

Vodenje

v družinski medicini

Učno gradivo za 38. učne delavnice za mentorje v družinski medicini



Vodenje
v družinski medicini



Vodenje v družinski medicini

UČNO GRADIVO ZA 38. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI

Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD

Ljubljana, december 2021

VODENJE V DRUŽINSKI MEDICINI

Učno gradivo za 38. učne delavnice za mentorje v družinski medicini

Uredili: Eva Cedilnik-Gorup in Danica Rotar Pavlič

Grafična priprava: Stanislav Oražem

Oblikovanje naslovnice: Stanislav Oražem

Jezikovni pregled: Matej Pavlič

Izdajatelj: Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD

Založnik: Zavod za razvoj družinske medicine

Tiskano v Sloveniji

Naklada: 300 izvodov

Ljubljana, 2021

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

005:614.2:316.356.2(082)

VODENJE v družinski medicini : učno gradivo za 38. učne delavnice za mentorje v družinski medicini / [uredili Eva Cedilnik-Gorup in Danica Rotar Pavlič]. - Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD, 2021

ISBN 978-961-6526-89-0

COBISS.SI-ID 85479171

Vsebina

Voditelj se ne rodiš, ampak to postaneš	11
John Yaphe	
Vodenje	18
Ana Perdih	
Vodenje v družinski medicini	26
Ksenija Tušek Bunc	
Reševanje konfliktov v timu družinske medicine	33
Vesna Pekarović Džakulin	
Vodenje širšega tima na primarni ravni	42
Aleksander Stepanović, Antonija Poplas Susič	
Vodenje v stanovskih organizacijah	47
Danica Rotar Pavlič	
Zakaj nočemo voditi	52
Eva Cedilnik Gorup	
Vodenje učnega procesa: ustvarjanje kurikulumuma	61
Marija Petek Šter	
Vodenje v kurikulumu družinske medicine	67
Vesna Homa	
Vodenje pri učenju – pouk v malih skupinah	77
Davorina Petek	

Namesto besede urednice

Vodenje v družinski medicini; doslej se mi še nobena tema delavnic za mentorje ni zdela tako zahtevna, hkrati pa o njej razmišljam že vse leto, odkar smo se odločili zanjo. Borimo se z epidemijo koronavirusa, ki je nekako razgalila številne šibke ali vsaj nestabilne dele naše družbe, družbenega konsenza in medsebojnih odnosov. Po drugi strani pa se srečujemo tudi s krizo vodenja. Nič več ni dovolj, da se zapiramo v ambulante in med svoje štiri stene, kajti tudi če bi mi želeli širše okolje pustiti pri miru, se to vriva v naše vsakdanje delo, med nas in bolnika, v samo osnovno delovanje medicine. Zato namesto običajne besede urednice kot uvod v zbornik in delavnice letos za spremembo objavljamo prispevek asist. dr. Vesne Homar, vodje organizacijskega odbora EURACT-ovega tečaja na Bledu.

Vaša urednica

Nekoliko idealizirano bi lahko rekli, da so pretekla desetletja v medicini desetletja osnovnega zdravstva. V državah z dobro razvitim in močnim osnovnim zdravstvom žanjemo sadove preventivnih programov, usmerjanja v zdrav življenjski slog, pravočasnega odkrivanja bolezni ter celostnega, individualnega in partnerskega pristopa k ljudem, ki si nas izberejo za svojega zdravnika. Ljudje živijo dlje in bolj kakovostno kot kdaj prej v zgodovini.

Vendar se v zadnjih letih srečujemo z družbenimi in ekonomskimi spremembami, ki ogrožajo stabilnost osnovnega zdravstvenega sistema. Družinski zdravniki sicer vemo, kako zdraviti in ohranjati zdravje, znamo se pogovarjati z ljudmi, da ti razumejo in sprejmejo priporočila, ki temeljijo na znanosti, obvladujemo kompleksnost zdravljenja bolnikov s številnimi boleznimi in premnogimi zdravili, v ambulanti in na domu izvajamo številne posege, ki so bili še nedavno dostopni le v terciarnih bolnišnicah – vendar nas je premalo. Ljudi je vedno več in zdravstvena oskrba je vse zahtevnejša, nas pa je vedno manj. Ni težava v dostopnosti družinskih zdravnikov, ampak v tem, da ti kljub poslanstvu in predanosti ne zmorejo več opraviti vsega dela, ki bi ga morali.

Na tej točki bi lahko začeli filozofsko razmišljati o vzrokih za takšno stanje. Lahko bi našli tisoč in en razlog, zakaj se mladi težje odločajo za poklicno pot v družinski medicini, lahko bi obsojali odločevalce, da nam ne namenijo dovolj sredstev, bolnike, da nas zasipajo z »nemedicinskimi« problemi, financerje, da so naš poklic zbirokratizirali do obisti, bogate države, da nam kradejo zdravnike ... Vse naštetu seveda drži. Izvedli smo številne analize, posvete in forume; verjamem, da zna vsak družinski zdravnik v Sloveniji s prstom pokazati na vsaj tri realne in pomembne ovire, ki slabšajo položaj družinske medicine ter s tem osnovno zdravstveno oskrbo prebivalcev. Ključno vprašanje je, zakaj potem teh ovir ne rešimo.

Kompleksne probleme lahko začnemo učinkovito reševati šele takrat, ko imamo vizijo rešitve, in ljudi, ki tej viziji sledijo. Ali drugače povedano: za premagovanje ovir potrebujemo *vodenje*. V družinski medicini v Sloveniji imamo ljudi, ki so izjemni vodje, ki so premaknili slovenske in svetovne meje družinske medicine ter dosegli skoraj vse, kar je na strokovnem in akademskem področju mogoče doseči. V naših vrstah imamo tudi vrhunske menedžerje, ki z vizijo upravljajo manjše ali večje zdravstvene time ter beležijo izjemne rezultate. Kljub različnim stanovskim organizacijam smo v temeljnih stališčih enotni in povezani. Kaj nam torej manjka, da bi presekali gordijski vozal družinske medicine, ki se zapleta zadnje desetletje?

Mislím, da potrebujemo kritično maso vodij – družinskih zdravnikov, ki bodo svoje vizije pripravljali in sposobni udejanjiti; majhne in velike vizije, tiste v svoji ambulanti in tiste, zapisane v nacionalnih strategijah. Naučiti se moramo, da nismo vpeti v neskončno kolesje, ki se vrti v svojo smer. Naučiti se moramo nagniti se k mizi, ko se odloča o pomembnih stvareh. Naučiti se moramo, kdaj bomo dosegli cilj z borbenostjo in kdaj z milino. Ne zadostujejo markantni posamezniki, ker je odprtih front preprosto preveč. Vsi se moramo naučiti vodenja in – voditi. Voditi v smeri spodbudnega delovnega okolja, primernih obremenitev, strokovnega dela in podpore mladim zdravnikom, ki v družinski medicini vidijo svoje poslanstvo. To je edina možnost, da okrepimo vrste družinske medicine in s tem kompetentno skrbimo za zdravje ljudi.

Asist. dr. Vesna Homar, dr. med.

Evropsko združenje učiteljev v splošni/družinski medicini (EURACT) je za temo letošnjega jubilejnega 30. učnega tečaja na Bledu izbralo »Vodenje v družinski medicini«. To področje je v taki didaktični obliki doslej prvič predstavljeno v domači strokovni literaturi. Kot je zapisano v dokumentu *Evropska definicija družinske medicine*, se vodenje uvršča med bistvene značilnosti, ki opredeljujejo to stroko, ter predstavlja eno izmed bistvenih znanj in veščin vsakega zdravnika – specialista družinske medicine.

Primarna zdravstvena oskrba, kamor se uvršča družinska medicina, je večdimenzionalni sistem, ki zajema tri področja: strukturo, proces in izide. Vodenje, ki je del procesa zdravstvene oskrbe, je v desetih poglavjih pričujočega zbornika enajst specialistov te stroke osvetlilo z različnih vidikov. Predstavili so teoretične osnove, kaj sploh je vodenje in kakšne so njegove značilnosti; obdelali so reševanje konfliktov v timu družinske medicine ter vodenje širšega tima na primarni ravni in v stanovskih organizacijah; spopadli so se z vprašanjem, zakaj nočemo voditi, veliko pozornosti pa so posvetili tudi vodenju v izobraževanju kot delu učnega procesa, v kurikulumu družinske medicine ter pri pouku v manjših skupinah. Nekatera poglavja vključujejo praktične primere iz vsakodneвне prakse, ki dopolnjujejo in pojasnjujejo teoretično vsebino. V strokovno besedilo je vpletenih več misli drugih avtorjev, ki dajejo navdih in bralca spodbujajo k dodatnemu razmisleku. Izpostavljeno je vodenje v različnih okoliščinah: v ožji in širši profesionalni ekipi, zdravstvenih zavodih, strokovnih organizacijah in pedagoškem procesu. Iz prispevkov veje širina znanja in izkušenj avtorjev, ki svoj poklic opravljajo v različnih okoljih, kot so ambulate, strokovne organizacije in učne ustanove.

Večina poglavij je vsebinsko primerna za zdravnike vseh specialnosti. Beremo jih lahko večkrat in na različnih stopnjah svoje strokovne kariere: po diplomu, ko se vključujemo v že obstoječe zdravstvene ekipe, na začetku samostojnega dela v ambulanti, ob prevzemu vodenja organizacijske enote, oddelka, ustanove ali profesionalne skupine, ob vključitvi v dodiplomsko ali podiplomsko izobraževanje ali pa takrat, ko nas morda bremenijo nesoglasja s sodelavci v timu.

Pričujoči zbornik s svojo celovitostjo, preglednostjo in usmerjenostjo v družinsko medicino pomeni nov kamenček, ki bogati mozaik domače medicinske literature.

*Dr. Suzana Kert, dr. med.
Katedra za družinsko medicino MF v Mariboru*

Voditelj se ne rodiš, ampak to postaneš

Prispevek za 30. tečaj EURACT Janka Kersnika, Bled 2021

**John Yaphe MD, Prof. Auxiliar Convidado,
Medicinska fakulteta, Univerza Minho, Braga, Portugalska**

Vodenje potrebujemo na vseh organizacijskih stopnjah, tudi v družinski medicini. Vendar obstaja zmeda glede tega, kaj vodenje je in kako se ga naučiti. V tem prispevku razmišljam o nekaterih definicijah vodenja, lastnostih voditeljev, metodah učenja vodstvenih veščin ter o tem, kako jih prenesti na naše študente, specializante in sodelavce. Morda bi bilo koristno najprej razmisliti o primerih, ki se pojavljajo v praksi družinske medicine in ki zahtevajo razumevanje vodenja.

Za prvi primer vzemimo skupinsko prakso družinske medicine s šestimi zdravniki družinske medicine, ki se sooča z nalogo izbire novega strokovnega direktorja oz. vodje. Čeprav so se partnerji na začetku dogovorili, da se bodo na tem mestu menjali vsaki dve leti, dokler ne bodo prišli vsi na vrsto, na nedavnem sestanku nihče ni bil pripravljen prevzeti položaja. Kako ravnati v takšnem primeru?

V drugem primeru si predstavljajmo, da se medicinska fakulteta odloči, da oddelek za družinsko medicino ne bo več posebna katedra in da bo celotno klinično poučevanje vodila interna medicina. Kot akademski družinski zdravnik se ne strinjate s to odločitvijo. Kako bi mobilizirali svoje kolege, da bi se zavzeli za spremembe?

V tretjem primeru razmislite o situaciji, ko se vaša zdravniška zbornica odloči, da družinski zdravniki ne morejo več izvajati obposteljnega ultrazvoka, elektrokardiografije, družinskega svetovanja ali kakega drugega medicinskega ukrepa. S to odločitvijo se ne strinjate. Kako bi se borili proti njej?

V vseh treh primerih je ukrepanje odvisno od razumevanja vloge voditeljstva v kliničnem, akademskem in političnem vidiku družinske medicine.

Privzamemo lahko tri začetne predpostavke:

1. v družinski medicini je potrebno vodstvo,
2. vodstvenih veščin se je mogoče naučiti,
3. vodstvene sposobnosti že imate, ker ste se odločili prebrati ta prispevek in opraviti ta tečaj.

Nič presenetljivega ni, da je vodenje v medicini vroča tema. Prosto dostopni spletni iskalnik *PubMed* za ta iskalni izraz ponudi več kot 75.000 zadetkov, pri čemer se je število objav v zadnjih treh desetletjih eksponentno povečalo.

Michael McKinney je vodenje definiral kot »namerni vpliv«. To nam pove, da je bistvo vodenje spreminjanje vedenja ljudi, ki jih vodimo: kot kliniki se pogosto ukvarjamo s spodbujanjem spreminjanja vedenja naših bolnikov, da bi izboljšali njihovo zdravje; kot učitelji vplivamo na vedenje študentov in specializantov, da jih spodbudimo k učenju; kot zdravstveni delavci si prizadevamo spremeniti vedenje naših sodelavcev, da bi s tem izboljšali zdravstveno oskrbo. Doseganje vseh naštetih sprememb zahteva vodstvene sposobnosti.

Poznamo številne sloge vodenja. Na najpreprostejši ravni lahko druge usmerjamo, da naredijo nekaj neposredno na naš ukaz. (To je redko dobro sprejeto, saj je organizirati družinske zdravnike včasih tako, kot bi hotel voditi trop mačk.) Na nekoliko višji ravni lahko vodimo z usmerjanjem pri delu. Pri tem študentom in specializantom postopno damo čedalje več svobode pri delu. Nazadnje pa lahko vodimo s supervizijo – tako kot pri nadzoru podiplomskih raziskav: učencem damo večjo avtonomijo, kar jim omogoča samostojno delo, hkrati pa vedo, da niso sami.

Če privzamemo humanistični ali ki osebi usmerjeni pristop k vodenju, lahko razmišljamo o modelih vedenjskih sprememb. Te so tisto, kar želimo doseči kot rezultat našega vodenja. Transteoretični model Prochaske nas uči, da se ljudje na poti do spremembe premikajo skozi stopnje v krogu. To vključuje prehod iz predkontemplativne faze, kjer niti ne razmišljamo o spremembi, v kontemplativno fazo, fazo odločanja, fazo delovanja in fazo vzdrževanja, v kateri upamo, da bomo vztrajali pri doseženih spremembah. Pri organizacijskem vodenju je koristno, če vodja ve, kje na tej poti do sprememb so njegovi kolegi. Ponujanje napačne vrste podpore ljudem, ki so v različnih fazah kroga, verjetno ne bo prineslo zelenih rezultatov.

Razumeti moramo tudi razliko med menedžmentom in vodstvom. Pri upravljanju so v središču procesi, pri vodenju pa ljudje. Menedžerji od svojih delavcev pričakujejo, da

se bodo držali ustaljenih postopkov, vodje pa poskušajo iz ljudi pridobiti čim več, biti kreativni in spodbujati spremembe pri izboljševanju sistemov. Za izvedbo uspešnega cepilnega programa s cepivom z znano učinkovitostjo in varnostjo potrebujemo menedžerske veščine. Če pa želimo ljudi prepričati, da sprejmejo novo cepivo, potrebujemo vodstvene sposobnosti. Nedavna pandemija nam je pokazala pomen obeh sklopov veščin.

Znanje o tem, kaj je dober družinski zdravnik ali dober učitelj, nam pove tudi, kaj je dober vodja. Znana vaja iz tečaja EURACT Leonardo prikazuje lastnosti, ki jih delita dober zdravnik in dober učitelj. Oba naj bi bila zavzeti, skrbni osebnosti z veliko znanja, s sposobnostjo sodelovanja v timu, z vrhunskimi medosebnimi veščinami in kliničnimi izkušnjami. Edino smiselno je, da enako pričakujemo od voditeljev v medicini.

Pri našem delu obstaja pet splošnih kategorij, ki zahtevajo odličnost pri vodenju. Prva je področje kliničnega dela, kjer večina od nas prebije večino časa. Zato potrebujemo voditelje, ki lahko usmerjajo multidisciplinarne ekipe za zagotavljanje odlične zdravstvene oskrbe skupnostim, v katerih delamo. Kot učitelji moramo biti akademski voditelji, da bomo lahko primeren vzor našim študentom in specializantom. Prav tako moramo biti sposobni delovati v konkurenčnem okolju medicinske fakultete, kjer so, kot pravi nek neznanega izvora, »bitke tako ostre, ker se bijejo za tako majhne stvari«. Nekateri potrebujemo tudi vodstvene sposobnosti v medicinskih raziskavah. Raziskovalci v družinski medicini so pomemben vzor študentom in specializantom. Trudimo se pridobiti sredstva za naše raziskave iz omejenih virov. Voditelji na tem področju lahko pomagajo utreti pot drugim s pridobitvijo finančne podpore. Družinski zdravniki lahko prispevajo tudi, če prostovoljno prevzamejo vodstvene vloge pri zdravstvenem upravljanju. Zdravstvene organizacije lahko delujejo bolje, če uporabimo empatijo in k osebi usmerjeno vodenje. Končno pa moramo prevzeti vodilne vloge tudi v naših zdravniških društvih in zdravniških zbornicah. Te organizacije igrajo pomembno vlogo pri stalnem izobraževanju zdravnikov in v političnih bojih, ki se jim še vedno ne moremo izogniti, da bi zagotovili ustrezno mesto svojega poklica.

Osredotočimo se na dva pomembna modela vodenja: transakcijsko vodenje in transformacijsko vodenje. Transakcijsko vodenje je po naravi reaktivno in ga lahko preprosto opredelimo kot model ‚korenčka in palice‘. Transakcijski vodja pravi: »Če boste naredili, kar hočem, boste nagrajeni; v nasprotnem primeru boste kaznovani.« Ta stari, avtoritarni slog vodenja je nadomestil sodobnejši, humanistični pristop, imenovan transformacijsko vodenje. To je po navadi proaktivno in spodbuja višje vrednote – idealiziran vpliv, upošte-

vanje posameznika, navdih ter motivacija in intelektualna stimulacija. Idealizirani vplivi vodjo kot vzornika. Če sami prevzamemo vodenje, ki ga želimo doseči, in s tem dosežemo dobre rezultate, bo to k takemu vedenju morda spodbudilo tudi tiste, na katere poskušamo vplivati. Individualna obravnava je neke vrste k osebi usmerjeno upravljanje.

Ni vsaka rešitev enako dobra za vse. Kadar razmišljamo o individualnih potrebah in preferencah naših bolnikov, študentov ali kolegov, lahko dosežemo boljše rezultate. Navdihujoča motivacija upošteva tudi čustveno dimenzijo. Osebno navdušenje in navdušenje nad projektom sta lahko nalezljivi. Konec koncev intelektualna stimulacija poskuša zadovoljiti naše kognitivne potrebe po vseživljenjskem učenju. Nič ni tako močno kot ideja, katere čas je prišel.

Še en koristen pristop ponuja model vodenja Hersey-Blanchard, ki proučuje vlogo vodje vzdolž dveh osi: prva ocenjuje količino časa oziroma energije, ki jo mora vodja porabiti za pomoč ljudem, da opravijo delo, druga os pa obravnava sposobnost in pripravljenost delavcev za opravljanje dela. Polje lahko razdelimo na štiri področja z večjo ali manjšo naložbo časa ter večjo ali manjšo pripravljenostjo in sposobnostjo. To so usmerjanje, vključevanje ('prodaja'), delegiranje in sodelovanje. Vsako od njih zahteva drugačen slog vodenja. V spodnjem levem kotu vodja pove delavcem, kaj naj naredijo. To se zgodi, ko delavci ne zmorejo ali nočejo opravljati svojega dela, vodja pa noče z njimi prebiti veliko časa. Če ima na voljo več časa, lahko dela na 'prodaji' dela delavcem, jih pouči, kaj je treba narediti, in jih spodbudi, da to storijo. Ko so delavci pripravljeni in sposobni opravljati delo, vodja pa ima malo časa, potem se delo lahko prenese. Končno, ko so delavci pripravljeni in sposobni, vodja pa ima čas za vlaganje v proces, lahko sodelujejo v ustvarjalnem procesu. Morda nam bo koristilo, če ocenimo, kje smo mi in naši učenci ali sodelavci v tem kontinuumu, nato pa izberemo ustrezen slog vodenja za opravljanje dela.

Poglejmo še, katere vrste voditeljev poznamo, in premislimo o lastnostih, zaradi katerih so vodje. Nekateri so to preprosto zaradi položaja, ki ga zasedajo. V medicini nimamo kraljev in kraljic, ki bi vladali zaradi dedne sreče ali božanske pravice, čeprav se včasih zdi tako. Dejstvo, da nekoga imenujejo direktor, predsednik ali dekan, ga še ne naredi za vodjo. Morda so se v skladu s Petrovim načelom preprosto povzpeli na stopnjo svoje nesposobnosti v organizaciji. Nekateri ljudje lahko na položaju, ki so si ga pridobili, osebno zrastejo v voditelja, drugi pa postanejo voditelji zaradi svoje karizmatične osebnosti. Seveda pomaga, če je ta privlačnost podprta z inteligenco, akademskimi sposobnostmi in klinični-

mi izkušnjami. V nasprotnem primeru se sicer lahko zgodi, da sledimo barvitemu šarlatanu. Znanje lahko prispeva tudi h kakovosti vodenja. Pokojni Ian McWhinney je bil znan po tihem, nezahtevnem vedenju, vendar to ni moglo prikriti briljantnosti njegovega razmišljanja. Bil je tudi dober človek in odličen klinik. Njegov vpliv vodilnega v stroki čutimo še danes. Ljudje, ki so sposobni kaj narediti, postanejo tudi voditelji. Za primer vzemimo samo tečaj *EURACT Bled*, pa bomo videli, kako predana ekipa lokalnih organizatorjev vsako leto s trdim delom izpelje dogodek svetovnega razreda. Nekateri voditelji vodijo z močjo. Ta je lahko ekonomska ali akademska, povezana z možnostjo spodbujanja ali napredovanja drugih, pa tudi z močjo njihove osebnosti. Seveda tu ne gre za fizično moč, kakršna bi lahko bila pomembna v ulični tolpi, čeprav medicina še ni osvobojena neprijetnega spektra ustrahovanja v kliničnih in akademskih okoljih. Nazadnje pa imamo tudi ljudi, ki so sposobni voditi z močjo svojega moralnega zgleda. Ker je zgled pogosto najučinkovitejša oblika poučevanja, ima lahko moralna moč trajne učinke.

Med usposabljanjem in našo poklicno kariero se naše dojemanje vodenja spreminja. Na začetku spoznavamo vodenje v različnih akademskih in kliničnih timih. Pri kliničnem usposabljanju študent prvič vidi skupine zdravnikov. Tu je hierarhija jasna na daleč: profesorju, ki vodi vizito, sledijo klinični specialisti, za njimi so specializanti in sekundariji ter nazadnje študentje višjih in nižjih letnikov. Upamo lahko, da to obliko »vodenja po dolžini preživetja« spremlja tudi pridobivanje znanja in klinične presoje. Prav tako lahko študenti vidijo vodenje med svojim kroženju po ustanovah družinske medicine, kjer opazujejo ekipo zdravnikov, medicinskih sester, administrativnega in drugega podpornega osebja, kako sodelujejo v dobro bolnikov na ravni skupnosti. Ta bolj egalitarni model vodenja se pridruži njihovi izkušnji bolnišnične hierarhije. Kirurške ekipe so prav tako jasen primer pomena vodenja, timskega dela, strukture, sporazumevanja, znanja in veččin v zdravstveni oskrbi.

