

Timsko delo v kontekstu medpoklicnega, medinstitucionalnega in medsektorskega sodelovanja

Anže JURČEK

Sodelovanje v preteklosti in danes

Namen tega uvodnega poglavja je umestitev osrednje teme monografije – timskega dela – v kontekste medpoklicnega, medinstitucionalnega in medsektorskega sodelovanja. V poglavju predstavljam nekatere ključne teme z omenjenih področij sodelovanja, ki vplivajo na timsko delo v praksi, hkrati pa je timsko delo sestavni del navedenih oblik sodelovanja. Kot predstavljam v nadaljevanju, imajo sodelovalne prakse, ki vključujejo predstavnike različnih strok in znanosti z namenom zagotavljanja boljše in učinkovitejše pomoči uporabnikom, že dolgo zgodovino.

Na področju nudenja pomoči in oskrbe ranljivim skupinam prebivalstva je bogato zgodovino sodelovanja različnih strok in znanosti možno prepoznati v literaturi s področja zdravstvene dejavnosti in iz zdravstvenih problemov prebivalstva izhajajočega razvoja interdisciplinarnega (*interdisciplinary*) in medpoklicnega sodelovanja (*inter-professional collaboration*). V poglavju se močno opiram na zgodovino sodelovalnih praks s področja zdravstva in socialnih oblik oskrbe, saj je tudi zgodovina razvoja stroke in znanosti socialnega dela tesno povezana tako s profesionalizacijo socialnega dela, kot tudi drugih strok, s katerimi socialno delo sodeluje še danes. Postrak (2022) obširno piše o začetkih ter vzpostavitvi poklicne prakse socialnega dela v industrijsko razvitih državah ob koncu 19. stoletja. Mnogi drugi, predvsem ameriški avtorji in avtorice pa opisujejo razvoj prakse socialnih delavk in delavcev v kontekstu razvoja prvih modernih bolnišnic in medicine kot stroke, kjer se pojavijo tudi tako imenovane »medicinske socialne delavke« (Nacman, 1977). Dziegielewski

(2013, str. 51–53) podobno kot Poštrak (2022) zamestke socialnega dela umešča že v 18. stoletje in opisuje okoliščine ter oblike pomoči, ki so vodile v razvoj poklica socialnega dela. Dziegielewski (prav tam) piše, da se je praksa socialnih delavk v bolnišnicah razvila že ob koncu 19. stoletja, namen strokovnjakov s področja socialnega varstva pa je bil premostiti razkorak med življenjskim svetom uporabnikov in bolnišnično oskrbo. Medtem pa Beder (2006) ter Ruth in Marshall (2017) profesionalizacijo socialnega dela v zdravstvu v ZDA umeščajo na začetek 20. stoletja. Možno je tako trditi, da se je socialno delo že od samih začetkov razvijalo v kontekstu sodelovanja z drugimi (prav tako nastajajočimi) strokami in znanostmi.

Baldwin (2007) prve primere vzpodbujanja sodelovalnih praks v ZDA prepozna že konec 40. let prejšnjega stoletja, k razvoju teh naj bi prispevale tudi uspešne prakse multidisciplinarnih (*multidisciplinary*)¹ zdravstvenih timov med in po drugi svetovni vojni. Različni avtorji največje sistemske spremembe v razvoju medpoklicnega in medsektorskega sodelovanja opazajo v desetletjih po izidu deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije (1978), ki za področje primarne zdravstvene dejavnosti prvič predlaga sodelovanje strokovnjakov in organizacij iz zdravstvenega in socialnega sektorja. V ZDA so zamestki medpoklicnega delovanja opazni v zdravstveni literaturi v 60. letih 20. stoletja, medtem ko se v literaturi s področja zdravstva in sociale v Veliki Britaniji pojavi v 70. letih (Pollard idr., 2014, str. 13–14). Medpoklicno sodelovanje so v Veliki Britaniji na sistemski ravni vzpodbujale vlade od poznih 80. let naprej, razvoj sodelovalnih praks pa so dodatno podkrepili odmevni primeri neučinkovitega sodelovanja, katerih rezultat je bila uporabnikom škodljiva oskrba (Pollard idr., 2014). Nekateri avtorji in avtorice (Juhila idr., 2021a; Pollard, Selman in Thomas, 2014) sodelovalne prakse in timsko delo obravnavajo v kontekstu sprememb, ki jih je v zadnjih nekaj desetletjih doživelo področje izvajanja socialnovarstvenih in zdravstvenih storitev. Pri tem prepoznava vse večji vpliv neoliberalne ideologije, tržne naravnosti in zmanjševanje izdatkov javnih storitev, z roko v roki s temi pa gredo tudi novi načini menedžiranja teh. Te spremembe so med drugim vodile v transformacijo socialnih držav s tem,

1 V nadaljevanju besedila uporabljam bolj neposredne in v literaturi širše uporabljene prevode, medtem ko je obširen pregled literature z lastno konceptualizacijo in tipizacijo vrst timskega dela v socialnem delu v Sloveniji podan v poglavju Rape Žiberna: Poimenovanje in konceptualizacija timskega dela v socialnem delu.

da so omejile vlogo države na eni strani, ter poudarile odgovornost (namesto pravic) uporabnikov storitev na drugi strani (Juhila idr., 2021a, str. 9). Premik upravljanja storitev iz rok strokovnjakov v roke menedžerjev pa je izhajal iz zahteve po stroškovni učinkovitosti (*cost-effectiveness*) storitev, skladnih z vladnimi politikami (Pollard, Selman in Thomas, 2014, str. 10–15).

