

KONTINUIRANA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA – IZZIV SODOBNEGA MENEDŽMENTA BOLNIŠNIČNE ZDRAVSTVENE NEGE

CONTINUING HEALTH CARE – THE CHALLENGE OF MODERN MANAGEMENT OF
HOSPITAL NURSING CARE

Brigita Skela Savič

KLJUČNE BESEDE: *kontinuirana oskrba; zdravstvena nega; menedžment; spremembe*

KEY WORDS: *continuity care; nursing care; management; change*

Izvleček – Kontinuirana zdravstvena obravnava ima vedno večji pomen za kakovostno obravnavo pacientov. Kontinuiteta je stopnja združevanja različnih nepovezanih dogodkov v zdravstveni obravnavi, ki se kaže kot skladen in povezan pristop zdravstvenega osebja do pacienta in njegovih potreb in kot dobro medsebojno sodelovanje osebja, ki izvaja zdravstveno obravnavo. Zaradi širine pristopov, ki so potrebni za uvedbo kontinuirane zdravstvene obravnave in niso vezani samo na uvajanje strokovnih novosti, temveč predvsem na integriranje znanja in potencialov številnih vključenih v proces obravnave pacienta, predstavlja kontinuirana zdravstvena obravnava svojevrsten menedžerski izziv. Odgovornost za ta miselni, vedenjski, strokovni in organizacijski premik nosi menedžment slovenskih bolnišnic. V prispevku smo na osnovi pregleda literature nanizali priložnosti, ki jih menedžerji zdravstvene nege, kot del vodilne strukture slovenskih bolnišnic lahko vključijo v svoje razvojne projekte.

Abstract – Continuing health care is becoming more and more important for quality patient treatment. Continuity is defined as the degree to which different unrelated incidents in health care are brought together and is manifested as a harmonized and intertwined access of all health personnel to the patient and his/her needs and as quality cooperation of staff carrying out health care. Due to broad access points required for the introduction not only of professional aspects but over all to the integration of knowledge and potentials of all individuals involved in patient care, continuing health care presents a specific management challenge.

Uvod

Kontinuirana zdravstvena obravnava postaja vse bolj pomembna v zadnjem desetletju, saj se zdravstveni sistem srečuje s povečanim številom kroničnih obolenj in s tem povezanim potrebnim hitrejšim obratom pacientov na bolnišnični ravni. Tako se sistem obravnave pacientov podaljšuje na primarno raven, kar se kaže s skrajševanjem ležalnih dob v bolnišnicah in večjim obsegom dela na terciarni, sekundarni in primarni ravni. Ugotavljamo, da imata kontinuirana zdravstvena obravnava in s tem povezana zdravstvena nega vedno večji pomen za kakovostno obravnavo pacientov (Skela Savič, 2006). Maersen s sodelavci (1997; cit. po Skela Savič in Strojani, 2006) pravi, da si bolnišnice v razvitem svetu vedno bolj prizadevajo za preoblikovanje v specializirane centre za akutno obravnavo bol-

nikov. Organizacija strokovnega dela je vedno bolj usmerjena k zmanjševanju posteljnih zmogljivosti na bolniških oddelkih in vzporednemu povečevanju obsega ambulantne dejavnosti in obravnave v dnevni bolnišnici. Da bi proces reorganizacije lahko stekel, morajo bolnišnice vzpostaviti medsebojno sodelovanje in povezovanje tako na strokovni, storitveni, organizacijski in finančni ravni.

Zdravstveni zavodi kot organizacije se v zagotavljanju 24 urne obravnave srečujejo s številnimi razhajanjmi na ravni oddelkov, različnih strok, delovnih izmen in posameznikov (Cook in sod., 2000). Tako bolnišnice uporabljajo različne pristope za vzpostavitev kontinuirane obravnave, ki v neposredni praksi povzročajo številne probleme (Krogstad in sod., 2002).

Namen prispevka je na osnovi pregleda literature in nekaterih spoznanj v razvitem svetu in v sloven-

skem prostoru opisati vlogo menedžmenta zdravstvene nege pri oblikovanju strategij bolnišnic za doseganje kontinuirane obravnave v okviru dejavnosti znotraj bolnišnic in zunaj njih.

Definicija in pristopi

Kontinuiteta je stopnja združevanja različnih nepovezanih dogodkov v zdravstveni obravnavi, ki se kaže kot skladen in povezan pristop zdravstvenega osebja do pacienta in njegovih potreb in v dobrem medsebojnem sodelovanju osebja, ki izvajajo zdravstveno obravnavo pri pacientu (Haggerty in sod., 2003). Gre torej za dve dimenziji. Prva je vezana na skladnost in povezanost strokovnega delovanja zdravstvenega osebja, druga na sodelovalno komponento delovanja osebja pri zagotavljanju kontinuirane obravnave. Lahko rečemo, da je stopnja kontinuirane zdravstvene obravnave povezana s strokovnimi, sodelovalnimi in organizacijskimi dejavniki uspešnosti vzpostavitve.

V pregledu literature je razvidno, da ima kontinuirana zdravstvena oskrba dolgo zgodovino na področju primarne ravni (Hennen, 1975; Hjortdahl, 1992; Freeman, Hjortdahl 1997). Koncept kontinuirane obravnave ni pogosto soroden z bolnišnično obravnavo (Krogstad in sod., 2002). Velikokrat se termin uporablja pri dolgotrajnih hospitalizacijah (Tresch in sod., 1985), v psihiatriji (Shern, 1986) in v zdravstveni negi (Smith, 2000). Prav tako je zaznati uporabo termina kontinuirana obravnava v smislu kontinuitete dela posameznega zdravstvenega delavca pri posameznem pacientu, kjer Krogstad in drugi (2002) poudarjajo, da kontinuirana zdravstvena obravnava v bolnišnici zahteva več kot samo osebno kontinuiteto zdravstvenih delavcev in da so moderne bolnišnice zapletene organizacije, kjer celovitost obravnave ni vključena v njihovo organizacijsko strukturo.