Zdravniki družinske medicine v svoji karieri pridejo v položaj, ki od njih zahteva, da se spoprimejo z izzivom vodenja. Ambulante družinske medicine ne delajo same od sebe, ampak so potrebni večji voditelji, ki usmerjajo obvladovanje kompleksnih izzivov oskrbe v skupnosti. Tudi akademski oddelki za družinsko medicino zahtevajo usposobljene voditelje. Vsak program poučevanja, prilagojen za študente ali specializante, potrebuje programskega direktorja za sestavo, izvajanje in vrednotenje programa. Na medicinskih fakultetah mora imeti vsak oddelek vodjo. Tudi fakultetni učitelji morajo sodelovati v komisijah, kot so odbori za napredovanje, kjer je potrebno večče vodenje. Zdravniška društva in zdravni-

ške zbornice potrebujejo ljudi za vodstvene položaje, poleg tega pa jih sestavljajo različni odbori, ki jih je prav tako treba voditi. Zdi se, da naš poklic ponuja skoraj neskončne možnosti za nastopanje v vodstvenih vlogah. Svobodno lahko izbiramo vloge, ki nas lahko privedejo do največjega občutka osebne izpolnitve, do največjega profesionalnega vpliva.

Kako lahko pridobimo vodstvene veščine za izpolnjevanje različnih opisanih nalog? Učimo se s tem, ko delamo. Prostovoljstvo pri nekaterih vodstvenih nalogah nam lahko zagotovi dragocene izkušnje na delovnem mestu. To nas lahko pripravi na druge naloge, ki jih bomo morda prisiljeni sprejeti v prihodnosti. Učimo se tudi s tiho refleksijo ali s pridobivanjem povratnih informacij od drugih. To so lahko naši vrstniki ali strokovni mentor. Mentor je običajno starejši, bolj izkušen kolega – nekdo, ki mu zaupamo in ki nam bo pomagal poiskati najboljše v nas. Obstajajo pa tudi formalni tečaji, ki učijo vodstvene sposobnosti.

Pidgeon je opisal niz ključnih kompetenc za specializante, ki jih zanima pridobivanje vodstvenih veščin (1). To so: strateško razmišljanje, organizacijske sposobnosti, upravljanje časa, odločanje, reševanje konfliktov in izboljšanje uspešnosti. Vsaka od teh temeljnih veščin je potrebna v klinični in akademski medicini.

Dobri primeri usposabljanja za vodenje so tudi štirje drugi tečaji za usposabljanje učiteljev. Prvi je tečaj *EURACT Bled*, kjer se učimo z delom. Uporabljamo načelo »Enkrat poglej, enkrat naredi, enkrat nauči«. Vsak udeleženeec ima možnost vaditi poučevanje v majhnih skupinah in na koncu v plenarni predstavitvi. Podporno skupinsko vzdušje na tečaju vse spodbuja k sodelovanju. Ko udeleženci odnesejo gradivo domov in naprej poučujejo v svojem okolju, pride do učinka kaskade.

Podoben pristop uporabljajo tečaji *EURACT Leonardo*. Uporabljeni principi in metode, vključno z aktivnim skupinskim učenjem, so podobni tistim na blejskem tečaju. Pravijo, da Leonardo uči, *kako* učiti, Bled pa, *kaj* učiti. Kaskadni učinek deluje tudi tukaj. Diplomanti tečaja *Leonardo* že tradicionalno postanejo voditelji v izobraževanju v svojih državah.

Drugi primeri vključujejo tudi tečaj akademske medicine, namenjen specializantom družinske medicine na Univerzi v Tel Avivu, in tečaj, ki sledi temu, na nacionalni ravni. Njegov cilj je ustvariti naslednjo generacijo voditeljev v družinski medicini. Vsebina predmeta vključuje module o filozofiji družinske medicine ter izobraževalnih in raziskovalnih metodah. Udeleženci v parih prejmejo eno od tem, jo pod vodstvom vodje tečaja raziščejo in jo z inovativnimi izobraževalnimi metodami predstavijo kolegom.

Tudi magistrski program družinske medicine *Western University* v Londonu, Kanada, si zasluži omembo zaradi svoje dolge tradicije gojenja voditeljev v družinski medicini. Ta predmet vključuje študij filozofije družinske medicine, ki temelji na idejah Iana McWhinneyja, ki smo jih že omenili, študij metod medicinske edukacije, praktične napotke pri raziskovalnih metodah ter tečaje upravljanja in etike.

Bralca zdaj spodbujam, da razmisli o vprašanju, katere so tiste njegove lastnosti, zaradi katerih je vodja. Upoštevajte tisto, kar že dobro opravljate pri svojem kliničnem delu z bolniki ali pri akademskem delu s študenti in specializanti. Te lastnosti se lahko izražajo tudi v drugih vidikih vašega življenja zunaj medicine. Nato razmislite, kako lahko te lastnosti delite z drugimi. Na katere nove lastnosti upate, da jih boste pridobili? Kako boste to storili? Nekatero zamisli, predstavljene v tem prispevku, vključno s samostojnim učenjem, branjem, razmišljanjem s sodelavci, posvetovanjem z mentorjem in z udeležbo na formalnih tečajih, so vam v tem pogledu lahko v pomoč. Kot večina stvari tudi to zahteva vseživljenjsko učenje.

Želim vas spodbuditi, da na sedanjih in prihodnjih blejskih tečajih ostanete na tej poti.

Literatura

1. Pidgeon K. The Keys for Success: Leadership Core Competencies. *J Trauma Nurs.* 2017 Nov/Dec; 24(6): 338–341. doi: 10.1097/JTN.0000000000000322. PMID: 29117047.

Vodenje

Ana Perdih

Izvlaček

Vodenje je proces, ki temelji na odnosu, v katerem ena oseba vpliva na druge – usmerja njihova dejanja tako, da skupaj dosežejo nek cilj. V zdravstvu ima dobro vodenje za posledico zadovoljnejše zaposlene in boljše izide obravnave bolnikov, nasprotno od tega pa se slabo vodenje odraža tudi v večji pojavnosti odklonov. V preteklosti so se razvile različne oblike vodenja, ki so se spreminjale skupaj s spreminjajočo se družbo. Metode vodenja so različne, nekatere so primernejše za določene situacije, skupine ali izzive – vsem pa je skupno, da dober voditelj prevzame odgovornost za to, da skupaj s sodelavci doseže postavljeni cilj.

Abstract

Leadership is a process based upon a relationship – in which one person influences others and guides them towards a specific goal. Successful leadership in healthcare results in higher employees' satisfaction and better patients' outcomes and, reversely, bad leadership leads to higher incidence of deviations. In the past, different theories of leadership emerged and have developed with societal progress. Styles of leadership are diverse, each suitable for specific situations, groups, or challenges – but they all have in common the leader that will take responsibility for achieving the goal.

Uvod

Vodenje je proces, ki se v nekaterih okoliščinah začne spontano (npr. v manjših skupinah, družinah, neformalnih okoljih), včasih pa je vodenje namerno vzpostavljeno, da bi

posamezna skupina (npr. delovna organizacija) lahko dosegla svoje cilje. V zdravstvu je dobro in učinkovito vodenje ključnega pomena tudi za izid obravnave posameznega bolnika. Določeni načini vodenja (v ambulantni obravnavi ali na kliničnih oddelkih) so statistično značilno povezani z manjšo umrljivostjo bolnikov, drugi z njihovim večjim zadovoljstvom (1). Vsi procesi, ki potekajo kot timsko delo, potrebujejo vodenje – in tako smo tudi družinski zdravniki vpeti v vodenje na različnih ravneh. Na vseh položajih, naj bo to v vlogi vodje svojega tima, enote ali zdravstvenega doma, na fakulteti ali na položajih na ministrstvu, lahko poznavanje principov uspešnega vodenja prispeva k boljšemu in učinkovitejšemu delu.

Kaj je vodenje

Kaj je vodenje in zakaj potrebujemo voditelje, je po eni strani zelo preprosto vprašanje. Ljudje smo bitja skupnosti in vsaka skupnost potrebuje vodenje, da odnosi in procesi v njej potekajo dobro. Poznamo princip vodilnega samca iz živalskega sveta in tudi otroci se z vprašanjem »Kako naprej?« obračajo na odrasle in vedo, da bodo dobili usmeritve. Tega se jim ni treba posebej učiti.

Po drugi strani pa je raziskovanje vodenja obsežno področje, ki se je začelo pred približno dvema stoletjema (2). V tistem času se je skupaj z družbo spreminjal tudi pogled na vodenje, na to, kakšna metoda vodenja je najuspešnejša, spreminjale so se definicije vodenja. Tako imamo po Stogdilu (3) toliko definicij vodenja, kolikor je oseb, ki so poskusile postaviti definicijo. A če strnemo skupne točke različnih definicij, lahko rečemo, da je vodenje proces, v katerem vodja vpliva na ostale člane tima, da skupaj lažje in učinkoviteje dosežejo postavljeni cilj.

Dobro vodenje prispeva k temu, da se člani v timu dobro počutijo, zato svoje delo opravljajo kakovostno, kar v zdravstvu vodi v boljše izide zdravljenja. Po drugi strani ima kolektiv, ki mu ne uspe ustvariti takega vzdušja, slabše rezultate glede kakovosti dela, med osebjem je več izgorelosti in izidi za bolnike so slabši. Tako je raziskovalcem uspelo vzročno povezati nenamerne poškodbe bolnikov in zaplete v zdravljenju s slabim vodenjem organizacije (1).

V desetletjih raziskav na področju vodenja so nenehno iskali odgovor na vprašanje, kaj je »tisto, kar naredi uspešnega voditelja«. Če so bili na začetku prepričani, da so to

osebnostne lastnosti, ki so človeku dane ob rojstvu (torej si *rojen voditelj* ali pa pač *nisi iz takega testa*), se je pozneje izkazalo, da se je vodenja mogoče priučiti ter ga z znanjem in izkušnjami izboljševati. Burns, utemeljitelj teorije o transformacijskem vodenju, je zapisal, da se voditelj niti ne rodi niti ne ustvari, temveč se razvije na podlagi motivacije, vrednot in ciljev (4).

Razlike med vodenjem in menedžmentom

V številnih primerih se vodenje enači z menedžmentom – kar pa ni točno. Menedžment je namreč organizacijska funkcija, namenjena načrtovanju in koordinaciji dejavnosti, vodenje pa je stvar odnosa in na podlagi tega odnosa vplivanje na spremembo vedenja drugih.

Menedžment se osredotoča na upravljanje dejanj: skrbi za to, da procesi sledijo pravilom, da so usklajeni in naloge pravilno izvršene. Na drugi strani se vodenje ukvarja z ljudmi, vpliva nanje, da jih motivira, in tako voditelj skupaj z njimi gradi delovne procese. V *tabeli 1* je prikazan pogled na primerjavo lastnosti vodenja in menedžmenta.

Tabela 1: Primerjava menedžmenta in vodenja

Menedžment	Vodenje
v središče postavlja stvari	v središče postavlja ljudi
stvari delati pravilno	delati prave stvari
načrtovati	navdihovati
organizirati	vplivati
usmerjati	motivirati
nadzorovati	graditi
slediti pravilom	oblikovati posameznika

Kotter navaja, da menedžment v razmere prinaša red in predvidljivost za spopadanje s kompleksnostjo procesov. Vodenje pa je tisto, kar pomaga slediti hitrim spremembam. Menedžer dela načrte in usklajuje finančne zmogljivosti, voditelj pa kaže smer delovanja. Menedžer organizira in skrbi za kadrovsko politiko, voditelj pa usklajuje ljudi in njihove prioritete. Menedžer nadzira in rešuje probleme, voditelj pa motivira in spodbuja (5).

Oblike vodenja

Vodenje se lahko izvaja na različne načine. Če je bilo v preteklosti za vodjo običajno, da je bil avtoritativen, tiranski in neprilagodljiv ter je svoje vodenje izvajal na podlagi svoje moči in strahu podrejenih, se v zadnjih desetletjih vodenje spreminja, uspešni voditelji pa uporabljajo popolnoma drugačne metode vodenja. Raziskovalci so jih proučevali in poimenovali veliko, v nadaljevanju pa povzemamo samo tiste, ki jih pogosto omenjajo tudi v povezavi z vodenjem v medicini.

Transakcijsko vodenje

Pri transakcijskem vodenju gre za odnos med vodjo in zaposlenim, v katerem vodja išče interese in zanimanja podrejenega, da mu na podlagi tega predlaga oz. ponudi nagrado za dobro opravljeno delo (6). Pri tej metodi vodenja prevladuje koncept »korenček in palica«, kar pomeni, da podrejeni glede na kakovost, hitrost in druge komponente opravljenega dela prejme nagrado (pohvalo, ugodnosti, denarno plačilo, napredovanje). Transakcijski vodja ne navdušuje zaposlenih, ampak zgolj ravna po pravilih, ki bodo privedla do rezultata – nagrade za opravljeno delo. Ena glavnih prednosti uveljavljanja transakcijskega vodenja v zdravstvu je v tem, da zmanjšuje negotovost v okolju, kjer so razmere nepredvidljive. V takem sistemu so namreč vloge jasne in standardi opredeljeni (13).

Transformacijsko vodenje

V nasprotju s transakcijskim vodenjem, kjer zaposleni naloge izvršujejo zato, da bi si pridobili nagrado, je smisel transformacijskega vodenja, da podrejene motivira. Voditelj ustvarja varno okolje, v katerem se zaposleni lahko sprostijo; išče načine, kako bi zaposlenim približal cilje in vrednote organizacije, da bi se z njimi poistovetili (1, 7). Tako imajo vodja in podrejeni skupni cilj, ki si ga prizadevajo doseči. Ne gre več le za nagrado, temveč za skupno doseganje skupnih vrednot. V takem okolju vodje ustvarijo dobre odnose in motivacijo med člani tima. Taki vodje imajo sposobnost, da v ljudeh zbudijo samozavest, samospoštovanje; pridobijo vdanost podrejenih, ker iščejo skupno vizijo. Rezultat tega so večja produktivnost, višja morala med zaposlenimi ter večje zadovoljstvo pri delu (1). Burns meni, da vodje in zaposleni v sklopu transformacijskega vodenja dvignejo drug dru-

gega na stopnjo višje ravni morale in motivacije za izvajanje dela. Zaposlene dviga na višjo stopnjo zadovoljenih potreb po Maslowu (zadovoljstvo pri delu) (7).

V zdravstveni oskrbi so lahko povezali transformacijsko vodenje z boljšimi izidi obravnave pri bolnikih (1).

Projektno vodenje

Projektno vodenje zahteva kombinacijo vodenja in menedžmenta. V sklopu projekta je pogosto ena oseba zadolžena tako za načrtovanje, koordinacijo in usklajevanje aktivnosti kot za motivacijo ekipe ter iskanje skupne poti proti cilju. Projektno vodenje je zahtevno tudi z vidika časovne obremenitve, saj so projekti časovno omejeni in se razmere lahko zelo hitro spreminjajo (8).

Situacijsko vodenje

Po teoriji o situacijskem vodenju za uspešno vodenje niso toliko pomembni karizma voditelja in predani sledilci/zaposleni, pač pa je najpomembneje, da voditelj dobro obvlada področje problematike. Uspešen bi le, če bo dobro poznal razmere in znal predvideti pravi odziv organizacije – ne vezano na odnose med zaposlenimi ali njegove osebne lastnosti ali na druge specifične ostalih teorij (6).

Avtokratsko vodenje

Avtokratsko vodenje se izkaže za pomembno in učinkovito v urgentnih primerih, ki jih v zdravstvu ni malo. Takrat vodja sprejema odločitve brez upoštevanja mnenj drugih. Tako prihrani čas in vsakršne nejasnosti, saj ta metoda vodenja podrejenim dodeljuje le vlogo sledenja navodilom. V takem sistemu vodenja napake niso dopustne – krivda za napako se naloži osebi, ki je bila neposredno odgovorna za napako (1).

Fleksibilno, agilno vodenje

Glavna značilnost prilagodljivega vodenja je zmožnost hitrega prilagajanja na spremembo razmer. Gre za princip, ki se je razvil v poslovnem svetu, saj se razmere v današnjem svetu hitro spreminjajo. Temelji na opredelitvi sveta VUCA, kot ga opisuje ameriška vojaška šola:

V (volatility) – narava, hitrost, velikost in dinamika sprememb;

U (uncertainty) – nepredvidljivost dogodkov in problemov;

C (complexity) – zmeda in težave, ki so prisotne v vsaki organizaciji;

A (ambiguity) – nejasnosti in mešani pomeni raznih pogojev.

Za agilnega voditelja je značilno, da zna spremembe predvideti vnaprej in se nanje pripraviti, potem pa se odzvati hitro, natančno in prilagodljivo (9).

Gostiteljsko vodenje

Pogled na voditelja kot gostitelja je nov; leta 2014 sta ga podala Mark McKergow in Helen Bailey (10). Pojasnjujeta, da pogled na voditelja kot na heroja, ki je vedno v prvih bojnih vrstah, ne zajema vseh možnih vidikov. Kot vemo, je del gostiteljeve vloge, da se vede proaktivno: mora stopiti naprej, mora se angažirati, da vse organizira, predvidi vse možne situacije, da povabi goste, jih med seboj predstavi in jim ponudi, kar je potrebno. Prav tako pa je pomembno, da se gostitelj zna umakniti, da ne sili v ospredje, da neopazno kroži med povabljenimi in jim daje prostor za pogovor (kjer ni on glavni govorec), jih med seboj povezuje, spodbuja, da pridejo vsi do besede ter da pogovor ne zastane. Tak voditelj bo udeležencem dal možnost ter jih opogumil, da bodo sami stopili naprej, prevzeli odgovornost in delovali. Znal bo povezati prave ljudi med seboj (in nekatere držati narazen), pustil jim bo možnost, da delajo – hkrati pa bo bdel nad tem, kaj kdo dela in kaj se dogaja, da bo lahko posredoval, če bo potrebno.

Načela vodenja

Uspeh skupine ali organizacije je zelo odvisen od tega, kako voditelj upravlja z vključenimi ljudmi. Načela vodenja so dejanja ali prepričanja, ki so voditelju lahko v pomoč takšnem usmerjanju in motiviranju skupine, da se vsi skupaj bližajo uspehu – doseženemu skupnemu cilju.

- a. Pravo vodenje je stvar osebe in ne položaja.
- b. Ne hiti.
- c. Vodi z zgledom.
- d. Bodi pozoren na spremembe.
- e. Priznaj svoje napake – in odpuščaj drugim njihove.

- f. Pozorno poslušaj.
- g. Vključi in izkoristi različnost.
- h. S skupnim delom se doseže več.
- i. Imej trdna načela.
- j. Uporabi tehnologijo, ne boj se inovacij.
- k. Prezemi odgovornost.
- l. Ostani skromen.
- m. Ceni mnenja drugih, zaupaj v svoja prepričanja.
- n. Pazi na dobrobit svojih podrejenih.
- o. Zaupaj posameznemu podrejenemu in ceni njegove sposobnosti.
- p. Prizadevaj si za svoj napredek.
- r. Vzgajaj nove voditelje.

Zaključek

Vodenje je proces, zgrajen na odnosu, v katerem ena oseba vpliva na druge tako, da vodi oz. usmerja njihovo vedenje in ravnanje proti postavljenemu cilju v nekem časovnem obdobju. Metode vodenja so različne, nekatere so primernejše za določene situacije, skupine ali izzive – vsem pa je skupno, da dober voditelj prevzame odgovornost za to, da skupaj dosežejo postavljeni cilj. Uspeh vodenja bo seveda odvisen tudi od prispevka in zavzetosti sledilcev ter od dejanske moči oziroma položaja, ki ga ima voditelj.

Voditelj je najboljši takrat, ko se drugi skoraj ne zavedajo, da obstaja. Ko bo njegovo delo opravljeno in njegov cilj dosežen, bodo rekli: to smo dosegli sami.

(Lao Če)

Literatura

1. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE et al. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare* 2017, 5, 73; doi:10.3390/healthcare5040073.

2. Mouton N. A literary perspective on the limits of leadership: Tolstoy's critique of the great man theory. *Leadership* 2019, Vol. 15(1) 81–102.
3. Nohria N, Khurana R. *Handbook of Leadership Theory and Practice*; Harvard Business School Centennial Colloquium, 2010.
4. Stewart J. Leadership: An Evolving Concept Examined through the Works of Burns, Bass, Avolio, and Leithwood. *Can. J. Educ. Adm. Policy*, Issue 54, June 26, 2006.
5. Kotter JP. What Leaders Really Do. *Harvard business review*, December 2001. Dostopno na (19. 9. 2021): <https://enterpriseproject.com/sites/default/files/What%20Leaders%20Really%20Do.pdf>
6. McCleskey JM. Situational, Transformational, and Transactional Leadership and Leadership Development. *Journal of Business Studies Quarterly* 2014, Volume 5, Number 4 117–30.
7. Givens RJ. Transformational Leadership: The Impact on Organizational and Personal Outcomes. *Emerging Leadership Journeys*, Vol. 1 Iss. 1, 2008, pp. 4–24
8. Riaz A, Noor A, Masoodc MT et al. What Does Project Leadership Really Do? *Int. J. Eng. Res* 2013; Volume 4, Issue 1.
9. Horney N, Pasmore B, O'Shea T. Leadership Agility: A Business Imperative for a VUCA World. *People & strategy*, volume 33, issue 4 – 2010; 32–8.
10. McKergow M. What is Host Leadership? Dostopno na : <https://www.hrzone.com/engage/menedzrs/what-is-host-leadership> (19. 9. 2021)
11. Yukl G, Mahsud R. Why flexible and adaptive leadership is essential. *Consult. Psychol. J.* 2010; Vol. 62, No. 2, 81–93.
12. Zupan MK. Relationship between menedžment and leadership and characteristics of Slovenian menedžrs. *Dyn. Relatsh. Manag. J.* November 2012; 21–34.
13. Richards A. Exploring the benefits and limitations of transactional leadership in healthcare. *Nursing Standard*. September 2021; Vol. 36, Issue 9.

Vodenje v družinski medicini

Ksenija Tušek Bunc

»We sincerely believe that leadership is first and foremost about people. It is about leaders releasing people to do what they need to do in the most productive and beneficial way.«

(European Leadership)

The **LEADER'S** job
isn't to have all the
ideas.

It's to make sure all
the ideas are
HEARD
and that the
BEST ONE
wins.

CHRIS HAWKER

Izvleček

Vodenje v družinski medicini ni pogosta tema razgovorov. Zdravniki družinske medicine se je niti ne zavedajo in sploh ne razmišljajo o metodah vodenja, ki jih najpogosteje uporabljajo znotraj svojega ožjega tima. Prav tako se ne ubadajo s tem, ali so jim vodstvene sposobnosti morda prirojene oziroma zakaj ustreznih znanj za vlogo vodje niso pridobili v okviru dodiplomskega ali podiplomskega izobraževanja. Največkrat sploh ne želijo biti vodje, ker se zavedajo, da ta vloga ni niti priljubljena niti spoštovana, prinaša pa veliko odgovornost. Toda delo mora biti opravljeno – in kdo drug, če ne ravno zdravnik ga bo opravil po svojih najboljših močeh, v skupno dobro, predvsem pa v dobro svojih bolnikov.