Hkrati se danes zdravstveni in socialni sistemi soočajo z vse večjimi izzivi, kot so staranje prebivalstva, rast kroničnih bolezni ter kompleksni zdravstveni in socialni problemi, ki zahtevajo sodelovanje različnih strokovnjakov in spremenjene zahteve uporabnikov ter njihove vloge kot aktivnih soudeleženi pri sprejemanju odločitev (Dziegielewski, 2013; Pahor, 2014). Integriran in na sodelovanju utemeljen sistem storitev se je tako v zadnjih desetletjih pojavil kot odgovor na prepoznano razpršenost zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev v preteklosti, ki so neučinkovite pri obravnavanju kompleksnih problemov in potreb uporabnikov (Cameron idr., 2014; Wodchis idr., 2015). Tovrstna fragmentacija storitev se kaže v pomanjkanju usklajenosti in koordinacije v individualnih primerih in širše med samimi izvajalci storitev, kot odgovor na te izzive pa se na sistemskih ravneh (politike, smernice) pojavlja predvsem razvoj številnih praks medpoklicnega in timskega sodelovanja tako znotraj organizacij, kot tudi v primerih medinstitucionalnega in medsektorskega sodelovanja (Fenwick, 2016, str. 112–113; Juhila idr., 2021a).

Tudi v Sloveniji se medsektorsko in medpoklicno² sodelovanje na področju zdravstva, sociale, izobraževanja ter drugih sektorjev vse bolj izraža pri oblikovanju politik in smernic na sistemski ravni, kar je možno prepoznati npr. v sprejetih resolucijah na področju duševnega zdravja (ReNPDZ18–28, 2018), zdravstvenega in socialnega varstva (ReNPSV22–30, 2022; ReNPZV16–25, 2016), v zakonodaji (npr. ZOPOPP, 2017; ZPND, 2008), strategijah na področjih deinstitucionalizacije in obvladovanja demence (StaDI 2024–2034, 2024; Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030, 2023) in v programskih smernicah svetovalnega dela v vzgojno-izobraževalnih zavodih (ZRSS, 2024). Ta razvoj je pomemben tudi za položaj socialnega dela, saj so bile socialne delavke in delavci kot strokovna

2 Pri tem se v dokumentih pojavljajo tudi izrazi, kot so multidisciplinarno, interdisciplinarno, medresorsko, meddisciplinarno itd.

skupina v tovrstnih dokumentih pogosto izpuščeni oz. spregledani (Eržen, 2008), sedaj pa so vse pogosteje navedeni kot redni člani timov, katerih temelji delovanja so načela interdisciplinarnosti in medpoklicnega sodelovanja (ReNPDZ18–28, 2018; ZOPOPP, 2017). V omenjenih spremembah in izzivih obravnavanja kompleksnih problemov uporabnikov storitev socialnega in zdravstvenega varstva pa številne avtorice opažajo tudi priložnost za socialno delo, da se pozicionira kot enakovredno drugim strokam ter prikaže lasten prispevek v medpoklicnem sodelovanju in posledično zagotavljanju celostne oskrbe uporabnikov (Dziegielewski, 2013; Haultain, 2014). Tovrstne raziskave so sicer redke, a Craig s sodelavci in sodelavkami (2020) na podlagi raziskave zastavi socialnodelovni model krepitve timskega dela v medpoklicnem sodelovanju v bolnišnicah. Iz raziskave izhaja, da socialne delavke krepijo sodelovanje z:

- aktivno komunikacijo (graditev medosebnih odnosov – dobra komunikacija, zaupanje, prepoznavnost v timu; bogat nabor informacij o uporabniku in virih v skupnostih; zapolnitev vrzeli znotraj timov s prilagajanjem lastnih vlog in nalog za potrebe tima);
- proaktivnim poučevanjem (izobraževanje članov tima; zagovorništvo uporabnikov znotraj tima – vključevanje uporabnika, zagovorništvo potreb in želja uporabnikov; izobraževanje uporabnikov in njihovih bližnjih o zdravstvenem sistemu, usklajevanje vseh deležnikov);
- ravnanjem s tveganji (koordinacija odpusta iz bolnišnice v največjo korist uporabnika; krepitev medpoklicnega sodelovanja za preprečevanje napak v oskrbi).

V nadaljevanju naprej predstavim, kako se medpoklicno sodelovanje v literaturi razume danes, temu pa sledi predstavitev ključnih dejavnikov, pomembnih za (ne)uspešno delovanje timov v praksah medpoklicnega sodelovanja. Poglavje končam s prikazom najnovejših raziskav tega področja in novih področij raziskovanja, relevantnih za socialno delo in razvoj timskega dela v kontekstu medpoklicnega sodelovanja.

Medpoklicno sodelovanje in sodelovalne prakse

V poglavju pišem predvsem o timih, katerih prakse se udejanjajo v kontekstih medpoklicnega sodelovanja. Z vidika delovanja timov, v katerih sodelujejo strokovnjaki različnih strok, dajem v nadaljevanju

poudarek predvsem na interakcijske ravni sodelovalnih praks, zato je za razumevanje teh pomembno sprva razjasniti, kaj je razumljeno pod pojmom medpoklicnega sodelovanja; se pravi: a) kako naj bi tovrstno sodelovanje v praksi potekalo (kaj so njegove značilnosti) ter b) kdo vse so akterji v takšnem sodelovanju.

Pollard, Sellman in Thomas (2014, str. 12) ugotavljajo, da se za opisovanje sodelovalnih praks med različnimi poklici in strokovnjaki v literaturi pojavljajo različni izrazi, med drugim multiprofesionalno (*multiprofessional*), medpoklicno (*interprofessional*),³ multidisciplinarno (*multidisciplinary*), interdisciplinarno (*interdisciplinary*), multiinstitucionalno (*multiagency*) in inter- oz. medinstitucionalno (*interagency*). Pri tem naj bi predpona *multi* predstavljala, da so v delo vključeni strokovnjaki in strokovnjakinje različnih strok, poklicev ali institucij, s tem, da to nujno ne predpostavlja sodelovanja med njimi, medtem ko prepona *inter* predpostavlja tudi sodelovanje. Pregled literature s področja raziskovanja zdravstvenih timov avtorjev Chamberlain-Salaun, Mills in Usher (2013) kaže mnogotero uporabo izrazov z le redkimi primeri, kjer so avtorji prispevkov obrazložili uporabo oz. definirali izbrane termine. Podobno v nemškem kontekstu ugotavljajo tudi Mahler, Gutmann, Karstens in Joos (2014) in predlagajo, da se za namen boljšega medsebojnega razumevanja v kontekstih medpoklicnega sodelovanja, več pozornosti nameni tudi razvoju in uporabi enotne terminologije. Medtem ko uporabljeni termini predstavljajo tako sestavo timov kot tudi način dela (glej tudi poglavje Rape Žiberna o poimenovanju in konceptualizaciji timskega dela), pa medpoklicno sodelovanje, kot je predstavljeno v tem poglavju, v svoji definiciji vsebuje oba elementa.

