Psihiatrična bolnišnica Ormož

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in

Psihiatrična bolnišnica Ormož

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU

Zbornik prispevkov z recenzijo

Ormož, oktober 2021

Organizator:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji v sodelovanju s PSIHIATRIČNO BOLNIŠNICO ORMOŽ

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU

Ormož, 8. oktober 2021
Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednika:
Darko Loncnar
Aljoša Lapanja

Recenzent:
doc. dr. Branko Bregar
dr. Jožica Peterka Novak

Zbrala in tehnično uredila:
Darko Loncnar, Aljoša Lapanja

Tisk:
ABO grafika

Naklada:
80 izvodov

Lektoriral:
Kristijan Šinkec

Programsko-organizacijski odbor: Ksenija Pirš, Darko Loncnar, Aljoša Lapanja, Vesna Juršič, Marija Kokol, Tatjana Skoliber, Romana Nedog in Helena Korošec.

Založila in izdala:
Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083:316.444.5(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Zbornik prispevkov z recenzijo (2021 ; Ormož)
Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu : zbornik prispevkov z recenzijo, Ormož, 8. oktober 2021 / [urednika Darko Loncnar, Aljoša Lapajna ; organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji v sodelovanju s Psihiatrično bolnišnico Ormož]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2021
ISBN 978-961-94686-7-8
1. Loncnar, Darko
COBISS.SI-ID 78697987

PROGRAM STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

08.15–09.00 **Registracija udeležencev**
45 min

09.00–09.10 **Uvodni pozdrav**
10 min

I. SKLOP **Moderatorka**: Ksenija Pirš

09.10–09.55 **Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu**
45 min
mag. Miloš Židanik, dr. med., spec. psih., strokovni direktor PB Ormož

10.00–10.45 **Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov za boljšo kulturo varnosti pacientov**
45 min
Helena Rojko, dipl. bab., dipl. med. ses., mag. zdr. nege, pomočnica direktorja ZD Ormož

10.45–11.00 **Razprava**
15 min

11.00–11.45 **Odmor in izvedba volitev predsednika/-ce in članov/ic IO Sekcije**
45 min

II. SKLOP **Moderator**: Aljoša Lapanja

11.45–12.10 **Podelitev priznanj za dosežke na ožjem strokovnem področju v psihiatriji**
25 min
Darko Loncnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag., predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji
Monika Ažman, dipl. m. s., predsednica Zbornice Zveze

12.10–12.40 **Pogled in izkušnje izvajalcev zdravstvene nege z medpoklicnim sodelovanjem na področju psihiatrije**
30 min
Ksenija Pirš, dipl. m. s., mag. zdr. ved. in sodelavci/-ke v zdravstveni negi PB Ormož

12.40–13.10 **Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje**
30 min
asist. Tina Kamenšek, dipl. m. s., mag. zdr. nege., Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani

13.10–13.20 **Razprava**
10 min

13.20–14.05 **Odmor**
45 min

III. SKLOP – RAZGLASITEV REZULATOV VOLITEV IN OKROGLA MIZA

Moderatorka: Jacinta Doberšek Mlakar

14.05–14.15 **Razglasitev rezultatov volitev predsednika/-ce in članov/-ic IO Sekcije MS in ZT v psihiatriji za mandatno obdobje 2021–2025**
10 min
Ksenija Pirš, mag. zdr. ved., predsednica Komisije za izvedbo volitev za predsednika/-ico in članov/-ic IO Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

14.15–15.15 **Problemi in izzivi iz vsakdanje prakse v luči medpoklicnega sodelovanja na področju psihiatrije**
60 min
Sodelujoči:
Darko Loncnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag., predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji, PB Begunje

Ksenija Pirš, mag. zdr. ved., pomočnica direktorja za zdravstveno nego, PB Ormož
mag. Miloš Židanik, dr. med., spec. psih., strokovni direktor PB Ormož
Urška Poček, dipl. m. s., PB Vojnik
Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped., UPK Ljubljana
ZT/TZN z Oddelka za psihiatrijo, UKC Maribor
DT iz PB Ormož

15.15 Zaključek strokovnega izobraževanja

KAZALO

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU 1

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HEALTHCARE

asist. mag. Miloš Židanik

MEDPOKLICNO SODELOVANJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVNIKOV ZA BOLJŠO KULTURO VARNOSTI PACIENTOV 6

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION OF NURSES AND PHYSICIANS FOR BETTER PATIENT SAFETY CULTURE

Helena Rojko

prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar

doc. dr. Dominika Vrbnjak

POGLED ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI NA MEDPOKLICNO SODELOVANJE V PSIHIATRIJI 12

THE VIEW OF NURSING EMPLOYEES AT INTERPROFESSIONAL COOPERATION IN PSYCHIATRY

Ksenija Pirš

POMEN MEDPOKLICNEGA IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER ZA NJIHOVO MEDPOKLICNO SODELOVANJE 22

THE IMPORTANCE OF NURSES' INTER-PROFESSIONAL EDUCATION FOR THEIR INTER-PROFESSIONAL COLLABORATION

asist. Tina Kamenšek

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HEALTHCARE

asist. mag. Miloš Židanik, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, višji predavatelj
Psihiatrična bolnišnica Ormož
milos.zidanik@pb-ormoz.si

Izvleček

V prispevku se primerja zdravstveni sistem z vojaškim sistemom in opozarja na njune skupne vsebine: na uporabo uniform, na rigidno hierarhično strukturo, na prepoved svobode razmišljanja in delovanja (menda zaradi večje varnosti nam zaupanih pacientov), na slepo sledenje navodilom z vrha, na ugašanje empatije, na pojave nasilja in zlorabe moči. Sistemsko ugašanje empatije skozi izobraževanje in delovanje v zdravstvu ima posledice ne le v odnosu s pacienti, temveč tudi v odnosu s sodelavci. Samo z ozaveščanjem teh procesov, z zavestno odločitvijo za empatično in spoštljivo držo v odnosu z drugimi lahko dosežemo vsebinsko in ne le formalno sodelovanje med različnimi poklicnimi skupinami v zdravstvu.
Ključne besede: hierarhija, uniforme, zloraba moči, empatija, zdravstvo

Abstract

Medical and military systems share numerous similarities: the use of uniforms, the rigid hierarchical structure, the intolerance of free thinking and acting (supposedly for the better of patients), blindly following of orders from above, the systematic reducing of empathy, the violent nature of many diagnostic and therapeutic procedures and power misuse. The lack of empathy has its consequences not only for therapist-patient relationships, but also in-between coworkers. Only with better awareness of these dynamics, and conscious decision-making towards an emphatic and respectful relationship, we can achieve both, a formal and real cooperation between different healthcare providers within the medical system.
Keywords: hierarchy, uniforms, power misuse, empathy, health care

Uvod

Da lahko razumemo dinamiko medpoklicnega sodelovanja, je potrebno najprej pogledati sam sistem, znotraj katerega se različne poklicne skupine srečujejo. Zato želim v tem prispevku razgrniti senco, ki leži nad zdravstvenim sistemom, ga primerjati z drugimi sistemi, da bi lažje prepoznali problem in nakazati rešitve. Že kar nekaj let poslušamo o potrebi po spremembi zdravstvenega sistema, a do sedaj še noben minister pri tem ni bil uspešen. Tako bom v tem prispevku skušal pokazati na razloge za to, kot jih zaznavam sam. Očitno je, da praktično vsem akterjem tak sistem ustreza in pogledali bomo, zakaj.

Sistem v zdravstvu v primerjavi z vojaškim sistemom

Medicina se je razvijala tisočletja z ramo ob rami z vojaškim sistemom, ki je bil tudi velik naročnik njenih storitev. Tako so isti zdravstveni delavci prehajali iz zdravstvenega v vojaški

sistem in se po končanih spopadih vračali v civilni zdravstveni sistem. Kar so videli, da učinkuje na bojišču, so prenesli v svoje civilno delovno okolje. Tako je kar nekaj skupnih elementov, ki so značilni za oba sistema:

- stroga hierarhična struktura: imamo zdravnike, diplomirane medicinske sestre, medicinske sestre in strežnice tako kot vojska oficirje, podoficirje in vojake. Imamo poveljstvo na Ministrstvu za zdravje. Vsi smo dolžni spoštovati povelja, ki se skrivajo pod naslovom z dokazi podprte medicine in se ne smemo spraševati o smiselnosti le-teh. Delovanje zunaj medicinsko-biološke paradigme je prepovedano. Zjutraj se dobivamo na »raportih« in vizite še danes pogosto spominjajo na vojaške inšpekcije;
- zdravstveni sistem ima svojega sovražnika – bolezen: ker zbolimo vsi, smo tudi vsi zainteresirani, da bo zdravstveni sistem deloval. S tem sovražnikom smo nenehno v vojni. Tako bomo vedno našli finančna sredstva za zdravstvo. Menim, da bo zdravstveni sistem zadnji, ki bo propadel. Zato je tudi praktično nemogoče izkoreniniti korupcijo v zdravstvu. Akterji se sicer lahko zamenjajo, a vsi vemo, da bolnišnice ne bodo propadle in da se bo denar še naprej stekal vanje, ne glede na to, koliko se ga porabi in na kako transparenten način;
- uniforma: sama beseda sicer nakazuje (iz)enačenje ljudi, v bistvu jih pa razslojuje. Na tem mestu se je zdravstvo zgledovalo po industriji. Tu poznajo bele ovratnike (ki se ne umažejo), modre uniforme delavcev in rjave uniforme tistih, ki opravljajo najbolj umazana dela. V večini delovnih okolij v zdravstvu v Sloveniji se tak sistem razslojevanja in v istih barvah ohranja.
- nasilje: medicina je pogosto zelo nasilna in boleča. Takšni so sami diagnostični in terapevtski postopki (npr. zobozdravstvo, endoskopije, biopsije, kirurški postopki, boleče aplikacije zdravil), pogoste so zlorabe moči v terapevtskem odnosu (že v pokroviteljskem odnosu do pacientov), v psihiatriji uporabljamo hospitalizacijo in zdravljenje proti volji ter prisilne varovalne ukrepe. Nasilje je lahko povsem neprepoznano, npr. odpiranje intimnih vsebin posameznikov pred osebjem in sopacienti na vizitah ali ginekološki pregledi. Ni namreč nasilje nasilje, če tako zaznava osebje, ampak takrat, ko ga zaznava pacient;
- ugašanje empatije v zdravstvenem sistemu, da se lahko opravlja nasilne in boleče postopke: ob tem velja, da je potrebno čustva čim bolj potisniti v ozadje, da lahko terapevti sprejemamo čim bolj racionalne odločitve v smislu sledenja diagnostičnim in terapevtskim smernicam, kar naj bi bilo za naše paciente najbolj optimalno. Predvsem pa naj bi nas ščitile pred eventualnimi pritožbenimi in sodnimi postopki – če se bomo v odnosu z pacienti vsi odločali in vsi priporočali enako.

Problem

Prvi problem je razslojevanje poklicnih skupin znotraj zdravstvenega sistema. Vsaka poklicna skupina brani meje svojih pristojnosti, specifično znanje omejuje na svojo poklicno skupino v strahu, da bi bili pripadniki te specifične skupine lahko nadomestljivi in zamenljivi s pripadniki drugih poklicnih skupin. Na ta način vedno manj poznamo terapevtske dejavnosti drug drugega in se počasi odtujujemo.

Drug problem je, da je zdravstveni sistem v želji po čim večji učinkovitosti v boju proti bolezni prevzel značilnosti vojaškega sistema. Ta je na kratko roko učinkovit, ko imamo opraviti s sovražnikom, ki ga lahko premagamo. Takrat se mobilizirajo vsi ljudje in vzpostavi struktura, ki mora predvsem ubogati in izvrševati povelja, vse na račun osebne svobode in pravic svobodnega odločanja o sebi in bližnjih, za katere smo odgovorni. Dolgoročno je tak

sistem škodljiv, ker zatre svobodni diskurz brez posledic za posameznike. O sprejetih diagnostičnih in terapevtskih smernicah (ki se mimogrede nenehno spreminjajo) svoboden diskurz ni dovoljen. Zdravnikom, ki se odločajo za alternativne načine terapevtske obravnave (npr. s homeopatijo), se grozi z odvzetjem licence, prepovedano se je že opredeliti za svobodo izbire glede obveznosti cepljenja. Ljudem se večkrat jemlje pravico do svobodne odločitve glede prejemanja neke terapije. Tako sem se sam srečeval z onkološkimi pacienti, ki so zavračali priporočeno obliko kemoterapije in izrazili željo po drugačni terapevtski obravnavi, za katero so izvedeli na spletu in je dostopna tudi pri nas. Napotnica za obisk pri psihiatru je bila samo oblika pritiska na pacienta, da se odloči za priporočeno terapijo. Medicina si dovoljuje soditi celo o načinu prehranjevanja posameznikov: tako zavrača veganski način prehranjevanja kljub znanstvenim dokazom o dobrobitih takšne prehrane. Kot se ne sme dvomiti o ukazih vojaških poveljnikov, se ne sme dvomiti o navodilih zdravnikov. Čeprav smo deklarirano demokratska družba, imamo znotraj te družbe povsem avtokratski sistem.

