

Anže Jurček

Organizacijski in sistemski dejavniki prakse socialnega dela v medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu¹

Medpoklicno sodelovanje je prepoznano kot temeljna oblika izvajanja storitev. Podpirajo ali ovirajo ga sistemski, organizacijski in medosebni dejavniki. Z uporabo mešanih metod (intervjuji in spletna anketa) so bili raziskani organizacijski in sistemski dejavniki, ki po mnenju socialnih delavk v javnih zdravstvenih organizacijah omejujejo razvoj socialnega dela v medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu. Sistemski dejavniki so bili ocenjeni kot izrazitejša ovira od organizacijskih, zlasti neurejeni normativi in standardi, zakonodajno neopredeljene vloge socialnih delavk in pomanjkanje izobraževanj. Nižje ocene in razpršenost ocen organizacijskih dejavnikov pa razkrivajo pomemben vpliv organizacijskih kontekstov in kultur, predvsem vloge vodstva, hierarhičnih odnosov, delovnih obremenitev in organizacije dela, ki lahko sodelovanje spodbujajo ali ovirajo. Kvalitativni izsledki dodatno poudarjajo pomen medosebnih odnosov, strokovne identitete, neprepoznavnosti in moči strokovne skupine. Raziskava kaže, da učinkovito medpoklicno sodelovanje zahteva sočasne spremembe na sistemski, organizacijski in medosebni ravni ter nadaljnji razvoj medpoklicnega izobraževanja in raziskovanja sodelovalnih in timskih praks v zdravstvu.

Ključne besede: zdravstvena organizacija, timsko delo, strokovna identiteta, medsektorsko sodelovanje.

Anže Jurček je doktorski študent in asistent na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja s temami strokovne identitete, socialnega dela v zdravstvu, medpoklicnega sodelovanja ter LGBTQ+. Kontakt: anze.jurcek@fsd.uni-lj.si

Organizational and systemic factors of social work practice in interprofessional collaboration in healthcare

Interprofessional collaboration is recognized as a fundamental form of service delivery. Systemic, organizational and interpersonal factors act as its facilitators or barriers. Using mixed methods approach (interviews and an online survey), organizational and systemic factors were investigated, which, according to social workers in public health organizations, limit the development of social work in interprofessional collaboration in healthcare. Systemic factors were assessed as a more pronounced barrier than organizational factors, especially undefined norms and standards, legislatively undefined roles of social workers, and lack of training. Lower assessments and the dispersion of organizational factors reveal the significant influence of organizational contexts and cultures, especially the role of leadership, hierarchical relationships, workloads and work organization. Qualitative results additionally emphasize the importance of interpersonal relationships, professional identity, unrecognition and power of the professional group. The research shows that effective interprofessional collaboration requires simultaneous changes at the systemic, organizational, and interpersonal levels, as well as further development of interprofessional education and research into collaborative and team practices in healthcare.

Key words: healthcare organization, team work, professional identity, intersectoral cooperation.

Anže Jurček is a PhD candidate and a teaching assistant at University of Ljubljana, Faculty of Social Work. His research interests are professional identity, social work in health care, interprofessional collaboration and LGBTQ+. Contact: anze.jurcek@fsd.uni-lj.si

1 Članek je nastal kot rezultat raziskave, opravljene v okviru doktorske disertacije z naslovom Strokovna identiteta socialnih delavk in delavcev v zdravstvu v Sloveniji.



Uvod

Staranje prebivalstva, povečanje števila kroničnih bolezni, kompleksnost več zdravstvenih problemov pri posameznikih, spremenjene zahteve uporabnikov in potreba po aktivnem sodelovanju pri sprejemanju odločitev so izzivi znotraj zdravstvenih, socialnih in drugih sistemov, ki zahtevajo usklajeno delo strokovnjakov in razvoj celostnih in integriranih pristopov k oskrbi (Grebenc, 2025; Juhila idr., 2021). Medpoklicno sodelovanje² (in druge oblike sodelovanja, npr. medinstitucionalno in medsektorsko) je zato danes prepoznano kot temeljna oblika izvajanja storitev. V zdravstvu so se prakse in izobraževanja za medpoklicno sodelovanje začela pospešeno razvijati v drugi polovici 20. stoletja, predvsem po izidu deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije (1978), ki je na področju primarne zdravstvene oskrbe predlagala sodelovanje strokovnjakov in organizacij iz različnih področij in sektorjev.

V Sloveniji se medpoklicno³ sodelovanje na področju zdravstva, socialnega varstva, izobraževanja in drugih sektorjev vse bolj kaže pri oblikovanju politik in smernic na sistemski ravni, kot so nacionalne resolucije (*Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025*, 2016; *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028*, 2018), zakonodaja (*Zakon o celostni obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami*, 2017), strategije (*Strategija Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034*, 2024) in programske smernice (*Programske smernice svetovalnega dela v vzgojno-izobraževalnih zavodih: predlog*, 2024).

Sodelovanje na različnih ravneh izvajanja storitev in povezovanja različnih deležnikov (npr. lokalne skupnosti, nevladnih organizacij, javne zdravstvene in socialne organizacije) je že več let prepoznano kot pomemben element zmanjševanja neenakosti v zdravstvu in zagotavljanju splošne blaginje prebivalstva (NIJZ, 2021; 2025). V preteklosti so bile socialne delavke⁴ kot strokovna skupina v takšnih dokumentih pogosto spregledane (Eržen, 2008), danes pa so vse pogostejše navedene kot članice timov, katerih temelji delovanja so načela interdisciplinarnosti in medpoklicnega sodelovanja (npr. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028*, 2018; *Zakon o celostni obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami*, 2017).

Čeprav so različne oblike sodelovanj integrirane v temeljne dokumente in politike razvoja zdravstvenih, socialnih in drugih sistemov, pa je manj znanega o dejavnikih, ki takšne prakse spodbujajo ali zavirajo. V članku

2 V članku uporabljam izraz medpoklicno sodelovanje, ki je v slovenskem prostoru uveljavljen prevod v angleščini uporabljenega izraza *interprofessional collaboration*. Čeprav je uporaba izraza v mednarodni literaturi različna in redko definirana (Chamberlain-Salaun idr., 2013), v članku uporabljam definicijo medpoklicnega sodelovanja kot »procesa, v katerem člani različnih strok oziroma organizacij delajo skupaj drug z drugim in s pacienti/uporabniki storitev z namenom zagotavljanja integrirane zdravstvene oziroma socialne oskrbe v korist uporabnikov storitev« (Pollard idr., 2014, str. 13).

3 Pri tem se v dokumentih pojavljajo tudi izrazi, kot so multidisciplinarno, interdisciplinarno, meddisciplinarno ipd.

4 V članku uporabljam ženski spol, ki pa velja za vse spole.

obravnavam dejavnike medpoklicnega sodelovanja z vidika vključevanja in sodelovanja socialnih delavk v zdravstvenih timih v Sloveniji. Pri tem odgovarjam na raziskovalni vprašanji:

1. Kateri organizacijski dejavniki znotraj organizacij oziroma delovnega okolja socialnih delavk so povezani z razvojem prakse socialnega dela ter položaja in vlog socialnih delavk v medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu?
2. Kateri sistemski dejavniki (na ravni celotne skupine socialnih delavk v zdravstvu v Sloveniji) so povezani z razvojem stroke in znanosti socialnega dela v medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu?

Dejavniki medpoklicnega sodelovanja

Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu je dobro raziskano področje, a kot ugotavlja Wei s sodelavci (2022), se je število raziskav povečalo šele po objavi dokumenta Svetovne zdravstvene organizacije *Okvir za ukrepanje v medpoklicnem izobraževanju in sodelovalni praksi* (WHO, 2010). Raziskave se najpogosteje osredotočajo na dejavnike, ki ovirajo ali pa spodbujajo medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih organizacijah in timih.

