UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

ANA GRAČNER

MANAGEMENT SPREMEMB IN USPEŠNO UVAJANJE KULTURE VARNOSTI BOLNIKOV: ŠTUDIJA PRIMERA SLOVENSKE BOLNIŠNICE

DOKTORSKA DISERTACIJA

Ljubljana, 2014

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Ana Gračner, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica doktorske disertacije z naslovom **Management sprememb in uspešno uvajanje kulture varnosti bolnikov: študija primera slovenske bolnišnice**, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Vladom Dimovskim in sosvetovalko prof. dr. Nado Zupan.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo doktorske disertacije na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
- poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v doktorski disertaciji, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
- pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v besedilu, in to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene doktorske disertacije dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

Datum zagovora: 15.04.2014
Predsednik: prof. dr. Maks Tajnikar
Svetovalec: prof. dr. Vlado Dimovski
Sosvetovalka: prof. dr. Nada Zupan
Članica: prof. dr. Eva Jereb

V Ljubljani, dne 15.04.2104 Podpis doktorandke:



POVZETEK

Doktorska disertacija obravnava različne dejavnike, ki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. V zadnjem času je bila večina sprememb v bolnišnice po svetu uvedena predvsem zaradi povečane varnosti bolnikov. Bolniki lahko namreč utrpijo povratno in tudi nepovratno škodo zaradi nepravilnega zdravljenja. Za povečano varnost bolnikov je nujno potreben razvoj primerne kulture v bolnišnicah – kulture varnosti, za katero je značilno, da spozna napake v zdravljenju kot izziv učenju posameznikov in celotne organizacije in jih obravnava kot osnovo za izboljševanje delovanja celotnega sistema zdravljenja.

V raziskavi smo najprej na podlagi pregleda različne literature definirali dejavnike, ki vplivajo na management sprememb, ki se v zdravstvene organizacije lahko uvajajo le s pospeševanjem, sodelovanjem in učenjem, kar pomeni, da hitrega načina uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije ni. Ti dejavniki so organizacijska struktura, ki je definirana kot sposobnost organizacije, da razdeli delo ter določi vloge in odgovornosti posameznikom in skupinam. V organizacijah, kjer sta pomembni inovativnost in produktivnost, je konkurenčna prednost meddisciplinarno timsko delo. Tip organizacijske strukture, ki se uspešno prilagaja spremembam v okolju, je fleksibilen, decentraliziran, v njem se procesi dela vodijo s participativnim managementom. Ta tip managementa zaznamujejo sodelovanje, zaupanje, delegiranje in odprta komunikacija.

Drugi dejavnik, ki vpliva na uvajanje sprememb, je organizacijska kultura. V svoji osnovi pomeni kultura okvir, ki pomaga razlikovati eno skupino ljudi od druge. Organizacijska kultura določa edinstven skupek formalnih in neformalnih osnovnih pravil razmišljanja v organizaciji, obnašanj, ki določajo tisto, za kar mislimo, da je resnično. Primerna organizacijska kultura je sodelovalnega tipa, ki temelji na medsebojnem zaupanju, spoštovanju in vzajemni pomoči z odprto komunikacijo, ki omogoča povratno informacijo in s tem učenje enojne povratne zanke, ki je predpogoj za uvajanje organizacijskega učenja.

Med raziskavo smo prišli do teoretičnih spoznanj, da tudi sam konstrukt učeče se organizacije, h kateri sicer stremimo, povratno vpliva na uspešno uvajanje sprememb. Zakaj? V učečih se organizacijah zaposleni stremijo k ustvarjanju skupnega, organizacijskega znanja, zato vidijo spremembe kot izzive za učenje in jih zato bolje sprejemajo.

Četrti neodvisni dejavnik je poklicna kultura zdravnikov. Mnogi raziskovalci uvajanja sprememb v zdravstvu opozarjajo predvsem na težavo pri uvajanju sprememb na stopnji posameznika, saj tradicionalni učni programi za zaposlene v zdravstvu ne obravnavajo medicine kot znanosti, ki se izvaja in razvija timsko v celotni organizaciji, temveč predvsem poudarjajo in usposabljajo posameznika za individualno odločanje ter sprejemanje kliničnih odločitev. Za namen študije smo v ta dejavnik uvedli naslednje konstrukte: psihološka pogodba, humanitarne ideje, individualna avtonomija, medosebni odnosi in zaupanje v znanost.

Teoretične izsledke smo poskušali dokazati z empiričnim delom naloge. Postavili smo si raziskovalno vprašanje: Kateri dejavniki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na spremembe, ki se uvajajo v zdravstvene organizacije? Model prikazuje vpliv strukturnih značilnosti, poklicne kulture in tipa psihološke pogodbe na pripravljenost zdravnikov na spremembe. Za uspešno uvajanje sprememb v javne zdravstvene organizacije pa je potreben tudi učinkovit management sprememb, ki zajema določen popoln proces uvajanja sprememb. Celotna preobrazba je nadvse pomembna zaradi možnosti povečanja kakovosti zdravstvenih storitev s poudarkom na izoblikovanju kulture varnosti bolnikov.

Empirični del temelji na znanstvenem pristopu kvalitativne študije primera (angl. *case Study*). Izveden in podprt je z uporabo več temeljnih kvalitativnih raziskovalnih metod, ki tak pristop raziskovanja določajo. Kvalitativna raziskava se nanaša na tehnike zbiranja podatkov z opazovanjem vpletenih in/ali z intenzivnim pogovorom ter tehnikami analize podatkov, ki so nekvantitativne. V konkretni študiji smo z namenom povečanja zanesljivosti dodali še kvantitativni način raziskovanja.

Celotna raziskava je operacionalizirana in temelji na skupini vprašalnikov. Vanjo smo vključili zaposlene zdravnike v Splošni bolnišnici Trbovlje (v nadaljevanju SBT). Najprej so izpolnili kvantitativni vprašalnik, nato smo s specialisti opravili globinske intervjuje, s skupino mladih zdravnikov (specializanti in pripravniki) pa smo se pogovarjali v fokusnih skupinah. Pri vseh aktivnostih smo jih prikrito opazovali. Kvantitativni vprašalnik smo poslali v izpolnjevanje še zdravnikom treh slovenskih bolnišnic.

Dokazali smo, da fleksibilna in položnejša organizacijska struktura in organizacijska kultura, ki podpira učenje ter kontinuirano gradi znanje, pozitivno vplivata na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v organizacije, hkrati pa smo dokazali tudi pozitiven vpliv konstrukta učeča se organizacija. Prav tako smo dokazali, da pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov. Na koncu smo potrdili še, da ima močno izražena poklicna kultura negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije.

Ključne besede: kultura varnosti bolnikov, učeča se bolnišnica, management sprememb, organizacijska struktura, organizacijska in poklicna kultura, participativni management.

SUMMARY

This doctoral thesis scientifically deals with research of various factors which influence the readiness of physicians for introduction of changes. Recently the majority of changes in hospitals all over the world has been introduced for one reason – to increase the safety of patients. A number of studies proved that patients suffer of reversible and irreversible damage as a result of faulty treatment. Furthermore, the researchers came to significant recognitions that for patients' safety the development of appropriate culture in hospitals - the culture of safety is required. The culture of safety represents an aggregate of views, values and predictions connected with safety which are common to all members of an organization.

In this research, based on the examination of various literature we defined the factors which influence the change management which may be introduced in the health organizations only with promoting, cooperating and learning and which means for introduction of changes in health organization there are no shortcuts. These factors are: organizational structure defined as the ability of the organization to divide work and to define the roles and responsibilities of individuals and groups. In those organizations where innovativeness and productivity are important interdisciplinary team work is a competitive advantage. The type of organizational structure which successfully adapts to changes in environment is flexible, decentralized where the work processes are controlled by participative management. This type of management is characterized by cooperation, trust, delegating and open communication.

Another factor that influences the introduction of changes is the organizational culture. The culture represents a frame of reference which helps us distinguish one group of people from the others. It defines a unique aggregate of formal and informal basic rules for deliberation in an organization, for behaviours defining what we consider real. The culture in an organization which is acceptable is of cooperative type. It is based on mutual trust, respect and assistance with open communication which enables feedback and learning the single feedback which is a prerequisite for introducing the organizational learning.

In the course of the research we came to theoretical recognitions that the construct itself of a learning organization, to which we aspire, reversely influences successful introducing of changes. Why? In a learning organization the staff aim at creating a common organizational knowledge, the changes are perceived as challenges and are therefore more readily accepted.

The fourth independent factor is the professional culture of the physicians. A number of researchers of introduction of changes into health system point out to the troubles emerge while introducing the changes at the level of an individual as the traditional curricula for those employed in health sector do not consider the medicine as science which is executed and developed in teams in the whole organization but they rather emphasize and train individuals for individual process of decision making and adopting of clinical decisions. For the purpose of the study the following constructs have been

introduced into this factor: psychological contract, humanitarian ideas, individual autonomy, interpersonal relationship and trust in science.

In the empirical part of the thesis an attempt was made to substantiate the theoretical findings. A research question was raised, namely: What factors influence the physicians' readiness to embrace changes which are introduced into health organizations? Thus the task is directed towards recognizing and confirming the factors that influence the physicians' readiness for changes. The model shows the influence of structural characteristics, professional culture, and type of psyhological contract regarding the readiness of the physicians for change. A successful introduction of changes in public health organizations requires an efficient change management which covers a certain perfect process of introducing of changes. The whole transformation is important because it provides possibilities of enhancing the quality of health services with the emphasis on creating the culture of safety of patients.

The empirical part is based on scientific approach to qualitative case study. It was carried out and substantiated by applying a number of qualitative research methods which stipulate such approach to research. The qualitative research refers to the technique of collecting data by means of monitoring those involved and/or with intensive interviewing them and to the technique of analysing the data which are not quantitative. In concrete research we added qualitative technique for the achievement of better reliability.

The whole research is operationalized resp. is based a group of questionnaires. The research involved a group of physicians employed in Splošna bolnišnica Trbovlje (General Hospital) hereinafter called SBT. They started by filling in the quantitative questionnaire. We proceeded by in depth interviews of specialists, and talked to a group of young physicians (in the process of specializing and those on probation) in focus groups. They were clandestinely monitored in all their activities. The quantitative questionnaire was sent to be filled to the physicians of three other Slovenian hospitals.

With concrete results we proved that flexible and flat organizational structure and the organizational culture which promotes learning and continuously builds knowledge influence positively the readiness of physicians to introduce changes and at the same time we proved the positive influence of the construct of »A learning organization«. We proved as well that the readiness of the physicians for introduction of changes influences positively the introduction of such changes in health organization and thereby the enhanced safety of patients. Finally we confirmed that a strong professional culture influences negatively the readiness of physicians to introduction of changes in health organizations.

Key words: culture of patients' safety, learning hospital, change management, organizational structure, organizational and professional culture, participative management.

KAZALO

UVOD **1**

Opis ožjega znanstvenega področja **1**

Opredelitev raziskovalnih vprašanj in temeljne teze **7**

Opredelitev predmeta raziskovanja **8**

Opredelitev namena disertacije **11**

Opredelitev cilja disertacije **13**

Opredelitev metodologije raziskovanja **13**

Opredelitev znanstvenega prispevka **14**

Opredelitev omejitev dela **15**

Struktura doktorske disertacije **16**

1 MODEL POVEČANE KULTURE VARNOSTI BOLNIKOV **17**

1.1 Vzrok za uvajanje kulture varnosti bolnikov **17**

1.1.1 Trenutno stanje slovenskega zdravstvenega sistema 19

1.1.2 Uvajanje kulture varnosti v slovenski zdravstveni prostor 22

1.1.3 Upravljanje in management v slovenskih bolnišnicah 22

1.1.4 Medicina, podprta z dokazi 23

1.2 Definicija kulture varnosti bolnikov **25**

1.3 Kultura varnosti bolnikov v Republiki Sloveniji **27**

1.4 Dejavniki zdravstvene organizacije, ki podpirajo varnost bolnikov **28**

1.4.1 Organizacijska kultura, ki podpira varnost bolnikov 29

1.4.2 Meddisciplinarno sodelovanje 32

1.4.3 Vplivi na meddisciplinarno sodelovanje 36

1.4.4 Subkulture kulture varnosti 39

1.4.5 Organizacijska struktura, ki podpira varnost bolnikov – učeča se bolnišnica 43

1.4.6 Način uvajanja kulture varnosti 48

2 MANAGEMENT SPREMEMB IN DEJAVNIKI UVAJANJA SPREMEMB V ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE **51**

2.1 Management sprememb 51
2.1.1 Uvajanje sprememb v organizacije 54
2.1.2 Nesoglasje med zaposlenimi in pobudniki sprememb 57
2.1.3 Od kljubovanja do privolitve in zavezništva 61

2.2 Dejavniki uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije 63
2.2.1 Organizacijska struktura 66
2.2.1.1 Mehanistična in organska struktura 68
2.2.1.2 Na delovni skupini temelječa organizacijska struktura 71
2.2.1.3 Učeča se organizacija 72
2.2.2 Organizacijska kultura 75
2.2.2.1 Različne ravni kulture organizacije 76
2.2.2.2 Organizacijska kultura in sprememba 78
2.2.3 Poklicna kultura zdravnikov 81
2.2.3.1 Psihološka pogodba 83
2.2.3.2 Individualna avtonomija zdravnikov 85
2.2.3.3 Nesoglasja med poklicno kulturo zdravnikov in vodenjem organizacije 87
2.2.3.4 Reševanje nesoglasij z medpoklicnim učenjem 94
2.2.4 Participativni management v zdravstvenih organizacijah 95

3 MODEL UVAJANJA SPREMEMB V ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE Z NAMENOM IZBOLJŠANJA KULTURE VARNOSTI BOLNIKOV 99

3.1 Konceptualizacija modela uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije z namenom izboljšanja kulture varnosti bolnikov 99

3.2 Hipoteze raziskovalnega modela 108

4 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA 111

4.1 Izhodišča raziskovalnega pristopa 111
4.1.1 Opredelitev kvalitativnega raziskovanja 113
4.1.2 Opredelitev raziskave študije primera kot kvalitativne metode raziskovanja 114

4.1.2.1 Epistemološko-logična problematika 115
4.1.2.2 Raziskovalni načrt študije primera 116

4.2 Načela in značilnosti metodologije kvalitativnega raziskovanja 120
4.2.1 Kriteriji za zagotavljanje kakovosti študije primera 120
4.2.1.1 Veljavnost (validnost) konstrukta 121
4.2.1.2 Notranja veljavnost (interna validnost) 122
4.2.1.3 Zunanja zanesljivost (eksterna validnost) ali posplošljivost 123
4.2.1.4 Zanesljivost (reliabilnost) 123
4.2.2 Merjenje in viri kvalitativne analize 124
4.2.3 Etična pravila v kvalitativni raziskavi 125
4.2.4 Faze kvalitativnega pristopa študije primera 127

4.3 Metodološka oblika raziskave in raziskovalne metode disertacije.....129
4.3.1 Teoretični okvir 129
4.3.2 Oblikovanje problema 130
4.3.3 Strategija: več perspektiv in sekvenčna analiza 131
4.3.4 Vstop v polje: definiranje vloge 131
4.3.5 Metode zbiranja metod: pluralizem metod 131
4.3.5.1 Kvantitativni vprašalnik v kvalitativni raziskavi 131
4.3.5.2 Kvalitativni intervju 133
4.3.5.3 Fokusne skupine 135
4.3.5.4 Opazovanje udeležencev 138
4.3.6 Postopki urejanja gradiva 140
4.3.7 Analiza in interpretacija kvalitativne raziskave 140
4.3.8 Analiza razprave 143
4.3.9 Analiza tematskega področja 143

5 ŠTUDIJA PRIMERA SPLOŠNE BOLNIŠNICE TRBOVLJE.....144

5.1 Kvantitativni del študije primera 144
5.1.1 Teoretični konstrukt 145
5.1.1.1 Strukturne karakteristike 145

5.1.1.2 Poklicna kultura 149
5.1.1.3 Pripravljenost zdravnikov na spremembe 151
5.1.2 Populacija in vzorec v kvantitativni raziskavi 152
5.1.3 Opisna statistična analiza 161
5.1.3.1 Opisna statistična analiza strukturnih karakteristik 162
5.1.3.2 Opisna statistična analiza poklicne kulture 171
5.1.3.3 Opisna statistična analiza pripravljenosti na spremembe 179
5.1.4 Redukcija spremenljivk z eksploratorno faktorsko analizo 181
5.1.4.1 Redukcija strukturnih karakteristik z eksploratorno faktorsko analizo 182
5.1.4.2 Eksploratorna faktorska analiza poklicne kulture 185
5.1.4.3 Eksploratorna faktorska analiza pripravljenosti na spremembe 188
5.1.5 Povezave med faktorji - korelacije 189
5.1.5.1 Medsebojna povezanost faktorjev s področij strukturnih karakteristik in pripravljenosti na spremembe 189
5.1.5.2 Medsebojna povezanost faktorjev s področij poklicne kulture in pripravljenosti na spremembe 190
5.1.6 Preverjanje hipotez z metodo multiple linearne regresijske analize (metoda Enter) 192
5.1.6.1 Preverjanje hipoteze 1: Multipla linearna regresijska analiza faktorjev pripravljenosti na spremembe in strukturnih karakteristik 192
5.1.6.2 Preverjanje hipoteze 3: Multipla linearna regresijska analiza faktorjev pripravljenosti na spremembe in poklicne kulture 194
5.1.7 Prepoznavanje Splošne Bolnišnice Trbovlje kot učeče se organizacije 197
5.2 Kvalitativni del študije primera Splošne bolnišnice Trbovlje 199
5.2.1 Globinski intervju in fokusne skupine 199
5.2.1.1 Enota 1: Zaznavanje naporov vodstev oddelkov in bolnišnice za uvajanje sprememb v SB Trbovlje. 199
5.2.1.2 Enota 2: Zaznavanje procesa uvajanja sprememb 201
5.2.1.3 Enota 3: Sprejemanje uvedenih sprememb 204
5.2.1.4 Enota 4: Trenutna organizacija bolnišnice – organizacijska struktura in kultura 207
5.2.1.5 Enota 5: Učeča se bolnišnica – sestava bolnišnice in njenih oddelkov za varno in uspešno zdravljenje bolnikov 208
5.2.1.6 Enota 6: Skupinsko učenje 211
5.2.1.7 Enota 7: Poklicna kultura 211

5.2.1.8 Enota 8: Kultura varnosti bolnikov 213
5.2.1.9 Enota 9: Participativni management 215
5.2.2 Prikrito opazovanje zdravnikov z udeležbo 215

5.3 Potrditev hipotez, interpretacija ugotovitev, priporočila študije primera in ovrednotenje študije z znanstvenoraziskovalnega vidika 216
5.3.1 Potrditev hipotez 216
5.3.2 Interpretacija ugotovitev 217
5.3.3 Priporočila študije 228
5.3.4 Ocena študije in njenih priporočil s strani ključnih informantov 228
5.3.5 Ovrednotenje študije z znanstvenoraziskovalnega področja 229

SKLEP 231

LITERATURA IN VIRI 237

KAZALO SLIK

Slika 1: Piramida zdravstvene dejavnosti 21
Slika 2: Sestavine modela meddisciplinarnega sodelovanja 34
Slika 3: Vplivi na meddisciplinarno sodelovanje 37
Slika 4: Kultura varnosti v bolnišnicah 39
Slika 5: Osnovni model reševanja problemov 54
Slika 6: Osemstopenjski proces uvajanja spremembe 56
Slika 7: Človekov odziv na spremembo 59
Slika 8: Stopnje obveze spremembi 62
Slika 9: Povezujoče se stopnje kulture 78
Slika 10: Kako organizacijska kultura vpliva na spremembo 79
Slika 11: »Seven S framework« 80
Slika 12: Konceptualni koordinati spreminjanja 81
Slika 13: Likertov profil organizacij 98
Slika 14: Konceptualni teoretični model uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije z namenom izboljševanja kulture varnosti 101
Slika 15: Model doktorske disertacije (prikaz povezav in poti razvoja temeljne teze) 109
Slika 16: Numerus in stopnja odzivnosti v kvantitativni raziskavi 153
Slika 17: Struktura vzorca glede na bolnišnico (n = 119) 154
Slika 18: Zdravniki po spolni strukturi (n = 119) 155
Slika 19: Zdravniki po starostni strukturi in povprečni starosti (n = 119) 156
Slika 20: Zdravniki glede na položaj v delovnem procesu in povprečni starosti (n = 119) 157
Slika 21: Zdravniki glede na število let delovne dobe (n = 117) 158
Slika 22: Zdravniki glede na status (n = 119) 159
Slika 23: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa organizacijska struktura zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine 163
Slika 24: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa organizacijska kultura zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine 165
Slika 25: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa učeča se organizacija zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine. 167
Slika 26: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami sklopa participativno vodenje za skupini vodje in delavci ter razkorak med njima 170
Slika 27: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa humanitarne ideje zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine 172
Slika 28: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa psihološka pogodba zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine 173
Slika 29: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa individualna avtonomija zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine 175

Slika 30: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa medosebni odnosi zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.....178
Slika 31: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa zaupanje v znanost zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.....179
Slika 32: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa pripravljenost na spremembe zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine 181
Slika 33: Model multiple linearne regresije – strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe 194
Slika 34: Model multiple linearne regresije – poklicna kultura in pripravljenost na spremembe....197
Slika 35: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami prilagojenega lakmusovega testa (n = 28).....198

KAZALO TABEL

Tabela 1: Osem pogovornih pristopov za premagovanje odpora 60
Tabela 2: Mintzbergova strukturna teorija zdravstvenih organizacij 65
Tabela 3: Razlike med mehanistično in organsko organizacijsko strukturo..... 69
Tabela 4: Dejavniki, ki vplivajo na količino centralizacije in decentralizacije 70
Tabela 5: Razlike med odnosnim in transakcijskim tipom psihološke pogodbe 85
Tabela 6: Aplikacija kulturnega okvira za razločevanje skupnih razumevanj kulture zdravnikov 89
Tabela 7: Raziskovalni načrt študije primera sbt. 118
Tabela 8: Taktika študije primera za »four design study« 120
Tabela 9: Osnovna načela raziskovalne etike 126
Tabela 10: Faze kvalitativnega raziskovalnega pristopa v študiji primera 128
Tabela 11: Proces izvedbe kvalitativnega intervjuja 135
Tabela 12: Proces izvajanja raziskave s fokusnimi skupinami 137
Tabela 13: Proces izvajanja raziskave z opazovanjem udeležencev 139
Tabela 14: Prikaz načel analize razprave 143
Tabela 15: Zdravniki glede na oddelek zaposlitve (n = 119)..... 157
Tabela 16: Opisne statistike indikatorjev konstrukta organizacijska struktura 162
Tabela 17: Opisne statistike indikatorjev konstrukta organizacijska kultura 164
Tabela 18: Prikaz rezultatov F-testa za trditev sklopa organizacijska kultura, pri kateri obstajajo statistično značilne razlike med skupinama 166
Tabela 19: Opisne statistike indikatorjev konstrukta učeča se organizacija 166
Tabela 20: Prikaz rezultatov F-testa za trditvi sklopa participativno vodenje 169
Tabela 21: Opisne statistike indikatorjev konstrukta humanitarne ideje 171
Tabela 22: Opisne statistike indikatorjev konstrukta psihološka pogodba 172
Tabela 23: Prikaz rezultatov F-testa za trditev sklopa psihološka pogodba, pri kateri obstajajo statistično značilne razlike med skupinama 173
Tabela 24: Opisne statistike indikatorjev konstrukta individualna avtonomija 174
Tabela 25: Prikaz rezultatov F-testa za trditve sklopa individualna avtonomija, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama 175
Tabela 26: Opisne statistike indikatorjev konstrukta medosebni odnosi 177
Tabela 27: Prikaz rezultatov F-testa za trditvi sklopa medosebni odnosi, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama 178
Tabela 28: Opisne statistike indikatorjev konstrukta zaupanje v znanost 179
Tabela 29: Opisne statistike indikatorjev konstrukta pripravljenost na spremembe 180
Tabela 30: Prikaz rezultatov F-testa za trditvi sklopa pripravljenost na spremembe, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama..... 181
Tabela 31: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta oganizacijska struktura z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 183
Tabela 32: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta organizacijska kultura z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 184
Tabela 33: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta učeča se organizacija z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 184
Tabela 34: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta humanitarne ideje z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 185
Tabela 35: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta psihološka pogodba z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 186
Tabela 36: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta individualna avtonomija z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 187

Tabela 37: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta medosebni odnosi z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 188
Tabela 38: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta zaupanje v znanost z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 188
Tabela 39: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta pripravljenost na spremembe z metodo glavnih komponent in varimax rotacijo 189
Tabela 40: Korelacijska matrika faktorjev s področja strukturne karakteristike in pripravljenosti na spremembe 190
Tabela 41: Korelacijska matrika faktorjev s področja poklicna kultura in pripravljenost na spremembe 191
Tabela 42: Povzetek regresijskega modela: strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe 193
Tabela 43: F-test ustreznosti regresijskega modela: strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe 193
Tabela 44: Model multiple linearne regresije: strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe 193
Tabela 45: Povzetek regresijskega modela: poklicna kultura in pripravljenost na spremembe 194
Tabela 46: F-test ustreznosti regresijskega modela: poklicna kultura in pripravljenost na spremembe 195
Tabela 47: Model multiple linearne regresije: poklicna kultura in pripravljenost na spremembe 195
Tabela 48: Primerjava osmih korakov uvajanja sprememb med teorijo in prakso..... 205

UVOD

Opis ožjega znanstvenega področja

Sistemi zdravstvene oskrbe so označeni z variacijami v klinični oskrbi, pomanjkanjem odgovornosti za potrebe uporabnikov, izgubami, zamudami in finančnimi izzivi (Institute of Medicine, 2001, str. 1, 2). Sedanji napori za izboljšanje kakovosti navadno ne privedejo do zadostnega rezultata v sorazmerno kratkem času. Najpomembnejši vzrok za to je zahtevna implementacija in dejstvo, da napori za izboljševanje kakovosti ostajajo na ravni organizacije in se premalo izražajo na ravni, kjer zdravstveno osebje dejansko zdravi bolnike. Do danes še niso objavljene študije, ki bi pokazale realni izkupiček velikih sprememb v organizacijah za izboljšanje kakovosti, se pa strokovnjaki strinjajo, da večina organizacij ni dosegla zastavljenih ciljev (Bate, Bevan in Robert, 2004, str. 2).

Opis kulture varnosti bolnikov je precej obsežen in temelji na originalnem delu Kena Kizerja (2005, v Conway, 2005, str. 46). Je popotovanje, ki temelji na zaupanju, človekovih pravicah in odpuščanju; usmerjena je v bolnika in njegovo družino; zaposleni si delijo vizijo kakovosti in varnosti z vodenjem in ravnanjem s človeškimi viri v uravnoteženem procesu, ki pričakuje, omogoča in podpira najvišje ravni uspešnosti od vseh; priznava visoko tvegano naravo zdravstvenega varstva, v katerem se sprejemajo napake, in spodbuja k povečani varnosti bolnikov z zagotavljanjem individualnega in skupnega sprejemanja odgovornosti za varno zagotavljanje kakovostne oskrbe, s spodbujanjem poročanja in odprte komunikacije o pomislekih glede varnosti bolnikov v poštenem okolju, z zagotavljanjem organizacijskih struktur, procesov, ciljev in nagrad, ki pripomorejo k izboljševanju bolnikove varnosti, in z vzpostavljanjem sistemov, ki podpirajo varno prakso, realizirajo sinergije in lajšajo timske napake. Kultura varnosti bolnikov zajema usmerjen, na podatkih temelječ, sistematski pristop. Stimulira trajno »tenzijo za spreminjanje«. Dovoljuje učenje iz napak in skupnih zgodb o varnosti in spozna samo sebe v nenehnem spreminjanju.

Bistveni pogoj za izboljšanje varnosti bolnikov je uvajanje kulture varnosti v nasprotju s kulturo obtoževanja (Foffman in Mark, 2006; Kaissi, 2006; Odwazny et al., 2006, v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 422). Argument za to je, da kultura obtoževanja, ki uporablja kaznovanje, obtoževanje posameznikov za napake in šibko poročanje o napakah in v kateri napake niso spoznane kot priložnost za učenje, ne zagotavlja izboljšane varnosti bolnikov (Mwachofi et al., 2011, v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 422). Kultura varnosti zagotavlja bolj usmerjene in sistematične pristope obravnavanja napak. V kulturi varnosti je prioriteta varnost, posamezniki morajo identificirati in razpravljati o vsaki napaki z usmerjanjem v to, kaj se je zgodilo, ne kdo je bil vpleten (Kaissi, 2006, v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 422).

Enako pomembna je vpletenost bolnikov in njihovih sorodnikov v proces zdravljenja ter da se zagotovi pravočasno, varno in učinkovito zdravljenje. V ta namen je treba najprej oblikovati kulturo organizacije, ki podpira varnost bolnika. Zaposlenim je treba priučiti občutek skupinskega zdravljenja. Kultura bolnikove varnosti pomeni preureditev celotnega poteka dela v organizaciji. V večini primerov

to pomeni, da se prevzamejo in prilagodijo uveljavljeni postopki, ki se prilagajajo spremenljivemu okolju. Sistem mora biti odprt za spremembe.

Opredelitve kakovosti v zdravstvu so različne. Za bolnika je najpomembnejši njegov zdravstveni izid, pri čemer ne mislimo samo na ozko tehnične izide zdravljenja, ampak tudi na funkcionalni vidik in kakovost bolnikovega življenja v povezavi z njegovim zdravjem. Zaradi tega je še najbližja definicija kakovosti v zdravstvu definicija Inštituta za medicino iz Združenih držav Amerike, po kateri je kakovostna zdravstvena oskrba tista zdravstvena oskrba, ki posameznikom in prebivalstvu zagotovi izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem (Institute of Medicine Medicare, 1990). Tradicionalna definicija kakovostne zdravstvene oskrbe je opisana kot oblika oskrbe, za katero se pričakuje, da poveča bolnikovo dobrobit, potem ko je bil izbran najprimernejši proces oskrbe v vseh njegovih delih (Donabedian, 1988, str. 173).

Na splošno vsakodnevno delo s pacienti ali, kakor mu drugače rečemo, »rutinska praksa« močno zaostaja pri pravočasni in zanesljivi uporabi z dokazi podprte medicine. Primerov je veliko, v svetu in pri nas (McGlynn, Asch, Adams, Keesey, Hicks, DeCristofaro in Kerr, 2003, str. 2636; Pajntar, Verdenik in Leskošek, 2004, str. 42–47). Raziskovalci po vsem svetu so dokazovali, da trenutni pristop izboljševanja varnosti bolnikov prinaša manj kot zadovoljujoče rezultate. Dejstvo je, da je napredovanje zelo razočaralo, kar je najbolje opisalo poročilo Institute of Medicine (IOM): To Err is Human (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000, str. 1), v katerem je opisano, da vsako leto 45.000 do 98.000 Američanov umre zaradi zdravniških napak, ki bi se jim sicer lahko izognili. V Kanadi so v študiji »Canadian Adverse Events Study« dokazali, da 7,5 % vseh bolnišničnih sprejemov (približno 185.000 vsako leto) trpi zaradi stranskega dogodka in da bi lahko približno 70.000 (38 %) teh dogodkov lahko preprečili (Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown, Cox, Etchells, Ghali, Hebert, Majumdar, O'Beirne, Palacios-Derflingher, Reid, Sheps in Tambly, 2004, str. 1679). Tako mnogi pacienti dobijo zdravstveno oskrbo, ki zaostaja za standardi in postopki, temelječimi na medicini, podprti z dokazi. Pri tem nimam v mislih samo tistega pojmovanja medicine, ki govori samo o zdravnikovem delu, ampak medicine v širšem smislu, z vsemi njenimi dejavnostmi (npr. zdravstvena nega, fizioterapija, lekarniška dejavnost itd.), skupaj s podpornimi dejavnostmi.

Tudi kakovostni management stroškov, informacij, delovnega okolja, varnosti za paciente in osebje lahko močno pozitivno ali negativno vplivajo na izid zdravljenja. Zakaj večina pobud o varnosti bolnikov ni dosegla svojega namena? Kaissi (2006, v Goh, Chan, Kuziemsky, 2013, str. 421) trdi, da je ta omejen vpliv posledica nepravilnega usmerjanja na organizacijske dejavnike, kar najlepše opisuje stavek: premikanje bolnikove varnosti ni doseglo začrtanih ciljev izkoreninjenja ali vsaj očitnega zmanjševanja napak zaradi nepravilnega usmerjanja na dejavnike na strani izvajalca ali bolnika, s hkratno premajhno pozornostjo na organizacijske dejavnike, ki vplivajo na varnost bolnikov (Kaissi, 2006, str. 292–3). Ti dejavniki vključujejo slabe odločitve managementa in neučinkovito zgrajene organizacije.

Kultura bolnikove varnosti pomeni preureditev celotnega poteka dela v organizaciji. V večini primerov to pomeni, da se prevzamejo in prilagodijo uveljavljeni postopki, ki se prilagajajo spremenljivemu okolju. Sistem mora biti odprt za spremembe. Navadno se začne sistem spreminjati zaradi nekega dogodka, ki izsili spremembo. Sem spada nenaden dogodek ali sprememba v vodstvu. Zaradi tega dogodka začne bolnišnica več pozornosti posvečati kakovosti in spremembi kulture organizacije. Sem spada tudi oblikovanje skupin, odgovornih za bolnikovo varnost. Njihova naloga je med drugim tudi to, da se podrejo stare kulturne meje, se poveča moč medicinskih sester in drugih strokovnih delavcev. S tem se pridobi podpora začetkom povečevanja bolnikove varnosti. Delo se začne tako, da se z večdisciplinarnim pristopom najprej prepozna in nato reši problem. V vsakdanje delo se uvedejo novi postopki in prakse, ki temeljijo na z dokazi podprti medicini. Če sledimo zgornjim točkam, potem bi se morala uspešnost določene bolnišnice povečati, kar bi se dokazovalo z izboljšanimi kazalniki procesov dela in kliničnih rezultatov, skupaj z zadovoljstvom bolnikov in zaposlenih, zmanjšano ležalno dobo in zmanjšanim številom zdravniških napak (Liang in Howard, 2007, str. 393; Runy, 2007, str. 51–53).

Čedalje več literature se usmerja v več organizacijskih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na kulturo varnosti bolnikov. Ti vključujejo kulturo varnosti bolnikov, organizacijsko učenje in prilagodljive organizacijske strukture, kot je manj hierarhično okolje, ki podpira sodelovalno skupinsko delo (Hellings, Schrooten, Klazinga in Vleugels, 2010, str. 502–504; Nieva in Sorra, 2003, ii22). Pojavlja se tudi potreba po preučevanju kulture varnosti bolnikov v različnih zdravstvenih ureditvah z namenom razvoja učinkovitega zdravljenja zahtevnih primerov. Skupinsko delo, sodelovanje in organizacijsko učenje imajo močne korenine v organizacijskem vedenju in organizacijski teoriji. Večina raziskav je opravljenih v zasebnem ali javnem sektorju. Le zadnje raziskave so opravljene v zdravstvenih organizacijah, predvsem v razmerju do managementa bolnikove varnosti (Hellings, Schrooten, Klazinga in Vleugels, 2010).

Zdravniki pomembno vplivajo na delo bolnišnic. Napišejo ali dajo navodila o načinu zdravljenja bolnikov medicinskim sestram, farmacevtom in drugim strokovnim skupinam. Njihova avtoriteta kot pogoj za klinično kakovost je pripoznana v bolnišničnih predpisih, preko katerih uprava organiziranemu medicinskemu osebju deli pooblastila glede odgovornosti za kakovost zdravstvene oskrbe. Drugače rečeno, povezava med zdravniki in kakovostjo oskrbe je ključnega pomena za uspešno poslovanje bolnišnic, zdaj še bolj kot kadarkoli prej (Gosfield in Reinertsen, 2007, str. 12). Zdravniki imajo tudi močno posredniško vlogo pri uvajanju sprememb v zdravstvene organizacije (Britt, 2007, str. 66). Razlog je njihova močna avtonomna moč, ki je definirana kot »stopnja, do katere se lahko delo opravlja neodvisno, brez organizacijskega ali medicinskega nadzora, in stopnja, do katere se lahko pridobiva svoje stranke neodvisno od organizacije ali napotitev drugih strokovnih delavcev vključno z zdravniki.« V bolnišnicah se zdaj velikokrat uporabljata koncepta poklica in strokovnosti skupaj s poskusi uvajanja dobrih kliničnih praks, ki poudarjajo pozitivni pomen večdisciplinarnih skupin in skupinskega dela (Jeffcott in Mackenzie, 2008, str. 190; Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 425; Yamazaki, Iked in Umemoto, 2011, str. 66). Zaradi tega prihaja v različnih poklicnih skupinah, katerih člani so bili do zdaj v strogo hierarhičnem odnosu, do medsebojnih nasprotovanj (Hall, 2005, str. 189; Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009, str. 333; Almås in Ødegård, 2010, str. 143).

Zgoraj omenjena definicija nam zadošča za pojasnitev vztrajnega upiranja zdravnikov uvajanju sprememb, ki v njihovo delovno okolje vnašajo bolj kontrolirane, ozke novosti. Ključna točka pri tem je, da je medicina kot poklic na vrhu poklicne hierarhije in je do zdaj preverjala vse vsebine zdravniškega dela. Zato je treba uvajati spremembe na zdravnikom sprejemljiv način. Tako bolnišnice kot zdravniki namreč čutijo pritisk čedalje večjih zahtev po zniževanju stroškov, omejujočih regulacij, povečanih pričakovanj bolnikov, povečane globalne konkurence in potrebe po izboljšanih kliničnih in finančnih izidih. Pričakovati je, da bodo ti dejavniki uprave bolnišnic in zdravnike poenotili, in ne razdvojili. Zato je zelo dobro, da se v vsakdanjo prakso dela uvajajo strategije pozitivnega odstopanja, kar pomeni iskanje rešitev, ki v skupnosti že obstajajo in so zato sprejete in razumljive, namesto uvoza novih praks. Te strategije, skupaj s stalnim povpraševanjem in strukturiranim dialogom, so preizkušene taktike na terenu, ki vodjem bolnišnic omogočajo vpletanje zdravnikov v uvajanje sprememb in s tem obema strankama pomagajo, da delujeta bolj usklajeno in tako izboljšata oskrbo bolnikov v stalno spreminjajočem se zunanjem okolju. Sodelovanje med bolnišničnim managementom in zdravniki, ki temelji na preglednosti, aktivnem poslušanju in hitrem udejanjenju, lahko v končni fazi vodi do trajnostne konkurenčne prednosti (Cohn, Friedman in Allyn, 2007, str. 11).

V vsakem delovnem in socialnem okolju strokovni poklici zajemajo pomembne in močne vloge. Pomembni so zato, ker vključujejo specializirano znanje, ki ga nimajo vsi člani združbe, ki pa je pomembno za preživetje celotne združbe. Poklic članom združbe in združbi kot kolektivu omogoča uporabo in koristi od tega kompleksnega in pomembnega znanja. Strokovnjaki so tako močni, ker imajo lahko celoten pregled nad svojim znanjem in njegovo uporabo. Kot posamezniki v svojem strokovnem in samouravnavalnem delovanju in kot skupina so zelo neodvisni (Bayles, 1989, v Brien, 1998, str. 400). Zaradi tega so ostala združba in njeni člani močno odvisni od njih. Prav ta odvisnost in ranljivost združbe, njenih članov in kontrola vitalnega znanja daje moč članom določenega poklica. Ali če se izrazimo literarno: nestrokovnjaki so odvisni od njihovega usmiljenja. Problem, s katerim se sooča skupnost in posamezna stranka, je, kako je mogoče vplivati na to asimetrijo moči. Kako sta lahko skupnost in stranka prepričani, da moč strokovnjakov ni zlorabljena? In če je, kako je zagotovljeno, da obstaja za to učinkovito zdravilo? Če povemo drugače, kako so lahko nestrokovnjaki prepričani, da se strokovnjaki niso, če citiram Georga Bernarda Shawa »zarotili proti laikom«? Problem, ki se pojavlja v vsaki poklicni združbi, je pod vplivom kontrole etične kakovosti. Kako učinkovito uravnavati samega sebe, da se bo zagovarjala neodvisnost, pri tem pa zagotavljati, da bodo stranke in člani združbe iz delovanja strokovnjakov pridobili čimveč koristi, ne pa da bodo postali njihove žrtve? Obe skupini imata težavo v preprečevanju in politiki zlorab moči brez motenja dejavnosti poklica (Brien, 1998, str. 391–392). Zdravniki skušajo na vsak način obdržati svojo najpomembnejšo vlogo v zdravstveni oskrbi. Večinoma imajo linearen in ozko usmerjen pogled na spodbudo zdravstvene oskrbe. Obdržati želijo svoj vložek v odločitve, imajo jasen vpliv na zmogljivosti delovanja in želijo nadaljevati z zaslužkom, ki ni ogrožen s preveliko ali nepošteno konkurenco (Bujak, 2005, str. 28).

V sedanjem času pa vseeno postaja bolnik vse bolj ozaveščen, močan in zahteven (Hogg, 2004, str. 2; Fang, Rizzo, Miller in Zeckhauser, 2011, str. 2; Bowden in Smiths, 2012, str. 152). Zaradi tega bo treba

nekoliko razrahljati »z znanjem pričvrščen vozel moči«, na katerem temelji strokovna moč. Posledično se čedalje bolj podcenjuje hegemonijo medicinskega modela zdravja. Bolnik tako ni več zbirka simptomov, ki jih je treba diagnosticirati in zdraviti, ampak predstavlja celostno osebo, ki potrebuje individualni odziv (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 815). Ta koncept podpira široko podprto idejo, da je vpletenost bolnika v svoje lastno zdravljenje in oskrbo pozitivno povezana z izidi njegovega zdravljenja.

Eno od kritičnih vprašanj, ki se pojavljajo ob uvajanju sprememb in ožjega standardiziranega okolja v javne zdravstvene ustanove, je, ali se bo zmanjšala strokovna avtonomija zdravnikov. Vsekakor bi se z bolj standardiziranim pristopom k zdravljenju bolnikov zmanjšala njihova ekonomska avtonomija. Zdaj pa je največja skrb namenjena izgubi individualne avtonomije kot najmoralnejšemu vprašanju v zdravniškem poklicu (Lee in Culbertson, 1990, v Culbertson in Lee, 1996, str. 115). Lewis (1991, v Culbertson in Lee, 1996, str. 115) je skupaj s soavtorji poročal o »povečanem nezadovoljstvu s prakso interne medicine, predvsem zaradi zaskrbljenosti pred izgubo klinične avtonomije …«

Ključna točka pri tem je, da je medicina kot poklic na vrhu poklicne hierarhije in je do zdaj kontrolirala osnovne vsebine zdravniškega dela. Samovodenje poklica je ključno za definicijo avtonomije (Culbertson in Lee, 1996, str. 116). Mogoče je Starr (1982, v Culbertson in Lee, 1996, str. 120) ta koncept prikazal še učinkoviteje, in sicer z opisom medicine kot »vladarskega« poklica. Obdobje od konca druge svetovne vojne do dvajsetega stoletja je po Freidsonovem mnenju zlata doba ameriške medicine v smislu poklicne kontrole (Freidson, 1988, v Culbertson in Lee, 1996, str. 119). Možnost resnične izgube avtonomije je zdaj največji strah zdravnikov tako v ZDA kakor tudi v Evropi (Colby, 1997, str. 112). Do današnjih dni so zdravniški poklici v primerjavi z drugimi uživali neprecenljivo neodvisnost (Starr, 1982, v Culberston in Lee, 1996, str. 119). Zgodnje grožnje tej avtonomiji so se najprej kazale v obliki vnaprej določenih odločitev zdravstvene oskrbe in nato nadaljevale z grožnjami o izključitvah iz zdravniških združenj (Burrow, 1977). Kršenje klinične avtonomije zdravnikov bi tako lahko opisali kot različne oblike tržnih mehanizmov, oblikovanje kazalnikov in meritev kakovosti, programov kakovosti in ostalih meritev (Newman in Vidler, 2006, str. 199).

Število in moč dokazov o vrednosti s podatki podprte medicine rasteta, tako da zdaj velikokrat prihaja do nasprotij med kliničnimi potmi in avtonomijo zdravnikov (Larson, 2007, str. 14; Timmermans in Kolker, 2004, str. 177, 178; Storey in Buchanan, 2008, str. 647). Zdravniki tradicionalno niso hoteli biti omejeni s standardi, kakršnimikoli pravili, ki segajo preko Hipokratove prisege. Strokovna avtonomija zdravnikom daje svobodo prostega odločanja v najboljšem interesu bolnika, brez kakršnegakoli drugega vmešavanja, in temelji na načelu, da zdravniki ravnajo kompetentno in da bodo vedno postavljali dobro počutje bolnika pred svoje lastne interese (Khaliq, Mwychofi in Broyles, 2010, str. 111).

V zadnjih desetletjih se je v zdravstvenem prostoru razlila na dokazih temelječa medicina – socialno gibanje, ki ima namen krepiti znanstveno osnovo zdravstvene oskrbe in določati učinkovitost kliničnih posredovanj (Sackett et al., 1996, v Timmermans in Kolker, 2004, str. 177). Obrat v smer razmišljanja

k medicini, temelječi na dokazih, je posledica s študijami pridobljenih dokazov o stalnem spreminjanju zdravljenja bolnikov, kar je spodkopavalo verodostojnost zdravnikov in hkrati porajalo vprašanja o upravičenosti cene zdravljenja. Na dokazih temelječa medicina ponuja znanje, zato je treba v zdravstvenih ustanovah uvesti management znanja. Zato se v zadnjih desetletjih, natančneje, od druge polovice devetdesetih let prejšnjega stoletja kot orodje za zagotavljanje optimizacije zdravstvenih virov in večanja kakovosti oskrbe v zdravstvenih ustanovah uporabljajo klinične poti (Every et al., v Yamazaki, Ikeda in Umemoto, 2011, str. 63). Klinična pot je strukturiran pripomoček, ki vodi v optimalno meddisciplinarno oskrbo bolnikov. Praksa kliničnih poti vpleta vse zdravstvene poklice, zdravnike, medicinske sestre, fizioterapijo ipd.

Število sprememb v organizacijah se je v zadnjih dveh desetletjih drastično povišalo, ne glede na način njihovega merjenja. Čeprav nekateri posamezniki mislijo, da bo večina prestrukturiranj, reinženiringov, združitev, zmanjševanja organizacij in naporov za uvajanje merjenja in poviševanja kakovosti počasi usahnila, se večina s to mislijo ne strinja. Na to zelo vplivajo močne makroekonomske sile, ki lahko v naslednjih nekaj desetletjih postanejo še močnejše. Zato bo čedalje več organizacij prisiljenih v zniževanje stroškov, izboljševanje kakovosti svojih izdelkov in storitev, odkrivanje priložnosti za rast in povečevanje učinkovitosti. Do zdaj so napori pri uvajanju velikih sprememb nekaterim organizacijam pomagali, da so izboljšale svoje konkurenčno stanje in si ustvarile bolj pozitivno prihodnost. Vseeno pa so nameravane izboljšave prevečkrat v določenih situacijah razočarale in pustile za seboj veliko razdejanje z izgubljenimi viri in izgorelimi, prestrašenimi in frustriranimi zaposlenimi (Kotter, 1996, str. 3, 4).

Organizacijska sprememba, kot je npr. uvedba inovativnega modela zagotavljanja zdravstvenih storitev, lahko sproži spremembe, ki zmotijo bazo poistovetenja z organizacijo. Organizacija se mora razviti in spremeniti svojo notranjo strukturo, glede na to, kaj je namen organizacije in v kaj se namerava razviti. Te spremembe seveda zahtevajo pridružene premike v skupnih vrednotah in nagnjenjih v organizaciji. Pri tem se je pomembno zavedati, da v določenem trenutku poistovetenja članov družbe z njo postanejo odvečne ali uničene. Zato morajo zaposleni ponovno vzpostaviti sami sebe z novo delovno prakso (Pratt et al., 2006, v Hendy in Barlow, 2012, str. 349). Sinclair (1991) poudarja, da tudi če ne obstaja »odličen model« vodenja spreminjanja organizacije, lahko kultura vpliva na organizacijo v različnih, in niti ne nujno negativnem načinu. Prepletanje med različnimi ravnmi kulture je dinamična danost v procesu spreminjanja (Carlstrőm in Ekman, 2012, str. 178).

Zdravstvene organizacije po vsem svetu se srečujejo z dramatičnimi demografskimi spremembami, spremembami v tehnologiji, trgih delovne sile, stopnjah kompenzacije in koristi. Publikacija Inštituta za medicinske študije iz Združenih držav o posledicah zdravniških napak (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000) je pokazala povečano zanimanje javnosti zanje, kar je povečalo pritisk na izboljšanje rezultatov zdravljenja (McFadden, Stock, Gowen III in Cook, 2006, str. 124). Reforma zdravstvenega varstva je sicer globalni fenomen od zgodnjih 80. let prejšnjega stoletja. Osredotoča se predvsem na managersko prestrukturiranje sistema z namenom nastanka bolj odgovornega in učinkovitega sistema.

Ena izmed jedrnih komponent je strinjanje glede uspešnosti, ki poveže uspešnost posameznih javnih uslužbencev z cilji organizacije preko merjenja, spremljanja in izboljševanja uspešnosti zaposlenih (O'Donnell in Turner, 2005, str. 615–28; Linag in Howard, 2007, str. 393–394). Ne glede na vsebino sprememb pa je pomemben tudi način uvajanja sprememb, ki je večstopenjski. Velikokrat je ključnega pomena že prvi korak, ki daje vtis nujnosti uvajanja spremembe. Če zaposleni ne čutijo te nujnosti in so zadovoljni s trenutnim stanjem, potem obstaja zelo velika verjetnost, da bo uvedba spremembe propadla takoj na začetku. Drugi trije začetni koraki, ki so za izvedbo prav tako vitalnega pomena, pa so izgradnja močne zmagovite koalicije in oblikovanje prežemajoče vizije, o kateri je treba sproti obveščati vse zaposlene v podjetju (Kotter, 1996, str. 45).

Organizacijska struktura opisuje formalno specifikacijo različnih vlog članov organizacije oz. skupinskih nalog za zagotavljanje dejavnosti organizacije. Strukturna ureditev vpliva na učinkovitost dela, na motivacijo posameznikov, pretok informacij in stanje kontrolnih sistemov. Zaradi tega vpliva tudi na obliko organizacije v prihodnosti. Pomembna sestavina organizacijske strukture je stopnja, do katere so odločitve decentralizirane (Chenhall in Morris, 2003, str. 486). Burns in Stalker (1961, v Chenhall in Morris, 2003, str. 493) sta poudarila, da je treba razumeti, kako organizacija deluje. Zaključila sta, da obstajata dva tipa organizacije, mehanistični in organski, in vsak ustreza svojemu različnemu kontekstu. Definicija mehanistične strukture ustreza bolj centralizirani avtoriteti, organska bolj participativni obliki. Predlagala sta, da birokracijo štejemo k mehanističnim strukturam in da najbolje deluje v stabilnem okolju. Organska struktura se bolje prilagaja in je zato tudi bolj uspešna kot mehanistična v negotovem in turbulentnem okolju. Večina organizacij nima možnosti izbire, katero strukturo si bo izbrala, ker se pretežno vse soočajo z negotovim in turbulentnim okoljem.

Zdravstvene organizacije so opisane kot kompleksni sistem (Plsek, 2003, str. 3). Po svojem delovanju so zelo različne, njihova prihodnost pa je odvisna od njihovih članov. Zato je za vodstvo vitalnega pomena, da prepozna ustvarjalno moč organizacije. V praksi je stopnja zavedanja in privlačnosti organizacije za svoje člane odvisna od stopnje participacije, od katere pa je lahko v naslednji fazi odvisna tudi kakovost izvajanja storitev (Lingberg, 2002, str. 215). Stopnja participacije pa je neposredno odvisna tudi od organizacijske strukture. Neprimerno večja je v prilagodljivi, organski strukturi. Vseeno je v slovenskem zdravstvenem prostoru organizacijska struktura zdravstvenih organizacij, ne glede na zgornjo trditev in ne glede na to, da se nahajajo v spremenljivem okolju, oblikovana strogo mehanistično. Zato je onemogočeno oblikovanje delovnih skupin in sodelovanje članov organizacije bodisi v horizontalni bodisi v vertikalni smeri. To pomeni, da je onemogočeno tako sodelovanje zdravnikov različnih specialnosti kakor tudi različnih izvajalcev iste specialnosti.

Opredelitev raziskovalnih vprašanj in temeljne teze

Osrednja raziskovalna dilema je, ali je mogoče z zmanjševanjem dejavnikov, ki vplivajo na pripravljenost zdravnikov, uspešno uvesti spremembe v zdravstvene organizacije in s tem povečati varnost bolnikov? Raziskovalno vprašanje lahko oblikujem takole:

***(R)**: Kateri dejavniki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na spremembe, ki se uvajajo v javne zdravstvene organizacije?*

Raziskovalno vprašanje (***R***) se usmerja v prepoznavanje in potrditev dejavnikov, ki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na spremembe. Model prikazuje vpliv strukturnih značilnosti, poklicne kulture in individualne avtonomiije na pripravljenost zdravnikov na spremembe. Za uspešno uvajanje sprememb v javne zdravstvene organizacije pa je potreben tudi učinkovit management sprememb, ki zajema določen popoln proces uvajanja sprememb. Celotna preobrazba je pomembna zaradi možnosti povečanja kakovosti zdravstvenih storitev s poudarkom na izoblikovanju kulture varnosti bolnikov. Na osnovi podanih problemskih izhodišč postavljam temeljno tezo predlagane doktorske disertacije, in sicer: *Pravilen pristop k managementu sprememb lahko poveča uspešnost zdravstvenih organizacij v smislu povečane kulture varnosti bolnikov. Na ta proces vpliva pripravljenost zdravnikov na spremembe, ki je odvisna od vpliva njihove poklicne kulture in individualne avtonomije.*

Opredelitev predmeta raziskovanja

Predmet kulture varnosti bolnikov

Kultura varnosti ni nekaj, kar se enostavno prime in postavi v organizacijo ali se prižge na gumbu za vklop, ampak je proces njenega uvajanja precej bolj kompleksen, dolgotrajen in zahteven. Čeprav ne obstaja povsem jasno razmejena definicija termina kulture varnosti, največ raziskovalcev sklepa, da se ta koncept navadno nanaša na skupek (angl. *set*) z varnostjo povezanih pogledov, vrednot in predvidevanj, ki so skupne med člani organizacije (Guldenmund, 2000; Gadd, 2002, v Antonsen, 2009, str. 183). To je pogled življenja organizacije, ki podpira enotnost in vključenost, čeprav sta le za redke organizacije značilna široko sprejeto medsebojno soglasje in skladnost. Veliko pogosteje je življenje organizacije označeno z razlikovanjem, nesoglasji zaradi redkih virov in izražanja moči. Kultura varnosti tako temelji na zaupanju, človekovih pravicah in odpuščanju; usmerjena je v bolnika in njegovo družino; priznava visoko tvegano, k napakam osredotočeno naravo zdravstvenega varstva in spodbuja k povečani varnosti bolnikov z zagotavljanjem posameznikovega in skupnega sprejemanja odgovornosti za varno zagotavljanje kakovostne oskrbe, s spodbujanjem poročanja in odprte komunikacije o pomislekih glede varnosti bolnikov v poštenem okolju, z zagotavljanjem organizacijskih struktur, procesov, ciljev in nagrad, ki pripomorejo k izboljševanju bolnikove varnosti, in z vzpostavljanjem sistemov, ki podpirajo varno prakso, udejanjajo sinergije in lajšajo timske napake. Kultura varnosti bolnikov zajema usmerjen, na podatkih temelječ, sistematski pristop. Spodbuja trajno »težnjo po spreminjanju«. Dovoljuje učenje iz napak in skupnih zgodb o varnosti in spozna samo sebe v nenehnem spreminjanju (Nieva in Sorra, 2003, str. ii17).

Predmet managementa sprememb

Uvajanje sprememb je eno izmed najbolj raziskovanih področjih v managementu. Raziskav, ki proučujejo vplivne dejavnike uspešnega uvajanja sprememb, je veliko. Schein (1987, 1988, 1999) ugotavlja, da organizacije preveč neposredno pristopajo k uvajanju sprememb in ne pripravljajo na to posameznikov in skupin. Tako večina odpora do sprememb izvira iz zaposlenih, nekaj pa tudi iz

pomanjkanja moči managerskih delovnih skupin. V splošnem ne obstajajo težavni ljudje, obstaja samo način vodenja, katerega neizogibna posledica je težavnost (Schmidt, 2006, str. 3). V viharnih obdobjih velja pravilo, da če voditelj dobro obvlada stvarnost, potem vedno zmaga. Kotter in Cohen sta prišla v intervjujih 400 ljudi v 130 organizacijah do naslednjih ugotovitev. Visoko uspešne organizacije točno vedo, kako zaustaviti posameznike, ki se vedno upirajo in zavračajo novosti. Vedo, kako zagrabiti priložnosti in se izogniti tveganjem. Vedo, da so večji preskoki povezani z veliki zmagami. Zavedajo se, da kontinuirane manjše izboljšave same po sebi niso več dovolj za uspešno delovanje (Kotter in Cohen, 2002). Največ raziskav v zdravstvu je bilo narejenih na področju stopenj sprememb, pri čemer Ferlie in Shortell (2001, str. 283) opisujeta naslednje stopnje: posameznik, skupina ali delovna skupina, celotna organizacija in celotni sistem v okolju, v katerega je organizacija vpeta. Mnogi raziskovalci uvajanja sprememb v zdravstvu opozarjajo predvsem na težavo pri uvajanju sprememb na stopnji posameznika, saj tradicionalni učni programi za zaposlene v zdravstvu ne obravnavajo medicine kot znanosti, ki se izvaja in razvija timsko v celotni organizaciji, temveč predvsem poudarjajo in usposabljajo posameznika za individualno odločanje in sprejemanje kliničnih odločitev (Soumerai, McLaughlin, Gurwitz et al., 1998, v Ferlie in Shortell, 2001, str. 285). Primeren način uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije s pospeševanjem, sodelovanjem in učenjem, kar pomeni, da hitrega načina uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije ni. Ključna področja, na katera lahko vplivamo, so: pričakovanja, vzpostavljen občutek kontrole in določena oblika ravnotežja. Pri vsem skupaj je zelo pomembna pomoč vrhnjega vodstva.