Razprava

Zdravstveni sistem je del razvejanega državnega sistema. Nezaupanje v zdravstvo po analogiji za sabo potegne tudi dvom o upravičenosti zaupanja v sodstvo, šolstvo in državo z njenim političnim aparatom. Vsi pritiskajo zato na dolžnost zaupanja prebivalcev v medicino, v stroko in znanost, da se ne bi podvomilo o dobronamernosti še vseh drugih akterjev javnega sektorja. Pa je apriorno in polno zaupanje v Medicino upravičeno? Stiles (2011) je opozoril, da je bilo med leti 2004–2008 kar 56 % med 498 avtorji strokovnih smernic na področju kardiologije v konfliktu interesov zaradi povezav s farmacevtsko industrijo, kar pomeni, da je imelo kar 510 različnih posameznih komercialnih podjetij vpliv na nastanek vseh objavljenih sedemnajstih strokovnih smernic (v povprečju 38 na posamezno strokovno smernico). Druga raziskava (Friedman & Richter, 2004) je analizirala objavljene članke v dveh medicinskih revijah (NEJM in JAMA) in ugotovila, da je bilo 38,7 % raziskav, povezanih z učinkom farmakoterapije, takšnih, da je bil vsaj eden od avtorjev v konfliktu interesov zaradi povezav s farmacijo – če je to objavil sam ali če so iz metode opravljene raziskave odkrili, da je bilo financiranje raziskave opravljeno s strani farmacevtskega podjetja. Ugotovili so statistično pomembno razliko med pozitivnimi rezultati raziskav, kjer je bil najden konflikt interesov, in raziskavami, kjer konflikta interesov ni bilo, seveda v »korist« raziskav, kjer je bil konflikt interesov opažen, zato je pomembna budnost glede povezav med farmacijo in medicino ter kritična distanca do »spoznanj na podlagi znanosti«.
Empatija že med izobraževanjem v zdravstvu upada (Hojat, et al., 2009; Nunes, et al., 2011), čeprav vemo, da empatičen odnos do pacientov vodi v boljše izide zdravljenja (tudi zaradi boljšega sodelovanja pacientov v procesu zdravljenja), manjše je število zdravniških napak in manj upada zaupanja v terapevte (Riess, 2017). Empatija ni omejena samo na odnos s pacienti, prisotna je tudi v odnosu s sodelavci. Manj smo empatični do pacientov, manj smo empatični do sodelavcev, tako iz iste kot iz drugih poklicnih skupin. Ni naključje, da raziskava NIJZ (2021) kaže občutenje nasilja na delovnem mestu med zaposlenimi v zdravstvu v času epidemije v kar 11,5 % deležu.

Uniforma razslojuje poklicne skupine in jasno začrta mejo med zdravstvenimi delavci in sodelavci ter pacienti. Yalom (2001) povezuje belo haljo z magijo, misterioznostjo in položajem avtoritete. Guggenbühl-Craig (1997) govori o bipolarnem arhetipu zdravnik–pacient, ki je v vsakem človeku, in o tendenci pacientov, da zdravnika v sebi projecirajo na zdravnika zunaj sebe, ki tako postane »samo zdravnik«. Ta položaj nam zdravnikom ustreza, ker nismo v stiku s pacientom v sebi in s tem z boleznijo – in dejansko smo zdravniki

najslabši pacienti. Problem je v tem, da samo če smo v stiku z pacientom v sebi, lahko pomagamo pacientom, saj pacient v nas aktivira zdravnika v pacientih, ki jih dolgoročno pozdravi, ker nenehno išče poti k zdravju, namesto da »samo pacient« pasivno čaka na naslednji recept. Namesto da bi slekli belo haljo zdravnika, tudi druge poklicne skupine oblačijo belo haljo, ker bi vsi želeli biti »samo zdravniki« – tako socialni delavci, psihologi, delovni terapevti, klinični farmacevti in celo administratorke.

Trenutni sistem ustreza vsem, tako politiki, ki ga prek hierarhičnega sistema povsem kontrolira in obvladuje, tako zaposlenim, ker so našli svoj način zaščite pred boleznijo, ki se je vsi bojimo, kot tudi posameznim poklicnim skupinam, ki se poglabljajo v subspecializacije, da bi bilo njihovo delo čim bolj nenadomestljivo in nepogrešljivo. Ustreza industriji, tj. farmaciji, ki prek financiranja raziskav vpliva na diagnostične in terapevtske smernice s ciljem rasti prodaje lastnih proizvodov. Ustreza pasivni drži pacientov, ki odgovornost za lastno zdravje pozunanjijo na zdravstveni sistem. Ustreza vsem, ki jim svojih odločitev v terapevtskih procesih ni treba argumentirati, saj se lahko postavijo v pozicijo avtoritete in dvignejo nad pacienta, včasih tudi nad sodelavca druge ali celo iste poklicne skupine.

Če bomo želeli resnično sodelovati med seboj, bomo morali odstraniti bariere, ki smo si jih postavili sami. Odložiti bo treba uniforme, za katerimi se skrivamo, in začeti se bo treba pogovarjati, poslušati in slišati drug drugega. Potrebno je predstaviti svoje terapevtsko delo drugim poklicnim skupinam, da bodo sploh vedeli, kaj počnemo in kako se nam lahko s svojim terapevtskim delom približajo, da terapevtski proces poenotimo. Če bo naše terapevtsko delo drugim poklicnim skupinam blizu in ga bodo tudi same uporabljale, bomo sami lažje odšli na dopust ali v bolniški stalež, ker bomo vedeli, da bo za paciente v naši odsotnosti dobro poskrbljeno. Osnova tega procesa je spoštovanje drug drugega, spoštovanje drugih poklicnih skupin, delovnega procesa, ki je drugačen od našega, zanimanje za svet drugega in želja po približevanju ter empatija. Riess (2017) pravi, da se je empatije možno tudi naučiti in če ne premoremo čustvene empatije ali pa nas ta vodi v pristranskost (zaradi morebitne iste pripadnosti verskim ali narodnostnim skupinam ali v našem primeru pripadnosti isti poklicni skupini znotraj zdravstva), da lahko posežemo po kognitivni empatiji, da se izognemo diskriminaciji, se pravi, da smo budni glede avtomatične naklonjenosti lastni poklicni skupini, da iz svoje kože izstopimo in zavestno sprejmemo pripadnike drugih poklicnih skupin. Na ta način, če bomo spoštljivo vstopili v svet drugih in enako odprli vrata svojega poklicnega sveta drugim, se bo naše poznavanje sveta medicine in njenih zakonitosti širilo, s tem bomo rasli in se razvijali kot strokovnjaki. Naš terapevtski pristop se bo širil, lažje bomo priporočali kolege in jih vključevali v terapevtski proces, če bomo natančno poznali naravo njihovega dela in naši kolegi bodo lažje usmerjali paciente k nam, če bodo vedeli, da bodo pri nas slišani in ustrezno obravnavani. To bodo vedeli samo, če bodo v komunikaciji z nami slišali, kako razmišljamo in kako delujemo kot terapevti.

Zaključek

Če želimo spremeniti sistem, je potrebno sistem razumeti in začeti s spremembami znotraj sistema. Če bomo pritiskali od zunaj, bomo naleteli samo na odpor. Potrebno je uzavestiti mehanizme delovanja zdravstvenega sistema in izločiti elemente, ki so mu v breme, oziroma vse, kar spominja na nečutečo, neempatično in avtokratsko vojaško organizacijo. Potrebno je odložiti uniforme, se uriti v empatiji, sebi in drugim dovoliti razmišljati in se izražati, saj če to prepovemo sebi, bomo to prepovedovali tudi pacientom z vsemi posledicami. Prav tako ne bomo slišali pripadnikov drugih poklicnih skupin in proces odtujevanja in razslojevanja v

zdravstvu se bo samo poglabljal. Odtujevanje pelje v nezaupanje in to v zdravniške napake in tožbe na sodiščih, tako da tudi, če se za to pot ne odločimo zato, ker bi menili, da je tako prav, se dajmo zanjo odločiti, ker je najboljša in najbolj varna za nas – iz čisto egoističnih nagibov.

Literatura

Friedman L.S. & Richter E.D., 2004. *Relationship Between Conflicts of Interests and Research Results*. Available at: http://www.medscape. com/viewarticle/468818 [4. 8. 2021].

Guggenbühl-Craig, A., 1997. *Pomoč ali premoč: psihologija in patologija medčloveških odnosov pri delu z ljudmi*. Ljubljana: Fors, Založba Sophia, pp. 102–106.

Hojat, M., Vergare, M.J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S.K. & Isenberg, G.A., 2009. The devil is in the third year: a longitudinal study of empathy erosion in medical school. *Academic Medicine*, 84, pp. 1182–1191.

NIJZ, 2021. *Ocena potreb po psihosocialni podpori v 2. valu epidemije Covida-19.* Available at: http://www.dps.si/wp-content/uploads/2021/03/Ocena-potreb-po-psihosocialni-podpori.pdf [4. 8. 2021].

Nunes, P., Williams, S. & Stevenson, K., 2011. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 12–17.

Riess H., 2017. The Science of Empathy. *Journal of Patient Experience*, 4(2), pp. 74–77.

Stiles, S., 2011. *Why Aren't AHA/ACC Guidelines Writers All Conflict-Free?* Available at: http://www.medscape.com/ viewarticle/739927 [4. 8. 2021].

Yalom, I.D., 2001. *The Gift of Therapy*. New York: Harper Perennialpacient.

MEDPOKLICNO SODELOVANJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVNIKOV ZA BOLJŠO KULTURO VARNOSTI PACIENTOV

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION OF NURSES AND PHYSICIANS FOR BETTER PATIENT SAFETY CULTURE

Helena Rojko, dipl. bab., dipl. m. s., mag. zdr. nege
Zdravstveni dom Ormož
helena.rojko@gmail.com

prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar, viš. med. ses., FAAN, FEANS
Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

doc. dr. Dominika Vrbnjak, mag. zdr. nege
Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

Prispevek nastal na osnovi raziskave magistrskega dela Helene Rojko z naslovom »Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov za boljšo kulturo varnosti pacientov« na Univerzi v Mariboru, Fakulteti za zdravstvene vede.

Izvleček

Teoretična izhodišča: Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki je temelj kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientov. Namen raziskave je bil raziskati medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki ter kulturo varnosti v ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva.
Metode: Izvedena je bila multicentrična presečna opazovalna raziskava. V raziskavo je bilo povabljenih 57 zdravstvenih domov. Podatki so bili zbrani na priložnostnem vzorcu 210 anketirancev s pomočjo dveh validiranih vprašalnikov. Anketiranje je potekalo s pomočjo spletnega orodja 1KA. Obdelava podatkov je bila izvedena na podlagi deskriptivne in inferenčne statistike.
Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da je zaznavanje medpoklicnega sodelovanja v ambulantah na primarni ravni pozitivno povezano z zaznavanjem kulture varnosti (r_s = 0,440, p < 0,001). Najstarejše medicinske sestre (50 let in več) so kulturo varnosti in medpoklicno sodelovanje pozitivneje ocenile (p < 0,05) kot mlajše medicinske sestre. Prav tako so medicinske sestre z manj delovne dobe (6–10 let) kulturo varnosti ocenile z nižjimi povprečnimi vrednostmi (p < 0,05).
Razprava in zaključki: Za zagotavljanje boljšega medpoklicnega sodelovanja je potrebno posebno pozornost nameniti mlajšim in manj izkušenim medicinskim sestram. Z osredotočanjem na pomembne dejavnike, kot so komunikacija, prevzemanje odgovornosti in vključevanje k odločanju o zdravstveni oskrbi pacientov, lahko pozitivno vplivamo na varnost pacientov.