Dejavnike avtorji pogosto delijo na makro- (sistemske), mezo- (organizacijske) in mikrodejavnike (med/osebne, interakcijske). V slovenskem prostoru Pahor (2014, str. 20–22) pri povzemanju starejše pregledne študije (San Martín-Rodríguez idr., 2005) uporabi to razdelitev, nasprotno pa Cameron (2016) pri pregledu literature o sodelovanju zdravstvenih in socialnovarstvenih služb dejavnike razvršča na organizacijske (z integriranimi sistemskimi dejavniki), kulturne, strokovne in kontekstualne. Nekatere novejšje metaanalize preglednih člankov pa prepoznajo večji fokus raziskav na organizacijskih in (med)osebnih ravneh (Rawlinson idr., 2021), omenjajo pa tudi timske, individualne in komunikacijske dejavnike (Doornebosch idr., 2022; Wei idr., 2022).

Sistemski dejavniki se nanašajo na širše družbene, kulturne, poklicne in izobraževalne sisteme. Ti vzpostavljajo in ohranjajo razlike v moči, statusu in vlogah, problem izobraževalnih sistemov pa je, da te razlike ohranja z reprodukcijo ločenih poklicnih kultur in epistemologije poklicnih skupin (Pahor, 2014, str. 20–21). Prav tako so pomembni različni dominantni politični in družbeni diskurzi, ki vplivajo na identifikacijo, doseganje in evalvacijo ciljev medpoklicnega sodelovanja (Keeping, 2014, str. 22). Raziskave kot ovirajoče dejavnike omenjajo še nezadostno in neustrezno financiranje (npr. plačilo določenih strokovnih skupin), pomanjkanje učinkovitega vodenja na nacionalni/politični ravni, zakonodajne omejitve pri širjenju vlog strokovnjakov, fragmentacijo skrbstvenih storitev in pomanjkanje medpoklicnega izobraževanja (Rawlinson idr., 2021).

Organizacijski dejavniki se nanašajo na strukturo, načine vodenja in upravljanja organizacije, organizacijo dela in delovno okolje, iz katerega skupine in posamezniki pridobivajo sredstva za delo – čas, prostor, material,

podporo pri razvoju ipd. (Pahor, 2014, str. 21; Wei idr., 2022). Ti dejavniki so: pomankanje kadrovskih in finančnih virov, slaba implementacija medpoklicnega sodelovanja v praksi in pomanjkanje podpore vodstva pri tem, slabo razviti informacijski sistemi ter pri nekaterih profilih tudi dostop do tima in uporabnika (npr. ko je določen strokovnjak lociran v drugi organizaciji) (O'Reilly idr., 2017; Rawlinson idr., 2021). Nekateri avtorji (Doornebosch idr., 2022; Wei idr., 2022) od organizacijskih ločijo še timske dejavnike. Med njimi navajajo razmerja moči, hierarhičnost, slabo komunikacijo ter nejasnost vlog in prispevkov članov tima. Nasprotno pa pripravljenost na spremembe, kultura sodelovanja, zadostni viri, ustrezni prostori in podporna tehnologija pomembno spodbujajo razvoj medpoklicnega sodelovanja (Doornebosch idr., 2022; O'Reilly idr., 2017; Rawlinson idr., 2021; Wei idr., 2022).

Med *medosebne (interakcijske) dejavnike* uvrščamo določene osebnostne značilnosti in interakcijske spretnosti, kot so pripravljenost na sodelovanje, zaupanje, dobra komunikacija, medsebojno spoštovanje, kompetence za timsko delo, poklicno in osebno samozaupanje ter znanja o strokovnih vlogah in spremembah v smernicah in področnih aktih (Keeping, 2014, str. 25–27; Pahor, 2014, str. 22). Rawlinson s sodelavci (2021) dodaja še željo po zaščiti lastnega področja dela in strokovne identitete, nesorazmerje moči izhajajoče iz tradicionalnih hierarhij, slabše vrednotenje strokovnih znanj in prispevkov druge stroke, pomanjkanje skupnih ciljev ter različnost kultur, ideologij in načinov dela.

Raziskovanje dejavnikov medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu v Sloveniji

Dejavniki medpoklicnega sodelovanja so v slovenskem zdravstvu redkeje predmet raziskave, vendar pa obstoječe študije, ki vključujejo posamezne ali več zdravstvenih poklicnih skupin, pojasnjujejo nekatere ključne dejavnike, pomembne za medpoklicno sodelovanje in zadovoljstvo pri delu. Raziskave kažejo, da v zdravstvenih organizacijah sicer prevladuje hierarhična organizacijska kultura, a dobro sodelovanje, zadovoljstvo z vodstvom, avtonomija in zadovoljstvo z odločanjem korelirajo z večjim zadovoljstvom zaposlenih (Skinder Savič in Skela-Savič, 2014). Dejavniki, ki bi jih lahko uvrstili na organizacijsko in (med)osebno raven, kot so slaba ocena profesionalnega statusa v bolnišnici, nadurno delo, slaba odzivnost vodij in managerjev pri reševanju težav pri delu ter nezadovoljstvo s trenutnim delom, pa so pri medicinskih sestrah povezani tudi z namero odhoda iz bolnišnice (Skela-Savič idr., 2025). Hkrati se pojavljajo razlike med poklicnimi skupinami v dojemanju sodelovanja; zdravniki so z medpoklicnim sodelovanjem praviloma zadovoljnejši kot drugi profili, medicinske sestre pa najmanj z zdravniki, kar avtorja Šanc in Prosen (2022) pripišeta hierarhičnim odnosom, slabši komunikaciji in nerešenim konfliktom med poklicnimi skupinami. Za uspešno in učinkovito sodelovanje avtorji poudarjajo predvsem krepitev strokovne identitete vseh

članov tima in razvoj strategij za zmanjševanje neenakosti med strokami, medpoklicno sodelovanje pa predpostavlja tudi nove kompetence, spremembe v delitvi vlog in nalog ter prerazporeditev moči med poklicnimi skupinami (Ovijač, 2012; Petrović idr., 2021; Šanc in Prosen, 2022).

Raziskav o vlogi socialnega dela v medpoklicnem sodelovanju v slovenskem zdravstvu je malo, obstoječe pa potrjujejo, da sta timsko delo in povezovanje socialnih delavk z zdravstvenimi delavci, uporabniki, svojci in zunanjimi deležniki ključna (Denša idr., 2025; Eržen, 2012; Grudnik Seljak, 2022). Na medosebni ravni je možno prepoznati vse večjo prepoznavnost vlog socialnih delavk, a so njihova strokovna mnenja pogosto še vedno prezrta, delo razvrednoteno ali pa so iz sodelovanja izključene. Opazna pa sta tudi pomanjkljivo poznavanje vlog in pristojnosti posameznih strok ter neusklajeno sodelovanje v timih (Grudnik Seljak, 2022; Jurček, 2019; Šimenc, 2016). Na organizacijski ravni se pojavljajo ovire, povezane s procesi dela, in preobremenjenost kadra, na sistemski ravni pa neurejeni standardi in normativi, neopredeljene vloge v zakonodaji, splošna neprepoznavnost stroke in statusna nepriviligiranost ter pomanjkanje izobraževanj za delo v zdravstvu (Eržen, 2008; Grudnik Seljak, 2022; Jurček, 2019; Šimenc, 2016).

Predstavitev raziskave in uporabljene metodologije

Članek je nastal na podlagi obsežnejše doktorske raziskave z uporabo mešanih metod o strokovni identiteti socialnih delavk v slovenskih javnih zdravstvenih organizacijah. Glavni cilji raziskave so raziskati: kako socialne delavke razumejo svojo strokovno identiteto, kako se ta udejanja v vsakodnevnikih interakcijah in kako opisujejo svoje vloge in naloge ter sodelujejo z drugimi strokami. Cilj raziskave in tega članka pa je tudi predstaviti organizacijske in sistemske dejavnike, povezane z razvojem socialnega dela v zdravstvu, ki po mnenju socialnih delavk soodvisno vplivajo na procese oblikovanja in vzpostavljanja strokovne identitete ter njihovega položaja in vlog v medpoklicnem sodelovanju.