Predmet strukturnih karakteristik

Sposobnost organizacije, da se strukturira in restrukturira z namenom prilagajanja spreminjajočim se notranjim in zunanjim stanjem, je pomembna za povečevanje njene uspešnosti. Za uspešno uvajanje sprememb sta potrebni tako primerna organizacijska struktura kot kultura. Organizacijska struktura je definirana kot sposobnost organizacije, da razdeli delo in določi vloge in odgovornosti posameznikom in skupinam. Prav tako pomeni proces, s katerim organizacija koordinira svoje delo in delovne skupine. V organizacijah, kjer sta pomembni inovativnost in produktivnost, je konkurenčna prednost meddisciplinarno timsko delo. Na obliko strukture vpliva mnogo spremenljivk: zgodovina, velikost, tehnologija, cilji organizacije, strategija, upravljanje, pritiski iz zunanjega okolja ipd. Drugi pomemben vidik opredeljevanja organizacije je oblika deljenja avtoritete. Organizacije so različne, od decentraliziranih do centraliziranih, od visoko participativnih do diktatorskih. Vsaka oblika organizacije je odgovor na notranja in zunanja stanja. Trenutno je veliko organizacij, predvsem javnih, zainteresiranih za decentralizacijo avtoritete in povečevanje participacije članov organizacije. Z ustreznim vodenjem lahko preko preoblikovanja organizacijske strukture razvijamo kulturo organizacije in obratno. Zdravstvene organizacije bi v končnem stanju rasti in razvoja želeno dosegale stopnjo učeče se organizacije, ki jo sestavljajo osebno mojstrstvo, miselni modeli, timsko učenje, skupna vizija in sistemsko razmišljanje.

Predmet poklicne kulture

Kultura je okvir, ki pomaga razlikovati eno skupino ljudi od drugih. Določa edinstven skupek formalnih in neformalnih osnovnih pravil razmišljanja v organizaciji, obnašanj, ki določajo tisto, za kar

mislimo, da je resnično. Čeprav se posamezni člani v mnogo pogledih razlikujejo, jih medsebojno povezuje njihovo skupno stališče (Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden in Montalván, 2002, str. 97–100). Na delovanje organizacije in delovno in managersko obnašanje ne vpliva samo nacionalna kultura. Kulturo lahko definiramo na različnih ravneh in se razteza od poklicnih ravni in ravni organizacije do ravni skupine (Hofstede, 1991, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 2). Organizacijska kultura ima močan vpliv na prepričanja, nagnjenja in obnašanje posameznikov v mejah organizacije (Martin, 1992, Schein, 1985, Schein, 1990, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 2). V eni organizaciji lahko obstaja več subkultur (strokovna združenja, politične stranke, etične skupine). Tako lahko na posameznikovo obnašanje vplivajo norme in vrednote teh subkultur (Schein, 1990, Triandis, 1972, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 2). Raziskave (Straub et al., 2002, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 2), ki temeljijo na teoriji socialne identitete, pa dokazujejo, da vse te ravni medsebojno vplivajo druga na drugo. Socialni razred, kakor ga definira Hofstede (1991, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 1–3), je povezan s poklicnimi priložnostmi in poklicem osebe. V delovnem okolju te priložnosti pripadajo eni do poklicnih kultur. Dodatno k poklicni kulturi lahko prištejemo še skupinsko kulturo. Skupine s skupnim delom preko skupnega časa razvijajo svoje lastne vrednote in norme in tako imajo svojo lastno kulturo. S povečevanjem pomembnosti skupinskega dela postaja skupinska kultura pomemben dejavnik v interakciji in učinkovitosti skupin (Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 1–3).

Predmet psihološke pogodbe in strokovne avtonomije zdravnikov

Raziskave psihološke pogodbe so postale bolj pogoste v zadnjih nekaj letih. Njen koncept pa izvira iz dela Argyrisa (1962, v DelCampo, 2007, str. 432), ki omenja koncept prehajanja. Levinson (1962, v DelCampo, 2007, str. 432) prav tako opisuje psihološko pogodbo kot »nenapisano strinjanje in seštevek vseh delovnih pričakovanj« (DelCampo, 2007, str. 432). Zdaj je najbolj sprejeta definicija psihološke pogodbe kot »individualna prepričanja, ki so oblikovana z organizacijo in pomenijo menjalno strinjanje med posamezniki in organizacijo« (Rousseau, 1995, v DelCampo, 2007, str. 432). Ta prepričanja so visoko subjektivna, nanje vplivajo razni dejavniki, npr. način posameznikovega odraščanja, vpliv socialnega okolja in pretekle izkušnje (Rousseau, 2001, str. 523). V splošnem definicija psihološke pogodbe ustreza pričakovanjem ali predvidevanjem delavcev in delodajalcev o svoji odgovornosti drug do drugega preko formalne pogodbe o zaposlitvi (Rousseau in Schalk, 2000, str. 14). Z drugimi besedami se psihološka pogodba ukvarja s pričakovanji o obveznostih, ne o obveznostih samih. Prav tako jo lahko razlikujemo od širših pričakovanj. Pričakovanja v psihološki pogodbi so »samo tista pričakovanja, ki izvirajo iz zaznanih implicitnih ali eksplicitnih obljub delodajalca« (Robinson, 1996 v Zhao, Wayne, Glibkowski in Bravo, 2007, str. 649). Če zaposleni dobijo občutek, da organizacija ni izpolnila vseh svojih obljub ali dolžnosti, potem lahko govorimo o *prelomu psihološke pogodbe* (Zhao, Wayne, Glibkowski in Bravo, 2007, str. 647). Freidson je v zadnjih dveh desetletjih poznan kot vodilni teoretik s področja strokovne avtonomije. Zanjo ima naslednjo definicijo: »Popolna avtonomija je v idealnem primeru sestavljena iz poklicnega monopola, ki zajema več dimenzij. Najprej jo razumemo kot ekonomski monopol: poklic preverja vpoklic, izobraževanje in zaupanje, tako da lahko neposredno uravnava število izvajalcev, ki so potrebni za zadovoljevanje povpraševanja. To ima očitne vplive na prihodke. Strokovna avtonomija vsebuje tudi

politični monopol na področju odločanja. Tako je poklic spoznan kot avtoritativni predstavnik za vse zadeve, ki so povezani z njegovim znanjem in sposobnostmi. Zato predstavljajo njegovi predstavniki strokovne vodnike po zakonodaji in administrativnih pravilih. Nadalje ima ta poklic administrativni ali nadzorni monopol nad praktičnimi zadevami v povezavi s svojim delom. Njegovi člani so zadolženi za vzpostavljanje delovnih standardov, navodil in ocenjevanja dela. Norma je »kolegialni pregled« (angl. *peer review*) kot hierarhična direktiva. Strokovna avtonomija glede na opisano predstavlja privilegirano pozicijo določenega pomena (Freidson, 1970, v Culbertson in Lee, 1996, str. 117). Pomembni ameriški sociolog Talcott Parsons je najvišjo pozicijo opredelil z načelom tehničnih izkušenj, ki jih imajo zdravniki za zagotavljanje javnega dobrega. Za zadržanje regulacije zdravljenja svojih bolnikov, morajo imeti zdravniki kot poklic pravico do preverjanja stanj svojega kliničnega dela in bolnikov, ki jih obravnavajo (Parsons, 1964, v Culbertson in Lee, 1996, str. 116). Ključna točka pri tem je, da je medicina kot poklic na vrhu poklicne hierarhije in je do zdaj preverjala osnovne termine zdravniškega dela. Samovodenje poklica je ključno za definicijo avtonomije (Culbertson in Lee, 1996, str. 116).

Predmet participativnega managementa v zdravstvenih organizacijah

Obstaja veliko dejavnikov, ki predstavljajo trenutni izziv v zdravstvenem managementu, vseeno se tako raziskovalci kot tudi praktiki zavedajo, da so največji izzivi organizacijske narave, ne pa toliko klinične ali finančne narave (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 819). V zdravstvu so ključni cilji, kot so izboljšanje kulture varnosti, uspešnost zaposlenih in zadržanje ključnih talentov težje dosegljivi, ker se zdravstveno osebje sooča z večjimi zahtevami in obremenitvami na delovnem mestu. Zaradi teh izzivov morajo upravljalci uvesti takšne strategije managementa, ki bodo omogočale optimiziranje vlaganja v človeški kapital za zadržanje konkurenčne prednosti. Obstajata dve arhetipski managerski strategiji. Prva, avtokratska (ali avtoritarna) managerska strategija, si prizadeva znižati stroške dela z večanjem kontrole in učinkovitosti preko specializiranih vlog in upoštevanja strogih pravil. Nasprotno si participativne managerske strategije prizadevajo povišati učinkovitost zaposlenih z nagrajevanjem uspešnosti, večanjem predanosti zaposlenih in decentraliziranih sprejemanj odločitev, kar daje zaposlenim več glasu v delovnih odločitvah. Obstajata dve percepciji zaposlenih, ki sta ključnega pomena za uspeh pobud za participativni management. Najprej: informacije morajo prosto prehajati od in do zaposlenih, tako da imajo vedno dovolj informacij o svojem delu in da je njihov vložek v stvari, povezane z delom, legitimno premišljen. Drugo: zaposleni morajo zaznati, da imajo zadostno kontrolo nad svojim delom in odločitvami, kar pripomore k njihovemu dobremu počutju. Ko delavci začutijo moč, bodo bolj uspešni, bodo bolj predani organizaciji in njihov odhod bo manj verjeten, kar skupaj pripomore k uspešnosti organizacije (Kanter, 1993, v Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 129).

Opredelitev namena disertacije

Namen dela je sistemske narave, saj želimo skozi obširno vsebinsko in kvalitativno teoretično študijo primera Splošne bolnišnice Trbovlje opozoriti na pomen uvajanja sprememb v javne zdravstvene zavode, na pomen primernega managementa, ki preko oblikovanja učeče se bolnišnice ustvarja kulturo varnosti. Pri tem prikažemo vpliv različnih dejavnikov na pripravljenost zdravnikov na spremembe.

Zdravniki imajo namreč osrednjo vlogo v procesu zdravljenja bolnikov in tako predstavljajo kritično skupino, na katero moramo biti pozorni pri uvajanju sprememb. Osredotočimo se na pomen njihove poklicne kulture, ki jo za namen raziskave sestavlja več konstruktov, in sicer humanitarne ideje, individualna avtonomija, psihološka pogodba, medosebni odnosi in zaupanje v znanost. Zanima nas še vpliv strukturnih karakteristik na management sprememb. Zato jih razdelimo v tri konstrukte: organizacijska struktura, organizacijska kultura in učeča se organizacija. Z vzpostavitvijo sodelovanja med zdravniki in bolnišnico, ki temelji na jasni komunikaciji, skupnih ciljih in učinkovitemu reševanju problemov bi lahko oblikovali trajno konkurenčno prednost bolnišnic in s tem spreminjali organizacijsko kulturo v kulturo varnosti bolnikov (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 811).

Namen disertacije z eksperimentalnega dela je analizirati moč določenih izbranih dejavnikov, ki glede na literaturo najbolj vplivajo na pripravljenost zdravnikov na spremembe v izbrani študiji primera Splošne bolnišnice Trbovlje. V nalogi smo tako postavili naslednje tri hipoteze.

Hipoteza 1: *Organizacijska sprememba mora biti koordinirana prek velikega števila dimenzij, od katerih sta najpomembnejši struktura in kultura. Fleksibilna, položnejša organizacijska struktura, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, pozitivno vpliva na uvajanje sprememb v organizacije. Dokazano ima takšna struktura enako vlogo tudi v zdravstvenih organizacijah. Tradicionalna organizacijska struktura ne podpira uvajanja sprememb, ne prinaša razvoja in ne inovacij. Za uspešno implementacijo sprememb je nujno potrebno, da se te prilagodijo organizacijski kulturi in jo spreminjajo hkrati z organizacijsko strukturo v kulturo sodelovanja, kar velja tudi za zdravstvene organizacije. Pri tem ima participativni management pomembno pozitivno vlogo v omejevanju odpora do sprememb. Orodje, ki lahko pospeši organizacijski proces prilagajanja spremembam, je organizacijsko učenje, ki ga lahko obravnavamo tudi kot znanilca sprememb.*

Hipoteza 2: *Pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov. Pripravljenost zdravnikov se lahko poveča z njihovo vpletenostjo v spremembe, prepoznanjem potrebe po spremembi, jasno komunikacijo, pridobitvijo konsolidacije s povratnimi zankami in nazadnje vgraditvijo spremembe v organizacijsko kulturo.*

Hipoteza 3: *Poklicna kultura ima negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Zato je treba ustvariti »kulturo spremembe«, ki pospešuje spreminjanje ter ve, kako spremembo učinkovito uravnotežiti in jo integrirati v obstoječe sisteme. Če organizacije poskusijo uvajati bolj omejeno, standardizirano okolje v sicer raznolike načine ustaljenega načina dela in razmišljanja, so zdravniki manj naklonjeni uvajanju sprememb, saj hočejo pri odločanju obdržati svojo individualno avtonomijo, zajeto v psihološki pogodbi, ki je pomemben del njihove poklicne kulture. Z uvajanjem določenih novosti namreč zdravniki pridobijo občutek kršenja svoje psihološke pogodbe.*

Opredelitev cilja disertacije

Cilj dela z aplikativnega vidika je preučiti (prek kvalitativnega raziskovalnega pristopa študije primera izbranega podjetja) in analizirati teoretična izhodišča za uspešno izvajanje managementa sprememb v zdravstvene organizacije. Večina zdravstvenih organizacij ima velike težave pri uvajanju sprememb. Vzrok je v sami kompleksnosti organizacije kot sistema, v močni poklicni kulturi zdravnikov, v občutku kršenja strokovne avtonomije zdravnikov in hkrati občutku kršenja psihološke pogodbe. Glede na literaturo pa dosedanji poskusi uvajanja managementa uspešnosti v zdravstvene organizacije niso bili najbolje sprejeti tudi zaradi njihove nerazumljivosti. Praktični cilj naloge je s pomočjo izsledkov naloge poskušati definirati omejujoče dejavnike uvajanja sprememb v bolnišnice in jih omejiti. Prav tako definiramo dejavnike, ki pozitivno vplivajo na uvajanje sprememb v bolnišnice. V pravem okolju učeče se bolnišnice in s pomočjo participativnega managementa bomo tako lahko zagotovili razmere za uspešno razvijanje kulture varnosti bolnikov kot ključnega cilja delovanja bolnišnice.

Opredelitev metodologije raziskovanja

Teoretični del doktorske disertacije spada med preučevalne tipe raziskav. Osnovna metoda je splošna raziskovalna metoda spoznavnega procesa, s pomočjo katere zbiramo dejstva, podatke in informacije o opredelitvah, pojavih in elementih managementa sprememb, določanju poklicne kulture posameznih delovnih skupin v zdravstvenih organizacijah, opisu organizacijske strukture, opredelitvi psihološke pogodbe in individualne avtonomije zdravnikov ter, nazadnje, ustrezne oblike managementa uspešnosti, ki je primerna za zdravstvene organizacije. Na njihovi osnovi so v nadaljevanju vzpostavljena medsebojna teoretična razmerja. Raziskovalna metoda spoznavnega procesa je nadgrajena še z deskriptivnim pristopom, v okviru katerega so uporabljene naslednje metode. Metoda deskripcije, s pomočjo katere so opisani teorija, opredeljeni pojmi ter ugotovljena dejstva; ta metoda je uporabljena zlasti pri opredelitvi managementa sprememb, managementa izidov v okviru učeče se organizacije, opisu organizacijske strukture, poklicne kulture in psihološke pogodbe skupaj s strokovno avtonomijo. V delu uporabljamo metodo komparacije, kjer med seboj primerjamo dela, opredelitve in raziskave različnih avtorjev. Z metodo kompilacije s povzemanjem stališč drugih avtorjev v zvezi z izbranim raziskovalnim problemom oblikujemo nova stališča. Skozi celotno disertacijo uporabljamo metodo sinteze. Rezultati njene uporabe so vidni skozi prikaz sintetiziranih vsebin, dobljenih prek metode integracije in konceptualizacije posameznih znanstvenih področij v zbirnih shematskih in tabelaričnih prikazih ter končnim konceptualnim modelom. Pri spoznavnem procesu preučevanja literature za potrebe izdelave modela konceptualizacije uporabljamo metodo kvalitativne analize. Pri izpostavitvi temeljnih ugotovitev in relacij med posameznim tematskimi sklopi uporabljamo metodo indukcije.

Empirični del naloge spada v tip formalnih študij. Začne se torej tam, kjer se preneha preučevanje teorije. Začne se s hipotezo ali raziskovalnim vprašanjem in vključuje tudi natančne postopke ter specifikacije podatkovnih virov. Temelji na znanstvenem pristopu kvalitativne študije primera (angl. *case Study*). Izveden in podprt je z uporabo več temeljnih kvalitativnih raziskovalnih metod, ki tak pristop raziskovanja določajo. Študija primera izhaja iz celovitega načrta kvalitativne raziskave (angl.

case Study Design) (Yin, 2003, str. 1–17). Kvalitativno raziskovanje kot oblika sodobnega znanstvenega raziskovanja v zadnjih letih pridobiva na pomenu, ravno zaradi številnih prednosti in posebnosti, ki jih je moč s takim pristopom pridobiti zlasti pri preučevanju vodenja in razvoja teorije organizacije. Bryman (2004) v celovitem poročilu o najpomembnejših študijah o vodenju in razvoju organizacije v zadnjem raziskovalnem prispevku poda obširni, a kritični pregled kvalitativnih študij in predstavi več kot 70 izvedenih študij primera (v letih 1982–2004). Glede na izsledke Loflanda in Loflandove (1984) se kvalitativna raziskava nanaša na tehnike zbiranja podatkov s pomočjo opazovanja vpletenih in/ali z intenzivnim pogovorom in tehnike analize podatkov, ki so nekvantitativne. V najbolj osnovnem smislu kvalitativna raziskava pomeni opazovanje dogodkov v njihovem naravnem poteku in sistematsko poročanje o njih (Yin, 2003, str. 1–17). Celotna raziskava je operacionalizirana in temelji na skupini vprašalnikov. V raziskavo vključimo zaposlene zdravnike v določeni slovenski bolnišnici. Najprej izpolnijo vprašalnik, nato pa imamo z njimi še usmerjene intervjuje. Intervju je eno izmed ključnih orodij kvalitativnega raziskovanja, tako se večina raziskovalcev s socialnega področja opira na podatke, pridobljene na ta način. Zdravniki so razvrščeni glede na stopnjo njihove strokovne izobrazbe, ki je dober približek njihove starosti. Tako se delijo v naslednji skupini: mlajši zdravniki, kamor spadajo zdravniki pripravniki in zdravniki specializanti, in zdravniki specialisti. Zadnja kategorija se deli še na posameznike na vodilnih funkcijah in na posameznike na običajnih delovnih mestih. Kvantitativni del raziskave – anketo v spletni izvedbi – izvedemo še dodatno v treh tipičnih slovenskih bolnišnicah. Časovno je raziskava prečnega tipa, ker je izvedena samo enkrat in predstavlja posnetek določenega časovnega obdobja (Dimovski, Penger in Škerlavaj, 2002, str. 66–82). Na koncu so na osnovi indukcije, sinteze, konkretizacije in generalizacije zapisani sklepi.

Opredelitev znanstvenega prispevka

Varnost bolnikov predstavlja naraščajočo skrb v zdravstveni stroki in javnosti. Velike študije, ki temeljijo na kritičnih poročilih oskrbe bolnikov in njene kakovosti, namreč dokazujejo, da varnost bolnikov v procesu zdravljenja še zdaleč ni optimalna (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000: To Err Is Human; Patient Safety in American Hospitals, Study Released by HealthGrades, julij 2004; Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown, Cox, Etchells, Ghali, Hebert, Majumdar, O'Beirne, Palacios-Derflingher, Reid, Sheps in Tamblyn R, 2004: Canadian Adverse Event Study). Zato je treba pridobiti nove empirične dokaze za določitev dejavnikov, ki zagotavljajo čim uspešnejše uvajanje sprememb v bolnišnice, z namenom izboljšanja varnosti bolnikov (Anderson, Ramanujam, Hensel, Anderson in Sirio, 2006, str. 809–810; Gregory et al., 2007, v Goh, Chan, Kuziemsky, 2013, str. 420). Raziskovalci namreč čedalje pogosteje ugotavljajo, da kontekst, v katerem proces zdravljenja poteka, predstavlja kritični vidik, pri tem pa manjkajo razprave o uvajanju sprememb (Mwachofi in Walston, 2011, str. 275; Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2006, str. 405). Prav tako v kontekstu raziskovanja izvajanja zdravstvenega varstva primanjkuje razprav o varnosti bolnikov (Mwachofi in Walston, 2011, str. 275; Pronovost, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2006, str. 405), ki vključujejo razumevanje organizacijskih značilnosti, načina komunikacije, stopnje, do katere okolje prenaša spremembe, in, najpomembneje, raven

pripravljenosti zaposlenih za sprejemanje sprememb (Hellings et al., 2007; Odwazny et al., 2005 v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 421).

Do zdaj je zelo malo empiričnih raziskav dokazovalo, da lahko učeče se organizacije prispevajo k izboljšani kulturi varnosti (Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 421). Goh, Chan in Kuziemski so leta 2013 na podlagi pregleda relevantne literature v International Journal of Health Care Quality Assurance objavili konceptualni okvir, ki med seboj povezuje kulturo varnosti bolnikov, organizacijsko učenje, timsko delo in sodelovanje (Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 421). Takšen večfaktorski konceptualni model je nujen za celovit pogled na varnost bolnikov. Bolnikova varnost namreč predstavlja rezultat na makro ravni. Nanj vplivajo zgoraj navedeni dejavniki na mikro ravni. Njihov konceptualni model dokazuje, da organizacijsko učenje in timsko delo vplivata na kulturo varnosti bolnikov, saj povečujeta skupno znanje in varno okolje za poročanje o napakah. Zaključimo lahko, da ima timsko delo in sodelovanje pozitivni vpliv na kulturo varnosti bolnikov in organizacijsko učenje (Berta in Baker, 2004; Holden et al., 2010 v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 421). Zgoraj opisani konceptualni okvir ni bil nikoli empirično preverjen, tako da učinki in vplivi dejavnikov niso znani.

Prispevek naloge k znanosti je v tem, da konceptualni integrirani okvir konkretne raziskave za razliko od zgoraj navedenega modela smiselno vključuje in povezuje še več različnih kritičnih dejavnikov z vplivom na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije, kar v končni fazi vodi v oblikovanje učeče se bolnišnice, ki edina zagotavlja izboljšanje kulture varnosti bolnikov in jih postavlja v medsebojna razmerja. Ti dejavniki so vpliv strukturnih značilnosti, poklicne kulture z vsemi svojimi elementi (psihološka pogodba, individualna avtonomija, medsebojni odnosi, humanitarnost in zaupanje v znanost) na pripravljenost zaposlenih zdravnikov za sprejemanje sprememb. Osnovni pogoj za oblikovanje primernega okolja za sprejemanja sprememb je participativni management.

Delo ima poleg znanstvenega prispevka še velike možnosti za implementacijo v prakso. Trditve v kvantitativnem vprašalniku, s katerimi merimo vpliv konceptov strukturne karakteristike in poklicne kulture na pripravljenost zdravnikov na spremembe, se izkažejo za ustrezne, saj skupaj zadovoljivo pojasnjujejo pripravljenost zdravnikov na spremembe. Tako bi lahko vprašalnik v prihodnje uporabili kot orodje za prepoznavanje odzivanja zdravnikov na uvedene spremembe, ob vsakokratni uvedbi sprememb v organizaciji oziroma ciklično. Seveda je ostal določen delež vpliva na pripravljenost zdravnikov na spremembe nepojasnjen, vendar kljub temu lahko sklenemo, da je merski inštrument dovolj občutljiv, da lahko zanesljivo izmeri odzive zdravnikov na uvedene spremembe, še posebej pri merjenju konstrukta strukturnih značilnosti, kamor spadajo organizacijska struktura, organizacijska kultura in učeča se organizacija.

Opredelitev omejitev dela

Doktorsko disertacijo je zaradi preglednosti smiselno omejiti z več vidikov. Omejitve teoretičnega dela so vsebinske in časovne narave. Časovne omejitve so postavljene tako, da v izbor literature in virov o

uvajanju sprememb v organizacije, primerni obliki mangementa uspešnosti in vplivu na njuno uspešnost v zdravstvenih organizacijah vključujemo večino literature in virov novejših letnic. Pri vsebinskih omejitvah je treba upoštevati dejstvo, da je vsa literatura delo tujih avtorjev. Edina raziskava, ki opisuje vpliv dejavnikov na uspešno uvajanje sprememb v slovenske zdravstvene organizacije, je doktorska disertacija Skela Savičeve iz leta 2007, ki pa se je usmerila na vpliv kulture organizacije, timskega dela, informacijske tehnologije, organiziranosti in vrste vodenja.

Omejitve, ki izhajajo iz empirično-raziskovalnega dela, so vsebinske, metodološke, prostorske, časovne in tehnične narave. Znotraj vsebinskih omejitev je treba upoštevati, da je konceptualni model analiziran v praksi na izbranem primeru slovenske bolnišnice, ki naj bi predstavljala povprečno slovensko bolnišnico v smislu zdravniške populacije. Glede na to, da v njej niso zaživele določene uvedene spremembe (klinične poti), da je njena organizacijska struktura mehanistična in da se zdravniki upirajo spremembam, smatram, da je primerna za raziskavo. Časovne omejitve določajo, da se bo študija primera izvajala spomladi in poleti 2013. Z namenom povečanja zanesljivosti raziskav izvajamo anketo med zdravniki treh tipičnih slovenskih bolnišnic. Metodološke omejitve vključujejo izbrani metodološki okvir kvalitativnega raziskovanja. Morda predstavlja omejitev tudi dejstvo, da je študija presečnega značaja, da ne zajema časovne komponente. Ta komponenta bi dodala vrednost razumevanja vplivanja okolja participativnega managementa na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb in s tem uspešnosti uvajanja sprememb.

Struktura doktorske disertacije

Z namenom pridobivanja znanja in uvida v ožji znanstveni problem, je treba pridobiti širši pogled na celotno problematiko. Tako je naloga sestavljena iz uvodnega poglavja, ki mu sledi prvo poglavje, v katerem je opisan model povečane kulture varnosti bolnikov, kjer najprej opisujemo vzroke za uvajanje kulture varnosti, nato jo natančno definiramo, v nadaljevanju opisujemo uvajanje kulture varnosti v Republiki Sloveniji, prvo poglavje zaključujemo z opisom dejavnikov zdravstvene organizacije, ki podpirajo varnost bolnikov. V drugem poglavju opisujemo način uvajanja sprememb, vedno prisotno nestrinjanje med zaposlenimi in tistimi, ki uvajajo spremembe, in nadaljujemo z dejavniki uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije, kamor spadajo organizacijska struktura, organizacijska kultura, poklicna kultura zdravnikov in participativni management, ki edini ustvarja primerno okolje za uvajanje sprememb v organizacije. V tretjem poglavju povzamemo teoretična izhodišča in izdelamo konceptualni model uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije za izboljšanje kulture varnosti in natančno navedemo vse hipoteze s sklicevanjem na znanstvene vire. V četrtem poglavju opisujemo metodologijo raziskovanja. Najprej opisujemo izhodišča raziskovalnega pristopa, načela in značilnosti metodologije kvalitativnega raziskovanja, zaključujemo z metodološko obliko raziskave in raziskovalnimi metodami. Peta točka vsebuje empirični del raziskave. Najprej analiziramo rezultate in izdelamo priporočila študije, sledi zaključna validacija raziskave, zaključujemo s sklepnimi ugotovitvami študije primera. Nalogo zaokrožimo s sklepom, ki mu sledijo zbrana literatura in viri in priloge.

1 MODEL POVEČANE KULTURE VARNOSTI BOLNIKOV

Dokazi, ki so se nabrali iz raziskav v ZDA (Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991, v Braithwaite, Westbrook, Iedema, Mallock, Nugus, Forsyth, Jorm in Pawsey, 2007, str. 586), Velike Britanije (Vincent et al., 2001, v Braithwaite, Westbrook, Iedema, Mallock, Nugus, Forsyth, Jorm in Pawsey, 2007, str. 586), Kanade (Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown, Cox, Etchells, Ghali, Hebert, Majumdar, O'Beirn, Palacios-Derflingher, Reid, Sheps in Tamblyn, 2004, str. 1678) in Nove Zelandije (Davis et al., 2002, v Braithwaite, Westbrook, Iedema, Mallock, Nugus, Forsyth, Jorm in Pawsey, 2007, str. 586) kažejo, da zdravstvena oskrba lahko in pogosto vodi v škodo bolnika. Ugotovitve mnogih avtorjev so, da se morajo zdravstveni sistemi reformirati, če hočemo zmanjšati to škodo. Kakorkoli, povezave med specifičnimi izboljšavami in spremembami v širših sistemih so bile zelo redko razjasnjene. Deloma je to posledica tega, ker je takšno vzročno povezanost težko prikazati, in tudi sicer ostajajo prikazi povezave med iniciativami, ki se začnejo na dnu, in sistemskimi spremembami velik izziv (Braithwaite, Westbrook, Iedema, Mallock, Nugus, Forsyth, Jorm in Pawsey, 2007, str. 586). V posebnem interesu pa so raziskave, ki dostopajo do učinkovitosti izobraževalnih intervencij, za povečanje zavedanja zaposlenih v zdravstvenih ustanovah o varnosti bolnikov in managerskih posegov za višanje kulture varnosti v bolnišnicah (Perneger, 2006, str. 3).

Glede na literaturo so največji napovedovalci pozitivne kulture varnosti v zdravstvenih organizacijah, še posebej v bolnišnicah, odprta komunikacija, ki temelji na vzajemnem zaupanju, dober pretok informacij, skupno dojemanje pomembnosti varnosti, organizacijsko učenje, predanost managementa in vodstva ter prisotnost nekaznovalnega pristopa k incidentom in poročanju napak (Sanders, Cook v El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar in Hemadeh, 2011, str. 2). Kultura varnosti se zaveda, da smo ljudje zmotljivi, napake obravnava kot izzive za učenje. Zato morajo posamezniki o nevarnih dogodkih najprej poročati, najti rešitve in jih v prihodnosti upoštevati. Za doseganje kulture varnosti so pomembni pozornost, vloga delovnega okolja v oblikovanju varnosti in koraki, ki jim je treba slediti, da izboljšamo varnost (Nieva in Sorra, 2003, str. ii17).

Za doseganje kulture varnosti se morajo poklicne in organizacijske kulture preoblikovati. Zdravstvena oskrba je samo po sebi visoko tvegano dejanje. Zato mora odkloniti filozofijo, ki zahteva brezhibno oskrbo brez napak, ki je odvisna od posameznikov, in se mora usmeriti v oblikovanje sistemov, ki zagotavljajo varnost. Zdravstveni sistemi se morajo tako premakniti iz zdajšnje kulture obtoževanja, ki preprečuje priznavanje napak in zato zavira vsako učenje iz napak. Izboljšanje varnosti zahteva zdravstvene sisteme, ki imajo dostop do informacij, ki podpirajo učenje iz izkušenj z namenom razvijanja sistema, ki preprečujejo napake in hkrati ublažijo vpliv napak, ki so se pojavile (Reason, 1997, v Nieva in Sorra, 2003, str. ii17).

1.1 Vzrok za uvajanje kulture varnosti bolnikov

V sedanjem času veliko zdravstvenih organizacij porablja energijo za izboljšanje kakovosti na veliko načinov. Veliko jih izvaja »projekte za izboljšanje kakovosti«. Navadno ustanovijo delovno skupino, ki se bo ukvarjala z določenim problemom, in nato izvedejo spremembe v obliki cikla PDSA (angl. *plan-*

Do-Study-Act). Druge organizacije uvajajo načelo managementa kakovosti in velikokrat uporabljajo model odličnosti EFQM (angl. *European Foundation for Quality Management*). Dodatno se veliko poklicnih skupin ukvarja z izboljšavami kakovosti preko izobraževalnih programov, registracijskih shem in razvoja s kliničnimi smernicami in protokoli, podprtimi z dokazi. Zdravstvena panoga je zelo aktivna v pridobivanju certifikatov kakovosti. Veliko bolnišnic je v postopku zunanje presoje kakovosti – akreditacije, ostale ustanove pa investirajo v certificiranje s pomočjo standarda ISO (International Standard Organization).

Ne glede na te napore obstaja velika razpoka med možnostjo za izboljšanje kakovosti v zdravstveni panogi in realnostjo. Sistemi zdravstvene oskrbe so označeni z variacijami v klinični oskrbi, pomanjkanjem odgovornosti za potrebe uporabnikov, izgubami, zamudami in finančnimi izzivi (Institute of Medicine, 2001). Sedanji napori v izboljševanje kakovosti navadno ne privedejo do zadostnega rezultata v sorazmerno kratkem času. Najpomembnejši vzroki so poleg zahtevne implementacije in dejstva, da napori za izboljševanje kakovosti ostajajo na ravni organizacije in se kot takšni premalo izražajo na ravni, kjer zdravstveno osebje dejansko zdravi bolnike, tudi veliki finančni zalogaji uvajanja programov zagotavljanja varnosti (Wachter, 2004, str. 543). Do danes še niso objavljene študije, ki bi pokazale realen izkupiček velikih sprememb v organizacijah za izboljšanje kakovosti, se pa strokovnjaki strinjajo, da večina organizacij ni dosegla zastavljenih ciljev (Bate, Bevan in Robert, 2004, str. 2).

Sedanji od zgoraj navzdol usmerjeni napori spreminjanja so največkrat usmerjeni k sistemom in procesom, kar pomeni, da napori zdravstvenih delavcev in napori vodstva organizacij niso uglašeni in so zato nezadostni. Predvsem se management ne zaveda, da preoblikovanje zahteva čas, je postopno, kumulativno in da mora biti proces spremembe prilagodljiv lokalnih stanjem in potrebam. Ljudje, ki niso prisotni, ko je začetna sprememba ultimativno sprejeta in začeta, tudi potrebujejo svoj čas, da spremenijo ustaljen način razmišljanja in jo sprejmejo. Spremembe pridobivajo moč počasi s časom, hkrati narašča pripravljenost vpletenih na sprejemanje sprememb (Mohrman in Mohrman, 1997, v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 824).

Povezave med različnimi hierarhičnimi ravnmi v zdravstvenih organizacijah so zelo šibke. Vzrok je v tem, da različne ravni zasledujejo različne cilje: vrhnji management zasleduje finančno uspešnost, medtem ko nižje ravni, ujete v oskrbo bolnikov in podporne dejavnosti, v osnovi zasledujejo popolnoma drugačno poslanstvo in pozornost posvečajo pomembnim stvarem, značilnim samo za njihovo enoto. Gospodarska podjetja, ki so bolje integrirana preko različnih ravni, delijo skupne motivatorje, skupno socializacijo, skupno izobraževanje in dvosmerne komunikacijske kanale, ki temeljijo na vzajemnem zaupanju. Na žalost te organizacijske značilnosti niso značilne za današnjo tipično bolnišnico (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 818).

Organizacijsko razmišljanje ima močen vpliv na zdravstvene organizacije. Obstaja strinjanje med regulatorji in industrijskimi analitiki, da zahteva zaščita bolnikov, medtem ko se izvaja učinkovita zdravstvena oskrba, radikalni premik načina sedanjega zagotavljanja klinične oskrbe (Page, 2003, str.

2). Ta premik bi lahko vseboval mnogo značilnosti velikih sprememb v gospodarstvu od leta 1980 dalje, in sicer v smeri prilagodljive produkcije (Macduffie in Pil, 1996, v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 823). Ta sistem prilagodljive produkcije je pridobil trdnost z dvema sorodnima silama: večje zanašanje na delavce, ki so postali osnova za uspeh organizacije, in povečano zaupanje managerjev v svoje delavce (Miles in Creed, 1995, v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 823). Bistvo tega delovnega preoblikovanja je vpeto v visokosodelovalni delovni sistem. V njem obstajajo inovativni načini, kako potisniti čim več odločitev vzdolž organizacijske hierarhije in s tem povečati odgovornost delavcev za kontrolo kakovosti dela (spremljanje varnosti in uvajanje dejanj preprečevanje tveganj pri varnosti ali kakovosti), razširiti znanje na druge dejavnosti preko večdisciplinarnih delovnih skupin. Zdaj so zaposleni v veliko zdravstvenih organizacijah obravnavani kot strošek, in ne kot sredstvo, in disfunkcionalna delovna okolja postavijo managerje in zaposlene druge proti drugim, kar vodi v nizko stopnjo zaupanja (Institute of Medicine, 2003).

Uspešno preoblikovanje zdravstvenih organizacij kliče po novi logiki razvoja uspešnih organizacij. Zaposleni in management zato potrebujejo nova pričakovanja samih sebe in drugih skupin in brez jasnega medsebojnega razumevanja se bo to težko vzpostavilo (Mohrman in Mohrman, 1997, v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 824). Popolnoma nemogoče je ustvariti takšno spremembo, ki uspešno spodbuja usmerjene organizacijske cilje, brez posvečanja pozornosti povezavam preko neprekinjene bolnikove oskrbe, soodvisnosti med enotami in podpornim strukturam v večjih zdravstvenih organizacijah (Goodman, 2001, v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 824). Razmišljati organizacijsko vključuje prepoznavanje, da so posamezniki in delovne skupine igralci, ujeti v širšem okolju, ki vpliva na njihovo obnašanje, in da veliko različnih vzrokov in povratnih zank pripomore k izkazovanju problemov v zdravstvenih organizacijah (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 824; Baker, Smithson, Schmitt, Schaefer in Reichert, 2003, str. 71).

1.1.1 Trenutno stanje slovenskega zdravstvenega sistema

Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005) določa, da zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in dejavnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju in odkrivanju bolezni ter zdravljenju bolnikov in poškodovancev.

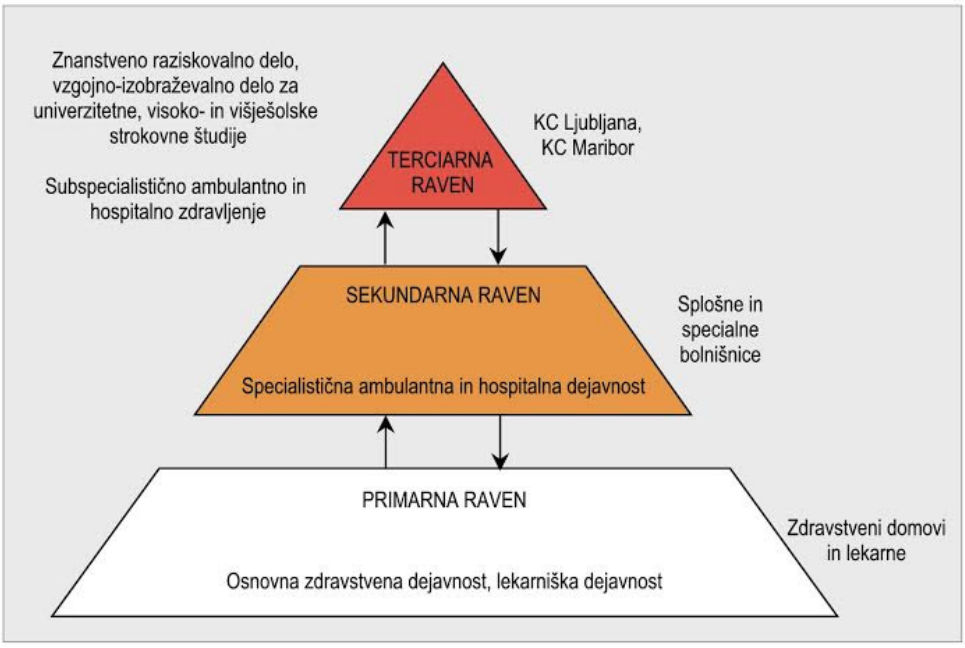
Slovenski zdravstveni sistem deli zdravstveno dejavnost na primarno (osnovno), sekundarno in terciarno raven. Prvi stik je najbolj očitna funkcija **osnovne zdravstvene dejavnosti**, ravno njena organizacija pa določa, kako bo posameznik prišel do prvega stika z zdravnikom in kako bo potekalo njegovo zdravljenje. Za slovensko zdravstveno varstvo je značilno, da zdravnik na primarni ravni prevzame vlogo vratarja, čigar vloga je tesno povezana z napotitvami na specialistično raven (Brekke, Nuscheler in Straume, 2005, str. 2–3 v Nagelj, 2006, str. 3). Najpomembnejša poklica v osnovnem zdravstvenem varstvu sta zdravnik, specialist splošne ali družinske medicine, in zobozdravnik. Osnovna zdravstvena dejavnost tako obsega: spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in zboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev; preventivno zdravstveno varstvo rizičnih

skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami; zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja; preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo; zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih in lekarniško dejavnost.

Sekundarna raven zdravstvenega varstva zajema specialistično ambulantno dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok. Specialistična bolnišnična dejavnost obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah. Takšno dejavnost lahko opravlja bolnišnica, ki mora imeti v svoji sestavi poleg posteljnih zmogljivosti enote za: specialistično ambulantno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč, anesteziološko dejavnost z reanimacijo, laboratorijsko, rentgensko in drugo diagnostiko v skladu s svojo strokovno usmeritvijo, preskrbo z zdravili. Bolnišnica mora imeti zagotovljeno še: reševalno službo, ambulantno medicinsko rehabilitacijo, preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki, če to zahteva narava njenega dela (oddelek za transfuzijo krvi), patoanatomsko dejavnost.

Zdravstvena dejavnost na **terciarni ravni** zajema dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov. Obsega znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti niti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh. V okviru svoje dejavnosti klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki opravljajo najzahtevnejšo specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikujejo doktrino stopenjske diagnostike in zdravljenja na svojem področju ter jo posredujejo drugim bolnišnicam, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem. Klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki sodelujejo s pristojnimi zbornicami pri oblikovanju in izvajajo podiplomsko izobraževanje zdravnikov, zobozdravnikov, drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev z visoko izobrazbo. Na sliki 1 je prikazana piramida zdravstvene dejavnosti.

Slika 1: Piramida zdravstvene dejavnosti



Vir: prirejeno po Toth in Kuhar, Strateško planiranje v slovenskih bolnišnicah, 2007, str. 3.

Z zbranimi finančnimi viri iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja se financirajo programi zdravstvenih storitev preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) na podlagi partnerskih dogovorov. Slovenija ima univerzalni zdravstveni sistem, kar pomeni, da so skoraj vse zdravstvene storitve plačane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Tajnikar in Došenović, 2004, str. 726). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, da se partnerji, ZZZS, Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost naravnih slovenskih zdravilišč in Skupnost socialno varstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje, vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, ki so potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg finančnih sredstev.

Glavni deležniki v delovanju zdravstvenih organizacij so tako poleg plačnika, to je ZZZS, in porabnika storitev, to je bolnika, še Ministrstvo za zdravje, ki ima regulatorno vlogo in je v posameznih primerih tudi ustanovitelj javnih zavodov na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Ustanovitelji zdravstvenih domov so občine. Kakovost zdravstvenega varstva je odvisna od državne politike zdravstvenega varstva. Zajema lahko skrb za promocijo zdravja, za preventivo, za zdravo okolje in za kakovost zdravstvenih storitev ali pa se nanaša le na odnos države do izvajalcev zdravstvenega varstva. Politika QCD[1] oz. politika razvoja kakovosti zdravstvene oskrbe pa podpira stalni razvoj kakovosti zdravstvenih storitev. V tem primeru je državna politika tista, ki oblikuje načela in filozofijo, s katerimi vpliva na ljudi, da si nenehno prizadevajo izboljševati kakovost zdravstvene oskrbe (Wu in Johansen,

[1] QCD (angl. *Quality of Care Development*) pomeni politiko razvoja kakovosti zdravstvene oskrbe.

1999, str. 319). Pomembni deležniki so še zaposleni, svojci bolnikov, v primeru bolnišnic so pomembni deležniki osebni zdravniki, v primeru zdravstvenih domov pa zdravniki specialisti določenih strok in seveda ostali zdravstveni zavodi.

1.1.2 Uvajanje kulture varnosti v slovenski zdravstveni prostor

Pomanjkanje varnih in zanesljivih sistemov je problem, s katerim se soočajo vsi izvajalci zdravstvene obravnave pri zapiranju vrzeli med zdravstveno prakso, ki se trenutno izvaja, in tisto, ki bi se lahko. Rešitev tega problema zahteva spremembe kulture v zdravstvu (Robida, 2009, str. 1). Do nedavnega so se reforme tudi slovenskega zdravstvenega sistema osredotočale predvsem na strukturne spremembe. Nedavne študije so pokazale, da samo strukturne spremembe ne prinašajo pričakovanih izboljšav v kakovosti dela v zdravstvenih ustanovah, saj so ob uvajanju sprememb v Združenih državah Amerike in reformah nacionalnega zdravstvenega sistema v Veliki Britaniji ugotovili, da je k strukturnim spremembam treba dodati še spreminjanje organizacijske kulture (Nieva in Sorra, 2006, str. ii17).

Na spletnih straneh Ministrstva za zdravje lahko najdemo kar nekaj publikacij na temo kakovosti, povečane varnosti bolnikov, akreditacij. Tako lahko tam najdemo tudi priročnik o kliničnih poteh, analizo kazalnikov kakovosti v zdravstvu za leto 2010, izsledke nacionalne ankete o izkušnjah bolnikov v bolnišnicah za več let, poročanje o zapletih pri zdravljenju bolnikov ipd. Leta 2010 je bila oblikovana in sprejeta Nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu (Simčič, 2010, str. 3). Z njenim sprejetjem se je pospešilo sprejemanje ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti oskrbe in varnosti bolnikov – v razmerah ekonomske krize je takšna politika ne le zaželena, ampak tudi nujno potrebna. Ta dokument je podlaga za učinkovitejši razvoj sistematičnih in strokovnih dejavnosti nenehnega izboljševanja zdravstvene obravnave ter varnosti bolnikov.

1.1.3 Upravljanje in management v slovenskih bolnišnicah

Upravljanje v javnih zavodih, kamor spadajo tudi bolnišnice, je v našem veljavnem zakonskem okviru obravnavano predvsem kot management znotraj zavoda (Štruc, 2006, str. 24). Management je notranja dejavnost zavoda, vezana na izvajanje programov oz. storitev, in zagotavlja, da delo v zavodu poteka skladno z zahtevami lastnika in da je organizirano tako, da je zagotovljeno uresničevanje ciljev. Upravljanje ustanovitelja (države) po veljavnem Zakonu o zavodih (v nadaljevanju ZZ) je neposredno, kar se kaže s pristojnostjo za ustanovitev, pripojitev, imenovanje in razrešitev direktorja, z nadzorno vlogo, ko daje ustanovitelj soglasje v primeru spremembe ali razširitve dejavnosti, soglasje k statutu, soglasje k ustanovitvi drugega zavoda, soglasje na imenovanje direktorja v primeru združene poslovodne in strokovne funkcije direktorja. Posredni vpliv ustanovitelja poteka preko predstavnikov ustanovitelja v svetu zavoda, ko gre za spremljanje programa dela in razvoja, določanje finančnega načrta in letnega poročila, programa dela in razvoja, razširitve dejavnosti, dajanje predlogov in mnenj ter imenovanje strokovnega vodje.

Slovenske bolnišnice tako upravlja svet zavoda, ki je sestavljen iz predstavnikov ustanovitelja (Ministrstvo za zdravje), ZZZS, predstavnikov sindikatov, predstavnikov zaposlenih – zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev v zavodu, zavarovancev oz. drugih uporabnikov. Direktorja

zdravstvenega zavoda imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ustanovitelja. Strokovno delo v bolnišnicah je vodeno s strani strokovnega sveta in strokovnega direktorja. Obseg dejavnosti je v zdravstvenih organizacijah prevelik v primerjavi z viri iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega na splošno učinkovitost managementa in delovanja zdravstvenih organizacij ni visoka in kot taka ne upošteva finančnih omejitev (Tajnikar in Došenović, 2004, str. 728).

Svet zavoda nadzira in spremlja izvajanje programa zdravstvenih storitev, določenih s programom dela, finančnim načrtom in pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev, upravlja z javnofinančnimi sredstvi in s stvarnim premoženjem, nadzira zakonitosti in gospodarnosti poslovanja zavoda, nadzira učinkovitost poslovanja. Naloga direktorja bolnišnice je vodenje, ki je osredotočeno na cilje poslovne politike zdravstvenega zavoda, kot je stroškovno učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev in univerzalna dostopnost do zdravstvenih storitev. Uprava izvaja naloge vodenja, predlaga poslovno politiko, razvoj, spremlja ukrepe in operacionalizira izvajanje programov dela (Gregorič - Rogelj, 2010, str. 18–21).

Celotni delovni proces zavodov usklajuje in organizira direktor zavoda. Strokovno delo vodi in organizira strokovni direktor zavoda. Nosilne bolnišnične oddelke in strokovna medicinska področja vodijo predstojniki, ki so po izobrazbi specialisti ustrezne stroke, ki jo vodijo in odgovarjajo za strokovno delo oddelka oz. področja (Statut javnega zdravstvenega zavoda Splošna bolnišnica Trbovlje, 2011, str. 5). Službo zdravstvene nege vodi pomočnik direktorja za zdravstveno nego. Nezdravstvene dejavnosti vodijo vodje služb.

Zdravstveno dejavnost v SB Trbovlje opravljajo v naslednjih oddelkih, enotah in službah (Statut javnega zdravstvenega zavoda Splošna bolnišnica Trbovlje, 2011, str. 5):

- Nosilni bolnišnični oddelki: interni oddelek, kirurški oddelek, pediatrični oddelek in ginekološko porodni oddelek.
- Strokovno medicinska področja: oddelek za anestezijo in reanimacijo, oddelek za dializo, oddelek za radiologijo, laboratorij za klinično kemijo, oddelek za fizikalno rehabilitacijo in bolnišnična lekarna.
- Služba zdravstvene nege.
- V okviru posameznih oddelkov delujejo specialistične ambulante.
- Nezdravstvene dejavnosti se v zavodu opravljajo v: upravno-tehničnih službah, tehničnih službah, prehrambenih službah in oskrbovalnih službah.

1.1.4 Medicina, podprta z dokazi

Za okolje dnevnega izpolnjevanja nalog je značilna povečana specializacija (Britnell, 2011, str. 329; Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 816). Kar je bilo v preteklosti poimenovano s »splošno prakso«, je bilo v letu 1969 redefinirano v specialnost družinske medicine. Pojavile so se nove specialnosti, npr. specialist urgentne medicine, določene specialnosti pa so se subspecializirale na različne veje. Kirurgija se je npr. iz prejšnje splošne kirurgije razdelila na: abdominalno kirurgijo, travmatologijo, ortopedijo, urologijo, nevrokirurgijo, torakalno kirurgijo, maksilo-facialno kirurgijo, kardio-vaskularno kirurgijo; v

manjšini bolnišnic je ostala samo splošna kirurgija. Z rastočo specializacijo postajajo izvajalci vzdolž kontinuuma oskrbe čedalje bolj neodvisni. Rezultat rastoče specializacije je tudi zmanjšana možnost uspešne komunikacije, zato postajajo predaje bolnikov kritične za kakovost oskrbe bolnika in učinkovitost organizacije. Posebno kritične so predaje kirurških bolnikov, ki se lahko pojavljajo na osmih različnih točkah, soba kirurga, mesto, kjer se dnevno načrtujejo operacije, sprejemni oddelek, preoperativni prostor, operacijska soba, soba za okrevanje, odpustni oddelek in spet soba kirurga, kjer je opravljena postoperativna ocena. Na vsaki od teh točk se zaradi neprimernih predaj pojavi stranski učinek za bolnika. Zato so v določenih državah začeli uporabljati standardizirane obrazce za predajo bolnikov (Groah, 2006, str. 229).

Klinična predaja je prenos podatkov, informacij in presoj o bolnikovem stanju, načrtih zdravljenja, naročilih in pogosto odgovornosti za oskrbo naprej (Solet et al., 2005, Wayne et al., 2008, v Gogan, Baxter, Boss in Chircu, 2013, str. 71). Do predaje pride ob sprejemu bolnika v bolnišnico, njegovi premestitvi ali odpustu, ob menjavi služb medicinskih sester ali zdravnikov. Zato izboljšanje kakovosti informacij ob predajah predstavlja ključno točko za izboljšanje varnosti bolnikov (Borowitz et al., 2008, Pesanka et al., 2009, v Gogan, Baxter, Boss in Chircu, 2013, str. 71).

Klinične prakse so posledica istočasnih zahtev po standardizaciji in zahtev po prilagodljivosti. Prevladujoča ideologija zdravstvenih organizacij postavlja visoko vrednost na smernice, podprte z dokazi, kar ima za posledico sistematično razvite specifikacije praks, ki služijo lažjemu odločanju izvajalcev in bolnikov o primerni oskrbi v specifičnih kliničnih stanjih (Institut of Medicine, 2001). Hitrost objavljanja novih randomiziranih kontrolnih študij, ki predstavljajo zlati standard dokazov, vztrajno narašča. Po nekaterih ocenah naj bi število objavljenih randomiziranih kontrolnih poskusov v medicinski praksi presegalo milijon objav (Sackett in Rosenberg, 1995, Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes in Richardson, 1996 v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 816). Te prakse so zdaj kodificirane preko on-line združenj, ki oblikujejo določila o primerni praksi. Ta določila so prosto dostopna tako strokovni kot tudi splošni javnosti. Zato so bolniki precej dobro osveščeni in zahtevajo določeno zdravljenje, ki je bilo prej diskrecijska odločitev izvajalca.

Če učinkovitost pomeni uporabo praks, podprtih z dokazi, ki dokazano izboljšajo rezultate zdravljenj, potem bi večina zdravstvenih organizacij padla na izpitu. Po izračunih izvajalci v zdravstvu smernicam, ki temeljijo na dokazih, sledijo le v 40–80 % časa, odvisno od specifičnega stanja (Institute of Medicine, 2001). Če učinkovitost pomeni izogibanje praksam z neželenimi izidi, potem spet večina zdravstvenih organizacij ne zasleduje tega cilja. Dober dokaz je rutinsko predpisovanje antibiotikov pred dokazom bakterijskega vnetja, kar je povzročilo tiho epidemijo odpornosti bakterij proti antibiotikom (Levy in O'Brien, 2005, v Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 816). Zdravstvene organizacije se zelo razlikujejo v pogosti in načinu uporabe praks znane učinkovitost, kar lahko pripelje do slabših rezultatov zdravljenja. Pojavlja se še dodatni vidik. Uporaba kliničnih smernic ima namreč lahko tudi negativni vpliv na finančno stanje zdravstvenih organizacij. Zato se v tej luči pojavljajo nova vprašanja o tem, ali se kakovost oskrbe in finančno poslovanje izključujeta.

Ne glede na standardizacijo, ki so jo zdravstvene organizacije prisiljene izvajati, je medicina hkrati visoko lokalizirana (lokalne posebnosti). Prilagodljivost, ki izhaja iz različnih stanj bolnikov, zahteva zanašanje na klinično oceno, narejeno na terenu za oblikovanje primerne oskrbe bolnika. Bolniki so lahko v različnih stanjih, imajo različne klinične slike, ki zahtevajo prilagojen odgovor. Široka razširjenost informacij s področja zdravstva naredi zdravstvene delavce dojemljive za možne izjeme, medsebojna vplivanja in ostale nenamerne posledice standardnega zdravljenja. Takšna večplastnost zahteva lokalno prilagodljivost pri določanju primerne oskrbe, medtem ko večja nestalnost oteži ocenjevanje uspešnega zdravljenja.

Prisotnost odličnih enot v sicer povprečni ali celo podpovprečni bolnišnici ni nenavadno. Koncept »mikrosistema oskrbe«, tj. majhnih enot dela, ki dejansko zdravijo bolnike na način, ki ga bolniki občutijo, postaja prednostna organizacijska enota za načrtovanje intervencij in izboljšanje uspešnosti. Uspešnost določene bolnišnice je tako lahko manj kot idealna, a vseeno lahko znotraj nje obstajajo določene uspešne enote (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 817).

1.2 Definicija kulture varnosti bolnikov

Najširše sprejeta definicija kulture varnosti je splošna definicija, predlagana od ustanove Advisory committee on the safety of nuclear installation (ACSNI): »/P/rodukt posameznikovih ali skupinskih vrednot, nagnjenj, sprejemanj, kompetenc in vzorcev obnašanja, ki določajo predanost in stil in strokovnost organizacijskega zdravstvenega in varnostnega managementa« (ACSNI, 1993, str. 23). Ta definicija je osnova veliko raziskav (Lee, 1996, Cox in Cheyne, 2000, Lee in Harrison, 2000, v Antonsen, 2009, str. 184) in je tudi uradna definicija, ki jo uporablja britanski Health and Safety Executive. Kultura varnosti tako predstavlja skupni seštevek več dejavnikov, ki določajo učinkovitost organizacijskega managementa varnosti. Takšna definicija predstavlja udejanjenje kulture z njeno redukcijo do bistva, ki ga lahko enostavno merimo, opisujemo in spreminjamo.

Druga definicija kulture varnosti bolnikov, ki jo je sprejel IOM, se glasi: »/V/arnost pred naključno poškodbo zaradi zdravstvene oskrbe ali pred napako pri zdravljenju.« Zdravstvena napaka je pri tem definirana kot nezmožnost dokončanja akcije, kot je bila načrtovane, ali uporaba napačnega načrta za doseganje cilja /…/ in vsebuje težave v praksi, pripomočkih, postopkih in sistemih (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000, str. 4).

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. Aprila 2005 je bila v Luksemburgu organizirana konferenca z naslovom: »Bolnikova varnost – Naj se zgodi – Evropska perspektiva« pod vodstvom luksemburškega zunanjega ministra kot takratnega predsednika Sveta EU in Evropske komisije. Cilji konference so bili: prepoznava interesov in izzivov, predstavitev najboljših praks in izkušenj, zadržanje in povečanje politične podpore. Vsebine so se dotikale varnosti v bolnišnicah in primarnem zdravstvu, povečanja upoštevanja načrtov zdravljenja, podatkov bolnikov in IT-pristopov za

povečanje varnosti. Preučili so uspešne mehanizme opazovanja in poročanja o varnosti bolnikov. Rezultate so opisali v Luksemburški deklaraciji o varnosti bolnika.

V skladu s tem dejstvom imajo bolniki pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnikov vseh zdravstvenih storitev. Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in bolnikovega trpljenja. Kljub dejstvu, da imajo mnoge bolnišnice in zdravstvene ustanove postopke, ki zagotavljajo bolnikovo varnost, zdravstvena dejavnost še vedno zaostaja za drugimi industrijskimi in storitvenimi dejavnostmi, ki so uvedle sistemske varnostne procese. Številne raziskave, opravljene po svetu, so poudarile potrebo in možnost zmanjševanja števila neželenih dogodkov v zdravstveni dejavnosti. Trenutni podatki kažejo, da je skoraj polovica vseh neželenih dogodkov, ki bi ji lahko preprečili, posledica napak pri ravnanju z zdravili. Zatorej moramo uvesti orodja za zmanjševanje števila in posledic neželenih dogodkov. Zdravstvena dejavnost mora biti načrtovana tako, da preprečuje napake in neželene dogodke ter tako zagotavlja odpravo hudih napak in poveča delovanje skladno z varnostnimi postopki. Glede na rezultate in zbrane dokaze dela številnih ustanov s tega in drugih področij, je zdaj postalo jasno, da je prvi korak na poti k izgradnji varnosti za bolnike uveljavitev kulture varnosti za bolnike v celotnem zdravstvenem sistemu (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika).