Dokaj generično, a hkrati pogosto uporabljeno definicijo npr. podajo Pollard, Sellman in Senior (2005, str. 10), ki zapišejo, da je medpoklicno sodelovanje »proces, v katerem člani različnih strok in/ali organizacij delajo skupaj z namenom zagotavljanja integrirane zdravstvene in/ali socialne oskrbe v korist uporabnikov storitev«. Ta definicija je skladna s tem, kar nekateri avtorji poimenujejo interdisciplinarno sodelovanje, čeprav jasnega razločevanja med termini oz. koncepti, kot je že bilo omenjeno, pogosto ni. Petri (2010) npr. v svoji

3 To bi sicer lahko prevedli tudi kot interprofesionalno, a tu ostajam zvest uveljavljeni terminologiji v slovenski literaturi, kjer se za *interprofessional collaboration* dosledneje uporablja prevod medpoklicno sodelovanje (glej npr. (Pahor, 2014; Petrović idr., 2021).

analizi koncepta interdisciplinarnega sodelovanja ohrani fokus samo na vidiku sodelovanja različnih strokovnjakov (brez uporabnikov) in prav tako ugotavlja, da koncepta avtorji pogosto ne definirajo, je pa možno prepoznati tri skupne značilnosti. Pri interdisciplinarnem sodelovanju gre za *proces, osredotočen na problem*, v katerem si vključeni *delijo* skupne cilje, odgovornosti, odločanje in moč, ter da delo opravljajo skupaj, se pravi, da med vključenimi *poteka sodelovanje* (prav tam). Uporabniki so v analizi tako prepoznani samo v kontekstu pozitivnih posledic, ki jih ima sodelovanje na oskrbo uporabnikov (Petri, 2010, str. 78), kar kaže na njihovo pasivno vlogo.⁴ Avtorji zato kritizirajo definicije medpoklicnega (ali interdisciplinarnega) sodelovanja, ki ne vključujejo uporabnika storitev kot aktivnega člana, ki bi sodeloval pri odločanju in načrtovanju oskrbe (Pollard, 2010). V kasnejši izdaji tako Pollard s sodelavci (2014, str. 13) prej omenjeno definicijo dopolnijo, da »delajo skupaj drug z drugim *in s pacienti/uporabniki storitev* z namenom ...«.

Tudi v slovenski literaturi Pahor (2014, str. 9), ki piše o sodelovanju na področju zdravstva, izpostavi, da »je mogoče zdravje doseči le z zavezništvom vseh vključenih, od uporabnikov – tako posameznikov kot skupin in družbenih skupnosti, do strokovnjakov različnih poklicev, ki se povezujejo v skrbi za zdravje ljudi« (več o vlogi uporabnikov v timih tudi v poglavju Rape Žiberna Vključevanje oseb z izkušnjo (uporabnikov) v timsko delo v socialnem delu). Premik uporabnika iz pasivnega v aktivnega člana tima pa je razviden tudi v premiku iz »hierarhičnih« in »na pacienta osrediščenih timov« k »na zdravstveni problem osrediščenemu timu«; ta je pomemben predvsem pri obravnavanju kroničnih bolezni današnjega časa (Pahor, 2014, str. 26–27). V takšnem timu je uporabnik prepoznat kot aktiven član tima, ki se ob sodelovanju vseh vključenih osredotoča na zdravstveni problem. Morrison in Glenny (2012) ugotavljata, da je pri razumevanju medpoklicnega sodelovanja prepogosto prevelik poudarek na vključenih strokovnjakih, manj pa na uporabnikih storitev ter drugih pomembnih (npr. njihovih bližnjih in prostovoljcih),

4 Podoben model interdisciplinarnega sodelovanja na področju socialnega dela zastavi Bronstein (2003). Model sestavljajo elementi soodvisnosti, novo ustvarjene strokovne aktivnosti, fleksibilnost, refleksija procesa sodelovanja ter skupno lastništvo nad cilji (skupna odgovornost pri doseganju teh). Zanimivo je, da pri zadnjem prepozna aktivno vlogo uporabnika in njegove družine, kar pa je bolj skladno s sodobnim razumevanjem medpoklicnega sodelovanja.

zato nekateri zagovarjajo uporabo izraza sodelovalne prakse (*collaborative practices*), ki v samem terminu ne vsebuje besednega poudarka na strokovnjakih (medpoklicno, interdisciplinarno). Pomen te semantične razlike v poimenovanju je pokazala tudi raziskava, izvedena med študentkami in študenti različnih študijskih smeri, ki so obiskovali predmet Medpoklicno sodelovanje na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani (Domajnko idr., 2015). Izvajalci predmeta so jih vprašali, kaj pomeni medpoklicno sodelovanje in presenečeno ugotovili, da v definiciji nihče ni izpostavil aktivne vloge uporabnika. Ko pa so jih vprašali, kaj pomeni sodelovalna praksa, pa je bilo mogoče v odgovorih pogosteje prepoznati aktivno vlogo uporabnika ter njegovih bližnjih, tudi če ti pogosto niso bili prepoznani kot člani tima, ampak samo kot posamezniki, ki aktivno sodelujejo s strokovnjaki in obratno (prav tam). Pomembno se tako zdi, da pri razumevanju timskega dela (načina dela, dinamik znotraj tega itd.) v kontekstu medpoklicnega sodelovanja sprva skušamo razumeti, kako avtor oziroma avtorica dejansko konceptualizira (medpoklicno) sodelovanje.

