

Izvirni znanstveni članek / Original article

ORGANIZACIJSKO SPREMINJANJE V ZDRAVSTVENI NEGI JE ODVISNO OD VSAKE POSAMEZNE GLAVNE MEDICINSKE SESTRE ZDRAVSTVENIH IN SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODOV

ORGANISATIONAL CHANGES IN THE NURSING CARE DEPEND ON EACH HEAD
NURSE IN HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE INSTITUTIONS

Bojana Filej

Ključne besede: glavna medicinska sestra, organizacijsko spreminjanje, zdravstveni zavod, socialnovarstveni zavod, sinusoidni model, zdravstvena nega

Key words: head nurse, organisational changes, health care institution, social care institution, sinusoid model, nursing

IZVLEČEK

Izhodišča: Vsaka organizacija se mora čim hitreje odzivati na spremembe, ki jih povzroča okolje ali organizacija sama. Pri tem je pomemben vsak posameznik v organizaciji, prav tako tudi glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov, ki lahko s spremembo lastnega razmišljanja in hotenja pripomorejo k uspešnosti sprememb.

Namen: Na osnovi Ovsenikovega sinusoidnega modela človeške akcijske reflektivnosti želimo ugotoviti, kako morajo glavne medicinske sestre razmišljati, da bi dosegle spremembe v zdravstveni negi.

Metode: Raziskava ima značilnosti kvantitativne raziskave. V njej je sodelovalo 99 glavnih medicinskih sester slovenskih bolnišnic, zdravstvenih domov in socialnovarstvenih zavodov. Za potrebe raziskave smo razvili vprašalnik in uporabili Ovsenikov sinusoidni model kot osnovo za spremembo razmišljanja glavnih medicinskih sester za doseganje sprememb v zdravstveni negi.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da je v sistemu menedžmenta glavnih medicinskih sester v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih še veliko pomanjkljivosti – izobrazbena struktura, priprave na zasedbo delovnega mesta, kompetence glavnih medicinskih sester, izvajanje menedžmentskih funkcij. Za uspešno izvajanje organizacijskih sprememb je potrebno predvsem spremeniti razmišljanje glavnih medicinskih sester.

ABSTRACT

Introduction: Each organisation has to be responsive to the changes induced by the environment or organisation dynamics as soon as possible. Each member of the organisation can play an important part in this respect, not to mention the important role of head nurses of health and social welfare institutions. Their modified way of thinking and determination could add significantly to the introduction of desirable changes.

Aim: The goal of the study was to determine how nurses should reason in order to achieve changes in the field of nursing care, using Ovsenik sinusoidal model of the human action reflexivity.

Methods: Participating in the quantitative research were 99 head nurses from Slovene hospitals, health centres and social care institutions. A questionnaire was developed specifically for this purpose and Ovsenik sinusoidal model was applied.

Results: The research results show that there are a lot of inadequacies in the nurses' managerial system in the health and social care institutions: educational structure, preparation for the post, competences of the head nurses, performance of managerial functions. Positive organisational changes will be achieved primarily on the condition that the head nurses adopt different approaches and different thinking.

Uvod

Organizacija je živa entiteta, sestavljajo jo ljudje in deluje v okoljih, katerih bistvena lastnost so prav tako ljudje. Organizacija je uspešna, če tem ljudem – posameznikom, skupinam, drugim organizacijam – daje primerne koristi in od njih v menjalnih razmerjih prejema zadostno povračilo (Možina et al., 2002).

Vsaka organizacija ima svoj organizacijski razvoj. Za mlajše organizacije je značilno, da imajo veliko energije, se stalno spreminjajo in hitro adaptirajo. Za starejše organizacije je značilno, da so njihove spremembe omejene. Organizacija ni zaprt sistem, je odprta in fleksibilna entiteta, odvisna je od aktivnosti ljudi in je popolnoma odvisna od okolja. Vsi deli organizacije morajo biti v soodvisnosti in harmoniji in vsi elementi delujejo za dobrobit celote (Burke, 2002). Če se spremeni del organizacije oziroma sistema, se torej spremenijo preostali deli (Cork, 2005). Okolje se spreminja hitreje kot organizacije same.

Organizacija se odziva na spremembe, ki jih povzročajo drugi. Te spremembe so lahko ugodne, če podpirajo učinkovito in uspešno delovanje organizacije, ter neugodne, če jih povzročajo tekmeci, konkurenti in nasprotniki organizacije. Organizacija tudi sama povzroča spremembe (Možina et al., 2002), ki so prav tako lahko ugodne ali neugodne. Marriner-Tomey (2000) navaja, da so spremembe pogojene zaradi notranjih ali zunanjih dejavnikov. Notranji dejavniki so lahko pogojeni zaradi zunanjih sprememb in vključujejo povečanje produktivnosti, potrebo po obvladovanju stroškov, spremembe načina kadrovanja, spremembo filozofije, spremembo delovnega procesa, potrebo po kakovosti življenja na delovnem mestu. Zunanji dejavniki vključujejo zdravstveno ekonomiko, tehnologijo, spremembe strukture, demografske spremembe. Viens in sodelavci (2005) menijo, da zunanji pritiski povečajo sodelovanje zaposlenih pri izvajanju sprememb, vendar ti pritiski okolja ne smejo biti niti preveliki niti premajhni.

O organizacijskih spremembah imajo različni avtorji različna mnenja. Bukovec (2006) meni, da spremembe in spreminjanje postajajo konstanta, Možina et al. (2002) trdijo, da so spremembe vselej skrite v prihodnosti, in Drucker (2001), da sprememb ni mogoče obvladovati, da jih je možno le predvideti. Razvidno je torej, da je sprememba v organizaciji zahtevna in tvegana naloga. Paradoks je v tem, da so spremembe potrebne, ko je organizacija na vrhu svojega uspešnega delovanja (Možina et al., 2002; Ovsenik, Ambrož, 2000). Menedžment lahko predvideva le tiste spremembe, ki jih sam načrtuje, čeprav ne more zanesljivo vedeti, kako bodo uspele. »Težje je predvideti vplive iz okolja; nekateri so enkratni, drugi se ciklično ponavljajo. Enkratne vplive je pogosto mogoče napovedati iz trendov dogajanja v okoljih, zato jim menedžment skuša pozorno slediti. Menedžment

ne more zaobjeti vseh dejavnikov, ki vplivajo na potek in uspešnost spreminjanja, zato je vsako spreminjanje tvegano. Velike in hitre spremembe so mnogokrat bolj tvegane kot omejene in počasnejše« (Možina et al., 2002).

