

ODPRTA VPRAŠANJA IN IZZIVI MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA V ZDRAVSTVU

DANIJELA KRALJ

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovenija
danijela.kralj@kclj.si

Povzetek Sodobno zdravstvo se sooča z vedno novimi izzivi, tako zaradi novih bolezni kot zaradi odprtih sistemskih vprašanj v notranjem in širšem družbenem okolju. Strokovnjaki, ki iščejo prebojne rešitve, poudarjajo, da skrb za paciente ostaja primarna naloga zdravstva. Pri reševanju perečih sistemskih problemov pa svetujejo premislek o novih poslovnih modelih, po katerih napredni sistemi v svoje organizacijske oblike, načine dela in medčloveškega sodelovanja že vključujejo (integrirajo) napredne rešitve, podprte z novimi tehnologijami, umetno inteligenco, robotiko in digitalizacijo. Vse to botruje k temu, da tudi v zdravstvu narašča potreba po vključujočem delovnem okolju in medpoklicnem (*interdisciplinarnem*) sodelovanju različnih področij in poklicev. V zvezi s tem je osrednji del naslovnega prispevka namenjen prikazu izsledkov novejše raziskave o vplivu vključujočega delovnega okolja na medpoklicno sodelovanje v zdravstvu, opravljene v obdobju 2021- 2022 v okviru podiplomskega doktorskega dela.

Ključne besede:

medpoklicno sodelovanje, vključujoče delovno okolje, zdravstvo, kakovost, digitalizacija

OPEN QUESTIONS AND CHALLENGES INTERPROFESSIONAL COOPERATION IN HEALTHCARE

DANIJELA KRALJ

University Medical Centre Ljubljana, Slovenia
daniela.kralj@kclj.s

Abstract Modern healthcare is always facing new challenges, both due to new diseases and due to open systemic questions in the internal and wider social environment. Experts who search for breakthrough solutions, emphasize that patient care remains the primary task of healthcare. While solving pressing systemic problems, they advise considering new business models, according to which advanced systems already include (integrate) advanced solutions, supported by new technologies, artificial intelligence, robotics and digitalization. All this contributes to a growing need in healthcare for inclusive work environment and interprofessional (interdisciplinary) cooperation of various fields and professions. In this regard, the central part of the title paper is intended to show the results of a newer research on the impact of an inclusive work environment on interprofessional cooperation in healthcare, carried out in the period 2021-2022 as part of a postgraduate doctoral thesis.

Keywords:
interprofessional
cooperation,
integrated
work
environment,
healthcare,
quality,
digitalization

1 Uvod

Zdravstveni sistemi in načini njihovega delovanja, kot jih poznamo, ne zmorejo več v pričakovanem obsegu in s potrebno kakovostjo zagotavljati vseh zdravstvenih storitev, ki jih ljudje bolj ali manj nujno potrebujejo. Vzrokov seveda ne gre iskati le pri zdravstvenemu osebju, ampak je treba na pereče probleme in izzive gledati širše. Medtem ko se z bliskovitim razvojem novih tehnologij in vedno novimi dognanji medicinske znanosti podaljšuje življenjska doba, na drugi strani narašča število pacientov z vse bolj kompleksnimi zdravstvenimi težavami in novimi boleznimi.¹

Zdravstvene sisteme povrh pestijo še drugi problemi, od sektorskih politik javnega zdravja ter odprtih normativnih in organizacijskih vprašanj do finančnih in poslovnih izzivov v notranjem in širšem družbenem okolju. Tako se zdravstveni sistemi že leta soočajo s strukturnimi problemi, ki terjajo nov in učinkovitejši način zagotavljanja zdravstvenih storitev za vse. Z drugimi besedami, gre za potrebo po novi paradigmi sodelovanja, partnerstev in načinov poslovanja v notranjem in zunanjem pogledu tradicionalnega sistema zdravstvenega varstva ter prerazporejanja sredstev oz. resursov.²

V zadnjih desetletjih je v zdravstvu prišlo tudi do eksponentnega razvoja znanja in informacij.³ Podatki in analitika postajajo vse bolj napredni, tako naj bi roboti v prihodnje opravljali vrsto storitev in beležili fiziološke podatke med medicinskimi posegi. To bo na eni strani nedvomno izboljšalo kakovost zdravstvenih storitev in uporabno vrednost odkritij medicinske znanosti. Na drugi strani je že zdaj kar nekaj odprtih, etičnih in strokovnih dilem, kako daleč lahko gremo z novimi tehnologijami, robotizacijo in digitalizacijo zdravstvenih storitev, da zdravstveni sistemi tudi na ta način služijo človeku oz. pacientu.⁴

Čeprav nove tehnologije z umetno inteligenco ponekod že daleč presegajo zmogljivosti človeških možganov, pri procesiranju velikih podatkov denimo, človeške topline in pristnega medčloveškega stika v odnosu do pacienta kot tudi znotraj zdravstvenih timov ne more nadomestiti nobena tehnologija. Zato ob vseh odprtih vprašanjih in napovedanih spremembah v zdravstvu ne smemo prezreti,

¹ Barnett et al., 2012.