Danes kontinuirana zdravstvena obravnava za menedžment bolnišnice predstavlja dejstvo, s katerim se je potrebno soočiti in temu prilagajati cilje delovanja, vodenje, organizacijsko kulturo, razvoj zaposlenih in njihovo znanje, pristope dela, vključevanje bolnikov idr. Zaradi širine pristopov, ki so potrebni in niso vezani samo na uvajanje strokovnih novosti, temveč predvsem na integriranje znanja in potencialov številnih vključenih v proces obravnave pacienta, predstavlja kontinuirana zdravstvena obravnava svojevrsten menedžerski izziv.

Najpogosteje imajo pacienti izkušnje z dvema pristopoma kontinuirane obravnave, ki ju je razvil sociolog Goffman (1956, cit. po Krogstad in sod., 2002). Prvi koncept je kontinuiteta istih oseb (»front stage«), ko se pacient nenehno srečuje z istim zdravnikom in medicinsko sestro. Ta osebna kontinuiteta je s strani pacientov močno želena. Drugi koncept je kontinuiteta organizacije (»backstage«), ki je del organiza-

cijskega sistema organizacije. Pacient to začuti tako, da ga vsi zaposleni, s katerimi je v stiku, poznajo, prav tako njegov potek obravnave, in da zaposleni ne podvajajo vprašanj, postopkov in dajejo enaka navodila in informacije. Ta kontinuiteta temelji na delitvi informacij in odgovornosti ter je strukturno podprta z implementacijo rutinskih postopkov, kot so predaje med delovnimi izmenami, napisane smernice dela in redno sestajanje osebja. Delo osebja v bolnišnici je tako sestavljeno iz številnih procedur in rutin, ki jih bolnik nikoli ne vidi, vendar zagotavljajo kakovost in varnost njegovega zdravljenja. Takšno delovanje je usmerjeno v razvoj in prenos znanja med zaposlenimi, kar se odraža tudi v kulturi organizacije. Krogstad s sodelavci (2002) povzema, da mora kontinuiteta istih oseb (»front stage«), videna s strani pacienta, vedno izhajati iz kontinuitete organizacije (»backstage«), ki naj deluje na vseh ravneh kot sistem, ki je podprt s stabilnostjo osebja, internim izobraževanjem, izgradnjo timov, deljeno odgovornostjo, konsistentno obravnavo, pretokom informacij, fleksibilnostjo pri delu in odgovornostjo.

Haggerty s sodelavci (2003) navaja tri vrste kontinuitete, ki so pomembne za zdravstveno obravnavo:

- kontinuiteta informacij, ki se kaže z uporabo informacij glede na pretekle dogodke in okoliščine, ki omogoča ustrezno odločanje za vsakega posameznega pacienta in je poleg kontinuitete informacij o bolezni pacienta povezana še s pacientovimi prioriteta, vrednotami in razumevanjem konteksta;
- kontinuiteta zdravljenja pacientove bolezni ali klinična kontinuiteta, ki se kaže v konsistentnem, fleksibilnem in timsko povezanem pristopu, ki je zlasti pomemben pri kroničnih pacientih;
- kontinuiteta odnosov med zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v obravnavo pacienta na različnih ravneh.

Prednosti kontinuirane obravnave

Stopnja kontinuitete v zdravstveni obravnavi je povezana z izboljšavami v doseganju kliničnih ciljev. Tako Starfield (1992) povzema številne raziskave na to temo in ugotavlja, da je kontinuiteta v zdravstveni obravnavi povezana z večjo uporabo preventive, z boljšim prepoznavanjem pacientovih psihosocialnih problemov, z manjšim številom urgentnih sprejemov, z manjšim številom hospitalizacij na splošno, s krajšo ležalno dobo, z boljšim razumevanjem pacienta glede njegovega sodelovanja v procesu obravnave in s pravočasnim odkrivanjem pacientovih problemov. Wasson in sod. (1984, cit. po Freeman in sod., 1997) v randomizirani študiji ugotovi, da so pacienti, ki so bili obravnavani po načelih kontinuirane obravnave, bolj zadovoljni z obravnavo, imajo krajši čas hospitalizacije in manj ponovnih sprejemov v bolnišnico.

Kontinuiteta zdravstvene obravnave je zlasti pomembna za terminalno bolne paciente, kjer je izjemnega pomena prenos relevantnih informacij v procesu prehajanja pacienta med obravnavami in med institucijami. Prav tako pa je kontinuirana zdravstvena obravnava področje, ki ga pacienti močno povezujejo s svojim zadovoljstvom v zdravstveni ustanovi in je sestavni del vprašalnikov za merjenje izkušenj bolnikov (Picker Commonwealth Instrument, 1991; McCusker 4-item Measure, 1984; Chao Patient Perception Instrument, 1988; Nursing Needs Assessment Instrument, 1998; vsi cit. po Donaldson 2000).

Kontinuirana zdravstvena obravnava je pomembna za zadovoljstvo pacientov tako na primarni kot sekundarni in terciarni ravni (Veenstra in sod., 2000; Hjortdahl, 1992) in jo je potrebno obravnavati z vidika pacientov in z vidika organizacije (Krogstad in sod., 2002).

Ovire za vzpostavitev kontinuirane obravnave

V zdravstvenih organizacijah se postavlja vprašanje doseganja skupnih ciljev oziroma sploh njihovo prepoznavanje. Ena izmed ovir je široka diferenciacija dela, ki povzroča različne naloge, lahko tudi različne cilje posameznih oddelkov/enot. Vsaka skupina želi pokazati pomembnost svojega dela in svoje naloge obravnavajo kot edine in pomembne, in se ne usmerja v večje in pomembne cilje celotne organizacije (Lourenco in Glidewell, 1975; Perrrow, 1970, cit. po Shortell in sod., 2001). Takšna diferenciacija ustvarja na skupine pritisk, ki promovira solidarnost znotraj skupine in nezaupanje do drugih skupin v organizaciji (Morgan, 1986; Pfeffer, 1992, cit. po Shortell in Kaluzny, 2000). Velik problem pri vzpostavljanju kontinuirane zdravstvene obravnave so tako težnje različnih poklicnih skupin v zdravstvu za razvoj svojih lastnih ciljev, procedur in rutin pri obravnavi pacienta. Zdravniki in medicinske sestre delajo ob istem pacientu in imajo različen načrt dela, ločene cilje, metode dela in sistem dokumentacije. Tako pacient postane del dveh različnih delovnih shem, ki se odražajo v različni organizacijski kulturi. Različnost organizacijske kulture se kaže kot različnost v vrednotah, znanju in praksi. Krogstad s sodelavci (2002) opozarja, da ločeno delovanje posameznih strok povzroča velika razhajanja med njimi, kar močno slabi kontinuirano obravnavo in njeno konsistentnost. Izziv je torej v vzpostavitvi kontinuiranega in skupinskega učenja ter v preprečevanju majhnih otokov specifičnih spoznanj, ki se med seboj ne povezujejo. Sturmberg (2000) govori o tem, da mora biti kontinuirana zdravstvena obravnava, ki jo izvajajo različni izvajalci glede na potrebe pacienta, vedno koordinirana. Tovrstna obravnava zahteva tudi dobre medsebojne odnose med zaposlenimi. Hart (2002) dodaja, da mora kontinuirana