Spremembe običajno naletijo na odpor. Če ne pride do odpora, ne moremo govoriti o spremembah, temveč gre za nadaljevanje stanja, kakršno trenutno večini odgovarja. Moč odpora je odvisna od vrste spremembe. Tehnološke spremembe povzročijo manj odpora kot socialne, ki vplivajo neposredno na posameznika. Burke (2002) poudarja, da so še posebno zahtevne spremembe organizacijske kulture. Filej (2007) meni, da bi bilo prav, da menedžerji ne bi obsojali odporov posameznikov ali skupin, temveč naj bi jih analizirali in ocenili glede na njihovo moč in nujnost odpravljanja. Odpori lahko nastanejo tudi na ravni menedžerjev. Vzroke zanje je potrebno iskati v njihovih osebnih interesih, potrebah in vrednotah. Običajno se organizacija in posamezniki upirajo tistemu, ki želi izvesti spremembe, še posebej, če prihaja od zunaj, ker menijo, da obstoječe situacije ne pozna dovolj dobro, in ker mu ne zaupajo. Manj odpora je do nekoga, ki je znotraj organizacije, toda oseba od zunaj je pri oceni stanja običajno bolj objektivna. Vsi ljudje, ne glede na to, na kateri organizacijski ravni se nahajajo, želijo vedeti, kakšno bo končno stanje, čeprav menedžment običajno v celoti tega prav tako ne ve. Tako je najbolje, da so zaposleni od samega načrtovanja organizacijske spremembe vključeni v proces spreminjanja, saj bodo razumeli nujnost in pomen spremembe ter bodo seznanjeni z njenimi posledicami, ki bodo vplivale na njih kot posameznike.

Raziskovalci Viens et al. (2005) so pokazali, da imajo pomembno vlogo pri spremembah v organizaciji menedžerji, ki so pogosto najpomembnejši ljudje v organizaciji, saj vplivajo na kulturo organizacije in na obnašanje zaposlenih. Naloga menedžmenta je obvladati organizacijo tako, da deluje učinkovito in da uspešno dosega cilje. Spreminjanje je večinoma prvi pogoj za uspešno delovanje organizacije v prihodnosti, zato je naloga menedžmenta, da strokovno in zavzeto snuje in izbira možne vsebine in poteke spreminjanja, jih dobro pripravlja in udejanja. Če menedžment spreminjanja ne pripravlja vnaprej, se lahko zgodi, da se mora organizacija nevedeno odzivati na vplive, ki jo zadevajo, ali pa bolj ali manj naključno vpliva na udeležence v notranjih in zunanjih okoljih. Nevedeno odzivanje ali vplivanje je seveda tvegano, le srečno naključje nanese, da so izidi za organizacijo ugodni. Menedžment skuša sistematično pripravljati, to je načrtovati odzivanje in vplivanje.

Burke (2002) pravi, da obstaja še en paradoks, namreč, da spremembe ne potekajo po načrtovanih korakih. Načrtovanje procesa organizacijske spremembe je sicer linearno, toda proces uvajanja je v neredu.

Stvari se ne odvijajo po načrtu, nekateri ljudje delajo po svoje in ne v skladu z načrtom, drugi nasprotujejo ali celo sabotirajo proces in nekateri se obnašajo prav v nasprotju z načrtovanim.

Organizacijske spremembe je možno doseči na več načinov. V literaturi zasledimo več teorij, sicer pa Bukovec (2006) navaja, da ne obstaja enotna teorija razumevanja organizacijskih sprememb in posledično tudi ne enoten pristop. Po klasični teoriji Kurta Lewina spreminjanje poteka v treh fazah: odmrznitev, ukrepanje, zamrznitev. Faza odmrznitve pomeni, da se odmrznejo sile, ki ohranjajo status quo. Ljudje postanejo namreč nezadovoljni in se zavedajo potrebe po spremembi. Druga faza je ukrepanje, ko se ugotavlja, načrtuje in izvaja ustrezne strategije, ki bodo zagotovile, da bodo gonilne sile premagale zaviralne sile. Sprememba naj se uvede postopno. Za spremembo je potrebno dovolj časa, da se vsi privadijo nanjo. Tretja faza je zamrznitev, kar pomeni, da se sistem, ki se je spremenil, ponovno stabilizira in postane integriran v obstoječe stanje.

Rondeau in Laliberte (cit. po Viens et al., 2005) navajata petstopenjski pristop k organizacijskemu spreminjanju, in sicer: potreba po spremembi, razpoložljivost virov, pritisk okolja, podpora vseh vključenih in kompleksnost spremembe. Kompleksnost spremembe pomeni, da je uspeh spremembe rezultat več faktorjev, povezanih z zunanjim okoljem, z značilnostmi organizacije in značilnostmi zaposlenih.

Organizacijsko spreminjanje v zdravstveni dejavnosti

V zdravstveni dejavnosti prihaja do spremembe organizacije zaradi razvoja zdravstvenih strok, novih tehnologij, večanja dostopa do informacij in staranja populacije. Zdravstvene organizacije so izredno togi sistemi, ki se težko prilagajajo spremembam v okolju. Kot navaja Skela Savič (2008) zdravstvene organizacije na novosti v tehnologiji niso niti približno reagirale s takšno hitrostjo in fleksibilnostjo za izboljševanje kakovosti procesov dela in zniževanje stroškov, kot je to izvedla industrija, zato je za večino zavodov vprašljiva med drugim tudi njihova uspešnost poslovanja. Ne glede na pojav konkurence (zasebna dejavnost) na trgu zdravstvenih storitev so spremembe počasne (Filej, 2007). Skela Savič, Pagon, Lobnikar (2006) navajajo, da je v zdravstvenih ustanovah potrebno vzpostaviti pogoje za uspešno uvajanje sprememb, da se bodo zaposleni na vseh nivojih čutili spodbujeni, da smejo in morajo razmišljati kreativno; zdravstvene organizacije se morajo premakniti iz »spreminjanja kot projekt« v »spreminjanje kot naveda«.

Zdravstveno dejavnost zadevajo predvsem programi, s katerimi se organizacija uveljavlja v menjalnih razmerjih na trgu zdravstvenih storitev in so v glav-

nem določeni z zdravstveno zakonodajo. Program obsega storitve, namenjene zdravi in/ali bolni populaciji. Redko prihaja do snovanja novih storitev in do trženja, tako je predvsem zaradi načina financiranja programov in zaradi »majhnih sposobnosti in možnosti kupca (pacienta), da svobodno sam izbere in kupi zdravstveno storitev ali izdelek (zdravstveni pregled, operacijo, zdravilo, tehnični pripomoček in podobno)« (Česen, 2003).