Populacija v raziskavi so bile socialne delavke, ki so bile v času zbiranja podatkov (avgust 2022–oktober 2023) zaposlene v javnih zdravstvenih organizacijah v Sloveniji. Zdravstveni statistični letopis za leto 2022⁵ (NIJZ, b. d.) kaže, da je bilo v javnih zdravstvenih organizacijah zaposlenih 169 socialnih delavk. Ker popolnega seznama socialnih delavk v zdravstvu ni, je bil za namen izvedbe kvantitativnega dela raziskave narejen ročni popis populacije. Rezultat popisa maja in junija 2023 je bil seznam 170 socialnih delavk in delavcev, brez nezasedenih delovnih mest (4). Ta seznam je številčno precej skladen z omenjenim letopisom.

Prvi, kvalitativni del raziskave je potekal med avgustom 2022 in marcem 2023. Uporabljena je bila metoda poglobljenih polstrukturiranih intervjujev,

5 V času pisanja članka je Zdravstveni statistični letopis Slovenije za leto 2023 delno že objavljen, vendar ne vsebuje informacij o virih v zdravstvu (npr. kadru).

kot pripomoček pa sem uporabil vodilo za intervju. Vodilo 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, prek spleta z uporabo aplikacije Zoom in v enem primeru tudi po telefonu. Intervjuji so trajali od 1 ure in 20 minut do 2 uri in 40 minut. Opravljenih je bilo 21 intervjujev z 22 socialnimi delavkami,⁶ to je 13 % celotne populacije socialnih delavk.

Vzorec je namenski in priložnostni, sestavljen iz socialnih delavk, zaposlenih na vseh treh ravneh (primarna, sekundarna in terciarna) zdravstvenih organizacij in na različnih področjih dela (psihiatrija, pediatrija, splošne bolnišnice/oddelki, ginekologija, onkologija) oziroma timih (CDZOM, RACZO⁷). Intervjuvanke so bile stare med 29 in 59 let (povprečje 43,9), delovnih izkušenj pa so imele od 2 do 37 let (povprečje 20,2 leta), od tega med 1 in 37 let (povprečje 17) v zdravstvu.

Kvantitativni podatki so bili zbrani s spletno anketo 1KA, ki je vsebovala več sklopov, v tem članku pa poročam o rezultatih, povezanih z organizacijskimi in sistemskimi dejavniki, zadovoljstvom z delom ter izbranimi demografskimi podatki. Zadovoljstvo z delom je bilo merjeno z že uporabljeno (Rape Žibera, 2019) prilagojeno Pogačnikovo lestvico zadovoljstva z delom (Pogačnik, 1997), seznam organizacijskih in sistemskih dejavnikov pa je bil sestavljen na podlagi predhodnih raziskav in opravljenih intervjujev. Vprašalnik je bil testiran s pomočjo mentorice doktorske naloge in metodologije ter predstavnic Razširjenega strokovnega kolegija za področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti.

Anketiranje je potekalo med junijem in oktobrom 2023. Delno izpolnjenih je bilo 41, v celoti dokončanih pa 72 vprašalnikov (42,4 % populacije). V vzorcu so zajete socialne delavke iz zdravstvenih domov (RACZO, CDZOM, CDZO⁸; n=29), psihiatričnih bolnišnic in klinik (n=14), UKC-jev (n=10), URI Soča (n=9), splošnih bolnišnic (n=4), Onkološkega inštituta (n=3), Klinike Golnik (n=2) idr. (pediatrična klinika, otroška bolnišnica in neznano, n=3)⁹. Povprečna starost respondentk je bila 38,5 let, skupna delovna doba 13,4 let, v zdravstvu pa so delale 9,3 let.

Intervjuji so bili transkribirani v celoti in analizirani s pomočjo programa MAXQDA 24. Kvalitativna analiza je potekala po postopku, kot ga opisuje Mešec (2023, str. 119–122), in sicer seznanjanje z gradivom, urejanje po temah in odprto kodiranje.

6 En intervju je potekal z dvema sogovornicama.

7 Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Razvojna ambulanta s centrom za zgodnjo obravnavo.

8 Center za duševno zdravje odraslih.

9 Primerjava porazdelitve respondentk v vzorcu glede na vrsto organizacije in porazdelitve v populaciji je pokazala podobnost vzorca s populacijo, saj nikjer ni bilo ugotovljeno odstopa, večje od 4 %.

Kvantitativni podatki so bili obdelani s pomočjo aplikacij 1ka.arnes, MS Excel in SPSS. V članku so prikazani izračuni univariatne opisne statistike (standardni odkloni, odstotki, frekvence), intervali zaupanja, namenjeni prikazu natančnosti ocen, in izračuni Cronbachove alfe (α), izmerjene v primerih sestavljenih spremenljivk oziroma indeksov. V okviru bivariatne opisne statistike pa sem uporabil Pearsonov koeficient linearne korelacije za ugotavljanje povezanosti organizacijskih dejavnikov z zadovoljstvom pri delu.

Opisana raziskava je bila izvedena po prej pridobljenem soglasju Komisije za etiko Univerze v Ljubljani, Fakultete za socialno delo (št. 033-3/2021-15). Pred izvedbo intervjujev so intervjuvanke podale pisno soglasje z udeležbo v raziskavi, soglasje z uporabo zbranih podatkov pa so pred začetkom izpolnjevanja podale tudi respondentke v spletni anketi.

Organizacijski dejavniki prakse socialnega dela v zdravstvu

V anketnem vprašalniku so morale respondentke oceniti, koliko posamezni organizacijski dejavnik ovira razvoj in udeležanje prakse socialnega dela znotraj organizacij in zadovoljstvo s posameznimi elementi dela.

Preglednica 1: Prikaz ocen organizacijskih dejavnikov (1 – sploh ne ovira, 5 – zelo ovira).

Ocenjeni organizacijski dejavnik ¹⁰	n	Pov-prečje	Interval zaupanja*		Standardni odklon	Minimum	Maksimum
			Spodnja meja	Zgornja meja			
Pomanjkanje formalne ureditve položaja in vloge socialne delavke znotraj organizacije (npr. sistematizacija delovnih mest, opredelitev specifičnih delovnih nalog/vlog socialne delavke)	74	3,61	3,36	3,95	1,28	1	5
Kadrovska podhranjenost (premajhno število socialnih delavk in s tem povezana preobremenjenost)	75	3,43	3,09	3,76	1,39	1	5
Pomanjkanje ugleda socialnega dela, vloge socialne delavke v očeh vodstva organizacije	74	3,38	3,11	3,78	1,42	1	5
Neprepoznavnost socialnega dela, vloge socialne delavke v očeh vodstva organizacije	75	3,37	3,13	3,78	1,37	1	5
Pomanjkanje podpore organizacije/vodstva pri strokovnem razvoju (izobraževanja, usposabljanja ipd.)	75	3,24	2,95	3,60	1,37	1	5
Hierarhična organiziranost dela v zdravstveni organizaciji oz. timu	76	3,18	2,91	3,52	1,28	1	5

10 Notranja zanesljivost skladnosti lestvice, merjena s Cronbachovim alfa koeficientom znaša 0,919, kar kaže na visoko zanesljivost notranje skladnosti.

Ocenjeni organizacijski dejavnik ¹⁰	n	Pov- prečje	Interval zaupanja*		Stan- dardni odklon	Mini- mum	Maksi- mum
			Spodnja meja	Zgornja meja			
Pomanjkanje ugleda socialnega dela, vloge socialne delavke pri zdravstvenih delavcih in sodelavcih (v timu)	74	3,11	2,77	3,49	1,50	1	5
Neprepoznavnost socialnega dela, vloge socialne delavke pri zdravstvenih delavcih in sodelavcih (v timu)	75	3,11	2,81	3,51	1,45	1	5
Pomanjkanje avtonomije socialne delavke pri delu v timu	74	2,86	2,55	3,22	1,43	1	5
Sestavljena spremenljivka (indeks), organizacijski dejavniki	70	3,29	3,04	3,55	1,08	1	5

* 95 % interval zaupanja

Preglednica 2: Prikaz ocen zadovoljstva z elementi dela
(1 – zelo nezadovoljna, 5 – zelo zadovoljna).

