

Organizacijski dejavniki medpoklicnega sodelovanja in upravljanje z znanjem v timskem delu na področju socialnega dela v zdravstvu

Anže JURČEK, Anamarija KEJŽAR

Uvod

Socialno delo v zdravstvu in izzivi timskega medpoklicnega sodelovanja

Večji del 20. stoletja je bil razvoj socialnega dela v zdravstvu povezan z razvojem javnega zdravstva. S hitrim razvojem medicine so socialni delavci¹ v zdravstvu prevzeli podporno vlogo in začeli izvajati različne administrativne naloge, svoj fokus pa usmerili na družbene vidike bolezni (Beder, 2006; Ruth in Marshall, 2017). Pretekle raziskave na tem področju se osredotočajo predvsem na vloge in naloge socialnih delavcev ter njihov prispevek k oskrbi uporabnikov v zdravstvu (Ashcroft idr., 2019; Cleak in Turczynski, 2014; Eržen, 2012) ter na to, kako so te vloge in prispevek prepoznali zdravniki in drugi delavci v zdravstvu (Dobl, Beddoe in Huggard, 2017; Keefe, Geron in Enguidanos, 2009). Prav tako so bile v preteklosti že opravljene analize stroškov in koristi zdravstvenih timov, ki vključujejo socialne delavke in delavce, ter kakšne pozitivne učinke imajo na zdravstvene izide (Steketee, Ross in Watchman, 2017). Kljub stroškovni upravičenosti in prepoznavi pomena socialnih delavk v zdravstvu pa ostajajo vloge in znanje socialnih delavcev v okolju, kjer poteka medpoklicno sodelovanje, pogosto nejasni (Ashcroft idr., 2018; Tadic idr., 2020), kar

1 V celotnem besedilu se uporablja različne spolne oblike, ki veljajo za vse spole.

med drugim vpliva na strokovno identiteto in status stroke v zdravstvu (Beddoe, 2017; Oliver, 2013).

Urek in Eržen (2014) zapišeta, da velik del socialnega dela sloni na povezovanju virov in akterjev v delovnih projektih pomoči, kar se v zdravstvu izraža v koordinatorski vlogi socialnih delavk, ki uporabnike, svojce ter izvajalce zdravstvenih in socialnovarstvenih storitev informirajo in povezujejo z namenom uveljavljanja raznih pravic ter izrabe virov v skupnosti. Tako ni presenetljivo, da je v obstoječi literaturi s področja socialnega dela v zdravstvu v Sloveniji mogoče razbrati, da je timsko delo zelo pogosta, če že ne ključna metoda oziroma oblika dela in sodelovanja socialnih delavk z zdravstvenimi delavci in sodelavci, z uporabniki, njihovimi svojci ter bližnjimi, kot tudi z zunanjimi deležniki, izvajalci storitev v skupnosti ter za uporabnika pomembnimi organizacijami (Eržen, 2012; Grudnik Seljak, 2022; Jurček, 2019; Skok, 2014; Stržinar, 2012).² Socialno delo v zdravstvu se kot tipičen primer sekundarne discipline prilagaja primarni disciplini (medicina), storitve se izvajajo na predlog nosilcev (zdravnika) (Poštrak, 2022, str. 57), sooča pa se z izzivi na različnih ravneh. Kljub vse pogostejši prepoznani vlogi socialnih delavk v zdravstvenih timih je mnenje socialnih delavk ponekod v praksi prezrto še danes (Grudnik Seljak, 2022), nekateri zdravstveni delavci pa vlogo socialnih delavk še vedno razumejo v ozkih okvirih administrativnega in birokratskega dela (Srša, 2023). Na sistemski ravni ostajajo problemi neurejenih standardov in normativov ter redke, v veliki meri neopredeljene vloge socialnih delavk v zakonodaji, splošna neprepoznavnost stroke ter statusna nepriviligiranost, kot tudi pomanjkanje izobraževanj za delo v zdravstvu ter možnosti supervizij (Eržen, 2008; Grudnik Seljak, 2022; Jurček, 2019; Stritar, 2016).

Razvoj timskega dela, kot tudi medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu nasploh, ovirajo številni sistemski, organizacijski ter interakcijski (medosebni) dejavniki (Pahor, 2014), podrobneje predstavljeni v prvem poglavju te monografije. V tem poglavju se predvsem osredotočava na organizacijske dejavnike, ki pa so, kot kažejo izsledki raziskave, prepleteni tudi z medosebnimi dejavniki, saj so bili ti pogosto omenjeni pri intervjuvankah kot pomembni dejavniki, ki vplivajo na timsko delo in sodelovanje v praksi. Organizacijski dejavniki določajo okolje, v katerem poteka delo tima, in vključujejo

2 Glej tudi poglavje avtoric Denša, Hunjet, Škvarc Kirn in Ronchi v tej monografiji.

strukturo in filozofijo organizacije ter metode upravljanja in vodenja (Pahor, 2014). Ti dejavniki so npr. omejeni kadrovske viri (število, pomanjkanje časa, obremenjenost), pomanjkanje usposabljanj in implementacije sodelovalnih praks, pomanjkanje podpore vodstva, slabo razviti informacijski sistemi za lažanje širjenja informacij, pri nekaterih profilih pa tudi dostop do tima in uporabnikov (Rawlinson idr., 2021). Na drugi strani Pahor (2014) in Keeping (2014) med dejavnike na medosebni ravni uvrščata določene osebnostne značilnosti in interakcijske kompetence, ki vplivajo na kakovost sodelovanja, kot so volja do sodelovanja, medsebojno spoštovanje in zaupanje, osebna in strokovna samozavest, komunikacijske in timske kompetence ter sposobnost posameznikov, da znajo samoreflektirati lastne omejitve in sposobnosti. Rawlinson idr. (2021) k temu dodajajo še razlike v moči in hierarhiji (zlasti v odnosu do zdravnikov), pomanjkljivo razumevanje vlog, obsega dela in meja drugih strokovnjakov, ter izgube področij dela in strokovne identitete v novo opredeljenih vlogah, kar se v praksi odraža v razvrednotenju prispevkov drugih strokovnjakov in njihovih kompetenc ter v pomanjkanju skupnih ciljev in vizije.

Kot odgovor na prepoznane izzive v prispevku predstavlja metode prenosa ter upravljanja z znanjem kot možne rešitve in smernice za razvoj ter boljše delovanje timov v zdravstvu in splošen razvoj medpoklicnega sodelovanja. Schot, Tummers in Noordegraaf (2020) prepoznavajo, da strokovnjaki sami igrajo pomembno vlogo pri premagovanju teh ovir in se morajo aktivno truditi, da vzpostavljajo prostore, kjer lahko sodelovanje poteka. Znotraj teh imajo priložnost, da premostijo strokovne, socialne, fizične in z nalogami povezane vrzeli, ki nastajajo v praksi. Prenos znanja pa lahko spodbujamo tudi z ustvarjanjem tako ustreznega organizacijskega okolja, ki spodbuja komunikacijo in sodelovalno delo, kot tudi z ustvarjanjem baz znanja, rednimi srečanji in programi mentorstva.

