

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**VPLIV TIMSKEGA DELA NA VARNOST IN KAKOVOST
ZDRAVSTVENE OSKRBE**

Ljubljana, julij 2016

DARIJA MUSIĆ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Darija Musić, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Vpliv timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem doc.dr. Matejem Černetom

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne 1.7. 2016

Podpis študentke :

KAZALO

UVOD	1
1 TIMSKO DELO	5
1.1 Opredelitve in oblike	5
1.2 Družbena dinamika	7
1.3 Vodenje	8
1.4 Komuniciranje	11
1.5 Učinkovitost in uspešnost	13
2 TIMSKO DELO V ZDRAVSTVU	14
2.1 Opredelitve in oblike timskega dela v zdravstvu	14
2.2 Družbena dinamika v zdravstvenih timih	16
2.3 Vodenje zdravstvenih timov	17
2.4 Komuniciranje v zdravstvenih timih.....	18
2.5 Učinkovitost in uspešnost timskega dela v zdravstvu	21
2.6 Varnost in kakovost timske zdravstvene obravnave.....	22
3 EMPIRIČNI DEL	24
3.1 Predstavitev raziskave.....	24
3.2 Opredelitev problema raziskave	24
3.3 Namen in cilji raziskave	25
3.4 Postavitev raziskovalnih hipotez.....	25
3.5 Metodologija raziskave	26
3.6 Predstavitev raziskovalnega instrumenta.....	26
3.7 Opis vzorca	28
3.8 Izvedba raziskave.....	30
3.9 Obdelava zbranih podatkov	30
4 REZULTATI	31
4.1 Prikaz rezultatov raziskave	31
4.1.1 Vloga tima	31
4.1.2 Družbena dinamika v timu	32
4.1.3 Vodenje tima	33
4.1.4 Komunikacija v timu	34
4.1.5 Varnost in kakovost timskega dela.....	35
4.2 Analiza rezultatov raziskave	37
5 RAZPRAVA	42
5.1 Interpretacija rezultatov raziskave	42
5.2 Prednosti in omejitve raziskave	44
5.3 Teoretični prispevki	45
5.4 Pomen rezultatov raziskave za management v zdravstvu.....	47

5.5 Usmeritve za nadaljnje raziskovanje	49
SKLEP	50
LITERATURA IN VIRI	52
PRILOGA	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Preglednica odgovorov anketirancev - vloga tima.....	37
Tabela 2: Preglednica odgovorov anketirancev - družbena dinamika v timu.....	38
Tabela 3: Preglednica odgovorov anketirancev - vodenje tima.....	39
Tabela 4: Preglednica odgovorov anketirancev - komunikacija v tim.....	40
Tabela 5: Preglednica odgovorov anketirancev - varnost in kakovost timskega dela.....	41

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz strukture anketirancev po spolu	28
Slika 2: Prikaz poklicne strukture anketirancev	29
Slika 3: Prikaz izobrazbene strukture anketirancev	29
Slika 4: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - vloga tima	31
Slika 5: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - družbena dinamika v timu.....	33
Slika 6: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - vodenje tima.....	34
Slika 7: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - komunikacija v timu	35
Slika 8: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - varnost in kakovost timskega dela... ..	36

UVOD

Opredelitev obravnavanega področja in opis problema. V soodvisnem svetu je vse bolj očitna potreba po mreženju, interdisciplinarnem in med sektorskem sodelovanju ter združevanju posameznikov v time. Krepitev sodelovanja, izmenjava znanja in timsko delo so pomembni za dvig konkurenčnosti, gospodarske učinkovitosti in uspešnosti družbe.

Tim je na splošno definiran kot socialna entiteta sestavljena iz dveh ali več posameznikov, ki jih povezujejo skupne naloge in skupni cilji (Dyer, 1984). Delovne time sestavljajo motivirani ljudje, ki med seboj sodelujejo, si delijo sredstva, so zavezani skupnim ciljem in z usklajenimi aktivnostmi ustvarjajo storitve, ki so boljše od storitev vsakega posameznika (Amos, Hu, & Herrick, 2005).

Timi so običajno hierarhično organizirani, sestavljeni iz vodje in sledilcev. Pri delu morajo biti člani timi osredotočeni na delovne naloge, medsebojno sodelovanje in skupne cilje. Da bi tim dosegel skupni cilj, si morajo vsi člani tima prizadevati, tako za učinkovito izvedbo delovnih nalog kot tudi za uspešno timsko delo. Medtem ko izvajanje posameznih delovnih nalog ne zahteva vedno interakcije z ostalimi člani tima, zahteva timsko delo vedno sodelovanje in medsebojno usklajevanje (Sales, Cooke, & Rosen, 2008). Ne glede na vrsto in naravo timskega dela, lahko trdimo, da ima vsak tim določene lastnosti, vsak član tima svojo vlogo, v timu se soodloča in medsebojno sodeluje, da bi dosegli skupni cilj (Orasanu & Salas, 1993).

Tim ima specialno timsko znanje in izkušnje, zato je lahko kos izredno napornim delovnim nalogam (Bowers, Braun, & Morgan, 1997). Timsko delo ponuja vsem udeležencem priložnost izgradnje nove platforme znanja, izkušenj ter možnost rasti in razvoja posameznikov, skupnosti in družbe. Za prave time je značilno vzpostavljanje horizontalnih odnosov. Le-ti temeljijo na jasni osebni in strokovni identiteti vsakega člana in zmožnosti razumevanja drugačnosti vseh ostalih. Delo v timu tako združuje težko združljivi sestavini; zahtevo, da prevladujejo povezovalne sile in nujnost, da se ohrani ter usposablja specifična različnost članov. Relativna odgovornost in samostojnost članov terja od tima, da doseže raven, ko tudi različnost povezuje in ne razdvaja, saj le-ta širi obzorje spoznavanja in povečuje verjetnost učinkovite akcije (Mayer et al., 2001).

Hiter napredek medicine in sodobne zdravstvene tehnologije onemogočajo posameznika, da bi sam obvladoval vsa ozko specializirana strokovna področja zdravstvenega varstva in vse postopke v zdravstvu. Zdravstvena obravnava pacientov in reševanje njihovih individualnih zdravstvenih problemov, postajata vse bolj kompleksni in zahtevata celostno zdravstveno obravnavo pacienta. Rezultati zdravljenja so danes plod sodelovanja strokovnjakov različnih zdravstvenih disciplin in skupnih prizadevanj zdravstvenih delavcev, ki delujejo na različnih ravneh zdravstvenega varstva; tako na področju preventive, osnovnega, sekundarnega in terciarnega zdravstvenega varstva.

Sodobno zdravstveno varstvo temelji na timski obliki dela. V celotni verigi zagotavljanja zdravstvenega varstva srečujemo različne zdravstvene time, ki vključujejo predstavnike številnih poklicnih skupin v zdravstvu (zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, radiološke inženirje, fizioterapevte, klinične psihologe, sociologe) in različnih strokovnih disciplin (medicine, zdravstvene nege, radiologije, fizioterapije, psihologije, sociologije). V zdravstvenih organizacijah se različne poklicne skupine v delovnem procesu, zaradi potrebe po nepretrganem 24 urnem zagotavljanju zdravstvenega varstva in kompleksnosti zdravstvenih problemov pacientov, medsebojno povezujejo v time. Vsaka poklicna skupina je sestavljena iz visoko strokovno usposobljenih zdravstvenih kadrov, ki so specializirani za reševanje točno določenih zdravstvenih problemov. Vsem poklicnim skupinam v zdravstvu je skupno, da si prizadevajo s svojim znanjem, različnimi zdravstvenimi intervencijami in zdravstvenimi ukrepi zagotoviti varno in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov. Pri tem se zavedajo, da lahko samo s celotno (holistično) obravnavo pacientov, dosežejo varno in kakovostno zdravstveno oskrbo.

Člani zdravstvenega tima si za izpolnitev skupnega cilja prizadevajo s strokovnim delom, medsebojnim spoštovanjem in vlaganjem energije v skupne naloge. Da bi bil tim učinkovit, mora imeti jasno vizijo, motivacijo, zaupanje in se medsebojno spoštovati. Ključne značilnosti timskega dela so: jasno zastavljeni cilji, odprta komunikacija v vse smeri, uspešno reševanje konfliktov, doseganje soglasij in spoštovanje vseh članov.

Timsko delo izboljšuje razpršenost znanja in izkušenj, podpira nove, tvegane odločitve, in ustvarja višjo motiviranost zaposlenih. Timsko delo pomeni tudi izboljšano kvaliteto skupinskega dela in organizacijskega življenja saj zahteva višjo stopnjo zavesti udeležencev, zmanjšuje stres na delovnem mestu, odlikujejo ga izboljšani medosebni odnosi, medsebojno zaupanje in občutek pripadnosti (Musič, 2006).

A potreba po timskem delu ni zgolj praktična. Pogosto pozabljamo, da je človek v svojem osebnem razvoju najprej skupinsko in šele nato posamezno bitje. Sožitje z drugimi je prvotnejše kot samostojnost. Človek šele v odnosih z drugimi prepozna, spozna in uravnava samega sebe in ob raznolikosti medosebnih odnosov v delovnem procesu, osmišlja svoje poklicno poslanstvo (Mayer et al., 2001).

Svetovna zdravstvena organizacija (2014) poudarja, da je delovna sila, ki je bolj fleksibilna, izurjena za opravljanje različnih delovnih nalog in usmerjena k timskega delu, v osrčju zdravstvenega sistema 21. stoletja. Timsko delo v zdravstvu se nanaša na timsko nudenje oskrbe, nove oblike zdravstvenih storitev, večine, ki podpirajo opolnomočenje pacientov. S timskim delom izboljšujemo strateško načrtovanje, upravljanje, vodenje in medsektorsko sodelovanje. Delo v timu prinaša tudi novo delovno kulturo in goji nove oblike sodelovanja med zdravstvenimi delavci znotraj zdravstvenih organizacij, med zdravstvenimi organizacijami ter med zdravstvenim sektorjem in drugimi sektorji. Vloga

timov v zdravstvenih organizacijah še ni dovolj raziskana. Z raziskavo želim dobiti širši vpogled v njihovo delovanje znotraj zdravstvenih organizacij.

Namen magistrskega naloge je s študijem relevantne domače in tuje strokovne ter znanstvene literature predstaviti osnovne pojme, koncepte, teoretična spoznanja in ključna izhodišča o delovanju timov ter raziskati področje timskega dela v zdravstvenem varstvu. Z raziskavo opravljeno med zdravniki in medicinskimi sestrami, ki delujejo v zdravstvenih timih za obvladovanje bolnišničnih okužb, bom poskušala ugotoviti, kako se splošna teoretična spoznanja o delovanju timov, potrjujejo v klinični praksi. Za potrebe raziskave bom uporabila metodo zbiranja podatkov s pomočjo spletne ankete. Na podlagi dobljenih rezultatov bom identificirala ključne lastnosti zdravstvenih timov in s pomočjo stališč obeh najštevilčnejših poklicnih skupin v zdravstvu, zdravnikov in medicinskih sester, predstavila in raziskala področje timskega dela v zdravstvu.

Osrednji cilji raziskave v magistrski nalogi bodo: (i) ugotoviti družbeno dinamiko v zdravstvenih timih, (ii) preučiti vpliv vodenja in komunikacije na delo tima in (iii) raziskati vpliv timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene obravnave pacientov.

Temeljne hipoteze/ raziskovalna vprašanja. Skozi magistrsko delo bom ugotavljala kakšna je povezanost med teoretičnimi spoznanji in vsakodnevnim delovanjem zdravstvenih timov v klinični praksi. Pri tem se bom osredotočila na najštevilčnejši poklicni skupini v zdravstvu, zdravnike in medicinske sestre, ki delujejo v različnih zdravstvenih timih. V raziskavi se bom osredotočila na člane zdravstvenih timov za obvladovanje bolnišničnih okužb v petih slovenskih zdravstvenih organizacijah.

V magistrski nalogi bom preverjala naslednje raziskovalne hipoteze:

H1 Tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge.

H2 V timu se vzpostavljajo hierarhični odnosi.

H3 Vodja tima mora obvladati managerske spretnosti.

H4 Varnostni zapleti v zdravstvu so posledica slabe komunikacije v timu.

H5 Timska obravnava pacienta vpliva na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe.

H6 Delo v timu zmanjšuje raven stresa na delovnem mestu.

Metodologija raziskovanja. Magistrsko delo je zasnovano na teoretičnem in empiričnem delu. V teoretičnem delu uporabim deskriptivno metodo znanstveno raziskovalnega dela, s katero pojave opazujem in opisujem. Z metodo abstrakcije odmislim nebistvene sestavine raziskovalnega problema in se osredotočim na bistvene. Induktivno metodo uporabim pri sklepanju iz posameznega na splošni primer, deduktivno metodo pri primerjanju in sklepanju iz splošnega na posamezni primer. Pri povzemanju citatov drugih avtorjev, uporabim navedbe in sklicevanje na monografske publikacije (knjige, razprave, doktorske disertacije, magistrska in diplomska dela), serijske publikacije (strokovne in znanstvene

revije). Pri pregledu domačih in tujih elektronskih virov uporabim metodo kompilacije. Skozi celotno delo uporabljam metodo sinteze pri združevanju splošnih pojmov v sestavljene. Pri razčlenjevanju celote v posamezne dele uporabljam metodo analize. Komparativno metodo uporabim za potrebe primerjanja in stopnjevanja pojavov in interpretativno metodo pri vrednotenju pomembnosti podatkov, rezultatov in navajanju dejstev.

V empiričnem delu se osredotočim na raziskovanje timskega dela s pomočjo metode anketiranja zdravnikov in medicinskih sester, ki delujejo v zdravstvenih timih za obvladovanje bolnišničnih okužb. Za potrebe raziskave pripravim raziskovalni instrument v obliki spletnega anketnega vprašalnika. Primernost in razumljivost izbranih trditev v anketnem vprašalniku predhodno preverim na manjšem populacijskem vzorcu. Vprašalnik je bil anonimen in zajemal vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Pri vprašanjih zaprtega tipa so anketiranci odgovarjali tako, da so izbirali med stopnjami strinjanja s trditvami na pet stopenjski Likertovi lestvici. Tri tem je 5 pomenilo popolnoma se strinjam in 1, sploh se ne strinjam. Načrtujem, da bo vzorec zajemal stališča vsaj 30-ih zaposlenih zdravnikov in medicinskih sester, ki delujejo v zdravstvenih timih.

Začetni sklop trditev se nanaša na opredeljevanje vloge tima. Drugi sklop trditev obravnava družbeno dinamiko v timu. Tretji sklop trditev je s področja vodenja tima. Četrti sklop je namenjen ugotavljanju komunikacije v timu. Peti sklop se osredotoča na zaznavanje varnosti in kakovosti v zdravstvu. Zadnji sklop vprašalnika je namenjen zbiranju demografskih podatkov o populaciji anketirancev.

Po končanem zbiranju podatkov opravi analizo podatkov. V empiričnem delu uporabim grafični prikaz podatkov urejenih v obliki tabel in slik. Pridobljene podatke analiziram z računalniškim programom za obdelavo podatkov SPSS. Rezultati so predstavljeni z ustreznimi statističnimi metodami za prikazovanje. Grafični prikaz podatkov uporabim pri prikazovanju odnosov in trendov, tabelarične prikaze pri prikazovanju natančnih vrednosti. Sledila bo predstavitev vsebine raziskave, prednosti in omejitev raziskave ter interpretacija podatkov.

Struktura magistrskega dela. Magistrsko delo je sestavljeno iz petih poglavij. Vsako poglavje ima več podpoglavij, v vsakem proučujem določeno problematiko. V uvodu opišem problematiko timskega dela, namen in osrednji cilj magistrskega dela ter predstavim raziskovalna vprašanja. Nato predstavim metodologijo raziskovanja in strnjeno opišem vsebine poglavij.

V prvem poglavju na kratko opredelim timsko delo na splošno in navedem najpomembnejše tuje in domače raziskave in razprave s področja timskega dela. V tem poglavju opredelim oblike timskega dela in opišem ključne elemente timskega dela: družbeno dinamiko, vodenje, komuniciranje, učinkovitost in uspešnost.

V drugem poglavju se osredotočim na oblike timskega dela v zdravstvu in navedem najpomembnejše raziskave in razprave s področja timskega dela v zdravstvu. V tem poglavju opišem osrednje koncepte dela v zdravstvenem timu: družbeno dinamiko, vodenje, komuniciranje, učinkovitost in uspešnost timskega dela v zdravstvu. Poglavje zaključim s predstavitvijo vpliva timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene obravnave pacientov.

V tretjem poglavju predstavim empirični del naloge. Začnem s predstavitvijo raziskave, opredelitvijo raziskovalnega problema, namena in cilja raziskave. Sledi postavitvev raziskovalnih hipotez, predstavitev metodologije raziskave in predstavitev raziskovalnega instrumenta. Nato opišem obravnavan populacijski vzorec in izvedbo raziskave.

V četrtem poglavju opišem obdelavo zbranih podatkov, prikažem in analiziram rezultate raziskave. S pridobljenimi podatki o družbeni dinamiki, vodenju, komuniciranju, motiviranju, konfliktih in vlogah v timu poskušam med opazovanima poklicnima skupinama medicinskih sester in zdravnikov oceniti timsko delo v klinični praksi.

V petem poglavju razpravljam, interpretiram rezultate opravljene raziskave in povežem teoretična spoznanja z izsledki opravljene raziskave. Sledi še predstavitev prednosti in omejitev opravljene raziskave. Razpravo zaključim s predstavitvijo pomena raziskave za management v zdravstvu.

Po posredovanih zaključkih predstavim predloge za nadaljnja raziskovanja timskega dela v zdravstvu. Sledi sklep in na koncu magistrskega dela navedba uporabljene literature in virov po abecednem zaporedju. V prilogi magistrskega dela se nahaja anketni vprašalnik.

1 TIMSKO DELO

1.1 Opredelitve in oblike

Ljudje smo socialna bitja in se od nekdanj medsebojno povezujemo v skupine. Timi so temelj našega vsakdanjega zasebnega, družinskega in organizacijskega življenja. Maddux (1992, str. 10) pravi, da je obnašanje skupin lahko zelo kaotično, da pa jih z organiziranjem lahko preoblikujemo v popolno urejene in uspešne. Dodaja še, da so skupine najuspešnejše, če jih uspemo preoblikovati v produktivnejše enote imenovane time.

Rozman, Kovač in Koletnik (1993, str. 166) opredelijo time kot delovne skupine, ki jih sestavljajo strokovnjaki različnih profilov in poudarjajo, da postaja timski način dela vse pomembnejši za uspešno reševanje problemov in je v velikih organizacijah stalna oblika reševanja problemov ali izvajanja delovnih nalog.

Tim je skupina, za katero je značilno, da sodeluje pri odločanju in v medsebojni pomoči pri opredeljevanju in doseganju ciljev (Lipičnik, 1998, str. 419). Rozman (2004) opredeli tim kot vrsto formalnih skupin in dodaja, da so timi formalna združenja članov, kjer je med njimi tesno sodelovanje in poudarek dan na doseganju skupnih ciljev tima.

Mayer et al. (2001) pravi, da ima v timu vsakdo specifično znanje in odgovarja za svoje odločitve, ki so podrejene skupnemu cilju v okviru določene delovne naloge. Nihče ni nikomur podrejen, vsakogar in vse skupaj obvezuje delovna naloga in še dodaja, da je za tim značilno vzpostavljanje horizontalnih odnosov, ki temeljijo na jasni osebni in strokovni identiteti vsakega člana, a hkrati tudi na zmožnosti razumevanja drugačnosti vseh ostalih.

Razvoj tima se začne takrat, ko se ljudje odločijo, da bodo s sodelovanjem dosegli skupni cilj (Možina et al., 1994). Zavedati se je potrebno, da je vsak tim na začetku le skupina, ki potrebuje čas, da preraste v pravi tim. V času razvoja tima si njegovi člani razdelijo vloge, postavijo cilje in vzpostavijo komunikacijo. Šele ko so vzpostavljene vse povezave, lahko potrdimo, da je tim pripravljen za delo v skupni nalogi (Lipičnik, 1998).

Marolt in Leskovar (v Kovač, 1999, str. 99) pojasnjujeta, da timsko zasnovana organiziranost podjetja/ustanove omogoča največjo aktivno sodelovanje zaposlenih pri zniževanju stroškov, doseganju boljše kakovosti izdelkov in storitev ter pri izvajanju stalnih izboljšav in dodaja, da moramo time gledati kot sredstvo, ki omogoča, da se zaposleni bolj tvorno vključijo v upravljanje svojega področja poslovanja. Timom naj bo omogočeno, da odločajo o stvareh, ki zadevajo njihov del poslovanja in ne, da samo dajejo priporočila in predloge na višje nivoje hierarhije podjetja/ustanove. Time se mora razumeti kot organizacijske stalnice in ne začasne odgovore na probleme kakovosti ali poslovne krize.

Več avtorjev razlikuje med delovno skupino in timom. Možina et al. (1994) pravi, da je delovna skupina določljiva, strukturirana, relativno trajna integriranost ljudi, ki igrajo recipročne vloge v skladu s socialnimi normami, interesi in vrednotami pri doseganju skupnih ciljev organizacije in nadaljuje, da je tim skupina, za katero je značilno, da njeni člani sodelujejo pri odločanju in v medsebojni pomoči pri opredeljevanju ciljev.

Tudi Mayer et al. (2001) razlikuje med delovno skupino in timom in navaja, da so delovne skupine osnovne organizacijske celice, ki delajo po določenem programu in vnaprej izbranih vlogah. Med delovno skupino in timom je velika razvojna razlika. Medtem ko je cilj klasične delovne skupine visoko kakovostno (standardizirano) rutinsko delo, je cilj tima ustvarjalno delo. Ustvarjalni timi so jedra ustvarjalne organizacije, v kateri so vsi procesi usmerjeni v oblikovanje ustvarjalnih dosežkov - najpomembnejših dejavnikov konkurenčnosti posameznika in organizacije.

Mayer et al. (2001, str. 5) še dodaja, da potreba po timskem delu ni zgolj praktična in da pogosto pozabljamo, da je človek v svojem osebnem razvoju najprej skupinsko in šele nato posamezno bitje. Na tem mestu izpostavi, da je sožitje z drugimi prvotnejše kot samostojnost in da človek šele v odnosih z drugimi prepozna, spozna in uravnava samega sebe ter ob raznolikosti medosebnih odnosov, v delovnem procesu osmišlja svoje poklicno poslanstvo.

Purg, Casse, Isabella, Claudel in Walravens (2003, str. 15) menijo, da je timsko delo proces, s katerim poskuša skupina ljudi sistematično izrabiti talente vsakega individualnega člana, vse z namenom, da se dosežejo zastavljeni cilji na najboljši možni način.