zdravstvena obravnava aktivno vključiti pacienta, ki naj postane aktivni član zdravstvenega tima, ki ga obravnava. Aiken s sodelavci (1994; 1998; 1999) ugotavlja, da morata biti za zagotavljanje kontinuirane obravnave prisotni koordinacija, sodelovanje in skupni pristopi. Poleg tega omenja še sposobnost organizacije, da se sistem kontinuirane obravnave prenese v prakso, kar je povezano s poznavanjem resursov, kot so zaposleni, oprema, procesi idr. Tako mora biti strategija menedžmenta bolnišnice usmerjena v interprofesionalno izgradnjo timov in izgradnjo kulture prehajanja znanja in delitve odgovornosti (Risser in sod., 1999), kar je velika ovira na poti izgradnje kontinuirane zdravstvene obravnave, saj so bolnišnice v osnovi hierarhično usmerjene, močno je prisotna subkultura poklicnih skupin in subkultura zdravnikov – menedžerji ter močno izražen individualizem zdravnikov in njihov biomedicinski pogled na obravnavo pacienta (Shortell in sod., 2001).

Situacija v slovenskem prostoru ni nič drugačna, kot jo opisujejo tuji raziskovalci tega področja, saj narejene raziskave na področju medsebojnega sodelovanja in organiziranosti slovenskih bolnišnic kažejo na velike ovire pri doseganju kontinuirane obravnave. Tako raziskava organizacijske kulture Skela Savič (2007) in Skela Savič in sod. (2006) pokaže, da je v slovenskih bolnišnicah dominantna kultura kontrole in stabilnosti. Označuje jo hierarhija, tržna usmerjenost, nesproščenost in centralno odločanje, tekmovalnost in doseganje rezultatov. Kulture timskega dela in povezovanja ter fleksibilnosti v organiziranju, ki je osnova za vzpostavitev kontinuirane obravnave v slovenskih bolnišnicah, je statistično pomembno manj kot kulture hierarhije in kontrole ($p = 0,000$). Raziskava kaže tudi na podrejenost medicinskih sester s strani zdravnikov. To, da je hierarhičnost s strani zdravnikov dejansko prisotna, dokazujejo rezultati raziskave Skela Savič (2007), kjer poleg medicinskih sester tudi zaposleni v upravi vidijo zdravnike kot tiste, ki ustvarjajo hierarhičen odnos v odnosu do medicinskih sester ($F = 16,58$, $p = 0,000$). Problem podrejenosti medicinskih sester je bil raziskan že pred desetimi leti med študentkami zdravstvene vzgoje, kjer Pahor (1997, cit. po Kvas in Seljak, 2004) ugotavlja, da je povprečna višja medicinska sestra zdravnikova pomočnica, kar je odraz dominantne vloge zdravnikov v slovenskem zdravstvenem varstvu, zlasti v bolnišnicah. Ovičaj in sod. (2006) v obsežni raziskavi med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi ugotavlja, da le 12 % tehnikov zdravstvene nege in 4 % medicinskih sester meni, da zdravniki spoštujejo stroko zdravstvene nege ($p < 0,05$). Raziskava Yazbeck (2004) pokaže, da so zdravniki v slovenskih bolnišnicah zadržani do dela v multidisciplinarnih timih in manj naklonjeni sistematični ureditvi kliničnega dela in dinamičnemu procesu upravljanja organizacije in želijo ohraniti dolgoletno tradicijo medicinske hierarhije.

Predstavljeni rezultati nekaterih raziskav v slovenskem prostoru pokažejo, da razvoj kontinuirane obravnave ogrožajo predvsem vedenjski dejavniki, ki vplivajo predvsem na vidna organizacijska dejstva, kot so hierarhija, kontrola usmeritev, premalo medsebojnega sodelovanja in povezovanja v time idr. Poklica medicinske sestre veliko zdravnikov ne dojemata kot enakovreden v odnosu do medicine, ampak kot podporen in hierarhično na nižji ravni (Appelbaum, 1992; Deggeling in sod., 2000, 2003). Podobno ugotavljamo tudi v slovenskem prostoru (Skela Savič, 2007), kar je slabo za razvoj timskega dela, na katerem temelji kontinuirana obravnava.

V slovenskem prostoru je potrebno več pozornosti nameniti tudi aktivnemu vključevanju pacientov v potek njihove obravnave in seznanjanju pacientov z njihovo boleznijo, saj je raziskava Skela Savič in Strojani (2006) pri pacientih z rakom pokazala, da je bilo po oceni lečečih zdravnikov le 49 % od 167 pacientov v raziskavi v celoti seznanjeno s stanjem njihove napredovale bolezni. Ta ugotovitev se sklada z zaključki drugih raziskav, izvedenih v zahodnih državah, ki poudarjajo, da je prav pravilno vodenje razgovora s pacientom, ki vključuje informacije o bolezni, ena največjih pomanjkljivosti pri delu zdravnikov. Tako Thomas (v Johnson in Mayor, 2002) meni, da 86 % pacientov z rakom ne dobi informacij, ki jih zahtevajo in jih nato iščejo izven bolnišnice. Pri tem najpogosteje posegajo po internetu, kjer iščejo informacije o svojem zdravstvenem stanju, zdravljenju, zdravstveni negi in oskrbi. Vsekakor ti podatki kažejo na to, da mora menedžment bolnišnice, ne glede na vrste obolenj, ki jih bolnišnica zdravi, spodbujati kulturo dialoga med zdravniki in pacienti v obliki postavljenega kazalca kakovosti o informiranosti pacientov o svoji bolezni in zdravljenju ter merjenjem izkušenj pacientov na tem področju delovanja zdravstvenega tima.