Abstract

In family medicine, »leadership« is not a common topic. Family physicians are neither aware of it, nor think about the leadership style they commonly use with their core team. They also do not think about whether their leadership skills have become outdated. Nor did they acquire training for the role of leader in undergraduate and postgraduate education. Most of the time, they don't even want to be a leader because they are aware that this role is neither popular nor respected – besides bringing a lot of responsibility. But the work must be done. And who else than family physicians will do it for the common good and, above all, for the benefit of their patients?

Uvod

...Ponedeljkovo jutro

V čakalnici sedi pet nenaročenih bolnikov.

Sestra me opozori, da je treba poslati nekaj predlogov za podaljšanje bolniškega staleža k imenovanemu zdravniku pri ZZZS.

Prav tako me spomni, da sta se za današnji dan (še pred naročenimi bolniki) najavila sprta hči in sin bolnika z vrsto zdravstvenih težav. Sam ni več sposoben skrbeti zase, otroka pa se ne moreta zediniti glede njegove oskrbe.

Patronažna sestra poroča o dveh bolnikih s terena, ki bosta najverjetneje potrebovala obisk na domu. Zdravstveni tehnik iz referenčne ambulante bi se rad posvetoval o nekaterih bolnikih s skrajno neurejeno kronično boleznijo in slabo adherenco.

Spomnim se klica bolnika iz preteklega tedna: potrebuje potrdilo, ki bi ga oprostilo udeležbe razprave na sodišču.

Napisati moram tudi zdravniško potrdilo za potrebe dodelitve solidarnostnega stanovanja bolnici, ki se zdravi zaradi astme in živi v vlažni podnajemniški sobici.

Pa še računalničarja moram poklicati, da pogleda, zakaj je moj računalnik tako obupno počasen ...

Ob vsem naštetem, kar me ni čakalo samo to ponedeljkovo jutro, ampak tudi katero koli drugo, nisem več samo zdravnik, ki zdravi, ampak sem vodja tima. Sleherni dan znova sem že navezgodaj posta-

vljena pred nalogo, kako ravnati kot dober vodja ambulante. Sem vodja ali menedžer? Saj pravzaprav sploh ne razlikujem med tema vlogama.

Zdravnik družinske medicine, kar sem tudi jaz, zelo redko ali pa sploh nikoli ne razmišlja o tem, ali je v svoji ambulanti vodja ali menedžer, niti se ob obilici dela ne počuti tako. Stvari pač morajo biti narejene. Vendar pa delo in večšine, ki jih mora v okviru svoje specialnosti opravljati zdravnik, ne obsegajo zgolj kliničnih nalog in sporazumevanja z bolniki, ključno je tudi učinkovito vodenje ambulante.

Biti zdravnik torej ne pomeni samo biti dober v klinični praksi oziroma v komuniciranju z bolniki in s sodelavci. Nesporno dejstvo je, da je dobro vodenje ambulante v družinski medicini in medicini nasploh ključnega pomena za zagotavljanje visoko kakovostne zdravstvene oskrbe. Obstajajo namreč jasni dokazi o povezavi med vodenjem in učinkovitostjo zdravstvenih storitev, vključno z zadovoljstvom bolnikov, zmanjšano umrljivostjo, blaginjo osebja, angažiranostjo pri zmanjševanju absentizma ter splošno kakovostjo oskrbe in ne nazadnje s stroškovno učinkovitostjo (1).

Slog vodenja

Vodenje je opredeljeno kot odnos med posamezniki, ki vodijo, in tistimi, ki se odločijo, da jim sledijo, oziroma je opredeljeno kot usmerjanje in usklajevanje dejavnosti skupine ljudi k skupnemu cilju (2, 3). Obstaja več slogov vodenja in med njimi se najpogosteje omenjajo naslednji: transformacijsko, transakcijsko, avtokratsko, laissez-faire ter vodenje, usmerjeno v naloge in odnos.

Za transformacijsko vodenje je značilno ustvarjanje odnosov in motivacije med zaposlenimi. Taka oblika vodenja, ki vzbuja zaupanje in spoštovanje, mora biti blizu zdravniku družinske medicine znotraj tima, kajti z njo je ob izmenjavi mnenj ter skupni viziji mogoče doseči večjo produktivnost, moralo in zadovoljstvo sodelavcev (4). Seveda je včasih treba delo v ambulanti voditi tudi avtokratsko – zlasti v nujnih primerih, ko je zdravnik prisiljen hitro sprejemati vse odločitve, ne da bi ob tem upošteval mnenje sodelavcev, ki morajo slediti njegovim navodilom. Za morebitne napake je odgovorna tista oseba, ki ji je naloženo opravljanje neke naloge (npr. vstavljanje venskega kanala).

V zares zapolnjenem delavniku se kot najprimernejše izkaže v naloge usmerjeno vodenje, ki vključuje načrtovanje dejavnosti, pojasnitev nalog v timu, postavljanje ciljev ter nenehno spremljanje in izvajanje procesov.

Na koncu omenimo še v odnose usmerjeno vodenje, ki vključuje nenehno podporo, razvoj in izražanje priznanja sodelavcem v timu ambulante družinske medicine (5).

Ali me je študij pripravil na vodstveno vlogo?

Odgovor je brez sence dvoma – *ne*. Tradicionalno vodje in učenje vodstvenih sposobnosti nista vključena v kurikulum niti na dodiplomski niti na podiplomski stopnji, prav tako ju ni v procesu ocenjevanja študentov ali zdravnikov. Če že, je vodenje kot predmet pogosteje zastopano znotraj kakega drugega področja, kot sta npr. profesionalizem in komunikacija. Poleg tega tudi napredovanje v medicinski karieri tradicionalno temelji na tehničnih in akademskih sposobnostih na račun t. i. mehkejših lastnosti (npr. čustvene inteligence), ki močno prispevajo k dobremu vodenju. Takšna pomanjkljiva priprava na vseh stopnjah izobraževanja nikakor ne zagotavlja enakih standardov vodenja v medicini nasploh, prav tako tudi ne na mikroravni, kakršno pomeni ambulanta družinske medicine. Vsak zdravnik zato po svoji presoji oblikuje svoje standarde, kar lahko privede do velikih razlik in tudi odstopanj v kakovosti oskrbe bolnikov. Vse omenjeno in prav tako vse bolj z dokazi podprti izsledki raziskav kažejo na potrebo po takšnih učnih programih na dodiplomski in podiplomski stopnji, ki bi že zelo zgodaj v času študija doprinesli k razvoju vodstvenih sposobnosti ter pripravili študenta oziroma pozneje zdravnika katere koli specialnosti v času njegove poklicne poti na funkcijo vodenja znotraj zdravstvenega sistema. Za doseganje teh ciljev bi morali zdravniki razviti močne osebne in poklicne vrednote ter vrsto »netehničnih veščin«, ki bi jim omogočale učinkovito vodenje znotraj meja medicinske stroke ob hkratnem zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe (6, 7). Te veščine vključujejo oblikovanje lastne vizije, določitev jasne smeri, prenovu storitev in nasploh izboljšanje zdravstvenega varstva, učinkovita pogajanja, zavedanje sebe in drugih ter sodelovanje in povezovanje. Zdravniki v vodstveni vlogi bodo morali biti sposobni uravnotežiti številne različne konkurenčne interese in prednostne naloge ter si prizadevati za krepitev verodostojnosti sodelavcev ter poleg vodilnega položaja še naprej zagotavljati kakovostno klinično oskrbo, ki v središče dogajanja postavlja bolnika (6, 7).

Se vodje rodijo ali pa se je vodenja mogoče naučiti?

Ne glede na to, ali mi je sposobnost vodenja prirojena ali priučena, moram kot dober vodja ambulante družinske medicine v omejenem času razrešiti vse v uvodu našete naloge ter spodbuditi in motivirati sodelavce k učinkovitemu skupnem razreševanju problemov, kar nas bo privedlo k skupnemu cilju. Če torej želim biti vodja ali ne, moram prevzeti vlogo vodje nekega malega tima in jo opraviti po najboljših močeh. Ob tem, ko Kotter poudarja, da je vodenje sestavljeno iz vrste veščin, ki se jih je mogoče naučiti, so drugi mnenja, da morajo biti za to izpolnjeni nekateri pogoji in da je vendarle potrebna tudi določena stopnja prirojenih naravnih vodstvenih sposobnost (8). Kljub vsemu je zelo malo dokazov, ki bi pritrjevali dejstvu, da lahko nekateri posamezniki oz. osebnostni tipi lažje prevzamejo vodstveno vlogo. Nesporno pa vsi strokovnjaki lahko hitro razvijejo sposobnost vodenja tako, da se naučijo nekaterih tehnik, ki so bistvenega pomena za učinkovito vodenje na kateri koli ravni. Obstaja vrsta oblik – od samostojnega učenja iz knjig ali zvočnih posnetkov do individualnega poučevanja, mentorstva, akcijskega učenja in seminarjev. V nekaterih primerih posamezniki sami usmerjajo svoje učenje, spet drugi se učijo znotraj organizirane skupine, da si pridobijo formalno kvalifikacijo.

Ali si želim biti vodja?

Ko sem se pred dobrimi desetimi leti prijavila na razpis za strokovnega direktorja zdravstvenega zavoda, v katerem sem bila zaposlena več kot četrto stoletja, so bile med razpisnimi pogoji med drugim zahtevane tudi nekaj let trajajoče vodstvene izkušnje. Zanašajoč se na to, da že dve desetletji in pol učinkovito vodim svojo ambulanto, sem skupaj z zares dobrim programom oddala vlogo. Da nisem ustrezala razpisnim pogojem v točki vodstvenih izkušenj, je bil edini razlog, da mi ni uspelo. Je res mogoče, da v dolgih letih vodenja ambulante nisem pridobila potrebnih vodstvenih izkušenj?

Vsak zdravnik v družinski ambulanti je postavljen pred zahtevno nalogo vodje in od njegovih sposobnosti vodenja so odvisni poslovanje ambulante, motiviranost sodelavcev za doseganje skupnih ciljev in ne nazadnje kakovostna zdravstvena, k bolniku usmerjena oskrba. Dejstvo je, da ni lahko biti vodja, in večina kolegov zdravnikov družinske medicine pravi, da si te vloge pravzaprav sploh ne želijo, ker ni niti priljubljena niti spoštovana, prav tako pa imajo le redko podporo v svojih sodelavcih. Velika sta tudi odgovornost in tveganje, kadar gredo stvari narobe.

Epilog ponedeljkovega jutra

Četverica bolnikov z akutno zdravstveno težavo je dobila ustrezno obravnavo.

Tista dva, ki sta bila prenaročena na naslednje dni, sta ob tem dejstvu precej glasno izrazila svoje nezadovoljstvo. Upam, da ju bo to izučilo in ne bosta več nenaročena prihajala v ambulanto.

Vsi predlogi za podaljšanje bolniškega staleža so bili odposlani k imenovanemu zdravniku na ZZZS. Nisem pozabila pohvaliti medicinske sestre za skrb.

Sprta brat in sestra sta vpričo mene drug drugemu očitala slabo skrb za očeta, ki sta jo pogojevala s pridobitvijo večjega deleža zapuščine. Tudi glede namestitve v DSO se nista mogla zediniti – kakor da ju oče in njegove težave sploh ne zanimajo. Odločno sem prekinila tok njunih medsebojnih obtoževanj ter se odločila za pomoč pri reševanju tega problema prositi patronažno službo in Center za socialno delo. Hči mi je z neverbalno govorico dala vedeti, da z mojo odločitvijo ni zadovoljna, sin je dajal vtis, kot da mu je vseeno, ubogi oče pa je samo zelo osamljen in tih sedel med njima. Ob odhodu sem mu spodbudno pomahala v slovo.

S patronažno sestro sem se dogovorila za skupni hišni obisk dveh bolnikov in jo obenem povprašala za njeno mnenje o bolniku, ki je v družbi sprtih otrok nekoliko prej zapustil ambulanto.

Tehnik iz referenčne ambulante je že sam predvidel ukrepe za bolnike z neurejeno kronično boleznijo in slabo adherenco. Lahko sem mu samo pritrdila in z zadovoljstvom ugotovila, da se dejavno vključuje v naše delo.

Zdravniškega potrdila, ki bi »bolnika« s sicer odlično urejeno hipertenzijo in le z občasnimi bolečinami v križu oprostil udeležbe na razpravi na sodišču v neki kazenski zadevi, nisem napisala. Pričakujem, da bo srečo poskušal drugje.

Bolnica z astmo je dobila potrdilo, ki bo pomenilo kamenček v mozaiku pri pridobivanju primernejšega stanovanja od tega, v katerem živi zdaj. Zaželela sem ji srečo.

Računalničarja ni bilo. Zagotovil mi je, da pride v naslednjih dneh.

Sem torej menedžer ali vodja tima v ambulanti družinske medicine? Ne počutim se ne prvo ne drugo. Ampak delo je bilo opravljeno. In samo to je tisto, kar šteje.

Zaključek

Vsak zdravnik družinske medicine je vodja znotraj tima – pa naj si to želi ali ne. Dobro vodenje postaja vse pomembnejše za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe. Razvoj in oblikovanje vodstvenih sposobnosti bi morala biti vključena v kurikulum na stopnjah tako dodiplomskega kot podiplomskega izobraževanja študentov in zdravnikov. Dandanes ne zadostujejo več samo klinične in akademske kompetence zdravnika, ampak mora ta že zelo zgodaj na svoji karierni poti razviti nabor znanj, veščin in stališč, ki mu bodo omogočili vodenje tudi v zelo zapletenih, hitro spreminjajočih se okoljih. Seveda se to ne bo zgodilo po naključju, zato mora biti učenje organizacijskih sposobnosti odgovornost vsakega zdravnika, organizacije, v kateri dela, in zdravstvenega sistema kot celote. Za doseganje tega cilja so na voljo različne metode in vsak naj izbere tisto, ki mu je najbližja in zanj najustreznejša. Še naprej pa mentorstvo, učenje eden na eden, močna profesionalna omrežja ter izkustveno učenje pomenijo najboljši začetek oblikovanja potrebnih veščin in izkušenj bodočih vodstvenih delavcev.

Literatura

1. West M et al. Leadership and leadership development in health care: the evidence base. London 2015.
2. Pisacano N. Quote in: Family practice: creation of a specialty. Kansas City (MO): *American Academy of Family Physicians*; 1980. p. 9.
3. The intellectual basis of family medicine revisited. Proceedings of the Advanced Forum in Family Medicine; 1984 September 23–28; Keystone Resort, CO. *Fam Med* 1985; 5: 225.
4. Carmichael L, Schooley S. Is where we are where we were going: a dialogue of two generations. *Fam Med*. 2001; 33: 252–8.
5. Willard WR. Quoted in Wilson V. Specialist in family practice: prototype of a doctor. *Gen Pract*. 1968; 40: 157.
6. American Academy of Family Physicians. Family medicine positions offered and filled with U.S. seniors, 1992–2004. dosegljivo 25. sept. 2021: <http://www.aafp.org/match/graph02.html/>
7. Clark J. Enhancing medical engagement in leadership. *InView* 2006;10:14e15.
8. Bristol Royal Infirmary. The Inquiry Into The Management Of Care Of Children Receiving Complex Heart Surgery At The Bristol Royal Infirmary. London: The Stationery Office, 2001.
9. Kotter J. A Force For Change: How Leadership Differs From Management. New York: Free Press, 1990. 17.
10. Kotter JP. What Leaders Really Do. Harvard business review, December 2001. Dostopno na 19. 9. 2021: <https://enterpriseproject.com/sites/default/files/What%20Leaders%20Really%20Do.pdf>

Reševanje konfliktov v timu družinske medicine

Vesna Pekarović Džakulin

Izveček

V prispevku je pojasnjeno, kako pride do konfliktne situacije in zakaj konfliktov ni mogoče preprečiti. S praktičnimi primeri je prikazana razlika med željo in mnenjem oz. prepričanjem ter možnimi izidi konfliktnih situacij. Razloženi so temeljni pogoji za sklepanje kompromisov in temeljna izhodišča za primerno izražanje konflikta. Omenjene so različne možne strategije reševanja konfliktov. Na koncu so omenjeni neskončne igre in sočutno obvladovanje konfliktov kot pomemben del sočutnega voditeljstva.

Abstract

The article explains how a conflict situation occurs and why conflicts cannot be prevented. With the help of practical examples, the difference between desire and opinion or belief and the possible outcomes of conflict situations are shown. The basic preconditions for concluding compromises and the basic starting points for the appropriate manifestation of the conflict are explained. Various possible conflict resolution strategies are mentioned. Finally, infinite games and compassionately managing conflict are mentioned as an important part of compassionate leadership.

Uvod

Raznolikost tima družinske medicine, kjer imajo vsi člani enako vizijo in občutek pripadnosti skupnosti, lahko z različnimi idejami, dobrim sodelovanjem, deljenjem pomembnih informacij in skupnimi odločitvami bistveno izboljša organizacijo dela, kakovost

in varnost obravnave bolnikov, kreativnost dela in razvoj inovacij. Amy Gallo razlikuje štiri vrste konfliktov, do katerih v delovnem okolju lahko pride pri opravih, procesih ali zaradi statusa in medosebnih odnosov. Pri opravih lahko pride do konflikta, ker ni jasnega cilja, pri procesih pa zato, ker ni določen natančen način doseganja cilja. Kadar pride do konflikta zaradi različnih statusov članov tima, je lahko vzrok v hierarhiji oz. priznanih kompetencah, medosebni konflikti pa so po navadi posledica starih zamer, užaljenosti, jeze in želje po maščevanju (6).

Razlikovanje med željo in mnenjem oz. prepričanjem

Človek občuti **željo** takrat, ko ocenjuje ne cilj kot pomemben. Želja je občutenje težnje, da bi nekaj imel, dosegel, izpolnil ali uresničil. Je eno temeljnih čustev, ki nas povezuje z objektnim svetom. S stališča razvojne psihologije želja nastane iz potreb; iz kognitivnih struktur, ki omogočijo nastanek želje, pa se diferencirajo številne emocije. Razumevanje čustva želje je osrednjega pomena za razumevanje vseh drugih čustev (1).

Pri *mnenju* gre za prikaz lastnosti ali stanja o nečem glede na lastno védenje in poznavanje, pri *prepričanju* pa ljudje glede na logiko in izkustvo mislijo, da je nekaj resnično oz. edino pravilno (2).

Mnenja ljudi se lahko med seboj razlikujejo, včasih se mnenja »krešejo« ali se poskušajo drugim vsiljevati, vendar so po svoji naravi bolj statična. Ob tem, ko so mnenja lahko uvod v debate in diskusije, imajo želje tendenco k realizaciji oz. k uresničevanju cilja.

Primer št. 1/1

Zdravnik želi v manjšem kraju odpreti zasebno ambulanto. Ima številne ideje, kako bi opremil prostoro in organiziral delo. Vedno si je želel samostojnosti, zato je že izdelal finančni načrt, ki je vzdržen. Njegova žena, ki je prav tako zdravnica, namerava še nekaj časa ostati v zdravstvenem domu, saj si želi še enega otroka in bi se rada izognila drugim večjim spremembam ali tveganjem.

Primer št. 2

Sodelavci se med malico pogovarjajo o vzgoji otrok. Nekateri so mnenja, da sta pri tem najpomembnejša red in disciplina, drugi pa bolj zagovarjajo brezpogojno ljubezen in prijateljski odnos do otrok.

Pogovor je na trenutke zabaven, občasno pa tudi neprijeten, saj ena oseba skuša na vsak način prepričati vse druge v svoj prav.

V primeru št. 1/1 gre za zdravnika, ki ima znanje in možnosti, da uresniči svoje želje in odpre zasebno ambulanto. Močna motivacija ga žene naprej, zato je večina njegovih misli in dejanj usmerjena k temu cilju. Njegova žena ima v tem trenutku drugačne načrte: pomembnejše ji je družinsko življenje, zato se ne želi ubadati z organizacijo dela in vodenjem svojega podjetja.

V primeru št. 2 gre za izmenjavo mnenj med sodelavci o vzgoji otrok. Čeprav je tema za večino staršev zelo pomembna in je pogovor na trenutke zelo napet, se bo po koncu delovnega dne vsak vrnil domov in nadaljeval s svojim načinom vzgoje otrok.

Kdaj nastane konflikt?

Konflikt je situacija, v kateri obstajata dve želji, ki se med seboj izključujeta. Definicija je popolnoma ustrezna za interpersonalne konflikte, v katerih imata dve osebi vsaka svojo željo, ki se med seboj izključujeta, pa tudi za intrapsihične konflikte, v katerih obstajata dva dela osebnosti, ki imata med seboj izključujoči si želji.

Osebe so torej v konfliktu, kadar uresničitev ene želje izključuje uresničitev druge.

Primer št. 1/2

Zdravnik iz primera št. 1/1 si želi, da bi z ženo skupaj odprla zasebno ambulanto. V tem primeru bi več zaslužila in bi se tudi lažje nadomeščala. Njegova žena si tega ne želi, saj je z delom v zdravstvenem domu zelo zadovoljna; prav tako bi si želela, da imajo kot družina daljše skupne počitnice, kar bi bilo v primeru zasebne ambulante zelo težko.

Mož in žena sta v konfliktu šele, ko mož pogojuje odprtje zasebne ambulante s tem, da tudi njegova žena zapusti delo v zdravstvenem domu ter se odpove svoji želji po umirjenem materinstvu in srečnem družinskem življenju. Uresničitev prve želje v celoti torej izključuje uresničitev druge želje v celoti.

Primer št. 3/1

Zaposleni v ambulanti družinske medicine so se odločili, da gredo na skupinski izlet. Nekaj bi jih želelo obiskati Pariza, drugi pa bi raje ostali v Sloveniji in šli na planinski izlet.

Primer št. 4/1

Zdravnica zelo zagovarja cepljenje proti covidu-19. Vsi sodelavci – z izjemo ene medicinske sestre – so se že cepili. Zdravnica zahteva, da so vsi člani njenega tima cepljeni in da cepljenje svetujejo tudi bolnikom. Če se medicinska sestra ne bo cepila, ji grozi odpoved.

O notranjem konfliktu govorimo, kadar ima oseba hkrati dve želji, ki se med seboj izključujeta.

Primer št. 5/1

Zdravnica družinske medicine je dobila povabilo, da se pridruži svetovni zdravstveni organizaciji v boju proti otroški lakoti. Čeprav je to zanj veliki izziv, ki si ga je ves čas želela, to hkrati pomeni, da bo morala svojo ambulanto prepustiti drugemu in se s tem odreči svojim otroškim sanjam o prijazni zdravnici na podeželju.