Prenos znanja in upravljanje z znanjem

Izzivi, s katerimi se soočajo socialne delavke v zdravstvu, ter predstavljeni izzivi in ovire za medpoklicno sodelovanje v timih kažejo na potrebo po upravljanju znanja in prenosu znanja med strokovnjaki v zdravstvu. Upravljanje znanja je postopek zajemanja, razvijanja, deljenja in učinkovite rabe organizacijskega znanja ter vključuje niz načel, orodij in praks, ki omogočajo ljudem, da ustvarjajo znanje in jim

pomagajo pri deljenju, prevajanju ter uporabi z namenom ustvarjanja večje vrednosti in izboljšanja učinkovitosti (Girard in Girard, 2015). Prenos znanja je mogoče dosledno spodbujati na različne načine, kot so (Low idr., 2015):

- 1) izobraževalni materiali, postopki in protokoli (npr. pisni materiali, DVD-ji/videoposnetki ali spletne strani);
- 2) metode neposrednega izobraževanja, treningov;
- 3) formalno spremljanje uspešnosti osebja ali organizacije, ki se poroča nazaj osebju;
- 4) mentorstvo ali podpora osebju (npr. supervizija, svetovanje in mentorstvo osebju v ekipah ali posamezno z namenom nudenja podpore spremembam v praksi);
- 5) organizacija timskih sestankov za razpravo o vprašanjih, ki vplivajo na uporabnike ali prakso in
- 6) izvajanje novih politik ali postopkov (npr. orodja za poročanje, ocenjevalna orodja ali smernice).

Konsistentna in pomembna metoda prenosa znanja so redni sestanki osebja, na katerih osebje razpravlja o najboljših praksah, deli izkušnje in se sooča z izzivi uporabnikov. Učinkovit prenos znanja omogoča novim članom ekipe učenje od izkušenega osebja, zmanjšanje napak in izboljšanje celotne prakse, kar ne zagotavlja le dosledne kakovosti prakse, temveč spodbuja podporno in sodelovalno delovno okolje, ki koristi tako osebju kot uporabnikom (O'Daniel in Rosenstein, 2008).

Pri prenosu znanja se lahko pojavijo različne ovire, kar še posebej velja za time medpoklicnega sodelovanja. Te ovire so opisane kot individualne (strah pred izgubo moči ali statusa, negotovost, pomanjkanje motivacije) ali socialne (jezik, specifičen za določeno stroko, izogibanje konfliktom, birokracija in hierarhija ter neskladnost paradigme) (Disterer, 2001). Ovire pri prenosu znanja je mogoče znatno zmanjšati z vzpostavitvijo zaupanja in spoštovanja med člani tima, z vodstvom, ki omogoča in spodbuja drugačno razmišljanje, takojšnje pohvale, z oblikovanjem prostora, kjer poteka delo ali sestanki in z razgradnjo hierarhičnih ravni (Disterer, 2001).

Prenos znanja lahko spodbudimo tudi s skupnostni prakse (CoP). CoP so skupine posameznikov, ki delijo skupni interes ali strokovno področje in se medsebojno učijo z izmenjavo izkušenj in sodelovanjem. Njihov namen je izboljšanje znanja, veščin in zmogljivosti posameznikov in skupin s skupno prakso, refleksijo in dialogom.

CoP se lahko uporablja za povezovanje članov medpoklicnih timov v zdravstvu in povečanje prenosa znanja (Goldstein in Butler, 2010). CoP-i so opredeljeni kot skupine posameznikov, ki delijo svoje interese in težave glede na določeno temo in s skupnim deljenjem pridobivajo večjo stopnjo znanja in strokovnosti (Snyder in Wenger, 2010; Wenger, Snyder in McDermott, 2002). CoP-i so mrežne strukture za deljenje znanja in praks med oddelki, funkcijami, odseki v organizacijah (Probst in Borzillo, 2008), pa tudi med organizacijami, mesti, nacionalnimi in mednarodnimi skupnostmi (Snyder in Wenger, 2010). CoP-i se vse pogosteje uporabljajo za reševanje kompleksnih problemov v organizacijah zasebnega in javnega sektorja (npr. zdravstvo, izobraževanje, obdavčitev, javna varnost in druge javne storitve) z namenom spodbujanja deljenja znanja, izkušenj, praks in vključevanja novih zaposlenih (Jørgensen idr., 2021; Smith, 2016). Posebej pomagajo pri deljenju neskladnega znanja z redno interakcijo svojih članov (Snyder in Wenger, 2010). Kljub temu da se v glavnem izvajajo kot neformalne skupnosti, jih je mogoče tudi formalno podpreti za spodbujanje deljenja najboljših praks (Jørgensen idr., 2021). Pri prenosu znanja na ravni zaposlenih imajo pomembno vlogo redni sestanki in jasna komunikacija (pri čemer je treba biti pozoren na enako razumevanje strokovnih terminov) – pri prenosu znanja na organizacijsko raven pa jasni zapisi, protokoli in baze znanj (shranjeno znanje v obliki priročnikov, navodil ali v ta namen ustvarjene platforme).

Podatki o raziskavi

To poglavje je nastalo na podlagi obsežnejše raziskave z uporabo mešanih metod o strokovni identiteti socialnih delavk in delavcev v slovenskem zdravstvu. Njeni glavni cilji so: raziskati, kako socialni delavci razumejo svojo lastno strokovno identiteto, kako se strokovna identiteta uresničuje v praksi in kako avtonomno socialne delavke in delavci opravljajo svojo prakso, opisujejo svoje vloge in naloge ter sodelujejo z drugimi strokami. Cilj tega prispevka je predstaviti nekatere značilnosti sodelovanja socialnih delavk v zdravstvenih timih ter identificirati organizacijske dejavnike, ki vzpodbujajo ali ovirajo učinkovito timsko delo v kontekstu medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu in vključevanje socialnih delavk in delavcev v integrirano oskrbo uporabnikov. V zaključnem delu pa predstavlja, kako se lahko upravljanje znanja uporabi za premagovanje teh ovir.

V tem delu raziskave je bila uporabljena kvalitativna metoda poglobljenih polstrukturiranih intervjujev. Vodja raziskave (A. J.) je opravil 21 intervjujev³ s socialnimi delavkami in delavci, zaposlenimi na različnih ravneh zdravstvenih organizacij in na različnih področjih dela, kot je prikazano v preglednici 1. Sogovorniki so bili izbrani z namenskim vzorčenjem glede na njihova področja dela, vrste in ravni zdravstvenih organizacij ter statistične regije. V procesu zbiranja podatkov so bili prepoznani ključni posamezniki z uporabo metode snežne kepe, dokler niso bili podatki nasičeni. Vzorec predstavlja približno 11 % vseh socialnih delavcev, zaposlenih v zdravstvenih organizacijah (na 1. junij 2023 je bilo skupno število blizu 170).

