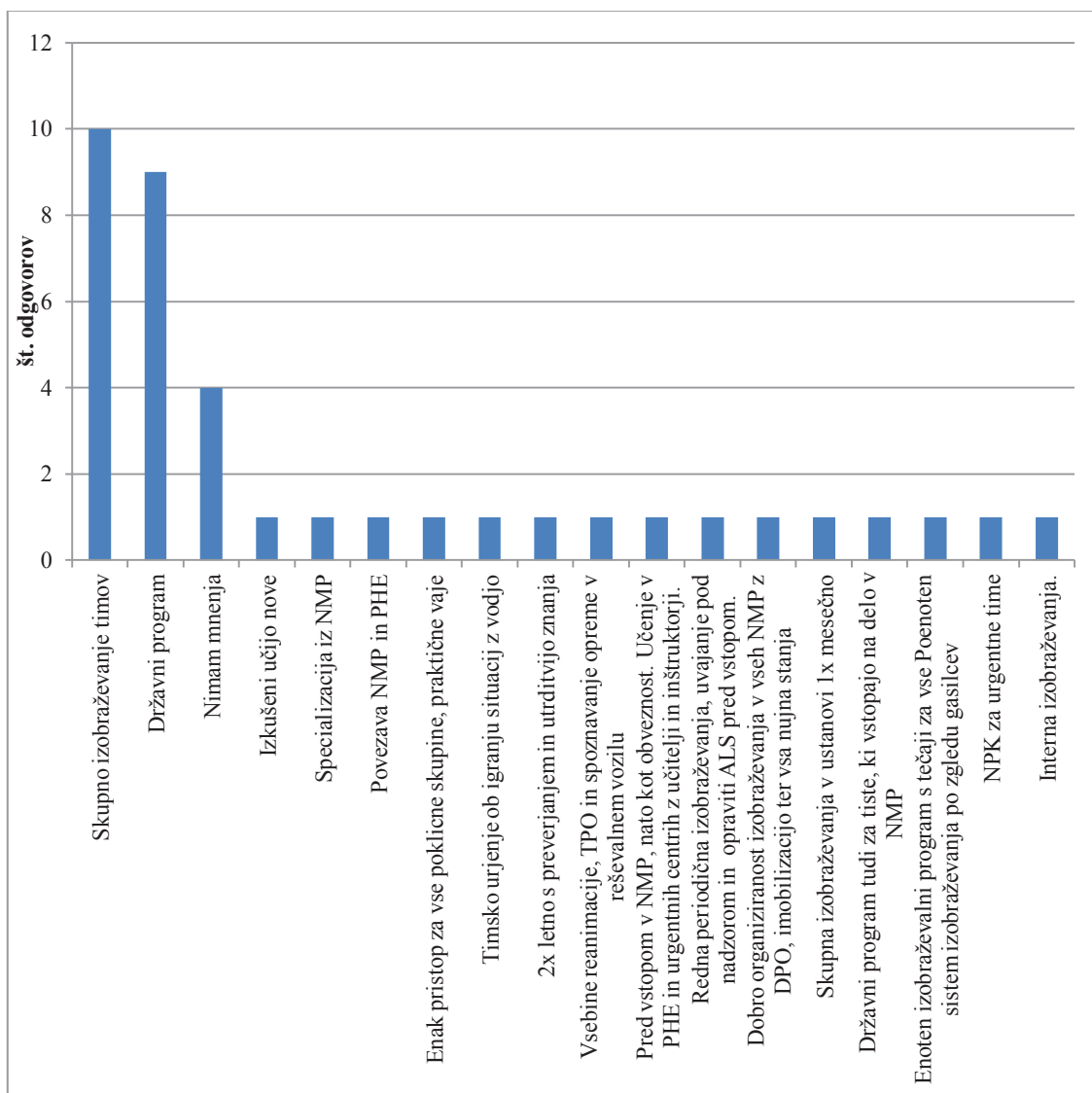
Slika 13: Mnenja intervjuvancev o uvedbi kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja s preverjanjem znanja in uvedbo licenc

Mnenja intervjuvancev o uvedbi kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja z uvedbo licenc so deljena (slika 13). Vse diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, tri četrtine zdravnikov in polovica zdravstvenih tehnikov se s to trditvijo strinjajo. Nekateri zdravstveni tehniki pa so tudi mnenja, da je licenca zgolj »pobiranje denarja in delovna mesta za nekatere« ter, da licence »izdajajo nekateri, ki nimajo več aktivne vloge – npr.

pri Nacionalni poklicni kvalifikaciji«. 4 vprašani menijo, da licenca ni potrebna, 2 vprašana o tem nimata mnenja, 2 zdravnika pa sta navedla, da že imajo obnavljanje licence. Nekateri vprašani navajajo problem v omogočanju sredstev, kadra in izvedbe kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja. Eden izmed vprašanih pa je navedel, da bi s tem dosegli višji nivo znanja.

3.4.12 Kategorija 9: »način uvedbe medpoklicnega izobraževanja«.

Pripadajoče kode: »skupno izobraževanje timov, državni program, nimam mnenja, izkušeni učijo nove, specializacija iz NMP, povezava NMP in PHE, enak pristop za vse poklicne skupine, praktične vaje, timsko urjenje z igranjem situacij z vodjo, 2x letno s preverjanjem in utrjevanjem znanja, vsebine reanimacije, TPO in spoznavanje opreme v reševalnem vozilu, pred vstopom v NMP nato kot obveznost, učenje v PHE in urgentnih centrih z učitelji in inštruktorji, redna periodična izobraževanja, uvajanje pod nadzorom in opravi ALS pred vstopom v NMP, dobro organiziranost izobraževanja v vseh NMP z DPO, imobilizacijo ter vsa nujna stanja, skupna izobraževanja v ustanovi 1x mesečno, državni program tudi za tiste, ki vstopajo na delo v NMP, enoten izobraževalni program s tečaji za vse, poenoten sistem izobraževanja po zgledu gasilcev, NPK za urgentne time, interna izobraževanja«.



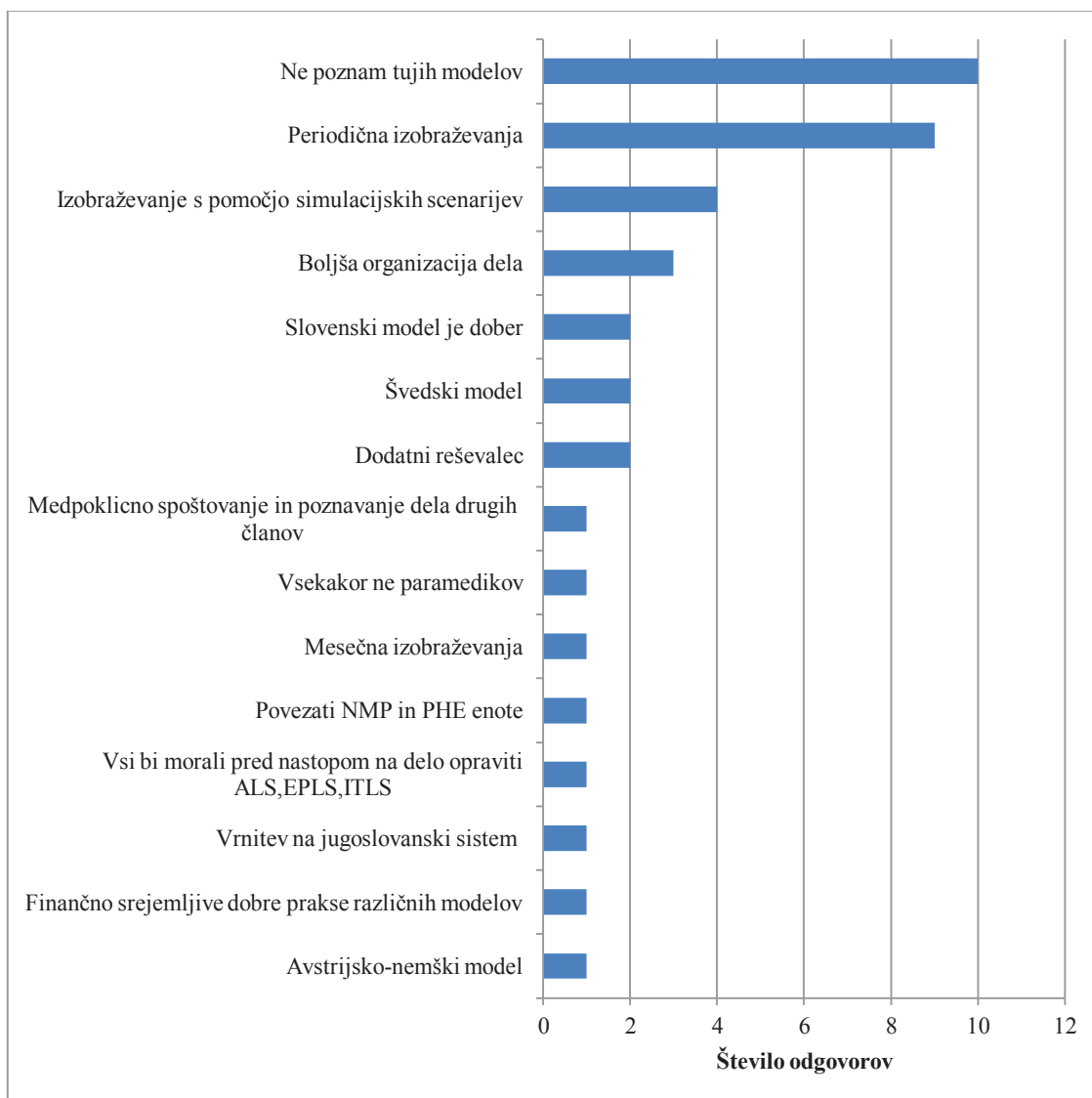
Slika 14: Mnenja intervjuvancev o načinu uvedbe medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja timov NMP

Na vprašanje, kako bi vpeljali medpoklicno izobraževanje in usposabljanje za člane tima NMP in tiste, ki vanje šele vstopajo in katere vsebine in veščine bi predlagali, se je 10 vprašanih opredelilo za »skupno izobraževanje timov«, za »uvedbo državnega programa« pa 9 vprašanih, med ostalimi odgovori pa so mnenja intervjuvancev tudi »prenašanje znanja izkušenih delavcev na nove zaposlene«, za »specializacijo iz NMP za diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike« ter za »povezavo enot NMP in PHE«, za timsko urjenje z igranjem situacij z vodjo, enoten izobraževalni program s tečaji za vse poklicne skupine, redna periodična izobraževanja kot tudi interna izobraževanja, enak pristop za vse poklicne skupine in praktične vaje, dvakrat letno preverjanje in utrjevanje znanja, učenje v PHE in urgentnih centrih z učitelji in inštruktorji, skupna

izobraževanja v ustanovi 1x mesečno, NPK za ugentne time, poenoten izobraževalni sistem po zgledu gasilcev (slika 14). Štirje intervjuvanci o omenjenem vprašanju niso imeli mnenja.

3.4.13 Kategorija 10: »izboljšave po zgledu razvitih evropskih držav«.

Pripadajoče kode: »ne poznam tujih modelov, periodična izobraževanja, izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev, boljša organizacija dela, slovenski model je dober, švedski model, dodatni reševalec, medpoklicno spoštovanje in poznavanje dela drugih članov, vsekakor ne paramedikov, mesečna izobraževanja, povezati NMP in PHE enote, vsi bi morali pred nastopom na delo v NMP opraviti ALS, EPLS, ITLS, vrnitev na jugoslovanski sistem, finančno sprejemljive dobre prakse različnih modelov, avstrijsko - nemški model«.



Slika 15: Predlagane izboljšave za delo na NMP po zgledu razvitih evropskih modelov

Na vprašanje, katere izboljšave bi lahko uvedli po zgledu razvitih evropskih držav (slika 15), so odgovorili vsi intervjuvanci in sicer jih 10 (33 %) ne pozna dovolj tujih modelov, 9 (30 %) se jih nagiba k periodičnemu izobraževanju, 3 (10 %) za boljšo organizacijo dela, po 2 (7 %) sta bila za švedski model ter za vpeljavo drugega reševalca, enako število smatra, da je slovenski model dober, po 1 (3 %) pa je odgovoril avstrijsko-nemški model in finančno sprejemljive dobre prakse iz različnih modelov, vrnitev na jugoslovanski sistem in »vsekakor ne paramedikov«, mesečna izobraževanja ter povezati NMP in PHE enote.

3.4.14 Teoretična formulacija rezultatov semistrukturiranega intervjuja

S polstrukturiranim intervjujem smo zaposlene v različnih organizacijskih enotah NMP v Sloveniji spraševali o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih bilo potrebno naučiti v času šolanja in pred vstopom na delo v NMP ter o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih bilo koristno skupaj izobraževati in usposablјati z medpoklicnim izobraževanjem. Spraševali smo jih tudi o izboljšavah, ki bi jih z medpoklicnim izobraževanjem pridobili ter o predlogih za izboljšanje sedanjega stanja na področju izobraževanja zaposlenih v timih NMP. Večina vprašanih meni, da se v času šolanja premalo naučimo za delo v NMP. To mnenje je izrazilo kar tri četrtine vprašanih diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in vsi zdravstveni reševalci ter več kot četrtina zdravstvenih tehnikov in zdravnikov. Trije zdravstveni tehniki so navedli, da se v času šolanja »niso naučili nič za delo na NMP«, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik pa je bil mnenja, da obstaja »splošni problem pomanjkanja znanja v času šolanja za zdravstvene tehnike in diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike« medtem, ko sta dva zdravnika navedla, da se v času študija naučijo »vse, kar je potrebno za delo na NMP«. Zdravniki in zdravstveni tehniki so mnenja, da se v času šolanja osvojeno teoretično znanje premalo nadgradi s praktičnimi veščinami. Presenetljivo velik odstotek vprašanih zdravnikov pa meni, da se v času šolanja premalo naučimo o timskem delu, kar menijo tudi diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki. Eden izmed vprašanih je navedel, da bi se v času šolanja morali naučiti »zaupanja med sodelavci«. Kot pomembno znanje, ki bi ga v času šolanja morale osvojiti vse poklicne skupine so vprašani navedli tudi znanje triaže, poznavanje aparaturne opreme za delo na NMP ter poznavanje urgentnih zdravil. Večina vprašanih namreč meni, da bi skupno organizirana klinična praksa v času šolanja pomenila boljše poznavanje znanja in veščin drugih poklicnih skupin in bi koristno pripomogla k bodočemu poklicnemu delu, komunikaciji med zaposlenimi in timski naravnosti. Vprašani iz vseh poklicnih skupin se strinjajo, da je znanje TPO in ITLS odraslih in otrok potrebno osvojiti pred vstopom na delo na NMP. Zdravniki so mnenja, da bi pred vstopom na delo v NMP morali znati uporabljati aparature, izvajati triažo in obvladati vsebine in veščine DPO medtem, ko se vprašanim iz ostalih poklicnih skupin poleg tega zdi tudi pomembno, da zdravstveni delavci pred vstopom na delo v NMP znajo imobilizirati poškodovane in opraviti porod na terenu ter prepoznati kritično bolnega

otroka saj menijo, da morajo vsi zaposleni na NMP prepoznati ogroženega pacienta in obvladati TPO, DPO, ITLS in porod na terenu ter tehnično izvedbo zahtevanih postopkov.