Ocena zadovoljstva	n	Pov- prečje	Interval zaupanja*		Standardni odklon	Mini- mum	Maksi- mum
			Spodnja meja	Zgornja meja			
s stalnostjo zaposlitve	73	4,42	4,15	4,68	1,079	1	5
s sodelavci	73	4,30	4,15	4,47	0,681	3	5
z zanimivostjo dela	73	4,26	4,07	4,47	0,834	2	5
z vsebino dela	73	4,23	4,04	4,45	0,858	2	5
s svobodo pri delu	73	4,07	3,90	4,33	0,962	1	5
z zahtevnostjo dela	70	3,93	3,71	4,15	0,937	1	5
z razmerami (fizičnimi, materialnimi) za delo	73	3,84	3,61	4,10	1,028	1	5
z nadrejenimi	73	3,70	3,49	4,00	1,089	1	5
z obsegom dela	73	3,51	3,33	3,79	0,988	1	5
z ugledom dela	72	3,21	2,99	3,53	1,162	1	5
s plačo	73	3,15	2,93	3,39	0,953	1	5
sestavljena spremenljivka (indeks), zadovoljstvo z elementi dela	70	3,90	3,76	4,03	0,57	2,55	5

* 95-odstotni interval zaupanja

Velika razpršenost ocen organizacijskih dejavnikov (standardni odklon je pri posameznih dejavnikih 1,28 ali višji) in sredinska vrednost povprečja vseh dejavnikov (3,25) kažeta na veliko raznovrstnost delovnih okoljih, ki so za socialne delavke lahko podporni, ali pa ti dejavniki zelo ovirajo prakso v timih in organizacijah. To je razvidno tudi pri prepoznanih odstopanjih predstavljenih povprečij dejavnikov glede na vrsto organizacije (preglednica 3) in v intervjujih.

Skupno povprečje sestavljene spremenljivke zadovoljstvo z elementi dela znaša 3,9, izračun Pearsonovega koeficienta linearne korelacije pa je pokazal zmerno korelacijo (-0,497) med ocenjenimi organizacijskimi dejavniki in ocenami zadovoljstva z elementi dela, se pravi tiste respondentke, ki so organizacijske dejavnike ocenjevale kot večjo oviro, so poročale o manjšem zadovoljstvu z elementi dela.

Preglednica 3: Prikaz ocen organizacijskih dejavnikov glede na vrsto zdravstvene organizacije.

Vrsta zdravstvene organizacije	n	Povprečje	Standardni odklon
Splošna bolnišnica	3	4,19	0,90
Onkološki inštitut	3	4,15	0,67
URI Soča	8	3,44	1,27
UKC	9	3,33	1,15
Psihiatrična bolnišnica/klinika	12	3,30	1,20
Zdravstveni dom	28	3,20	1,04
Bolnišnica Golnik	2	3,06	1,65
Drugo	2	2,67	0,31
Skupaj	67	3,33	1,09

V intervjujih so bile največkrat omenjene teme vloge vodij, vodstva in hierarhičnih razmerij, potek dela in položaj v organizaciji (urejenost delovnih mest in zaposlovanje, organizacijska umestitev socialnodelovne službe v organizacijo in pomen socialnodelovne strokovne skupine znotraj organizacij).

Vloga vodij, vodstva in hierarhij

Nekatere intervjuvanke so omenile zdravstvene organizacije in sistem kot specifično področje dela, ki že samo po sebi določa prakso socialnega dela. Ob tem so večkrat omenjale hierarhijo kot krovni dejavnik, ki določa celotno delovanje organizacije in timov, torej tudi samo strokovno delo socialnih delavk. Prepoznano pa je bilo tudi rangiranje strok znotraj timov in organizacij.

Jā, organizacijsko sigurno zato, ker je zdravstveni sistem tako rigiden, da ta hierarhija obstaja, ne? Ta miselnost obstaja, socialni delavci pač servisna služba. Ne vem, zakaj smo mi tako nizko vrednoteni, ne? (Intervju 3, RACZO)

... in to hierarhijo, ki v zdravstvu je in je specifična in je nikjer drugje ni na tak način ... Saj to tudi že malo izginja, je generacija mlajših zdravnikov, ki niso tako zelo ... Zdravniki, potem pa dolgo nihče. Potem pa mogoče kakšna diplomirana pa mogoče kakšen klinični psiholog, potem pa sploh dolgo noben. To je zdaj veliko bolj ta usmeritev timskega delovanja. (Intervju 11, UKC, pediatrija)

Druga izjava kaže, da se v praksi zdravstvenih timov ponekod hierarhičnost razmerij mehča. To morda pojasni tudi sredinsko vrednost povprečja

hierarhične organiziranosti dela kot ovirajočega dejavnika (3,18). Ob tem so se vodje timov in organizacij pogosto pokazali kot ključni akterji, ki v svoji vlogi podpirajo, spodbujajo in krepijo strokovno prakso socialnega dela ali pa jo tako ali drugače omejujejo, zavirajo. Kot organizacijski dejavnik se je tako pokazala tudi prepoznavnost stroke in strokovne identitete socialnega dela znotraj timov in organizacij, pri tem pa imajo sodelavci, še posebej nadrejeni, pomembno vlogo.

Potem pa je ta razporejenost, torej timska. Vodja tima je zdravnik in tudi, kot sem že pač omenila ... Odvisno recimo, kako nas vrednoti tudi ta zdravnik, če se tako izrazim, kako on dojema našo strokovno identiteto, a ne? In tukaj, pač to je pomembna vloga, ki potem pri organizaciji ... pač vpliva na naše delo. (Intervju 7, Psihiatrična klinika)

Nekatere intervjuvanke imajo z vodstvom dobre izkušnje, saj jih pri delu podpira, zaupa v njihovo strokovno delo in presojo. To se med drugim kaže v tem, da vsebinsko ne posega v njihovo delo in rešuje težave, s katerimi se srečujejo. Pozitivna vloga se kaže tudi, kjer vodstvo podpira razvoj socialnih delavk (npr. boljša sistematizacija delovnega mesta, izobraževanja, razvoj socialne službe).

Pač neka ta samozavest pa iznajdljivost, da bom naredil, pač čim boljše prakso, kolikor jo le lahko, gre s tem, da imam vodstvo, ki to zelo podpira. Ki me sliši in mi zaupa in me res podpira pri tem. Rečem, da bi šel na teren, pojdi. Bi delal skupine, pojdi. (Intervju 4, RACZO)

Nasprotno pa so intervjuvanke poročale o številnih ovirah, nerazumevanju in pomanjkanju podpore vodstvenih kadrov. Od vodij, ki ne poznajo stroke socialnega dela, pogosto ne morejo dobiti strokovne podpore in pomoči kot tudi ne priznanja za njihovo delo. To je še poseben izziv za tiste, ki so v organizaciji same ali pa je skupina socialnih delavk majhna in manj prepoznana. Intervjuvanke so kot oviro omenile tudi temeljno različne poglede in cilje članov timov in organizacij, pri tem pa se kažejo razlike med socialnimi delavkami in sodelavci v dojemanju namena in vloge socialnega dela v zdravstvenem okolju.

... socialna služba spada pod službo zdravstvene nege, to je pod glavno sestro bolnice. ... Načeloma ona nas ocenjuje, ampak ona nima pojma o socialnem delu. Ona lahko edino, kar lahko naredi, je to, da pokliče na oddelek, pa reče: »Kako sodelujete z našimi socialnimi delavci, kaj se vam zdi, kakšen imate odnos?« Ampak to je nekaj drugega kot pa strokovnost ... Meni ne more noben v (lastni organizaciji) reči: »To pa strokovno nisi naredila v redu«, noben. (Intervju 19, UKC, splošni del)

Ko smo začeli s kazalniki kakovosti, pa sem rekla takratni vodji te službe za kakovost, sem rekla: »Pa kaj naj jaz merim, mislim, naše delo je tako težko izmeriti.« Pa je rekla: »Ja, dajte si na primer, koliko ljudi gre v dom od nas.« Pa sem rekla: »Čakajte, to pa ne bo, ne, to ni merilo, to ni kazalnik kakovosti

našega dela, jaz se s tem nikoli ne bom hvalila. Kakovost našega dela je v tem, koliko jih ne gre v dom.« (Intervju 12, Psihiatrična bolnišnica)

Vloga vodij in hierarhičnost odnosov se kaže tudi v poseganju v avtonomijo. To so intervjuvanke občutile kot razvrednotenje njihovega strokovnega mnenja, večkrat pa so omenile tudi, da delujejo v nasprotju z navodili in upoštevajo lastno strokovno presojo, tudi če imajo lahko zato težave z nadrejenimi.