Ključne besede: osnovno zdravstveno varstvo, zdravstveni delavci, timsko delo, komunikacija, varnost

Abstract

Introduction: Interprofessional collaboration between nurses and doctors is the foundation of quality and safe patient care. The purpose of the research was to explore interprofessional

collaboration between nurses and doctors and the culture of safety in clinics at the primary level of health care.
Methods: A multicenter cross-sectional observational research was performed. 57 health centers participated in the study. Data were collected on a random sample of 210 respondents using two validated questionnaires. The survey was conducted by means of a web tool 1KA. Data were analysed using descriptive statistics and inferential statistics.
Results: It has been found that the perception of interprofessional collaboration in clinics at the primary level is positively related to the perception of the safety culture (r_s = 0,440, p < 0,001). Senior nurses (50 years and over) more positively evaluated safety culture and interpersonal cooperation (p < 0,05), compared to younger nurses where grades were lower. Nurses with fewer working years (6 to 10 years) have also perceived safety culture as poor (p < 0,05).
Discussion and conclusions: To ensure better interprofessional collaboration, special attention should be paid to younger and less experienced nurses. By focusing on important factors such as communication, taking responsibility, and engaging in decision-making about patient health care, we can positively influence patient safety.

Key words: primary health care, healthcare workers, teamwork, communication, safety

Teoretična izhodišča

Timsko delo vpliva na izide pri pacientih (Welp & Manser, 2016). Dobri medosebni odnosi med vodstvenim kadrom in osebjem so pomembni za preprečevanje škodljivih dogodkov zaradi napak v zdravstvu in s tem za zagotavljanje varnosti pacientov (Klemenc-Ketiš, et al., 2017). Neučinkovito sodelovanje med zdravstvenimi delavci, še posebej med medicinskimi sestrami in zdravniki, vodi tudi do nezadovoljstva pri delu, kar prav tako lahko ogrozi kakovost oskrbe pacientov (Tang, et al., 2013). Zato je potrebno nameniti pozornost proučevanju medpoklicnega sodelovanja v primarnem zdravstvenem varstvu (Sonke, et al., 2017). Uspešnost medpoklicnega sodelovanja in z njim povezana kakovost sodelovanja je odvisna od različnih dejavnikov (Kendall-Gallagher, et al., 2016). Največja ovira je hierarhija medosebnih odnosov (Friman, et al., 2017). Za zagotavljanje varne in kakovostne oskrbe je pomembna tudi kultura varnosti. Le-ta opisuje, kako odnosi med vodstvom in osebjem, njihova stališča, postopki in praksa varujejo paciente pred škodljivimi dogodki zaradi napak v zdravstvu (Klemenc-Ketiš, et al., 2017). Povezave med medpoklicnim sodelovanjem in kulturo varnosti še niso raziskane, s proučevanjem obeh konceptov pa bi lahko pridobili vpogled v pomembne dejavnike, ki so povezane z varnostjo pri pacientih. Zato smo se odločili raziskati medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki ter kulturo varnosti v ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Zastavili smo si raziskovalno vprašanje: Kako medicinske sestre in zdravniki v ambulantah na primarni ravni zaznavajo medpoklicno sodelovanje in kulturo varnosti?

Preverili smo hipotezi:
- hipoteza 1: zaznavanje medpoklicnega sodelovanja je pozitivno povezano z zaznavanjem kulture varnosti;
- hipoteza 2: obstaja statistično značilna razlika v zaznavanju medpoklicnega sodelovanja in kulture varnosti glede na starost in izkušnje medicinskih sester.

Metode

Izvedli smo metodo multicentrične presečne opazovalne raziskave.

Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov sta bila uporabljena validirana in vzvratno prevedena vprašalnika avtorjev Modak in sodelavcev (2007) in Baggs (1994). Anketiranci so postavke v »Vprašalniku o stališčih o varnosti« (ang. Safety attitudes questionnaire-ambulatory version – SAQ-A) ocenjevali s svojim strinjanjem s trditvami s pomočjo Likertove 5-stopenjske lestvice, pri čemer je 1 pomenilo, da se s trditvijo sploh ne strinjajo in 5, da se popolnoma strinjajo (Modak, et al., 2007). V vprašalniku o »Sodelovanju in zadovoljstvu z odločitvami o oskrbi« (ang. Collaboration and satisfaction about care decisions – CSACD) pa so anketiranci opredeljevali strinjanje z 9 trditvami v obliki Likertove 7-stopenjske lestvice, pri čemer je 1 pomenilo, da se s trditvijo nikakor ne strinjajo in 7, da se v celoti strinjajo (Baggs, 1994). Obdelava podatkov je bila izvedena na podlagi deskriptivne statistike in inferenčne statistike, in sicer, s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije in Kruskal-Wallisovega testa. Raven statistične značilnosti je znašala $p < 0{,}05$.

Opis vzorca

Za raziskovalni vzorec je bil uporabljen neslučajnostni priložnostni vzorec, v katerega smo vključili diplomirane medicinske sestre oz. diplomirane zdravstvenike in zdravnice oz. zdravnike, ki so zaposleni v ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva v različnih specialnostih: otroški dispanzer, ginekološki dispanzer, splošne ambulante, kardiološka ambulanta, pulmološka ambulanta, nevrološka ambulanta, ortopedska ambulanta in nevrokirurška ambulanta. K izpolnjevanju spletnega vprašalnika je pristopilo 210 anketirancev (100 %). Ker le-ti niso podali odgovorov na vsa vprašanja in trditve, smo v analizo vključili dejansko število odgovorov, pri čemer je bilo najmanjše število 158. V raziskavi je sodelovalo 61,8 % (n = 128) diplomiranih medicinskih sester oz. diplomiranih zdravstvenikov in 38,2 % (n = 79) zdravnic oz. zdravnikov. Največ anketirancev je bilo v srednjih letih, starih od 35 do 50 let, in sicer, 52,2 % (n = 108), sledili so anketiranci, stari do 35 let v 30,4 % (n = 63), in anketiranci, stari 50 let ali več s 17,4 % (n = 36). Največji delež, tj. 29,6 % (n = 61) anketirancev, je imel 2–5 let delovne dobe. Več kot polovica anketirancev, kar je predstavljalo 55,5 % (n = 116), deluje na področju splošnih ambulant.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

K sodelovanju v raziskavi je bilo v začetku meseca januarja 2019 prek elektronske pošte povabljenih 57 zdravstvenih domov v Sloveniji. Na povabilo se je odzvalo 18 zdravstvenih domov. Raziskava je potekala v obdobju od januarja do konca aprila 2019. Podatki so bili zbrani prek spletnega orodja 1KA (www.1ka.si). Obdelavo podatkov smo izvedli z IBM SPSS (ang. Statistical package for the social sciences), verzija 24.0.

Rezultati

Z raziskavo smo pri ocenjevanju trditev vprašalnika SAQ-A ugotovili, da je bilo najvišje strinjanje pri trditvah »Počutil/-a bi se varno, če bi bil/-a tukaj obravnavan/-a kot pacient« ($\bar{x}$ = 4,17, s = 0,8), »Moje delo mi je všeč« ($\bar{x}$ = 4,12, s = 0,9) ter »Zdravniki v tej ambulanti dobro opravljajo svoje delo« ($\bar{x}$ = 4,08, s = 0,9). Izpostavljeno je bilo tudi pogosto izražanje nesoglasij z zdravniki ($\bar{x}$ = 2,96, s = 1,2) in oteženo razpravljanje o napakah v ambulanti ($\bar{x}$ =

3,04, s = 1,3). V vprašalniku SAQ-A je pri rezultatu opisne statistike za spremenljivko kulture varnosti povprečna ocena na 5-stopenjski merski lestvici znašala 3,73 (s = 0,404), kar pomeni, da je bila kultura varnosti ocenjena kot zmerno dobra.

Najnižjo povprečno oceno v vprašalniku CSACD je imela trditev, ki se navezuje na odgovornost pri odločanju o pacientu ($\overline{x}$ = 4,79, s = 1,49). Rezultat opisne statistike skupne spremenljivke medpoklicnega sodelovanja je pokazal, da je povprečna ocena na 7-stopenjski merski lestvici znašala 5,0 ($\overline{x}$ = 1,23), kar pomeni, da je bilo medpoklicno sodelovanje ocenjeno kot dobro.

Analiza je pokazala, da obstaja pozitivna in zmerno močna povezava med kulturo varnosti in medpoklicnim sodelovanjem (r_s = 0,440, p < 0,001). Medicinske sestre v starostni skupini 50 let in več so kulturo varnosti ocenile s povprečno oceno 4,1, medtem ko so bile povprečne ocene med mlajšimi medicinskimi sestrami nižje ($\overline{x}_{\text{do35let}}$ = 3,7, $\overline{x}_{\text{35do50let}}$ = 3,6). Podoben rezultat smo dobili pri oceni medpoklicnega sodelovanja. Medicinske sestre, stare 50 let in več, so v povrečju medpoklicno sodelovanje boljše ocenile ($\overline{x}_{\text{50let in več}}$ = 6,0) kot mlajše medicinske sestre ($\overline{x}_{\text{do35}}$ let = 5,0, $\overline{x}_{\text{35do50let}}$ = 4,8). Rezultati Kruskal-Wallisovega testa so potrdili, da obstaja statistično značilna razlika v ocenah kulture varnosti ($\chi^2(2)$ = 15,691, p < 0,001) in medpoklicnega sodelovanja ($\chi^2(2)$ = 12,864, p = 0,002) glede na starost medicinskih sester. Bistvenih razlik pri povprečnih ocenah kulture varnosti glede na delovno dobo medicinskih sester ni bilo. Povprečene ocene so se gibale od 3,6 v skupini z delovno dobo od 6 do 10 let do 3,9 v skupini z delovno dobo, višjo od 20 let. Pri ocenah medpoklicnega sodelovanja so bile razlike bolj izrazite. Medicinske sestre z delovno dobo, daljšo od 20 let, so imele najvišjo povprečno oceno ($\overline{x}$ = 5,6), sledile pa so tiste z delovno dobo od 11 do 20 let ($\overline{x}$ = 5,3). Medicinske sestre z manj delovne dobe so medpoklicno sodelovanje v povprečju ocenile slabše ($\overline{x}_{\text{do5 let}}$ let = 4,9, $\overline{x}_{\text{6do10let}}$ = 4,9). Rezultati Kruskal-Wallisovega testa so potrdili statistično značilno razliko glede na delovno dobo medicinskih sester samo pri kulturi varnosti ($\chi^2(3)$ = 11,833, p = 0,008). Statistično značilnih razlik med medpoklicnim sodelovanjem in delovno dobo medicinskih sester nismo ugotovili ($\chi^2(3)$ = 3,761, p = 0,288).

Razprava

Medicinske sestre in zdravniki imajo pozitiven odnos do kulture varnosti (Modak, et al., 2007), a je za dobro in učinkovito timsko delo potrebno njihovo nenehno izboljševanje (Al Lawati, et al., 2019). V naši raziskavi smo ugotovili, da udeleženci kulturo varnosti zaznavajo z zmerno dobro oceno in medpoklicno sodelovanje ocenjujejo kot dobro. Zaznavanje kulture varnosti je povezano z medicinskimi sestrami, njihovo starostjo in delovnimi izkušnjami, saj so predstavljale največji delež v vzorcu. Po ugotovitvah Ammouri in sodelavcev (2015) naj bi kulturo varnosti bolje dojemale medicinske sestre z večletnimi delovnimi izkušnjami. Siedlecki in Hixson (2015) navajata, da mlajše in manj izkušene medicinske sestre tudi bolj pogosteje poročajo o negativnem vedenju zdravnika kot starejše medicinske sestre ali z več izkušnjami. Zaznavanje medpoklicnega sodelovanja je pozitivno povezano z zaznavanjem kulture varnosti. Kultura varnosti je prednostna naloga vsakega zdravstvenega strokovnjaka (Kramar, 2016), timsko delo pa glavni napovednik kulture varnosti pacientov (Ammouri, et al., 2015).