Literatura, ki se ukvarja z varnostjo bolnikov, navadno navaja štiri kategorije, ki vplivajo na varnost bolnikov (Jha, Prasopa-Plaizier, Larizgoitia in Bates, 2010, str. 42–44) : (1) Zdravstvene delavce in managerje velikokrat bolj zanima individualna odgovornost, namesto da bi razvijali sistemski pristop do bolnikove varnosti. To povzroči latentne dejavnike, ki omogočajo, da se napaka zgodi, oz. ne preprečujejo pojava napak. (2) Kliniki se velikokrat srečujejo s številnimi napakami med kliničnim delom, kar vodi do občutka, da so takšni problemi neminljivi in nerešljivi. (3) Zdravstvena nega je organizirana hierarhično, tako da vpleteni poročanje o »problemih« vidijo kot osebni napad, in ne kot trud za izboljšanje stanja. (4) Obstaja le majhen poudarek na razvoju učečega se okolja za vodstvene delavce v zdravstvu. Čeprav je odnos med kulturo in varnostjo prepričljiv, je zdravstvena literatura s tega področja omejena. Prva stopnja v razvoju kulture varnosti je tako merjenje in definiranje obstoječe kulture varnosti. Bolnikovo varnost lahko kategoriziramo v strukture, procese in rezultate. Agencija za Zdravstvene raziskave in razvoj strukture v ZDA definira kot vire za organizacijsko razporeditev z namenom zdravstvene oskrbe, procese kot dejavnosti izvajalcev za zagotavljanje oskrbe in rezultate kot posledice kliničnih dejavnosti izvajalcev.

Za izboljšanje kulture varnosti je treba razumeti pogostnost, resnost napak in vzroke zanje v zdravljenju (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000, str.; Weingart et al., 2000; Vincent, 2003; Reason, 2000 v Kaldijan, Jones, Wu, Forman-Hoffman, Levi in Rosenthal, 2008, str. 40). Takšno znanje lahko pridobimo z analizo podatkov, ki jih zberemo preko sistema poročanja napak. Ti sistemi so lahko notranji, zunanji zdravstvenim organizacijam, lahko so prostovoljni ali ukazovalni. Ne glede na to, kako so sestavljeni, takšni poročevalni sistemi temeljijo na poklicni kulturi, v kateri zdravniki in ostali zdravstveni delavci vidijo razkritje napak kot integralni del učenja in izboljševanja kvalitete (Reason,

2000; Leape, 1994; Wachter et al., 2006 v Kaldijan, Jones, Wu, Forman-Hoffman, Levi in Rosenthal, 2008, str. 40; Robida, 2010, str. 17–20).

1.3 Kultura varnosti bolnikov v Republiki Sloveniji

Razvoj celovitega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu pomembno podpira dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (Simčič, 2010). V podpisan Splošni dogovor za pogodbeno leto 2006, sprejet 7. 12. 2005 na arbitraži in dokončno 13. 4. 2006 na Vladi RS, ter Področni dogovor za bolnišnice za leto 2006, sprejet februarja 2006, med izvajalci zdravstvenih storitev, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvom za zdravje, je bilo leta 2006 prvič vključeno določilo o spremljanju nabora manjšega števila kazalnikov kakovosti zdravstvene obravnave. Uveljavljeno spremljanje šestih kazalnikov kakovosti pa se iz različnih razlogov med posameznimi zdravstveni zavodi razlikuje in zahteva njihovo prenovo. Omenjeni kazalniki so bili namenjeni predvsem spodbujanju kulture spremljanja kakovosti zdravstvene obravnave, žal pa ne omogočajo dovolj točnega sklepanja o celovitem vodenju kakovosti. Z vidika spremljanja izidov obravnave je posebno dragocen primer dobre prakse Nacionalni perinatalni informacijski sistem (PERIS), saj je projekt podprt z ustreznim informacijskim sistemom, ki omogoča tako zbiranje (tudi iz že obstoječih elektronskih virov, brez ponovnega vnašanja!) in analizo podatkov kot enostaven ter pregleden dostop do rezultatov za vse partnerje. Projekt Kakovost v zdravstvu, katerega naročnik je bilo Ministrstvo za zdravje s soudeležbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vodi Zdravniška zbornica Slovenije in teče že vrsto let (Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015, str. 9).

Uvajanje sistema samoocenjevanja in zunanje akreditacije je leta 2004 Ministrstvo za zdravje podprlo z izdajo dokumentov: Notranja presoja – samoocenjevanje, zunanja presoja – akreditacija: program, Notranja presoja – samoocenjevanje bolnišnice: priročnik, Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice: priročnik. Standardi se med bolnišnicami še niso uveljavili kot orodje za samoocenjevanje. Sistem celovitega vodenja kakovosti so v zadnjem desetletju uvajale nekatere bolnišnice. Stroka kakovosti na osnovi več kot polstoletnih izkušenj potrjuje, da je počasno spreminjanje organizacijske kulture običajno. Zato je stalno, dolgoročno in sistematično spodbujanje tega procesa ključni pogoj za boljše rezultate (Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015, str. 9).

Sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, torej obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih, je Ministrstvo za zdravje vzpostavilo že leta 2002 (Vir: dopis MZ z dne 5. 3. 2002, štev.: 506–3/2002), vendar so predpisi na tem področju pomanjkljivi (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005, 45. člen, 55. člen, 58. člen). Izvajalci še posebej izpostavljajo skrb glede zaupnosti in nekaznovanosti v primeru poročanja o tovrstnem incidentu. Ministrstvo za zdravje je v letu 2009 opravilo vrsto celodnevnih dogodkov na to temo, ki so bili najverjetneje razlog za povečanje števila prejetih poročil, opaženo v letu 2009. Opazno je tudi pomanjkanje retrospektivnih raziskav, ki bi omogočile oceno števila varnostnih zapletov v Sloveniji. Svet Evrope v svojem priporočilu o varnosti pacientov iz leta 2009 ocenjuje, da v državah članicah od 8 do 12 % hospitaliziranih pacientov med zdravljenjem utrpi

varnostne zaplete. Sistematičen in učinkovit pristop k spremljanju varnostnih zapletov je v bolnišnicah še redek, nacionalni sistem poročanja o opozorilnih znakih nevarnih dogodkov pa potrebuje dopolnitve. V Sloveniji je opazno tudi nizko število strokovnjakov s področja analize osnovnih razlogov za varnostne zaplete in posledično veščin oblikovanja uspešnih ukrepov za preprečevanje njihovih ponovitev. Pogovori o varnosti in varnostne vizite pripomorejo k izboljševanju varnosti pacientov ter spreminjanju varnostne kulture. V mnogih slovenskih bolnišnicah so v letu 2009 izvedli vrsto varnostnih vizit in pogovorov o varnosti. Tako so bile zaznane mnoge pomanjkljivosti, ki bi sicer ostale neprepoznavne ali pa ne bi bile ustrezno rešene (Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015, str. 10).

Večina zdravstvenih ustanov je klinične poti (KP) začela uveljavljati v zadnjem desetletju, kar kažejo podatki iz ankete o KP, izvedene v letu 2009 (Simčič, 2010, str. 4). Anketa je pokazala tudi željo anketirancev po pridobivanju znanj in veščin, posebno s področja vrednotenja in spremljanja izvajanja kliničnih poti. Anketiranci so najpogosteje navedli, da je po klinični poti obravnavanih med 20 in 40 % vseh sprejetih pacientov. Med največjimi izzivi pri izdelavi kliničnih poti so anketiranci izpostavili naslednje: komunikacijo med osebjem, računalniško podporo in različne pristope strokovnjakov pri obravnavi pacientov. Osredotočenost zdravstvenega sistema in izvajalcev zdravstvenih storitev na pacienta najpogosteje merimo z anketami. Ministrstvo za zdravje je pripravilo Nacionalno anketo o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici s pripadajočimi metodološkimi navodili. Rezultati anket v prvih treh letih so bili, glede na ocene pacientov, spodbudni.

Bolnišnice v RS naj bi upoštevale **nacionalne splošne standarde** s ciljem nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe, kot je npr. (Ministrstvo za zdravje, 2013):

- nenehno izboljševanje storitev za bolnike,
- spoštljiva oskrba bolnikov z njihovim vključevanjem pri odločitvah o zdravstveni oskrbi,
- seznanjanje bolnikov z vsemi potrebnimi informacijami o zdravstveni oskrbi,
- zdravstveno osebje je na tekočem z novostmi, ki obravnavajo njihovo stroko,
- zdravstvene napake se preprečujejo, vedno kadar je to mogoče.

Leta 2010 je bila opravljena pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov v treh bolnišnicah. Pokazala je, da nobena bolnišnica nima zadovoljive kulture varnosti. Vsa področja, ki so jih izmerili, kažejo, da so potrebne izboljšave. Posebej slabo je zaznavanje na področjih nekaznovalnega odziva na napake, števila osebja, podpore vrhnjega vodstva in timskega dela med bolnišničnimi enotami in pri predaji pacientov ter premestitvah znotraj bolnišnice. Merjenje izhodiščnih zaznav kulture varnosti omogoča pripravo ukrepov za izboljševanje varnosti pacientov in sledenje vpeljanih izboljšav s ponovitvijo ankete (Robida, 2010, str. 1).

1.4 Dejavniki zdravstvene organizacije, ki podpirajo varnost bolnikov

Razvoj kulture varnosti je jedrni element velikega truda za izboljšanje varnosti bolnikov in kakovostne zdravstvene oskrbe. Veliko študij je pokazalo, da sta kultura varnosti bolnikov in sorodni koncept

klime varnosti povezana z obnašanjem zdravnikov in poročanjem o nevarnih dogodkih (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000, str. 3), zmanjšanjem neugodnih dogodkov (Singer et al., 2009; Mardon et al., 2010, v Weaver, Lubomksi, Wilson, Pfoh, Martinez in Syndey, 2013, str. 369) in zmanjšano umrljivostjo (Estabrooks et al., 2002; Sexton, 2002, v Weaver, Lubomksi, Wilson, Pfoh, Martinez in Syndey, 2013, str. 369). Na temelju socialne, organizacijske in varnostne znanosti je kultura varnosti bolnikov definirana kot prvi vidik organizacijske kulture (Zohar et al., 2007; Flin, 2007, v Weaver, Lubomksi, Wilson, Pfoh, Martinez in Syndey, 2013, str. 369). Lahko je poosebljena s skupnimi vrednotami, verovanji, normami, postopki, ki so v povezavi s kulturo varnosti med člani organizacije, enote ali delovne skupine (Schein, 2010; Pronovost 2006, v Weaver, Lubomksi, Wilson, Pfoh, Martinez in Syndey, 2013, str. 369). Vpliva na obnašanje zdravnikov in drugih zaposlenih, na njihova nagnjenja, prepoznavanje njihovih del z večanjem pomena o bolnikovi varnosti v primerjavi z drugimi cilji (Zohar et al., 2007, v Weaver, Lubomksi, Wilson, Pfoh, Martinez in Syndey, 2013, str. 369).

Med analiziranjem člankov, v katerih so opisane bolnišnice, ki jim je uspelo izboljšati varnost bolnikov, ugotovimo, da so oblikovali vizijo varnosti in jo uresničevali preko močnega vidnega vodenja. Pri tem jim je bila v veliko pomoč pravilna mešanica orodij za analizo in implementacijo sprememb. V splošnem so se ti članki navezovali na vzpostavitev kulture varnosti in, širše gledano, na potrebo po vzpostavitvi učeče se organizacije (Mohr, 2005, str. 41). Ključna komponenta izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je doseganje in transformacija kulture organizacije. Orodje, ki lahko pospeši proces organizacije sprejemanja sprememb v trenutnem tekmovalnem okolju, je »organizacijsko učenje«, na katerega lahko gledamo kot na znanilca spremembe (Rousseau, 1997; Sher in Lee, 2004; Ipe, 2003, v Franco in Almeida, 2011, str. 783). Učeča se organizacija je definirana kot organizacija, ki je zmožna ustvarjanja, pridobivanja in prenosa znanja in spreminjanja svojega obnašanja s prikazovanjem novega znanja in spoznanj (Garvin, 1993, v Franco in Almeida, 2011, str. 783).

Na splošno so raziskovalci in znanstveniki mnenja, da veliko dejavnikov v zdravstvenem sistemu predstavlja izziv zdravstvenemu managementu, največji od njih je organizacijske narave, prej kot klinične ali finančne. Izboljšana kultura varnosti, povečana uspešnost zaposlenih in zadržanje ključnih talentov je postalo težje, ker se zaposleni v zdravstvenih sistemih soočajo z večjimi zahtevami in delovnimi obremenitvami (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 821). Zaradi teh izzivov mora zdravstveni management uvajati takšne strategije, ki bodo omogočale konkurenčno prednost z optimiziranjem človeškega kapitala. Ena od takšnih strategij je strategija participativnega managementa, ki poveča produktivnost zaposlenih z nagrajevanjem uspešnosti, večanjem predanosti zaposlenih in decentralizacijo odločanja, kar delavcem omogoča večjo moč odločanja (Arthur, 1994, v Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 128).

1.4.1 Organizacijska kultura, ki podpira varnost bolnikov

Bolnikovo varnost je Institute of Medicine definiral kot »preprečevanje škode bolnikom« (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000, str. 3). Pri tem je v zdravstvenih sistemih poudarek na (1) preprečevanju

napak, (2) učenju iz napak, ki se pojavljajo, in (3) gradijo kulturo varnosti, ki vpleta zdravstvene strokovnjake, organizacije in bolnike. Največji izziv v premiku proti varnejšemu zdravstvenemu sistemu je spreminjanje kulture iz takšne, ki za napake krivi posameznike, v takšno, v kateri se napake ne obravnavajo kot osebne napake, pač pa kot izzivi za izboljšanje sistema.

Do pred kratkim so se reforme zdravstvenega sistema osredotočale predvsem na strukturne spremembe. Nedavne študije so pokazale, da samo strukturne spremembe ne prinašajo pričakovanih izboljšav v kakovosti dela v zdravstvenih ustanovah (Robida, 2006, str. 7). Raziskave (Anthony, 1990, v Bate, Khan in Pye, 2000, str. 198) ugotavljajo, da je k strukturnim spremembam treba dodati še spreminjanje kulture organizacije. Za nadaljnji uspešen razvoj zdravstvenega sistema je pomembno, da zdravstvo ne sme biti razumljeno kot sistem izoliranih členov, saj so v zdravstvenih organizacijah ljudje sistem, v katerem se srečujejo posamezniki in skupine (uporabniki storitev, zdravniki, medicinske sestre, menedžerji idr.) z zelo različnimi dojemanji, prepričanji in razmišljanji. Vsi skupaj tvorijo sistem različnih pogledov in interesov. Uspešnost in učinkovitost zdravstvene organizacije se ne kaže v tem, kaj posamezen člen sistema dela, temveč v tem, kakšno je sodelovanje med njimi za doseganje skupnih ciljev.

Pet- in desetletne retrospektivne raziskave (Wachter, 2004, str. 543; Leape in Berwick, 2005, str. 2385–2388; Kaldijan, Jones, Wu, Forman-Hoffman, Levi in Rosenthal, 2008, str. 40), ki so se usmerjale v varnost bolnikov v ZDA, so privedle do zaključkov, da so bile uvedene splošne skromne strukturne in procesne izboljšave, da pa do transformacijskih strateških in operativnih korakov, ki bi izboljšali varnost bolnikov, še ni prišlo. Pot spreminjanja je prepočasna. Naučili smo se veliko in pridobili občutek o tem, kako malo vemo. Trenutno stanje bolnikove varnosti je nesprejemljivo. V javnost čedalje pogosteje prihajajo podatki o verjetnosti napak, poškodb in stanj, ki vodijo v napake. Številna zadnja poročila in raziskave kažejo, da zdravniki velikokrat sploh ne prijavljajo večine zdravniških napak (Wachter, 2004, str. 540; Leape in Berwick, 2005, str. 2385; Kaldjian et al., 2006, v Kaldijan, Jones, Wu, Forman-Hoffman, Levi in Rosenthal, 2008, str. 40). Večina od njih ne ve, kdaj, kako in komu naj poroča. Težko nekaj popravimo, če sploh ne vemo, v čem je težava. V raziskavi študentov 338 fakultet in mlajših zdravnikov, ki je bila objavljena januarja 2008 v Archives of Internal Medicine (Kaldijan, Jones, Wu, Forman-Hoffman, Levi in Rosenthal, 2008, str. 43–45), je bila večina anketirancev prepričanih, da je treba o hipotetičnih medicinskih napakah, ki so jih navedli raziskovalci, poročati. Vseeno je le 17 % vseh zdravnikov priznalo kakršnokoli manjšo napako in le 4 % jih je poročalo o katastrofalnih napakah. Samo 55 % anketirancev je poznalo način poročanja in samo 39 % jih je vedelo, komu naj poročajo o napakah. Leta 2007 je bila opravljena raziskava mnenj 1155 zdravnikov, s katero so ugotovili štiri najpogostejše prepreke pri razvijanju kulture varnosti (Steiger, 2007 v Sutker, 2008, str. 9): pomanjkanje virov in denarja, neupoštevanje zdravnikovih naročil s strani bolnikov in pogostost razvad, slaba komunikacija med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi strokovnjaki, želja po ohranitvi obstoječega stanja.

Poročilo Institute of Medicine (IOM): *To Err is Human* (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000, str. 1), je ocenilo, da vsako leto več ljudi umre zaradi medicinskih napak, ki bi se jim lahko izognili, kot zaradi

AIDS-a, raka na dojki ali prometnih nesreč. Inovacije v medicinski tehnologiji so povzročile, da je zdravstvo čedalje bolj kompleksno. Zaradi tega je večina napak v bolnišnicah posledica napak v teh sistemih. Težava v zajemanju te kompleksnosti je postala jasna, zato regulatorji, javnost in plačniki iščejo večjo transparentnost zdravstvene industrije. V juliju 2004 je ustanova Health Grades objavila poročilo *Patient Safety in American Hospitals* raziskave več kot 37 milijonov zapisov bolnikov (Patient Safety in American Hospitals, Study Released by HealthGrades, julij 2004). Rezultati so bili naslednji: v letih 2000, 2001 in 2002 je zaradi medicinskih napak, ki bi se, seveda, dale preprečiti, umrlo povprečno 195.000 Američanov letno. Zdravstveni strokovnjaki menijo, da dobro izobraženi zdravniki in medicinske sestre ne delajo napak. Na žalost so vsa človeška bitja zmotljiva, in ne glede na to, kako dobro so izučena, bodo vedno delala napake. Dodatna težava je še v tem, da se ponavljajoče napake množijo v kompleksnih sistemih, kot so bolnišnice. Čedalje večje število dokazov kaže na to, da je vsaj 80 % vseh medicinskih napak sistemske narave (Leonard in Frankel, 2006, str. 12–13).

Presečna raziskava, ki jo je leta 2000 med več kot 30 000 piloti in 1033 kirurgi opravil Sexton s kolegi, je prišla do naslednjih ugotovitev (Sexton, Thomas in Helmreich, 2000, str. 746–749). Letalska industrija ima več podobnosti z zdravstvenim sistemom: ima poklice z močno poklicno kulturo in potrebo po visoki uspešnosti izpolnjevanja natančnih nalog pod časovnim pritiskom. V obeh panogah tveganja nihajo od visokih do nizkih, s prežečimi nevarnostmi, ki prihajajo iz različnih virov v okolju. Obe panogi sta delovno intenzivni, v interakciji s kompleksno tehnologijo. V obeh so rezultati odvisni od odločitev posameznikov, timskih, tehničnih in organizacijskih dejavnikov.

Sexton je prišel do presenetljivih sklepov: 70 % kirurgov ni pomislilo, da utrujenost lahko vpliva na njihovo uspešnost, v primerjavi s 26 % pilotov. 94 % pilotov je zavrnilo strmo hierarhijo, v kateri višji – starejši člani niso odprti za vprašanja mlajših kolegov, le 55 % kirurgov je zavrnilo enako hierarhijo. Piloti so manj pogosto zanikali vplive osebnih težav (53 %) kot kirurgi (82 %). V operacijskih dvoranah so naučeni opazovalci timskega dela ocenjevali delo v timu kot minimalno ali slabo v 50 % primerov, med letalsko posadko pa v 13 % primerov.

V zdravstvenih delovnih skupinah je obstajalo različno zaznavanje kakovosti timskega dela v skupinah, ki so odvisne druga od druge. 77 % zdravnikov v intenzivnih enotah je npr. poročalo o visokih stopnjah timskega sodelovanja z medicinskimi sestrami, medtem ko je le 40 % medicinskih sester poročalo o dobrem sodelovanju z zdravniki. Prevladujoča kultura je tista, ki vidi napako neločljivo povezano z moralnimi spodrsljaji posameznikov in se odzove temu primerno, kar poveča moč kulture zanikanja. Tako medicinsko osebje ve, da so napake pomembne, a je o njih težko razpravljati in zato niso dobro obravnavane v bolnišnicah (Sexton, Thomas in Helmreich, 2000, str. 745).

Kako lahko oblikujemo takšno okolje, v katerem zdravstvena oskrba teži k varnosti? Medtem ko nacionalna kultura izvira iz skupnih vrednot, je organizacijska kultura sestavljena iz skupnih praks. Kulturo lahko opišemo kot zbirko individualnih in skupinskih vrednot, nagnjenj, zaznav in predvidevanj, ki vodijo obnašanje članov določene skupine (Schein, 1990, Helmreich, Merrit, 1998, v Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2003, str. 406).

Za močno kulturo varnosti so značilni obveza do vodenja, ki razpravlja in se uči iz napak, pri čemer uporablja vse možne načine komunikacije, kot je vzajemno zaupanje, skupne percepcije pomembnosti varnosti, spodbujevalno in praktično timsko delo in uporaba sistemov poročanja in analiziranja neugodnih dogodkov (Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2003, str. 406).

1.4.2 Meddisciplinarno sodelovanje

Medpoklicno izobraževanje je definirano kot »neformalne in formalne priložnosti za člane dveh ali več poklicnih skupin, da se učijo drug od drugega z vpletanjem bolnikov, kjer se le da, z namenom izboljšanja učinkovitosti zdravljenja in izboljševanja sodelovalnih praks (UKCC, 2001, v Bradshaw, Coleman in Smith, 2003, str. 31; Almås in Ødegård, 2010, str. 144). Druga definicija je učinkovit medosebni proces, ki pospešuje doseganje ciljev, ki jih sicer ne bi mogli doseči, če bi posamezni strokovnjaki delovali vsak zase (Bruner, 1991, v Bronstein, 2002, str. 113).

Stremljenje h kulturi varnosti je proces tako skupinskega učenja kakor tudi individualnega učenja in organizacijskega učenja. Klasični model kulture varnosti opisuje elemente ali subkulture, ki poročajo in se učijo v prilagodljivih medsebojnih odnosih. V kontekstu prilagodljivost pomeni pričakovanje, lajšanje in priprava na okrevanje po nevarnih dogodkih (Sheridan, 2008, v Williams in Smart, 2010, str. 417). Izvajalci morajo vedeti, kaj poročati, kako poročati in zakaj to početi. Varnost se tako zagotavlja s hitrim ciklom vzročno-posledične povratne zanke, ki zagotavlja nenehno poročanje. Organizacija mora pri tem bolj spoštovati učenje, kot grajati, in bolj spoštovati učenje kot status quo. V ta namen naj se uporabljajo vsi dosegljivi nameni učenja, vključno s »predstavo o varnosti« glede tega, kaj bi se lahko zgodilo pri poznanih tveganjih in podatkih. V središču pozornosti je varnost bolnikov, zato se mora poročevalni sistem preobraziti v detektor ranljivosti, in ne samo v merilo pogostosti in prevlade. Večina bolnišnic že ima sistem pregledovanja in učenja iz napak, toda vseeno imajo skoraj vsi ti sistemi svoje omejitve. Veliko incidentov ostane neprijavljenih, ostali niso ocenjeni kot napake (Olsen et al., 2007, v Williams in Smart, 2010, str. 422). Samo preiskovanje poročil o napakah ni dovolj za spoznavanje, ali je točka delovanja prešla mejo varnosti. Prilagodljivost kot proaktivni koncept varnosti pomeni, da so bile uporabljene druge metode z bolj natančno močjo napovedovanja. Če lahko teoretično izmerimo usklajevalne akcije, ki so se odvijale na obrobju, potem si lahko zgradimo sliko o položaju točke delovanja.

Izboljšanje varnosti bolnikov zahteva polno sodelovanje zdravstvenega in drugega osebja, zaposlenega v bolnišnici (Mayfield, 2006, str. 30; Williams in Smart, 2010, str. 417). Za doseganje tega sodelovanja morajo bolnišnični vodje kultivirati okolje, ki zajema obe skupini. Vpeti zdravniki in drugo osebje čutijo pripadnost svojim službam in bolnišnici, v kateri so zaposleni. Če so primerno vpeti, bodo delovali v najboljšem interesu svojih delodajalcev in bodo pripravljeni delovati v najboljšem interesu zasledovanja bolnišničnih ciljev uspešnosti.

Poklici vsebujejo svojo lastno osebnostno in poklicno kulturo, kompetenco in stil sodelovanja v delovnem okolju. Poklicna kultura odseva tako zgodovinske vplive kot tudi socialne in spolne. Dodatno na politične in ekonomske strukture, ideje, razmišljanja in vrednote vplivajo različne skupine zdravstvenih poklicev. Vloga poklicev v obliki poklicne kulture je okarakterizirana s časom obstoja določenega poklica, pomenom določenega poklica (Almås in Ødegård, 2010, str. 143).

Različni poklici v zdravstvu namreč predstavljajo različne znanstvene in praktične pristope. Nekateri so stalno v stiku z bolniki in sodelujejo z drugimi strokovnjaki. Nekateri pa imajo le omejene stike z bolniki in drugimi poklicnimi skupinami. Posledično imajo različne skupine strokovnjakov, povezane z različnimi področji dela, različna znanja in dodane vrednosti, ki so jih pridobili skozi razširjen proces izobraževanja. Razlike v izobraževalnih sistemih vzpostavijo in povečajo različne kulture; tako izobraževalni programi in izobraževalne ustanove proizvajajo različne kulture (Abramson in Mizrahi, 1996, str. 271; Humphris in Hean, 2004, str. 24).

Izobraževalni sistemi igrajo ključno vlogo pri oblikovanju kulture na področjih poklicne komunikacije, dejavnosti, procesov po meri. So osrednja področja, kjer se oblikuje poklicna kompetenca, ki je del vgrajene študentske poklicne kulture in je bolj ali manj izražena in zagovarjana v različnih poklicnih programih in izobraževalnih ustanovah. Izobraževanje v zdravstvu je povezano s pravico do pridobitve licence ali certifikata in naziva, ki ustreza vstopu v poklic. Študent je odvisen od certificiranja ali licenciranja. Nanj vplivajo njegovi izobraževalni programi in priložnosti, ki jih ti programi proizvedejo (Almås in Ødegård, 2010, str. 144; Hall, 2005, str. 191).

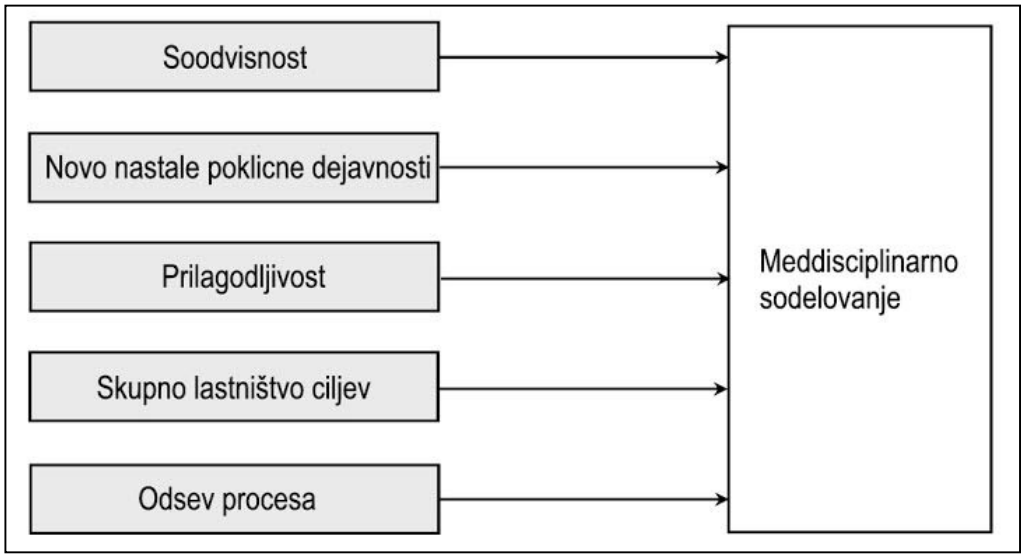
Raziskave poklicev poudarjajo dejstvo, da kompetenca vsebuje tako znanje, spretnosti in odnose, potrebne za delo v določenem poklicu, kot tudi sposobnost dojemanja vsebine del (Areskog et al., 1988, str. 6). Kompetenca je sestavljena iz sposobnosti delovanja in notranjega sistema referenc ali osnovnega razumevanja okolice. Svetovna zdravstvena organizacija poklicno kompetenco opisuje kot sposobnost opravljanja določene poklicne funkcije, ki je sestavljena iz repertoarja poklicne prakse (Areskog et al., 1988, str. 6). Kompetenca zahteva znanje, primerne usposobljenosti in vidne mehanične in intelektualne spretnosti, ki skupaj omogočajo opravljanje določene poklicne storitve.

Po podatkih WHO je sposobnost sodelovanja z drugimi poklici temelj medpoklicne kompetence (Areskog et al., 1988, str. 6). Termin medpoklicno se nanaša na odnos med različnimi poklicnimi skupinami, vsaka od njih ima različno poklicno kulturo. Medpoklicna kompetenca vsebuje učinkovito skupno delovanje med posamezniki z različnimi ozadji. Medpoklicne interakcije morajo vsebovati stalno partnerstvo pri reševanju problemov in izvajanju storitev. Medpoklicna kompetenca je sposobnost delovne skupine za reševanje težav, za prilagodljivo reakcijo in za vključevanje različnih poklicev. Vsebuje dinamično znanje v skupini, v kateri člani zasledujejo skupni cilj. Za skupno učinkovito in uspešno delovanje morajo zdravstveni delavci najprej razumeti, kako druge poklicne skupine razmišljajo o zdravstvenih vprašanjih, in ceniti znanja in prispevke drugih skupin. Z učenjem tega v obdobju izobraževanja bodo študentje bolj pripravljeni sodelovati in skupaj delati za zagotavljanje koordiniranega zdravstva za skupne cilje.

Glede na teorijo in empirične podatke na Norveškem izvedene študije je treba na poklicno kulturo gledati tako z zgodovinskega kakor tudi s socialnega vidika (Almås in Ødegård, 2010, str. 148). Študentje, ki imajo razširjene interakcije z bolniki in drugimi poklici med svojim študijem, medpoklicnost bolj cenijo kot študentje, ki imajo manj izkušenj z bolniki in drugimi poklicnimi skupinami. Dominantna kultura različnih poklicnih skupin je pomembna pri oblikovanju medpoklicnih zaznav študentov. Razlike med zaznavami študentov o medpoklicnem izobraževanju in sodelovanju tako dajejo dokaz, da poklicna kompetenca temelji na procesu socializacije in poklicne kulture.

Medpoklicni procesi med eno ali več različnimi poklicnimi skupinami, ki se nahajajo v skupnih dejavnostih, so predstavljeni s petimi jedrnimi sestavinami: (1) soodvisnost, (2) novo nastale poklicne dejavnosti, (3) prilagodljivost, (4) skupno lastništvo ciljev, (5) odsev procesa. Prikazani so na sliki 2.

Slika 2: Sestavine modela meddisciplinarnega sodelovanja



Vir: Bronstein, A model of interdisciplinary collaboration, 2003, str. 299.

Soodvisnost se nanaša na pojav in zanašanje na interakcije med poklicnimi skupinami, v katerih je vsaka posamezna poklicna skupina v procesu doseganja lastnih ciljev in nalog odvisna od druge. Za uspešno soodvisno delovanje je ključnega pomena jasno razumevanje razlikovanja med njihovimi lastnimi nalogami in nalogami drugih poklicev in njihova pravilna uporaba. Za soodvisnost so značilni porabljen skupni formalni in neformalni čas, pisna in ustna komunikacija med poklicnimi kolegi in spoštovanje strokovnih mnenj in vložka drugih poklicnih skupin.

Iz svoje meta analize literature na temo sodelovanja med različnimi poklici sta Mattessich in Monsey (1992) prepoznala obnašanja in nagnjenja, ki opisujejo soodvisnost kot sestavino sodelovalne prakse. Ta vsebuje razmišljanja sodelujočih, ki menijo, da je sodelovanje potrebno in temelji na prosti komunikaciji med kolegi. Pogosto citirana prednost timskega dela je združevanje znanja in izkušenj iz različnih disciplin. S tem se povečuje domiselnost pri reševanju današnjih večplastnih težav. Prednost

sodelovanja je predvsem v tem, da vpletenim dovoljuje ukvarjanje s stvarmi, ki jih najbolje obvladajo (Abramson in Rosenthal, 1995, v Bronstein, 2003, str. 300).

Billups (1987) je prepoznal trdno poklicno identiteto kot pomembno komponento uspešnega timskega dela. Mattessich in Monsey (1992) pa sta ugotovila, da so za uspešno sodelovanje potrebna jasno razumljiva pravila. Oba navedena pojava sta predhodnika soodvisnosti; posamezni strokovnjaki morajo biti varni znotraj svojih pravil. Namen tega je poznavanje svojega znanja in poznavanje dejstev, pri čemer vedo, da se lahko zanesejo na druge (Bronstein, 2003, str. 300).

Novo nastale poklicne dejavnosti se nanašajo na skupna dejanja, programe in strukture, ki s sodelovanjem postanejo dosegljivi. Te dejavnosti povečujejo izkušnje vsakega sodelujočega. Kaganova (1992) je ugotovila, da so novo nastale poklicne dejavnosti kritična sestavina sodelovalnega dela. Pri tem je sodelovanje definirala kot dejavnost, s katero »je zgrajena določena trajajoča sodelovalna struktura«. Aplikacija sistemske teorije na storitveno integracijo, ki sta jo opravila Kagan in Neville (1993), je poudarila, kako posamezni ljudje in programi s sodelovanjem pridobijo priložnost ustvarjanja tistega, česar ne bi mogli, če bi delovali neodvisno.

Prilagodljivost se razširja čez meje soodvisnosti in se premišljeno nanaša na pojav izginjanja pravil. Vedenje, ki je opredeljeno s prilagodljivostjo, vsebuje doseganje produktivnih kompromisov namesto nestrinjanja in spreminjanje pravil z namenom ustvarjalnega odzivanja na določene probleme in izzive. Mattessich in Monsey (1992) trdita, da je prilagodljivost kritična sestavina sodelovanja in da je skrivnost uspešnega sodelovanja prilagajanje v različnih stanjih. Študije primera sodelovanja in vključevanja storitev poudarjajo pomen prilagodljivosti. Billups (1987) je prilagodljivost prepoznal kot proces, ki je označen z večdisciplinarnimi timskimi interakcijami, predvsem v smislu timskih ciljev. Toseland, Palmer-Ganeles in Chapman (1986) so pri raziskavi različnih poklicnih skupin v psihiatričnem okolju našli eno od dveh velikih področij nestrinjanja, ki se pojavita pri predpostavki, da naj bi imeli vsi člani delovne skupine enako moč. Prilagodljivost kot komponenta sodelovanja zahteva manj hierarhičnih odnosov. Združevalne delovne skupine za uspešno delo potrebujejo nekaj premišljenega ukinjanja pravil in vzpostavljanja prilagodljivosti. Obdržana pravila naj bodo odvisna ne samo od izobraževanja strokovnjakov, pač pa tudi od potreb organizacije, trenutne situacije, poklicnih kolegov, strank in družin (Bronstein, 2003, str. 301).

Skupno lastništvo ciljev se nanaša na skupno odgovornost v celotnem procesu doseganja ciljev. Sem spada proces oblikovanja ciljev, njihovega definiranja, razvoja in doseganja. V primeru bolnišnic to zajema predanost oskrbe, usmerjene v bolnike, v kateri so strokovnjaki različnih disciplin, skupaj z bolniki in njihovimi družinami, dejavnimi pri doseganju ciljev. Za vpletenost v kolektivno lastništvo ciljev mora vsak strokovnjak prevzeti odgovornost za svoj delež v uspehu ali propadu in mora podpirati konstruktivno nestrinjanje in posvetovanje med kolegi in bolniki. Literatura navaja skupno lastništvo ciljev kot jedrno sestavino uspešnega sodelovanja (Bruner, 1991; Mattessich, Monsey, 1992, v Bronstein, 2003, str. 301).

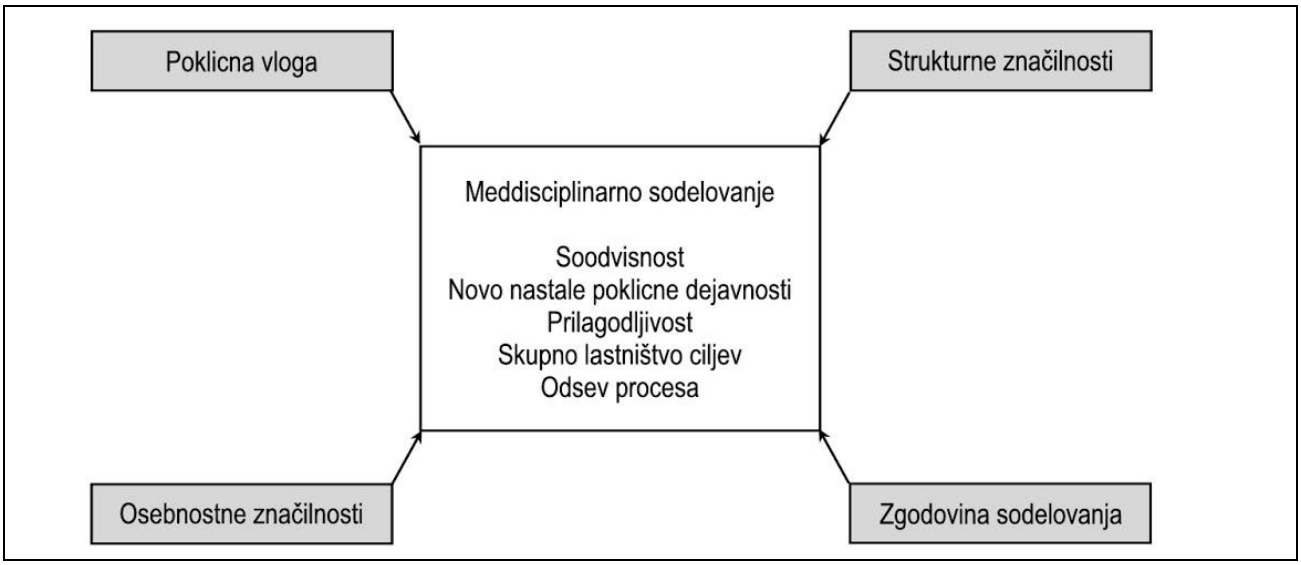
Mattesich in Monsey sta opisala kolektivno lastništvo ciljev, kadar napori za uspešno sodelovanje vključujejo jasno definirane, realistične cilje, skupno vizijo, strinjanje s poslanstvom, strategijo, široko vključenost v odločanje in vedno prisotno priložnost za tvorjenje kompromisov. Obstajajo trije podprocesi sodelovanja, ki so posebno povezani s skupnim lastništvom ciljev: identifikacija in pregled problemov, ki jih je treba rešiti, določanje ciljev in razvoj akcijskih načrtov; in pogajanje skupaj z vključevanjem akcijskega načrta. Pri tem sta seveda pomembni njegovo stalno spremljanje in vpletenost v njegovo izvajanje. Abramson in Rosenthal (1995) sta trdila, da se pomembnost skupnega lastništva ciljev izkaže takrat, ko se zagovarja večja vključenost v proces odločanja, kar vodi do »širše baze lastništva procesa in povečane podpore za implementacijo« in da ima meddisciplinarna podpora, ki temelji na širši osnovi, boljše možnosti za uspeh.

Odsev procesa se nanaša na namere vključenih v proces za skupno delovanje. To vključuje razmišljanje sodelujočih in razpravljanje o svojih delovnih razmerjih v procesu in vključevanje povratne zanke za okrepitev odnosov sodelovanja in njihove učinkovitosti. Uspešna integracija storitev se pojavi z vključevanjem predanosti samoocenjevanju. Billups (1987) je zraven vključil še odprt znotrajtimski konflikt in uporabo povratne zanke za prikaz medsebojnega vpliva sodelovanja kot kritičnih sestavin uspešnih meddisciplinarih delovnih skupin. Kane (1980) je prepoznal povezovalno delovno skupino kot tisto, ki namenja nekaj časa tudi osredotočanju in pregledu procesa. Abramson (1984) je določil smernice za delovanje delovnih skupin in označil pomembnost postopkov, zaradi katerih delovne skupine preučujejo etična vprašanja, s katerimi se srečujejo, in način iskanja odgovorov na ta vprašanja (Bronstein, 2003, str. 302).

1.4.3 Vplivi na meddisciplinarno sodelovanje

Vpletanje vplivov na meddiciplinarno sodelovanje postavi model meddisciplinarnega sodelovanja v kontekst. Model opisuje sodelovanje, ki je pomembna sestavina vsakdanje prakse, in dodatno vpleta razumevanje tega, kaj pripomore k uspehu in kaj predstavlja ovire, pomembno za povečanje njegove pojavnosti. Območja, ki jih opisujemo kot vplive na meddisciplinarno sodelovanje, vključujejo poklicne vloge, strukturne značilnosti, osebnostne značilnosti in zgodovino sodelovanja. Vsaka od njih predstavlja podporo meddisciplinarnim naporom, medtem ko njihova odsotnost predstavlja oviro. Prikazani so na sliki 3.

Slika 3: Vplivi na meddisciplinarno sodelovanje



Vir: Bronstein, A model of interdisciplinary collaboration, 2003, str. 303.

Poklicna vloga. Močno zavedanje poklicne vloge vsebuje zavedanje vrednot in etik kateregakoli poklica; zvestoba svojemu poklicu; spoštovanje poklicnih kolegov; celostni pogled na skupno delovanje; perspektiva, ki je podobna ali komplementarna perspektivam drugih sodelujočih poklicnih skupin. Teorija vloge nam pomaga razumeti, kako poteka socializacija v poklicno vlogo in kako je posamezna oseba zmožna interakcije z drugimi med izvajanjem svojega dela. Kritična vprašanja v razumevanju vloge poklicne vloge na medsebojno sodelovanje z ostalimi vsebujejo učinek socializacije, pravila, status in hierarhijo.

Vsak poklic socializira svoje člane na svoj način, v skladu s svojimi pravili, vrednotami in prakso in razlike med različnimi poklici izhajajo iz razlik v pomembnosti, ki jo vsak pripisuje avtonomiji, iz sposobnosti zadržanja svoje usmeritve, ki predstavljata ideal strokovnosti. Ta občutek avtonomije, poklicne identitete in sposobnosti se razvije v procesu poklicne socializacije. Razumevanje socializacije in z njo razumevanje vloge pričakovanj in poklicne dediščine sta ključna dejavnika za razumevanje sposobnosti določene poklicne skupine, da sodeluje z drugimi disciplinami. Za dobro delovanje meddisciplinarne delovne skupine morata biti prisotna močan občutek poklicne vloge, ki je potreben za meddisciplinarno sodelovanje in vsebuje tako predanost svojemu poklicu ali oddelku kakor tudi predanost meddisciplinarni delovni skupini. Glede na to, da se meddisciplinarni odnosi razlikujejo za vsako disciplino in njen status v pravilih, je kompetentna poklicna vloga tista, ki lahko promovira sodelovanje in zato zahteva recipročno spoštovanje ne glede na status določene poklicne skupine.

Strukturne značilnosti. Strukturne značilnosti, ki so pomembne za meddisciplinarno sodelovanje, vsebujejo obvladljivo število in strukturo primerov, kulturo organizacije, ki podpira meddisciplinarno sodelovanje, administrativno podporo, strokovno avtonomijo ter čas in prostor, ki sta potrebna za sodelovanje. Hord (1986) je pregledal izkušnje več sodelujočih v človeških storitvah, izobraževanju, managementu. Ugotovil je nekaj strukturnih preprek za sodelovalno dejavnost. Te so premalo časa za

pogajanja in izmenjavo medsebojnih mnenj, velika zahteva po osebnostnem spreminjanju v smislu poslušanja, sprejemanja, prilagajanja drugim mnenjem in sodelovanja. Tehnika sodelovanja zahteva tudi nekaj dodatnih finančnih virov, ki lahko prav tako predstavljajo prepreko. Mattessich in Monsey (1992) pa sta odkrila, da je sodelovanje podprto, kadar so mu vodje organizacije naklonjeni in kadar obstaja zadostna finančna osnova zanj.

Strukturne značilnosti vsebujejo veliko načinov, kako lahko organizacija razporeja vire in določi delo, ki ali podpira ali ovira sodelovanje. Že v davnih tridesetih letih 20. stoletja sta Gulick in Urwick (1937) trdila, da je največja nevarnost skupnega dela organizacije »izguba koordinacije in nevarnost trenja, ki se pojavi med različnimi oddelki ali na točkah, kjer prihaja do prekrivanja med njimi« (Bronstein, 2003, str. 303).

Osebne značilnosti. Osebne značilnosti, ki so pomembne za meddisciplinarno sodelovanje, vsebujejo načine, kako vidijo vpleteni drug drugega zunaj svojih poklicnih vlog. Mattessich in Monsey (1992) sta ugotovila, da so osebne značilnosti izjemno pomembne sestavine uspešnega sodelovanja. Raziskave so kot pomembne osebne značilnosti vključevale zaupanje, spoštovanje, razumevanje, neformalno komunikacijo med sodelujočimi. Humanistična perspektiva storitvenega združevanja, s katero se je ukvarjal Maslow (1965 v), kaže na pomembno vlogo zaupanja, kot kritične osnove za uspešno sodelovanje.

Abramson in Mizrahi (1996) sta raziskovala odnos med socialnimi delavci in zdravniki in ugotovila, da obe poklicni skupini občutita podkrepitev sodelovanja s spoštovanjem, pozitivno kakovostjo komunikacije in podobnimi vidiki. Dobro razumljiva vloga in pogostost komunikacije je bila bolj cenjena med socialnimi delavci, medtem ko sta bili vlogi sposobnega sodelujočega in nekoga, ki obvešča, bolj cenjeni med zdravniki. V študiji dejavnikov, ki predstavljajo omejitve ali podpirajo sodelovanje v zdravstveni oskrbi, je avtor prišel do sklepa, da so za uspešno sodelovanje pomembne naslednje osebne značilnosti: pozitivno nagnjenje do sodelovanja, spoštovanje in zmožnost osebnega obnašanja vseh sodelujočih (Brown, 1995, v Bronstein, 2003, str. 304)

Zgodovina sodelovanja. Zgodovina sodelovanja se nanaša na prejšnje izkušnje v meddisciplinarnih sodelovanjih. Ta dejavnik, ki je indikator uspešnega sodelovanja, je bil prisoten v veliko študijah, ki sta jih pregledala Mattesich in Monsey (1992). Lonsdale et al. (1980) so ugotovili, da dolga tradicija specializacije in fragmentacija ovirajo uspešno sodelovanje. Pozitivne izkušnje z meddisciplinarnim sodelovanjem in lokalna pravila pa so povezana z uspešnim sodelovanjem (Bronstein, 2003, str. 304).

V naslednjih prihajajočih desetletjih bodo potrebne radikalne spremembe v vseh zdravstvenih vlogah. Predstavljale bodo pomembne dejavnike, ki bodo edini zagotavljali uspešno ponudbo ob povečanem povpraševanju po zdravstvenih storitvah. Zato bodo vse zdravstvene poklicne skupine prisiljene postati bolj prilagodljive in razviti večje medsebojno razumevanje in spoštovanje druga do druge. Nobena od njih ne bo mogla ostati ločena, če bodo hotele zagotoviti v bolnika usmerjene storitve. Povečane spremembe v mejnih vlogah pomenijo, da se bodo dejavnosti velikokrat prekrivale in povezovale

posamezne strokovnjake med seboj (Cameron, 2000, v Humphris in Hean, 2004, str. 24). Iskanje prilagodljivosti delovne sile postavlja ključno vprašanje, do kam bodo segli reformatorji v izzivanju sedanje zdravstvene hegemonije. Zato je treba videti razdelitev dela v zdravstveni oskrbi kot neprekinjen tok. Pri tem veliko oviro predstavlja proces socializacije posameznih poklicnih skupin, ki izoblikuje določene vzorce obnašanja in delovnih odnosov. Te ovire kasneje obdržijo prežet red, ki vzpostavlja medicinsko nadvlado. Proces socializacije je tako vzpostavil določen red strokovnjakov, ki postanejo odporni na vprašanja in spremembe. Takšne socialne norme in vrednote so uporabljene za zadržanje statusa quo. Ta velikokrat prezre raznolikost bolnikov in medpoklicnega vidika, ki bi sicer lahko velikokrat odpirala nove priložnosti za spreminjanje (Humphris in Hean, 2004, str. 24, 25).

1.4.4 Subkulture kulture varnosti

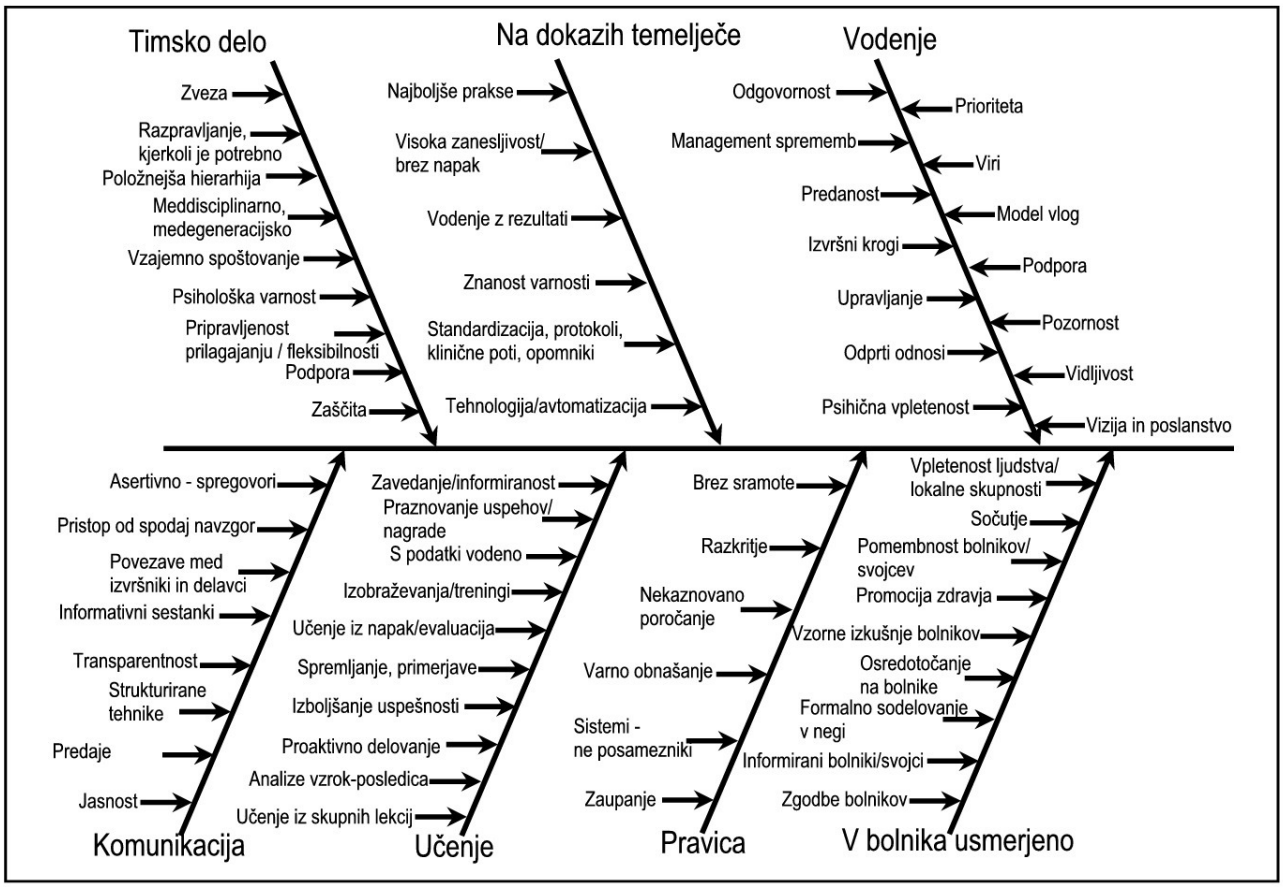
Kultura varnosti v organizaciji je proizvod vrednot posameznikov in skupin, njihovih odnosov, sprejemanj, kompetenc in oblik obnašanja, ki določajo zavezo, način in strokovnost organizacijskega vodenja zdravstvene oskrbe in bolnikove varnosti. Ne glede na to, da kulture varnosti ni težko izraziti z besedami, je dejansko poznavanje in razumevanje značilnosti, ki določajo kulturo varnosti, nekoliko bolj izmikajoče se.

Širok razpon kulture varnosti lahko razdelimo v sedem subkultur (Sammer, Lykens, Singh in Mains, 2010, str. 156). **(1) Vodenje**: Zavedanje vodij, da je okolje zdravstvenih organizacij visoko tvegano, in njihova prizadevanja po uravnoteženju vizije/poslanstva, kompetenc zaposlenih, fiskalnih in človeških virov, naj se preselijo iz sejnih sob v prve bojne linije. (2) **Timsko delo**: Duh kolegialnosti in sodelovanja med izvajalci, zaposlenimi in neodvisnimi praktiki. Odnosi naj bodo odprti, varni, spoštljivi in prilagodljivi. **(3) Na dokazih temelječe zdravljenje:** Prakse oskrbe bolnikov naj temeljijo na dokazih. Za zmanjševanje odklonov v zdravljenju je potrebna standardizacija oskrbe. Procesi dela naj bodo organizirani tako, da bodo čimbolj zanesljivi**. (4) Komunikacija:** Oblikovanje takšnega okolja, v katerem ima vsak od zaposlenih, ne glede na njegov opis del in nalog, pravico in odgovornost, da spregovori v imenu bolnika. **(5) Učenje:** Bolnišnica se uči iz lastnih napak in išče nove priložnosti za izboljšanje kakovosti zdravljenja. Učenje je med zaposlenimi cenjeno. **(6) Pravica:** Kultura, ki raje prepozna napake sistemske narave kot individualne. **(7) Usmerjenost v bolnika:** Oskrba bolnika je osredotočena na bolnika in njegove svojce. Bolnik tako ni aktivni udeleženec v svojem zdravljenju, pač pa deluje tudi kot zveza med bolnišnico in lokalno skupnostjo. Subkulture so prikazane v modelu na sliki 4.

Vodenje je ena od ključnih tem pri izboljševanju varnosti bolnikov in predstavlja neločljivo povezan del kulture varnosti. Vodenje organizacije, ki je predana zagotavljanju varnejše oskrbe, od posameznika zahteva, da preseže pogoste napake v razmišljanju o napakah, kot so obtoževanje posameznika, neupoštevanje dejavnikov sistema in obtoževanje birokracije organizacije. Vodje morajo preoblikovati sistem tako, da posamezniku in organizaciji dovoljuje, da se uči. Morajo oblikovati učečo se organizacijo, v kateri se povezujejo vizija varnosti in sistemsko razmišljanje o napakah in varnosti v organizaciji. Vodenje varnosti izhaja iz vseh ravni organizacije. Kadar definiramo vodstvo z izrazi

oblikovanja učeče se organizacije, je naloga vodje, da prevzame odgovornost za učenje kot oblikovalec procesa učenja in kot strežaj vizije, pa tudi kot učitelj uvajanja učenja v organizacijo (Senge, 1990). Iskanje in odpravljanje napak na dejaven način, čemur Argyris (1991, v Mohr, 2005, str. 43) pravi učenje ene zanke, je stanje, v katerem se večina organizacij znajde na poti do izboljšanja varnosti. Sposobnost ocenjevanja okolja in izvajanja sprememb je ena zanka ali pasivno učenje. Nasprotno je učenje dvojne zanke zgrajeno na iskanju in odpravljanju napak in nato proaktivnem spreminjanju organizacijskih vzorcev, politik in ciljev. Vodenje za doseganje bolnikove varnosti temelji na tem aktivnem učenju, ki temelji na dvojni zanki. To je učenju, kjer se obravnavajo napake in nevarni dogodki kot priložnosti za napredovanje organizacijskega učenja in spreminjanja (Mohr, 2005, str. 43–44).

Slika 4: Kultura varnosti v bolnišnicah



Vir: Sammer, Lykens, Singh in Mains, What is Patient Safety Culture? A review of the Literature, 2010, str. 158.

Timsko delo je druga kritična subkultura. V bolnišnicah se zdravijo bolniki s čedalje bolj zahtevnimi boleznimi, ki zahtevajo kompleksna zdravljenja. Tudi tehnologije zdravljenja postajajo čedalje bolj kompleksne. Zato je bolj naporno oblikovanje delovnih skupin in sodelovanje med negovalci in zdravniki. Varnost organizacije je zagotovljena z razpravljanjem, kjerkoli je to potrebno. Ta lastnost timskega dela prinaša meddisciplinarni in medgeneracijski pristop, ki presega hierarhijo, mesta in posameznike v organizaciji.

Zdravstvena oskrba, ki temelji na medicini, podprti z dokazi, je tretja subkultura. Zdravstvene organizacije, ki izvajajo prakse zdravljenja, temelječe na medicini, podprti z dokazi, vključno s standardiziranimi procesi, postopki, kontrolnimi seznami, izražajo kulturo varnosti. V zdravstvu še vedno obstaja zdravstveni model avtonomije zdravnikov in »medicinska znanost« še vedno prevladuje. Po mnenju zdravnikov vsebuje najboljše prakse in standardizacija je tako verjetno največji izziv v razvoju kulture varnosti. Kakorkoli, nove generacije zdravnikov so zdaj naučene uporabe standardiziranih vodnikov, zato bo njihova širša uporaba verjetno lažje izvedljiva.