Ta monografija predstavlja sodelovalne prakse timov v raznih kontekstih, za katere bi lahko argumentirali, da so v svoji sestavi najpogosteje meddisciplinarni (glej predlagano poimenovanje Rape Žiberna v poglavju o poimenovanju in konceptualizaciji timskega dela v socialnem delu), zato lahko poleg medpoklicnega sodelovanja govorimo tudi samo o sodelovanju (*collaboration*) ali sodelovalnih praksah. Socialne delavke in delavci v praksi delujejo v timih, ki povezujejo različne akterje tako znotraj organizacij kot tudi akterje iz različnih organizacij, pogosto pa vključujejo tudi uporabnike (npr. primer timskega dela na CSD-jih, (Rape Žiberna, 2019)). Pri obravnavanju značilnosti, elementov in ovir takšnega sodelovanja v timih izhajam iz razumevanja sodelovanja, kot ga na primerih medinstitucionalnih srečanj (*multi-agency meetings*) v monografiji Medpoklicno sodelovanje in sodelovanje uporabnikov storitev (*Interprofessional collaboration and service user participation*) opredelijo avtorji Juhila, Dall, Hall in Koprowska (2021b). Avtorji tovrstna srečanja razumejo kot prostore razmejevanja (*boundary spaces*), v katerih se srečajo strokovnjaki različnih strok in organizacij, uporabniki storitev in včasih tudi njihovi svojci ali zastopniki z namenom, da opravijo naloge, ki so jim zastavljene. Medpoklicno sodelovanje z vključenimi uporabniki tako vidijo kot primere kompleksnih praks (Juhila idr., 2021b, str. 2), ki pa imajo določene skupne značilnosti, kot so »skupno delo

onkraj meja posameznih strok in organizacij, integracija, celovitost (holističnost), skupni cilji in sinergija« (Juhila idr., 2021a, str. 12).

Dejavniki medpoklicnega sodelovanja

V literaturi je mogoče zaslediti številne dejavnike medpoklicnega sodelovanja, ki lahko negativno ali pozitivno vplivajo na sodelovanje strokovnjakov in uporabnikov v praksi. Te lahko delimo na dejavnike na makro (sistemski), mezzo (organizacijski) ter mikro (medosebni, interakcijski) ravni. To delitev uporablja pri nas Pahor (2014), medtem ko npr. Cameron (2016) opisuje organizacijske (kjer so sicer zajeti tudi nekateri sistemski dejavniki), kulturne in strokovne ter kontekstualne dejavnike. Keeping (2014, str. 22–30) pa daje večji poudarek organizacijskim in medosebnim dejavnikom ter znanju in odnosu vključenih do medpoklicnega sodelovanja. Rawlinson idr. (2021) so v metaanalizi 29-ih preglednih člankov prepoznali skupno 22 vrst zaviralnih dejavnikov in 20 vrst dejavnikov, ki medpoklicno sodelovanje vzpodbujajo, veliko večino teh pa so uvrstili na organizacijsko in medosebno raven, prepoznali pa so tudi nekatere dejavnike na sistemskih in osebnih ravneh.

Na *sistemski ravni* se dejavniki vežejo na širše družbene, kulturne, poklicne in izobraževalne sisteme, katerih značilnosti so, da vzpostavljajo in ohranjajo razlike v moči, statusu in vlogah (Pahor, 2014). Izobraževalni sistemi ter poklicna socializacija v praksi pa te razlike ohranjajo z reprodukcijo ločenih poklicnih kultur in različnih epistemoloških izhodišč, kar ohranja nadaljnje razlikovanje in hierarhične odnose med poklicnimi skupinami (prav tam).⁵ Rawlinson idr. (2021) med sistemskimi dejavniki omenjajo predvsem nezadostno in neustrezno financiranje (v določenih primerih tudi pri plačilu določenih strokovnih skupin), pomanjkanje učinkovitega vodenja na nacionalni/politični ravni, zakonodajne omejitve pri širjenju vlog strokovnjakov, fragmentacijo skrbstvenih storitev ter pomanjkanje meddisciplinarnih pristopov v izobraževanju. Čeprav

5 Za kratek pregled zgodovine zdravstvenih strok v povezavi z razvojem medpoklicnega sodelovanja glej npr. (Bainbridge & Purkis, 2011), za obširnejše razprave o zgodovini razvoja strok, profesionalizacije poklicnih skupin, zgodovine medicine ter sociološko analizo hegemonije medicine glej npr. klasična dela Andrewa Abbotta *The system of professions: An essay on the division of expert labor* (1988) ter delo B. S. Turnerja *Medical power and social knowledge* (1995).

Keeping (2014) večji poudarek daje dejavnikom na mezo in mikro ravneh, pa izpostavi, da različni dominantni politični in družbeni diskurzi občutno vplivajo na določanje, doseganje in evalvacijo ciljev v medpoklicnem sodelovanju.

Organizacijska raven vsebuje dejavnike, ki predstavljajo in določajo okolje, v katerem poteka delo tima v medpoklicnem sodelovanju, saj iz njega zaposleni črpajo sredstva za svoje delo, kot so čas, prostor, material, podpora pri razvoju kadra itd. (Pahor, 2014). Med dejavnike tako štejemo strukturo ter filozofijo organizacije ter načine upravljanja in vodenja organizacije (prav tam), ki se izražajo v dejavnikih, kot so npr. omejitve v kadrovskih virih (število teh, pomanjkanje časa, delovna obremenitev), pomanjkanje izobraževanj in implementacija medpoklicnega sodelovanja v praksi, pomanjkanje podpore vodstva, slabo razviti informacijski sistemi za lažje širjenje informacij, ter pri nekaterih profilih tudi dostop do tima ter uporabnika (npr. ko je določen strokovnjak lociran v drugi organizaciji) (Rawlinson idr., 2021). Na organizacijsko raven lahko umestimo tudi nekatere dejavnike, ki bodo sicer poudarjeni kasneje na medosebni ravni, a so med seboj povezani in soodvisni. Takšna dejavnika sta na primer znanje in izobraževanje, ki ju omenja Keeping (2014, str. 23–24), saj sta ključna tako za razumevanje razvoja celostnih (holističnih) pristopov k zagotavljanju storitev, ne samo z vidika potreb uporabnikov in njihovega aktivnega vključevanja, ampak tudi zaradi izzivov, ki spremljajo to sodelovanje. Izziv za medpoklicno sodelovanje je tako pomanjkanje znanja in izobraževanj o vlogah, prispevkih in strokovnih mejah (*professional boundaries*) drugih strok in znanosti, kot tudi o drugih akterjih v skupnosti, ki bi potencialno lahko bili vključeni v sodelovanje in bi s tem prispevali k boljši oskrbi uporabnikov (prav tam). Številni omenjeni sistemski in organizacijski dejavniki tako prispevajo, da se v praksi pogosto ohranja hierarhičen način dela. Pahor (2014, str. 16) piše, da so za spremembe prehoda s hierarhičnih k sodelovalnim načinom dela potrebne zavestne odločitve in namensko delovanje. In tudi če je to pogojeno z omenjenimi sistemskimi in organizacijskimi dejavniki, pa niso nič manj pomembni dejavniki na interakcijski medosebni ravni medpoklicnega sodelovanja.