Kot ugotavljajo različni raziskovalci doma in v tujini, pri uvajanju sprememb v zdravstvu najpogosteje pozabimo na ljudi, na njihovo znanje, izkušnje, motivacijo in timsko delo, zato nam spremembe tudi slabo uspevajo (Skela Savič, 2008). Uvajanje sprememb je eno najbolj raziskovanih področij v menedžmentu. Pri uvajanju sprememb v zdravstvu je potrebno biti posebej pozoren na vodenje, organizacijsko kulturo, timski pristop in informacijsko tehnologijo. Za slovensko zdravstvo se tudi priporoča razvoj potenciala vsakega posameznika v sistemu, vzpostavitev vertikalnega in horizontalnega razvoja za vse poklicne skupine, karierni razvoj vodij in menedžerjev na vseh nivojih vodenja (Skela Savič, 2008).

Sistemski vidik zdravstvene nege

Dejavnost zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih lahko opredelimo kot podsystem ali kot element v sistemu. Burke (2002) meni, da je kakršna koli človeška organizacija boljše razumljena, če jo pojmuje kot odprt sistem. Organizacija je odprta zaradi svoje odvisnosti in kontinuiranih interakcij z okoljem, v katerem deluje. Zaprti sistemi obstajajo le v neživem svetu. Za preživetje organizacija jemlje iz okolja energijo, ki je širše definirana in lahko vključuje denar, neobdelan material ali delo ljudi. Ta energija se transformira v produkt ali storitev, ki jo organizacija vrne zopet v okolje. Dejavnost zdravstvene nege torej lahko opazujemo kot odprti organizacijski sistem.

Zaradi tradicionalnega videnja medicinskih sester dejavnost zdravstvene nege v slovenski praksi »še vedno ni strokovno in organizacijsko samostojna dejavnost in tako tudi ni primerljiva z razvitim svetom« (Skela Savič, 2003). Dejavnost zdravstvene nege in menedžment zdravstvene nege nista avtonomna na kadrovskega področju, pri vodenju ter razpolaganju s sredstvi (Požun, 2003). Podobno ugotavlja tudi Filej (2007) v svoji raziskavi o glavnih medicinskih sestrah zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov. Kamenšek (2004) v svoji raziskavi z naslovom »Sodobni pristopi v organiziranosti zdravstvene nege: procesna organizacija« meni, da se moramo zavedati omejenih pristojnosti odločanja menedžerjev v zdravstveni negi glede vprašanja zaposlovanja, nagrajevanja, odpuščanja zaradi centraliziranega zakonsko urejenega sistema organiziranosti.

Eden izmed kritičnih elementov vložka (inputa) za organizacijo je denar (Burke, 2002). Tako kot za celoten zdravstveni in tudi socialnovarstveni sistem so finančna sredstva omejena tudi za sistem zdravstvene nege. Ne glede na to, da se po podatkih nekaterih držav za potrebe dejavnosti zdravstvene nege nameinja do 60 % vseh sredstev za delovanje zdravstvenih zavodov, v Sloveniji ne spremljamo porabe finančnih sredstev za dejavnost zdravstvene nege. Drugače je v socialnovarstvenih zavodih, kjer so porabljeni sredstva za dejavnost zdravstvene nege vidna, saj sistem financiranja s strani zdravstvene zavarovalnice temelji na kategorizaciji zdravstvene nege in oskrbe, to je opravljenih storitev izvajalcev zdravstvene nege. Problem vsekakor predstavljajo kadri, ki jih v nobenem zdravstvenem niti socialnovarstvenem zavodu z ozirom na potrebe pacientov ni dovolj.

Filej (2007) v svoji raziskavi ugotavlja, da imajo glavne medicinske sestre zaradi opisa delovnega mesta formalno moč, vendar za izvajanje svoje funkcije skoraj v enaki meri uporabljajo tudi neformalno moč. V zdravstvenih domovih glavne medicinske sestre uporabljajo celo več neformalne kot formalne moči, kar pomeni, da so njihove kompetence pomanjkljive. Za uporabo referenčne moči glavnim medicinskim sestram manjka znanje s področja dela z ljudmi, vodenja in menedžmenta. Natančno definiranje nalog bi bilo glavnim medicinskim sestram v pomoč, saj bi bilo jasno, kaj se od njih pričakuje, komu poročajo in komu so odgovorne. V nekaterih državah Evropske unije imajo direktorji zdravstvene nege veliko moč in odgovornost, ki vključuje npr. tudi pravico nagrajevanja in poviša-

nja z ozirom na položaj in urejanje plač. Menedžerkam slovenske zdravstvene nege naša raziskava jasno sporoča, da morajo z želenim večanjem njihove moči prevzeti tudi odgovornost za razvoj zdravstvene nege v najširših dimenzijah njihovega delovanja.

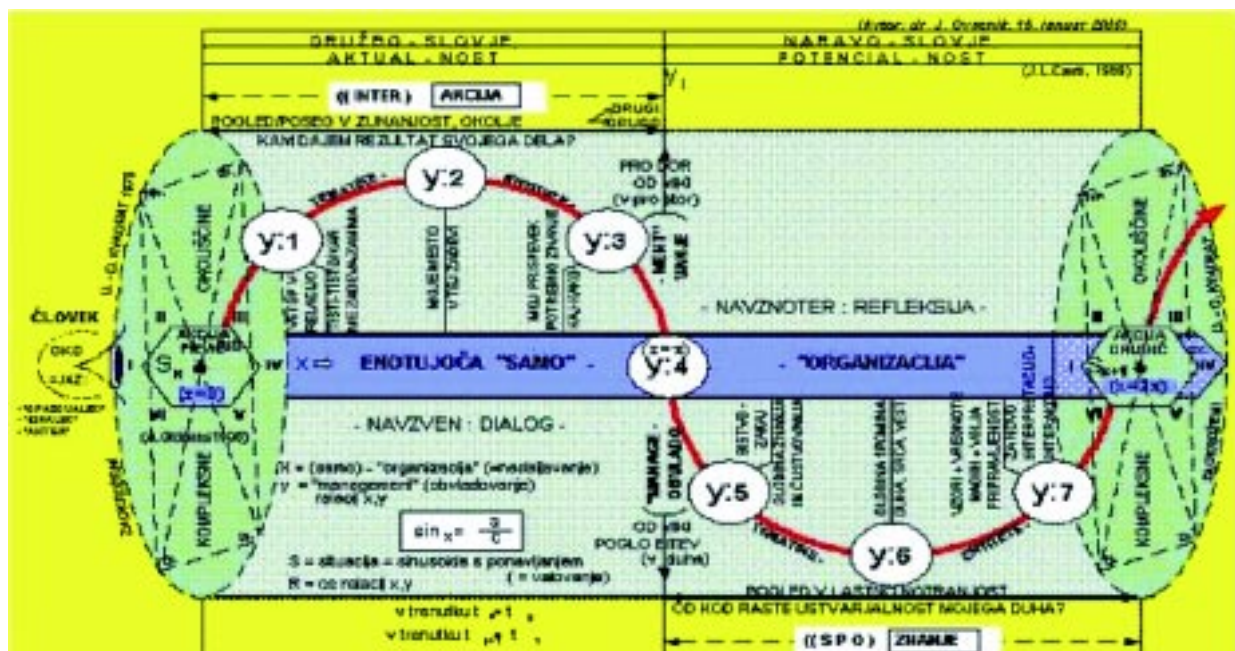
V transformacijskem procesu se spreminjajo inputi – sredstva, energija, delo, znanje – v outpute – končno stanje zdravlja pacienta, njegovo zadovoljstvo, pridobljeno znanje, zadovoljstvo zaposlenih. Žal doprinos medicinskih sester k doseženim outputom ni viden niti v zdravstvenem niti v socialnovarstvenem zavodu. Oba sistema sta naravnana tako, da sta usmerjena k procesom (izvajanje storitev, realizacija programov, organizacija dela) in manj k doseženim rezultatom (Filej, 2007).