Če on (op. zdravnik) pravi, da ta družina ne potrebuje pomoči socialne delavke, pač ti nimaš dovoljenja, ti nimaš nobenega mandata, ti ne delaš s to družino ... pač s tem, ko vseeno preveč posegajo v to strokovnost, pač ovirajo, omejujejo, otežujejo razvoj strokovne identitete, ker tudi otežujejo to tvojo strokovno držo, ker ne deluje, ko pride pač do nadrejenih, ko se soočaš s to hierarhijo. Pač tvoje strokovno utemeljevanje ne deluje. (Intervju 2, CDZOM)

Potek dela in delovne obremenitve

Intervjuvanke so kot pomembne dejavnike, ki omejujejo strokovno delo in slabšajo kakovost delovnega življenja, omenile tudi organizacijo dela, velike delovne obremenitve in hitrost dela. Velika obremenitev se je znotraj poteka dela pokazala kot osrednja ovira, ki omejuje in otežuje prakso socialnega dela v skladu z želenimi strokovnimi standardi.

Če bi imela več manevrskega prostora, bi bila tudi bolj strokovna in se bolj poglobila v vire moči. To bi bilo vse, potem pa neka širša slika. Več časa bi bilo tudi za kvalitetno delo s starši in tako naprej. (Intervju 21, Psihiatrična klinika)

Kadrovska podhranjenost in s tem preobremenjenost intervjuvanke dodatno ovirata pri strokovnem razvoju in udejstvovanju v razvojnih dejavnostih znotraj organizacije. Del preobremenitev je tudi posledica administrativnega dela. Intervjuvanke so naredile primerjavo z drugimi strokovnimi profili ali npr. ambulantami, v katerih so pogosto zaposlene administratorke ali medicinske sestre, ki prevzamejo del tega bremena. Nekaterе intervjuvanke zato na račun slabšega dokumentiranja dela prednost dajejo neposrednemu delu z uporabniki. Pri nekaterih je ovira tudi velika raznovrstnost dela, npr. delo na različnih oddelkih ali v timih; to dodatno pripomore k preobremenjenosti in soodvisnosti zaposlenih med opravljanjem dela. To velja predvsem, ko so v organizaciji same ali pa manjša skupina socialnih delavk pokriva veliko zdravstveno organizacijo.

Negativni vplivi organizacijskih dejavnikov se tako pogosto izražajo v občutkih nemoči, zaskrbljenosti, izčrpanosti in demotiviranosti, kljub vsemu pa intervjuvanke poudarjajo, da kakovost njihovega dela ne trpi oziroma se trudijo, da bi delo opravile strokovno.

A veš, kaj? Jaz mislim, da ne trpi kvaliteta dela. Sem prepričana, da ne trpi, ampak trpijo pa strokovni delavci. Mislim, da potem zaradi neprimernih pač

delovnih pogojev ali pa mogoče neposluha organizacije res prihaja do izgo-relosti. (Intervju 1, Rehabilitacija)

Položaj socialnega dela v organizaciji

Intervjuvanke so pogosto govorile o umeščenosti socialnega dela v strukturo organizacije, prepoznavnosti znotraj organizacij in delovnih mest. Krepitev socialne službe je pogosto rezultat dolgoletnega truda socialnih delavk in dobrega odnosa z vodstvom, včasih pa tudi tega, kako njihovo vrednost pre-poznajo zdravniki.

In takrat mi je bilo zelo težko, ker se nisem imela na kaj opreti. Ker bi mir-no, mirno lahko rekli: »Ne, ne bo socialni delavec, je čisto vseeno, kdo tisto dela.« Zelo je odvisno, če bi takrat ne bila v tako, bom rekla, dobrem odnosu oziroma tako ... pri bivšem vodstvu smo kot služba bili dobro zapisani. (In-tervju 12, Psihiatrična bolnišnica)

Intervjuvanke so izražale tudi strahove, saj so upokojitve socialnih delavk lahko priložnost, da se delovno mesto ukine, izziv pa so tudi novi razvijajoči se poklici, ki bi potencialno lahko nadomestili njihova delovna mesta. Več jih je zato omenilo, da načrtno varujejo delovna mesta in vztrajajo pri zaposlo-vanju socialnih delavk.

Tudi pri nas je možnost nekih ovinkov v socialni službi v bolnici. Lahko bi vzeli na primer socialnega pedagoga, lahko bi vzeli ... Saj so te variante. Am-pak jaz sem rekla, za tem stojim kot vodja socialne službe. Dokler bom jaz vodja, nihče drug ne bo v socialni službi kot socialni delavec. (Intervju 13, Psihiatrična bolnišnica)

Z zaposlovanjem in delovnimi mesti je povezana tudi umestitev socialnih de-lavk v organizacijo in prepoznavnost njihove strokovne skupine. Ob tem se kaže velika raznovrstnost med organizacijami, saj ponekod opisujejo, da niso ogrožene in so dobro prepoznane, drugje pa umestitev socialne službe ali pa sama identiteta socialnega dela ni jasna.

Da bi bila na organigramu služba kot služba, pa zdaj ta trenutek ni, ampak to zdaj funkcionira na ta način, ko sem jaz tukaj. Vprašanje, tako kot sem rekla ... V tej hiši že je izkušnja, da potem to vedenje o socialnem delu gre, če ni kontinuitete. Zato je pomembno, da je neka kontinuiteta, no. (Intervju 8, Splošna bolnišnica)

Prepoznavnost socialnega dela in jasnost vloge socialne delavke pa se znot-raj organizacij lahko razlikujeta tudi od tima do tima. Pri tem so intervju-vanke poudarile tudi pomen medosebnih dejavnikov znotraj posameznih timov.

To lahko še rečem, da morda tudi je, ker mi smo velika organizacija, na različ-nih enotah (op. identiteta) različno vzpostavljena. Ali pa tudi to, kot sem že govorila ... Timsko, a ne, različno ... ta strokovna identiteta. Tako da morda

se s tem tudi to pozna, da ima kdo boljšo izkušnjo kot jaz. (Intervju 7, Psihiatrična klinika)

Večja skupina socialnih delavk, ki imajo določeno skupno identiteto, več izkušenj in daljšo zgodovino v organizaciji, se kaže kot varovalni dejavnik, saj iz tega sodelovanja črpajo strokovno podporo in moč, ki jim ju delovno okolje sicer ne zagotavlja dovolj.

Sistemski dejavniki prakse socialnega dela v zdravstvu

V anketnem vprašalniku so respondentke ocenile tudi sistemske dejavnike, ki po njihovem mnenju ovirajo razvoj socialnega dela v zdravstvu na sistemski (nacionalni) ravni.

Preglednica 4: Prikaz ocen sistemskih dejavnikov (1 = sploh ne ovira, 5 = zelo ovira).

Ocenjeni sistemski dejavnik ¹¹	n	Pov-prečje	Interval zaupanja*		Standardni odklon	Minimum	Maksimum
			Spodnja meja	Zgornja meja			
Neurejeni standardi, normativi in evidentiranje storitev socialnega dela v zdravstvu	75	4,48	4,32	4,69	0,795	2	5
Neurejeno izobraževanje za področje socialnega dela v zdravstvu (dolgotrajnejša izobraževanja, specializacija ipd.)	75	4,48	4,33	4,68	0,742	2	5
Manjša pogajalska moč skupine socialnih delavk (glede na število socialnih delavk na tem področju in v primerjavi z drugimi strokami v zdravstvu)	74	4,47	4,30	4,63	0,707	2	5
Slabo vrednotenje dela (plače, nagrajevanje ipd.)	74	4,36	4,17	4,59	0,885	2	5
Pomanjkanje raziskav s področja prakse socialnega dela v zdravstvu	72	4,32	4,12	4,50	0,819	3	5
Neprepoznavnost socialnega dela in vloge socialnih delavk v zakonodaji in drugih relevantnih aktih	74	4,24	4,03	4,45	0,857	2	5
Pomanjkanje podpore stanovskih/poklicnih organizacij (npr. Društvo socialnih delavk in delavcev)	75	4,16	3,92	4,39	1,001	1	5
Sestavljena spremenljivka (indeks), sistemski dejavniki	71	4,37	4,22	4,51	0,60	2,71	5,00

* 95-odstotni interval zaupanja

11 Notranja zanesljivost skladnosti lestvice, merjena s Cronbachovim alfa koeficientom, znaša 0,849. To kaže na zadovoljivo zanesljivost notranje skladnosti.