1.2 Družbena dinamika

V 21. stoletju se dogaja družbena reciklaža, ki povzroča umik nadvlade avtoritet in ekonomskih moči iz družbenega življenja. Kot družba postajamo bolj raznoliki in pluralni, kar se odraža tudi na področju dela. V današnji družbi lahko opazujemo, kako se oblikujejo omrežja različnih družbenih moči, družbenih kompetenc in družbenega kapitala. Povezovanje posameznikov v različna omrežja je dinamičen družbeni proces, ki s seboj prinaša spremenjene oblike skupnega dela in družbenega vključevanja. Na nivoju organizacij je opazno predvsem združevanje zaposlenih v delovne skupine in delovne time.

Odločilno vlogo v delovanju vsake organizacije imajo kadri. Organizacijske strukture v delovnih organizacijah postajajo bolj sploščene, načini produkcije zapleteni in delovni procesi zahtevajo povezovanje zaposlenih. Tehnične skrivnosti z globalizacijo izginjajo, vsem so dosegljivi vsi najnovejši tehnični pripomočki, večinoma po sprejemljivih cenah. Manevrski prostor za nove, boljše rezultate delovanja organizacij bodo vse bolj človeški viri (Česen, 2003, str. 125).

Kozłowski in Ilgen (2006) trdita, da organizirajo organizacije timsko delo predvsem zato, da ostanejo fleksibilne in se hitreje odzivajo na spremembe v družbenem okolju. V sodobnih organizacijah delujejo opolnomočeni zaposleni. Ravni organiziranosti dela in ravni odločanja postajajo zato decentralizirane. Delo v timu usmerja vodja skupaj z zaposlenimi, med njimi naj ne bi bilo hierarhije.

Sodobno družbo pogosto opišemo kot družbo sprememb, nešteti priložnosti, številnih pasti in možnih izbir. Lahko se opišemo tudi kot družba soodvisnosti, številnih tveganj in možnih izgub. Kadrovske selekcije, ki so se v preteklosti osredotočale na pridobljeno izobrazbo in delovne izkušnje posameznika, se vse bolj usmerjajo na posameznikovo sposobnost družbenega vključevanja, prilagajanja skupini in kreativnega dela v timu. Danes so naši obeti za prihodnost in družbeno vključenost v veliki meri odvisni od naših socialnih spretnosti, poklicnih kompetenc, obvladovanja medosebnih odnosov in timskega

sodelovanja. V sodobnih organizacijah predstavlja združevanje ljudi v uspešen, učinkovit in ustvarjalen tim velik izziv.

Razkorak med vse bolj kompleksnimi nalogami in problemi, ki jih mora reševati organizacija in vedno večjo usposobljenostjo izvajalcev, daje posamezniku vedno manjšo možnost, da bi samostojno reševal probleme in izvrševal naloge. Za večjo učinkovitost je nujno povezovanje v delovne skupine ali time. Namen posameznikove navzočnosti v delovni skupini ali timu je, da se nauči skupnega opravljanja nalog, da bolje spozna delo, da se obogati z idejami drugih in tako postane pri delu uspešnejši (Svetlik, Zupan, Stanojević, Možina, Kohont, & Kaše, 2009, str. 490–491).

Vstop vsakega posameznika v tim sproži proces socializacije, mreženja in oblikovanja medsebojnih odnosov. Temelj uspešnega delovanja timov je medsebojno spoštovanje, dobra komunikacija, skupno odločanje, usklajeno delovanje in sodelovanje pri doseganju skupnih ciljev. Družbena dinamika v timu se kaže v razdeljevanju vlog, oblikovanju skupnih stališč, norm, vrednot, skupne identitete, timskih ciljev in timske kulture skozi čas.

Visoka stopnja medsebojne povezanosti članov tima se kaže v njihovi lojalnosti, močno izraženi identiteti in v oblikovanih skupnih normah. Vse naštetje značilnosti tima lahko predstavljajo prednosti ali pasti timskega dela. Kadar postanejo člani tima preveč povezani obstaja nevarnost skupinske miselnosti, ki pomeni nekritično sprejemanje stališč, vrednot in vedenja skupine. Za tim to pomeni izgubo inventivnosti in zapadanje v povprečje. Skupinska miselnost se v zdravstvenih timih pogosto pokaže pri avtoritarnem vodenju tima, močno izraženi hierarhiji in časovni stiski.

Naslednja past timskega dela je pojav konformizma ali spreminjanja mnenja in vedenja zaradi pritiska skupine na posameznika. Na raven konformizma v timu najbolj vplivajo pomanjkanje samozavesti, samozaupanja in prevlada enega dela članstva nad drugim. Pomanjkljivosti timskega dela dobro opiše Možina et al. (1994, str. 626) in opozarja, da socialni pritisk v timu zaradi vzdrževanja prijateljskih odnosov, vodi k poenotenju mišljenja in v konformnost misli, na osnovi katerih člani sprejemajo odločitve. Če je tim zelo povezan pride do t.i. skupinskega mišljenja in tihega dogovora, ki je posledica konformnega vedenja članov.

1.3 Vodenje

Vodenje je poleg planiranja, organiziranja in kontroliranja ena izmed temeljnih funkcij managementa. Najpogosteje je vodenje opredeljeno kot proces v katerem sodelujejo vodja in sledilci; vodjo ločimo po tem, da daje pobude in sledilce po tem, da se nanje odzivajo. V nadaljevanju predstavljam nekatere vodilne teorije, paradigme in filozofske utemeljitve s

področja vodenja. Rozman, Kovač in Koletnik (1993, str. 201) opredelijo vodenje kot vplivanje na obnašanje in delovanje posameznika ali skupine v podjetju in s tem usmerjanje njihovega delovanja k postavljenim ciljem podjetja.

Sociologi zatrjujejo, da vsakdo od nas na nekaterih področjih vodi, na drugih sledi in je v vsaki skupini ali timu nekdo, ki ima večji vpliv in so mu drugi pripravljene slediti. Černe (2010) opisuje vodenje kot sposobnost vplivanja na druge, da delujejo v smeri zastavljenih ciljev. Dodaja še, da je sposobnost vplivanja odvisna od moči vodje, ki lahko izhaja iz njegovega položaja ali iz njega samega (Černe, 2010, str. 3–4).

Uspešni vodje imajo sposobnost, da delijo moč, intuicijo, sposobnost za usklajevanje vrednot, dobro poznajo sami sebe in imajo sposobnost vizije. Znano je, da so konceptualne, medosebne, tehnične in komunikacijske spretnosti bistvene za management. Toda za dobro vodenje ne zadoščajo, ampak so le podlaga za temeljne voditeljske sposobnosti (Adizes et al. 1996, str. 92–93). Naslednja pomembna lastnost vodje je dajanje pobud. Vodilni se odlikujejo predvsem po tem, da dajejo pobude. Če tega ne naredijo oni, potem dela to kdo drug, njim pa ostanejo samo tri možnosti: da sledijo drugim, da pobudam nasprotujejo ali da zapustijo igrišče (Von Kutzschenbach, 2000, str. 20).

Vodje odgovarjajo za rezultate timskega dela. Vodje dosegajo rezultate s pomočjo svojih sodelavcev v timu. Drucker in Trajkovski (2001) razmišljata o strategiji vodenja in ugotavljata, da morajo vodje kreirati odgovornost za spremembe, opuščati preteklost ter predvsem zagotavljati temelje za inoviranje proizvodov in procesov. Dodajata še, da je za znanstveni napredek in razvoj potrebno zrušiti nekdanje paradigme in vzpostaviti nove ter doseči tranzicijo v razmišljanju in psihološko reorientacijo, da bi kasneje dosegli kakovostne premike na osebni, skupinski in sistemski ravni. Pri uvajanju in obvladovanju sprememb v organizacijah pripisujeta odločilno vlogo vodenju skupin in timov.

Hočevar, Jaklič in Zagoršek (2003) so prepričani, da je vodenje ljudi umetnost vplivati na druge, da si želijo narediti nekaj, za kar si prepričan, da mora biti storjeno. Bennis (2006) poudarja, da se morajo vodje zavedati predvsem tega, da moč sledi idejam in ne položaju. Fields (2007) opredeli vodenje kot obojestransko zavzetost vodje in sledilcev in poudarja, da se mora vodja, če želi biti uspešen, obnašati v skladu s svojimi osebnimi vrednotami in družbeno priznanimi etičnimi normami.

Dober vodja ima karizmo, osebno integriteto, zna navdušiti in ljudi vodi z lastnim zgledom. Vodja tima mora imeti vizijo, znati oblikovati skupne vrednote in cilje. Tudi motiviranje tima, da bo svojo energijo in znanje usmeril v uresničitev timskih ciljev, je naloga vodje. Prav tako mora vodja prepoznati poklicne kompetence zaposlenih, jim omogočiti dostop do znanja in veščin ter delegirati naloge in dodeliti pristojnosti, da bodo lahko uspešno opravili svoje delo. Kompetence lahko opredelimo kot ustrezna osnovna znanja in veščine, ki se zahtevajo od posameznika za opravljanje določenih del in nalog v

različnih okoljih. Stare in Seljak (2006) pravita, da same kompetence ni mogoče neposredno opredeliti, opisati in analizirati, to namreč lahko storimo samo na podlagi vedenja in obnašanja posameznika.

Delo v timu temelji na medsebojnem zaupanju, povezanosti in pripravljenosti medsebojnega sodelovanja. V času erozije avtoritet in hierarhij stojijo vodje pred izzivom, kako voditi sodelavce, da jim bodo pripravljene slediti in vložiti vso svojo energijo, čas, čustva in znanje v organizacijo. Skela Savič (2008) je mnenja, da so danes ključne voditeljske veščine povezane z razvojem sposobnosti na področju mehkih veščin vodenja, kot so stil vodenja, izgradnja spodbudne organizacijske kulture, ki temelji na vrednotah, ki spodbujajo timsko delo, inovativnost in razvoj posameznika.

Zaradi želje po priljubljenosti ali nesposobnosti vodenja se nekateri vodje nagibajo k »vodenju brez vajeti«, pri katerem se sledilec dopušča samoiniciativnosti pri reševanju problemov, kar je lahko učinkovito pri visoko motiviranih sledilcih, v nasprotnem primeru se izkaže za popolnoma neučinkovito. Kot najnižjo in družbeno nesprejemljivo raven vodenja, ki je v turbulentnih negotovih časih še vedno prisotna, se v literaturi omenja destruktivno vodenje, pri katerem vodja verjame, da pozna najboljšo pot in je prepričan, da je naloga sledilcev, da samo sledijo njegovim ukazom in izvršujejo naloge.

Lindholm, Sivberg in Uden (2000) trdijo, da je vrednost transformacijskega vodenja v osredotočanju na ljudi in reševanju problemov, v spreminjajočem se okolju. Transformacijsko vodenje je najprimernejše za vodenje ustvarjalnih timov. Pri transakcijskem vodenju vodja sprejema odločitve skupaj s celotnim timom, sodeluje pri izpeljavi zastavljenih ciljev in odstranjevanju ovir za njihovo doseganje. Transformacijski vodja je odprt za nove ideje, vzpostavlja in neguje zaupanje med člani tima, jih pooblašča, navdihuje s skupno vizijo ter jim daje občutek moči in pomembnosti. Predan je organizaciji, poudarja skupne cilje, ceni prispevke drugih, goji visoka pričakovanja, priznava in nagraduje dosežke posameznikov in skupine. Transakcijski in transformacijski vodji, vodita z lastnim zgledom, vedno ravnata v skladu s poslovnimi vrednotami in ohranjata svojo neoporečnost.

Zaradi groženj svetovni ekonomiji ter primerov povezanih z neetičnim in družbeno oporečnim obnašanjem managerjev ter okoljsko neodgovornim ravnanjem velikih korporacij, se danes v ospredje postavlja nova paradigma vodenja, avtentično vodenje. Fields (2007) pravi, da mora vodja, če želi, da ga sledilci spoštujejo in bo lahko vplival na njihova dejanja, poleg avtentičnosti izkazovati tudi integriteto ter imeti osebne vrednote usklajene z družbenimi in etičnimi vrednotami.

Černe (2010) v svoji raziskovalni tezi avtentičnega vodenja dokaže, da imajo vodje, ki jih sledilci prepoznajo kot avtentične, večji vpliv na avtentično sledenje, kot tisti vodje, ki zaznavajo sami sebe kot avtentične in poudarja, da je pomembno, da vodje gradijo

predvsem na avtentičnih odnosih z zaposlenimi. V nadaljevanju opiše, da preko iskrenih, odprtih in transparentnih odnosov ter vodenja z zgledom, pravi jaz vodij postane viden sledilcem. Na ta način jih sledilci zaznavajo kot bolj avtentične, kar ima za posledico razvoj avtentičnih sledilcev, pa tudi višjo stopnjo rezultatov z vidika zaposlenih. Ti bodo bolj zadovoljni in pripadni podjetju, kar bo pozitivno vplivalo na njihovo uspešnost in na uspešnost organizacije kot celote (Černe, 2010, str. 54).

Družbena neoporečnost je stvar samodiscipline, osebne doslednosti in zavestne odločitve za poštenje ne glede na okoliščine. V sodobni kulturi družbena neoporečnost ponovno pridobiva na vrednosti, saj nasprotuje materialnemu pohlepu in potrošniški miselnosti. Prispevek vsakega posameznika šteje in pušča v skupini, timu in družbi njegov odtis in tega se morajo zavedati tudi vodje, ki so v timu le prvi med enakimi.

1.4 Komuniciranje

Komuniciranje je temeljna družbena spretnost, ki ima osrednjo vlogo v družbenem in organizacijskem življenju. Presega paradigmo o prenosu in izmenjavi informacij med sprejemnikom in oddajnikom. Pomembne informacije v organizaciji niso skoncentrirane le na najvišjem nivoju vodenja, najdemo jih na vseh nivojih organizacije. Pomemben je njihov neoviran pretok v vse smeri in prenos preko vseh kanalov. V organizaciji je komunikacija lahko formalna ali neformalna.

Černetič (2007) pravi, da namen komuniciranja znotraj organizacij ni zgolj informirati, pač pa tudi motivirati, vzgajati in navduševati zaposlene, jih spodbujati k večji produktivnosti, poslovnosti, kvaliteti, nadalje utrjevati verodostojnost vodstva in zaupanje vanj ter utrjevati čvrsto in prepoznavno organizacijsko kulturo. V timu vzpostavijo člani tima različne komunikacijske kanale za prenos in izmenjavo informacij, izkušenj in timskega znanja.

V literaturi zasledimo, da je medosebno komuniciranje sestavljeno iz vsebinskega in odnosnega vidika. Vsebinski vidik komuniciranja posreduje informacije med partnerji in označuje semantično vrednost sporočila; to je »kaj« sporočamo. Odnosni vidik določa pragmatsko vrednost sporočila, kako interpretirati sporočilo na osnovi obstoječega odnosa med partnerji v interakciji (Ule, 2003, str. 121).

Možina et al. (1994) navaja, da so družbene spretnosti zmožnosti ravnanja z občutki drugih, sposobnosti usklajevanja, prepričevanja in vodenja, ki vključujejo vse vidike čustvene inteligentnosti. Pomenijo znati razumeti druge ljudi, se z njimi uspešno sporazumevati in biti z njimi v dobrih odnosih.

Flajs (2003) meri uspešnost komuniciranja s stopnjo doseženega sporazuma. Ugotavlja, da je za doseganje uspešnosti in sklepanja sporazumov potrebna strpnost in razumevanje različnosti na obeh straneh. Vsa sporočila, ki si jih posredujeta pošiljatelj in prejemnik med

komunikacijo imajo vsebinski vidik, ki predstavlja posredovano informacijo in odnosni vidik, ki kaže na razmerje med pošiljateljem in prejemnikom informacije. Skozi komunikacijo vsi udeleženci drug drugemu tudi neopazno, nehote in nevede sporočajo svoje poglede na medosebni odnos.

Med člani tima poteka vertikalna, horizontalna in diagonalna komunikacija. Po navedbah Uletove (2005) poteka komuniciranje na različnih ravneh, od dialoga med dvema osebama do globalnih interakcij med skupinami in se deli na štiri ravni komunikacijskega delovanja: medosebno komuniciranje, skupinsko komuniciranje, organizacijsko komuniciranje in množično komuniciranje.

Filej (2005) ugotavlja, da je uspeh sleherne organizacije usodno odvisen od komuniciranja med ljudmi, saj zaposleni vse bolj postajajo ne le izvajalci dela, temveč prinašalci novega znanja in kapitala. Če zaposleni nasprotij ne znajo reševati skozi komunikacijo, pride do konfliktov. Černetič (2007) trdi, da je teoretično dana možnost nastanka konfliktov, kjerkoli smo ljudje v komunikaciji.

Iršič (2008) loči med kakovostno in učinkovito komunikacijo. Poudarja, da pomeni učinkovita komunikacija prenašanje informacij na optimalen način, potreben za učinkovito opravljanje dela, medtem ko kakovostna komunikacija prispeva k polnosti življenja, osebni rasti in razvijanju odnosov med udeleženci. Ugotavlja tudi, da je dobra komunikacijska omreženost ključ do uspeha organizacije.

Komuniciranje je pomemben družben proces in družbena praksa, sistem družbeno pomenljivega delovanja ljudi. Ule (2009) trdi, da so zunanji smotri komuniciranja prenos sporočil med ljudmi, vzpostavljanje odnosov in ohranjanje socialnih razmerij ter usklajevanje delovanja ljudi med seboj. Notranje smotre komuniciranja vidi predvsem v izražanju komunikacijskih namer, uspešnem sporazumevanju, konstrukciji in reprodukciji simbolnih gest in pomenljivih znakov.

Flajs (2003) uspešnost komuniciranja meri s stopnjo doseženega sporazuma. Ugotavlja, da je za doseganje uspešnosti in sklepanja sporazumov potrebna strpnost in razumevanje drugačnosti na obeh straneh. Konflikti interesov so v zdravstvenih timih pogosti, pomembno je, da se sproti rešujejo in je na koncu dosežen sporazum.

Česen (2003) trdi, da mora biti sporazum resnično soglasno dosežen s pogajanjem, v katerih obe strani prostovoljno popuščata pri lastnih stališčih s ciljem, da najdeta kompromisno rešitev in poudarja, da v sporu ni zmagovalca in sta obe strani sta z rezultatom enako zadovoljni oziroma nezadovoljni. Kakovosten kompromis vodi v uspešno popraviljanje odnosov in je dobra šola za naprej; zanj ni bilo škoda časa in energije.

1.5 Učinkovitost in uspešnost

Pri doseganju dolgoročne učinkovitosti in uspešnosti organizacije je pomembno sledenje spremembam v poslovnem okolju in nenehno prilagajanje in odzivanje nanje. Možina et al. (2002) navaja, da je učinkovitost tehničen pojem in uspešnost družben pojem. Pojasnjuje, da so tehnični cilji lahko v nasprotju z družbenimi cilji ter da učinkovitost ni vedno pogoj za uspešnost. Pravi še, da je za učinkovit tim značilno poznavanje ciljev, odkritost in odprtost v medsebojnih odnosih, zaupanje in medsebojna pomoč med člani, situaciji prilagojen način vodenja in sposobni posamezniki.

Vprašani učinkovitosti in uspešnosti sta vezani na produkcijsko funkcijo in opredelitev njihovega končnega proizvoda oziroma storitve. Organizacija je učinkovita, če z razpoložljivimi vhodi zagotavlja največji možni izhod, kar imenujemo tehnična učinkovitost. Če upoštevamo ožjo opredelitev produkcijske funkcije in jo izrazimo vrednostno v obliki stroškovnih, prihodkovnih ali profitnih funkcij, lahko uspešnost opredelimo kot ekonomsko učinkovitost v obliki stroškovne, prihodkovne ali profitne učinkovitosti. Takšna opredelitev odraža poslovno uspešnost organizacije. Za vse tri oblike ekonomske učinkovitosti pa velja, da jih sestavljata elementa tehnične in alokacijske učinkovitosti. Če upoštevamo širšo opredelitev produkcijske funkcije, pa o uspešni organizaciji govorimo v primeru, da organizacija zagotavlja takšne storitve, ki čim bolj prispevajo k zelenemu cilju (Došenović Bonča, 2014).

Kaplan in Norton (2000, str. 19–33) sta med prvimi opozorila na dejstvo, da se pri merjenju učinkovitosti poslovanja, ne gre opirati zgolj na finančne učinke, temveč je potrebno spremljati tudi druge vidike poslovanja kot so notranji procesi, znanje, delo s strankami in zadovoljstvo zaposlenih, ki so enako pomembni kot finančni rezultati in jih je prav tako mogoče meriti. Poudarjata, da finančni kazalniki merijo dobičkonosnost, ekonomsko dodano vrednost in preteklo uspešnost ter so namenjeni uresničevanju in zasledovanju kratkoročnih ciljev organizacije Nefinančnih kazalnikov (znanje, inovacije, zadovoljstvo zaposlenih in strank) ni mogoče neposredno finančno ovrednotiti, so pa nesporno pomembni za oblikovanje prihodnje strategije organizacije, napovednik razvoja in prihodnje uspešnosti in učinkovitosti organizacije. Na koncu še poudarjata, da mora biti sistem finančnih in nefinančnih kazalnikov uravnotežen, da bi lahko merili učinkovitost in uspešnost organizacije.

Timska organiziranost dela v organizaciji izboljšuje kakovost dela ter pozitivno vpliva na večjo učinkovitost in zadovoljstvo zaposlenih (Korošec, 2014, str. 1). Vključevanje zaposlenih v procese odločanja in timsko delo, pri katerem si zaposleni več ali manj sami opredelijo naloge in način izvajanja, ki predstavlja temeljni način reševanja problemov glede produktivnosti in kakovosti izdelkov vodita ne le k izboljšanju konkurenčnosti, temveč tudi k izboljšanju kakovosti življenja zaposlenih (Svetlik et al., 2009, str. 103).

2 TIMSKO DELO V ZDRAVSTVU

2.1 Opredelitve in oblike timskega dela v zdravstvu

Zdravje postaja v sodobnem svetu vrednota, ki dobiva vedno večje politične in ekonomske razsežnosti, hkrati je zdravje tudi način življenja, norma in ideologija (Kamin, 2006). V zdravstvenih organizacijah se največ storitev izvaja po timski metodi dela. Obstajajo evidentni dokazi, da so učinkovito vodeni timi v zdravstvu, povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave, zato predstavlja razvoj učinkovitih timov v zdravstvenih organizacijah svojevrsten izziv (Ferlie & Shortell, 2001).

Pettigrew, Ferlie in McKee (v Skela Savič & Pagon, 2007) trdijo, da predstavljajo timi v zdravstvu temeljni vzvod za spremembe. Razvoj zdravstvenih disciplin in zdravstvenih tehnologij ponuja, tako izvajalcem kot uporabnikom zdravstvenih storitev, vedno več novih zdravstvenih produktov, zdravstvenih storitev in zdravstvenih programov.