Komunikacija je četrta subkultura. Asertivni jezik, kot npr. »potrebujem razumljivost in obvladujem jezo« in strukturiran jezik sta komunikacijski tehniki, kritični za kulturo varnosti. »Preberi ozadje« je primer strukturirane komunikacije, ki razjasni in pripelje do jasnosti besednih navodil. »Pavza« je naslednji primer strukturirane komunikacije med člani delovne skupine pred invazivnim postopkom, za preizkušanje pravilnega postopka na pravilnem delu telesa. Komunikacija med predajami je metoda strukturirane komunikacije med različnimi zdravstvenimi delavci za zagotavljanje pretoka informacij v obliki povezanega načrta med menjavami, enotami in oddelki (Gavranović, 2011, str. 25).

Več avtorjev predlaga varne metode komunikacije med predajami. Za varno predajo je treba vedno določiti zdravstvenega delavca oziroma zdravnika, ki je odgovoren za zdravljenje bolnika. Ta delavec sprejme in potrdi svojo odgovornost za zdravljenje bolnika. Zato sprejme legalno tveganje in primarno odgovornost za koordinacijo, nadaljevanje in napredovanje poteka zdravljenja bolnika (Nicholson, 2010, str. 51). V procesu predaje je pomembno še nekaj: zavedanje prejemnika zdravljenja bolnika za to nalogo in tako sprejemanje odgovornosti za to. Možne napake med predajo so kultura, ki ne podpira uspešnih predaj – pomanjkanje občutka za timsko delo in spoštovanje, različna pričakovanja med osebo, ki predaja, in osebo, ki sprejema, neučinkovita metoda komunikacije, premalo časa za predajo, motnje med predajo, pridobitev nepopolnih informacij ... Za izboljšanje predaje obstaja več standardiziranih metod, kot so SBAR, SHARQ, I PASS THE BATON, HANDOFFS. Te metode opisujejo ključne točke, ki jih mora proces predaje vsebovati.

Timsko delo je osnova uspešne komunikacije, z uporabo standardiziranih metod lahko člani delovne skupine medsebojno sodelujejo v bolj pozitivnem in dosegljivem okolju, kar bo pripeljalo do izboljšane varnosti bolnikov (Yeh in DeName, 2009, str. 17). Zaradi večje vpletenosti bolnikov v svoje zdravljenje obstajajo bolnišnice, v katerih se predaje odvijajo ob bolnikovi postelji (Laws in Amato, 2010, str. 70).

Komunikacija naj poteka v obliki informativnih sestankov za zagotavljanje vpletenosti vseh strank, pri čemer morajo biti oprema, zdravila in potrebni dokumenti pripravljeni. Podobni sestanki so dobrodošli na koncu procesov za pregled dela. Nazadnje, delavci bi radi vedeli, da je njihova komunikacija z managerji slišana in priznana. Zato so potrebne vzpostavitve povratnih zank in grajenje medsebojnega zaupanja in odprtih odnosov.

Učenje. V bolnišnici obstaja kultura učenja, kadar organizacijska kultura stremi k učenju iz napak in vključuje procese za izboljšanje kakovosti v sistem zdravljenja. Učenje se lahko začne, ko vodje pokažejo pripravljenost za učenje, ne samo iz notranjih virov, temveč tudi iz virov zunaj zdravstvenega sistema, ki so razvili uspešne kulture varnosti. Izobraževanje in treniranje naj vključuje vsaj osnovno razumevanje (a) kulture varnosti, (b) kaj pomeni biti zaupanja vredna organizacija, (c) vrednosti ocene kulture varnosti in (d) izboljšanja kakovosti procesov, vključno s hitrim ciklom preizkusa spremembe. Bolnišnica, katere delovanje temelji na podatkih, ima priložnost, da se ne uči samo iz napak, pač pa tudi iz uspehov. Bila naj bi transparentna in naj bi poročala o ključnih pokazateljih varnosti. Rezultati naj bi bili javno objavljeni v rednih časovnih presledkih. S časom, ko kultura varnosti v bolnišnici dozori, postanejo kulture učenja bolj proaktivne in prepoznavajo in izboljšujejo potencialno nevarne procese za preprečevanje napak. Ocenjevanje procesov učenja spodbuja priložnosti za delitev pridobljenih izkušenj in izobraževalnim procesom zagotavlja kontinuiteto in razvoj. Kultura učenja praznuje in nagrajuje uspehe.

Pravica je šesta subkultura. Ena od definicij pravične kulture je predstavljanje dveh skrajnih mej lestvice pravice. Na eni strani lestvice je individualna odgovornost in na drugi strani sistemska napaka. Marx (2008) opisuje metodo, ki je uporabna v zdravstvenih organizacijah za definiranje, ali so napake individualne in sistemske narave, s postavljanjem štirih vprašanj: (a) Ali je bilo obnašanje negovalca/zdravnika zlonamerno? (b) Je bil negovalec/zdravnik pod vplivom alkohola in/ali drog? (c) Ali se je negovalec/zdravnik zavedal, da je naredil napako? (d) Ali bi dva ali trije sodelavci negovalca/zdravnika naredili enako napako? Za kulturo pravice je značilno zaupanje. Ne kaznuje in vključuje ozračje v bolnišnici, ki omogoča poročanje o napakah brez sramote.

Kultura, usmerjena v bolnika, je sedma subkultura. Ta obkroža bolnika in njegove svojce kot edini razlog obstoja bolnišnic. Bolniku obljublja dodano vrednost z zagotavljanjem dobrega okolja zdravljenja med hospitalizacijo in obenem promovira zdravje in dobro počutje kot nadaljevanje nege. Odgovornost vodij je, da določijo usmerjenost v bolnika za vrednoto. Vodje naj spodbujajo medicinsko osebje in vse zaposlene, da usmerijo veliko prizadevanja v bolnika in mu ponudijo vzorno izkušnjo, temelječo na skrbi in sočutju. Pri tem je pomembno tudi vpletanje bolnika v lastno zdravljenje. Odločitev o izbiri izvajanja različnih zdravljenj iste bolezni naj temelji tudi in predvsem na izbiri bolnika, potem ko je bil o načinih zdravljenja zadostno informiran. Oblikovanje skupnih odločitev je učinkovita strategija za doseganje tega cilja.

Plačilo za uspešnost (angl. *pay for performance – P4P*) se osredotoča na premajhno uporabo določenih terapij, za katere je sicer znanstveno dokazano, da so nujno potrebne, kot je npr. uporaba beta blokatorjev po srčnem napadu (Wennberg, 2002). Načelo P4P bi moral veljati tudi za določene veje kirurgije, ki so občutljive na želje bolnikov, to je kirurgije, v kateri ni ene same prave ali napačne možnosti. Ključno vprašanje je, ali je ena ali druga opcija boljša za bolnika. Tipičen primer je rak dojke v zgodnji fazi. Bodisi mastektomija bodisi lumpektomija, ki jima sledi obsevanje, dosegata podobno smrtnost. Vseeno se nekatere ženske bolj nagibajo k enemu načinu zdravljenja kot k drugemu, tako da se kakovost oskrbe razširja nad tehnične zmožnost kirurga proti procesu odločanja. Odločitve, ki

vsebujejo izključujoče se vrednote med prednostmi in stranskimi učinki dveh ali več klinično primernih možnosti, naj bodo odvisne od individualne bolnikove odločitve (Wennberg, O'Connor, Collins in Weinstein, 2007, str. 1564–1565).

Obstajajo močni dokazi za to, da bolnikove odločitve pripomorejo ne samo k izboljšanju kakovosti odločitve, pač pa tudi preprečijo prekomerno uporabo možnosti, ki jih informirani bolniki ne cenijo. Odgovornost vodstva je, da so zavezani k usmerjenosti v bolnika kot jedrni vrednoti. Vodje morajo spodbujati medicinsko osebje in druge zaposlene k naporom za usmerjanje v bolnika, ki mu ponujajo izkušnjo, ki vpleta sočutje, vzornost in skrb. V bolnika usmerjene bolnišnice dopuščajo in bolnikom dajejo moč, da sodelujejo v lastnem zdravljenju. Vodje, ki delijo svojo vizijo, usmerjeno v bolnike, z lokalno skupnostjo, dopuščajo tej skupnosti občutek uspeha in lastništva njihove bolnišnice.

1.4.5 Organizacijska struktura, ki podpira varnost bolnikov – učeča se bolnišnica

Značilnosti, ki določajo storitveno organizacijo, kamor spadajo bolnišnice, lahko razdelimo v štiri kategorije (Moumtzoglou, 2003, str. 233).

(1) Neločljivost. Srečanje lahko opišemo kot fizično in psihično bližino. Stranke dobijo tako priložnost opazovati podrobnosti storitev, njihove provizije, ki s seboj nosijo pomembne medosebne posledice, vključno z nebesedno komunikacijo, jezikovno kompetenco in logično konsistenco med razvojem idej in definicij. Študije nebesednega obnašanja so pokazale nebesedno izražanje, ki lahko povzroči prestrašenost in nejasnost poslušalca. Jezikovna kompetenca pomeni, da ima izvajalec storitev sposobnost jasnega izražanja narave ponujene storitve in da ima sposobnost poslušanja, da ima izvajalec sposobnost izražanja vsebini primernega znanja in da je občutljiv na jezikovna pravila, po katerih se tvori pogovor.

(2) Nedotakljivost. Stranka ne more realno oceniti storitev, dokler jih v celoti ne spozna. Tako postane nedotakljivost primarni vir nejasnosti njene kakovosti. Ena od rešitev, ki zahteva znanje spremenljivih okusov in želje večplastnih skupin strank, je usmerjanje na vlogo komunikacijskih kanalov z namenom razjasnjevanja značaja storitve.

(3) Heterogenost. Vsakokrat, ko izvajalci opravijo storitev, jo izvedejo drugače. Učenje na nivoju storitve naj bi privedlo povratno zanko o naravi standardov storitve, pričakovanj strank v zvezi z individualno, organizacijsko in konkurenčno uspešnostjo, učinkovitostjo komunikacije v procesu in uspešnost same storitve z identifikacijo tistih kvalitet, kamor spadajo primerno obnašanje in spretnosti, ki so potrebne za izvajanje storitve.

(4) Minljivost. Če se storitev ne opravi, izgine. Minljivost je tako problem vseh izvajalcev storitev, metoda uravnavanja tega procesa pa je precej spremenljiva. Managerji, ki predpišejo in pričakujejo od zaposlenih tipizacijo, izvajajo t. i. neučeče storitve, managerji, ki vodijo in razpravljajo z zaposlenimi,

izvajajo učenje enojne zanke. Storitve dvojne zanke so označene z organizacijskim učenjem na strateški in operativni ravni, z delovnimi skupinami, ki izražajo vitalno funkcijo s povečevanjem priložnosti za sodelovanje, komuniciranje in odločanje o kakovosti storitev in primerjavo zaznavanja strank z dejansko uspešnostjo.

Raziskovanje, zakaj določenim organizacijam ni uspelo uvesti kulture varnosti bolnikov, so pripeljale do sklepov, da so zato odločilnega pomena lokalne sistemske značilnosti, kot so neprimerne kulture, slabi procesi, pomanjkanje timskega dela in računovodske napake (Sinclair, 1994, Department of Health, 2001, Health and Disability Commissioner, 2001, Walker, 2004, Braithwaite, 2005, v Braithwaite, Westbrook, Iedema, Mallock, Nugus, Forsyth, Jorm in Pawsey, 2007, str. 587). Številni članki opisujejo prilagodljivo, organsko, položnejšo organizacijsko strukturo kot primerno strukturo za uspešno izvajanje kulture varnosti v bolnišnicah (Elder et al., 2008, Hellings, Schrooten, Klazinga in Vleugels, 2010, Travaglia et al., 2011, v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 421). Peter F. Drucker (2008, str. 74–76) priporoča naslednje korake preoblikovalnega procesa mehanistične organizacije v organsko: (1) Napredno spremljanje uspešnosti delovanja organizacije, ki ga zdaj omogoča računalniška tehnologija. (2) Zmanjševanje števila ravni managementa. V zelo strmi organizaciji obstaja veliko različnih ravni managementa, ki niti ne odločajo niti ne vodijo. Njihova edina funkcija je prenašanje neusmerjenih signalov komunikacije v tradicionalni predinformacijski organizaciji. Informacijske organizacije potrebujejo precej manj kontrole kot tradicionalne. Največ specialistov se namreč nahaja na ravni operacij, ne v upravi. Tako postanejo organske organizacije podjetja specialistov vseh vrst. (3) V organskih strukturah so specialisti manj obremenjeni s pravili vrhnjega vodstva. Delujejo v delovnih skupinah, ki imajo določeno nalogo. Organska struktura zahteva jasne, enostavne, pogoste cilje, ki se prevedejo v dejanja. Ta struktura tako omogoča osredotočenost na en cilj ali nekaj ciljev.

Kerka (1995, str. 3) definira učeče se organizacije kot organizacije, ki zagotavljajo stalne priložnosti za učenje, uporabljajo učenje za doseganje svojih ciljev, povežejo uspešnost posameznika z uspešnostjo organizacije, spodbujajo povpraševanja in dialog, s tem postane varno za ljudi, da se prosto odprejo in prevzamejo tveganja, zaobjamejo dejavni pritisk kot vir energije in obnavljanja, se stalno zavedajo okolja in z njim sodelujejo (Calvert et al., 1994; Watkins and Marsick, 1993, v Kerka, 1995, str. 3).

Učeča se bolnišnica je ideal, h kateremu bi morale bolnišnice stremeti z namenom uspešnega soočanja s čedalje večjimi pritiski. Organizacijska struktura podjetij, ki se ukvarjajo s storitveno dejavnostjo, je videti kot narobe obrnjena piramida z velikim številom posameznikov, ki prihajajo v neposredni stik s strankami. To je popolnoma nasprotno kot v proizvodnih podjetjih, kjer je le majhno število ljudi rutinsko v stiku s strankami. V bolnišnicah priložnosti za uspešno učenje izhajajo z dveh ravni (Grieves, Mathews, 1997, v Moumtzoglou, 2003, str. 232):

- individualna stopnja, za katero so značilni storitvenimi stiki, in
- organizacijska stopnja, za katero je značilno tržno raziskovanje.

Za gradnjo tega pristopa je treba zagotoviti naslednje pogoje (Zairi, 1998b): (1) Prepoznavanje skupinskega/timskega talenta. (2) Zagotavljanje, da je timsko delo najboljša metoda zagotavljanja optimalne vrednosti storitev. (3) Spodbujanje možnosti »lokalnega« odločanja. (4) Dajanje relativne avtonomije delovnim skupinam. (5) Zagotavljanje delovanja povratne zanke. (6) Spremljanje sodelovanja zaposlenih. (7) Oskrbovanje zaposlenih s povratnimi informacijami o njihovi uspešnosti. (8) Pravično nagrajevanje in vzpostavljanje mehanizmov, ki morajo biti oblikovani tako, da spodbujajo učinkovite sheme dajanja predlogov, dobrih idej in reševanja problemov. (9) Obstajati mora razumljiv pristop ocenjevanja zahtev spretnosti in kompetenc, ki pogojujejo spremembe v strukturi, načinu dela in managementu procesa. (10) Pristop k izobraževanju zaposlenih, njihovemu razvoju mora odsevati strateško usmeritev in poslovne nujnosti. (11) Zadovoljstvo zaposlenih in raziskave njihovega počutja se morajo redno izvajati.

Organizacijsko učenje ne pomeni nujno isto kot »učeča se bolnišnica« (Moumtzoglou, 2003, str. 232). Vseeno pa člani organizacije z učenjem dejavno proizvajajo pozitivna stanja za razvoj posameznika in organizacije. Če vidimo organizacijsko učenje na ta način, potem ga smatramo kot tihega/neformalnega in organizacijskega/formalnega. Učenje zahteva asimilacijo znanja in sposobnosti posameznikov in skupin, ki prevzamejo odgovornost za svoja dejanja in tisto, kar so se naučili. Ta tip učenja je neusmerjen, ker njegov namen ni prenos informacij preko učitelja.

Koncept učenja s pomočjo enojne in dvojne povratne zanke lahko razloži dejanski proces učenja v učečih se organizacijah (Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012, str. 3). V učenju s pomočjo enojne povratne zanke vpleteni naknadno popravijo napako ali neujemanje med pričakovanimi in opazovanimi izidi in s tem prepustijo bazično teorijo, ki je bila osnova za ukrep, nespremenjeno. Povratna zanka, ki izhaja iz aktualne izkušnje, ne spremeni bazičnih predvidevanj in pravil odločanja, ki usmerjajo delovanje za popravo napake. V učenju s pomočjo dvojne povratne zanke pa se odkrita napaka popravi in se hkrati s pomočjo zaznane povratne zanke v konkretnem procesu spremeni bazična teorija ali pravila odločanja ukrepa, ki je popravil napako. Učenje s pomočjo dvojne povratne zanke se lahko pojavi v organizaciji, kadar lahko posamezniki poizvedujejo v imenu organizacije na način, ki dopušča spreminjanje vrednot trenutno uporabljene organizacijske teorije. Za razliko od učenja s pomočjo enojne povratne zanke, spreminja učenje s pomočjo dvojne povratne zanke razumevanje posameznikov osnovnih teorij in vrednot, ki vodijo obnašanje organizacije. Učenje s pomočjo dvojne povratne zanke tako povzroča globlje spremembe kot učenje s pomočjo enojne povratne zanke, ker spreminja osnovni sistem, ki povzroča trenutno obnašanje organizacije (Walburg, Bevan, Wilderspin in Lemmens, 2007, str. 15; Argyris, 1996, v Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012, str. 3).

Učeča se bolnišnica ponuja smer in organizacijsko učenje kot opisno in hevristično orodje za razlago in kvantifikacijo učečih se dejavnosti in dogodkov (Moumtzoglou, 2003, str. 232). Proces institucionalnega konteksta je lahko »učenje s pomočjo dvojne povratne zanke«. To pomeni, da se oblikuje novo središče tihega znanja v organizacijah z razširjanjem in gradnjo tistega, kar je ostalo še

nerazvito. To skrito znanje postane vidno z mehanizmi gradnje z namenom pospeševanja dejavnosti in dogodkov, ki so značilni za organizacijsko učenje.

Jasno je, da »učeča se bolnišnica« zahteva proces stalnega izboljševanja, ki temelji na zadovoljevanju potreb bolnikov, v sprejemljivem okviru ekonomskih stroškov. Okvir, v katerem se lahko izvaja vzorec »učeče se bolnišnice«, je Sengejev okvir petih novih komponentnih tehnologij, to je: sistemsko razmišljanje, osebno mojstrstvo, miselni modeli, skupna vizija in timsko učenje.

V skladu s Sengejem (1990) je **sistemsko razmišljanje** konceptualni okvir; telo znanja in razvita orodja za izvajanje jasnejših popolnih vzorcev. Zahteva pogled na medsebojne odnose v terminih spremenljivk, ne pa v linearnem procesu vzroka in posledice, prepoznavanje procesov sprememb. Koncept povratne zanke je ključnega pomena za analizo sistema. Kadar sistemi niso uravnoteženi, se pojavlja proces ojačenja, pojavi se fenomen snežne kepe, ki spremeni procese včasih na bolje, včasih na slabše. Aplikacija konceptualnega okvira v bolnišnično okolje namiguje, da gledamo na bolnišnico kot na sistem, v katerem se izvaja oskrba bolnikov. Njen seznam storitev in proizvodov mora zato biti oblikovan v več kategorij informacij, diagnostičnih in terapevtskih storitev in oskrbovalnega okolja (Batalden, Stoltz, 1993, v Moumtzoglou, 2003, str. 234). Nekateri od ključnih procesov so v zaporedju medsebojno povezani in tvorijo ključni proces oskrbe bolnikov. Vključujejo sprejem, obravnavo, načrtovanje, implementacijo načrtov spremljanja oskrbe, ocenjevanje napredka, načrtovanje nadaljnje oskrbe in odpuščanje. Drugi podporni procesi, ki sodelujejo v jedrnem procesu, pa vsebujejo transport, prehrano in potrebe in vodenje medicinskih zapisnikov.

Osebno mojstrstvo je disciplina nenehnega razjasnjevanja in poglabljanja osebne vizije, osredotočanja energij, razvoja potrpežljivosti in objektivnega pogleda na realnost. Osebno mojstrstvo vključuje tudi bolj izostrene vidike: integrirajoča vzročnost in intuicija, občutenje večje povezanosti s svetom, sočutje in predanost vsemu (Senge, 1990, str. 152–154). Odvisno je od kontinuiranega napora ocenjevanja trenutne realnosti in določanja individualnih prioritet. Osebno mojstrstvo ne sme biti ljudem vsiljeno. Predlog je, da se zgradi takšna organizacija, v kateri je za ljudi varno, da gradijo svoje vizije, kjer sta raziskovanje resnice in vdanost njej normi in kjer izziv spreminjanja enakega stanja pričakovan. Implementacija osebnega mojstrstva v bolnišnico zahteva grajenje in zadržanje učinkovitih delovnih skupin. Najmanj trije izzivi prihodnosti predlagajo, da bodo delovne skupine ključnega pomena v bolnišnicah: ena je specializacija, druga je konkurenca in tretja je vstop v informacijsko dobo (Escribá-Moreno, Canet-Giner in Moreno-Luzón, 2008, str. 45).

Ko ljudje začnejo delovati v delovnih skupinah, se takoj sproži proces socializacije z namenom, da vsak posameznik postane član skupine. V vseh delovnih skupinah so zahtevane spretnosti urejanja nalog in urejanja ljudi. Naloge v zvezi z nalogami se osredotočajo na opravljeno delo in medosebne naloge se osredotočajo na to, kako delo napreduje. Kakorkoli, različnost delovnih skupin že obstaja v bolnišnicah, ker je zagotavljanje zdravstvene oskrbe rezultat kompleksnega medsebojnega vplivanja med različnimi specialnostmi z različnimi osnovami znanja in njihovimi ozadji. Kohezija je neviden vezni material delovnih skupin. Ljudi naredi zadovoljnejše in je ključna sestavina preživetja delovnih

skupin. Načini, s katerimi lahko povečamo kohezijo, lahko vključujejo (Thompson, 2000, v Moumtzoglou, 2003, str. 234): pomoč pri gradnji identitete delovnih skupin, lažje fizično približevanje, osredotočanje na podobnosti med različnimi poklicnimi skupinami, pozitivni zagon uspešnosti delovnih skupin, izzivanje delovnih skupin preko zunanjega pritiska in nagrajevanja. Zaupanje se gradi na razumevanju interesov, motivov in idej drugih poklicnih skupin. Zajeto naj bo zaupanje, ki temelji na podobnosti, na socialnih mrežnih povezavah in implicitnemu zaupanju.

Miselni modeli so globoko zakoreninjena predvidevanja, posploševanja in celo slike, ki vplivajo na to, kako razumemo svet in kako se nanj odzivamo (Moumtzoglou, 2003, str. 234). To so posploševanja ali teorije, ki oblikujejo naša zaznavanja, a so navadno slabo artikulirana. Ker ležijo globoko pod površjem zavedanja, obstaja nevarnost, da ti miselni modeli ne podpirajo organizacijskih sprememb, zahtevanih s sistemskim razmišljanjem. Zdravstvene poklicne skupine imajo močne miselne modele svojih nalog in funkcij. Posebno težko je za zdravnike, da se odrečejo svojemu vodilnemu položaju. Medicinske sestre, ki so navajene pod to prevlado delati leta, verjamejo, da bi jih bilo treba obravnavati kot polnovredne člane delovnih skupin, ne vedo, kaj naj počnejo s sodelovanjem, ko jim je le-to enkrat ponujeno. Klinični trening je osredotočen na zelo kratek, velikokrat reaktiven horizont odločanja, pripadnike različnih poklicnih skupin spodbudi k sistemskemu razmišljanju na kolegialni osnovi. Miselni modeli niso nikdar pravilni niti napačni. Transaktivni spominski sistemi, ki so kombinacija znanja posameznikov, delovnih skupin in zavedanja, kdo kaj zna, bi lahko za ujemanje med miselnimi modeli različnih poklicnih skupin pomenili rešitev.

Miselne modele vključuje tudi Kim v konceptu organizacijskega učenja, ki nadgrajuje model dvojne zanke učenja (Argyris, 1996, v Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012, str. 3), ki pravi (Kim, 1993, Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012, str. 3): organizacijsko učenje z dvojno zanko se pojavlja, kadar se miselni modeli posameznika lahko vgradijo v miselne modele organizacije preko skupnih miselnih modelov in vplivajo na organizacijsko vedenje. Argyris in Schőn (1978, v Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012, str. 3) organizacijsko učenje definirata kot način skupnega oblikovanja map, na katere lahko gledamo kot na miselne modele, ki so skupni vsem v organizaciji in skladni s konceptom organizacijske teorije v praksi.

Grajenje skupne vizije predstavlja zmožnost zadržanja skupne predstave o prihodnosti (Moumtzoglou, 2003, str. 235). Skupne vizije izhajajo, pridobivajo energijo iz osebnih vizij. Zaradi tega prisilijo zaposlene k predanosti njihovim lastnim, osebnim vizijam. Tako predstavlja osebno mojstrstvo trdno podlago za razvoj skupne vizije. Pomemben korak v usvajanju discipline grajenja skupne vizije je zavedanje zaposlenih o podpori in razglasitvi njihovih vizij s strani vrhnjega managementa. V okolju »učeče se bolnišnice« naj bo disciplina grajenja skupne vizije vgrajena v sistemsko razmišljanje. Tako bo sistemsko razmišljanje odkrilo tisto, kar smo že usvojili. Vizija pa bo osvetljevala sliko prihodnosti. Pri tem je treba namenjati precej pozornosti napačnim miselnim modelom, ki lahko ogrozijo preoblikovanje tipične bolnišnice v »učečo se bolnišnico«.

Grajenje znanja in timsko učenje zahtevata povezavo med teorijo in dejanji (Moumtzoglou, 2003, str. 235). Razvoj teorije organizaciji omogoča deljenje informacij, vendar samo po sebi ne vodi v učenje. Dejanje omogoča deljenje izkušenj, a sam po sebi ne vodi v učenje in grajenje znanja. Klinikom je ta model povezovanja med grajenjem znanja in dejanji znan, saj ga sami uporabljajo v procesu zdravljenja bolnikov. Preliminarna diagnoza (teorija) je postavljena, poskus terapije je vpeljan (dejanje), določen odgovor je sprožen v določenem okviru (predpostavka) in načeloma v določenem času se lahko odgovor tudi meri (meritve). Tako timsko učenje organizaciji pomaga, da se razveji v veliko razmišljanj in postane kolektivno »bolj inteligentna«. Preko tega procesa se razvija zaupanje, tako da člani delovne skupine dopolnjujejo dejanja drug drugega. Na ta način se lahko zgradi močan model kolektivne inteligence zdravstvenih strokovnjakov.

Kakšna je razlika med tipično bolnišnico in »učečo se bolnišnico«? (Moumtzoglou, 2003, str. 233–235.) (1) »Učeča se bolnišnica« mora zgraditi mehanizme, ki zmanjšujejo nejasnosti z določitvijo kontrolnih parametrov za preprečevanje neželenih dejanj. Mehanizmi so lahko naslednji: standardi storitev, kanali komuniciranja, trening, meritve uspešnosti, sistemi nagrajevanja in kaznovanja, izbira pravih ljudi za določeno službo, potreba po opisu delovnih mest in njihovi prenovi. (2) Formalno znanje zahteva identifikacijo primernih kanalov in šifer v odnosu do sporočil za določene tržne segmente in skupine bolnikov. (3) Stik z bolnikom zahteva stalno osredotočenje na individualne kompetence zaznavanja nebesednega obnašanja, jezikovnih kompetenc in logične konsistence. (4) Učenje z dvojno zanko zahteva stalni razvoj tihega znanja na stopnji izvajanja storitev in tudi formalnega znanja, ki obvešča in oblikuje tip izvajane storitve. (5) Management tveganja zaradi heterogenosti in variabilnosti storitve mora vključevati vpletenost zaposlenih v odločanju in tudi strateški management z namenom doseganja kritičnega ponovnega ocenjevanja tihega in formalnega znanja, pridobljenega z učenjem z dvojno zanko. (6) »Učeča se bolnišnica« zahteva razvoj sistemov in procesov z namenom spreminjanja filtrov zunanjega in notranjega okolja preko nagnjenj, postopkov in praks tako, da pospešuje stalni pregled operativnih norm na različnih ravneh v celotni organizaciji. Te spremembe lahko smatramo kot orodje za pridobivanje znanja in zajemajo filozofijo stalnega izboljševanja kakovosti.

Raziskava, ki je bila opravljena v Avstraliji kot študija primera akutne terciarne bolnišnice, je dokazala, da se lahko razmišljanje v bolnišnici premakne od »kulture sramotitve« z uporabo načel managementa sprememb skupaj s konceptom učeče se organizacije. Sklep študije je, da koncept učeče se organizacije zagotavlja izboljšanje organizacijske kulture (Rowley, 2006, str. 232).

1.4.6 Način uvajanja kulture varnosti

Zgodovina premikov kakovosti in hkrati na dokazih temelječe medicine kaže na to, kako težko je lahko spreminjanje v zdravstvenih organizacijah. Zadnje izkušnje kažejo, da sta vzpostavitev kulture varnosti in organizacijski vidik implementacije časovno potratna in dolgotrajna procesa. Navadno sta le delno uspešna, četudi je osebje motivirano za zmanjševanje nesreč, ki so naključno povzročene s procesom zdravljenja (Øvretveit, 2009, str. 582). Organizacijski pristop k varnosti bolnikov, ki temelji na teoriji

in izkušnjah v drugih panogah, je, da sta napaka in stranski učinek rezultat velikega števila vzrokov in le redko posledica individualne malomarnosti. Osredotoča se v raziskovanje preko manifesta dogodka proti osnovnim vzrokom na način strukturiranja naloge in fizičnega in socialnega okolja. Ta pristop je drugačen od pogoste človeške težnje po obtoževanju posameznika za napako. Vodi v rešitve tako s spreminjanjem nalog, okolja in sistemov, kot tudi s poudarjanjem izobraževanja.

Za uspešno spreminjanje kulture varnosti je treba najprej oceniti trenutno kulturo organizacije (Ottewill, 2003, str. 920). Če ocena kulture varnosti razkrije kaznovalno kulturo, ki zatira poročanje o neželenih dogodkih, nas zanima, kako se lahko organizacija premakne s te točke na uporabno znanje in od tega znanja do trajnostnega spreminjanja. Učinkovitost podatkov kot orodja za povečanje varnosti bolnikov zahteva procese razvoja skupnega organizacijskega zavedanja osnovnih pomenov podatkov in vzrokov zanje in za identifikacijo območja potencialnih akcij, ki so pomembne za to interpretacijo. Rezultati ocenjevanja naj bodo začetna točka, s katere stečejo akcije in spreminjanje varnosti bolnikov. Potreben je sistemski proces, ki vpleta povratno zanko, reševanje problemov, načrtovanje akcije in spremljanje za pospešitev napredovanja od podatkov do akcije. Ocenjevanje kulture varnosti se lah ko uporablja za (Nieva in Sorra, 2003, str. ii18): pregled obstoječe kulture varnosti za prepoznavanje področij, primernih za izboljšanje in povečanje zavedanja varnosti bolnikov; ocenjevanje intervencij za zagotavljanje bolnikove varnosti in njeno spremljanje v času; notranji in zunanji benchmarking in zagotavljanje smernic ali zakonskih zahtev.

Nekateri posamezniki priporočajo, da naj se storitvene organizacije, kamor spadajo bolnišnice, usmerijo v odnos med njihovo kulturo organizacije in stopnjo zadovoljstva strank. Trdijo, da je glede na to, da stranka dejansko pomaga pri koprodukciji storitve, treba ustvariti dve sorodni, a različni razpoloženji (Zairi, 1998a, str. 128): (1) Ustrezno ozračje za opravljanje storitev. Bolnišnice so koalicije zaposlenih; zdravniki in predstavniki medicinske nege delajo skupaj za podporo spremembam, ki uvajajo v vsakdanje delo programe, procese, politike in storitve, za katere njihovi uporabniki smatrajo, da so zanje pomembni. (2) Ustrezno ozračje za dobro počutje zaposlenih. V tem kontekstu je treba upoštevati naslednja področja. Stopnje sinergije, ki se jih lahko pridobi z razširjanjem zaznavanja uspešnosti od posameznika k delovni skupini. Pristop, ki se uporablja za oblikovanje delovnih mest, zahteva vpletenost posameznikov. Obstaja množica mnenjskih kazalnikov uspešnosti za ocenjevanje zaposlenih, njihove motivacije in zadovoljstva. Primerljivi podatki za primerjavo različnih vidikov morale, fluktuacije zaposlenih, njihove odsotnosti, stresa in trendov nam služijo za ponovno oblikovanje procesov dela. Primarna managerska skrb naj bo dobro počutje, zdravje in varnost zaposlenih.

Do zdaj so raziskovalci, managerji in politiki zdravstvenega varstva videli bolnikovo varnost pogojeno z določenimi trditvami in/ali vrednostmi, do katerih so sisteme, tehnologije in pravila podpirale velike študije. V zvezi s temi sistemi, tehnologijami in pravili so vodilni zdravniki predpostavljali, da lahko zagotavljajo varnost samo, če se jih v popolnosti držijo. Na žalost so ti »viri varnosti« težko prenosljivi v konkretno okolje in zato kot taki lahko povečujejo tveganje in vodijo k napakam. Vsaka adaptacija takšnih smernic potrebuje natančno interpretacijo, da se ujema z lokalnimi značilnostmi in se kaže v

prednostih za bolnika. Dejstvo je, da ni neposrednega in neproblematičnega prevoda formalnih oblik bolnikove varnosti v vsakodnevno delo. Potrebnega je mnogo kompleksnega dela, da se sistemski, tehnološki in zakonski viri prilagodijo procesom »in situ«. To delo bi lahko imenovali »učenje z delom« (Iedema, 2011, str. 176).

Kar nekaj časa se govori o mnogih razlikah v zagotavljanju zdravstvene nege. Manj pogoste so razprave o zdravniških izkušnjah s temi razlikami in zagotavljanju povratne zanke o izkupičkih sprememb v sistemih, tehnologijah in pravilih za namen racionalizacije njihovega dela. Izjema je predlog »pametne standardizacije« ali »prilagodljive standardizacije«. Ta koncept predvideva, da kliniki, delovne skupine in managerji sestavijo skupno osnovo, kjer se bodo pritiski med pričakovanji in realnostjo vedno znova srečali in kjer se bodo lahko oblikovali funkcionalni kompromisi (Iedema, 2011, str. 178). Prilagodljiva standardizacija tako predstavlja področje, kjer se bodo lastni procesi razstavili na osnovne dele in se označile kritične točke zdravljenja bolnika. Hkrati se bodo razstavili ponujeni standardi, smernice iz države, drugih bolnišnic ali tudi drugih držav in se prenesli na trenutno prakso ali celo spremenili načine njenega izvajanja le v tistih točkah, kjer se oba sistema stikata.

Kultura bolnikove varnosti se začne v zdravstvene ustanove uvajati v določenem zaporedju (Runy, 2007, str. 51–53). (1) Navadno se začne sistem spreminjati zaradi nekega dogodka, ki izsili spremembo. Imenujemo ga lahko sprožilec. Za sprožilca lahko obsodimo nenaden dogodek npr. spremembo v vodstvu organizacije, ali zunanji pritisk za spreminjanje obstoječega načina dela in organizacijske kulture. Zaradi tega dogodka začne bolnišnica več pozornosti posvečati kakovosti in spremembi organizacijske kulture. (2) Organizacijska in strukturna sprememba. Sem spada oblikovanje skupin, odgovornih za bolnikovo varnost. Njihova naloga je med drugim tudi to, da se podrejo stare kulturne meje, poveča moč medicinskih sester in drugih strokovnih poklicev. S tem se pridobi podpora začetkom povečevanja bolnikove varnosti. (3) Identifikacija problema in možne rešitve. Delo se začne tako, da se najprej identificira in nato reši problem z večdisciplinarnim pristopom. (4) Novi protokoli in prakse. V vsakdanje delo se uvedejo novi protokoli in prakse. Temeljijo na z dokazi podprti medicini. Implementirajo se klinično podprti sistemi. (5) Izboljšani rezultati. Če sledimo zgornjim točkam, potem bi se morala uspešnost določene zdravstvene ustanove povečati, kar bi se dokazovalo z izboljšanimi kazalniki procesov dela in kliničnih rezultatov, skupaj z zadovoljstvom bolnikov in zaposlenih, zmanjšano ležalno dobo in zmanjšanim številom zdravniških napak.

2 MANAGEMENT SPREMEMB IN DEJAVNIKI UVAJANJA SPREMEMB V ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE

Zdravstvene organizacije so in so bile vedno kompleksne (Begun et al., 2003, v Lee, Ridzi, Lo in Coskun, 2011, str. 831), ker se ukvarjajo z življenjem in smrtjo bolnikov s prepletanjem delovanja zdravnikov, raziskovalcev, tehnikov, medicinskih sester, specialistov, farmacevtov in drugimi stalnimi in začasnimi skupinami. Kompleksnost izhaja iz:

- števila ustrojev, vpletenih znotraj in zunaj zdravstvene organizacije;
- neprestanega odkrivanja novih bolezni, na katere naletijo;
- edinstvenosti vsakega bolnika in njegovih specialnih potreb.

Delavci v zdravstvenih organizacijah so stalno izpostavljeni spremembi, in zato se od njih stalno zahtevajo prilagajanje in inovacije. Schumpeter (1934, v Došenović Bonča, 2010, str. 275) je s pojmom inovacija opredelil uvedbo novega proizvoda, uvedbo novega procesa oz. metode proizvodnje, odpiranje oziroma ustvarjanje novega trga, izkoriščanje novega vira surovin ali uvedbo novih organizacijskih oblik. Ta večplastnost se potem še poveča v primeru drastične spremembe, kot je npr. implementacija novih programov praks, združitve, strateška partnerstva ipd.

Zdravstveno varstvo doživlja dramatične spremembe, ki so posledica inovacij v informacijski tehnologiji, izboljšanih diagnostičnih orodij in napredka v tehnologijah zdravljenja. Skupaj s temi spremembami so se pojavili še pritiski za izboljšanje učinkovitosti in uspešnosti kliničnega zdravljenja z ohranitvijo zadovoljstva bolnikov. V ta namen je veliko zdravstvenih organizacij uvedlo programe za uvajanje organizacijskih sprememb, kot so prestrukturiranje, reinženiring in iniciative TQM/CQI. Žal je večina teh programov neslavno propadla. Poleg neprimerne organizacijske kulture za uvajanje sprememb (Huq in Martin, 2000) lahko vzroke za neuspešne poskuse uvajanja TQM pripišemo še čvrstim mejam med oddelki, birokratski in hierarhični strukturi, poklicni kulturi, trenjem med managerji in strokovnjaki (zdravniki) in težavnemu ocenjevanju rezultatov zdravstvenih procesov (Mosadeghrad, 2013b, str. 148; Brashier in Sower, 1996, str. 31, 32).

2.1 Management sprememb

Brez dvoma je današnji čedalje hitrejši cikel spreminjanja brez primerjave v preteklosti. Današnja sprememba je hitrejša, bolj neredna, bolj osnovna kot kdajkoli prej. Neskladja med tehnološkimi, konkurenčnimi in kulturnimi pritiski oblikujejo turbulenco, ki nosi ime »informacijsko obdobje«. V očesu tornada sedi management, ki občasno ustvarja, občasno reagira na kaj, občasno je tudi poškodovan z vrtinčasto spremembo – spremembo, ki sta jo ustvarila kaos na trgih in poslovno spopadanje. Zato je potrebno ponovno definiranje samih sebe, prevetritev organizacijskih oblik, saj stare ne delujejo več. Treba je tudi spremeniti razmišljanje managerjev, ki je lahko popolnoma zastarelo. Kaj poganja vrtenje cikla sprememb? Največ nove tehnologije, restrukturiranja, nove strategije, transformacije kulture, globalizacija in e-poslovanje. Te sile proizvajajo spreminjajoče se oblike lastništva, nove oblike organizacijske strukture in spreminjajoče se vloge managerjev in zaposlenih. Vedno pa je treba med implementacijo sprememb poznati in razumeti zgodovino

organizacije. Le tako bodo managerji lahko usvojili način vodenja, da bo ustrezen sedanji vsebini (Doherty in Horne, 2007, str. 3).

Fenomen omejevanja uvajanja sprememb ni vezan le na organizacije. Vsa rast v naravi je kombinacija procesov, ki pospešujejo rast, in procesov, ki jo omejujejo (Senge, Kleiner, Roberts, Roth, Ross in Smith, 1999). Seme ima potencial, da enkrat postane drevo. Svoj potencial udejanji preko procesov, ki pospešujejo rast. V zemljo izrašča korenine, ki vpijajo vodo in hranila. Korenine zrastejo, zato potrebujejo še več hranil – to so procesi, ki pospešujejo rast drevesa. Lahko pa se pojavi pomanjkanje vode, sonca ali drugih hranil. Zaradi tega se zmanjša ali se ustavi rast, dokler se ti omejujoči procesi ne spremenijo v pozitivne. Druge vrste morda niso omejene s temi dejavniki in bodo nadaljevale svojo rast. Procesi izhajajo iz potenciala organizma, ki mu omogoča rast in uspevanje v različnih okoljih. Če govorimo o organizacijah, veliko omejevalnih dejavnikov izhaja iz same organizacije, med drugim je velikokrat spregledan dejavnik organizacijska kultura (Schein, 1996, str. 229). Njihov potencial, da obdržijo program sprememb, je odvisen od sposobnosti organizacije, da sprejme sile, ki pospešujejo rast v smislu pospeševanja sprememb, in se pri tem vedno zaveda omejujočih procesov (Senge, Kleiner, Roberts, Roth, Ross in Smith,1999, str. 43, 44).

Začetni moment velikopoteznih organizacijskih sprememb lahko upade zaradi notranjih sil, ki se pojavijo v povezavi z managersko nesposobnostjo pridobitve predanosti zaposlenih in nato njenega zadržanja na dolgi rok (Greenwood in Hinings, 1996, str. 1022–1024). Natančna narava vsake spremembe se spreminja glede na karakteristike in značilnosti vsake organizacije. Velikopotezna sprememba je sprememba, ki bo vplivala na organizacijske procese in rutine, saj se bodo ti zaradi nje korenito spremenili. Zanimiva je interpretacija neoinstitucionalne teorije v delu Greenwooda in Hiningsa, v katerem opisujeta, da največji izvir organizacijskega odpora proti spremembi izvira iz normativne umeščenosti organizacije v svojem institucionalnem kontekstu (Greenwood in Hinings, 1996, str. 1022–1024). Ta trditev predstavlja osrednje sporočilo institucionalne teorije. Z drugimi besedami: model spremembe, ki se poveže z organizacijskim kontekstom, bo lažje sprejet, kot če te povezave ne bo. Kot drugo predlagata, da bo pojavnost radikalne spremembe in obseg, v katerem se bo pojavljala, spremenljiva v različnih institucionalnih sektorjih, predvsem pri oblikah dela, ki se različno izvajajo v različnih oddelkih. Kot tretje predlagata, da se pojavnost radikalne spremembe in njen obseg spreminjata v različnih sektorjih, ker je organizacija spremenljiva v notranji organizacijski dinamiki. Z namenom razumevanja razlik v organizacijskem odgovoru je treba organizacije razumevati kot heterogene danosti, ki so sestavljene iz različnih skupin, ki zasledujejo lastne cilje in lastne interese. Kako bo organizacija odreagirala na spremembe, je posledica te interne dinamike.

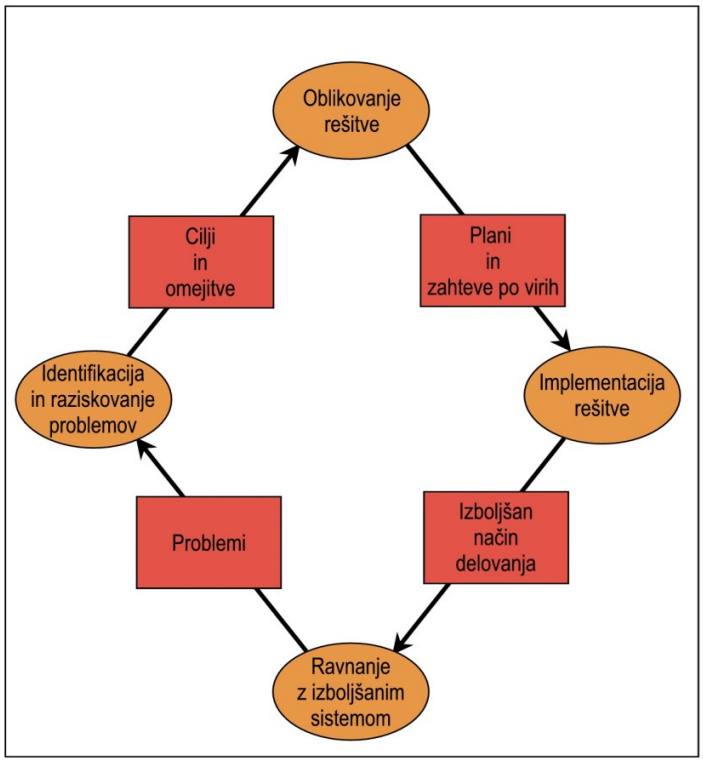
Če natančneje pogledamo vpliv spremembe na dnevne rutine in vedenja, nam postane jasno, da vseeno velike spremembe zaposleni lažje sprejemajo kot majhne (Seliger, 2003, str. 52). To je zato, ker večina organizacij vlaga čas in napor v ravnanje z velikimi spremembami. Pri njihovem uvajanju je zagotovljen trening, urniki faznega razvoja so določeni in, kar je verjetno najpomembneje, pričakovanja končnih uporabnikov so določena. Velika nova sprememba je najavljena, na njeno sprejemanje pa vpliva kombinacija njene nujnosti in njen očitni učinek na učinkovitost, stroške in

kakovost oskrbe. Majhne spremembe v zdravstvenem sistemu pa lahko izzovejo zaskrbljenost in nezadovoljstvo izvajalcev. Čeprav so oblikovane z dobrim namenom, so tovrstne spremembe lahko sprejete kot nepotrebne, za katere velja pregovor: »Ne popravljaj nečesa, kar ni pokvarjeno.« Glavna težava je v tem, da so tudi manjše spremembe redko uravnavane z enako intenzivnostjo in usmeritvijo, kot je »velika nova sprememba«, in so velikokrat vpeljane z manjšo mero zaskrbljenosti o moči vpliva na končnega uporabnika. »Dobre gospodinjske« spremembe spadajo v razred manjših sprememb. Obstajata dva koraka, v katerih lahko zdravstvene organizacije olajšajo jezo zaradi kroničnih majhnih sprememb. Dobro je, če se vsaka od sprememb, za katero smo preverili, da je nujno potrebna, prilagodi za vsako raven organizacije in vsak njen sistem. Seveda pa si je treba za vsako uvajanje spremembe vzeti čas (Kotter, 1996, str. 14).

Po izkušnjah sodeč, večina sprememb propade med fazo implementacije (Smith, 1999, str. 38), ki navadno vsebuje načrtovanje, sprejemanje in nameščanje opreme in tehnologije; pripravo zaposlenih na spremembe in urejevanje dogodkov v urnike, v katerih nov način poslovanja nadomesti starega (prikazan je na sliki 5). Zakaj večina poskusov uvajanja sprememb propade? Veliko zaradi odpora zaposlenih in največ zaradi pomanjkanja moči managerskih delovnih skupin. V splošnem ne obstajajo problematični ljudje, obstaja samo način vodenja, pri katerem je problematičnost nujna posledica (Schmidt, 2006, str. 3). Neprimerna uporaba legitimne moči je že ena od napak, zaradi katere se pogosto pojavi odpor (Koren, 2007, str. 58). Tavčar (2006, str. 430) pa meni, da: »Menedžer [vodja], ki ne obvladuje nasprotij, ni primeren za obvladovanje organizacije.« Najtežje pri vsem je spremeniti obnašanje milijonov delovnih, sposobnih in vestnih ljudi, ki so se navadili opravljati – in to dobro – svoje dolžnosti v velikih birokratskih organizacijah (Pegg, 1996, str. 95). Takšni zaposleni ne vidijo potrebe in smisla po spreminjanju. Spremembe prinašajo negotovost, dodatno delo in znižujejo njihov občutek lastne suverenosti. Posledica je odpor do sprememb. Ta odpor je veliko manjši ali ga skorajda ni, ko ljudje s trenutno situacijo niso zadovoljni in si sami želijo sprememb (Kotter, 1996, str. 35, 36).

Nedavni konceptualni razvoj managementa je razjasnil prakso delovanja s spremembo in je posameznikom in organizacijam dovolil, da zgradijo uporabno razumevanje razvoja organizacije. Management sprememb je stalni proces, v katerem mora večina rastočih organizacij predvideti spreminjajoče se okolje (Mushref, 2002, str. 8). V takšnih situacijah je zaželeno prilagajanje skupine skupaj z razvojem zveze med več skupinami. Vseeno je pojavljanje nesporazumov med skupinami in tudi znotraj njih neobhodno. Reševanje nesporazumov v situaciji stalne dinamične spremembe je zelo pomemben proces, ki lahko precej vpliva na organizacijske cilje in potrebe in nagrajevanje delavcev. Narava vsakega okolja podjetja je dinamična in okarakterizirana s hitrimi spremembami, ki imajo bodisi konstruktivne bodisi destruktivne posledice na poslovanje. Te so odvisne od procesa urejanja sprememb skupaj z managementom uspešnosti.

Slika 5 : Osnovni model reševanja problemov



Vir: Smith, Implementation: Key to organizational change, 1999, str. 40.

Tudi bolnik je zelo ranljiv, težko sposoben lastnih racionalnih odločitev. Tako je povsem odvisen od strokovnih odločitev in prikazov zdravnikov (Grey, 1990, str. 96). Katere so še sprejemljive meje in varovalke za poslovne odnose zdravnikov? Odgovor je jasen v vsaki korporativni organizaciji: ultimativna legalna in moralna odgovornost temelji na vrhnjem managementu (Grey, 1990, str. 97). Pomembnost institucionalnih vrednot in etike je zajeta v izjavi: »Organizacija je izpostavljena, in zato je dejavnik v etičnem sistemu /…/. Bolnišnica je mesto najpomembnejšega in kritičnega dialoga med ustanovami in posamezniki. Ključnega pomena je, da vrednost prehaja v okolje« (Grey, 1990, str. 97). Tako lahko zelo majhna poslovna odločitev v zdravstvenem sistemu pripelje do velikih posledic ali celo do etičnega spora. Da bi se temu izognilo, naj bi imelo vsako vodstvo organizacije ne samo odgovornost formulacije organizacijskih vrednot, temveč tudi natančne artikulacije teh vrednot, njihovega širokega razširjanja in aktivnega preoblikovanja s strani organizacijskega managementa (Grey, 1990, str. 96–98). Vitalnega pomena za zmanjšanje konflikta interesov je med drugim tudi strukturiranje odnosa zdravnik–organizacija in naj bi temeljil na enakih standardih preudarnosti, odkritosti, poštenosti in enakosti, ki ustrezajo vsakemu poslovnemu odnosu, kar pomeni, da se morajo uravnotežiti tveganja in nagrade za ta tveganja (Moore, 2007, str. 162).

2.1.1 Uvajanje sprememb v organizacije

Zaposleni v organizacijah sprejmejo spremembe šele takrat, ko se jim predstavi analiza, ki premakne njihovo mišljenje (Kotter, 1996, str. 35, 36). Vzvod je ta, da ta predstavljena resnica vpliva na njihova

čustva. To je potrebno predvsem pri uvajanju velikih sprememb, kot je uvajanje novih tehnologij, pri združevanjih, prevzemih, restrukturiranjih, novih strategijah, kulturnih transformacijah, globalizacijah ipd.

V obdobju turbulence veljajo pravila, da če vodja dobro obvlada stvarnost, potem vedno zmaga (Kotter, 1996. str. 35–49). Uspešna implementacija velikih sprememb je kompleksen proces, ki je sestavljen iz osmih korakov. Glavni izziv vseh osmih stopenj je eden: spremeniti vedenje zaposlenih. Glavni izziv ni strategija, ni sistem, niti kultura. Ti elementi in še veliko drugih so seveda zelo pomembni, a vseeno ostaja ključno vprašanje obnašanje – kaj ljudje počnejo in potreba po resni spremembi v tem, kar trenutno počnejo. Spreminjanje obnašanja ljudi ni toliko stvar prikazovanja analiz zaposlenim zato, da bodo vplivale na njihovo razmišljanje, kot je pomoč, da bodo videli resnico, ki bo vplivala na njihova *čustva*. Razmišljanja in čustva so pomembna in oboje najdemo v uspešnih organizacijah, toda vseeno je srce sprememb v čustvih. Pretok pri videti–občutiti–spremeniti je močnejši kot pri analizirati–razmišljati–spremeniti (Kotter in Cohen, 2002, str. 1–3).

Slika 6 prikazuje korake, ki ustvarjajo uvajanje uspešne spremembe kakršnekoli velikosti v organizacijo. Proces vsebuje osem stopenj, vsaka od njih je v povezavi z eno od osmih osnovnih napak, ki zmanjšujejo preobrazbene napore. Prve štiri stopnje v procesu preobrazbe pomagajo odmrzniti zamrznjen »status quo«. Če bi bile spremembe tako enostavne, potem ne bi bilo potrebnega toliko napora za njihovo uvajanje. Faze od pet do sedem uvajajo nove prakse. Zadnja stopnja vplete spremembo v kulturo organizacije in tako pripomore, da se bo obdržala. Pri prvem koraku je pomembno, da se sporočila o bolečini zedinijo, uredijo v celotni organizaciji. S tem se pridobi zaveza organizacije za spremembo (Conner, 2006, str. 100).

Ljudje pod pritiskom hitrega prikaza rezultatov včasih poskušajo preskočiti določene faze uvajanja spremembe. Posledica tega je, da se zaposleni slej kot prej spremembi uprejo (Kotter, 1996, str. 23). Uspešna sprememba katerekoli velikosti potuje skozi vseh osem stopenj, navadno prav v takšnem zaporedju, kot je prikazan na sliki 6. Čeprav se lahko več faz izvaja naenkrat, izpustitev ene same faze skoraj vedno povzroči težavo.

Kombinacija kulture, ki se upira spremembam, in managerjev, ki ne znajo uvajati spremembe, predstavlja točko stop pri uvajanju spremembe (Kotter, 1996, str. 29). Dovolj močne koalicije z uspešnim vodenjem ne ustvarijo ljudje, ki razmišljajo v smislu hierarhije in managementa. Vizije in strategije ne oblikujejo posamezniki, ki so naučeni delovanja z načrti in proračuni. Nikoli ni vloženega dovolj časa in energije za pogovor o novi smeri delovanja z vsemi ljudmi, v primerjavi z neposrednim raportom zadnjega načrta. Strukture, sistemi, nadzorniki lahko oslabijo zaposlene, ki hočejo vpeljati vizijo. Zmago lahko prehitro razglasijo ljudje, ki so naučeni razmišljanja v smislu sistemskega cikličnega časa: ure, dnevi, tedni, ne leta. Redko nove pristope vpnejo v kulturo organizacije ljudje, ki razmišljajo le o formalni strukturi, ne o kulturi. Tako številni veliki prevzemi ne prinesejo pričakovanih sinergij, stroški ne preidejo pod kontrolo, veliki projekti reinženiringa trajajo predlogo in prinesejo premalo koristi.

Slika 6: Osemstopenjski proces uvajanja spremembe

1. Vzpostavljanje občutka nujnosti

1. Pregled trga in konkurenčne realnosti.
2. Prepoznavanje in razpravljanje o krizah, potencialnih krizah in velikih priložnostih.

↓

2. Oblikovanje vodilne koalicije

3. Oblikovanje skupine z dovolj moči za vodenje spremembe.
4. Preoblikovanje skupine v delovno skupino.

↓

3. Razvoj vizije in strategije

5. Ustvarjanje vizije za neposredno pomoč naporu pri uvajanju spremembe.
6. Razvoj strategij za doseganje vizije.

↓

4. Komunikacija z namenom osveščanja zaposlenih o viziji

7. Z namenom stalnega komuniciranja nove vizije in strategij naj se uporabljajo katerakoli sredstva.
8. Vodilna koalicija naj razvije model pričakovanega obnašanja zaposlenih.

↓

5. Ojačanje široko zastavljenega delovanja

9. Znebiti se je treba vseh ovir.
10. Sprememba sistema ali struktur, ki spodkopavajo strategijo.
11. Dajanje zaleta povečanemu tveganju, novim idejam, dejavnostim in delovanjem.

↓

6. Doseganje kratkoročnih ciljev

12. Načrtovanje vidnih izboljšav uspešnosti in majhnih zmag.
13. Oblikovanje teh zmag.
14. Vidno prepoznavanje in nagrajevanje posameznikov, ki so zaslužni za te zmage.

↓

7. Združitev pridobitev in ustvarjanje še večjih sprememb

15. Uporaba povečane kredibilnosti za spreminjanje vseh sistemov, struktur in politik, ki se ne skladajo med seboj in ne podpirajo transformacijske vizije.
16. Najemanje, promoviranje in razvijanje ljudi, ki lahko vpeljejo vizijo spremembe.
17. Krepitev procesov z novimi projekti in temami.

↓

8. Vpletanje novih pristopov v kulturo organizacije

18. Oblikovanje večje uspešnosti skozi obnašanje, usmerjeno h kupcu ali produktivnosti, boljšega vodenja in bolj učinkovitega managementa.
19. Osvetlitev povezave med novim obnašanjem in uspehom organizacije.
20. Razvoj pomeni zagotavljanje razvoja vodenja in uspešnosti organizacije.

Vir: Kotter, Leading Change, 1996, str. 21.

Management spremembe je pomemben. Brez kompetentnega managementa, bo transformacijski proces ušel izpod kontrole. Za veliko večino organizacij je tako največji izziv vodenje spremembe (Kotter,

1996, str. 30). Samo vodenje se lahko sooči z mnogimi viri organizacijskega upiranja. Motivira lahko dejanja, ki so potrebna za spreminjanje vedenja na učinkovit način. Prav tako lahko vpne spremembo v vsako kulturo katerekoli organizacije. Ključna vprašanja med uvajanjem sprememb so (Heifetz in Halle, 1996, str. 18): (1) Kaj so ključne sile vsakega napora organizacije za uveljavitev spremembe? (2) Ali so te sile dovolj močne, da se izvede želena sprememba? (3) Je organizacija na to pripravljena?

V svojem delu je Kotter (1990) definiral razliko med managementom in vodenjem. Obe znanosti sta različni, a hkrati dopolnjujoči se in v spreminjajočem se svetu druga brez druge ne moreta obstajati. Tako je osrednja vloga managerjev promocija stabilnosti, medtem ko vodje vodijo spremembe. Za organizacije je tako najbolje, da kombinirajo uravnoteženo močno vodenje in močan management. Normalno je, da vsak posameznik ne more hkrati utelešati dobrega vodje ali managerja. Nekateri posamezniki imajo kapaciteto, da postanejo odlični managerji, in ne močni voditelji, in obratno. Pametne organizacije cenijo obe vrsti ljudi in se močno trudijo, da imajo oba tipa v svojih delovnih skupinah.