Metode

Inštrumentarij

Kot model za proučevanje spreminjanja v organizaciji smo izbrali Ovsenikov sinusoidni model človeške akcijske reflektivnosti (Ovsenik, 2004; 2005; 2006). Model temelji na dejstvu, da je spremembe mogoče doseči na osnovi hotenja in da so spremembe razmišljanja mogoče pri vsakem posamezniku v organizaciji (Sl. 1).

Ovsenik (2006) o novem razumevanju fenomena organizacija razlaga kot o zaporedju dogodkov v naravi. Če gre za dogodke, ki so v resnici zavestno hotena človeška dejanja (akcije), te iste dogodke v svojstvu človeških dejanj (akcij) dodatno povezuje tudi



Sl. 1. Sinusoidni model človeške akcijske reflektivnosti (Ovsenik J, 2004; 2005; 2006).

Figure 1. Sinusoidal model of human action reflexivity (Ovsenik J, 2004; 2005; 2006).

miselni proces – menedžment, ki ga je avtor prikazal kot sinusoidni val, ki se nenehno ponavlja kot algoritem (model) človeške akcijske reflektivnosti.

Sinusoidni val sestoji iz »hriba« in »doline«. V območju hriba se človek ozre navzven iz sebe in je v dialogu z okoljem, v območju doline se človek ozre navznoter v samega sebe in v tem območju opravi svojo refleksijo s samim seboj. Kolikor gremo visoko/navzven, toliko moramo v akciji poseči tudi globoko/navznoter. To uravnavanje akcije in premisleka je pravilo sinusoide za standardno valovanje.

Amplituda valovnega hriba kot človekovega vstopanja v interakcijo navzven/navzgor z zunanjim svetom in valovne doline kot človekovega miselnega spoznavanja resnice sveta, torej navznoter/navzdol v smeri notranjosti in intelektualno emocionalne globine, se lahko s časom in rastjo povečuje/zmanjšuje v primeru katerekoli akcije tako človeka/posameznika kot skupine/skupnosti. Človek kot akter torej prehaja iz enega dejanja v drugo dejanje po svoji lastni volji in odločitvah, ki sestavljajo hoteno voljo. Vmesni miselni proces poteka skozi sedem korakov, pri katerih je potrebno odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Y1: Kaj nas zadeva zdaj? Kdo nas zadeva oziroma zanima pri vstopu v novo relacijo?
- Y2: Kako je sedaj opredeljeno naše/moje mesto/položaj?
- Y3: Kaj moramo znati, da bi mogli prispevati k izboljšanju? Kaj in kako lahko naredimo? Katera znanja potrebujemo za svojo vlogo v tej situaciji?
- Y4: Na prehodu s hriba v dolino se soočamo s svojim lastnim notranjim svetom – jazom. To je točka premika iz zunanjega sveta v notranji svet duha.
- Y5: Kaj nas sili v temeljito preišljevalnost o samem sebi? Zakaj bi to storili? Kakšen motiv imamo za to početje?
- Y6: Kako naj si obogatimo smisel samega sebe? Kaj mi pravijo moj duh, moje srce, moja vest?
- Y7: Za kakšno dejavno interpretacijo obstoječe situacije smo se pripravljene odločiti ob vstopu v naslednje aktivno dejanje izhajajoč iz naših vrednot in motivov? Ali naj potrdim ali zavrnem akcijo?

Sinusoidni model človeške akcijske reflektivnosti smo prenesli na primer našega raziskovanja.

Za potrebe raziskave smo razvili strukturiran vprašalnik z 82 trditvami. Trditve so temeljile na teoretičnih izhodiščih in so bile porazdeljene v sklope, ki so se nanašali na naslednja področja: menedžment, organiziranost dejavnosti zdravstvene nege, najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja, stili vodenja, naloge, motivacija, kakovost, organizacijska kultura, okolje, vodenje.

Odgovore na trditve je bilo možno podati na osnovi Likertove lestvice, ki omogoča oceno strinjanja ali nestrinjanja s postavljenim stališčem. Pri tem je 1 pomenila »sploh se ne strinjam« in 5 »popolnoma se stri-

njam«. Vprašalnik je obsegal tudi sklop splošnih vprašanj, s katerimi smo želeli pridobiti podatke o udeležencih raziskave ter dobiti vpogled v velikost službe oziroma v dejavnost zdravstvene nege v zavodu.

Vzorec

Raziskavo smo izvedli med glavnimi medicinskimi sestrami zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov v letu 2007. Poslanih je bilo 155 vprašalnikov (24 bolnišnic, 59 zdravstvenih domov ter 72 socialnovarstvenih zavodov). Vrnjenih je bilo 99 (63,87 %) vprašalnikov (bolnišnica N = 20 (83,33 %), zdravstveni dom N = 41 (69,49 %), socialnovarstveni zavod N = 38 (52,77 %)).

Rezultati

Povprečna starost glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov je 46,77 let (bolnišnica X = 51,23, zdravstveni dom X = 44,63, socialnovarstveni zavod X = 44,45). Enajst glavnih medicinskih sester ima fakultetno izobrazbo (bolnišnica N = 8, zdravstveni dom N = 2, socialnovarstveni zavod N = 1), tri imajo magisterij (bolnišnica N = 1, socialnovarstveni zavod N = 2), vse ostale višjo ali visoko strokovno izobrazbo. Povprečna starost glavnih medicinskih sester ob prevzemu funkcije glavne medicinske sestre je bila v bolnišnicah 43,11 let, v zdravstvenih domovih 37 let in v socialnovarstvenih zavodih 34,74 let. Glavne medicinske sestre so na poziciji v povprečju že 8,48 let (bolnišnica X = 8,12, zdravstveni dom X = 7,63, socialnovarstveni zavod X = 9,71). Večina glavnih medicinskih sester se pred zasedbo delovnega mesta ni funkcionalno usposabljala za vodenje in menedžment (bolnišnica X = 2,79, SD = 1,51; zdravstveni dom X = 1,53, SD = 1,09; socialnovarstveni zavod X = 1,78, SD = 1,38), med zavodi je statistično pomembna razlika ($p < 0,003$). Najbolj so bila dela in naloge glavne medicinske sestre pred zasedbo delovnega mesta poznane glavnim medicinskim sestram bolnišnic (X = 3,45, SD = 1,05) in najmanj glavnim medicinskim sestram zdravstvenih domov (X = 2,72, SD = 1,38).

