

ORGANIZACIJSKA KULTURA IN UVAJANJE SPREMEMB V SLOVENSkih BOLNIŠNICAH: SUBKULTURE IN MESTO ZDRAVSTVENE NEGE?

ORGANIZATIONAL CULTURE AND INTRODUCTION OF CHANGES IN SLOVENIAN
HOSPITALS

Brigita Skela Savič

KLJUČNE BESEDE: organizacijska kultura; bolnišnice; spremembe; poklicne skupine; zdravstvena nega

KEY WORDS: organizational culture; hospitals; changes; professional groups; nursing care

Izvleček – V primerjavi z drugimi področji dela je organizacijska kultura v zdravstvu šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha, saj so raziskave v razvitem svetu pokazale, da reforme zdravstva, ki so usmerjene samo na strukturne spremembe, ne prinašajo pričakovanih izboljšav kakovosti dela v zdravstvenih organizacijah, če jim niso dodani še elementi spreminjanja kulture organizacije.

Članek prikazuje rezultate raziskave na vzorcu 759 zaposlenih v zdravstveni negi, medicini in upravi v štirinajstih slovenskih bolnišnicah. Za preučevanje organizacijske kulture je bil uporabljen vprašalnik po Cameronu in Quinnu.

Raziskava pokaže, da je vodilna organizacijska kultura hierarhija. Rezultat govori o nerazvojni usmerjenosti slovenskih bolnišnic, ki se kaže predvsem kot kontrola in stabilnost procesov dela ter nizka stopnja timskega povezovanja in inovativnost. Pregled rezultatov raziskav organizacijske kulture v razvitem svetu kaže na primerljivost rezultatov naše raziskave pri zaposlenih v medicini, to je usmerjenost v kontrolo in stabilnost, pri zaposlenih v zdravstveni negi pa opažamo, da so pomembno manj usmerjeni v fleksibilnost, timsko delo in inovativnost, kot medicinske sestre v razvitem svetu.

Ugotavljamo, da trenutna organizacijska kultura ne podpira procesov uvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah.

Abstract – In comparison with other work areas, organizational culture in health care has yet recently become dealt with as an important factor of efficiency as the research in the developed countries showed that health reforms aimed only at structural changes do not bring the expected improvement of the quality of work in health organizations when they are not accompanied by elements of changes in the organizational culture.

The article shows the results of the research on a sample of 759 employees in nursing care, medical and management structures in 14 Slovenian hospitals. In order to study the organizational culture, the questionnaire after Cameron and Quinn was used.

The research reveals that the prevailing organizational culture is hierarchical, followed by market culture, group culture and culture based on adhocracy. The results reveal that organizational culture in Slovenian hospitals is not development oriented which is marked in the first place as control and stability of the processes and low level of team work and innovations. The survey of organizational culture in developed countries shows comparable results in medical staff, i.e. orientation towards control and stability while the staff of nursing care in our research shows less orientation towards flexibility, team work and innovations, in comparison with the nurses working in developed countries.

In conclusion, the research revealed that the organizational culture today does not entice processes of change introduction in Slovenian hospitals.

Uvod

Postavljanje ljudi in odnosov med njimi v osrčje organizacijske uspešnosti zahteva temeljne spremembe v menedžerski filozofiji in razmišljanju ter je ključni dejavnik na poti doseganja uspešnosti in učinkovitosti organizacije. Številni avtorji se strinjajo, da je

najpopolnejša definicija organizacijske kulture definicija po Scheinu (1992), ki pravi: organizacijska kultura je vzorec osnovnih domnev, ki jih je določena skupina iznašla, odkrila in razvila, v procesu učenja in reševanja problemov pri eksterni adaptaciji in interni integraciji. Če se vzorec osnovnih domnev izka-

Viš. pred. mag. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana

Fakulteta za management, Univerza na Primorskem, Cankarjeva 5, Koper
Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Cesta železarjev 6, 4270 Jesenice
bskelasavic@onko-i.si

že kot dobro delujoč, lahko postane veljaven in ga skupina uporablja za učenje novih članov organizacije, kot edini pravilen način dojemanja, razmišljanja in občutenja v zvezi s problemi. Teorija organizacijske kulture je kombinacija organizacijske psihologije, socialne psihologije in socialne antropologije. Termin organizacijska kultura se je prvič uporabil na akademski ravni v članku revije *Administrative Science Quarterly* avtorja Pettigrewa, leta 1979 (cit. po Scott in sod., 2003). Odgovornost za stanje organizacijske kulture nosijo vodje. Schein (1987) navaja primarne in sekundarne mehanizme vcepljanja kulture s strani vodij. Primarni mehanizmi vcepljanja kulture so stvari, ki jim vodje posvečajo pozornost, jih merijo in nadzorujejo:

- reakcije vodje na kritične incidente in organizacijske krize;
- zavestno dajanje vzgledov, poučevanje in izobraževanje;
- kriteriji za podeljevanje nagrad in statusov, selekcijo, promocijo, upokojitvev, izključitev.

Sekundarni mehanizmi okrepitve kulture so: organizacijski načrt in struktura, organizacijski sistemi in procedure, načrt fizičnih prostorov, zgodbe, legende, miti o ljudeh, dogodkih. Sekundarni mehanizmi delujejo le, če so skladni s primarnimi mehanizmi.

Organizacijska kultura v zdravstvu

V primerjavi z drugimi področji dela je organizacijska kultura v zdravstvu šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha (Shortell in sod., 2001), saj so raziskave zadnjih let pokazale, da reforme zdravstva, ki so usmerjene samo na strukturne spremembe, ne prinašajo pričakovanih izboljšav v kakovosti dela v zdravstvenih organizacijah (Scott in sod., 2003; Cassels, 1995; Gilson in Mills, 1996; Mills in sod. 2001), če jim niso dodani še elementi spreminjanja kulture organizacije. Raziskave kažejo še več, saj opozorijo na pomembnost ugotavljanja subkultur v zdravstvenih organizacijah zaradi močno izražene profesionalne kulture (Degeling in sod., 1998; cit. po Scoot, 2003).

Prav tako so raziskave zdravstvenega menedžmenta pokazale, da so poleg organizacijske kulture za uspešnost zdravstvenih organizacij pomembni še dejavniki, kot so vodenje, timski pristop in informacijska tehnologija. Vse pobude, v okviru katerih so to prezrli, niso bile uspešne pri uvajanju sprememb (Ferlie, Shortell, 2001). Zato je organizacijsko kulturo v zdravstvu potrebno poznati in upravljati, saj ima pomemben vpliv na uspešnost zdravstvene organizacije (Degeling in sod., 2003).