Demografske spremembe, tehnološki razvoj na področju medicine ter potrošniški vzorci obnašanja uporabnikov zdravstvenih storitev, zahtevajo nove pristope pri organiziranju in delovanju sistema zdravstvenega varstva. Življenjski cikel zdravstvenih storitev se krajša. Uporabniki zdravstvenih storitev iščejo zdravstvene storitve, ki bodo kakovostne, varne in prilagojene njihovim zdravstvenim potrebam. Na trgu zdravstvenih storitev se jim odpira možnost zadovoljevanja njihovih individualnih zdravstvenih potreb, tako v zasebnem kot javnem sektorju.

Zahteve po zniževanju stroškov in povečevanju produktivnosti dela ter zaostrovanje konkurence na trgu zdravstvenih storitev, silijo organizacije v mreži javnega zdravstva, da se preoblikujejo, na novo organizirajo in postanejo v nečem izjemne, prepoznavne in drugačne od drugih. Timska obravnava individualnih zdravstvenih problemov uporabnikov zdravstvenih storitev, jim pri tem lahko prinese določene prednosti in koristi.

Organizacije v javnem sektorju se razlikujejo od organizacij v zasebnem sektorju glede ciljev, ki so usmerjeni v distribucijo storitev, glede dostopa do virov, ki so najpogosteje proračunske narave in glede ekonomskih omejitev, ki izhajajo iz različnih socialnih politik. Razlike so največje na področju stroškov in učinkovitosti delovanja (Ambrož & Bratkovič, 2004, str. 17).

Česen (2003, str. 22) navaja, da je več značilnosti trga in konkurence med zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev, zunaj mreže javne zdravstvene službe. Zdravstvene storitve so tukaj ohranile nekaj značilnosti tržnih dobrin, vendar bi tudi v tem primeru težko našli zadostna merila za obstoj pravega trga.

Timsko delo je najbolj razširjena oblika dela v zdravstvu, ki združuje posameznike različnih poklicnih skupin in zdravstvenih disciplin. V zdravstvenih organizacijah deluje več specializiranih poklicnih skupin, ki se zaradi potrebe po neprekinjenem 24 urnem zagotavljanju zdravstvenega varstva in reševanja kompleksnih zdravstvenih problemov, v delovnem procesu medsebojno povezujejo v zdravstvene time. Javna zdravstvena služba na ravni države trajno bije boj z drugimi področji gospodarstva in družbenih dejavnosti za čim večji del bruto domačega proizvoda.

V zdravstvenem timu predstavniki različnih zdravstvenih disciplin v okviru svojih poklicnih kompetenc rešujejo zdravstvene probleme pacienta ter načrtujejo njegovo zdravstveno oskrbo. Posameznik v zdravstvenem timu mora razvijati svoje poklicne kompetence, da se lahko aktivno sodeluje v zahtevnih delovnih procesih zdravstvene oskrbe.

Pomembna je tudi opolnomočenost članov zdravstvenih timov, da so se sposobni enakopravno vključevati v družbeno dinamiko zdravstvenega tima, usmerjati družbeno dogajanje v timu, nadzorovati delovne procese in ohranjati kritičnost do svojega dela in dela tima. Vsem zdravstvenim timom je skupno, da med seboj sodelujejo, komunicirajo in si prizadevajo z različnimi zdravstvenimi ukrepi zagotoviti varno in kakovostno zdravstveno oskrbo. Najpogosteje je vodja zdravstvenega tima zdravnik.

Zdravstveni timi so mono in multidisciplinarni. Monodisciplinarni tim združuje člane ene strokovne discipline (medicine, zdravstvene nege) ali ene poklicne skupine (zdravnike, medicinske sestre), ki lahko dosegajo različno raven izobrazbe in strokovne usposobljenosti. Primer monodisciplinarnega tima je tim zdravstvene nege, v katerem so zdravstveni tehniki s srednješolsko izobrazbo in medicinske sestre z visokošolsko in univerzitetno izobrazbo. Vodja tima zdravstvene nege je običajno medicinska sestra z najvišjo doseženo izobrazbo, večletnimi delovnimi izkušnjami in sposobnostmi vodenja in koordiniranja dela na področju zdravstvene nege.

Multidisciplinarni tim vključuje člane različnih strokovnih disciplin in poklicnih skupin. Člani multidisciplinarnega tima skladno s poklicnimi kompetencami samostojno in neodvisno izvajajo delovne naloge. Moč odločanja je enakomerno porazdeljena. Vodenje multidisciplinarnega tima običajno prevzame oseba, ki se na obravnavano tematiko najbolje spozna in mu to priznavajo tudi drugi ali ima visok hierarhični položaj v organizaciji.

Grbec (1989) navaja pglavitne razloge za uvajanje in razvoj timskega dela v zdravstvu. Silen napredek znanja in tehnologije onemogoča posameznika, da bi sam obvladoval vsa področja in vse postopke v zdravstvu. V zdravstvu se je oblikovala vrsta profilov zdravstvenih delavcev, ki delujejo vsak na svojem specifičnem področju, vsi pa v korist varovanca. Zato je nujna povezava med njihovim delom. Vpliv drugih strok je v zdravstvu

vse bolj očiteno. Zdravje pojmuje ne samo kot fizično in duhovno blagostanje človeka, temveč tudi kot socialno blagostanje. Zaščita zdravja v takem pojmovanju pa prehaja skoraj na vsa področja človekove dejavnosti in človekovih odnosov. Zato je za reševanje posameznikovih problemov potrebno sodelovanje strokovnjakov tudi iz drugih področij in strok.

2.2 Družbena dinamika v zdravstvenih timih

Zdravstveno varstvo je zakonsko regulirana dejavnost in vloge zdravstvenih delavcev v sistemu zdravstvenega varstva vnaprej določene. Timsko delo v zdravstvu predstavlja svojevrsten družbeni fenomen na področju vključevanja, oblikovanja in kulture sodelovanja posameznikov in poklicnih skupin v zdravstvu. Zdravstvene organizacije so izrazito multikulturno okolje v katerem se srečujejo posamezniki in skupine ljudi različnih narodnosti, družbene pripadnosti, veroizpovedi, političnih prepričanj in spolnih usmeritev.

V zdravstvu so skupinska dinamika in medosebni odnosi na delovnem mestu zelo pomembni, saj neposredno vplivajo na zadovoljstvo zdravstvenih delavcev in uporabnikov zdravstvenih storitev ter na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe, ki jo je deležen uporabnik. Zwarenstein, Goldman in Reeves (2009) pri raziskovanju med poklicnega sodelovanja ugotavljajo, da med zdravstvenimi delavci ne smejo prevladovati hierarhični odnosi, temveč moč znanja in izkušenj nad močjo avtoritete in hierarhije.

Yazbeck (2004) ugotavlja v svoji raziskovalni tezi težnjo zdravnikov po hierarhiji in individualizmu ter njihovo nenaklonjenost sistematični ureditvi kliničnega dela. Robida (2011) navaja, da mora biti sistem zdravstvene oskrbe organiziran tako, da vzpodbuja sodelovanje in povezovanje med različnimi partnerji, ravnmi in poklicnimi skupinami.

Skinder Savič in Skela Savič (2014) v raziskavi s področja organizacijske kulture ugotavljata, da je v slovenskih zdravstvenih organizacijah v visokem deležu prisotna organizacijska kultura hierarhije, za katero je značilen nadzor nad opravljenim delom podrejenih zaposlenih. V nadaljevanju ugotavljata, da je v slovenskih bolnišnicah manj prisotna kultura, ki spodbuja uvajanje sprememb in da si zaposleni v večji meri želijo kulturo skupine in hierarhije kot adhokracije.

Skela Savič (2007) opozarja na pomanjkljivo sodelovanje med poklicnimi skupinami v slovenskem zdravstvu. Šmitek (2006) navaja številne okoliščine, ki motijo medsebojne odnose v slovenskem zdravstvu in sicer: vertikalna in horizontalna hierarhija, izražanje spolnih vlog, zaprtost sistema, različne vrednote, različno zaznavanje vlog zdravstvenih delavcev, različno izobraževanje, pomanjkanje čustvene inteligence in različne okoliščine in zgodovinska dejstva, ki ovirajo napredek na področju medsebojnih odnosov v zdravstvu. Ne glede na to, da so izvajalci zdravstvene oskrbe po kodeksu etike dolžni enakopravno obravnavati vse ljudi, bi bilo umestno raziskati, koliko navedenih pojavov nezaupljivosti

do drugačnih, etnične nestrpnost in ksenofobije se pojavlja v zdravstvu in kako vplivajo na nudenje in kakovost zdravstvene obravnave ter na sodelovanje v timu.

V preteklosti je imel v zdravstveni obravnavi uporabnik zdravstvenih storitev (pacient), izrazito pasivno vlogo. Danes se v zdravstvenem varstvu uvaja nov koncept dela, ki vzpodbuja vključevanje pacientov v zdravstvene time. Pacient s svojo osebno zdravstveno izkušnjo, lahko pripomore k hitrejšemu odkrivanju in boljšemu obvladovanju bolezni ter poveča varnost zdravstvene oskrbe. Svetovna zdravstvena organizacija se zavzema za proaktivno vključevanje pacientov v komunikacijo zdravstvenih timov. Pacient lahko prispeva s svojim vključevanjem k uspešnejšemu razreševanju svojih zdravstvenih problemov in sodeluje pri sprejemanju odločitev o vrsti zdravljenja. Pri svojem delu morajo biti člani zdravstvenega tima osredotočeni na zdravstveni problem pacienta, medsebojno sodelovati in komunicirati.

2.3 Vodenje zdravstvenih timov

Današnja družba znanja in inovacij potrebuje odzivne, kompetentne, kreativne, inovativne in avtentične vodje, ki bodo z uvajanjem sprememb zviševali dodano vrednost in konkurenčno prednost organizacijam. Kljub visoki stopnji avtonomije posameznih poklicnih skupin v zdravstvenem timu, še vedno obstaja potreba po vodenju zdravstvenega tima. Vodenje ima ključno vlogo pri usklajevanju in nadziranju delovnih procesov in uvajanju sprememb v zdravstvu. Zato potrebujejo vodje zdravstvenih organizacij poleg strokovnega znanja s področja medicine in zdravstvenih ved, tudi širok portfelj znanja in veščin s področja vodenja, ravnanja z ljudmi in poznavanja timskega dela.

Vodenje zdravstvenih timov v slovenskih zdravstvenih organizacijah je raziskovalo več avtorjev. Robida (2010) pravi, da mora spremembe pri oblikovanju, vpeljevanju in vzdrževanju timskega dela vzpodbuditi vodstvo zdravstvenih ustanov, če želi izboljšati kakovost in varnost v zdravstvu. Raziskava, ki jo je opravila Skela Savič (2007) potrjuje tezo, da vodje pri vzpostavljanju timskega dela v bolnišnici le delno izpolnjujejo svoje vloge in zato osebje nima dovolj priložnosti za timsko delovanje, saj vodje z vidika organizacijske kulture delujejo hierarhično.

Skela Savič in Pagon (2007) ugotavljata, da je v slovenskih bolnišnicah zaznati premajhno stopnjo transformacijskega vodenja, ki spodbuja timsko delo, procese izboljševanja in vlogo posameznika. Več slovenskih raziskovalcev ugotavlja naslednje značilnosti slovenskega zdravstvenega managementa: hierarhično organiziranost, pomanjkljivo znanje s področja vodenja, prevlado in dominantnost medicine nad drugimi zdravstvenimi disciplinami, slabo med poklicno sodelovanje zdravstvenih delavcev, nizko naravnost k procesom izboljševanja in slabo izrabo človeškega kapitala.

Skela Savič (2007) pravi, da morajo vodje v nepridobitnih organizacijah zaposlenim pomagati razviti in prenesti vizijo in ideje organizacije v akcijo, ki bo vodila k spremembam. To pomaga zaposlenim, da razumejo, kako bodo njihova prizadevanja izboljšala prihodnost. Vsaka človekova aktivnost in delo sta povezana z motivacijo, ki je osnovna naloga vsakega vodje.

Lipičnik (1998, str. 184) trdi, da je motivacija tisto, zaradi česar ljudje ob določenih sposobnostih in znanju delajo. Torej je vse, kar pripelje do neke aktivnosti, kar to aktivnost usmerja in kar ji določa jakost in trajanje. Brez motivacije človek ne more storiti nobene aktivnosti, ne more biti dejaven. Je ohranjanje vneme, vztrajnosti in optimizma tudi v primeru težav in sledenje svojim ciljem. Posebej je pomembna motivacija za delo, pomaga nam, da uresničimo svoje cilje in cilje organizacije.

Na področju vodenja tima so pomembne tudi kompetence. Učenje in razvijanje potrebnih kompetenc za vodenje se kaže v uspešnosti in učinkovitosti organizacije, povečanem zadovoljstvu zaposlenih in uporabnikov zdravstvenih storitev. Možina et. al. (2002) ugotavljajo, da je vodenje s kompetencami sodobna metoda, ki omogoča, da vodeni pri svojem delu aktivirajo vse svoje zmožnosti ter povezujejo in uporabljajo znanje v kompleksnih in nepredvidljivih situacijah.

Vrhni management so najvidnejši ljudje, ki sprejemajo ključne odločitve v zdravstveni organizaciji. Naloga vrhnjega managementa je predvsem postavljati organizacijske cilje, oblikovati strategijo in vizijo in prilagajati organizacijsko strukturo potrebam organizacije in okolja. Nadalje oblikovati vrednote, organizacijsko kulturo, vzpodbujati učenje in obvladovati stroške. Ovijač, Škrabl, Kobilšek, Cevc in Pahor (2006) ocenjujejo, da je slovenski zdravstveni management prežet s hierarhijo, tradicijo in stereotipi. Na področju organizacijske kulture je opazna predvsem nesposobnost sledenja modernim trendom na področju vodenja.

2.4 Komuniciranje v zdravstvenih timih

Komunikacija v zdravstvu je kompleksen odnos, ki zahteva poglobljen družben pristop. Dejstvo je, da se o zdravstvu in o odnosu do pacienta pogosto govori v javnosti, v medijih, v zasebnih krogih in znotraj drugih znanstvenih disciplin. Gre torej za komunikacijo, ki skozi zasebne dialoge in strokovne govore, oblikuje širše javno mnenje. Kamin (2006) pravi, da poteka v zdravstvu komunikacija predvsem znotraj zdravstvenih ustanov, vendar zasebni dialogi med pacienti vplivajo na oblikovanje javnega mnenja o zdravstvu, zdravstveni organizaciji in posledično na mnenje o zaposlenih v zdravstvu.

Filej (2005) ugotavlja, da je uspeh sleherne organizacije usodno odvisen od komuniciranja med ljudmi. Zaposleni vse bolj postajajo ne le izvajalci dela, temveč prinašajo novo znanje in kapital. Dobro komunikacijsko omrežje je ključno za dvosmerno komunikacijo med

člani zdravstvenega tima in vodjo in prenos informacij od zgoraj navzdol in od spodaj navzgor.

Komuniciranje je ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja in na drugi strani zadovoljstva pacientov pri obravnavi (Ule, 2010, str. 19). Komunikacija med zdravstvenim delavcem in pacientom je v procesu zdravljenja temeljno orodje za prepoznavanje pacientovih zdravstvenih problemov in doseganje soglasja za načrtovanje zdravljenja, ki bo vodilo k izboljšanju zdravstvenega stanja pacienta. Sodobna medicina daje prednost znanstveno racionalnemu dojetju stvarnosti, objektivnosti pri odkrivanju bolezenskih znakov, zato se zdravstveni delavci pri vzpostavljanju stikov s pacientom, pogosto zatekajo k šablonskim pogovornim vzorcem, ustvarjanju distance in rutine v odnosu.

Uspešno sporazumevanje ohranja dobre odnose med zdravstvenimi delavci in pacienti. Znano je, da vzpodbudna komunikacija prispeva k boljši in hitrejši ozdravitvi pacienta. Ule (2003) trdi, da se v komunikacijskem odnosu skriva neslutni in presenetljiv potencial zdravljenja. Za zdravljenje mnogih problemov in bolečin sodobnega človeka, je vzpodbudno komunikacijsko okolje velikega, celo odločilnega pomena.

V zdravstvo se zbira, obdeluje, hrani in analizira velike količine podatkov, ki podpirajo številne klinične in administrativne procese zdravstvenega varstva ter procese vodenja in upravljanja zdravstvenih organizacij. Zaradi preobilice podatkov potrebujejo zdravstvene organizacije učinkovit informacijski sistem, ki omogoča hiter pretok informacij, ki so ključne za učinkovito in uspešno komuniciranje, odločanje, delovanje in koordiniranje procesov znotraj in izven organizacije.

Komuniciranje v zdravstvu omogoča izvajalcem in uporabnikom zdravstvenega varstva obvladovati kompleksne informacije o zdravstveni oskrbi in promocijo zdravja. Komuniciranje v zdravstvu bi lahko razdelili na notranje komuniciranje (med timi, med oddelki), zunanje komuniciranje (med organizacijami) ter javno komuniciranje (z javnostmi, mediji). Komuniciranje znotraj zdravstvenih timov najpogosteje poteka na dveh nivojih; na nivoju strokovne komunikacije med zdravstvenimi delavci in zaupne, zasebne komunikacije med pacientom in zdravstvenim delavcem. Zasebna komunikacija je zaupna, usmerjena k uvidu v pacientove zdravstvene probleme. Komuniciranje med zdravstvenimi delavci in pacienti urejajo številni kodeksi medicinske deontologije in etični kodeksi.

Iršič (2008) meni, da je osnovna veščina timskega dela učinkovito medsebojno komuniciranje. Učinkovita komunikacija pomeni optimalen način prenašanja informacij, potrebnih za učinkovito opravljanje dela in delovanja tima. Tradicionalna oblika odprte strokovne komunikacije znotraj zdravstvenih timov je predaja službe. Predaja službe se izvaja ob menjavi zdravstvenih timov in je lahko pisna in/ ali ustna. Pri predaji službe posredujejo člani zdravstvenega tima ene delovne izmene, podatke o zdravstvenem stanju

pacienta zdravstvenemu timu naslednje delovne izmeni. Slaba stran tradicionalne predaje službe je, da se informacije pogosto izgubljajo, niso zanesljive, pravočasne in pravilno razumljene. Pri tem gre za verižno izmenjavo nestrukturiranih, ponavljajočih zdravstvenih podatkov, ki pogosto vsebujejo subjektivne ocene in sodbe. Vse to ima lahko za posledico napačen izbor ali opustitev zdravstvenih ukrepov.

Mednarodna komisija za varnost pacientov se zato pri predaji službe zavzema za strukturiran in standardiziran pristop izmenjave zdravstvenih podatkov. Razvoj informacijske tehnologije v zdravstvu je povečal količino in izboljšal kakovost zbranih zdravstvenih podatkov, pripomogel k optimizaciji dela, varnosti pacientov ter omogočil razvoj zdravstvenih disciplin. Elektronsko vodene predaje službe so standardizirano orodje, ki ga danes pri vsakodnevnem delu uporabljajo vsi zdravstveni delavci. Zdravstveni podatki shranjeni v elektronski obliki se nenehno aktualizirajo in nadgrajujejo.

Shranjevanje strukturiranih podatkov in vodenje elektronskih zbirk zdravstvenih podatkov poteka po standardiziranih protokolih in predstavlja odlično orodje za vrednotenje procesov, izobraževanje in raziskovanje v zdravstvu. Dobro zasnovan informacijski sistem v zdravstveni organizaciji postavlja pacienta v središče dogajanja in omogoča vsem zdravstvenim timom dostop do elektronsko vodenih zbirk zdravstvenih podatkov ter dokumentiranje opravljenega dela.

Dokumentirana pisna predaja službe izboljšuje izmenjavo informacij, kulturo komuniciranja, medsebojnega sodelovanja v zdravstvenem timu in vpliva na kulturo varnosti v organizaciji. Lokajner in Sima (2014) sta v različnih kliničnih okoljih pregledali in ovrednotili predajo službe zdravstvene in babiške nege. V sklepnem delu svoje raziskovalne teze ugotavljata, da predaja službe odseva stanje pacienta in zdravstveno negovalnih postopkov ter da kontinuiteto zdravstvene in babiške nege, omogoča le strukturirana in celovita predaja po predpisanih segmentih. Časovna omejitev predaje, vstop v krog informacij nove delovne izmene in zaključek stare izmene, dajejo podanim informacijam verodostojnost in uporabnost le skozi ponujene pisne oblike predaje službe.

Nacionalne smernice, klinične poti in različna strokovna priporočila, ki določajo in standardizirajo postopke zdravstvene obravnave, so zdravstvenim timom v pomoč in povečujejo varnost pacienta. Slaba kultura sodelovanja in komuniciranja v zdravstvenem timu neposredno vplivata na varnost zdravstvene oskrbe pacientov, povzročata stres, napetost in pogosto vodita v varnostne zaplete in napake pri zdravljenju. Številne študije potrjujejo, da je timsko delo pozitivno povezano z izidi zdravljenja; največ študij je s področja opazovanja operativnih zdravstvenih timov. Za ponazoritev pomembnosti dobrega sodelovanja in komunikacije v zdravstvenem timu, številni avtorji pogosto opazujejo kirurške time, ker se pri njih vsaka nedoslednost takoj opazi in odrazi na končnem izidu. Kirurški zdravstveni tim običajno sestavljajo anesteziolog, kirurg in medicinska sestra. Vodja kirurškega tima je vedno kirurg. Vsak član tima opravlja svojo

nalogo; anesteziolog nadzira vitalne funkcije pacienta, kirurg tehnično izvede kirurški poseg, medicinska sestra skrbi za kirurške inštrumente; vsi skupaj sodelujejo in si prizadevajo izpeljati operativni poseg kakovostno in varno za pacienta. Številne študije dokazujejo, da število napak značilno narašča s poslabševanjem komunikacije in timskega sodelovanja, ki sta močna napovedna dejavnika varnostnih zapletov v kirurgiji.

2.5 Učinkovitost in uspešnost timskega dela v zdravstvu

Z vstopom Slovenije v Evropsko unijo (v nadaljevanju EU), z mednarodno menjavo dela in možnostjo čezmejnega zdravljenja pacientov se razvija konkurenca na slovenskem trgu zdravstvenih storitev. Zdravstvene storitve so postale tržna dobrina. Čeprav večino zdravstvenih potreb prebivalstva v Sloveniji obvladuje mreža javne zdravstvene službe, narašča konkurenca med ponudniki zdravstvenih storitev v javnem in zasebnem sektorju. Javni sektor izgublja monopol nad izvajanjem zdravstvenih storitev, ki so bile desetletja v njegovi domeni. Dostop do finančnih virov državnega proračuna namenjenega financiranju zdravstva, tako ni več privilegij javnega sektorja v zdravstvu.

Došenović Bonča (2014) v svoji monografiji navaja, da sta učinkovitost in uspešnost bolnišnic vezani na produkcijsko funkcijo bolnišnic in opredelitev njihovega končnega proizvoda oziroma outputa in nadaljuje, da output lahko opredelimo tudi širše, kot izboljšano zdravje pacientov ali boljši izid zdravstvene oskrbe.