Glavne medicinske sestre se zavedajo, da so v zavodu potrebne spremembe (bolnišnica X = 4,05, SD = 0,97; zdravstveni dom X = 3,54, SD = 1,03; socialnovarstveni zavod X = 3,46, SD = 1,12) in da so spremembe organiziranosti zdravstvene nege nujne (bolnišnica X = 4,15, SD = 0,93; zdravstveni dom X = 3,51, SD = 1,08; socialnovarstveni zavod X = 3,03, SD = 1,30). Pri tej trditvi je med zavodi statistično pomembna razlika ($p < 0,003$). Največjo potrebo po spremembah izražajo glavne medicinske sestre bolnišnic in nato zdravstvenih domov. Glede vključevanja v izvajanje menedžmentskih funkcij na ravni zavoda ugotavljamo, da so v vseh zavodih glavne medicinske sestre

v enaki meri vključene v funkcijo načrtovanja in organiziranja. Nekoliko slabše so glavne medicinske sestre zdravstvenih domov vključene v funkcijo vodenja in preverjanja. Za potrebe zdravstvene nege jih večina samostojno opravlja vse menedžmentske funkcije, nekoliko manj samostojno jih izvajajo v zdravstvenih domovih.

Organizacijsko spreminjanje v zdravstveni negi na osnovi sinusoidnega modela človeške akcijske reflektivnosti

Sinusoidni model človeške akcijske reflektivnosti smo prenesli na primer našega raziskovanja ter smiselno upoštevali zastavljenih sedem sklopov vprašanj. Da bi dosegli spremembe v sistemu zdravstvene nege, morajo glavne medicinske sestre prehoditi sedem korakov. Rezultati odgovorov na vprašanja ob teh korakih so naslednji:

Y1: Raziskava je pokazala, da na delo medicinskih sester vplivajo potrebe in zahteve pacientov (bolnišnica $X = 4,45$, $SD = 0,51$; zdravstveni dom $X = 4,12$, $SD = 0,78$; socialnovarstveni zavod $X = 4,32$, $SD = 0,82$), prav tako tudi delo glavnih medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo pacientov (bolnišnica $X = 4,35$, $SD = 0,59$; zdravstveni dom $X = 4,27$, $SD = 0,67$; socialnovarstveni zavod $X = 4,38$, $SD = 0,76$). Glavne medicinske sestre so prepričane, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno nego (bolnišnica $X = 4,15$, $SD = 0,37$; zdravstveni dom $X = 3,88$, $SD = 0,52$; socialnovarstveni zavod $X = 4,16$, $SD = 0,55$), vendar je med odgovori na to trditev med zavodi statistično pomembna razlika ($p < 0,29$), še zlasti so o tem, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno nego, prepričane glavne medicinske sestre socialnovarstvenih zavodov.

S faktorsko analizo smo ugotovili, da so najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na spremembe v zavodu in na spremembe organiziranosti zdravstvene nege, prav potrebe in zahteve pacientov, ki vplivajo na delo glavnih medicinskih sester ($P = 0,748$), in samo delo glavnih medicinskih sester, ki vpliva na zadovoljstvo pacientov ($P = 0,595$).

Y2: Glavne medicinske sestre so prepričane, da jim vodstvo zaupa (bolnišnica $X = 4,40$, $SD = 0,75$; zdravstveni dom $X = 4,46$, $SD = 0,71$; socialnovarstveni zavod $X = 4,37$, $SD = 0,67$), in to najbolj v zdravstvenih domovih in najmanj v socialnovarstvenih zavodih. Pri trditvi »samostojno načrtujem strokovno izpopolnjevanje« je med zavodi statistično pomembna razlika ($p < 0,022$) (bolnišnica $X = 4,45$, $SD = 0,83$; zdravstveni dom $X = 3,71$, $SD = 1,03$; socialnovarstveni zavod $X = 3,84$, $SD = 1,00$), najbolj samostojne pri tem so glavne medicinske sestre bolnišnic in

najmanj glavne medicinske sestre zdravstvenih domov. Podoben rezultat smo dobili tudi pri trditvi »samostojno odločam o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja« (bolnišnica $X = 4,25$, $SD = 1,02$; zdravstveni dom $X = 3,78$, $SD = 1,01$; socialnovarstveni zavod $X = 4,08$, $SD = 0,91$). Pri trditvi »samostojno izbiram kader, ko gre za novo zaposlitev« je med zavodi statistično pomembna razlika ($p < 0,004$), prav tako tudi pri trditvi »za delovanje zdravstvene nege v zavodu razpolagam s finančnimi sredstvi« ($p < 0,027$). Glavne medicinske sestre vseh zavodov so odgovorile, da jih nadrejeni spoštujejo (bolnišnica $X = 4,05$, $SD = 0,60$; zdravstveni dom $X = 4,07$, $SD = 0,65$; socialnovarstveni zavod $X = 4,32$, $SD = 0,70$), prav tako jih spoštujejo tudi podrejeni (bolnišnica $X = 4,00$, $SD = 0,56$; zdravstveni dom $X = 4,17$, $SD = 0,50$; socialnovarstveni zavod $X = 4,21$, $SD = 0,78$). Ljudje, ki so jim podrejeni, jih upoštevajo (bolnišnica $X = 4,30$, $SD = 0,57$; zdravstveni dom $X = 4,30$, $SD = 0,52$; socialnovarstveni zavod $X = 4,26$, $SD = 0,64$).

Z regresijsko analizo smo neodvisne spremenljivke povezali z odvisnimi in ugotovili, da spremenljivka »nadrejeni me spoštujejo« vpliva na odvisno spremenljivko »vodilni kadri ustrezno delegirajo naloge sodelavcem«. Neparometrična korelacija je pokazala srednje močno povezanost med naslednjimi spremenljivkami: »samostojno odločam o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja« in »samostojno izbiram kader, ko gre za novo zaposlitev« ($P = 0,443$); »nadrejeni me spoštujejo« in »podrejeni me spoštujejo« ($P = 0,497$); »podrejeni me spoštujejo« in »ljudje, ki so mi podrejeni, me upoštevajo« ($P = 0,567$).