Obstaja povezava med organizacijsko kulturo in uvajanjem sprememb. Organizacijska kultura je temeljni neotipljivi element v zdravstvenih organizacijah,

kjer je planiranje sprememb zahtevno. Razvoj organizacijske kulture, v kateri kakovost postane vrednota, je ključnega pomena za uvajanje sprememb. Kultura je vpeta v vse štiri ravni. Na ravni zdravstvenega zavoda se je potrebno zavedati, da gre za multikulturno področje, kjer so različne profesionalne skupine, oddelki, enote in timi. Ključna kulturna delitev je na ravni klinične kulture in kulture menedžmenta. Klinična kultura sloni na globokih socializacijskih izkušnjah v študijih zdravstvene smeri, kjer znanje v osnovi temelji na bioloških znanostih, več ali manj na vzročnih povezavah in iskanju učinkov, z malo časa za ukrepanje, veliko odgovornostjo za posameznega pacienta in potrebo po profesionalni preudarnosti in odločanju, kako najbolje zdraviti bolnika. V nasprotju s tem menedžerska kultura temelji v osnovi na socioloških in vedenjskih znanosti in ni tako usmerjena v iskanje vzrokov in učinkov, dopušča več časa za razmišljanje in planiranje, usmerjanje v skupine in populacijo. Te razlike v kulturi pogosto ustavljajo menedžerje v njihovih naporih za standardizacijo dela, ustvarjanju pravil in dogovorov za doseganje organizacijskih ciljev. Managerji vidijo zdravnike in druge zdravstvene delavce kot tiste, ki dosega cilje organizacije skozi obravnavo bolnikov, medtem ko predvsem zdravniki vidijo organizacijo kot orodje za doseganje njihovih lastnih ciljev in lastno profesionalno kariero (Ferlie, Shortell, 2001). Tako se v zdravstvenih organizacijah postavlja vprašanje doseganja skupnih ciljev oziroma sploh njihovo prepoznavanje.

Ena izmed ovir za doseganje skupnih ciljev 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; ne usmerja se v večje in pomembne cilje celotne organizacije (Shortell in sod., 2001). Takšna diferenciacija ustvarja na skupine pritisk, ki promovira solidarnost znotraj skupine in nezaupanje do drugih skupin v organizaciji (Shortell, Kaluzny, 2000). Raziskava avtorjev Degeling in sod. (2003) je pokazala, da imajo zdravniki, medicinske sestre in menedžerji različne, na stroki utemeljene koncepte kliničnega dela. Raziskava pokaže, da so menedžerji v zdravstveni negi poklicna skupina, ki najbolj podpira modernizacijo zdravstvenega sistema. Stein, 1990 cit. po Appelbaum, 1992) pravi, da so zdravniki v času študija strogo usmerjeni v tehnično zdravljenje bolezni in jih ne zanima humanistični vidik zdravstvene obravnave, kot so zagotoviti zdravstveno izobraženost, preprečevanje bolezni, pomoč bolnikom in svojem pri soočanju z boleznijo. To so tri področja, ki so domena zdravstvene nege. Zaradi različnih pogledov na celovito obravnavo bolnika in zaradi hierarhičnega delovanja zdravnikov v zdravstvenem timu nastajajo v okolju zdravnikov in medicinskih sester močne subkulture.

Shortell in sod. (1998) menijo, da se morajo zdravniki zavedati, da ne morejo biti edini, ki prevzemajo odgovornost za pacienta. Potrebno je, da delajo v timu, sodelujejo z vsemi poklicnimi skupinami in z bolniki. Degeling s sod. (2003) opisuje odnos med zdravstveno nego in medicino, kjer ugotavlja, da je odnos medicine do zdravstvene nege že vso zgodovino pokroviteljski (Davies, 1995; Witz, 1992; Witz, 1990) in je najpogosteje opisana kot praktičen, ženski poklic, moralen in pomožen poklic, v primerjavi z medicino, ki je znanstvena, moška, nadrejena itn. Ti elementi, ki so zgodovinsko pogojeni, vodijo v zdravstvenih organizacijah v centralizacijo in hierarhijo, kjer si je medicina podredila zdravstveno nego in v celoti prevzela diagnostično in zdravitelno vlogo, zdravstveno nego pa dojema kot služnostno vlogo medicini. Običajni pogled na zdravstveno nego tako upodablja medicinsko sestro kot disciplinirano, nesebično pomočnico, ki je usmerjena kot podpora medicini s svojim strokovnim znanjem (Degeling in sod., 2000). Pahorjeva (1998) pravi, da so zdravniki z razvojem stroke pridobili tri oblike moči: nad svojim delom, nad drugimi zdravstvenimi delavci in upravljavsko moč prek direktorskih mest in mest v državni upravi. Rezultat je nezadovoljstvo drugih zdravstvenih delavcev, ki imajo prav tako univerzitetno izobrazbo in obsežna znanja, le na drugem področju, kar je za celovito obravnavo bolnika v zdravstvenem sistemu in za delovanje celotnega sistema ravno tako pomembno in potrebno. Nadaljne razlike se kažejo v naslavljanju, statusu, legitimnosti in nagrajevanju. Zdravnike se v večini naziva z doktor, kar jim da moč in legitimnost v celi organizaciji (Davidson, 2000).

V prispevku prikazujemo del rezultatov raziskave slovenskega zdravstvenega menedžmenta Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu, izvedene v letu 2005 na vzorcu 759 anketirancev v štirinajstih slovenskih bolnišnicah. V prispevku so opisani skupni rezultati organizacijske kulture in rezultati za poklicne skupine, ki jim sledi podrobnejša analiza organizacijske kulture v zdravstveni negi.

Raziskovalna vprašanja

Postavili smo hipoteze:

- V slovenskih bolnišnicah je po mnenju anketiranih od vseh vrst organizacijske kulture najpogostejša kultura hierarhije.
- Med poklicnim položajem anketiranih in oceno organizacijske kulture obstaja pomembna pozitivna povezanost. Zaposleni v medicini in upravi so v primerjavi z zaposlenimi v zdravstveni negi v večji meri ocenili, da v organizaciji obstaja kultura hierarhije.
- Med poklicnimi skupinami obstajajo pomembne razlike v doseganju fleksibilnosti organizacijske

kulture. Zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo večjo fleksibilnost kulture kot zaposleni v upravi in medicini.

- Med slovenskimi bolnišnicami obstajajo pomembne razlike v moči vodilne kulture – hierarhija.
- Med stopnjo izobrazbe anketiranih in oceno prisotnosti posameznih vrst organizacijske kulture obstaja pomembna pozitivna povezanost. Anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe v večji meri ocenjujejo prisotnost kulture timskega dela in inovativnosti v delovnem okolju kot anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe.