Na vprašanje o tem ali imajo zaposleni v timu NMP dovolj znanja in osvojenih praktičnih veščin, so mnenja med poklicnimi skupinami različna. Največ diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in nekateri zdravstveni tehniki so mnenja, da imajo zaposleni v timu NMP premalo znanja medtem, ko zlasti med zdravniki prevladuje mnenje, da imajo dovolj znanja, potrebnega za delo na NMP. Iz odgovorov lahko tudi ugotovimo, da tretjina vprašanih meni, da pogrešajo napisane algoritme za izvajanje NMP. Mednje sodi polovica tistih vprašanih, ki imajo do 5 let delovne dobe. Nekateri zdravstveni tehniki pa so mnenja, da je premalo urjenja v timu, ki obravnava primere v različnih situacijah. Poleg tega vprašani navajajo, da »med enotami NMP naj ne bi bilo vrzeli v znanju« in, da bi se zaposleni morali »držati svojih kompetenc, bolje poznati področje za delo v timu in izboljšati sodelovanje med zaposlenimi«.

Vsi vprašani so odgovorili, da bi se morali v NMP vsi zaposleni skupaj izobraževati in usposobiti v postopkih za izvajanje NMP z medpoklicnim izobraževanjem. Največ jih je mnenja, da bi se skupaj izobraževali in usposobili »vseh potrebnih postopkov« pri izvajanju NMP, nekateri pa menijo, da so ti postopki TPO, porod, timsko delo, tehnično reševanje in tečaji ITLS, EPLS in ALS, politravma, poškodbe in DPO, kritično bolan otrok, delovanje aparaturo, imobilizacija in inprovizacija pri nujnih ukrepih, ogroženi pacient, intubacija, kontinuirano izobraževanje tistih primerov, ki so redki. Večina jih je mnenja, da bi z medpoklicnim izobraževanjem lažje sledili novim smernicam in hitremu tehnološkemu razvoju, saj je izobraževanje zaposlenih po mnenju nekaterih »prepuščeno samemu sebi«, »sedaj se izobražuje vsaka poklicna skupina zase«, »izobraževanje je odvisno od angažiranosti posameznika«. Največ vprašanih je odgovorilo, da se sedaj izobražuje na individualni ravni in z internimi izobraževanji, zato se s predlogom o uvedbi kontinuiranega medpoklicnega izobraževanja, s preverjanjem znanja in uvedbo licenc za vse poklicne skupine v timu NMP v celoti strinjajo vse diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki in tri četrtine vprašanih zdravnikov ter polovica zdravstvenih tehnikov in reševalcev, med katerimi je največ zadržkov glede licence, saj so nekateri med njimi mnenja, da je licenca zgolj »pobiranje

denarja in delovna mesta za nekatere« ter, da licence »izdajajo nekateri, ki nimajo več aktivne vloge – npr. pri Nacionalni poklicni kvalifikaciji«. Vsi vprašani so mnenja, da bi s kontinuiranim medpoklicnim izobraževanjem zaposlenih v NMP dosegli »enotno znanje in veščine zaposlenih v okviru njihovih kompetenc« ter »enotno usposobljenost vseh enot NMP v Sloveniji«. Večina vprašanih je tudi mnenja, da bi s kontinuiranim medpoklicnim izobraževanjem zaposlenih v timu NMP dosegli večjo usklajenost pri delu, izboljšali zdravstveno oskrbo pacientov, izboljšali medsebojne odnose med zaposlenimi in zmanjšali možnost napak. Izboljšave, ki jih predlagajo so periodična izobraževanja na primerih s pomočjo simulacijskih scenarijev, mesečna izobraževanja, medpoklicno spoštovanje in poznavanje dela drugih članov tima NMP, izboljšati organizacijo dela in pred nastopom na delo opraviti tečaje ALS, EPLS in ITLS, povezovanje enot NMP s PHE enotami ter vpeljati izboljšave po zgledu razvitih evropskih modelov, med katerimi omenjajo avstrijsko - nemški model, švedski model ter dobre prakse različnih modelov, čeprav kot izboljšavo ne vidijo »paramedik sistema«. Nekateri menijo, da je slovenski model dober, med odgovori pa zasledimo tudi predlog vrnitve na »prejšnji« jugoslovanski sistem.

Kontinuirano medpoklicno izobraževanje bi po mnenju intervjuvancev morala uvesti država s pripravljanim državnim programom za skupno izobraževanje timov NMP. Poleg tega se v odgovorih intervjuvancev najdejo tudi predlogi, da bi izkušeni člani tima NMP učili nove člane, možnosti povezovanja med člani tima NMP in PHE enot, uvedba specializacije iz urgentne medicine za DMS/DZ ter poenotiti sistem izobraževanja za vse, ki vstopajo v delo na NMP in kontinuirano medpoklicno izobraževanje. V skladu z načrtanimi cilji raziskave smo z intervjuji želeli pridobiti čim več mnenj o vsebinah teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih člani poklicnih skupin zdravstvenega tima NMP skupaj izobraževali in usposabljali z medpoklicnim izobraževanjem v času šolanja in pred vstopom na delo v NMP in o vsebinah, ki bi jih zaposleni v timu NMP skupaj usposabljali in se jih učili z medpoklicnim izobraževanjem, kot tudi o izboljšavah, ki bi pri tem nastale. Na osnovi ugotovljenega, smo izdelali anketni vprašalnik, s sedmimi sklopi in pripadajočimi predlaganimi trditvami, z uporabo metode delfi in ocenjevalno lestvico, ki nam je po izvedeni pilotni študiji služila za približevanje mnenj o predlaganih trditvah med tremi skupinami strokovnjakov: triindvajsetimi zaposlenimi v timu NMP, tremi vodji NMP in

enemu oblikovalcu zdravstvene politike. Anketni vprašalnik smo ponovili v dveh krogih, pri tem pa smo v prvem krogu poleg stopnje pomembnosti in interkvartilnega razpona, ugotavljali tudi stopnjo jasnosti posamezne trditve. Rezultati raziskave so predstavljeni v tabelah 7 – 13.

3.4.13 Rezultati metode delfi

Tabela 7: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 1

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Intrkvartilni razpon	
	1. KROG						2. KROG					
1. Vsebine, ki bi jih bilo potrebno pridobiti pred vstopom na delo v NMP												
1. Vse poklicne skupine v timu NMP bi morale imeti pri izvajanju ukrepov NMP enotno znanje v okviru svojih kompetenc.	8,52	8,04	7,22	8,67	9	0,5 1	8,52	7,22	8,67	9	0,5	
2. Vse poklicne skupine v timu NMP bi morale biti enako usposobljene pri izvajanju ukrepov NMP ne glede na vrsto organizacijske enote.	8,48	8,11	7,30	7,67	9	1 1	8,48	7,30	7,67	9	1	
3. Vse poklicne skupine bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati algoritme ukrepov pri izvajanju NMP.	8,89	8,30	7,56	9	9	0 1	8,79	7,56	9	9	0	
4. Vse poklicne skupine bi morale pred vstopom na delo v NMP znati uporabljati aparature in medicinsko opremo potrebno pri izvajanju NMP.	8,70	8,33	7,37	9	9	0 0,5	8,80	7,37	9	9	0	
5. Vse poklicne skupine bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati delo drugih poklicnih skupin v NMP.	8,22	7,56	7	8	9	1 2	8,22	7	8	9	1	
6. Vse poklicne skupine bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati timsko delo.	8,59	8,00	7,26	9	9	0,5 1	8,59	7,26	9	9	0,5	

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

Anketirani vseh treh skupin (tabela 7) so v sklopu 1 – potrebna znanja in veščine, ki bi jih bilo potrebno pridobiti pred vstopom na delo v NMP ocenili kot najpomembnejše vsebine poznavanje algoritmov nujnih ukrepov ter usposobljenost pri uporabi aparaturne in medicinske opreme pri izvajanju nujnih ukrepov in v drugem krogu pri oceni pomembnosti to mnenje poleg trditve 5 tudi najbolj spremenili. Vse predlagane trditve so z minimalno razliko v oceni spoznali za zelo potrebne.

Tabela 8: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 2

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	
	1. KROG						2. KROG					
2. Vsebine, ki bi se jih bilo potrebno naučiti v času šolanja	1. KROG						2. KROG					
7. V času šolanja bi zdravstveni reševalci in tehniki morali osvojiti znanja in veščine, za izvajanje ukrepov NMP.	8,37	7,63	7,07	8,67	9	1 2,5	8,37	7,07	8,67	9	1	
8. V času šolanja bi morale DMS/DZ osvojiti potrebne vsebine pri izvajanju ukrepov NMP s podiplomskim študijem ali specializacijo urgentne medicine.	7,89	7,30	6,63	8,33	9	1 3	7,89	6,63	8,33	9	1	
9. V času šolanja bi vse poklicne skupine morale izvajati skupne klinične vaje urgentne medicine.	7,81	7,26	6,63	7,67	9	1,5 3,5	7,81	6,63	7,67	9	1,5	
10. V času šolanja bi morale vse poklicne skupine osvojiti algoritme ukrepov, uporaba zdravil v NMP, delo z aparaturnimi pri izvajanju NMP, vloge timskega dela, triaže v okviru svojih kompetenc.	8,56	8,04	7,26	8,67	9	0,5 1	8,56	7,26	8,67	9	0,5	
11. V času šolanja bi morale vse poklicne skupine pridobiti vpogled v pomembnost medpoklicnega sodelovanja.	7,93	7,26	6,70	8,33	8	1 4	7,93	6,70	8,33	8	1	

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

Mnenja so anketirani v drugem krogu najbolj spremenili v sklopu 2 – znanja in veščine, ki bi se jih bilo potrebno naučiti že v času šolanja, kar potrjuje razpršenost podatkov, ki je v drugem krogu pri vseh predlaganih ukrepih manjši, kot v prvem. Najbolj so mnenje spremenili pri trditvi 11, kjer je bil v prvem krogu interkvartilni razmik 4, v drugem pa 1. Če pogledamo vse tri skupine ugotovimo, da so vse skupine najvišje ocenile trditev potrebe po znanju in veščinah algoritmov ukrepov pri izvajanju NMP, reanimacije, uporabe zdravil v NMP, delo z aparaturami in opremo, vloge timskega dela in triaže v okviru svojih kompetenc. Razlike v oceni posameznih trditev kazalca 2 so v skupinah majhne, večje pa so med skupinami. Predlagane trditve ocenjujejo najvišje oblikovalec zdravstvene politike, razlike v povprečni stopnji pomembnosti pa so majhne in potrjujejo podobna mnenja o pomembnosti vseh predlaganih trditev.

Tabela 9: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 3

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon
3. Izboljšave, ki bi jih z medpoklicnim izobraževanjem v času šolanja pridobili											
12. Poznavanje dela drugih poklicnih skupin, ki v timu NMP sodelujejo.	8,07	6,78	6,85	8	9	1,5 3,5	8,07	6,85	8	9	1,5
13. Poznavanje medstrokovnega timskega dela.	7,70	6,81	6,59	7,67	7	2 2	7,70	6,59	7,67	7	2
14. Krepitev strokovne vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP.	7,93	7,41	6,74	7,67	9	2 2,5	7,93	6,74	7,67	9	2
15. Ozaveščanje vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP.	7,41	7,15	6,33	7,33	7	1,5 2	7,41	6,33	7,33	7	1,5
16. Pridobitev potenciala pri poklicni karieri.	7,85	7,11	6,74	7,33	8	2 1,5	7,85	6,74	7,33	8	2

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

V tabeli 9 so anketirani ocenili kot najpomembnejšo izboljšavo v sklopu 3 - izboljšave,

ki bi jih z medpoklicnim izobraževanjem pridobili, »poznavanje dela drugih poklicnih skupin«, čeprav so glede na povprečno stopnjo pomembnosti ocenili vse predlagane trditve za zelo potrebne in so razlike v oceni med njimi majhne. Interkvartilni razpon kaže na različna mnenja anketiranih, ki so v drugem krogu pri trditvi 16 večja, kot v prvem, pri ostalih pa so se približala ali ostala nespremenjena.

Tabela 10: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 4

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	
												1. KROG
4. Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v timu NMP	1. KROG						2. KROG					
17. Vse poklicne skupine v NMP bi se morale permanentno medpoklicno izobraževati na internih in externih izobraževanjih.	8,48	8,22	7,15	9	9	1 1	8,48	7,15	9	9	1	
18. Za vse poklicne skupine v NMP bi morala država uvesti permanentno medpoklicno izobraževanje z državnim programom.	8,30	8,15	7	8,67	9	1 1	8,30	7	8,67	9	1	
19. Vse poklicne skupine v NMP bi morale znanja in veščine obnavljati in verificirati s certifikatom.	8,37	8,04	7,07	8,67	9	1 1,5	8,37	7,07	8,67	9	1	
20. Država bi morala poskrbeti za izobraževanje inštruktorjev, ki bi izvajali medpoklicno izobraževanje.	8,30	7,74	7	8,67	9	1 2	8,30	7	8,67	9	1	
21. Vse poklicne skupine v NMP bi se morale medpoklicno izobraževati s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,44	8,15	7,15	8,67	9	0,5 1	8,44	7,15	8,67	9	0,5	

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

Iz tabele 10 je razvidno, da je vse trditve o medpoklicnem izobraževanju zaposlenih v timu NMP v sklopu 4 oblikovalec zdravstvene politike spoznal za zelo pomembne, kot najpomembnejšo trditev pa vse skupine opredeljujejo »permanentno medpoklicno izobraževanje vseh sodelujočih poklicnih skupin na internih in externih

izobraževanjih«. Mnenja med anketiranimi se v drugem krogu niso spremenila pri dveh trditvah, pri ostalih treh pa so se približala.