² Kaini, 2017.

³ Barnett et al., 2012.

⁴ Pavleković, Petrovič, 2021.

nenadomestljivega potenciala človečnosti, sočutja in pomena pristnih osebnih vezi med bolnikom in zdravnikom ter ostalimi zdravstvenimi delavci in sodelavci. Ob vseh novih tehnologijah ostaja torej žgoča potreba po nenehnem razvoju in skupni odgovornosti za pristne medčloveške odnose, dobro medpoklicno sodelovanje, vzajemno spoštovanje in vključevanje zdravstvenih delavcev že pri načrtovanju sprememb v organizaciji, upravljanju in kakovosti zdravstvenih sistemov.

2 Na ljudi osredotočena družba in njen zdravstveni sistem

Z naslovnim prispevkom *Odprta vprašanja in izzivi medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu* se avtorica smiselno navezujem na nedavni poziv Ministrstva za zdravje RS zainteresirani javnosti k razpravi o predlogu "Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023 - 2031)".⁵ Ker je bilo besedilo tega dokumenta z javnim pozivom objavljeno v času, ko je ta prispevek nastajal, dokončnih ocen v tej fazi seveda ni moč dajati. Glede na naslov in namen tega prispevka, pa menim, kar s teoretičnimi in empiričnimi rezultati raziskave v nadaljevanju utemeljujem, da so odprta vprašanja in žgoči izzivi medpoklicnega sodelovanja, na katera opozarjam, tudi primerjalno gledano med ključnimi dejavniki uspešne ali neuspešne preobrazbe, kakovosti in varnosti zdravstvenih sistemov v družbi prihodnosti. Po pričakovanjih je to družba usklajenega tehnološkega in humanega napredka, katere zdravstveni sistem je vključno z vsemi novimi tehnologijami, dognanji medicinske stroke in izzivi umetne inteligence osredotočen na ljudi (ang. *people-centred health systems*).⁶ To je pred kratkim izpostavila tudi aktualna ministrica za digitalno preobrazbo, dr. Emilija Stojmenova Duh, ob predstavitvi Strategije digitalizacije zdravstva v Sloveniji za obdobje od 2022 - 2027: "Cilj naše vlade je digitalna preobrazba, ki namesto tehnologije v ospredje postavlja človeka."⁸

Besedna zveza *na ljudi osredotočen zdravstveni sistem* sama po sebi govori o tem, da gre za sodelovanje, ki vključuje več ljudi z namenom doseganja skupnega cilja.⁹ Znotraj zdravstva pomeni, da gre za sodelovalno (vključujoče) vedenje zaposlenih, ki

⁵Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023-2031), 2023.

⁶Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery – working document, 2016; Towards people-centred health systems: An innovative approach for better health outcomes, 2013.

⁷Strategija digitalizacije zdravstva v Sloveniji za obdobje (2022-2027), 2023

⁸Digitalizacija je ključen korak do modernega zdravstvenega sistema, Ministrstvo za zdravje, e-vir.

⁹Patel, Pettitt, Wilson, 2012, str. 1–26.

prispevajo edinstveno in raznoliko strokovno znanje in vedenje za doseganje ciljev v okviru skupnega upravljanja, priznavanja in spoštovanja ter je več kot zgolj delo v neposredni bližini drugih.¹⁰

2.1 Medpoklicno sodelovanje

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu pomeni, da več zdravstvenih delavcev iz različnih poklicnih okolij zagotavlja celovite storitve, ob sodelovanju s pacienti, njihovimi družinami, skrbniki in skupnostmi za zagotavljanje najvišje kakovosti oskrbe v vseh okoljih.¹¹ Matziou et al. menijo, da je sodelovanje med izvajalci zdravstvenih storitev nujno v vseh zdravstvenih ustanovah, saj nobena poklicna skupina ne more zadovoljiti vseh potreb pacienta.¹² Kompleksnost znanj potrebnih za celovito oskrbo vodi do razdrobljenosti zdravstvenih praks in naraščajočega števila medicinskih poklicev. Zdravstveni delavci in sodelavci različnih profilov imajo specifično strokovno znanje, natančno določene vloge in odgovornosti ter kodekse ravnanja. To je bistvenega pomena za razvoj skupnih praks, prijaznih delovnih skupin, v katerih vsi zdravstveni delavci sodelujejo pri zagotavljanju storitev.¹³