Metode

Opis vzorca

1772 vprašalnikov smo razdelili med tri poklicne skupine (medicina, zdravstvena nega, uprava). Odzivnost anketirancev je znašala 42,83 %, vrnjenih smo dobili 759 vprašalnikov, od tega v medicini 106, v zdravstveni negi 558 in v upravi 70. 25 (3,3 %) anketirancev ni izpolnilo rubrike poklicna skupina. Vrnjeni vprašalniki predstavljajo skupno 8,78-odstotni vzorec glede na število vseh zaposlenih poklicnih skupin v štirinajstih anketiranih bolnišnicah. Povprečna starost anketirancev je bila 39,31 let (min. = 20, max. = 64, SD = 9,271). Povprečno število let zaposlitve vodij v bolnišnici je 21,93 let (min = 2, max = 38, SD = 8,880). Večina anketiranih so bile ženske (86 %), kar je skladno z zastopanostjo spolov v raziskanih poklicnih skupinah. Na vprašanje o stopnji izobrazbe je odgovorilo 752 anketirancev, in sicer je 41,6 % (313) anketirancev imelo srednješolsko izobrazbo, 13,4 % (101) višješolsko, 28,1 % (211) visokostrokovno, 13,6 % (102) univerzitetno, 1,7 % (13) magisterij in 1,6 % (12) doktorat. Zaposleni v medicini imajo vsi najmanj univerzitetno izobrazbo, v zdravstveni negi ima 50,4 % (281) anketirancev srednješolsko izobrazbo, 13,6 % (76) višješolsko, 34,6 % (193) visokostrokovno izobrazbo in 1,4 % (8) univerzitetno izobrazbo. V upravnih dejavnostih ima 39,1 % (27) zaposlenih srednješolsko izobrazbo, 20,3 % (14) višješolsko, 17,4 % (12) visokostrokovno izobrazbo in 21,7 % (15) univerzitetno izobrazbo in 1,4 % (1) doktorat.

Instrumentarij

Izvedena je bila terenska študija z neeksperimentalnim dizajnom, z akcijskim raziskovalnim pristopom ter deskriptivno metodo dela. Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika, sestavljenega iz več vsebinskih sklopov. Anketiranci so za preučevanje organizacijske kulture odgovarjali na 24 trditev, ki so bile razdeljene v šest samostojnih sklopov. V vsakem sklopu so bila štiri vprašanja, med katera so anketiranci lahko razdelili

skupno 100 točk, ki predstavljajo deleže strinjanja s posamezno trditvijo. Na začetku vprašalnika so bili demografski podatki: starost, spol, število let zaposlitve v bolnišnici, stopnja najvišje dosežene izobrazbe in področje dela anketiranca.

Za preučevanje organizacijske kulture smo uporabili vprašalnik po Cameronu in Quinnu (1999), ki smo ga terminološko prilagodili za zdravstvo. Vprašalnik temelji na skupnih vrednotah, predpostavkah, interpretacijah in pristopih, ki opisujejo značilnosti organizacije ter dveh dimenzijah usmerjenosti organizacije: prva dimenzija je interna ali eksterna usmerjenosti organizacije, druga je prizadevanje organizacije za fleksibilnost in individualnost ali stabilnost in kontrolo. Model temelji na šestih kulturnih dimenzijah organizacije in štirih dominantnih tipih kulture. To so:

- Skupina: organizacija je interno usmerjena, fleksibilna, skrbi za ljudi in ima občutek za stranke.
- Hierarhija: organizacija je interno usmerjena, izražena je potreba po stabilnosti in kontroli.
- Adhokracija: organizacija je eksterno usmerjena, odraža jo visoka stopnja fleksibilnosti in individualnosti.
- Trg: organizacija vzdržuje eksterno usmerjenost, izražena je potreba po stabilnosti in kontroli.

Avtorja vprašalnika na osnovi opravljenih raziskav navajata, da se pomembne razlike med posameznimi vrstami organizacijske kulture in posameznimi dimenzijami kažejo, kadar gre za razlike med njimi za več kot 10 točk.

Vprašalnik se je v svojih fazah izboljševanja in dopolnjevanja izkazal kot primeren tudi za ugotavljanje organizacijske kulture v zdravstvu (Jones, Redman, 2000; Moll, Wlach, 2003; Marshall in sod., 2003; Scott-Cawiezell in sod., 2005; Mallak in sod., 2003; Shortell in sod., 2001). Rezultati notranje konsistentnosti za bolnišnično okolje prirejenega vprašalnika so bili: koeficient alfa za skupino je znašal 0,822, za

adhokracijo 0,717, za trg 0,839 in za hierarhijo 0,829, kar kaže na konsistentnost v prilagajanju vprašalnika na zdravstveno dejavnost.

Postopek

Dogovori o poteku raziskavi so v prvi fazi potekali z direktorji bolnišnic, pri neposredni izvedbi raziskave so direktorji v posameznih bolnišnicah določili koordinatorje raziskave, ki so bili po funkciji na prvi ali drugi ravni vodenja in so bili v okviru svojih del in nalog odgovorni za uvajanje kakovosti v bolnišnici ali pa so bili odgovorni za vodenje področja zdravstvene nege v bolnišnici. Koordinatorji raziskave v posameznih bolnišnicah so naključno razdelili vprašalnike po vnaprej izračunanem vzorcu zaposlenim v medicini, zdravstveni negi in upravi. Raziskava je potekala od junija do decembra 2005.

Statistična obdelava podatkov

Podatki so bili obdelani z računalniškim programom SPSS. Poleg osnovne deskriptivne analize smo za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med preučevanimi spremenljivkami uporabljali statistične metode t testi in enosmerno ANOVO. Medsebojne povezave med spremenljivkami smo ugotavljali s korelacijsko analizo.

Rezultati

Rezultati organizacijske kulture pokažejo (Tab. 1), da je po mnenju zaposlenih danes največ kulture z značilnostmi hierarhije 29,81, sledi kultura trga 25,69, kultura skupine 23,85 in kot zadnja kultura adhokracije 20,54. Z analizo variance smo ugotovili, da obstajajo statistično pomembne razlike med tipi organizacijske kulture ($p < 0,001$) in statistično pomembne razlike med kulturami glede na čas opazovanja ($p < 0,001$).

Tab. 1. Rezultati organizacijske kulture glede na opazovano obdobje in rezultati po poklicnih skupinah.

