

# Vodenje tima nujne medicinske pomoči v primeru povečanega obsega dela

Kristijan Jovanov

Splošna bolnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, 4270 Jesenice, Slovenija

Vasja Roblek\*

Fizioterapevtika visokošolski zavod, Bogatajeva ulica 15, 1215 Medvode, Slovenija  
vasja.roblek@gmail.com

## Povzetek:

**Raziskovalno vprašanje (RV):** Ali obstajajo statistično značilne razlike v značilnosti vodenja NMP v primerih povečanega obsega glede na lokacijo ustanove ter glede na spol in starost članov tima?

**Namen:** Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna so mnenja članov urgentnega tima o vodstvenih in komunikacijskih sposobnostih vodje urgentnega tima v kriznih situacijah, ki posledično vplivajo na odnose znotraj tima.

**Metoda:** V raziskavi je bila uporabljena neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani s strukturiranim anketnim vprašalnikom, na vzorcu zaposlenih medicinskih sester v urgentnih ambulantah Splošni bolnišnici Jesenice (SB Jesenice) (n=41) in Splošni bolnišnici Novo mesto (SB Novo mesto) (n=42). Vprašalnik je bil predhodno testiran. Izbrani podatki so bili analizirani s t-testom.

**Rezultati:** Raziskava je pokazala statistične razlike v okviru naslednjih trditev: (i) »Vodja loči ostale člane po individualnosti« (t=1,118, p=0,040). Anketiranci stari do vključno 35 let se v večji meri strinjajo s trditvijo kot anketiranci stari od 36 let naprej; (ii) »Vodja nam pred sprejetjem odločitve le-to vedno tudi predstavi« (t=-1,481, p=0,030), kjer se ženske v večini manj strinjajo s trditvijo; (iii) »Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske (mobbing)« (t=-0,373, p=0,018). Anketiranci iz SB Jesenice v večji meri zanikajo to trditev kot anketiranci iz SB Novo mesto; (iv) »Vodja se izogiba reševanju konfliktov, ker mu je neprijetno« (t=2,580, p=0,013). Pri trditvah (iii) in (iv) so predstavnice ženskega spola izrazile večje strinjanje.

**Organizacija:** Rezultati raziskave bodo dali vodilnim na vseh organizacijskih ravneh jasno sliko o mnenju članov urgentnih timov o značilnostih vodenja v primeru povečanega obsega dela.

**Družba:** Kultura v posamezni organizaciji in način vodenja lahko spodbudi organizacije, da na podlagi značilnosti drugih organizacij, uvajajo v svoje okolje nove pristope vodenja in tako izboljšajo medsebojne odnose.

**Originalnost:** V primeru raziskave, se rezultati nanašajo na dva urgentna centra dveh slovenskih splošnih bolnišnic. Podobna raziskava znotraj urgentnih timov še ni bila opravljena.

**Omejitve/nadaljnje raziskovanje:** Poglavitna omejitev raziskave je v številu respondentov. Vzrok zato je, da je raziskava potekala samo na urgentnih oddelkih dveh splošnih bolnišnic v Sloveniji. V Sloveniji zaključujemo fazo odpiranja regionalnih UC. Ker gre za nove in samostojne oddelke SB, v katere delovne procese bodo vključeni tudi novi mlajši kadri menimo, da bo potrebno za zagotavljanje kakovostnega organiziranja in vodenja timov v prihodnosti podobno študijo (longitudinalno) izvesti v vseh desetih UC.

**Ključne besede:** timsko vodenje, organizacijsko vedenje, urgentni center, zdravstveni menedžment, nujna medicinska pomoč, organizacijska kultura, organizacijska klima, t-statistika.

## 1 Uvod

V Sloveniji je v letu 2015 prišlo do organizacijskih sprememb na področju organiziranja urgentne dejavnosti. Z januarjem 2016 so začeli delovati vsi regijski urgentni centri (UC), ki

\* Correspondence author.

so organizirani kot samostojna enota bolnišnice. UC bodo pomembno vplivali na reorganizacijo urgentne službe, ki je bila do sedaj izredno ruralno razdrobljena. V krajih, ki so geografsko oddaljeni od UC, so na zahtevo občanov ohranjene dejavnosti NMP, ki so organizirane v manjših ustrezno opremljenih centrih (Košir, 2015, str. 49).

Prednosti UC so v centralizaciji dobro izobraženih zdravstvenih delavcev s področja urgentne medicine, ki so tako združeni na enem mestu. Nova organiziranost bo omogočala konstantno izobraževanje in tako vplivala na ohranjane kompetenc v povezavi s samim delom v praksi/terenu. V tem primeru bo vedno več kompetenc in pomembnosti pri vodenju urgentnega tima pridobivali diplomirani zdravstveniki. Tako bo končni cilj imeti zdravnika v ekipi, samo v situacijah, ko je dejansko potreben (Čander, 2013, str. 99; Prosen, 2015).

To nas je vodilo do sklepa, da smo opravili raziskavo, ki se osredotoča na značilnosti vodenja in organizacijskega vedenja na področju urgentne dejavnosti v splošnih bolnišnicah v primeru povečanega obsega dela urgentnega tima pod vodstvom diplomiranega zdravstvenika.

Do povečanega obsega dela v urgentni dejavnosti pride v primeru množične nesreče, ki jo razumemo kot krizno stanje, ki se ga rešuje s procesi kriznega menedžmenta v skladu s smernicami za delovanje sistema nujne medicinske pomoči (NMP) ob množičnih nesrečah (Dujčić & Simčič, 2013, str. 12).

Temeljna značilnost delovanja zdravstvenega osebja ob množičnih nesrečah je, da je vpeto v t. i. reševalno verigo, kjer sodeluje skupaj z gasilci, policijo, civilno zaščito in drugimi. Vsi sodelujoči morajo sprejemati težke odločitve v kriznih situacijah, ki se razlikujejo od rutinskega dela (Špindler, 2013, str. 42).