Izboljševanje učinkovitosti in uspešnosti v zdravstvu je dolgotrajen proces neprestanega iskanja rešitev, kako v celotni mreži zdravstvenega varstva z omejenimi razpoložljivimi viri in čim nižjimi stroški, doseči čim večji nabor, čim bolj kakovostnih zdravstvenih storitev, ki bodo zadovoljile kar najširši krog uporabnikov zdravstvenih storitev. Učinkovito timsko delo ima v zdravstvenem varstvu takojšen in pozitiven vpliv na varnost pacientov (Baker et al., 2005).

Zdravstveno varstvo je kompleksna dejavnost. Razvoj medicine in drugih zdravstvenih disciplin je doprinesel k zapletenim zdravstvenim aktivnostim na področjih diagnostike, zdravljenja, preprečevanja bolezni, zdravstvene nege, rehabilitacije, krepitve zdravja ter na ostalih področjih obravnave pacienta. Kljub zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe, še vedno obstaja veliko tveganje za napake, ki lahko pomenijo škodo za zdravje pacienta.

Države EU so za lažje spremljanje, ocenjevanje in merjenje kakovosti, uspešnosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev, razvile nabor kazalcev kakovosti, s katerimi vrednotijo sisteme zdravstvenega varstva ter presojujejo kakovost zdravstvene obravnave na različnih ravneh: na ravni posameznega zdravnika, posameznih skupin pacientov, posameznih bolnišnic, na nacionalni in mednarodni ravni. Kazalniki kakovosti v zdravstvu so namenjeni sledenju izvajanju zdravstvenih programov z vidika kakovosti zdravstvenih

storitev, učinkovitosti zdravstvene oskrbe, osredotočenosti na pacienta, varnosti pacientov in osebja, kot tudi s področja upravljanja, porabe finančnih, kadrovskih in prostorskih virov, učinkovitosti izrabe opreme, števila opravljenih preiskav.

Uravnoteženi sistem kazalnikov je niz meril, ki razkriva medebojno odvisnost zdravstvene organizacije, njenih zaposlenih in bolnikov. Zato je primeren pripomoček managerjem zdravstvenih organizacij, ki omogoča celostni vpogled v oblikovanje, razvijanje in uresničevanje strateškega plana organizacije in omogoča usklajenost plana z načeli celostnega obvladovanja kakovosti (Žličar, 2006, str. 31).

2.6 Varnost in kakovost timske zdravstvene obravnave

Temeljni vodili pri zagotavljanju zdravstvenega varstva sta varnost in kakovost. Varna in kakovostna zdravstvena obravnava pacienta je prioriteta vsakega izvajalca zdravstvenih storitev ne glede na poklicno skupino ali položaj v zdravstvenem sistemu. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na sodelovanju, znanju, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev.

Ministrstvo za zdravje je leta 2010 izdalo temeljni dokument na področju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe z naslovom Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Dokument je usklajen z zahtevami EU in upošteva rezultate obsežnih študij s področja kakovosti in varne obravnave pacientov. Namen strategije je sistematično razvijanje aktivnosti na področju izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti pacientov, ob upoštevanju šestih načel kakovosti v zdravstvu: varnost, uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta.

V dokumentu z naslovom Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) je zapisano, da morajo zaposleni v zdravstvu pri vsakodnevnem delu nenehno prepoznavati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov med zdravstveno obravnavo. Pri tem morajo aktivno sodelovati, z namenom zagotavljanja ravni zdravstvene oskrbe, pri kateri ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti ali škode za zdravje zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali najboljšimi praksami.

Varnost pacientov v kontekstu z zdravstvenim sistemom, prepozna timsko delo kot ključno za zmanjševanje varnostnih zapletov, ki so najpogosteje posledica slabe komunikacije, razumevanja vlog in odgovornosti za delovne naloge tistih, ki skrbijo za pacienta. Timsko delo zmanjšuje verjetnost napak v zdravstvu (Morey, Simon, Jay, Wears, Salisbury, Dukes & Berns, 2002). Več avtorjev ugotavlja, da v zdravstvu kakovost zdravstvenih storitev ni vedno sorazmerna z vloženimi izdatki. Pri povečevanju količine sredstev namenjenih zdravstvu, lahko prihaja do pretirane rabe določenih zdravstvenih storitev, ki ne prinašajo nujno koristi.

V slovenskih bolnišnicah se merita kakovost in varnost zdravstvene obravnave z vidika pacienta, zaposlenih, procesov, izidov in bolnišničnega okolja. Merjenje kakovosti in varnosti v zdravstvu se izvaja s pomočjo kazalnikov in je namenjena nosilcem zdravstvene dejavnosti, izvajalcem, uporabnikom ter plačniku zdravstvenih storitev kot tudi regulatorju zdravstvenega varstva v državi. Varnost in kakovost zdravstvene obravnave imata neposreden vpliv na zdravje in končni izid zdravljenja pacientov. S kakovostno opravljeno zdravstveno obravnavo zagotavljamo pacientom varnost, ki je v konceptualnem okviru v mednarodni klasifikaciji za varnost pacientov, definirana kot zmanjšano tveganje za neposredno škodo do sprejemljivega minimuma.

Sprejemljiv minimum se nanaša na skupne predstave trenutnega znanja, razpoložljivih virov in na kontekst, v katerem je bila dana oskrba s tehtanjem tveganja z ne zdravljenjem ali drugačnim zdravljenjem (Robida, 2010). Raziskave kažejo, da pride do neželenega dogodka pri 3,8 do 17 % bolnišničnih obravnav. Prepreči se lahko med 37 in 51 % neželenih dogodkov. Bosma, Veen in Roukema (2011) opozarjajo, da približno 7 % neželenih dogodkov med zdravstveno obravnavo privede do trajne invalidnosti in prav toliko, 7 % do smrti pacienta.

Sistem vodenja in merjenja kakovosti je bistvenega pomena za povečanje učinkovitosti zdravstvenih storitev in uspešnosti poslovanja javnih zdravstvenih zavodov, kar pripomore k izboljšanju strokovnega znanja izvajalcev zdravstvenih storitev in deluje kot motivator izboljšav sistemov kakovosti (Horvat, 2011, str. 89–92).

Javna dostopnost do podatkov o kazalnikih kakovosti v zdravstvu je pomembna saj pomaga uporabnikom pri izbiri izvajalca zdravstvenih storitev, omogoča izvajalcem primerjavo z ostalimi izvajalci v zdravstvenem sistemu, spodbuja izboljšave ter zagotavlja preglednost nad kakovostjo, uspešnostjo in učinkovitostjo delovanja posameznih organizacij v mreži zdravstvenega varstva. Osredotočenje na varnost predstavlja dobrobit za paciente in vodi k zmanjševanju stroškov zdravstvene obravnave, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov. Robida (2011) trdi, da ima največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah, ki je povezana z uspešnostjo zdravstvenih posegov, varnostjo pacientov, pravočasnostjo zdravstvene oskrbe, učinkovitostjo in enakostjo v obravnavi.

V spremljanje in celovito vrednotenje kakovosti zdravstvene oskrbe, so enakovredno vključeni vsi partnerji v zdravstvu: pacienti, izvajalci, regulator in plačnik zdravstvenih storitev. Njihove odgovornosti za varnost in kakovost so medsebojno porazdeljene. Timsko delo omogoča udeležencem v zdravstvenem varstvu, da trajno sodelujejo pri vzpostavljanju ter vzdrževanju sistema izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. Sistem vodenja kakovosti in varnosti se tako postopoma in usklajeno razvija na vseh treh ravneh izvajanja zdravstvene oskrbe; na primarni v osnovnem zdravstvu, na sekundarni in terciarni ravni. Za nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti so odgovorni

vodilni v sistemu zdravstvenega varstva, vodje zdravstvenih ustanov in neposredni izvajalci, ki pacientom vsakodnevno nudijo zdravstveno oskrbo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 Predstavitev raziskave

Do sedaj sem skozi magistrsko delo ugotavljala kakšno je razmerje med teoretičnimi spoznanji o timskem delu na splošno in teoretičnimi spoznanji o timskem delu v zdravstvu. Pri tem sem se sklicevala na dela številnih domačih in tujih avtorjev. V empiričnem delu bom samostojno raziskala delovanje zdravstvenih timov v klinični praksi.

Empirični del temelji na analizi petih ključnih elementov timskega dela, za katere menim, da pomembno vplivajo na delo zdravstvenih timov. Tako se bom v raziskavi osredotočila na vlogo tima, družbeno dinamiko v timu, vodenje tima, komunikacijo v timu ter na varnost in kakovost timskega dela.

V raziskavi uporabim kvantitativno metodo zbiranja podatkov s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika. Za potrebe raziskave pripravim raziskovalni instrument nestandardiziran spletni anketni vprašalnik do katerega so anketiranci dostopali preko elektronske pošte. Anketiranci so bili naključno izbrani iz seznama zdravstvenih timov, ki delujejo na področju obvladovanja bolnišničnih okužb, ki je ključno za varno in kakovostno delovanje vsake zdravstvene organizacije.

Anketirance k sodelovanju povabim preko elektronske pošte. Anketnemu vprašalniku priložim spremno besedilo, v katerem anketirancem predstavim namen raziskave, da jim vzbudim zanimanje za obravnavano problematiko. V uvodnem delu jih seznanim z načinom izpolnjevanja ankete, dolžino ankete ter jim zagotovim varovanje podatkov in zasebnosti. Sodelovanje pri anketi je prostovoljno in anonimno.

3.2 Opredelitev problema raziskave

Delovno okolje zdravstvenih organizacij in delovni procesi v klinični praksi se zaradi prilagajanja individualnim potrebam in zdravstvenemu stanju pacientov iz ure v uro spreminjajo. Posledično se od zdravstvenih delavcev pričakuje fleksibilnost in zmožnost hitrega prilagajanja nastajajočim spremembam kliničnega okolja. Delo v zdravstvu zahteva partnerski odnos, medsebojno sodelovanje, mreženje in povezovanje.

Zaradi procesne metode dela, povečane medsebojne soodvisnosti pri kliničnem delu in z delom povezanih tveganj pri opravljanju zdravstvenih storitev, narašča pomen timskega dela v zdravstvu. Timsko delo vzpostavljajo nova pravila sodelovanja med zdravniki,

medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci in je nujno za varno, uspešno in učinkovito klinično delo ter uresničevanje skupnih ciljev organizacije.

V zdravstvu se v ospredje vse bolj prebija tudi partnerski odnosi med pacientom in zdravstvenim osebjem. Pacient nekoč pasiven in najšibkejši člen v zdravstveni hierarhiji, je sedaj postavljen na sam vrh hierarhije v zdravstvu in postaja proaktiven partner v procesu zdravljenja.

Zdravstvene organizacije v javnem in zasebnem sektorju iščejo nove učinkovitejše načine prilagajanja zdravstvenih delavcev na spremembe v delovnem okolju, med katere sodi tudi organiziranje timskega dela. V slovenskem prostoru je timsko delo v zdravstvu velikokrat omenjeno, vendar premalo raziskano.

3.3 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave, ki bo predstavljena v nadaljevanju je, proučiti povezanost teoretičnih spoznanj o timih z obstoječo prakso delovanja zdravstvenih timov v konkretni klinični praksi. Cilj raziskave je s pomočjo anketnega vprašalnika pridobiti mnenje medicinskih sester in zdravnikov o timskem delu v zdravstvu. Pridobljena mnenja bodo podlaga za preverjanje in vrednotenje postavljenih hipotez. Vsaka hipoteza bo vrednotena glede na stopnjo strinjanja s trditvami, ki se navezujejo na timsko delo in na koncu raziskovalnega dela potrjena ali ovržena.

Osrednji cilji raziskave v magistrski nalogi so: (i) ugotoviti družbeno dinamiko v zdravstvenih timih, (ii) preučiti vodenje in komunikacijo v timu in (iii) raziskati vpliv timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene obravnave pacientov.

V raziskovalnem delu se osredotočim samo na najštevilčnejši poklicni skupini v zdravstvu, zdravnike in medicinske sestre, ki delujejo v različnih zdravstvenih organizacijah znotraj timov za obvladovanje bolnišničnih okužb.

3.4 Postavitev raziskovalnih hipotez

Na primeru zdravstvenih timov za obvladovanje bolnišničnih okužb v magistrski nalogi postavim naslednje raziskovalne hipoteze, ki jih bom preverjala skozi raziskovalno delo:

H1 Tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge.

H2 V timu se vzpostavljajo hierarhični odnosi.

H3 Vodja tima mora obvladati managerske spretnosti.

H4 Varnostni zapleti v zdravstvu so posledica slabe komunikacije v timu.

H5 Timska obravnava pacienta vpliva na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe.

H6 Delo v timu zmanjšuje raven stresa na delovnem mestu.

3.5 Metodologija raziskave

Odločim se za kvantitativno raziskovanje timskega dela. Raziskavo opravi s pomočjo metode anketiranja. Za raziskavo pripravim raziskovalni instrument v obliki spletnega anketnega vprašalnika. Pri tem mi je v pomoč orodje za izdelavo spletnih anket 1KA, ki je prosto dostopno vsem uporabnikom javnega in nevladnega neprofitnega sektorja.

Do orodja dostopam preko URL spletnega naslova. Dostopno je na strežniku Centra za družboslovno informatiko (CDI), Fakultete za družbene vede, Univerze v Ljubljani. Prednost spletne ankete 1KA je, da ponuja številne možnosti zbiranja in upravljanja s podatki: pregledovanje, združevanje, filtriranje, izvoz podatkov v SPSS, Excel in tekstovno datoteko. Omogoča tudi analize podatkov, izdelavo grafikonov, tabel in poročil.

Za potrebe raziskave za začetek pripravim osnutek raziskovalnega instrumenta na papirju. Odločim se za anketni vprašalnik, ki bo vseboval trditve, ki se nanašajo na timsko delo in so povzete iz teoretičnega dela. Do teh trditev se bodo morali anketiranci opredeliti na petstopenjski Likertovi lestvici. Pri vprašanjih zaprtega tipa bodo anketiranci odgovarjali z izbiro stopnje strinjanja pri čemer 1 pomeni popolnoma se strinjam in 5 sploh se ne strinjam.

Pripravim tudi uvodni nagovor, v katerem povabim anketirance k sodelovanju. S tem želim pri njih vzpodbuditi zanimanje za tematiko obravnavano v spletnem vprašalniku in si zagotoviti njihovo pripravljenost sodelovanja v spletni anketi. Na koncu napišem zahvalo, v kateri se anketirancem zahvalim za sodelovanje. Načrtujem, da bom z anketo pridobila vzorec, ki bo zajemal stališča vsaj 30-ih anketiranih zdravnikov in medicinskih sester, ki delujejo v zdravstvenih timih. Na podlagi pridobljenih odgovorov bom dobila temeljni okvir, ki bo podlaga za proučevanje timske organiziranosti dela v zdravstvenih organizacijah.

3.6 Predstavitev raziskovalnega instrumenta

Za zbiranje podatkov s spletnim anketiranjem si izberem uporabniku prijazno sodobno programsko orodje za oblikovanje in izvedbo spletnih anket 1KA. Pred izvedbo raziskave najprej pripravim poskusni anketni vprašalnik, ki je sprva vsebinsko zasnovan tako, da vsebuje 25 različnih trditev, ki se vse nanašajo na timsko delo v zdravstvu.

Poskusni vprašalnik pred objavo na spletu preizkusim na manjšem populacijskem vzorcu sestavljenem iz treh zdravnikov in treh medicinskih sester. S poskusnim vprašalnikom želim pri anketirancih preveriti razumevanje trditev in čas, ki ga potrebujejo za izpolnjevanje ankete. Pri tem ugotovim, da hitri preskoki iz enega problema na drug problem zbegajo anketirance in zmanjšujejo njihovo osredotočenost na posamezno trditev, zato kasneje vprašalnik popravim in prilagodim.

Anketiranci, ki so izpolnjevali poskusni vprašalnik, so vprašalnik v nadaljevanju tudi ovrednotili. Njihovo mnenje, predloge in pobude kasneje upoštevam pri oblikovanju zadnje verzije anketnega vprašalnika. Tokrat se odločim, da zaradi preglednosti in nazornosti razvrstim trditve v pet tematskih sklopov s po petimi trditvami, ki opisujejo problematiko posameznega sklopa. S tem zaokrožim posamezno temo obravnavanega raziskovalnega problema v celoto in povečam osredotočenost anketirancev na posamezen raziskovalni problem.

Pri vsebinskem oblikovanju anketnega vprašalnika se opiram na teoretična znanstvena spoznanja relevantna za raziskovalni problem in na svoje poznavanje proučevanih pojavov. Pri tem uporabim splošne pojme, spoznanja in trditve, ki se nanašajo na delo v timu. Pri vsebinskem oblikovanju anketnega vprašalnika upoštevam načelo stopnjevanja problematike in postopnega prehajanja od enostavnih k zahtevnejšim trditvam, da se anketiranci postopno seznanijo s problematiko timskega dela in uživajo v raziskovalni problem.

Pri trditvah ponujenih v anketnem vprašalniku se izogibam trditvam, ki bi lahko vplivale na presojo anketirancev, ga zavedle ali celo odvrnile od reševanja ankete. Oblikujem anketna vprašanja zaprtega tipa z vnaprej ponujenimi trditvami, ki se nanašajo na raziskovalni problem timskega dela. Do ponujenih trditvam se bodo morali anketiranci opredeliti na petstopenjski Likertovi lestvici, ki se bo stopnjevala: zelo se strinjam, se strinjam, sem neodločen, se ne strinjam in močno se ne strinjam. V spletni anketi bodo imeli anketiranci možnost s pomočjo petih izbirnih gumbov izbrati enega izmed petih možnih odgovorov.

Pri stilističnem oblikovanju spletnega vprašalnika poskušam upoštevati osnovna priporočila; naj bo vprašalnik kratek, jedrnat, pregleden, enostaven, razumljiv in prilagojen opazovani populaciji. Vprašalnik vsebuje petindvajset trditvam, ki so zaradi preglednosti razvrščene v naslednjih pet tematskih sklopov: vloga tima, družbena dinamika v timu, vodenje tima, komunikacija v timu ter varnost in kakovost timskega dela. Vsak tematski sklop ima pet trditvam, ki nazorno opisujejo določeno problematiko v timu in smiselno zaokrožujejo posamezno področje timskega dela.

Prvi sklop trditvam se nanaša na vlogo tima. Anketiranci se morajo na petstopenjski Likertovi lestvici opredeliti do pomena različnih vlog in lastnosti, ki jih pripisujejo timskega delu. Drugi sklop se osredotoča na družbeno dogajanje v timu. V tem sklopu anketiranci ocenjujejo medsebojno poklicno sodelovanje v zdravstvu, medsebojno zaupanje, medsebojne odnose v timu in možnost odločanja o skupnih zadevah v timu.

Na koncu se morajo anketiranci opredeliti do trditvam, ki se nanašajo na prispevke posameznega člana v timu in do skupnih dosežkov tima. Tretji sklop vsebuje trditvam s področja vodenja tima. V tem sklopu se morajo anketiranci opredeliti do trditvam, ki se nanašajo na vodjo tima, njegove managerske sposobnosti, spretnosti vodenja,

komuniciranja, oblikovanja skupnih ciljev in vizije. Zanima me tudi, kako so naravnani do sprejemanja odgovornosti za rezultate timskega dela.

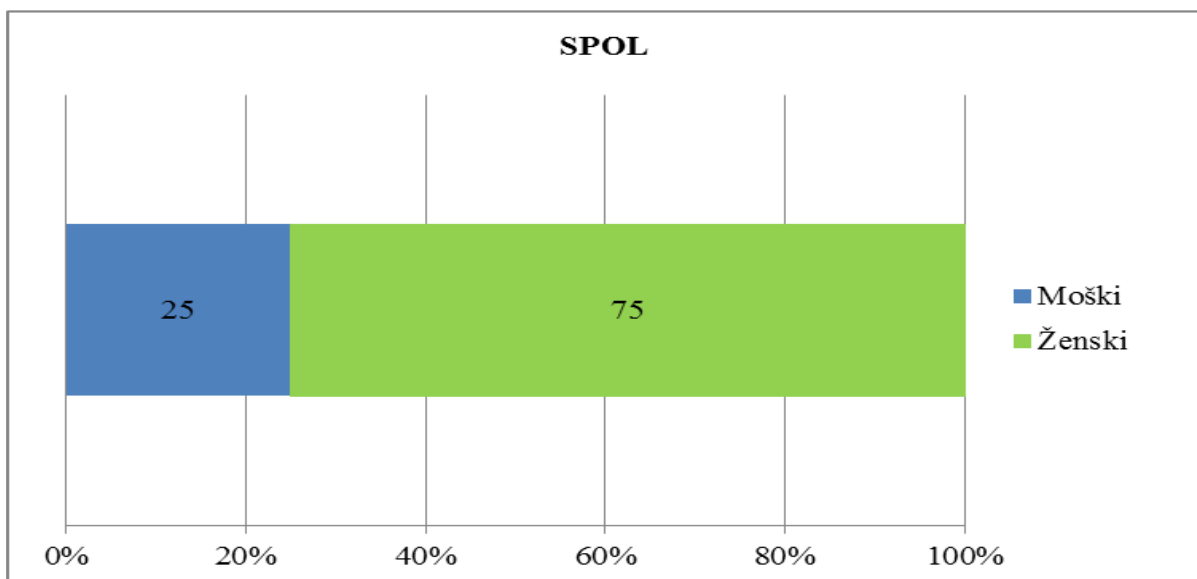
Četrty sklop trditev se nanaša na komunikacijo, izmenjavo informacij in reševanja konfliktov v timu ter ugotavljanja timskega soglasja. Peti sklop se osredotoča na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe pacienta, na ocenjevanje tveganj v povezavi s timskim delom in na poročanje o napakah v zdravstvu. Sledijo vprašanja o demografskih podatkih anketirancev, ki se nanašajo na spol, poklicno vlogo in izobrazbeno strukturo. Celoten anketni vprašalnik se nahaja med prilogami.

3.7 Opis vzorca

V raziskavo vključim zdravnike in medicinske sestre, ki so zaposleni v petih slovenskih bolnišnicah. Za potrebe raziskave uporabim ciljno populacijo medicinskih sester in zdravnikov, ki skupaj sodelujejo v zdravstvenih timih za obvladovanje bolnišničnih okužb. Vsi anketiranci so člani Slovenskega društva za bolnišnično higieno, ki je raziskavo odobrilo in podprlo. Anketiranci so bili izbrani iz celotnega seznama članov društva. V spletno anketo so bili anketiranci povabljeni po predhodnem telefonskem presejalnem intervjuju. Z intervjujem sem preverjala njihovo aktivnost v zdravstvenih timih. Pogoj za sodelovanje anketirancev v anketi je bil, da so aktivni člani zdravstvenih timov in vključeni v tim za obvladovanje bolnišničnih okužb v eni izmed slovenskih bolnišnic.