Izzivi sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege

Odgovornost menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege za vzpostavitev kontinuirane zdravstvene obravnave je velika. V nadaljevanju je prikazanih nekaj usmeritev in ocena trenutne situacije za uvajanje izboljšav na tem področju.

Kontinuirana zdravstvena obravnava kot projekt razvoja in promocije stroke zdravstvene nege

Nikoli do sedaj medicinske sestre niso imele takšne priložnosti, da izstopijo iz teme in iz sebe naredijo enakopravne članice zdravstvenega tima, saj je slovenska zdravstvena politika prežeta s številnimi projekti izboljševanja na nacionalni ravni in na ravni bol-

nišnice, ki so opisani v priložniku *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnici* (Robida, 2006), kjer je kontinuirana zdravstvena obravnava eden izmed temeljev za doseganje kazalcev kakovosti in ciljev kakovosti bolnišnice. Bolnišnice so postavljene pred dejstvo, da prevetrijajo svoj sistem dokumentiranja, izvedejo pogovore o varnosti pacientov na vseh ravneh organiziranosti, razpravljajo o strokovnih napakah v multidisciplinarnem timu, izmerijo izkušnje pacientov v njihovi bolnišnici, preverijo zadovoljstvo zaposlenih, učinkovitost svojih kazalnikov poslovanja, spremljajo učinkovitost izrabe virov in si postavijo svoje lastne kazalnike.

Vsi omenjeni projekti na neposreden ali posreden način podpirajo definicijo kontinuirane zdravstvene obravnave. Posebno mesto je v nacionalnih projektih izboljševanja namenjeno dolgotrajni oskrbi in paliativni oskrbi, ki omogočata uvajanje kontinuirane zdravstvene obravnave tako znotraj kot izven bolnišnice, tudi za vse paciente s kroničnimi boleznimi. Vloga in pomen stroke zdravstvene nege in zdravstvene nege kot organizacijskega sistema je skozi opisane projekte postala jasnejša in ponuja se niz priložnosti, skozi katere lahko menedžment zdravstvene nege pokaže svoj prispevek k delovanju zdravstvenega sistema kot celote. Ponuja se priložnost, da se pričnejo uresničevati velikokrat izrečene besede, da mora »zdravstvena nega postati vidna«. Odločilni korak pa morajo narediti medicinske sestre same, predvsem pa jih morajo za to navdušiti njihovi vodje. Če si bodo oboji za cilj zadali izboljšanje kakovosti zdravstvene obravnave pacientov na osnovi z dokazi podprte prakse, so na pravi poti. Temu je potrebno dodati še znanje in timsko delo ter medorganizacijsko povezovanje.

Kontinuirana zdravstvena obravnava kot priložnost za spreminjanje organizacijske kulture

Vodstvo slovenskih bolnišnic mora na vseh ravneh vodenja pristopiti k spreminjanju obstoječe hierarhične organizacijske kulture v kulturo medsebojnega sodelovanja, procesne naravnosti, spreminjanja in upoštevanja vsakega posameznika v timu in njegovega prispevka. In k temu morajo pristopiti tudi vodilni na najvišjih položajih v zdravstveni negi.

Spreminjanje organizacijske kulture je mogoče skozi spreminjanje vodenja. Menedžerji in vodje v zdravstveni negi kot oblikovalci in upravljalci organizacijske kulture v zdravstveni negi in sooblikovalci kulture celotne zdravstvene organizacije morajo sprejeti odgovornost za oblikovanje in spreminjanje organizacijske kulture in začeti svoje delo graditi na poklicnem in medpoklicnem povezovanju znotraj in zunaj organizacije in prenehati iskati krivce za nepriznavanje stroke, ki jo vodijo, v drugih, temveč prevzeti od-

govornost za razvoj na dokazih podprte stroke, tako kot so to naredile druge stroke, s katerimi se medicinske sestre srečujejo v ožjem in širšem zdravstvenem timu. Kane-Urrabazo (2006) pravi, da morajo menedžerji in vodje delovati podporno v odnosu do svojih sodelavcev. Zaposlenim morajo dati možnosti za njihovo profesionalno samouresničevanje, kar bo dalo zagon novim idejam in povečalo motivacijo za uvajanje sprememb. Na ta način se poveča učinkovitost posameznika, vodje in celotne organizacije. Rezultati kličejo po razmisleku odgovornih za razvoj zdravstvene nege v slovenskem prostoru, saj nikakor ne smemo pozabiti, da so vodje tisti, ki kreirajo kulturo, jo upravljajo in so odgovorni za njo (Schein, 1992) in za vse tisto, kar je posledica vodilne organizacijske kulture v organizaciji.

Kontinuirana zdravstvena obravnava je povezana s prenovo znanja menedžmenta

Zavedanje, da je odgovornost za spremembe na strani vodilnih, še ni dovolj. Potrebno je izvesti prenovo znanja menedžmenta slovenskih bolnišnic. Weber in Bulger (2004, cit. po Krogstad in sod., 2006) pravita, da brez solidnega znanja s področja uvajanja sprememb, ki ga uvajanje opisanih pristopov v slovenskih bolnišnicah vsekakor zahteva, menedžerji in vodje v zdravstvu niso kos tej nalogi. Navajata pogost problem v uvajanju sprememb v zdravstvu, ki se ne kaže s pomanjkanjem iniciativ, temveč s pomanjkanjem znanja za uresničevanje podanih iniciativ. Skela Savič (2002) opozorja na pomembnost formalnega izobraževanja vodij in zaposlenih, saj bolj ko se zaposleni in vodje izobražujejo s področja menedžmenta in vodenja, manj je prisotno nesprejemanje pobud in nalog s strani nadrejenih in boljši je odnos do uvajanja sprememb ter vključevanje v spremembe. Ritonja (1998) meni, da bodo zaposleni na osnovi znanja jasno prepoznali priložnosti za izboljšave, oblikovali cilje izboljšav, strategijo uvajanja izboljšav, postavljali standarde dela in nenehno zviševali kulturo kakovosti. Poleg tega je za uspešno izvajanje sprememb po navajanjih številnih avtorjev potrebno v organizaciji vzpostaviti in upravljati kulturo nenehnega učenja, ki jo Davies in Nutley (2000) opisujeta kot sploščeno organizacijsko strukturo, kompleksen informacijski sistem, podporo imata znanje in razvoj zaposlenih, organizacijsko kulturo označuje odprtost, kreativnost in eksperimentiranje, vodenje je fleksibilno, vodja daje podporo in je empatičen.