Zastavlja se vprašanje, kako vidimo vodjo zdravstvene organizacije v 21. stoletju. V skladu s sodobno organizacijsko teorijo je vodja opredeljen kot ustvarjalec kulture vrednot. Za sodobne profitne in neprofitne organizacije predstavlja vzpostavitev takšne kulture zahteven izziv v danih zaostrenih globalnih ekonomskih razmerah (Andersson, et al., 2014, str. 192; Schein, 2010, str.74). Ta proces bodo sposobni izpeljati le vodje, ki imajo pogum in vizijo, ter se vključujejo v procese nenehnega učenja in rasti (Bertoncelj et al., 2015, str. 166).

Z raziskavo smo želeli na osnovi obstoječih virov in literature ter raziskave med medicinskimi sestrami/zdravstveniki, ki delajo na urgentnih oddelkih SB Jesenice in SB Novo mesto, raziskati stališča medicinskih sester/zdravstvenikov o odnosih in poteku komuniciranja v timu NMP in vlogo vodje urgentnega tima pri tem.

V konkretni raziskavi je urgencia predstavlja primarno organizacijsko enoto. Osredotočamo se na samo bolnišnično izvajanje nujne medicinske pomoči (NMP), ki obravnava urgentna stanja pacientov, zaradi katerih je lahko neposredno ali posredno ogroženo življenje (Jovanov, 2015, str. 6). Temeljni namen NMP je, da v čim krajšem možnem času nudi strokovno celovito medicinsko oskrbo ter s tem prepreči življenjsko ogrožajoča stanja ter posledično smrt pacienta (Shafi, et al., 2013).

V skladu s tema dvema izhodiščema je cilj raziskave na podlagi analiz stališč članov NMP podati ugotovitve kako načini vodenja in osebne karakteristike anketiranih vplivajo na: (i) stališča o vodenju tima, (ii) odnose med vodjo tima in člani, ter (iii) mnenja o notranji komunikaciji v timu.

V okviru raziskave smo oblikovali naslednje hipoteze:

H1: Obstajajo statistično značilne razlike v značilnostih vodenja NMP, odnosi med vodjo tima in člani, značilnosti komuniciranja med vodjo tima in člani tima in načini reševanja konfliktov s strani vodje tima NMP glede na spremenljivko, ki je v tem primeru lokacija splošna bolnišnica.

H2: Obstajajo statistično značilne razlike v značilnostih vodenja NMP, odnosi med vodjo tima in člani, značilnosti komuniciranja med vodjo tima in člani tima in načini reševanja konfliktov s strani vodje tima NMP glede na spol anketirancev.

H3: Obstajajo statistično značilne razlike v značilnostih vodenja NMP, odnosi med vodjo tima in člani, značilnosti komuniciranja med vodjo tima in člani tima in načini reševanja konfliktov s strani vodje tima NMP glede na starost anketirancev.

## 2 Teoretična izhodišča

Delovanje zdravstvenih služb v primeru množičnih nesreč, med katere uvrščamo tudi naravne nesreče, kot so poplave, potresi, plazovi, požari, ujme idr., urejajo Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (Dujic & Marinčič, 2013, str. 11). Temeljna značilnost delovanja zdravstvenega osebja ob naravnih nesrečah je, da je vpeto v t. i. reševalno verigo, kjer sodeluje skupaj z gasilci, policijo, civilno zaščito in drugimi. Vsi sodelujoči morajo sprejemati težke odločitve v kriznih situacijah, ki se razlikujejo od rutinskega dela (Špindler, 2013, str. 44).

Timi nujne medicinske pomoči se med prvimi znajdejo na kraju nesreč. Velikokrat se zgodi, da na teren prispejo prvi še pred zdravniško ekipo, takrat se znajdejo v situaciji, ko morajo sami izvesti oskrbo urgentnega pacienta. Zato je pomembno, da je v ekipi nujne medicinske pomoči tudi diplomirani zdravstvenik in da je za zdravstvenega tehnika od leta 2011 obvezna nacionalna poklicna kvalifikacija zdravstveni reševalec/reševalka. Slovenija je v fazi uvajanja regijskih urgentnih centrov, ki bodo pomembno vplivali na reorganizacijo urgentne službe, ki je sedaj izredno ruralno razdrobljena. Prednost centra bo v tem, da bo centraliziral dobro izobražene reševalce in jim nudil konstantno izobraževanje in vzdrževanje strokovnega nivoja s samim delom v praksi/na terenu. V tem primeru bo vedno več kompetenc in pomembnosti pri vodenju urgentnega tima pridobival diplomirani zdravstvenik. Tako bo končni cilj, imeti zdravnika v ekipi, samo v situacijah, ko je dejansko potreben (Čander, 2013, str. 101).

Diplomirani zdravstvenik, ki vodi tim urgentne prve pomoči, mora dobro poznati vidike timskega dela, ki vplivajo na kakovost in varnost pacientov (tabela 3), kajti cilj tima je, da je

pacient oskrbljen v skladu z zdravstvenimi standardi in ni ogrožen zaradi morebitnih nestrokovnih napak (Manser, 2009, str. 148).

Tabela 1: Pregled vidikov timskega dela, ki vplivajo na kakovost in varnost pacientov v primeru UNP kot dinamične domene zdravstvene oskrbe

Vidiki timskega dela	Primeri lastnosti pomembnih za varnost
Kakovost sodelovanja	vzajemno spoštovanje
Deljenje mentalnih modelov	jakost skupnih ciljev, skupno dojetje situacije, skupno razumevanje strukture tima, naloge tima, vloge v timu ipd.
Koordinacija	prilagodljivo usklajevanje (npr. dodelitev dinamične naloge novemu članu ekipe; premik med eksplicitnimi in implicitnimi oblikami usklajevanja; povečanje izmenjav informacij in načrtovanje v kritičnih situacijah)
Komunikacija	odprtost komuniciranja kakovost komunikacije (npr. skupni okvirji reference) specifične komunikacijske prakse (npr. timsko poročanje in izmenjava)
Vodenje	vodstveni stil (vrednostni odzivi osebja, spodbujanje in sodelovanje pri odločanju idr.) prilagajanje vedenja vodje (npr. povečanje eksplicitnega vedenja vodje v kritični situaciji)

Opomba: Povzeto po Manser (2009, str. 148)

V primeru vodenja tima urgentne nujne pomoči na podlagi opravljenih raziskav razberemo, da člani timov ocenjujejo kot pozitivno pri vodjih, da cenijo odprtost v komunikaciji in njihovo sposobnost vodenja (Miller, 2001, str. 342; Reader, Flin & Cuthbertson, 2007, str. 49).