Možni izidi konfliktne situacije

V teoriji so možni štiri izidi konfliktne situacije:

- uresniči se želja osebe A in odpade želja osebe B (zmaga-poraz),
- uresniči se želja osebe B in odpade želja osebe A (poraz-zmaga),
- osebi A in B se odpovesta želji – mediacija,
- osebi A in B skleneta kompromis.

Pogosto se pojavi vprašanje, kateri izid je najboljši in h kateremu je potrebno stremeti pri delu v timu. Odgovor je seveda, da so vsi štiri izidi lahko najboljši, kar v praksi pomeni, da se je včasih treba znati:

- postaviti zase in doseči uresničitev svoje želje (strategija napada),
- strateško umakniti (Pirova zmaga),
- sklepati zdrave kompromise,
- poiskati pomoč od zunaj (mediacija).

V konfliktni situaciji je zato vedno treba preveriti prioritete: kako pomembna je izpolnitev želje in kako pomembno je ohraniti odnos.

Primer št. 1/3

Po daljšem pogovoru se par odloči, da sta njun odnos in želja, da bi imela skupaj družino, najpomembnejši. Skleneta kompromis, da mož sam odpre zasebno ambulanto in morda k sodelovanju povabi še kakega drugega zdravnika. Dogovorita se, da si vsaj na začetku ne bosta mogla privoščiti zelo dolgih počitnic in da bo večino nege otrok prevzela žena.

Primer št. 3/2

Zaposleni se po burni debati zedinijo, da je izlet namenjen predvsem prijetnemu druženju in ne toliko izbiri lokacije. Prevlada mnenje, da bi bil izlet v Pariz zaradi epidemije covid-19 slabša izbira, zato izglasujejo izlet v Sloveniji. Nekateri so z izbiro tokrat manj zadovoljni, vendar se izleta vseeno veselijo.

Primer št. 3/2

Zaposleni se po burni debati zedinijo, da je izlet namenjen predvsem prijetnemu druženju in ne toliko izbiri lokacije. Prevlada mnenje, da bi bil izlet v Pariz zaradi epidemije covid-19 slabša izbira, zato izglasujejo izlet v Sloveniji. Nekateri so z izbiro tokrat manj zadovoljni, vendar se izleta vseeno veselijo.

Primer št. 4/2

Zdravnica in medicinska sestra sta glede cepljenja proti covidu-19 nepopustljivi, tako da kompromis ni mogoč. Ker sami ne moreta rešiti težave, bosta morali na pomoč poklicati mediatorje (direktorja, pravno službo, zbornice, sindikat ...). Če je zdravnica v vlogi delodajalca, lahko »zmaga« tako, da odpusti medicinsko sestro, s tem sprejme neke finančne posledice in poišče novo medicinsko sestro.

Predpogoji za kompromis

Kompromis je na prvi pogled zelo priljubljena oblika reševanja konfliktnih situacij. Osnovna ideja je v tem, da vsak nekoliko popusti in da so na koncu vsi zadovoljni. Preden začetkom pogajanj je zelo pomembno, da se zavedamo osnovnih predpogojev za kompromis:

- Obe strani sta pripravljene popuščati.
- Obe strani se zavedata, da se njune želje ne bodo mogle stoodstotno uresničiti.
- Narava konfliktna situacija dopušča, da je obe želji mogoče uresničiti samo delno.
- Obojestranska korist: oba sta zadovoljna (IN tvoje IN moje).
- Ne gre za kazen (tretja možnost, ki ni vseč nobenemu).

Pri sklepanju kompromisov so ključnega pomena pogajanja. Gre za izjemno pomembno veščino, ki vedno vključuje dobro pripravo.

Velik problem pomenijo poskusi reševanja brezkompromisnih situacij, kjer gre v osnovi za izsiljevanje v slogu »ali moje ali tvoje« pod pretvezo kompromisa. Prav tako se je treba izogibati slabim kompromisom, kjer je kompromis sklenjen v pretežno škodo ene od strani.

Preprečevanje konfliktov

Pogosto se postavlja vprašanja, ali je konflikte mogoče preprečiti. Žal to v normalnem življenju ni niti izvedljivo niti zaželeno. Glede na definicijo konfliktna situacije bi bilo to mogoče samo v primeru, če bi ljudem že v najzgodnejšem otroštvu prepovedali imeti in izražati svoje želje. Nekaj podobnega so sicer poskušali doseči tudi pri odraslih ljudeh v koncentracijskih taboriščih, kjer jim je za kratek čas uspelo »vzgojiti« ujetnike brez želja, interesov in ciljev.

V sodobnih družbah so smiselni izobraževanje in trening obvladovanja konfliktnih situacij ter preprečevanje neustreznega izražanja konfliktov.

Manifestacija (izražanje) konflikta

Biti z nekom v konfliktu ni enako kot manifestacija konflikta. Ali kot je dejal Erich Fromm: *»Svoboda ni v tem, da narediš tisto, kar ti prvo pride na misel, ampak da znaš inteligentno in konstruktivno izbrati ustrezno socialno veščino.«*

Najprimernejši način manifestacije konflikta:

- izraža spoštovanje,
- vodi proti realizaciji ciljev,
- ohranja situacijo, v kateri ste,
- ohranja socialni in psihološki položaj.

Strategije reševanja konfliktov

V teoriji je opisanih več različnih strategij reševanja konfliktov, ki se jih je mogoče naučiti. Izbira najustreznjše je odvisna od same situacije, tj. od pomembnosti ohranjanja dobrega odnosa oz. od pomembnosti doseganja cilja. Po navadi ima vsaka oseba eno vodilno in vsaj dve rezervni strategiji reševanja konfliktnih situacij, dobro pa je, če pozna čim več.

Živeti neskončno življenje, kot da ni ciljne črte

Gre za zelo zanimivo idejo *neskončnih iger*, ki jo je populariziral priljubljeni motivacijski govorec in avtor v istoimenski knjižni uspešnici. Simon Sinek v uvodu svoje knjige ugotavlja, da smo »skozi človeško zgodovino pogosto zaznali prednosti neskončnega razmišljanja. Vzpon velikih družb, napredki v znanosti in medicini ter raziskovanje veselja – vse to se je zgodilo, ker so se večje skupine ljudi, ki jih je družil skupni cilj, odločile sodelovati, čeprav na vidiku ni bilo jasnega zaključka ... Nadaljevali smo celo po tem, ko nam je že uspelo. A ne zato, ker bi si ob koncu leta obetali dodatek k plači; zaradi občutka, da prispevamo k nečemu večjemu, večjemu od nas samih, k nečemu dragocenejšemu, ki bo preživelo naše življenje. Vsem prednostnim navkljub delovati neskončno in dolgoročno ni enostavno, temveč zahteva res veliko truda. Kot človeška bitja se za težave, ki nam povzročajo neprijetnosti, po naravi nagibamo k iskanju takojšnjih rešitev in k hitrim zmagam za uresničevanje svojih ambicij. Svet običajno presoja na podlagi uspehov in neuspehov, v njem vidimo zmagovalce in poražence. Ta standardni model zmage in poraza lahko na kratki rok včasih deluje, na dolgi rok pa ima kot strategija za delovanje družb in organizacij lahko resne posledice ... V naši moči je, da zgradimo svet, v katerem se bo večina ljudi zbudila navdihnjena, da se bomo na delovnem mestu počutili varne in se na koncu delovnega dne domov vrnili izpolnjeni« (3).

Sočutno voditeljstvo in sočutno obvladovanje konfliktov

V novejšem času se v sklopu sočutnega voditeljstva pojavlja pojem sočutno obvladovanje konfliktov, kjer se konflikti na nek način celo spodbujajo. Raznolikost namreč ustvarja podoben potencial za konflikt kot za ustvarjalnost. V fokusu sočutnega voditeljstva raznolikih timov je transformacija klasičnega konflikta v konstruktivno polemiko in inovacije (6).

Dean Tjosvold, ki je skoraj pol stoletja namenil proučevanju razumevanja sočutnega in učinkovitega obvladovanja konfliktov v raznolikih timih, predlaga tri ključne elemente (6):

- izris položajev,
- želja po natančnem razumevanju in
- povezovanje različnih perspektiv.

Zaključek

Klasična definicija opredeljuje nastanek konfliktne situacije takrat, kadar izražanje ene želje izključuje izražanje druge želje. Možni so štirje izidi konflikta (zmaga, poraz, mediacija in kompromis). Konflikt ni enako kot izražanje konflikta, kar v bistvu pomeni, da oseba, ki je v konfliktu, lahko sama odloča, kako bo izrazila svoj konflikt in katero od strategij bo uporabila. Sočutno voditeljstvo predlaga sočutno obvladovanje konfliktov, kjer so pomembni raziskovanje drugačnih idej in pristopov, sprejemanje in poskus vključevanja raznolikosti ter iskanje najkakovostnejših rešitev.

Filozof Rousseau je to opisal takole: »Divjak živi v sebi samem in misli, da ne potrebuje nikogar, družbeni človek živi v čredi in od drugih dobi zaščito, potrditev svojega bitja, aplavz in hvalo, pravi človek pa se povezuje zato, ker njegovo življenje le tako dobi pomen!«

Literatura

1. Milivojević Z. Emocije: razumevanje čustev v psihoterapiji. Novi Sad: Psihopolis Institut, 2008.
2. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Dostopno na: <https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika>
3. Sinek S. Neskončna igra. Ljubljana: Smart Com, 2020.

4. Sinek S. Voditelji jedo zadnji: zakaj nekatere ekipe sodelujejo in druge ne. Ljubljana: Smart Com, 2019.
5. Rughani A, Joana Bircher. The Leadership Hike, Shaping primary Care Together. CRC Press, Taylor & Francis Group, 2020.
6. West MA. Compassionate leadership: Sustaining wisdom, humanity and presence in health and social care. UK: The swirling Leaf Press 2021.

Vodenje širšega tima na primarni ravni

Aleksander Stepanović, Antonija Poplas Susič

Izvleček

Primarno zdravstveno varstvo je bistvenega pomena, a ga odločevalci v zdravstveni politiki kljub temu podpirajo le na deklarativni ravni. Zdravstveni dom ima togo organizacijsko strukturo in sistem financiranja, kar je ovira za učinkovito vodenje. Ustanoviteljice so občine, ki se med seboj zelo razlikujejo.

V Sloveniji na področju družinske medicine ta čas deluje več timov: tim ambulate družinske medicine kot ožji tim (zdravnik, diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege), ki sodeluje s širšim timom (patronažna medicinska sestra, fizioterapevtka, laboratorijski tehnik, klinični farmacevt itn.) ter tim v Centru za krepitev zdravja, ki je povezan z delom v družinski medicini z vidika, ko so bolniki napoteni tja na obravnavo. Uvajajo se tudi timi v Centrih za duševno zdravje in še nekateri drugi.

Pri vodenju je treba poskrbeti, da vsi timi in njihovi člani vidijo celotno vizijo, razumejo cilje, ovire, razpoložljive vire ter svojo vlogo.

Abstract

Primary health care is essential, but it is still supported by health policy makers only on a declarative level. The health center has a rigid organizational structure and funding system, which is an obstacle to effective leadership. The founders are municipalities that are very different from each other.

There are currently more teams working in the field of family medicine in Slovenia; family medicine team as a core team (doctor, graduate nurse and nursing technician) working

with a wider team (community nurse, physiotherapist, laboratory technician, clinical pharmacist, etc.), a team at the Center for Health Promotion, which is associated with working in family medicine from the point of view of when patients are referred there for treatment. Teams at Mental Health Centers are also being introduced.

When leading, it is necessary to make sure that all teams and team members see the overall vision, understand the goals, obstacles, available resources and their role.

Uvod

Že v deklaraciji iz Alma Ate iz leta 1978 je zapisano, da je primarno zdravstveno varstvo v sistemu zdravstvenega varstva bistvenega pomena. Temelji na praktičnih, znanstveno utemeljenih ter družbeno sprejemljivih metodah in tehnologiji. Ta je postala splošno dostopna posameznikom in družinam v skupnosti s svojim polnim sodelovanjem ter s stroški, ki si jih skupnost lahko privošči. To je prva stopnja stika posameznikov in skupnosti z zdravstvenim sistemom, ki zdravstveno varstvo omogoča tam, kjer ljudje živijo ter delajo (1). Žal se v naslednjih petdesetih letih na svetovni ravni kljub večkratnim pozivom premik iz deklarativne podpore odločevalcev primarnemu zdravstvenemu varstvu na operativno raven ni zgodil (2). Razvoj zdravstvenih domov kot organizacijskih oblik dela v zdravstvu je šel v smer obravnave zdravstvenih problemov posameznikov, ne pa v smer celovite obravnave zdravstvenih problemov prebivalstva. Tak pristop s strogo predpisano strukturo in financiranjem, zagotovljenim le za obseg, dogovorjen s Splošnim dogovorom, pomeni oviro za kreativno vodenje zdravstvenega doma. Poleg tega je primarno zdravstveno varstvo prepuščeno v načrtovanje in upravljanje občinam; nekatere za to niso ustrezno usposobljene, poleg tega pa se tako po velikosti in organiziranosti zelo razlikujejo med seboj (3). Različni so tudi zdravstveni domovi, saj imajo nekateri manj kot 100, nekateri pa več kot 1000 zaposlenih. Zdravstveni dom je pogosto le ambulantno-poliklinična neprofitna organizacija, ki omogoča delo vsem zdravstvenim delavcem, ki sami ne želijo voditi poslovanja lastnega zavoda. Obstoj zdravstvenega doma je postal vprašljiv z uvajanjem zasebnega dela tudi na primarni ravni zlasti zaradi napačnega razumevanja statusa koncesionarjev. Začetno navdušenje ob odpiranju zasebnih oblik organizacije zdravstvene službe na primarni ravni je zamrlo zlasti zaradi nedorečenosti pravil sodelovanja med koncesionarji

in zdravstvenim domom. Vodenje tako pomembne ustanove je prepuščeno iznajdljivosti in iniciativi posameznikov, ob tem pa ni izdelanih meril kakovosti vodenja. Le redki zdravstveni domovi so vključeni v sistem celovitega ocenjevanja obvladovanja kakovosti, pa še to po neenotni metodologiji in ob odsotnosti enotnega sistema kazalcev kakovosti. Ke država nima izdelane jasne vizije organiziranosti službe na primarni ravni, direktorji zdravstvenih domov upravljajo energijo z reševanjem težav s pomanjkanjem zdravnikov, nepotrebni spori s koncesionarji in včasih tudi z lokalno politiko (4).

Vodenje širšega tima na primarni ravni

Zdravstvene domove vodijo večinoma zdravniki, ki so bili uspešni pri svojem strokovnem delu, nimajo pa potrebnega znanja za vodenje ustanove. Vodenje zdravstvenega zavoda je glede na zastarelo in togo zakonodajo ob prisotnem pomanjkanju zdravnikov zlasti na primarnem področju zapleteno, stresno in nestimulativno. Direktorji zdravstvenih domov se na eni strani soočajo s problemi, ki so povezani s procesi upravljanja, tudi s finančnimi in kadrovske težavami, na drugi strani pa s problemom nepoznavanja, kakšen bo prihodnji položaj primarnega zdravstva v Sloveniji. Lastniki in ustanovitelji zdravstvenih domov so občine. Nekateri zdravstveni domovi imajo tudi več soustanoviteljev, na primer Osnovno zdravstvo Gorenjske kar 18. Nekatero občine delujejo konstruktivno, druge, zlasti manjše, pa bi želele imeti celotno primarno zdravstvo urejeno s koncesijami. Pogosto se ne morejo dogovoriti za financiranje skupnih projektov. Veliko občin je lahko tudi resna ovira pri pridobivanju skupnega soglasja. Na področju nadzorne vloge, ki jo izvaja svet zavoda pri izdaji soglasij, zdajšnja zakonodaja uzakonja nepotrebno dvojno odločanje o isti zadevi. Vodstvo zdravstvenega doma zaradi obstoječe ureditve razpisov za specializante ne more izvajati celovite in kompetentne kadrovske politike.

V Sloveniji na področju družinske medicine ta čas delujeta dva večja tima, in sicer tim ambulate družinske medicine kot ožji tim (zdravnik, diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege), ki sodeluje s člani, ki sestavljajo širši tim (patronažna medicinska sestra, fizioterapevtka, laboratorijski tehnik, klinični farmacevt itn.), ter tim v Centru za krepitev zdravja, ki je povezan z delom v družinski medicini z vidika, ko so bolniki napoteni tja na obravnavo. Uvajajo se še Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter Centri za duševno zdravje odraslih, kjer bo sodelovanje med vsemi člani tima tudi izjemno pomembno.

Delo v timu je smiselno, kadar delovne naloge presegajo zmožnosti samo ene stroke ali posameznika v podjetju ali kadar naloga od članov zahteva razpršitev dela, tako da se za izpolnitev delovne naloge združijo različne spretnosti članov. Uporaba take oblike dela je smiselna tudi takrat, ko je potrebno zbiranje več idej in informacij. Najbolj učinkovit je t. i. interdisciplinarni tim. Zanj je značilno sodelovanje med člani in neposredno povezovanje več strokovnjakov. Komunikacija poteka v vodoravni smeri ter hkrati podpira posameznika in tim. Člani med sabo komunicirajo v »timskem« jeziku, ki presega strokovni jezik posamezne discipline in omogoča učinkovito dogovarjanje med člani. Vsak opravi svojo nalogo, ocene in mnenja pa prediskutira v timu, kjer oblikujejo skupno oceno in se odločijo za nadaljnja dejanja. Tim na eni strani ohranja delovno disciplino, na drugi strani pa spodbuja razvoj ter ustvarjalnost. Za uspeh tima je pomembno, da si člani vzajemno pomagajo, združujejo skupne moči pri doseganju istega cilja ter s svojo ustvarjalnostjo, talentom in znanjem spodbujajo nove ideje ter jih sprejemajo. Dober vodja bo spodbujal in usmerjal drugače mislečega člana tima ter hkrati pazil, da se drugi člani tima ne bi počutili ogrožene. Strokovni tim ne deluje dobro, če v skupini prevladujejo avtokratski odnosi, ker ni dovolj prostora za različnost mnenj. Pri tem ne gre le za neprimerno potrebo po moči in nadzoru vodje, temveč na nek način ugaja tudi tistim članom tima, ki bi se radi izognili odgovornosti; kolikor bolj vodja izkorišča svojo moč, toliko bolj se člani izogibajo odgovornosti in so manj iniciativni. Zrel strokovni tim deluje po principu osebne svobode in odgovornosti. Vsak je odgovoren za svoj del delovne naloge, vodja pa je organizator med člani tima (5).

Direktor zdravstvenega doma mora poskrbeti, da vsi timi in njihovi člani vidijo celotno vizijo, razumejo cilje, ovire, razpoložljive vire ter svojo vlogo. Njegova naloga je pomoč pri uresničevanju ciljev: odločanje, obvladovanje težav, spodbujanje odločitev in prilagajanje na spremembe. V primeru neustreznih notranjih procesov (npr. neproduktivnega reševanja konfliktov) vpelje potrebne spremembe. S svojim vedenjem in dejanji ustvarja ozračje, ki spodbuja zaželeno vedenje in uspešnost tima. V zunanjem okolju ustvarja povezave, predstavlja in zastopa različne time, zagotavlja sredstva za delovanje, preverja zunanje kazalnike učinkovitosti v timu ter skrbi za pretok informacij iz okolja. Dobro vodenje ljudi pa zahteva tudi poznavanje veščin motiviranja zaposlenih, organiziranja in delegiranja dela, komuniciranja ter reševanja konfliktov (6).

Zaključek

Znano je, da storitve, prilagojene potrebam bolnikov, povečajo tako zadovoljstvo kot uspešnost tima, saj je dosežen pogoj, da je potreba zadovoljena in s tem cilj dosežen. Prav tako je eden pomembnih dejavnikov stroškovna učinkovitost dela tima, saj so predvsem mlajši člani tima tisti, ki se občasno sprašujejo o gospodarnosti določenih procesov.

Tim bo učinkovito deloval, če bodo njegovi člani in njihove vloge dobro definirani ter medsebojni odnosi zavestno grajeni. Dober odnos je prepoznan tudi pri bolnikih in je v korist tako njim kot zdravstvenim delavcem. Celotnega procesa pa se je treba načrtno učiti, kar v Sloveniji še ni prepoznano kot potrebna entiteta v funkcioniranju timov oz. zdravstva.

Dober zdravstveni tim je celica dobro delujočega zdravstvenega sistema in obravnava bolnikov v prihodnje je pomembno soodvisna od tega.

Literatura

1. Dostopno na: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
2. Rawaf S, DeMaeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; S0140-6736(08)61524-X:1-3.
3. Švab I. Alma Ata 1978, Almaty 2008. *Zdrav Var* 2008; 47(4): 159–60.
4. Klančar D, Švab I, Kersnik J. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdrav Var* 2010; 49: 37–43.
5. Mayer J, Bečaj J, Knežević AN, Košir M, Kovač B, et al. *Skrivnost ustvarjalnega tima*. Ljubljana: Dedalus - Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin, 2001.
6. Koren A, *Teorija organizacij*. Ljubljana: Šola za ravnateljce, 2001.

Vodenje v stanovskih organizacijah

Danica Rotar Pavlič

Izveček

V uvodu podajam namen združevanja zdravnikov v stanovsko organizacijo. Sledi prikaz lastnosti, ki bi jih moral imeti vsak voditelj oziroma predsednik stanovske organizacije. V nadaljevanju povzamem dosežke, ki jih je v preteklem desetletju doseglo Združenje zdravnikov družinske medicine. V zadnjem delu predstavim ovire, s katerimi se lahko srečujejo vodje, in nanizam ključna sporočila.

Abstract

The author gives the purpose of uniting physicians into a professional organization in the introduction. She gives a short overview of the qualities that a leader or president of a professional organization should have. The next part gives a summary of the achievements of the Association of Family Physicians over the last decade. In the last part, the author presents the obstacles that the leader may face and summarize the key messages.

Uvod

Namen združevanja predstavnikov stroke v združenja, odbore in strokovne kolegije je v zagotavljanju večjega vpliva stroke na t. i. centre moči ter odločevalce. Pri tem ne gre zanemariti dolgoletne tradicije Slovenskega zdravniškega društva (SZD), ki je pravni naslednik in nadaljuje tradicijo Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, ustanovljenega

28. oktobra 1861. To se je 22. decembra 1862 preimenovalo v Društvo zdravnikov na Kranjskem, 2. novembra 1918 v Slovensko zdravniško društvo, 16. maja 1980 v Zvezo zdravniških društev – Slovensko zdravniško društvo in 18. oktobra 1996 na IX. kongresu v Zvezo društev – Slovensko zdravniško društvo (1). SZD je kot stanovska organizacija v času od ustanovitve prešla tudi številna težavnejša obdobja. To nas lahko opogumlja, da se ne vdamo in ne »vržemo puške v koruzo«, kadar se znajdemo pred novimi zahtevami in izzivi.

Lastnosti voditelja

Vodja stanovske organizacije ima veliko odgovornost, saj skupaj s svojo vodstveno ekipo neposredno ali posredno vpliva na številna področja dela. Skrbi za razvoj stroke, planiranje, načrtuje podiplomsko izobraževanje članov, skrbi za poslovanje in financiranje stanovske organizacije, upravlja z dejavniki tveganja ter spremlja profesionalnost in moralno-etično odgovornost članstva.