Kontinuirana zdravstvena obravnava kot priložnost prevzemanja pobude nove organiziranosti dela in novih vsebin dela

Postaja jasno, da se bolnišnična obravnava pacientov vedno bolj seli v dnevne bolnišnice, ambulantno

obravnavo in v prihodnosti v obravnavo na bolnikovem domu, kjer največje breme nosijo prav medicinske sestre. Zato je poleg kontinuitete obravnave znotraj bolnišnice izjemno pomembna tudi kontinuiteta zdravstvene obravnave izven bolnišnice, kar pomeni, da mora bolnišnica prevzeti skrb za ustrezno obravnavo pacienta po odpustu in v ta namen vzpostaviti ustrezne povezave na primarni ravni zdravstvenega varstva. Corner (cit. po Kearney, 1999) poudarja, da se morajo tem novim izzivom prilagoditi tudi medicinske sestre in da se mora zdravstvena nega iz danes dominantnega biomedicinskega modela preusmeriti v k pacientu usmerjeno zdravstveno nego. Osrednjo vlogo v sodobno organizirani zdravstveni negi mora odigrati izobražena medicinska sestra, ki vodi pacienta v smeri doseganja zdravja (McMahon, 1991, cit. po Kearney, 1999).

Za vzpostavitev odprte komunikacije in zaupanja med pacientom in zdravstvenimi delavci je izjemnega pomena vzpostavitev podporne mreže mehanizmov spremljanja pacienta in dajanja informacij in učenja, ko je to potrebno z vidika presoje zdravstvenih delavcev in z vidika presoje pacientov (Skela Savič, 2003). Številne raziskave pri pacientih z rakom so potrdile pomemben vpliv intervencij zdravstvene nege na rezultate zdravljenja in obvladovanje stranskih učinkov zdravljenja in simptomov napredovale bolezni (Smith in Stullenbarger, 1995; Corner in sod., 1997, cit. po Kearney, 1999).

Za doseganje organizacijskih ciljev kontinuirane obravnave morajo odgovorni v zdravstveni negi pristopiti k reorganizaciji obstoječih delovnih procesov in oblikovati matrično organizacijo mobilnih timov, ki se bodo oblikovali glede na potrebe bolnikov in se razpustili, ko problem pri bolniku ne bo več prisoten.

Vodilni v zdravstveni negi morajo poskrbeti za razvoj nosilcev novih znanj, ki delujejo v teh timih.

Tovrstni pristopi so osnova za horizontalni razvoj kariere medicinskih sester. Potrebno je preiti meje zaprtosti ljudi in znanja v oddelke in enote ter vzpostaviti učečo se organizacijo. Vodilni v zdravstveni negi morajo organizacijske oblike delovanja prilagajati potrebam bolnikov in okolja. Novi organizacijski pristopi, kot so dnevna bolnišnica, ambulantno zdravljenje, zdravljenje na bolnikovem domu in pristopi, ki jih opisujeta Skela Savič in Strojman (2006) morajo združevati vse pomembne vidike zdravstvene obravnave z vidika menedžmenta bolnišnice: multiprofesionalnost obravnave, celovitost obravnave, dimenzije spremljanja kakovosti obravnave, aktivna vloga pacienta, racionalnost in ekonomičnost. Le aktivna vloga menedžmenta zdravstvene nege na tem področju zagotavlja, da bo delo zaposlenih v zdravstveni negi organizirano v skladu s sodobnimi strokovnimi in kadrovskimi smernicami.

Kontinuirana zdravstvena obravnava kot priložnost za razvoj integriranega dokumentiranja zdravstvene nege

Kontinuirana zdravstvena obravnava je povezana s kakovostjo informacij, ki jih imamo o pacientu, in z njihovo uporabo (Brunt in sod., 1999; Anderson in Helms, 2000, cit. po Pereira, 2005). V tem kontekstu igra informacijski sistem zdravstvene nege veliko vlogo (Mainous, Gill, 1998; Brunt in sod., 1999; Anderson, Helms, 2000; Cook in sod., 2000, cit. po Pereira, 2005). Lokar (2006) na osnovi pregleda literature opredeli namen in pomen zdravstvene dokumentacije v kontinuirani obravnavi, katere del je tudi dokumentacija zdravstvene nege, kot: komunikacija, kontinuiteta, pravna odgovornost, zakonodajne zahteve, izboljševanje kakovosti, financiranje in upravljanje s sredstvi.

Torej dokumentiranje v zdravstveni negi ni samo sebi namen in ni samo strokovna želja, ampak je realnost in zahteva, ki jo morajo odgovorni v zdravstveni negi izpeljati v praksi. Za kontinuirano zdravstveno obravnavo je potrebno oblikovati dokumentacijo, ki bo spremljala pacienta skozi proces obravnave in bo združevala vsa strokovna področja obravnave. Avtorica tega prispevka meni, da je prihodnost dokumentiranja v zdravstvu v združevanju današnjih sistemov lastnih dokumentacij glede na strokovno področje, v sistem skupne dokumentacije kontinuirane zdravstvene obravnave. Razviti je potrebno skupni dokumentacijski sistem, kjer bodo svoje mesto imeli tudi termini, kot so: negovalna diagnoza, negovalni cilj, načrt zdravstvene nege, negovalna aktivnost, ocena bolečine, ocena ogroženosti za razjedo zaradi pritiska, prehranski status idr. Dokumentacijski sistem kontinuirane zdravstvene obravnave mora slediti in omogočati pregledno obravnavo in reševanje bolnikovih problemov z različnih vidikov strokovne obravnave. Zdravstvena nega bo kot stroka priznana, ko bo njeno delovanje del skupnega dokumentacijskega protokola bolnišnice. Za vključitev zdravstvene nege v integriran informatiziran sistem dokumentiranja v kontinuirani zdravstveni obravnavi Bakken (2001) navaja naslednje potrebne aktivnosti:

- izgradnja in standardizacija terminologije v zdravstveni negi;
- digitalni viri dokazov v zdravstveni negi;
- standardi, ki pospešijo izmenjavo znanja v heterogenih sistemih;
- informacijski procesi, ki podpirajo uporabnost dokazov iz klinične prakse;
- kompetentnost informatike.