Ugotavljamo, da je treba posebno pozornost nameniti mlajšim medicinskim sestram. Slednje za doseganje kakovostne zdravstvene oskrbe izpostavljajo pomembnost sodelovanja z zdravniki, saj se spopadajo z delovnimi in organizacijskimi obremenitvami, pa tudi z izražanjem moči znotraj odnosov s strani starejših sodelavcev (Tang, et al., 2018). Pri teh

medicinskih sestrah nam lahko pomaga tudi zgodnja socializacija, kot jo opisujejo Price in sodelavci (2014), v okviru katere lahko zagotovimo, da posamezniki, ki vstopajo v zdravstveni poklic, razumejo svojo vlogo na način, da so edinstveni in da se pri oskrbi pacientov dopolnjujejo z drugimi poklicnimi skupinami in ne nasprotujejo drug drugemu (Price, et al., 2014). Ovire za dobro medpoklicno sodelovanje namreč izhajajo predvsem iz ozaveščenosti o posameznih vlogah, medsebojnih pristojnostih, izmenjavi informacij, zaupnosti, odgovornosti in medpoklicnem usposabljanju (Supper, et al., 2015). V literaturi se kot učinkovit pristop, ki lahko pomaga k boljšem medpoklicnem sodelovanju in učinkoviti komunikaciji (Ferri, et al., 2018), izpostavlja simulacijo (Lalonde, et al., 2017).

Zaključek

Z dobrim medpoklicnim sodelovanjem med zdravniki in medicinskimi sestrami lahko prispevamo k pozitivni kulturi varnosti. Izboljševanju medpoklicnega sodelovanja in kulture varnosti je potrebno posvetiti več pozornosti v izobraževalnem procesu ter v praksi, pri čemer imajo pomembno vlogo vodstveni kadri. Potrebno je razumevanje vlog posameznika in drugih poklicnih skupin ter prepoznavanje ključnih dejavnikov, ki vplivajo na varnost pacientov.

Literatura

Al Lawati, M.H., Short, S.D., Abdulhadi, N.N., Panchatcharam, S.M. & Dennis, S., 2019. Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire-based survey. *BMC Family Practice,* 20(1), p. 50.

Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, R. & Al Kindi, S.N., 2015. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review,* 62(1), pp. 102–110.

Baggs, J.G., 1994. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing,* 20(1), pp. 176–182.

Ferri, P., Rovesti, S., Magnani, D., Barbieri, A., Bargellini, A., Mongelli, F., et al., 2018. The efficacy of interprofessional simulation in improving collaborative attitude between nursing students and residents in medicine. A study protocol for a randomised controlled trial. *Acta Bio-medica,* 89(7–S), pp. 32–40.

Friman, A., Wiegleb, E.D. & Edelbring, S., 2017. Attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care. *Journal of Interprofessional Care,* 31(5), pp. 620–627.

Kendall-Gallagher, D., Reeves, S., Alexanian, J.A. & Kitto, S., 2016. A nursing perspective of interprofessional work in critical care: findings from a secondary analysis. *Journal of Critical Care,* 38, pp. 20–26.

Klemenc-Ketiš, Z., Tveter Deilkås, E., Hofoss, D. & Tschudi Bondevik, G., 2017. Kultura varnosti v slovenskih dežurnih ambulantah. *Zdravstveno Varstvo,* 56(4), pp. 203–210.

Kramar, Z., 2016. Zagotavljanje varnosti in kakovosti v pediatrični zdravstveni negi. *Slovenska Pediatrija,* 23, pp. 103–112.

Lalonde, M., Malouin-Benoit, M.C., Gagnon, E., Michon, A., Maisonneuve, M. & Desroches, J., 2017. An interprofessional simulation: an exploration of the experiences of nursing students. *Recherche en Soins Infirmiers,* 131(4), pp. 71–84.

Modak, I., Sexton, J.B., Lux, T.R., Helmreich, R.L. & Thomas, E.J., 2007. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine,* 22(1), pp. 1–5.

Price, S., Doucet, S. & Hall, L.M., 2014. The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care,* 28(2), pp. 103–109.

Siedlecki, S.L. & Hixson, E.D., 2015. Relationships between nurses and physicians matter. *Online Journal of Issues in Nursing,* 20(3), p. 6.

Sonke, J., Pesata, V., Lee, J.B. & Pole, J.G., 2017. Nurse perceptions of artists as collaborators in interprofessional care teams. *Healthcare (Basel),* 5(3), p. 50.

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Letrilliart, L., 2015. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health,* 37(4), pp. 716–727.

Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. & Liaw, S.Y., 2013. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International Nursing Review,* 60(3), pp. 291–302.

Tang, C.J., Zhou, W.T., Chan, S.W. & Liaw, S.Y., 2018. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: a qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management,* 26(1), pp. 11–18.

Welp, A. & Manser, T., 2016. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research,* 16, p. 281.

POGLED ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI NA MEDPOKLICNO SODELOVANJE V PSIHIATRIJI

THE VIEW OF NURSING EMPLOYEES AT INTERPROFESSIONAL COOPERATION IN PSYCHIATRY

Ksenija Pirš, mag. zdr. ved, pomočnica direktorja za zdravstveno nego
Psihiatrična bolnišnica Ormož
ksenija.pirs@pb-ormoz.si

Izvleček

V prispevku so s pomočjo organizacijskega modela za krepitev sodelovalne kulture v Psihiatrični bolnišnici Ormož predstavljena izhodišča za sistemski timski pristop poklicnih skupin v zdravstvu. Sodelovalni model omogoča obvladovanje sprememb v okolju zdravstvenega sistema, vpetega v številne družbene spremembe in dogajanja, še posebej v času ene največjih kriz v sistemih zdravstvenega varstva po svetu, ko se soočamo s pandemijo koronavirusne bolezni ter sočasno s številnimi izzivi na področju duševnega zdravja ljudi. Prikazana je organizacijska struktura za načrtno kreiranje osebnega in strokovnega razvoja zaposlenih, medpoklicno, interdisciplinarno in multidisciplinarno sodelovanje ter celostni pristop v procesih obravnave pacientov. Opredeljena je interakcija med smislom, svobodo in odgovornostjo, čustveno inteligenco vodij in zaposlenih ter vpliv omenjenih determinant na strokovno, kakovostno obravnavo pacientov, zadovoljstvo pacientov in zaposlenih ter učinkovitost organizacij.
Ključne besede: voditeljstvo, organizacijska kultura, čustvena inteligenca, timsko delo

Abstract

In this paper, by virtue of an organizational model for strengthening the collaborative culture in the Ormož Psychiatric Hospital, the starting points for a systemic team approach of professional groups in healthcare are presented. The collaborative model enables the management of changes in the healthcare system environment, involved in many social changes and events, especially during one of the biggest crises in healthcare systems in the world, as we face a coronavirus pandemic and many mental healthcare challenges. The paper demonstrates the organizational structure for the planned establishment of personal and professional development of employees, of interprofessional, interdisciplinary, and multidisciplinary cooperation, as well as an integrated approach in the processes of patient care. The interaction between the meaning, freedom, and responsibility, the emotional intelligence of managers and employees, and the impact of these determining factors on the professional, quality treatment of patients, patients' and employees' satisfaction, and the effectiveness of organizations are defined.
Key words: leadership, organizational culture, emotional intelligence, teamwork

Uvod

Preteklo leto so nas v strokovnem prostoru zaznamovala številna dogajanja v okolju zdravstvenega sistema, ki je, vpet v družbeno politična dogajanja, v prilagajanju na izredne razmere pandemije koronavirusne bolezni doživel pomembne spremembe. Odstrl je številne izzive na področju medpoklicnega, interdisciplinarnega in multidisciplinarnega celostnega pristopa v procesih obravnave

pacientov. Izkušnje in spoznanja, s katerimi se soočamo, naj v prihodnje predstavljajo področje inovativnih prebojev na področju medpoklicnega sodelovanja. V središču presekov strokovnih prizadevanj različnih poklicnih skupin naj bo optimalno dobro za pacienta. Dogodki, ki so načeli zaupanje v strokovnost in znanje zaposlenih v zdravstvu, nas znova učijo, da je v življenju najprej pomembno, kdo smo, kaj počnemo (sebi in drugim) in kako se vedemo in odzivamo. Tukaj in zdaj, v odnosih, ki so vselej naša najresnejša preizkušnja, spreminjamo stvari in ustvarjamo razlike in celo vplivamo na potek dogodkov, na življenja drugih in nas samih.

Pondelek (2021) izpostavlja, da se zaupanje med ljudmi vzpostavi z odgovornim delom, odgovorno, pošteno komunikacijo in da ni nekaj, kar bi se dalo izsiliti, ukazati ali z ukrepom zapovedati. Zaupanje se razvija v okoljih spoštovanja in varnosti, ko ljudje v naših dejanjih, ukrepih in pojasnilih začutijo dobronamernost, transparentnost, verodostojnost, zanesljivost in predvidljivost.

Potrebe po enotnosti v zdravstvu, usklajenem delovanju strok znotraj sistema zdravstvenega varstva, organizacijski urejenosti, jasno opredeljenih strokovnih in kadrovskih standardih ter kompetencah posameznih poklicnih skupin ter mnoge druge se ob nepredvidljivih okoliščinah le še stopnjujejo.

Izhodišča

Vse bolj spoznavamo, da le vnašanje posameznih izboljšav, ki imajo svoj pričetek in konec v prilagoditvi na razmere v okolju, ni dovolj. Živimo in delujemo namreč v okolju številnih družbenih sprememb in dogajanj v okolju sistema zdravstvenega varstva. Ob strokovnem razvoju, vse večji avtonomiji in osveščenosti uporabnikov zdravstvenih storitev, ki prevzemajo aktivno vlogo v procesu obravnave ter odločilno vlogo pri sprejemanju odločitev, v obdobju pandemije koronavirusne bolezni, in številnih izzivih na področju duševnega zdravja, ob demografskih trendih, ki se kažejo v dolgoživosti družbe, naraščanju kroničnih obolenj ter vse večjih potreb po zdravstveni negi in skrbi za ranljive, se navedeno izkazuje za neučinkovito, ker se okoliščine neprestano spreminjajo. Obvladovanje sprememb ne more biti več usmerjeno v trenutno prilagoditev na razmere v okolju, temveč tudi v načrtno kreiranje osebne odličnosti zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva.

Pri vsakodnevnem delu s pacienti in njihovimi svojci ugotavljamo, da se stopnjujejo potrebe zaposlenih po novih znanjih, veščinah in usposobljenosti za številne nove, razvijajoče se naloge v delovnem procesu. Zdravstvene, socialno varstvene, izobraževalne, stanovske in druge organizacije, ki delujejo ali sodelujejo v sistemu zdravstvenega varstva, naj torej ustvarjajo okoliščine, ki bodo spodbujale in razvijale dodano vrednost storitev. Vse bolj se izraža potreba po medpoklicnem, interdisciplinarnem in multidisciplinarnem, pristopu, ki predstavlja področje inovativnih prebojev na področju sodelovanja, v središču strokovnih prizadevanj za pacienta, odjemalca storitev.

Zvezda severnica na poti v prihodnost zdravstvenih sistemov

V timu in sodelovanju je moč, meni tudi Pučnikova (2021), ko opisuje »kulturo enega tima« oz. kulturo sodelovanja. Tovrstno kulturo podpirajo ustrezno opredeljene pozitivne vrednote, prepričanja, vedenja, simboli in sistemi ter neželena ravnanja (Pučnik, 2021).

Ključni so torej strokovni, empatični, zavzeti, odgovorni, uresničeni in zadovoljni zaposleni, zato je tudi na področju zdravstvene nege (ZN) in drugih poklicnih skupin znotraj posameznih organizacij potrebno prevetriti naslednje:

- Ali smo na področju zdravstvene nege osebno in poklicno odgovorni ter avtonomni?
- Ali smo zaposleni v zdravstveni negi zadovoljni in samouresničeni?
- Kakšne okoliščine soustvarjamo v odnosu z ljudmi? Ali človeku omogočajo, da se čim bolj zaveda svojega dostojanstva?
- Ali zaposleni v različnih poklicnih skupinah v zdravstvu prepoznavamo in sprejemamo sodelovalno »kulturo enega tima«?