Preglednica 1:

Demografski podatki sogovornic in sogovornikov

Zap. št.	Raven zdravstvene dejavnosti	Področje dela	Delovne izkušnje v zdravstvu (v letih)	Spol
1.	Terciarna	Rehabilitacija	14,5	Ženska
2.	Primarna	Duševno zdravje otrok in mladostnikov	1	Ženska
3.	Primarna	Otroci s težavami v razvoju	25	Ženska
4.	Sekundarna	Otroci s težavami v razvoju z vključeno zgodnjo obravnavo	3,5	Nebinaren
5.	Sekundarna	Otroci s težavami v razvoju z vključeno zgodnjo obravnavo	5	Ženska
6.	Primarna	Duševno zdravje otrok in mladostnikov ter otroci s težavami v razvoju	15	Moški
7.	Sekundarna	Gerontopsihiatrija	6	Ženska
8.	Sekundarna	Splošna bolnišnica	34	Ženska
9.	Sekundarna	Psihiatrična bolnišnica	20	Ženska
10.	Sekundarna	Splošna bolnišnica – otroci z ovirami in rehabilitacija	2,5	Ženska
11.	Terciarna	Pedriatrija	28	Ženska
12.	Sekundarna	Psihiatrična bolnišnica	36	Ženska
13.	Sekundarna	Psihiatrična bolnišnica	22	Ženska
14.	Terciarna	Nevrofiziologija	37	Ženska
15.	Sekundarna	Specialistična bolnišnica	20	Ženska

3 En intervju je bil dvojni, z dvema sogovornicama.

Zap. št.	Raven zdravstvene dejavnosti	Področje dela	Delovne izkušnje v zdravstvu (v letih)	Spol
16.	Terciarna	Specialistična obravnava pljučnih boleznih in alergij	28	Ženska
17.	Sekundarna	Forenzična psihiatrija	9	Ženska
18.	Terciarna	Onkologija	14	Ženska
19.	Terciarna	Obravnava hospitaliziranih uporabnikov	13	Ženska
20.	Terciarna	Ginekologija	29 in 8	Ženska
21.	Terciarna	Intenzivna otroška in mladostniška psihiatrija	4	Ženska

Podatki so bili zbrani s pomočjo intervjujev, ki so potekali med avgustom 2022 in marcem 2023. Uporabljeno je bilo vodilo za intervju, ki je nastalo na podlagi zastavljenih že opisanih ciljev raziskave in je vsebovalo štiri glavne tematske sklope: a) opis delovnih nalog in vlog; b) stroka in znanost socialnega dela v zdravstvu; c) razumevanje strokovne identitete socialnih delavk in delavcev ter č) organizacijski in sistemski dejavniki, povezani s strokovno identiteto socialnih delavk in delavcev v zdravstvu. Intervjuji so potekali osebno in prek spleta, v enem primeru tudi po telefonu, nekateri pa so bili zaradi dolžine pogovora razdeljeni na dva dela. Intervjuji so trajali od 1 ure in 20 minut do 2 uri in 40 minut.

Intervjuji so bili transkribirani v celoti in analizirani v skladu s cilji in raziskovalnimi vprašanji. Teme, pomembne za to poglavje, se nanašajo na vsakdanjo prakso intervjuvank in intervjuvancev in medpoklicno sodelovanje v timih zdravstvene oskrbe ter na organizacijske ovire, ki vplivajo na vsakdanjo prakso socialnih delavk in delavcev.

Rezultati

Vsakodnevna praksa socialnega dela v zdravstvenih timih

Socialne delavke in delavci pogosto izražajo prepričanje, da so v svoji vsakodnevni praksi avtonomni, pri tem pa dodajajo, da njihovo delo ni dovolj priznано. Eden od razlogov za to je, da je osnovna metoda socialnega dela pogovor, v katerem vzpostavljajo delovni in osebni odnos z uporabniki, pri tem pa ne diagnosticirajo ali uporabljajo kvantitativnih, psiholoških ali drugih vrst testiranj. Kot so večkrat

poudarile intervjuvanke, to pomeni, da njihov prispevek v okviru predvidene integrirane oskrbe ostaja pogosto neopažen, napačno razumljen in/ali podcenjen.

To nas zelo razmejuje od drugih, ampak mislim, da je to take vrste delo, ki temelji na nekem odnosu, pa delo, kjer vse poteka preko pogovora, kjer se ne uporabljajo nobeni merilniki, da ni prepoznano pri drugih profilih. Se mi zdi, da je to potem ocenjeno kot 'O, to je itak ta družina sama naredila', kakor oni bi do tega itak prišli ... Prej bi bile pri ostalih profilih verjetno prepoznane stvari, ki so bolj oprijemljive, kakor da pomagaš enemu vlogo rešit, ker to je pač oprijemljivo, to oni razumejo. Oni pa pač se mi zdi, da ne prepoznajo vrednote tega, da ena oseba k tebi hodi na pogovore. Čeprav so to strokovni socialnodelavni, ampak ker ni nič oprijemljivega, ni ukrepov, mislim, da drugi delajo to tudi na podlagi, da imaš na koncu vedno neke ukrepe. Neki testi so nekaj pokazali, nekaj si ti ugotovil (Intervju 2, 2022).

Socialne delavke so večkrat navedle primere, kjer pri svojem strokovnem delu niso bile uspešne. Gre za primere, kjer so kot socialne delavke na podlagi lastnega znanja, strokovnih načel in izkušenj zagovarjale drugačno postopanje kot drugi člani tima ali vodje tima. Skrajni primer tega je primer intervjuvanke, ko se je znašla v disciplinskem postopku, ker na podlagi lastnega strokovnega mnenja ni želela izvesti terenskega obiska v družini, ki ga je zahtevala zdravnica.

In potem sem jaz na timskem sestanku vse lepo pojasnila, kdaj je obisk socialnega delavca na domu, da seveda mora bit tudi dogovor v okviru družine, mora bit nekak pristanek vseh družinskih članov in da v kolikor se pač starši ne strinjajo, da se obiska ne izvede oziroma, če bi pač jaz ocenjevala, da bi bil obisk vseeno nujno potreben, so potem druge službe, ki bi jih obveščala, da pač naredijo ta obisk. No in potem se mi je zdelo tako blazno diskreditirano do mene no, ko je rekla ostalim članom tima, dejmo glasovat ali bo šla socialna delavka, kdo je za, da gre socialna delavka na obisk na domu in kdo ne... Nikoli o nobenem drugem profilu, o nobeni drugi strokovni odločitvi se nismo odločali na ta način... Zgodba se potem razplete naprej tako, da sem jaz vseeno mogla požrt ta del avtonomnosti in sem klicala starše, če bi želeli, da pridem na obisk

na domu, čeprav sama iz svoje strokovne ocene tega definitivno nisem ocenjevala, da bi sploh potreben bil obisk na domu. Mama je obisk zavrnila, jaz sem to zapisala, uradni zaznamek pogovora sem predala zdravnici in neki dni za tem sem dobila pač to opozorilo ... (Intervju 5, 2022).