Zato mora biti ena izmed ključnih nalog menedžerjev v zdravstveni negi oblikovanje nabora relevant-

nih podatkov dokumentiranja in temu primernih zapisov – obrazcev, ki so potrebni za razvoj na dokazih podprtega delovanja medicinskih sester. Ko bomo v stroki izdelali ta nabor in dosegli to soglasje, je potrebna integracija dokumentacijskih komponent zdravstvene nege v dokumentacijo kontinuirane zdravstvene obravnave pacienta.

Kot lahko pogosto iz neposredne prakse zaznamo, je pomembno tisto, kar je dokumentirano, kako je dokumentirano in kakšen je naš odnos do dokumentiranja. Zdravniki nikoli ne bodo razpravljali o stanju pacienta in načrtovali obravnave brez lastnega dokumentiranja svojega dela in opažanj pri pacientu. Zakaj medicinske sestre to lahko počnejo?

Kontinuirana zdravstvena obravnava kot priložnost za razvoj vertikalnega in horizontalnega razvoja kadrov

Menedžment mora imeti vizijo razvoja stroke, postaviti si mora cilje svojega delovanja in strategije za doseganje ciljev. Sodobno orodje menedžerjev za doseganje ciljev je vzpostavitev učinkovitih timov in projektni način dela. Pomembno je vključevanje vseh zaposlenih, kjer mora vodilna struktura v zdravstveni negi zagotavljati kadrovske, organizacijske in ekonomske vire za doseganje ciljev.

Menedžerji zdravstvene nege ne smejo priti v konflikt s stroko, ki pogosto izhaja iz dobro prepoznane vrednote, da je le dober strokovnjak lahko dober menedžer (Skela Savič, 2003), kar v neposredni praksi pomeni, da bi morala biti vodilna medicinska sestra oddelka »največji depo« strokovnega znanja, kar v neposredni praksi seveda ne drži (Skela Savič, 2005).

V zdravstveni negi je potrebno vzpostaviti jasne meje med vodenjem službe/oddelka in strokovnim vodenjem določenega strokovnega področja. Usposobljena in izkušena medicinska sestra je klinični vodja določenega strokovnega področja in bi naj po priporočilih Higgins (2003) polovico svojega delovnega časa delala z bolniki, drugo polovico delavnika naj posveti razvoju specialnosti stroke, ki jo pokriva, s svetovanjem bolnikom in z vodenjem delovnih timov povezanih z razvojem strokovnega področja. Dobro klinično vodenje je osnova za razvoj stroke. Dober klinični vodja zna razložiti potrebne spremembe v klinični praksi in jih izpeljati skupaj z zaposlenimi, vodi klinične time, poskrbi za servisno podporo oddelka, spodbuja medsebojno sodelovanje in dobro organizacijo dela na oddelku (Girvin, 1998, cit. po Higgins, 2003) in je v podporo menedžerju zdravstvene nege na oddelku. V prihodnosti morajo biti medicinske sestre – klinični vodje nosilke razvoja strokovnih področij v bolnišnici, avtorice kliničnih poti v zdravstveni negi, mentorice in steber raziskovanja v zdravstveni negi (Skela Savič, 2005).

Prav tako je potrebno v neposredni praksi graditi razumevanje pomembnosti direktne in indirektno zdravstvene nege. V našem okolju prevladuje razmišljanje, da tista medicinska sestra, ki ne dela direktno z bolniki ni enaka tisti, ki dela z bolniki. Pojavlja se občutek manj vrednosti in s tem je verjetno povezano manjše zanimanje medicinskih sester za delo na področju raziskovanja, vodenje strokovnega področja, kjer je potrebno še izgraditi renome tega področja, kar z neustreznimi pristopi lahko popolnoma zavre razvoj, medicinsko sestro pa pahne v karierno krizo (Skela Savič, 2005). Manley (1997, cit. po Higgins, 2003) opisuje direktno zdravstveno nego kot neposredno delo z bolniki in svojci, medtem ko indirektno zdravstveno nego opisuje kot delo z osebjem, načrtovanje zdravstvene nege, razvoj z dokazi podprte zdravstvene nege, nadzorovanje in usmerjanje dela osebja k željenim ciljem z uporabo strokovne literature in primeri dobre prakse. Vsekakor igrajo pri spreminjanju tovrstne miselnosti pomembno vlogo menedžerji v zdravstveni negi.

Tako mora imeti danes medicinska sestra, spodbujevalka razvoja določenega strokovnega področja, poleg strokovnega znanja in sposobnosti komunikacije in vodenja, še znanja iz področja uvajanja sprememb v neposredni praksi, kot so poznavanje teorije vodenja, vpliva organizacijske kulture na uvajanje sprememb, pomembnost razvoja timskega dela, pomembnost informacijske podpore idr.

Pomembno za razvoj stroke zdravstvene nege je sodobni menedžment, katerega jedro je transformacijsko vodenje, ki se kaže za jasnimi strukturami in procesi dela, zaupanjem do zaposlenih, kariernim razvojem zaposlenih, spodbujanjem sprememb, inovativnosti, medsebojnega sodelovanja, možnostjo vplivanja idr. (Gabert, 1995; Cook, 1996, cit. po Higgins, 2003). Transformacijski vodja zna jasno spregovoriti o viziji razvoja zdravstvene nege.