Pojem *medpoklicnost* torej nakazuje, da obstaja poklicno »jedro« nalog, ki še naprej opredeljuje poklic, pa tudi bolj generično obrobje nalog, ki jih je mogoče deliti med vrsto poklicev, ne da bi pri tem izpodbijali »poklicno jedro«. ¹⁴ Pogajanje o mejah med tistimi nalogami, ki si jih delijo, in tistimi, ki jih vzdržujejo poklici, je ključno za sociologijo medpoklicnega timskega dela.¹⁵ Medpoklicno sodelovanje je pristop, ki je bil v zdravstvu uveden v 70. letih prejšnjega stoletja za izboljšanje usklajevanja, komunikacije, kakovosti in varnosti oskrbe pacientov¹⁶ ter postal pomemben sestavni del dobro delujočega zdravstvenega sistema.¹⁷ Kot odziv na pomanjkanje zdravstvenih delavcev v svetu, je Svetovna zdravstvena organizacija leta 2010 predstavila smernice za vzpostavitev medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja.¹⁸

¹⁰Almost, Laschinger, 2002, str. 408–420.

¹¹ Framework for action on interprofessional education and collaborative practice, 2010, str. 7.

¹² Matziou et al., 2014, str. 526–533.

¹³ Engel, Gursky, 2003, str. 42–53.

¹⁴ Zetka, v: Nancarrow, Borthwick, 2016, str. 343.

¹⁵ Nancarrow, Borthwick, 2016, str. 343.

¹⁶ Reeves et al., 2010, str. 2.

¹⁷ Gaboury et al., 2009, str. 707–715.

¹⁸ Framework for action on interprofessional education and collaborative practice, 2010, str. 7.

Arredondo et al.¹⁹ so celovito opredelili medpoklicno sodelovanje kot »sodelovanje, ki se nanaša na izobraževanje, usposabljanje, štipendiranje, prakso in druge poklicne dejavnosti, ki strokovnjake pripravljajo na delo: (a) na spoštljiv, sodelovalen, integrativen in informiran način s člani drugih strok in poklicev; in (b) s posamezniki, skupinami, sistemi in organizacijami, ki imajo lahko različne vrednote, etične perspektive ali svetovne poglede ter odgovornosti«.

2.1.1 Pomen in vrednote medpoklicnosti

Medpoklicno sodelovanje je mogoče opredeliti na več načinov, saj je pri tem poleg normativnega vselej potrebno upoštevati dejanski družbeni okvir oz. kontekst posameznih poklicev ter njihovih notranjih in zunanjih povezav. Zato je tudi v literaturi precej neuskkljenosti, terminološke in konceptualne zmede glede pomena *medpoklicnosti*. Čeprav je bil z novejšimi raziskavami dosežen znaten napredek, strokovnjaki opozarjajo na potrebo po konceptualnih orodjih, ki jim bodo pomagala pri širšem razumevanju in razvoju medpoklicnega sodelovanja v zapletenih sistemih.²⁰ Xyrichis, Reeves in Zwarenstein denimo predlagajo okvir in orodje za klasifikacijo medpoklicnih dejavnosti, ki bo doprineslo več jasnosti glede razlik in vrst medpoklicnega dela ter pripomoglo k okrepitvi oblikovanja prihodnjih raziskav.²¹

Za opis medpoklicnega sodelovanja je med strokovnjaki v uporabi širok razpon izrazov in predpon, kot so: »multi oz. več«, »inter oz. med« in »trans oz. čez«, nato pa jim sledi pripona »professional« oz. poklicnost, »disciplinar« oz. disciplina. Pogosta je tudi uporaba izraza *timsko delo*.²² Čeprav številni avtorji izraza medpoklicno sodelovanje in *timsko delo* uporabljajo kot sopomenki, ju nekateri avtorji spet obravnavajo kot dve ločeni, vendar povezani zadevi.²³ Predpona »med« v pojmu »medpoklicnost« se nanaša na obseg sodelovanja z dimenzijami, kot so strokovna avtonomija, soodvisnost, bližina, interakcija in odgovornost.²⁴ Leathard opredeljuje medpoklicno sodelovanje kot interakcijo med vpletenimi strokovnjaki iz

¹⁹ Arredondo et al., 2004, str. 789.