Respondentke so v povprečju, kot tudi znotraj posameznih vrst zdravstvenih organizacij (preglednica 5), vse dejavnike ocenile, da ovirajo oziroma zelo ovirajo razvoj socialnega dela v zdravstvu (skupno povprečje sestavljene spremenljivke sistemski dejavniki je 4,37). V primerjavi z organizacijskimi dejavniki je razpršenost podatkov (z izjemo ene so vrednosti standardnega odklona pri posameznih spremenljivkah pod 0,9) pri sistemskih dejavnikih v vzorcu precej manjša. To lahko razumemo z vidika predstavljenih organizacijskih dejavnikov, ki so zelo odvisni od posameznega delovnega okolja, sistemski dejavniki pa se navezujejo na širše družbeno okolje in so tako povezani s celotnim zdravstvenim sistemom in socialnimi delavkami znotraj njega.

Preglednica 5: Prikaz ocen sistemskih dejavnikov glede na vrsto zdravstvene organizacije.

Vrsta zdravstvene organizacije	n	Povprečje	Standardni odklon
URI Soča	8	4,88	0,19
Zdravstveni dom	28	4,40	0,58
Psihiatrična bolnišnica/klinika	13	4,35	0,70
Onkološki inštitut	3	4,24	0,97
UKC	9	4,22	0,39
Splošna bolnišnica	4	4,21	0,82
Drugo	3	4,14	0,80
Bolnišnica Golnik	2	4,00	0,40
Skupaj	70	4,38	0,59

Med sistemskimi dejavniki so intervjuvanke najpogosteje govorile o pomenu skupin(e) socialnih delavk v zdravstvu, izobraževanju za socialno delo, neurejenosti normativov, standardov in storitev, javnem ugledu socialnega dela, izzivih pri zaposlovanju, manj pogosto pa o dejavnikih širšega družbenega okolja (npr. politika, razvitost sistemov pomoči), pravno-formalnih okvirih dela, plačah in napredovanjih ter tudi o znanosti in raziskovanju socialnega dela v zdravstvu.

Socialne delavke v zdravstvu kot skupina

Podobno kot na organizacijski ravni si tudi na sistemski socialne delavke s povezovanjem in sodelovanjem pomagajo zagotavljati medsebojno strokovno podporo, izobraževanja in krepiti pogajalsko moč za reševanje sistemskih problemov skupine. Neurejen položaj socialnih delavk v zdravstvu na sistemski ravni je tudi eden izmed razlogov, zakaj obstaja tako velika potreba po sodelovanju znotraj te skupine. Pri tem so največkrat omenile delovanje Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstvu (v nadaljevanju Sekcija) na Socialni zbornici.

Na nek način vplivajo (op. sistemski dejavniki) tako, da se bolj povezujemo. Zato, da imamo sploh sekcijo, ker so to stvari, ki so specifične za zdravstvo,

ki drugje se ne pojavljajo, pač se na drugih področjih socialne delavke ne soočajo s takimi težavami. (Intervju 2, CDZOM)

Intervjuvanke so poudarile, da se število socialnih delavk, vključenih v Sekcijo, kot tudi sicer v praksi povečuje, znotraj Sekcije pa delujejo tudi različne delovne skupine na posameznih področjih dela¹². Vse intervjuvanke niso aktivne v Sekciji, razlogi za to pa so predvsem preobremenjenost in pa občutki nepripadnosti Sekciji, saj jim zadoščajo aktivnosti in povezovanje znotraj skupin tistih, ki delajo na specifičnem področju.

Odkar naj bi bili pa Sekcija socialnih delavcev v zdravstvu, smo pa vsi skupaj zgubljeni, se mi zdi, no. Ne čutimo, jaz ne čutim tega ... Mogoče zato, ker ne sodelujem. ... Ali pa mogoče ni take potrebe. Meni se zdi, da je čisto dosti, mi imamo tu toliko dela, nimamo časa še zdaj se ukvarjati s tem, kaj je v splošnih bolnicah ali pa, ne vem, na Soči vloga socialnega delavca. (Intervju 9, Psihiatrična bolnišnica)

V sodelovanju vidijo tudi način, kako razvijati stroko socialnega dela, vzpostavljati dobre prakse in kot skupina svoje dejavnosti predstavljati širši strokovni javnosti in lokalnemu okolju, saj lahko to potencialno pripomore k boljši prepoznavnosti stroke. Nekatere intervjuvanke so poudarile tudi aktivno delovanje v sindikatih, se pa zavedajo, da je velik del uspeha rezultat posameznic, zato so izražale želje in pričakovanja, da bi podoben trud in angažma izrazilo več socialnih delavk.

To sem že malo omenila, ne, to združevanje v sekciji in to. To je res doprinos posameznic, a ne, vemo, katerih, ki so res, se trudijo vleči stroko in prepoznavnost in strokovnost in vse to sodelovanje s fakulteto in vsemi ostalimi. (Intervju 11, UKC, pediatrija)

Izobraževanje za socialno delo v zdravstvu

Izobraževanje za socialno delo v zdravstvu v Sloveniji ni sistematično urejeno, zato ni presenetljiva visoka ocena dejavnika »Neurejeno izobraževanje za področje socialnega dela v zdravstvu« (4,48). Intervjuvanke so pogosto kritizirale Fakulteto za socialno delo, ker v svojem programu ne ponuja specifičnih vsebin za to področje dela, večkrat pa so omenile tudi omejitve pri izvajanju prakse študentk socialnega dela v zdravstvu, ki bi si je nekatere želele, a sistemsko ni urejena¹³.

12 Poslovnik o delu Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti (Poslovnik, 2021) določa delovne skupine za primarno, sekundarno in terciarno raven, za področje bolnišnične psihiatrije, za področje rehabilitacije ter za spremljanje socialne politike in zakonodaje ter oblikovanje spletne strani.

13 Praksa se v nekaterih organizacijah sicer izvaja, več poskusov vzpostavitve pa je v preteklosti propadlo, saj ni sistemsko zagotovljenih sredstev za izvajanje, zato zdravstvene organizacije možnost opravljanja prakse večkrat zavrnejo.

Intervjuvanke so govorile tudi o pomenu vseživljenjskega izobraževanja, pripravništva in dodatnih dolgotrajnih usposabljanj. Krajša izobraževanja so jim načelno omogočenega, vendar pa so odvisne tudi od vodij, če jim jih odobrijo, včasih pa je udeležba na strokovnih dogodkih in izobraževanjih odvisna od aktivne udeležbe (prispevki). Omenile so tudi manko vsebin, namenjenih specifično socialnim delavkam.

Problem je izobraževanje, ko sva že ravno pri tem ... V zdravstvu, socialni delavci v zdravstvu smo zelo, zelo, zelo zapostavljeni, ker za nas ni praktično ničesar. Vse, kar je v zvezi s socialnim delom, je več ali manj v zvezi s socialnim varstvom ... Da bi prav bilo nekaj socialno delo v zdravstvu, mi bi po zraku leteli tja poslušat. Nikjer ni nič. (Intervju 13, Psihiatrična bolnišnica)

Pravno-formalna ureditev in zaposlovanje

Socialne delavke zelo visoko ocenjujejo dejavniki neurejenih standardov, normativov in storitev (4,48). To so pogosto izrazile tudi v intervjujih, saj gre za slabo ali pa v celoti neurejeno področje. Njihove storitve so pogosto slabše točkovane v primerjavi z drugimi strokami, problem pa je tudi, kako so zasnovane, saj je praksa socialnega dela kompleksna, pogosto dolgotrajna in individualno prilagojena uporabnikom, to pa se težko izrazi v točkovanih časovno omejenih storitvah. Zato velik del dela ostane formalno neprepoznan in neovrednoten.