Med dejavnike na mikro *interakcijski oz. medosebni ravni* Pahor (2014, str. 22) umešča določene osebnostne značilnosti in interakcijske spretnosti, ki vplivajo na kakovost sodelovanja. Najpogosteje v literaturi zasledimo dejavnike, kot so pripravljenost strokovnjakov

za sodelovanje, medsebojno spoštovanje in zaupanje, osebna in strokovna samozavest, komunikacijske kompetence, kot so npr. aktivno poslušanje in odprta ter iskrena komunikacija, kompetence za timsko delo, pa tudi sposobnost posameznikov za samorefleksijo, s katero lahko spregovorijo o lastnih omejitvah in sposobnostih (prav tam; Keeping, 2014, str. 25–30). Na tej ravni Rawlinson idr. (2021) kot pomembne izpostavljajo še nesorazmerje moči in hierarhijo (predvsem v odnosu do zdravnikov), pomanjkanje razumevanja vlog, obsega dela in meja drugih strokovnjakov, ter izgubo teritorija in strokovne identitete (*professional identity*) v novo definiranih vlogah, kar se v praksi kaže v razvrednotenju prispevka drugih strokovnjakov in njihovih kompetenc ter pomanjkanju skupnih ciljev in vizije. Cameron, Lart, Bostock in Coomber (2014) pa v svojem preglednem članku izpostavljajo tudi pogosto nezaupanje med strokovnimi skupinami glede deljenja informacij in splošnega prepoznanja prispevkov različnih strok.

Za praktični prikaz navedenih dejavnikov na omenjenih ravneh lahko uporabim delo avtorice Šimenc (2016), ki predstavlja poglede zaposlenih v socialnih in zdravstvenih službah na (ne)sodelovanje v multidisciplinarnih timih⁶ v primerih nasilja v družini v Sloveniji. Socialne delavke v njeni raziskavi prepoznava pomembno vlogo zdravnika oz. zdravnice, ki pa so v timih najmanjkrat prisotni in pri njih pogrešajo zavedanje o skupni odgovornosti ter pomenu medsektorskega dopolnjevanja in boljšo ozaveščenost o razsežnostih nasilja, prav tako pa so manj seznanjeni z zakonskimi podlagami in obveznostmi pri delu v multidisciplinarnem timu. Kljub temu pa so opazile tudi nekatere izboljšave, sploh pri mlajših zdravnikih in zdravnicah, ki so bolj ozaveščeni, odzivni, podajo več prijav na centre za socialno delo ter so bolj kooperativni v medinstitucionalnem sodelovanju. Na drugi strani zdravstven kader opisuje slabše izkušnje s sodelovanjem s centri za socialno delo, ki po njihovem mnenju delujejo prepočasi, so neživljenjski, pretirano administrativni in težko dostopni. Tako socialne delavke kot tudi zdravstven kader pa so izpostavili sistemske ovire za nesodelovanje zdravstvenega kadra v timih, saj tovrstno sodelovanje na sistemski ravni ni urejeno in dorečeno kot del njihove delovne obveznosti, hkrati pa jih omejuje tudi pomanjkanje časa

6 Avtorica uporablja izraz, ki je v praksi na področju nasilja v družini splošno uveljavljen, ker tim kot tak poimenuje Zakon o preprečevanju nasilja v družini (2008).

in delovna preobremenjenost. Sodelovanje v nadaljevanju omejujejo slabo poznavanje vlog in pristojnosti posameznih strokovnjakov in strokovnjakinj v timih, neusklajenost in neenakomerno sodelovanje strok ter pomanjkanje znanja o namenih in načinih delovanja tovrstnega tima ter pomenu udeležbe v timu.

V tej raziskavi so se pokazale tudi nekatere dobre prakse, ki presegajo sistemske, organizacijske in druge ovire. Šimenc (prav tam) izpostavlja dobro vzpostavljeno sodelovanje na lokalni ravni, ki temelji na dobrih medosebnih odnosih in poznanstvih, izobraževanje na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, kjer zdravnike in zdravnice spodbujajo k neposrednemu spoznavanju pristojnih v strokovnih službah za nasilje v družini v lokalnem okolju, znotraj katerega se odpravijo tudi na teren, izpostavi pa tudi primer socialne delavke v večji zdravstveni organizaciji, ki je odlična komunikacijska in organizacijska vez med zdravstvom in centri za socialno delo ter z dobrim poznavanjem zahtev, kontekstov, strokovnih jezikov in kultur obeh strok usklajuje in pojasnjuje posamezne postopke in procese.