Vodenje tima NMP v krizni situaciji je opredeljeno kot poseben način usklajevanja članov tima, ki je dejansko akcijska skupina, kjer člani opravljajo nujna in visoko posledična dela, pri tem pa se srečujejo s pogostimi spremembami v sestavi tima (Ajeigbe, McNeese – Smith, Phillips & Leach, 2014, str. 2136).

V timu NMP je potrebno zagotoviti primeren nivo medsebojnega sodelovanja in komuniciranja med člani. Raziskava, ki je bila izvedena med zdravstvenim osebjem, podaja v

primeru potreb po komunikaciji samo med medicinskimi sestrami, da kar 73 % anketiranih medicinskih sester kot pozitiven dejavnik za delovanje tima ocenjuje komunikacijo med člani tima v kritičnih situacijah (Leach, & Mayo, 2013, str. 204).

V kritičnih situacijah je pomembno, da vodja tima zna usklajevati njegove člane, ki rutinsko opravljajo hkrati več medsebojno odvisnih nalog. Raziskave so pokazale, da vodja ne usklajuje tima samo z verbalno komunikacijo, ampak tudi skozi njihovo delovno okolje. V tem primeru skrbi za natančno usklajenost članov tima, medicinske opreme in bolnikovega telesa. Taka strategija usklajevanja zahteva od vodje dobro poznavanje delovnih vlog in postopkov, ki omogočajo nemoteno delovanje tima v večini rutinskih situacij, medtem ko je v primeru kritičnih in slabo strukturiranih primerih potrebna bolj eksplicitna oblika usklajevanja (Xiao, Parker & Manser, 2013, str. 87). V kritičnih primerih tudi za urgentni tim velja podobno kot za time, ki delujejo v tveganih situacijah v gospodarstvu, da učinkoviti timi prilagajajo strategijo koordiniranja zahtevam situacije, v kateri se nahajajo. Tako gre pri rutinskih situacijah bolj za implicitna usklajevanja in v primeru kritičnih situacij za bolj eksplicitno usklajevanje (Entin & Serfaty, 1999, str. 312).

### 3 Metode

#### 3.1 Opis instrumenta

Kot raziskovalni inštrument je bil uporabljen strukturirani anketni vprašalnik zaprtega tipa. Vprašalnik smo sestavili na podlagi literature in virov. Uporabili smo informacije o:

- vplivu tima nujne medicinske pomoči na poklicne aktivnosti članov tima, (Stanič, 2012),
- vlogi in kompetencah reševalca v prehospitalnem obdobju (Zabukovšek, 2010),
- odločanju in uporabi moči v zdravstveni negi (Lorber in Skela Savič, 2011, str. 16 - 20) in
- vodstvenih kompetencah v slovenskem zdravstvu (Kovačič in Rus, 2015, str. 12 - 15).

Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz petih sklopov zaprtih vprašanj. Prvi sklop je bil namenjen zbiranju osnovnih demografskih podatkov o anketiranih osebah. V drugem sklopu smo spraševali o značilnostih vodenja NMP, tretji sklop je bil namenjen vprašanju o odnosih med vodjo tima in člani tima, četrti sklop se je osredotočal na vprašanja o značilnostih komuniciranja med vodjo tima in člani tima, zadnji peti sklop je bil namenjen vprašanju o načinih reševanja konfliktov s strani vodje tima NMP.

Da bi pridobili podatke o pomembnosti posameznih dejavnikov, je bila uporabljena Likertova petstopenjska lestvica stališč, kjer je 1 pomenila »se popolnoma ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 »se niti strinjam niti ne strinjam«, 4 »se strinjam« in 5 »se zelo strinjam«.

Zanesljivost posameznih vsebinskih sklopov vprašalnika smo preverili z uporabo indeksa zanesljivosti in konsistentnosti Cronbach alfa. V skladu s testiranjem vprašalnika smo izračunali vrednost Cronbach alfe za posamezne vsebinske sklope vprašanj: (i) značilnosti

vodenja NMP - 0,775, kar predstavlja dobro zanesljivost konstrukta; (ii) odnosi med vodjo tima in člani - 0,953, kar predstavlja odlično zanesljivost konstrukta; (iii) značilnosti komuniciranja med vodjo tima in člani tima - 0,963, kar predstavlja odlično zanesljivost konstrukta; (iv) načini reševanja konfliktov s strani vodje tima NMP - 0,863, kar predstavlja dobro zanesljivost konstrukta (Nunnaly, 1978, str. 67).

### 3.2 Opis vzorca

Uporabljeni vzorec anketiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki so zaposleni v urgentnih oddelkih SB Jesenice in SB Novo mesto, je nenaključen priročni vzorec (tabela 1). Opozoriti je potrebno, da gre v primeru urgentnih oddelkov v SB Jesenice in SB Novo mesto za oddelke, ki imajo manjše število zaposlenih, kar vpliva na velikost vzorca. V SB Jesenice smo tako med zaposlene medicinske sestre oddali 55 vprašalnikov in prejeli vrnjenih 41 (74,55 %) rešenih vprašalnikov. V SB Novo mesto smo oddali 50 vprašalnikov in prejeli vrnjenih 42 (84 %).

Tabela 2: Značilnosti vzorca

Demografski podatki/ Demographic data	SB Jesenice		SB Novo mesto	
	n=41	n (%)=100	n=42	n (%)=100
<b>Spol</b>				
Moški	14	34,15	18	42,86
Ženski	27	65,85	24	57,14
<b>Starost</b>				
18 do 35 let	23	56,10	19	45,24
36 do 65 let	18	43,90	23	54,76
<b>Dokončana izobrazba</b>				
Srednješolska	17	41,46	19	45,24
Višješolska	1	2,44	1	2,38
Visokošolska strokovna	22	53,66	19	45,24
Univerzitetna	0	0	0	0
Podiplomska	1	2,44	3	7,14
<b>Delovna doba v zdravstvu</b>	14,25 let		14,76 let	
<b>Delovna doba v službi NMP</b>	7,5 let		7,29 let	