In so točke, ki jih moraš doseči. Enake točkam, ki jih mora doseči recimo specialist, čeprav so njegove storitve, tudi kadar so enake, na primer timski sestanek ... bom jaz za enako storitev dobila veliko manj točk kot nekdo drugega profila. (Intervju 2, CDZOM)

Ni pač fajn zaradi tega, ker se včasih pač socialni delavci prilagajamo trenutnim razmeram in včasih imaš pač kaki dan primer, ko ga 4 ure rešuješ, pa si zato ne moreš pisati 4 ure storitev. (Intervju 3, RACZO)

Nekatere intervjuvanke so omenile tudi pritiske vodij, ki zahtevajo doseganje normativov, hkrati pa ne razumejo narave njihovega dela; to jih dodatno obremenjuje in demotivira. Ob tem obstaja velika razlika med organizacijami, saj so ponekod socialne delavke plačane po storitvah, pavšalu ali primeru¹⁴. Intervjuvanke zato menijo, da so normativi, opredeljene storitve in standardi dobrodošli, saj bi to pomenilo jasen okvir za zaposlovanje in s tem zavarovalo delovna mesta socialnih delavk, hkrati pa tudi določilo njihove delovne naloge in ovrednotilo delo.

Zdaj vsi se borijo za sistematizacijo, za standarde in normative, to vemo, mediji so polni govora o tem, ampak kljub vsemu za vse ostale poklice velja,

¹⁴ Respondentke v spletni anketi so ob vprašanju, kako so plačane in evidentirane storitve socialnega dela, navedle, da po storitvah (39,5 %), pavšalno (28,4 %), po primerih (12,3 %), delno pavšalno, delno po storitvah (9,9 %) in drugo oz. ne vem (9,9 %).

koliko sester na koliko postelj, koliko zdravnikov na koliko postelj, koliko delovnih terapevtov, za socialne delavce pa ne. (Intervju 12, Psihiatrična bolnišnica)

Redkeje so intervjuvanke poudarile tudi spregled socialnega dela v zakonodaji in drugih aktih, ki ne omenjajo in opredeljujejo vlog in nalog socialnih delavk v zdravstvu. Pozitivni primeri opredelitev so primeri, kjer so navedene kot stalne članice timov (CDZOM, CDZO, RACZO, opredeljeni v *Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028*, 2018, in *Zakonu o celostni obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami*, 2017), nekatere zdravstvene organizacije pa socialnih delavk sploh ne zaposlujejo (npr. Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Splošna bolnišnica Izola¹⁵). Zaposlovanje in sistematizacija delovnih mest tako pogosto ostajata v presoji vodstvenih kadrov, socialne delavke pa morajo vložiti veliko truda, da ohranjajo ali povečujejo število delovnih mest.

Javni ugled in neprepoznavnost socialnega dela

Intervjuvanke so svoj položaj v zdravstvenih organizacijah in timih povezovali tudi s slabšim ugledom, nepoznavanjem ter nerazumevanjem socialnega dela in socialnih delavk v širši družbi. Manjša moč, socialni kapital in ugled na ravni družbe se po njihovem mnenju kažejo tudi v vrednotenju stroke na ravni praks medpoklicnega sodelovanja kot tudi formalno (npr. nizko vrednotenje plač).

Dejansko kot tak poklic je malo podcenjen, se mi zdi. Glede na zahtevnost, glede na strokovno znanje, strokovno izobraževanje, skozi katerega smo šli. Ne nazadnje tudi po bolonjcu, tudi zaključeni magistrski študijski program ... In to za ta plačilni razred recimo je malo, ne, je malo. (Intervju 6, CDZOM in RACZO)

Ob tem so prepoznale tudi lastno odgovornost pri soustvarjanju javne poudobe in poudarile pomen promocije stroke v zdravstvu; to lahko dosežejo s pisanjem prispevkov in sodelovanjem na strokovnih dogodkih. Priznavajo, da so v tem šibke, hkrati pa menijo, da pri tem nimajo podpore Fakultete za socialno delo in drugih stanovskih organizacij. V manjši meri so v povezavi s tem poudarile tudi pomen razvoja znanosti in raziskovanja, saj na tem področju ni bilo izvedenih veliko raziskav, kot tudi ne objavljene strokovne in znanstvene literature.

15 Oba primera sta zanimiva, saj imajo v Splošni bolnišnici Izola socialno delavko sicer navedeno v organigramu (SBI, 2017), Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna pa izvaja tudi storitve na podlagi zakonov (*Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo*, 2000; *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok*, 1977), ki opredeljujeta socialne delavke kot članice strokovnega posvetovalnega telesa centra v postopkih zdravljenja neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo ter komisij v postopkih umetnih prekinitev nosečnosti.

Razprava in sklep

V raziskavi so socialne delavke višje ocenile sistemske dejavnike (povprečje sestavljene spremenljivke 4,37), ki po njihovem mnenju ovirajo razvoj socialnega dela v medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu, kot pa organizacijske dejavnike (povprečje sestavljene spremenljivke 3,29). Čeprav sistemski dejavniki zahtevajo nadaljnjo pozornost, razpršenost ocen in raznovrstnost izkušenj intervjuvank opozarjata na ključno vlogo organizacijskih dejavnikov pri oblikovanju delovnih okolij, ki lahko spodbujajo ali pa zavirajo razvoj praks socialnega dela v medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu. Posebej so bili ob tem omenjeni vloge vodij in vodstva organizacij, hierarhični odnosi in velike delovne obremenitve. Prehod iz hierarhičnih načinov dela v sodelovalne zahteva zavestne odločitve in namensko delovanje, pri tem pa imajo pomembno vlogo tudi dejavniki na (med)osebni ravni medpoklicnega sodelovanja (Pahor, 2014, str. 16). To potrjujejo tuje in domače raziskave, ki med dejavniki, ki spodbujajo ali zavirajo medpoklicno sodelovanje, pogosteje omenjajo organizacijske, timske in (med)osebne dejavnike, manj pa dejavnike na sistemski ravni (Rawlinson idr., 2021; Šanc in Prosen, 2022; Wei idr., 2022).

K razvoju praks medpoklicnega sodelovanja pomembno pripomorejo tudi strokovnjaki sami, saj aktivno premoščajo strokovne, socialne in fizične vrzeli, znajo ravnati s prekrivajočimi se vlogami ter vzpostavljajo prostore in razmere za sodelovanje (Schot idr., 2020; Šimenc, 2016). Ob tem je ključno razvijati kulturo tima, ki ceni prispevke vseh članov (Sobočan, 2025), ključno vlogo pa imajo pri tem tudi vodje – v zdravstvu predvsem zdravniki, za katere so pretekle raziskave pokazale, da se počasneje in manj zavzeto vključujejo v time medpoklicnega sodelovanja, nasprotno pa njihovo aktivno sodelovanje deluje spodbudno na preostale člane tima (O'Reilly idr., 2017).

Dodatna ovira pri sodelovanju je tudi omejeno in pogosto napačno razumevanje temeljnih vrednot, konceptov, vlog in nalog socialnega dela. To se kaže pri sistemskih dejavnikih, npr. v nerealno določenih ali neobstoječih normativih, standardih in storitvah socialnih delavk v zdravstvu ter v organizacijskih in medosebnih dejavnikih delovanja timov, kjer je zmožnost strokovnega delovanja pogosto odvisna tako od virov (npr. čas, preobremenjenost kadra) kot tudi od prepoznavnosti stroke socialnega dela kot enakovrednega in nujnega člana znotraj celostne oskrbe uporabnikov.