Y3: V trditvi »za zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre sem se funkcionalno usposabljal« je med zavodi statistično pomembna razlika ($p < 0,003$). Najmanj so se usposabljale glavne medicinske sestre zdravstvenih domov ($X = 1,53$, $SD = 1,09$) in najbolj glavne medicinske sestre bolnišnic ($X = 2,79$, $SD = 1,51$). Glavne medicinske sestre menijo, da bi najbolj potrebovale naslednja znanja: organizacijski menedžment, komunikacija, pravo in tuji jeziki.

Y4: V tem koraku se mora vsaka glavna medicinska sestra zavedati, da je možno preiti v novo stanje tudi z njenimi osebnimi spremembami, s spremembami njenega razmišljanja, njenega hotenja. Z znanjem se razvija stroka, razvija pa se tudi posameznik in njegova samopodoba, kar je bistveno za napredek in spremembe. Torej so premiki v smeri željenega stanja odvisni od posameznika samega. Da bi uspešno spremenili sebe in svoje vedenje ter uvajali spremembe, potrebujemo zna-

nje. Tako mora znanje imeti tudi glavna medicinska sestra.

Y5: Motivacija za doseganje spremembe je usmerjena tudi na področje kakovosti. V strategijo kakovosti zavoda je vključena tudi zdravstvena nega (bolnišnica $X = 3,60$, $SD = 0,79$; zdravstveni dom $X = 2,85$, $SD = 1,28$; socialnovarstveni zavod $X = 3,61$, $SD = 1,26$). Pri tej trditvi je med zavodi statistično pomembna razlika ($p < 0,12$). Največja motivacija za kakovost je v socialnovarstvenih zavodih ($X = 3,11$), najmanjša v zdravstvenih domovih ($X = 2,95$). Prav tako je stalno izobraževanje najbolj značilno za zaposlene v socialnovarstvenih zavodih ($X = 3,38$), le-ti so tudi v največji meri prevzeli odgovornost za izboljšanje kakovosti ($X = 3,16$).

Vse glavne medicinske sestre se zavedajo pomena kontinuiranega strokovnega izpopolnjevanja, zanj najbolj skrbijo glavne medicinske sestre bolnišnic (bolnišnica $X = 4,68$, $SD = 0,48$; zdravstveni dom $X = 4,27$, $SD = 0,87$; socialnovarstveni zavod $X = 4,50$, $SD = 0,83$).

Z regresijsko analizo smo ugotovili povezanost med neodvisno spremenljivko »imam možnost strokovnega izpopolnjevanja«, ki prevladuje nad drugimi spremenljivkami, in odvisno spremenljivko »skrbim za lastno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje« ($R = 0,476$).

Y6: Vse glavne medicinske sestre za svoje delo prevzemajo polno odgovornost (bolnišnica: $X = 4,90$, $SD = 0,31$; zdravstveni dom: $X = 4,80$, $SD = 0,40$; socialnovarstveni zavod: $X = 4,84$, $SD = 0,37$). Prav tako so glavne medicinske sestre visoko ocenile tudi naslednjo vrednoto, to je vztrajnost. Na trditev »pri svojem delu sem vztrajna« so z najvišjo oceno odgovorile glavne medicinske sestre bolnišnic ($X = 4,70$, $SD = 0,47$), glavne medicinske sestre zdravstvenih domov in socialnovarstvenih zavodov so odgovorile z nekoliko nižjo oceno ($X = 4,66$).

Regresijska analiza je pokazala povezavo med neodvisno spremenljivko »izobraževanje za kakovost je stalno« z odvisno »skrbim za lastno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje« ($R = 0,326$) ter med neodvisno spremenljivko »komunikacija med vodstvom in podrejenimi je dobra« in odvisno spremenljivko »pri svojem delu sem vztrajna« ($R = 0,267$).

Y7: Glavne medicinske sestre podrejenim zaupajo (bolnišnica $X = 4,25$, $SD = 0,64$; zdravstveni dom $X = 4,15$, $SD = 0,62$; socialnovarstveni zavod $X = 3,95$, $SD = 0,81$), jih vzpodbujajo, da izrazijo mnenje in predloge (bolnišnica $X = 3,10$, $SD = 1,21$; zdravstveni dom $X = 3,78$, $SD = 1,06$; socialnovarstveni zavod $X = 3,74$, $SD = 1,08$). V trditvi »upoštevam potrebe podrejenih« je statistično pomembna razlika med zavodi ($p < 0,003$). Naj-

bolj upoštevajo potrebe podrejenih glavne medicinske sestre zdravstvenih domov ($X = 4,39$, $SD = 0,59$) in najmanj glavne medicinske sestre bolnišnic ($X = 3,85$, $SD = 0,49$). Zaposleni imajo v vseh zavodih možnost pridobivati nova znanja (bolnišnica $X = 4,20$, $SD = 0,52$; zdravstveni dom $X = 4,15$, $SD = 0,65$; socialnovarstveni zavod $X = 4,14$, $SD = 0,82$).

Z neparametrično korelacijo smo ugotovili srednje močno povezanost med naslednjimi spremenljivkami: »podrejeni imajo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti« in »podrejeni mi sledijo k zastavljenim ciljem« ($P = 0,463$) ter med »podrejeni imajo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti« in »vizijska delovanja zdravstvene nege v zavodu je jasna« ($P = 0,404$). Regresijska analiza je pokazala povezanost med odvisno spremenljivko »podrejenim zaupam« in neodvisnima spremenljivkama »podrejeni imajo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti« ($R = 0,306$) in »podrejeni mi sledijo k zastavljenim ciljem« ($R = 0,357$).

Razprava

Zdravstvena nega je profesija, za katero so značilne intelektualne operacije z veliko individualne odgovornosti. Z razvojem zdravstvene nege se je spreminjalo tudi razumevanje pacienta in pogledi nanj. Na pacienta se danes gleda kot na celoto, kot na dinamično silo in ne kot le na skupek delov. Pacient tudi v Sloveniji postaja »kralj«. Jasno je, da bi morala biti filozofija slehernega zavoda usmerjena v pacienta kot osrednjega subjekta. Socialnovarstveni zavodi so še posebej izpostavljeni kritični oceni stanovalcev in okolja (svojcev, prijateljev, občanov). Glavne medicinske sestre bi morale razumeti, da se morajo prilagajati potrebam in zahtevam pacientov in stanovalcev ter dejavnost zdravstvene nege in njeno organizacijo čim bolj prilagoditi in spreminjati, da bo možna individualizirana in kakovostna obravnava. Naša raziskava pokaže, da so slovenske menedžerke zdravstvene nege šele v fazi prevzemanja pripravljenosti za spremembe in je realnost preoblikovanih sposobnosti še v razvoju. Raziskava prav tako pokaže, da so glavne medicinske sestre prepričane, da njihovo delo vpliva na zadovoljstvo pacientov. Seveda se pri tej trditvi pojavlja vprašanje, ali bi tudi pacienti tako pozitivno ocenili zadovoljstvo z zdravstveno nego in kaj so do sedaj glavne medicinske sestre kot odgovorne za vzpostavitev celovite kakovosti tudi naredile.