Organizacijska kultura	Skupno		Medicina		Zdravstvena nega		Uprava		Razlike med poklici	
	PV	SD	PV	SD	PV	SD	PV	SD	F	p
Skupina – danes	23,85	11,11	21,47	12,86	24,69	10,73	19,57	10,26	8,531	0,000
Želja za prihodnost	36,85	12,04	35,71	11,11	37,26	11,95	34,48	13,08	2,016	0,134
Adhokracija – danes	20,54	6,10	18,07	7,92	21,12	6,55	19,73	7,72	8,443	0,000
Želja za prihodnost	22,31	7,51	22,08	10,43	22,33	7,14	21,76	7,10	0,261	0,770
Tržišče – danes	25,69	11,82	27,42	16,41	25,19	10,93	28,02	10,32	2,719	0,067
Želja za prihodnost	14,90	8,04	15,29	7,87	14,51	8,03	17,64	8,21	4,568	0,011
Hierarhija – danes	29,81	12,59	33,02	17,90	28,84	11,02	32,72	13,84	6,449	0,002
Želja za prihodnost	25,90	10,88	26,41	12,49	25,83	10,31	26,33	13,22	0,155	0,857

PV = povprečno število doseženih točk (od 1 do 100); SD = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Potrdili smo hipotezo:

- V slovenskih bolnišnicah je po mnenju anketiranih od vseh vrst organizacijske kulture najpogostejša kultura hierarhije.

Med poklicnimi skupinami so statistično pomembne razlike glede na tip kulture danes ($p < 0,001$) in sicer pri kulturi skupina ($F = 8,531$, $p = 0,000$), adhokracija ($F = 8,443$, $p = 0,000$), hierarhija ($F = 6,449$, $p = 0,002$), medtem ko pri kulturi trga ni statistično pomembnih razlik ($F = 2,719$, $p = 0,067$). Pri kulturi hierarhije danes, ki je najpogosteje prisotna v slovenskih bolnišnicah, primerjava med poklicnimi skupinami pokaže, da je hierarhije največ pri poklicni skupini medicina ($PV = 33,02$), sledi uprava ($PV = 32,72$) in zdravstvena nega ($PV = 28,84$), vendar je pri vseh treh poklicnih skupinah to najpogosteje prisotna kultura, ki si je anketiranci v prihodnosti želijo manj, zlasti je to opazno pri zdravnikih ($PV = 26,41$) in zaposlenih v upravi ($PV = 26,33$) glede na stanje danes.

Potrdili smo hipotezo:

- Med poklicnim položajem anketiranih in oceno organizacijske kulture obstaja pomembna pozitivna povezanost. Zaposleni v medicini in upravi so v primerjavi z zaposlenimi v zdravstveni negi v večji meri ocenili, da v organizaciji obstaja kultura hierarhije.

Kulture trga, ki je druga najpogosteje prisotna v slovenskih bolnišnicah, je danes največ v upravi ($PV = 28,02$), sledi medicina ($PV = 27,42$) in zdravstvena nega ($PV = 25,19$). Ugotavljamo statistično pomembne razlike znotraj kulture trg za prihodnost ($F = 4,568$, $p = 0,011$), vsi si te kulture želijo pomembno manj kot danes, razlika med upravo ($PV = 17,64$) in zdravstveno nego ($PV = 15,29$) ($p = 0,013$) je statistično pomembna, med medicino ($PV = 15,29$) in zdravstveno nego pa ne. Za prihodnost vse tri poklicne skupine izražajo željo po statistično pomembno manjši stopnji kulture trga za več kot 10 točk (14,95 točke), kar po Camerону in Quinnu pomeni pomembno odstopanje (1999). Pri kulturi skupine, ki se pojavlja kot tretja najpogosteje uporabljena, ugotavljamo, da je te kulture danes največ v zdravstveni negi ($PV = 24,69$), sledi medicina ($PV = 21,47$) ($p = 0,024$) in uprava ($PV = 19,57$) ($F = 8,531$, $p = 0,001$). Za prihodnost vse tri poklicne skupine v enaki meri izražajo željo po pomembno višji stopnji kulture skupina ($PV = 36,79$) ($F = 2,016$, $p = 0,134$) za več kot 13 točk. Kultura adhokracije je v slovenskih bolnišnicah najmanj prisotna, največ je te kulture v zdravstveni negi ($PV = 22,12$), sledi uprava ($PV = 19,73$) in medicina ($PV = 18,07$). Ugotavljamo razlike znotraj poklicnih skupin pri adhokraciji danes ($F = 8,443$, $p = 0,000$), pri želji za prihodnost ni razlik med skupinami ($F = 0,261$, $p = 0,770$) in si je tudi ne želijo bistveno več, kot je prisotna danes.

Izračunali smo tudi stanje izhodiščne usmerjenosti kulture, to sta kultura fleksibilnosti in kultura kontrole (Tab. 2). Ugotavljamo razlike pri usmerjenosti kulture po poklicnih skupinah, saj je v medicini in upravi statistično pomembno več usmerjenosti v kontrolo, kot fleksibilnosti (za več kot 10 točk).

Tab. 2. Razmerje v usmerjenosti organizacijske kulture po poklicnih skupinah.

	Usmerjenost v kontrolo	Usmerjenost v fleksibilnosti	Razlika v kontroli
Medicina			
Danes	60,44	39,54	+ 20,90
Želja ta prihodnost	41,70	57,79	-16,09
Zdravstvena nega			
Danes	54,03	45,81	+ 8,22
Želja ta prihodnost	41,12	59,59	-18,47
Uprava			
Danes	60,74	39,30	+ 21,44
Želja ta prihodnost	43,97	57,17	-13,20

Potrdili smo hipotezo:

- Med poklicnimi skupinami obstajajo pomembne razlike v doseganju fleksibilnosti organizacijske kulture. Zaposleni v zdravstveni negi ocenjujejo večjo fleksibilnost kulture kot zaposleni v upravi in medicini.

Ugotavljamo, da obstajajo statistično pomembne razlike med bolnišnicami v tipu kulture v obeh opazovanih obdobjih. Pri kulturi danes ugotavljamo statistično pomembne razlike med bolnišnicami pri kulturi hierarhija ($F = 4,170$, $p = 0,000$) in kulturi adhokracija ($F = 2,633$, $p = 0,001$). Razlika med najmanjšo prisotnostjo hierarhije danes ($PV = 23,94$) in največjo ($PV = 39,11$) znaša 15, 7 točk, kar kaže na veliko razliko med bolnišnicami.

Potrdili smo hipotezo:

- Med slovenskimi bolnišnicami obstajajo pomembne razlike v moči vodilne kulture hierarhija.

Pri primerjavi mnenja zaposlenih in vodij glede na tip kulture in čas opazovanja ne opažamo statistično pomembnih razlik, kar pomeni, da se mnenje med vodji in zaposlenimi statistično pomembno ne razlikuje glede na opazovane dimenzije.

Starost anketirancev in število let zaposlitve nimata pomembnega vpliva na tip organizacijske kulture, medtem ko ima stopnja dosežene izobrazbe statistično pomemben vpliv na kulturo adhokracije ($F = 6,771$, $p = 0,000$) in kulturo hierarhije ($F = 3,779$, $p = 0,002$).