V okolju svojega delovanja ZN v svojem poslanstvu temelji na etiki skrbi. Pri izvajanju svojih nalog se ukvarja z vprašanji človečnosti, kar ni le premišljevanje, temveč tudi sleherno dejanje strokovnjaka v izvajanju poklicnega poslanstva. Po tej poti raste čut odgovornosti do sebe in drugih. Razmišljanje nas navaja do točke, ko se odgovornost sooča z dolžnostjo. Obe sta pomembni kategoriji etike, psihologije morale in verjetno marsičesa v filozofskem premišljevanju. Poklicna etika in morala v zdravstveni in babiški negi poskušata dolžnost koncipirati glede na potrebe in zahteve okolja svojega delovanja. Jedro tega je naše občutenje dolžnosti, *ali ravnam le v soglasju s splošno ali obenem z osebno voljo, v sozvočju z osebnimi vrednotami in moralnimi normami.* Tudi to je vprašanje, ki zasluži odgovor. Res je dolžnost pojmovana kot nekaj, kar je zunanjega, človeku naloženega, zasnovana na predpisih, zakonih, delovnih navodilih in na drugih konceptih voditeljev, nadrejenih moralnih avtoritet, organizacij in drugih najpomembnejših med njimi, pacientov in njihovih svojcev. Tisto, kar pri dolžnosti vzbuja »občutek neugodja«, je nemara posledičnost, ki izhaja iz neopravljenega in vodi v grajo, negativno kritiko ali celo kazen (Pirš, 2009).

Odgovornost zaposlenih

Pri iskanju odgovorov je nemara odgovornost na prvem mestu, saj je odgovornost pravzaprav zmožnost, sposobnost in pripravljenost odgovarjati za tisto, kar sem, kajti tisto, kar presega posameznikove moči in zmožnosti, ne more biti njegova odgovornost (Pirš, 2009).

Odgovornost in jasno opredeljene vloge posameznih izvajalcev v procesu obravnave pacientov, ki temeljijo na formalni izobrazbi in izhajajo iz poklicev v zdravstvu (pridobljene kvalifikacije, opredeljeno delovno področje in poklicna dejavnost), opisi delovnih mest, ki izhajajo iz sprejetih aktov o sistemizaciji delovnih mest v posameznih zavodih, filozofija, definicija, poslanstvo, vizija zdravstvene dejavnosti, lik posameznih zdravstvenih delavcev in sodelavcev so determinante, ki opredeljujejo strokovno in organizacijsko področje delovanja in urejenosti posameznega zdravstvenega zavoda. Odgovornost ima izhodišče na individualni ravni, je osebna. Vendar so znanje, strokovnost, usposobljenost in veščine posameznika, strokovnjaka, zaposlenega v zdravstvu, odgovornost, ki se iz osebnega, individualnega pojmovanja integrira v sistem odgovornosti organizacije, ki izvaja zdravstveno dejavnost.

Zadovoljstvo in osmišljeno delo zaposlenih

Zato merilo učinkovitosti in uspešnosti organizacij med drugimi vse bolj postaja zadovoljstvo odjemalcev (Pučnik, 2021). Razvija se filozofija uspešnih, tistih, ki se zavedajo, da so prav iz teh razlogov zaposleni središčna os organizacij. V ospredju takšnih organizacij ali podjetij so nesporno ljudje, zato so se prioritete managementa temeljito spremenile (Pirš, 2009). Zavedamo se pomena odgovornosti posameznikov in organizacije kot celote ter pomena

zadovoljnih, uresničenih, kompetentnih zaposlenih, ki le tako zmorejo obvladovati spremembe in se odzivati na spreminjajoče se okoliščine, pogoje in zahteve dela.

Zadovoljstvo zaposlenih in pacientov – soodvisen dejavnik?

Filozofija uspešnih je filozofija učečih se posameznikov in organizacij, najboljši motivator pa je uspeh sam, saj notranjo motivacijo posameznika nagradi s pričakovanim rezultatom (Božič, 2008). Govoriti o razvoju kakovostnih storitev odgovornih in kompetentnih strokovnjakov pomeni torej govoriti o ravnanju z ljudmi, ki jih izvajajo, o razvoju njihovih zmožnosti in znanja. Božič (2008) meni, da gre v prvi vrsti za vlaganje v zaposlene, ki morajo biti obravnavani kot partnerji, katerih vlogo že po definiciji razumemo kot vlogo enakovrednih sodelavcev. Nadalje meni, da partnerjem ne ukazujemo, temveč jih prepričujemo.

Izhodiščna točka v spremenjeni paradigmi vodenja zaposlenih je torej *vodenje za doseganje uspešnosti,* kar zahteva oblikovanje povsem drugačnih predpostavk o ljudeh in organizacijah, v katerih so zaposleni (ljudi ne moremo »upravljati«, ljudi je potrebno voditi, cilj je naravnan na čim večjo produktivnost iz specifičnih prednosti in znanja vsakega posameznika) (Božič, 2008). Bistvo storitev v zdravstvenih ustanovah je implementirano v človeško znanje, ki se izraža v visokem strokovnem znanju (elitizmu?), v neoprijemljivosti, z znanjem pogojenih storitev, v minljivosti in heterogenosti storitev, ki se neločljivo oklepajo medosebnih odnosov in razmerij pacient, uporabnik – zaposleni, saj so vsi subjekti aktivno vključeni v proces sodelovanja. Organizacije naj torej ustvarjajo okoliščine, ki bodo vzpodbujale in razvijale dodano vrednost storitev vseh posameznikov. Zato smo zaposleni prva in hkrati najzahtevnejša »stranka«. Smo tista kritična javnost, ki s svojimi odnosi določa, kako bo zdravstvena ustanova komunicirala navzven (Božič, 2008).

Takšna prizadevanja posameznikov in organizacij postanejo dejavno življenje zaposlenih in preizkusi v najrazličnejših okoliščinah zadovoljstva/nezadovoljstva pacientov v tem pogledu vnesejo veliko mero kritičnosti, jasnosti in volje ter zaposlene ozavestijo z odgovornostjo ter soočijo z novimi spoznanji in znanji.

V prizadevanjih za zagotavljanje zadovoljstva pacientov je potrebno opustiti načelo »Gradimo na odpravljanju napak«, saj v okolju sodobne družbe le-to ne zadostuje več in predstavlja vse manjše zagotovilo za uspeh. Obvezna kakovost zaostaja za zahtevami, s katerimi se soočamo pri svojem delu. Pojavlja se ideja atraktivne kakovosti, ki je inovator, sinonim takšnih storitev pa ni le varnost, temveč vrednost in sodelovanje (Kiauta, 2009).

Medsebojni vpliv smisla, svobode in odgovornosti

Organizacije se vse bolj zavedajo, da so ključna vodila za njeno učinkovitost smisel, svoboda in odgovornost. Čeč (2021) izpostavlja, da smisel dosežemo z uresničevanjem svobode in odgovornosti, pri čemer je svoboda notranje stanje, neodvisno od zunanjih okoliščin. Nadalje meni, da se je posameznik sposoben prilagajati, ko prepozna smisel sprememb, saj se iz nuje okoliščin takrat vede odgovorno in se tako premika v smer samouresničenosti (Čeč, 2021).

Zaposleni, ki v svojem delu prepozna smisel, bo avtentično, izhajajoč iz sebe, uresničeval vse svoje potenciale, ne zaradi nadzora nadrejenih ali konformizma, temveč iz notranje nuje. Presojal bo samega sebe (Čeč, 2021).

Čustvena inteligenca vodij in učinkovitosti zaposlenih

Učimo se, da je globalizacija, ki ji ni moč ubežati, brezpogojno in prvenstveno sprememba vedenja in vrednot, izraža se v globalni, intelektualni in emocionalni inteligenci ljudi ter se izraža v globalnih veščinah vedenja/vodenja (Božič, 2008). Razvoj kompleksnosti v medosebnih odnosih sodelujočih razvija potrebe po strpnosti, medsebojnem spoštovanju, sprejemanju in upoštevanju, zahteva sposobnosti medsebojnega sodelovanja in teži k sinergiji med sodelujočimi (pacient/svojci/zaposleni v zdravstvu) ter preseganju doseženega. *Izražena je zahteva po »znati biti skupaj«* (Pirš, 2009).

Glažar (2021) navaja, da je krepitev čustvene inteligence zaposlenih investicija, ki se pomembno obrestuje. Čustvena inteligenca vodje je ključna za prepoznavanje, razumevanje in obvladovanje čustev pri sebi in drugih ter pomembno podpira sprejemanje pravih odločitev, najboljšega vedenja in doseganja največje učinkovitosti vseh (Glažar, 2021).

Božič (2008) opisuje, da večjo kakovost, višjo storilnost in pripravljenost za uspešno učenje in povezovanje pogojujejo inteligentnost (21–25 %, le četrtina), motivacija (23–27 %) in osebnostne lastnosti (27–36 %) posameznika. Potencialno področje nenehnih izboljšav je energija posameznika, njegova strast za ustvarjalnost, lasten, oseben motiv, ki predstavlja akcijo, »movere«. Nas in naše organizacije usmerjajo prevladujoči načini razmišljanja ljudi (prepričanja, predpostavke oz. mentalni modeli) (Božič, 2008).

V današnjem času je odločilno uveljavljanje mentalnega modela: “Vsi smo ustvarjalni, na pravem mestu, ob pravem času, s pravim znanjem in sodelovanjem.” Le-ta pomeni največji premik v paradigmi ustvarjalnosti: če sprejmem, da smo vsi ustvarjalni, odpravljam miselnost „Ne znam, ne znaš, ne zmoreš“. Najzahtevnejša je sprememba mentalnega modela, vendar le ustvarjalnost in sodelovanje zagotavlja preboj v organizacijsko kulturo vključevanja in udeleženosti zaposlenih (Božič, 2008).

Proces organizacije in strokovnega razvoja Službe zdravstvene nege in oskrbe PB Ormož

Z dnem 3. 6. 2021 je bil potrjen in sprejet organizacijski predpis (OP) Proces organizacije in strokovnega razvoja Službe zdravstvene nege in oskrbe (v nadaljevanju SZNO), ki ureja področje delovanja zdravstvene nege kot strokovno in organizacijsko avtonomne, na osnovi opredeljenih organov: pomočnica direktorja za zdravstveno nego (članica Strokovnega sveta zavoda), Strokovni svet za zdravstveno nego, Strokovni kolegij zdravstvene nege, delovnih terapevtov in socialne službe, Koordinacija Službe zdravstvene nege in oskrbe. Organi službe omogočajo, da se področje zdravstvene nege strokovno avtonomno in sodelujoče z drugimi poklicnimi skupinami razvija skladno s potrebami procesa ZN.

Vodenje je pomembna funkcija managementa, ki se nanaša na ljudi in njihove zmožnosti. V tem procesu poskušamo vplivati na zaposlene, jih usmerjati, prepoznati njihove prednosti in jih tako motivirati za najboljše izide njihovega dela in doseganje zastavljenih ciljev (Gruban, 2009). Glede na zastavljen program dela in razvoja Službe zdravstvene nege in oskrbe v zavodu je namen procesa zagotoviti ustrezno organiziranost in izvajanje posameznih dejavnosti službe, stalno spremljanje izvajanja, nenehno izboljševanje in ustrezna usposobljenost zaposlenih. Proces obsega in opredeljuje aktivnosti službe na področju organizacije in strokovnega razvoja.

Organizacija službe opredeljuje vse funkcije managementa: planiranje (OP, 5. 2. 1), organiziranje (OP, 5. 2. 2), upravljanje in nadzor nad uporabo virov (materialnih, finančnih, človeških, informacijskih in časovnih) (OP, 5. 2. 14, 5. 2. 15, 5. 2. 16), vodenje ljudi glede na doseganje ciljev uspešnosti (določenih v letnem programu SZNO) (OP, 5. 2. 3), kadrovanje (OP, 5. 2. 4), interno komuniciranje (prenos informacij) za vzpostavitev modela organiziranosti na vseh ravneh ZNO (OP, 5. 2. 5), na področjih:

- zdravstvene nege (OP, 5. 2. 6),
- socialne službe (OP, 5. 2. 7),
- čistilne ekipe (OP, 5. 2. 8),
- pralnice (OP, 5. 2. 9).

Strokovni razvoj SZNO opredeljuje področja razvoja službe:

- strokovno področje zdravstvene nege v psihiatriji, izvedbeno v implementaciji skozi sistem vodenja kakovosti (SVK): področje kakovosti/odličnosti in varnosti (proces obravnave pacienta): stroka ZN, kakovost v ZN (OP, 5. 2. 10),
- vseživljenjsko učenje (VŽU) in strokovno izpopolnjevanje, praktično usposabljanje in raziskovanje: razvoj zaposlenih v ZN (OP, 5. 2. 11, 5. 2. 12 in 5. 2. 13),
- vodenje zaposlenih v ZN,
- organizacija in organizacijski razvoj v ZN,
- informacijski sistem v ZN.