*Legenda/Legend: n – število/number, % - strukturni odstotek/structural percent*

Opomba: Vir lasten

Kot je razvidno iz tabele 2 v vzorcu anketiranih tako v SB Jesenice kot v SB Novo mesto prevladujejo ženske. V SB Jesenice smo tako v raziskavo zajeli 27 žensk (65,85 %) in 14 moških (34,15 %) ter v SB Novo mesto 24 žensk (57,14 %) in 18 moških (42,86 %). V SB Jesenice znaša povprečna delovna doba anketirane osebe v zdravstvu 14,25 let, od tega v povprečju 7,5 let v službi NMP. V SB Novo mesto znaša povprečna delovna doba v zdravstvu 14,76 let in v službi NMP povprečno 7,29 let. Glede na starostno strukturo vidimo, da gre za

povprečno generacijo medicinskih sester/zdravstvenikov srednjih let. V SB Jesenice znaša povprečna starost anketirane medicinske sestre/zdravstvenika 37 let. Najmlajša anketirana medicinska sestra/zdravstvenik je bila stara 27 let in najstarejša 57 let. V SB Jesenice v razredu starih od 18 do 35 let nahaja 56,10 % anketiranih in v razredu od 36 do 65 let 43,90 % anketiranih. V SB Novo mesto znaša povprečna starost anketirane medicinske sestre/zdravstvenika 36 let. Najmlajša anketirana medicinska sestra/zdravstvenik je bila stara 23 let in najstarejša 55 let. V SB Novo mesto se v razredu starih od 18 do 35 let nahaja 45,24 % anketiranih in v razredu od 36 do 65 let 54,56 % anketiranih. Glede na izobrazbeno strukturo anketirancev, je iz tabele 1 razvidno, da ima v SB Jesenice največ anketiranih oseb končano visoko strokovno šolo (53,66 %), sledijo osebe s končano srednješolsko izobrazbo (41,46 %), končano višješolsko strokovno izobrazbo (2,44 %), in podiplomsko izobrazbo (2,44 %). V SB Novo mesto ima enako število anketirancev srednješolsko in visokošolsko strokovno izobrazbo (45,24 %), sledita podiplomska izobrazba (7,14 %) in višješolska izobrazba (2,38 %).

### 3.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena med 21. 9. 2015 in 5. 10. 2015 na urgentnih oddelkih SB Jesenice in med 21. 9. 2015 in 8. 10. 2015 na urgentnih oddelkih SB Novo mesto. Dovoljenje za opravljanje raziskave smo dobili s strani obeh institucij. Anketirancem je bila zagotovljena popolna anonimnost. Izpolnjene anketne vprašalnike so oddali v posebej za to določen nabiralnik.

Za obdelavo prejetih podatkov smo uporabili statistični program SPSS verzija 22 (IBM corp.). Za analizo podatkov smo uporabili deskriptivno statistiko in t-test. Statistično značilnost smo testirali pri 5% stopnji tveganja ( $p=0,05$ ).

## 4 Rezultati

V tabelah od 3 do 9 so prikazani rezultati ankete o vodenju tima NMP v primeru povečanja obsega dela. Rezultati t-testa so prikazani in obrazloženi samo za statistično značilne razlike v značilnostih vodenja NMP, odnosi med vodjo tima in člani, značilnosti komuniciranja med vodjo tima in člani tima, in načini reševanja konfliktov s strani vodje tima NMP glede na neodvisne spremenljivke; splošna bolnišnica, spol in starost anketirancev.

V sklopu vprašanj o zdravstvenem timu je, kot je razvidno iz tabele 3, v SB Jesenice največjo povprečno oceno dobila trditev »Timsko delo je perspektivna oblika dela v NMP« ( $\bar{x}=4,63$   $s=0,5$ ). Najnižje ocenjena trditev je »vodenje tima je odvisno od izobrazbe« ( $\bar{x}=2,75$   $s=1,483$ ). V SB Novo mesto je največjo povprečno oceno dobila trditev »Sodelovanje in medsebojna odvisnost sta ključnega pomena« ( $\bar{x}=4,88$   $s=0,33$ ). Najnižje ocenjena trditev je »vodenje tima je odvisno od izobrazbe« ( $\bar{x}=3,88$   $s=1,17$ ).

**Tabela 3:** *Trditve o zdravstvenem timu*

Trditev	SB Jesenice		SB Novo mesto	
	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
Vodenje tima je odvisno od izobrazbe	2,75	1,483	3,88	1,17
Vodenje tima je odvisno od izkušenj	4,56	0,814	4,59	0,62
Odločitve v timu sprejema vodja	3,87	0,957	4,41	0,80
Vsaka delovna skupina je tim	4,19	0,911	4,06	1,20
V timskem delu so konstruktivni konflikti dobrodošli	3,75	1,125	3,94	1,03
Zaupanje predstavlja ključno vrednoto za sodelovanje v timu	4,5	1,033	4,71	0,59
Sodelovanje in medsebojna odvisnost sta ključnega pomena	4,37	1,088	4,88	0,33
V NMP je timsko delo uveljavljena metoda dela	4,44	1,088	4,59	0,33
Imam dovolj znanja o timskem delu	4,12	0,806	4,65	0,61
Timsko delo je perspektivna oblika dela v NMP	4,63	0,5	4,53	0,51

Opomba: Vir lasten

Na podlagi t-testa za neodvisne vzorce smo ugotavljali statistično pomembnost razlik pri trditvah o zdravstvenem timu in ugotovili, da pri nobeni od opazovanih dimenzij (splošna bolnišnica, spol in starost anketirancev) ne prihaja do statistično pomembnejših razlik.

V tabeli 4 so analizirane trditve o odnosih med vodjo tima in anketiranci. Kot je razvidno iz tabele, je v SB Jesenice največjo povprečno oceno dobila trditev »Vodja ve, da so za uspešno delo potrebni medsebojno zaupanje, pomoč in komunikacija« ( $\bar{x}=4,27$ ,  $s=0,856$ ). Najnižjo oceno je dobila trditev »Vodja pusti, da smo pri procesu dela kar se da avtonomni« ( $\bar{x}=3,63$ ,  $s=0,806$ ). V SB Novo mesto je največjo povprečno oceno dobila trditev »Vodja se zaveda, da je med člani tima potrebno vzdrževati prijateljske odnose« ( $\bar{x}=4,29$ ,  $s=1,033$ ). Najnižjo oceno je dobila trditev »Vodja loči ostale člane po individualnosti« ( $\bar{x}=3,71$ ,  $s=1,047$ ).