Tabela 111: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 5

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	
												1. KROG
5. Vsebine, ki bi se jih bilo dobro izuriti z medpoklicnim izobraževanjem	1. KROG						2. KROG					
22. TPO, DPO ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,56	8,33	7,22	9	9	0 0	8,56	7,22	9	9	0	
23. Reanimacija odraslih in otrok, izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,67	8,33	7,33	9	9	0 0	8,67	7,33	9	9	0	
24. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,52	8,48	7,19	9	9	0 0	8,52	7,19	9	9	0	
25. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporaba aparatur in opreme izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,52	8,37	7,22	9	8	0 0,5	8,52	7,22	9	8	0	
26. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporaba aparatur in opreme, uporaba zdravil pri urgentnih stanjih, imobilizacija poškodovanih, vloga posameznika v timu, triaža, izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.	8,59	8,41	7,26	9	9	0 0	8,59	7,26	9	9	0	

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

Predlagane trditve o teoretičnem znanju in praktičnih veščinah, ki bi jih bilo dobro izuriti z medpoklicnim izobraževanjem – sklop 5 (tabela 11), najvišje ocenjujejo vodje NMP, kot tudi oblikovalec zdravstvene politike. S povprečno oceno pomembnosti smo pokazali, da so mnenja anketiranih o predlaganih vsebinah znanja in veščin med katere sodijo vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, vključno s poznavanjem aparatur in opreme, reanimacijo, TPO, DPO, imobilizacijo poškodovanih, vlogo posameznika v

timu, triažo ter izobraževanje s simulacijskimi scenariji zelo enotna, saj je razpršenost podatkov pri vseh trditvah 0.

Tabela 122: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 6

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	
												1. KROG
6. Izboljšave, ki bi jih pridobili z medpoklicnim izobraževanjem	1. KROG						2. KROG					
27. Boljše medpoklicno sodelovanje in odkrita komunikacija.	8,59	8,30	7,33	8,33	9	1 1	8,59	7,33	8,33	9	1	
28. Uigranost in usklajenost članov tima pri izvajanju NMP.	8,63	8,30	7,33	8,67	9	0,5 0,5	8,63	7,33	8,67	9	0,5	
29. Manjša možnost napak.	8,52	8,00	7,26	8,33	9	0,5 2	8,52	7,26	8,33	9	0,5	
30. Lažje in bolj učinkovito izvajanje NMP.	8,48	8,11	7,22	8,67	8	1 1,5	8,48	7,22	8,67	8	1	
31. Lažje sledenje smernicam in tehnološkemu razvoju.	8,52	8,04	7,22	8,67	9	1 1	8,52	7,22	8,67	9	1	
32. Večje spoštovanje in boljše medsebojne odnose med zaposlenimi v timu NMP.	8,59	8,15	7,33	8,67	8	1 1	8,59	7,33	8,67	8	1	
33. Skupno kulturo.	7,52	7,33	6,41	7,33	8	2,5 2,5	7,52	6,41	7,33	8	2,5	

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

Kot najpomembnejšo izboljšavo (tabela 12), ki bi jo z medpoklicnim izobraževanjem pridobili, pa izmed predlaganih trditvev v sklopu 6 anketirani smatrajo uigranost in usklajenost članov tima pri izvajanju NMP, čeprav vse predlagane trditve ocenjujejo kot zelo pomembne. Glede na prvi krog, anketirani v drugem krogu pri stopnji pomembnosti predlaganih ukrepov svojih mnenj niso spremenili, razen pri ukrepu 29 in 30.

Tabela 133: Primerjava med skupinami anketiranih o predlaganih trditvah: sklop 7

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Povp. stopnja jasnosti kazalca	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon	Povp. stopnja potrebnosti kazalca	Povp. ocena zaposleni na NMP	Povp. ocena vodja NMP	Povp. ocena oblikovalec politike	Interkvartilni razpon
34. Prevzeti dobre prakse drugih organizacijskih modelov NMP.	8,19	7,93	6,96	8	9	1 2	8,19	6,96	8	9	1
35. V sistem šolanja zdravstvenih reševalcev in tehnikov uvesti vsebine, ki jih morajo pri delu v NMP obvladati.	8,56	8,07	7,30	8,67	8	1 1	8,56	7,30	8,67	8	1
36. V sistem šolanja DMS/DZ uvesti podiplomski študij ali specializacijo urgentne medicine.	8,52	8,04	7,41	7	9	0,5 1	8,52	7,41	7	9	0,5
37. V času šolanja uvesti medpoklicno izobraževanje pri izvajanju kliničnih vaj iz urgentne medicine.	8,33	8,04	7,04	8,67	9	1 1	8,33	7,04	8,67	9	1
38. Uvesti medpoklicno izobraževanje za vse poklicne skupine v NMP.	8,26	8,15	6,96	8,67	9	1 1	8,26	6,96	8,67	9	1
39. Uvesti medpoklicno izobraževanje tistih vsebin ki jih morajo pri izvajanju NMP obvladati za vse poklicne skupine v timu NMP, z državnim programom.	8,48	8,19	7,19	8,67	9	1 1	8,48	7,19	8,67	9	1
40. Uvesti permanentno medpoklicno izobraževanje in verificirati s certifikatom.	8,33	8,15	7,04	8,67	9	1 1	8,33	7,04	8,67	9	1

Kriterij ocenjevalne lestvice: 1 – 3,0 nepotreben ukrep, 3,1 – 6,0 pomemben ukrep, 6,1 – 9 pomeni pomemben ukrep za izboljšanje sedanjega stanja.

S predlaganimi trditvami za izboljšavo sedanjega stanja, ki so prikazani v kazalcu 7 (tabela 13), pa se skupine v povprečni oceni nekoliko razlikujejo. Razen pri ukrepu šolanja zdravstvenih tehnikov s pridobitvijo znanja in veščin, potrebnih za delo v NMP pri izvajanju nujnih ukrepov, katerega je v povprečju najvišje ocenila skupina vodje NMP, je vse ostale ukrepe izboljšav najvišje ocenil oblikovalec zdravstvene politike,

vendar so mnenja znotraj skupin s predlaganimi ukrepi enotna, kar dokazuje povprečna ocena posamezne skupine in interkvartilni razpon. Predlagane trditve izboljšav ocenjujejo vse tri skupine kot zelo pomembne, z majhno razliko v oceni povprečne stopnje pomembnosti in le nekoliko večjo pri ukrepu prevzemanja dobre prakse drugih modelov.

Hipotezo, ki pravi, da skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje vseh sodelujočih poklicnih skupin pred nastopom na delo v NMP pripomore k zmanjšanju vrzeli v znanju med posameznimi poklicnimi skupinami lahko potrdimo, saj so anketirani vse predlagane trditve skupnega medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja pred vstopom na delo v NMP ocenili kot zelo pomemben ukrep izboljšav s povprečno stopnjo $> 7,0$ (tabela 7). Vse anketirane skupine ocenjujejo tudi trditev »izvajanja skupnih kliničnih vaj urgentne medicine« (tabela 8) kot zelo pomemben, s povprečno stopnjo 7,81 ter povprečno oceno $> 6,1$ vseh anketiranih skupin.

Hipoteza, ki pravi, da bi z uvedbo skupnega medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja vseh članov tima NMP omogočili usklajeno delo in lažje sledenje postopkom in veljavnim smernicam pri izvajanju nujne medicinske oskrbe je v našem primeru potrjena, saj anketirani ocenjujejo uvedbo medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja kot zelo pomemben ukrep pri zagotavljanju usklajenega dela in lažjemu sledenju postopkom in veljavnim smernicam pri izvajanju NMP. Oba ukrepa so ocenili s povprečno oceno $> 8,0$ (tabela 11).

Rezultati ankete metode delfi med zaposlenimi v NMP, vodji NMP in oblikovalcem zdravstvene politike nakazujejo, da so anketirani že v prvem krogu ocenili vse predlagane ukrepe kot zelo pomembne, s povprečno oceno $> 6,1$ in v drugem krogu le še približali mnenja, kar smo pokazali z interkvartilnim razponom.

3.5 RAZPRAVA

Strokovnjaki s področja NMP govorijo o nujni medicinski pomoči kot o zdravstveni dejavnosti, ki jo izvaja skupina zdravstvenih strokovnjakov različnih poklicnih skupin, ki ima skupni cilj izvesti učinkovito zdravstveno obravnavo z najboljšim možnim izidom v korist pacienta. Za doseg tega cilja ni pomembno le teoretično znanje in praktične veščine posameznega člana te skupine, pomembni so številni razlogi, ki

skupino naredijo varno in učinkovito. Pomembno pri tem je ugotoviti, ali obstaja dovolj dobra organizacija in možnosti, ki omogočajo doseganje najboljših izidov.

Ugotovitve raziskave kažejo na to, da se v času šolanja premalo naučimo za delo na NMP. Vsi vprašani zdravstveni reševalci in tri četrtine vprašanih diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov namreč meni, da v času šolanja pridobijo premalo »vsega znanja«, potrebnega pri delu v NMP medtem, ko ima enako mnenje manj kot polovica zdravnikov in zdravstvenih tehnikov. Petina vprašanih zdravstvenih tehnikov je mnenja, da se v času šolanja »niso naučili nič za delo v NMP«, kajti menijo, da so pridobili le znanje za izvajanje zdravstvene nege. Medtem, ko je eden vprašani zdravnik mnenja, da se v času šolanja in specializacije naučijo vse za delo v NMP, je polovica vprašanih zdravnikov mnenja, da je v času šolanja potrebno nadgraditi teorijo s prakso. Eden izmed vprašanih pa je bil tudi mnenje, da obstaja splošni problem pomanjkanja znanja v času šolanja pri zdravstvenih tehnikih in diplomiranih medicinskih sestrah/zdravstvenikih. Redno ali formalno šolsko izobraževanje, ki ga da medicinska fakulteta, visoka šola za zdravstveno nego in srednja zdravstvena šola kot pravi Mohor (2009), ne omogoča zadostnega znanja in usposobljenosti za izvajanje NMP, kajti to je zelo zahtevno in specifično delo, za katerega so potrebna posebna znanja in usposobljenost. Večina vprašanih intervjuvancev v raziskavi meni, da bi v času šolanja morale vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP osvojiti znanje in veščine algoritmov ukrepov pri izvajanju NMP, reanimacije, uporabe zdravil v NMP, delo z aparaturami in opremo pri izvajanju NMP, vloge timskega dela in triaže v okviru svojih kompetenc, s čimer se strinjajo tudi vodje NMP in oblikovalec zdravstvene politike. Vse tri skupine, vključene v raziskavo so tudi mnenja, da bi morali zdravstveni reševalci in zdravstveni tehniki v času šolanja osvojiti teoretična znanja in praktične veščine, potrebne pri izvajanju ukrepov NMP ter uvesti specializacijo iz urgentne medicine za diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike, s čimer se najbolj strinja oblikovalec zdravstvene politike. Izobraževanje poklicnih skupin za delo v NMP namreč poteka v različnih organizacijskih sistemih različno. V ZDA poteka izobraževanje za reševalca od krajših tečajev do nekaj mesečnega modula, kar je povezano z delom, ki ga reševalec opravlja v okviru pridobljenih kompetenc. Po končanem izobraževanju so vrhunsko usposobljeni za opravljanje dela v NMP (Brennann, Krohmer, 2006 povz. po Šprajc, 2011). Tudi v Avstriji poteka izobraževanje za zdravstvene reševalce podobno kot v

ZDA v obliki modulov in glede na opravljeno stopnjo modula pridobijo licenco oz. kompetence za opravljanje dela v NMP (Hüpfl, 2010 povz. po Šprajc, 2011). V Zvezni Republiki Nemčiji kot pravi Kupsch (2009) poteka izobraževanje za zdravstvene reševalce v obliki modulov, ki traja od 520 ur do 2 let, glede na delo, ki ga zdravstveni reševalec po končanem šolanju opravlja. Na Švedskem pa sta v reševalnem vozilu zdravstveni tehnik in diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, ki ima enoletno specializacijo iz urgentne medicine in s tem povezan večji obseg pooblastil pri izvajanju NMP (Sadock et al., 2003 povz. po Šprajc, 2011).