S korelacijsko analizo (Tab. 3) ugotavljamo, da višja ko je stopnja dosežene izobrazbe pri anketiranih, bolj ti ocenjujejo prisotnost kulture hierarhije ($r = 0,106$, $p = 0,006$) in manj kulture adhokracije ($r =$

-0,158, $p = 0,000$) v svojem delovnem okolju. Izvedli smo tudi korelacijsko analizo znotraj posameznih poklicnih skupin, kjer pri zdravstveni negi ugotavljamo, da višja ko je stopnja izobrazbe, manj ti organizacijsko kulturo v svojem delovnem okolju ocenjujejo kot inovativno, kar ni spodbuden rezultat ($r = -0,089$, $p = 0,05$). Pri upravi in medicini te korelacije ni.

Tab. 3. Korelacijska analiza za neodvisno spremenljivko organizacijska kultura.

Kultura	Starost	Število let zaposlitve	Stopnja izobrazbe
Skupina	-,008	,016	-,069
Adhokracija	-,027	-,039	-,158(**)
Trg	-,023	-,060	,053
Hierarhija	,039	,058	,106(**)

** $p = 0,01$; * $p = 0,05$

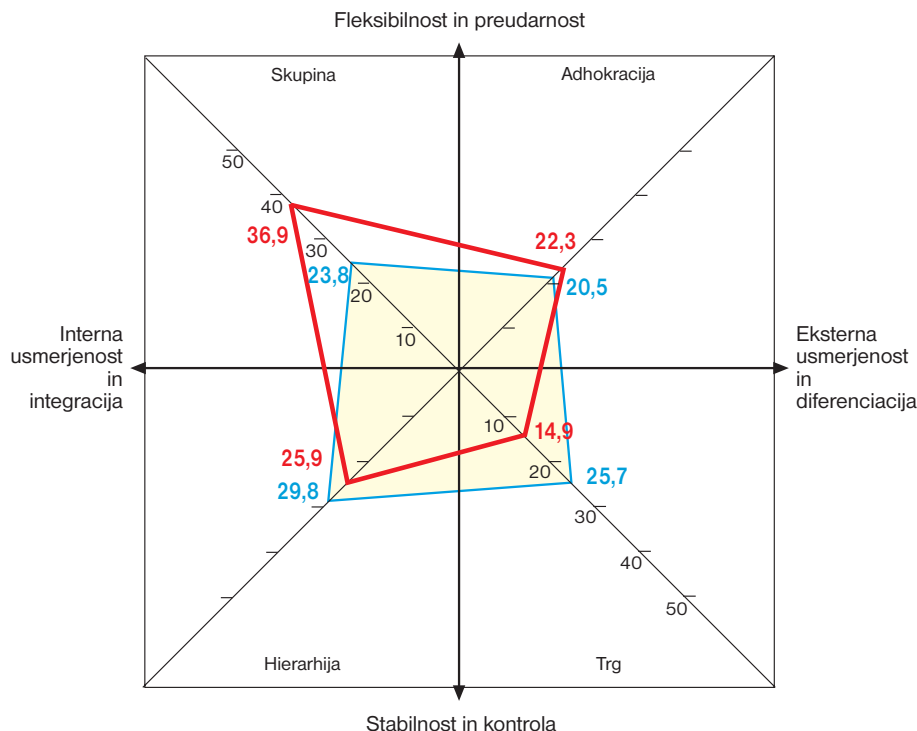
Zavrnilo smo hipotezo:

- Med stopnjo izobrazbe anketiranih in oceno prisotnosti posameznih vrst organizacijske kulture obstaja pomembna pozitivna povezanost. Anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe v večji meri ocenjujejo prisotnost kulture timskega dela in inovativnosti v delovnem okolju, kot anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe.

S t testom smo ugotavljali razlike med spoloma in ugotovimo, da obstajajo statistično pomembne razlike med spoloma pri kulturi adhokracija (PVmoški = 22,24, PVženske = 24,04) ($t = -2,855$, $p = 0,005$) in kulturi trga (PVmoški = 28,40, PVženske = 25,33) ($t = 2,050$, $p = 0,043$).

Razprava

Raziskava pokaže, da so med ugotovljenimi kulturami statistično pomembne razlike in da je v slovenskih bolnišnicah v ospredju kultura usmerjenosti vase, stabilnosti, stalnosti, zanesljivosti, učinkovitosti, kontrole in nizkih stroškov, kar po navajanjih Cameronna in Quinna (1999) ni spodbudno za uvajanje sprememb. Vodenje je usmerjeno v koordinacijo in organiziranje, v ospredju so formalna pravila in red. Na drugem mestu je kultura trga, ki je sicer usmerjena navzven, vendar še vedno izhaja iz kontrole, učinkovitosti in produktivnosti. Označuje jo nesproščenost in centralno odločanje, tekmovalnost in doseganje rezultatov. Jones in Redman (2000) sta v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah ugotovila, da v bolnišnicah, kjer imajo dominantno kulturo hierarhije in marketa, je ta pozitivno povezana z nezaupanjem, konflikti, odporom do sprememb in reaktivno strateško orientiranostjo. Jones in sod. (2005) povzemajo raziskave na področju uvajanja sprememb in ugotavljajo, da



Sl. 1. Prikaz organizacijske kulture danes in želje za prihodnost.

Modra črta – stanje kulture danes, rdeča črta – želja kulture za prihodnost

je uvajanje sprememb v organizaciji pozitivno povezano z odprtim odnosom do zaposlenih, spodbujanjem sodelovanja, odprto komunikacijo skozi usposabljanje in razvoj ter sodelovanjem pri odločanju, kar pa niso značilnosti dominantne organizacijske kulture ugotovljene v naši raziskavi. Jones in sod. (2005) zaključujejo, da je z uvajanjem sprememb pozitivno povezana organizacija, ki deluje kot odprt sistem, ki ga Cameron in Quinn (1999) opišeta kot timsko delo, povezovalje, inovativnost in razvoj in se odraža v dimenziji fleksibilnosti organizacijske kulture. Raziskava pokaže, da se usmerjenost v kontrolo v naši raziskavi pomembno razlikuje od usmerjenosti v fleksibilnosti, in sicer kar za 11,10 točk, kar pa

govori o pomembni usmerjenosti slovenskih bolnišnic v kontrolo in stabilnost (Cameron, Quinn, 1999). Mal-lak s sodelavci (2003) na osnovi preučevanja organizacijske kulture z enakim vprašalnikom, kot smo ga uporabili v naši raziskavi, ugotavlja, da močna kultura fleksibilnosti vodi k boljšemu doseganju rezultatov na področju izboljševanja kliničnih izidov kot šibka kultura fleksibilnosti. Trenutna organizacijska kultura v anketiranih slovenskih bolnišnicah je usmerjena v stabilnost in kontrolo, kar ne vodi v procese izboljševanja. Močna kultura po navajanjih raziskovalcev (Mal-lak in sod., 2003) daje jasne usmeritve (pozitivne ali negativne) na področju vodenja, spremljanja dela, vedenja v organizaciji, komuniciranja ipd. in ne nastane naključno, ampak je rezultat stalnega vedenja vodje nad vrednotami organizacije. Če želimo torej spremeniti organizacijsko kulturo v slovenskih bolnišnicah, moramo torej najprej začeti pri spreminjanju vodenja.