**Tabela 4:** *Trditve o odnosu med vodjo in anketiranci*

Trditev	Bolnica Jesenice		Bolnica Novo mesto	
	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
Vodja se zna postaviti v vlogo ostalih članov	3,81	1,109	4,18	1,131
Vodja zna realno oceniti posameznikove zmožnosti	4,13	0,957	4,18	1,015
Vodja stoji za tistim, kar reče	3,94	1,063	4,18	1,131
Vodja v primeru zmote prizna napako	3,81	1,167	4,12	1,219
Vodja je samodiscipliniran	4	1,155	4,18	1,105
Vodja realno oceni probleme	3,88	1,088	4,22	0,849
Vodja loči ostale člane po individualnosti	3,75	1,291	3,71	1,047
Vodja pusti, da smo pri procesu dela kar se da avtonomni	3,63	0,806	4,12	0,928
Vodja se osebno zanima za razvoj zaposlenih	3,81	1,276	4,06	1,088
Vodja ve, da so za uspešno delo potrebni medsebojno zaupanje, pomoč in komunikacija	4,27	0,856	4,24	1,033
Vodja se zaveda, da je med člani tima potrebno vzdrževati prijateljske odnose	4	1,033	4,29	1,033
Vodja v krizni situaciji obvladuje koordinacijo tima	4,25	0,683	4	1,061

Opomba: Vir lasten

Na podlagi t-testa smo statistično pomembno razliko ugotovili pri odgovorih na postavke, ki se tičejo vodenja tima NMP, v okviru primerjave po starosti anketirancev. Anketirance smo razdelili v dve skupini. V prvi skupini so bili stari do vključno 35 let, v drugi skupini pa nad



35 let, torej od 36 leta starosti naprej. Ugotovili smo, da obstaja statistično značilna razlika med skupinama mlajših in starejših anketirancev v trditvi o odnosu z vodjo »Vodja loči ostale člane po individualnosti« ( $t=1,118$ ,  $p=0,040$ ). Anketiranci stari do vključno 35 let se v večji meri strinjajo s trditvijo kot anketiranci stari od 36 let naprej (tabela 5).

**Tabela 5:** Rezultati *t*-testa odnos med vodjo in anketiranci

Spremenljivke	n (%)	$\bar{x}$	<i>p</i>
Starost od 18 do 35 let	18 (54,55)	3,83	$p=0,040$
Starost od 36 do 65 let	15 (45,45)	3,40	

Iz tabele 6 je razvidno, da je v sklopu vprašanj o komunikaciji med vodjo in anketiranci v SB Jesenice največjo povprečno oceno dobila trditev »Vodja nam omogoča, da člani tima lahko povemo, kaj mislimo« ( $\bar{x}=4,25$   $s=0,856$ ). Najnižje ocenjena trditev je »Vodja nam pred sprejetjem odločitve le-to tudi predstavi« ( $\bar{x}=3,88$   $s=1,025$ ). V SB Novo mesto je največjo povprečno oceno dobila trditev »Vodja pohvali posameznika za njegovo uspešno delo« ( $\bar{x}=4,38$   $s=0,781$ ). Najnižje ocenjena trditev je »Vodja jasno izraža, da se držimo njegovih stališč« ( $\bar{x}=3,82$   $s=0,809$ ).

**Tabela 6:** Trditve o komunikaciji med vodjo in anketirancem

Trditev	Bolnica Jesenice		Bolnica Novo mesto	
	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
Vodja motivira člane v timu NMP v kriznih situacijah	4,24	0,683	4,06	1,088
Vodja se med reševalno akcijo posvetuje s sodelavci	4,13	0,885	4,18	0,809
Vodja skrbi, da komunikacija v timu NMP poteka v vseh smereh	4,06	0,929	4,29	0,92
Pri pogovoru daje vodja sogovorniku občutek enakovrednosti	3,94	0,854	4,12	0,993
Vodja se s sodelavci veliko pogovarja, tako bolje spozna člane tima	4	0,894	3,94	1,088
Vodja nam omogoča, da člani tima lahko izražamo lastna mnenja o delu tima	4,19	1,047	4,24	0,903
Vodja nam pred sprejetjem odločitve le-to vedno tudi predstavi	3,88	1,025	3,94	1,029
Vodja pohvali posameznika za njegovo uspešno delo	4,06	0,772	4,38	0,781
Vodja jasno izraža, da se držimo njegovih stališč	4,06	0,854	3,82	0,809
Vodja nam omogoča, da člani tima lahko povemo, kaj mislimo	4,25	0,856	4,12	1,054
Vodja daje jasna navodila	4,19	0,911	4,29	0,849
Vodja vzpostavlja zaupanje	4,06	0,988	4,18	1,105

Opomba: Vir lasten

Na podlagi *t*-testa smo statistično pomembno razliko ugotovili pri odgovorih na postavke, ki se tičejo komunikacije med vodjo in anketiranci, v okviru primerjave po spolu anketirancev. Ugotovili smo, da se anketiranci različnega spola, ki so bili vključeni v raziskavo, statistično značilno razlikujejo v eni trditvi s področja komunikacije z vodjo, in sicer »Vodja nam pred sprejetjem odločitve le-to vedno tudi predstavi« ( $t=-1,481$ ,  $p=0,030$ ), kjer se ženske v večini manj strinjajo s trditvijo (tabela 7).

**Tabela 7:** Rezultati t-testa komunikacija med vodjo in anketiranci

Spremenljivke	n (%)	$\bar{x}$	p
Ženski spol	27 (81,82)	3,77	p= 0,030
Moški spol	6 (18,18)	4,50	

Opomba: Vir lasten

Iz tabele 8 je razvidno, da je v sklopu vprašanj o odnosu med vodjo in anketiranci o stopnji strinjanja slednjega z vodjo v primeru reševanja konfliktov v SB Jesenice največjo povprečno oceno dobila trditev »Vodja se o nastalih problemih pogovarja s sodelavci« ( $\bar{x}=4$ ,  $s=0,894$ ). Najnižje ocenjena trditev je »Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske« ( $\bar{x}=2$ ,  $s=1,095$ ). V SB Novo mesto sta največjo povprečno oceno dobili trditvi »Vodja pri reševanju konfliktov poudarja skupne cilje« ( $\bar{x}=4,29$   $s=0,849$ ) in »Vodja jezo izraža na primeren način« ( $\bar{x}=4,29$   $s=0,772$ ). Najnižje ocenjena trditev je »Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske« ( $\bar{x}=2,06$   $s=1,478$ ).