²⁰ Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009, str. 1–31.

²¹ Xyrichis, Reeves, Zwarenstein, 2018, str. 416–425.

²² Leathard, 2003, str. 5.

²³ D'Amour et al., 2005, str. 116–131; Reeves et al., 2010, str. 39–56.

²⁴ Leathard, 2003, str. 5.

različnih okolij, ki imajo iste cilje pri skupnem sodelovanju.²⁵ Hall in Weaver²⁶ menijo, da se stopnja sodelovanja med strokovnjaki razume kot kontinuum s končnimi točkami, ob čemer predpona »multi oz. več« označuje najnižjo stopnjo in »trans oz. čez« najvišjo stopnjo integracije med sodelujočimi poklici. Tako večpoklicno sodelovanje pomeni, da posamezniki iz različnih poklicev usklajujejo svoja prizadevanja in zaporedno organizirajo svoje delo, medtem ko pri čezpoklicnem sodelovanju prihaja do prestopa poklicnih meja.²⁷

Sam koncept »medpoklicnosti« se v literaturi omenja kot avtorstvo D'Amourja in Oandasana.²⁸ Z razlago *medpoklicnosti* menita, da ta zahteva preusmeritev paradigme k razvoju kohezivne prakse z nenehnim medsebojnim sodelovanjem in izmenjavo znanja. Na ta način si D'Amour in Oandasan obenem prizadevata za čim boljše sodelovanje tudi z uporabniki storitev. Med pomembne značilnosti medpoklicnega sodelovanja uvrščata delitev odgovornosti, informacij in poklicne perspektive.²⁹

Sodelovanje in timsko delo sta splošno pomembna dejavnika varne, kakovostne in na pacienta osredotočene zdravstvene oskrbe.³⁰ Pravico pacienta do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v skladu z medicinsko doktrino pri nas določa Zakon o pacientovih pravicah v 11. členu.³¹ Potrebe po učinkovitem zagotavljanju kakovostne oskrbe, sodelovanju in timskem delu se je Ministrstvo za zdravje očitno zavedalo tudi pri pripravi Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Že tedaj, ko je ta strategija nastajala, so bile v našem zdravstvenem sistemu očitno med visoko cenjenimi naslednje vrednote medpoklicnega sodelovanja: odgovornost, strokovnost, poštenost, povezovanje, komunikacija, spoštljivost, kultura neobtoževanja, timsko delo, sočutnost, prijaznost, zavezanost k skupnim ciljem.³² Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025: »Skupaj za družbo zdravja« pa prav tako govori o zagotavljanju pogojev za boljše medpoklicno sodelovanje in boljšo komunikacijo v zdravstvu in komunikacijo zdravstva z drugimi deležniki.³³

²⁵ Ibid.

²⁶ Hall, Weaver, 2001, str. 867–868.

²⁷ Leathard, 2003, str. 4.

²⁸ D'Amour, Oandasana, 2005, str. 8–20.

²⁹ D'Amour et al., 2005, str. 116–131.

³⁰ Xyrichis, Reeves, Zwarenstein, 2018, str. 416–425.

³¹ ZPacP, 11. člen.

³² Kiauta et al., 2010, str. 11–12.

³³ ReNPZV16–25, Ur. l. RS, št. 25/16, str. 21.

3 Vključujoče delovno okolje v luči medpoklicnega sodelovanja

Vse več akademskih raziskav potrjuje, da ima koncept vključevanja in sodelovanja pomemben potencial,³⁴ ki pomaga menedžerjem izboljšati organizacijsko uspešnost in vsakodnevne izkušnje zaposlenih na delovnem mestu. Podjetja dosegajo boljše rezultate, če so na različnih ravneh organizacije vključeni zaposleni iz različnih okolij in perspektiv, med drugim tudi v procesih odločanja.³⁵ To spoznanje je že prestopilo meje akademskega raziskovanja. Spričo pozitivnih rezultatov v praksi je medtem postalo vključujoče delovno okolje za napredne delodajalce sestavni del normativnega, pravnega in etičnega urejanja delovnih razmerij in odnosa do delavcev. Pravni viri, ki določajo udeležbo, vključevanje (participacijo) delavcev pri urejanju zunanjih in notranjih vidikov delovnega prava, so obenem standard spoštovanja človekovega dostojanstva in pravic delavstva v svetovnem merilu. To so izredno pomembni standardi, ki so zajeti v celi vrsti predpisov in dokumentov, sprejetih tako v mednarodnem kot domačem prostoru.³⁶