Po navajanjih Ferlie in Shortella (2001) obstaja v zdravstvu konflikt med klinično kulturo in kulturo managementa in konflikt znotraj klinične kulture. V naši raziskavi ugotavljamo, da so vse tri poklicne skupine danes dominantno usmerjene v kulturo hierarhije in v prihodnosti si želijo kulture skupine. Današnja usmerjenost organizacijske kulture v slovenskih bolnišnicah ni primerljiva z raziskavami na tem področju v razvitem svetu (Degeling in sod., 2003; Jones in sod., 2000, Jones in sod., 2005; Moll in sod., 2003; Scott-Cawiezell in sod., 2005; Degeling in sod., 2000). Ključne razlike so v naši raziskavi ugotovljeni hierarhični kulturi v zdravstveni negi, medtem ko so tuje raziskave pokazale, da je ta poklicna skupina v prvi vrsti usmerjena v fleksibilnost in timsko delo. V naši raziskavi sicer opazamo, da je kultura pri zaposlenih v zdravstveni negi kljub njeni vodilni hierarhični naravnosti bolj usmerjena v timsko povezovanje in inovativnost kot pri zaposlenih v medicini in upravi, kar nam pokaže usmerjenost v fleksibilnost kulture za poklicne skupine, ki pomembno odstopa od ostalih dveh poklicnih skupin. Rezultati za zaposlene v medicini so primerljivi s podobnimi raziskavami (Degeling in sod., 2003). Podobne rezultate za medicino v slovenskem prostoru je pokazala tudi raziskava Yazbeck (2004), medtem ko rezultati za medicinske sestre, dobljeni na manjšem vzorcu, kažejo njihovo večjo pripravljenost za spreminjanje kot rezultati naše raziskave. Raziskave Degeling in sod. (2003) so pokazale, da so menedžerji v zdravstveni negi poklicna skupina, ki najbolj podpira modernizacijo zdravstvenega sistema, kar pa naša raziskava ne pokaže, saj je osnovna usmeritev kulture v zdravstveni negi hierarhija. Shortell in ostali (2001) ugotavljajo, da večini zdravnikov v zdravstvenih organizacijah manjka skupinska identiteta, kar potrdimo tudi z našo raziskavo, žal pa ugotavljamo, da ta ni značilna samo za zdravnike, ampak tudi za ostali dve poklicni skupini. Glede na ugotovljeno hierarhičnost zaposlenih v zdravstve-

ni negi v slovenskih bolnišnicah lahko sklepamo, da zaposleni uporabljajo podobne vzorce vedenja, kot jih opisujeta Ferlie in Shortell (2001) za zdravnike, in sicer: organizacija je orodje za doseganje lastnih ciljev in lastno profesionalno kariero, kar je seveda potrebno preveriti v nadaljnjih raziskavah.

Vsekakor je ugotovitev naše raziskave, da je v slovenskih bolnišnicah premalo kulture skupine, ki po navajanjih Shortella, O'Brien in Carmana in ostalih (1995) osnova za timsko delo, sodelovanje in stalno uvajanje izboljšav, ter da je v slovenskih bolnišnicah preveč kulture hierarhije, ki je negativno povezana z uvajanjem sprememb. Današnji organizacijski kulturi v slovenskih bolnišnicah manjka usmerjenost navzven v smislu povezovanja, primerjanja, tekmovanja in inovativnosti ter spodbujanje dela posameznika in tima, razvoj zaposlenih in zaupanje do ljudi in nalog, ki jih izvajajo (Skela Savič in sod., 2006). Le s spodbujanjem tovrstne kulture bodo bolnišnice (Ferlie, Shortell, 2001) uspešno uvajale spremembe, saj bodo kakovost dela, timsko delo, usmerjenost k bolniku in učeča se organizacija postali prevladujoča kultura delovanja vseh poklicnih skupin v zdravstvu. Tudi Shortell, O'Brien, Carman in ostali (1995) pravijo, da je kultura, ki je usmerjena v povezovanje ljudi, timsko delo in koordinacijo, povezana z velikimi in trajnimi uspehi na področju izboljševanja prakse v zdravstvenih organizacijah. Samo hierarhičen pristop in iskanje priložnosti na trgu sta kulturi, ki ne bosta prinesli spreminjanje procesov dela na ravni posameznika, tima, organizacije in celotnega sistema (Skela Savič in sod., 2006). Podobno ugotavljajo tudi Jones in Redman (2000), Ferlie in Shortell (2001) v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah, saj so rezultati njihovih raziskav pokazali, da sta kulturi trga in hierarhije povezani z večjim odporom do sprememb, medtem ko Jones in Redman (2000) pravita, da dlje kot je organizacija v kulturi marketa in hierarhije, težji je proces spreminjanja vrednot bolnišnice v kulturo adhokracije in skupine. To, da je kultura hierarhije in trga v slovenskih bolnišnicah stalna, kaže primerjava rezultatov z raziskavo Skela Savič in sodelavci (2006), saj so anketiranci obdobje dveh let nazaj v isti raziskavi ocenili z enako stopnjo kulture trga in marketa, kot za stanje danes. Poleg tega se usmerjenost kulture v kontrolo po poklicnih skupinah gledano dve leti nazaj krepi (Skela Savič in sod., 2006), kar govori o naraščanju teh dveh kultur, medtem, ko anketiranci izražajo željo po bistveno večji usmerjenosti kulture v fleksibilnost v prihodnosti.