Management se sooča s kompleksnostjo. Njegove prakse in postopki so večinoma odgovorni za enega od največjih in najpomembnejših razvojev 20. stoletja: razrast velikih organizacij. Brez dobrega managementa lahko postanejo kompleksni izzivi kaotični in ogrožajo svoj obstoj. Dober management prinaša stopnjo reda in konsistence v ključne razsežnosti, kot so kakovost, dobičkonosnost in izdelek. Glavna kakovost managementa je tako kontrola, managerski procesi morajo biti čim manj tvegani. To pomeni, da ne smejo biti odvisni od nečesa, kar je nenavadno ali težko dosegljivo.

Vodenje se ukvarja z izzivom spremembe (Kotter, 1990). Vzrok, zakaj je postalo tako pomembno, lahko poiščemo v čedalje bolj tekmovalnem in ranljivem poslovnem svetu. Dobri vodje morajo razviti veliko vizijo in jo v čim večji meri prenašati na druge zaposlene. Dobri vodje zaposlene motivirajo na veliko različnih načinov. Tako naj bi imeli vodje uvajanja sprememb v sebi še dodatne sposobnosti, in sicer:

- ustanovitev identitete organizacije, ki odseva njen namen,
- oblikovanje pobude za povečevanje ustvarjalnosti v organizaciji,
- prizadevanje za integriteto, ki povzroči zaupanje in služi kot osnova organizacijske kontrole.

2.1.2 Nesoglasje med zaposlenimi in pobudniki sprememb

Ljudje nismo navajeni, da bi spremembo videli kot nekaj navadnega, običajnega. Večkrat jo vidimo kot nekaj radikalnega, kompleksnega, pospešujočega, dramatičnega ali transformacijskega. Vseeno so spremembe del navadnega življenja. Rešujemo jih vsakodnevno. Prinašajo nam težave, ki jih moramo rešiti, in priložnosti, da naredimo nekaj drugače. Doživljamo jih psihološko, mentalno in čustveno. Navadno so spremembe subtilne in počasne, včasih pa so tudi nenadne – motijo naše delo, premikajo naše odnose ali nam zmanjšujejo naš čas za počitek. Njihov vzorec včasih lahko opišemo, včasih ne. Včasih jih lahko razložimo, spet drugič ne. Sprememba navadno izzove nekaj nepoznanega, lahko tudi nejasnega. Seveda ima večina od nas rajši poznana dejstva ali stvari. Raje živimo skupaj s starimi,

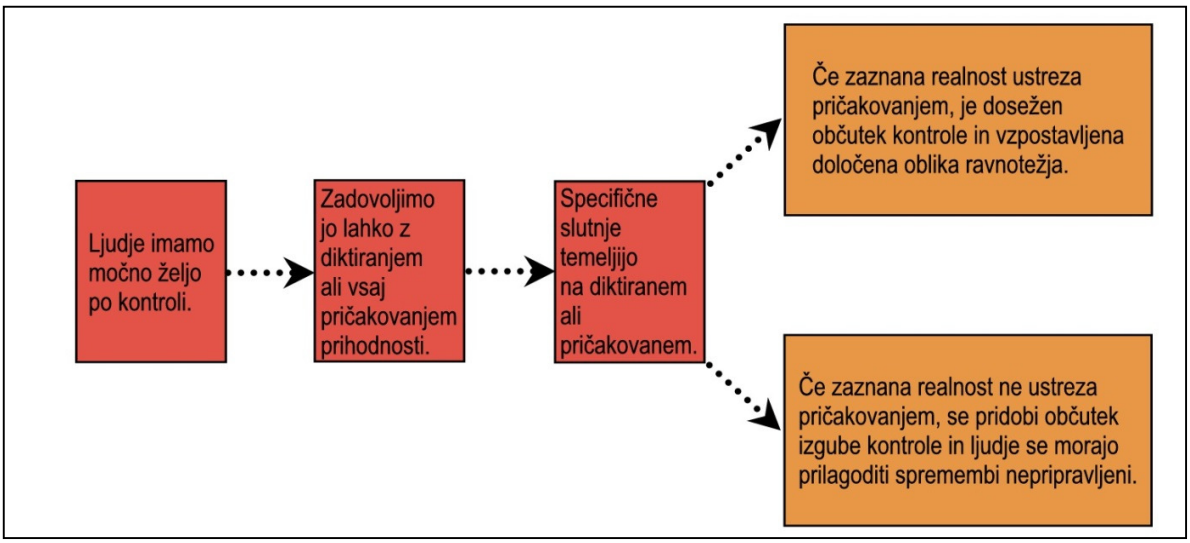
poznanimi občutki, čeprav niso dobri. Managerji, ki znajo zajeti neznano in uživajo v negotovosti, bodo uspevali v organizaciji, kjer takšnih atributov ni veliko na zalogi. Na splošno imajo ljudje radi opozorila o spremembi. Radi imajo tudi, če se jim predstavijo vzroki, po možnosti osebno. Seveda to ne velja za čisto vse osebe. Nevarno je predvidevati, da se osebe, ki nočejo sodelovati v procesu načrtovanja, temu ne bodo upirale (Doherty in Horne, 2007, str. 31).

Vsi ljudje se ne upirajo spremembam. Za nekatere pomeni sprememba osvežujočo prekinitev rutinskega dela. A večina se jim vseeno upira. Tudi manjše, občasne spremembe so lahko nezaželene, predvsem takrat, kadar prekinejo cenjene neformalne skupine posameznikov ali če se posamezniki bojijo, da bodo v novi situaciji izpadli smešno. Hitre, velikopotezne, transformacijske spremembe zbudijo občutke odvečnosti. Prva stopnja v naporu za premagovanje odpora je, kot je bilo rečeno, poskus njegovega razumevanja. Pri tem nam lahko pomaga Husseyjeva ideja o psihološki pogodbi (Hussey, 1995 v Doherty in Horne, 2007, str. 31). Psihološka pogodba je definirana kot verovanja o recipročnih in obljubljenih obveznostih ter kot taka predstavlja enega ključnih podpornikov, s katerimi se regulira odnos delavec – delodajalec (Rousseau in Parks, 1993 v Hallier in James, 1997, str. 223). Ta psihološka pogodba ureja način dela, ki ga zaposleni pričakuje, kakor tudi pričakovano stopnjo uspeha zaposlenega.

Upor spremembam je lahko tudi posledica zaznavanja kršenja psihološke pogodbe (Doherty in Horne, 2007, str. 31). Delavci se zaradi tega lahko počutijo ogorčene in prestrašene. V vsakem primeru lahko delodajalec pričakuje odpor. Če strah in ogorčenje temeljita na napačnem medsebojnem razumevanju, lahko poprava zmotne predstave pomaga pri zmanjševanju odpora. Vsakršen odlog v razčiščevanju dvomov in nerazumevanj lahko slabi zaupanje ter vodi v paranoidno sumničenje.

Kdaj je sprememba velika? Nekateri mislijo, da takrat, kadar se zanjo porabi veliko denarja. V resnici je velikost spremembe odvisna od tega, kako moteča je za prizadete (Conner, 2006, str. 76). Najbolj ranljive se namreč počutimo takrat, ko smo presenečeni, ker smo presenečeni. Sprememba je majhna, če očitno ne moti tistega, kar smo pričakovali. V takem primeru posamezniki prilagodijo svoja pričakovanja in se spremembi prilagodijo. Takšna prilagajanja so tako pogosta in subtilna, da jih navadno ne zaznamo, za seboj pa puščajo prepričanje, da do spremembe sploh ni prišlo. Povzamemo lahko, da pomeni velika sprememba izgubo nadzora. Na sliki 7 je prikazan povzetek, kako ima močna želja po nadzoru vpliv na dojemanje in odziv na spremembo.

Slika 7: Človekov odziv na spremembo



Vir: Conner, Managing at the Speed of Change, 2006, str. 77.

Iz slike 7 lahko razberemo troje: 1) Spremembo kot veliko pojmujejo tisti, ki so zaradi nje prizadeti. 2) Velika sprememba je rezultat očitne prekinitve že obstoječih pričakovanj. 3) Do velike spremembe pride, kadar ljudje verjamejo, da so izgubili nadzor nad pomembnim vidikom njihovega življenja ali njihovim okoljem.

Sprememba je težka in grozeča, zato ljudje želijo obdržati status quo (Mariotti, 1998; Denton, 1996 v Appelbaum in Wohl, 2000, str. 284). Na splošno posamezniki, ki imajo močno avtonomijo, mednje spadajo tudi zdravniki, izražajo večji odpor do uvajanja sprememb in zato povečanega nadzora s strani ljudi, ki imajo avtoriteto (Blumenthal in Epstein 1996 v Audet, Doty, Shamasdin in Schoenbaum, 2005, str. 843). Odpor do sprememb je naravni odziv na katerokoli stvar, dejanje, ki povzroči motnjo in izgubo ravnotežja. Zato spremlja vsako spremembo, ne glede na to, ali jo začnemo sami ali je pobudnik nekdo drug, in ne glede na to, ali jo imamo za pozitivno ali negativno. Za uspešno uvajanje spremembe je pomembna empatija, sposobnost vživljanja v druge ljudi. Za nekatere pomeni določena sprememba le majhno gubo v status quo, medtem ko drugemu ista sprememba pomeni popolno transformacijo. Posamezniki lahko izvajajo spremembo ali se spremenijo, le če so tega zmožni. Sposobnost pomeni, da obstajajo potrebne zmožnosti in da je znan način, kako jih uporabljati. Pripravljenost pa je motivacija, da se te sposobnosti prenesejo v določeno situacijo. Če nekdo nima niti sposobnosti niti pripravljenosti, potem je zmožnost spreminjanja bolj kot ne neverjetna (Kotter, 1996, str. 3–16).

Odpor do uvajanja večje spremembe je neizogiben (Conner, 2006, str. 129), njegova jakost pa lahko precej variira. V nekaterih primerih se odpor izraža javno. Organizacijski spremembi se lahko zaposleni uprejo na več načinov: s sestanki na oddelkih, javnim izmenjevanjem mnenj ipd. Glede na to, da je takšen odpor javen, je velikokrat bolj konstruktiven kot tih odpor. Odprt odpor nadrejeni vsekakor slišijo in vidijo, če ga že ne morejo rešiti. V določenih primerih pa je odpor zakrit. Takrat obstaja

nevarnost, da lahko ostane nespoznan, dokler ne uniči celotnega projekta uvajanja sprememb. Tak odpor je navadno posledica nizkega zaupanja in nezadovoljive participacije. Če zaposleni začutijo, da jim ni dovoljeno javno razpravljati o njihovih občutkih, ali če ne sodelujejo v odločitvah implementacije, je zelo verjetno, da se bodo počutili oddaljene od napora uvajanja spremembe. Takšni občutki lahko prevzamejo obliko tajnega upora – s posrednega pritoževanja do javne sabotaže. Kadarkoli se v organizacijo uvaja velika sprememba, je vedno prisoten odpor. Negativne učinke lahko zmanjšamo tako, da se ta odpor izraža javno.

Ne glede na to, ali je začetni odziv zaposlenih uporen ali sodelujoč, potrebujejo podporo in dovolj informacij, da prebrodijo različne stopnje njihovega odgovora na spremembe (Doherty in Horne, 2007, str. 36–55). Na vsaki stopnji morajo vedeti, kaj se dogaja in zakaj. Razložiti jim je treba, zaradi katerih vzrokov se vse skupaj dogaja. A tudi najboljši razlogi za spremembo ne bodo zadovoljili vseh zaposlenih. Zaposlene je dobro na kratko sprotno (vsaj enkrat tedensko) obveščati o napredovanju uvajanja spremembe in o naslednjih korakih. Jedro učinkovitosti vsakega pristopa za premagovanje odpora je kakovost medosebnih odnosov, ki jih razvije manager z zaposlenimi v organizaciji. V tabeli 1 so prikazani pogovorni pristopi za premagovanje odpora s pomočjo poglabljanja odnosa z zaposlenimi.

Tabela 1: Osem pogovornih pristopov za premagovanje odpora

Pristop	Situacija	Prednost	Slabost
1 Prisila	Kadar je sprememba nujna in ima iniciator moč.	Hitra.	Tvegana, ker lahko povzroči nastanek sovražnikov.
2 Manipulacija	Kadar vse ostalo propade.	Hitra in cenena.	Lahko povzroči zamero.
3 Prepričevanje	Kadar ima iniciator moč in se da zaposlene zlahka prepričati.	Hitra in cenena.	Kasneje lahko tisti, ki so bili prepričani, trdijo, da so bili pod pritiskom.
4 Pogajanje	Kadar lahko določena skupina utrpi izgubo.	Relativno enostavna.	Lahko je draga.
5 Delegiranje	Kadar obstaja podpora spremembi in zaposleni vedo, da lahko z njo pridobijo.	Delitev dela in odgovornosti. Lahko pripomore k povečevanju moči in razvoju.	Časovno potratna. Zahteva tesno spremljanje. Lahko je odvisna od usposabljanja.
6 Pospeševanje	**Kadar imajo posamezniki težave.**	**Najboljša metoda za ravnanje s problemi prilagajanja.**	**Lahko je časovno potratna in draga, pa vseeno lahko propade.**
7 Sodelovanje	**Kadar manjka informacija ali kadar obstaja močno nasprotovanje.**	**Motivacija, vpletenost, nove ideje, predanost.**	**Časovno potratna. Lahko da spremembe, o katerih se vsi strinjajo, niso dovolj.**
8 Učenje			**Časovno potratna. Vpleta veliko ljudi in je zato lahko draga.**

Vir: Doherty in Horne, Managing Public Services, 2007, str. 46.

Metode pospeševanja, sodelovanja in učenja so del participativnega managementa in so kot takšne primerne za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije (Doherty in Horne, 2007, str. 51, 52). Metoda pospeševanja je zelo primerna, kadar se posamezniki upirajo spremembi, ker se je bojijo oz. so

zaradi nje živčni. Odpor do spremembe lahko zmanjšamo s ponujanjem podpore v obliki poslušanja, treniranja in bolj sproščenih metod. Zato lahko uporabimo tudi zunanje svetovalce, za katere pa so potrebni čas, denar in potrpljenje. Pogovori na podlagi vključevanja so pogoj za uspešno spreminjanje organizacij. Ostali nujni dejavniki so vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, resnica in participacija. Vloga učenja s pogovorom ni le v učenju kot takem, pač pa ima tudi namen motivacije ljudi in izboljšati uspešnost organizacije. Učenje je tudi pomemben del spremembe. Učenje premošča razpoko med ravnanjem spremembe in spreminjanjem managerjev.

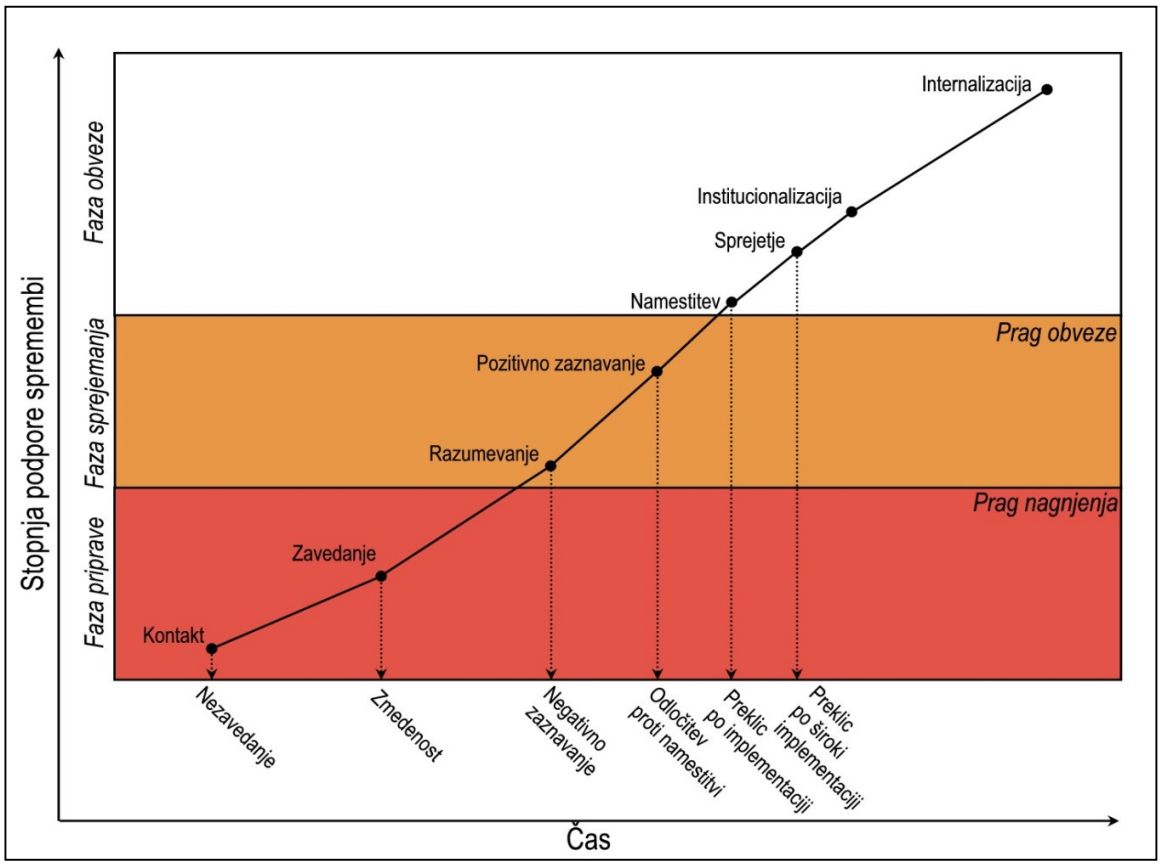
2.1.3 Od kljubovanja do privolitve in zavezništva

Uspešna sprememba je zakoreninjena z zavezo. Če niso vsi ključni deležniki zavezani doseganju ciljev spremembe in plačevanju cene, ki jo zahtevajo ti cilji, bo projekt zanesljivo propadel (Scott, 2002, str. 17; Conner, 2006, str. 147). Dejstvo je, da večina projektov uvajanja sprememb propade zaradi pomanjkanja te zaveze. V bolj kompleksnih delovnih okoljih organizacijska sprememba od sponzorjev, agentov in tarč zahteva več kot samo prilagoditev in privolitev. Ne glede na njihovo vlogo v procesu zmagovalci spoznajo stopnjo potrebne obveze za spremembo, da bo uspela. Zaveza posameznika je, ko (Conner, 2006, str. 148):

- investira vire (čas, energijo, denar ipd.) za zagotovitev želenega rezultata;
- vseskozi sledi cilju, tudi če je pod stresom in mu primanjkuje časa;
- zavrača ideje in akcijske načrte, ki obljubljajo kratkoročne uspehe, a so nekonsistentni s celotno strategijo;
- je usmerjen v iskanje želenega cilja v različnih fazah delovanja;
- je kreativen, bistroumen in poln virov za reševanje problemov, ki bi sicer blokirali doseganje ciljev.

V procesu oblikovanja zaveze, ki je prikazan na sliki 8, obstajajo tri faze: priprava, sprejetje in zaveza. Navpična črta modela obveze prikazuje stopnjo podpore spremembi, vodoravna linija pa kaže dolžino časa, v katerem so posamezniki izpostavljeni spremembi. Vsaka od zgoraj navedenih treh faz predstavlja kritičen stik v procesu obvezovanja. Model kaže, kako stopnja podpore spremembi s časom narašča ali upada. Procesu grajenja obveze lahko sledimo po točkah, v katerih je sprememba ogrožena (nevarnosti so prikazane z navzdol usmerjenimi puščicami) ali napreduje v naslednjo, zgornjo stopnjo.

Slika 8: Stopnje obveze spremembi



Vir: Conner, Managing at the Speed of Change, 2006, str. 149.

Kako zgraditi zavezo, ki je potrebna za uspešno uvajanje spremembe? (Conner, 2006, str. 156–161): 1) Treba je predvideti, da se zaposleni odzivajo na spremembe na različnih intelektualnih in čustvenih ravneh. 2) Zaveza je draga; ne računaj nanjo, če je ne moreš plačati. 3) Zaveze ne bo brez načrta delovanja. 4) Grajenje obveze je dolgotrajen proces razvoja. 5) Ali gradiš zavezo ali pa se pripraviš na negativne posledice. 6) Upočasni, da povečaš hitrost. Načini obnašanja zaposlenih, kot so zaveza, absentizem in zavedno vedenje zaposlenih v organizaciji (angl. *organizational citizenship behavior*), so opisani s psihološko pogodbo kot relevantnim konstruktom. Odnos med psihološko pogodbo in obvezo je dobro dokumentiran v literaturi. Organizacijska zaveza je razmeroma časovno stabilen konstrukt (Porter et al., 1974 v Caykoylu, Egri, Havlovic in Bradley, 2011, str. 8). Prejšnje študije so konsistentno ugotavljale, da je organizacijska zaveza negativno povezana s fluktuacijo in absentizmom ter pozitivno povezana z uspešnostjo v službi (Griffeth et al., 2000; Mathieu & Zajac, 1990; Riketta, 2002; Steers, 1977 v Caykoylu, Egri, Havlovic in Bradley, 2011, str. 8) in organizacijsko uspešnostjo (Benkoff, 1997; Maiga & Jacobs, 2004 v Caykoylu, Egri, Havlovic in Bradley, 2011, str. 8).

Glede na avtorje Meyer in Allen (Meyer in Allen, 1991 v Lub, Bijvank, Bal, Blomme in Schalk, 2011, str. 557) je zaveza psihološko stanje, ki opisuje odnos zaposlenega z organizacijo. Razlikujemo tri tipe predanosti: afektivnega (affective), normativnega (normative) in nadaljevalnega (continuance).

Afektivna predanost je definirana kot »čustvena pripojitev zaposlenega na organizacijo, identifikacija z organizacijo in vpletenost vanjo«, normativna predanost pomeni »občutenje obveznosti do organizacije« in nadaljevalna predanost »zavedanje stroškov, ki nastanejo z odhodom iz organizacije«.

2.2 Dejavniki uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije

Podjetja so več kot le skupek sredstev, bilanc stanja ali izkazov uspeha. So namreč živi sistemi, in če hočemo, da delujejo na vrhuncu, morajo biti jedrne komponente v ravnotežju (Fiorina, 2002, str. 10–12). Prva je strategija, ki pove, kaj delamo in zakaj to delamo. Vsebuje tudi trditve, česa ne delamo. Vsebina strategije je v vprašanjih: Kako bomo dosegli konkurenčno prednost? Na katere dejavnike se bomo osredotočali? Drugi pomembni komponenti sta organizacijska struktura in procesi. Usmerjata se v to, kako bo opravljeno naše delo, kako bomo sodelovali, kdo je za kaj odgovoren, kako bomo izboljšali izkušnje strank, kako bomo znižali stroške, kako bomo eliminirali odvečne procese ipd. Tretji komponenti sta merilni sistem in nagrajevanje. Če so stvari izmerjene, zanje velja, da so bile narejene. Pomembno je, da se podjetja osredotočajo na prava dejanja in obnašanja. Nagrajujejo se dejanja, ki lahko podjetje naredijo za boljšega tekmovalca, delodajalca in investitorja. S tem se meri, kako dobro opravljamo storitve v očeh lastnikov in strank. Zadnji, zelo pomembni komponenti pa sta kultura in obnašanje. Ključno vprašanje je: kako ohraniti najboljše med spreminjanjem ostalega? Naše najboljše kulture najdemo pri iskanju svojih korenin. Sem spadajo načini dela, mišljenja in verovanja. V periodah sistemskih sprememb je vedenje vodij ultimativni test, ki zaposlenim najprej pokaže ne tisto, kar rečejo, pač pa njihov način obnašanja in odzivanja. Vseskozi pa je dobro imeti pogled uprt v prihodnost.

Poslovni rezultat delovanja bolnišnic je tesno povezan z zaposlenim medicinskim osebjem. Delovna sila je največji strošek v organizacijah zdravstvenega varstva, zato se bolnišnice usmerjajo v zniževanje stroškov predvsem z osredotočanjem na zmanjševanje stroškov dela (Smithson in Baker, 2007, str. 77–78). Realistični cilji managementa produktivnosti vsebujejo določanje stopenj zaposlenosti v realnih mejah in preprečevanje neomejenih rasti zaposlenih v prihodnosti. Za doseganje teh ciljev potrebujejo bolnišnice dosegljive standarde produktivnosti in ustrezne predstojnike, ki so se sposobni držati teh standardov. Participacija zdravnikov je ključnega pomena za izboljšanje učinkovitosti in klinične uspešnosti; vedno več je plačnikov, ki plačajo za uspeh in kakovostno opravljeno delo (Mayfield, 2006, str. 30). V bistvu je prava spodbuda za stalno izboljševanje procesov nagrajevanje bolnišnic, ki temelji na kakovosti oskrbe in izboljšanih rezultatih zdravljenja bolnikov t. i. plačilo za uspešnost (angl. *pay for performance*) (DeVore, Falvey, Tran, Popwell in Reinbold, 2010, str. 88). Vseeno večina zdravnikov ne razume, da so kolektivno odgovorni za bolnikovo varnost in klinično uspešnost. V resnici jih večina verjame, da ta vloga pripada bolnišnični administraciji. Raziskave kažejo, da vsako leto vsaj polovica zdravnikov vidi bolnike, ki so utrpeli hude poškodbe ali so celo umrli zaradi zdravniških napak; samo manjšina jih je nezadovoljna s trenutno stopnjo varnosti v bolnišnici. Za zdravnike je značilno, da četudi niso zadovoljni z rezultati, se vseeno nekako ne identificirajo z njimi (Yha, 2010, str. 43, 44).

Za uspešno uvajanje sprememb v organizacijo sta pomembna dva kritična dejavnika: ustrezna organizacijska struktura in organizacijska kultura. V veliko javnih podjetjih v svetu se je termin »administracija« zamenjal za besedo »management«. Po Isaac-Henryju je »novi managerializem« v javnih podjetjih sestavljen iz treh elementov: poslovnemu podoben pristop, več notranjega kalkuliranja in management uspešnosti (Isaac-Henry, 1997, str. 2). Prva komponenta »poslovnemu podoben pristop« v svojem bistvu pomeni pristop trdovratnega razmišljanja, ki je označen kot sposobnost uvajanja nepriljubljenih sprememb in zniževanja stroškov. Druga sestavina – notranje kalkuliranje – je oblikovana tako, da bolje opiše zaposlene svojim vodjem (Day in Klein, 1987, str. 21). Tretja komponenta je management uspešnosti. Vsebuje oblikovanje ciljev z dobro definiranimi kazalci v odnosu do treh e-jev: ekonomija, učinkovitost (angl. *efficiency*) in uspešnost (angl. *effectiveness*). Lahko bi dodali še četrti e za etiko.

Zdravstvene organizacije so sestavljene iz avtonomnih profesionalcev, ki delujejo individualno, a izvajajo večdisciplinarno oskrbo, kar Mintzberg (Mintzberg, 1979, str. 322) imenuje »profesionalna birokracija«. Temelji na standardizaciji spretnosti operativnega jedra zaradi lažje koordinacije del; delovna mesta so visoko specializirana, a minimalno formalizirana, izobraževanje je razširjeno, grupiranje temelji na trenutni funkcionalni osnovi, njegovi rezultati pa so velike operativne enote. Takšne strukture lahko najdemo v kompleksnih, a stabilnih okoljih s tehničnimi sistemi, ki so enostavni in ki jih ne moremo regulirati. Profesionalne birokratske strukture imajo zaradi narave posameznih avtonomnih profesionalcev težave z njihovim vodenjem, če nimajo ustreznih kompetenc ali če so profesionalci glede vodenja nevedni. Odgovornost medicinskega managerja je, da zagotavlja kompetence in profesionalno obnašanje medicinskega osebja.

Naloge managementa medicinskega osebja torej so (Dwyer, 2010, str. 518):

- dogovori med primerno kvalificiranim medicinskim osebjem, treniranje in izobraževanje mlajšega medicinskega osebja ter načrtovanje obsega medicinske delovne sile, določanje in uokviranje kliničnih privilegijev medicinskega osebja, vključno s potrebnimi poverilnicami in procesi, ki jih zahteva uvajanje nove tehnologije v organizacijo – vodenje in management;
- strateško načrtovanje, strateški razvoj – razvoj strategije;
- management uspešnosti, vključno z identifikacijo in izboljšanjem slabo delujočih kliničnih procesov in/ali izvajalcev (managemet tveganja);
- koordinacija na posebno zahtevnih področjih, kjer je potrebna koordinacija med kliničnimi in managerskimi sposobnostmi – operativno delo.

V profesionalnih birokracijah se lahko pojavi zmanjšanje obsega zgoraj navedenih nalog, ki so v domeni Mintzbergovih podpornih strukturnih nalog. Zato prav Mintzberg v svojem delu *Toward a Healthier Hospital* poudarja, da je lahko prava organizacijska sprememba učinkovita le s postopnim pristopom od spodaj navzgor, ki ne ogroža že postavljenih vlog posameznikov v organizaciji (Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 110). V tabeli 2 so navedena glavna dejstva Mintzbergove strukturne teorije zdravstvenih organizacij.

Tabela 2: Mintzbergova strukturna teorija zdravstvenih organizacij

Osnovna načela	Glavne značilnosti	Opis
Vsaka zdravstvena organizacija je sestavljena iz petih delov	Operativno jedro Srednji management Strateški vrh Podporne službe Tehnološka struktura	Jedrni delavci izvajajo procese v organizaciji: zdravniki, medicinske sestre. Predstojniki, nadzorne medicinske sestre oddelkov. Poslovni direktor, strokovni direktor, direktorica ZN. Ravnanje z viri pri delu, ravnanje z informacijskimi sistemi. Analitiki, ki služijo organizaciji z vplivanje na delo ostalih. Ne delajo v operacijskem toku, ga oblikujejo, načrtujejo, spreminjajo ali trenirajo ljudi, ki izvajajo procese dela. Sem spadajo posamezniki zadolženi za kakovosto, koordinatorji za dostop do bolnikov.
Zdravstveno osebje v zdravstveni organizaciji tvori profesionalno birokracijo	Mesto nadzora ustvarjajo poklicne skupine	Zdravniki v največji meri imajo predominanco nad odločitvami, ki vplivajo na jedro poslovanja organizacije – oskrba bolnikov. Odločajo o sprejemu bolnika, katero diagnostiko bodo izvedli, kako bodo bolnike zdravili; imajo moč znanja.
	Zanašanje na koordinacijo standardizacije sposobnosti in njihov pridružen oblikovni parameter: trening in indoktrinacija.	Zaposlitev popolnoma neodvisnih in izobraženih specialistov za operativno jedro in jim omogočiti in dati popolno kontrolo nad svojim delom – POKLICNA AVTONOMIJA.
	Decentralizirano odločanje izvajanja procesov.	Vsak bolnik je edinstven, zdravljenje je pogosto kompleksno, zato so procesi odločanja decentralizirani.

Vir: Dwyer A. J., Medical managers in contemporary healthcare organizations: a consideration of the literature, 2010, str. 517.

Glede na pregled literature, ki je bil opravljen v tej študiji, je priporočljivo povišati zavedanje vrednosti medicinskih managerjev med oblikovalci politike in vrhnjim managementom (Burns in Kuramoto, 1999, str. 17; Dwyer, 2010, str. 520). Medicinskim managerjem je treba zagotoviti, da popolnoma prevzamejo svoje vloge, iz katerih lahko potem črpajo polne koristi dvojnih, medicinsko-managerskih izkušenj (strategija, klinično vodenje, število zdravnikov, medicinsko vodenje, operativni izzivi s kliničnimi in poslovnimi zahtevami). Tako naj bi po besedah avtorice v avstralskem zdravstvenem sistemu zagotovili podporni medicinski management, s katerim bi zagotovili ključne vodstvene položaje na vseh zdravstvenih stopnjah, seveda z zagotavljanjem osnovnih selekcijskih kriterijev za zasedanje mesta medicinskega managerja.

Profesionalizem lahko obravnavamo tudi kot z vlogami povezan pojav, in ne samo kot socialni pojav. Značilnosti naloge v zdravstveni oskrbi so visoke stopnje negotovosti in kompleksnosti. Te značilnosti seveda vodijo do ključnih lastnosti, ki opredeljujejo profesionalizem. Poleg tega so se v zadnjih sto letih oblikovale bolnišnice z veliko različnimi poklicnimi skupinami, storitvami in viri na eni lokaciji.

Razvoj informacijske tehnologije, telekomunikacij in robotike pomeni, da v prihodnje meje bolnišnic ne bodo več jasne. (Curtis in White, 2002, str. 15).

Najmočnejše gonilo (angl. *driver*) v evoluciji modernih bolnišnic prihodnosti je eksplozija znanja ter diagnostičnih in intervencijskih tehnologij. V raziskavi, v kateri so raziskovalci sistematično pregledali literaturo o difuziji inovacij kliničnih storitev, so prišli do zaključka, da bi se morale organizacijske strukture od tradicionalnih, hierarhičnih premakniti na strukture, ki temeljijo na semiavtonomnih timih z možnostjo neodvisnega odločanja, s katerimi bi lahko večali moč inovacij (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate in Kyriakidou, 2004, str. 618; Dűckers, Wagner, Vos in Groenewegen, 2011, str. 1).

2.2.1 Organizacijska struktura

V sedanjem obdobju globalizacije in hitrih socialnih sprememb morajo vodilni delavci iz svojih podjetij črpati več agilnosti, fleksibilnosti in inovacij. Dejstvo je, da so organizacije oblikovane z namenom nenehnega iskanja konkurenčnih prednosti in stabilnosti. Pri tem je treba preiti tezo, ki je zasidrana nekje globoko v miselnosti managerske psihe in ujeta v desetletja teoretične osnove, da stabilnost ni edino zaželeno in učinkovito. Daniel Katz in Robert L. Kahn sta v svoji klasični knjigi *The Social Psychology of Organizations* zapisala: »/P/ridobljena kakovost socialnih sistemov in njihove strukture pomeni, da so takšni sistemi ustvarjeni za širok razpon ciljev, ki ne sledijo tipičnemu življenjskemu ciklu fizičnih sistemov, zato potrebujejo kontrolne mehanizme različnih vrst, da se njihove komponente zadržijo skupaj in delujejo v zahtevani neodvisni obliki. Tako lahko nekdo definira kot osrednji problem vsakega socialnega sistema zmanjševanje variabilnosti in nestabilnosti človekovih akcij za uniformiranje ter odvisno vzorčenje« (Katz in Kahn, 1978).

Popularni napori za izboljševanje uspešnosti vsebujejo močno željo po stabilnosti in predvidljivosti sedanjih organizacij (Lawler in Worley, 2006). Ni presenetljivo, da večina velikopoteznih sprememb propade. Največja težava je, da se večina teh naporov usmerja v bolj učinkovite modele spreminjanja ali iskanje zadnjega pristopa prekoračenja odpora proti spremembam, na žalost pa se tudi najbolj moderni pristopi uvajanja sprememb ne obdržijo, če trčijo ob organizacijsko obliko in managerske prakse, ki so usmerjene proti spremembam. Resnica je, da je učinkovitost uvajanja sprememb močno odvisna od organizacijske oblike, kamor štejemo organizacijsko strukturo, njene procese, sistem nagrajevanja in druge značilnosti, ki se medsebojno podpirajo, podpirajo pa tudi strateško vnemo, identiteto in zmožnosti. V sedanjem času nenehnih sprememb bi organizacijska oblika morala podpirati idejo implementacije in reimplementacije strategije kot kontinuiranega procesa.

Veliko tradicionalnih organizacijskih oblik spremembe ne podpira. Organizacije, ki so grajene za podporo spremembam, morajo biti v tesnem stiku s trgom in ostalim okoljskim povpraševanjem za kontinuirano definiranje in redefiniranje serij kratkoročnih konkurenčnih prednosti. Za doseganje tega morajo vsi zaposleni, ne samo višji managerji, opazovati in poročati o tržnih nihanjih ter iskati konkurenčne priložnosti. Namesto predvidenih statičnih letnih poročil morajo organizacije, ki

podpirajo spremembe, pridobiti fleksibilno in enostavno spremenljivo organizacijsko strukturo (Lawler in Worley, 2006).

Sposobnost organizacije, da se strukturira in restrukturira z namenom prilagajanja spreminjajočim se notranjim in zunanjim stanjem, je pomembna za maksimiziranje organizacijske uspešnosti. Organizacijska struktura je definirana kot sposobnost organizacije, da razdeli delo ter določi vloge in odgovornosti posameznikom in skupinam (Lawler in Worley, 2006). Prav tako pomeni proces, s katerim organizacija koordinira svoje delo in delovne skupine. Dolgo časa je organizacijska struktura zanimala praktike in teoretike na področju managementa. Na začetku 20. stoletja so bila pisanja usmerjena v formalno strukturo, ki se je nato spreminjala v različne načine organiziranja dela. Iskanje se je nato prevesilo v obdobje iskanja neformalne strukture.

Uporabno je, da razmišljamo o dveh ločenih, a medsebojno povezanih vidikih organizacijske strukture (Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden in Montalván, 2002, str. 51). Prvi zajema *upravljalno strukturo*, ki predstavlja vodstveni sistem organizacije. Tukaj je struktura odvisna od ultimativne legalne in socialne odgovornosti organizacije. Drugi vidik je *operativna struktura*, ki opisuje način pretvarjanja virov v proizvode in/ali storitve za ciljne namene V javnih organizacijah, kjer ideja o lastništvu ni tako jasno definirana, kot je v zasebnem sektorju, postaja problem vodenja čedalje bolj pomemben. Managerji v javnem sektorju so pogosto izpostavljeni manj rigidnim kontrolam in imajo zato verjetno večje spodbude zadovoljevanja lastnih interesov na račun organizacijskih ciljev. Če temu dodamo še neučinkovit in ohlapen institucionalni okvir, dobimo popoln recept za množično slab management javnega sektorja. V tem kontekstu managerske strukture višji management in nadzorni organi oblikujejo politični in legalni okvir ter smer delovanja organizacije. Če gledamo širše, pomeni upravljalna struktura točko, kjer se srečata notranje in zunanje okolje. Zajema in rešuje probleme povezovanja in ujemanja konfliktnih interesov vseh deležnikov z cilji organizacije in njenim poslanstvom (Carver, 1996, v Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden in Montalván, 2002, str. 52).

V zdravstvenih organizacijah je pogosta prepreka med uvajanjem programov večje uspešnosti in stroškovne učinkovitosti toga birokratska organizacijska struktura, vodena z domnevno neučinkovitostjo, zapravljivostjo in oddaljenostjo (Ennis in Harrington, 1999, str. 320, Ritonja 1996 v Ritonja in Hočevar, 2001, str. 254). Pred več desetletji so bili generični zdravstveni sistemi sestavljeni iz mreže vertikalnih kliničnih in pomožnih oddelkov, povezanih s skupinami naključno izbranih delavcev, ki so bili vpleteni v oskrbo bolnikov (Neuhauser, 1972 v Cowen, Halasyamani, McMurtrie, Hoffman, Polley in Alexander, 2008, str. 408).

Novejši splošni okvir organizacijske strukture vsebuje tri intraorganizacijske nivoje: bolnike, mikrosisteme, ki zagotavljajo oskrbo bolnikov, in krovno zdravstveno organizacijo (Berwick, 2002, str. 84; Nelson et al. 2002 v Cowen, Halasyamani, McMurtrie, Hoffman, Polley in Alexander, 2008, str. 408). Koncept timov, ki zagotavljajo oskrbo, izvira iz skupin delavcev, ki so bili vpleteni v zagotavljanje oskrbe bolnikov, in tako tvori svoj organizacijski konstrukt – mikrosistem. Mikrosistem tako sestoji iz subpopulacije bolnikov in njihovih večpoklicnih zdravstvenih profesionalcev, ki z

medsebojnim delovanjem skozi klinične procese in izmenjavo informacij nudijo optimalno oskrbo bolnikom. Nastanejo spontano, pomenijo pa mesto, kjer je opravljena večina osnovnega zdravstvenega dela in kjer je nudena najoptimalnejša oskrba profesionalcev, ki imajo povsem usmerjeno znanje za določeno klinično težavo.

Operativna struktura organizacije je sistem, ki vodi delovne procese, ki delijo ali koordinirajo naloge ljudi in skupin z namenom doseganja skupnega cilja. Idealna struktura je tista, ki se najbolj ujame v trenutni situaciji in okolju (Mintzberg, Quinn, 1995 v Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden in Montalván, 2002, str. 55). Struktura vsebuje tudi koordinacijske vsebine. Koordinacija je proces povezovanja specialističnih aktivnosti posameznikov ali skupin, tako da lahko lažje delujejo proti skupnemu cilju. V organizacijah, kjer sta pomembni inovativnost in produktivnost, je konkurenčna prednost meddisciplinarno timsko delo. Na obliko strukture vpliva mnogo spremenljivk (Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden in Montalván, 2002, str. 56): zgodovina, velikost, tehnologija, organizacijski cilji, strategija, upravljanje, pritiski iz zunanjega okolja ipd. Drugi pomemben vidik opredeljevanja organizacije je oblika deljenja avtoritete. Organizacije se delijo na decentralizirane do centralizirane, od visoko participativnih do diktatorskih. Vsaka oblika organizacije je odgovor na notranja in zunanja stanja. Sedaj je veliko organizacij, predvsem javnih, zainteresiranih za decentralizacijo avtoritete in povečevanje participacije članov organizacije. Med pregledom javnih organizacij v intervalu 1980–2000 so namreč raziskovalci prišli do spoznanja, da obstaja tendenca preoblikovanja organizacij iz mehanističnih v organske (Dwyer, 2010, str. 515). Vseeno je za organizacije na določenih področjih bolje, če se držijo birokratskih oblik delovanja.

Kakšna naj bi bila organizacija prihodnosti, ki bo ovita s hudo globalno konkurenco, spreminjajočimi se trgi in tehnološkimi inovacijami? Temeljila naj bi na informacijah, bila naj bi decentralizirana, tesno povezana s tehnologijo, hitro prilegajoča se ter ekstremno agilna, kreativna in kooperativna s strukturo, ki bo temeljila na timskem delu. V njej bodo zaposleni nabiti z znanjem. Zelo pomembno je tudi dejstvo, da bo sposobna samonadzora, za kar je potrebna visoka stopnja medsebojnega zaupanja. Takšna organizacija se imenuje *na informacijah temelječa organizacija* (Champy, 1996, str. xx).

2.2.1.1 Mehanistična in organska struktura

Burns in Stalker (1961, str. 103) sta poudarjala, da je potrebno razumeti, kako organizacija deluje. Zaključila sta, da obstajata dva tipa organizacija in vsak ustreza svojemu različnemu kontekstu. Ta dva tipa strukture sta *mehanistični* in *organski*. Definicija mehanistične struktura ustreza bolj centralizirani avtoriteti, organska bolj participativni obliki. Predlagala sta, da spada birokracija v mehanistične strukture in da najbolje deluje v stabilnem okolju. Organska struktura se bolje prilagaja in je zato tudi bolj uspešna kot mehanistična v negotovem in turbulentnem okolju. Bennis (1969 v Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden in Montalván, 2002, str. 51) pa celo trdi, da večina organizacij nima možnosti izbire, katero strukturo si bo izbrala, ker se pretežno vse soočajo s negotovim in turbulentnim okoljem.

Mehanistična struktura je tradicionalne in klasične oblike, pogosta je v veliko srednje velikih in velikih podjetjih (Burns in Stalker, 1961, str. 104,105). Mehanistične organizacije so nekoliko rigidne v

smislu natančnega definiranja in razmejevanja služb, imajo dobro definirano hierarhično strukturo in se nanašajo na formalno verigo delegiranja odgovornosti za nadzor. Birokratske organizacije so primarna oblika mehanistične strukture. Max Weber (Bennis, 1965, str. 32) je birokracijo opredelil kot obliko organizacije, ki je okarakterizirana s hierarhično organizacijo, ki je usmerjena h ciljem, neosebnostnim odločanjem, formalno kontrolo ter delitvijo v managerske pozicije in specializacije dela. Birokratske organizacije so visoke in so sestavljene iz hierarhij z veliko nivoji managementa. V takšni visoki strukturi postanejo ljudje zaupljivi do svojega področja specializacije. Birokracije so vodene od zgoraj navzdol. Ostale značilnosti so še funkcionalno deljeno delo in delovna specializacija. Tradicionalno so bile javne organizacije vodene v birokratskih strukturah. Birokratska je vsaka struktura, ki ustreza veliko dejavnostim, predvsem izobraževanju in državnemu tožilstvu. Že v letu 1940 pa je Merton (Merton, 1940, str. 560–562) pokazal, kako lahko birokratska merila postanejo omejujoča. Njihova rigidna aplikacija namreč kar naenkrat ne omogoča zagotavljanja različnih storitev individualnih strank v specifičnih situacijah. Centralizirane organizacije namreč hitro postanejo prepočasne, predrage in premalo učinkovite.

Tabela 3: Razlike med mehanistično in organsko organizacijsko strukturo.

Mehanistična – predvidljivost, preračunljivost	**Organska – fleksibilnost, prilagodljivost, inovacije**
Visoka horizontalna in vertikalna diferenciacija – hierarhična struktura avtoritete in kontrole.	Visoka/kompleksa horizontalna in vertikalna integracija. Mreža avtoritete in kontrole temelji na nalogi.
Visoka formalizacija – stabilna definicija vlog, odgovornosti, navodil in metod dela.	Nizka formalizacija – naloge in odgovornosti se redefinirajo glede na situacijo.
Centralizacija – odločitve se izvajajo na vrhu hierarhije.	Decentralizacija – odločajo tisti, ki imajo znanje.
Standardizacija prek pisanih pravil, SOP-ov.	Vzajemno prilagajanje in redefiniranje nalog in metod prek skupnega reševanja problemov.
Natančen nadzor z avtoriteto in prestižem, ki izvira iz pozicije.	Osebne veščine in kreativnost brez nadzora. Prestiž izvira iz veščin.
Vertikalna komunikacija v obliki navodil.	Pogoste lateralne komunikacije, velikokrat v obliki konzultacij med ljudmi iz različnih oddelkov.

Vir: Hatch, Organization Theory, 2006, str. 111.

Organska struktura je bolj fleksibilna, bolj prilagodljiva participativni obliki managementa, manj se ukvarja z jasno definirano strukturo. Odprta je proti okolju z namenom takojšnje kapitalizacije novih priložnosti. To so položne strukture z enim ali največ dvema nivojema managementa. Položna struktura opisuje decentraliziran pristop k managementu, ki se zavzema za visoko vpletenost zaposlenih v odločitve. Namen te strukture je oblikovati neodvisno delovno enoto, ki se lahko hitro prilagodi potrebam strank ali spremembam v delovnem okolju. Razlike med mehanistično in organsko organizacijsko strukturo so prikazane v tabeli 3.

Na stopnjo centralizacije oz. decentralizacije pa vpliva več dejavnikov, ki jih prikazujem v tabeli 4. Eden od najpomembnejših dejavnikov oblike organizacijske strukture je tip okolja. Če je okolje organizacije spreminjajoče se, turbulentno in od nje zahteva hitro prilagajanje ter zato spreminjanje, potem robustna, hierarhična in centralizirana organizacijska struktura tega vsekakor ne more dosegati

zaradi njene visoke inertnosti. V zdravstvenih organizacijah pa močni dejavniki zaposlenih, kot sta močna individualna avtonomija in poklicna kultura, hkrati s ciljem, ki ga zaposleni želijo doseči, to je zdravljenje bolnikov, ki zahtevajo meddisciplinarno sodelovanje, naravnost zahtevajo decentralizirano organizacijsko strukturo (Escribá-Moreno in Canet-Ginger, 2006, str. 162–166).

Tabela 4: Dejavniki, ki vplivajo na količino centralizacije in decentralizacije

Več centralizacije	**Več decentralizacije**
Stabilno okolje.	Kompleksno, nejasno okolje.
Management spodnjih ravni ni sposoben ali izkušen v odločanju, kot je zgornji management.	Management spodnjih ravni je sposoben in izkušen v določenih odločitvah.
Management spodnjih ravni noče sodelovati pri odločitvah.	Management spodnjih ravni rad sodeluje pri odločitvah.
Odločitve so pomembne.	Odločitve so manjše narave.
Organizacija se nahaja v krizi ali tveganju za propad.	Organizacijska kultura je odprta in managerjem omogoča, da povedo, kar si mislijo.
Velika organizacija.	Geografsko dispergirana organizacija.
Učinkovita implementacija strategij je odvisna od strogega držanja že oblikovanih pravil in odločanja.	Učinkovita implementacija strategij je odvisna od sodelovanja in fleksibilnosti pri odločanju.

Vir: Robbins in Coulter, Management 9th, Chapter 10, Organizational Structure and Design., 2002.

V sedanjem času podjetja delujejo v turbulentnih okoljih. To pomeni, da morajo managerji razmisliti o spremembah tradicionalnih struktur (Galbraith in Lawler, 1993; Mohrman et al., 1995 v Escribá-Moreno in Canet-Ginger, 2006, str. 163). Ta situacija vpliva na razvoj novih alternativ organizacijskih oblik, ki so posledica težnje managerjev po izboljšanju fleksibilnosti in učinkovitosti skupaj s hitrim prilagajanjem novim zahtevam sedanjega okolja. Izoblikovale so se nove organizacijske oblike z manj definiranimi organizacijskimi mejami, podjetja so bolj fleksibilna in konkurenčna (Escribá-Moreno in Canet-Ginger, 2006, str. 162; Nystrőm, Hőőg, Garvare, Weinehall in Ivarsson, 2013, str. 2).

V bolnišnici se zaposleni ukvarjajo z visokointelektualnimi izzivi, ki zahtevajo kar najbolje pripravljene posameznike. Pri svojem delu morajo biti samostojni, z drugimi službami in oddelki naj bi v obravnavi enega bolnika maksimalno sodelovali – timsko delo. Zaželeno je medsebojno izmenjavanje znanja. Pomemben je samo en rezultat: čim bolj kakovostno in varno zdravljenje bolnikov. Okolje, v katerem delujejo, je zaradi demografskih sprememb prebivalstva, velikih sprememb v najširšem okolju, čedalje večje osveščenosti bolnikov in nenehnega tehnološkega napredka zelo nestabilno. Mehanistična struktura je primernejša za enostavno produkcijsko podjetje. Organska struktura pa omogoča najboljše možno izvajanje zapletenih, zahtevnejših nalog. Mehanistična in organska organizacijska struktura predstavljata dva pola, ne razhajanja; obstaja … vmesnih stopenj med obema ekstremoma. Odnos ene do druge oblike je elastičen, tako da so dovoljene oscilacije med obema oblikama. Velikokrat se srečujemo z organizacijskim sistemom, ki vključuje oba tipa organizacije (Burns in Stalker, 1961, str. 106). Glede na zgoraj navedeno in glede na oceno zadovoljstva zaposlenih, ki so nezadovoljni z vrhnjim managementom in slabim delovnim okoljem, ugotavljam, da je treba postopoma spremeniti organizacijsko strukturo podjetja iz mehanistične v

organsko, z eno specifiko, in sicer da se zaposlenim poklicnim skupinam da možnost, da sooblikujejo standarde kliničnega delovanja, po katerih se bodo kasneje ravnali in jih po potrebi tudi spreminjali (Dwyer, 2010, str. 519).

2.2.1.2 Na delovni skupini temelječa organizacijska struktura

Organizacije spreminjajo svojo obliko zaradi boljšega prilagajanja povečanemu številu informacij in višjim stopnjam negotovosti, ki je prisotna v razvijanju nalog, ki so čedalje bolj kompleksne. Če je stopnja negotovosti v razvoju nalog povečana in je organizacija visoko centralizirana, potem bi obstajalo zelo veliko število odločitev, ki bi jih morali managerji sprejeti. S tem bi se število informacij, ki bi jih morali managerji naštudirati in procesirati, zelo povečalo. Proces odločanja bi tako postal neučinkovit. Pojavljajo se različne oblikovne alternative (Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 164): za zmanjšanje potrebe po procesiranju informacij z oblikovanjem avtonomnih skupin ali povečevanjem sposobnosti analiziranja informacij, izboljšanjem informacijskih sistemov in/ali ustvarjanjem lateralnih odnosov. Tukaj igrajo delovni timi pomembno vlogo. Uporaba delovnih timov je s tega vidika ocenjena kot lateralni integracijski mehanizem. Galbraith (1973, 1994), Galbraith in Nathanson (1978) in Cohen (1993 v Escribo-Morena in Canet-Giner, 2006, str. 164) menita, da lahko managerji prek delovnih timov uporabljajo procese lateralnega odločanja, ki prehajajo v hierarhijo. Na ta način lahko sprejemamo odločitve na nižjih hierarhičnih ravneh (višje stopnje decentralizacije). Nižje ravni so namreč v stiku z relevantnimi informacijami in na teh ravneh se odločitve tudi udejanjajo. Iz uporabe lateralnih odnosov kot koordinacijskega mehanizma izhaja lateralna organizacija (Galbraith, 1994 v Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 163).

Druga organizacijska oblika je vzporedna timska struktura, ki jo prav tako lahko opišemo kot vzporedno organizacijo oz. strukturo (Cohen, 1993 v Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 164), lahko pa tudi kot dualistično strukturo, sferično strukturo in vzporedno učečo se organizacijo. Termin vzporedna struktura je generično ime, za strukturo, ki je kreirana in deluje simultano s formalno hierarhijo. Glavni razlog vzporedne strukture je povečana organizacijska fleksibilnost in učinkovitost, ki ustvarja in implementira nove načine razmišljanja ter novega vedenja. Primer vzporedne strukture je vključevanje dela timov za rešitev problemov, izboljšanje produktivnosti in zanesljivosti celotne organizacije, povečevanje delovne participacije, reševanje določene naloge in v končni fazi tudi spreminjanje organizacijskega razmišljanja (Baker, Day in Salas, 2006, str. 1578; Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 165).

V tem okviru se pojavlja tim kot glavno orodje v organizacijski obliki (Cohen, 1993 v Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 164), ker lahko timi dodajo dodano vrednost k večanju produktivnosti, višjim stopnjam zadovoljstva med zaposlenimi in boljšemu prilagajanju organizacijskemu kontekstu. Managerji tako time uporabljajo kot orodje za spreminjanje organizacije, za zmanjševanje pomembnosti mej med poslovnimi enotami ali med organizacijami in za doseganje fleksibilnejše strukture. Delovni timi pomenijo poseben način delitve informacij, proizvajanje novih idej, reševanje problemov in koordiniranje kompleksnih projektov z uporabljanjem prispevka z različnih področij organizacije ali iz različnih organizacij.

Veliko literature (Gladstein, 1984; Hackman, 1987; Ancona, 1990; Ancona in Cadwell, 1992; Denison et al., 1996 v Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 163) vidi v timih povezane različne skupine ljudi, ki so vključene v klasično hierarhično strukturo z namenom doseganja boljše učinkovitosti in fleksibilnosti. S tega vidika postane uporaba delovnih skupin oblikovna alternativa, ki jo uporabljajo managerji za doseganje več ciljev istočasno. Delovni timi lahko dodatno pomagajo intrinzično motiviranim delavcem k razvoju (Hackman, 1987, 1990; Goodman et al., 1986 v Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 164), s tem ko jim omogočajo sodelovanje v operativnih odločitvah, skupaj s potrebno stopnjo decentralizacije, ki prispeva k hitrim odgovorom na spremembe.

Med managementom uspešnosti in stopnjo integracije timov v organizacijsko strukturo obstaja pozitiven odnos (Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 166), skupaj z očitnimi dokazi, da so učinkoviti timi v zdravstvu povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave (Pettigrew in Whipp, 1992; Sochalski in Aiken, 1999; Fargason in Haddock, 1992; Mitchell, 1999; Shortell et al., 1994 v Ferlie in Shortell, 2001, str. 285). Vnos timov kot načina dela v okvir kakovosti dela organizacije ne vpleta ene akcije, ampak se izvaja v sodelovanju z uporabo različnih spremenljivk, ki organizaciji dovoljujejo, da timsko delo vplete v svojo strukturo. Organizacijska oblika je tradicionalno obravnavala time kot varovalke, ki prispevajo k sprejemanju vzajemnih adaptacijskih mehanizmov ali v določenih primerih, se je time obravnavalo kot način kontrolnega mehanizma med kolegi. V okviru managementa kakovosti, kjer je potreben močan element decentralizacije za zagotavljanje sodelovanja zaposlenih v procesih sprejemanja odločitev, opravljajo timi osnovno funkcijo povezovalnega mehanizma, ki pospešuje koordinacijo med različnimi organizacijskimi oddelki. To je v skladu s tradicionalnimi deli (Hall, 1972; Galbraith, 1973), kjer aplikacijo delovnih timov obravnavajo kot lateralno integracijo (Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 164).

Delovne time v organizaciji z naprednim programom doseganja kakovosti lahko uporabljamo za koordinacijo in kontrolni mehanizem, najbolj pa za obvladovanje spretnega in ustvarjalnega dela, kar prispeva k očitnemu zmanjšanju hierarhičnih ravni strukture (Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 167). Uporaba programov doseganja kakovosti omogoča doseganje spretnosti dela, tako da lahko podjetje prek uporabe delovnih timov doseže potrebno decentralizacijo za zadovoljivo ravnanje z nalogami (poklici) in obenem omogoča učenje. Zato so organizacije, ki vpletajo timsko delo, bolj učinkovite kot večje organizacijske enote z izoliranimi posamezniki (Katzenbach, Smith, 1993 v Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 167).

2.2.1.3 Učeča se organizacija

Klasični managerski modeli, za katere so značilni jasnost vlog, formalizacija, specializacija in nadzor, niso dorasli izzivom sodobnega okolja v ekonomiji znanja. Veliko avtorjev meni, da so se ljudje in organizacije sposobni učinkovito spreminjati ter da spremembe potrebujejo odprto komunikacijo in pooblastila članov skupnosti, kakor tudi kulturo sodelovanja. Vse našteto so značilnosti učeče se organizacije. Učeča se organizacija je tako definirana kot organizacija, ki je naučena oblikovanja, pridobivanja in prenosa znanja ter modifikacije lastnega znanja z odsevanjem novega znanja in

spoznanj (Garvin, 1993, v Franco in Almeida, 2011, str. 783). Po definiciji so značilnosti učeče se bolnišnice učenje, ustvarjanje in delitev znanja, ki je pridobljeno z na dokazih podrto medicino, take bolnišnice pa imajo vzpostavljen tudi sistem delovanja, ki procese učenja pospešuje (Crites, McNamara, Akl, Richardson, Umscheid in Nishikawa, 2009, str. 2; Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012, str. 2).