**Tabela 8:** Trditve o odnosu med vodjo in anketiranim o stopnji strinjanja slednjega z vodjo v primeru reševanja konfliktov

Trditev	Bolnica Jesenice		Bolnica Novo mesto	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Vodja pri reševanju konfliktov uporabi kompromis	3,63	0,885	4,24	0,831
Vodja pri reševanju konfliktov izhaja iz svoje nevtalnosti	3,96	1,078	4,12	0,781
Vodja se o nastalih problemih pogovarja s sodelavci	4	0,894	4,24	0,97
Vodja pri reševanju konfliktov poudarja skupne cilje	3,94	0,772	4,29	0,849
Vodja problem rešuje takoj ob nastanku, da to ne vpliva na delo tima	3,81	1,109	4,18	0,951
Vodja pri reševanju konfliktov uporabi moč za pristanek na ponujeno rešitev	3,69	1,078	3,71	1,532
Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske	2	1,095	2,06	1,478
Vodja se izogiba reševanju konfliktov, ker mu je neprijetno	2,5	1,414	2,12	1,219
Vodja pri reševanju konfliktov skupaj s člani tima išče ustrezno rešitev	3,81	1,047	4,06	1,144
Vodja jezo izraža na primeren način	3,44	1,315	4,29	0,772
Vodja rešuje konflikte	3,81	1,047	4,24	0,97

Opomba: Vir lasten

Na podlagi t-testa smo statistično pomembno razliko ugotovili pri odgovorih na postavke, ki se tičejo vodenja tima NMP. Primerjali smo po bolnišnicah, kjer delujejo anketirani. Ugotovili smo, da se anketiranci iz SB Jesenice in SB Novo mesto, ki so bili vključeni v raziskavo, statistično značilno razlikujejo v trditvi s področja načina reševanja konfliktov s strani vodje tima nujne medicinske pomoči, in sicer pri trditvi »Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske (mobbing)« ( $t=-0,373$ ,  $p=0,018$ ). Anketiranci iz SB Jesenice v večji meri zanikajo to trditev kot anketiranci iz SB Novo mesto (tabela 9).

**Tabela 9:** Rezultati *t*-testa o odnosu med vodjo in anketiranim o stopnji strinjanja slednjega z vodjo v primeru reševanja konfliktov

Spremenljivke	n (%)	$\bar{x}$	<i>p</i>
Ženski spol	27 (81,82)	1,89	<i>p</i> = 0,042
Moški spol	6 (18,18)	1,16	
Ženski spol	27 (81,82)	2,37	<i>p</i> = 0,013
Moški spol	6 (18,18)	1,17	
SB Jesenice	16 (48,48)	1,69	<i>p</i> =0,018
SB Novo mesto	17 (51,52)	1,82	

Opomba: Vir lasten

Statistično pomembnejšo razliko smo ugotovili tudi pri odgovorih na postavke, ki se tičejo vodenja tima NMP, ko smo jih primerjali po spolu. In sicer pri trditvi »Vodja pri odločanju uporablja različne pritiske (mobbing)« ( $p=0,042$ ) ter pri trditvi »Vodja se izogiba reševanju konfliktov, ker mu je neprijetno« ( $t=2,580$ ,  $p=0,013$ ). Pri teh dveh trditvah so ženske izrazile večje strinjanje (tabela 9).

## 5 Razprava

Z raziskavo, ki smo jo izvedli med zaposlenimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki v urgentnih ambulantah SB Jesenice in SB Novo mesto, smo želeli ugotoviti, kakšna so mnenja članov urgentnega tima o vodstvenih sposobnostih vodje urgentnega tima v krizni situaciji. Znotraj raziskave smo se podrobneje lotili raziskati, kako vodja urgentnega tima reagira v kriznih razmerah in kakšne posledice ima njegova reakcija na medsebojne odnose članov urgentnega tima. V raziskavo smo vključili dejavnike s področja organizacijskega vedenja, za katere ocenjujemo, da imajo pomemben vpliv na učinkovito delovanje članov tima v kriznih situacijah. V raziskavi nas je zanimalo, kako vodja tima: (i) vodi tim (stil in način vodenja), (ii) rešuje konflikte med člani tima in (iii) kako komunicira s člani tima v kriznem obdobju.

Raziskovalni fenomen predstavlja vodenje tima NMP v krizni situaciji. V krizni situaciji gre za poseben način usklajevanja članov tima, ki je dejansko akcijska skupina, kjer člani opravljajo nujna in visoko posledična dela, pri tem pa se srečujejo s pogostimi spremembami v sestavi tima (Braun, Child & Saborio, 2014, str. 57). To so razlogi, ki vodijo do zaključka, da je v timu NMP potrebno zagotoviti primeren nivo medsebojnega sodelovanja in komuniciranja med člani. Manser (2009) opozarja, da mora diplomirani zdravstvenik, ki vodi tim NMP, dobro poznati vidike timskega dela, ki vplivajo na kakovost in varnost pacientov, kajti cilj tima je, da je pacient oskrbljen v skladu z zdravstvenimi standardi in ni ogrožen zaradi morebitnih strokovnih napak. Člani urgentnega tima ta stališča pridobijo na podlagi osebnega zaznavanja in izkušenj (Hu, et al., 2010, str. 21).

V kritičnih situacijah je pomembno, da vodja tima zna usklajevati člane tima, ki rutinsko opravljajo hkrati več medsebojno odvisnih nalog. Raziskave so pokazale, da vodja ne usklajuje tima samo z verbalno komunikacijo, ampak tudi skozi njihovo delovno okolje. V tem primeru skrbi za natančno usklajenost članov tima, medicinske opreme in bolnikovega

telesa. Člani timov ocenjujejo kot pozitivno lastnost pri vodji, da ceni odprtost v komunikaciji in njihovo sposobnost vodenja, ki pozitivno vpliva na delovno zadovoljstvo medicinski sester/zdravstvenikov (Lux, Hutcheson & Peden, 2014, str. 39).