Gerowitz in sod. (1996, cit. po Scott, 2003) ugotavljajo, da je tip kulture hospitalnega menedžmenta organizacije tesno povezan z izvajanjem storitev, procesov dela v organizaciji, menedžerje ocenjujejo kot nosilce kulture v zdravstvenih organizacijah in glede na rezultate naše raziskave je potrebno predvsem pričeti z aktivnostmi za usposabljanje menedžmenta bol-

nišnic, če želimo doseči spremembo kulture v smeri skupine in razvoja ter s tem uvajanje izboljšav v neposredni praksi. Ugotovljena kultura v slovenskih bolnišnicah sprememb ne podpira in če ne bodo izvedene aktivnosti za izobraževanje in usposabljanje vodij in menedžerjev, ne bo prišlo do uvajanja zelenih sprememb na področju kakovosti, ki jih predvsem zahteva Ministrstvo za zdravje v okviru projektov izboljševanja kakovosti, saj je usmerjenost kulture v fleksibilnosti (46,23) manjša kot v kontrolo (55,50), kar govori o nerazvojno usmerjeni kulturi v slovenskih bolnišnicah. Razpon nerazvojne kulture po bolnišnicah znaša od 2,02 do 22,44, kar seveda kaže na velike razlike med bolnišnicami. Rezultati kažejo, da je potrebno iz vidika uvajanja sprememb na nacionalni ravni upoštevati, da se sposobnost bolnišnic za spreminjanje močno razlikuje. Prav tako opazamo razlike med poklicnimi skupinami, kjer so zaposleni v medicini in upravi ocenili organizacijsko kulturo bolj hierarhično kot zaposleni v zdravstveni negi. Rezultat kaže na to, da je organizacijska kultura znotraj poklicne skupina zdravstvena nega kljub svoji vodilni hierarhični naravnosti, dopušča nekoliko več fleksibilnosti v primerjavi z ostalima dvema poklicnima skupinama.

Glede na čas opazovanja ugotavljamo, da si anketiranci v prihodnosti predvsem želijo kulture skupine, kar je optimističen rezultat, saj kaže na željo zaposlenih po razvoju, medsebojnem povezovanju, sodelovanju in odprti komunikaciji. Rezultat je dobrodošla informacija za vodje in menedžerje v zdravstvu v smislu njihove aktivne vloge pri usmerjanju kulture v zdravstvenih zavodih. Seveda se kultura ne more usmerjati sama, to je naloga vodij, ki morajo izkoristiti izkazano željo zaposlenih in na osnovi znanja iz vodenja, uvajanja sprememb in ravnanja z zaposlenimi kulturo hierarhije in stabilnosti usmeriti v kulturo odnosov in fleksibilnosti.

V enaki meri kot danes pa si anketiranci v prihodnosti želijo tudi kulture hierarhije, kar je presenečenje raziskave in kaže na to, da si zaposleni ne želijo v polni meri prevzeti odgovornosti za svoje delovanje, ampak jim ustrežata tudi kontrola in koordinacija. Podobne rezultate je dala že raziskava Skela Savič in sod. (2002, 2004), ki je pokazala, da zaposleni v zdravstvu dobro sprejemajo tudi klasični način vodenja in ga povezujejo z dobro organizacijsko klimo, kar kaže na to, da lahko govorimo o ponotranjeni in sprejeti hierarhiji v slovenskem zdravstvu, ki jo potrjujemo tudi v tej raziskavi tako v stanju za danes kot v želji za prihodnost. Tako raziskava organizacijske kulture za prihodnost pokaže, da si zaposleni na področju osebnega razvoja poleg timskega dela in sodelovanja želijo tudi določeno mero varnosti, ustreznosti in napovedljivosti, bistveno manj si želijo tekmovalnosti in doseganja rezultatov in so premalo ambiciozni in inovativni ter si ne želijo delovne svobode. Očitno gre

za danes močno prisotno vrednoto po stalnosti in varnosti pri zaposlenih v zdravstvu, ki je lahko ključna točka neuspeha pri spreminjanju zdravstvenega sistema in doseganju ciljev kakovosti na ravni države in zdravstvenih zavodov.

Ugotavljamo, da je stopnja dosežene izobrazbe statistično pomembno povezana s kulturo adhokracije in kulturo hierarhije, saj s korelacijsko analizo ugotavljamo, da višja ko je stopnja dosežene izobrazbe pri anketirancih, bolj ti ocenjujejo prisotnost kulture hierarhije ($r = 0,106$, $p = 0,006$) v njihovem delovnem okolju in manjšo prisotnost kulture adhokracije ($r = -0,158$, $p = 0,000$), kar je zaskrbljujoča povezava, saj višja ko je stopnja izobrazbe, večje imajo anketiranci odgovornosti glede na delovni proces in od njih se pričakuje večja inovativnost in timsko delo že glede na same kompetence delovnega mesta in izobrazbeno raven. Znotraj poklicnih skupin se ta korelacija pokaže tudi pri zaposlenih v zdravstveni negi, kjer imamo med anketiranci tri ravni izobrazbe: srednja šola, višja šola in visokostrokovna šola, kar nas vodi v sklepanje, da diplomirane medicinske sestre ocenjujejo svoje delovno okolje bolj hierarhično in neinovativno kot tehniki zdravstvene nege. Rezultat kaže na stanje odnosov v zdravstvenem timu, kjer delujejo diplomirane medicinske sestre in kjer niso prepoznane kot nosilke stroke zdravstvene nege in razvojnih projektov (kot so na primer paliativna oskrba, neakutna obravnava), temveč predvsem kot pomočnice zdravnikom. Pahorjeva (2002) opozarja na podrejen položaj medicinskih sester v slovenskem zdravstvu in meni, da je problem v mejah izobrazbene ravni za zdravstveno nego, ki jih postavlja medicina in vidi rešitev v notranjih dejavnikih v sami stroki (teoretični in metodološki razvoj stroke) in od družbenih razmerij, političnih prioritet in uveljavljanja etične skrbi kot temeljne družbene vrednote (Pahor, 2000 cit. po Pahor, 2002). Na osnovi naše raziskave menimo, da morajo medicinske sestre prevzeti aktivno vlogo promocije svojega znanja in dela ter morajo zapustiti pasivno vlogo pričakovanj, da jih drugi prepoznajo kot pomembne strokovnjake v izvajanju zdravstvene dejavnosti v naši državi. Menedžerji in vodje kot oblikovalci in upravljalci 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, tako kot so to druge stroke, s katerimi se medicinske sestre srečujejo v ožjem in širšem zdravstvenem timu (medicina, farmacija, psihologija, ekonomija, razvoj zaposlenih idr.). Tega seveda ne morejo narediti sami, pomembno pa je, da imajo vizijo in strategijo ter da so sposobni spodbujati timsko delo in zagotavljati vire za razvoj.

Na osnovi rezultatov naše raziskave in rezultatov drugih raziskav (Skela-Savič, Kersnič, 2005; Skela-

Savič, 2000) sklepamo, da je vloga sodobnega vodje in menedžerja v slovenski zdravstveni negi slabo izvajana. To, da je hierarhičnost dejansko prisotna, dokazujejo rezultati raziskave Skela Savič in sod. (2006 a), kjer anketirane medicinske sestre in zaposleni v upravi vidijo zdravnike kot tiste, ki ustvarjajo hierarhični odnos med poklicnimi skupinami, zlasti pri medicinskih sestrah ($F = 16,58$, $p = 0,000$). Rezultati terjajo razmislek odgovornih za razvoj zdravstvene nege v slovenskem prostoru, saj rezultati naše raziskave pokažejo hierarhično usmerjenost organizacijske kulture. Nikakor ne smemo pozabiti, da so vodje tisti, ki kreirajo kulturo, jo upravljajo in so odgovorni za njo (Schein, 1992).