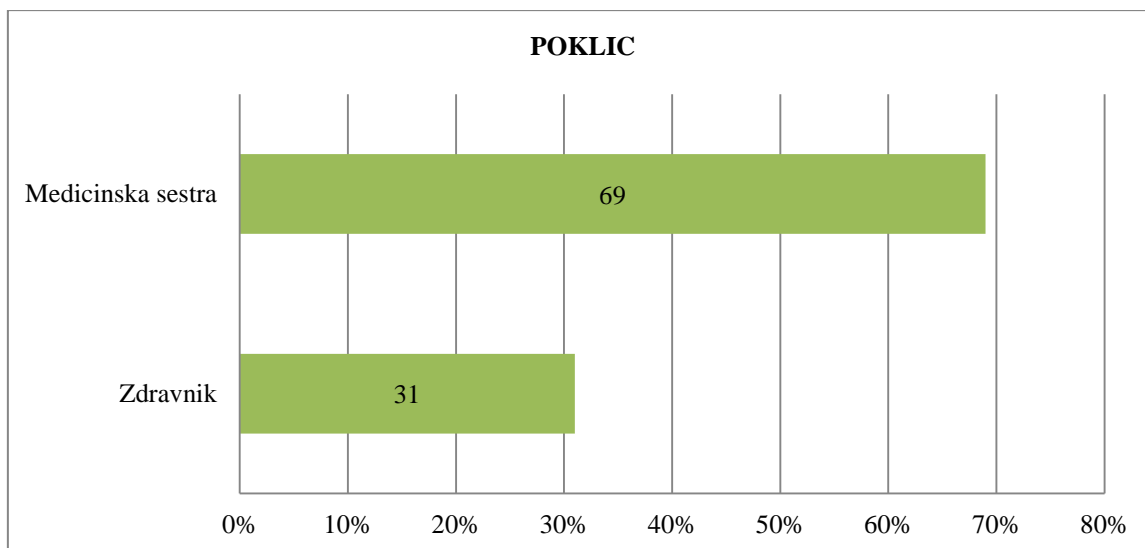
Vzorec anketirancev najprej predstavim in opišem z demografskimi podatki. Opazovana populacija obsega 32 anketirancev od tega 25 % (8) moških in 75 % (24) žensk. Podrobna struktura anketirancev, ki se nanaša na njihov spol je prikazana na Sliki 1.

Slika 1: Strukture anketirancev po spolu izražena v odstotkih



Glede na poklicno strukturo je opazovani populacijski vzorec sestavljalo 31 % (10) zdravnikov in 69 % (22) medicinskih sester. Poklicno strukturo anketirancev izraženo v odstotkih prikazuje Slika 2.

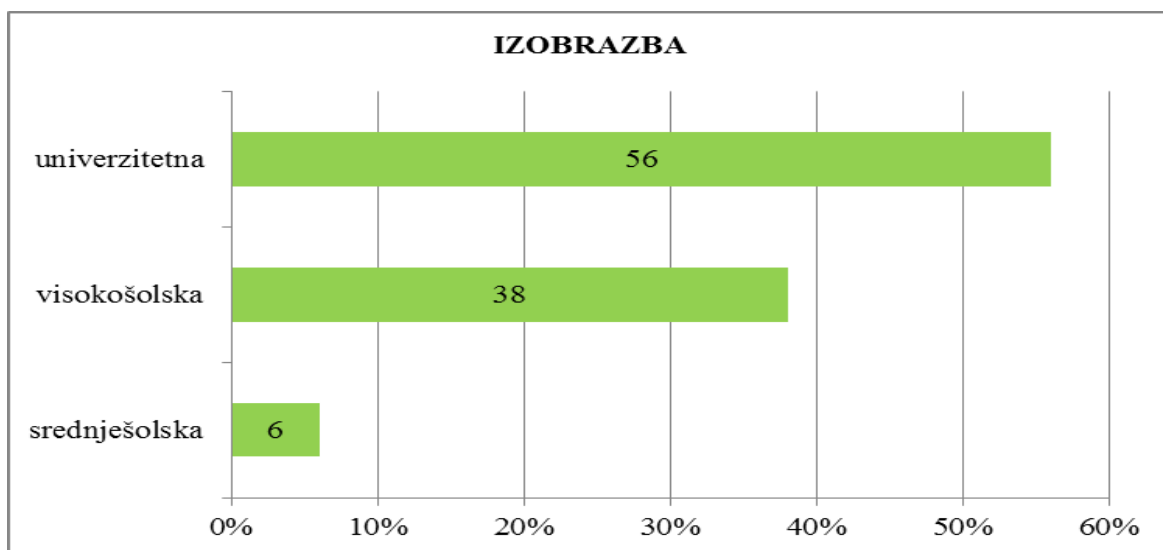
Slika 2: Poklicna struktura anketirancev izražena v odstotkih



Izobrazbena struktura anketirancev je sledeča: 56 % (18) anketirancev ima univerzitetno izobrazbo, 38 % (12) visokošolsko izobrazbo in 6 % (2) srednješolsko izobrazbo. Podroben prikaz izobrazbene strukture anketirancev izražene v odstotkih ponazarja Slika 3.

V opazovanem populacijskem vzorcu prevladujejo ženske z univerzitetno izobrazbo, večino predstavljajo medicinske sestre.

Slika 3: Izobrazbena struktura anketirancev izražena v odstotkih



3.8 Izvedba raziskave

Raziskava je potekala v času od 18.–28.06.2016, skupaj je trajala 10 dni. Pri izvedbi raziskave sem uporabila metodo zbiranja podatkov s pomočjo aplikacije za izvedbo spletnih anket 1KA, ki je širše dostopna uporabnikom. Za metodo spletnega anketiranja sem se odločila, ker omogoča gospodarno zbiranje informacij za kvantitativno in kvalitativno analizo, posploševanje rezultatov in lažje doseže zadostno število anketirancev. Poleg naštetega ima spletna anketa še številne druge prednosti, kot so lažji dostop do ciljne populacije in možnost izpolnjevanja anketnega vprašalnika v času, ki je prilagojen posameznemu anketirancu.

Spletna anketa in povabilo k sodelovanju sta bila po elektronski pošti preko URL naslova distribuirana ciljnim anketirancem. Na seznamu prejemnikov spletne ankete so bile medicinske sestre in zdravniki iz petih slovenskih bolnišnic, vsi člani tima za obvladovanje bolnišničnih okužb. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno.

Spletna anketa je vsebovala pet sklopov vprašanj zaprtega tipa, ki so predstavljala trditve povezane s timskim delom, do katerih so se morali anketiranci opredeliti na petstopenjski Likertovi lestvici. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na opredeljevanje vloge tima, drugi sklop na družbeno dinamiko v timu, tretji sklop na vodenje tima, četrti sklop na komunikacijo v timu in zadnji sklop na zaznavanje varnosti in kakovosti dela v timu.

Sledila je zbiranje demografskih podatkov o anketirancih, ki je vsebovalo vprašanja zbirnega tipa, ki so bila namenjena zbiranju podatkov o spolu, poklicu in izobrazbi, pri katerih so anketiranci izbrali enega izmed ponujenih odgovorov Primernost in razumljivost trditev v anketnem vprašalniku sem predhodno preverila na manjšem populacijskem vzorcu.

3.9 Obdelava zbranih podatkov

V analizo zbranih podatkov so bili vključeni vsi odgovori anketirancev na posamezne tematske sklope. Podatki so bili obdelani s pomočjo aplikacije 1KA, ki se nahaja na številnih strežnikih in je zasnovana za številne spletne platforme in tako širše dostopna.

Zasnovana je v odprtokodnem programskem jeziku PHP in za upravljanje podatkovnih baz uporablja odprtokodno rešitev MySQL, ki podatke obdeluje s pomočjo jezika SQL in za upravljanje vsebin urejevalnika CK Editor (4.4.7) in Tiny MCE.

Za statistične analize uporablja aplikacija 1KA program R, za generiranje grafov se uporablja PHP knjižnica p Chart. Za zunanjo lupino uporablja Sisplet CMS (sistem za upravljanje z vsebinami), kjer se izvaja registracija in se nahajajo zunanje vsebine.

4 REZULTATI

4.1 Prikaz rezultatov raziskave

V nadaljevanju so prikazani rezultati anketnega vprašalnika po posameznih tematskih sklopih, ki vsebujejo trditve, ki se nanašajo na pet ključnih elementov dela v zdravstvenih timih: vlogo tima, družbeno dinamiko v timu, vodenje tima, komunikacijo v timu ter varnost in kakovost timskega dela.

4.1.1 Vloga tima

V zdravstvenem timu predstavniki različnih poklicnih skupin v okviru svojih poklicnih kompetenc prevzemajo različne vloge in aktivno sodelujejo v delovnih procesih zdravstvene oskrbe. S prvim sklopom trditev povezanih z vlogo tima, sem želela oceniti vlogo, ki jo zdravstvenim timom pripisujeta poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov. Trditve v anketnem vprašalniku povzemajo teoretična spoznanja o vlogi timov v organizacijah.

Anketiranci so ocenjevali pet trditev, ki se nanašajo na vlogo tima. Na prvi sklop trditev sem prejela odgovore 31 anketirancev. V nadaljevanju je predstavljeno njihovo strinjanje s trditvami.

S prvo trditvijo »tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge« se je zelo strinjalo 65 % (20) in strinjalo 16 % (5) anketirancev. Neodločenih je bilo 16 % (2), 10 % (3) se jih ni strinjalo in 3 % (1) so izrazili močno nestrinjanje.

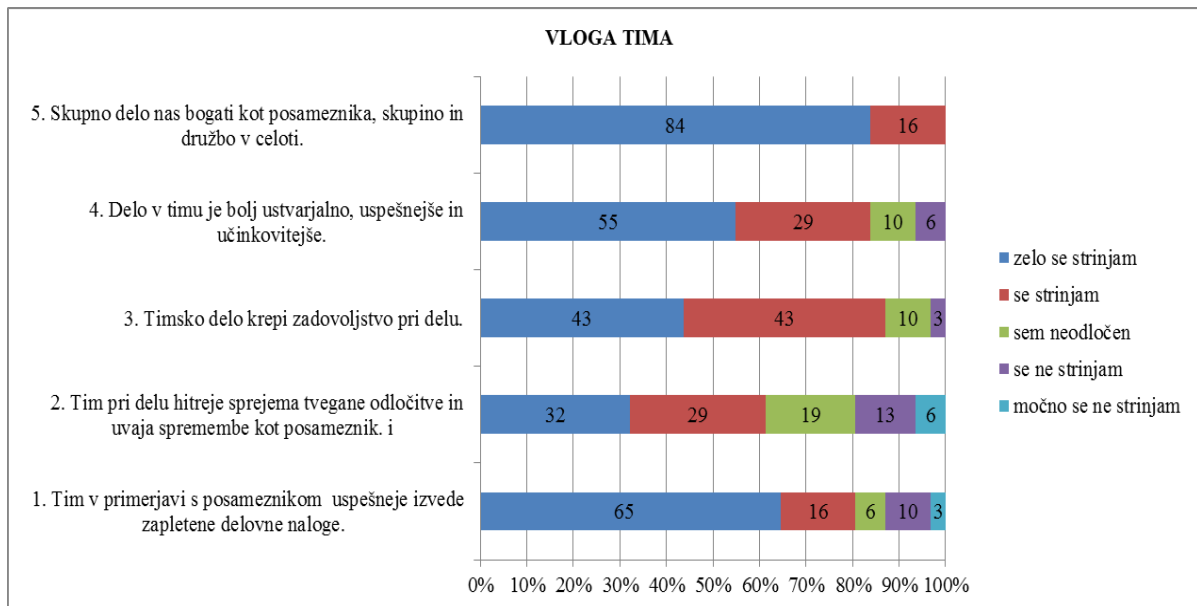
Z drugo trditvijo »tim pri delu hitreje sprejema tvegane odločitve in uvaja spremembe kot posameznik« se je zelo strinjalo 32 % (10), 29 % (9) anketirancev se je strinjalo in 19 % (6) je bilo neodločenih. 13 % (4) anketirancev se ni strinjalo in 6 % (2) jih je izrazilo močno nestrinjanje.

S tretjo trditvijo »timsko delo krepi zadovoljstvo pri delu se je zelo strinjalo 43 % (13) in strinjalo 43 % (13) anketirancev. Neodločenih je bilo 10 % (3) in 3 % (1) se niso strinjali.

S četrto trditvijo »delo v timu je bolj ustvarjalno, uspešnejše in učinkovitejše« se je zelo strinjalo 55 % (17) in strinjalo 29 % (9) anketirancev. Neodločenih je bilo 10 % (3) in 6 % (2) se ni strinjalo s trditvijo.

S peto trditvijo »skupno delo nas bogati kot posameznika, skupino in družbo« se je zelo strinjalo 84 % (26) in strinjalo 16 % (5) anketirancev, medtem ko nestrinjanj ni bilo. Slika 4 prikazuje odstotek strinjanja anketirancev s posamezno trditvijo prvega sklopa vprašanj, ki se nanašajo na vlogo tima.

Slika 4: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - vloga tima



4.1.2 Družbena dinamika v timu

V drugem sklopu trditev povezanih z družbeno dinamiko v timu, so anketiranci ocenjevali medsebojno sodelovanje, medsebojne odnose, medsebojno zaupanje in možnost odločanja o skupnih zadevah tima. Anketiranci so se opredelili do petih trditev, ki se nanašajo na družbeno dogajanje v timu. Na drugi sklop trditev je odgovorilo 31 anketirancev. V nadaljevanju so predstavljeni njihovi odgovori.

S prvo trditvijo »sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvu je zelo dobro« se je zelo strinjalo 58 % (18) in strinjalo 13 % (4) anketirancev. Neodločenih je bilo 6 % (2) in 23 % (7) se jih ni strinjalo. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

Z drugo trditvijo »člani zdravstvenega tima si medsebojno zaupamo« se je zelo strinjalo 42 % (13) in strinjalo 32 % (10) anketirancev. Neodločenih je bilo 13 % (4) in 13% (4) se jih ni strinjalo. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

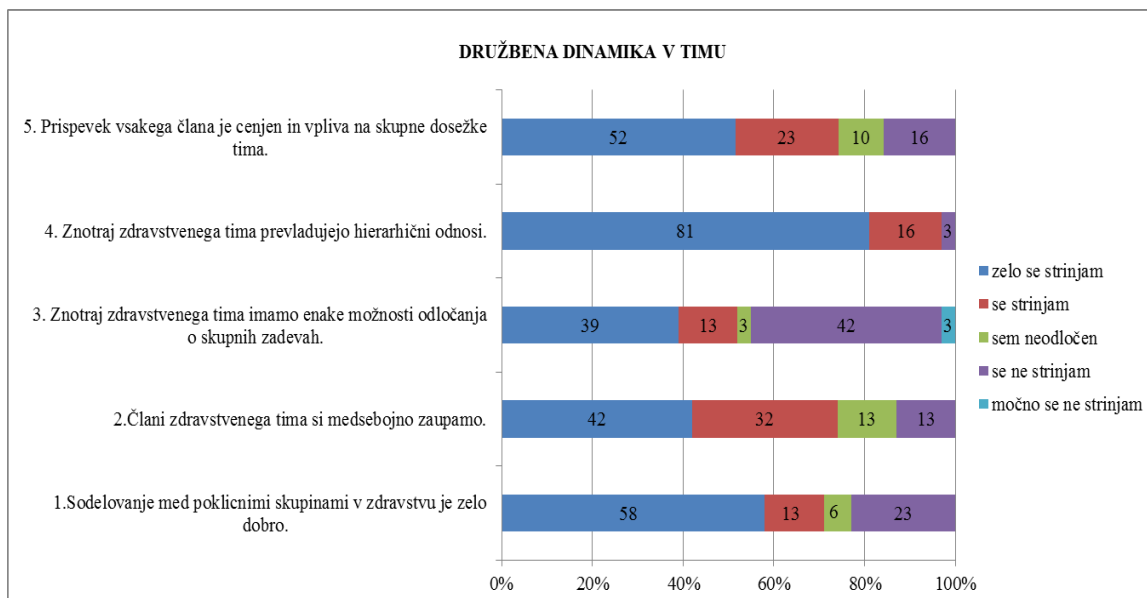
S tretjo trditvijo »znotraj zdravstvenega tima imamo enake možnosti odločanja o skupnih zadevah« se je zelo strinjalo 39 % (12) in strinjalo 13 % (4) anketirancev. Neodločenih je bilo 3 % (1), 42 % (13) se jih ni strinjalo in 3 % (1) se jih močno ni strinjalo s trditvijo.

S četrto trditvijo »znotraj zdravstvenega tima prevladujejo hierarhični odnosi« se je zelo strinjalo 81 % (25) in strinjalo 16 % (5) anketirancev. Neodločenih ni bilo, 3 % (1) se ni strinjal. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

S peto trditvijo »prispevek vsakega člana je cenjen in vpliva na skupne dosežke« se je zelo strinjalo 52 % (16) in strinjalo 23 % (7) anketirancev. Neodločenih je bilo 10 % (3). 16 % (5) se jih ni strinjalo. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

Slika 5 prikazuje odstotek strinjanja anketirancev s posamezno trditvijo, ki se nanaša na drugi sklop vprašanj s področja družbene dinamike v timu.

Slika 5: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami – družbena dinamika v timu



4.1.3 Vodenje tima

Tretji sklop trditev se nanaša na vodenje tima. Na tretji sklop trditev je odgovorilo 30 anketirancev. Anketiranci so se morali opredeliti do petih trditev, ki se nanašajo na vodenje tima. Zanimalo me je, kaj določa vodjo, katere ključne lastnosti mora imeti vodja tima in katerim spretnostim pripisujeta poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov večji pomen pri vodenju tima; strokovnim znanjem povezanim z zdravstvom ali managerskim znanjem. Trditve v anketnem vprašalniku povzemajo teoretična spoznanja o vodenju timov v organizacijah.

S prvo trditvijo »vodenje tima prevzame tisti, ki ima najvišjo izobrazbo in položaj v organizaciji« se je zelo strinjalo 57 % (17) in strinjalo 17 % (5) anketirancev. Neodločenih ni bilo. S trditvijo se ni strinjalo 27 % (8) anketirancev. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

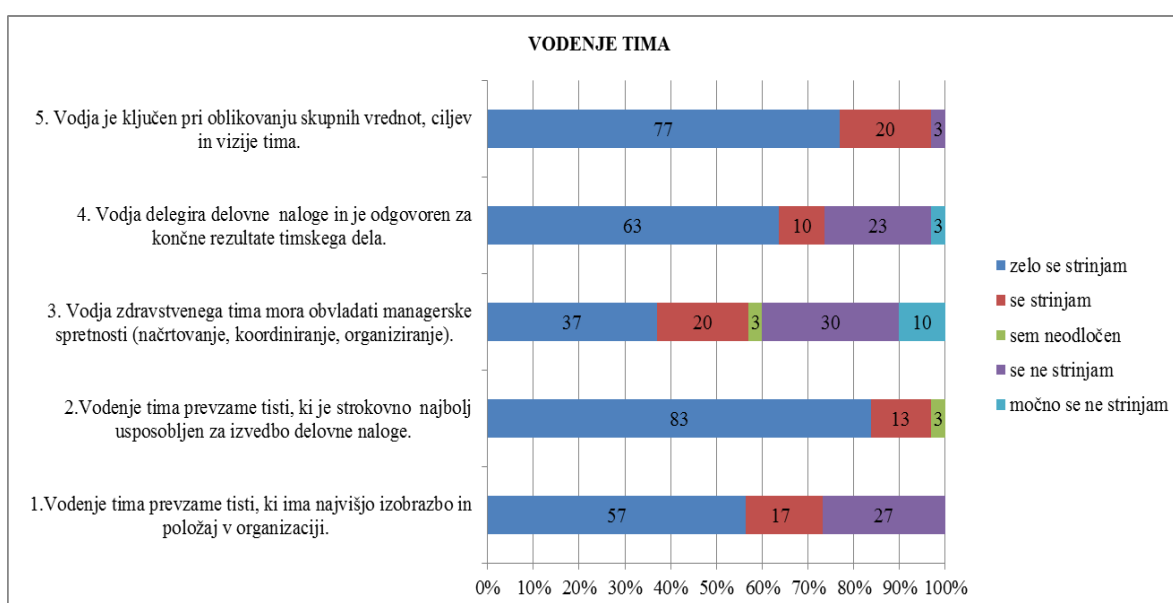
Z drugo trditvijo »vodenje tima prevzame tisti, ki je strokovno najbolj usposobljen za izvedbo delovne naloge« se je zelo strinjalo 83 % (25) in strinjalo 13 % (4) anketirancev. Neodločen je bil en anketiranec (3 %). Nestrinjanja in močnega nestrinjanja s trditvijo ni izrazil nihče.

S tretjo trditvijo »vodja zdravstvenega tima mora obvladati managerske spretnosti« se je zelo strinjalo 37 % (11) in strinjalo 20 % (6) anketirancev. Neodločenih je bilo 3 % (1), s trditvijo se ni strinjalo 30 % (9), močno se ni strinjalo 10 % (3) anketirancev.

S četrto trditvijo »vodja delegira delovne naloge in je odgovoren za končne rezultate timskega dela« se je zelo strinjalo 63 % (19) in strinjalo 10 % (3) anketirancev. Neodločenih ni bilo. S trditvijo se ni strinjalo 23 % (7) anketirancev in 3 % (1) se jih močno ni strinjalo.

S peto trditvijo »vodja je ključen pri oblikovanju skupnih vrednot, ciljev in vizije tima« se je zelo strinjalo 77 % (23) in strinjalo 20 % (6) anketirancev. Neodločenih ni bilo. Eden anketiranec (3 %) se ni strinjal. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni izrazil nihče. Slika 6 nazorno prikazuje odstotek strinjanja anketirancev s trditvami o vodenju tima.

Slika 6: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami - vodenje tima



4.1.4 Komunikacija v timu

V četrtem sklopu anketnega vprašalnika so se morali zdravniki in medicinske sestre opredeliti do trditvev, ki se navezuje na medsebojno izmenjavo informacij, odnose pri komuniciranju, doseganje timskega soglasja in konflikte v timu. Trditve v anketnem vprašalniku povzemajo teoretična spoznanja o komunikaciji v timu. Na četrti sklop trditvev je odgovorilo 31 anketirancev. V nadaljevanju so predstavljeni odgovori anketirancev, ki so se morali opredeliti do petih trditvev povezanih s komunikacijo v timu.

S prvo trditvijo »komunikacija med vodjo in člani tima mora biti dvosmerna, odprta in pozitivno naravnana« se je zelo strinjalo 87 % (27) in strinjalo 13 % (4) anketirancev. Neodločenih, ne strinjanj in močnih ne strinjanj ni bilo.