Učeča se organizacija zahteva spremembe na področjih vodenja, strukture, v smislu dajanja večjih pooblastil zaposlenim, boljše komunikacije, sodelovalne strategije in prilagodljive kulture. Ključna procesa v sooblikovanju učeče se organizacije sta (Franco in Almeida, 2011, str. 785, 786): (1) interakcija osebnega znanja in izkušenj zaposlenih ter managerjev v strukturno organizacijsko znanje; (2) preoblikovanje tihega, skritega znanja v eksplicitno znanje. Prihodnost procesa managementa v zasebnem in javnem sektorju postavlja v ospredje probleme obvladovanja informacij, znanja in razvijanja intelektualnega kapitala. Medtem ko so se managerji v industrijski dobi osredotočali na nadzor poslovanja in hierarhične organizacijske strukture, bodo sodobni managerji strukturirali in gradili združbe samousmerjajočih se virtualnih timov znotraj modela učeče se organizacije. Spremenjena vloga managerjev v učečih se organizacijah zahteva sposobnost vodenja, ki sprosti človeške potenciale s komuniciranjem, spodbujanjem in timskim delom, kar pomeni, da se morajo tradicionalna načela managementa precej spremeniti (Zupan, 2001, str. 38).

Sodobne, učeče se družbe vzpostavljajo nove prijeme na področju načrtovanja, vodenja, organiziranja in nadzorovanja poslovanja ter podpirajo in razvijajo pretok informacij vzdolž celotne hierarhične piramide. Razvoj novih informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij je korenito spremenil način poslovodenja sodobnih družb 21. stoletja. Zaradi hitrejšega pretoka informacij postajajo sodobne organizacije vse bolj učeče se družbe, hkrati globalno informacijsko omrežje omogoča aplikacijo novih, računalniško podprtih tehnologij, ki sodobnim profitnim in neprofitnim organizacijam omogočajo vzpostavitev sistema managementa znanja. Učeče se družbe 21. stoletja temeljijo na enakosti, odprtih informacijah, nizki stopnji hierarhije, širokem kontrolnem razponu in organizacijski kulturi, ki spodbuja prilagodljivost in timsko delo.

Gospodarstva predvsem v visoko industrializiranih državah si že in si bodo morala pridobiti konkurenčno prednost s sposobnostjo ustvarjanja dodane vrednosti preko znanja. V gospodarstvu je edina gotovost obstoj negotovosti. Zato je znanje edini vir trajne konkurenčne prednosti (Nonaka, Takeuchi, 1995 v Dimovski, Penger, Žnidaršič, 2004, str. 11). Če se hoče organizacija učiti hitreje kot njeni konkurenti, mora razviti proces organizacijskega učenja in managementa znanja, ki oba temeljita na individualnem učenju posameznikov. Znanje posameznikov mora zato obstajati v takšni obliki, da ga je mogoče prenašati in uporabljati znotraj celotne organizacije. Osnovne strukturne lastnosti, ki podpirajo oblikovanje organizacijskega znanja, so organizacijska struktura, kultura in infrastruktura organizacije (Dimovski, Penger in Žnidaršič, 2004, str. 11).

Če se organizacija odloči pridobiti značilnosti učeče se organizacije, naj bi koncept preoblikovanja potekal po modelu FUTURE-O®. Ta temelji na elementih, ki predstavljajo kritične prehode sprememb

na poti k učeči se organizaciji. Model uresničevalcem v vsakem koraku prehajanja ponuja element in aktivnost za presojanje uspešnosti in učinkovitosti poslovanja. Aktivna preobrazba tako temelji na sedmih elementih: postavitev temeljev, izgradnja podpornih okolij, analiza funkcije načrtovanja, oblikovanje celovite strategije in identifikacije strateških ciljev, oblikovanje klime širitve organizacijskega znanja, oblikovanje in implementacija modela učeče se organizacije, spremljanje procesa reorganizacije, ovrednotenje in konsolidacijo dosežkov na poti k učeči se organizaciji, proces zasidranja sprememb v podjetju, širitev koncepta učeče se organizacijske arhitekture ter implementacijo implicitnega znanja v osrednje procese (Dimovski, Penger, Škerlavaj in Žnidaršič, 2005, str. 123–124).

Učeče se organizacije so organizirane v skladu s petimi disciplinami, za katere Peter Senge (1990, str. 9–13) trdi, da so jedrne discipline, ki gradijo učečo se organizacijo: osebno mojstrstvo, mentalni modeli, timsko učenje, skupna vizija in sistemsko razmišljanje. Sistemsko razmišljanje je sestavljeno iz medsebojnega razumevanja med zdravniki, priznavanja njihove poklicne avtonomije, verovanja v znanost in humanitarne ideale. Huber (1991 v Chen, 2007, str. 69) je zaključil, da je organizacijsko učenje proces, prek katerega lahko organizacija povzroči spremembe obnašanja zaposlenih. Organizacijsko učenje pomeni proceduro, s katero se lahko izboljšajo obnašanja zaposlenih v smislu pridobivanja znanja, njegove uporabe in delitve. Marquardt (1995 v Chen, 2007, str. 69) je učenje v učeči se organizaciji opisal s štirimi tipi: pridobivanje znanja, ustvarjanje znanja, konverzija znanja v obliko, primerno za skladiščenje, in aplikacija. Argyris (1993 v Chen, 2007, str. 69) je pokazal, da je organizacijsko učenje oblika učinkovitega mehanizma za premagovanje odpora proti organizacijskim spremembam. Tako bi bila pridobitev zaposlenih za organizacijsko učenje v veliko pomoč pri premikanju pripravljenosti za organizacijske spremembe proti pozitivnemu razmišljanju (Chen, 2007, str. 69). Učeče se organizacije so namreč sposobne rasti in uspešnega prilagajanja spreminjajočemu se okolju (Barnes, Cooper in West, 2003, str. 453).

Organizacijsko učenje vsebuje individualno učenje in tisto dodatno učenje, ki omogoča premik od tradicionalnega organizacijskega razmišljanja k učečim se organizacijam. Učeče se organizacije imajo razvito sposobnost kritičnega in kreativnega razmišljanja (Moumtzoglou, str. 2003, str. 232; Mohr, 2005, str. 42; Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 424). Organizacijsko učenje se dotika ljudi, njihovega skupnega delovanja za doseganje osebnih in organizacijskih ciljev. Cilji, ki so doseženi, večkrat zahtevajo kreativno razmišljanje in sposobnost reševanja problemov. Organizacija lahko postane učeča se organizacija s pomočjo usmerjenega vodenja, učenja in konzultacij. Zaposleni v organizaciji si morajo z namenom timskega učenja, izvajanja sistemskega razmišljanja in razvoja skupne vizije deliti skupne informacije, razviti cilje in skupno načrtovati prihodnost. Učeča se organizacija je – z drugimi besedami – odvisna od efektivnih srečanj. Tako nastanejo kompetentne organizacije, v katerih so visoki standardi, načelno vodenje in sodelovalno okolje način življenja. Efektivno učenje je pomemben vzrok za efektivna srečanja posameznikov, skupin, več skupin in organizacij (Argyris, 2004, str. 507). Raziskovalci priporočajo, da dobijo s tem praktiki boljši odraz njihovih akcij in politik učenja. Obstaja priporočilo, naj se učenje usmeri na vzročno odgovornost na katerikoli stopnji analize.

2.2.2 Organizacijska kultura

Organizacijska kultura sestoji iz verovanj, vrednot, norm, navad in praks organizacije (Ott, 1989). Schein (1992) je koncept definiral kot norme, skupne vrednote, skrbi in skupna verovanja, ki jih razumejo in sprejemajo člani organizacije. Kultura je okvir reference, ki pomaga razlikovati eno skupino ljudi od drugih (Hall, 2005, str. 188–191). Določa edinstven set formalnih in neformalnih osnovnih pravil organizacijskega razmišljanja in obnašanja ter določa tudi tisto, za kar mislimo, da je resnično. Čeprav se individualni člani razlikujejo v mnogo pogledih, pa jih medsebojno povezuje njihovo skupno stališče. Število organizacij in institucij, ki so za preživetje morale spremeniti svojo kulturo, je v zadnjih nekaj letih dramatično naraslo. V zgodnjih 1970. letih je bilo le nekaj organizacij zainteresiranih za premik vsaj kakšnega vidika kulture. V zadnjih dvajsetih letih pa je postala organizacijska kultura vroča tema v poslovnem tisku, število organizacij, ki so vpletene v kakršnokoli spreminjanje svoje kulture, pa je strmo naraslo.

Različni avtorji so kulturo organizacije različno opredelili. V nadaljevanju navajam nekaj njihovih definicij.

(1) Pod kulturo razumemo tiste značilnosti, po katerih se organizacija loči od drugih organizacij in ki vplivajo na vedenje ljudi v organizaciji. Dejansko je to tisto, na kar se odzivamo – celoten kontekst stimulacije in delovnega vrveža (Gilmer, 1969, str. 60).

(2) Organizacijska kultura je »psihološki mehurček«, ki obkroža delo. Istočasno je stranski produkt delovanja strukture in determinanta njene učinkovitosti (Jones in Bearley, 1995, str. 11).

(3) Pojem kulture organizacije je izraz, ki opisuje psihološko strukturo organizacije. Je kakovost organizacijskega notranjega okolja. Je rezultat vodenja in politike članov. V veliki meri je odraz interakcije organizacije ali individualnih ciljev, potreb in sposobnosti (Možina, 1990, str. 50).

(4) Payne definira kulturo organizacije kot pojem, ki izraža vsebino in moč dominantnih vrednot, norm, stališč, vedenja in emocij članov socialnega sistema. Operacionalno jo lahko merimo prek percepcije sistema s strani njegovih članov (Payne v Rus, 1994, str. 11).

(5) Conner pravi, da je organizacijska kultura organizacijski koncept, ki je v grobem podoben individualni osebnosti (Conner, 2006, str. 165).

(6) Lundberg trdi, da je zaradi prepojenosti posameznika s kulturo njena definicija še posebej težka. Predlaga naslednje: vztraja v času, stežka se spreminja, je okvir za reference, ki jih sprejmejo vsi, je vir organizacijske posebnosti, ima simbolično dimenzijo, ki se kaže v jeziku in obnašanju zaposlenih, uči in prenaša se socialno ter ima pomen za vse vpletene (Lundberg, 1991, str. 79).

Organizacijske teorije, ki ponujajo najboljši model organizacijske kulture v bolnišničnem okolju, so tri (Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 110):

(1) Handy (1995 v Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 110) je opisal kulturo vlog, kjer imajo posamezniki jasno delegirane avtoritete v visoko definirani strukturi. Tipično te organizacije tvorijo hierarhične birokracije. Moč tako prihaja od položaja osebe, odgovori na spremembe v delovnem okolju pa se navadno začnejo z ignoriranjem sprememb, ki so se pojavile v različnih okoliščinah, in z opiranjem na trenutna pravila.

(2) Scheinov (1995 v Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 110) model organizacijske kulture temelji na artefaktih, zavzetih vrednotah in predvidevanjih ter je kot tak primeren za bolnišnično okolje. Tako so določena predvidevanja in elementi kulture zakriti, tj. v interakcijah med člani organizacije niso očitni. Prav tako obstajajo določeni elementi kulture, ki predstavljajo tabu temo med člani organizacije, in takšna »nema pravila« obstajajo brez zavednega znanja članstva. Ta nema pravila so nastala s skritim učnim načrtom medicinskega izobraževanja in dodatnim pridobljenim znanjem med izvajanjem praks na oddelkih.
(3) Mintzberg (1997 v Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 110) je označil profesionalno organizacijo, v kateri so poklicni standardi ustanovljeni eksterno. Poudarjal je, da so profesionalne organizacije odporne proti strateškim spremembam ali novim orientacijam v delovnih praksah. Profesionalci v profesionalnih organizacijah izražajo velik delež obzirnosti do svojih delovnih praks, kar jim omogoča ignoriranje potreb bolnikov kot tudi same organizacije. V svojem delu *Toward a Healthier Hospital* (1997) je močno poudarjal, da je resnična organizacijska sprememba možna le prek pristopa od spodaj navzgor, ki ne ogroža že vzpostavljenih vlog posameznikov v organizaciji. V svojem delu zaključuje, da se morajo bolnišnice naučiti, kako probleme kulture reševati sistematično. Zato ne potrebujejo seznama želja strateškega načrtovanja in strukturnega reorganiziranja, pač pa otipljive spremembe v kolektivnem obnašanju.

Opisi organizacijske kulture Handyja, Scheina in Mintzberga predstavljajo tri zaključke, ki so bolj primerni pristopi k organizacijski bolnišnični kulturi (Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 111): (1) Vsi se strinjajo, da je obnašanje vlog ključno za razumevanje in spreminjanje obnašanja zaposlenih. (2) Vsi trije pristopi predlagajo, da bolnišnično organizacijsko kulturo najbolje razumemo s termini neformalne obzirnosti zdravnikov, zato je takšna organizacijska sprememba prepoznana kot neformalna. (3) Prvi dve točki kažeta, da mora biti sprememba sistemska, kar pomeni, da so zdravniki lahko vanjo popolnoma vpleteni, kadar se o njihovem vplivu na ostale zaposlene v bolnišnici dejansko lahko diskutira in razmišlja.

2.2.2.1 Različne ravni kulture organizacije

Pred razpravljanjem in vključevanjem različnih stopenj kulture nam splošna definicija kulture obkroži vsa njena različna področja. Kroeber in Kluckholn (1952, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 4) sta kulturo definirala kot »vzorčne načine razmišljanja, občutenja in reagiranja, ki se prenaša in pridobiva predvsem simbolično. Določa različne pridobitve človeških skupin, skupaj z lastnimi utelesitvami. Jedro kulture je sestavljeno iz tradicionalnih idej in predvsem iz njihovih dodatnih vrednot.« Dodatno definicijo je predstavil Triandis (1972, v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 4): »Subjektivna kultura je definirana kot posameznikov značilen način zaznavanja človeškega dela okolja. Vsebuje zaznavanje pravil, norm, vlog in vrednot, na katera vplivajo različni nivoji kulture, kot so jezik, spol, narodnost, religija, prostor delovanja in zaposlitve ter vpliva na medoseben odnos. Zgornji dve definiciji predstavljata variabilnost v definicijah organizacijske kulture.

Definiciji Kroeberja in Kluckholna (1952) ter Triandisa (1972) zajemata različne ravni kulture, vseeno pa sta nekoliko preveč kompleksni in nerodni. Natančnejša definicija je Hofstedejeva (1984,

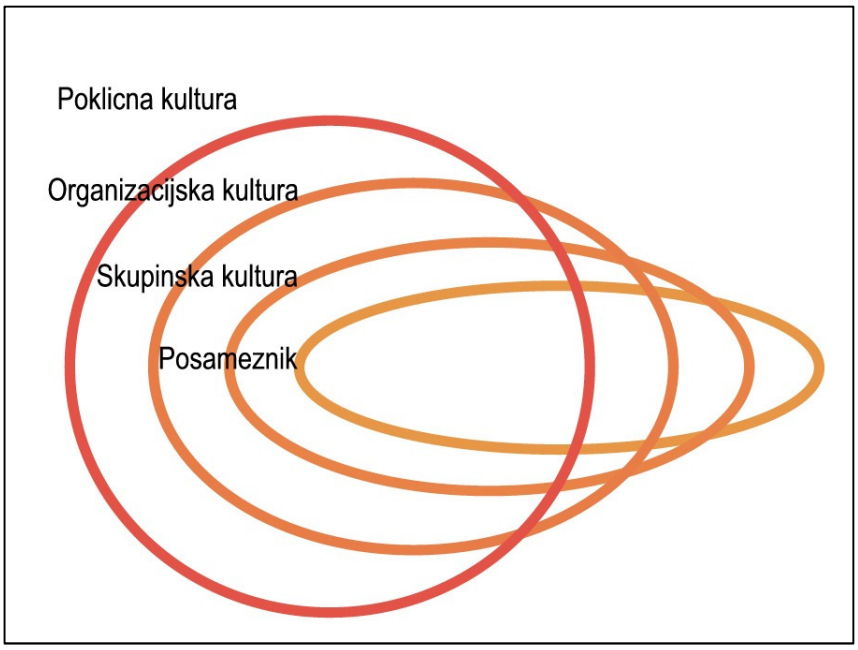
Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 4), ki kulturo definira kot »kolektivno programiranje uma, ki se razlikuje pri članih ene in druge človeške skupine«. Kasneje je še predlagal, da več ravni kulturnega programiranja obstaja zato, da zaokroži širok vpliv različnih kultur na posameznikovo obnašanje (Hofstede, 1991 v Karahanna, Evaristo in Srite, 2005, str. 4). Te ravni so nacionalna, regionalna/etična, jezikovna, spolna, generacijska, socialna in organizacijska. Socialni razred, kot ga je definiral Hofstede (1991), je povezan s priložnostmi izobraževanja, poklicem in profesionalnostjo posameznika. V organizacijskem okolju bi se lahko ta oblika kulture imenovala poklicna kultura.

Poleg organizacijske kulture se lahko v organizaciji pojavlja še skupinska kultura. Delovne skupine razvijajo svoje vrednote in norme v času, zato imajo vsaka svojo kulturo. Z naraščanjem pogostnosti in pomembnosti timskega dela v tradicionalnih in virtualnih oblikah postaja skupinska kultura pomemben dejavnik v interakcijah in učinkovitosti skupin. Drugo ime za skupinsko kulturo je lahko poklicna kultura, ki po Hofstedejevi (1984) definiciji pomeni »kolektivno programiranje uma« in se uporablja znotraj poklicnih skupin (Herkenhoff, 2010, str. 3).

O tripartitni konceptualizaciji kulture (nacionalna, organizacijska in poklicna) je že razpravljajo veliko raziskovalcev v literaturi (Burns in Stalker, 1961; O'Toole, 1979; Deal in Kennedy, 1982; Hofstede, 1997; Laurent, 1986; Hampden-Turner et al., 1997; Rogovsky, 1996 v Karahanna, Evaristo in Srite, str. 4–5). Kot je razvidno iz definicij, so različni nivoji kulture hierarhično in lateralno v določenem odnosu. Ta odnos ni nujno strogo hierarhičen zaradi različnih nivojev kulture – od bolj splošne do manj splošne oblike. Glede na to, da se pri posamezniku križa več različnih kultur, se vsak posameznik različno odzove na implementacijo sprememb v njegovo delovno okolje. Kultura namreč vpliva na izbor akcije ali obnašanja kot odgovora na določen dogodek.

V primeru multinacionalnih korporacij se organizacijska kultura lahko razprostira prek nacionalne, religiozne, etične, regionalne, jezikovne in poklicne kulture. Tudi skupine lahko vsebujejo člane iz različnih organizacij, poklicev, nacij, religij, etičnih skupin ipd. V primeru slovenske bolnišnice pa kulturo sestavljajo poklicna, organizacijska in skupinska kultura. Odnos med vrstami kulture je prikazan na sliki 9. Elipsa posameznik ne pomeni dodatnega nivoja, ampak kaže, da je kultura posameznika produkt različnih nivojev kulture.

Slika 9: Povezujoče se stopnje kulture



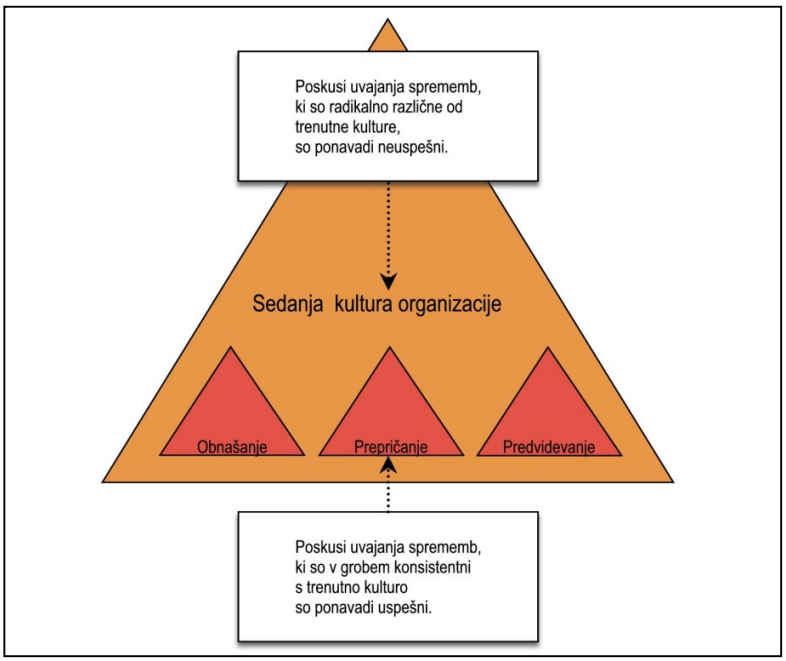
Vir: povzeto po Karahanna, Evaristo in Srite, Levels of Culture and Individual Behavior: An integrative Perspective, 2005, in prilagojeno za slovensko bolnišnico.

2.2.2.2 Organizacijska kultura in sprememba

Za razumevanje odnosa med kulturo in spremembo so kritične naslednje značilnosti kulture organizacije (Conner, 2006, str. 166): 1) Kultura je sestavljena iz treh komponent. Prevladujoče obnašanje, prepričanje in predvidevanje organizacije služijo kot vodilo temu, kar mislimo, da je primerno ali neprimerno dejanje ali obnašanje posameznikov ali skupin. 2) Kultura je skupna. Tako kultura privede do zveze med zaposlenimi v organizaciji. 3) Kultura se v času razvija. Trenutna organizacijska kultura je produkt obnašanj, prepričanj in predvidevanj, ki so v preteklosti prispevale k uspehu.

Tako se skupna definicija kulture lahko glasi tudi: organizacijska kultura odraža odnose med skupnim obnašanjem, prepričanjem in predvidevanjem, ki so jih člani organizacije pridobili v času. Kulturne značilnosti naj bodo konsistentne s tem, kar je pomembno za implementacijo novih odločitev, ali pa te odločitve ne bodo uspešno uvedene. Vseeno pa lahko prekrivanje med obstoječim obnašanjem, prepričanjem in predvidevanjem ter tistimi, ki so potrebni za uspešno uvajanje spremembe, precej variira. Če se trenutna organizacijska kultura in sprememba, ki jo uvajamo, precej razlikujeta, potem so možnosti uspešne implementacije zelo majhne. Kadarkoli se pojavlja razlika med trenutno kulturo in cilji spreminjanja, zmeraj zmaga kultura. Njun odnos je prikazan na sliki 10. Učinkovit management kulture organizacije je tako ključen dejavnik uspeha implementacije spremembe.

Slika 10: Kako organizacijska kultura vpliva na spremembo



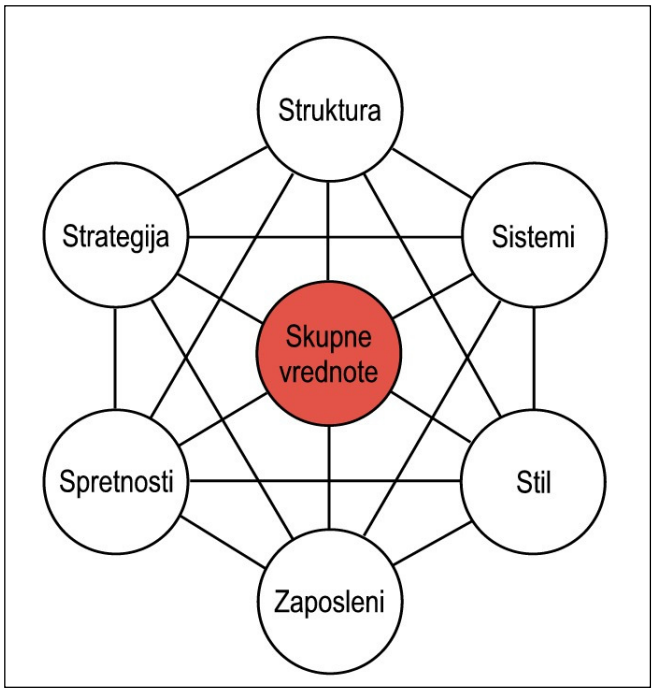
Vir: Conner, Managing at the Speed of Change, 2006, str. 179.

Organizacijska kultura se zelo počasi spreminja in je odporna na velike spremembe. Zato je treba v njeno spreminjanje investirati precej časa in virov, preden se modificira. Kadar se soočamo s kulturo organizacije, ki lahko ogrozi uvajanje želene spremembe, so možnosti naslednje (Conner, 2006, str. 180): (1) modifikacija spremembe, da se bo bolj ujemala z obstoječim obnašanjem, prepričanjem in predvidevanjem; (2) modifikacija obnašanja, prepričanja in predvidevanja sedanje kulture, da bodo bolj podpirali uvajanje spremembe; (3) pripraviti se na to, da bo sprememba propadla. Bistvo načina uvajanja sprememb je tako v dualnosti implementacije spremembe od zgoraj navzdol in od spodaj navzgor, ki morata biti v ravnotežju (Ham, Kipping in McLeod, 2003, str. 435).

Evolucija organizacijske strukture je integralno povezana z razvojem njene kulture in obratno (Bate, Khan in Pye, 2000, str. 189; Ghosh in Scott, 2007, str. 75). Struktura in kultura se skupaj razvijata: ena oblikuje drugo in ta je od prve oblikovana. Zato se je v primeru uvajanja sprememb v organizacijo treba zavedati sinhronizacije in komplementarnosti med kulturološkimi in strukturnimi procesi v organizaciji. Ideja, da mora biti organizacijska sprememba koordinirana prek velikega števila dimenzij, od katerih sta struktura in kultura najpomembnejši, ni nova. O njej je razpravljal McKinsey v svojem delu *Seven S framework* (McKinsey, 2013), omenila pa sta jo tudi Peters in Waterman (1982 v Bate, Khan in Pye, 2000, str. 198) v stavku »mehko je trdo«. McKinsey je v poznih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja izdelal konceptualni okvir »Seven S Framework« v upanju, da bo lahko povečal organizacijsko učinkovitost (Hitt, 1996, str. 16). Zemljevid sledi postavitvi neodvisnih faktorjev, ki lahko povečajo organizacijsko sposobnost spreminjanja. Ti dejavniki so med seboj neodvisni in tako kažejo na to, da mora organizacija razvijati vseh sedem. Obstajajo trije trši dejavniki (strategija, struktura, sistemi) in štirje mehkejši (skupne vrednote, sposobnosti, stil in zaposleni). Trši s-ji so bolj

otipljivi, lažji za definiranje in lažji za vplivanje kot mehki s-ji. Na sliki 11 je prikazan konceptualni okvir, ki jasno upodablja učečo se organizacijo. Lepota tega okvira je ta, da je obenem vsestranski, razumljiv in praktičen. Zagotavlja praktičen pogled na sistem z vseh vidikov organizacije. S tem zagotavlja razumljiv jezik za izvajalce.

Slika 11: »Seven S Framework«

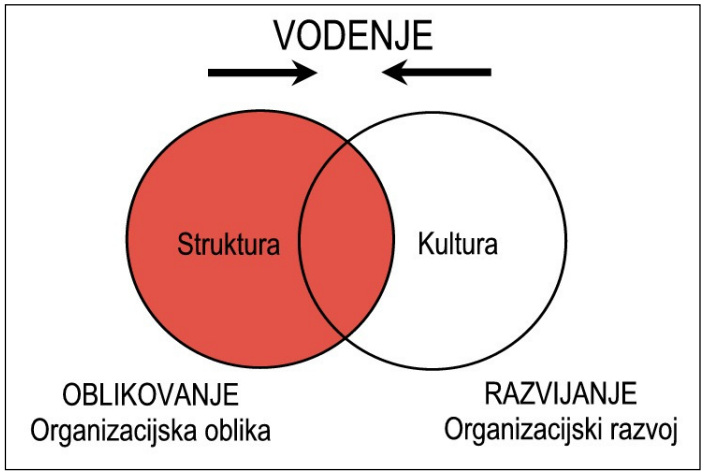


Vir: McKinsey, Enduring Ideas: The 7-S Framework, 2013.

Organizacijska kultura se neprenehoma konstruira in rekonstruira skozi interakcije ter intervencije na vsakodnevni ravni. Stalno se procesira in zelo upira centralni kontroli. To se odraža v slabem izkupičku načrtovanih sprememb korporativnih kultur: medtem ko novo mnenje o poslanstvu in indoktrinaciji lahko spremeni perspektivo višjega managementa, ti težko uveljavljajo trajnostne spremembe načina dela organizacije, njenega razmišljanja in medosebnih odnosov. Takšni programski odnosi ne govorijo neposredno o človeških notranjih skrbeh in željah niti ne spremenijo eksternega, strukturnega konteksta, v katerem uzakonijo svoje delovno življenje. Ti odnosi so po Hatchu (1993 v Bate, Khan in Pye, 2000, str. 198), ki je razširil delo Scheina (1992 v Bate, Khan in Pye, 2000, str. 198), uokvireni v kulturo organizacije, ki pa za svoje spreminjanje potrebuje štiri med seboj povezane subprocese: manifestacijo (predvidevanja, ki temeljijo na verovanjih in vrednotah), realizacijo (vrednosti, ki so materializirane v artefakte), simbolizacijo (artefakti, ki so pridobili pomen dodane vrednosti in predstavljajo več, kot v resnici so) in interpretacijo (delovanje nazaj in s tem spreminjanje začetne predpostavke). Zaradi nedotakljivosti in visoke vztrajnosti vseh štirih podprocesov je logično, da je spreminjanje kulture počasno.

Oblika predstavlja golo okostje, na katerem se razvija bolj organska, socialna struktura s pomočjo človeških interakcij, prerekanj, izpadanj, združevanj in drugih medosebnih odnosov, ki kakorkoli drugače urejajo dnevne situacije. Organizacijska struktura opisuje predpisana ogrodja in realizirane konfiguracije interakcij ter stopnje, do katerih so vzajemno predstavljena in imajo pomen. Spreminjanje organizacijske strukture pomeni dajati pozornost spodaj ležečim procesom in sistemom, ki so povezani in aktivirajo strukturna ogrodja. To pomeni, da je treba kombinirati tradicionalno organizacijsko obliko z bolj občutljivimi intervencijami na nižji ravni, ki odprejo in rekonstruirajo organizacijsko delovno strukturo.

Slika 12: Konceptualni koordinati spreminjanja



Vir: Bate, Khan in Pye, Towards a Culturally Sensitive Approach to Organization Structuring: Where Organization Design Mets Organization Development, 2000, str. 198.

Če se usmerimo le v desno sfero razmišljanja, ki je prikazana na sliki 12 (razvoj kot zakonska paradigma), so rezultat pogosta srečanja in procesne konzultacije, ki navadno ne peljejo nikamor. Vsebujejo aktivnosti, kot so timski razvoj, kulturološke delavnice, svetovanja, treningi ter obilica retoričnih in boljših procesov, odnosov in spreminjajoče se kulture. Te aktivnosti predstavljajo razvoj brez oblike, pozitivni proces, ki navadno izgubi pozitivni izid, ker ni konsolidiran ali institucionaliziran v trših spremembah oblike. Če usmerimo pozornost na levo stran razmišljanja (oblika kot glavna paradigma), lahko to vodi v proces, imenovan prazno prestrukturiranje. V tem primeru natančno in ponavljajoče se prestrukturiranje prevzame prednost pred realizacijo sprememb v stilu vodenja, organizacijski kulturi in korporativnih procesih, ki definirajo in zaokrožajo organizacijsko življenje. Po kratkem šoku prilagajanja življenje, kultura in socialni procesi potisnejo stanje nazaj v originalne oblike ali v nove, perverzne in nepričakovane oblike. To je posledica tega, da postaneta kultura in struktura diahroni ali razglašeni. Oblika brez razvijanja in razvoj brez oblikovanja vodita v ključni paradoks organizacijske oblike. Za uspešno uvajanje sprememb v organizacije je potreben vpliv tako na obliko kot na razvoj (Bate, Khan in Pye, 2000, str. 204).

2.2.3 Poklicna kultura zdravnikov

Hochschild (2003, v Herkenhoff, 2010, str. 2) je dejal, da je poklicna kultura skrita v tiho nejasnost. Pierre Bourdieu (2004, v Herkenhoff, 2010, str. 2) pravi, da se ljudje ne rodijo z značilnostmi poklicnih

skupin, pač pa pridobijo »socialno naučene predispozicije« svojih poklicev. Boyatzis (1982) je poklicno kulturo definiral kot vedenje, ki je primerno in sprejemljivo v vsaki poklicni skupini. Poklicno kulturo definiramo kot subkulturo, ki ni spoznana na enaki ravni, kot sta nacionalna ali organizacijska kultura (Scott et al., 2003; Hofstede 1980; Degeling et al., 1998 v Herkenhoff, 2010, str. 2). Te poklicne kulture so lahko ovira medpoklicnemu delovanju v bolnišnicah zaradi različnih pogledov različnih poklicnih skupin. Hall (2005, str. 189–192) specifično primerja, kako daje kultura medicinske nege prednost izkustveni in kvalitativni informaciji, medtem ko zdravniki dajejo večjo vrednost objektivnim dokazom in trdim podatkom. Izvor teh razlik so različni sistemi izobraževanja, različne vrednote in ne nazadnje različen zgodovinski razvoj poklicev. Podobno ugotavljajo Almås in Ødegård (Almås in Ødegård, 2010, str. 143, 144), ki dokazujejo, da dajejo medicinske sestre v primerjavi z zdravniki večji poudarek medpoklicnemu učenju. Davies in ostali (2000 v Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009, str. 333) opisujejo, kako so lahko nekatere subkulture povezane z različnimi stopnjami moči in vpliva v organizaciji, katerih dinamika se lahko spreminja s časom.

Dokazano je, da ima organizacijska kultura vpliv na način odzivanja zdravstvenih profesionalcev na tveganje, poklicne strese in negotovost (Almås in Ødegård, 2010, str. 143, 144; Montgomery, Panagopoulou, Kehoe in Valkanos, 2011, str. 109). Organizacijska kultura lahko vpliva na nagnjenost zdravstvenih profesionalcev do sprejemanja kliničnih smernic ter sprejemanja drugih kliničnih in managerskih inovacij. Študije prav tako razpravljajo o pritiskih na zdravstvene profesionalce, o izkušnjah bolnišnic med poklicno kulturo in kulturo organizacije ter o tem, kako neodvisne poklcine identitete in kulture nadaljujejo z ločenim prepričanjem in obstojem od organizacijskih identitet in kultur. Organizacijska kultura v bolnišnicah je bila tradicionalno opisovana z dvema linijama avtoritete (Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009, str. 334): zdravniško in managersko. Razlike med različnimi poklicnimi skupinami so tako odvisne od odnosov med tema dvema tradicionalnima linijama avtoritete, ki se čedalje bolj zabrisujeta, deloma tudi zaradi povečane prevlade managerske linije avtoritete. Mejo dodatno brišejo zdravstvene reforme, ki bolnišnice, vsaj teoretično, premikajo od tradicionalnih, na poklicu osnovanih načinov zdravljenja proti bolj k bolniku usmerjenemu zdravljenju in medpoklicnim modelom zdravljenja.

Bolnik stoji v osrčju namenov reformiranja zdravstvenih sistemov za zagotavljanje potreb »modernega sveta«, v katerih naj bi imeli prebivalci boljši dostop do informacij in povečano zaupanje v avtoriteto zdravnikov klinikov (O'Connor, Wennberg, Legare in Llewellyn-Thomas, 2007, str. 717, Coulter, Parsons in Askjam, 2008 str. 1–4, Hogg, 2004, str. 2–4; Fang, Rizzo, Miller in Zeckhauser, 2011, str. 2). V 1990. letih se je precej razpravljajo o bolnikih, bolniški oskrbi in bolniških storitvah, terminih, ki so prežemali serije programov spremembe kulture v javnem sektorju. Razvil se je nov pogled na izvajanje storitev bolnikov, ki ga je politična retorika poimenovala konzumeristični koncept zdravstvene oskrbe. Temelji na tem, da poklicna kultura posameznih poklicnih skupin zaradi pomanjkanja kontrole in svoje samozadostnosti zavira celosten pristop k bolnikom in včasih onemogoča tudi njihovo optimalno zdravljenje. Bolnika je treba obravnavati kot celoto, zdravljenje mu je treba prilagoditi v hitro, uporabno, 24-urno in osebno obliko (Department of Health, 2000, str. 26). Ta model je hitro naletel na mnoge politične in akademske kritike. Nekateri so se usmerili v idejo, da

bolnik ne more biti pravi porabnik, ker storitve ne plača neposredno, lahko je nepripravljen in neprostovoljen uporabnik ali pa ima le malo možnosti izbire zaradi pomanjkanja prave konkurence za večino storitev, poleg tega je lahko pretiran vpliv bolnika na zdravnika tudi negativen. Konzumerizem lahko po drugi strani z dodatnimi zahtevami po zdravnikovem času tudi zmanjša kakovost in s tem zniža dostopnost zdravnika za druge bolnike (Fang, Rizzo, Miller in Zeckhauser, 2011, str. 2).

Vseeno ima paradigma konzumerizma osnovo v realnosti. Do nedavnega so se bolniki zanašali na kredibilnost in predstavo zaupanja vrednega zdravnika. Sedaj je čedalje več bolnikov kritičnih do profesionalcev (Schon, 1984 v Ritsema van Eck-van Peet, Broekhuis in Gruisen, 1992, str. 23). Pomen pridobivajo nazornost, dokazljivost kakovosti in zanesljivost. V vsaki posamezni poklicni skupini se sicer precej pozornosti namenja kakovosti. Odvisno od oblike strokovnosti obstajajo različni načini za povečevanje kakovosti v praksi posameznih poklicnih skupin. Obstajajo poklicna izobraževanja, ki so navadno dolgotrajna, profesionalci pa se tam učijo ustreznega znanja, sposobnosti in vrednosti; obstajajo poklicna pravila, ki naj se jih profesionalci držijo; obstajajo disciplinske komisije; obstajajo tudi specialne revije in forumi, kjer se razpravlja o najaktualnejšem znanju (Ritsema van Eck-van Peet, Broekhuis in Gruisen, 1992, str. 23). Ne glede na to pa je management uspešnosti, ki se izvaja v posamezni poklicni skupini, precej individualno usmerjen in temelji predvsem na njenem znanju in nagnjenjih. V celotni organizaciji, v kateri dela poklicna skupina, pa je kakovost manj jasno opredeljena ne glede na dejstvo, da je veliko današnjih poklicnih storitev izvedenih v določeni obliki organizacijskega konteksta. Posledica, ki se nam poraja, je dejstvo, da morajo posamezniki sodelovati s kolegi zaradi čedalje večje kompleksnosti problemov, s katerimi se soočajo. Vse to zahteva spremenjen pristop managementa uspešnosti: specialistično znanje ni edini vpleteni dejavnik, pomembna je tudi in predvsem koordinacija aktivnosti (med samimi profesionalci kakor tudi med njimi ter podpornimi dejavnostmi in oddelki), prenos informacij, način komuniciranja in delovanja ter razdelitev avtoritete (Gummesson, 1987 v Ritsema van Eck-van Peet, Broekhuis in Gruisen, 1992, str. 23).

2.2.3.1 Psihološka pogodba

Dejstvo, da delavci in delodajalci tvorijo pričakovanja o njihovih medsebojnih dolžnostih, je dobro znano v organizacijskem vedenju in literaturi ravnanja s človeškimi viri. V jedru sedanjega razumevanja delovnega okolja je ideja o določeni obliki izmenjave med strankami v delovnem razmerju. Narava tega menjalnega procesa ima lahko močan vpliv na rezultate organizacije (Rousseau, 1995, str. 9). V zadnjih letih so raziskovalci čedalje več pozornosti namenjali psihološkemu vidiku tega odnosa. Kot odgovor na spremembe v naravi zaposlitev in dela se je pričel velik delež literature usmerjati na koncept »psihološke pogodbe«. Narava in implikacije psihološke pogodbe zaposlenih so postale velik raziskovalni fokus zadnjih dveh desetletij (Rousseau, 1989; Robinson, Kraatz in Rousseau, 1994; Robinson in Rousseau, 1994; Turnley in Feldman, 1999 v Coyle-Shapiro in Parzefall, 2008, str. 17–34).

Psihološka pogodba tako predstavlja nenapisana pravila, ki tvorijo pomemben del odnosa zaposlenega do organizacije. Zato vodi naslednja pričakovanja: kaj zaposleni pričakujejo, da bodo delali, kakor tudi

kaj pričakujejo, da bodo dosegli. Nekateri posamezniki pričakujejo, da bodo lahko delovali samoiniciativno ali da bodo lahko uporabljali in razvili določene spretnosti ali pa uživali v sodelovanju z ostalimi. V zameno lahko managerji pričakujejo, da bodo ti posamezniki prek strogega opisa njihovih del ponudili dodatno pomoč, ko bo podjetje v krizi.

Raziskave psihološke pogodbe so postale bolj pogoste v zadnjih nekaj letih, njen koncept pa izvira iz dela Argyrisa (1962), ki omenja koncept prehajanja. Tudi Levinson (1962 v DelCampo, 2007, str. 432) opisuje psihološko pogodbo kot »nenapisano strinjanje in seštevek vseh delovnih pričakovanj«. Sedaj je najbolj sprejeta definicija, ki psihološko pogodbo definira kot »individualna prepričanja, ki so preoblikovana z organizacijskimi prepričanji ter pomenijo menjalno strinjanje med posamezniki in organizacijo« (Rousseau, 1995, str. 9). Ta prepričanja so visoko subjektivna, nanje pa vplivajo različni dejavniki, kot so način odraščanja posameznika, vpliv socialnega okolja in pretekle izkušnje (Rousseau, 2001, str. 523). V splošnem definicija psihološke pogodbe ustreza pričakovanjem ali predvidevanjem delavcev in delodajalcev o odgovornosti, ki jo imajo drug do drugega prek formalne pogodbe o zaposlitvi. Z drugimi besedami: psihološka pogodba se ukvarja s pričakovanji o obveznostih, ne o obveznostih samih. Prav tako jo lahko razlikujemo od širšega konstrukta pričakovanj. Obljubljajoča pričakovanja v psihološki pogodbi so »samo tista pričakovanja, ki izvirajo iz zaznanih implicitnih ali eksplicitnih obljub delodajalca« (Shapiro, 2008, str. 8). Če zaposleni dobijo občutek, da organizacija ni izpolnila vseh svojih obljub ali dolžnosti, lahko govorimo o prelomu psihološke pogodbe (Zhao, Wayne, Glibkowski in Bravo, 2007, str. 649).

Obstajata dva tipa psihološke pogodbe: odnosna (angl. *relational*) in transakcijska (angl. *transactional*) (Rousseau, 1995, str. 11–13 Shapiro, 2008, str. 12,13). Odnosne pogodbe označujejo pričakovanja o obveznostih delavcev in delodajalcev, ki temeljijo na izmenjavi socialno-čustvenih dejavnikov (lojalnost in podpora) raje kot o čistih denarnih vsebinah. Dodatno k tradicionalnemu partnerstvu med delavcem in delodajalcem lahko odnosni tip psihološke pogodbe pripomore k dodani vrednosti z naklonjeno vpletenostjo delavca v delovne procese. Zato so delavci pripravljeni dati več od sebe, kot se od njih zahteva v pogodbi o delu. Nasprotno se transakcijske pogodbe usmerjajo v kratkotrajna monetarna strinjanja z ohlapno vpletenostjo obeh strank. Delavci so usmerjeni v kompenzacijo in osebno korist, kot da so dobri delavci. Ta dva tipa pogodbe se razlikujeta v fokusu, časovnem okviru, stabilnosti, obsegu in oprijemljivosti. Odnosne pogodbe opisujejo sprejete obveznosti, ki so čustvene in intrinzične narave, medtem ko transakcijske pogodbe opisujejo obveznosti, ki so ekonomske in ekstrinzične. Razlike med obema tipoma pogodb so opisane v tabeli 5.

Tabela 5: Razlike med odnosnim in transakcijskim tipom psihološke pogodbe

Odnosna pogodba	Transakcijska pogodba
Dolgoročno, lahko tudi brezkončno trajanje.	Specifični, kratkoročni časovni okvir.
Dinamična in razvijajoča se.	Statična.
Obseg je bolj splošen in široko razširjen.	Ožji obseg.
Bolj subjektivna in manj otipljiva.	Manj subjektivna in bolj otipljiva.

Vir: Grimmer in Oddy, Violation of the Psychological Contract: The Mediating Effect of Relational Versus Transactional Beliefs, 2007, str. 155.

Millward in Herriot (2000, str. 231–49) sta dokazovala, da delitev psiholoških pogodb samo na odnosne in transakcijske ni ekskluzivna. Priporočala sta, da je menjalni odnos bolje opredeljen, če vsebuje različne deleže obeh, to je odnosnih in transakcijskih elementov. Posamezniki imajo tako v svojih psiholoških pogodbah zapisane elemente obeh tipov v različnih deležih. Rousseau (1990 v Shapiro, 2008, str. 13) trdi, da oba tipa pogodbe predstavljata skrajni meji kontinuuma, kar pomeni, da lahko psihološka pogodba v določenem trenutku postane bolj odnosna in manj transakcijska in obratno.

Wolfe-Morrison in Robinson (1997, str. 229) predlagata dve stanji, ki lahko dajeta občutek kršenja psihološke pogodbe. Prvo gre na račun delodajalca, ki svoje obveznosti zavestno ni izpolnil zaradi nesposobnosti ali nepripravljenosti. Drugo stanje, v katerem se lahko zazna kršenje pogodbe, pa lahko nastane zaradi neskladnosti. Tukaj ne gre za očitno kršenje, ampak bolj za neujemanje tega, kako vsaka stranka dojema svoje medosebne obveznosti. Odziv na kršenje je v vsakem primeru odvisen od njenega aktualnega zaznavanja (Wolfe-Morrison in Robinson, 1997, str. 230). To pomeni, da zaposleni ne zaznavajo kršenja, če ga kot takšnega ne prepoznajo ali če ga niso mislili izzvati. Robinson in Rousseau trdita, da je kršenje pogodbe resno dejanje, ki je zelo pogosto. V svoji raziskavi študentov MBA sta ugotovila, da je dobra polovica njunega vzorca (54,8 %) občutila, da je njihov delodajalec na določeni stopnji kršil psihološko pogodbo. Prav tako sta dokazala, da je bila percepcija kršenja v negativni povezavi z zaupanjem delavca v delodajalca, zadovoljstvom z lastnim delom in organizacijo in namenom nadaljevanja delovnega razmerja ter pozitivno povezana z aktualno fluktuacijo (Robinson in Rousseau, 1994, str. 247–249). Na zaznavanje kršenja psihološke pogodbe lahko vpliva tudi tip psihološke pogodbe. Robinson, Kraatz in Rousseau (1994, str. 142–150) so v svoji raziskavi 96 študentov MBA ugotovili, da je bilo kršenje pogodbe odvisno od zaznavanja lastnih odnosnih in transakcijskih obveznosti. Vseeno je bil vpliv na odnosne obveznosti očitno večji. To pomeni, da so posamezniki z večjo stopnjo odnosnih pričakovanj bolj razočarani zaradi kršenja pogodbe kot tisti, ki imajo večji delež transakcijskega tipa (Robinson, Kraatz in Rousseau, 1994, str. 142–150).

2.2.3.2 Individualna avtonomija zdravnikov

Drucker (1988 v Bunderson, 2001, str. 717) je organizacije, ki se prilagodijo timom poslovnega managementa in skupinam profesionalcev, imenoval »dvoglave pošasti«. V primeru združevanja profesionalcev k organizacijam kot zaposlenih se vedno pojavi temeljno nasprotovanje med vrednotami, delovnimi načeli ter standardi profesionalcev in organizacije (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 823). Osnovna funkcija poklicne skupine je držanje standardov odličnosti nasproti pritiskom

za hitre in enostavne rešitve (Bechervaise, McKenzie in Beal, 2013, str. 45). Poklicne skupine to razvijejo prek pridobljenega znanja, predanosti, odgovornosti in avtonomije za tiste, ki te storitve izvajajo. Najbolj so te posebnosti razvite na področjih, ki so kritična za človeško življenje. Z drugimi besedami: znanje, predanost, odgovornost in avtonomija so enkratna lastnost vsake poklicne skupine.

Avtonomija je podporni element vseh lastnosti, ki jih opisujemo kot profesionalne. Poklicno avtonomijo definirajo kot biti prosto od vseh zaprek, ki jih postavlja organizacija ali drugi kolegi. Poklicna avtonomija je svoboda dela določenega poklica v skladu z naučenim. Izguba tega tipa avtonomije lahko zniža raven kakovosti storitev (Cannavina, Cannavina in Walsh, 2000, str. 302; Bergman, Stotzer, Wahlstrőm in Sandahl, 2009, str. 226), zato je nujno potrebna samoregulacija teh poklicev (Khaliq, Mwychofi in Broyles, 2010, str. 111). Fogarty in Dirsmith (2001, str. 249) predlagata, da je poklic označen kot »kompleksna konfiguracija delovnih izkušenj, ki generira sistematično abstraktno telo znanja za reševanje kompleksnih in dinamičnih problemov, ki se jih sicer ne da rešiti z rutiniranimi akcijami«. Profesionalizem je identificiran kot »socialno prepoznavanje specializiranih strokovnjakov« (Barton in Evans, 2003, str. 415). Poklicni status s seboj prinaša prestiž in privilegije članov poklica. Burrage et al. (1990 v Fogarty in Kalbers, 2000, str. 126) so poklicni status opisali kot zgodovinsko edinstveno posledico izmenjalnih transakcij med organizacijo, praktiki, akademiki in strankami (Fogarty in Kalbers, 2000, str. 126).

Literatura o znanstvenih poklicih velikokrat identificira trenje med njihovo poklicno avtonomijo in organizacijskimi cilji kot zelo potenten vzrok konfliktov med profesionalci in njihovimi organizacijami (Kilic, Arslan, Leblebici, Aydin in Oktem, 2008, str. 157; Nowicki in Summers, 2002, str. 102–104; MacDonald, 2002, str. 284; Storey in Buchanan, 2008, str. 644; Harmer, 2006, str. 491). Na poklicno avtonomijo se gleda z dveh vidikov. Najprej je potrebna za vse te zaposlene, saj le tako lahko delajo učinkovito v okviru tihega znanja. Nadalje je avtonomija nekaj, kar se lahko pričakuje, verjetno kot posledica procesa socializacije v znanost ter asociacije profesionalca, raziskovalca in znanstvenika (Randle, 1996, str. 25). Zdravnike kot eno od poklicnih skupin velikokrat opisujemo kot predane avtonomiji in s potrebo po nadzoru. Najprej je to posledica njihovega izobraževanja, ki je kasneje še okrepljena s sistemi, v katerih delujejo (Levin, 2004, str. 17; Hall, 2005, str. 190).

Freidson (1994 v Culberston in Lee, 1996, str. 115; Bechervaise, McKenzie in Beal, 2013, str. 48) je v zadnjih dveh desetletjih znan kot vodilni teoretik na področju poklicne avtonomije. Avtonomijo je definiral kot: »Popolna avtonomija idealno sestoji iz poklicnega monopola, ki zajema več dimenzij. Najprej jo razumemo kot ekonomski monopol: poklic nadzoruje vpoklic, izobraževanje in zaupanje, tako da lahko neposredno uravnava število izvajalcev, ki so potrebni za zadovoljevanje povpraševanja. To ima očitne vplive na prihodke. Poklicna avtonomija vsebuje tudi politični monopol na področju odločanja. Tako je poklic spoznan kot avtoritativni predstavnik za vse zadeve, ki so povezani z njegovim znanjem in sposobnostmi. Zato njegovi predstavniki predstavljajo ekspertne vodiče za zakonodajo in administrativna pravila. Nadalje ima ta poklic administrativni ali nadzorni monopol nad praktičnimi zadevami v povezavi z lastnim delom. Njegovi člani so zadolženi za vzpostavljanje delovnih standardov, direktiv in ocenjevanja dela. Norma kot hierarhična direktiva je kolegialni

pregled. Poklicna avtonomija glede na opisano predstavlja privilegirano pozicijo določenega pomena.« Pomemben ameriški sociolog Talcott Parsons je superiorno pozicijo opredelil z načelom tehničnih izkušenj, ki jih imajo zdravniki za zagotavljanje javnega dobrega. Za obdržane regulacije svojih bolnikov morajo imeti zdravniki pravico nadzorovati stanje svojega kliničnega dela in bolnikov, ki jih obravnavajo (Parsons, 1964 v Culberston in Lee, 1996, str. 116; Khaliq, Mwychofi in Broyles, 2010, str. 111).

Zgoraj omenjeni definiciji nam zadoščata za razložitev vztrajnega upiranja zdravnikov proti uvajanju sprememb, ki v njihovo delovno okolje vnašajo bolj nadzorovane in ozke novosti. Freidson (1970 v Culbertson in Lee, 1996, str. 117) je predlagal, da je »funkcionalna avtonomija« v zdravstvenih poklicih definirana kot »stopnja, do katere se lahko delo opravlja neodvisno, brez organizacijskega ali medicinskega nadzora, in stopnja, do katere se lahko lastna klientela pridobiva neodvisno od organizacije ali napotitev drugih poklicev, vključno zdravnikov«. Ključna točka tukaj je, da je medicina kot poklic na vrhu poklicne hierarhije in da je do sedaj nadzorovala osnovne termine zdravniškega dela. Samovodenje poklica je ključno za definicijo avtonomije (Culbertson in Lee, 1996, str. 116).

Mogoče je Starr (1982, v Culbertson in Lee, 1996, str. 119) ta koncept prikazal še učinkoviteje, in sicer z opisom medicine kot »vladarskega« poklica. Schulz in Harrison (1986, Culbertson in Lee, 1996, str. 117) sta z empirično raziskavo definirala specifične elemente avtonomije zdravnikov. Pet elementov njune definicije lahko opišemo kot »klinično« v naravi, ki vključuje kontrolo (1) narave in obsega nalog, (2) sprejemanja bolnikov, (3) diagnoze in zdravljenja, (4) ocenjevanja oskrbe, (5) ostalih poklicev. Te tri elemente lahko imamo po karakterju za ekonomske, vključujejo pa svobodo izbire specializacije, lokacije zaposlitve in nadzor nad zaslužki (Schulz & Harrison, 1986 v Kilic, Arslan, Leblebici, Aydin in Oktem, 2008, str. 158). Freidson trdi, da ravno zadržanje avtonomije tvori jedro ekonomskih in posledično političnih strategij zdravniškega poklica. Odpor medicine do vpletanja zunanjih sil je definiran v samem poklicu. Zdravniki hočejo obdržati svojo monopolno pozicijo nad redkimi viri in znanji ter predlagajo, da je svobodno določanje terminov kompenzacije brez določene oblike poklicne samoregulacije v javnem interesu izpostavljeno zlorabi (Freidson, 1970). Zaupanje je osnova poklicne avtonomije in je na udaru, ko se skuša obdržati mit poklica zaradi socialnega statusa, medtem ko istočasno skušajo obdržati še monopolistični privilegij in moč v ekonomski sferi (Gray, 1983, Culbertson in Lee, 1996, str. 118, 119).

Konflikt med zdravniki in upravitelji se največkrat pojavlja zaradi uvajanja standardiziranih načinov zdravljenja, ki temeljijo na klinični oskrbi, podprti z dokazi. Pri tem je zelo pomembno, da vsaka ustanova ne prevzame slepo nečesa, kar je pred njimi storil nekdo drug, ampak rešitev raje prikroji svojemu okolju. S tem prevzame možnosti, da bo očitno izboljšala uspešnost v lastni edinstveni situaciji (Trybou, Gemmel in Annemans, 2011, str. 2; Swan, Newell in Robertson, 1999, str. 284).

2.2.3.3 Nesoglasja med poklicno kulturo zdravnikov in vodenjem organizacije

V Sathejevem (1983 v Meyer in Tucker 1992, str. 466) »okviru diagnosticiranja kulture« je kultura definirana kot »skupina pomembnih razumevanj, ki si jih člani določene skupnosti medsebojno delijo«.

Ta »razumevanja« se razvijejo iz skupnih ozadij, ki jih Sathe kategorizira kot objekte, tj. cilje (skupne stvari), pogovor (skupne stvari), obnašanje (skupno delovanje) in skupna občutja. Pri analiziranju razvoja skupinske kulture zdravnikov si ti zdravniki delijo določene skupine elementov (Sathejeve stvari in delovanje). Ti elementi se nato nanesejo na skupino štirih skupnih razumevanj, ki so pomembna za skupino zdravnikov. Management organizacije, v kateri delajo zdravniki, bo mnogo pridobil z razvojem razumevanja in sprejemanja teh skupnih razumevanj (Meyer, Tucker, 1992, str. 465–466).

Poklicna kultura zdravnikov lahko udari ob kulturo organizacije (Raelin, 1986 v Meyer in Tucker, 1992, str. 467). Peters in Waterman (1982 v Meyer in Tucker, 1992, str. 467) ugotavljata, da je dominanca in koherenca kulture bistvena kvaliteta uspešnega podjetja. Posledično je reševanje neuglašenosti med kulturo zdravnikov in organizacije ključnega pomena za uspešno spojitev dveh sistemov vrednot. Če bi zmogli doseči enotno kulturo harmonije, bi seveda zdravstvene organizacije lahko bolje delovale. V nadaljevanju bomo analizirali štiri skupna razumevanja kulture zdravnikov za razvoj osnove reševanja konfliktov med dvema kulturama.

V tabeli 6 opisujem začetno konceptualizacijo razumevanja kulture zdravnikov in skupnih razumevanj te kulture. Na levi strani kolone so prikazani elementi, ki si jih delijo zdravniki, zajete v Sathejeve štiri kategorije. Ostale štiri kolone zajemajo skupna razumevanja (individualna avtonomija, medosebni odnos zdravnikov, zaupanje v znanost, humanitarne ideje), ki so pomembni atributi kulture.

Individualna avtonomija kot dejavnik konflikta

Zdravniki individualno avtonomijo opredeljujejo kot integralni del medicinske prakse (Sammons, 1986; Freidson, 1989 v Meyer in Tucker, 1992, str. 469). Vsak zdravnik hoče imeti lastno avtoriteto za izbiro načina zdravljenja bolnikov, narave in obsega nalog, sprejemanja bolnikov, ocenjevanje oskrbe bolnikov in ocenjevanje ostalih poklicev, vpletenih v zdravljenje bolnikov. Koncept poklicne avtonomije se razteza čez meje poklicnih odločitev, ki jih zdravnik izbira za uspešno zdravljenje. Eno kritičnih vprašanj, ki se pojavljajo ob uvajanju sprememb in bolj ozkega standardiziranega okolja v javne zdravstvene ustanove, je, ali se bo s tem zmanjšala poklicna avtonomija zdravnikov. Vsekakor bi se z bolj standardiziranim pristopom k njihovemu zdravljenju zmanjšala njihova ekonomska avtonomija.