Z raznolikostjo v delovnih organizacijah se organizacijski vodje vse bolj zavedajo pomena ustvarjanja pogojev za vključujoče delovno okolje.³⁷ Avtorica Mor Barak meni, da se vključujoče delovno okolje nanaša na vzorčno delovno okolje, ki sprejema in podpira raznolikost na vseh ravneh in področjih. V vključujočih delovnih okoljih so posamezniki iz različnih okolij, ne le pripadniki zgodovinsko močnih identitetnih skupin, pošteno obravnavani, cenjeni in vključeni v temeljno odločanje.³⁸ Vključujoče delovno okolje je opredeljeno kot tisto, ki vrednoti in uporablja posamezne in medskupinske razlike znotraj svoje delovne sile. Sodeluje s svojo okoliško skupnostjo in prispeva k njej, zmanjšuje potrebe prikrajšanih skupin v širšem okolju.³⁹

Temeljna predpostavka za razvoj vključujočega delovnega okolja je pluralistični vrednostni okvir, v katerem so zagotovljene enake možnosti za vse kulturne in osebne (*intersekcijske*) perspektive zaposlenih. Skratka, vključitev predpostavlja enake možnosti in priložnosti za vse, tako za pripadnike socialno marginaliziranih

³⁴ Wuffli, 2016, str. 57–60.

³⁵ Mor Barak, 2017, str. 44–125.

³⁶ Kralj, 2022, str. 39.

³⁷ Nishii, Rich, 2014, str. 205–228.

³⁸ Nishii, 2013, str. 1754–1774.

³⁹ Kečanović, 2014, str. 1–10.

kot nemarginaliziranih skupin, da lahko sodelujejo in prispevajo k spoštovanju človekovega dostojanstva in doseganju skupnih ciljev. Vodstva, ki podpira in tudi z lastnim zgledom prispeva k razvoju vključujočega delovnega okolja, nudi podporo zaposlenim v njihovih prizadevanjih, da bi bili v celoti vključeni na vseh ravneh organizacije in ob tem ohranili avtentičnost oziroma človekovo dostojanstvo vseh in vsakogar na delovnem mestu.⁴⁰

Razvoj vključujočega delovnega okolja torej vodi skupek vrednot, ki spodbujajo poslovne politike in prakse v organizacijah javnega in zasebnega sektorja. Dejanja organizacij, tako kot vedenje oseb, temeljijo na vrednotah, bodisi eksplicitnih bodisi implicitnih, in vplivajo na poslovne politike, programe in dejanja. Da bi organizacije postale vključujoče, morajo oceniti svoje trenutne prakse, vrednote in norme, jih primerjati s tem, kar v vrednotnem pomenu predstavlja ideal vključujočega delovnega okolja, ter na podlagi ugotovljenih razlik med realnostjo in idealom snovati nove politike in programe, da lahko s potrebnimi spremembami opravijo prehod od starega k novemu in učinkovitejšemu načinu poslovanja.⁴¹

Raziskave kažejo, da se pri zaposlenih, ki se počutijo vključene v svoje delovno okolje, izboljšajo organizacijska zavzetost, zaupanje, dobro počutje, ustvarjalnost in inovacije.⁴² Zaposleni, ki poročajo o občutku vključenosti v svojo organizacijo, poročajo tudi o večjem zadovoljstvu z delom in manjši nameri za fluktuacijo.⁴³ Nadalje je vključevanje povezano z zmanjšanjem odklonskih dejanj, konfliktov,⁴⁴ stresa, absentizma.⁴⁵ Z vključujočim delovnim okoljem se povečuje odgovornost do zunanjega okolja v smislu skupnih projektov z lokalnimi oblastmi, državo in civilno družbo pri zmanjševanju revščine, neenakosti, brezposelnosti in izključevanja, pri zaščiti naravnega okolja in pri trajnostnem razvoju.⁴⁶

4 Empirični del

Avtorica prispevka, sem v okviru doktorske disertacije »Vključujoče delovno okolje za boljše medpoklicno sodelovanje v zdravstvu«, opravila teoretično in empirično

⁴⁰ Mor Barak, Daya, 2014, str. 393–394.

⁴¹ Mor Barak, 2017, str. 511.

⁴² Mor Barak et al., 2006, str. 548–577; Travis, Mor Barak, 2010, str. 188–205.

⁴³ Brimhall, Lizano, Mor Barak, 2014, str. 79–88.

⁴⁴ Nishii, 2013, str. 1754–1774.

⁴⁵ Travis, Mor Barak, 2010, str. 188–205.