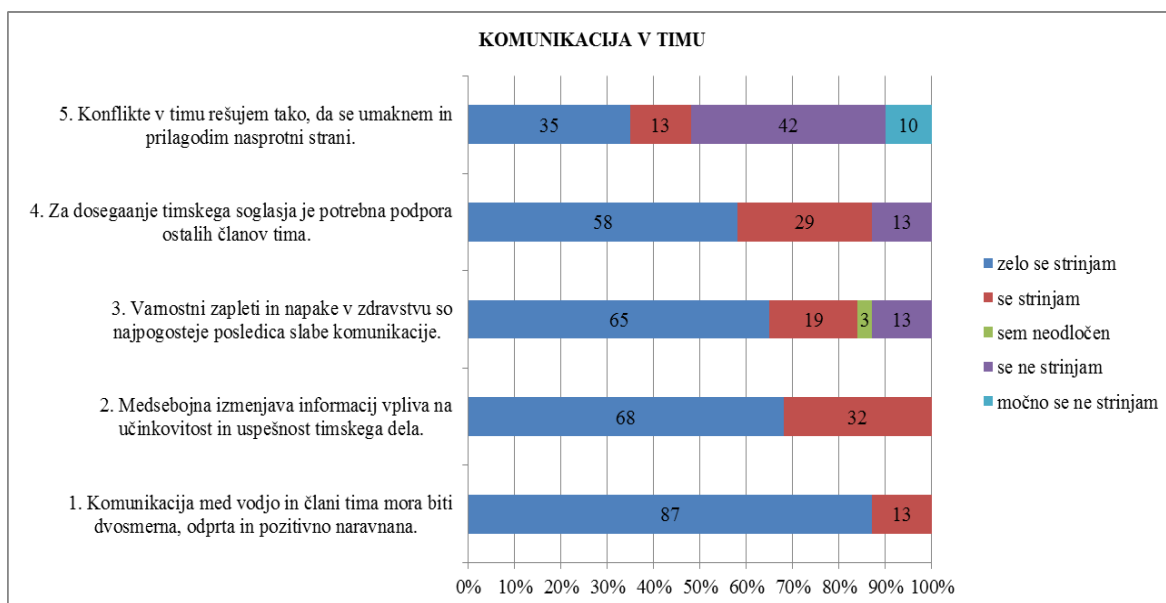
Z drugo trditvijo »medsebojna izmenjava informacij vpliva na učinkovitost in uspešnost timskega dela« se je zelo strinjalo 68 % (21) in strinjalo 32 % (10) anketirancev. Neodločenih, ne strinjanj in močnih ne strinjanj ni bilo.

S tretjo trditvijo »varnostni zapleti in napake v zdravstvu so najpogosteje posledica slabe komunikacije« se je zelo strinjalo 65 % (20) in strinjalo 19 % (6) anketirancev. Neodločenih je bilo 3 % (1), 13 % (4) se jih ni strinjalo, močnih ne strinjanj ni bilo.

S četrto trditvijo »za doseganje timskega soglasja je potrebna podpora ostalih članov tima« se je zelo strinjalo 58 % (18) in strinjalo 29 % (9) anketirancev. Neodločenih ni bilo. S trditvijo se jih ni strinjalo 13 % (4). Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

S peto trditvijo »konflikte v timu rešujem tako, da se umaknem in prilagodim nasprotni strani« se je zelo strinjalo 35 % (11) in strinjalo 13 % (4) anketirancev. Neodločenih ni bilo. S trditvijo se ni strinjalo 42 % (13) anketirancev, močno nestrinjanje je izkazalo 10 % (3) anketirancev. Slika 7 prikazuje odstotek strinjanja anketirancev s trditvami, ki se nanašajo na komunikacijo v timu.

Slika 7: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami – komunikacija v timu



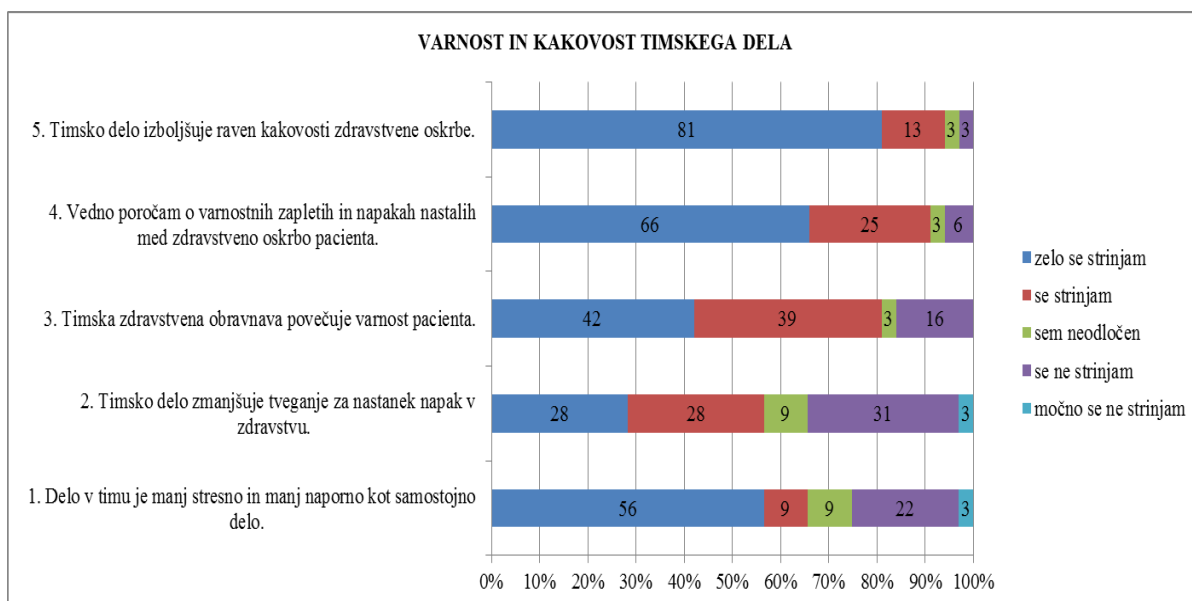
4.1.5 Varnost in kakovost timskega dela

Varnost in kakovost sta temeljni vodili zdravstvenega varstva. Timsko delo je ključno za zmanjševanje tveganja za nastanek varnostnih zapletov in incidentov v zdravstvu. Varna in kakovostna zdravstvena oskrba ima neposreden vpliv na pacientovo zdravje in končni izid zdravljenja. Varnost in kakovost zdravstvenega varstva vplivata tudi na zmanjševanje stroškov zdravstvene obravnave in učinkovitejšo izrabo finančnih virov, ki jih družba namenja za zdravstveno varstvo.

Z zadnjim sklopom trditev sem preverjala kako zdravniki in medicinske sestre dojemajo varnost in kakovost v povezavi s timskim delom, odgovorilo je 32 anketirancev. Zanimalo me je ali zaznavajo delo v timu kot manj stresno v primerjavi s samostojnim delom, ali

povezujejo timsko delo z zmanjševanjem napak in povečanjem varnosti za paciente. Nadalje so se morali anketiranci opredeliti do poročanja o napakah nastalih med zdravstveno oskrbo pacientov in do trditve, da timsko delo vpliva na povečano varnost in kakovost zdravstvene oskrbe. Slika 8 podrobneje prikazuje odstotek strinjanja anketirancev s trditvami, ki se nanašajo na varnost in kakovost timskega dela.

Slika 8: Prikaz strinjanja anketirancev s trditvami – varnost in kakovost timskega dela



S prvo trditvijo »delo v timu je manj stresno in manj naporno kot samostojno delo« se je zelo strinjalo 56 % (18) in strinjalo 9 % (3) anketirancev. Neodločenih je ostalo 9 % (3), 22 % (7) se jih ni strinjalo in 3 % (1) se jih močno ni strinjalo.

Z drugo trditvijo »timsko delo zmanjšuje tveganje za nastanek napak v zdravstvu« se je zelo strinjalo 28 % (9) in strinjalo 28 % (9) anketirancev. Neodločenih je bilo 9 % (3). S trditvijo se ni strinjalo 31 % (10) anketirancev in 3 % (1) se močno ni strinjalo.

S tretjo trditvijo »timska zdravstvena obravnava povečuje varnost pacienta« se je zelo strinjalo 42 % (13) in strinjalo 39 % (12) anketirancev. Neodločen je bil en (3 %) anketiranec, 16 % (5) se jih ni strinjalo. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

S četrto trditvijo »vedno poročam o varnostnih zapletih in napakah nastalih med zdravstveno oskrbo pacientov« se je zelo strinjalo 66 % (21) in strinjalo 25 % (8) anketirancev. Neodločen je bil en (3 %), nestrinjanje sta izrazila dva (6 %) anketiranca. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

S peto trditvijo »timsko delo izboljšuje raven kakovosti zdravstvene oskrbe« se je zelo strinjalo 81 % (26) in strinjalo 13 % (4) anketirancev. Neodločen je bil en (3 %), ni se strinjal en (3 %) anketiranec. Močnega nestrinjanja s trditvijo ni bilo.

4.2 Analiza rezultatov raziskave

Sledi analiza rezultatov opravljene raziskave po posameznih tematskih sklopih. Rezultati opravljene ankete so prikazani v petih preglednih tabelah, ki prikazujejo podvprašanja oziroma trditve do katerih so se morali anketiranci opredeliti, moč strinjanja anketirancev s posamezno trditvijo na petstopenjski Likertovi lestvici, nadalje število veljavnih odgovorov, število odgovorov, povprečje in standardni odklon.

Tabela 1 prikazuje pregled in analizo odgovorov anketirancev na prvi sklop trditev, ki se nanašajo na vlogo tima.

Tabela 1: Preglednica odgovorov anketirancev - vloga tima

VLOGA TIMA								
1. Sklop	Odgovori:					Veljavni:	Št. enot:	
Trditve:	Zelo se strinjam	Se strinjam	Sem neodločen	Se ne strinjam	Močno se ne strinjam	Skupaj		
1. Tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge.	20 (65%)	5 (16%)	2 (6%)	3 (10%)	1 (3%)	31 (100%)	31	32
2. Tim pri delu hitreje sprejema tvegane odločitve in uvaja spremembe.	10 (32%)	9 (29%)	6 (19%)	4 (13%)	2 (6%)	31 (100%)	31	32
3. Timsko delo krepi zadovoljstvo pri delu.	13 (43%)	13 (43%)	3 (10%)	1 (3%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32
4. Delo v timu je bolj ustvarjalno, uspešnejše in učinkovitejše.	17 (55%)	9 (29%)	3 (10%)	2 (6%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
5. Skupno delo nas bogati kot posameznika, skupino in družbo v celoti.	26 (84%)	5 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32

V prvem tematskem sklopu so medicinske sestre in zdravniki ocenjevali trditve povezane z vlogo tima. Rezultati odgovorov na anketna vprašanja so naslednji: 61% vprašanih anketirancev ocenjuje, da tim hitreje sprejema tvegane odločitve in uvaja spremembe kot posameznik. 86 % vprašanih anketirancev se strinja s trditvijo, da timsko delo

povečuje zadovoljstvo pri delu. Da je delo v timu bolj ustvarjalno, uspešnejše in učinkovitejše potrди 84 % anketirancev.

Vsi anketiranci (100 %) so se strinjali s trditvijo, da jih timsko delo bogati kot posameznike, skupino in družbo. Kar 81 % medicinskih sester in zdravnikov potrди trditev, da ima tim v primerjavi s posameznikom več znanja in moči, da izvede zapletene delovne naloge.

Prva postavljena hipoteza se glasi »tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge«. Na podlagi vrednotenja odgovorov zbranih v spletni anketi se prva hipoteza potrди.

Tabela 2 predstavlja podroben pregled in analizo odgovorov anketirancev na sklop trditev, ki se nanašajo na družbeno dinamiko v timu.

Tabela 2: Preglednica odgovorov anketirancev – družbena dinamika v timu

DRUŽBENA DINAMIKA V TIMU								
2. Sklop	Odgovori:						Veljavni:	Št. enot:
Trditve:	Zelo se strinjam	Se strinjam	Sem neodločen	Se ne strinjam	Močno se ne strinjam	Skupaj		
1. Sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvu je zelo dobro.	18 (58%)	4 (13%)	2 (6%)	7 (23%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
2. Člani zdravstvenega tima si medsebojno zaupajo.	13 (42%)	10 (32%)	4 (13%)	4 (13%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
3. Znotraj zdravstvenega tima imamo enake možnosti odločanja.	12 (39%)	4 (13%)	1 (3%)	13 (42%)	1 (3%)	31 (100%)	31	32
4. Znotraj zdravstvenega tima prevladujejo hierarhični odnosi.	25 (81%)	5 (16%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
5. Prispevek vsakega člana je cenjen in vpliva na skupne dosežke tima.	16 (52%)	7 (23%)	3 (10%)	5 (16%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32

V drugem tematskem sklopu so medicinske sestre in zdravniki ocenjevali trditve povezane z družbeno dinamiko tima. Analiza odgovorov anketirancev na sklop trditev, ki se nanašajo na družbeno dinamiko v timu je sledeča: 71 % zdravnikov in medicinskih sester ocenjuje med poklicno sodelovanje kot zelo dobro. 74 % anketirancev ocenjuje, da si v timu

medsebojno zaupajo in 52 % jih je mnenja, da imajo v timu vsi enake možnosti odločanja o skupnih zadevah.

Da tim ceni prispevek posameznika in da ta vpliva na skupne dosežke tima potrdi 75 % anketirancev. S trditvijo, ki pravi, da znotraj zdravstvenega tima prevladujejo hierarhični odnosi potrdi večina (97 %) anketirancev.

Druga postavljena hipoteza se glasi: »v zdravstvenem timu se vzpostavljajo hierarhični odnosi«. Na podlagi prevladujočega mnenja anketirancev in vrednotenja odgovorov zbranih v anketi, se potrdi tudi druga postavljena hipoteza.

V tretjem tematskem sklopu so medicinske sestre in zdravniki ocenjevali trditve povezane z vodenjem tima. Tabela 3 prikazuje pregled in analizo odgovorov anketirancev na trditve s področja vodenja tima.

Tabela 3: Preglednica odgovorov anketirancev - vodenje tima

VODENJE TIMA								
3. Sklop	Odgovori:						Veljavni:	Št. enot:
Trditve:	Zelo se strinjam	Se strinjam	Sem neodločen	Se ne strinjam	Močno se ne strinjam	Skupaj		
1. Vodenje tima prevzame tisti, ki ima najvišjo izobrazbo in položaj v organizaciji.	17 (57%)	5 (17%)	0 (0%)	8 (27%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32
2. Vodenje tima prevzame tisti, ki je strokovno najbolj usposobljen.	25 (83%)	4 (13%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32
3. Vodja zdravstvenega tima mora obvladati managerske spretnosti.	11 (37%)	6 (20%)	1 (3%)	9 (30%)	3 (10%)	30 (100%)	30	32
4. Vodja delegira delovne naloge in je odgovoren za rezultate timskega dela.	19 (63%)	3 (10%)	0 (0%)	7 (23%)	1 (3%)	30 (100%)	30	32
5. Vodja je ključen pri oblikovanju skupnih vrednot, ciljev in vizije.	23 (77%)	6 (20%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32

Glede trditev povezanih z vodenjem se 74 % medicinskih sester in zdravnikov strinja s trditvijo, da vodjo tima določa dosežena izobrazba in hierarhični položaj v organizaciji. Skoraj vsi anketiranci (97 %) poudarjajo, da igra vodja tima pri oblikovanju skupnih vrednot, ciljev in vizije, ključno vlogo.

Kar 96 % anketirancev meni, da vodenje tima prevzame tisti, ki je najbolj usposobljen za izvedbo delovnih nalog tima. Obvladovanju managerskih spretnosti pri vodenju tima pripisuje pomen 57 % anketirancev. Na podlagi mnenja večine anketiranih in vrednotenja odgovorov se tretja hipoteza, ki pravi »vodja tima mora obvladati managerske spretnosti« potrdi.

V četrtem tematskem sklopu so medicinske sestre in zdravniki ocenjevali trditve povezane s komunikacijo v timu. Tabela 4 prikazuje pregled in analizo odgovorov anketirancev na trditve s področja komuniciranja v timu.

Tabela 4: Preglednica odgovorov anketirancev – komunikacija v timu

KOMUNIKACIJA V TIMU								
4. Sklop	Odgovori:						Veljavni:	Št. enot:
Trditve:	Zelo se strinjam	Se strinjam	Sem neodločen	Se ne strinjam	Močno se ne strinjam	Skupaj		
1. Komunikacija med vodjo in člani tima mora biti dvosmerna, odprta in pozitivna.	27 (87%)	4 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
2. Medsebojna izmenjava informacij vpliva na učinkovitost in uspešnost tima.	21 (68%)	10 (32%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
3. Varnostni zapleti in napake v zdravstvu so najpogosteje posledica slabe komunikacije	20 (65%)	6 (19%)	1 (3%)	4 (13%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
4. Za doseganje timskega soglasja je potrebna podpora ostalih članov tima.	18 (58%)	9 (29%)	0 (0%)	4 (13%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
5. Konflikte v timu rešujem tako, da se umaknem in prilagodim nasprotni strani.	11 (35%)	4 (13%)	0 (0%)	13 (42%)	3 (10%)	31 (100%)	31	32

Komunikacija v timu je pomembna za usklajeno izvajanje delovnih nalog tima, kreiranje in izmenjavo timskega znanja, medsebojnega sodelovanja in povezovanja, opolnomočenja zaposlenih ter uresničevanja skupnih organizacijskih ciljev.

Vsi anketiranci potrjujejo, da mora biti komunikacija v timu dvosmerna, odprta in pozitivna. Prav tako se vsi strinjajo, da medsebojna izmenjava informacij v timu vpliva na učinkovitost in uspešnost timskega dela. Da je za doseganje timskega soglasja

potrebna podpora ostalih članov tima se strinja 87 % anketirancev. Manj kot polovica (48 %) vprašanih rešuje konflikte pri medsebojnem sporazumevanju tako, da se umakne in prilagodi nasprotni strani in več kot polovica se je pripravljena z njimi soočiti.

Nastanek varnostnih zapletov in napak v zdravstvu povezuje s slabo komunikacijo 84% anketirancev. Četrta hipoteza, ki se glasi »varnostni zapleti v zdravstvu so posledica slabe komunikacije v timu« se na podlagi vrednotenja odgovorov in prevladujočega mnenja anketiranih potrdi.

Tabela 5 prikazuje pregledno analizo odgovorov anketirancev na zadnji sklop trditev s področja varnosti in kakovosti timskega dela.

Tabela 5: Preglednica odgovorov anketirancev – varnost in kakovost timskega dela

VARNOST IN KAKOVOST TIMSKEGA DELA								
5. Sklop	Odgovori:						Veljavni:	Št. enot:
Trditve:	Zelo se strinjam	Se strinjam	Sem neodločen	Se ne strinjam	Močno se ne strinjam	Skupaj		
1. Delo v timu je manj stresno in manj naporno kot samostojno delo.	18 (56%)	3 (9%)	3 (9%)	7 (22%)	1 (3%)	32 (100%)	32	32
2. Timsko delo zmanjšuje tveganje za nastanek napak v zdravstvu.	9 (28%)	9 (28%)	3 (9%)	10 (31%)	1 (3%)	32 (100%)	32	32
3. Timska zdravstvena obravnava povečuje varnost pacienta.	13 (42%)	12 (39%)	1 (3%)	5 (16%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
4. Vedno poročam o varnostnih zapletih in napakah nastalih med zdravstveno oskrbo p.	21 (66%)	8 (25%)	1 (3%)	2 (6%)	0 (0%)	32 (100%)	32	32
5. Timsko delo izboljšuje raven kakovosti zdravstvene oskrbe.	26 (81%)	4 (13%)	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	32 (100%)	32	32

S trditvijo, da je v zdravstvu delo organizirano v timu manj stresno kot samostojno delo posameznika in naporu porazdeljeni, se strinja 65 % anketirancev. O varnostnih zapletih in napakah nastalih med zdravstveno oskrbo pacientov vedno poroča 91 % anketiranih. 56 % anketiranih meni, da timsko delo v zdravstvu zmanjšuje verjetnost tveganja za nastanek napak.

Trditev, ki pravi da timska zdravstvena obravnava povečuje varnost pacienta podpre 81 % anketirancev in 94 % jih meni, da timsko delo izboljšuje raven kakovosti zdravstvene

oskrbe. Peta hipoteza, ki se glasi »timska obravnava pacienta vpliva na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe« se na podlagi prevladujočega števila strinjanj anketirancev potrdi.

5 RAZPRAVA

5.1 Interpretacija rezultatov raziskave

Odločilno vlogo v delovanju zdravstvenih organizacij imajo ljudje. V raziskavi na primeru petih zdravstvenih organizacij analiziram družbeno dogajanje v zdravstvenih timih in medsebojne odnose med dvema poklicnima skupinama, zdravniki in medicinskimi sestrami. Pri ocenjevanju družbene dinamike v timu anketiranci ocenijo, da imajo znotraj tima vsi enake možnosti odločanja o skupnih zadevah. Vsak posameznik sproži z vključevanjem v zdravstveni tim družbeno dogajanje, ki se izrazi s procesom socializacije in mreženja. Opazovana populacija zdravnikov in medicinskih sester je v raziskavi ocenila med poklicno sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester kot zelo dobro, kar je dobra osnova za nadaljnje vključevanje, mreženje in združevanje zaposlenih v zdravstvene time.

Delovne naloge medicinskih sester in zdravnikov so ves čas prilagojene individualnim zdravstvenim problemom pacientov in delovnim procesom ostalih poklicnih skupin v zdravstvu, ki sodelujejo pri zdravstveni obravnavi pacienta. Nudenje 24 urne zdravstvene oskrbe predstavlja psihično in fizično intenzivno delo. Delo zdravnikov in medicinskih sester zahteva visoko stopnjo odzivnosti, osredotočenosti in prilagodljivosti.

Raziskava pokaže, da tako medicinske sestre kot zdravniki močno podpirajo timsko organiziranost dela predvsem zato, ker se zavedajo nezmožnosti samostojnega reševanja kompleksnih zdravstvenih problemov in sledenja številnim delovnim procesom, ki se odvijajo v zdravstveni organizaciji. Prav tako raziskava pokaže, da se pridobljene strokovne kompetence, spretnosti in strokovna znanja posameznikov v zdravstvenem timu priznavajo in cenijo, saj pripomorejo k hitrejšemu in uspešnejšemu reševanju zdravstvenih problemov ter varnejši in kakovostnejši zdravstveni oskrbi.

Raziskava potrdi, da prevladuje med člani zdravstvenih timov visoka stopnja medsebojnega zaupanja, visoka stopnja povezanosti in pripadnosti. Raziskava pokaže, da se obe poklicni skupini zavedata pomena strokovnega znanja vsakega posameznika ter njegovega vpliva na uspešnost skupnega dela, medsebojno sodelovanje in skupne dosežke tima. Zdi se, da prevladuje v zdravstvu timska organiziranost dela zato, da ostajajo zdravstvene organizacije v organizacijskem smislu fleksibilne in se hitreje prilagajajo potrebam kliničnega in spremembam zunanjega okolja.