Tradicionalna struktura vodenja oddelka postavlja na vrh vodilno medicinsko sestro, ki je v očeh zaposlenih predvsem dober strokovnjak v zdravstveni negi, zato lahko razvoj medicinskih sester specialistk posameznih strokovnih področij in njihova umestitev na bolnišnične oddelke celo ogrozi vlogo vodilne medicinske sestre ali menedžerja zdravstvene nege oddelka, če sprememba ni pravilno predstavljena vodilnim medicinskim sestram in timskim medicinskim sestram.

Kontinuirana zdravstvena obravnava kot priložnost za aktivno sodelovanje pacienta v procesu zdravstvene obravnave

Pacient ima pravico do aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja in zdravstvene nege in to mora biti temeljno zavedanje v delovanju menedžmenta zdravstvene nege, ko govorimo o kontinuirani zdrav-

stveni obravnavi. Že opisani pristopi pri obravnavi pacientov so v današnjem času povezani predvsem s skrajševanjem časa obravnave, kar z vidika pacienta in zdravstvenega osebja pomeni, da je časa za pogovor manj, zato mora biti zdravstveni tim izjemno dobro pripravljen za celovito obravnavo, komunikacijo in informiranje bolnika. Raziskave v razvitem svetu potrjujejo nujnost spreminjanja zdravstvenih organizacij na številnih področjih delovanja, tudi z vidika aktivnega vključevanja pacientov v proces zdravstvene obravnave. Uporabniki zdravstvenih storitev so vedno bolj ozaveščeni in zahtevajo evropsko primerljivo celovito obravnavo, zavedajo se svojih pravic in želijo biti aktivni udeleženci v svoji zdravstveni obravnavi. Vsa svetovna in evropska gibanja razvitega sveta terjajo od zaposlenih v zdravstvu spremembe v odnosu do pacienta, v odnosu do dela, do sodelavcev in delovnih sredstev ter rušijo mite o nezmotljivosti zdravstvenih delavcev in njihovi predanosti poklicu (Skela Savič, 2007). Našteta gibanja so prišla tudi v kulturno področje naše države.

Donovan in Mercer (2003) pravita, da se morajo medicinske sestre približati bolnikom v psihosocialnem smislu in ne samo kot dobre izvajalke medicinsko tehničnih posegov. Bolniki želijo pogovor, konzultacijo, izražanje svojih izkušenj, kar jim krepi moč za boj z boleznijo. Harper in sod. (2002) pravita, da je medicinska sestra dolžna vzpostaviti učeče se vzdušje med bolniki. Tako Donovan in Mercer (2003) trdita, da če se bo zdravstvena nega obrnila v smer tehnicizma, obstaja velika verjetnost, da bo to v škodo pacienta, saj ne bo imel več priložnosti izražati svojih izkušenj. Za vzpostavitev odprte komunikacije in zupanja med pacientom in zdravstvenimi delavci, je izjemnega pomena vzpostavitev podporne mreže mehanizmov spremljanja pacienta in nujenja informacij in učenja, ko je to potrebno z vidika presoje zdravstvenih delavcev in z vidika presoje pacientov (Skela Savič, 2003). Za kakovostno zdravstveno vzgojno delo in izobraževanje pacientov morajo imeti medicinske sestre dovolj znanja in izoblikovane komunikacijske spretnosti za delo s pacienti. Tudi čas in prostor, v katerem se zdravstveno vzgojno delo izvaja, nista zanemarljiv dejavnika vpliva na kakovostno izvedbo (Mlakar-Mastnak in sod., 2006). Pri informiranju in izobraževanju pacienta je pomembno, da so postopki dela in vsebine za informiranje in edukacijo standardizirani, kar nam zagotavlja strokovnost in verodostojnost podanih informacij in enoten edukacijski proces, ne glede na izvajalce. Če bo pacient dobival naspotujoče si informacije, bo podvomil v naše delo in verodostojnost informacij. Zato mora biti zdravstveno osebje, ki dela s pacientom, strokovno izobraženo s področja na katerem dela, poleg tega mora imeti dodatno pridobljena znanja s področja podajanja in prenosa informacij ter tehnik in veččin komuniciranja in edukacije (Skela Savič, 2003).

Sklep

Kontinuiteta informacij vpliva na doseganje ciljev zdravljenja, ker dviguje klinično znanje in opozori na koristne informacije o pacientu. V zadnjem desetletju se je izjemno povečala mobilnost pacienta znotraj zdravstvene obravnave, saj zanj skrbijo številni različni strokovnjaki, katerih ugotovitve vplivajo na odločitve v zvezi z njim. Znanje zdravstvenih delavcev in ugotovitve je potrebno nujno povezati prek timskega dela za pacienta in v transparentnem informacijskem sistemu. Na ta način bomo povečali učinkovitost in preprečili podvajanja v zdravstveni obravnavi ter preprečili morebitno škodo za pacienta. Kontinuirana zdravstvena obravnava pomeni izmenjavo relevantnih informacij o pacientu znotraj in izven institucije. In končno, kontinuirana zdravstvena obravnava mora biti vedno povezana z dostopnostjo obravnave. Nihče ne more biti na razpolago 24 ur na dan, zato je timska obravnava nujnost (Donaldson, 2000). Odgovornost za ta miselni, vedenjski, strokovni in organizacijski premik nosi menedžment slovenskih bolnišnic. V prispevku so nanizane priložnosti, ki jih menedžerji zdravstvene nege, kot del vodilne strukture slovenskih bolnišnic, lahko vključijo v svoje razvojne projekte.