Več kot tri četrtine vprašanih intervjuvancev meni, da bi bilo koristno uvesti medpoklicno izobraževanje že v času šolanja. V raziskavi, ki je bila izvedena v Sloveniji med študenti Medicinske fakultete in Visoke šole za zdravstveno nego, ki so se v okviru izbirnega predmeta skupno medpoklicno izobraževali Peterle (2006) ugotovlja, da so študenti medicine mnenja, da bi z medpoklicnim izobraževanjem izboljšali spretnosti komuniciranja z drugimi zdravstvenimi delavci, spretnosti timskega dela in da bi bila to koristna izkušnja vseh zdravstvenih strok medtem, ko je med študenti zdravstvene nege bolj prevladalo mnenje, da bi z medpoklicnim izobraževanjem izboljšali spretnosti komuniciranja s pacienti, izboljšali storitve pacientom in pozitivno prispevali pri premagovanju stereotipov o drugih poklicov. Oboji pa se enako strinjajo, da bi raje študirali s študenti drugih zdravstvenih strok in da bi medpoklicno izobraževanje izboljšalo profesionalne odnose. Anketirane skupine zaposlenih v NMP, vodje in oblikovalec zdravstvene politike, ki so v raziskavi sodelovale so namreč mnenja, da bi medpoklicno izobraževanje v času šolanja uvedli v okviru izvajanja skupnih kliničnih vaj iz urgentne medicine. Preseneča nas ugotovitev, da se s tem z najvišjo oceno bolj strinja oblikovalec zdravstvene politike, kot zaposleni v NMP, čeprav vse tri skupine menijo, da je ta ukrep zelo pomemben. Po njihovem mnenju bi morale v času šolanja vse sodelujoče poklicne skupine pridobiti vpogled v pomembnost medpoklicnega sodelovanja različnih poklicnih skupin. Z raziskavo, ki sta jo v timu NMP v Angliji izvedla Ruston in Tavabie (2011) sta prišla do podobnih ugotovitev. Ugotovila sta, da je vključevanje študentov medicine k reševalcem v reševalno vozilo, pomembno vplivalo na širjenje znanja in veščin obeh poklicnih skupin ter razvoju boljšega medstrokovnega razumevanja. Kot najpomembnejši ukrep izboljšav, ki bi ga z medpoklicnim izobraževanjem pridobili, pripisujejo vse tri

anketirane skupine poznavanju dela drugih poklicnih skupin, ki v timu NMP sodelujejo. Do podobnih ugotovitev sta prišla tudi Pollard in Miers (2008) z raziskavo, ki sta jo izvedla med študenti medicine in ugotovila, da so študenti, ki so se medpoklicno izobraževali v času študija, v klinični praksi bolj samozavestni, imajo veliko boljše komunikacijske veščine in bolj pozitiven odnos do članov drugih poklicnih skupin in skupinskega dela kot ostala skupina študentov, ki se v času študija ni medpoklicno izobraževala. Delo v NMP je izrazito timsko delo. Vse tri anketirane skupine v povprečju ocenjujejo kot pomemben ukrep, da bi medpoklicno izobraževanje pripomoglo k poznavanju medstrokovnega timskega dela. Kot ugotavlja Anderson s sodelavci (2009) študenti medicine, ki se v času študija naučijo sodelovanja s člani drugih poklicnih skupin, pridobijo dodatne vrednote in si bolj jasno izoblikujejo stališča o pomenu medpoklicnega timskega dela, ki temelji na varnosti pacienta. Anketiranim skupinam se zdi pomembna pridobitev z medpoklicnim izobraževanjem v času šolanja tudi krepitev strokovne vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP, katero zopet najvišje ocenjuje oblikovalec zdravstvene politike in ozaveščanje vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP, katere vse tri skupine v povprečju ocenjujejo enako pomembno, čeprav razpršenost podatkov kaže na to, da mnenja anketiranih niso enotna. V raziskavi, ki so jo v ZDA izvedli med študenti različnih zdravstvenih programov, ki so opravljali skupne klinične vaje Pelling s sodelavci (2011) ugotavlja, da je tovrstna organizacija kliničnih vaj okrepila njihovo poklicno prihodnost, strokovno vlogo drugih študentov in vrednoto timskega dela. Predlagali so, da medpoklicno strokovno usposabljanje študentov vseh poklicev v zdravstvu postane del njihovega izobraževalnega procesa, ker koristno pripomore k njihovem bodočemu poklicnemu delu in zagotavlja visoko kakovostno zdravstvo. Z dokaj izenačeno povprečno oceno se vse tri anketirane skupine strinjajo, da bi medpoklicno izobraževanje v času šolanja pomenilo za člane posameznih poklicnih skupin pridobitev potenciala pri nadaljnji poklicni karieri. Z raziskavo, ki sta jo na Irskem med študenti različnih zdravstvenih fakultet izvedla Byrne in Pettigrew (2010), sta prišla do podobnih ugotovitev. Rezultati raziskave so namreč pokazali, da je medpoklicno sodelovanje in izobraževanje potrebno omogočiti študentom višjih letnikov, saj imajo študenti šele takrat bolj jasno izoblikovana stališča o svoji vlogi in možnostih delitve vlog z drugimi poklicnimi skupinami, s katerimi se pri kliničnem delu srečujejo. S tem bi pridobili dragocen vpogled v pomen timskega dela in velik potencial pri poklicni karieri.

Pomembnost medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja potrjuje tudi dejstvo, da so v različnih državah razvili programe medpoklicnega izobraževanja, s katerimi povezujejo fakultete in študente različnih zdravstvenih strok. Različni avtorji pripisujejo izdelanim programom velik pomen za krepitev in razvoj medpoklicnega izobraževanja različnih zdravstvenih poklicev v času šolanja. V Angliji je kot ugotavlja Haas s sodelavci (2009) William Newell razvil osem - stopenjski medpoklicni model za izvajanje izbirnega predmeta medpoklicnega izobraževanja za študente različnih poklicnih skupin, na Floridi pa so na neki univerzi kot pravi Swisher s sodelavci (2010) razvili centralizirani model medpoklicnega izobraževanja, ki zahteva organizacijsko zavezanost in kulturo sprememb. V Kanadi so integrirano medpoklicno izobraževanje razvile fakultete različnih zdravstvenih strok, na Danskem pa v raziskavi Jacobsen s sodelavci (2009) ugotavlja, da so se študenti s pomočjo nove metode usposabljanja naučili medpoklicnega timskega dela, okrepili svojo strokovno vlogo in s tem v času kliničnih vaj dobro vplivali na zdravstveno oskrbo pacienta. Kot pravi Clark (2011) je za medpoklicno izobraževanje nujno vzpostaviti vez med fakultetami, kjer se strokovnjaki posameznih poklicnih skupin izobražujejo in kliničnim okoljem, kjer medpoklicne in sodelovalne izkušnje, znanje in veščine v praksi uporabljajo. Za učinkovit razvoj urgentne medicine in strokovnjakov s tega področja bi morale kot pravita Grmec in Klemen (2009) tako medicinske kot fakultete za zdravstveno nego uvesti kurikulum urgentne medicine v dodiplomski in podiplomski študij, vključiti urgentno medicino med izbirne predmete podiplomskega študija, omogočiti izmenjavo specializantov in mentorjev, razširitev delavnic, razširitev mreže sodelovanja ter skupne izobraževalne in znanstveno raziskovalne projekte.

Pri ugotavljanju mnenj med zaposlenimi v NMP o potrebnih znanjih in veščinah pred vstopom na delo, smo s semistrukturiranim intervjujem ugotovili, da je večina vprašanih mnenja, da bi moral vsak član posamezne poklicne skupine pred vstopom na delo poznati TPO ter vsebine in veščine ITLS pri odraslih in otrocih. Zdravniki so mnenja, da bi pred vstopom na delo v NMP morali člani vseh poklicnih skupin znati izvajati tudi triažo in obvladati vsebine in veščine DPO in ALS, medtem, ko se vprašanim iz ostalih poklicnih skupin poleg tega zdi pomembno, da zdravstveni delavci pred vstopom na delo v NMP znajo imobilizirati poškodovane in opraviti porod na terenu ter prepoznati kritično bolnega otroka, uporabljati aparature in opremo,

komunicirati v timu z drugimi člani, poznajo algoritme ukrepov, delo v timu, znajo rokovati z defibrilatorjem, poznajo reševalno vozilo in trening varne vožnje. Sodelujoči v raziskavi ugotavljajo zelo različna znanja in veščine, za katere menijo, da bi jih zaposleni v timu NMP morali bolje obvladati pred vstopom na delo v NMP, kar kaže na različno osvojena znanja v času šolanja. Večina vprašanih tudi meni, da bi s skupnim izobraževanjem in usposabljanjem vseh poklicnih skupin pred vstopom na delo zmanjšali vrzeli v znanju in okrepili medpoklicno sodelovanje. Rezultati raziskave, ki je bila izvedena v Sloveniji med študenti medicine (Hrovat, Nanut, 2009) so pokazali, da si 97 % študentov medicine želi več znanja s področja urgentne medicine in menijo, da teme s področja urgentne medicine niso dovolj zastopane tekom študija na Medicinski fakulteti. Presenetljivo velik delež študentov dvomi v svoje znanje TPO. V raziskavi so tudi ugotovili, da je znanje študentov tretjih in četrtih letnikih slabše, od njihovih mlajših kolegov predvsem na področju TPO in DPO, vendar se v višjih letnikih pokažejo zopet boljši rezultati. Vsem trem anketiranim skupinam se zdi zelo pomembno, da bi imele vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP enotno znanje pri izvajanju nujnih ukrepov in bile enako usposobljene za delo v NMP ne glede na vrsto organizacijske enote. Ta ukrep je z najvišjo oceno ocenil oblikovalec zdravstvene politike, čeprav so mnenja med skupinami zelo enotna. Pomembno se jim zdi tudi, da znajo vse poklicne skupine pred nastopom na delo v NMP uporabljati aparature in opremo in poznajo algoritme ukrepov pri izvajanju NMP, kar z višjo oceno kot zaposleni v NMP ta ukrep ocenjujejo vodje in oblikovalec zdravstvene politike. Enako pomemben pa se jim zdi tudi ukrep, da vse poklicne skupine pred nastopom na delo poznajo dela drugih sodelujočih poklicnih skupin v zdravstvenem timu NMP in timsko delo, saj kot v raziskavi pravi Delva s sodelavci (2008) je dobro timsko delo in medpoklicno sodelovanje uspešnih zdravstvenih ekip le v primeru, ko hkrati obstaja tudi učinkovito medpoklicno izobraževanje.

Postavljeno hipotezo po izvedenem semistrukturiranim intervjujem med zaposlenimi v NMP, ki pravi, da skupno medpoklicno izobraževanje in usposabljanje vseh sodelujočih poklicnih skupin pred nastopom na delo v NMP pripomore k zmanjševanju vrzeli v znanju med posameznimi poklicnimi skupinami, smo preverjali med anketiranimi skupinami zaposlenih v NMP, vodji in oblikovalcem zdravstvene politike. Ugotovili smo, da vse tri skupine z majhno razliko v oceni in enotnim mnenjem ocenjujejo, da bi

morale vse poklicne skupine pred nastopom na delo v NMP imeti enotno znanje v okviru svojih kompetenc in biti enako usposobljene za izvajanje nujnih ukrepov, ne glede na vrsto organizacijske enote, kateri pripadajo. Vsem trem skupinam pa se zdi tudi pomembno, da bi s spremenjenim izobraževalnim programom za zdravstvene tehnike in diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike ter uvedbo medpoklicnega izobraževanja v času šolanja v okviru skupnih kliničnih vaj, zmanjšali vrzeli v znanju med poklicnimi skupinami. Kot ugotavlja Conway s sodelavci (2011) bi z uvedbo medpoklicnega izobraževanja v dodiplomskih programih okrepili medpoklicno sodelovanje, ki zagotavlja kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov, odpravlja vrzeli pri zagotavljanju zdravstvenih storitev in zmanjšuje napake.

Večina vprašanih intervjuvancev meni, da bi zaposleni v NMP morali pri svojem delu bolje poznati vsebine in veščine izvajanja TPO, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki menijo, da so to še vsebine DPO in znanja tečajev ITLS, ATLS in ALS. Zdravniki, zdravstveni tehniki in zdravstveni reševalci pa poleg tega, kot potrebna znanja in veščine, ki bi jih morali zaposleni v zdravstvenem timu NMP bolje obvladati pri svojem delu navajajo imobilizacijo poškodovanca ter prepoznavo in oskrbo kritično bolnega otroka, triažo, delo v timu in porod, nekateri člani poklicnih skupin pa navajajo tudi kot pomembno poznavanje komunikacije znotraj članov tima, tehnične izvedbe postopkov, poznavanje defibrilatorja, izvajanje urgentnih posegov, delo v posebnih pogojih in držati se svojih kompetenc. Sodelujoči v raziskavi ugotavljajo zelo različna znanja in veščine, ki bi jih po njihovem mnenju morali zaposleni v timu NMP bolje obvladati od najosnovnejšega, kot je poznavanje reševalnega vozila, kar kaže na zelo različno znanje in veščine, ki ga imajo posamezni člani poklicnih skupin v različnih organizacijskih enotah NMP v Sloveniji. Večina vprašanih pa je mnenja, da bi vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP morale imeti pri izvajanju ukrepov NMP enotno teoretično znanje in praktične veščine v okviru svojih kompetenc ter, da bi vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP morale biti enako usposobljene pri izvajanju ukrepov NMP, ne glede na vrsto organizacijske enote. Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Žmavc (2009), ki pravi, da so razlike med organizacijskimi enotami NMP v Sloveniji nesprejemljivo velike, kar pripisuje deloma organizacijskim slabostim, še bolj pa pomanjkljivo usposobljenim zdravstvenim timom v posameznih enotah. Primerljive enote NMP v Sloveniji delujejo kot pravi Mohor (2009) zelo

različno kar pomeni, da je tudi kakovost oskrbe življenjsko ogroženih pacientov na različnih delih Slovenije različno, čeprav bi morale biti te razlike zanemarljive. Večina diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov sodelujočih v raziskavi meni, da pri svojem delu pogreša napisane algoritme ukrepov nujnih stanj, enakega mnenja je nekoliko manj zdravnikov in zdravstvenih tehnikov. Da je obseg znanja, ki ga morajo imeti zaposleni v NMP premajhen meni večina zdravstvenih tehnikov medtem, ko večina zdravnikov meni, da je obseg znanja zadosten. Zdravstveni tehniki pri svojem delu predvsem pogrešajo urjenje v timu, ki obravnava nujna stanja, člani posameznih poklicnih skupin, ki so v raziskavi sodelovali pa so kot pomembno znanje in veščine, ki ga morajo imeti zaposleni v NMP navedli tudi »premalo uigranosti pri delu, nujno izobraževanje, znanje se premalo obnavlja, premalo praktičnih vaj, več usposabljanja za uporabo aparaturo, premalo prakse ter potrebna licenca, ki se 3x letno preverja na internih in externih izobraževanjih«. Njihova mnenja so različna, glede na organizacijsko enoto, v kateri delajo.