Večina anketiranih zdravnikov in medicinskih sester je izrazilo mnenje, da mora izkazovati vodja zdravstvenega tima poleg dosežene izobrazbe tudi strokovno znanje, strokovne dosežke, strokovne kompetence in usposobljenost za izvedbo delovnih nalog v

zdravstvenem timu. To kaže na to, da je zdravstvo visoko storilnostno naravnana dejavnost, kjer štejejo predvsem specialna znanja in delovna uspešnost na ožjem strokovnem področju.

Socialna mreža, ki jo vzpostavi posameznik in njegova umeščenost na družbeni lestvici, vplivata na umeščenost posameznika v zdravstvenem timu. To kaže na dejstvo, da dajejo medicinske sestre in zdravniki, močan poudarek socialnim kompetencam posameznika in družbenemu položaju posameznika v širšem družbenem kontekstu, ki enako pomembno vplivata na umeščenost posameznika znotraj zdravstvenega tima.

Samo dobra polovica anketirancev prepozna obvladovanje managerskih spretnosti kot prednost pri vodenju zdravstvenega tima, medtem ko druga polovica anketirancev meni, da managerske spretnosti niso ključne za vodenje zdravstvenega tima. Večina anketirancev se strinja, da vodja zdravstvenega tima delegira delovne naloge ostalim članom zdravstvenega tima. Vodja je ključen pri določitvi skupnih ciljev in vizije tima. Pomembno vpliva tudi na oblikovanje skupnih vrednot zdravstvenega tima. Večina anketirancev se strinja, da je vodja zdravstvenega tima odgovoren za rezultate dela tima.

Medicinske sestre in zdravniki potrjujejo, da mora biti komunikacija v zdravstvenem timu dvosmerna, odprta in pozitivna. Obe poklicni skupini se zavzemata za razvijanje dobrih medosebnih odnosov pri delu in se zavedata, da je učinkovita izmenjava informacij v timu ključna za varno, učinkovito in uspešno delo zdravstvenega tima in nemoteno odvijanje delovnih procesov v zdravstvu. Večina anketiranih zdravnikov in medicinskih sester je mnenja, da je slaba komunikacija vodilni vzrok varnostnih zapletov in napak v zdravstvu.

Manj kot polovica vprašanih anketirancev rešuje konflikte v zdravstvenem timu z umikom in prilagajanjem nasprotni strani. To kaže na nekonfliktnost medicinskih sester in zdravnikov in na njihovo pripravljenost prilagajanja skupini in podrejanja mnenju večine. Večina anketirancev se zavzema za doseganje timskega soglasja pri odločanju o pomembnih skupnih zadevah. Večina meni, da je potrebna podpora vseh članov tima pri odločanju o skupnih zadevah. To kaže na demokratičnost odločanja znotraj zdravstvenih timov in na njihovo zavedanje pomena usklajenega in povezanega delovanja. Da je delo v timu manj stresno in manj naporno kot samostojno delo, potrjuje večina medicinskih sester in zdravnikov.

V zdravstvu se pojavljajo napake in zapleti v delovnem procesu, največkrat zaradi vpliva človeškega faktorja. Z dobrim sodelovanjem, ustrezno prerazporeditvijo dela znotraj tima ter z medsebojnim nadziranjem in opozarjanjem, se jih lahko pravočasno prepreči. Dobra polovica vprašanih meni, da timsko delo zmanjšuje verjetnost nastanka napak v zdravstvu. Večina anketirancev zagovarja tezo, da timska zdravstvena obravnava izboljšuje varnost pacienta in povečuje raven kakovosti zdravstvene oskrbe. To da slutiti, da je treba iskati

vzroke za napake v zdravstvu tudi drugje, ne samo v načinu organiziranja dela zdravstvenega tima.

Vsi anketiranci se strinjajo, da mora biti komunikacija v timu dvosmerna, odprta in pozitivna. Medicinske sestre in zdravniki se zavedajo, da omogoča vključevanje vseh članov tima v razpravo uspešnejše iskanje ustreznih rešitev in hitrejše reševanje problemov. Populacija anketirancev ceni odprt dialog, ki pripomore k pravočasnemu razreševanju nesoglasij in konfliktov ter preprečuje zaostrovanje odnosov.

Anketiranci se močno strinjajo, da je za doseganje timskega soglasja potrebna podpora ostalih članov tima. Prav tako se strinjajo, da medsebojna izmenjava informacij v timu vpliva na učinkovitost in uspešnost izvedenih delovnih nalog. Nastanek varnostnih zapletov in napak v zdravstvu medicinske sestre in zdravniki najpogosteje povezujejo s slabo medsebojno komunikacijo. O varnostnih zapletih in napakah nastalih med zdravstveno oskrbo pacientov so pripravljene vedno poročati.

Medicinske sestre in zdravniki verjamejo, da timsko delo izboljšuje kakovost zdravstvene oskrbe in se močno strinjajo s trditvijo, da je delo v zdravstvu, ki je timsko organizirano, manj stresno in manj naporno kot samostojno delo. Večina anketirancev se strinja, da timsko delo v zdravstveni organizaciji ne omejuje strokovnega razvoja posameznika temveč mu daje nov zagon pri kreiranju novih idej in osmišljanju poklicnega poslanstva.

5.2 Prednosti in omejitve raziskave

Prednost omenjene raziskave je v tem, da je zajela populacijo medicinskih sester in zdravnikov iz kliničnega okolja, ki vsakodnevno delujejo v timu za obvladovanje bolnišničnih okužb in številnih drugih zdravstvenih timih. Svoje osebne izkušnje so anketiranci uporabili pri odgovarjanju na vprašanja v anketi. Prednost raziskave so tudi nizki stroški izvedbe ankete, obdelave in analize zbranih podatkov.

Opravljen raziskava ima nekaj omejitev. Pomembna omejitev raziskave je, da je zajela le dve poklicni skupini, zdravnike in medicinske sestre in ne ostalih poklicnih skupin, ki so prav tako vključene v multidisciplinarne zdravstvene time. Vzorec opazovane populacije je bil majhen glede na zastopanost obeh poklicnih skupin znotraj zdravstva. Prav tako bi opazovani vzorec lahko razširili na več zdravstvenih organizacij. Poleg tima za obvladovanje bolnišničnih okužb, bi bilo dobro v raziskavo vključili še druge zdravstvene time.

Naslednja omejitev raziskave je, da v njej niso ločeno prikazani odgovori medicinskih sester in odgovori zdravnikov ter prikazana njihova razhajanja pri opredeljevanju do posameznih trditev.

Raziskava ima še več pomanjkljivosti. Petstopenjska Likertova lestvica se je na primeru te raziskave izkazala za preobčutljivo. Za merjenje stopenj strinjanja s ponujenimi trditvami; bi bilo smiselno zmanjšati občutljivost lestvice na tri stopnje.

Pri zbiranju demografskih podatkov bi bilo smiselno zbrati poleg podatkov o spolu, izobrazbi in poklicu, tudi podatke o starosti anketirancev in delovnih izkušnjah, saj lahko starost in delovne izkušnje anketirancev, pomembno vplivajo na zaznavanje timskega dela v zdravstvu.

5.3 Teoretični prispevki

Odločilno vlogo v delovanju zdravstvenih organizacij imajo ljudje. Tehnološkemu in strokovnemu napredku medicine in drugih zdravstvenih disciplin bi morala slediti tudi družbeni napredek in napredek na področju vodenja in upravljanja zdravstvenih organizacij. Zdravstvene organizacije ne prenesejo več tradicionalnih hierarhičnih odnosov. Najštevilčnejši poklicni skupini v zdravstvu, medicinske sestre in zdravniki, v raziskavi ocenjujeta med poklicno sodelovanje v zdravstvenem timu kot zelo dobro. Nasprotno v raziskavi s področja managementa v slovenskem zdravstvu ugotavlja Skela Savič (2008), ki opozarja na pomanjkljivo timsko sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvu.

Življenjska doba posameznega zdravstvenega tima je odvisna od zapletenosti delovne naloge, cilja in časa, v katerem mora biti delovna naloga izvedena. Poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov zajeti v raziskavo potrdita, da ima tim pri izvajanju zapletenih delovnih nalog več znanja in moči, da opravi delovne naloge, ki jih posamezniki ne bi mogli opraviti. To v svojih delih omenjajo avtorji Lipičnik (1998) ter Rozman, Kovač in Koletnik (1993), ki vidijo povezavo med združevanjem posameznikov v skupine ter medsebojno pomočjo in hitrejšim doseganjem skupnih ciljev.

Z raziskavo dokažem, da se medicinske sestre in zdravniki v obravnavanih zdravstvenih timih, zavedajo pomena odprte komunikacije in medsebojne soodvisnosti pri nudenju zdravstvene oskrbe ter vpliva medsebojnega sodelovanja, na končne izide zdravljenja in rezultate skupnega dela. Medicinske sestre in zdravniki priznavajo, da jih timsko delo, kot oblika organizacijskega življenja bogati, tako na ravni posameznika kot tudi skupine. To je predhodno dokazala že raziskava timskega dela v zdravstvu opravljena leta 2006 na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Korošec (2014) ugotavlja, da timska organiziranost izboljšuje kakovost dela, vpliva na učinkovitost in zadovoljstvo zaposlenih. Tudi ta raziskava ugotavlja, da poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov povežeta timsko delo s povečanim zadovoljstvom pri delu. Purgova et al. (2003) trdijo, da se pri timskem delu izrabljajo talenti posameznika za doseganje ciljev organizacije, kar pokaže tudi ta raziskava. Delo v timu ocenjujejo

zdravniki in medicinske sestre kot ustvarjalnejše, uspešnejše in učinkovitejše, zato sklepam, da ima timsko delo širši pomen in vpliv ne le na posameznika in skupino, temveč tudi na delovanje zdravstvenih organizacij.

Timsko zasnovana organiziranost dela ne omejuje zaposlenih v zdravstveni organizaciji, temveč jim omogoča vključevanje in tvorno sodelovanje pri reševanju zdravstvenih problemov in skupnih organizacijskih problemov. Rezultati raziskave potrjujejo, da v zdravstvenem timu medsebojno dobro sodelujejo, si zaupajo in so pripadni skupini.

Kozłowski in Ilgen (2006) na primeru več organizacij dokažeta, da organizirajo timsko obliko dela predvsem zato, da se hitreje odzivajo na spremembe v družbenem okolju. Na primeru drugih večjih organizacij to potrjuje tudi Rozman (2004). Raziskava potrjuje, da je timska oblika organiziranja dela zelo primerna za hitro spreminjajoče klinično okolje. Timska oblika organiziranja dela je ključna oblika reševanja pacientovih zdravstvenih problemov ter zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. Še več, timska oblika dela postaja ključna za ohranjanje odzivnosti in prilagodljivosti sistema zdravstvenega varstva.

Izvajanje zdravstvenih storitev povezujejo zaposleni v zdravstvu s številnimi tveganji, visoko stopnjo odgovornosti in stresa. Skela Savič in Pagon (2007) ugotavljata v eni izmed raziskav timskega dela v slovenskem zdravstvu, da je posameznik, ki ne dela v timu bolj izpostavljen stresu in manj zadovoljen z delom. To je naslednji razlog, da zaposleni v zdravstvu preferirajo timsko organiziranost dela. V tej raziskavi poklicni skupini medicinskih sester in zdravnikov potrjujejo, da v timu hitreje sprejemajo tvegane odločitve in uvajajo spremembe, kot bi to storil posameznik in ocenjujeta, da je delo v zdravstvenem timu manj stresno.

Rezultati opravljene ankete o timskem delu medicinskih sester in zdravnikov dokažejo obstoj hierarhije in to ne samo v organizacijski shemi, temveč tudi znotraj zdravstvenih timov. Skinder Savič in Skela Savič (2014) v raziskavi organizacijske kulture v slovenskih bolnišnicah ugotavljata, da si želijo zaposleni v zdravstvu v večji meri kulturo skupine in hierarhije. Tudi ta raziskava potrjuje hipotezo, da se med poklicnimi skupinami v zdravstvenem timu vzpostavljajo hierarhični odnosi. V nadaljevanju pokaže raziskava tudi težnjo po razlikovanju med člani znotraj zdravstvenega tima, kar potrjuje trditev avtorice Yazbeck (2004), ki v svoji raziskovalni tezi ugotavlja težnjo zdravnikov po hierarhiji in individualizmu.

Raziskava potrjuje tudi navedbe avtorice Šmitek (2006), ki trdi, da vertikalna in horizontalna hierarhija ovirata napredek na področju medsebojnih odnosov v zdravstvu. Organizacijske sheme sodobnih organizacij imajo manj nivojev odločanja in so bolj sploščene. Organizacijske sheme zdravstvenih organizacij imajo več nivojev odločanja in ohranjajo hierarhičnost, dokaže ta raziskava. V raziskavi se večina medicinskih sester in zdravnikov

zavzema, da vodenje tima prevzame oseba z najvišjo doseženo izobrazbo, ki je poleg tega umeščena tudi najvišje na hierarhični lestvici v organizaciji. V sodobnih organizacijah naj bi bilo odločanje decentralizirano, kar ta raziskava, na primeru odločanja v zdravstvenih timih, ne potrjuje. Raziskava namreč v več točkah dokaže težnjo po centralizaciji moči vodenja in željo po utrjevanju hierarhičnih odnosov znotraj zdravstvenih organizacijah.

Zanimivo je, da se v raziskavi polovica vprašanih strinja s tem, da imajo vsi člani zdravstvenega tima enake možnosti odločanja o skupnih zadevah, medtem ko druga polovica temu nasprotuje in meni, da nimajo vsi enakih možnosti odločanja o skupnih zadevah. Po eni strani kaže to na težnjo po uveljavljanju hierarhije znotraj zdravstvenih timov, po drugi strani izraža težnjo po demokratičnem odločanju o skupnih zadevah.

Ovijač et al. (2006), v svoji raziskavi ugotavlja, da je slovenski zdravstveni management prežet s hierarhijo, tradicijo in stereotipi, kar ugotovim tudi na primeru opazovane populacije v tej raziskavi. S tem je v raziskavi utemeljena in potrjena hipoteza o vzpostavljanju hierarhičnih odnosov v zdravstvenih timih.

Tako kot ugotavljajo Zwarenstein, Goldman in Reeves (2009) pri raziskovanju med poklicnega sodelovanja, da zdravstvenimi delavci postavljajo moč znanja in izkušenj nad avtoriteto, dokaže tudi ta raziskava. Medicinske sestre in zdravniki vključeni v raziskavo se močno zavzemajo, da vodenje tima prevzame tisti, ki je najbolj strokovno usposobljen za izvedbo delovnih nalog. Pri vodenju zdravstvenega tima manj pomembnosti pripisujejo obvladovanju managerskih spretnosti in bolj poudarjajo moč strokovnega znanja in pridobljenih izkušenj.

Kot trdi Ule (2010), je komunikacija ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja. Na primeru opazovane populacije raziskava potrjuje, da so posledica slabe komunikacije v zdravstvenem timu najpogosteje varnostni zapleti in slabša kakovost zdravstvenih storitev. Tudi ugotovitev Filejeve (2005), da je uspeh sleherne organizacije usodno odvisen od komuniciranja med ljudmi drži za zdravstvene time.

Koncept kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva napoveduje, da bodo na izzive 21. stoletja uspešno odgovorile tiste zdravstvene organizacije, ki bodo zaposlene organizirale v time. Intelktualni kapital in timsko znanje sta povezana z uspešnostjo zdravstvenih organizacij. Vodje zdravstvenih timov morajo poskrbeti za nenehno inoviranje, učenje in kreiranje timskega znanja

5.4 Pomen rezultatov raziskave za management v zdravstvu

Rezultati raziskave so razgrnili problematiko dela medicinskih sester in zdravnikov v zdravstvenih timih in nam dali vpogled v njihovo zaznavanje, dojemanje in vrednotenje timskega dela. S sistematičnim pregledom strokovne literature s področja timskega dela,

opravljeno raziskavo in analizo timskega dela v zdravstvu, sem poskušala povezati teoretične konstrukte timskega dela s prakso delovanja zdravstvenih timov v kliničnem okolju zdravstvenih organizacij ter preveriti konsistentnost ugotovitev empiričnega dela v primerjavi s teoretičnimi predpostavkami.

V zdravstvenih organizacijah vrhunsko usposobljeni zdravstveni timi varujejo zdravje, obvladujejo bolezni in rešujejo življenja in tako omogočajo uspešno in učinkovito zagotavljanje zdravstvenega varstva v realnem času. Timska organiziranost dela ugodno vpliva na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvenega varstva in uporabnikov zdravstvenih storitev. Timsko delo vzpostavlja kulturo varnosti, kakovosti in sodelovanja v zdravstvenih organizacijah in predstavlja naraščajočo obliko organiziranja dela v sodobnem zdravstvu.

Pričujoče delo primerja procese oblikovanja in delovanja tradicionalnih timov in zdravstvenih timov. Skozi delo ugotavljam, da zdravstveni timi niso samo skupine naključno povezanih posameznikov, temveč v delovnem procesu medsebojno tesno povezanih strokovnjakov različnih zdravstvenih disciplin, ki z vsakodnevnim reševanjem skupnih problemov in uresničevanjem skupnih ciljev, izoblikujejo močno timsko identiteto.

Človeški kapital v zdravstvu prispeva k prepoznavnosti zdravstvene organizacije in ji zagotavlja konkurenčno prednost v širšem okolju. Timsko znanje, izkušnje in spretnosti pridobljene v zdravstvenem timu, dajejo zaposlenim nov zagon in ustvarjajo novo dodano vrednost. Timsko delo vzpostavlja priložnosti za izboljšanje komunikacije, med poklicnih odnosov in izboljševanje procesov v zdravstvu. V storitvenih dejavnostih, kamor sodi tudi zdravstvo, predstavlja človeški kapital gibalno ustvarjalnosti, razvoja in največjo dodano vrednost.

Upravljanje človeških virov je pomembna naloga managementa v zdravstvu. Raziskava je odkrila nekatera razhajanja v dojetanju in organiziranju timskega dela v zdravstvu. Hierarhičnost se ne odraža samo v pozicioniranju posameznikov v organizacijsko shemo zdravstvenih organizacij temveč tudi znotraj zdravstvenega tima. Dosežena izobrazba, družben položaj ter strokovna usposobljenost za izvedbo delovnih nalog ostajajo ključni kriteriji pri določanju vodje zdravstvenega tima.

Demografske spremembe spreminjajo potrošniške vzorce uporabnikov zdravstvenih storitev in povečujejo potrebe po zdravstvenih dobrinah. Nove zdravstvene tehnologije, novi zdravstveni produkti in načini zdravljenja skrajšujejo življenjski cikel zdravstvenih storitev. Kljub poudarjanju timskih dosežkov, timskega znanja in timske identitete. V zdravstvenem timu še vedno obstaja potreba po prepoznavnosti in umeščenosti prispevka posameznika v celoten kontekst tima. Timsko delo ne sme omejevati inovativnosti posameznika, temveč mu mora omogočati nov zagon pri ustvarjanju in razvijanju novih idej.

Ekspertno znanje posameznikov ostaja pomembna gonilna sila razvoja in napredka na področju zdravstvenega varstva. Prispevek posameznika je v zdravstvenih timih prepoznan in cenjen s strani ostalih članov tima in ga tim ne prepozna kot plod kolektivnega uma. Tega se zavedajo tako zaposleni kot management v zdravstvu. Beg možganov in odhajanje vrhunskih strokovnjakov s področja medicine in drugih zdravstvenih disciplin je močno prisoten v slovenskem zdravstvu. Rešitev za ohranitev, prenos in širjenje specialnih znanj s področja medicine in zdravstvenih ved je timska oblika dela. Uspešnejše bodo tiste zdravstvene organizacije, ki bodo timsko znanje vgrajevale v zdravstvene storitve, razvijale in optimizirale zdravstvene procese, obvladovale kakovost in varnost svojih storitev.

Raziskava je pokazala nekatera razhajanja v dojetanju in organiziranju timskega dela v zdravstvu. Hierarhičnost, ki izhaja iz organizacijske sheme zdravstvenih organizacij se kaže tudi znotraj zdravstvenih timov in vpliva na komuniciranje, sodelovanje in vodenje znotraj tima. Dosežena izobrazba, družben položaj ter strokovna usposobljenost za izvedbo delovnih nalog, ostajajo ključni pri izbiri vodje zdravstvenega tima.

Varnost in kakovost v zdravstvu postajata zahtevi vseh deležnikov v zdravstvu, tako uporabnikov, izvajalcev in plačnikov kot regulatorja zdravstvene dejavnosti. Povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah povečujejo obseg dela zdravstvenih delavcev. Timska organiziranost dela postaja ključna za njihovo varnost, odzivnost na spremembe okolja in kakovost opravljenega dela. Od zaposlenih v zdravstvu se pričakuje nenehno prilagajanje zdravstvenemu stanju pacienta, kliničnemu okolju in sistemu zdravstvenega varstva v katerem delujejo.

Koncept timskega dela v zdravstvu obe poklicni skupini poveujeta z osebnostno in poklicno rastjo. Raziskava je pokazala, da tudi obe poklicni skupini v timskem delu iščeta varnost. S timskim delom krepi partnerske odnose in pripadnost ter premoščata razlike v strokovnem znanju in usposobljenosti posameznika.

5.5 Usmeritve za nadaljnje raziskovanje

Timsko delo v zdravstvu še ni v celoti raziskano. Socialna dinamika, komuniciranje in vodenje, so bili v kontekstu timskega dela večkrat opisani. Za potrebe managementa v zdravstvu bi bilo smiselno raziskati še več elementov s področja timskega dela npr. timsko identiteto, timsko odgovornost, pridobivanje timskega znanja, razvijanje poklicnih kompetenc in veščin znotraj tima. Raziskava je pokazala, da so strokovne kompetence in družbene kompetence ključne pri določanju vodje zdravstvenega tima, zato bi jih kazalo podrobneje analizirati.

Pri nadaljnjem raziskovanju timskega dela v zdravstvu predlagam razširitev opazovanega vzorca populacije zdravstvenih delavcev. Predlagam, da se v raziskave vključi še druge poklicne skupine, ki se vsakodnevno povezujejo z medicinskimi sestrami in zdravniki v multidisciplinarnih zdravstvenih timih.

Petstopenjska Likertova lestvica se je na primeru raziskave izkazala za preobčutljivo pri merjenju strinjanja s trditvami, zato predlagam, da se pri mnenjskih raziskavah zmanjša občutljivost lestvice iz petih na tri stopnje.