⁴⁶ Vključujoče delovno okolje, IRVD, e-vir.

raziskavo. Empirična je bila izvedena na vzorcu 1.489 respondentov, zaposlenih v devetih splošnih bolnišnicah in Univerzitetnih kliničnih centrih Ljubljana in Maribor. V raziskavo so bili poleg najpogosteje raziskovanih poklicnih skupin, zdravniki in zdravstvena nega, vključeni še drugi zdravstveni delavci in sodelavci.

Za potrebe doktorske naloge je bil izdelan vprašalnik, ki je sestavljen iz štirih mednarodno preizkušenih vprašalnikov in glede na kompleksnost obravnavane problematike vsebuje 5 sklopov. Z empirično raziskavo sem ugotavljala kako respondenti zaznavajo vključujoče delovno okolje, vključujoče vodenje, vključujočo organizacijsko klimo, komunikacijo, pripadnost in edinstvenost ter medpoklicno sodelovanje v slovenskem zdravstvu. Predhodno je bila preverjena veljavnost, zanesljivost in objektivnost predvidenega vprašalnika. Test zanesljivosti vprašalnika za vseh 118 postavk je pokazal, da je Crombach alfa, 945, kar pomeni odlična zanesljivost.

4.1 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 76,8 % (1143) žensk in 23,2 % (346) moških, kar je pričakovano razmerje, saj je za zdravstvo kot panogo značilna večja zaposlenost žensk. Najvišji delež respondentov je pričakovano iz UKC Ljubljana 59,0 % (878), sledijo Splošna bolnišnica Celje 11,0 % (164), UKC Maribor 10,1 %, (150). Najnižji delež respondentov pa iz Splošne bolnišnice Novo mesto 1,3 % (19) in Splošna bolnišnice Trbovlje 1,3 % (19). Med poklicnimi skupinami je najvišji odstotek zastopanosti zdravstvene nege 53,3 % (793), sledi poklicna skupina zdravniki 25,2 % (375) ter zdravstveni delavci/sodelavci 21,6 % (321). Na vprašanje, koliko let ste zaposleni, so v največjem deležu 28,7 % (427) odgovorili respondenti v skupini od 11 do 20 let delovne dobe, v najnižjem deležu 1,6 % (24) pa respondenti v skupini nad 40 let delovne dobe. Pri vprašanju, katere so po vašem mnenju skupne vrednote vključujočega delovnega okolja, so respondenti med ponujenimi vrednotami v 91,3 % izbrali spoštovanje, sledi komunikacija 90,9 %, sodelovanje 89 % in dostojanstvo s 51,4 %. Pod opcijo drugo so respondenti najpogosteje navedli vrednote, kot so zaupanje, strpnost, sprejetost, poštenost in pravičnost.

Respondenti so pri dojemanju vključenosti v delovno okolje najbolj ocenili trditev »skupina je zadovoljna z mano« in trditve »skupina mi daje občutek, da pripadam, da sem del njih in da sem vključen«. Pri oceni trditev o vključujoči organizacijski klimi

so respondenti najvišje ocenili trditvi, ki spadata v sklop trditev o poštenih praksah: »Ocena uspešnosti, ki jo poda vodja, je pravična«; »bolnišnica zagotavlja varne načine, da lahko zaposleni podajo pritožbe«. Najnižje pa je bila ocenjena trditev, »zaposleni prejemajo enako plačilo za enako delo«. Nadalje so respondenti pri dojetanju vključujočega vodenja najbolje ocenili trditvi, »vodja je pripravljen prisluhniti moji prošnji« in »vodja je na voljo za strokovna vprašanja, o katerih se želim posvetovati«. Najnižje je bila ocenjena trditev, »vodja odprto predstavlja cilje organizacije in nove načine njihovega doseganja«.

Iz ocen trditev o medpoklicnem sodelovanju so ugotovljene pomembne razlike med poklicnimi skupinami. Poklicni skupini zdravstvena nega in zdravstveni delavci/sodelavci sta se v posameznih trditvah enako močno strinjali in obratno, ob čemer je opazna vzajemno podobna ocena. Medtem ko je pri poklicni skupini zdravniki opaziti popolnoma nasprotno oceno v strinjanju ali nestrinjanju s posameznimi trditvami, kar je primeroma razvidno iz Tabele 1.