Vodja stanovske organizacije mora v prvi vrsti znati komunicirati, motivirati in voditi svoje člane. Odprt mora biti za spremembe ter se znati prilagajati. Z zavedanjem o svojih sposobnostih in veščinah oblikuje kulturo stanovske organizacije, zagotavlja razvoj ter vodi organizacijo k uspešnosti (2). Dober vodja dela v okviru statuta stanovske organizacije in ciljev, ki si jih ta zastavi v srednjeročnem in dolgoročnem obdobju. Poudarja timsko delo in ob tem upošteva vrednote stanovske organizacije, interese in želje članstva ter poudarja profesionalno ter moralno-etično odgovornost. Vodja lahko na ta način vpliva na delovanje celotne stanovske organizacije, posredno na celotno družinsko medicino ter prek uspešnosti delovanja stanovske organizacije na zadovoljstvo članstva. Dober vodja spodbuja druge, da delajo skupaj za doseganje skupnega cilja. Zavedati se mora, da sam ne more uspeti. Člani Združenja zdravnikov družinske medicine, s katerimi je povezan, so zelo pomembni, saj lahko s skupnim delom ustvarjajo uspešno stanovsko organizacijo.

Pri vodenju stanovske organizacije je zelo pomembno zavedanje celotnega vodstva, da uporabi primerne veščine vodenja. Na uspešnost delovanja vplivajo odnosi in vzdušje med članstvom. Vodja in njegovi sodelavci zbirajo informacije, pohvale in kritike ter s tem poskušajo ustvariti okolje, ki bi ustrezalo večini članstva.

Kaj je bilo v Združenju zdravnikov družinske medicine storjenega po letu 2010

Na pobudo ljubljanske in mariborske Katedre za družinsko medicino ter Združenja zdravnikov družinske medicine (ZZDM) so se 19. marca 2013 v Ljubljani zbrali vidni in vplivni predstavniki družinske medicine: predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravnikov družinske medicine, Zavoda za razvoj družinske medicine in sindikata PRAKTIK.UM. Namen prve skupne konference je bil preveriti uresničevanje ciljev iz dokumenta *Strategija družinske medicine*, ki pa uradno še danes ni potrjen oziroma je obtičal v predalih Ministrstva za zdravje (3).

Oblikovana je bila naslednja vizija družinske medicine: vzpostaviti je treba koordinacijo vseh ustanov in organizacij, ki zastopajo interese družinske medicine. Cilj te vizije je bil osnovanje Inštituta za družinsko medicino, ki bo enakovreden partner v zdravstvenem sistemu pri snovanju zdravstvene politike in sprejemanju strateških odločitev ZZZS. S tem bi družinska medicina pridobila tudi politično moč. Udeleženci sestanka so se dogovorili, da do ustanovitve inštituta njegove naloge prevzame Koordinativno telo družinske medicine, ki bo postopoma prevzemalo vlogo odločujočega in dejavnega subjekta v zdravstveni politiki.

Na tretji konferenci o razvoju družinske medicine je bil 8. januarja 2015 na podlagi pobude prve konference sprejet sklep o ustanovitvi Koordinacijskega telesa družinske medicine. Opredeljena je bila tudi vloga njegovih članov: vsak predstavnik ustanove ali organizacije družinske medicine, ki je bil vabljen na sestanek ali srečanje, ki se je nanašal na družinsko medicino, je mora to vnaprej sporočiti Koordinativnemu telesu, da pripravi enotno stališče. Vsak, ki se je udeležil sestanka ali srečanja na ZZZS ali Ministrstvu za zdravje, je moral Koordinativnemu telesu poslati poročilo. Na isti konferenci je bila ustanovljena delovna skupina, ki bi prek Zdravstvenega sveta Ministrstva za zdravje vodila nadaljnje postopke za ustanovitev Inštituta za družinsko medicino.

V preteklem petletnem obdobju je vodstvo ZZDM v javnosti ter na ZZZS in Ministrstvu za zdravje poudarjalo, da o delu družinskih zdravnikov neredko odločajo drugi zunaj naše stroke, čemur člani močno nasprotujejo. Izpostavilo je neustrezen model financiranja in predlagalo rešitve. Vodstvo in člani ZZDM so ob vsaki priložnosti opozarjali na nesprijetno obremenjevanje primarnega zdravstvenega varstva z administrativnimi

opravili ter predlagali, da to izvajajo druge službe – od upravnih enot do zaposlenih v pisarnah ZZS in NIJZ. Zavzemali so se za to, da bi bolniške staleže, ki jih »svetujejo« specialisti ginekologi – ti bolnice pošiljajo k izbranim zdravnikom zgolj zaradi staleža – izdajali v ginekoloških ambulantah. ZZDM je zagovarjalo stališče, da za tridnevno odsotnost z dela ni potreben obrazec osebnega zdravnika, ampak naj se delavec glede tega neposredno dogovori z delodajalcem, pri čemer pa to možnost lahko izkoristi samo dva- ali trikrat na leto. Opozarjalo je na neusklajene informacijske sisteme in nesprejemljivost večkratnega vnašanja enakih podatkov v različne programe. Predlagalo je razglasitev moratorija na kaznovanje zdravnikov s strani ZZS in inšpekcij (razen v primeru kaznivih dejanj). Predlagalo je, da naj bolniki medicinsko-tehnične pripomočke prevzemajo neposredno pri dobaviteljih in veletrgovcih, torej brez obiskov pri izbranih zdravnikih. ZZDM je tudi zahtevalo, da timu družinske medicine pripada za polni delovni čas zaposlena diplomirana medicinska sestra, ne pa, da mora ta delati v dveh timih za polovični delovni čas (4).

Ovire, s katerimi se lahko srečuje voditelj

Vodjem v svojem okolju žal velikokrat tudi ne uspe odigrati prave vloge, saj jim to preprečujejo številne ovire. Nekateri dejavniki se nanašajo na sodelavce in članstvo, ki od njih pričakujejo preveč, s čimer ustvarjajo nelagodje, nezadovoljstvo, zavist in odpor. Drugi mesto vodje vidijo kot prestiž, tretji ga opredeljujejo, češ da »tako ali tako nič ne dela, samo preklada papirje«, se izogiba odgovornosti in za vse skupaj prejema nagrade.

Vodstvene ovire se lahko pojavijo tudi na ravni samega vodje. Ni nujno, da ta spozna, da je v svoji poklicni karieri že dosegel vrhunec, da se je nehal učiti novih tehnik vodenja ali da sploh nikoli ni začeli razvijati svojih vodstvenih sposobnosti. Vodja morda nikoli ne pridobi povratnih informacij članov upravnega odbora, članstva in drugih stanovskih organizacij, zaradi pomanjkanja samozavesti in pozitivne naravnosti morda ne vključuje priporočila zaupanja vrednih svetovalcev in ne pridobi podpore drugih organizacij. Zato je prav, da vodja pred nastopom funkcije dokaže svoje uspehe pri vodenju projektov (5).

Zaključek

Številne teorije in modeli vplivajo tudi na vodstvene strategije stanovskih organizacij. Smernice za učinkovito vodenje bi se morale osredotočiti na dinamična razmerja med

vodstvenimi vrednotami, kulturo, zmožnostmi in organizacijskim kontekstom. Voditeljeva razvojna pot mora delovati znotraj te dinamike, pri čemer mora biti podprta z visoko stopnjo samozavesti ter timske in organizacijske zavesti (6).

Za uspešno uvajanje sprememb v družinski medicini je treba – tudi ob pomoči Združenja zdravnikov družinske medicine – opredeliti poslanstvo družinske medicine. Da bodo vodje v stanovskih organizacijah uspešno izvajali vse naloge, je potrebno poznavanje vloge vodilnih, zagotavljanje dobrega vzdušja med članstvom in plačil za opravljeno delo v stanovski organizaciji ter varovanje pravic članstva.

Literatura

1. Statut Zveze društev-Slovensko zdravniško društvo, 2014. Dosegljivo na: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.szi.si%2Fdocs%2Fzdruzenje%2FStatut.pdf&clen=459963&chunk=true>
2. Štefan I. Vodenje v 21. stoletju. Revija za univerzalno odličnost. 2019; 8(4): 374–393.
3. Pašič K (urednik). Desetletje družinske medicine : kronika razvoja družinske medicine v Sloveniji v letih 2005–2015. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2016: 115 str.
4. Rotar-Pavlič D. Poročilo o delu Združenja zdravnikov družinske medicine pri SZD v mandatu 2018–2021, poziv k predlaganju članov novega izvršnega odbora in vabilo na volitve. Družinska medicina. 2021; 18(4): 5.
5. How to Talk With Respect Toward Your Employees. Dostopno na: <https://smallbusiness.chron.com/talk-respect-toward-employees-23237.html>
6. Al-Sawai A. Leadership of healthcare professionals: where do we stand? Oman Med J. 2013; 28(4): 285–287. doi:10.5001/omj.2013.79

Zakaj nočemo voditi

Eva Cedilnik Gorup

Povzetek

Zdravniki neradi prevzemamo vodstvene položaje, vendar je vključevanje v vodenje zdravstvenih organizacij pomembno za številne kazalnike kakovosti ter izide bolnikov, pa tudi delovanja organizacij in tima. Ovire za vodenje izvirajo predvsem iz razmaka med klasičnim arhetipom voditelja ter našim videnjem naših lastnosti. Vendar so lastnosti in značilnosti, ki opredeljujejo dobrega zdravnika družinske medicine, lahko prednosti pri vodenju zdravstvenih timov. Pomagajo nam predvsem dobre komunikacijske lastnosti, razumevanje prioritet naših timov ter sodelovanje in medsebojna pomoč v njih. Pomembno pa je tudi, da najdemo osrednje vrednote – vizijo našega tima oziroma timov, s čimer vsi njihovi člani najbudo motivacijo ter spodbudo za nadaljnje sodelovanje in delo.

Abstract

Doctors are reluctant to accept leadership, though evidence shows that participation of physicians in healthcare organizations leadership and leadership clarity contribute to several important quality indicators, including patient and staff outcomes. Barriers to leadership often arise from the differences between the classical archetype of a leader and our view of our own abilities. But the characteristics and skills that are required for a good family medicine physicians can be important advantage in leading healthcare teams. We are helped by our communication skills, understanding our team members priorities, and collaboration within teams. It is important to find core values and vision for our team and ourselves, which gives us motivation and encouragement to achieve what matters to us.

Uvod

Zdravniki ne vodijo radi. Peter Lees v svojem članku iz leta 2016 piše, da vodstvo v medicini ni niti spoštovano niti priljubljeno. Zdravniki na vodstvenih položajih imajo pogosto občutek, da jih kolegi ne podpirajo. Pa tudi sicer se zdravniki na splošno izogibajo sodelovanju v vodstvenih strukturah. Vendar to ni dobro za bolnike, saj izsledki raziskav kažejo, da vključevanje zdravnikov v organizacijske in vodstvene strukture izboljša izide za bolnike (večina dokazov je sicer iz bolnišnic); (1).

Zakaj zdravniki neradi vodijo ali sodelujejo pri vodenju? So vzrok za to naše predstave o tem, kaj je vodenje in kakšen je oziroma bi moral biti vodja? Ali se zavedamo, da vključevanje v vodenje in odločanje lahko pomeni ključni korak, kadar želimo doseči pomembne spremembe?

Vodja, ki to ne želi biti ('The reluctant leader')

Vloga vodje za zdravnike pogosto ni privlačna. Ko opazujejo kolegice in kolege, ki se udeležujejo na voditeljskem in zdravniškem področju hkrati, vidijo predvsem obremenitve ter pomanjkanje časa, virov in zaupanja v vodstvo. Pogosto ne želijo opustiti svojega poslanstva zaradi vodenja, temveč bi kvečjemu oboje kombinirali ter vodili kot del tima. Za to pa potrebujejo pomoč in podporo kolegov ter menedžmenta (2).

Strah pred vodenjem nikakor ni značilen samo za zdravnike, saj številni popularni poslovni viri govorijo o nepripravljenosti zaposlenih za vodenje. Vodja, ki to ne želi biti, je po teh virih oseba, za katero je poslanstvo organizacije pomembno ter je goreče zavzeta za izboljšanje dela in doseganje ciljev. Pogosto vidi višje cilje za splošno dobro, ki jim je pripravljena služiti, hkrati pa sebe ne vidi na vodstvenem položaju ali kot vodje drugih (3). Njena odločitev, da ne želi voditi, je pogosto nezavedna; toda ko jo opazujemo, vidimo, da marsikdaj že vodi, zavedno ali ne, morda na kakem omejenem področju ali na projektu, ki ji veliko pomeni (4).

Toda zakaj je tako? Ljudje pogosto navajajo strah, kar je naravno čustvo, kadar se premaknemo iz svojega območja udobja. Priložnosti za vodenje pogosto niti ne opazimo in spregledamo področja, kjer bi lahko imeli vpliv na izboljšanje razmer. Tudi če razmišljamo o vodenju, želimo počakati, da bomo imeli več znanja, več izkušenj ... in se seveda bojimo, da nam ne bo uspelo, še zlasti, če smo že kdaj doživeli kak poraz (5).

Thang in sodelavci so izvedli na stotine pogovorov z delavci, študenti poslovnih programov, menedžerji in njihovimi zaposlenimi. Oblikovali so tri skupine tveganj, ki odvrčajo ljudi od tega, da bi prevzeli vodstveni položaj.

V prvi skupini so medosebna tveganja. Ljudje se bojijo, da bi vodenje poslabšalo njihove odnose s kolegi. To je bila ena najbolj konzistentnih tem, ki so jih raziskovalci identificirali.

V drugi skupini so tveganja, povezana s samopodobo. Prevladuje skrb, da bi si ljudje, ki jih vodimo, zaradi našega vodenja slabše mislili o nas. Ne želimo namreč dajati videza vsevednosti ali agresivnosti.

V tretji skupini je tveganje, da bi nas krivili za skupne poraze (6).

V nekaterih panogah so raziskovalci ugotavljali, da visoko izobraženi delavci vidijo vodstvo kot hierarhično in ne sodelujoče ter se bojijo, da bodo s prevzemom vodstvenega položaja izgubili stik s svojim poklicem. Hkrati pa imajo občutek, da je zaradi obstoječih struktur nemogoče voditi in kaj doseči. Zdravstvo kot panoga je hiper-regulirano in sistemsko rigidno. Programske zahteve, medpoklicna razhajanja in birokratske zahteve so glavne ovire za vodenje ter doseganje sprememb (7, 8).

Posebno vlogo pri ovirah za prevzemanje vodstvenega položaja pomeni spol. Rochonova in sodelavci ugotavljajo, da je na vodstvenih položajih v medicini nesorazmerno malo žensk, za kar verjetno obstajajo številni razlogi. Eden izmed njih so pričakovanja sodelavcev, družine in okolice ter tudi žensk samih glede njihove vloge v družbi. Če se ta pričakovanja ne skladajo z vodenjem, se ženske vodilnim položajem pogosto izogibajo. Ostati želijo na svojem trenutnem položaju in se osredotočiti na svoje delo, ne čutijo se sposobne za vodenje, ohraniti želijo boljše razmerje med delom in prostim oziroma družini namenjenim časom (9).

Neka mednarodna raziskava je obravnavala ovire pri vodenju, s katerimi se srečujejo ženske po vsem svetu. Ne glede na starost ali državo izvora so kot glavne ovire navajale pomanjkanje mentorstva, težave z uravnavanjem ravnotežja med domom in delom, predsodke zaradi ženskega spola in pomanjkanje samozaupanja (10).

Po ugotovitvah Alice Eagly in Stevena Karauja ljudje vidijo neskladje med konceptom vodstvene vloge in tem, kar pojmujejo kot žensko spolno vlogo. Zaradi tega ženske pogosto presojujejo kot manj primerne za vodstvene vloge; ostreje pa sodijo tudi vedenje, povezano z vodenjem, kadar vodstveni položaj zaseda ženska. Zaradi tega je ženskam

težje doseči vodstveni položaj, kadar pa ga dosežejo, jih drugi sodijo strožje kot moške (11).

Obstajajo še drugi predsodki, ki so lahko ovira na poti k vodenju za številne ljudi – proti drugemu kulturnemu okolju, verski pripadnosti, spolni orientaciji, barvi kože. Delovno okolje take predsodke lahko podpira nezavedno ali pa tudi namerno. Kot družinski zdravniki in mentorji bodočih potencialnih vodij se moramo zavedati svojih predsodkov in jih dejavno odvracati od sebe. Reprezentativnost je zelo pomembna – ne zaradi lepšega, temveč zato, ker nam sodelovanje različnih skupin omogoča reševanje problemov in iskanje novih rešitev iz drugih in drugačnih zornih kotov. V skupnostih, ki so tradicionalno močno patriarhalne, je sodelovanje žensk pri vodenju izboljšalo indekse, kot sta neonatalna umrljivost in poraba za zdravstvo, izboljšal pa se je tudi dostop do izobraževanja in boljše zaposlitve za deklice (9). Zato paradigma vodenja, ki si prizadeva za diverzitetu, vodi ne samo k izboljšanju položaja marginaliziranih skupin, ki s tem pridobijo možnost zagovarjanja svojih interesov, temveč tudi k dobrobiti za splošno populacijo, ki pridobi zaradi svežih pristopov k reševanju dolgotrajnih, težko rešljivih problemov (12, 13).

Naša prepričanja o vodenju

Na našo nepripravljenost za vodenje brez dvoma vplivajo naše predstave o tem, kakšen naj bi bil vodja. Te so marsikdaj nezavedne in neubesedene. Ljudje pogosto ne želimo, da bi nas drugi videli kot ukazovalne ali gospodovalne. Morda želimo biti del tima ter mislimo, da empatija, sposobnost poslušanja in sposobnost opolnomočiti druge ljudi niso dobre ali pomembne lastnosti za voditelja. Toda ali to res drži?

Pugno je že leta 1999 objavil seznam lastnosti, ki naj bi jih imel zdravnik kot voditelj na področju družinske medicine. Te so:

- široka perspektiva o zdravstveni oskrbi, vključno s populacijskimi in preventivnimi strategijami,
- visoka toleranca za negotovost, pripravljenost na sprejemanje odločitev na podlagi nepopolnih informacij,
- odlične komunikacijske veščine in široko znanje o človeškem vedenju,
- veščine dela s posamezniki in skupinami ter obenem vedenje, kako voditi in kako biti del tima,

- odlične veščine pri pridobivanju in upravljanju virov, pa tudi kreativnost za razvoj novih virov,
- pripravljenost potrpeti za doseg ciljev in dolgoročno načrtovati za prihodnost,
- poštenost do samega sebe, da bi si znal priznati, kdaj potrebuje pomoč ter nasvet drugih z bolj specifičnim znanjem in veščinami.

Ta seznam deluje zastrašujoče, toda že sam avtor je zapisal, da so lastnosti dobrega voditelja pravzaprav že lastnosti, ki jih značilno imajo osebe, ki se odločijo za družinsko medicino (14).

Zakaj je lahko dobro, da ne želimo voditi

Je do neke mere dobro, če kdo nerad prevzame vodstveno vlogo? Morda ne mislimo tako, ker se nam zdi, da nepripravljenost za vodenje ne ustreza prototipu voditelja v naših predstavah. Tradicionalni arhetip voditelja je odločen, ekstrovertiran, karizmatičen, zato marsikdo najbrž niti ne pomisli na to, da bi postal voditelj. Toda raziskava London's Cass Business School iz leta 2014 je ugotovila, da so vodje, ki so neradi prevzeli ta položaj, bolj ši pri krmarjenju med različnimi interesi v timu ter pri ohranjanju nadzora in hkratnem spodbujanju avtonomije. Ker so bili prej del tima, se sodelavcem njihovo voditeljstvo zdi bolj legitimno. Podobno velja za ženske, ki se včasih ne vidijo kot voditeljice; ko pa zasedejo vodstveni položaj, jih drugi cenijo zaradi skromnosti in sodelovalnosti (15).

Ljudje, ki neradi vodijo, pogosto prevzamejo vodstveni položaj zaradi višjega cilja, ne pa zaradi njihove osebne dobrobiti – bolj jih zanimajo koristi skupnosti (tima, organizacije, cilja) kakor lastna korist. Zato pogosto vodijo po principih t. i. uslužnostnega vodenja. Zavedajo se svojih lastnih omejitev – po navadi je to eden od vzrokov, zakaj sprva niso želeli prevzeti vodenja. To jim omogoča, da ohranijo svojo empatijo in sposobnost poslušanja. Prav tako jih lahko spodbudi, da se posvetijo nadaljnjemu razvijanju svojih voditeljskih sposobnosti in spodbujanju razvoja drugih članov tima (16).

V zdravstvu in tudi na številnih drugih področjih pogosto vodimo svoje kolege – profesionalno sebi enake ljudi. Tudi v teh primerih so pogosto bolj cenjeni voditelji, za katere se ve, da so neradi prevzeli vodstveno funkcijo. Ljudje, ki sebe vidijo kot inteligentne eksperte na svojem področju, raje sprejmejo avtoriteto nekoga, za katerega menijo, da ra-

zume njihovo delo in ovire, ki jih pri delu premagujejo. Za voditelja tako želijo in ga vidijo kot odličnega strokovnjaka na svojem področju. Od njega pričakujejo, da jim ne bo ukazoval, temveč bo ohranil avtonomijo ob tem, ko bo nadzoroval dogajanje. Vsi razumemo, kako pomembna sta usklajenost in sodelovanje, kar tak vodja omogoča. Učinkovite voditelje cenimo tudi zaradi sposobnosti vodenja medčloveških odnosov, če jih le lahko vidimo kot apolitične in nemanipulativne (17).

Kolektivno vodenje in sodelovanje tima pri vodenju

V zdravstvu se vodenje razlikuje od klasičnih arhetipov, ki preprečujejo, da bi sami sebe ali svoje specializante videli kot bodoče voditelje. Raziskave kažejo, da delitev vodenja v timu napoveduje njegovo večjo učinkovitost. To ne pomeni, da tim nima točno določenega vodje; prav jasna dodelitev vodstvene vloge enemu od članov tima namreč omogoča, da vsi člani gladko prevzamejo vlogo in odgovornosti vodje, kadar je njihovo ekspertno področje relevantno.

Za kulturo kolektivnega vodenja je značilno deljeno vodenje – nenehno spreminjanje vlog med vodenjem in sledenjem glede na nalogo, ki jo je treba opraviti, ali ob razvoju situacije. Tako se premaknemo od osredotočanja na razvoj posameznih vodij k razvoju voditeljstva – sposobnosti skupin ter organizacij za vodenje deljenega in kolektivnega procesa. Še vedno je potrebna formalna hierarhija z določenimi položajnimi vlogami, toda nihanje moči je odvisno od situacije in tega, kdo ima v vsakem trenutku potrebno strokovno znanje (18).