Učinkovitost in uspešnost Procesa organizacije in strokovnega razvoja SZNO v PB Ormož sta spremljana in merjena s pomočjo opredeljenih in sprejetih kazalnikov (meril):

- spremljanje organizacijskih in strokovnih kazalnikov področja ZN poteka mesečno v okviru mesečnih poročil oddelkov, OE (strokovne vodje zdravstvene nege oddelkov, socialni delavci, vodje področij: čistilni servis, pralnica) ter v sklopu skupnega letnega poročila (koordinatorji dejavnosti, pomočnica direktorja za zdravstveno nego):
    - neizkoriščeni dnevi letnega dopusta, prostih ur/dni, delež bolniškega staleža,
    - organizacijski sestanki,
    - notranja strokovna izpopolnjevanja,
    - zunanja strokovna izpopolnjevanja,
    - raziskovanje in publiciranje v ZN,
    - ocena čiščenja,
    - ocena pranja,
    - neželeni dogodki,
    - kazalniki kakovosti;

- merjenje <u>procesa</u> se izvaja dvakrat letno (ob polletju tekočega leta in januarja za preteklo koledarsko leto), skladno z dokumenti kakovosti SZNO s pomočjo kazalnikov:
    - Delež realizacije letnega načrta priprave organizacijskih navodil, standardov aktivnosti, zdravstveno vzgojnega materiala,
    - Delež realizacije letnega načrta notranjih/zunanjih strokovnih izpopolnjevanj,
    - Delež realizacije letnega načrta organizacijskih sestankov na vseh ravneh,
    - Delež realizacije letnega načrta notranjih presoj,
    - Delež realizacije letnega načrta rednih strokovnih in organizacijskih presoj,
    - Delež realizacije letnega načrta presoj SKZBZN,
    - Delež skladnosti SKZBZN,

- Delež pohval pacientov za ZNO,
- Delež pritožb pacientov na ZNO,
- Delež incidentov (neobičajnih/neželenih dogodkov) v bolnišničnem okolju,
- Delež padcev pacientov v bolnišnici,
- Delež pacientov s pridobljeno poškodbo tkiva zaradi pritiska (PTP) v bolnišnici,
- Delež pacientov s PVU (po smernicah),
- Delež pacientov z okužbo (MRSA) v bolnišnici.

Pomočnica direktorja za zdravstveno nego (PDZN) na osnovi doseženih rezultatov/izidov izvaja ustrezne ukrepe (korekcijske, korektivne, preventivne), zaposleni v ZNO pa imajo možnost ustvarjalnega sodelovanja v procesu ZN in v okviru SZNO.

Organizacija in strokovni razvoj SZNO v PB Ormož sta implementirana, vodena in spremljana v okviru naslednjih organov:

- Strokovni svet za zdravstveno nego (SSZN) je posvetovalni, strokovni organ PDZN, ki svetuje pri planiranju, organiziranju, vodenju in nadzoru razvoja stroke ZN, izobraževalne in raziskovalne dejavnosti v ZN ter pripravlja, sprejema in revidira strokovne dokumente področja. Člani SSZN so: PDZN, koordinatorji dejavnosti, medicinska sestra za razvoj in kakovost, medicinska sestra za preprečevanje bolnišničnih okužb, strokovne vodje zdravstvene nege. Vodi ga PDZN, svet sklicuje po potrebi (1. in 2. četrtek v mesecu);
- Koordinacija Službe zdravstvene nege in oskrbe (KSZNO) je posvetovalno operativni organ PDZN za uvajanje in koordinacijo planov, organizacije, vodenja in spremljanja stroke zdravstvene nege, izobraževalne in raziskovalne dejavnosti oddelkov, dejavnosti in organizacijskih enot na področju oskrbe. Prevzema tudi vlogo posvetovalnega, strokovnega organa PDZN, ki svetuje pri strokovnem in organizacijskem razvoju in delovanju službe in prevzema odgovornost za realizacijo sklepov v praksi. Izdaja sprejete strokovne dokumente po sistemu t. i. Matrik uporabnikov novih/spremenjenih dokumentov. Člani KSZNO so: PDZN, koordinatorji dejavnosti, medicinska sestra za razvoj in kakovost, medicinska sestra za preprečevanje bolnišničnih okužb in vodja čistilne ekipe, strokovne vodje zdravstvene nege, socialni delavci, vodja pralnice. Vodi jo PDZN, koordinacijo sklicuje mesečno (1. torek v mesecu);
- Strokovni kolegij zdravstvene nege, delovnih terapevtov in socialne službe je posvetovalni organ PDZN, ki svetuje pri strokovnem in organizacijskem razvoju in delovanju službe in prevzema odgovornost za realizacijo sklepov v praksi. Vodi ga PDZN, kolegij sklicuje mesečno (3. četrtek v mesecu).

Organizacijski sestanki na ravni oddelkov/organizacijskih enot

SVZN oddelkov, koordinatorji dejavnosti, vodje služb oz. organizacijskih enot izvedejo mesečne organizacijske sestanke, ki sledijo Koordinaciji SZNO in prenesejo informacije ter sprejete strokovne in organizacijske sklepe vseh organov SZNO. Stalni točki dnevnega reda sta: sprejemanje novih/spremenjenih dokumentov v prakso ter uvajanje v prakso po sistemu t. i. Matrik uporabnikov novih/spremenjenih dokumentov (raven oddelka) in Poročanje z organov SZNO.

Strokovne vodje zdravstvene nege oddelkov in vodje služb na področju oskrbe planirajo, koordinirajo, vodijo in spremljajo zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi in se vključujejo v timsko delo zdravstvene oskrbe/oskrbe organizacijskih enot, skladno z opisi delovnih mest v aktu o sistemizaciji delovnih mest.

Dipl. m. s./dipl. zn. planirajo, vodijo, koordinirajo in spremljajo delo v negovalnih timih in so odgovorni za proces zdravstvene nege (PZN) v izmenskem delu.

Zaposleni v zdravstveni negi izvajajo aktivnosti zdravstvene nege po procesni metodi dela (ugotavljanje potreb po ZN, načrtovanje, izvajanje ter vrednotenje zdravstvene nege, skladno s Poklicnimi kompetencami in aktivnostmi izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege. O tem se vodijo zapisi (predaja izmenskega dela, zapisniki in razgovori z zaposlenimi).

V organizacijsko strukturo PB Ormož uvajamo skupne mesečne kolegije vseh poklicnih skupin na ravni bolnišnice ter skupne delovne sheme na ravni posameznih oddelkov in centrov z namenom:

- podpreti zaupanje in opolnomočanje zaposlenih, okolje za osebni razvoj,
- enakopravnega sodelovanja, ne glede na hierarhijo, delo z drugimi pod enakimi pogoji (prenos) za premagovanje ovir zaradi različnega formalnega položaja,
- odprtega komuniciranja, proaktivnega deljenja informacij z drugimi, pozitivne naravnanosti in ravnanje z dobrimi nameni (proti negativnim sklepanjem, obsojanjem, opravljanjem),
- aktivnega podajanja informacij in odkrite povratne informacije (odprtost namesto neizražanja drugačnega mnenja v izogib konfliktom),
- odločenosti, prevzemanja pobud in aktivnega prispevanja (namesto čakanja ter pritoževanja ter prikritega dvoma o odločitvah drugih),
- odprtosti za učenje in razumevanja sprememb kot priložnosti (namesto oklepanja »statusa quo«, kadar je pot neznana),
- podpore ostalih funkcij v organizaciji in usmerjenosti v skupne cilje (namesto delovanje v ožjih timih, OE in ščitenja lastnih interesov,
- prevzemanja pobude in spoštovanja raznolikosti (namesto izogibanja drugačnosti in sodelovanje le s podobnimi, ker je tako lažje) (Pučnik, 2021).

Razprava

Zakaj zdaj?
Predstavljen je organizacijski model za sistemski, sodelovalni in timski pristop različnih poklicnih skupin v zdravstvu, ki poudarjajo strokovnost, empatičnost, zavzetost, odgovornost, uresničenost in zadovoljstvo zaposlenih. Individualna in celostna obravnava pacientov zahteva vse bolj povezan pristop različnih strokovnjakov, pri čemer naj se vsi delni pristopi združujejo v edinstven sistem, v celoto, neprekinjen proces obravnave posameznika in njegove skupnosti (družine, življenjskega okolja). Izkušnje iz obdobja epidemije koronavirusa so prevetrile naše timsko delo in različne vloge v timih. S sodelavci v zdravstvenem in negovalnem timu smo namreč glede na nacionalno strategijo obravnave pacientov s koronavirusno boleznijo v času epidemije prevzeli številne nove aktivnosti. S svojim pristopom, reorganizacijo dejavnosti ter prevzemanjem številnih novih aktivnosti in nalog so zaposleni v psihiatriji bili izpostavljeni potrebnemu hitremu prilagajanju v kriznih razmerah. Spremembe, na katere smo se uspešno odzivali, predstavljajo trdno izhodišče za izboljšave timskega dela v prihodnje.

Kako preseči stanje v Sloveniji, kjer sistem zdravstvenega varstva ne sledi sistemski paradigmi in posamezne poklicne skupine uveljavljajo parcialne interese? Z večjim trudom stvari ne bomo bistveno spremenili. Potrebne so spremembe, zlasti v organizacijski kulturi, te pa se doseže z izboljševanjem kakovosti in varnosti pacientov (Robida, et al., 2006). Slednje zahteva nove organizacijske in strokovne pristope vključevanja vseh sodelujočih udeležencev, kar v središče delovanja postavlja pacienta in zaposlene ter teži k dolgoročnemu zadovoljstvu odjemalcev in hkratnemu poslovnemu uspehu sistemov ter zagotavljanju koristi za vse zainteresirane strani (izpolnitev vseh zahtev odjemalcev, ki jih organizaciji postavljajo zaposleni in širša družba). Zato je ključnega pomena optimiziranje celote kot osnove za večje sistemske preboje. Na principu vključenosti vseh udeležencev sloni tudi model odličnosti oz. vrhunske kakovosti (Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2010). Model celovitega sistema kakovosti in odličnosti organizacij (TQM) priporoča: osredotočenost na rezultate, osredotočenost na odjemalce, koristi za zaposlene, koristi za družbo, kakovost dejavnosti, vključenost zaposlenih, učinkovito vodenje s sodelovanjem zaposlenih, izobraževanje in usposabljanje zaposlenih.

Čas je za prikaz naše zrelosti z doslednim ustvarjanjem dodane vrednosti kakovosti zdravstvene obravnave vseh sodelujočih v sistemu zdravstvenega varstva. Moč inovativnosti se izraža v sodelovanju in izmenjavi znanja med vsemi akterji in ravnmi. Družbena in organizacijska raven sta odločilni pri ustvarjanju priložnosti za razvoj vrhunskih ekspertov, inovatorjev in kakovostnikov (Gladwell, 2008). Pri tem je potrebno upoštevati izhodišča sistemskega razmišljanja: primarna je celota (sistem), gradnike sistema in procese, ki potekajo v sistemu, je potrebno prilagoditi sistemu, sistem je potrebno razumeti celovito tako, kot deluje v okolju: vsak sistem je edinstven, cilji sistema so na prvem mestu, vloga delov sistema in njegovih procesov je, da podpirajo celoto, vsi deli sistema in procesi so medsebojno odvisni, majhne spremembe povzročajo velike učinke, maksimiranje delov sistema in procesov suboptimira celoto (sistem) (Trebar, 2010).

Le inovativna okolja, ki bodo s promocijo, razvojem in merjenjem kakovosti, raziskovanjem in kolaborativnim učenjem ter sodelovanjem izboljševala kakovost in varnost obravnave pacientov, zadovoljstvo pacientov in zaposlenih ter omogočila uspešno medsebojno komunikacijo in trdno kulturo spoštovanja in sodelovanja, bodo dolgoročno uspešna.

Vse bolj se zavedamo, da smo kot posamezniki del celote in da je vsak odnos tudi duhovna vrednota, ki nam ne prinaša samo lepega, ampak je predvsem naša pot, kjer živimo, se učimo in napredujemo. Zato verjamemo, da je čas na strani tistih, ki znajo biti skupaj, v pravičnem in odgovornem dialogu, v življenju, ki teži k ravnovesju – vseh in vsega, v celoti ...

Čas je za nas vse!

Literatura

Božič, M., 2008. Osebnostni vzvodi osebne kakovosti kot pogoj odličnosti. In: Anon., ed. *Zbornik predavanj usposabljanja Razvoj in razširjanje SVK na vse poslovne procese (TQM)*. Ljubljana, junij 2004. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, pp. 14–20.