Znotraj predstavljenega primera lahko opazimo dejavnike, ki se vežejo tako na sistemsko (npr. izobraževanje o medpoklicnem sodelovanju, neurejenost delovnih obveznosti), organizacijsko (npr. preobremenjenost, pomanjkanje časa) kot tudi medosebno raven (npr. komunikacijske spretnosti, medsebojno (ne)poznavanje). Kot pokazeta tudi primera dobrih praks, pa je razvidno, da strokovnjaki sami odigrajo zelo pomembno vlogo pri implementaciji in razvoju timskega dela, ki deluje po principih medpoklicnega sodelovanja, pri tem pa pogosto ključno vlogo odigrajo posamezniki in posameznice, ki s prakso razvijejo nove načine sodelovanja. Pregledna študija avtorjev Schot, Tummers in Noordegraaf (2020) je pokazala, da je vsaj na treh področjih možno prepoznati prispevek strokovnjakov, in sicer s tem, da skušajo premostiti strokovne, socialne, fizične in z nalogami povezane vrzeli, ki v praksi nastajajo med strokovnjaki različnih strok, da znajo ravnati s prekrivajočimi se vlogami in odgovornostmi ter s tem, da vzpostavljajo prostore, kjer do sodelovanja sploh lahko pride. Podobno v svojem pregledu raziskav ugotavljajo O'Reilly in sodelavci (2017) in izpostavljajo pomembno vlogo zdravnikov, ki so se v nekaterih raziskavah izkazali kot glavni podporniki razvoja medpoklicnega sodelovanja, v drugih pa tudi kot glavni zaviralci razvoja, prav tako pa so redkeje (posebno starejši doktorji) razumeli

vrednost v deljeni oskrbi in odgovornosti različnih strokovnjakov do uporabnikov.

Raziskave, izvedene v slovenskem prostoru, temu pritrjujejo. Skinder Savič in Skela Savič (2014) ugotavljata, da sicer v zdravstvenih organizacijah v Sloveniji prevladuje hierarhičen tip organizacijske kulture, a dobro sodelovanje, zadovoljstvo z vodstvom, avtonomija in sodelovanje pri odločanju korelirajo z večjim zadovoljstvom zaposlenih. V praksi obstaja tudi razlika med strokami v dojemanju medpoklicnega sodelovanja, kjer so v povprečju s sodelovanjem z drugimi profili (predvsem medicinskimi sestrami) najbolj zadovoljni zdravniki, medicinske sestre pa najmanj z zdravniki (Šanc in Prosen, 2022). Avtor in avtorica to pripišeta ravno hierarhičnim odnosom, ki pogosto vodijo v slabo komunikacijo in nerešene konflikte znotraj poklicnih skupin, in ugotavljata, da je treba za uspešno sodelovanje znotraj timov graditi poklicno identiteto vseh članov tima ter razvijati strategije spodbujanja enakosti in krepitev šibkejših skupin v odnosu. Omenjene raziskave hkrati izpostavljajo pomanjkanje in pomen uvedbe izobraževanja medpoklicnega sodelovanja v času šolanja in zaposlitve ter razvoja novih modelov medpoklicnega sodelovanja v praksi (Cameron idr., 2014; Petrović idr., 2021; Šanc in Prosen, 2022; Železnjak in Skela-Savič, 2016).

Izzivi prihodnosti in usmeritve za nadaljnje raziskovanje

Avtorji in avtorice navajajo številne izzive kot tudi nova področja raziskovanja timskega dela v kontekstih medpoklicnega sodelovanja. Izziv predstavlja povečevanje ter diverzifikacija vlog in specializacij obstoječih poklicnih (strokovnih) skupin, kot tudi nastajanje novih (Thomas idr., 2014). To lahko poveča prehodnost meja med strokami, delitev odgovornosti, delovnih nalog in vlog zaposlenih (O'Reilly idr., 2017; Thomas, 2014). Dober primer prostorov razmejevanja (*boundary spaces*), kjer v praksi prihaja do prehajanja meja ter delitve odgovornosti v slovenskem prostoru, prikazuje raziskava avtorjev Petrović, Osmančević, Ličen, Karnjuš in Prosen (2021), ki obravnava medpoklicno sodelovanje medicinskih sester pri zagotavljanju farmacevtske oskrbe. Raziskava prikazuje, da medicinske sestre del nalog na tem področju že opravljajo, vendar pa zdravniki in farmacevti niso naklonjeni morebitnim kompetencam medicinskih sester, ki bi vključevale zagotavljanje farmacevtske skrbi. Hkrati izpostavljajo

znanje, ki da sestram manjka, in zanje predlagajo dodatno izobraževanje, medtem ko se medicinske sestre pri zagotavljanju te oskrbe počutijo zapostavljene in neenakopravne. Primer prikaže izzive pri razvoju medpoklicnega sodelovanja, kjer se določene vloge in delovne naloge ter načini sodelovanja vzpostavijo s prakso, kar pa lahko vodi tudi do konfliktov, »bojev« za področje delovanja in nejasnih meja, oziroma oblike tega, kar nekateri avtorji (Abbott, 1995; Slembrouck in Hall, 2014) radi poimenujejo »teritorialne vojne« (*turf wars*), v katerih se strokovnjaki različnih strok borijo za svoje specifično polje delovanja.

Sposobnost poimenovanja, pojasnjevanja ter pogajanja glede vlog ter posredovanja tovrstnih informacij uporabnikom in svojcem Thomas (2014) prepozna kot ključno znanje strokovnjaka. Keeping (2014) pa piše, da lahko nepoznavanje vlog ter meja drugih strok vodi v to, da se ne vzpodbujajo sodelovanja s tistimi akterji, ki bi lahko prispevali k celostni oskrbi uporabnika. Kot je bilo predstavljeno v omenjenih raziskavah, so dejavniki, ki ovirajo sodelovanje, povezani z nezadovoljstvom, stresom in tesnobo sodelujočih, ti pa negativno vplivajo na odnose v medpoklicnem sodelovanju, saj lahko postanejo druge skupine »krivci« za nastalo situacijo, kar okrepi občutek povezanosti z lastno strokovno skupino in ovira medpoklicno sodelovanje (prav tam). Ta fenomen je vezan tudi na občutek lastne strokovne (in socialne) identitete, še posebno v tistem delu, kjer se med skupinami vzpostavljajo in poudarjajo razlike, kar krepi povezanost z lastno skupino. Ob tem je ključna ugotovitev, da kljub nekaterim pozitivnim učinkom sprememb zakonodaje in smernic za medpoklicno sodelovanje medosebni dejavniki ostajajo še posebej ključni in hkrati precej odporni na spremembe v praksi. Izziv je tudi spremenjena vloga uporabnikov storitev in njihovo mesto znotraj timskega sodelovanja, kot je že omenjeno, pa se vse večji pomen pripisuje tudi medpoklicni in strokovni identiteti (Best in Williams, 2018, 2019; Thomas, 2014).