Zakaj bi se torej vseeno morali odločiti za vodenje

Kot zdravstveni delavci že imamo številne veščine, ki naj bi jih imel voditelj v zdravstvenem okolju: smo strokovnjaki v sporazumevanju; vsak dan se srečujemo z iskanjem in razumevanjem zgodb ljudi okoli sebe ter z razumevanjem, kaj jim je pomembno; večči smo motivacijskega intervjuja; vodimo svoje bolnike in svoje time. Vendar pa nam trening, učenje in poučevanje o vodenju lahko pomaga, da vodimo na način, ki je konzistenten s tem, kdo smo, ne pa samo s tem, kaj želimo doseči.

Klasični arhetip voditelja predstavlja kot junaka, ki stoji sam, ščiti druge in pri tem tvega samega sebe ter nikoli ne dela napak. Vendar naši timi ne potrebujejo takih vodite-

ljev. Potrebujemo voditelje, ki namenoma ne ustrezajo tem stereotipom. Potrebujemo voditelje, ki se ne bojijo pokazati šibkosti ali poiskati pomoči pri drugih. Ranljivost je prednost, ne šibkost – še zlasti, če nas spodbudi, da smo bolj vključujoči, in če zaradi tega prepoznamo ne samo svojo lastno potrebo po počitku ter novi energiji, temveč jo prepoznamo tudi pri drugih članih tima (19).

Preprost ter intuitiven model vodenja in potrebnih veščin je sestavljen iz treh domen – strateške, operativne in medosebne. Lahko jih razumemo kot veščine razmišljanja, menedžmenta in medosebnih odnosov – ali še bolj preprosto kot tris možganov, rok in srca. Bistvo vodenja je doseganje sprememb, zato za učinkovito vodenje potrebujemo vse tri domene. Posamezniki so močnejši v različnih domenah. Odkriti moramo, v kateri izmed njih smo najboljši, in razvijati svoje veščine na področjih, ki so sorodna tem. Pri tem si lahko pomagamo tudi s psihometričnimi orodji, ki nam pokažejo, katere so naše najmočnejše domene in v katerih vlogah nam gre najbolje. Toda ne glede na to ne moremo biti enako močni v vseh treh domenah. In prav tu je pomemben naš tim.

Popolne time sestavljajo nepopolni ljudje. Svoje omejitve lahko vidimo kot priložnosti. Člani tima nas lahko dopolnjujejo, kjer smo šibki, toda za to moramo biti ne samo pošteni do sebe in drugih članov tima, temveč jih moramo tudi spodbujati k sodelovanju ter jim omogočati osebno in strokovno rast ter razvoj. Zato lahko razumemo pomen raznolikosti članov tima in ciljev ter vrednost in pomen negovanja rasti drugih članov tima (20).

V končni fazi voditeljstvo ni nekaj, kar človek je, temveč tisto, kar delamo, da dosežemo skupne cilje.

Motivacija za vodenje: vodenje z vizijo

Kako najti motivacijo za vodenje? Obstajajo jasni dokazi o povezavi med vodenjem in številnimi pomembnimi izidi v zdravstvenih okoljih, vključno z zadovoljstvom bolnikov in njihovo umrljivostjo, s finančnimi rezultati organizacije, dobrim počutjem, vključevanjem, fluktuacijo in absentizmom osebja ter celotno kakovostjo oskrbe. Jasno določene vodstvene vloge so povezane z jasnimi cilji tima, s sodelovanjem posameznih članov in podporo inovacijam (18).

- Voditeljstvo je najpomembnejše,
- kadar se moramo vprašati, ali delamo prave stvari (ne pa samo stare stvari pravilno);
 - kadar problema, s katerim se soočamo, ne moremo rešiti s tehničnim popravkom, temveč se moramo spremembi prilagoditi;
 - kadar pri iskanju novih idej ali inovacij pri delu potrebujemo sodelovanje zaposlenih (20).

Pri tem nam pomaga jasna vizija: opomni nas, zakaj je to, kar delamo, pomembno, in kaj želimo s svojim delom doseči. Omogoči nam, da gremo v pravo smer in dosežemo tisto, kar nam je najpomembnejše.

Kot voditelji moramo torej svoji skupnosti pomagati najti osrednje vrednote, ki so nam pomembne. Ko jih poznamo, lahko ugotovimo, v katero smer moramo iti, ter razčistimo svoje cilje in strategije. Če teh osrednjih vrednot ali vizije nimamo, tvegamo, da bo naše delo izgubilo stik s tistim, za kar si najbolj prizadevamo.

Vizija je pomembna, ker nas povezuje z nekim višjim ciljem. Ne sme biti preveč natančno specificirana – odpreti nam mora različne možnosti, ne pa nas omejevati. O njej se moramo dovolj pogosto pogovarjati, da nam v timu ohranja motivacijo; in periodično moramo preverjati, ali še zmeraj delamo tisto, kar je prav.

Ni treba, da smo kot vodje sami vizionarji. Morda je pomembnejše to, da smo sposobni spodbuditi razpravo ter sodelovati pri prečiščevanju, kaj člani tima in organizacije čutijo, da je njihov cilj – njihov »zakaj«. S tem jim omogočimo, da te osrednje vrednote posvojijo, v njih najdejo motivacijo in z njimi v mislih sodelujejo. Občutek, da delamo nekaj, kar ima smisel in je pomembno za nas in za družbo, nas motivira za nadaljnje delo.

Literatura

1. Lees P. Clinical leadership – are clinicians up for it? Clin Med 2016; 16: 5–6.
2. Wilson K. Why are doctors so reluctant to be leaders in the NHS? The Guardian, September 2014. Spletni vir: <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2014/sep/01/nhs-leadership-doctors-reluctant-manage-lead>
Dostopano 8. 8. 2021

3. Spletni vir: <https://www.leadershipqa.com/what-is-a-reluctant-leader/> Dostopano 8. 8. 2021.
4. Winston JM. How to identify and prepare leaders that are reluctant. *Forbes* 2017. Spletni vir: https://www.forbes.com/sites/forbescoachescouncil/2017/06/22/how-to-identify-and-prepare-leaders-who-are-reluctant/?sh=4c5dfaca4864_Dostopano 8. 8. 2021.
5. Spletni vir: <https://www.lollydaskal.com/leadership/7-ways-to-lead-people-who-dont-want-to-lead/> Dostopano 8. 8. 2021.
6. Thang C, Nahrgang JD, Ashford SJ, DeRue DS. Why capable people are reluctant to lead. *Harvard Business Review* 2020. Spletni vir: <https://hbr.org/2020/12/why-capable-people-are-reluctant-to-lead>. Dostopano 8. 8. 2021.
7. Gleeson D, Knights D. Reluctant leaders: an analysis of middle managers' perceptions of leadership in further education in England. *Leadership* 2008; 4(1): 49–72.
8. Martin GP, Waring J. Leading from the middle: constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations. *Health* 2021; 17(4): 358–374.
9. Rochon P, Davidoff F, Levinson W. Women in academic medicine leadership: has anything changed in 25 years? *Acad Med* 2016; 91(8): 1053–1056.
10. Moyer CA, Abedini NC, Youngblood J, Talib Z, Jayaraman T, Manzoor M, et al. Advancing Women Leaders in Global Health: Getting to Solutions. *Ann Glob Health*. 2018; 84(4): 743–752.
11. Eagly AH, Karau SJ. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychological Review* 2002; 109(3): 573–598.
12. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med* 2014; 89(8): 1103–1107.
13. Perez, CC: *Invisible women: Exposing Data Bias in a World Designed for Men*. Chatto&Windus; London, 2019.
14. Pugno, PA. The ideal physician leader: a family physician. *Fam Pract Manag* 1999; 6(7): 8.
15. Walker S. The Eisenhower Code: happy to serve, reluctant to lead. *The Wall Street Journal* 2018.
16. Megumi Miki. Reluctant leaders may be your best leaders. 21. 2. 2019 Spletni vir: <https://www.megumimiki.com/blog/reluctant-leaders-may-be-your-best-leaders> Dostopano 8. 8. 2021.
17. Stern S. What makes people follow reluctant leaders? *Harvard Business Review* 2014. Spletni vir: <https://hbr.org/2014/06/what-makes-people-follow-reluctant-leaders> Dostopano 8. 8. 2021.
18. West M, Armit K, Loewenthal L, Eckert R, West T, Lee A. *Leadership and leadership development in health care: the evidence base*. London, Faculty of Medical Leadership and Management 2015.
19. Sheikh K, Kar P. Heroes and Kryptonite. *BMJ Leader* 2021.
20. Rughani A, Bircher J. *The Leadership Hike*. CRC Press, Boca Raton and Oxon, 2020.

Vodenje učnega procesa: ustvarjanje kurikulumuma

Marija Petek Šter

Izvleček

Ustvarjanje medicinskega kurikulumuma je eden temeljnih elementov v vodenju učnega procesa. Ta poleg poznavanja teoretičnih konceptov izobraževanja odraslih zahteva tudi izkušnje s poučevanjem odraslih in poznavanje vsebine poučevanja – v našem primeru klinično kompetentnost ter poznavanje edukativnih potreb populacije, ki jo poučujemo.

V prispevku sta predstavljeni oblikovanje in vrednotenje medicinskega kurikulumuma. Uporabljen je primer, s pomočjo katerega so teoretična izhodišča predstavljena s praktičnim prikazom.

Ključne besede: Medicinski kurikulum, oblikovanje, implementacija, evalvacija

Abstract

One of the fundamental elements in leading the learning process is the creation of a medical curriculum. The process requires, in addition to knowledge of theoretical concepts of adult education, experience in teaching adults, knowledge of the content of teaching; in our case, clinical competence and knowledge of the educational needs of the population we teach.

The paper will present the design and evaluation of the medical curriculum. We are going to present the theoretical starting points with a practical presentation.

Key words: Medical curriculum, design, implementation, evaluation

Uvod

Učni načrt pomeni izražanje izobraževalnih idej v praksi. Beseda *kurikulum* izvira iz latinske besede za progo oziroma dirkališče. Učni načrt obstaja na treh ravneh: kaj je predvideno, da bomo študente učili, kaj smo jih resnično učili in kako ti dejansko sprejemajo posredovane vsebine.

Zelo pomemben člen v učinkovitem poučevanju so klinični učitelji, tj. naši mentorji, ki za ta namen potrebujejo znanje in veščine ter ustrezna stališča (1).

Kot odgovorni za izvajanje dodiplomskega pouka in specializacije poskušamo prepoznati učne potrebe študentov, specializantov in mentorjev, saj so podlaga za oblikovanje kurikuluma (2).

V sodobnem medicinskem izobraževanju velja, da bi moral učni načrt doseči »simbiozo« z zdravstvenim sistemom in okoljem, v katerem bo študent pozneje deloval. Temeljni cilj kurikuluma je torej izboljšati zdravstveno obravnavo.

Učni načrt ima vsaj štiri pomembne elemente: vsebino, metode poučevanja in učenja, metode ocenjevanja ter vrednotenje kurikuluma samega (3).

V prispevku je predstavljeno, kako nastane sodoben medicinski kurikulum in kako ga ovrednotimo. Pri tem je uporabljen primer delavnice za poučevanje o težavnem študentu (4).

Nastajanje medicinskega kurikuluma

Obstaja več modelov nastajanja medicinskega kurikuluma. Zanimiva je objektivna metoda, ki sledi (že prej omenjenim) štirim stopnjam v nastajanju kurikuluma, ki so: vsebina (namen in cilji), metode poučevanja in učenja, metode ocenjevanja ter vrednotenje kurikuluma samega.

Odgovoriti moramo na naslednja štiri vprašanja:

1. Kakšen edukativni namen želimo doseči s kurikulumom?
2. Kako lahko dosežemo ta namen?
3. Kako naj bo organizirano izobraževanje, da bomo dosegli namen?
4. Kako vemo, da smo namen res dosegli?

Podlaga za oblikovanje so potrebe udeležencev, ki se delijo na potrebe po znanju, veščinah in stališčih. Ob tem pa ne smemo pozabiti na osebne izobraževalne potrebe posa-

meznika, ki jih lahko razberemo iz razgovora (oziroma z anketiranjem) s potencialnimi udeleženci našega izobraževanja.

Pričakovani rezultati učnega procesa (znanje, veščine, stališča) so podlaga za vsebino kurikulumoma, metode učenja in poučevanja, ocenjevanje in evalvacijo kurikulumoma.

1. Kakšen edukativni namen želimo doseči s kurikulumom?

Odločili smo se, da pripravimo delavnico za mentorje, s katero želimo udeležencem predstaviti, kako pomagati težavnemu študentu ali specializantu. Na potrebo po takem izobraževanju so nas opozorili mentorji sami, pobuda pa je prišla tudi s strani koordinatorjev specializacije, ki so opazili, da težave specializantov niso vedno pravočasno prepoznane in ustrezno rešene.

Cilji so:

- spoznati vzroke, ki privedejo do opredelitve težavnega učenca (znanje),*
- seznaniti se z različnimi načini vedenja, ki jih uporabljajo težavni učenci (znanje),*
- naučiti se, kako lahko pomagamo težavnemu učencu (veščine),*
- zavedati se, da vseh težav ne moremo rešiti (stališče).*

Že v zvezi z edukativnim namenom smo omenili, da želimo izobraževati mentorje študentov in specializantov družinske medicine; ker pa gre za področje, ki je univerzalno, bi bil kurikulum z manjšimi predelavami primeren tudi za izobraževanje na drugih področjih izobraževanja v zdravstvu.

Zavedati se moramo, da so mentorji ljudje z znanjem in izkušnjami na kliničnem področju in v vodenju ambulante, nekateri pa imajo nekoliko manj znanja in izkušenj na področju edukacije in vodenja učnega procesa v ambulanti. Ta primanjkljaj se pokaže predvsem takrat, ko se pojavijo težave, ki jih je treba pravočasno prepoznati in začeti reševati.

2. Kako lahko dosežemo ta namen?

Mentorji so odrasli učenci in se bodo delavnice udeležili zato, da bodo dobili usmeritve za reševanje problemov, s katerimi se srečujejo. To pomeni, da mora biti izobraževanja usmerjeno v pridobivanje

praktičnih veščin ter oblikovanje ustreznih stališč; teoretično osnove morajo biti zajete le v tolikšni meri, da bodo udeleženci razumeli, zakaj so posamezne veščine in stališča pomembni.

Metode so lahko naslednje:

- študij literature (pred delavnico vsi udeleženci prejmejo učno gradivo na obravnavano temo),*
- kratko uvodno teoretično predavanje (povzetek tega, kar je sicer predstavljeno v zborniku, izpostavitev pomembnih dejstev, ki služijo za okvir nadaljnjega dela),*
- možganska vihra (udeleženci predstavijo svoje izkušnje s težavnimi učenci, na kakšne ovire so pri tem naleteli in kako so jih reševali ...),*
- delo v manjših skupinah (ob pomoči vinjet oziroma primerov, ki jih predstavijo udeleženci, sledimo teoretičnim izhodiščem v reševanju praktičnih primerov),*
- plenarna razprava s sklepi (v njih povzamemo praktične izkušnje ter preverimo, kaj so udeleženci pridobili in kje so še priložnosti za dodatno izobraževanje).*

Organizacija izobraževanja je odvisna od namena in uporabljenih metod. Če smo se odločili za obliko delavnice – torej metodo, ki podpira interaktivnost –, se moramo zavezati, da jo lahko organiziramo za razmeroma maloštevilno skupino udeležencev, pri čemer potrebujemo sorazmerno veliko število učiteljev oz. moderatorjev.

3. Kako naj bo organizirano izobraževanje, da bomo dosegli namen?

Naše izobraževanje bo potekalo večinoma v obliki dela v manjših skupinah. Predvidevamo, da bodo med udeleženci razlike v stališčih in izkušnjah, saj prihajajo iz okolij, ki različno podpirajo in spodbujajo mentorstvo, oziroma so obremenjeni z dnevno rutino.

V poteku izobraževanja moramo poskrbeti, da se bodo udeleženci dobro počutili ter imeli dovolj možnosti in časa za neformalno izmenjavo izkušenj (nekaterim je nerodno svoje težave izpostaviti pred celotno skupino, v individualnem razgovoru pa jim je to bistveno lažje).

Udeleženci ne smejo dobiti občutka, da je izobraževanje samemu sebi namen in ne prinaša pričakovane praktične uporabnosti.

Po koncu vsakega izobraževanja mora slediti evalvacija. Njen namen je preveriti, do kakšne mere so bili doseženi namen in cilji. To je predvsem pomembno v primerih, ko gre za izobraževanja, s katerimi nameravamo nadaljevati.

V evalvaciji naj bo poleg določitve stopnje, do katere so bili izpolnjeni posamezni cilji – to običajno ovrednotimo številčno –, tudi možnost za komentarje, v katerih nam udeleženci pogosto povedo, kaj smo morda spregledali, oziroma nam podajo predloge za izboljšave.

4. Kako vemo, da smo namen res dosegli?

Evalvacija je lahko usmerjena v:

- preverjanje znanja, veščin in stališč ter s tem v doseganje objektivnih ciljev, ki smo jih postavili na začetku,
- merjenje zadovoljstva udeležencev z delavnico.

Evalvacija delavnice za mentorje, kjer preverjanje znanja ni v ospredju, običajno ne vključuje pisnega testa, kljub temu pa z metodo podajanje povratne informacije (npr. v sklopu igre vlog) lahko preverimo sposobnost prepoznave in reševanja konkretnih problemov. Med razgovorom z udeleženci obenem zaznamo tudi njihova stališča do problema.

Pridobivanje povratne informacije o zadovoljstvu udeležencev ob koncu delavnice lahko poteka na različne načine, ki jih med seboj lahko kombiniramo:

- ustno (običajno majhen odziv udeležencev, ker se ne želijo izpostavljati in potrebujejo čas za refleksijo; dobra metoda za preverjanje stališč),
- z anketnim vprašalnikom v papirni obliki ob koncu delavnice (dober odziv, objektivnost v primeru preverjanja znanja, pristranskost z všečnimi odgovori, manj komentarjev, več dela z analizo),
- z elektronsko anketo po koncu delavnice (slabši odziv; izpolnijo jo bolj motivirani udeleženci z oblikovanim mnenjem v pozitivno ali negativno smer; več komentarjev, pristranskost, če gre za test znanja; lažja obdelava).

Naloga snovalcev kurikuluma je, da skrbno pregledajo komentarje udeležencev in na tej podlagi ocenijo doseganje postavljenih učnih ciljev. Obenem se odločijo, ali bi konkretni predlogi lahko prispevali k izboljšanju kurikuluma in jih vključijo v naslednjo različico.

Zaključek

Izdelava kurikulumuma je proces, ki zahteva teoretično znanje, izkušnje s poučevanjem, poznavanje populacije, ki jo učimo, pripravljenost na konstruktivno kritiko in zavezanost k nenehnemu izboljševanju.

Razvojni programi fakultet in prihodnje raziskave bi se morali osredotočiti na razvoj nekomunikativnih lastnosti kliničnih učiteljev ter na znanje in spretnosti, povezane z učinkovitim poučevanjem.

Temeljni vodili pri vpeljavi sprememb morata biti dosledno sledenje namenu kurikulumuma in izpolnitev učnih ciljev, ne pa zgolj doseganje vsečnosti pri udeležencih.

Literatura

1. Sutkin G, Wagner E, Harris, Schiffer R. What Makes a Good Clinical Teacher in Medicine? A Review of the Literature. *Acad Med.* 2008; 83: 452–466.
2. Dodd BJ. Curriculum Design Processes. In J. K. McDonald & R. E. West, *Design for Learning: Principles, Processes, and Praxis*. EdTech Books, 2020. Dosegljivo na: https://edtechbooks.org/id/curriculum_design_process. Dostop 26. 7. 2021.
3. Prideaux D. *ABC of learning and teaching in medicine* Curriculum design. *BMJ*, 2003; 326: 268–70.
4. Vrtič T (ur). 10. Učna delavnica za mentorje v družinski medicini. Poučevanje težavnih študentov. Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Maribor; 2021: 1–28 (v tisku).

Vodenje v kurikulumu družinske medicine

Pregled literature in pouk vodenja v novem kurikulumu Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Vesna Homar

Izveček

Veščine vodenja in sodelovanja spadajo med temeljne kompetence zdravnika družinske medicine in so nujno potrebne za vsakdanje delo. Sodobni študijski načrti vključujejo vodstvene veščine v pouk na dodiplomski in specialistični stopnji študija družinske medicine.

Za pouk vodenja se priporoča, da se začne že v prvih letnikih študija. Tako imajo študenti možnost na klinični praksi opazovati odnose v timih in se postopoma tudi vključevati vanje. Študenti morajo spoznati upravljanje z zdravstvenim in drugimi sistemi v dobrobit bolnika. Te usmeritve v večji meri upošteva prenovljeni kurikulum Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Specializanti družinske medicine se takoj vključijo v delovni proces in prevzamejo vlogo v zdravstvenem timu. V času specializacije se morajo naučiti kompetentno voditi tim družinske medicine in sodelovati v drugih profesionalnih skupinah. Razviti morajo tudi vodstvene veščine za razvoj kakovosti in varnosti.

Učitelji in mentorji družinske medicine odlično učimo vodenje, saj smo sami vodje timov družinske medicine. Lahko učimo strukturirano, kot je predpisano v študijskih načrtih, največ pa naučimo s pozitivnim zgledom študentom in specializantom v svojih ambulantah.

Abstract

Leadership and teamwork are essential competences in family medicine and are indispensable for everyday work. Modern curricula incorporate leadership skills into undergraduate and specialist study of family medicine.

Leadership training should start in the early years of study. This gives students the opportunity to observe teamwork in clinical practice, so that they can gradually become involved in medical teams. Students should also become familiar with the management of healthcare system and other services for the benefit of the patient. These recommendations were largely taken into account by the new curriculum of the Faculty of Medicine at the University of Ljubljana.

Family medicine residents are immediately involved in the work process and become an important participant of the medical team. During the specialization, they need to learn to lead a primary care medicine team and participate in other professional groups. They also need to develop management skills for quality improvement and safety initiatives.

Family medicine teachers and trainers teach leadership well, as they are used to the leadership role in the family medicine teams. They are involved in structured teaching of leadership following the curricula, but they make the greatest impact as positive role-models to students and specialists that spend time in their offices.

Uvod

Sestavljanje učnega načrta ali kurikulumuma za študente in specializante je neke vrste vizionarsko delo. Snovalci kurikulumov skušajo predvidevati, katera znanja in veščine bodo potrebovali mladi zdravniki, ko bodo čez pet ali deset let začeli samostojno poklicno pot. Vodenje je nedvomno eno izmed področij, ki je bilo v učnih načrtih zelo dolgo prezrto, vendar so znanja in veščine vodenja nujno potrebni za vsakdanje delo družinskega zdravnika.

V preteklosti so bili zdravniki tradicionalno nadrejeni negovalnemu in nemedicinskemu kadru, bili so vodje timov, oddelkov in zdravstvenih ustanov. Vodstvena funkcija je temeljila na stopnji izobrazbe in odgovornosti zdravnika pri zdravljenju. Tudi med zdravniki je vladala jasna hierarhija, običajno na podlagi senioritete ali akademskega naziva. Študenti in mladi zdravniki so se vodenja priučili pragmatično, z zgledom in opazovanjem starejših kolegov ter na podlagi osebnih izkušenj. V drugi polovici 20. stoletja je zdravstvena oskrba začela postajati vedno bolj kompleksna, delokrog zdravnikovega dela se je naglo

povečeval, sodelovanje v timu in z drugimi strokami pa je postalo zahtevnejše. Dandanes je vsak zdravnik član ali vodja različnih multidisciplinarnih skupin, ki z učinkovitim delom dosegajo neprimerljivo boljše rezultate, kot bi jih lahko dosegel posameznik. Zato je postalo nujno, da smo v učne načrte začeli vključevati veččine sodelovanja in timskega dela (1).