Tabela 6: Aplikacija kulturnega okvira za razločevanje skupnih razumevanj kulture zdravnikov

Okvir diagnosticiranja kultur	***Pomembna skupna razumevanja kulture zdravnikov***			
	Individualna avtonomija	**Medosebni odnos zdravnikov**	**Zaupanje v znanost**	**Humanitarne ideje**
Cilji – skupne stvari	Neodvisne zdravstvene ambulante		Medicinska tehnologija	
		Beli plašči/stetoskopi	Beli plašči/stetoskopi	Beli plašči/stetoskopi
	Medicinska fakulteta	Medicinska fakulteta	Medicinska fakulteta	Medicinska fakulteta
	Specializacija	Specializacija	Specializacija	Specializacija
Pogovor – skupne stvari	Brez vmešavanja v prakso zdravnikov			
	Plačilo za storitev			
	Zdravljenje bolnih, reševanje življenj		Zdravljenje bolnih, reševanje življenj	Zdravljenje bolnih, reševanje življenj
	Uporaba medicinskih terminov	Uporaba medicinskih terminov	Uporaba medicinskih terminov	
	En bolnik – ena rešitev zdravnika			
Obnašanje – skupno delovanje		Napotitve bolnikov		
	Zdravljenje bolnikov	Zdravljenje bolnikov		Zdravljenje bolnikov
	Status pripravljenosti			
	Pripadnost zdravniškim združenjem	Pripadnost zdravniškim združenjem	Pripadnost zdravniškim združenjem	
	Sprejemanje tveganja slabe prakse		Sprejemanje tveganja slabe prakse	
	Usmerjenost k akciji			
	Odnos do bolnišnic, zdravstvenih zavarovalnic, ministrstva za zdravje			
Skupna občutja	Avtonomija			
	Zanimanje za zdravljenje	Zanimanje za zdravljenje	Zanimanje za zdravljenje	Zanimanje za zdravljenje
	Zasluženje ekonomskega blagostanja			
	Visoko samospoštovanje	Visoko samospoštovanje		

Vir: Meyer in Tucker, Incorporating an Understanding of Independent Practice Physician Culture into Hospital Structure and Operations, 1992, str. 468.

Sedaj pa je največja skrb namenjena izgubi klinične avtonomije kot najbolj moralnemu vprašanju v zdravniškem poklicu (Culbertson in Lee, 1996, str. 115). Lewis (1991, v Culbertson in Lee, 1996, str. 116) je skupaj s soavtorji poročal o »povečanem nezadovoljstvu s prakso interne medicine, predvsem zaradi zaskrbljenosti zaradi izgube klinične avtonomije«. Tako je ena izmed največjih napetosti, ki se stalno pojavljajo med bolnišnicami kot ustanovami in zdravniki, dolgo znano trdno dejstvo, da si zdravniki želijo red, a prezirajo avtoriteto in ne zaupajo birokraciji (Goldsmith, 1993, str. 37). Kaj zahteva zdravnik, da se bo lahko vključil v sistem? Čeprav sistem išče neko soodvisnost, ima zdravnik raje neodvisnost (Shortell, 1991 v Meyer in Tucker, 1992, str. 466). Resnična izguba ali le možnost izgube avtonomije je verjetno največji strah zdravnikov danes. Zdravniški poklic je namreč v primerjavi z ostalimi dolgo časa užival neprecenljivo avtonomijo (Starr, 1982, Meyer in Tucker, 1992, str. 466). Z namenom ohranjanja individualne finančne in poklicne avtonomije, ki jo zdravniki čutijo kot člani določene organizacije, je treba preurediti zdravstvene organizacije.

Medsebojni odnos zdravnikov kot dejavnik konflikta

Zdravniška kultura se zaveda, da medicinska fakulteta in pripravništvo skupaj s specializacijo niso edine izobraževalne izkušnje. Sem spada tudi obred prehajanja mladih zdravnikov med specialiste Razširjen čas izobraževanja zdravnikov ne ustvarja samo kredibilnosti zdravnikov kot izvajalcev zdravstvene oskrbe, pač pa tudi pospešuje povezovanje med njimi. Kompetitivni proces, ki se uporablja za izbiro bodočih zdravnikov, ter njihove dolge in rigorozne izobraževalne izkušnje pogosto proizvedejo mišljenje o »superiornosti« zdravnikov.

Avtonomija je citirana kot ključna definirajoča lastnost v organizaciji profesionalcev. Tako »funkcionalna avtonomija« v zdravstvenih poklicih pomeni stopnjo, do katere je lahko določeno delo opravljeno neodvisno od organizacijskega ali zdravstvenega nadzora, in stopnjo, do katere lahko privlači lastne stranke neodvisno od organizacije ali napotitev od ostalih poklicev, vključno zdravnikov (Freidson, 1970 v Culbertson in Lee, 1996, str. 117). Njihov finančni uspeh samo še poveča to percepcijo skupaj s socialnim okoljem. Ta vidik zdravniške kulture se dobro vidi iz izjave nekega zdravnika, ki pravi: »Drugi zdravniki me ne sprašujejo o svojem zdravju.« Fragmentacija medicine v specialnosti in subspecialnosti je še povečala interakcijo med zdravniki. V zasebnem delu zdravstvenega sistema so fiskalne koristi medicinske prakse lahko še povečane tudi s prijateljstvom med zdravniki. Sprejemi določenih specialistov v velikem deležu vplivajo na njihovo poslovanje. Tako medsebojno delujejo ob postelji kot tudi v socialni funkciji. Kompleksnost medicinske oskrbe velikokrat zahteva sodelovanje več specialistov za zagotavljanje njene ustreznosti na enem bolniku. Zato mora skupina zdravnikov koordinirati svoje klinične aktivnosti za doseganje skupnih ciljev uspešne diagnostike in zdravljenja. Te medicinsko osnovane interakcije med zdravniki povečajo njihovo skupno povezovanje. Večina bolnišničnih zdravnikov velik del svojega časa preživi v bolnišnici. Tam ne skrbijo samo za svoje bolnike, pač pa tudi srečujejo ostale zdravnike. Bolnišnice kot ustanove to podpirajo s skupnimi prostori, kjer se zdravniki družijo. V tem privatnem, lahko bi rekli celo ekskluzivnem okolju lahko zdravniki govorijo v svojem tehničnem jeziku o stvareh, ki jih sicer pred bolniki ne bi. Te interakcije povečajo odnose med zdravniki, kot jih povzročajo pritiski nanje prek legalnega sistema, zdravstvenih zavarovalnic in ministrstva za zdravje.

Če hočejo organizacije ustrezati zdravnikom, potem morajo prepoznati socialno osamljenost skupine zdravnikov, ki izhaja iz teh sil in okoliščin. To mejo lahko prekoračijo zdravstveni administratorji in predstavniki medicinske nege. Managerji namreč nimajo ustreznega tehničnega, izkustvenega in skupnega razumevanja, da bi bili lahko podobni zdravnikom. Vsekakor pa morajo zajemati izobrazbeno ozadje, da lahko izvajajo administrativno vodenje kompleksnih organizacij. Predstojniki oddelkov, ki so primerno oboroženi s kliničnimi in managerskimi izkušnjami ter znanjem, so dovolj kvalificirani za opravljanje številnih nalog, lahko izboljšajo povezavo med zdravniki praktiki in organizacijami, v katerih zdravniki delajo (Schneller, 1991, str. 44; Buell, 2012, str. 26–28, Ramsey, 2012, str. 8). Tudi strokovni direktorji imajo zajetno prednost pred nemedicinskimi direktorji zaradi »večje kredibilnosti, globljega poznavanja delovanja zdravstvenih sistemov in manjšega oviranja sposobnosti jasnega pogovora (Simpson in Smith, 1997 v Dwyer, 2010, str. 515).

Treba je modificirati vedenje zdravnikov, predvsem zdravnikov vodij, da bi izboljšali učinkovitosti zdravstvene oskrbe (Henochowicz in Hetherington, 2006, str. 184). Večina največjih in najpomembnejših organizacijskih igralcev – Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje, bolnišnice – že nekaj časa poskuša spremeniti vzorce prakse zdravnikov. Predstojniki oddelkov – zdravstveni managerji – so lahko pri tem najučinkovitejši z nadzorovanjem kliničnih aktivnosti, kot so zagotavljanje kakovosti storitev, management tveganja ipd. Raelin (1986, v Meyer in Tucker, 1992, str. 472) predlaga, da je v teh okoliščinah – različne poklicne skupine v organizacijah – najprimernejši participativni management kot najbolj učinkovito vodenje. S spreminjanjem medicinske prakse bodo imeli več težav nemedicinski izvršniki z interakcijo z zdravniki. Učinkovitost nemedicinskega kadra je zmanjšana, ker z uporabo participativnega managementa o tehničnih problemih ne morejo komunicirati na enakovredni osnovi. Zdravstvene organizacije morajo biti sposobne vodenja zdravnikov, ki imajo največji vpliv na proces zdravljenja z namenom ustvarjanja učinkovitih zdravstvenih storitev. Tako uporaba neposrednega nadzora zdravstvenih managerjev predstavlja resnično učinkovito metodo doseganja ciljev organizacije. Ustvarjanje organizacijskega okolja, v katerem lahko zdravniki učinkovito delujejo znotraj organizacije, je v največji meri odvisno od dodane vrednosti zdravstvenih managerjev in njihove sposobnosti, da spojijo poklicna nagnjenja zdravnikov in cilje organizacije (Meyer in Tucker, 1992, str. 470–472).

Zaupanje v znanost in variacije v zdravljenju kot dejavnika konflikta

Zdravniki se znanstveno izobražujejo in učijo različnih tehnik zdravljenja. Največje izboljšave v zdravstveni oskrbi so posledica znanstvenih dognanj. Zdravniki same sebe vidijo kot izvajalce medicinske znanosti. Ne naučijo pa se delovanja kot člani tima. Zdravniki se v času tradicionalnega medicinskega izobraževanja naučijo avtonomije, avtoritete in rigidnosti (Evetts, 2003, str. 23; Almås in Ødegård, 2010, str. 143). Tradicionalno pričakujejo popolno avtonomijo pri svojem delu, ki naj bi jo mu zagotavljala zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen, hkrati pa naj bi mu nudila zaščito pred tržnimi silami in tudi regulacijo. V sedanjem času popolna avtonomija zdravnikov ni več izvedljiva, ker je njihovo delovanje uravnavano z meritvami, smernicami, standardi in delovanjem v timu. Tudi rigidnost ni več vrlina, saj se dnevno pojavljajo nove in nove študije, ki ponujajo objektivizirane

podatke o novih ali spremenjenih načinih diagnosticiranja in/ali zdravljenja. Na srečo obstaja en element poklicne kulture zdravnikov, ki deluje v smeri spreminjanja, in ta je zaupanje v znanost. Da lahko mobiliziramo njihovo delovanje v smeri spreminjanja, jim je treba podatke predstaviti v primerni obliki. Kultura zdravnikov je grajena na močnem etičnem in neodvisnem delovanju. Zato vidijo standardizacijo kot neetično v luči neodvisne kulture, visoke variacije v zdravljenju pa so zanje sprejemljive (Welch, 2010, str. 92, 93).

Z variacijami v zdravljenju v ameriških bolnišnicah se je precej ukvarjal Wennberg (2002, str. 96). Ugotavljal je, da so za večino vsakodnevnih odločitev značilni široki odkloni, ki jih ne moremo razložiti niti z jakostjo bolezni niti s preferencami bolnikov. Akademska medicina ima le delen uspeh v izboljševanju vsakodnevnih kliničnih praks, tudi v lastnih bolnišnicah. Vzorci zdravljenja v akademskih zdravstvenih centrih kakor tudi v drugih institucijah so nenavadni in neznanstveni. Pomembnejša kot znanost, ki določa način medicinske oskrbe, so lokalna mnenja in viri.

Ocenitvene klinične znanosti – discipline, katerih vloga je ocena medicinske teorije, razumevanje bolnikovih potreb in izboljšanje sistemov – so zmožne izboljšanja znanstvene osnove kliničnih praks; zagotavljajo visoko prioriteto v državnih raziskovalnih programih, hkrati pa nalagajo popolno sprejemanje v kurikulumih v medicinskih šolah. Te znanosti so ključnega pomena za razvoj organiziranega zdravstvenega sistema v 21. stoletju, ne nazadnje zaradi tega, ker izpostavljajo neželena odstopanja v zdravljenju (Wennberg, Fisher in Skinner, 2002, str. 96). Analiza vzorcev prakse zdravnikov je namreč pokazala ogromna odstopanja v terapevtskih pristopih k isti klinični težavi (Wennberg, Fisher in Skinner, 2002, str. 96; Wennberg, O'Connor, Collins in Weinstein, 2007 str. 1565, 1566; Fisher, Wennberg, Stukel in Gottlieb, 2004, str. 1; Weinstein, Bronner, Morgan in Wennberg, 2004, str. V81). Razlike v stilih prakse odkrivajo izgubo jasnosti v zaupanje v znanstveno osnovo medicine (Wennberg, O'Connor, Collins in Weinstein, 2007, str. 1565, 1566). Velikokrat je težko reproducirati vedno skladne zdravstvene storitve, ki se razlikujejo med različnimi zdravniki, bolniki, prostorom in časom. Ta heterogenost se lahko pojavi zaradi različnih skupin profesionalcev (npr. zdravniki, medicinske sestre), ki izvajajo storitve bolnikom z različnimi potrebami. Standardi kakovosti se težje uvajajo v storitvene dejavnosti. Ne nazadnje različni zdravstveni profesionalci enake skupine izvajajo različne storitve zaradi drugih dejavnikov, kot so izobraževanje, izkušnje, individualne sposobnosti in osebnostne lastnosti (Joss in Kogan, 1995; Jun et al., 1998; Mclaughlin in Kaluzny, 2006 v Mosadeghrad, 2013a, str. 204).

Byrnes (2012, str. 146) je opisoval sedem taktik za zmanjšanje odstopov v klinični praksi. Variabilnost v današnjih praksah zdravljenja je artefakt učenja zdravnikov. Je posledica kulture medicine, ki medicino opisuje kot znanost in prepričanja, da lahko zdravniki obilico medicinskega znanja pretvorijo v najbolj primerno zdravljenje za posameznega bolnika. Zmota tega prepričanja je sedaj dobro dokazana, vseeno pa neželeni rezultati ostajajo: nepričakovana odstopanja uporabe najbolj primernega zdravljenja, ki povzročajo nepričakovane zaplete in umrljivost ter nepričakovane in nenadzorovane stroške.

Bolnišnice bi za preprečevanje takšnih odstopov lahko uporabljale učinkovite taktike, s katerimi bi dosegale visoke stopnje uspešnosti ter nadzora stroškov in zdravljenju kroničnih bolezni. Te taktike so uspešne organizacije na naprednih trgih že uporabljale v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. (1) Trdno promoviranje uporabe orodij za odločanje, ki temeljijo na z dokazi podprti medicini. Ta orodja vključujejo praktične smernice, klinične protokole, sheme naročanja laboratorijskih preiskav itd. Da zagotovimo široko sprejemanje med zdravniki, je potreben pravilen razvoj in oblikovanje takšnega procesa, kjer bodo lahko sodelovali vsi vpleteni. Tukaj kritično vlogo igrajo strokovni direktorji. (2) Vztrajanje samo pri medicini, podprti z dokazi. Obstaja neobvladljivo veliko zdravstvene literature za pridobivanje aktualnih informacij najbolj učinkovitega zdravljenja. Za namen sortiranja in oblikovanja primernih informacij bi morala obstajati skupina zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov, ki bi informacije pregledovala in preoblikovala v uporabne ter jih prenašala v delovno okolje. (3) Opogumiti strokovne direktorje, da postanejo »borci proti nasprotovanjem«. Pridobivanje zdravnikov za sprejem standardizacije in izvajanje z dokazi podprte medicine je lahko težko. Prva ovira, ki jo je treba preseči, je nasprotovanje zdravnikov. Zato morajo strokovni direktorji postati informirani in gladko reševati nasprotovanja. (4) Agresivno ravnanje s formularji zagotavlja najbolj klinično in cenovno učinkovito zdravljenje z zdravili. V obrazcih naj bodo navedene cene zdravil kakor tudi enakovredne zamenjave. Ko zdravniki poznajo vse stroške zdravljenja, se lahko odločijo stroškovno primerno. (5) Nakupovanje novih naprav/materialov prek razpisov po dobro definiranih poteh, ki se začenjajo z natančno analizo potreb po določenih materialih in/ali napravah in odobritvijo v strokovnem svetu ter končajo z nakupom z dobro oblikovanim razpisom. (6) Razvoj akcijskih načrtov za zmanjševanje variacij v zdravljenju. Sem spadajo standardi uporabe materialov, ki so stroškovno potrošni, kot so npr. antibiotiki, kri in krvni derivati. Te standarde oblikujejo vsi vpleteni deležniki skupaj. Če bi izvajanje standardov skrbno spremljali in zasledovali prihranke, bi lahko posamezni oddelki prihranke npr. porabili za nakup nove medicinske opreme. (7) Omejitev dostopa do strokovnih sodelavcev. Strokovni sodelavci farmacevtske industrije so eksperti v znanosti, imenovani akademske podrobnosti. Dejansko je to znanost – znanost v prepričevanju in spreminjanju vzorcev predpisovanja zdravil zdravnikov. Težava se pojavi zato, ker je prav to prepričevanje strokovnih sodelavcev lahko vir variacij v zdravljenju bolnikov. Zato je treba napeti vse sile, da ostanejo strokovni sodelavci, ki prodajajo informacije, neuglašene s prakso zdravljenja v bolnišnici, pred njenimi vrati (Byrnes, 2012. str. 146–148).

Humanitarne ideje

Želja pomoči bolnim posameznikom je osrednja vrednota kulture zdravnikov. Ta vrednota je izražena z dolgotrajno idejo medicinskega poklica in v določenih regijah povečana tudi z izbiro študentov medicine, ki izražajo humanitarna nagnjenja (Glendening, 1942 v Meyer in Tucker, 1992). Zdravstvene organizacije so organizirane na način, ki minimizira pomen fiskalne motivacije, ker zdravniki niso bolje plačani, če sprejmejo dražjega bolnika ali če ga ceneje pozdravijo. Na zdravstvenem trgu je pomembna meritev kakovosti zdravstvene oskrbe bolnikovo zadovoljstvo. Zdravstvene organizacije lahko ta vidik zajamejo z uporabo raziskav bolnikovega mnenja. V njem je lahko zajeto tudi zdravniško sočutje. Nato lahko zdravstvene organizacije to skrbno obnašanje nagradijo.

Integracija zdravnikov v organizacije je pogosta strategija za vertikalni razvoj zdravstvenih korporacij. Avtonomija zdravnikov, dejstvo, da imajo zdravniki najraje odnos z zdravniki, ter zaupanje v znanost in humanitarne ideje so skupna razumevanja kulture zdravnikov. Te vrednote so lahko specialno, a ne ekskluzivno opredeljene v oblikovanju in ocenjevanju primernosti zveze med organizacijo in zdravniki. Pametna in premišljena vgradnja teh vrednot v organizacijsko odločanje bo povzročila zlitje kulture zdravnikov s kulturo organizacije. To zlitje bo pomagalo razviti učinkovito organizacijo, ki bo uspešno tekmovala na trgu zdravstvene oskrbe (Meyer in Tucker, 1992, str. 473–474).

2.2.3.4 Reševanje nesoglasij z medpoklicnim učenjem

Splošno prepričanje je, da obstaja velik potencial skupnega učenja v obliki medpoklicnega dela med zdravstveno oskrbo. S seboj namreč prinaša potencial podrtja tradicionalnih poklicnih mej in spodbuja skupno delo različnih poklicnih skupin, s čimer se povečuje kakovost različnih storitev (Bradshaw, Coleman in Smith, 2003, str. 30). Ne glede na dejstvo, da je medpoklicno učenje ključno področje poklicnega učenja in praks vsaj v zadnjem desetletju, vseeno manjka dokazov njegove uspešne implementacije v zdravstvene organizacije. Zdravniki in medicinske sestre se navadno izobražujejo na ločenih fakultetah in si zato zelo redko dajejo možnost skupnih aktivnosti učenja, sploh na podiplomski ravni. Meje za implementacijo medpoklicnega učenja, ki jih identificira literatura, vsebujejo različno percepcijo statusa vsakega poklica, ter različne načine dela in učenja, ki vplivajo na medpoklicne odnose. Skozi medpoklicno učenje bi zdravniki in medicinske sestre pridobili sposobnosti skupnega delovanja, s čimer bi bilo prehajanje bolnikov med obema skupinama bistveno lažje. Raziskava razlik v poklicnih kulturah v skupnem učečem se okolju bi profesionalcem omogočila, da izoblikujejo strinjanje o najboljši praksi v kliničnih specialnostih, ki temeljijo na trenutnih najboljših praksah. Tako bi medpoklicno učenje razpršilo stereotipe in predsodke, ki velikokrat delujejo kot meja do učinkovitega sodelovanja (Crozier, 2003, str. 123).

Bereiter (2002 v Russel, 2005, str. 4) je v *Education and Mind in the Knowledge Age* ponudil nov način razmišljanja o znanju in izobraževalni reformi, ki razbije premiso »miselnosti kot kontejnerja«. Termin družbe znanja sta prvič omenila Bereiter in Scardamalia (Scardamalia, 2002 v Russel, 2005, str. 5); usmerjen je v izboljševanje idej, skupnega razmišljanja in napredovanja znanja. Glavna razlika med učenjem in družbo znanja je v tem, da se prvi koncept osredotoča na subjektivno znanje, drugi pa se usmerja na nove socialne prakse, ki dajejo osnovo za nastanek novega znanja. Glavna resnica družbe znanja je premik na praksi temelječih poklicev proti kontinuiranemu izboljševanju materialnega, subjektivnega in objektivnega znanja. Pri tem je velikokrat spregledan tripartitni pristop, ki edini izboljša učenje, poleg tega pa je spregledano tudi dejstvo, kako spodbujati smiselno delo z nastankom konceptualnih artefaktov. Konceptualni artefakti, del kulturnih artefaktov, so tisti objekti, nastali v skupnosti, ki nadgrajujejo kolektivno razumevanje izboljšanih idej, teorij in inovacij. V bolnišničnem okolju konceptualni artefakti velikokrat prevzamejo obliko kliničnih smernic, politik in procedur, odkritij, diagnoz ipd. Aktivnosti v družbi znanja so usmerjene v kontinuirano izboljševanje kulturnih in konceptualnih artefaktov z nadgrajevanjem prejšnje uspešnosti ali razumevanja. Udeleženci se progresivno zavedajo in tvorijo znanje z izbiranjem pravih idej ter reševanjem avtentičnih problemov v njihovem resničnem okolju, ne glede na to, ali je to šola, lokalna bolnišnica ali mednarodna

raziskovalna mreža. Dve prednosti tega pristopa do znanja sta (1) obravnavanje idej in znanja (konceptualna artefakta) kot resničnih dejstev in (2) razumevanje znanja s povezovalne perspektive (Russel, 2005, str. 4–6).

2.2.4 Participativni management v zdravstvenih organizacijah

Mnenje večine vodstvenih skupin je, da so nujen predpogoj učinkovitega spreminjanja v organizacijah vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, zaupanje in sodelovanje zaposlenih. Pettigrew je to opisal kot pristop »resnice, zaupanja, ljubezni in sodelovanja« k organizacijskemu spreminjanju (Pettigrew, 1987 v Doherty in Horne, 2007, str. 52). Ta pristop ima dolgo zgodovino, ki sega daleč nazaj v klasične študije Cocha in Frencha v štiridesetih letih prejšnjega stoletja (Coch, French, 1948 v Doherty in Horne, 2007, str. 52). Avtorja sta v raziskavi pokazala, kako je bil odpor do sprememb v proizvodnji pižam zmanjšan z vpletanjem in razpravljanjem zaposlenih. Njuno delo je pomenilo začetek premikanja proti participativnemu managementu, ki je skozi leta doživelo veliko preobrazb. Te vsebujejo Hertzbergovo obogatitev v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja ter ciklih kakovosti v 80. letih. V 90. letih so Peters, Watermann (1982 v Doherty in Horne, 2007, str. 52) in Kanter (1983 v Doherty in Horne, 2007, str. 52) dodali še koncept samostojnih timov in večanje moči zaposlenih.

Premiki v smer participativnega managementa so bili jasno vidni. Manj jasne so koristi. Slabosti participativnih procesov v javnih in zasebnih podjetjih so dobro dokumentirane. Child (1994, v Doherty in Horne, 2007, str. 52) je pokazal, da je sodelovanje v fazi uvajanja sprememb v podjetja neprimerno, kadar je management v položaju implementiranja spremembe, s katero se vsi strinjajo, ali kadar se sprememba uveljavlja brez večjega upiranja. V takšnih primerih so konzultacije preveč časovno potratne. Uporaba konzultacije je neprimerna tudi takrat, kadar obstaja majhna verjetnost strinjanja. Strinjanje se išče v primerih, če sprememba razvodeni do točke, ko niso več vidne njene koristi. Kadar je upor neizprosen, lahko iskanje sodelovanja popolnoma iztiri celoten proces. Nerealistično je iskati soglasje v velikih birokratskih podjetjih. Sodelovanje je tudi nepomembno, kadar je izbira omejena. Če so potrebne hitre spremembe, so primernejši direktivni in prisilni načini uvajanja sprememb.

Mišljenje, da morajo biti ljudje vpleteni v sprejemanje sprememb, ki vplivajo na njihove življenje, je komponenta zahodnih političnih, religioznih in socialnih vrednot, kot sta npr. svoboda izbire in individualna svoboda. Te vrednote niso univerzalne. Pristop vpletanja s svojo logiko vzpostavljanja skupnega lastništva nad spremembo na prvo mesto postavlja potrebo po občutljivosti za različne deležnike (Doherty in Horne, 2007, str. 52). Ljudje se namreč lahko upirajo spremembi, četudi je ta v skladu z njihovimi najboljšimi interesi. Upirajo se ji lahko, ker enostavno ne marajo, da jim kdo narekuje, kaj naj delajo. Upirajo se ji lahko, ker ne marajo občutka, da nekdo nadzoruje njihov način dela in življenja. Vpletanje ljudi v proces spreminjanja lahko pri nekaterih zmanjša nagnjenost k distresu, pri drugih pa se lahko ta nagnjenost celo poveča. Uporaba hitrega in primernega komuniciranja lahko pomaga, da se izognemo odporu in takoj zgradimo takšno stanje, kjer zaposleni vidijo spremembo kot »izkušnjo v učenju«.

Obstajata dve arhetipski strategiji managementa (Arthur 1994 v Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 128): (1) namen avtokratske (ali avtoritativne) strategije managementa je zmanjšanje stroškov dela s povečevanjem nadzora in učinkovitosti prek specializiranih vlog in natančnega izvrševanja pravil; (2) strategije participativnega managementa pa poskušajo povečati produktivnost zaposlenih z nagrajevanjem, spodbujanjem njihovega sodelovanja in decentraliziranimi odločitvami, ki zaposlenim dajejo več moči v delovnih odločitvah.

Raziskave so osvetlile dve zaznavanji zaposlenih, ki sta ključnega pomena za uspeh uvajanja participativnega managementa (Pierce, Rubenfeld, Morgan, 1991 v Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 129). Najprej mora biti pretok informacij prost do in od zaposlenih v organizaciji, tako da imajo vedno zadosti informacij o svojem delu in da je njihov prispevek k z delom povezanim zadevam legitimno upoštevan in priznan. Drugo, zaposleni morajo sprejeti, da imajo primerno stopnjo samonadzora nad svojim delom in nad odločitvami, ki vplivajo na njihovo dobro počutje. Ko se bodo zaposleni počutili močnejše, bodo delali bolje, bolj bodo predani organizaciji, težje jo bodo zapustili, kar bo vse skupaj vplivalo na večjo učinkovitost organizacije.

Likert (1967) je razvil tipologijo in meritveno lestvico organizacij, ki temelji na avtoritativno-participativni meritveni lestvici. Likertov profil organizacij spremlja percepcije zaposlenih na šestih dimenzijah klime (vodenje, motivacija, komunikacija, odločanje, določanje ciljev in nadzor). Te dimenzije skupaj določajo stopnjo, do katere je organizacija participativna. Z njihovo kombinacijo lahko sestavimo štiri sisteme. Sistem 1 označuje avtoritativni stil vodenja, pretok informacij je enosmeren, zaposleni jih sprejemajo z dvomom. Organizacije, ki spadajo pod sistem 2, označujemo kot »dobronamerne avtoritativne«. V njem se že pojavlja nekaj dvosmerne komunikacije, komunikacija od spodaj navzgor je šibka in filtrirana. Organizacije, ki spadajo v sistem 3, so »posvetovalne« v tem, da se postavijo cilji in naloge, in sicer po razpravi s podrejenimi. Organizacije, ki pripadajo sistemu 4, pa imenujemo »participativne«. Tukaj je komunikacija popolnoma odprta in poteka v obe smeri, odločanje je skupno med zaposlenimi in managementom. Vsi štirje tipi organizacij so prikazani na sliki 13.

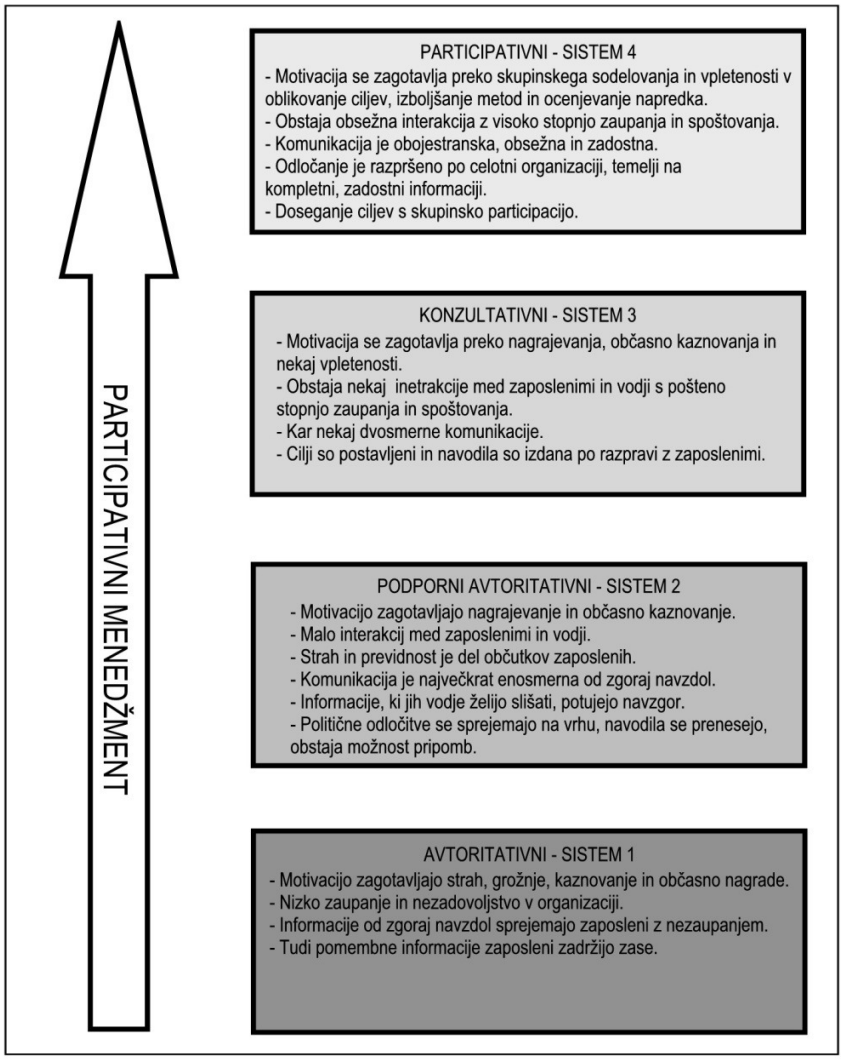
V organizacijah, ki se opredeljujejo za participativne, vodje uporabljajo participativni način vodenja. Določeni raziskovalci (Rost, 1993 v Rok, 2009 str. 465) vodenje definirajo z dinamičnega vidika in ga opisujejo kot odnos med voditelji in zaposlenimi, ki nameravajo izvesti realne spremembe, ki odsevajo njihove vzajemne vzroke. Učinkovitost vodenja je tako odvisno od procesa vplivanja, pod katerega vplivom so ljudje navdahnjeni za doseganje skupnih ciljev, vendar ne prek prisile, pač pa prek individualne motivacije. Na vodenje lahko gledamo kot na skupek vrednot, kvalitet in vedenj, ki jih izraža vodja, z namenom povečanja participacije, razvoja in zaveze zaposlenih. Kvalitete odprtosti in integritete so čedalje bolj pomembne, zato se pojavlja naraščajoča potreba po bolj participativni kulturi vodenj, kjer vodja ne samo da vodi ali vpleta zaposlene v odločanje, pač pa je bolj odprt za povratno informacijo od ostalih zaposlenih. S tem poskuša integrirati jedrno podporo »src in misli« vseh zaposlenih. Vodenje poteka tako od spodaj navzgor kot tudi od zgoraj navzdol. Glede na Ciulla (1998 v

Rok, 2009, str. 465) vodenje ni oseba ali pozicija. Je kompleksen moralen odnos med ljudmi, ki temelji na zaupanju, zavezi, obvezi, čustvih in skupni viziji dobrega.

Primerna oblika komuniciranja v participativnem vodenju je asertivna; opredelimo jo lahko kot odločno, samozavestno, pošteno in spoštljivo komunikacijo. Gre za odgovorno in odraslo ravnanje, kjer za svoja ravnanja in vedenja prevzemamo popolno odgovornost (Možina, Tavčar, Zupan in Kneževič, 2004, str. 422). S takšnim načinom komuniciranja lahko dosežemo »win-win« rezultat, to pa ima pomembno vlogo pri reševanju zapletenih situacij, kjer lahko s pravilnim načinom odzivanja veliko pripomoremo k pravilni usmeritvi reševanja problemov. S tem načinom komunikacije iščemo rešitve, ki so sprejemljive za obe strani. Pri tem informacij ne skrivamo, ampak jih delimo z drugimi. Komunikacija je usmerjena v zadovoljevanje lastnih potreb, želja in mnenj ob upoštevanju potreb in pravic drugih ljudi (Gavranović, 2011, str. 25, 26).

Zdravljenje bolnikov predstavlja jedro organizacijske učinkovitosti, predvsem v zdravstvenih ustanovah, kjer imajo interakcije zaposlenih z bolniki močan učinek na zadovoljstvo bolnikov, kakovost zdravljenja in lojalnost ustanovi. Zdravljenje bolnikov, kakor ga občutijo bolniki, ima večji vpliv na »verjetnost priporočanja storitve« kot klinična uspešnost. Raziskava vpliva participativnega managementa na kakovost zdravstvenih storitev, verjetnost napak v zdravljenju, izgorevanje in fluktuacijo je bila opravljena v ZDA junija 2007 na vzorcu 2522 zaposlenih v 312 oddelkih (Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 127–141). V njej so dokazali, da je v podjetjih, kjer je bila ugotovljena participativna klima, vzpostavljen pristnejši odnos zaposleni–bolnik, ker so zaposleni v participativnih klimah bolj vpleteni in bolj zadovoljni s svojim delom. Zato so motivirani za dodatne usluge svojim bolnikom. Zaposleni v organizacijah s participativno klimo so načeloma izpostavljeni manjšemu omejevanju in osebnemu tveganju, ki bi jih lahko odvrnilo od visokokakovostnih storitev.

Slika 13: Likertov profil organizacij



Vir: Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, The Impact of Participative Perceptions on Customer Service, Medical Errors, Burnout, and Turnover Intentions, 2009, str. 130.

Kot je že bilo opisano, postaja varnost bolnikov ključni cilj delovanja med zdravstvenimi organizacijami in je velikokrat obravnavana kot ključni indikator uspešnosti v organizacijah. Slaba zdravstvena nega oz. slabo zdravljenje je povezano z zapleti pri zdravljenju po kirurških posegih, dodatnim zdravljenjem zaradi padcev in poškodb, ne nazadnje tudi s povečano mortaliteto. Veliko napak v zdravljenju izvira iz slabe komunikacije (Groah, 2006, str. 227). Ta je najpogostejši vzrok za kirurške napake, ki imajo lahko za posledico poškodbo ali celo smrt bolnikov. V bolj participativnih okoljih je pretok informacij manj oviran, zato se verjetnost napak v zdravljenju zmanjša.

Izgorevanje je širok problem med medicinskimi sestrami in tudi ostalimi delovnimi poklici zaradi same narave dela zdravljenja ter velikih obremenitev, ki slonijo na vseh teh profesionalcih (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 817; Lait in Wallace, 2002, str. 464). Izgorevanje je problematično, ker je povezano z veliko negativnimi izhodi, vključno z zmanjšano uspešnostjo, povečano fluktuacijo,

absentizmom in manjšo kakovostjo oskrbe bolnikov. V participativnih okoljih je možnost izgorevanja manjša zato, ker imajo zaposleni več avtoritete pri odločanju o zmanjšanju zahtev dela, več virov za varovanje pred stresom in večji dostop do informacij, ki lahko znižajo njihovo delovno breme. Zdravstvene organizacije se srečujejo s stalnim pomanjkanjem medicinskih sester, zdravnikov, specialistov in ostalih delovnih profilov, kar je posledica staranja delovne sile in stresne narave zdravstvenega dela. Fluktuacija kot ključno dejstvo ne samo zmanjša kakovost zdravstvene oskrbe, je tudi draga. Participativna okolja so močno povezana z večjo predanostjo zaposlenih organizaciji, zato ker participativno vodenje zaposlene oskrbi z večjim dostopom do informacij, večjo podporo in večjo sposobnostjo na vplivanje na odločitve, ki se jih tičejo (Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 139). Zaposleni v participativnih okoljih so bolj zadovoljni s svojim delom, bolj odporni na delovne napore in redkeje iščejo zaposlitev drugje.

3 MODEL UVAJANJA SPREMEMB V ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE Z NAMENOM IZBOLJŠANJA KULTURE VARNOSTI BOLNIKOV

V tem delu doktorata najprej predstavljam lastno celovito konceptualizacijo modela primernega uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije z namenom doseganja kulture varnosti bolnikov. Model je nastal na podlagi podrobnega pregleda ustrezne literature in izkušenj, ki so posledica večletnega delovanja v eni izmed bolnišnic. Med seboj povezuje različne dejavnike, ki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb, v smiselno medsebojno razmerje. Nato sledi podroben opis hipotez raziskovalnega modela kot osrednji cilj disertacije.

3.1 Konceptualizacija modela uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije z namenom izboljšanja kulture varnosti bolnikov

V sliki 14 je prikazano teoretično bistvo naloge, konceptualni teoretični model uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije z namenom izboljšanja kulture varnosti, ki smiselno dopolnjuje primarni model naloge s prikazom poti razvoja temeljne teze. Nadgradila sem ga z vpletenostjo pomembne komponente, in sicer primernega notranjega okolja v zdravstvenih organizacijah, ki ga zagotavlja **participativni management**. **Poklicna kultura** je namreč pomembna neodvisna spremenljivka, ki negativno vpliva na pripravljenost zdravnikov na spremembe. Če bo management v sistem odločanja vključil zdravnike, bo upošteval njihovo poklicno kulturo in s tem vsaj nekoliko zmanjšal njen negativni vpliv. Participativni management je označen še z dvosmerno prosto komunikacijo, obstaja obsežna interakcija med zaposlenimi in managementom zaupanja in spoštovanja. V oblikovanje ciljev so vpleteni vsi zaposleni, motivacija tako temelji na doseganju teh skupno postavljenih ciljev. Odločanje je razpršeno po celotni organizaciji na vseh ravneh.

Na management sprememb vplivata dve strukturni lastnosti, in sicer **organizacijska struktura**, ki daje organizacijsko obliko, in **organizacijska kultura**, ki vpliva na razvoj. Poklicna kultura, ki je enotna in individualna posameznim delovnim skupinam, pa je del organizacijske kulture. To pomeni, da se s spreminjanjem organizacijske kulture spreminja poklicna kultura in obratno. Učeča se bolnišnica kot idejni konstrukt s svojimi petimi značilnostmi (sistemsko razmišljanje, osebno mojstrstvo, grajenje

znanja in timsko učenje, na dokazih temelječa medicina, skupna vizija, usmerjenost v bolnika) pozitivno vpliva na dve značilnosti poklicne kulture zdravnikov in ju dopolnjuje, in sicer na zaupanje v znanost in humanitarne ideje.

Poklicna kultura zdravnikov vsebuje še **psihološko pogodbo**, ki opisuje nenapisano menjalno razmerje med zaposlenimi zdravniki in njihovimi delodajalci ter tako predstavlja obvezo zaposlenega za skupno delovanje, ki tvori pomemben del odnosa zaposlenega do organizacije. Zato upravlja z naslednjimi pričakovanji: kaj zaposleni pričakujejo, da bodo delali, in kaj pričakujejo, da bodo dosegli. Če je ta pogodba bolj odnosna, potem lahko pričakujemo, da bodo zdravniki bolj podprli uvajanje sprememb in napore za uvajanje povečane kulture varnosti, saj jih ta tip pogodbe bolj zavezuje, ker temelji na socialno-čustvenih dejavnikih, kot sta lojalnost in podpora. V zameno lahko managerji pričakujejo, da bodo ti posamezniki ponudili dodatno pomoč prek strogega opisa njihovih del, ko bo podjetje v krizi (Shapiro, 2008, str. 9). Na uspešnost uvajanja sprememb vpliva tudi stopnja nadzora zdravnikov nad spremembami – če bodo spremembe vpeljane v organizacije od spodaj navzgor, ne da bi veliko motile ustaljene vloge, potem je večja verjetnost, da bodo sprejete.

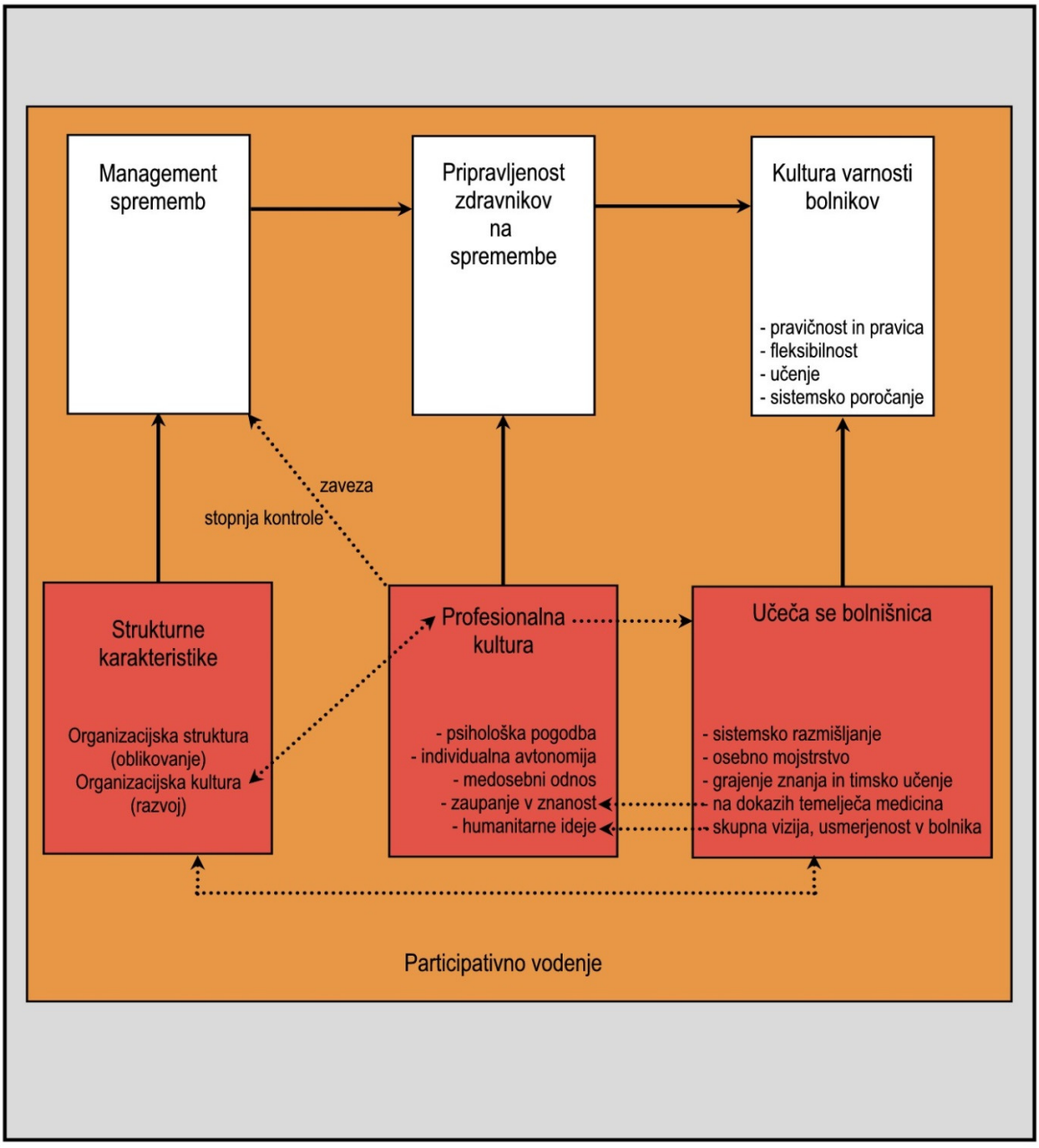
Vse te spremenljivke lahko v svoji najboljši kombinaciji omogočijo povečano kulturo varnosti bolnikov, ki je opredeljena s pravičnostjo in pravico bolnikov in zaposlenih, kar pomeni, da iz kulture sramovanja preidemo v kulturo izboljševanja. Sem spada še fleksibilnost zagotavljanja zdravstvenih storitev – nastajanje medpoklicnih delovnih timov z namenom zdravljenja kompleksnejših bolezni, ki se med seboj stalno učijo in tako stalno soustvarjajo organizacijsko znanje. Pomembno je še sistemsko poročanje o uspehih in napakah z namenom stalnega izboljševanja sistema.

Kultura varnosti bolnikov predstavlja cilj delovanja vsake današnje bolnišnice. Kultura varnosti je del kulture zdravstvene ustanove, oddelka, zdravstvenega tima. Koncept varnostne kulture ne izvira iz zdravstva, temveč iz študij visoko zanesljivih organizacij. Varnostna kultura je osnovana na individualnih vrednotah, stališčih in vzorcih vedenja vsakogar v zdravstveni ustanovi. Izboljševanje kulture varnosti v zdravstvu je dolgoročen, sistematičen in nenehen proces. Je bistvena sestavina preprečevanja napak in izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave. Študije so pokazale velike razlike v zaznavanju kulture varnosti med zdravstvenimi ustanovami, poklicnimi skupinami in celo oddelki iste zdravstvene ustanove (Robida, 2010, str. 20). Kultura varnosti je kompleksen pojav, ki ga bolnišnični voditelji ne razumejo povsem natančno, zato ga je težko operacionalizirati. Pri splošno sprejeti široki organizacijski kulturi varnosti vsekakor igra pomembno vlogo odgovornost vrhnjega managementa (Sammer, Lykens, Singh in Mains, 2010, str. 156).

Kultura varnosti je dejavnik oblikovanja uspešnosti zdravstvenih organizacij, ki obnašanje zdravstvenih profesionalcev vodi v smer spoznavanja bolnikove varnosti kot eno od najvišjih vrednot. Pomembni so štirje vidiki kulture varnosti (Reason, 1997 v Hellings, Schrooten, Klazinga in Vleugels, 2010, str. 490): pravičnost in pravica, fleksibilnost, učenje in sistemsko poročanje. Kultura varnosti je »integriran vzorec obnašanja posameznika in organizacije, temelječ na skupnih verovanjih in vrednotah, ki

kontinuirano iščejo načine zmanjševanja škode bolnikom med procesom njihovega zdravljenja« (Hellings, Schrooten, Klazinga in Vleugels, 2010, str. 490).

Slika 14: Konceptualni teoretični model uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije z namenom izboljševanja kulture varnosti



Če povzamemo, so glede na literaturo glavni napovedovalci pozitivne kulture varnosti v zdravstvenih organizacijah specifično v bolnišnicah komunikacija, ki temelji na vzajemnem zaupanju, dober pretok informacij, organizacijsko učenje, predanost vodstva, nekaznovalni pristop k incidentom in poročanje o napakah. Rezultati kulture varnosti tako vključujejo percepcijo zaposlenih o varnosti, pripravljenost članov zaposlenih o poročanju o neželenih dogodkih, število poročil o neželenih dogodkih in celotni

stopnji varnosti bolnikov, ki jo dajejo zaposleni svojim oddelkom (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar in Hemadeh, 2011, str. 2).

Širok razpon kulture varnosti lahko organiziramo v **sedem subkultur** (Sammer, Lykens, Singh in Mains, 2010, str. 157): (1) **Vodenje:** zavedanje voditeljev, da je okolje zdravstvenih organizacij visoko tvegano in njihovo prizadevanje, da se uravnotežijo vizija/poslanstvo in kompetence zaposlenih, fiskalni in človeški viri naj se iz sejnih sob preselijo v prve bojne linije.
(2) **Timsko delo:** duh kolegialnosti in sodelovanja med izvajalci, zaposlenimi in neodvisnimi praktiki. Odnosi naj bodo odprti, varni, spoštljivi in fleksibilni.
(3) **Na dokazih temelječe zdravljenje:** prakse oskrbe bolnikov naj temeljijo na dokazih. Za zmanjševanje odklonov v zdravljenju je potrebna standardizacija oskrbe. Procesi dela naj bodo organizirani tako, da bodo maksimalno zanesljivi.
(4) **Komunikacija:** oblikovanje takšnega okolja, da ima vsak od zaposlenih, ne glede na njegov opis del in nalog, pravico in odgovornost, da spregovori v imenu bolnika.
(5) **Učenje:** bolnišnica se uči iz lastnih napak in išče nove priložnosti za izboljšanje kakovosti zdravljenja. Učenje je med zaposlenimi cenjeno.
(6) **Pravica:** kultura, ki raje prepozna napake sistemske narave kot individualne.
(7) **Usmerjenost v bolnika:** oskrba bolnika je osredotočena na bolnika in njegove svojce. Bolnik tako ni aktivni udeleženec v svojem zdravljenju, pač pa deluje kot zveza med bolnišnico in lokalno skupnostjo.

Kultura varnosti kot kompleksen pojav se lahko razvije le v določenih organizacijah, in to v tistih, kjer so različne skupine zaposlenih uspele meddisciplinarno sodelovati. Berg-Weger in Schneider (1998 v Bronstein, 2003, str. 299) sta meddisciplinarno sodelovanje definirala kot »medosebni proces, v katerem člani različnih disciplin prispevajo k skupnemu produktu ali cilju«. Bolj pozitivna definicija opredeljuje meddisciplinarno sodelovanje kot učinkovit medosebni proces, ki spodbuja doseganje ciljev, ki jih je nemogoče doseči, če posamezen poklic deluje individualno (Bruner, 1991 v Bronstein, 2003, str. 299). Ta definicija odseva način meddisciplinarnega sodelovanja in ga razmejuje od ostalih tesnih medosebnih procesov, kot so sodelovanje, komuniciranje, koordinacija in partnerstvo (Bronstein, 2003, str. 299).

Pogosta referenca pomembnosti soodvisnosti se pojavlja v besedi **meddisciplinarni tim**. Tim je sestavljen iz dveh ali več profesionalcev, ki skupaj delajo. Kane (1980) je identificiral dva nasprotna vzorca timskega dela. Koordinirano timsko delo je označeno z različnimi poklicnimi vlogami, oblikovanim vodstvom tima, tvorjenjem idej, za katere ni nujno potrebno polno strinjanje vseh udeleženih, in majhnim vplivom na skupinski proces. Integrativno timsko delo pa bolj jasno vključuje sodelovanje med člani tima in je opisano s prepričanjem, da so sposobnosti članov tima za izvajanje svojih poklicnih zadolžitev odvisne druga od druge (Bronstein, 2003, str. 300).

Vpletanje vplivov na medpoklicno sodelovanje postavi model v kontekst. Model opisuje sodelovanje med različnimi delovnimi skupinami, ki je pomembna komponenta vsakdanje prakse, in dodatno vpleta

razumevanje, kaj pripomore in kaj predstavlja ovire k njihovemu oblikovanju; to razumevanje je pomembno za povečanje njihove pojavnosti. Območja, ki jih opisujemo kot vplive na medpoklicno sodelovanje, vključujejo poklicne vloge, strukturne lastnosti, osebnostne značilnosti in zgodovino sodelovanja. Vsaka od njih predstavlja podporo meddisciplinarnim naporom, medtem ko njihova odsotnost predstavlja oviro.

Implikacija za **učečo se bolnišnico** je k bolniku usmerjen pristop, ki temelji na nenehnem izboljševanju standardnih storitev, ki so identificirane z medicinskimi kontrolami in zadovoljstvom bolnikov. Vitalnega pomena pri tem je vgrajevanje pogleda bolnikov v odločanje. Mehanizmi pridobivanja formalne povratne zveze naj vsebujejo raziskave bolnikov, ocenitev njihovih pripomb, konkurenčno uspešnost, svetovanja o kakovosti in nadzor standardov. Pri tem je vedno treba upoštevati neizogibno variacijo v izvajanju storitev. To od timov zahteva določanje norm njihovega dela ali operativnih standardov in ocenjevanje mehanizmov za identifikacijo odklonov od teh norm. Minljivost zahteva vključevanje izgubljenih priložnosti v bolnišnici, kamor spadajo število bolnikov, ki jih zaradi raznih razlogov nismo zdravili, odpovedane operacije ter nesposobnost bolnikov, da bi jih sprejeli in zdravili.

Pri vsem tem nas zanima odgovor na naslednji vprašanji: Ali je v bolnišnico, ki je opredeljena kot »hierarhično, storitveno intenzivno, k znanju usmerjeno okolje«, možno vnesti načela učeče se organizacije? In ali pridobivanje znanja zajema filozofijo kontinuiranega izboljševanja kakovosti? Odgovor na obe vprašanji poskuša podati koncept »učeče se organizacije«, to je bolnišnice, ki zajema filozofijo učeče se organizacije ter pokaže implicitno povezavo med znanjem in kakovostjo. Vseeno so bolnišnice po mnenju mnogih precej kompleksne organizacije za implementacijo Sengejeve teorije. Njihova organizacijska struktura je hierarhične narave, v njih se opravljajo storitveno intenzivne dejavnosti in večina zdravstvenih delavcev se sooča s svojimi čustvi, čustvi bolnikov ter čustvi zdravnikov v precej intenzivnih situacijah. Kakorkoli, Sengejev konstrukt petih »komponentnih tehnologij« izkazuje odličen okvir za začetek (Moumtzoglou, 2003, str. 231).

Jasno je, da »učeča se bolnišnica« zahteva proces kontinuiranega izboljševanja, ki temelji na zadovoljevanju potreb bolnikov v sprejemljivem okviru ekonomskih stroškov. Okvir, v katerem se lahko izvaja paradigma »učeče se bolnišnice«, je Sengejev okvir petih novih komponentnih tehnologij, to so: sistemsko razmišljanje, osebno mojstrstvo, mentalni modeli, skupna vizija in timsko učenje.

Spreminjanje kulture v zdravstvu se največkrat izkazuje v oblikovanju **kulture učenja**, razvijanja kulture poročanj in začetkov premika kulture kaznovanja v kulturo varnosti. Zato so potrebne določene spremembe. Hierarhična narava večine zdravstvenih okolij deluje proti kulturi varnosti. Pobude za zniževanje hierarhije zahtevajo spremembo ključnih jedrnih kulturoloških elementov, vključno z vrednotami, sistemi, predvidevanji in celo spremembo fizične postavitve (Hamilton, Orr in Raboin, 2008, str. 42). Transformacija spreminja kulturo institucije s spreminjanjem osnovnih predvidevanj ter organizacijskega obnašanja, procesov in produktov. Je globoka in prodorna ter prizadene celotno organizacijo, je namerna in se dogaja postopoma (Hamilton, Orr in Raboin, 2008, str. 45).

Katere so najpomembnejše značilnosti organizacij, ki imajo razvito kulturo varnosti? (Agency For Healthcare research and Quality, 2001) (1) Priznavanje visoko tvegane, k napakam nagnjene narave aktivnosti organizacije. (2) Okolje, ki ne obtožuje in v katerem lahko posamezniki poročajo o napakah ter s tem ne tvegajo kaznovanja. (3) Pričakovanje sodelovanja za iskanje rešitve prizadetih. (4) Pripravljenost managementa organizacije, da usmeri vire za povečevanje varnosti zdravljenja bolnikov.

Vodstvo zdravstvenih organizacij poskuša izboljšati kakovost zdravstvenih storitev z uporabo **organizacijske spremembe** kot vzvoda. Na nesrečo trud, vložen v spreminjanje organizacije, velikokrat ne obrodi sadov v smislu izboljšanih storitev. Ni enostavnih odgovorov, zakaj je večina programov uvajanja sprememb neuspešnih. Če hočejo biti izvajalci sprememb učinkoviti, morajo najprej pridobiti predanost spremembi. To lahko storijo z zagotavljanjem organizacijske pripravljenosti za spremembo, opominjati na nezadovoljstvo s sedanjim stanjem, komunicirati z jasno vizijo obljubljenega stanja, promovirati sodelovanje v naporih za spremembe ter razvijati jasen in celovit komunikacijski načrt. Kakorkoli, samo pridobitev obveze ni dovolj. Veliko programov uvajanja sprememb je bilo sprva ocenjenih kot uspešnih, dolgotrajnega uspeha pa vseeno ni bilo. Ključnega pomena je tako zadržanje obveze med negotovostjo, ki je prisotna v prehodnem obdobju. To lahko izvedemo z uspešnim ravnanjem v prehodnem obdobju. Pomagamo si z akcijskimi koraki, kot so npr. konsolidacija spremembe prek mehanizmov povratnih zank in oblikovanje takšne kulture organizacije, v kateri so spremembe njen stalni del (Narine in Persaud, 2003, str. 179–180).

Za uspešno uvajanje sprememb je pomembno vodenje, ki določa smer razvoja organizacije, stalno komunicira in spodbuja zaposlene, deluje motivirajoče in navdihujoče. Takšen način vodenja lahko ustvarja spremembe, velikokrat velike, in ima tudi potencial ustvarjanja zelo uporabnih sprememb. Kotter meni, da management v smislu strogega načrtovanja in kalkuliranja, organiziranja, kontroliranja in reševanja problemov ustvarja red in predvidljivost ter ima kot takšen težnjo konsistentnega ustvarjanja kratkoročnih rezultatov, ki jih pričakujejo različne skupine deležnikov. Sposobnost implementacije spremembe je posledica empatije kot tudi učinkovitosti. Sam proces uvajanja spremembe zahteva nekaj kategoričnih korakov: razlaga, priprava, kontrola in predanost. Potrebna je zadostna komunikacija, prepričevanje, pogajanje, razporejanje, treniranje in obzirno ravnanje s posamezniki. Na koncu je seveda dobro, če se vsi skupaj nekaj iz tega naučijo.