Večina intervjuvancev je mnenja, da bi se bilo koristno izobraževati in usposabljanje z medpoklicnim izobraževanjem, kar pomeni vse poklicne skupine skupaj, saj več kot polovica vprašanih meni, da bi to pripomoglo k lažjemu sledenju tehnološkega napredka in smernicam v NMP. Tri četrtine vseh vprašanih intervjuvancev namreč meni, da bi to pomenilo enotnejše znanje in veščine zaposlenih v NMP, v okviru pridobljenih kompetenc ter enotno usposobljenost vseh enot NMP. Izobraževanje zaposlenih v timu NMP poteka različno, glede na organizacijsko enoto, v kateri delujejo. Največ vprašanih zdravnikov in zdravstvenih tehnikov se sedaj izobražuje na individualni ravni, največ diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov pa na internih izobraževanjih. Zdravstveni reševalci pa menijo, da sedaj težko sledijo smernicam in tehnološkemu razvoju v NMP. Medpoklicno izobraževanje bi po njihovem mnenju pozitivno vplivalo na delo v enotah NMP. Vse tri anketirane skupine zaposleni v NMP, vodje in oblikovalec zdravstvene politike so ocenili, da bi medpoklicno izobraževanje vplivalo na boljše medpoklicno sodelovanje in odkrito komunikacijo. V raziskavi, kjer je Weller s sodelavci (2011) ugotavljal izkušnje medpoklicnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki so ugotovili, da sta obe poklicni skupini izrazili medsebojno spoštovanje, izmenjavo informacij in skupne cilje, vendar jih organizacijska struktura pri tem pogosto omejuje. Rezultati raziskave so

namreč pokazali, da mladi zdravniki in medicinske sestre vidijo komplementarne in nekonkurenčne vloge, vendar je potrebno pripraviti okolje, v katerem bo mogoča odprta komunikacija. Do podobnih ugotovitev je prišel Rice s sodelavci (2010) v raziskavi, ki opredeljuje medpoklicno sodelovanje in komunikacijo med različnimi člani poklicnih skupin kot temeljni gradnik za izboljšanje varnosti pacientov, ki omogoča boljše rezultate pri izvajanju vse bolj zapletene zdravstvene oskrbe. Vse tri anketirane skupine so tudi mnenja, da bi skupno medpoklicno izobraževanje pomenilo bolj uigrano in usklajeno delo vseh članov zdravstvenega tima NMP, kar bi po njihovem mnenju pomenilo tudi kvalitetnejšo zdravstveno oskrbo pacientov, manjšo možnost napak ter lažje in bolj učinkovito izvajanje ukrepov NMP. Weaver s sodelavci (2010) pravi, da zagotavljanje visoke kakovosti in učinkovitosti izhaja iz usklajenega dela s strokovnim medpoklicnim usposabljanjem zdravstvenega tima. Ugotavlja, da kontinuirano izobraževanje namreč vpliva na razvijanje medsebojnih odnosov, vedenja in znanja, ki je potrebno za zelo zanesljivo in učinkovito delovanje zdravstvenega tima, nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov. Lažje sledenje smernicam in tehnološkemu razvoju s skupnim medpoklicnim izobraževanjem ocenjujejo vse tri skupine kot zelo pomemben ukrep, z majhno razliko v oceni in tudi to hipotezo lahko potrdimo, glede na povprečno oceno vseh treh anketiranih skupin. Sedanje sledenje smernicam in tehnološkemu razvoju, kot smo ugotovili s semistrukturiranim intervjujem, je po mnenju intervjuvancev »bolj prepuščeno samemu sebi« in zelo različno, glede na organizacijsko enoto v kateri delujejo. Nekateri člani poklicnih skupin se izobražujejo na internih izobraževanjih, drugi na individualni ravni. Danska centralna regija in Severna Danska regija kot ugotavlja Jacobsen in sodelavci (2011) pa sodelujeta v projektu medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja medicinskih sester in zdravnikov iz enot NMP prav z namenom, da pridobijo nova znanja in sodelovalne navade ter vzporedni razvoj obeh strok. Na Škotskem je Mearns s sodelavci (2012) v raziskavi ugotovil, da se je zdravstvena oskrba akutno bolnih otrok izboljšala, po opravljenem medpoklicnim izobraževanjem in usposabljanjem zdravstvenega tima, ki skrbi za akutno bolne otroke.

Kot pomembno izboljšavo, povezano s skupnim medpoklicnim izobraževanjem, ki jo z majhno razliko v oceni med skupinami in različnimi mnenji med anketiranimi, ocenjujejo vse tri skupine kot zelo pomembno je skupna kultura zdravstvenega tima

NMP, ki je kot ugotavlja Skela Savič (2006) osnova za timsko delo, sodelovanje in uvajanje izboljšav, ki jo je kot pravi premalo, saj je preveč kulture hierarhije, ki je negativno povezana z uvajanjem sprememb. Kljub temu, da jo vse tri skupine ocenjujejo kot zelo pomembno izboljšavo, pa jo najslabše ocenjuje skupina zaposlenih v NMP, razpršenost podatkov, ki je v obeh krogih enako velika, pa kaže na to, da anketirani tudi v drugem krogu niso spremenili svojega mnenja. Organizacijska kultura je kot pravi Skela Savič (2006) šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha in izboljšav kakovosti dela. Medtem, ko je z raziskavo ugotovila, da v slovenskih bolnišnicah prevladuje kultura hierarhije, raziskav o tem, kakšna kultura prevladuje v enotah NMP pri pregledu literature nismo zasledili. Vendar je za zagotavljanje dobrega timskega dela kot ugotavljata Xyrichis in Raem (2008) usklajeno delo pri skupnem ocenjevanju, načrtovanju in izvajanju zdravstvene oskrbe pacienta, saj se skupni cilj doseže le s soodvisnim sodelovanjem, odprto komunikacijo in skupnim odločanjem, ki hkrati ustvari dodano vrednost pacientu, kot organizacijskim in kadrovskim rezultatom. Raziskave številnih avtorjev v razvitem svetu kažejo na nujnost medpoklicnega sodelovanja in izobraževanja zdravstvenih strokovnjakov. Kot pravi Ovijač (2007) bi bilo prav, da se začne razvijati nova kultura izobraževanja, v kateri bi se pripadniki vseh treh poklicnih skupin čim večkrat izobraževali in usposabljali skupaj. Prav skupno medpoklicno izobraževanje se vedno bolj poudarja, kot eden bistvenih faktorjev za izboljšanje kulture sodelovanja med zdravstvenimi delavci. To pa ne pomeni samo krepitev sodelovanja in zaupanja med različnimi poklicnimi skupinami, ampak tudi učinkovitejšo in varnejšo zdravstveno obravnavo pacientov.

Večina vprašanih v raziskavi je mnenja, da so teoretična znanja in praktične veščine, ki bi se jih bilo koristno skupaj izobraževati in usposabljati z medpoklicnim izobraževanjem vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, v katero je vključena tudi uporaba aparatov in opreme ter triaža. Pomembne vsebine in veščine za katere vprašani menijo, da bi se jih skupaj izobraževali in usposabljali navajajo TPO, reanimacijo odraslih in otrok ter imobilizacijo poškodovanih in tečaj ALS, ki vključuje začetne in nadaljnje postopke oživljanja ter ITLS, ki vključuje začetno oskrbo poškodovanca. Oba tečaja, ki jih vodijo izšolani inštruktorji, v Sloveniji že potekajo. Vprašani menijo, da so potrebne vsebine in veščine, ki bi jih bilo potrebno skupaj osvojiti in se jih naučiti tudi porod na terenu, tehnično reševanje pri masovnih nesrečah saj kot v raziskavi ugotavlja

Mohor (2009) je v Sloveniji izobraževanje in usposabljanje enot NMP s področja velikih nesreč prepuščeno samim enotam NMP, kajti nimamo sistemsko urejenega izobraževanja in usposabljanja za vse enote NMP, kjer bi bila predpisana vsebina, oblika, trajanje in ponavljanje izobraževanj in usposabljanj s področja velikih nesreč. Po mnenju vprašanih pa bi se morale vse sodelujoče poklicne skupine NMP skupaj izobraževati s pomočjo simulacijskih scenarijev, ki so kot pravi Vlahovič (2007) dragocena metoda učenja s pridobivanjem praktičnih spretnosti in znanj, ki so potrebne pri delu na NMP, saj omogočajo izvajanje določenih postopkov in posegov, ki so nujno potrebni ob srečevanju s situacijami, ki zahtevajo takojšnjo strokovno in ustrezno obravnavo pacientov. Izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev je še posebej pomembno za tiste zaposlene v zdravstvenem timu NMP, ki se pri svojem delu manj pogosto srečujejo s primeri hitrega ukrepanja, hkrati pa povezuje vse sodelujoče poklicne skupine tima. Prav tako so vse tri anketirane skupine enotnega mnenja, da bi se zaposleni v NMP morali skupaj izobraževati in usposablјati iz vseh vsebin, ki so jih intervjuvanci predlagali s simulacijskimi scenariji. V raziskavi, ki jo je Kipfel s sodelavci (2011) izvedel med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki so se medpoklicno izobraževali s pomočjo simulacijskih scenarijev so ugotovili, da je ta oblika izobraževanja zelo pozitivno vplivala na povezovanje in izboljšanje sodelovalnih odnosov, delovno klimo in zadovoljstvo zaposlenih, klinični scenariji s pomočjo simulacijskih scenarijev pa dobro učno sredstvo, ki si ga zaposleni želijo tudi v bodoče.

Predlagane ukrepe o načinu uvedbe medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja zaposlenih v NMP, je najvišje ocenil oblikovalec zdravstvene politike, čeprav se vsem trem skupinam zdijo vsi predlagani ukrepi zelo pomembni. Ugotovitve raziskave kažejo, da bi se morale vse sodelujoče poklicne skupine v NMP kontinuirano izobraževati na internih in externih izobraževanjih z državnim programom. Kontinuirana medicinska edukacija je kot pravi Radak s sodelavci (2011) usmerjena v razvijanje profesionalnih kompetenc zdravstvenih delavcev, med katere štejemo stroko, večšine, znanost in edukacijo. Vsem trem skupinam se zdi tudi zelo pomembno, da bi se izobraževali s pomočjo simulacijskih scenarijev ter znanje obnavljali in verificirali s certifikatom. Kot ugotavljata Davies in Gidman (2011) je potrebno medpoklicno izobraževanje vzpodbujati z dobro načrtovanimi učnimi programi in ga kot pravita Laurenson in Brocklehurst (2011) uvesti v kvalifikacijo akreditacije posamezne stroke.

Vsem trem skupinam se zdi tudi zelo pomembno, da za potek izobraževanja kot tudi za izobraževanje inštruktorjev, ki bi izvajali izobraževanje poskrbi država. Podobno ugotavljajo tudi avtorji drugih raziskav v Sloveniji. Izobraževanje in usposabljanje članov zdravstvenega tima NMP je kot ugotavlja Mohor (2009) še vedno največ odvisno od posameznikov in zdravstvenih organizacij, kjer so zaposleni, zato so različno izobraženi in usposobljeni. Da bi dosegli ustrezen standard znanja in usposobljenosti, ki bi bil predpisan za vse enote NMP v Sloveniji, bi morali pripraviti seznam vsebin izobraževanja in usposabljanja za člane enot NMP, določiti izvajalce izobraževanja in način takega izobraževanja in usposabljanja. Potrdilo o opravljenem izobraževanju in usposabljanju s področja NMP bi bilo veljavno določen čas in bi ga bilo potrebno pred pretekom tega časa spet obnoviti z novim izobraževanjem. Za delo v NMP trenutno ni nobenih strokovnih pogojev kot splošnih, kot pravi Žmavc (2009), ki veljajo za delo v zdravstvu nasploh. To pa za NMP vsekakor ni dovolj. Trenutno je znanje bolj odvisno od interesa posameznika in kritičnosti lokalnega vodstva, kot pa od sistema oziroma predpisov. Pravilnik sicer omenja dodatno usposabljanje za delo v NMP, vendar ga z ničemer ne precizira. Določa le, da usposobljenost predpiše minister na osnovi predloga Razširjenega strokovnega kolegija za urgentno medicino. Strategija razvoja sistema NMP vsebuje spremembe izobraževanja in usposabljanja s področja NMP za zaposlene zdravstvene delavce, vendar iz vsebine ni mogoče prepoznati za kakšno obliko izobraževanja in usposabljanja gre niti ne, katere konkretne izboljšave prinaša. Prav tako dokument o strategiji razvoja sistema NMP ne določa natančnega programa usposabljanja, ki ga določi minister, kajti v dosednji praksi je minister program samo določil, realizacija programa pa je bolj prepuščena posamezniku in lokalnemu vodstvu, ki različno pogosto pošilja svoje zaposlene delavce na izobraževanje in usposabljanje. Zato prihaja do neenotnega znanja in usposobljenosti med člani istih poklicnih skupin kot tudi med člani različnih poklicnih skupin. Za učinkovito delo enot NMP je vsekakor potrebno medpoklicno sodelovanje za katerega velja, da je tesno povezano z medpoklicnim izobraževanjem. Naloga države je, kot pravi Mohor (2009), da omogoči strokovnjakom vzpostavitev sodobnega sistema NMP, ki bo zagotavljal optimalno izvajanje NMP.

Presenetila nas je ugotovitev večine vprašanih v raziskavi, ki meni, da bi zaposleni v timu NMP morali bolj poznati vsebine in veščine TPO, saj je to osnovno znanje in

veščina pri izvajanju nujnih ukrepov. Ugotovitve raziskave kažejo, da bi se morali vsi zaposleni v zdravstvenem timu NMP skupaj medpoklicno izobraževati in usposabljeni, kar smo pokazali z ugotovitvijo, da si zdravnik želi obvladati večšine imobilizacije in zdravstveni tehnik želi pridobiti znanje uporabe nujnih zdravil pri izvajanju ukrepov v NMP.

Predloge izboljšav na področju medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja, ki smo jih ugotovili z rezultati vsebinske analize semistrukturiranega intervjuja zaposlenih v NMP in jih uporabi za izdelavo merskega inštrumenta strukturiranega vprašalnika metode delfi, so anketirane skupine zaposlenih v NMP, vodje in oblikovalec zdravstvene politike ocenili, kot zelo pomembe pri spreminjanju sedanjega stanja in podpirajo potencial sprememb in izboljšav na področju medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja, kar smo potrdili s povprečno stopnjo pomembnosti predlaganih ukrepov in interkvartilnim razponom.

Na podlagi dobljenih rezultatov ukrepov predlagamo naslednja priporočila:

- v praksi prevzeti dobre prakse drugih organizacijskih modelov NMP,
- v sistem šolanja zdravstvenih tehnikov uvesti teoretična znanja in praktične veščine, ki jih morajo pri delu v NMP obvladati,
- v sistem šolanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov uvesti podiplomski študij ali specializacijo iz urgentne medicine,
- v času šolanja uvesti skupno izvajanje kliničnih vaj iz urgentne medicine,
- uvesti medpoklicno izobraževanje za vse sodelujoče poklicne skupine v NMP,
- uvesti medpoklicno izobraževanje s simulacijskimi scenariji tistih vsebin, ki jih morajo pri izvajanju NMP obvladati vse poklicne skupine v zdravstvenem timu NMP z državnim programom,
- poskrbeti za usposobljenost inštruktorjev, ki bi izobraževanja in usposabljanja izvajali,
- uvesti kontinuirano medpoklicno izobraževanje in ga verificirati s certifikatom,
- vzpostaviti sistem nadzora,
- vsebine skupnega izobraževanja in usposabljanja:
 - vsebine vseh urgentnih stanj pri odraslih in otrocih,
 - uporaba aparatov in opreme pri izvajanju nujnih ukrepov,

- poznavanje zdravil pri nujnih stanjih,
- imobilizacija poškodovanih,
- reanimacija, ki vključuje TPO in DPO,
- poznavanje vloge posameznika v timu,
- triaža,
- in izobraževaje s pomočjo simulacijskih scenarijev različnih urgentnih stanj.