Pouk veččin sodelovanja in timskega dela smo prevzeli predvsem družinski zdravniki. V učne načrte predmetov v prvih letnikih študija, katerih cilj je učenje sporazumevanja in timskega dela, smo vključili tudi nekaj elementov vodenja. V praksi se študenti z delovanjem ter vodenjem tima družinske medicine srečajo v zaključnem delu študija, in sicer pri predmetu družinska medicina.

V pouk družinske medicine so vključene tudi teme, ki zadevajo zdravstveni in druge sisteme, v katerih bodo delovali bodoči zdravniki. Pomembna značilnost dela zdravnikov na osnovni ravni je, da bolniki prihajajo z zelo različnimi težavami, ki so lahko le delno medicinske narave. Vloga družinskega zdravnika je načrtovati optimalno pot obravnave problema v obstoječih sistemih, primarno seveda v zdravstvenem, vendar tudi npr. v socialnem, ekonomskem, izobraževalnem in lokalno-političnem. Nujno je, da mladi zdravniki te sisteme poznajo, se naučijo z njimi upravljati in jih dolgoročno gledano tudi voditi. Zato je pomembno, da so v dodiplomskih učnih načrtih vsebine, kot so sistemska zdravstvena oskrba, populacijska medicina, upravljanje kakovosti in upravljanje informacij (2). Ta znanja morajo študenti osmisliti z veččinami delovanja v timu in veččinami učinkovitega vodenja. Za bodoče zdravnike družinske medicine je treba ta znanja še nadgraditi med specializacijo.

Pregled literature

Pouk vodenja na dodiplomskem študiju

Na medicinskih fakultetah s sodobnimi študijskimi programi začnejo študenti medicine pridobivati izkušnje v realnih kliničnih okoljih že v prvem letniku. Zgodnja klinična izkušnja je izjemno pomembna za poklicni razvoj bodočih zdravnikov (3), še zlasti klinična praksa na primarni ravni. Evropska akademija učiteljev družinske medicine (EURACT) priporoča klinično prakso v družinski medicini že v prvem letniku, in sicer s trajanjem vsaj en teden (4). Z zgodnjo klinično izpostavitvijo dobijo študenti pomembne izkušnje o delovanju zdravstvenih timov, različnih vlogah članov tima, odnosih in tudi o delovanju

zdravstvenih sistemov. S klinično prakso se veččin sodelovanja in vodenja učijo na empirični ravni, nestrukturirano, vendar pridobijo pomembne izkušnje za pozneje formalno podana znanja sodelovanja in vodenja.

Številne evropske in severnoameriške zdravniške zbornice navajajo vodenje kot eno od temeljnih kompetenc zdravnika (5, 6). Kanadski nabor kompetenc zdravnikov CanMEDS uvršča vodenje med sedem temeljnih kompetenc zdravnika: strokovnjak v medicini, komunikator, vodja, sodelavec, zagovornik zdravja, znanstvenik in profesionalc (5). Podobno je tudi v Združenem Kraljestvu, kjer so kompetence vodenja in timskega dela v osnovnem naboru pričakovanih znanj diplomantov medicinskih fakultet (7).

Takšnim ciljem sledijo medicinske fakultete, ki vključujejo sodelovanje in vodenje tudi v svoje formalne kurikulumne. V preglednem članku Webba in sodelavcev je prikazano, da pouk vodenja traja zelo različno, od šest mesecev do štirih let, v predkliničnem ali kliničnem delu študija (8). Pogosto veščine vodenja poučujejo učitelji, ki sicer predavajo klinične predmete (8). Nekatere medicinske fakultete poučujejo vodenje kot samostojno učno vsebino celo že v prvem in drugem letniku štiriletnega programa medicine (9).

Večina učnih načrtov združuje znanja o vodenju z znanji in veščinami timskega sodelovanja (8) ter zagotavljanja kakovosti. Medicinske fakultete, ki znanja vodenja uvrščajo v dodiplomski pouk, različno interpretirajo, kaj pravzaprav so znanja vodenja. Učni načrti s področja vodenja pokrivajo teme sodelovanja z drugimi, motiviranja drugih za sodelovanje, teme upravljanja z ljudmi, viri in sistemi, veščine upravljanja in reševanja konfliktov, vzajemnega prevzemanja odgovornosti in samorefleksije (8,10).

Britanska raziskava stališč študentov do tem s področja vodenja je pokazala, da so tudi študenti naklonjeni pridobivanju znanja s področja vodenja (11). Največjo uporabno vrednost vodstvenih sposobnosti vidijo v boljšem obvladovanju sistemov (npr. javnega zdravstvenega sistema) v dobrobit bolnikov in v zagotavljanju varnosti zdravstvene oskrbe. Kot najprimernejše orodje za učenje so izpostavili izkustveno vodenje, predvsem v realnem kliničnem okolju (11).

Še vedno pa veliko medicinskih fakultet vodenja ne vključuje v svoje kurikulume. Njihovi glavni zadržki so prenapolnjenost obstoječih učnih načrtov, pomanjkanje ekspertov s področja vodenja v zdravstvu, prepričanje, da se vodenja ne da naučiti, nezmožnost uskladitve učnih ciljev in drugo (10).

Pouk vodenja med specializacijo

Specializanti družinske medicine so takoj na začetku specializacije dejavno vključeni v delovni proces. Med kroženji v matični ustanovi spremljajo dinamiko odnosov v timu družinske medicine in praktično že s prvim dnem prevzamejo tudi aktivno vlogo v timu. Med kroženji na kliničnih oddelkih spoznavajo drugačne strukture zdravstvenih služb. Nekateri med njimi se odločijo za doktorski študij. Vsi pa se med specializacijo pripravljajo na samostojno vodenje svojega tima družinske medicine. Zato je pridobivanje znanj o vodenju za specializante družinske medicine izjemno pomembno.

Vodenje je v mednarodnih dokumentih prepoznano kot ena izmed ključnih kompetenc družinskega zdravnika (5,12,13). Čeprav svetovna organizacija zdravnikov družinske medicine (WONCA) vodenja ne uvršča med temeljne kompetence družinskega zdravnika (14), pa Evropski načrt učenja o kakovosti in varnosti v družinski medicini s posebnim poglavjem o pouku vodenja tem veščinam namenja posebno težo (15). Evropska akademija zdravnikov družinske medicine le posredno vključuje veščine vodenja in sodelovanja v priporočilih za program specializacije družinske medicine (16).

Kanadska raziskava stališč specializantov družinske medicine do vodenja je pokazala, da specializanti povezujejo vlogo družinskega zdravnika z vodenjem, vendar menijo, da za to potrebujejo dodatna usposabljanja z različnih področij vodenja (17). Raziskava je pokazala, da se vsebine v obstoječih učnih načrtih osredotočajo predvsem na manj zahtevne veščine vodenja, specializanti pa si želijo tudi usposabljanja v naprednejših konceptih, kot sta upravljanje in preoblikovanje sistema (17).

V teoriji menedžmenta so opisani raznovrstni slogi in načini vodenja, kot so avtoritarno, demokratsko, participativno, situacijsko vodenje in drugi. Prilagoditveno vodenje (ang. adaptive leadership), ki temelji na transformacijskem vodenju z elementi t. i. coachinga, je v literaturi opisano kot primerno za pouk vodenja med specializacijo družinske medicine (18). Učenje vodenja je longitudinalni proces, zato je vsekakor smiselno, da poteka skozi več let programa specializacije (19).

Pouk vodenja je pogosto vpet v kontekst preverjanja in izboljševanja kakovosti (13, 19, 20). Veliko programov specializacije vključuje projekte izboljševanja kakovosti in varnosti v specializantovem delovnem okolju. Z izvedbo takšnega projekta se specializanti učijo prepoznavanja, ocenjevanja ter procesov izboljševanja kakovosti in varnosti, kar je

podlaga za vseživljenjski poklicni razvoj (15). Za implementacijo sprememb nujno potrebujejo vodstvene sposobnosti, zato lahko teoretična znanja o vodenju tudi praktično uporabijo na ravni tima in delovnega okolja (19). Po zaključku takšnega projekta se je 75 % specializantov samoocenilo, da se čutijo sposobni voditi proces izboljšanja kakovosti (20).

V nekaterih podiplomskih programih si prizadevajo prepoznati specializante, ki izkazujejo nadpovprečen interes za vodenje. Pogosto so to osebe, ki sprejemajo določene vodstvene funkcije, npr. vodja specializantske skupine. Ti družinski zdravniki so že med specializacijo pridobili večine vodenja in pogajanja, po zaključku specializacije pa je bolj verjetno, da bodo vključeni v pedagoški proces (21).

Vodenje v novem dodiplomskem kurikulumu medicinske fakultete

V študijskem letu 2021/2022 je Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (MFUL) začela pouk s prenovljenim študijskim programom. Nov študijski program prinaša več izboljšav in novosti (Marš T. in sodelavci. Predlog izboljšav in sprememb EMŠ programov Medicina in Dentalna medicina):

- zgodnji stik študenta s kliničnimi okoljem na primarni in sekundarni ravni;
- uvedba klinične prakse;
- primeren čas, namenjen medicinski humanistiki, profesionalizmu, komunikaciji (z bolniki, svojci, kolegi, znanstvenim svetom, širšo javnostjo), timskega delu, skupnostni medicini, preventivi in gospodarstvu uporabne medicine;
- vodoravno in navpično povezovanje učnih vsebin;
- poudarek na učenju znanstvenih metod in načel medicine, ki temeljijo na dokazih;
- kakovostno izvajanje preverjanja znanj in veščin, s poudarkom na povezovanju znanja ter kontinuiranem sledenju napredka študenta pri doseganju kompetenc.

Študijski program omogoča interkalarno leto po tretjem letu študija ter je odprt in izvedljiv tudi za tuje študente.

Hkrati z uvajanjem novega študijskega programa poteka tudi proces pridobivanja novega naziva »klinični mentor«. Po vzoru mentorjev v družinski medicini, ki že tri desetletja v svojih ambulantah učijo nove rodove zdravnikov in se nenehno izobražujejo tudi na področju poučevanja, bo klinični mentor postal uradni naziv na MFUL. Učitelji, asistenti

in mentorji družinske medicine bomo imeli še pomembnejšo vlogo v celotnem študijskem programu, od začetka do zaključka študija.

Pouk vodenja bo potekal longitudinalno skozi vse letnike študija v stebru profesionalnega razvoja. Vsebine o vodenju ne bodo samostojna učna entiteta, temveč bodo integrirane v različne vsebinske sklope. Študenti bodo znanja ter veščine sodelovanja in vodenja pridobivali pri različnih predmetih v vseh letnikih:

1. letnik – Sporazumevanje, Etika in profesionalizem ter Klinična praksa;
2. letnik – Zdravnik in bolnik, timsko delo, Klinična psihologija ter Klinična praksa;
3. letnik – Medprofesionalno sodelovanje in Klinična praksa;
4. letnik – klinično kroženje;
5. letnik – klinično kroženje;
6. letnik – klinične kroženje ter predmet Zdravnik in družba.

Pri večini teh predmetov imamo družinski zdravniki ključno vlogo – bodisi dejavno vodimo predmet oziroma učni sklop bodisi sodelujemo kot klinični mentorji.

Prenovljeni študijski načrt sledi praktično vsem usmeritvam o pouku vodenja na dodiplomskem študiju, opisanim v pregledu literature. Upošteva pomen zgodnje klinične izkušnje na primarni ravni (3, 4), saj bodo študenti 1. in 2. letnika enako kot doslej obiskali ambulantno družinske medicine, dom starejših in dodatno opravili tudi časovno obsežno klinično prakso na primarni ravni. Znanja in veščine vodenja bodo tudi formalno vključeni v vsebinske sklope Timsko delo in Medprofesionalno sodelovanje, vsebine pa se bodo smiselno nadgrajevale ves čas študija (8). Veščine sodelovanja in vodenja bodo poučevali tisti, ki sicer učijo klinične predmete (8), saj imajo izkušnje v realnih zdravstvenih timih in jih študenti zato lahko sprejmejo kot kredibilne vzornike. Učni načrt tudi upošteva usmeritve, da se vsebine vodenja prepletajo z vsebinami sodelovanja, motiviranja, reševanja konfliktov, prevzemanja odgovornosti in samorefleksije (10). V 6. letniku bodo študenti izkusili vključevanje v tim družinske medicine na vajah iz tega predmeta. Spoznali bodo tudi osnove upravljanja zdravstvenega sistema in sodelujočih služb v dobrobit bolnikov (11). S tem jih bomo pripravili na vstop v zdravniški poklic in nove vloge, ki jih bodo prevzeli.

Nov študijski program zagotavlja dovolj časa za vsebine vodenja in sodelovanja. Pomembno bo zagotoviti, da bodo vsebine vodenja usklajeno umeščene v program in enakomerno razporejene med letniki.

Kljub temu lahko pri uvajanju vsebin vodenja v dodiplomski študij naletimo na nekatere ovire, ki so povezane predvsem z izvajalci. Študentov bo še več, kot jih je zdaj, kadri pa so omejeni. Kakovostna izvedba pouka je mogoča le v majhnih skupinah, zato je pomembno, da zagotovimo dovolj motiviranih učiteljev in asistentov. Najpomembnejše pa je individualno delo z izkušenimi in motiviranimi kliničnimi mentorji. Nobeno besedilo v učbeniku, nobena drsnica na predavanju in nobena igra vlog na seminarju ne morejo prekriti slabega zgleda vodenja in sodelovanja, ki ga študent vidi pri zdravniku na oddelku ali v ambulanti. Zato se moramo zavedati odgovornosti, ki jo imamo kot zdravniki, mentorji ali učitelji in – čeprav je to neskončno težko – biti v vsakem trenutku dober zgled.

Vodenje v specialističnem študiju družinske medicine

Specialistični študij družinske medicine v Sloveniji izvaja MF UL. Študijski program se nenehno obnavlja in nadgrajuje v skladu s potrebami bodočih specialistov. Sestavljen je iz kroženja na kliničnih oddelkih in v matični ustanovi pri mentorju v ambulanti družinske medicine. Slednje traja več kot polovico časa, kar je v skladu z evropskimi priporočili o vsebini kroženja družinske medicine (16). Čas kroženja v ambulanti družinske medicine imenujemo tudi »modularni del«, saj imajo specializanti v tem času enomesečne vsebinsko zaključene module različnih znanj. Po vsakem zaključenem modulu poteka evalvacija, skladnost vsebin vseh modulov pa preverimo približno vsaka štiri leta.

Tudi v specialističnem študiju vodenje ni samostojna učna entiteta, vendar so nekatera znanja in veščine o vodenju tudi formalno vključeni v module. Največ teh vsebin je podanih v modulu Organizacija dela ambulanti, ki vključuje osnove menedžmenta ambulante in zdravstvenega doma, organizacije dela in upravljanja sistemov zdravstvene oskrbe. Modul je s strani specializantov zelo dobro ocenjen. Za aplikacijo veščin vodenja je pomembna tudi projektna naloga pri modulu Zagotavljanje kakovosti, kjer specializanti izvedejo samostojen projekt na področju kakovosti v svoji ambulanti družinske medicine.

Specializanti družinske medicine verjetno največ izkušenj na področju vodenja pridobijo v ambulantah družinske medicine. Tam lahko opazujejo oblike vodenja mentorja in drugih zdravnikov, izkusijo sodelovanje v timu, do potankosti spoznajo sistem zdravstvene oskrbe in drugih služb ter prevzamejo vodenje tima. Gotovo ima izjemno vlogo zgled mentorja – večinoma kot pozitiven vzor, včasih pa tudi kot primer, kako *ni* učinkovito in prijetno delati.

Celostno gledano specialistični študij družinske medicine specializante dobro pripravi na samostojno delo v ambulanti. Zaradi kompleksne obravnave bolnikov pa bo bodoče delo družinskih zdravnikov vse bolj povezovalno med različnimi timi in s številnimi sodelavci. Prihodnje generacije bodo potrebovale še bolj poglobljeno in praktično znanje o vodenju. Zato naj bo v učnem načrtu specializacije vodenje samostojna entiteta, pouk pa naj izvajajo ljudje, ki imajo s tega področja teoretično in praktično znanje. Takšnih ljudi je v družinski medicini že nekaj.

Literatura

1. Stik_z_bolnikom_rezim_studija_2018_2019.pdf [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://www.mf.uni-lj.si/application/files/7215/3838/7602/Stik_z_bolnikom_rezim_studija_2018_2019.pdf
2. O'Connell MT, Pascoe JM. Undergraduate medical education for the 21st century: leadership and teamwork. *Fam Med*. 2004; 36: 51–6.
3. Bařak O, Yaphe J, Spiegel W, Wilm S, Carelli F, Metsemakers JFM. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview. *Eur J Gen Pract*. 2009; 15(1): 4–10.
4. bmeeducation-requirements-151220finalwith-we.pdf [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Available from: <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/others/bmeeducation-requirements-151220finalwith-we.pdf>
5. CanMeds-FM-Eng.pdf [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Care-of-the-Elderly/CanMeds-FM-Eng.pdf>
6. Clark J, Armit K. Leadership competency for doctors: a framework. *Leadersh Health Serv*. 2010; 23(2): 115–29.
7. outcomes-for-graduates-2020_pdf-84622587.pdf [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/outcomes-for-graduates-2020_pdf-84622587.pdf
8. Webb AMB, Tsipis NE, McClellan TR, McNeil MJ, Xu M, Doty JP, et al. A First Step Toward Understanding Best Practices in Leadership Training in Undergraduate Medical Education: A Systematic Review. *Acad Med*. 2014; 89(11): 1563–70.
9. Ginzburg SB, Deutsch S, Bellissimo J, Elkowitz DE, Stern JN, Lucito R. Integration of leadership training into a problem/case-based learning program for first- and second-year medical students. *Adv Med Educ Pract*. 2018; 9: 221–6.
10. Chen T-Y. Medical leadership: An important and required competency for medical students. *Tzu-Chi Med J*. 2018; 30(2): 66–70.
11. Quince T, Abbas M, Murugesu S, Crawley F, Hyde S, Wood D, et al. Leadership and management in the undergraduate medical curriculum: a qualitative study of students' attitudes and opinions at one UK medical school. *BMJ Open*. 2014;4(6):e005353-e005353.

12. Europe WHORO for. Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. 1998 [cited 2021 Aug 19]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108066>
13. Czabanowska K, Klemenc-Ketis Z, Potter A, Rochfort A, Tomasik T, Csiszar J, et al. Development of a competency framework for quality improvement in family medicine: a qualitative study. *J Contin Educ Health Prof.* 2012; 32(3): 174–80.
14. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Švab I, Ram P, et al. The European definition of general practice / family medicine. Barcelona: WHO Europe Office; 2005.
15. European-teaching-agenda-final.pdf [Internet]. [cited 2021 Aug 19]. Available from: <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-teaching-agenda-final.pdf>
16. Michels NRM, Maagaard R, Buchanan J, Scherpbier N. Educational training requirements for general practice/ family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. *Educ Prim Care.* 2018; 29(6): 322–6.
17. Gallagher E, Moore A, Schabort I. Leadership training in a family medicine residency program. *Can Fam Physician.* 2017; 63(3): e186–92.
18. Eubank D, Geffken D, Orzano J, Ricci R. Teaching adaptive leadership to family medicine residents: What? Why? How? *Fam Syst Health.* 2012; 30(3): 241–52.
19. Pohl S, Hala SV, Ose D, Tingey B, Leiser J. A Longitudinal Curriculum for Quality Improvement, Leadership Experience, and Scholarship in a Family Medicine Residency Program. *Fam Med.* 2020; 52(8): 570–5.
20. Lichkus J, Fang B, Peterson LE. Family Medicine Residency Graduates' Preparation for Quality Improvement Leadership. *J Grad Med Educ.* 2019;11(5):558-64.
21. Deane K, Ringdahl E. The Family Medicine Chief Resident: *Fam Med.* 2012; 44(5): 117–120.

Vodenje pri učenju – pouk v malih skupinah

Davorina Petek

Izveček

Pouk v malih skupinah je pogosto uporabljana in sodobna metoda »k študentu usmerjenega učenja«. Razvija številne lastnosti, kot so kritično in kreativno razmišljanje, sklepanje in presoja, sposobnost delovanja v timu, vceplja načela vseživljenjskega in samostojnega učenja ter razvija sposobnost komunikacije. Študent napreduje v samostojnosti pri učenju, ki si ga prilagaja glede na svoje cilje, okoliščine in zanimanje. Vodja skupine spodbuja študente pri razvijanju kritičnega razmišljanja, analize in kreativnosti idej.

Vsebina dela v malih skupinah sledi ciljem pouka, ki jih je treba opredeliti že pred začetkom. Zelo pomembni sta sprotne evalvacija in povratna informacija, ki študentu omogočata ugotavljanje svojih pomanjkljivosti v doseganju ciljev izobraževanja ter jih usmerjata k zanje specifičnemu dodatnemu izobraževanju. Študenti pa ocenjujejo učni proces v malih skupinah in s tem podajajo pomembno informacijo, kaj je treba izboljšati za dvig kakovosti pouka.

Abstract

Teaching in small groups is frequently used and modern method of “student-centered learning”. It helps to develop critical and creative thinking, reasoning and judgment, team work, principle of lifelong and advanced learning and development of communication skills. In this way, the student progresses in greater independence in learning, which he adapts according to his goals, circumstances and interest. The group leader encourages students to develop critical thinking, analysis, and creativity of ideas.

The work in a small group follows an educative goal that needs to be defined before starting. Ongoing evaluation and feedback is very important. It enables students to identify

shortcomings in learning goals and focus them towards specific additional education. Students who assess the learning process in small groups provide a valuable information needed to improve the quality of learning process.

Uvod

V preteklih desetletjih se je na številnih medicinskih fakultetah uveljavilo poučevanje v malih skupinah, ki v primerjavi s klasičnimi predavanji veliki skupini študentov prinaša celo vrsto prednosti. Velja kot »k študentu usmerjena« metoda, ki spodbuja njegovo kritično in kreativno razmišljanje, sklepanje in presojo, sposobnost delovanja v timu, vceplja načela vseživljenjskega in samostojnega učenja ter razvija sposobnost komunikacije (1). Pri slednji razvija njene pomembne veščine, kot so poslušanje, vključevanje v razpravo, zagovarjanje svojega mnenja in razvijanje sposobnosti vodenja skupine. Vse te veščine so potrebne pri različnih oblikah dela v malih skupinah (2). Poleg voditeljskih sposobnosti sta pomembna še razvoj sposobnosti organizacije, načrtovanja izvedbe nalog oz. projektov in spodbujanja drugih ter upravljanje s časom (3). Pouk v malih skupinah razvija tako znanje kot veščine in stališča.