Strategija usklajevanja zahteva od vodje dobro poznavanje delovnih vlog in postopkov, ki omogočajo nemoteno delovanje tima v večini rutinskih situacij, medtem ko je v primeru kritičnih in slabo strukturiranih primerih potrebna bolj eksplicitna oblika usklajevanja (Clements et al., 2015, str. 5). V kritičnih primerih tudi za urgentni tim velja podobno kot za time, ki delujejo v tveganih situacijah v gospodarstvu, da učinkoviti timi prilagajajo strategijo koordiniranja zahtevam situacije, v kateri se nahajajo. Tako gre pri rutinskih situacijah bolj za implicitna usklajevanja in v primeru kritičnih situacij za bolj eksplicitno usklajevanje (Entin & Serfaty, 1999, str. 319).

## 6 Zaključek

V okviru raziskave smo potrdili hipoteze, da obstajajo statistično značilne razlike v okviru medsebojnih odnosov in komuniciranja ter reševanja konfliktov med vodjo tima in člani tima NMP glede na spremenljivko lokacije splošne bolnišnice, spola in starosti respondenta. Na podlagi teh ugotovitev vidimo, kako pomembno je v praksi upoštevati, da osebne značilnosti posameznega člana vplivajo na izrazitost kulture tima in njenih podkultur. Do razlik med bolnišnicama prihaja, ker osebne lastnosti tako vodstva bolnišnic kot srednjega in nižjega menedžmenta in identifikacija sodelavcev z organizacijo oblikujejo izrazito kulturo posamezne bolnišnice, ob kateri so malo izrazite podkulture (Person & Spiva, 2013, str. 224; Schein, 2010, str. 84). Kvas, Seljak in Stare (2014, str. 67) so avtorji slovenske raziskave, s katero so opredelili, kako medicinske sestre/zdravstveniki kot vodje vrednotijo vodstvene kompetence. V okviru te raziskave so medicinske sestre/zdravstveniki na tretjem nivoju odločanja (vodje timov, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, vodje manjših oddelkov) opozorili na pomembnost upoštevanja norm.

Podajamo stališče, da se morajo vodje na vseh nivojih odločanja v bolnišnicah zavedati, da prihaja do medgeneracijskih razlik in razlik med spoloma zaradi osebnostnih razlik in norm med generacijami, »baby boom, X, Y in Z«. Vzrok najdemo v njihovih različnih pogledih na pridobivanje in deljenje znanja. Zavedati se je potrebno, da medgeneracijske razlike vodijo do različnih vrednostnih sistemov, ki vplivajo na pogled na delovne navade. Vrednotenje in pogled na delo se spreminjata z osebnostno zrelostjo in sta bolj povezana s spolom ter medgeneracijskimi izkušnjami kot s starostjo. Pozornost je potrebno usmeriti na razlikovanje pogledov starejše generacije na vrednote mlajše generacije. Ravno to razlikovanje pogledov namreč lahko vodi do osebnostnih konfliktov, ki so najpogosteje posledica različnih pogledov na uporabo sodobnih metod in tehnik, tehnologije in dojemanja etičnih pravil (Bertoncelj et al., 2015, str. 94 - 95).

V Sloveniji zaključujemo fazo odpiranja regionalnih UC. Ker gre za nove in samostojne oddelke SB, v katere delovne procese bodo vključeni tudi novi mlajši kadri menimo, da bo

potrebno za zagotavljanje kakovostnega organiziranja in vodenja timov v prihodnosti podobno študijo (longitudinalno) izvesti v vseh desetih UC.

Poglavitna omejitev raziskave je v številu respondentov. Vzrok zato je, da je raziskava potekala samo na urgentnih oddelkih dveh splošnih bolnišnic v Sloveniji.

## Reference

1. Andersson, H., Sundström Wireklint, B., Nilsson, K., & Jakobsson, E. (2014). Management of everyday work in emergency departments – an exploratory study with Swedish managers. *International Emergency Nursing*, 22, 190-196. doi 10.1016/j.ienj.2014.02.001đ
2. Ajeigbe, D. O., McNeese-Smith, D., Leach, L. S., & Phillips, L. R. (2013). Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *Journal of Nursing Administration*, 43(3), 142-148. doi: 10.1097/NNA.0b013e318283dc23
3. Bertoncej, A., Bervar, M., Meško, M., Naraločnik, A., Nastav, B., Roblek, V., & Trnavčevič, A. (2015). *Trajnostni razvoj: ekonomski, družbeni in okoljski vidiki*. Ljubljana: IUS Software & GV Založba.
4. Braun, S., Child Howerton, R., & Saborio, S. (2014). One emergency department's management experiment: leadership by team. *Journal of emergency nursing*, 40(1), 56-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.07.021>
5. Clements, A., Curtis, K., Horvat, L., & Shaban, Z.R. (2015). The effect of a nurse team leader on communication and leadership in major trauma resuscitations. *International Emergency Nursing*, 23, 3-7. doi: doi:10.1016/j.ienj.2014.04.004
6. Čander, D. 2013. Pogled reševalca na organizacijo urgentnih centrov. V M. Gričar & R. Vajd (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2013* (str. 98 – 102), 20. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 13-15. junij 2013. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
7. Dujčić, D., & Simčič, B. (2013). *Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva .
8. Entin, E. E., & Serfaty, D. (1999). Adaptive team coordination. *Human Factors*, 41, 312–25. doi: 10.1518/001872099779591196
9. Hu, X., Yu-rong, W., & Bo, Y. (2010). Experience in carrying out medical rescue mission in Haiti. *Journal of Medical Postgraduates*, 10, 18-27.
10. Jovanov, K. (2015). *Vloga vodje pri zagotavljanju kakovosti v medsebojnih odnosih ob povečanem obsegu dela v urgentni dejavnosti*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
11. Košir, R. 2015. Quo vadis – urgentni centri v Sloveniji. V R. Vajd & M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina izbrana poglavja 2015* (str.48 – 54), 22. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 18-20. junij 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
12. Kovačič, H., & Rus, A. (2015). Leadership Competences in Slovenian Health Care / Vodstvene kompetence v slovenskem zdravstvu. *Zdravstveno varstvo*, 54(1), 11-17. doi: 10.1515/sjph-2015-0002
13. Kvas, A., Seljak, J., & Stare, J. (2014). Training Needs Assessment for Leaders in Nursing based on Comparison of Competency model. *Organizacija*, 47(1), 66–75. doi: 10.2478/orga-2014-0006