Za potrebe managementa v zdravstvu bi bilo smiselno raziskati še več elementov s področja timskega dela kot so pridobivanje timskega in organizacijskega znanja, pridobivanje poklicnih kompetenc in izkušenj znotraj tima. Raziskava je pokazala, da so strokovne kompetence in družbene kompetence ključne pri določanju vodje zdravstvenega tima, zato bi jih bilo potrebno podrobneje analizirati. Nove generacije zdravstvenih kadrov zahtevajo drugačen stil vodenja in motiviranja tima, zato bi bilo smiselno raziskati tudi ti dve področji.

Temeljitejše preučevanje koncepta timskega dela v zdravstvu bi prispevalo k razumevanju družbene dogajanja v zdravstvenih timih, razumevanju med poklicnih odnosov in dejavnikov, ki vplivajo na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe. Opisane pomanjkljivosti opravljene raziskave, predstavljajo priložnost za izboljšanje prihodnjih raziskovanj timskega dela v zdravstvu.

SKLEP

Zdravje postaja najvišja vrednota vseh generacij, saj omogoča gospodarski in družbeni razvoj ter zagotavlja blaginjo posameznika in družbe. Tega se zavedajo tudi zdravstvene organizacije, ki si nenehno prizadevajo najti nove oblike dela, sodelovanja in organizacijskega življenja, da bi ostale konkurenčne, zviševale kakovost, varnost in učinkovitost zdravstvenega varstva. Ena izmed možnih oblik dela, ki jim to omogoča je timska oblika dela.

Timsko delo ugodno vpliva na zadovoljstvo izvajalcev in uporabnikov zdravstvenih storitev. Timsko znanje, izkušnje in spretnosti ustvarjajo novo dodano vrednost, ki vpliva na konkurenčnost organizacij. V storitvenih dejavnostih, kamor sodi tudi zdravstvo, predstavlja človeški kapital gibalno razvoja in največjo dodano vrednost. V zdravstvenih organizacijah znanje rešuje življenja in omogoča uspešno in učinkovito zagotavljanje zdravstvenega varstva v realnem času. Človeški kapital prispeva k prepoznavnosti zdravstvene organizacije in ji zagotavlja konkurenčno prednost.

Varnost in kakovost v zdravstvu postajata zahteva vseh deležnikov v zdravstvu: uporabnikov, plačnikov in regulatorja zdravstvene dejavnosti. Povpraševanje po

zdravstvenih storitvah in kadrovske stiske povečujejo obseg dela zdravstvenih delavcev. Od zaposlenih v zdravstvu se pričakuje nenehno prilagajanje, tako zdravstvenemu stanju pacienta kot kliničnemu okolju. Timska organiziranost dela postaja ključna za varno in kakovostno delo zdravstvenih delavcev ter uspešno in učinkovito delovanje zdravstvenih organizacij. Danes dobro ozaveščen potrošnik zdravstvenih storitev razume pomen varnosti in kakovosti v zdravstvu in zna, na podlagi teh dveh kriterijev, razlikovati zdravstveno oskrbo, ki jo je deležen.

Timsko delo predstavlja izziv za vse zaposlene in management v zdravstvu, saj postavlja nova pravila sodelovanja in možnosti usklajenega delovanja znotraj sistema zdravstvenega varstva. Raziskava je potrdila, da postaja timska organiziranost dela v zdravstvu, zaradi razpršenosti znanja, izkušenj in mreženja, ključna za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene oskrbe.

Za doseganje dolgoročne učinkovitosti in uspešnosti sistema zdravstvenega varstva je potrebno slediti spremembam v poslovnem okolju in se prilagajati nanje. Koncept kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva napoveduje, da bodo na izzive 21. stoletja uspešno odgovorile tiste zdravstvene organizacije, ki bodo zaposlene organizirale v time. Intelktualni kapital in timsko znanje določata uspešnost zdravstvenih organizacij. Vodje zdravstvenih timov so tisti, ki skrbijo za nenehno inoviranje, učenje in kreiranje timskega znanja. Timsko delo v zdravstvu je povezano s povečano medsebojno soodvisnostjo pri delu in prinaša nove oblike odgovornosti in tveganj povezanih z delom v timu. To področje ostaja dosedaj še neraziskano.

LITERATURA IN VIRI

1. Adizes, I., Možina, S., Milivojević, Z., Svetlik, I., Terpin, M., Manček, M., et al. (1996). *Človeku prijazno in uspešno vodenje*. Ljubljana: Panta Rhei. Sinteza.
2. Ambrož, M., & Bratkovič, E. (2004). Inoviranje organizacijske kulture v javnem zavodu. *Organizacija*, 37(1), 16–21.
3. Amos, M. A., Hu, J., & Herrick, C. (2005). The impact of Team Building on Communication and Job Satisfaction of Nursing Staff. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(1), 10–16.
4. Baker, D. P., et al. (2005). Medical teamwork and patient Safety: the evidence-based relation. Literature Review. *AHRQ Publication*, (5)53. Rockville: MD, Agency for Healthcare Research and Quality.
5. Bennis, W. (2006). Authentic Leaders. *Leadership Excellence*, 23(8), 3–4.
6. Bosma, E., Veen, E. J. & Roukema J. A. (2011). Incidence, nature and impact of error in surgery. *British Journal of Surgery*, 98(11), 1654–1659.
7. Bowers, C. A., Braun, C. C., & Morgan, B. B. (1997). Team workload: its meaning and measurement. V: M. T. Brannick, E. Salas & C. Prince (ur.), *Team performance assessment and measurement* (str. 85–108). Mahwah: NJ, Erlbaum.
8. Černe, M. (2010). *Model avtentičnega vodenja: empirična preverba* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
9. Černetič, M. (2007). *Management in sociologija organizacij*. Kranj: Moderna organizacija.
10. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
11. Došenović Bonča, P. (2014). *Opredelitev in merjenje učinkovitosti v zdravstvu: primer slovenskih bolnišnic*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
12. Drucker, P. F., & Trajkovski, S. (2001). *Managerski izzivi v 21. stoletju*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
13. Dyer, J. L. (1984). Team resarch and team training: a state-of-the-art review. V F. A. Muckler (ur.), *Human Factors Review* (str. 285–323). Santa Monica: CA Human Factors Society.
14. *EnKlik anketa kompetentno o podatkih*. Najdeno 18. junija. 2016 na spletnem naslovu http://anketar.benstat.si/c/700/Tehnicni_vidiki/?preid=1008
15. Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315.
16. Fields, D. L. (2007). Determinants of Follower Perceptions of Leader's Authenticity and Integrity. *European Management Journal*, 25(3), 195–206.
17. Filej, B. (2005). Vprašanja: ali imamo odgovore nanje? *Obzornik zdravstvene nege*, 39(3), 173–174.
18. Flajs, N. (2003). Pomen samopodobe v medosebni komunikaciji. V B.M. Kaučič & M. Lahe (ur.), *Zbornik predavanja s strokovnega seminarja za medicinske sestre in*

- zdravstvene tehnike* (str. 11–13). Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
19. Grbec, V. (1989). Timsko delo v procesu zdravstvene nege. *Zdravstveni obzornik*, (23), 123–127.
 20. Hočevar, M., Jaklič, M., & Zagoršek, H. (2003). *Ustvarjanje uspešnega podjetja: akcijski pristop k strateškemu razmišljanju, vodenju in nadziranju*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
 21. Horvat, I. (2011). Smisel in praktični vidik certificiranja/akreditiranja bolnišnice. *Zbornik 14. Jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu na temo Učinkovitost poslovanja zdravstvenih zavodov* (str. 89–92). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
 22. Iršič, M. (2008). Kakovostna in učinkovita komunikacija v medosebnih odnosih. *Prepletanja*, (24), 10–11.
 23. Kamin, T. (2006). Medicine and media. State of the Union? *American Journal of Preventive Medicine*, 34(1), 83–84.
 24. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). *Uravnoteženi sistem kazalnikov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
 25. Korošec, N. (2014). *Dejavniki učinkovitega timskega dela* (diplomsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
 26. Kovač, J. (1999). Timsko delo – osnova participativne organiziranosti. *Industrijska demokracija*, (3), 5–8.
 27. Kozlowski, S. W. J., & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77–124.
 28. Lindholm, M., Sivberg, B., & Uden, G. (2000). Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of nursing management*, (8), 328.
 29. Lipičnik, B. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
 30. Lokajner, G., & Sima Đ. (2014). Komunikacija znotraj tima zdravstvene in babiške nege - predaja službe kot ključni dejavnik varne zdravstvene in babiške nege. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi, zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo* (str. 1–10). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
 31. Maddux, R. B. (1992). *Oblikovanje teama: vaja v vodenju*. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.
 32. Mayer, J., Bečaj, J., Kneževič, A. N., Košir, M., Kovač, B., Pisani, L., Praper, P., Rajkovič, V., Trstenjak, A., & Velikonja, M. (2001). *Skrivnost ustvarjalnega tima*. Ljubljana: Dedalus – Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin.
 33. Ministrstvo za zdravje. (2010). Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., & Simčič, B. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 34. Morey, J. C., Simon R., Jay, G. D., Wears, R.L., Salisbury, M., Dukes, K. A., & Berns, S. D. (2002). Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency

Department through Formal Teamwork Training: Evaluation Results of MedTeams Project. *Health Services Research*, 37(6), 1553–1581.

35. Možina, S., Kavčič, B., Tavčar, M., Pučko, D., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Repovž, L., Vizjak, A., Vahčič, A., Rus, V., & Bohinc, R. (1994). *Management*. Radovljica: Didakta.
36. Možina, S., Rozman, R., Glas, M., Tavčar, M., Pučko, D., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Dimovski, D., & Kovač, B. (2002). *Management: Nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
37. Musič, D. (2006). *Timsko delo v zdravstvu* (diplomsko delo). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
38. Orasanu, J. M., & Salas, E. (1993). Team decision making in complex environments. V G.A. Klein et al. (ur.). *Decision making in action: models and methods* (str. 327–345). Norwood: NJ.
39. Ovijač, D., Škrabl, N., Kobilšek, P., Cevc, M., & Pahor, M. (2006). Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive. V A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc & J. Šmitek (ur.), *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti* (str. 218–234). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
40. Purg, D., Casse, P., Isabella, L.A., Claudel, P.G., & Walravens, A. (2003). *Leaders and Teams: The Winning Partnership*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
41. Robida, A. (2010) Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. *Zbornik 2. dnevi Marije Tomšič - Vrednote v zdravstveni negi. Novo mesto, 20. in 21. januar 2010.* (str. 16–20). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto.
42. Robida, A. (2011). Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. *Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12. oktober 2012* (str. 1–8). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
43. Rozman, R. (2004). Vpliv zaupanja med združbami na njihovo uspešnost. *Organizacija*, (37)6, 335–338.
44. Rozman, R., Kovač, J., & Koletnik, F. (1993). *Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
45. Sales, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On Teams, teamwork and team performance: discoveries and developments. *Human Factors*, 50(3), 530–547.
46. Skela Savič, B. (2007). *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu* (doktorska disertacija). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
47. Skela Savič, B. (2008). Ali vemo kje smo in kaj potrebujemo na področju vodenja? V B. Skela Savič & M. Kaučič (ur.), *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
48. Skela Savič, B. & Pagon, M. (2007). Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*, 40 (4), A63–A74.

49. Skinder Savić, K., & Skela Savič, B. (2014). Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njihova povezanost z zadovoljstvom zaposlenih. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), 88–103.
50. Stare, J., & Seljak, J. (2006). *Vodenje ljudi v upravi: povezanost osebnostnega potenciala za vodenje z uspešnostjo vodenja*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
51. Svetlik, I., Zupan, N., Stanojević, M., Možina, S., Kohont, A., & Kaše, R. (2009). *Menedžment človeških virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
52. Svetovna zdravstvena organizacija. (2014). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Najdeno 1. junija 2016 na spletnem naslovu: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/1/9789241501958_eng.pdf
53. Šmitek, J. (2006). Čustvena inteligenca v zdravstvu - ali je potrebna? V A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc & J. Šmitek (ur.), *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti* (str. 25–27). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
54. Ule, M. (2003). *Sprevidana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
55. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
56. Ule, M. (2009). *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
57. Ule, M. (2010). Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. *Zbornik prispevkov. Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi* (str. 17–23). Jesenice: 9. in 10. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
58. Von Kutzschenbach, C. (2000). *Suvereno vodenje ljudi in organizacij*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
59. Yazbeck, A. (2004). *Introducing clinical pathways in the Slovene hospital (clinical setting: professional cultures and changes in organizational behavior* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
60. Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.
61. Žličar, A. (2006). *Uravnoteženi sistem kazalnikov in možnost njegove uporabe na Onkološkem inštitutu* (specialistično delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik - Timsko delo v zdravstvu.....1

Priloga 2: Rezultati raziskave - Timsko delo v zdravstvu3

PRILOGA 1: Anketni vprašalnik - Timsko delo v zdravstvu

ANKETNI VPRAŠALNIK – Timsko delo v zdravstvu

Anketni vprašalnik je namenjen medicinskim sestram in zdravnikom, ki so člani zdravstvenih timov in delujejo na področju preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Anketni vprašalnik vsebuje različne trditve, ki se nanašajo na timsko delo.

Prosim, pazljivo preberite trditve in se do njih opredelite na petstopenjski lestvici z ocenami od 1 do 5. Ocene imajo naslednji pomen: **1 - zelo se strinjam, 2 - se strinjam, 3 - sem neodločen, 4 – se ne strinjam, 5 - močno se ne strinjam.**

1. VLOGA TIMA						
1.	Tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge.	1	2	3	4	5
2.	Tim pri delu hitreje sprejema tvegane odločitve in uvaja spremembe kot posameznik.	1	2	3	4	5
3.	Timsko delo krepi zadovoljstvo pri delu.	1	2	3	4	5
4.	Delo v timu je bolj ustvarjalno, uspešnejše in učinkovitejše.	1	2	3	4	5
5.	Skupno delo nas bogati kot posameznika, skupino in družbo v celoti.	1	2	3	4	5
2. DRUŽBENA DINAMIKA V TIMU						
1.	Sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvu je zelo dobro.	1	2	3	4	5
2.	Člani zdravstvenega tima si medsebojno zaupamo.	1	2	3	4	5
3.	Znotraj zdravstvenega tima imamo enake možnosti odločanja o skupnih zadevah.	1	2	3	4	5
4.	Znotraj zdravstvenega tima prevladujejo hierarhični odnosi.	1	2	3	4	5
5.	Prispevek vsakega člana je cenjen in vpliva na skupne dosežke tima.	1	2	3	4	5
3. VODENJE TIMA						
1.	Vodenje tima prevzame tisti, ki ima najvišjo izobrazbo in položaj v organizaciji.	1	2	3	4	5
2.	Vodenje tima prevzame tisti, ki je strokovno najbolj usposobljen za izvedbo delovne naloge.	1	2	3	4	5
3.	Vodja zdravstvenega tima mora obvladati managerske spretnosti (načrtovanje, koordiniranje, organiziranje).	1	2	3	4	5
4.	Vodja delegira delovne naloge in je odgovoren za končne rezultate timskega dela.	1	2	3	4	5
5.	Vodja je ključen pri oblikovanju skupnih vrednot, ciljev in vizije tima.	1	2	3	4	5

4. KOMUNIKACIJA V TIMU						
1.	Komunikacija med vodjo in člani tima mora biti dvosmerna, odprta in pozitivno naravnana.	1	2	3	4	5
2.	Medsebojna izmenjava informacij vpliva na učinkovitost in uspešnost timskega dela.	1	2	3	4	5
3.	Varnostni zapleti in napake v zdravstvu so najpogosteje posledica slabe komunikacije.	1	2	3	4	5
4.	Za doseganje timskega soglasja je potrebna podpora ostalih članov tima.	1	2	3	4	5
5.	Konflikte v timu rešujem tako, da se umaknem in prilagodim nasprotni strani.	1	2	3	4	5
5. VARNOST IN KAKOVOST TIMSKEGA DELA						
1.	Delo v timu je manj stresno in manj naporno kot samostojno delo.	1	2	3	4	5
2.	Timsko delo zmanjšuje tveganje za nastanek napak v zdravstvu.	1	2	3	4	5
3.	Timska zdravstvena obravnava je varnejša za pacienta.	1	2	3	4	5
4.	Vedno poročam o varnostnih zapletih in napakah nastalih med zdravstveno oskrbo pacienta.	1	2	3	4	5
5.	Timsko delo izboljšuje raven kakovosti zdravstvene oskrbe.	1	2	3	4	5

Demografski podatki (ustrezno obkroži) :

Spol: 1 moški
2 ženski

Poklic: 1 zdravnik
2 medicinska sestra

Izobrazba:

1 srednješolska
2 visokošolska
3 univerzitetna

Zahvaljujem se vam za vaše sodelovanje!

PRILOGA 2: Rezultati raziskave - Timsko delo v zdravstvu

Tabela 1: Prikaz rezultatov - Vloga tima

VLOGA TIMA										
Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. odklon
	zelo se strinjam	se strinjam	sem neodločen	se ne strinjam	močno se ne strinjam	Skupaj				
1. Tim v primerjavi s posameznikom uspešneje izvede zapletene delovne naloge.	20 (65%)	5 (16%)	2 (6%)	3 (10%)	1 (3%)	31 (100%)	31	32	1.7	1.2
2. Tim pri delu hitreje sprejema tvegane odločitve in uvaja spremembe kot posameznik.	10 (32%)	9 (29%)	6 (19%)	4 (13%)	2 (6%)	31 (100%)	31	32	2.3	1.2
3. Timsko delo krepi zadovoljstvo pri delu.	13 (43%)	13 (43%)	3 (10%)	1 (3%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32	1.7	0.8
4. Delo v timu je bolj ustvarjalno, uspešnejše in učinkovitejše.	17 (55%)	9 (29%)	3 (10%)	2 (6%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.7	0.9
5. Skupno delo nas bogati kot posameznika, skupino in družbo v celoti.	26 (84%)	5 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.2	0.4

Tabela 2: Prikaz rezultatov - Družbena dinamika v timu

DRUŽBENA DINAMIKA V TIMU										
Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. Odklon
	zelo se strinjam	se strinjam	sem neodločen	se ne strinjam	močno se ne strinjam	Skupaj				
1. Sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvu je zelo dobro.	18 (58%)	4 (13%)	2 (6%)	7 (23%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.9	1.3
2. Člani zdravstvenega tima si medsebojno zaupamo.	13 (42%)	10 (32%)	4 (13%)	4 (13%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	2.0	1.0
3. Znotraj zdravstvenega tima imamo enake možnosti odločanja o skupnih zadevah.	12 (39%)	4 (13%)	1 (3%)	13 (42%)	1 (3%)	31 (100%)	31	32	2.6	1.5
4. Znotraj zdravstvenega tima prevladujejo hierarhični odnosi.	25 (81%)	5 (16%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.3	0.6
5. Prispevek vsakega člana je cenjen in vpliva na skupne dosežke tima.	16 (52%)	7 (23%)	3 (10%)	5 (16%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.9	1.1

Tabela 3: Prikaz rezultatov - Vodenje tima

VODENJE TIMA										
Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. odklon
	zelo se strinjam	se strinjam	sem neodločen	se ne strinjam	močno se ne strinjam	Skupaj				
1. Vodenje tima prevzame tisti, ki ima najvišjo izobrazbo in položaj v organizaciji.	17 (57%)	5 (17%)	0 (0%)	8 (27%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32	2.0	1.3
2. Vodenje tima prevzame tisti, ki je strokovno najbolj usposobljen za izvedbo delovne naloge.	25 (83%)	4 (13%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32	1.2	0.5
3. Vodja zdravstvenega tima mora obvladati managerske spretnosti.	11 (37%)	6 (20%)	1 (3%)	9 (30%)	3 (10%)	30 (100%)	30	32	2.6	1.5
4. Vodja delegira delovne naloge in je odgovoren za končne rezultate timskega dela.	19 (63%)	3 (10%)	0 (0%)	7 (23%)	1 (3%)	30 (100%)	30	32	1.9	1.4
5. Vodja je ključen pri oblikovanju skupnih vrednot, ciljev in vizije tima.	23 (77%)	6 (20%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	30 (100%)	30	32	1.3	0.7

Tabela 4: prikaz rezultatov - Komunikacija v timu

KOMUNIKACIJA V TIMU										
Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. odklon
	zelo se strinjam	se strinjam	sem neodločen	se ne strinjam	močno se ne strinjam	Skupaj				
1. Komunikacija med vodjo in člani tima mora biti dvosmerna, odprta in pozitivno naravnana.	27 (87%)	4 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.1	0.3
2. Medsebojna izmenjava informacij vpliva na učinkovitost in uspešnost timskega dela.	21 (68%)	10 (32%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.3	0.5
3. Varnostni zapleti in napake v zdravstvu so najpogostejše posledica slabe komunikacije.	20 (65%)	6 (19%)	1 (3%)	4 (13%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.6	1.1
4. Za doseganje timskega soglasja je potrebna podpora ostalih članov tima.	18 (58%)	9 (29%)	0 (0%)	4 (13%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32	1.7	1.0
5. Konflikte v timu rešujem tako, da se umaknem in prilagodim nasprotni strani.	11 (35%)	4 (13%)	0 (0%)	13 (42%)	3 (10%)	31 (100%)	31	32	2.8	1.5

Tabela 5: Prikaz rezultatov - Varnost in kakovost timskega dela

VARNOST IN KAKOVOST TIMSKEGA DELA								
Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot
	zelo se strinjam	se strinjam	sem neodločen	se ne strinjam	močno se ne strinjam	Skupaj		
1. Delo v timu je manj stresno in manj naporno kot samostojno delo.	18 (56%)	3 (9%)	3 (9%)	7 (22%)	1 (3%)	32 (100%)	32	32
2. Timsko delo zmanjšuje tveganje za nastanek napak v zdravstvu.	9 (28%)	9 (28%)	3 (9%)	10 (31%)	1 (3%)	32 (100%)	32	32
3. Timska zdravstvena obravnava povečuje varnost pacienta.	13 (42%)	12 (39%)	1 (3%)	5 (16%)	0 (0%)	31 (100%)	31	32
4. Vedno poročam o varnostnih zapletih in napakah nastalih med zdravstveno oskrbo pacienta.	21 (66%)	8 (25%)	1 (3%)	2 (6%)	0 (0%)	32 (100%)	32	32
5. Timsko delo izboljšuje raven kakovosti zdravstvene oskrbe.	26 (81%)	4 (13%)	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	32 (100%)	32	32

Tabela 6: Prikaz demografskih podatkov - spol

Najvišja dosežena stopnja izobrazbe				
Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
1 (srednješolska)	2	6%	6%	6%
2 (visokošolska)	12	38%	38%	44%
3 (univerzitetna)	18	56%	56%	100%
Skupaj	32	100%	100%	

Tabela 7: Prikaz demografskih podatkov - poklic

Poklic				
Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
1 (zdravnik)	10	31%	31%	31%
2 (medicinska sestra)	22	69%	69%	100%
Skupaj	32	100%	100%	

Tabela 8: Prikaz demografskih podatkov - izobrazba

Spol				
Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
1 (Moški)	8	25%	25%	25%
2 (Ženski)	24	75%	75%	100%
Skupaj	32	100%	100%	