Sklep

Menedžment slovenskih bolnišnic mora pričeti z zavedanjem kaj so spremembe, zakaj jih potrebuje in kakšna je vloga vodilnih pri upravljanju sprememb. Soočiti se mora s svojim notranjim okoljem bolnišnice, to je hierarhična usmerjenost in poklicna diferenciacija, prevzeti odgovornost zanj in ga pričeti spreminjati v kulturo timskega dela, odprte komunikacije, inovativnosti, vključevanje zaposlenih v odločanje in razvoj zaposlenih. Pregled rezultatov raziskav organizacijske kulture v razvitem svetu kažejo na primerljivost rezultatov naše raziskave pri zaposlenih v medicini, to je usmerjenost v kontrolo in stabilnost. Primerjave pri zaposlenih v upravi je težko izvajati, ker v slovenskem dodiplomskem izobraževanju še nimamo programov, ki bi izobraževali menedžerje za področje zdravstva, tako kot je to v razvitem svetu. Organizacijska kultura zaposlenih v upravi je tako močno hierarhična in tržno usmerjena, medtem ko so menedžerji v razvitem svetu usmerjeni v fleksibilno kulturo. Pri zdravstveni negi opažamo, da so medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah v primerjavi z raziskavami v razvitem svetu pomembno manj usmerjene v fleksibilnost, timsko delo in inovativnost, saj je v ospredju kultura hierarhije, kar kaže na nerazvito naravnost.

Ker organizacijsko kulturo oblikujejo in upravljajo vodje, je potrebne prve aktivnosti za spreminjanje organizacijske kulture pričeti na vrhu organizacije. Zahteve za izobraževanje in usposobljenost menedžerjev in vodij na vseh ravneh zdravstvenega sistema mora postaviti lastnik (država), saj mora biti njen interes zdrava populacija in učinkovit zdravstveni sistem. Hierarhično usmerjeno zdravstvo tega cilja ne more doseči, to so potrdile že številne raziskave.

Literatura

1. 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.
2. Cameron KS, Quinn RE. *Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework*. Addison-Wesley, 1999.
3. Cassels A. Health Sector reform: Some key issues in less developed countries. *Journal of International Development* 1995; 7(3): 329–48.
4. Davidson H. Educating Our Future Leaders. *Health Forum Journal*, September/October, 2000.
5. Davies HTO, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003; 326: 649–9.
6. Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernization: a »danse macabre«? *BMJ* 2003; 326: 649–52.
7. 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.
8. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly* 2001; 79(2): 281–315.
9. Gilson L, Mills A. Health sectors reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years. In Berman P (ed.). *Health sector Reform in Developing Countries*. Boston: Harvard University Press, 1996.
10. Jones RA, Jimmieson NL, Griffiths A. The Impact of Organizational Culture and Reshaping Capabilities on Change Implementation Success: The Mediating Role of Readiness for Change. *Journal of Management Studies* 2005; 42: 361.
11. Jones KR, Redman RW. Organizational culture and work redesign. Experience in three organizations. *JONA* 2000; 30(12): 604–10.
12. Mallak LA, Lyth DM, Olson SD, Ulshafer SM, Sardone FJ. Culture, the built environment and healthcare organizational performance. *Managing Service Quality* 2003; 13(1): 27–38.
13. Marshall MN, Mannion R, Nelson E, O Davies HT. Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. *BMJ* 2003; 327: 599–602.
14. Mills A, Bennett S, Russell S. *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* New York: St. Martin's Press, 2001.
15. Moll S, Wlach R. Assessing the impact of public health skills on the key responsibilities of Primary Care Trusts health improvement through provision of care, commissioning of services and partnership engagement. How does a Strategic Health Authority know if public health skills have been used to underpin these responsibilities. *Europhamili / Aesculapius Professional Study*. Nottingham University, UK, 2003.
16. Schein, E. *The corporate culture: Sense and nonsense about cultural change*. San Francisco. Jossey-Bass Publishing, 1992.
17. Pahor M. Univerzitetni študij za medicinske sestre: primer prve generacije študentk zdravstvene vzgoje. *Obzor Zdr N* 1998; 32: 185–98.
18. Pahor M. Teoretična in metodološka izhodišča raziskave o medicinskih sestrah v Sloveniji = Theoretical and methodological background of the research study about nurses in Slovenia. *Obzor Zdr N* 2002; 36(2): 73–8.
19. Schein E. *The corporate culture: Sense and nonsense about cultural change*. San Francisco. Jossey-Bass Publishing, 1992.
20. Schein EH. *Process Consultation: Lessons for Managers and Consultants*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1987.
21. Scott JT, Mannion R, Davies HTO, Marshall MN. The quantitative measurement of organisational culture in health care: The instruments are available? *Health Services Research* 2003; 38(3): 923–45.
22. Scott JT. The quantitative measurement of organisational culture in health care: a review of the available instruments. (Methods). 2003. <http://www.findarticles.com>, januar 2005.
23. Scott-Cawiezell J, Jones K, Moore L. Nursing home culture. A critical component in sustained improvement 2005; 20(4): 341–8.

24. 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.
25. Shortell SM, Kaluzny AD. *Health Care Management: Organizational Design and Behavior*. 4th Edition. Delmar, Thomson Learning TM, 2000.
26. Shortell SM, Waters TM, Clarke Budetti PP. Physicians as Double Agents. *JAMA* 1998; 280(12): 1102–8.
27. Shortell SM, O'Brien J, Carman R, Foster EFK, Hughes Boerstler H, et al. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus implementation. *Health Services Research* 1995; 30(2): 377–401.
28. Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu. Doktorska disertacija v postopku ocene komisije, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj, 2006.
29. 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, str. 1145–53.
30. Skela Savič B, Kersnič P. Organiziranost službe za zdravstveno nego kot vplivni dejavnik razvoja stroke. V: Filej B (ur.), Kvas, A (ur.), Kersnič P (ur.). *Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege »Skrb za človeka«*, Ljubljana, 12.–14. 5. 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005, str. 81–8.
31. Skela Savič B, Pagon M, Lobnikar B. Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje? *Organizacija* 2004; 37: 1, 5–15.
32. Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu, magistrska naloga, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj, 2002.
33. Skela Savič B. Razvoj in usposabljanje vodstvenih kadrov v zdravstveni negi. *Organizacija (Kranj)* 2000; 33(10): 651–9.
34. 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: str. 146.
35. Witz A. *Professions and Patriarchy*. London: Routledge, 1992.
36. Witz A. Patriarchy and professions: the gendered politics of occupational closure. *Sociology* 1990; 24(4): 675–90.