Intervjuvanke so poročale tudi, da se razlikuje, koliko so prepoznane med različnimi strokovnimi skupinami, zato tisti, ki so bližje socialnemu delu (hierarhično in epistemološko), bolje razumejo, kaj je socialni delavec dosegel pri svojem delu s konkretnim uporabnikom in njegovimi družinskimi člani ter/ali širšo skupnostjo. Intervjuvanke so to težavo pogosto povezovala s hierarhijo med različnimi strokovnimi skupinami in vplivom, ki jo ima na vsakodnevno prakso. En primer tega so delovne naloge, ki včasih niso jasno opredeljene med strokovnimi skupinami, in kadarkoli se to zgodi, se predvideva, da bo strokovnjak, ki je višje v hierarhiji, prevzel določeno nalogo. Pri tem obstaja nek splošni konsenz (čeprav pogosto neizrečen), da jo ta lahko opravi bolje, medtem pa se pojavljajo primeri, kjer želijo socialnim delavkam naložiti manj pomembne, rutinske naloge.

Izpostaviti me je ne, pa tko, pač to strokovnost socialnega dela. Tako da včasih pač ... Zelo hitro pokliče socialnega delavca za čist take ... Ne vem, nakup cigaret a ne. Načeloma je to naloga prej delovnega terapevta, ker pol včasih te hočejo klicat, ker so potem kao finance zraven, ne. Se mi trudimo mi pač [...] neki naredit glede tega, da se mal bolj razdeli (Intervju 7, 2022).

Še ena povezana težava je dejstvo, da so delovne naloge in primeri pogosto delegirani socialnim delavkam od vodje tima (predvsem zdravnika) ali drugega zdravstvenega delavca, odgovornega za usmerjanje ali napotitev uporabnikov k določenemu članu tima. Zanimiv je primer ene izmed intervjuvank, ki je delala v novoustanovljenem timu, v katerem zdravnik zaradi pomanjkanja kadra še ni bil zaposlen. Jasno je izrazila, kako je to ponudilo priložnost članom novoustanovljenega tima, da med seboj več komunicirajo in usmerjajo uporabnike drug k drugemu, saj niso imeli vodje ekipe, ki bi opravil to nalogo. Poleg tega, ker so čakalne vrste za nekatere strokovnjake v timu zelo dolge, so socialne delavke včasih uspele predstaviti svoje storitve uporabniku in njegovi družini (npr. psihosocialna podpora, iskanje virov v skupnosti, obveščanje o njihovih

pravicah itd.), medtem ko so čakali na svoj prvi termin pri zdravniku ali kliničnem psihologu. Podoben primer je izpostavil sogovornik iz centra za duševno zdravje otrok in mladostnikov, kjer je tovrsten način dela postal redna praksa na podlagi zavedanja, da so čakalne dobe za določene strokovnjake v timu predolge, uporabniki pa pomoč potrebujejo takoj.

Tako da jaz pravim, včasih dobim primer za pol ure po tistem, ko je uporabnik dejansko poklical, mu je sestra rekla 'glejte, čakalna doba je 3 oziroma 4 mesece, lahko pa vam socialnega delavca priporočam, pa boste probali z njim neke stvari urediti oziroma ene stvari malo, da se dejansko pomirite oziroma ali bo tudi mogoče ta pogovor blagodejno deloval oziroma se neke stvari razbremenijo'. In dejansko se jih večina odloči za to... Tako da s to povratno informacijo oziroma s tem naslavljanjem dobim dostikrat oziroma moram reči da skoraj 100 % pozitiven odgovor in potem začnemo delat. Ti moji kolegi v timu oziroma strokovnjaki pa vejo, do kod sežejo moje kompetence, pa kaj zmorem, pa kaj oni rabijo, in mi potem tudi delegirajo te naloge ... (Intervju 6, 2022).

To ne pomeni, da so socialne delavke na kakršen koli način prevzele medicinski del oskrbe, ampak so prepoznale takšen način dela kot svoj glavni prispevek k timskemu pristopu k oskrbi, saj so lahko začele podpirati družino na način, ki ga poznajo, obenem pa se v primerih bolj akutnih zdravstvenih stanj posvetovale z drugimi strokovnjaki v timu. Iz intervjujev je razvidno, da se s tem ne samo zagotovi takojšnja pomoč uporabnikom in svojcem, temveč tudi krepí medpoklicno sodelovanje in timsko delo, rezultat česar je tudi boljše medsebojno razumevanje znanja, kompetenc in vlog posameznega člana tima.

Kot pomembna tema se je v pogovorih pokazalo tudi vprašanje terminologije, za katero poročajo, da jo je treba pogosto prilagajati medicinskemu okolju, v katerem diagnoze, testi, primanjkljaji in medicinski izvidi igrajo ključno vlogo. Po drugi strani pa informacije, ki jih ima socialna delavka, nimajo enake teže, čeprav znanje, ki ga ima (npr. vpogled v domače okolje pacienta, viri v skupnosti, razumevanje odnosov v družini), pogosto pomaga drugim strokovnjakom (še posebej zdravnikom) pri odločanju o odpustu pacienta, pisanju izvidov/odpustne dokumentacije in načrtovanju oskrbe po odpustu iz bolnišnice.

Socialne delavke so poročale, da se v svojem delu počutijo avtonomne, vendar pa samostojno strokovno delo nastopi šele potem, ko so uporabniki k njim napoteni, kar velja za večino primerov. Hkrati so večkrat omenjale tudi, da so jim delegirane specifično določene naloge, ki jih morajo opraviti. Primeri, kot je opisan v spodnjem citatu, so redkejši, kaže pa tudi na namerno in samoreflektivno delovanje socialnih delavk pri vzpostavljanju novih praks in skrbi za lastno avtonomijo.

... zelo pomembno je, da je socialna delavka znotraj rehabilitacijskega tima avtonomna v svojih intervencah. To se mi zdi ključno. Ko sem prišla v organizacijo, niso bile stvari tako [...] postavljene, kot smo jih potem soustvarile. Namreč včasih je bilo tako, da je bil zdravnik tisti, ki [...] vodi rehabilitacijo in tudi določi za koga se bo pravzaprav posamezen terapevt oz. strokovnjak vključil. In včasih socialne obravnave, socialne delavke enostavno ni vključil, ker je smatral, da človek recimo prihaja od doma, da je upokojen in da bo šel domov. Ni zdravnik v bistvu pri tem zaznal kakšnih odklonov ali kakšnih težav in socialnodelovne obravnave ni predvidel ... Potem pa smo socialne delavke tukaj predlagale in je bilo sprejeto, da pogledamo tudi me vse paciente in da smo me tiste, ki naredimo triažo. S kom bomo delale in kaj bomo delale. In to se mi zdi zdaj pomembno. Tako lahko rečem, da smo avtonomne (Intervju 1, 2022).

V intervjujih so se timski sestanki pokazali kot odlična priložnost za socialne delavke in delavce, da delijo svoje znanje, napredek in kompetence širšemu občinstvu sodelavk in sodelavcev in z vztrajnostjo so lahko sčasoma uveljavili določen položaj, ki ga socialno delo lahko ima v zdravstvenih organizacijah.