Navedene ugotovitve raziskave, ki smo jo z uporabo dveh merskih instrumentov izvedli med zaposlenimi v NMP, vodji NMP in oblikovalcem zdravstvene politike imajo določene prednosti in tudi omejitve.

Kot omejitev in prednost v raziskavi smatramo:

- sodelovanje samo ene inštitucije oblikovalca zdravstvene politike, kar je koristno in pomembno prispevalo k ugotovitvam raziskave,
- premajhen vzorec anketiranih, da bi s primerjavo rezultatov vseh treh skupin omogočili zanesljive in veljavne ugotovitve,
- za objektivno primerjavo rezultatov med skupinami je potrebno skupine številčno približati,
- premalo raziskav s področja medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja v slovenskem prostoru, kar smo upoštevali pri uporabi strokovnih člankov brez recenzije in primerjavi rezultatov naše raziskave, z rezultati raziskav v slovenskem prostoru,
- zaradi organizacijskih in izobraževalnih posebnosti sistema NMP v Sloveniji, smo vprašalnik metode delfi izdelali sami in ga uporabili pri zbiranju podatkov,
- uporabljen merski instrument se je izkazal za ustrezenega ne le z vidika zbiranja podatkov, temveč tudi z vidika zanesljivosti, kar smatramo za prednost.

Uporaba izdelanega merskega instrumenta omogoča raziskave na večjem vzorcu, saj bi rezultati raziskave večjega vzorca morebiti doprinesli učinkovitejše predloge za oblikovanje standardov znanja in usposobljenosti ter izboljšanje sedanjega stanja medpoklicnega izobraževanja v sistemu NMP, dobljeni rezultati raziskave pa odpirajo vprašanje nadaljnjim raziskavam o organizacijski kulturi in timskem povezovanju zaposlenih v NMP, ki vodijo v proces izboljševanja in spreminjanja sedanjega stanja.

Omeniti velja, da smo za sodelovanje v raziskavi zaprosili tudi Ministrstvo za zdravje, vendar so v odgovoru med drugim zapisali, da se strokovno ne vključujejo v opisane procese, zato na naš vprašalnik ne morejo podati relevantnih odgovorov. Glede na vsebino raziskave so predlagali Razširjeni strokovni kolegij za urgentno medicino, ki je najvišji strokovni organ s področja NMP, kateri usklajuje predloge klinik, strokovnih združenj in zbornic, visokošolskih zavodov, zdravstvenih zavodov ter posameznih strokovnjakov, njegove strokovne predloge pa nato obravnava in potrjuje Zdravstveni svet kot najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva.

Da bi dosegli ustrezen standard znanja in usposobljenosti, kot ugotavlja Mohor (2009), ki bi bil predpisan za vse enote NMP, bi morali pripraviti seznam vsebin izobraževanja in usposabljanja za člane enot NMP. Zato bomo vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin in s tem povezane izboljšave, ki smo jih z našo raziskavo ugotovili, uporabili kot predloge in jih posredovali oblikovalcu zdravstvene politike, ki je sodeloval v naši raziskavi z namenom, da jih ponovno prouči in jih v sodelovanju z drugimi strokovnjaki predlaga odločevalcem zdravstvene politike.

4 ZAKLJUČEK

Zagotavljanje učinkovite zdravstvene oskrbe v NMP zahteva od zaposlenih članov vseh poklicnih skupin v timu NMP izvajanje različnih nujnih ukrepov ter obvladovanje številnih zapletenih postopkov, ki se s tehnološkim razvojem nenehno spreminjajo in izpopolnjujejo. Vendar za izvajanje učinkovite zdravstvene oskrbe ni dovolj le osvojeno teoretično znanje in praktične veščine posameznih članov poklicnih skupin, ampak je potrebno njihovo znanje povezati in se skupaj izuriti v veščinah in postopkih nudenja NMP z medpoklicnim izobraževanjem.

Na osnovi dobljenih rezultatov kvalitativne raziskave ugotavljamo, da obstajajo vrzeli v znanju med zaposlenimi v NMP, kot tudi vrzeli v usposobljenosti organizacijsko enakih ali primerljivih enot NMP v Sloveniji, za katere tako zaposleni v NMP, kot vodje NMP in oblikovalec zdravstvene politike menijo, da bi jih zmanjšali z uvedbo medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja za zaposlene v zdravstvenem timu NMP in tudi za tiste, ki v sistem NMP šele vstopajo.

Pri pregledu slovenske literature namreč ugotavljamo, da je v dosednji praksi sistema NMP v Sloveniji izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v NMP bolj prepuščeno posameznikom in lokalnemu vodstvu, kot organiziranemu sistemu izobraževanja s strani države.

V pregledu tuje literature smo ugotovili številne raziskave, ki govorijo v prid medpoklicnemu izobraževanju tako v času šolanja, kot zaposlenih v timu NMP. Izboljšave, ki jih avtorji raziskav pri tem ugotavljajo povezujejo učinkovitost dela z zadovoljstvom zaposlenih v timih NMP in boljšim izidom obravnave pacientov.

Z raziskavo smo ugotovili, da so mnenja zaposlenih v NMP, vodij NMP in oblikovalca zdravstvene politike glede uvedbe medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja v sistem šolanja in sistem NMP zelo enotna saj menijo, da bi s tem zagotovili enotno znanje v okviru svojih kompetenc, enotno usposobljenost enot NMP, enotnejši način dela, učinkovitejšo in varnejšo zdravstveno oskrbo pacientov, krepitev timskega dela in skupne kulture, kajti sproščeno delo v timu in zadovoljstvo na delovnem mestu pripomore tudi k zmanjšanju že po naravi stresnemu delu.

Na osnovi rezultatov naše raziskave predlagamo uvedbo medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja v izobraževalni sistem v okviru kliničnih vaj in v sistem NMP, kjer bi se zaposleni v zdravstvenem timu NMP skupaj izobraževali in usposabljali s pomočjo simulacijskih scenarijev, z enotnim izobraževalnim programom, ki bi veljal za vse organizacijske enote NMP v Sloveniji, za katerega bi morala poskrbeti država, kot tudi določiti izvajalce in vzpostaviti nadzor nad izvajanjem. Izobraževanje in usposabljanje pa bi bilo potrebno obnavljati in ga verificirati s certifikatom.

Področje medpoklicnega izobraževanja in usposabljanja ter sodelovanja med člani zdravstvenega tima NMP je v slovenskem prostoru zelo malo raziskano, čeprav obstajajo glede na pomembnost raziskovane teme številna odprta vprašanja namenjena raziskavam s tega področja. Eno izmed pomembnih vprašanj, ki ostaja odprto in namenjeno prihodnjim raziskavam, je prav gotovo timsko povezovanje in organizacijska kultura zaposlenih v zdravstvenem timu NMP, ki je osnova za uvajanje sprememb in izboljšav sedanjega stanja.

Usklajeno delo tima NMP je, kot pravi ena izmed vprašanih takrat, ko člani tima »brez besed, le s pogledom« uspešno izvedejo nujni ukrep – reanimacijo in kot pravi armenska modrost, da nekaterih stvari ne moreš narediti, preden se jih ne naučiš, drugih se ne naučiš, dokler jih ne narediš, zagotovo drži.

5 LITERATURA

Anderson E, Thorpe L, Heney D, Peterson S. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ.* 2009;43(6):542–52.

Bilodean A, Dummont S, Hagan L, Par L, Razmpoosh M, Houle N, et al. Interprofessional education at Laval University: Building an intergrated curriculum for patient – centred practice. *J Interprof Care.* 2010;24(5):524–35.

Božič M. Enota NMP tipa B okrepljena – kje smo danes in predlogi za naprej. In: Gričar M, ed. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj*, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:170 –3.

Byrne A, Pettigrew CM. Knowledge and attitudes of allied health professional students regarding the stroke rehabilitation team and the role of the Speech and Language Therapist. *Int J Lang Commun Disord.* 2010;45(4):510–21.

Chang W, Ma J, Ching H, Lin K, Lee P. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acutecare hospitals. *J Adv Nurs.* 2009;65(9): 1946–55.

Clark PG. Examining the interface between interprofessional practice and education: lessons learned from Norway for promoting teamwork. *J Interprof Care.* 2011;25(1):26–32.

Conway JF, Little P, McMillan M, Fitzgerald M. Determining frameworks for interprofessional education and core competencies through collaborative consultancy: The CARE experience. *Contemp Nurs.* 2011;38(1-2):160–70.

Crnić I, Jović M. Možnosti neformalnega usposabljanja za zaposlene v NMP v Sloveniji. In: Gričar M, ed. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2007: zbornik predavanj*, Portorož, 20.–23. junij 2007. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2007:360–4.

Crnić I, Selič P. Medsebojni odnosi v timu predbolnišnične nujne medicinske pomoči. In: Brigita Skela Savič, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik z recenzijo, Jesenice, 9.–10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2011:463–72.

Davies S, Gidman J. Interprofessional education within a university NMP programme. *Nurse Prescribing*. 2011;9(6):299–302.

Delva D, Jamieson M, Lemieux M. Team effectiveness in academic primary health care teams. *J Interprof Care*. 2008;22(6):598–611.

Dornik E. Bibliometrični pregled Obzornika zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*. 2007;41(1):83–92.

Dubouloz C, Burnett D, Guitart P. An interprofessional rehabilitation university clinic in primary health care: a collaborative learning model for physical students in a clinical placement. *J Phys Ther Educ*. 2010;24(1):19–24.

Filej B. Razmerja med medicino in zdravstveno nego z vidika pristojnosti, odgovornosti in timskega dela. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj*, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:20–2.

Goldman J, Meuser J, Lawrie L, Rogers J, Reeves S. Interprofessional primary care protocols: A strategy to promote an evidence – based approach to teamwork and the delivery of care. *J Interprof Care*. 2010;24(6):653–65.

Grmec Š, Klemen P. Izobraževanje in znanstvenoraziskovalno delo v okviru sistema NMP v Sloveniji. In: Gričar M, ed. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj*, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:197–9.

Grmec Š, Žmavc A. Modeli organizacije urgentne medicine in specializacije urgentne medicine v svetu in specializacija urgentne medicine v Sloveniji. In: Grmec Š, eds. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: zbornik predavanj, Maribor, 4.–6. oktober 2007. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2007:297–304.

Haas BA, Sheehan JM, Stone JAM, Hammer – Beem MJ. Application of the Newell Liberal Arts model for interdisciplinary course design and implementation. J Nurs Educ. 2009; 48(10):579–82.

Hoeyer S. Pomen parmanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2004; 38:113–6.

Hrovat J, Nanut T. Znanje študentov s področja urgentne medicine in pomen delavnic urgentne medicine. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:243–6.

Jacobsen F, Fink AM, Marcussen V, Larsen K, Hansen TB. Interprofessional undergraduate clinical learning: results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. J Interprof Care. 2009;23(1): 30–40.

Jacobsen A, Villumsen Niels K. New, shared emergency departments require training and an interdisciplinary outlook (Danish). Sygeplejersken/ Danish J Nurs. 2011;23:111(8):64 –7.

Jelenovec S, Železnik D. Aktivnosti in kompetence reševalca diplomiranega zdravstvenika – izziv zdravstveni negi. In: Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 15. september 2011. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:331–37.

Jus A. Kazalci kakovosti v prehospitalni službi. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2008: zbornik predavanj, Portorož, 11.–14. junij 2008. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2008:343–6.

Kadivec S, Košnik M, Vegnuti M. Večdisciplinarno sodelovanje pri postopku sprejema bolnika v bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnosti za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo, Ljubljana 2006. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:180–92.

Kersnik J. Kakovost v zdravstvu. Ljubljana 2010. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2010:267–81.

Kipfel JM, Gettman MT, Johnson KM, Olson ME, Derscheid DJ, Maxon PM, et al. Using High – Fidelity Simulation to Develop Nurse – Physician. J Contin Educ Nurs. 2011; 42(8):347–59.

Klemenc D. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. Zdrav Vestn. 2007;76(1):55–9.

Košir R. Vloga tečajev Advanced trauma life support (ATLS) v prehospitalni dejavnosti. In: Grmec Š, eds. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: zbornik predavanj, Maribor, 4.–6. oktober 2007. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2007:306–16.

Križmarić M. Hevristično generiranje medicinskih simulacijskih scenarijev: [doktorska disertacija]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko; 2009.

Kupsch A. Emergency medicine and interhospital transport in Germany. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:35–9.

Kvornstrom S. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008;22(2):191–203.

Laurenson M, Brocklehurst H. Interprofessionalism, personalization and care provision. *Br J Community Nurs*. 2011;16(4):184–90.

Leban P, Drev D. Medpoklicno sodelovanje. In: Lahe M, ed. Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 15. september 2011. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:307–13.

McCallin A, McCallin M. Factors influencing team working and strategies of facilitate successful collaborative (sic) teamwork. *J Physiother*. 2009; 37(2): 61–7.

Mearns C, Wilson J, Buchaman M. Multiprofessional education: Improving care for acutely ill children. *Nursing children and Young People*. 2012;24(4):14–7.

Melby V, Gillespie M, Martin S. Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK. *J Clinic Nurs*. 2011;20:236–46.

Mohor M. (Ne)pripravljenost predbolnišničnega sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji na velike nesreče. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj, Portorož, 17.–20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009: 192 – 6.

Mohor M. Glavni problemi sistema predbolnišnične nujne medicinske pomoči v Sloveniji danes. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj, Portorož, 17.–20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:153–8.

Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 2010;81(10):1219–76.

Novak F. Enota NMP tipa B – kje smo danes in predlogi za naprej. In: Gričar M, ed. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj*, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:166–9.

Ovijač D. *Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov: [magistrsko delo]*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2007.

Ovijač D, Škrabl N, Kobilšek P, Cevc M, Pahor M. Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnosti za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo*, Ljubljana, 2006. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:218–34.

Pahor M. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet preišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnosti za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo*, Ljubljana, 2006. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:15–16.

Pelling S, Kalen A, Hammar M, Wahlstrom O. Preparation for becoming members of health care teams: findings a 5 year evaluation of a student interprofessional training word. *J Interprof Care*. 2011;25(5):328–32.