Tabela 1: Medpoklicno sodelovanje

Zdravstvena nega	M	SD	Zdravstveni delavci/sodelavci	M	SD	Zdravniki	M	SD
Zdravniki menijo, da je njihovo delo pomembnejše od dela medicinskih sester.	3,34	,787	Zdravniki menijo, da je njihovo delo pomembnejše od dela zdravstvenih sodelavcev.	3,19	,822	Medicinske sestre so običajno pripravljene upoštevati želje zdravnikov, ko načrtujejo svoje delo.	3,09	,597
Menim, da med medicinskimi sestrami in zdravniki ni dovolj razprav o obravnavi in oskrbi bolnikov.	2,83	,800	Menim, da med zdravstvenimi sodelavci in zdravniki ni dovolj razprav o obravnavi in oskrbi bolnikov.	2,91	,738	Medicinske sestre sodelujejo z našim načinom organizacije medicinske obravnave.	3,03	,594
Medicinsko osebje predvideva, kdaj bodo medicinske sestre potrebovale njihovo pomoč.	2,26	,769	Medicinsko osebje predvideva, kdaj bodo zdravstveni sodelavci potrebovali njihovo pomoč.	2,25	,637	Medicinske sestre običajno ne prosijo za mnenje medicinskega osebja.	2,12	,664

M = povprečna vrednost; SD = Standardna deviacija

Vir: Lastno delo

Podobne ugotovitve navajajo posamezni avtorji primerjalnih raziskav s področja medpoklicnega sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami, kjer so bili zdravniki bolj zadovoljni s sodelovanjem medicinskih sester kot medicinske sestre in zdravniki manj kritični do prizadevanj medicinskih sester za sodelovanje kot medicinske sestre do zdravnikov.⁴⁷

⁴⁷ Kralj, 2022; Krogstad, Hofoss, Hjortdahl, 2004, str. 491–497; Thomas, Sexton, Helmreich, 2003, str. 956–959; Verschuren, Masselink, 1997, str. 1135–1138.

V medpoklicnih odnosih in delovnem okolju zdravstvenih delavcev s tako pomembnim poslanstvom, kot je skrb za pacienta, sta dobro medpoklicno sodelovanje in komuniciranje še posebej pomembni, da se zagotovijo ustrezni pogoji vključujočega, nesebičnega in samozavestnega podajanja in prejemanja pravočasnih, občutljivih in poučnih povratnih informacij. To je tisto, kar lahko ob vseh dobrih straneh umetne inteligence in novih tehnologij v zdravstvu odločilno vpliva na izboljšanje medpoklicnega sodelovanja in kakovosti oskrbe pacientov. Podobno navaja Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023 - 2031), ko ugotavlja, da programi s področja kakovosti in varnosti potrebujejo dodatna usklajevanja in poenotenje izobraževanja različnih poklicnih skupin v zdravstvu, najboljše z integriranim pristopom.

5 Zaključek

Prispevek *Odperta vprašanja in izživi medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu* povzema posamezne ugotovitve doktorskega dela »Vključujoče delovno okolje za boljše medpoklicno sodelovanje v zdravstvu«, s katerim se avtorica smiselno navezujem tudi na poziv Ministrstva za zdravje RS k razpravi o predlogu Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023 - 2031) in Strategijo digitalizacije zdravstva v Sloveniji za obdobje od 2022 - 2027. Sklicujoč se na širok nabor teoretičnih znanstvenih del in empirične rezultate raziskovalnega dela doktorske naloge, ne nazadnje na pereče probleme v zdravstvu menim, da nobena tehnologija, naj bo še tako napredna ne more nadomestiti pristnega medčloveškega stika in dobrega medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu.

References

- Almost, J., Spence Laschinger, H. K. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*,14(9), 408–420.
- Arredondo, P., et al. (2004). Consultation and interprofessional collaboration: Modeling for the future. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 787–800.
- Barnett, K., et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), str. 37–43.
- Brimhall, K. C., Lizano, E. L., Mor Barak, M. E. (2014). The mediating role of inclusion: A longitudinal study of the effects of leader–member exchange and diversity climate on job satisfaction and intention to leave among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 40, 79–88. URL: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.003>, 31.11.2022.
- D'Amour, D., et al. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116–131.