Drugače je pa tako ja. Mi imamo redne tedenske skupne timske sestanke. In na teh tedenskih skupnih sestankih, vsak od nas [...] tudi socialna delavka poročam o tem, kaj sva s tem pacientom v tem tednu naredila. V katerem procesu pravzaprav sodelovanja k neki rešitvi sva. V bistvu poročam ves čas. Na koncu pa seveda eksaktno pripravim poročilo... Ampak zanimivo je včasih, recimo, ko se je pojavila ta storitev osebne asistencije. Sem jaz pokazala in naučila in seznanila moje vse kolege – in zdravnike, in terapevte, s tem kako zgleda vloga, kaj je treba, da se priloži zraven in kakšen je cel postopek, ker to je bila neka revolucija od možnih pomoči po odpustu (Intervju 1, 2022).

Kot je bilo omenjeno, socialnim delavkam pogosto manjkajo oprijemljivi dokazi ali kazalci dela, ki ga opravljajo v vsakodnevni praksi, saj se učinki tega pogosto kažejo onkraj oskrbe, ki je uporabniku zagotovljena znotraj organizacije v času hospitalizacije ali intenzivnejše oskrbe, čeprav so prispevki socialnih delavk in delavcev pogosto ključni za dolgoročno okrevanje in rehabilitacijo uporabnikov. Primeri iz intervjujev so pokazali, da so se socialne delavke v nekaterih primerih z dolgotrajnim negovanjem sodelovanja z drugimi člani tima uspele postaviti kot dragocene nosilke znanja o socialnih okoliščinah uporabnikov, pomembnih za zagotavljanje celostne integrirane oskrbe. Primeri, kjer socialna delavka do neke mere celo koordinira potek obravnave ter se avtonomno odloča o vključevanju v obravnavo, pa so redki.

Če gremo prav na fizično, na kontrolni pregled, izgleda to tako. Da v bistvu jaz si vsako jutro pogledam, kdo ima tisti dan ambulanto od zdravnikov. Pogledam, kateri bolniki so tisti, ki bodo potrebovali to našo timsko obravnavo... In ko vidim po seznamu, kdo to je, podčrtam ta seznam in prosim v sprejemni pisarni, da me pokličejo kot koordinatorja. Ko dobim klic, da je ta človek tukaj, se jaz aktiviram [...], da pogledam, koliko daleč je v ambulanti. Ker, zakaj ... Skrbim, da je bolnik čim krajši čas pri nas, skrbim, da svojci... Moramo vedeti, da svojec mora dopust vzeti ali bolniški stalež, torej pomisljamo tudi na njegov dragocen čas ... Skratka skrbim, da je ta pregled načrtovan, čim bolj, torej, da jim jaz na nek način dajem naloge, saj vedo, da bom prišla, me kar pričakujejo (Intervju 14, 2023).

Organizacijski dejavniki in ovire

Predstavljeni podatki iz vsakodnevne prakse socialnih delavk in delavcev v zdravstvu kažejo, da veliko izzivov, s katerimi se soočajo, izhajajo iz organizacije dela, značilne za zdravstvene organizacije. Socialne delavke so v intervjujih izražale razumevanje, da je medicina vodilna stroka in da se socialno delo kot sekundarna disciplina prilagaja poteku obravnav zdravstvenih delavcev. Sam potek in vsebina dela socialnih delavk pa je potem odvisna od številnih dejavnikov, kot so dolžina hospitalizacije, prepoznavanje znanja, kompetenc in prispevka socialnih delavk, moči socialnih delavk, da vplivajo na čas hospitalizacije, in po potrebi zadržijo uporabnika dlje (če preценijo,

da nima urejenih socialnih razmer na način, ki bi zagotavljal uspešno okrevanje in rehabilitacijo), naklonjenosti vodstva organizacije in vodje timov ter drugih. V večjih organizacijah se položaj socialne delavke lahko razlikuje tudi od oddelka do oddelka, ponovno pa imajo pri tem pomembno vlogo tudi posamezne vodje (zdravniki), medtem ko ponekod določen kader niti ne vedo, da imajo v organizaciji socialno delavko in kaj je njen namen.

Da je tudi tukaj malo različno, odvisno od samega oddelka in dinamike na tem oddelku oziroma samega vodje oddelka, ki je zdravnik. Dejansko se to razlikuje, kak pogled ima tukaj zdravnik na socialno delo, na naš doprinos. Tako če pogledam splošno sicer mislim, da smo en tak zelo pomemben člen, da smo zelo pomembni, potrebni v zdravstvu. Namreč velikokrat oseba recimo, kar je tukaj v bolnicah pomembno, ne more bit odpuščena, dokler nima neke [...] zagotovljene oskrbe. Že sam iz tega vidika smo mi tukaj njim izredno pomembni. Namreč dnevi hospitalizacije, čas hospitalizacije so pač dan danes vedno krajši, a ne, ker je pač tok velik oseb, ki čaka na zdravljenje, ne... to se tudi velikokrat zgodi, da to spet je odvisno od oddelka do oddelka, da morda pač zdravnik ne daje takšen pomen temu ali pa da je on tisti, ki delegira, se pravi ni tukaj tok tega soustvarjanja rešitev ampak je tukaj v bistvu skoraj da ne neko navodilo ... (Intervju 7, 2022).

Organizacije intervjuvank in intervjuvancev se močno razlikujejo po velikosti, številu zaposlenih socialnih delavk in načinu, kako je socialno delo ali socialna služba organizirana znotraj strukture organizacije. Storitve socialnega dela so redko organizirane kot ločena organizacijska enota, najpogosteje pa je socialnim delavkam nadrejen nekdo z medicinsko ali drugo zdravstveno izobrazbo. Nekatere intervjuvanke so pri tem izpostavile tudi problem pomanjkanja strokovne podpore vodstva, saj jih pri njihovem delu zdravstveni delavci ne morejo podpreti. Ta problem v nadaljevanju poglobi tudi pomanjkanje rednih supervizij, medtem ko največ opore socialne delavke najdejo v interviziji znotraj svoje strokovne skupine ali pa v povezovanju s socialnimi delavkami v zdravstvu iz drugih organizacij. Nasprotno so nekatere socialne delavke poročale, kako so se s trdim delom in skupnimi prizadevanji skupine socialnih delavk uspele uveljaviti kot prepoznana in cenjena strokovna skupina v organizaciji.

Tukaj smo socialne delavke pač povezane v skupino, ki ima svojo koordinatorko. In ta koordinatorka je tudi članica strokovnega sveta v naši ustanovi. To je zelo pomembno. Torej boljše ne bi moglo biti... In zdaj smo z vsemi našimi aktivnostmi in strategijami prišli do tega, da se bomo z januarjem naslednje leto strokovne skupine znotraj psiho-socialne skupine [...] razdelile. Da bo vsaka skupina zase suverena. To je tudi en zgodovinski pravzaprav napredek, ali pa zelo smiseln razvoj. Kar pomeni, da bo v tem strokovnem svetu, ko je bila vsa ta leta samo en predstavnik psiho-socialne skupine in do nedavnega to sploh ni bila socialna delavka. Bo potem itak socialna delavka in pa psiho-socialna skupina kot taka, bo imela 3 predstavnike. V vseh teh zdravstvenih vodah. To je zelo, zelo pomembno. Ta organizacijski nivo, da smo sedaj na tej točki, smo garale, ampak smo na tej točki. V drugih ustanovah, pa tudi to vem, [...] v tej smeri grejo stvari. Da socialne delavke to svojo avtonomijo, [...] zamejujemo (Intervju 1, 2022).