14. Leach, L. S., & Mayo, A. M. (2013). Rapid response teams: qualitative analysis of their effectiveness. *American Journal of Critical Care*, 22(3), 198-210. doi: 10.4037/ajcc2013990
15. Lorber, M., & Skela-Savič, B. (2011). Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene nege*, 45(1), 15-21.
16. Lux, M.K., Hutcheson, B. J. & Peden, R. A. (2014). Ending disruptive behaviour: staff nurse recommendations to nurse educators. *Nurse Education in Practice*, 14, 37-42. doi:10.1016/j.nepr.2013.06.014
17. Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143–151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.
18. Miller, P. A. (2001). Nurse – physician collaboration in an intensive care unit. *American Journal Critical Care*, 10, 341–50. doi: 10.5: 341
19. Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
20. Person, J., & Spiva, L. (2013). The culture of an emergency department: an ethnographic study. *International Emergency Nursing*, 21, 222-227. doi:10.1016/j.ienj.2012.10.001
21. Prosen, G. (2015). Quo vadis, NMP? V R. Vajd & M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina izbrana poglavja 2015* (str. 55 – 59), 22. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 18-20. junij 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
22. Reader, T., Flin, R., & Cuthbertson, B. (2007). Teamwork in the Scottish ICU. *Scottish Medical Journal*, 52, 49- 49.
23. Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass, cop.
24. Shafi, S., Aboutanos, M. B., Agarwal Jr, S., Brown, C. V., Crandall, M., et al. (2013). Emergency general surgery: definition and estimated burden of disease. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 74(4), 1092–1097. doi: 10.1097/TA.0b013e31827e1bc7
25. Stanič, K. (2012). *Vpliv nujne medicinske pomoči na poklicne aktivnosti članov tima*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
26. Špindler, M. (2013). Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči pri množičnih nesrečah. V M. Gričar, & R. Vajd (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2013* (str. 42 – 44), 20. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 13-15. junij 2013. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
27. Zabukovšek, D. (2010). *Vloga in kompetence reševalca v prehospitalnem okolju*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
28. Xiao, Y., Parker – Henrickson, S., & Manser, T. (2013). Teamwork and collaboration. *Reviews of human factors and ergonomics*, 8(1), 55-102. doi: 10.1177/1557234X13495181

Kristjan Jovanov, 1991, je diplomiral na Fakulteti za zdravstvene vede v Novem mestu. Med študijem se je aktivno udeleževal strokovnih študentskih konferenc s področja zdravstvenih ved. Svojo strokovno pot je začel v letu 2016 na urgentnem centru splošne bolnišnice Jesenice kot diplomirani zdravstvenik.

\*\*\*

Vasja Roblek, 1973, je doktorski študent na Fakulteti za management, Univerze v Kopru. Na visokošolskem zavodu Fizioterapevtika si je pridobil naziv asistenta za področje zdravstvenega menedžmenta in raziskovalnih metod. Znanstveno - raziskovalno deluje v

okviru mednarodne skupine BS Laboratory. Je soavtor prve slovenske znanstvene monografije s področja ekonomskih in poslovnih ved, ki je bila prevedena v ruščino in se uporablja kot učbenik na dveh uglednih ruskih univerzah.

\*\*\*

## Emergency units' team leadership in case of increased workload

### Abstract:

**Research Question (RQ):** Are there any statistically significant differences in the characteristics of the management in emergency activities in cases of increased scope of work depending on location institutions and by sex and age of the team members?

**Purpose:** The purpose of the research was to find out what are the opinions from the members of the emergency team about managerial and communication skills of leaders of emergency teams in crisis situations, which in turn affect the relations within the team.

**Method:** In the research was used non experimental method. The data were collected using a structured questionnaire, on a sample of employed nurses in the emergency units in General Hospital Jesenice (SB Jesenice) (n = 41) and Novo mesto General Hospital (SB Novo mesto) (n = 42). The questionnaire was pre-tested. Selected data were analyzed by t-test.

**Results:** The results of the research showed statistical differences in the context of the following claims: (no) "Head separates the other members of the individuality" ( $t = 1.118$ ,  $p = 0.040$ ). Respondents aged up to and including 35 years largely agree with the statement than respondents aged 36 years onwards; (Ii) "Head of us before taking a decision, always well presented« ( $t = -1.481$ ,  $p = 0.030$ ), where women are in the majority less agree with the statement; (Iii) "Head of the decision-making using different pressures (mobbing)" ( $t = -0.373$ ,  $p = 0.018$ ). Respondents from General hospital Jesenice largely deny this claim as respondents in the General hospital Novo mesto; (Iv) "Head of avoiding conflicts, because it is inconvenient" ( $t = 2.580$ ,  $p = 0.013$ ). In the claims (iii) and (iv) Representative of the women expressed greater agreement.

**Organization:** The research results are given managers at all levels of the organization a clear picture of the view of the members of the emergency teams on the characteristics of management in case of increased workload.

**Society:** An organizational culture and method of governance may encourage organizations on the basis of the characteristics of other organizations, bringing in its new environmental management approaches and so improve their relations.

**Originality:** In the case of research the results relating to the two emergency center two Slovenian general hospitals. A similar survey within the emergency teams has not been completed.

**Limitations/Future Research:** The main limitation of the research is in the number of respondents. The reason why is that the survey only took place in the emergency departments of two general hospitals in Slovenia. In Slovenia the final stages of opening regional emergency centers. Since this is a new and separate section of the hospital, in which working processes will be included under the new staff, we believe that it will be necessary to ensure the quality of organization and management team in the future, a similar study (longitudinal) carried out in all ten emergency centers.

**Keywords:** team leading, organizational behavior, emergency venter, medical management, emergency medical treatment, organizational culture, organizational climate, t-statistics.