Literatura

- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care* 1994; 32: 771–87.
- Aiken LH, Sloane DM, Sochalski J. Hospital organisation and outcomes. *Qual Health Care* 1998; 7: 222–6.
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care* 1999; 37: 760–72.
- Appelbaum SH. Organizational deflection or who owns the real problems? Debunking the nurse–physician conflict by team building. *Leadership & Organizational Development Journal* 1992; 13(1): 21–6.
- Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000; 320: 791–4.
- Davies HTO, Nutley SM. Developing learning organizations in the new NHS. *BMJ* 2000; 320: 998–1001.
- Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernization: a »danse macabre«? *BMJ* 2003; 326: 649–52.
- Degeling P, Hill M, Kennedy J, Coyle Maxwell S. A Cross National Study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected their capacity to respond to hospital reform. *Nurs Inq* 2000; 7(2): 120–35.
- Donaldson M. Continuity of care. <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Contin.htm>, 6. 2. 2007.
- Donovan T, Mercer D. Onward in my journey, preparing nursing for a new age of cancer care. *Cancer nursing* 2003; 26(5): 400–4.
- Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997; 314: 1870–3.
- Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219–21.
- Harper Chelf J, Deshler AMB, Thiemann KMB, Dose AM, Quella SK, Hilman S. Learning and support preferences of adult patients with cancer at a Comprehensive Cancer Center. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29(5): 863–7.
- Hart JT. Continuity would be achieved with patient held records. *BMJ* 2002; 324: 851.
- Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part I: dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975; 2: 371–2.
- Higgins A. The developing role of the consultant nurse. *Nursing management* 2003; 10(1): 22–8.
- Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992; 9: 3–8.
- Johnson S, Mayor P. A patient-held record for cancer patients from diagnosis onwards. *International Journal of Palliative Nursing*, 2002; 8(4): 182–9.
- Kane-Urrabazo C. Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing management* 2006; 14: 188–94.
- Kearney N. New strategies in the management of cancer. *Cancer Nursing* 1999, 22(1): 28–33.
- Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ* 2002; 324: 36–8.
- Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human resources for health* 2006; 4: 3.
- Kvas A, Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004, stran 156.
- Lokar K. Pomen dokumentacije za kontinuirano zdravstveno nego. V: Logonder M (ur.), Lokar K (ur.), Skela Savič B (ur.). *Med bolnišnico in domom: izziv medicinski sestri za kontinuirano onkološko zdravstveno nego, standardi zdravstvene nege Onkološkega inštituta Ljubljana*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006: 38–45.
- Mlakar-Mastnak D, Bernot M, Cerar C, Erjavšek Z, Golob I, Jelen-Jurič J, Logonder M, Musič D, Petrijevčanin B, Rebeušek M, Skela-Savič B, Umičević S, Uršič H (2005a). Razširjen program posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego na Onkološkem inštitutu Ljubljana. V: Logonder M (ur.), Skela Savič B (ur.), Lokar K (ur.). *Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 20–3.
- Ovijač D, Škrabl N, Kobilšek P, Cevc M, Pahor M. Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive (nekateri rezultati anketne raziskave). V: Kvas A in ostali (ur.). *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnosti za izboljšanje kakovosti*. Zbornik z recenzijo. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Ljubljana, 2006: 218–134.
- Pereira F. Information relevance for continuity of nursing care. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 2005, 9, (3) [Online]. Available at http://eaa-knowledge.com/ojni/ni/9_3/pereira.htm, 19. 1. 2007.
- Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *The MedTeams Research Consortium. Ann Emerg Med* 1999; 34: 373–83.
- Ritonja S. Trajno izboljšanje kakovosti – temeljni principi celovitega managementa kakovosti v zdravstvu, Organizacija 1998; 31(4): 214–9.
- Robida A. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/uvajanje_kakovosti_avg_2006/00_uvajanje_izboljsovanja_kakovosti_v_bolnislisce.pdf, 6. 2. 2007
- Schein E. *The corporate culture: Sense and nonsense about cultural change*. San Francisco. Jossey-Bass Publishing, 1992.
- Shern DL, Wilson NZ, Ellis RH, Bartsch DA, Coen AS. Planning a continuum of residential/service settings for the chronically mentally ill: the Colorado experience. *Community Ment Health J* 1986; 22: 190–202.

33. Shortell SM, Zazzali JL, Burns LR, Alexander JA, Gillies RP, Budetti PP, Waters TM, Zuckerman HS. Implementing evidence-based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care* 2001; 39(7): 62–78.
34. Shortell SM, Kaluzny AD. *Health care management: organizational design and behavior*. 4th ed. Delmar, Thomson Learning TM, 2007.
35. Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu. Doktorska disertacija, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj, 2007.
36. Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena nega. V: Logonder M (ur.), Lokar K (ur.), Skela Savič B (ur.). *Med bolnišnico in domom: izziv medicinski sestri za kontinuirano onkološko zdravstveno nego, standardi zdravstvene nege Onkološkega inštituta Ljubljana*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006: 5–10.
37. Skela Savič B, Pagon M, Lobnikar B. Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah = Organisational culture in Slovene hospitals. V: Rajkovič V (ur.). *Management sprememb: zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15.–17. 3. 2006: proceedings of the 25th International Conference on Organizational Science Development, Slovenia, Portorož, March, 15.–17. 3. 2006*. Kranj: Moderna organizacija, 2006, 1145–53.
38. Skela Savič B, Strojman P. Reorganizacija bolniških enot Oddelka za radioterapijo na Onkološkem inštitutu Ljubljana = Re-organization of hospital units of Department of radiation oncology at the Institute of oncology Ljubljana. *Zdrav Vestn* 2006; 75(6/7): 371–8.
39. Skela Savič B. Sodobni trendi v onkološki zdravstveni negi. V: Logonder M (ur.), Skela Savič B (ur.), Lokar K (ur.). *Sodobni trendi v onkologiji in onkološki zdravstveni negi*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 12–9.
40. Skela Savič B. Informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti = Informing a cancer patient as an element of comprehensive quality management. *Obzor Zdr N* 2003; 37(2): 107–15.
41. Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu. Magistrska naloga. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj, 2002.
42. Smith L, Daughtrey H. Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *J Adv Nurs* 2000; 31: 812–20.
43. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.
44. Sturmberg JP. Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract* 2000; 17: 16–20.
45. Tresch DD, Simpson WMJ, Burton JR. Relationship of long-term and acute-care facilities. The problem of patient transfer and continuity of care. *Am Geriatr Soc* 1985; 33: 819–26.
46. Veenstra M, Pettersen KI, Sjetne IS. Patients' experiences at 21 Norwegian hospitals. *Lorenskog: HELTEF Foundation for Health Services Research*, 2000.
47. Yazbeck A. *Introducing clinical pathways in the Slovene Hospital (Clinical) Setting: Professional cultures and changes in organizational behavior*, master degree. University Ljubljana: Economy faculty, 2004.