Položica glavnih medicinskih sester je v zavodih različna, naj gre za organizacijo zdravstvene nege, za pravnoformalno opredeljenost dejavnosti, za izobrazbo glavnih medicinskih sester, za njihove skupne naloge, za odnose z nadrejenimi oziroma podrejenimi ali za njihove kompetence za vodenje, ki niso doreče-

ne in dovolj jasne. Pri nas medicinske sestre še vedno nimajo profesionalne avtonomije, da bi lahko same v celoti načrtovale, organizirale, vodile in kontrolirale lastno stroko – zdravstveno nego. Kot ugotavlja Požun (2003), menedžment zdravstvene nege ni avtonomen niti na kadrovskega področju niti pri vodenju in razpolaganju s sredstvi. Podobno v svoji raziskavi ugotavlja tudi Filej (2007), in sicer, da večina glavnih medicinskih sester še vedno ne razpolaga s finančnimi sredstvi ne glede na zavod; tiste, ki imajo to kompetenco, pa finančna sredstva uporabljajo za izobraževanje in nabavo negovalnih pripomočkov. Odločanje o novih zaposlitvah je v zdravstvenih domovih in socialnovarstvenih zavodih v rokah direktorjev, ki z omejitvijo zaposlovanja v zdravstveni negi regulirajo finančno poslovanje zavodov.

Organiziranost zdravstvene nege je v zdravstvenem in socialnovarstvenem sistemu nedorečena tako glede organizacijske strukture, organizacijskih procesov in pravnoformalnega statusa kakor tudi glede kompetenc glavnih medicinskih sester. Postavlja se vprašanje, v kolikšni meri so glavne medicinske sestre vključene v omenjene procese, saj so, kot navajata Florjančič in Novak (2002), delavci kreativni nosilci uresničevanja poslovne politike in doseganja strateških ciljev. Lahko rečemo, da je človek ključni faktor za povečanje produktivnosti in učinkovitosti, zato ne moremo z gotovostjo trditi, da so na teh mestih takšne medicinske sestre, ki bi znale najboljše organizirati procese in dosegati cilje organizacije (Filej, 2007). Filej je v svoji raziskavi leta 2001 ugotovila, da v organizacijski hierarhiji zdravstvenega sistema glavne medicinske sestre nimajo ustrezne pozicije. V raziskavi leta 2007 pa ugotavlja nekoliko drugačno stanje, in sicer, da vodstvo glavnim medicinskim sestram zaupa in da jih tudi spoštuje (Filej et al., 2008).

Glavne medicinske sestre se zavedajo, da je znanje potrebno za obvladovanje čedalje kompleksnejših organizacijskih sistemov oziroma organizacijskega spreminjanja, ko je le-to potrebno, zato bi se za zasedbo delovnega mesta morale funkcionalno usposabljanje za vodenje in menedžment. O uspešnem vodenju v zdravstveni negi v Sloveniji še ne moremo govoriti, saj vodilne medicinske sestre nimajo ustrezne izobrazbe za vodenje in menedžment. Skela Savič (2003) tako ugotavlja, da bi vodje zdravstvene nege morale biti univerzitetno izobražene ter imeti dodatna znanja menedžmenta in raziskovanja. Imeti bi morale tudi vizijo in strategijo, kako razvijati in izkoriščati potencialne zaposlenih, da bi le-ti bili zadovoljni in motivirani za svoje delo in razvoj. Mahoney (2001) meni, da vodje zdravstvene nege potrebujejo tako znanje ekonomike, financiranja, organizacijskega menedžmenta in menedžmenta človeških virov kakor tudi razvoja in raziskovanja. Imeti morajo določene kompetence, pogum in morajo biti kreativni. Filej (2007) je v svoji raziskavi povzela predloge

glavnih medicinskih sester glede potrebnega znanja za to funkcijo, in sicer: organizacijski menedžment, komunikacija, pravo in tuj jezik. V prihodnje je za slovenski zdravstveni menedžment, kot navaja Hočvar (2007), ključno znanje, ki bo omogočalo novo procesiranje dela v zdravstvu, smiselno mrežno povezovanje različnih virov (človeški, tehnološki, prostorski, finančni, informacijski), in sicer ne samo znotraj organizacije, temveč tudi širše v kontekstu okolja. Menedžment bo moral znati povezovati in upoštevati različne interese. Kar se tiče osebnostnih lastnosti, bodo zmagali predani vizionarji, pripravljeni na k ljudem usmerjeno sodelovanje, ki bodo znali uveljaviti timsko delo in zagotoviti pravo mero avtonomije.

Glavne medicinske sestre morajo v določenem trenutku, ko pristopajo k organizacijskim spremembam, temeljito premisliti o sami sebi. Delovanje glavnih medicinskih sester v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih je odvisno od njihove motiviranosti. S svojim delovanjem želijo najprej zadovoljiti svoje potrebe in šele nato premagovati ovire in izvesti določene aktivnosti za spremembe. Rezultati raziskave so pokazali, da je za glavne medicinske sestre v vseh zavodih najpomembnejši motivator uporaba lastnega znanja in nato zanimivo in raznovrstno delo. Plača kot motivacijski faktor je v bolnišnicah in zdravstvenih domovih na devetem mestu od desetih, v socialnovarstvenih zavodih na sedmem mestu. Za vse glavne medicinske sestre je najmanj pomemben motivacijski faktor čas za osebno življenje. Rezultati glede motivacijskih faktorjev so sorazmerno skladni z ugotovitvami Jana (2002), da so najpogostejši motivacijski faktorji zanimivo delo, primerno delovno okolje, možnost strokovnega usposabljanja, možnost napredovanja, odnosi s sodelavci, plača, priznanje za uspešnost pri delu. Prav tako so rezultati potrdili Druckerjevo (2001) mnenje, da denar ni zadostna spodbuda za delovno uspešnost. Motiviranje zaposlenih ter sproščanje ustvarjalnosti stopajo v ospredje menedžerskih funkcij (Musič, 2007).