Skupne značilnosti organizacij, kjer je socialno delo boljše prepoznano, socialne delavke pa poročajo o večji samostojnosti in avtonomiji pri delu, se kažejo v velikosti strokovne skupine socialnih delavk in delavcev, skupnem prizadevanju pri razvoju in promociji stroke ter pogosto osebnih značilnostih posameznic, kot so proaktivnost, asertivnost in samozavest. Osebnosti značilnosti so še posebej pomembne v primerih, ko je v določeni organizaciji zaposlena le ena socialna delavka.

... v bistvu spet lahko povem svojo izkušnjo s (ime organizacije – prejšnja zaposlitev) in kako sem bil hvaležen za pač to, da je že toliko vzpostavljena stalna strokovna identiteta in prepoznana vloga socialnih delavk. Na nivoju celotne hiše zdravnikov tako... Tako, da ful vpliva res, če primerjam druge kolegice. Ampak ona (kolegica, ki dela v drugi organizaciji) pa je pač... Njena beseda, je nula. Tretira se jo kot pač, nevredno... Imajo jo, ker jo lahko imajo, ampak opravlja mislim administrativna dela, ki so res... Niso njeno delo. Meni se zdi, da pretipkavanje diktatov ni njeno delo. Ampak spet smo pol pri temu, da pa nima te moči, da bi rekla ne. Pa da bi... Pač v teh primerih se je treba začeti boriti, ne. Jaz vem, da na (ime organizacije – prejšnja zaposlitev), ko sem začel delat, sem prišel nekam, kjer so se kolegice pred mano že desetletje borile, da je pozicija bila taka, kot je bila. In jaz ko sem zdaj prišel imam to čast, da pač ustvarim delovno mesto, ga ustvarjam pač samozavestno (Intervju 4, 2022).

Kot kaže primer, nekatere socialne delavke niso obravnavane kot strokovnjakinje s specifičnimi znanji ter veščinami in strokovnimi nalogami, ki jih lahko opravljajo. Nejasno področje dela socialnih delavk in delavcev v zdravstvenih organizacijah, pomanjkanje znanja sodelavcev in sodelavk o njihovih veščinah, vlogah in nalogah ter nizko spoštovanje stroke socialnega dela so bili med intervjuvankami pogosto prepoznani kot zaviralni dejavniki oziroma ovire v vsakodnevni praksi, še posebej za nove zaposlene, ki se trudijo, da bi se v timu pozicionirali kot avtonomni strokovnjaki. Kot prikazuje izjava ene intervjuvanke, ki je opisala svoj pogled na situacijo, v kateri se je znašla na novo zaposlena socialna delavka v bolnišnici:

Jaz mislim, da ji ni nič lahko, ne. Tko ne. Pridet v en utečen sistem, pa še tudi, ne vem, paliativni tim majčken ne vejo še kako bo zalaufal pa kaj bi jo sploh ponucal, ker je ona na tistem kar sem bila jaz takrat na začetku, ko imamo mal, ne ... Mal ne vemo kaj bi s tabo. Ampak to pač se moraš potem nekako dokazat pa svoje mesto najti, ne. Vsaj jaz tako razumem (Intervju 8, 2022).

Med organizacijske ovire so socialne delavke umestile tudi preobremenjenost s primeri in v nekaterih primerih tudi z birokracijo ter administrativnim delom (npr. načrtovanje timskih srečanj, koordinacije vseh udeleženih, priprava zapisnikov). To posledično omejuje čas, ki bi si ga socialne delavke želele bolje uporabiti v obliki neposrednega dela z uporabniki, za sodelovanje v vseh timih v organizaciji oz. določenem oddelku ali pa z vzpostavitvijo pogovornih skupin, skupin za samopomoč itd. Kot pomemben se je v določenih primerih pojavil tudi prostor, kjer so nekatere sogovornice izpostavile pomen tega, da imajo svojo pisarno, druge pa, da že to, da sta v pisarni dve socialni delavki, omejuje njihovo delo, medtem pa je vodstvo skušalo v pisarno namestiti še eno sodelavko.

Nasprotno pa so prepoznani spodbujajoči dejavniki, kot tudi želje in potrebe socialnih delavk in delavcev pri nadaljnjem delu: podpora vodstva in vodij timov ter sodelavcev v timu, avtonomija, sredstva za razvoj in razširitev prakse socialnega dela, mentorstvo, intervizija in nenehno izobraževanje, tako o socialnem delu v zdravstvu kot tudi o medpoklicnem sodelovanju. Nekatere sogovornice in sogovorniki so poročali o tem, da jih člani tima aktivno vzpodbujajo k izobraževanju, kot tudi k prenosu (socialnodelovnega) znanja na različnih strokovnih srečanjih, ker prepoznavajo prispevek k celotnemu delovanju

tima in kakovostnejšim storitvam, ki jih uporabniki prejemajo. Poleg tega pa so sogovornice izpostavile še pomen dobrih odnosov v timu kot ključnih za delo in motivacijo, pomen dela na sebi, v nekaterih primerih pa tudi specifične strategije za boljše prepoznanje lastnega strokovnega dela, kot so na primer vzpostavitev in zapis smernic za strokovno delo, predstavitvenih brošur z opisom dela socialne delavke in podobno.

Tako kot sem že prej rekel, pa so ta izobraževanja in srečevanja kolegov tudi iz drugih strok in iz iste stroke, predvsem pa ta srečanja oz. ta združenja, ta intervizijska skupina, ki sem jo že nekajkrat omenil, to pa se mi zdi, da je taka odskočna deska – dobesedno odskočna deska, ni samo neka lestev za osebno rast. Tukaj, tudi s kolegico sva prej rekla, kako je opazen napredek od naših prvih srečanj, ko smo dejansko začeli, tam leto in pol, dve leti nazaj, pa zdaj, ko dejansko je tudi struktura, tudi samo razumevanje, tudi opolnomočenje in tudi debate so na čisto drugem nivoju oz. čisto drugače funkcioniramo. To je tisto dejansko povezovanje z ostalimi, potem tutorstvo oz. neko mentorstvo, neka praksa, praktični doprinos, pa potem združevanje pa izobraževanje tekom kariere, tekom svojega dela (Intervju 6, 2022).

Drugače imam, ja. Zdaj, moram reči, res sem vesela, da imam nadrejene tako zelo v redu, da bi mi sigurno vse omogočili (op. izobraževanje), ampak potem je pa še odvisno pa od direktorja, ki potrди. To se je pri nas zdaj malo menjavalo zadnje čase, tako da še nisem imela takega občutka, kaj bi lahko, kaj ne, ampak jaz mislim, da bi mi kar omogočili, no (Intervju 16, 2023).