Pereira W, Lima MD. Prehospital teamwork life support service for traffic accident victims. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):319–26.

Peterle H. Stališča študentov medicine in zdravstvene nege Univerze v Ljubljani do medpoklicnega izobraževanja. *Obzor Zdr N.* 2006;40:130–136.

Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum.* 2010;45(2):73–82.

Petrovič Koren N, Zrim V. Enota NMP tipa PHE – kje smo danes in predlogi za naprej. In: *Urgentna medicina. Mednarodni simpozij o urgentni medicini: zbornik predavanj, Portorož, 17.-20. junij 2009.* Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:177–81.

Pollard KC, Miers ME. From students to professionals: results of a longitudinal study of attitudes to pre – qualifying collaborative learning and working in health and social care in the United Kingdom. *J Interprof Care.* 2008;22(4):399–416.

Ponte PR, Gross AH, Milliman – Richard YJ, Lacey K. Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annu Rev Nurs Res.* 2010;28:159–89.

Poredoš P. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnosti za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo, Ljubljana, 2006.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:15–16.

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list Republike Slovenije št. 23/05 – prečiščeno besedilo, 15/08 – ZpacP in 23/08.

Premik M. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. *Zdrav Vestn.* 2007;76(1):49–53.

Radak Đ, Dedović S, Nikolić R. Kontinuirana medicinska edukacija – modni hir ili budući sistem; 2004. Dostopno na: <http://www.bg.ac.rs/download.php/kontinuirana/cme.pdf> (28.10. 2011).

Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver J, Suter E, et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care*. 2011;25(3): 167–74.

Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russele A, Reevea S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communication: a comparative qualitative study. *J Interprof Care*. 2010;24(4):350–61.

Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.

Rose L. Interprofessional Collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care*. 2011; 16(1):5-10.

Rus P. Enota službe nujne medicinske pomoči tipa »A«, v slovenskem sistemu nujne medicinske pomoči danes in v bodoče. In: Gričar M, ed. *Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj*, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:159–65.

Ruston A, Tavabie A. An evaluation of a training placement in general practice for paramedic practitioner students: improving patient-centred care through greater interprofessional understanding and supporting the development of autonomous practitioners. *Qual Prima Care*. 2011;19(3):167–73.

Sagadin J. Statistične metode za pedagoge: Kvartilni razmik. Maribor: Obzorja; 2003: str. 75.

Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):178–84.

Short A, Holdgate A, Ahem N, Morris J. Enhancing research interest and collaboration in the interdisciplinary context of emergency care. *Journal of Interprofessional Care*. 2009;23(2):156-68.

Skela Savič B. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? *Obzor Zdr N*. 2006;40(4):188-96.

Smith PM, Seeley J. A review of the evidence for the maximization of clinical placement opportunities through interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2010;24(6):690-8.

Souza DRP, Souza MBB. Interdisciplinarity: identifying concepts and limits for its practice at a health service. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(1):117-23.

Strategija razvoja sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji 2010-2020. Ljubljana: Zdravniška zbornica, Slovenije Komisija za nujno medicinsko pomoč; 2010.

Swisher LL, Woodard LJ, Quillen WS, Monroe ADH. Centralized and decentralized organizational models of interprofessional education for physical therapist (sic) and medical students. *J Phys Ther Ed*. 2010;24(1):12-8.

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

Tornkvist L, Hegefjord C. Evaluation of interprofessional training in home care. *J Interprof Care*. 2008;22(5):509-20.

Van der Velden, Van HN, Quoc HNV, Van HN, Baron RB. Continuing medical education in Vietnam: new legislation and new roles for medical schols. *J Contin Educ Health Prof*. 2010;30(2):144-8.

Vilman J. Enota NMP tipa C – kje smo danes in predlogi za naprej. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:174–6.

Vlada republike Slovenije. Strategija izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja javnih uslužbencev za obdobje 2006–2008. Ljubljana, 2006. Dostopno na: http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/mjudokumenti/sklepi/strategijai_zobrazevanja_06-08.pdf (21.11.2011).

Vlahovič D. Učenje s simulacijami. In: Grmec Š, eds. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: zbornik predavanj, Maribor, 4.–6. oktober 2007. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2007:305–8.

Weaver SJ, Rosen MA, Salas E, Baum KD, King HB. Integrating the Science of team training: guidelines for continuing education. *J Contin Educ Health Prof.* 2010;30(4):208–20.

Weller JM, Barrow M, Gasquoine S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ.* 2011;45(5):478–87.

Wheeler D, Stoller JK. Teamwork, team building and leadership in respiratory and health care. *J Resp Ther.* 2011;47(1):6 – 11.

Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008;6(2):232–41.

Železnik D. Kompetencam na pot. *Obzor Zdr N.* 2008;42(3):165–67.

Žmavc A. Razvoj sistema NMP v Sloveniji. In: Gričar M, ed. Urgentna medicina - izbrana poglavja 2009: zbornik predavanj, Portorož, 17.-20. junij 2009. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2009:150–2.

6 PRILOGE

6.1 Semistrukturirani intervju

Sem Vladka Železnjak, absolventka magistrskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice in zaposlena v Zdravstvenem domu Kočevje, v enoti Nujne medicinske pomoči. Pri izdelavi magistrske naloge z naslovom Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v Nujni medicinski pomoči pod mentorstvom prof. dr. Janko Kersnik, dr. med. ter somentorice doc. dr. Brigita Skela Savič, je raziskava usmerjena na ugotavljanje prisotnosti interdisciplinarnega izobraževanja zaposlenih v organizacijsko različnih enotah Nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP) v Sloveniji. Za ugotavljanje stanja v Sloveniji, vas vljudno naprošam za sodelovanje pri naši raziskavi, saj bomo lahko le z vašim sodelovanjem odkrili obstoječe dobre prakse in eventualne pomanjkljivosti na tem področju in oblikovalcem zdravstvene politike in odgovornim strokovnim sodelavcem predlagali ustrezne ukrepe za izboljšavo sedanjega stanja.

Namen naše raziskave je, ugotoviti tiste vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih morali vsi zaposleni v NMP skupaj učiti in se izuriti v njih. Vaša mnenja in predlogi bodo koristno vplivali in pomagali, pri izdelavi predlogov in ukrepov za izboljšanje stanja. Podatki, ki jih bomo z intervjuji pridobili, bodo anonimni. Vrnite jih lahko preko e-pošte, lahko pa opravimo snemanje intervjuja v vašem kraju, s pomočjo snemalne naprave.

V vprašalniku medpoklicno izobraževanje pomeni, da se hkrati izobražujejo vse poklicne skupine, ki pri izvajanju ukrepov NMP sodelujejo.

Delo, pri pisanju vaših mnenj in predlogov, vam želimo olajšati s ponujenimi vprašanji in izhodišči. Za vaše sodelovanje se vam prav lepo zahvaljujemo.

1. Tip organizacijske enote NMP, v kateri delate:

- a) 1 A
- b) 1B
- c) 1 B okrepljena
- d) 1 C
- e) PHE

2. Poklicna skupina, ki ji pripadate:

- a) zdravnik
- b) diplomirana medicinska sestra ali zdravstvenik
- c) zdravstveni tehnik
- d) zdravstveni reševalec

3. Koliko let opravljate delo na NMP?

V opisnem delu vas prosimo, da s pomočjo usmerjenih vprašanj opišite stanje v vaši enoti NMP ter vaša mnenja in predloge, povezane z interdisciplinarnim (medpoklicnim) izobraževanjem zaposlenih v timu NMP.

4. Katera teoretična znanja in praktične veščine (povezana z nujnimi stanji in postopki nudenja nujne medicinske pomoči) bi bilo po vašem mnenju potrebno pridobiti in obvladati pred vstopom na delo v NMP?

5. Kaj menite o obsegu znanja in veščin, ki jih morajo imeti posamezne poklicne skupine, ki sodelujejo pri izvajanju NMP (je obseg znanja preobsežen ali ga je premalo, bi morali imeti napisanih več algoritmov za posamezna nujna stanja in situacije)...?

6. Katere so po vašem mnenju tiste vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, za katere menite, da se jih pri izvajanju nujne medicinske pomoči premalo naučimo in izurimo v času šolanja (postopki oživljanja, prepoznava ogroženega pacienta, nujna zdravila, ravnanje z aparaturami, vlogo posameznega člana tima, znanje drugih sodelujočih v timu NMP ...)?

7. Ali menite, da bi bilo koristno uvesti interdisciplinarno (medpoklicno) izobraževanje že v času študija (organizirati skupno klinično prakso NMP; npr. za študente medicine in visoke zdravstvene šole)?

8. Ali menite, da bi skupno organizirana klinična praksa v času šolanja pomenila boljše poznavanje znanja in veščin drugih poklicnih skupin in bi koristno pripomogla k bodočemu poklicnemu delu (komunikaciji, timski naravnosti...)?

9. Ali menite, da bi poznavanje potrebnih postopkov in vloge posameznih članov tima NMP pri izvajanju nujnih ukrepov pred nastopom na delo v NMP (vaša izkušnja, ko ste vstopili na delo v NMP) vplivalo na lažje in bolj usklajeno delo tima?

10. Ali menite, da bi s skupnim izobraževanjem in usposabljanjem (tečajem) vseh sodelujočih poklicnih skupin v NMP pred vstopom na delo, zmanjšali vrzeli v znanju in okrepili medstrokovno sodelovanje?

11. Katere vsebine so tiste, ki bi jih posamezne poklicne skupine tima NMP morale bolje poznati in obvladati pri svojem delu npr. prepoznavo ogroženega pacienta, reanimacija, imobilizacija, kritično bolan otrok, tehnična izvedba postopkov...?

12. Katerih vsebin teoretičnega znanja in praktičnih veščin bi se bilo koristno učiti in izuriti z interdisciplinarnim (medpoklicnim) izobraževanjem, tj. skupaj vse poklicne skupine hkrati npr. (pristop in prepoznavo ogroženega pacienta, postopki in sosledje oživljanja, postopki hudo poškodovanega pacienta, pristop in prepoznavo kritično bolnega otroka, porod in komplikacije, tehnična izvedba postopkov, ravnanje z aparaturami ...)?

13. Ali menite, da bi skupno učenje in urjenje vseh članov tima NMP pripomoglo k boljšemu sodelovanju v timu in na kaj bi vplivalo (bolj usklajenemu in lažjemu delu v timu, boljšemu medsebojnemu zaupanju, komunikaciji, harmoniji tima, zmanjšanju konfliktov med poklicnimi skupinami, varnejši zdravstveni oskrbi, večji kakovosti, širjenju znanja, izmenjavi izkušenj....)?

14. Ali bi z interdisciplinarnim (medpoklicnim) izobraževanjem lažje in hitreje sledili hitremu tehnološkemu napredku in smernicam v nujni medicinski pomoči in kako temu sledite zdaj?

15. Kaj menite o kontinuiranem interdisciplinarnem izobraževanju (stalnem strokovnem usposabljanju), s preverjanjem znanja in uvedbo licenc za vse sodelujoče poklicne skupine tima NMP s periodičnim obnavljanjem znanja za ohranitev licence?

16. Ali imate v vaši enoti NMP že vpeljano interdisciplinarno (medpoklicno) izobraževanje?

17. Ali imate namensko zaposleno osebo, ki skrbi za izobraževanje v vaši NMP enoti?
18. Ali vas delodajalec redno pošilja na izobraževanje s področja nujne medicinske pomoči?
19. Ali menite, da bi skupno, interdisciplinarno (medpoklicno) izobraževanje vseh zaposlenih v NMP pozitivno vplivalo na delo v vaši enoti in katere izboljšave bi takšno izobraževanje prineslo v vašo enoto in ostale enote NMP v Sloveniji?
20. Katere izboljšave bi lahko vpeljali po vzgledu razvitih evropskih držav (anglo-ameriški, švedski, avstrijski, francosko-nemški model) npr. drugačna sestava timov, drugačna organizacija dela, izobraževanje zaposlenih v NMP...?
21. Kako bi vi vpeljali medpoklicno izobraževanje in usposabljanje za člane tima NMP in tiste, ki vanje šele vstopajo in katere vsebine in veščine bi predlagali?

6.2 Postopek DELPHI - prvi krog

Sem Vladka Železnjak, absolventka magistrskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice in zaposlena v Zdravstvenem domu Kočevje, v enoti Nujne medicinske pomoči. Pri pisanju Magistrske naloge, katere mentor je prof. dr. Janko Kersnik, dr. med. in somentorica doc. dr. Brigita Skela Savič za ugotavljanje stanja v Sloveniji, vas vljudno naprošam za sodelovanje pri naši raziskavi, saj bomo lahko le z vašim sodelovanjem odkrili obstoječe dobre prakse in pomanjkljivosti na tem področju ter oblikovalcem zdravstvene politike in odgovornim strokovnim sodelavcem predlagali ustrezne ukrepe za izboljšavo sedanjega stanja.

Namen naše raziskave je ugotoviti tiste vsebine teoretičnega znanja in praktičnih veščin, ki bi se jih morali vsi zaposleni v NMP skupaj učiti in se izuriti v njih.

Spol in starost nas v raziskavi ne zanimajo, zanima pa nas poklicna skupina, organizacijska enota in delo, ki ga opravljate. Podatki, ki jih bomo pridobili z DELPHI ocenjevalno metodologijo bodo anonimni. Obrazec lahko izpolnite elektronsko in ga vrnete preko e-pošte na naslov vladka.zeleznjak@gmail.com, lahko pa tudi pisno in ga pošljete po navadni pošti na naslov Vladka Železnjak, Trata V 5, 1330 Kočevje.

V prvem krogu vas prosimo, da 40 predlaganih ukrepov, kolikor jih vsebuje ta vprašalnik, ocenite na dveh ravneh: jasnost in potrebnost. Poleg treh formalnih vprašanj, izpolnite vse predlagane trditve za jasnost in potrebnost. V prvem krogu DELPHI ocenjevanja je možno dodati v prazna oštevilčena polja tudi nov ukrep, ki je po vašem mnenju pomemben in bi ga bilo z delfi vprašalnikom v naslednjem krogu koristno raziskati.

Vprašalnik vsakega naslednjega kroga bo vseboval tudi rezultate predhodnega kroga, kar vam bo omogočilo primerjavo lastnega mnenja z mnenji drugih sodelujočih skupin v raziskavi in morebitno spremembo individualnega mnenja.