Čim globlje razmišljanje o sami sebi glavni medicinski sestri omogoča večjo ustvarjalnost v smislu graditve in oblikovanja njene osebnosti. Tu so še zlasti pomembne osebne in profesionalna samopodoba ter predvsem osebne vrednote, na katerih se oblikujejo tudi profesionalne. Stroka zdravstvene nege temelji tudi na etičnih načelih, ki jih določa etični kodeks. Razkoraka med osebnimi in profesionalnimi vrednotami naj ne bi bilo, čeprav je to včasih težko doseči.

Glavne medicinske sestre morajo, da bodo uspešne pri organizacijskem spreminjanju, na osnovi lastne refleksije spoznati nove vrednote, nove motive, nove cilje, ki jih želijo doseči na višjem nivoju, kot so bile njihove vrednote, motivi in cilji v začetni fazi, ko so pristopile k spreminjanju. Menedžment je mentalna

(miselna) dejavnost ljudi v organizacijskem sistemu, zato mora menedžer imeti vizijo in sposobnost razmišljanja. Ljudje v vsakem zavodu predstavljajo največji kapital, ki ga je potrebno krečiti, zato je še kako pomembno vodenje oziroma menedžeriranje ljudi kot socialnega sistema.

Menedžerji in vodje, kot oblikovalci in upravljavci organizacijske kulture v zdravstveni negi, morajo 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 odgovornost za razvoj na dokazih podprte stroke, kakršne so tudi druge stroke, s katerimi se medicinske sestre srečujejo v ožjem in širšem zdravstvenem timu.

Zaključek

Ko govorimo o uspešnosti zdravstvene nege kot organizacijskega sistema, govorimo o njeni kakovosti, ki je ni možno doseči brez stalnega organizacijskega spreminjanja ter osrediščenja na ustvarjalne zmogljivosti glavnih medicinskih sester. V prihodnje bo potrebno povečati pomen posameznika in njegove vrednosti ob istočasnem zmanjšanju pomena organizacije kot strukture. Prihodnost pripada posamezniku, saj le prilagodljiv posameznik lahko odkriva in ustvarja nove priložnosti. Tudi vloga glavnih medicinskih sester se bo v prihodnje okrepila, saj so zdravstvena nega in njeni izvajalci nepogrešljivi pri doseganju ciljev organizacije in zagotavljanju uspešnosti delovanja.

Glavne medicinske sestre nastopajo kot posameznice v vlogi izvajalca in opazovalca ter uresničujejo lastno identiteto s sproščanjem svoje ustvarjalne miselne zmogljivosti kot odziva na impulze iz okolja ter nadgrajujejo sebi lasten proces spoznavanja.

Literatura

1. Bukovec B. Management človeških virov in obvladovanje sprememb. Organizacija. 2006;39(2):117–23.
2. Burke WW. Organization change: theory and practice. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
3. Cork A. A model for successful change management. Nurs Stand. 2005;19(25):40–2.
4. Česen M. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje; 2003.
5. Drucker PF. Managerski izzivi v 21. stoletju. Ljubljana: GV Založba; 2001.
6. Filej B. Slovenska zdravstvena nega – quo vadis. Obzor Zdr N. 2001;35(3-4):65–8.
7. Filej B. Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege. Primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2007.
8. Filej B, Skela Savič B, Vičič V, Hudorovič N. Necessary organizational changes according to Burke-Litwin model in the head nur-

- ses system of management in healthcare and social welfare institutions – The Slovenia experience. Health Policy. 2008; doi:10.1016/j.healthpol.2008.09.013. in press.
9. Florjančič J, Novak V. Z motivacijo kadrov do boljše kakovosti v podjetju. In: Vukovič G, ed. Zbornik konference z mednarodno udeležbo – Management in Evropska unija. Portorož, 27.–29. marec 2002. Kranj: Moderna organizacija; 2002: 3–10.
 10. Hočevar F. Management zdravstvenih storitev in zavodov danes in v prihodnje. Bilten. 2007;23(1):1.
 11. Jan I. Motivacija zaposlenih v upravnih enotah. Organizacija. 2002;35:114–23.
 12. Kamenšek P. Sodobni pristopi v organiziranosti zdravstvene nege: procesna organizacija. Obzor Zdr N. 2004;38(1):61–6.
 13. Mahoney J. Leadership skills for the 21st century. J Nurs Manag. 2001;9(5):269–71.
 14. Marriner-Tomey A. Guide to nursing management and leadership. St. Louis-Toronto: Mosby; 2000.
 15. Možina S, Rozman R, Tavčar M, Pučko D, Ivanko Š, Lipičnik B et al. Management: nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta; 2002: 740.
 16. Musič D. Timsko delo v zdravstvu. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna, Ljubljana, 10.–11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 593–601.
 17. Ovsenik J. Kaj je v organizacijskih vedah organizacija: struktura, proces in/ali princip (sila)? In: Florjančič J, Jesenko J, Drakulič M, Pape B, Kaluža J, Kljajič T et al., eds. Zbornik 23. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved – Management, znanje in EU, Portorož, 24.–26. marec 2004. Kranj: Moderna organizacija; 2004: 600–10.
 18. Ovsenik J. O konceptu samo-organizacije v organizacijskih vedah. In: Kaluža J, Kljajič M, Leskovar R, Rajkovič V, Paape B, Šikula M, eds. Zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti – Sinergija metodologij, Portorož, 16.–18. marec 2005. Kranj: Moderna organizacija; 2005: 982–92.
 19. Ovsenik J. Nova obzorja človeka in organizacijskih ved v kontekstu nove znanosti. In: Rajkovič V, Doucek P, Kern T, Kljajič M, van Knop J, Leskovar R et al., eds. Zbornik predavanj 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti – Management sprememb, Portorož, 15.–17. marec 2006. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2006: 1547–56.
 20. Ovsenik M, Ambrož A. Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem; 2000.
 21. Požun P. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. Obzor Zdr N. 2003;37(1):5–11.
 22. Skela Savič B. Zdravstvena nega in uspešno vodenje v slovenskih bolnišnicah. In: Kersnič P, Filej B, eds. Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 1.–3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica – Zveza; 2003: 215–28.
 23. Skela Savič B, Pagon M, Lobnikar M. Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah. In: Rajkovič V, Doucek P, Kern T, Kljajič M, van Knop J, Leskovar R et al., eds. Zbornik predavanj 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti – Management sprememb, Portorož, 15.–17. marec 2006. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2006: 1145–53.
 24. Skela Savič B. Spremembe na področju vodenja v zdravstvu niso več vprašanje, temveč dejstvo. In: Kučič BM, Klemenc D, Požun P, Vidnar N, eds. Zbornik Sekcije medicinskih sester v managementu, Podčetrtek, 5.–6. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 43–50.
 25. Viens C, Lavoie-Tremblay M, Leclerc MM, Brabant LH. New approaches of organizing care and work. Giving way to participation, mobilization, and innovation. Health Care Manag. 2005;24: 150–8.