Po drugi strani se kot glavni dejavniki podpore medpoklicnemu sodelovanju kažejo pripomočki za izboljšanje komunikacije, fizična bližina in dostopnost med strokovnjaki ter prepoznanje prispevka in spretnosti drugih strokovnjakov (Rawlinson idr., 2021). V prihodnosti bodo tako pomembne raziskave, ki bodo okrepile razumevanje dejavnikov, ki zavirajo ali vzpodbujajo medpoklicno sodelovanje ter razvoj načinov sodelovanja v praksi, katerih rezultat bodo tako boljša oskrba in zadovoljstvo uporabnikov, kot tudi zadovoljstvo vseh

vključenih strokovnjakov in strokovnjakinj. Kot zapišejo že v 90. letih Henneman, Lee in Cohen (1995, str. 108) v analizi koncepta sodelovanja: »Čeprav so organizacije ključne pri razvoju sodelovanja, ne morejo zagotoviti njegovega uspeha. Sodelovanje je namreč v resnici proces, ki se dogaja med posamezniki, ne institucijami, in samo vključene osebe lahko zagotovijo, ali bo do sodelovanja res prišlo.« V slovenskem prostoru prav tako manjkajo raziskave, ki bi osvetlile to, kako vloge in naloge socialnih delavk razumejo druge stroke ter kako se strokovna identiteta različnih strokovnih skupin izraža v praksi medpoklicnega sodelovanja. Ovijač (2012) tako ugotavlja, da strokovne skupine intenzivno razvijajo svojo lastno identiteto, obenem pa se istočasno pospešeno razvija zavedanje neobhodne sinhronizacije skupnega dela ter potreba po novih kompetencah zaposlenih, kot so skupno odločanje, skupno učenje in odlične medosebne komunikacijske spretnosti, kar avtorica še posebej poveže z vprašanjem skupnega odločanja o etičnih vprašanjih in skupnega učenja o etiki (glej tudi poglavje Ane M. Sobočan). Na področju socialnega dela v Sloveniji so raziskave na področju etike in timskega dela (Rape Žiberna, 2019; Sobočan, 2013) že nakazale, da je raziskovanje strokovne identitete pomembna tema, saj med socialnimi delavkami ni specifičnega konsenza o lastni strokovni identiteti, so pa njen pomen izpostavile v odnosu do oz. pri sodelovanju z drugimi strokami. Rape Žiberna (2019) in Beddoe (2015) pa v socialnem delu, v primerjavi z drugimi strokami, ki imajo v družbi boljši ugled, opažata tudi potrebo po krepitvi strokovne samozavesti in samopodobe socialnih delavk in delavcev, saj sta pri njih slabše izraženi oziroma razviti.

Pomemben fokus prihodnjih raziskav se tako kaže tudi v raziskovanju strokovne identitete socialnih delavk (in drugih strok) v kontekstu meddisciplinarnega timskega dela in v tem, kako se ta »mobilizira« v praksi medpoklicnega sodelovanja. Best, Robbé in Williams (2022) mobilizacijo strokovne identitete razumejo kot fluiden način razmišljanj in praks meddisciplinarnih timov ter izpostavljajo pomen boljšega razumevanja tega, kako se strokovna identiteta lahko uporabi za optimizacijo timskega dela, oskrbe ter posledično za pozitivne izide dela z uporabniki.

Viri

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (1995). Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries?: The Social Service Review Lecture. *Social Service Review*, 69(4), 545–562.
- Bainbridge, L., & Purkis, M. E. (2011). The history and sociology of the health professions: Do they provide the key to new models for interprofessional collaboration? V S. Kitto, J. Chesters, J. Thistlethwaite, & S. Reeves (ur.), *Sociology of interprofessional health care practice: Critical reflections and concrete solutions* (str. 23–38). Nova Science Publishers, Inc.
- Baldwin, D. C. (2007). Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *Journal of Interprofessional Care*, 21(sup1), 23–37. <https://doi.org/10.1080/13561820701594728>
- Beddoe, L. (2015). Continuing education, registration and professional identity in New Zealand social work. *International Social Work*, 58(1), 165–174. <https://doi.org/10.1177/0020872812473139>
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work*. Taylor & Francis Group.
- Best, S., Robbé, I., & Williams, S. (2022). Mobilizing professional identity in multidisciplinary teams: An appreciative inquiry. *International Journal of Healthcare Management*, 15(2), 132–141. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1862399>
- Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306.
- Cameron, A. (2016). What have we learnt about joint working between health and social care? *Public Money & Management*, 36(1), 7–14. <https://doi.org/10.1080/09540962.2016.1103411>
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: A review of research literature. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 225–233.
- Chamberlain-Salaun, J., Mills, J., & Usher, K. (2013). Terminology used to describe health care teams: An integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 65. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S40676>
- Craig, S. L., Eaton, A. D., Belitzky, M., Kates, L. E., Dimitropoulos, G. & Tobin, J. (2020). Empowering the team: A social work model of interprofessional collaboration in hospitals. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 19, 100327. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100327>
- Domajnko, B., Ferfila, N., Kavčič, M., & Pahor, M. (2015). Beyond interprofessionalism: Caring together with rather than for people. V A. Vyt,