Anketni vprašalnik bomo ponovili v tolikih krogih, da bomo mnenja in stališča med skupinami čim bolj približali in ugotovili tiste predlagane ukrepe, ki so po mnenju sodelujočih potrebni za izboljšanje sedanjega stanja. Ne bomo pa ga ponovili v več kot štirih krogih.

Za sodelovanje se vam prav lepo zahvaljujem.

Navodila za rangiranje:

- Rangirajte trditve glede na svoje mnenje in delovno mesto.

- Če predlagani ukrep ni relevanten za delovno mesto, ki ga uporabljate kot reference, ga ocenite nizko.

Lestvica za rangiranje:

Vsak predlagani ukrep ocenite na 9-stopenjski lestvici.

Stopnja jasnosti predlagane trditve ukrepa: 1 = trditev je popolnoma nejasen in popolnoma dvoumen. 9 = trditev je popolnoma jasen in popolnoma nedvoumen.

Stopnja potrebnosti tega ukrepa: 1 = trditev je glede na vaše del. mesto popolnoma nepotreben. 9 = trditev je glede na vaše del. mesto absolutno potreben.

1. Poklicna skupina, ki ji pripadate (oštevilčite ustrezen odgovor -----)

- 1 - zdravnik
- 2 - diplomirana medicinska sestra ali zdravstvenik
- 3 - zdravstveni tehnik
- 4 - zdravstveni reševalec

2. Organizacijska enota, v kateri delate (oštevilčite ustrezen odgovor -----)

- 1- NMP
 - 1 A
 - 1B
 - 1 B okrepljena
 - 1 C
 - PHE
- 2 - Ministrstvo za zdravje
- 3 - Zbornica zdravstvene nege
- 4 - Zdravniška zbornica

3. Delo, ki ga opravljate (oštevilčite ustrezen odgovor -----)

- 1 - zaposlen na NMP
- 2 - vodja NMP
- 3 - oblikovalec/ka zdravstvene politike

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Stopnja jasnosti kazalca									Stopnja potrebnosti tega kazalca								
	1=zelo nejasno/dvoumno 9=zelo jasno/nedvoumno									1= popolnoma nepotreben 9 = zelo potreben								
1. Teoretična znanja in praktične veščine, ki bi jih bilo potrebno pridobiti pred vstopom na delo v NMP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<i>Prosimo, označite z X</i>									<i>Prosimo, označite z X</i>								
1. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale imeti pri izvajanju ukrepov NMP enotno teoretično znanje in praktične veščine, v okviru svojih kompetenc.																		
2. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale biti enako usposobljene pri izvajanju ukrepov NMP ne glede na vrsto organizacijske enote.																		
3. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati algoritme ukrepov pri izvajanju NMP.																		
4. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP znati uporabljati aparature in medicinsko opremo potrebno pri izvajanju NMP.																		
5. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati delo drugih sodelujočih poklicnih skupin v NMP.																		
6. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati timsko delo.																		

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Stopnja jasnosti kazalca									Stopnja potrebnosti kazalca								
	1=zelo nejasno/dvoumno 9=zelo jasno/nedvoumno									1=popolnoma nepotreben 9=zelo potreben								
2. Teoretična znanja in praktične veščine, ki bi se jih bilo potrebno naučiti v času šolanja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<i>Prosimo, označite z X</i>									<i>Prosimo, označite z X</i>								
7. V času šolanja bi zdravstveni reševalci in zdravstveni tehniki morali osvojiti teoretična znanja in praktične veščine, potrebne pri izvajanju ukrepov NMP.																		
8. V času šolanja bi morale diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki osvojiti teoretična znanja in praktične veščine potrebne pri izvajanju ukrepov NMP s podiplomskim študijem ali specializacijo urgentne medicine.																		
9. V času šolanja bi vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP morale izvajati skupne klinične vaje urgentne medicine.																		
10. V času šolanja bi morale vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP osvojiti znanje in veščine algoritmov ukrepov pri izvajanju NMP, reanimacije, uporaba zdravil v NMP, delo z aparaturami in opremo pri izvajanju NMP, vloge timskega dela, triaže v okviru svojih kompetenc.																		
11. V času šolanja bi morale vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP pridobiti vpogled v pomembnost medpoklicnega sodelovanja.																		

3. Izboljšave, ki bi jih pridobili z medpoklicnim izobraževanjem v času šolanja	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <i>Prosimo, označite z X</i>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <i>Prosimo, označite z X</i>
12. Poznavanje dela drugih poklicnih skupin, ki v timu NMP sodelujejo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Poznavanje medstrokovnega timskega dela.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Krepitev strokovne vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Ozaveščanje vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Pridobitev potenciala pri poklicni karieri.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v timu NMP		
17. Vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi se morale permanentno medpoklicno izobraževati na internih in externih izobraževanjih.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Za vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi morala država uvesti permanentno medpoklicno izobraževanje z državnim programom.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi morale teoretična znanja in praktične veščine obnavljati in verificirati s certifikatom.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Država bi morala poskrbeti za izobraževanje inštruktorjev, ki bi izvajali medpoklicno izobraževanje.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi se morale medpoklicno izobraževati s pomočjo simulacijskih scenarijev.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Stopnja jasnosti kazalca									Stopnja potrebnosti kazalca								
	1=zelo nejasno/dvoumno 9=zelo jasno/nedvoumno									1=popolnoma nepotreben 9=zelo potreben								
5. Teoretična znanja in praktične veščine, ki bi se jih bilo dobro izuriti z medpoklicnim izobraževanjem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<i>Prosimo, označite z X</i>									<i>Prosimo, označite z X</i>								
22. TPO, DPO ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.																		
23. Reanimacija odraslih in otrok ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.																		
24. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.																		
25. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporaba aparatov in opreme ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.																		
26. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporaba aparatov in opreme, uporaba zdravil pri urgentnih stanjih, imobilizacija poškodovanih, vloga posameznika v timu, triaža ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.																		
1. Izboljšave, ki bi jih pridobili z medpoklicnim izobraževanjem																		
27. Boljše medpoklicno sodelovanje in odkrita komunikacija.																		
28. Uigranost članov tima in usklajeno delo pri izvajanju NMP.																		
29. Manjša možnost napak.																		
30. Lažje in bolj učinkovito izvajanje NMP.																		
31. Lažje sledenje smernicam in tehnološkemu razvoju.																		
32. Večje spoštovanje in boljše																		

6.3 Postopek DELPHI - drugi krog

Sem Vladka Železnjak, absolventka magistrskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice in zaposlena v Zdravstvenem domu Kočevje, v enoti Nujne medicinske pomoči. Za ugotavljanje stanja v Sloveniji, vas vljudno naprošam za sodelovanje v drugem krogu postopka DELPHI.

Podatki, ki jih bomo pridobili z DELPHI ocenjevalno metodologijo v drugem krogu bodo anonimni. Obrazec lahko izpolnite elektronsko in ga vrnete preko e-pošte na naslov vladka.zeleznjak@gmail.com, lahko pa tudi pisno in ga pošljete po navadni pošti na naslov Vladka Železnjak, Trata V 5, 1330 Kočevje.

V drugem krogu ocenite samo **potrebnost** predlaganih ukrepov enako kot v prvem krogu z oceno od 1 do 9 ter odgovorite na 3 formalna vprašanja. Na skrajni desni strani vprašalnika so **rezultati prvega kroga** (glede na funkcijo) in sicer povprečna ocena vsakega predlaganega ukrepa, kar vam bo omogočilo primerjavo lastnega mnenja z mnenji drugih sodelujočih in morebiti vplivalo na vašo ponovno odločitev. Novih predlaganih ukrepov pa v prvem krogu ni bilo.

V tabeli so navedene povprečne ocene predlaganih ukrepov iz prvega kroga DELPHI (glede na funkcijo):

POV - povprečna ocena vseh zbranih odgovorov

ZAP - povprečna ocena zaposlenih na NMP

VOD - povprečna ocena vodij NMP

OBL - povprečna ocena oblikovalcev zdravstvene politike.

Za sodelovanje se vam prav lepo zahvaljujem.

Navodila za rangiranje:

- Rangirajte trditve glede na svoje mnenje in delovno mesto.
- Če predlagani ukrep ni relevanten za delovno mesto, ki ga uporabljate kot referenco, ga ocenite nizko.

Lestvica za rangiranje:

Vsako trditev ocenite na 9-stopenjski lestvici.

Stopnja potrebnosti ukrepa: 1 = trditev je glede na vaše del. mesto popolnoma nepotreben. 9 = trditev je glede na vaše del. mesto absolutno potreben

1. Poklicna skupina, ki ji pripadate (ustrezno obkrožite)

- a) zdravnik
 b) diplomirana medicinska sestra ali zdravstvenik
 c) zdravstveni tehnik
 d) zdravstveni reševalec

2. Organizacijska enota, v kateri delate (ustrezno obkrožite)

- a) NMP
 1 A
 1B
 1 B okrepljena
 1 C
 PHE
 b) Ministrstvo za zdravje
 c) Zbornica zdravstvene nege
 d) Zdravniška zbornica

3. Funkcija, ki jo opravljate (ustrezno obkrožite)

- a) zaposlen na NMP
 b) vodja NMP
 c) oblikovalec/ka zdravstvene politike

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	Stopnja potrebnosti kazalca 1 = popolnoma nepotreben 9 = zelo potreben													
1. Teoretična znanja in praktične veščine, ki bi jih bilo potrebno pridobiti pred vstopom na delo v NMP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Prosimo, označite z X POV ZAP OBL VOD													
1. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale imeti pri izvajanju ukrepov NMP enotno teoretično znanje in praktične veščine, v okviru svojih kompetenc.											8,04	7,22	9	8,67
2. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale biti enako usposobljene pri izvajanju ukrepov NMP ne glede na vrsto organizacijske enote.											8,11	7,30	9	7,67
3. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati algoritme ukrepov pri izvajanju NMP.											8,30	7,56	9	9

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	1 2 3 4 5 6 7 8 9									POV	ZAP	OBL	VOD
	Prosimo, označite z X												
4. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP morajo pred vstopom na delo v NMP znati uporabljati aparature in medicinsko opremo potrebno pri izvajanju NMP.										8,33	7,37	9	9
5. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati delo drugih sodelujočih poklicnih skupin v NMP.										7,56	7	9	8
6. Vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP bi morale pred vstopom na delo v NMP poznati timsko delo.										8,00	7,26	9	9
2. Teoretična znanja in praktične veščine, ki bi se jih bilo potrebno naučiti v času šolanja													
7. V času šolanja bi zdravstveni reševalci in zdravstveni tehniki morali osvojiti teoretična znanja in praktične veščine, potrebne pri izvajanju ukrepov NMP.										7,63	7,07	9	8,67
8. V času šolanja bi morale dipl. medicinske sestre/zdravstveniki osvojiti teoretična znanja in praktične veščine potrebne pri izvajanju ukrepov NMP s podiplomskim študijem ali specializacijo urgentne medicine.										7,30	6,63	9	8,33
9. V času šolanja bi vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP morale izvajati skupne klinične vaje urgentne medicine.										7,26	6,63	9	7,67
10. V času šolanja bi morale vse sodelujoče poklicne skupine v sistemu NMP osvojiti znanje in veščine algoritmov ukrepov pri izvajanju NMP, reanimacije, uporaba zdravil v NMP, delo z aparaturami in opremo pri izvajanju NMP, vloge timskega dela ter triaže v okviru svojih kompetenc.										8,04	7,26	9	8,67
11. V času šolanja bi morale vse sodelujoče poklicne skupine NMP pridobiti vpogled v pomembnost										7,26	6,70	8	8,33

medpoklicnega sodelovanja.	
----------------------------	--

3. Izboljšave, ki bi jih pridobili z medpoklicnim izobraževanjem v času šolanja	1 2 3 4 5 6 7 8 9									POV ZAP OBL VOD				
	Prosimo, označite z X													
12. Poznavanje dela drugih poklicnih skupin, ki v timu NMP sodelujejo.											6,78	6,85	9	8
13. Poznavanje medstrokovnega timskega dela.											6,81	6,59	7	7,67
14. Krepitev strokovne vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP.											7,41	6,74	9	7,67
15. Ozaveščanje vloge posameznega člana poklicne skupine v timu NMP.											7,15	6,33	7	7,33
16. Pridobitev potenciala pri poklicni karieri.											7,14	6,74	8	7,33
4. Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v timu NMP														
17. Vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi se morale permanentno medpoklicno izobraževati na internih in externih izobraževanjih.											8,22	7,15	9	9
18. Za vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi morala država uvesti permanentno medpoklicno izobraževanje z državnim programom.											8,15	7	9	8,67
19. Vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi morale teoretična znanja in praktične veščine obnavljati in verificirati s certifikatom.											8,04	7,07	9	8,67
20. Država bi morala poskrbeti za izobraževanje inštruktorjev, ki bi izvajali medpoklicno izobraževanje.											7,74	7	9	8,67
21. Vse sodelujoče poklicne skupine v NMP bi se morale medpoklicno izobraževati s pomočjo simulacijskih scenarijev.											8,15	7,15	9	8,67

PREDLAGANE TRDITVE UKREPOV	1 2 3 4 5 6 7 8 9										POV ZAP OBL VOD			
	Prosimo, označite z X													
5. Teoretična znanja in praktične veščine, ki bi se jih bilo dobro izuriti z medpoklicnim izobraževanjem														
22. TPO, DPO ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.											8,33	7,22	9	9
23. Reanimacija odraslih in otrok ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.											8,33	7,33	9	9
24. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.											8,48	7,19	9	9
25. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporaba aparatov in opreme ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.											8,37	7,22	8	9
26. Vsa urgentna stanja pri odraslih in otrocih, uporaba aparatov in opreme, uporaba zdravil pri urgentnih stanjih, imobilizacija poškodovanih, vloga posameznika v timu, triaža ter izobraževanje s pomočjo simulacijskih scenarijev.											8,41	7,26	9	9
6. Izboljšave, ki bi jih pridobili z medpoklicnim izobraževanjem														
27. Boljše medpoklicno sodelovanje in odkrita komunikacija.											8,30	7,33	9	8,33
28. Uigranost članov tima in usklajeno delo pri izvajanju NMP.											8,30	7,33	9	8,67
29. Manjša možnost napak.											8,00	7,26	9	8,33
30. Lažje in bolj učinkovito izvajanje NMP.											8,11	7,22	8	8,67
31. Lažje sledenje smernicam in											8,04	7,22	9	8,67