Čeč, F., 2021. Osmišljeno delo za samouresničevanje zaposlenih. *HRM: Strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu,* 35(7), pp. 64–65.

Gladwell, M., 2008. *Outliers.* New York, Boston, London: Little, Brown and Company, pp. 87–90.

Glažar, D., 2021. Vpliv čustvene inteligence vodij na učinkovitost zaposlenih. *HRM: Strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu,* 35(7), pp 21–23.

Kiauta, M., 2009. Razsvetljena kakovost v razsvetljenem okolju. In: Brumen, M., et al. eds. *Kakovost v zdravstveni in babiški negi - odgovorni, kompetentni in inovativni zaposleni: zbornik predavanj z recenzijo.* 2. znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo, 23. in 24. oktober 2009. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 23–33.

Gruban, B., 2009. Kompetenčni profil vodje tretje generacije: zbogom terminator management, dober dan rezonantni vodja. In: Brumen, M., et al. eds. *Kakovost v zdravstveni in babiški negi - odgovorni, kompetentni in inovativni zaposleni: zbornik predavanj z recenzijo.* 2. znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo, 23. in 24. oktober 2009. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 87–90.

Pondelek, D., 2021. V krizi je izziv ostati človek. *Zarja*, 2, pp. b.s. Available at: https://revijazarja.si/clanek/ljudje/5ffcc5203885a/v-krizi-je-izziv-ostati-clovek [27. 9. 2021].

Pirš, K., 2009. Predgovor. In: Pirš, K., et al. eds. *Zdravstvena zakonodaja v luči zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo.* Strokovni seminar s področja zdravstvene zakonodaje, februar 2009. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 6–9.

Pučnik A., 2021. Organizacijska kultura – zvezda severnica za nove čase. *HRM: Strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja ljudi pri delu,* 35(7), pp. 24–26.

Robida, A., Yazbeck, A.M.Y., Kociper, B., Mate, T. & Marušič, D., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 4, 11.

Slovensko združenje za kakovost in odličnost, 2010. *Učno gradivo usposabljanja QSM Razvoj in razširjanje SVK na vse poslovne procese (TQM).* Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 1–12.

Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2021. Proces organizacije in strokovnega razvoja Službe zdravstvene nege in oskrbe. Ormož: Služba zdravstvene nege in oskrbe, pp. 1–26.

Trebar, A., 2010. *Kreativno snovanje novih proizvodov in storitev: (uvod v teorijo inventivnega reševanja problemov-TRIZ).* Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 16–22

POMEN MEDPOKLICNEGA IZOBRAŽEVANJA MEDICINSKIH SESTER ZA NJIHOVO MEDPOKLICNO SODELOVANJE

THE IMPORTANCE OF NURSES' INTER-PROFESSIONAL EDUCATION FOR THEIR INTER-PROFESSIONAL COLLABORATION

asist. Tina Kamenšek, dipl. m.s., mag. zdr. nege
Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani
tina.kamensek@zf.uni-lj.si

Izvleček

V zdravstvu smo dandanes priča izjemnemu napredku, čemer sledi tudi naraščanje kompleksnosti dela, zato je medpoklicno sodelovanje vedno bolj aktualno področje proučevanja in izobraževanja. Gre za pomemben element kakovosti v zdravstvu, ki je ključnega pomena pri odličnosti na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientov. V prispevku so predstavljene najpomembnejše ugotovitve dostopne literature, ki je preučevala pomen medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester za njihovo medpoklicno sodelovanje v praksi. Medpoklicno izobraževanje večinoma pozitivno vpliva na medpoklicno sodelovanje, hkrati pa izboljša razumevanje vlog, spoštovanje in timsko delo ter pripravljenost za nadaljnje medpoklicno izobraževanje. Pri prenovi študijskih programov zdravstvene in socialne oskrbe, bi morali slediti zgledu nekaterih tujih držav, ki so predmet z vsebino medpoklicnega sodelovanja že umestile med obvezne študijske vsebine.
Ključne besede*:* timsko delo, zdravstvena nega, učenje, sodelovanje, odličnost

Abstract

Today, we are witnessing remarkable progress in healthcare, followed by the growing complexity of work, so interprofessional cooperation is an increasingly relevant field of study and education. It is an important element of quality in healthcare, crucial for excellence in the provision of healthcare to patients. The paper presents the most important findings of the available literature, which examined the importance of nurses' interprofessional education on their interprofessional collaboration in practice. Interprofessional education has a mostly positive effect on interprofessional collaboration, increasing simultaneously understanding of roles, respect and teamwork, and readiness for further interprofessional education. In the renewal of study programs of health and social care, we should follow the example of some foreign countries, which have already placed the subject with the content of interprofessional collaboration among required study content.
Key words: teamwork, nursing, learning, collaboration, excellence

Teoretična izhodišča

Pojem medpoklicno izobraževanje (ang. Inter-professional Education, IPE) uporabimo takrat, ko želimo opisati, da se pripadniki dveh ali več poklicev učijo skupaj, drug o drugem ali drug od drugega z namenom boljšega sodelovanja (CAIPE, 2002), kar ima lahko pozitivne učinke tudi v praksi. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2010) v svojih smernicah opisuje, da medpoklicno izobraževanje vpliva tako na medpoklicno sodelovanje (ang. Inter-professional

Collaboration [IPC]), kot tudi na izide, povezane z zdravjem, še posebej na skrajšanje ležalne dobe, zmanjšanje stroškov zdravljenja in uporabe zdravil, zadovoljstvo pacientov in zdravstvenih strokovnjakov, izboljšano komunikacijo ter medsebojno spoštovanje.

Oskrba pacientov je kompleksna, zato zahteva učinkovito sodelovanje različnih profilov zdravstvene in socialne oskrbe, vendar kot navajajo Ponte in sodelavci (2010), je ravno to ključnega pomena za odličnost na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientov.

V smernicah Evropske federacije združenj medicinskih sester (European Federation of Nurses Associations [EFN], 2015) zasledimo, da se po zaključenem prvostopenjskem študiju zdravstvene nege od diplomantov pričakuje kompetentnost delovanja znotraj medpoklicnega tima ali pa celo njegovo vodenje. V nekaterih tujih državah se je medpoklicno izobraževanje in sodelovanje že vključilo v redno izobraževanje zdravstvenih delavcev, tudi medicinskih sester, v večini primerov v obliki modulov ali izbirnih vsebin (Peterle, 2006). Med take države se na primer uvrščajo Švica, Švedska in Velika Britanija (Bürgi, et al., 2008; Herath, et al., 2017), vendar pa v redni obvezni študijski del, predmet, ki bi se osredotočal na medpoklicno izobraževanje, v večino študijskih programov zdravstvene nege še ni vključen.

Zanimanje za raziskovanje področja medpoklicnega izobraževanja in medpoklicnega sodelovanja zelo narašča skupaj z zavedanjem pomembnosti te tematike za prakso. Tako na primer do leta 2000 ni bilo primerne raziskave, ki bi bila lahko vključena v sistematični pregled tega področja (Zwarenstein, et al., 2009). Leta 2009 je bilo takih raziskav šest, leta 2011 petnajst (Reeves, et al., 2013). V sistematičnemu pregledu tega področja, ki je zajemal obdobje med letoma 2011 in 2018, je bilo vključenih že 9 raziskav (Kamenšek, et al., 2020).

Zavedanje pomembnosti medpoklicnega sodelovanja je ključno za odličnost zdravstvene nege in oskrbe pacientov. V prispevku smo predstavili najpomembnejše ugotovitve raziskav, ki jih lahko podamo na podlagi pregledane literature, ki je preučevala pomen medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester za njihovo medpoklicno sodelovanje v praksi.

Pomen medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester – ugotovitve pregleda literature

Kot sta ugotovila že referenčna sistematična pregleda tega področja (Zwarenstein, et al., 2009; Reeves, et al., 2013), ima medpoklicno izobraževanje poklicnih skupin, ki sodelujejo pri zdravstveni in socialni oskrbi pacientov, pozitivne vplive na njihovo medpoklicno sodelovanje v praksi, na izboljšano zaznavanje vloge sodelujočega profila pri izvajanju zdravstvene in socialne oskrbe, izboljšanjem znanju o medpoklicnem sodelovanju in postavljanju ciljev k pacientu usmerjene zdravstvene in socialne oskrbe. Potrebno je omeniti, da sta oba sistematična pregleda vključevala tudi nekaj raziskav (Zwarenstein, et al., 2009; Reeves, et al., 2013), kjer so se vplivi medpoklicnega izobraževanja na zgoraj omenjene dejavnike pokazali kot zelo majhni.

Kamenšek in sodelavci (2020) so želeli nadaljevali delo prej navedenih avtorjev (Zwarenstein, et al., 2009; Reeves, et al., 2013). V časovnem obdobju med letoma 2011 in 2018 so za preučevanje pomena medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo sodelovanje v praksi, identificirali devet ustreznih raziskav s kvantitativno metodologijo (Pinto, et al., 2012; Hanyok, et al., 2013; Wilhelmsson, et al., 2013; Delunas & Rouse, 2014; Ruebling, et al., 2014; Conti, et al., 2016; Wallace, et al., 2016; Keshmiri, et al., 2017; Simko, et al., 2017). Vključene raziskave so bile večinoma opravljene v Združenih državah Amerike

(ZDA), po ena pa v Kanadi (Pinto, et al., 2012), Veliki Britaniji (Ruebling, et al., 2014) in Iranu (Keshmiri, et al., 2017).

Raziskave so v veliki večini vključevale večje vzorce, ki so šteli 150 ljudi (Pinto, et al., 2012; Delunas & Rouse, 2014; Keshmiri, et al., 2017; Simko, et al., 2017) ali več (Wilhelmsson, et al., 2013; Ruebling, et al., 2014; Conti, et al., 2016; Wallace, et al., 2016). Velikost vzorca je tesno povezana z zanesljivost izmerjenih rezultatov – večji kot vzorec je, bolj so zanesljivi rezultati. Večina raziskav je imela pri medpoklicnem izobraževanju in sodelovanju poleg predstavnikov zdravstvene nege pridružen samo en poklic iz zdravstvene ali socialne oskrbe, nekatere pa tudi štiri ali več (Pinto, et al., 2012; Wilhelmsson, et al., 2013; Ruebling, et al., 2014; Conti, et al., 2016; Wallace, et al., 2016). Oblike medpoklicnega izobraževanja so bile krajše delavnice ali srečanja (nekajurne do tridnevne), na katerih so bile udeležencem predstavljene najpomembnejše skupne teme (Hanyok, et al., 2013; Wallace, et al., 2016; Keshmiri, et al., 2017). Nekaj raziskav je poročalo o daljšem izobraževanju, ki je trajalo od enega do več semestrov (Delunas & Rouse, 2014; Ruebling, et al., 2014; Simko, et al., 2017). Medpoklicno učenje so izvedli tudi s timsko obravnavo praktičnih primerov pacientov v kliničnem ali domačem okolju (Conti, et al., 2016; Simko, et al., 2017). Ena raziskava je preverjala vpliv medpoklicnega izobraževanja, ki je vključeno v študijski program, ter kakšne posledice ima na začetek dela v praksi po zaključenem študiju (Wilhelmsson, et al., 2013). Kamenšek in sodelavci (2020) opozarjajo na velika odstopanja v dolžini medpoklicnega izobraževanja, kar so opazili pri vključenih raziskavah: od nekaj ur do nekaj dni, pa tudi do več semestrov. O tem so poročali tudi Reeves in sodelavci (2013) ter Zwarenstein in sodelavci (2009). Kamenšek in sodelavci (2020) navajajo še, da raziskav, s katerimi bi lahko potrdili razlike med kratko- in dolgotrajnim medpoklicnim izobraževanjem, niso našli.