Uporaba metod upravljanja z znanjem v zdravstvu

Čeprav je mogoče v pogovorih s socialnimi delavkami in delavci zaznati marsikatero dobro prakso, pa je možno prepoznati tudi napor in čas sogovornic in sogovornikov, ki ga namenijo temu, da so v delovnem prostoru prepoznane kot strokovnjakinje socialnega dela in da njihov prispevek pomembno prispeva k uspešnemu zdravljenju in rehabilitaciji. Metode prenosov znanj in izkušenj se zdijo v tem kontekstu primerne, saj se kot bistveni elementi dobrega medpoklicnega sodelovanja kažejo timski sestanki ter na sploh osebni odnosi med

sodelavci. Socialne delavke in delavci so med drugim govorili tudi o tem, da želijo določene naloge (npr. informiranje uporabnikov o pravicah in programih v skupnosti) od njih prevzeti zdravstveni delavci, pri tem pa izpostavili, da ti ne razumejo sistemskih in osebnih ovir, s katerimi se srečujejo ranljive skupine ljudi pri dostopu do storitev ali uveljavljanju pravic.

Metode prenosov znanj in izkušenj bi lahko tako pripomogle k premagovanju vsaj nekaterih naštetih ovir socialnih delavk in delavcev, povečale njihovo prepoznavnost, dvignile ugled stroke ter vodile k boljšim praksam. Za podporo boljšemu prenosu znanja in izkušenj v praksi med različnimi strokovnjaki v zdravstvenih organizacijah se lahko oblikuje skupnost prakse (CoP), ki se še posebej osredotoča na učinkovito zdravstveno oskrbo in jasno komunikacijo – tako med člani tima, kot tudi jasno komunikacijo do uporabnikov. CoP, ki ga navajava kot možno rešitev za vzpostavitev boljšega prenosa znanja, bi izkoristil znanje, prakse in programe, poznane v različnih strokah, kot so zdravstvena nega, delovna terapija, fizioterapija in socialno delo, ter omogočil učenje med člani tima. Omogočil bi izmenjavo perspektiv za oblikovanje bolj usklajenih rešitev. Ustanovitev CoP obsega domene, vzpostavljanje skupnosti in določanje praks (Snyder in Wenger, 2010). Vsak CoP potrebuje domeno, ki je pomembna za njene člane in v kateri so zavezani k reševanju problemov in istemu cilju. V tem primeru je to učinkovita, na uporabnika usmerjena celostna integrirana oskrba. Skupnosti prakse igrajo ključno vlogo pri spodbujanju kakovostne integrirane oskrbe v zdravstvenem sistemu. Integrirana oskrba se osredotoča na usklajeno delovanje različnih strokovnih skupin in služb, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta oz. pomoči uporabniku, s ciljem izboljšati učinkovitost in kakovost oskrbe.

CoP potrebuje skupnost članov in koordinatorjev za podporo in spodbujanje medpoklicnega sodelovanja z izmenjavo znanja in spodbujanjem stalnega profesionalnega razvoja. Idealni koordinator bi bil strokovnjak za zdravstvo in socialno oskrbo z obsežnimi izkušnjami ter pregledom tako zdravstvenega sistema kot tudi drugih storitev in virov v skupnosti. Kot kažejo pregledi preteklih raziskav organizacijskih ovir za medpoklicno sodelovanje (O'Reilly idr., 2017), kot tudi posamični primeri znotraj predstavljene raziskave, je pogosto poudarjena pomembna vloga zdravnikov (ki so hkrati najpogosteje vodje timov, oddelkov ali celotne zdravstvene organizacije), ki so se izkazali tako kot glavni akterji, ki lahko vzpodbujajo kot tudi zavirajo

razvoj medpoklicnega sodelovanja. Socialne delavke so poročale tako o dobrem sodelovanju z zdravniki, kot tudi o popolni nevednosti teh o vlogah, namenu in celo obstoju socialnih delavk v zdravstvu. Skupnost prakse in druge metode bi tako lahko prispevale k izobraževanju zaposlenih (npr. članov specifičnega tima), hkrati pa pomagale pri razmejevanju delovnih nalog in vlog, o katerih so iz prakse poročale socialne delavke. Primeri dobre prakse razvoja medpoklicnega sodelovanja predstavljajo platforme in forumi, webinarji, predstavitve primerov dobrih praks, rotacije in izmenjave oddelkov, »job shadowing«, reflektivne prakse in skupno reševanje primerov. V vseh primerih pa je osnova skupni dialog in razumevanje različne terminologije ter iskanje najboljše rešitve za pacienta oz. uporabnika.

CoP mora dodatno vzpostaviti prakse, orodja in dejavnosti deljenja znanja, kot so redna srečanja in orodja za spletno sodelovanje ter deljenje dokumentov. Z vzpostavitvijo organizacijskih načinov za prenos znanja lahko zagotovimo prenos tako eksplicitnega kot tacitnega (implicitnega) znanja. Dinamika učenja znotraj CoP temelji na kombinaciji izkušenj in refleksije. Člani prispevajo svoje izkušnje, rešitve in ideje ter obenem pridobivajo nove perspektive s pomočjo dialoga in povratnih informacij. Učenje poteka tako na individualni kot kolektivni ravni, kar vodi do stalnega izboljševanja praks in ustvarjanja novih znanj. Udeležba v CoP je prostovoljna, vendar si morajo člani zagotoviti čas, ki ga bodo preživeli na sestankih ali na spletu, sprejeti sodelovanje kot svojo odgovornost in se dogovoriti o uporabi informacijske in komunikacijske tehnologije. Pričakovanja in koristi sodelovanja je treba vnaprej pojasniti. Prednosti vzpostavitve CoP-a so, da se na problem učinkovitosti zdravstvene in socialne oskrbe pogleda z vidika različnih strok, da se olajša izmenjavo najboljših praks in pristopov, da se vzpodbuja usklajene napore ter razvija rešitve, ki so vključujoče, učinkovite in sprejemljive. Prednost CoP je v dolgoročnem razvoju znanja, učenju in razvoju strokovnosti ter prostovoljni udeležbi (Snyder in Wenger, 2010). Z interakcijo v CoP člani izboljšujejo svoje veščine, gradijo skupno identiteto, spodbujajo inovacije in podpirajo osebni in profesionalni razvoj zaposlenih v zdravstveni in socialni oskrbi.

Kot so ugotovili številni avtorji (Rawlins idr., 2021; Keeping, 2014; Pahor, 2014) lahko tako organizacijski kot medosebni dejavniki ovirajo uspešno medpoklicno sodelovanje. Strokovnjaki sami pa lahko veliko prispevajo k implementaciji in razvoju timskega dela s

tem, da premostijo strokovne, socialne, fizične ter z nalogami povezane vrzeli, da znajo ravnati s prekrivajočimi se vlogami in odgovornostmi ter da s tem vzpostavijo prostore sodelovanja (Schot, Tummers in Noordegraaf, 2020). Pri tem pa obstaja možnost razširitve modela CoP na različne probleme sodobne družbe (staranje, duševno zdravje, odvisnosti, rak, nevrodegenerativne bolezni itd.). Zaradi prostovoljnega značaja udeležbe bodo deležniki sodelovali le, če bodo videli vrednost za svoje prakse, zato je močan motiv in jasen prispevek k javnemu dobremu ključen. Navsezadnje pa se ob vzpostavitvi takih praks lahko pričakuje tudi večje zadovoljstvo zaposlenih. Čeprav v zdravstvenih organizacijah v Sloveniji prevladuje hierarhičen tip organizacijske kulture, je pretekla raziskava organizacijskih kultur v slovenskih bolnišnicah pokazala, da ravno dobro sodelovanje, zadovoljstvo z vodstvom, avtonomija in sodelovanje pri odločanju sovpadajo z večjim zadovoljstvom zaposlenih (Skinder Savič in Skela-Savič, 2014).