Stopnja samostojnosti v učenju

Glede na raven študija, predmet oz. področje študija ter tudi na osebne lastnosti so študenti na različnih stopnjah samostojnosti učenja. Za nizke stopnje je značilna potreba po učitelju, ki je ekspert, ki podaja znanje in veščine, za katere pričakuje, da se jih bo učenec naučil oziroma natreniral. Na tej stopnji se lahko učenci zelo izkažejo z discipliniranim in sistematičnim sledenjem temu, kar se od njih pričakuje. Na drugi stopnji kažejo zanimanje in učitelj jih lahko motivira za dodatno učenje. Pozneje začnejo dejavno sodelovati v svojem izobraževanju, razvijejo kritično razmišljanje, ustvarjalnost in dajejo pobude ter razvijajo sposobnost za delo v skupini. Na najvišjih ravneh izobraževanja (npr. doktorski študenti) so učenci samostojni, sami postavljajo cilje in standarde znanja ter jim to ustreza. Samostojnost pri učenju torej predpostavlja učenje zunaj formalnega pouka in navodil ter avtonomijo kot osebno kvaliteto. Vendar pa avtonomija pri učenju ni povezana

samo z osebnostnimi lastnostmi, ampak tudi s predhodnim načinom pouka, ki so ga bili študenti deležni, in s trenutno situacijo oz. vsebino pouka.

Glede na študentove stopnje samostojnosti učenja se spreminja tudi ustrezen učiteljski slog. Učitelj, ki daje jasna, avtoritativna in ožje usmerjena navodila strokovnjaka, zelo ustreza manj samostojnemu učencu; učitelj, ki je bolj usmerjevalec in prenaša odgovornost na učenca, pa bo ustrezal tistemu, ki je že dosegel visoko stopnjo samostojnosti učenja (4). Zato se tudi samostojni študent in direktivni učitelj ter nesamostojni študent in učitelj, ki predvsem usmerja ter spodbuja, ne ujmeta najbolje.

Kako ocenimo stopnjo samostojnosti v učenju pri naših študentih?

V pomoč nam je nekaj temeljnih značilnosti, ki jih opazimo pri študentu. Upoštevati moramo, da je samostojnost nekaj, kar se razvija s časom in je odvisno tudi od naših pristopov pri pouku.

- S kakšno motivacijo se loteva nalog? Naredi le najnujnejše ali pokaže svojo pobudo?
- Ali prihaja točno?
- Ali sodeluje v razpravi, je pripravljen na vaje, si zapomni, o čem smo govorili prejšnjikrat?
- Koliko navodil pričakuje? Ali ima dodatne ideje in jih razvija?
- Kako uspešno sodeluje v skupinskih projektih z drugimi?
- Ali je sposoben sam trenirati veščine, ali pa to dela samo, če je obvezno in nadzorovano?
- Če je učenec nesamostojen – v kakšni meri je njegova nesamostojnost posledica pomanjkanja znanja/veščin in v kakšni meri pomanjkanja samozaupanja, motiviranosti, zanimanja, malodušja?

Pravila dela v malih skupinah

Vse vodje skupine in udeleženci morajo biti seznanjeni z naslednjimi temeljnimi pravili malih skupin (5):

1. odprtost in poštenost vseh udeležencev v razpravi,
2. zaupnost o občutljivih in osebnih temah, ki so jih predstavili udeleženci (o njih ne razpravljamo zunaj skupine),

3. možnost »izključitve« (če se v skupini razpravlja o temi, ki je za nekoga boleča ali občutljiva, se ima možnost izključiti iz tega dela),
4. spoštovanje vsakega mnenja (nobeno mnenje ni manj vredno, dovoljena pa sta izziv in soočenje različnosti),
5. lastne izjave (»mislim, da ...« namesto »treba je ...«),
6. konstruktivna kritika in podpora,
7. točnost ob začetku, odmorih, zaključku,
8. priprava in izpolnjevanje obvez (naloge ipd.),
9. izključen prenosni telefon (nujni klici se napovedo vnaprej),
10. zabavnost pouka.

Vloga voditelja male skupine

Vodja skupine (uporablja se več nazivov: tutor, asistent, moderator ...) odstopi s položaja klasičnega učitelja z bolj ali manj avtoritativnim slogom. Učitelj postane oseba, ki spodbuja študente v procesu učenja, ne da bi podajal svoje natančno znanje o področju. Poznati mora temeljne značilnosti pouka v malih skupinah in svojo vlogo kot vodja skupine. Skupini mora jasno predstaviti cilje pouka. Biti mora dober poslušalec, postavljati vprašanja, ki študente spodbujajo h konstruktivnemu, analitičnemu razmišljanju (3).

Med zaželenimi lastnostmi vodje imajo posebno mesto njegova čustvena inteligenca in njegove osebne kvalitete, saj študentom predstavlja vzornika. Izogiba naj se hitrim sodbam in sklepom o študentih, fleksibilno naj vodi skupino, nadzira potek dela in priložnosti, ki se pojavijo pri pouku, izkoristi za doseganje ciljev. Razvoj študentov k samostojnosti in višji ravni učenja lahko spodbuja le učitelj, ki je sposoben prepoznati čustva in potrebe svojih učencev ter zna sprejemati njihove razlike (6).

Vodenje male skupine je večinoma zahtevnejše kot predavanje veliki skupini študentov. Avtoritativni način vodenja se v malih skupinah ne obnese, saj ne spodbuja dejavnega sodelovanja študentov (2). Kljub temu pa moderator skupine ne more sprejeti in pritrditi vsemu, kar je kdo povedal. Do vodje, ki se z vsem strinja, študenti običajno kažejo le malo spoštovanja.

Kadar del pouka prevzame eden od študentov, vodja v ozadju spremlja potek in se vključi le, če se dogajanje ne premakne z neke točke ali če skrene na drugo področje. Po-

maga tako, da postavi nekaj pomembnih iztočnic in znova prepusti vodenje študentu. Izogniti se mora svoji prevladi v skupini, ostane pa pazljiv in se vključi, kadar je potrebno nekoliko vplivati na potek. Vodja pazi tudi na časovni vidik dela.

Struktura pouka v malih skupinah

Priprava

Pogoji za pouk v malih skupinah

Pouk v malih skupinah je mogoče vključiti v izobraževanje na vseh ravneh – na dodiplomskem študiju, doktorskem študiju in neprekinjenem poklicnem izobraževanju. Katedra ali druga odgovorna izobraževalna ustanova mora sprejeti odločitev o tem načinu pouka in ga podpirati. Izbira naj temelji na tem, da se vsebinsko sklada s kurikularnimi zahtevami, ter da je ustrezen za učne potrebe študentov in cilje pouka.

Poučevanje v malih skupinah je zahtevno tako kadrovsko kot prostorsko. Kadrovsko pomeni potrebo po velikem številu tutorjev oz. vodij skupin. Na voljo mora biti ustrezno število prostorov, ki naj bi bili ravno prav veliki, da omogočajo razporeditev študentov v krogu, pa tudi delo v dvojicah ali trojkah. Razporeditev v krogu je potrebna zaradi narave pouka v malih skupinah. Sedeži v krogu ali okrog ne predolge štirioglate mize omogočajo stik med vsemi študenti, ki se morajo med sabo ne le slišati, ampak tudi videti, saj je poleg verbalne pomembna tudi neverbalna komunikacija (potrjevanje razprave ali odkimavanje, kretnje, izraz obraza, očesni stik, položaj telesa). Prostor naj bo ustrezno opremljen s sodobno informacijsko tehnologijo, ki omogoča videoprojekcije in internetni dostop ter klasičnim flip-chartom in tablo.

Namen in cilji pouka

Pouk v malih skupinah ni prost razgovor o čemer koli, ampak sledi izobraževalnim ciljem. Te je treba izoblikovati glede na populacijo študentov, ki bo sodelovala, in njihovo predznanje o temi pouka. Cilji se morajo skladati s kurikulumom predmeta in časovnim obsegom pouka. Ob tem je treba upoštevati tudi dinamiko skupine in nekaj nepredvidljivosti v razpravi glede na interese udeležencev.

Metode poučevanja

Odvise so od ciljev študija. Najpogosteje se v malih skupinah izvajajo vaje, seminarji, problemsko usmerjeno učenje, k primerom usmerjeno učenje, pa tudi klinične vaje na oddelkih.

Pouk se dotika vseh načinov edukacije – pridobivanje znanja, veščin obravnave (npr. multimorbidnega bolnika, urejanje terapije, pisanje obrazcev ...) in stališč, ki se oblikujejo v razpravi (npr. igra vlog, kjer se etičnost ravnanja zdravnika sreča s togostjo pravil). Poglobljena izmenjava mnenj o kakem problemu, kritično razmišljanje, iskanje povezave s teoretičnimi podlagami in temeljnim znanjem ter znanstvenimi dognanji so sestavni del te oblike pouka.

Dejavno sodelovanje

Dejavno sodelovanje je mogoče le pri ustreznem številu udeležencev. V literaturi je idealno število študentov celo manjše kot pri nas, od 5 do 7. Zato je ta oblika študija organizacijsko veliko zahtevnejša od pouka v velikih skupinah. Če je iz logističnih razlogov skupina precej večja, npr. 20–30 oseb, se značilnosti pouka malih skupin izgubijo. Kljub temu je tudi v preveliki skupini mogoče uporabljati nekatere tehnike tako, da udeležence vsaj del časa organiziramo v manjše skupine, kjer lahko pričakujemo dejavno sodelovanje vseh.

Prvo srečanje

Na prvem srečanju vodja jasno predstavi cilje pouka. Pri tem predstavi svojo vlogo in pričakovanja od študentov. Predstavijo se tudi študentje in povedo, kaj pričakujejo od tega pouka in predmeta nasploh ter komentirajo predvideni potek dela. Nato vodja predstavi strukturo dela v skupini in naloge študentov, npr. predstavitev bolnikov, seminarje ipd. (2), vodenje podskupine, poročanje, zapisovanje razprave ipd. Razloži pravila obnašanja v skupini (1).

Vzdrževanje dobrega vzdušja v skupini

Pri sodelovanju v skupini naj se študenti zavedajo nekaj temeljnih pravil, že skoraj bontona: da se spoštuje mnenje drugega, da se vsakega posluša, da se ne obsoja drugačnega mišljenja. Kljub temu v razpravi podpremo znanstveno podlago in dokaze.

Vodja skupine mora skrbeti, da dejavno sodelujejo vsi študenti, da na ustrezen način ustavi pretirano glasnega, dominantnega udeleženca, ne da bi ga onemogočil, spodbudi pa tihega ali pasivnega. Okolje skupine, ki daje občutek varnosti, bo doprineslo h konstruktivnemu in dejavnemu delu. Študenti pa pridobijo zavedanje, da je potek dela odvisen od vsakega izmed njih in da je tudi vodenje v nekem smislu porazdeljeno na vse.

Ob dobrem poteku dela v skupini lahko pričakujemo, da so učni cilji doseženi in da je bil način učenja prijeten.

Spodbujanje razprave

Za popestritev, spodbujanje razprave in motiviranosti študentov so zelo koristni različni pristopi, npr. uporaba kviza. Na vajah PZV smo eno najbolj dolgočasnih nalog – seznanjanje s pravili ZZZS – začeli s kvizom, kjer so skupine tekmovala med seboj. Po kvizu pa se je razvila živahna razprava na obravnavano temo. Druge oblike spodbude so še odlomki iz filmov, risanje grafičnih prikazov (na zadnji mednarodni učni delavnici na Bledu smo npr. z risanjem v »rezino« kroga predstavljali mnenje o svojih voditeljskih lastnostih). K boljšemu sodelovanju pripomoreta tudi ogled posnetka igre vlog in strukturiran komentar, ki mu sledi in služi povratni informaciji. V veliko pomoč so literatura, filmi, knjige, drame.

Spominjam se gledališke predstave, v kateri sta igrala mama, ki je postajala vse bolj dementna, in sin, ki se je počasi začel zavedati tega ter je šel skozi proces sprejemanja stanja in nudenja pomoči potrpežljivo ter brez nestrpnosti. Predstava je odlično prikazala notranje doživljanje obeh likov in hude težave, s katerimi sta se spoprijemala. Tudi ogled takšne predstave in nato analiza dogajanja v mali skupini lahko pomenita obliko spodbude za dejavnejše sodelovanje študentov.

Različne tehnike dela v mali skupini

V mali skupini lahko udeležence zelo dobro motiviramo z različnimi tehnikami razprave, kot so:

- Razprava eden na enega; zelo primerna je za začetek dela. Udeleženci so razdeljeni na pare. Za spoznavanje naj odgovorijo na vprašanje: »Kdo sem?« Pozneje lahko razpravljajo v parih na izbrano temo. Vsak udeleženec ima na voljo nekaj minut za

podajanje svojega mnenja, drugi pa medtem poslušajo. Nato se vloge obrnejo. V veliki skupini vsak predstavi, kaj je povedal njegov partner.

- »Buzz groups« so manjše skupinice treh do štirih udeležencev. Vsaka od njih dobi točno določeno nalogo, o čem naj njeni člani razpravljajo nekaj minut. Nato eden izmed njih predstavi vsebino razprave celotni skupini. Tehnika se posebno obnese, če so se v celi skupini vsi borili za besedo, ali pa obratno, če je bilo veliko tihih udeležencev.
- Možganski vihar (angl. brainstorming) spodbuja kreativno razmišljanje in generiranje idej, rešitev nekega problema. Temeljno pravilo je poslušanje vseh idej po principu »Čim več – tem bolje.« Ideje se potem razvijajo in povezujejo, kar lahko vodi do novega pogleda in rešitve problema. Ideje se zapišejo na papir, tablo, v računalnik in se jih na koncu kritično (o)vrednoti.
- Igra vlog je zelo uporabna tehnika za učenje odnosa in komunikacijskih veščin, še posebno v čustveno zahtevnih situacijah. Podlaga zanjo je dober scenarij, ki predvideva učne cilje. Študenti morajo biti seznanjeni s tehniko, v miru prebrati svoj del scenarija in biti pripravljeni na sprejetje konstruktivne povratne informacije. Ta oblika pouka se že dolgo uporablja na Katedri za DM v Ljubljani in je bila pred leti podrobno opisana v Zdravniškem vestniku (7).
- Risanje plakata (lahko gre za grafično predstavitev timske oskrbe bolnika, patofiziološki proces kake bolezni ali kaj drugega) spodbuja k timskemu delu in analitičnemu mišljenju.
- Seminar je organizirana predstavitev nekega področja, npr. poročilo o obisku na domu ali vajah v ambulanti.
- Problemsko učenje običajno poteka v dveh delih. Uporablja kompleksne probleme iz vsakdanjega življenja, iz katerih se študenti učijo o konceptih reševanja. Spodbuja prej omenjene elemente samostojnega učenja in višjih oblik razmišljanja.
- Na primeru temelječe učenje je metoda učenja reševanja problemov iz klinične prakse.

Formativno ocenjevanje in povratna informacija študentom

Formativno (stalno, sprotno) preverjanje je namenjeno temu, da študent dobiva sprotno povratno informacijo, na podlagi katere ugotavlja, kaj zna in kakšne učne cilje si

bo postavil za naprej. Razvija ga v samostojnosti pri učenju in pomeni osrednji pogonski motor učenja. S povratno informacijo mu vodja pove, na katerih področjih potrebuje izboljšavo. Primerjamo študentovo uspešnost glede na zastavljene cilje pouka in opredelimo, kako se je mogoče izboljšati. Povratna informacija in sprotno preverjanje znanja morata biti del celotnega procesa učenja, saj se s tem poveča motiviranost študentov za sodelovanje pri pouku. Sprašujemo lahko po preprostih dejstvih znanja ali pa po mnenju, kritičnem razmisleku in predlogu rešitve problema.

Evalvacija pouka v malih skupinah

Na koncu povabimo enega člana skupine, da izlušči bistvena sporočila in zaključke, ki jih je dosegla skupina, ter pridobi mnenje skupine, ali so bili učni cilji doseženi. Študenti lahko ocenijo posamezne dele pouka, npr. kakšna se jim je zdela analiza posnetka, ali so kaj pridobili iz razprave o primeru, filmu itn. Lahko podajo tudi mnenje o tem, ali so pridobili novo znanje, večino timskega dela, komunikacije oziroma vodstvenih veččin. V več raziskavah so bila mnenja študentov o naštetih področjih pozitivna. Njihova kritika je bila namenjena temu, da je premalo časa, da bi v razpravi sodelovali vsi študenti, da so nekateri vodje preveč dominantni in preveč govorijo; bolj pasivni študenti so kritizirali, da so se počutili zapostavljene, drugi pa so navajali stres zaradi zahteve po dejavni udeležbi. Pričakovali so tudi več in natančnejša navodila za pripravo na vaje. Študenti višjih letnikov so koristnost dela v malih skupinah ocenili bolje kot študentje nižjih letnikov (8, 9).

V sklopu evalvacije je pomembna tudi refleksija na dogajanje v skupini. Na koncu pouka v skupini tudi vodja oceni, kakšne so bile razprave, ali so se vključevali vsi in koliko je govoril sam (10). Za evalvacijo se lahko uporabljajo tudi različni vprašalniki.

Reševanje težavnih situacij pri pouku v malih skupinah

Vsi smo že kdaj imeli v skupini študenta, ki je bil pri delu pasiven, zaspan, zato pa zelo žejen, lačen in potreben rednih odhodov na WC. Kako reagirati, da ne porušimo konstruktivnega dela v skupini z avtoritativnim pristopom?

Pasivne študente poskušamo spodbuditi z igrami, igro vlog ali jih pritegniti k reševanju problemov. Pri nalogah razložimo, zakaj so potrebne in kaj bodo z njimi pridobili. Ponudimo možnost izbire med nalogami glede na njihovo zanimanje. V okviru navodil

naj nalogo opravijo v skladu s svojimi osebnimi učnimi cilji in se na podlagi tega odločijo, kako bodo opravili nalogo ali kak projekt. Nekateri študenti so pasivni zaradi negotovosti. Za njeno premagovanje naj se nove veščine najprej učijo v varnem okolju in šele potem tudi v realnem okolju, ker jim samo to daje občutek, da zmorejo. Spodbujamo jih k ponavljanju veščine in jim pomagamo krepiti samozavest. Pohvalimo jih za opravljene manjše korake proti cilju. Opomnimo jih, naj se tudi sami dobro počutijo ob opravljenem delu.

PZV in pouk v malih skupinah

Pri večini dodiplomskih predmetov, pri katerih sodeluje Katedra za družinsko medicino (KDM), pretežni del pouka poteka v malih skupinah, ki jih običajno sestavlja 10–12 udeležencev. Ponavljajoče se delo v mali skupini pomeni socialno interakcijo med študenti in povezavo z učitelji. Vsebina dela v malih skupinah je strukturirana takole:

- ogrevalni razgovor (študenti predstavijo svoja pričakovanja, pozneje pa dobre izkušnje iz dela v ambulanti, opažanja in sprotne probleme),
- študenti predstavijo klinični primer iz prakse na podlagi na primeru usmerjenega učenja,
- ogled videa in povratna informacija o komunikaciji ter razprava o kliničnih odločitvah na podlagi primera,
- predstavitev domače naloge in razprava na to temo.

Za posamezne dele je predviden časovni okvir, ki pa ne sme biti absolutna zahteva, saj se lahko pojavijo nepričakovani problemi, ki jih želijo študenti razrešiti v razpravi.

V eni od skupin so npr. študenti pokazali veliko zanimanje za oblike organizacije dela v ambulantah družinske medicine. Razpravo smo izpeljali v trojkah, ki so se v 10 minutah pogovorile o značilnostih in možnih izboljšavah ter pripravile izhodišča za poročanje v skupini. Sklepne značilnosti in predloge po razpravi celotne skupine smo napisali na »flip chart« kot končni »izdelek«.

Od drugih metod uporabljamo še učenje na podlagi kliničnega primera, igro vlog, brainstorming in razpravo ob predstavitvi domače naloge. Študente učimo tudi veščin, kot sta izpolnjevanje različnih obrazcev in urejanje polifarmakoterapije, nekatere veščine pa

predvsem demonstriramo (npr. priprava injekcijske igle). Velikokrat se dotaknemo tem, kjer se pokažejo stališča, o katerih se nato pogovorimo.

Na KDM že leta na začetku predmeta študenti podajo svoja pričakovanja od predmeta, na koncu predmeta pa ocenijo posamezne učne vsebine in metode. Vodje skupine tudi med vajami podajamo povratno informacijo o njihovem sodelovanju

Zaključek

Delo v malih skupinah je sodobna in intenzivna metoda pouka, kjer lahko študent postaja vse bolj samostojen pri svojem izobraževanju in sam oblikuje cilje glede na svoje interese. Pouk mora biti dobro pripravljen tako z vsebinskega kot časovnega vidika.

Literatura

1. Mir MM, Jeelani M, Alshahrani MS. A practical approach for successful small group teaching in medical schools with student centered curricula. *J Adv Med Educ Prof.* 2019;7:149-153. doi:10.30476/JAMP.2019.74911
2. Neuble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers.* 4th edition. Kluwer academic publishers. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow. 2002. Teaching in small groups pp 39–53.
3. Meo SA. Basic steps in establishing effective small group teaching sessions in medical schools. *Pak J Med Sci.* 2013;29:1071-6. doi: 10.12669/pjms.294.3609.
4. Grow, Gerald O. 'Teaching Learners to be Self-Directed.' *Adult Education Quarterly.* 1991/1996; 41: 125–149. Expanded version available online at:
5. <http://www.longleaf.net/ggrows>.
6. *The Essential Handbook for GP Training and Education.* Group rules. Mehay R, ed. CRC Press, Boca raton, 2012. Dosegljivo 24. 9. 2021 na <https://www.essentialgptrainingbook.com/ch13/>
7. *The Essential Handbook for GP Training and Education.* The Facilitator's Emotional Intelligence. Mehay R, ed. CRC Press, Boca raton, 2012. Dosegljivo 24. 9. 2021 na <https://www.essentialgptrainingbook.com/ch13/>
8. Zidanšek A, Rifel J, Švab I. Poučevanje sporazumevanja s pomočjo videa in simuliranih bolnikov – 15 let izkušenj Medicinske fakultete v Ljubljani = Teaching communication with the help of video and simulated patients – 15 years of experience of the Medical faculty of Ljubljana. *Zdravniški vestnik: glasilo Slovenskega zdravniškega društva.* 2013; 82: 192–199.
9. Sahu PK, Nayak S, Rodrigues V. Medical students' perceptions of small group teaching effectiveness in hybrid curriculum. *J Educ Health Promot.* 2018; 7: 30. doi: 10.4103/jehp.jehp_71_17.

10. Nayak B S, Sridevi V, Sahu P, Subbaramaiah N, Telang L, Goudapalla P et al. Students' engagement and perceptions of small group tutorial classes among undergraduate medical students. *J Adv Med Educ Prof.* 2021; 9: 18–25. doi:10.30476/jamp.2020.86925.1280
11. van Diggele C, Burgess A, Mellis C. Planning, preparing and structuring a small group teaching session. *BMC Med Educ.* 2020; 20(Suppl 2): 462. doi: 10.1186/s12909-020-02281-4