V slovenskem prostoru številni avtorji in avtorice poudarjajo pomanjkanje in pomen uvedbe izobraževanja za medpoklicno sodelovanje v času študija in zaposlitve ter razvoja novih modelov medpoklicnega sodelovanja v praksi (Petrović idr., 2021; Šanc in Prosen, 2022; Železnjak in Skela-Savič, 2016). Socialne delavke, ki so opozorile na manko temeljnih izobraževanj za delo v zdravstvu, so v povezavi s prepoznavnostjo njihovega dela poudarile pomen medpoklicnih strokovnih srečanj in izobraževanj, na katerih lahko predstavijo svojo stroko in prakso socialnega dela v zdravstvu. Vidiki socialnega dela so v tem pogledu v Sloveniji manj raziskani, so pa tuje raziskave pokazale,

kako zelo pomembno je, da strokovnjaki namenijo dovolj časa medsebojnemu spoznavanju (Archibald in Estreet, 2017), po možnosti že pred začetkom sodelovanja v praksi (Bennett idr., 2016).

V raziskavi se je tako pokazalo, da je težje vzpostavljati prakso socialnega dela tistim, ki so v organizacijah same ali v manjšem številu, in kjer socialno delo ne obstaja že dlje časa. V tem pogledu prepoznavnost, socialni kapital in položaj znotraj organizacij variirajo glede (bolje ali slabše) vzpostavljene prakse medpoklicnega sodelovanja in (ne)razvite oblike timskega dela. Kot pozitiven dejavnik se je tako pokazala moč skupine socialnih delavk in pomen jasne umeščenosti v organizacijo dela, s čimer so povezani kontinuiteta socialnodelovne prakse v zdravstvenih organizacijah, varnost zaposlitev in, če to podpirajo tudi vodstvo in sodelavci, tudi boljša integracija socialnega dela v procese podpore in pomoči uporabnikom, ki temeljijo na celostni oskrbi in načelih medpoklicnega sodelovanja.

Predstavljena raziskava ima tudi določene pomanjkljivosti. Čeprav so bile v vzorcu zajete socialne delavke z vseh treh ravni zdravstvene dejavnosti in iz različnih vrst zdravstvenih organizacij, področij dela in timov, je glede na veliko raznovrstnost področij zdravstvene oskrbe možno, da določene izkušnje v rezultate niso bile zajete. V prihodnje bi bilo smiselno natančneje raziskovati prakse socialnih delavk v večjih organizacijah in pa v istih vrstah timov (npr. CDZO, CDZOM in RACZO), saj izjave intervjuvank kažejo na to, da se prakse medpoklicnega sodelovanja in vloga socialnih delavk znotraj njih lahko razlikujejo tudi glede na posamezen oddelek oziroma tim.

Pomanjkljivost raziskave je tudi, da se osredotoča specifično na izkušnje in perspektive socialnih delavk. Kot je bilo predstavljeno v uvodu članka, je raziskovanje medpoklicnega sodelovanja in različnih dejavnikov v zdravstvu sicer opazno, vendar bi bilo v prihodnje smiselno okrepiti raziskave, ki bi vključevale različne poklicne skupine zdravstvenih delavcev in sodelavcev. V prihodnje pa bi k nadaljnjemu razumevanju in razvoju medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu, poleg že omenjenih medpoklicnih izobraževanj in usposabljanj, pripomogle tudi evalvacije timskega dela (gl. npr. Rihter, 2025), analize dobrih praks medpoklicnega sodelovanja in raziskave, ki bi pokazale, kako se medpoklicno sodelovanje udejanja v vsakodnevnih interakcijah in praksah zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Viri

- Archibald, P., & Estreet, A. (2017). Utilization of the interprofessional education, practice, and research model in HBCU social work education. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27(5), 450–462.
- Bennett, E., Hauck, Y., Radford, G., & Bindahneem, S. (2016). An interprofessional exploration of nursing and social work roles when working jointly with families. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), 232–237.
- Cameron, A. (2016). What have we learnt about joint working between health and social care? *Public Money & Management*, 36(1), 7–14.

- Chamberlain-Salaun, J., Mills, & Usher, K. (2013). Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2013(6), 65–74.
- Denša, A., Hunjet, A., Ronchi, K., & Škvarč Kirn, K. (2025). Socialno delo v rehabilitacijskem timu URI Soča. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 475–515). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764–777.
- 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.
- Grebenc, V. (2025). Timsko delo kot temeljna oblika integrirane dolgotrajne oskrbe ljudi z demenco. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 415–451). Založba Univerze v Ljubljani.
- Grudnik Seljak, A. (2022). Načrtovanje odpusta iz psihiatrične bolnišnice iz perspektive socialnih delavk. *Socialno delo*, 61(4), 317–335.
- Juhila, K., Raitakari, S., Caswell, D., Dall, T., & Wilińska, M. (2021). 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). Bristol: Policy Press.
- Jurček, A. (2019). Prispevek socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji. *Socialno delo*, 58(2), 113–124.
- 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* (2. izd., str. 22–34). London: Red Globe Press.
- Mesec, B. (z Rape Žiberna, T.) (2023). *Kvalitativno raziskovanje v teoriji in praksi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.
- NIJZ (b. d.). *Zdravstveni statistični letopis 2022*. Pridobljeno 25. 2. 2025 s <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022/>
- NIJZ (2021). *Neenakosti v zdravju: izzivi prihodnosti v medsektorskem povezovanju*. Ljubljana: NIJZ.
- NIJZ (2025). *Vpliv zdravstvenega sistema in fizičnega okolja na neenakosti v zdravju v Sloveniji: izzivi in priložnosti med nacionalnimi politikami in lokalnimi praksami*. Ljubljana: NIJZ.
- 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.
- Ovičaj, 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). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- 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.

- Pogačnik, V. (1997). *Lestvica delovne motivacije*. Ljubljana: Produktivnost d.o.o., Center za psihodiagnostična sredstva.
- 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* (2. izd., str. 9–21). London: Red Globe Press.
- Poslovnik (2021). *Poslovnik o delu Sekcije socialnih delavk in delavcev v zdravstveni dejavnosti*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije. Pridobljeno 1. 4. 2026 s https://www.szslo.si/_files/ugd/304490_33387e9deac74d289ea1dba920758dd8.pdf
- Rape Žiberna, T. (2019). *Konceptualizacija timskega dela v socialnem delu v Sloveniji* (Doktorska disertacija). Ljubljana: 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.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 (2016). »Skupaj za družbo zdravja«. Ur. l. RS, št. 25/2016.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018). Ur. l. RS, št. 24/2018.
- Rihter, L. (2025). Evalvacija timskega dela v socialnem delu: predlog modela. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 321–337). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147.
- SBI (2017). *Organigram SBI*. Splošna bolnišnica Izola. Pridobljeno 23. 9. 2025 s <https://www.sb-izola.si/si/predstavitev/organiziranost/>
- 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.
- Skela-Savič, B., Sermeus, W., Bahun, M., Pivač, S., & Albreht, T. (2025). Reasons for the intention to leave among nurses working in internal medicine and surgery departments of Slovenian hospitals – a cross sectional study. *Zdravstveno varstvo*, 64(3), 160–166. DOI: 10.2478/sjph-2025-0021.
- Skinder Savič, K., & Skela-Savič, B. (2014). Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), 88–103.
- Sobočan, A. M. (2025). Etični imperativ timov v socialnodelovni praksi. V T. Rape Žiberna, & A. Jurček (ur.), *Timsko delo v socialnem delu* (str. 73–97). Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani.
- Strategija Republike Slovenije za deinstitucionalizacijo v socialnem varstvu za obdobje 2024–2034 (2024). StaDI 2024–2034. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za solidarno prihodnost.
- Šanc, P., & Prosen, M. (2022). Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9–21.
- 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.

- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M., & Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 36(5), 735–749.
- WHO (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization. Pridobljeno 1. 4. 2026 s <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Zakon o celostni obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami* (2017). *Ur. l. RS*, št. 41/2017.
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo* (2000). *Ur. l. RS*, št. 70/00.
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok* (1977). *Ur. l. SRS*, št. 11/77.
- ZRSŠ (2024). *Programske smernice svetovalnega dela v vzgojno-izobraževalnih zavodih: predlog*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Železnjak, V., & Skela-Savič, B. (2016). Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 296–307.