Reeves in sodelavci (2013) so poročali, da so nekatere raziskave navajale pozitivne vplive medpoklicnega izobraževanja na medpoklicno sodelovanje, kar se je pokazalo tudi pri večini raziskav (Hanyok, et al., 2013; Wilhelmsson, et al., 2013; Ruebling, et al., 2014; Conti, et al., 2016; Wallace, et al., 2016; Keshmiri, et al., 2017; Simko, et al., 2017), ki so jih v sistematični pregled vključili Kamenšek in sodelavci (2020). Med izpostavljenimi pozitivnimi učinki medpoklicnega izobraževanja na medpoklicno sodelovanje so bili v dveh referenčnih sistematičnih pregledih boljše timsko delo in komunikacija, manj kliničnih napak, boljši pretok informacij med zaposlenimi, posledično pa tudi bolj kakovostna obravnava pacientov, njihovo zadovoljstvo in pozitivni zdravstveni izidi (Zwarenstein, et al., 2009; Reeves, et al., 2013). Raziskave, ki so jih v sistematični pregled vključili Kamenšek in sodelavci (2020), so poročale o podobnih ugotovitvah: da medpoklicno izobraževanje izboljša samooceno in samoporočanje vključenih o uspešnosti medpoklicnega sodelovanja različnih profilov znotraj zdravstvene in socialne oskrbe (Wilhelmsson, et al., 2013; Wallace, et al., 2016; Simko, et al., 2017) ter da medpoklicno izobraževanje vključenim ponuja dragocene možnosti sodelovanja, izboljša medsebojno spoštovanje, interes za medpoklicno sodelovanje in konzultacije s člani drugih poklicev, ki sodelujejo pri zdravstveni in socialni oskrbi (Pinto, et al., 2012; Wallace, et al., 2016). Dve raziskavi referenčnega sistematičnega pregleda (Reeves, et al., 2013) sta poročali, da naj bi zgoraj predstavljeni pozitivni učinki na medpoklicno sodelovanje ostali tudi dolgoročno po končanem medpoklicnem izobraževanju, in sicer, v eni študiji še po osmih mesecih, v drugi pa po osemnajstih. Teh dokazov v sistematičnem pregledu Kamenšek in sodelavcem (2020) ni uspelo identificirati, saj je samo ena vključena raziskava poročala o poznejšem (»follow up«) preverjanju po petih tednih zaključenega medpoklicnega izobraževanja. Ker so pri tem od začetnih 36 vključenih oseb izgubili 25 vključenih oseb, je zanesljivost rezultatov zmanjšana (Pinto, et al., 2012).

Kamenšek in sodelavci (2020) navajajo, da ena od vključenih raziskav ni podajala pozitivne povezave med medpoklicnim izobraževanjem in sodelovanjem (Delunas & Rouse, 2014). Presenetljivo je bilo, da sta avtorja (Delunas & Rouse, 2014) izpostavila, da je medpoklicno izobraževanje celo znižalo medpoklicno sodelovanje, vendar samo med študenti medicine. Omenjeno pripisujeta drugačni socializaciji zdravnikov v času šolanja in različnim stereotipom, ki omejujejo medpoklicno sodelovanje. V praksi se namesto harmoničnega ter spoštljivega sodelovanja opazijo trenja, zlasti med zdravniki ter medicinskimi sestrami, saj so medpoklicni odnosi v zdravstvu še vedno prežeti s tradicionalno hierarhijo (Ovijač, et al., 2006). Uspešno sodelovanje lahko primerjamo s partnerstvom, pri katerem so za doseganje skupnih ciljev prepoznani in cenjeni moč, znanje in izkušnje vsakega posameznika. Pri tem mora med strokovnjaki z različnimi znanji in izkušnjami potekati učinkovita nehierarhična medsebojna komunikacija (Tschannen, 2004). Spol in študijski program naj ne bi imela vpliva na medpoklicno izobraževanje in sodelovanje (Kamenšek, et al., 2020). Še vedno je ponekod problematično zavedanje o pomembnosti medpoklicnega izobraževanja in posledično tudi motivacija zanj (Delunas & Rouse, 2014), kar pa se bo okrepilo z nadaljevanjem raziskovanja tega področja.

V dveh referenčnih sistematičnih pregledih (Zwarenstein, et al., 2009; Reeves, et al., 2013) so udeleženci raziskav medpoklicno izobraževanje opisali kot pozitivno učno izkušnjo. Posledično so izkazali interes za vključitev v nadaljnje medpoklicno izobraževanje, kar je potrdila tudi raziskava (Ruebling, et al., 2014), vključena v sistematični pregled (Kamenšek, et al., 2020). Medpoklicno izobraževanje je študente, ki so ga bili deležni pred odhodom na prakso, opremilo s samozavestjo; sami so ga ocenili kot zelo koristno (Ruebling, et al., 2014; Wallace, et al., 2016). Vključitev medpoklicnega izobraževanja v študijski program (Wilhelmsson, et al., 2013) je pokazala, da so medicinske sestre z univerz, kjer so bile deležne medpoklicnega izobraževanja, bolj pripravljene medpoklicno sodelovati kot tiste iz kontrolne skupine, ki medpoklicnega izobraževanja niso prejele. Prav tako so pokazale statistično značilne boljše vodstvene sposobnosti ter ocenile, da jih je ravno medpoklicno izobraževanje bolje pripravilo na delo v praksi. S tem dejstvom lahko osvetlimo nov pogled na izobraževalne akreditacijske standarde in vpliv na oblikovanje študijskih programov v prihodnosti (Simko, et al., 2017).

Za uspešen način medpoklicnega izobraževanja je morda smiselno uporabiti model prilagajanja skupin glede na predhodno stopnjo pripravljenosti za izobraževanja, saj je ena od raziskav poročala, da sta se ob upoštevanju stopnje motiviranosti pri udeležencih izboljšala rezultat sodelovanja pri medpoklicnem izobraževanju ter tudi poznejše medpoklicno sodelovanje (Keshmiri, et al., 2017).

Razprava in zaključek

Po predstavljenih dejstvih lahko povzamemo, da ima medpoklicno izobraževanje večinoma pozitiven vpliv na medpoklicno sodelovanje v praksi, izboljša razumevanje vlog, spoštovanje in timsko delo ter pripravljenost za nadaljnje medpoklicno izobraževanje.
Ocenjujemo, da bi bilo treba medpoklicno izobraževanje vključiti v redni obvezni del prvo- in drugostopenjskega študija za zdravstvene in socialne profile. Problem izvajanja v obliki izbirnega predmeta vidimo v tem, da v izobraževanje niso vključeni vsi študenti, ampak samo tisti, ki ga izberejo. Nekatere tuje univerze imajo medpoklicno izobraževanje in sodelovanje že vključeni v redni obvezni del študijskih programov zdravstvene in socialne oskrbe. Pri

prenovi študijskih programov v Sloveniji bi bilo smiselno razmišljati o oblikovanju predmeta na obvezni ravni študija in ne ostati zgolj na izbirnem nivoju. Ker raziskav, s katerimi bi lahko potrdili razlike med kratko- in dolgotrajnim medpoklicnim izobraževanjem, nismo našli, lahko samo sklepamo, da je smiselnost kratkotrajnih oblik izobraževanja vprašljiva, saj ne morejo imeti enakih učinkov na medpoklicno sodelovanje kot dolgotrajna, več semestrov dolga izobraževanja. Raziskave, ki bi preučevale tovrstno razliko, bi bile zato zelo dobrodošle. Menimo, da je kljub naraščanju medpoklicnega izobraževanja na tem področju še vedno prisotno delno nepoznavanje vpliva, ki ga je mogoče osvetliti z nadaljnjim raziskovanjem tega področja, promocijo rezultatov, odprto razpravo, utemeljeno na izsledkih najnovejših raziskav, in podobnimi ukrepi. Prav tako bi bilo potrebno na večjem vzorcu z vzdolžno raziskavo raziskati vpliv tega ukrepa na poznejše medpoklicno sodelovanje v delovnem okolju. Razmišljati bi bilo potrebno tudi o povezovanju izobraževalnih okolij, kjer se strokovnjaki posameznih poklicnih skupin medpoklicno izobražujejo, s kliničnimi okolji, kjer se pričakuje uporaba veščin medpoklicnega sodelovanja, komunikacije in znanja (Clark, 2011).

V prispevku smo predstavili povzetke pregleda dostopne literature, pri katerem smo se osredotočili predvsem na pregled kvantitativnih raziskav pomena medpoklicnega izobraževanja za medpoklicno sodelovanje medicinskih sester. V prihodnje bi bilo zaželeno predstavitvi tudi kvalitativni vidik raziskovanja predstavljene problematike, ki bi prispeval pomemben del komplementarnega razumevanja pomena medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje v praksi.

Literatura

Bürgi, H., Rindlisbacher, B., Bader, C., Bloch, R., Bosmann, F., Glasser, C., et al., 2008. *Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training. 2nd ed.* Bern: Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools, pp. 20–34. Available at: http://sclo.smifk.ch/downloads/sclo_2008.pdf [12. 2. 2018].

CAIPE, 2002. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. occasional paper 1.* Fareham: Higher Education Academy, Learning & Teaching Support Network for Health Sciences & Practice.

Clark, P.G., 2011. Examining the interface between interprofessional practice and education: lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of Interprofessional Care,* 25(1), pp. 26–32.

Conti, G., Bowersb, C., O'Connell, M.B., Bruer, S., Bugdalski-Stutrud, C., Smith, G., et al., 2016. Examining the effects of an experiential interprofessional education activity with older adults. *Journal of Interprofessional Care,* 30(2), pp. 184–190.

Delunas, L.R. & Rouse, S., 2014. Nursing and medical student aAttitudes about communication and collaboration before and after an interprofessional education experience. *Nursing Education Perspectives,* 35(2), pp. 100–105.

European Federation of Nurses Associations [EFN], 2015. *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU: EFN kompetenčni okvir, sprejet na Generalni skupščini EFN, Bruselj, april 2015.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/wp-

content/uploads/2020/02/EFN-smernice-za-implementacijo-%C4%8Dlena-31-o-medsebojnem-priznavanju-poklicnih-kvalifikacij.pdf [10. 5. 2019].

Hanyok, L.A., Walton-Moss, B., Tanner, E., Stewart, R.W. & Becker, K., 2013. Effects of a graduate-level interprofessional education program on adult nurse practitioner student and internal medicine resident physician attitudes towards interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care,* 27(6), pp. 526–528.

Herath, C., Zhou, Y., Gan, Y., Nakandawire, N., Gong, Y. & Lu, Z., 2017. A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. *Medicine (Baltimore),* 96(38), art. ID e7336.

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

Keshmiri, F., Rezaib, M., Mosaddeghb, R., Moradi, K., Hafezimoghadam, P., Zare, M.A., et al., 2017. Effectiveness of an interprofessional education model based on the transtheoretical model of behaviour change to improve interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care,* 31(3), pp. 307–316.

Ovijač, D., Škrabl, N., Kobilšek, P., Cevc, M. & Pahor, M., 2006. Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive: nekateri rezultati anketne raziskave. In: Kvas, A., Pahor, M., Klemenc, D. & Šmitek, J. eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti: zbornik z recenzijo.* Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 218–234.

Peterle, H., 2006. Stališča študentov medicine in zdravstvene nege Univerze v Ljubljani do medpoklicnega izobraževanja. *Obzornik zdravstvene nege,* 40(3), pp. 129–136. Available at: https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2590/252 [6. 8. 2021].

Pinto, A., Lee, S., Lombardo, S., Salama, M., Ellis, S., Kay, T., et al. 2012. The Impact of structured inter-professional education on health care professional students' perceptions of collaboration in a clinical setting. *Physiotherapy Canada,* 64(2), pp. 145–156.

Ponte, P.R., Gross, A.H., Milliman-Richard, Y.J. & Lacey, K., 2010. Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research,* 28(1), pp. 159–189.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M., 2013. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 3, art. ID CD002213.

Ruebling, I., Pole, D., Breitbach, A.P., Frager, A., Kettenbach, G., Westhus, N., et al., 2014. A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. *Journal of Interprofessional Care,* 28(1), pp. 23–27.

Simko, L.C., Rhodes, D.C., McGinnis, K.A. & Fiedor, J., 2017. Students' perspectives on interprofessional teamwork before and after an interprofessional pain education course. *American Journal of Pharmaceutical Education,* 8(6), p. 104.

Tschannen, D., 2004. The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work environment. *MEDSURG Nursing Journal,* 13(5), pp. 312–318.

Wallace, S.E., Sammarone Turocy, P., DiBartola, L.M., DeIuliis, E.D., Astle, J., Cousino, S., et al., 2016. interprofessional education workshop outcomes: learning and understanding professional roles in stroke care. *Journal of Physical Therapy Education,* 30(3), pp. 50–60.

Wilhelmsson, M., Svensson, A., Timpka, T. & Faresj, T., 2013. Nurses' views of interprofessional education and collaboration: a comparative study of recent graduates from three universities. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), pp. 155–160.

World Health Organization (WHO), 2010. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.* New York: United Nations. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ [12. 2. 2018].

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S., 2009. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, art. ID CD000072.