- D'Amour, D., Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 8–20.
- Digitalizacija je ključen korak do modernega zdravstvenega sistema, Ministrstvo za zdravje, e-vir. URL: <https://www.gov.si/novice/2023-01-13-digitalizacija-je-kljucen-korak-do-modernega-zdravstvenega-sistema/>, 13.1.2023.
- Engel, C., Gursky, E. (2003). Management and interprofessional collaboration. V: *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care* / Leathard, A. (ur.). New York: Brunner-Routledge, 42–53.
- Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. (2010). Geneva, Switzerland: World Health Organization. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sessionid=ED3D12460797FBFA4C8FE39586629AAF?sequence=1, 11.7.2022.
- Gaboury, I., et al. (2009). Interprofessional collaboration within canadian integrative healthcare clinics: key components. *Soc. Sci. Med.*, 69(5), 707–715.
- Hall, P., Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical education*, 35(9), 867–875.
- Kaini, B. K. (2017). Interprofessional Team Collaboration in Health Care. *Global Journal of Medical Research, K Interdisciplinary*, Global Journals Inc., 17(2), str. 1–9.
- Kecanović, B. (2014). Vključujoče delovno okolje: Etična infrastruktura v podporo implementaciji Slovenskih smernic korporativne integritete. URL: <http://www.irvd.si/wp-content/uploads/2014/11/Kecanovic-vkljucevanje-etika-in-SSKI.pdf>, 11.12.2022.
- Kiauta, M., et al. (2010). Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Kralj, D. (2022). Vključujoče delovno okolje za boljše medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. (doktorska disertacija). Kranj. Nova univerza. Fakulteta za državne in evropske študije.
- Krogstad, U., Hofoss, D., Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of interprofessional cooperation in hospitals. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 16(6), 491–497.
- Leathard, A. 2003. Introduction. V: *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care* / Leathard, A. (ur.). New York: Brunner-Routledge.
- Matziou, V., et al. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J. Interprof. Care*, 28(6), 526–533.
- Mor Barak, M. E. (2017). *Managing diversity: Toward a globally inclusive workplace*. London: University of Southern California, Sage Publications Inc.
- Mor Barak, M. E., Daya, P. (2014). Fostering inclusion from the inside out to create an inclusive workplace. V: *Diversity at work: The practice of inclusion* / Ferdman, B. M., Deane, B. R. (ur.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, 391–412.
- Mor Barak, M. E., et al. (2006). Why do they leave? Modeling child welfare workers' turnover intentions. *Children and Youth Services Review*, 28, 548–577.
- Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2023 - 2031), Ministrstvo za zdravje RS, 2023. URL: <https://www.gov.si/zbirke/javne-objave/nacionalna-strategija-kakovosti-in-varnosti-v-zdravstvu-2023-2031/>, 10.01.2023
- Nancarrow, S., Borthwick, A. (2016). Interprofessional working for the health professions, From fried eggs to omelettes? V: *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* / Dent, M., et al. (ur.). Abingdon, Oxon, New York, NY: Routledge, 343–354.
- Nishii, L. H. (2013). The Benefits of Climate for Inclusion for Gender-Diverse Groups. *Academy of Management Journal*, 56(6), 1754–1774.
- Nishii, L. H., Rich, R. E. (2014). Creating inclusive climates in diverse organizations. V: *Diversity at work: The practice of inclusion* / Ferdman, B. M., Deane, B. R. (ur.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, 205–228.

- Patel, H., Pettitt, M., & Wilson, J. (2012). Factors of collaborative working: a framework for a collaboration model. *Applied ergonomics*, 43(1), 1–26 .
- Pavleković, B., & Petrovič, J. (2021). Civilnopravni vidiki umetne inteligence v zdravstvu. *Pravni Letopis*, 1, 103-122
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (ReNPZV16–25). Uradni list RS, št. 25/16.
- Reeves, S., et al. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Strategija digitalizacije zdravstva v Sloveniji za obdobje (2022-2027). 2023. Ministrstvo za zdravje RS. URL: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-MINISTRSTVU/Slovenija-E-zdravje-za-bolj-zdravo-druzbo-v2.pdf>, 13.1.2023.
- Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery – working document. (2016). World Health Organization. Regional office for Europe. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_16_0535.pdf (10.1.2023).
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 31(3), str. 956–959.
- Towards people-centred health systems: An innovative approach for better health outcomes (2013). World Health Organization. Regional office for Europe. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf (10.1.2023).
- Travis, D. J., Mor Barak, M. E. (2010). “Fight or flight? Factors influencing child welfare workers’ propensity to seek positive change or disengage from their jobs”. *Journal of Social Service Research*, 36(3), 188–205.
- Vključujoče delovno okolje. IRVD – Inštitut za razvoj vključujoče družbe. URL: <http://www.irvd.si/druzba/delovno-okolje/>, 11. 1. 2023.
- Wuffli, P. A. (2016). *Inclusive Leadership, A Framework for the Global Era*. Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Xyrichis, A., Reeves, S., Zwarenstein, M. (2018). What is interprofessional collaboration? An empirical validation and refinement of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 416–425.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(3), str.1–31.