- M. Pahor, & T. Tervaskanto-Maentausta (ur.), *Interprofessional education in Europe: Policy and Practice* (str. 37–48). Garant Publishers.
- Dziegielewska, S. F. (2013). *The changing face of health care social work: Opportunities and challenges for professional practice*. 3rd ed. Springer Publishing Company.
- Eržen, I. (2008). Diskriminacija socialnih delavcev. *Socialno delo*, 47(3–6), 347–356.
- Fenwick, T. J. (2016). *Professional responsibility and professionalism: A sociomaterial examination*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Haultain, L. (2014). Facing the challenges together: A future vision for health social work. V L. Beddoe, & J. Maidment (ur.), *Social work practice for promoting health and wellbeing: Critical issues* (str. 39–50). Routledge.
- Henneman, E. A., Lee, J. L. & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103–109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x>
- Juhila, K., Raitakari, S., Caswell, D., Dall, T., & Wilińska, M. (2021a). From a collaborative and integrated welfare policy to frontline practices. V K. Juhila, T. Dall, C. Hall, & J. Koprowska (ur.), *Interprofessional Collaboration and Service User Participation: Analysing Meetings in Social Welfare* (str. 9–32). Policy Press.
- Juhila, K., Dall, T., Hall, C. & Koprowska, J. (ur.). (2021b). *Interprofessional collaboration and service user participation: Analysing meetings in social welfare*. Policy Press.
- Keeping, C. (2014). The Process Required for Effective Interprofessional Working. V J. Thomas, K. C. Pollard & D. Sellman (ur.), *Interprofessional Working in Health And Social Care: Professional Perspectives*, 2nd ed. (str. 22–34). Red Globe Press.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Terminology for interprofessional collaboration: Definition and current practice. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), Doc40.
- Morrison, M., & Glenny, G. (2012). Collaborative inter-professional policy and practice: In search of evidence. *Journal of Education Policy*, 27(3), 367–386. <https://doi.org/10.1080/02680939.2011.599043>
- Nacman, M. (1977). Social Work in Health Settings: A Historical Reviews. *Social Work in Health Care*, 2(4), 407–418. https://doi.org/10.1300/J010v02n04_05
- O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., & MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, 12(5), e0177026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177026>

- Ovijač, D. (2012). Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), 297–301.
- Pahor, M. (2014). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (str. 13–40). Zdravstvena fakulteta.
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration: Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73–82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>
- Petrović, M., Osmančević, B., Ličen, S., Karnjuš, I., & Prosen, M. (2021). Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi: Kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 92–101. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>
- Pollard, K. C. (2010). Introduction: Background and Overview of the Book. V K. C. Pollard, J. Thomas, & M. Miers (ur.), *Understanding Interprofessional Working in Health and Social Care: Theory and Practice*. Pargrave Macmillan.
- Pollard, K. C., Sellman, D., & Senior, B. (2005). The need for interprofessional working. V D. Barret, D. Sellman, & J. Thomas (ur.), *Interprofessional Working in Health and Social Care: Professional Perspectives* (str. 7–17). Palgrave Macmillan.
- Pollard, K. C., Sellman, D. & Thomas, J. (2014). The need for Interprofessional Working. V J. Thomas, K. C. Pollard, & D. Sellman (Ur.), *Interprofessional Working in Health And Social Care: Professional Perspectives*, 2nd ed. Red Globe Press.
- Požtrak, M. (2022). *Uvod v socialno delo*. Fakulteta za socialno delo.
- Rape Žiberna, T. (2019). *Konceptualizacija timskega dela v socialnem delu v Sloveniji* (Doktorsko delo). Fakulteta za socialno delo.
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 32. <https://doi.org/10.5334/ijic.5589>
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028* (ReNP-DZ18–28) (2018). Ur. l. RS 24/2018.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2022–2030* (ReNPSV22–30) (2022). Ur. l. RS 49/2022.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2026 »Skupaj za družbo zdravja«* (ReNPZV16–25) (2016)). Ur. l. RS 25/2016.
- Ruth, B. J., & Marshall, J. W. (2017). A History of Social Work in Public Health. *American Journal of Public Health*, 107(S3), S236–S242. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>

- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Skinder Savić, K., & Skela-Savić, B. (2014). Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2). <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.20>
- Slembrouck, S., & Hall, C. (2014). Boundary Work. V C. Hall, K. Juhila, M. Matarese, & C. van Nijnatten (ur.), *Analysing Social Work Communication* (str. 61–78). Routledge.
- Sobočan, A. M. (2013). *Etika v socialnem delu* (Doktorsko delo). Fakulteta za socialno delo.
- Strategija Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034 (StaDI 2024–2034)* (2024). Republika Slovenija, Ministrstvo za solidarno prihodnost.
- Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 (2023)*. Republika Slovenija, Vlada Republike Slovenije.
- Šanc, P., & Prosen, M. (2022). Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: Kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9–21. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3106>
- Šimenc, J. (2016). »Vsi smo preobremenjeni, a zdaj pa še to«. Pogledi zaposlenih v socialnih in zdravstvenih službah na (ne)sodelovanje v multidisciplinarnih timih v primerih nasilja v družini. *Socialno delo*, 55(1–2), 27–38.
- Thomas, J. (2014). Issues for the future. V J. Thomas, K. C. Pollard, & D. Sellman (ur.), *Interprofessional Working in Health and Social Care: Professional Perspectives*, 2nd ed. (str. 215–227). Red Globe Press.
- Thomas, J., Smart, G., & Stone, K. (2014). New and Emerging Roles. V J. Thomas, K. C. Pollard & D. Sellman (ur.), *Interprofessional Working in Health and Social Care: Professional Perspectives*, 2nd ed. (str. 201–214). Red Globe Press.
- Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge* (2nd ed.). Sage Publications.
- WHO (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. World Health Organization.
- Wodchis, W. P., Dixon, A., Anderson, G. M., & Goodwin, N. (2015). Integrating care for older people with complex needs: Key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International Journal of Integrated Care*, 15(6). <https://doi.org/10.5334/ijic.2249>

Zakon o celostni obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (ZOPOPP) (2017). Ur. l. RS 41/2017.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (2008). Ur. l. RS 16/08.

ZRSŠ. (2024). Programske smernice svetovalnega dela v vzgojno-izobraževalnih zavodih: Predlog. Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Železnjak, V., & Skela-Savič, B. (2016). Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4). <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.98>