Pogled naprej

Socialne delavke in delavci imajo pomembno vlogo pri celostni integrirani oskrbi uporabnikov v zdravstvu, saj v zdravstvene time prinašajo socialne razsežnosti bolezni uporabnikov, ki vplivajo na njihovo okrevanje v času hospitalizacije, po odpustu in/ali v času kontinuirane ambulantne obravnave. Čeprav socialne delavke in delavci ta prispevek dojemajo kot skladnega z integriranim pristopom v zdravstveni oskrbi, v številnih primerih še vedno obstajajo ovire za obstoj in razvoj sodelovalnih praks, za boljše razumevanje tega problema pa bi bile v prihodnje potrebne dodatne raziskave o pogledih drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter poglobljene analize sodelovanja v timih, kot se uresničuje v praksi. Trud za uspešen prenos znanja med strokami in vzpostavljanje CoP z jasnimi terminologijami ter ustreznim nehierarhičnim vzdušjem bi lahko zaščitil integriteto vsakega člana tima in obenem izpostavil prispevek vsake stroke. Pogledi vseh strokovnjakov so usmerjeni v najboljše možne rezultate za uporabnika, in čeprav se mnenja in pristopi o tem, kako to doseči, lahko razlikujejo, so ravno metode prenosa znanj in informacij v timu medpoklicnega sodelovanja ter njihova implementacija v praksi še toliko bolj pomembne.

Viri

- Ashcroft, R., Kourgiantakis, T., Fearing, G., Robertson, T., & Brown, J. B. (2019). Social Work's Scope of Practice in Primary Mental Health Care: A Scoping Review. *The British Journal of Social Work*, 49(2), 318–334. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy051>
- Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., McKee, R., & Belle Brown, J. (2018). The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. *Health & Social Work*, 43(2), 109–117.
- Beddoe, L. (2017). Field, capital and professional identity: Social work in health care. V S. Webb (ur.), *Professional Identity and Social Work* (str. 122–135). London: Routledge.
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work*. New York: Taylor & Francis Group.
- Cleak, H. M., & Turczynski, M. (2014). Hospital Social Work in Australia: Emerging Trends or More of the Same? *Social Work in Health Care*, 53(3), 199–213. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.873516>
- Disterer, G. (2001). Individual and social barriers to knowledge transfer. *Proceedings of the 34th Annual Hawaii International Conference on System Sciences*, 7. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2001.927138>
- Dobl, S., Beddoe, L., & Huggard, P. (2017). Primary health care social work in Aotearoa New Zealand: An exploratory investigation. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 29(2), 119–130. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol29iss2id285>
- Eržen, I. (2008). Diskriminacija socialnih delavcev. *Socialno delo*, 47(3–6), 347–356.
- Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti: Standardi in normativi. *Socialno delo*, 51(1–3), 15–26.
- Girard, J., & Girard, J. (2015). Defining knowledge management: Toward an applied compendium. *Online Journal of Applied Knowledge Management*, 3(1), 1–20.
- Goldstein, B. E., & Butler, W. H. (2010). Expanding the Scope and Impact of Collaborative Planning: Combining Multi-Stakeholder Collaboration and Communities of Practice in a Learning Network. *Journal of the American Planning Association*, 76(2), 238–249. <https://doi.org/10.1080/01944361003646463>
- Grudnik Seljak, A. (2022). Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice iz perspektive socialnih delavk. *Socialno delo*, 61(4), 317–335.
- Jørgensen, R., Edwards, K., Scarso, E., & Ipsen, C. (2021). Improving public sector knowledge sharing through communities of practice. *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems*, 51(2), 318–332. <https://doi.org/10.1108/VJIKMS-08-2019-0115>

- Jurček, A. (2019). Prispevek socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji. *Socialno delo*, 58(2), 113–124.
- Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), 579–596. <https://doi.org/10.1080/00981380902765592>
- Keeping, C. (2014). The Processes Required for Effective Interprofessional Working. V J. Thomas, K. C. Pollard, & D. Sellman (ur.), *Interprofessional Working in Health And Social Care: Professional Perspectives* (str. 22–34). 2nd ed. London: Red Globe Press.
- Low, L.-F., Fletcher, J., Goodenough, B., Jeon, Y.-H., Etherton-Ber, C., MacAndrew, M., & Beattie, E. (2015). A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to Improve Resident Outcomes in Nursing Homes. *PLOS ONE*, 10(11), e0140711. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140711>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. V R. G. Hughes (ur.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
- Oliver, C. (2013). Social Workers as Boundary Spanners: Reframing our Professional Identity for Interprofessional Practice. *Social Work Education*, 32(6), 773–784. <https://doi.org/10.1080/02615479.2013.765401>
- 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>
- Pahor, M. (2014). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (str. 13–40). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Pošttrak, M. (2022). *Uvod v socialno delo*. Fakulteta za socialno delo.
- Probst, G., & Borzillo, S. (2008). Why communities of practice succeed and why they fail. *European Management Journal*, 26(5), 335–347. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2008.05.003>
- 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>
- 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>
- Skok, V. (2014). Pomen kliničnih smernic pri socialnem delu v rehabilitacijskem timu na URI – Soča. *Rehabilitacija*, 13(1), 45–48.
- Smith, A. E. (2016). Knowledge by association: Communities of practice in public management. *Public Administration Quarterly*, 40(3), 655–689.
- Snyder, W. M., & Wenger, E. (2010). Our World as a Learning System: A Communities-of-Practice Approach. V C. Blackmore (ur.), *Social Learning Systems and Communities of Practice* (str. 107–124). London: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-84996-133-2_7
- Srša, P. (2023). *Pogled zaposlenih v zdravstvu na socialno delo v zdravstveni dejavnosti* (Magistrsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Steketee, G., Ross, A. M., & Wachman, M. K. (2017). Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 107(S3), S256–S266. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304004>
- Stritar, A. (2016). *Vloga socialnih delavcev v zdravstvu* (Magistrsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Stržinar, D. (2012). Socialno delo z mladostniki v psihiatrični obravnavi. *Socialno delo*, 51(1–3), 127–134.
- Tadic, V., Ashcroft, R., Brown, J., & Dahrouge, S. (2020). The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Health-care Policy | Politiques de Santé*, 16(1), 27–42. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26292>
- Urek, M., & Eržen, I. (2014). Socialno delo. V M. Pahor (ur.), *Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (str. 162–177). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Wenger, E., Snyder, W. M., & McDermott, R. (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Harvard Business School Press.