Eden zelo zanimivih zaključkov opazovanja odzivov ljudi na spremembo je, da isto spremembo nekateri pojmujejo kot negativno, drugi pa kot pozitivno. Ta reakcija je poleg različnega predvidevanja o posledicah spremembe odvisna tudi od stopnje vpliva, za katerega posamezniki menijo, da je potreben za vpliv na situacijo. Bolj smo namreč naklonjeni spremembi, ko na razplet dogodkov vplivata naša volja in sposobnost. Jedro naših pozitivnih občutkov je zadovoljstvo, ki izvira iz izražanja naše potrebe po kontroli. Določenih sprememb tako ne obravnavamo kot negativnih zaradi nezaželenih posledic, pač pa zaradi tega, ker jih ne moremo predvideti in jih kontrolirati. Tako je kritični dejavnik, ki vpliva na našo percepcijo spremembe kot pozitivne ali negativne, stopnja nadzora, ki ga imamo nad našim okoljem (Conner, 2006, str. 72).

Evolucija **organizacijske strukture** je integralno povezana z razvojem njene **kulture** in obratno. Struktura in kultura se skupaj razvijata: ena oblikuje drugo in ta je od prve oblikovana. Zato se je v primeru uvajanja sprememb v organizacijo treba zavedati sinhronizacije in komplementarnosti med kulturološkimi in strukturnimi procesi v organizaciji. Ideja, da mora biti organizacijska sprememba koordinirana prek velikega števila dimenzij, od katerih sta struktura in kultura najpomembnejši, ni nova.

V primeru poskusa spreminjanja organizacijske strukture posameznih bolnišnic v zdravstvenem sistemu lahko reformatorji pričakujejo nejevoljo in celo moteče obnašanje dela zdravnikov (Stevens, Starr v Goldsmith, 1993, str. 36; Freeman in Ellis, 2009, str. 280). Z zdravniškega pogleda je zamenjava statusa zdravnikov iz predstavnikov organizacije v njene člane zelo naporen element spreminjanja (Hall, 2005, str. 190; Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009, str. 342). Pri tem bi se ponovno definirale njihove vloge neodvisno od njihovega izbora. Na ramenih upravljalcev pa sloni odgovornost spreminjanja zdravniškega obnašanja iz razdiralnega v sodelovalnega za ponovno oblikovanje zdravstvenih organizacij. Pri tem je pomembno upoštevati skupne vrednote, pozitivno razmišljanje in čustva, ki se manifestirajo v medosebnem sodelovanju in timskemu delu, skupaj z močnimi željami članov tima za njihov prispevek k skupnemu dobremu (Jones in George, 1998 v Liff, 2011, str. 48). Pomembnost tega problema prihaja v ospredje, ker postaja odnos med zdravniki in bolnišnicami čedalje bolj tesen, neodvisno od tega, kakšno obliko bo zdravstveni sistem prevzel v naslednjih letih.

V bolnišnicah se sedaj velikokrat uporabljata koncepta poklica in **profesionalizma** skupaj s poskusi uvajanja dobrih kliničnih praks, ki poudarjajo pozitiven pomen večdisciplinarnih skupin in timskega dela. Zaradi tega prihajajo različne poklicne skupine, ki so bile do sedaj v strogo hierarhičnem odnosu, v medsebojni konflikt (Lait in Wallace, 2002, str. 463, 464; Hall, 2005, str. 190). Koncept poklica je tekoč in nejasen (Grant, 1999 v Campbell in Marshall, 2005, str. 192) . V splošnem se nanaša na vsako zaposlitev, ki zahteva veščine, pridobljene iz specialnega treniranja. V bolj omejenem in tradicionalnem pomenu se definicija nanaša na tiste poklice, ki imajo moč samoregulacije. Ta samoregulacija prinaša poklicno kontrolo v smislu specializiranega znanja, ki se menja za socialni kapital (Tortendahl, 1990 v Campbell in Marshall, 2005, str. 192). Poklic lahko definiramo kot »kompleksno konfiguracijo delovnih izkušenj, ki generira sistematično abstraktno telo znanja za reševanje kompleksnih in dinamičnih problemov, katerih se ne da rešiti z rutinskimi akcijami«. Profesionalizem pa je identificiran kot »socialno prepoznanje specializiranih veščin« (Barton in Evans, 2003, str. 415).

Ključnega pomena za takšno socialno prepoznavanje je, da je skupina navzven ustrezno izobražena in da je zmožna dejanj, ki jih drugi opisujejo kot visoko strokovna (Gale in Austin, 2003, str. 3; Lait in Wallace, 2002, str. 466; Prasad in Prasad, 1994, str. 1438; Spruill in Benshoff, 1996, str. 468). V bolnišnicah tvorijo zdravniki, medicinske sestre in fizioterapevti poklicne skupine, ki izražajo strokovni primat nad delom celotne kompleksne zdravstvene oskrbe. Vsi izvajalci zdravstvenih storitev predvidevajo, da bodo sposobni pomagati bolnikom ali reševati njihove specifične težave. Kadar tega

ne zmorejo, na delu doživijo stres in razočaranje. Avtonomija je »ključni definirajoči atribut poklicnega dela« (Lait in Wallace, 2002, str. 467). Središče konflikta za veliko profesionalcev je zaznana percepcija erozije te avtonomije. Racionalni management, manjšanje proračunov in birokracija so čedalje večkrat v konfliktu z osebno avtonomijo profesionalcev, predvsem tistih, ki so do sedaj imeli vodilno vlogo (Evetts, 2003, str. 22). Dodaten omejujoči faktor individualne avtonomije je prisotnost »skupnega institucionalnega sistema prepričanja, ki skrito določa obliko organizacijskih praks, procedur in struktur, ki jih bo skupina opredeljevala kot zaželene, primerne in/ali legitimne« (Prasad in Prasad, 1994, str. 1434). Ta dejavnik pridobi pomen, ko se pojavlja razhajanje med verovanji, praksami in procedurami institucije ter določene strokovne skupine (Harmer, 2006, str. 491).

Peters in Waterman (1982 v Meyer in Tucker, 1992, str. 467) ugotavljata, da je dominanca in koherenca kulture bistvena kvaliteta uspešnega podjetja. Posledično je reševanje neuglašenosti med kulturo zdravnikov in organizacije ključnega pomena za uspešno spojitev dveh sistemov vrednot. Če bi zmogli doseči enotno kulturo harmonije, bi zdravstvene organizacije lahko bolje delovale. Pomembni atributi profesionalne kulture zdravnikov so individualna avtonomija, medosebni odnos zdravnikov, zaupanje v znanost, humanitarne ideje. Enotno kulturo harmonije lahko dosežemo s skupnim učenjem v obliki medpoklicnega dela med zdravstveno oskrbo. Takšno delo namreč prinaša s seboj potencial podrtja tradicionalnih poklicnih mej in spodbuja skupno delo različnih poklicnih skupin, s čimer se povečuje kakovost različnih storitev (Bradshaw, Coleman in Smith, 2003, str. 30).

Posebna pozornost se v današnjem času namenja temu, kako zdravstvenim profesionalcem zagotoviti vpletenost v nenehno učenje, ki zagotavlja stalen razvoj njihovih poklicnih sposobnosti ter kompetenc in ki se kaže v izboljšani oskrbi za bolnike ter ostalih kliničnih storitvah (Russel, 2005, str. 1). Kadarkoli se razpravlja o promoviranju kontinuiranega učenja in premišljenih praksah na delovnem mestu, je pred tem treba preučiti kontekst, v katerem se bolnišnični praktiki najdejo. Navadno so to medpoklicni timi (Parboosingh et al., 2001 v Russel, 2005, str. 2), ki implementirajo inovativne rešitve kompleksnih problemov različnih razsežnosti.

Medpoklicno učenje lahko sčasoma preraste v družbo znanja (angl. *knowledge building community*) v bolnišničnem okolju. Družbe znanja so tiste skupnosti, katerih delo je posvečeno kontinuiranemu izboljševanju in progresivnemu poizvedovanju, ki vodi do nastajanja novega znanja. Drugače se lahko te skupnosti imenujejo tudi družbe inovacij (Scardamalia, 2002, v Russel, 2005, str. 5). Družbe znanja epistemološko obstajajo zato, da izboljšujejo materialno, socialno in konceptualno znanje, temeljijo pa na Popperjevem (1972) spoznanju treh svetov znanja (Bereiter, 2002 v Russel, 2005, str. 5). V izobraževalne namene je, kot je omenjeno zgoraj, znanje razdeljeno na tri svetove: materialnega, subjektivnega in objektivnega). V zdravstveni praksi je znanje primarno usmerjeno v dva svetova znanja: materialnega in subjektivnega.

Veliko dejavnikov predstavlja osnovo trenutnih izzivov v menedžmentu zdravstvenih ustanov, vseeno pa obstaja rastoče zavedanje med znanstveniki in praktiki, da je največji izziv organizacijske, in ne klinične ali finančne narave. Izboljšave varnosti bolnikov, uspešnosti zaposlenih in zadržanja ključnih

talentov so postale težje dostopne, ker se osebje v zdravstvenem sektorju srečuje z večjimi zahtevami in težjimi delovnimi obremenitvami (Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 812). Zaradi vseh teh izzivov in za zagotavljanje konkurenčne prednosti morajo izvršniki implementirati učinkovite strategije upravljanja za zagotavljanje optimiziranja investicij v človeški kapital. Dokazano je, da so vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, zaupanje in sodelovanje zaposlenih v strategiji upravljanja v prihodnosti nujno potrebni za medpoklicno sodelovanje in za razvoj učeče se bolnišnice, ki v svojem namenu zagotavlja doseganje kulture varnosti.

Participativni management za uspešno implementacijo potrebuje tri dele, in sicer oblikovanje primerne organizacijske strukture in kulture, participativno vodenje in komuniciranje (Branch, 2002, str. 1–3, Yohe in Hatfield, 2003, str. 35, 36; Ramanujam in Rousseau, 2006, str. 820–824, Angermeier, Dunfors, Boss, Boss in Miller, 2009, str. 137). Primerna organizacijska struktura je tako fleksibilna, decentralizirana, v njej managerji del odgovornosti prenašajo na zaposlene, jih vključijo v del odločanja. Hkrati se mora organizacijska kultura razvijati v smeri sodelovanja, timskega dela, lažje dvosmerne komunikacije in doseči vrh v stalnem, skupnem učenju.

Človeški kapital je eden najpomembnejših virov večine industrije in prav tako v družbi znanj. Zaposleni, ki segajo od vrha hierarhične strukture do dna, so sedanjost in prihodnost potencialnega uspeha podjetja. Podjetja morajo od svojih zaposlenih doseči maksimalni izkoristek, tako fizično kot intelektualno. Pri tem igra participativni management ključno vlogo. Participativni management je proces, v katerem se vpliv deli med posameznike, ki so sicer hierarhično v neenakem položaju (Wagner, 1994 v Yohe in Hatfield, 2003, str. 33). Prakse participativnega managementa so priljubljene motivacijske tehnike skupaj s sistemi ocenjevanja in spodbud (Gillberg, 1988 v Yohe in Hatfield, 2003, str. 33). Participativno odločanje poveča organizacijsko učinkovitost, izboljša odnose med managerji in delavci, poveča kreativnost in produktivnost, poveča lojalnost družbi ter zmanjša absentizem in fluktuacijo (Tannabaum in Allport, 1956 v Yohe in Hatfield, 2003, str. 33).

Največje ovire pri implementaciji participativnega managementa so (Ashworth, 1985; Gilberg, 1988; Parnell et al., 2002; Wessel, 1993 v Yohe in Hatfield, 2003, str. 34): organizacijska birokracija in struktura, ki se usmerja na uniformiranost, konsistenco in nadzor z vrha, kultura, ki ne vsebuje participativnega managementa kot vrednote ali norme, delavci, ki nimajo želje ali znanja in se zato ne počutijo kompetentne, da soodločajo, slaba komunikacija, povečana delovna obremenitev in stres na delovnem mestu, strah pred nepravilnimi odločitvami ter konfliktne managerske prioritete. Raziskovalci so se usmerili na dejavnike, ki lahko implementacijo participativnih sistemov pospešujejo ali olajšajo. Te faktorje so razdelili na štiri velike kategorije: nagnjenja managementa in zaposlenih, kakovosti vodenja, komunikacija in strategija ravnanja s človeškimi viri pri delu.

Osrednje videnje vodenja je uglaševanje različnih logik v odnosu do različnih nalog. Razvoj integrativnih hkratnih modelov vodenja je lahko strateške narave, podprt z oblikovanjem robustne infrastrukture (Rutherford et al., 2005 v Wikstrőm in Dellve, 2009, str. 421). Vodenje je pomemben dejavnik v določanju pogleda delavcev na lastno službo in organizacijo (Alimo-Metcalfe in Alban-

Metcalfe, 2005, 2008; Borrill et al., 2005 v Caykoylu, Egri, Havlovic in Bradley, 2011, str. 12). Na tej osnovi sta se izoblikovali in bili identificirani dve dimenziji, ki sta opisovali tipično obnašanje vodenja, in sicer upoštevanja vedenja zaposlenih in poznavanje začetne strukture zgodaj v literaturi vodenja (Bass, 1990; Fleishman, 1995 v Caykoylu, Egri, Havlovic in Bradley, 2011, str. 12). Upoštevajoče vedenje označuje način participativnega vodenja kot skrb za dobro osebno počutje zaposlenih, zanimanje za medosebne odnose, prijateljstvo in vzajemno zaupanje. Poznavanje začetne strukture označuje vodenje, usmerjeno k nalogam, ki se usmerja na razjasnitev zahtev nalog za doseganje ciljev, definiranje in organiziranje delovnih vlog ter vzpostavitev jasnih mehanizmov komunikacije (Caykoylu, Egri, Havlovic in Bradley, 2011, str. 12).

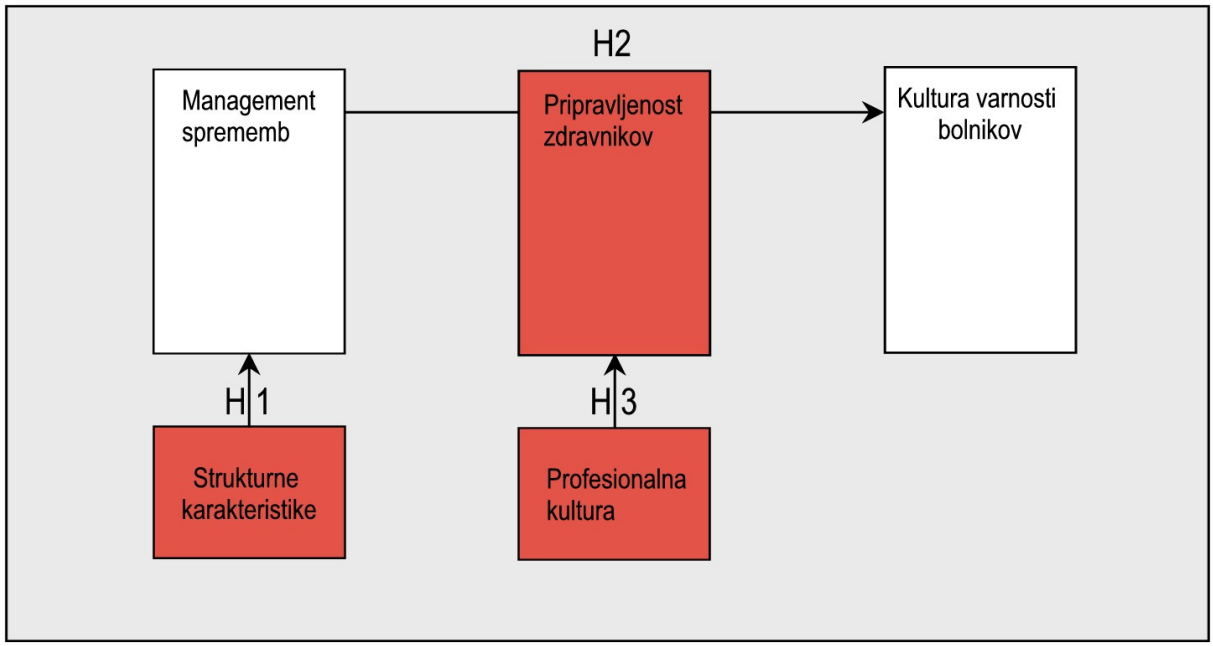
3.2 Hipoteze raziskovalnega modela

Osrednja raziskovalna dilema je, ali je mogoče z ustreznimi strukturnimi karakteristikami in spremenjenim vplivom na pripravljenost zdravnikov za spremembe uspešno uvesti spremembe v zdravstvene organizacije in s tem izboljšati varnost bolnikov. Raziskovalni vprašanji lahko oblikujem takole:

(R1): *Kako vplivajo strukturne lastnosti na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije?*
(R2): *Kakšen je vpliv poklicne kulture zdravnikov na njihovo pripravljenost na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije?*

Raziskovalni vprašanji (***R1, R2***) se usmerjata v identifikacijo in potrditev dejavnikov, ki vplivajo na implementacijo sprememb v zdravstvene organizacije. Model prikazuje neposreden vpliv strukturnih karakteristik, kamor spadata organizacijska struktura in organizacijska kultura na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. V njem sta prikazana še dva dejavnika, in sicer mediacijska vloga pripravljenosti zdravnikov na spremembe in vpliv poklicne kulture na njihovo pripravljenost. Za uspešno uvajanje sprememb v javne zdravstvene organizacije je potreben tudi učinkovit management sprememb, ki naj bi vseboval točno določen proces uvajanja sprememb v celoti. Model postane dosegljiv le s pomočjo participativnega vodenja, za katerega so značilni vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, zaupanje in sodelovanje vseh zaposlenih. Celotna transformacija je pomembna zaradi potenciala povečanja kakovosti zdravstvenih storitev s poudarkom na izoblikovanju kulture varnosti bolnikov. Na sliki 15 prikazujem model svoje doktorske disertacije s prikazom povezav in poti razvoja temeljne teze.

Slika 15: Model doktorske disertacije (prikaz povezav in poti razvoja temeljne teze).



Na osnovi podanih problemskih izhodišč postavljam tezo doktorske disertacije, ki pravi, da *pravilen pristop k managementu sprememb in za uvajanje sprememb primerne strukturne karakteristike zagotavljajo izvajanje kulture varnosti v zdravstvenih organizacijah. Uspešnost tega procesa je odvisna od pripravljenosti zdravnikov na spremembe, na katero pa ima velik vpliv njihova poklicna kultura.*

Za potrebe kvalitativnega raziskovalnega pristopa postavljeno temeljno tezo podrobneje pojasnjujem s spodaj podanimi tremi hipotezami.

Hipoteza 1: Organizacijska sprememba mora biti koordinirana prek velikega števila dimenzij, od katerih sta najpomembnejši struktura in kultura. Fleksibilna, položnejša organizacijska struktura*, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje,* ***pozitivno vpliva na uvajanje sprememb*** *v organizacije (Senge, 1990; Larsen, McInerney, Nyquist, Silsbee in Zagonel, 2002; Dimovski, Penger, Škerlavaj in Žnidaršič, 2005; Chen, 2007). Dokazano ima takšna struktura enako vlogo tudi v zdravstvenih organizacijah (Healy in Braithwaite, 2006; Shortell, Bennett in Byck, 1998; Ennis in Harrington, 1999; Øvretveit, 2009; Chreim, Williams in Coller, 2012). Tradicionalna organizacijska struktura ne podpira uvajanja sprememb, ne prinaša razvoja in ne inovacij (Plsek, 2003; Dűckers, Wagner, Vos in Groenewegen, 2011). V slovenskih bolnišnicah je prisotna mehanistična organiziranost, ki je najbolj očitna pri zaposlenih v medicini in upravi ter pri starejši in bolj izobraženi populaciji (Skela Savič, 2007). Kar nekaj raziskav pa dokazuje, da je* ***za uspešno implementacijo sprememb nujno potrebno, da se te prilagodijo organizacijski kulturi in jo spreminjajo hkrati z organizacijsko strukturo*** *(Bate, Khan in Pye, 2000) v kulturo sodelovanja, kar velja tudi za zdravstvene organizacije (Appelbaum in Wohl, 2000; Olden in McCaughrin, 2007; Weiner, 2009; Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009; Adamson, Warfa in Bhui, 2011; Carlstrőm in Ekman, 2012). Veliko študij je dokazalo, da ima*

participativni management pomembno pozitivno vlogo v omejevanju odpora do sprememb *(Lenz in Lyles, 1986; Waddel in Sohal, 1998; Pardo-del Val, Martinez-Fuentes in Roig-Dobón, 2012). Franco in Almeida (2011) sta dokazovala, da je orodje, ki lahko* ***pospeši organizacijski proces prilagajanja spremembam, organizacijsko učenje, ki ga lahko obravnavamo tudi kot znanilca sprememb****. Podobno sta dokazovali študiji Amitay, Popper in Lipshitz (2005) ter Rijal (2010).*

Hipoteza 2: *Dokazano je, da* ***pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov****. Pripravljenost zdravnikov se lahko poveča na več načinov. Veliko raziskav poudarja* ***vpletenost zdravnikov v spremembe*** *(Cohn, Friedman in Allyn, 2007; Wall, 2007) in* ***večanje moči zaposlenih*** *(Rowley, 2006). Narine in Persaud (2003) ter Jacobson in Jazowski (2011) pa poleg participacije svetujejo še prepoznanje potrebe po spremembi, jasno komunikacijo, pridobitev konsolidacije s povratnimi zankami in nazadnje vgraditev spremembe v organizacijsko kulturo. Še vedno pa določene skupine zdravnikov ne razumejo, zakaj se v njihovo stalno prakso uvajajo programi izboljšanja kakovosti dela (Audet, Doty, Shamasdin in Schoenbaum, 2005).*

Hipoteza 3: Poklicna kultura ima negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije *(Shortell, Bennet in Byck, 1998; Meyer in Tucker, 1992; Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009; Almås in Ødegård, 2010). Zato je treba ustvariti »kulturo spremembe«, ki pospešuje spreminjanje ter ve, kako spremembo učinkovito uravnotežiti in jo integrirati v obstoječe sisteme (Bowden in Smiths, 2012). Če organizacije poskusijo uvajati bolj omejeno, standardizirano okolje v sicer raznolike načine ustaljenega načina dela in razmišljanja, so zdravniki manj naklonjeni uvajanju sprememb, saj hočejo pri odločanju obdržati svojo individualno avtonomijo, zajeto v psihološki pogodbi, ki je pomemben del njihove poklicne kulture (Musgrave, 1989; Freeman in Ellis, 2009; Culbertson in Lee, 1996; Vaughan, Thomas in Musgrave, 1989). Z uvajanjem določenih novosti namreč zdravniki pridobijo občutek kršenja svoje psihološke pogodbe (Zhao, Wayne, Glibkowski in Bravo, 2007; Grimmer in Oddy, 2007; DelCampo, 2007).*

4 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA

V tem poglavju bomo predstavili najprej hipoteze naloge, sledi opis operacionalizacije metodološkega inštrumentarija s prikazom oblike (načrta, protokola, logičnega modela) doktorske disertacije in z opisom vseh uporabljenih metod. Kot raziskovalno tehniko bomo uporabili kvalitativno tehniko – tehniko študije primera. Kvalitativno raziskovanje kot oblika sodobnega znanstvenega raziskovanja v zadnjih letih pridobiva pomen ravno zaradi številnih prednosti in edinstvenosti, ki jih je s takim pristopom moč pridobiti zlasti pri preučevanju vodenja in razvoja teorije organizacije.

V slovenščini se je izraz »študija primera« splošno uveljavil za angl. *case-study* (iz lat. *cadere*, pasti; *casus*, kar se pripeti, slučaj, zadeva), nem. *Fallstudie,* srb. *studija slučaja;* od casus pride kazuistika, opisovanje, proučevanje primerov (psihološka, pravna k.) (Mesec, 1998, str. 1).

Naj najprej navedem nekaj definicij po literaturi:
»Proučevanje posameznih primerov ni kakšna posebna tehnika. To je način organizacije družbenih podatkov z namenom, da se ohrani enkratni značaj predmeta proučevanja. Ali nekoliko drugače: to je metoda, ki vsako družbeno enoto obravnava kot celoto. Tak pristop skoraj vedno vključuje razvoj te enote« (Good, Hatt 1966, v Mesec, 1998, str. 2). »Študija primera je predvsem proučevanje kake družbene enote kot celote.«

»Študija primera je empirična raziskava, ki preiskuje sodobni pojav v njegovem realnem življenjskem kontekstu, ko meje med pojavom in kontekstom niso evidentne; v njej se uporablja več virov empirične evidence« (Yin, 2003, str. 13).

Iz gornjih definicij je razvidno, da se pojem »študija primera« uporablja za raziskovanje pojavov s pomočjo proučevanja posameznih primerov (1) družbenih entitet, (2) družbenih procesov in postopkov ter (3) proizvodov materialne in duhovne kulture v njihovem realnem življenjskem kontekstu tako, da se o primeru zbere podatke iz različnih virov in z različnimi metodami, da se primer podrobno in celostno opiše in analizira ter se na tej osnovi oblikuje teoretične pojme, pojasnitve in posplošitve (generalizacija) ali pa pojasnitve narave in posameznih primerov samih, njihovega razvoja in procesov (specifikacija) (Mesec, 1998, str. 3).

4.1 Izhodišča raziskovalnega pristopa

Teoretični del, ki uokvirja osnovne koncepte managementa sprememb, primernega managementa v bolnišnicah in vpliv dejavnikov na njuno izvajanje, temelji na uporabi več različnih znanstvenih metod preučevanja. Osnovna metoda je splošna raziskovalna metoda spoznavnega procesa, s pomočjo katere bodo zbrana dejstva, podatki in informacije o zgoraj naštetih opredelitvah, pojavih in elementih. V empiričnem delu pa bom uporabila metodo sodobnega znanstvenega pristopa, kvalitativne študije primera razmišljanja in vedenja zdravnikov izbrane bolnišnice Splošne bolnišnice Trbovlje (v nadaljevanju SBT), ki je podprt z uporabo več različnih temeljnih kvalitativnih raziskovalnih metod in kvantitativne metode raziskovanja.

Predstavitev metodologije vključuje najprej opredelitev kvalitativnega raziskovanja, primerjavo študije primera z ostalimi raziskovalnimi strategijami v socialnih vedah, opis protokola študije primera in posploševanje študije primera v primerjavi s statističnim posploševanjem. Sledil bo natančnejši opis kriterijev za zagotavljanje kakovosti študije primera ter opis merjenja in virov kvalitativne analize, etičnih pravil in faz kvalitativnega pristopa študije primera. Nadaljevali bomo z opisom metodološke oblike raziskave in raziskovalnih metod disertacije.

Za študijo primera smo se odločili, ker ta študija po definiciji za pristop pri raziskovanju pojavov uporablja proučevanje družbenih procesov in postopkov v njihovem realnem življenjskem kontekstu z zbiranjem podatkov iz različnih virov in z različnimi metodami. Primer zaznavanja uvajanja sprememb velike večine zdravnikov v Splošni bolnišnici Trbovlje in njihovo sprejemanje smo tako podrobno in celostno opisali in analizirali. Pri tem smo se osredotočili tudi na njihovo zaznavanje, ocenjevanje ter hkrati želene odvisne in neodvisne dejavnike uvajanja sprememb. Tako so nas zanimale strukturne karakteristike: organizacijska struktura, organizacijska kultura in učeča se organizacija ter seveda ocena poklicne kulture zdravnikov. Na tej osnovi smo oblikovali teoretične pojme, pojasnitve in posplošitve.

Mnenja zdravnikov smo zbirali z anketnim kvantitativnim vprašalnikom in nato še s kvalitativnimi metodami raziskave: strukturirani intervjuju s specialisti, pogovori v fokusnih skupinah mlajših zdravnikov in opazovanjem zdravnikov med razlaganjem pomena raziskave med razdeljevanjem ankete ter opazovanjem med izvajanjem intervjujev in pogovorih v fokusnih skupinah. Glede na to, da je SBT manjša splošna bolnišnica, ki izvaja storitve na zahtevanih vsaj štirih področjih zdravljenja – interni medicini, splošni kirurgiji, pediatriji in ginekologiji s porodništvom – menimo, da so sklepi raziskave lahko prenosljivi na ostale bolnišnice, z izjemo terciarnih centrov, kjer je seveda struktura dela povsem drugačna. Za večjo zanesljivost raziskave smo izvedli še internetno anketno kvantitativno raziskavo med zdravniki treh večjih slovenskih splošnih bolnišnic: Splošne bolnišnice Murska Sobota, Splošne bolnišnice Celje in Splošne bolnišnice Novo mesto.

Konkretna študija primera spada glede na raven ali naravo med študije posameznih primerov družbenih entitet. Študija je narejena na področju družbenih ved, saj me kot raziskovalca zanima delovanje celotnega družbenega organizma v svojem okolju. Glede na število proučevanih primerov spada študija med pluralne ali komparativne študije primera (tudi razširjena, angl. *extended, multiple*). V to skupino spada zato, ker smo dodatno izvedli kvantitativno študijo še v drugih treh bolnišnicah poleg izbrane. Dodatni primeri k raziskavi prispevajo dvoje: omogočijo, da vidimo, kako se določene značilnosti ponavljajo in tako utrjujejo predstavo ponavljajočega se vzorca; poleg tega pa omogočijo dodajanje novih in novih značilnosti ter novih vzorcev in tako omogočajo vpogled v variacije osnovnega vzorca in odkrivanje novih vzorcev. Glede na sestavljenost enot analize spada študija med študijo primera enostavnih enot. Bolnišnico bomo proučevali kot eno enoto, ker nas zanima uvajanje sprememb vanjo kot celoto. Glede na vrsto empiričnega gradiva spada študija med primarne študije, ker bomo uporabljali izključno gradivo, ki ga bomo pridobili s spraševanjem in opazovanjem.

V študiji primera bomo poskušali zagotavljati kakovost dela s tem, da bomo (1) o družbeni entiteti zbrali veliko različnih podatkov. Pri študiji primera ne uporabljamo enega samega merskega instrumenta in ne merimo le eno ali manjše število značilnosti, ampak zberemo veliko podatkov o zelo različnih vidikih družbene enote. Konkretno bomo preučevali zaznavanje uvajanja sprememb zdravnikov in dejavnike sprejemanja sprememb na več načinov. S kvantitativno raziskavo (ankete) in z več metodami kvalitativne študije (strukturiran kvalitativni intervju, pogovori v fokusnih skupinah, opazovanje zdravnikov z udeležbo). (2) Pridobili bomo podatke z različnih področij in ravni abstraktnosti. Pri proučevanju uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije se ne bomo omejevali le na eno področje ali vidik preučevanja v strukturi te enote, to je zaznavanje sprememb zdravnikov v bolnišničnem okolju in njihove dejavnike, ampak nas bo zanimalo še zaznavanje primernega načina managementa v bolnišnicah, kamor seveda spadata tudi motivacija in komunikacija.

4.1.1 Opredelitev kvalitativnega raziskovanja

Sodobna opredelitev kvalitativnega raziskovanja podaja, da je pojem »kvalitativno raziskovanje« skupni pojem za zelo različne teoretične, metodološke in metodične pristope k družbeni resničnosti (Mesec, 1998). Kvalitativno raziskovanje pojmujemo na različnih ravneh – po eni strani kot samostojno dopolnilo, po drugi strani kot nasprotje, razmejitev in poseben poudarek v odnosu do eksperimentalnega, iz teoretičnih modelov izhajajočega in kvantitativnega družboslovnega raziskovanja, ki se usmerja pretežno po paradigmi enotne znanosti (tj. po naravoslovno-eksperimentalni paradigmi) (Kardorff, 1994 v Penger, 2006). Kvalitativna raziskava je tista, pri kateri osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, sestavljajo besedni opisi ali pripovedi in v kateri je to gradivo tudi obdelano ter analizirano na besedni način, brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, in brez operacij nad števili.

Študija primera je predvsem uporabna in najbolje služi naslednjim namenom. (1) **Za proučevanje celote v njenem kontekstu**. Študija primera je indicirana predvsem tedaj, ko želimo spoznati celoto, družbeno entiteto v njenem kontekstu in jo rekonstruirati. To lahko storimo z zbiranjem raznolikih podatkov, podatkov različnih področij in ravni abstraktnosti družbene entitete ter z oblikovanjem tipologije, sestavljenih indeksov in prikazom spremembe v času. (2) **Za generiranje pojmov (konceptualizacijo).** Študija primera je primerna za oblikovanje pojmov na induktiven način iz empiričnega gradiva s pomočjo več stopenj ali faz kodiranja, to je postopnega abstrahiranja pojmov, njihovega poimenovanja in nato povezovanja v različne odnosne modele. (3) **Za generiranje hipotez, eksplanacij in teorij.** Proces oblikovanja pojmov, ki se nadaljuje v povezovanju pojmov v pojmovne modele in nato v hipoteze, ki so lahko deskriptivne pa tudi eksplanativne. Študijo primera lahko uporabljamo za preverjanje določene teorije. (4) **Za preverjanje hipotez.** Good in Hatt (1966) navajata to funkcijo študije primera kot zadnjo in najbolj tipično. Po Glaserju in Straussu ter drugih teoretikih kvalitativne metodologije pa kvalitativna analiza vključuje tako generiranje hipotez kot njihovo verifikacijo v postopnem širjenju kroga spoznavanja – hermenevtičnega kroga (Mesec, 1998, str. 5).

V konkretnem primeru bomo uporabili študijo primera zaradi tega, ker želimo spoznati celoto, družbeno entiteto sprejemanja, zaznavanja sprememb v zdravstveni organizaciji v njenem kontekstu. Konkretna študija je namenjena predvsem za preverjanje hipotez, ki so bile postavljene v enakih okoljih v drugih državah.

Med vodilnimi sodobnimi pisci o kvalitativnem raziskovanju v svetu zasledimo dela Roberta K. Yina (1994, 2002, 2003), ki poleg lastnih prispevkov k razvoju kvalitativnega raziskovanja povzema zgodovinski pregled uveljavitve te metode in izpostavi pionirsko delo znanstvenice Jennifer Platt (1992). Njeno definicijo študije primera navajamo v naslednjem poglavju. Med slovenske znanstvenike in prve preučevalce kvalitativne metodologije raziskovanja uvrščamo profesorja Blaža Meseca (1997, 1998), ki je v letu 1975 kot eden od prvih slovenskih znanstvenikov na Slovenskem izvedel kvalitativno raziskavo, in sicer s področja socialnega dela (Mesec, 1998). Med mlajšimi, sodobnimi avtorji pa na področju managementa in organizacije zasledimo večje delo Peljhanove (2005) in delo Pengerjeve (2006). Doc. dr. Peljhanova (Peljhan, 2005) je prva vnesla izkušnje in primer kvalitativne metode študije primera na področje raziskovanja poslovno-ekonomskih znanosti v Sloveniji, in sicer na primeru izvedbe študije primera podjetja Trimo. Doc. dr. Pengerjeva pa je izvedla zelo kakovostno študijo primera na istem področju raziskovanja, in sicer na primeru podjetja LifeClass.

4.1.2 Opredelitev raziskave študije primera kot kvalitativne metode raziskovanja

Jennifer Platt (1992) je opisala začetek študije primera kot »logiko dizajna /…/, strategijo, ki jo uporabimo, kadar so okoliščine in raziskovalni problemi primerni zanjo bolj kot za ideološko sledenje, ne glede na posledice« (Platt, 1992 v Yin, 2003, str. 13). Kaj je logika dizajna? Tehnična definicija se začne z obsegom študije primera: študija primera je empirična preiskava, ki raziskuje trenutni pojav v svojem resničnem kontekstu, predvsem kadar meje med fenomenom in kontekstom niso jasno vidne. Povedano drugače, študijo primera raziskovalci uporabljajo, kadar hočejo namerno raziskati kontekstualna stanja v verovanju, da so visoko primerna za raziskovalni fenomen študije. Eksperiment namreč namerno ločuje fenomen od vsebine, tako da usmerja pozornost samo na nekaj spremenljivk. Takšne raziskave bi rade opravile s fenomenom in kontekstom, a je njihova sposobnost raziskovanja konteksta ekstremno omejena.

Fenomena in konteksta ne moremo vedno razlikovati v situacijah realnega življenja, zato obstaja celoten set drugih tehničnih značilnosti, vključno z zbiranjem podatkov in strategij analiziranja podatkov, ki sestavljajo drugi del tehnične definicije, ki pravi, da povpraševanje študije primera obračunava s tehnično značilno situacijo, v kateri obstaja veliko več spremenljivk zanimanja, kot kažejo podatki. Zato se rezultat nanaša na različne vire dokazov, vključno s podatki, potrebnimi za konvergenco v procesu triangulacije, in pridobiva koristi od prejšnjega razvoja teoretičnih predlogov za vodenje zbiranja podatkov in analizo. Z drugimi besedami, študija primera kot raziskovalna strategija obsega vseobsegajočo metodo – pokrije logiko dizajna, tehnike zbiranja podatkov in specifične

pristope analize podatkov. Zato študija primera ni samo taktika zbiranja podatkov ali samo funkcija dizajna, pač pa celovita raziskovalna strategija (Yin, 2003, str. 13–14).

4.1.2.1 Epistemološko-logična problematika

Epistemološko-logična problematika se ukvarja z vprašanjem, kako lahko s študijo primera zagotavljamo ugotovitve, ki so v skladu z načeli in zahtevami znanstvenega raziskovanja. V zvezi s študijo primera se nam namreč neprestano postavlja vprašanje, ali smemo posploševati ugotovitve, dobljene pri proučevanju enega samega primera. Logika študije primera temelji na odnosu posameznega, posebnega in občega. Posamezno je nekaj, kar je samo sebi lastno, ne da se dalje deliti ter je v tem nasprotno posebnemu in občemu. Obče je tisto, kar je skupno celi skupini primerov; ni značilno le za en primer, ampak za množico posameznih reči. Posebno je del občega, torej je tisto obče, ki se nanaša na manjše število primerov. Posebno je torej obče, ki je po obsegu manjše od občega (Filipović 1984; Blackburn 1994 v Mesec, 1998, str. 9).

Tipiziranje. S procesi tipiziranja vzpostavimo razlike med določenimi (individualnimi) pojavi ter razmerje med individualnimi in občimi pojavi. S tipizacijami, ki so sintetizirajoče interpretacije, vzpostavimo odnos med določenimi individualnimi fenomeni (relacijo podobnosti). Pri tipiziranju gre tako za poimenovanje posameznih vedenj, dejanj, oseb s splošnimi pojmi. Tipizacije se lahko nanašajo na najrazličnejše fenomene. Tipiziramo lahko materialne predmete, osebe, situacije, pa tudi posamezna dejanja, vedenja, sestavljene obrazce ravnanja itd. V skladu z interesom raziskovalca lahko isti fenomen tipiziramo na različne načine (Bohler, 1985; Straub 1990 v Mesec, 1998, str. 12–13).

Interpretacija. Študija primera je način kvalitativnega raziskovanja, katerega drugo ime je interpretativno raziskovanje. Osrednji pojem te vrste raziskovanja je interpretacija. Straub (1990 po Bohnsack, 1987 v Mesec, 1998, str. 14) razlikuje dve vrsti interpretacije: formativno (formulirajočo) in refleksivno (reflektirajočo); pri analizi gradiva si sledita prav v tem zaporedju. (1) Formativna interpretacija. S formativno interpretacijo raziskovalec kolikor mogoče neposredno upošteva besede intervjuvanca ter se giblje znotraj sistema usmeritev in pričakovanj intervjuvarja. »Formativna interpretacija je imanentna rekonstrukcija avtorjevega razumevanja sveta in samega sebe« (Straub, 1990 v Mesec, 1998, str. 14). Pri formativni interpretaciji primerjamo posamezne segmente gradiva med seboj; to primerjanje na osnovi podobnosti oziroma različnosti omogoča kodiranje ali klasificiranje delov besedila. (2) Refleksivna interpretacija. Strukture, ki smo jih odkrili, primerjamo z drugimi sistemi. Tudi pri formativni interpretaciji ne moremo povsem izključiti zunanjih primerjav. Pri refleksivni interpretaciji jih skušamo izpostaviti.

Analitična indukcija (analitična generalizacija). Pri študiji primera temelji sklepanje na analitični indukciji (analitični generalizaciji), in ne na statistični (enumerativni) indukciji. Statistična (enumerativna) indukcija je postopek, na katerem temelji vzorčenje in posploševanje na osnovi vzorčenja; to je sklepanje iz lastnosti vzorca enot na celotno populacijo enot, iz katere smo na naključen način (naključno vzorčenje) izbrali manjše (relativno glede na obseg populacije) število enot. Pri takem sklepanju nas ne zanima strukturna ali funkcionalna povezanost lastnosti znotraj posameznih

enot, ampak samo njihova prisotnost ali odsotnost oziroma kvantitativna izrazitost in razlike ali korelacijske zveze. Analitična indukcija eksplicira značilno logiko za analizo podatkov. Raziskovalec razvija grobo formulacijo fenomena, ki ga razlaga, in začetna hipoteza razlaga fenomen. Z natančnim raziskovanjem podatkov enega za drugim se poskuša raziskovalec prebiti do popolne razlage, to je razlage, ki se prilega vsakemu primeru in ki ustreza definiciji raziskovalnega fenomena (Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 428).

Logika replikacije (analogija z eksperimentom). Pri študiji primera naj bi glede posploševanja veljala enaka logika kot pri eksperimentu. Eksperimentu da prepričljivost tesna zveza s teorijo, namerno manipuliranje spremenljivk in jasen model. Vse našteto lahko dosežemo s študijo primera, razen učinka nazornosti, ki ga prispeva neposredna manipulacija eksperimentalnih spremenljivk. Prednost študije primera je, da omogoča ne le preverjanje hipotez, deduciranih iz teorije, ampak tudi odkrivanje hipotez in oblikovanje novih teorij, zato ni razloga, da študije primera ne bi smele ali mogle biti izvajane v teoretičnem kontekstu; nasprotno je tudi študija primera umeščena v teoretični kontekst in samo v prid ji je, če so njene zveze s teorijo eksplicitne in tesne. Rezultat študije primera je lahko (in običajno je) ne le povsem jasna struktura spremenljivk, ampak tudi mnogo bogatejša, bolj prepletena in manj reducirana struktura, iz katere pa je možno poljubno analitično izdvajati posamezne splete povezav.

V konkretni študiji smo za namen analiziranja rezultatov najprej uporabili tipizacijo rezultatov, kjer smo določili razlike med določenimi individualnimi fenomeni ter razmerje med individualnimi in občimi fenomeni. Odgovore zdravnikov smo namreč kodirali, in sicer posamezno besedo, besedno zvezo ali stavek, ki predstavlja samostojno entiteto, nato pa vsaki entiteti pripisali pojem prvega reda, ki kodirano entiteto opiše na krajši način. Zatem smo tvorili kategorije, ki so nadrejeni pojmi pojmom prvega reda. Vsaka kategorija tako predstavlja samostojno dimenzijo konstrukta, ki je predmet raziskovanja. Analizo smo predstavili v kodirni tabeli, v kateri so pri vsakem vprašanju zbrani odgovori intervjuvancev oziroma udeležencev foksunih skupin.

Tako smo v posameznih individualnih odgovorih poiskali splošne značilnosti in jih potem interpretirali. Najprej smo uporabljali formativno interpretacijo, kjer smo se strogo gibali v strukturi stavkov in jih povezovali na podlagi skupnih značilnosti, nato smo s pomočjo refleksivne interpretacije, kateri je bila osnova poznavanje okolja in razmer, skušali pridobiti bolj globok vpogled v vsebino stavkov in jih na podlagi tega tudi smiselno analitično generalizirali. Z natančnim raziskovanjem podatkov in vživljanjem v konkretno situacijo smo se poskušali prebiti do popolne razlage, to je razlage, ki se prilega vsakemu primeru in ki ustreza definiciji raziskovalnega fenomena. Prepričljivost študiji dasta tesna zveza s teorijo in jasen model.

4.1.2.2 Raziskovalni načrt študije primera

Protokol študije primera lahko imenujemo tudi načrt raziskave študije primera in predstavlja pomemben način povečevanja zanesljivosti raziskave študije primera. Njegov namen je vodenje raziskovalca v zbiranju podatkov. Vsebuje tako instrumente kot tudi postopke in splošna pravila,

katerim je treba slediti. V splošnem naj bi protokol študije primera vseboval naslednja področja; (1) pregled projekta študije primera – njegove cilje in napovedi, probleme in relevantno literaturo o predmetu raziskovanja; (2) področne procedure – prikaz poverilnic, dostop do mest študije primera, splošne vire informacij, proceduralne opomnike; (3) vprašanja študije primera – specifična vprašanja, na katera raziskovalec ne sme pozabiti, tabelarične izpise za specifične podatke in potencialne vire podatkov, ki ponujajo odgovor na vsako vprašanje; (4) vodnik oblikovanja poročila študije primera – oblika, oblika podatkov, uporaba in prikaz ostalih dokumentov, bibliografske informacije. Že hiter pogled na področja protokola nam pokaže namen protokola študije primera. Raziskovalcu omogoča osredotočenje na predmet raziskovanja. Z njegovo pripravo raziskovalec vnaprej predvidi večje težave. Raziskovalec se tako vnaprej sooči z identifikacijo avdience za svojo raziskavo in v ta namen prilagodi zaključno poročilo (Yin, 2003, str. 69). V tabeli 7 prikazujemo raziskovalni načrt študije primera doktorske disertacije.

(1) Pregled projekta (cilji projekta in problematika študije primera). Med pripravljanjem protokola se raziskovalec sooča z raziskovalnim ciljem in predvidi možne večje težave, vključno z načinom poročanja o rezultatih študije. To pomeni, da je treba razmisliti tudi o tem, komu bo o rezultatih raziskave poročal. Pregled projekta mora tako pokriti informacije o projektu v ozadju, pomembno problematiko, ki se bo v raziskavi reševala, in relevantno literaturo o njej. Vsak projekt ima svoj kontekst in perspektivo. Proceduralni element podatkov v ozadju je razlaga projekta, v kateri je razloženo vse potrebno, kar morajo vpleteni o njem vedeti. Sem spada še pridobitev informiranega pristanka za sodelovanje (Yin, 2003, str. 70).

(2) Postopki na terenu. Glavna naloga v procesu zbiranja podatkov je pridobivanje dostopa do ključnih organizacij in spraševancev. Za zbiranje podatkov so zelo pomembni primerno oblikovani postopki na terenu. Podatke bomo zbirali od ljudi ali institucij v njihovem vsakodnevnem okolju, ne v kontroliranem laboratorijskem okolju, sveti knjižnici ali strogo omejenem rigidnem vprašalniku. V študiji primera je treba integrirati dogajanja v resničnem svetu s potrebami načrta zbiranja podatkov. V laboratorijski raziskavi mora subjekt v okviru etičnih in fizičnih omejitev slediti navodilom raziskovalca, ki je natančno opisal želeno obnašanje. Podobno se ne more človeški preiskovanec v raziskovalnem vprašalniku oddaljiti od skupine vprašanj. Obnašanje preiskovanca je omejeno z osnovnimi pravili preiskovalca. Nazadnje, v zgodovinskih arhivih ne najdemo vedno pomembnih dokumentov. Vseeno lahko raziskovalec pregleda, kaj sovpada z njegovim ritmom raziskave in je primerno času, ki ustreza njegovemu urniku. V vseh treh situacijah lahko raziskovalec trdno nadzoruje formalno zbiranje podatkov.

Tabela 7: Raziskovalni načrt študije primera SBT.

1. **IZHODIŠČE KVALITATIVNE RAZISKAVE**		
1.1. Oblikovanje raziskovalnega vprašanja (R1, R2)	1.2. Oblikovanje temelje teze in hipotez modela (H1, H2, H3)	
2. **RAZVOJ IN POJASNITEV KONCEPTUALNEGA MODELA** (konstruktna veljavnost, notranja veljavnost, zunanja veljavnost, zanesljivost, metoda triangulacije)		
3. **KVANTITATIVNI VPRAŠALNIK (sekvenčna analiza)**		
4. **KVALITATIVNI INTERVJU (sekvenčna analiza)**		
Globinski intervju – zdravniki specialisti Fokusne skupine – mlajši zdravniki (delno strukturirani – odprti intervju)		
5. **OPAZOVANJE UDELEŽENCEV** **(prikrito)**		
Opazovanje udeležencev raziskave med njenim izvajanjem (prikrito opazovanje z udeležbo)		
5. **SPLOŠNA ANALITIČNA STRATEGIJA, KI TEMELJI NA TEORETIČNIH PREDLOGIH**		
5.1. Ujemanje vzorca	5.2. Oblikovanje razlag	5.3. Logični model
6. **UREJANJE DOKUMENTACIJE**		
7. **KVALITATIVNA ANALIZA ŠTUDIJE PRIMERA IN INTERPRETACIJA**		
8. **POROČANJE IN KONSENZUALNA VALIDACIJA**		
8.1. Diskusija in implikacije	8.2. Priporočila in scenariji	
9. **ZAKLJUČEK RAZISKAVE**		

Vir: Povzeto in prirejeno po Yin, Case Study Research. Design and Methods, 2003, in Penger, Učeča se organizacija in oblikovanje pozitivne organizacijske identitete: Študija primera slovenskega podjetja, 2007, str. III.

Izvajanje študije primera vpleta popolnoma drugačno situacijo. Za razgovore s ključnimi osebami mora preiskovalec upoštevati urnik in dostopnost preiskovanca, ne svojega. Narava pogovorov je bolj odprta, in povsem možno je, da preiskovanec ne bo popolnoma sodeloval v njih. Podobno je z opazovanjem resničnih aktivnosti. Preiskovalec vdira v svet opazovanca, ne obratno. Zato je treba skleniti poseben dogovor, da lahko preiskovalec deluje kot opazovalec. Posledično je omejeno obnašanje preiskovalca, in ne obratno. Zaradi tega omejevanja pri zbiranju podatkov je treba oblikovati eksplicitna in natančna navodila za delo na terenu.

Postopki na terenu naj bi vključevali naslednje naloge: pridobivanje dostopa do ključnih organizacij ali preiskovancev, pridobivanje dovolj informacij takoj na terenu, razvijanje postopka pomoči za pomoč ali vodenje, če bo to potrebno, oblikovanje jasnega urnika za zbiranje podatkov, pripravo na nepredvidljive dogodke, vključno s spremembami v dostopnosti preiskovancev kakor tudi spremembami v njihovem razpoloženju in motivaciji (Yin, 2003, str. 72, 73).

(3) Vprašanja. Osnovna orientacija vprašanj. Ta vprašanja so namenjena raziskovalcu. Delujejo kot vodnik za to, katere informacije je treba zbrati. Vsako vprašanje lahko spremlja seznam možnih virov dokazov. Takšni viri lahko vsebujejo imena individualnih spraševancev, dokumente ali opazovanja. Sprehod med vprašanji zanimanja in možnimi vzorci dokazov je v veliko pomoč pri zbiranju podatkov. **Stopnje vprašanj.** Vprašanja se lahko nahajajo na petih stopnjah. Na stopnji ena so vprašanja za specifične spraševance; na stopnji dve so vprašanja, na katera mora odgovoriti raziskovalec med izvajanjem študije primera; na stopnji tri se nahajajo vprašanja, ki ustrezajo določenemu vzorcu rezultatov v multipli študiji primera; na stopnji štiri so vprašanja, ki zajemajo celotno študijo – sklicevanje na informacije prek študije primera, ki izhajajo iz literature ali iz objavljenih podatkov; na stopnji pet pa se nahajajo normativna vprašanja o priporočilih in zaključkih, ki segajo prek ozkega obsega študije. Od vseh petih stopenj uporablja raziskovalec v procesu zbiranja podatkov le prvi dve. **Neželena zamenjava med enoto zbiranja podatkov in enoto analize.** Bolj subtilen in resen problem lahko nastane v oblikovanju vprašanj v protokolu študije primera. Vprašanja lahko zadovoljijo enote zbiranja podatkov, ki so lahko na drugačni ravni, kot je enota analize. Zamenjava lahko nastane, če proces pridobivanja podatkov vodi do neželene spremembe enote analize. Do pogoste zamenjave lahko pride, če pridobivamo podatke od posameznikov, medtem ko je enota analize lahko organizacijska (Yin, 2003, str. 73–76).

(4) Vodnik za izdelavo poročila. Ta element navadno manjka v vseh načrtih študij. Raziskovalci načeloma ne razmišljajo o obliki, formatu podatkov ter uporabi in predstavitvi ostale dokumentacije in informacij o bibliografiji, dokler niso zbrani vsi podatki. Poročila študije primera nimajo uniformirano sprejemljivega očrta. Prav tako se le malo poročil študij primera objavi v revijah. Zaradi tega se mora vsak raziskovalec že med izvajanjem študije ukvarjati z obliko končnega poročila. Tako bo zbiral podatke v primernem formatu, s tem pa se bo zmanjšala možnost ponovnega obiska mesta študije primera. Vseeno se lahko načrti študije primera med zbiranjem podatkov spreminjajo, kar je velika prednost strategije študije primera (Yin, 2003, str. 67–77).

Hiter pogled na zgoraj naštete točke nam pokaže, zakaj je protokol tako pomemben. Prvič, raziskovalca stalno usmerja na cilje študije. Drugič, priprava protokola nas prisili v soočanje z več problemi, med drugim tudi z načinom, kako naj bodo dopolnjena poročila študije. To pomeni, da mora raziskovalec identificirati ciljno občinstvo pred samim izvajanjem študije. Nenazadnje takšen protokol raziskovalca usmeri bolj v opis predmeta raziskave kot v opis zgodovine in značilnosti ozadja predmeta.

4.2 Načela in značilnosti metodologije kvalitativnega raziskovanja

Kvalitativno raziskovanje mora natančno slediti določenim načelom zaradi zagotavljanja kakovosti študije primera. Zato mora izpolnjevati določene kriterije: veljavnost konstrukta, notranja veljavnost, zunanja zanesljivost in zanesljivost.

4.2.1 Kriteriji za zagotavljanje kakovosti študije primera

Za zagotavljanje kakovostne katerekoli empirične socialne raziskave se najpogosteje uporabljajo štirje testi. Testi, ki so enaki za vse socialne znanstvene metode, so bili velikokrat povzeti v številnih člankih in knjigah (Atkinson, Shaffir, 1998, str. 60–62; Kidder, Judd, 1986 v Bradley, 1992, str. 98). Ti testi so naslednji: (1) Veljavnost konstrukta: vzpostavljanje pravilnih operativnih meritev za proučevane koncepte. (2) Notranja veljavnost: vzpostavljanje vzročnega odnosa, kjer določena stanja vodijo do drugih. (3) Zunanja veljavnost: določanje področja, v okviru katerega bodo izsledki raziskave generalizirani. (4) Zanesljivost: prikaz, da lahko določeni ponovljeni postopki raziskave pripeljejo do enakih rezultatov. Povzetki vseh štirih testov so prikazani v tabeli 8.

Tabela 8: Taktika študije primera za »Four Design Study«

Test	**Taktika študije primera**	**Faza raziskave, v kateri so pojavi taktika**
Veljavnost konstrukta	Uporaba različnih virov dokazov	Zbiranje podatkov
	Oblikovanje verige dokazov	Zbiranje podatkov
	Ključni informatorji imajo osnutek poročila študije primera	Sestavljanje
Notranja veljavnost	Naredi ujemanje vzorcev	Analiza podatkov
	Naredi razlago za krepitev	Analiza podatkov
	Naredi razlago konkurenčnih raziskav.	Analiza podatkov
	Uporabi logične modele	Analiza podatkov
Zunanja veljavnost	Uporabi teorijo v študiji enega primera	Oblika raziskave
	Uporabi teorijo v študiji več primerov	Oblika raziskave
Zanesljivost	Uporabi protokol študije primera	Zbiranje podatkov
	Razvij podatkovne baze študije primera	Zbiranje podatkov

Vir: Yin, Case Study Research. Design and Methods, 2003, str. 34.

Franklin in Jordan (1995 v Mesec, 1998, str. 22) preprosto povzemata kriterije za oceno veljavnosti. Če odgovarjam na njuna vprašanja, dobim naslednje odgovore. Zgodba konkretne kvalitativne študije je izčrpna, skladna, sklada se tudi z ugotovitvami kvantitativne študije. Natančno poizveduje o določeni problematiki in postavlja vprašanja z različnih zornih kotov. Določene teme raziskuje s pomočjo kvantitativnega vprašanja, določene teme, ki so primernejše za kvalitativno študijo, pa z njo. Določeno problematiko preverja z eno in drugo tehniko. Študija vsebuje vse pomembne podrobnosti, ki so pomembne za verodostojno interpretacijo. Hipoteze so zadovoljivo podprte s podatki, ki so verodostojni. Pri določenih trditvah smo uporabili tudi nasprotne opredelitve. Seveda so odgovori posameznih zdravnikov osebnostno obarvani. Vseeno se v celotnem poteku študije ne pojavljajo protislovja, zaradi katerih bi bila presoja videti nezanesljiva. Raziskovalca, to sem jaz in mlajši kolega,

delava v tem okolju, tako da življenje v okolju dobro poznava. Seveda je v raziskavi vidna razlika med klientovim opisom doživljanja in interpretacijo raziskovalca. Vsaka interpretacija je podprta z empiričnimi dejstvi. V raziskavi smo uporabili več metod, vključno z dvema tehnikama raziskave, poleg tega pa še prikrito opazovanje udeležencev in nazadnje zunanjo validacijo rezultatov s strani poznavalcev bolnišnice.

4.2.1.1 Veljavnost (validnost) konstrukta

V splošnem velja, da je vsaka raziskava (ali ožje merski instrument) tem bolj konstruktno veljavna, v čim večji meri so v njej uporabljene ustrezne operacionalne definicije teoretičnih konceptov, ki so predmet proučevanja. Nanaša se torej na to, ali v resnici merimo tisto, kar hočemo meriti. Predstavlja stopnjo, do katere raziskovalci pravilno predstavijo tisto, kar se resnično dogaja. Zanima nas, ali določen kazalnik v resnici meri tisto, kar mislimo, da meri, ali meri kakšen drug fenomen. Največji nevarnosti za veljavnost konstrukta izvirata iz napake v opazovanem procesu ali iz napake, ki je vnesena prek opazovalne metode. Veljavnost konstrukta se poglablja v to, ali se teoretični koncepti zadovoljivo odražajo v definicijah operacij in meritvah empiričnega fenomena. Večje približanje empiričnemu objektu omogoča raziskovalcem boljšo pozicijo za doseganje ujemanja med njihovim konceptualnim aparatom in empiričnimi podatki.

Test veljavnosti konstrukta je lahko problematičen v študijah primera. Kritiki opozarjajo, da raziskovalci pogostokrat ne razvijejo učinkovitega seta meritev in da se uporabljajo subjektivna mnenja za zbiranje podatkov. Za zagotavljanje testa veljavnosti konstrukta mora biti raziskovalec prepričan, da upošteva dva koraka (Yin, 2003, str. 35): (1) izbiro specifičnih tipov sprememb, ki jih bodo preučevali, in (2) prikaz tega, da te spremembe v resnici odsevajo specifične tipe izbranih sprememb. Povečanje veljavnosti konstrukta lahko omogočimo z naslednjimi koraki: zagotovitvijo nepristranskosti raziskovalca, ki je pogosto pod vplivom preteklih izkušenj in znanja o proučevanem pojavu; uporabo več virov informacij v organizaciji in preverjanjem osnutka študije primera s strani ključnih informatorjev iz podjetja, preden je študija objavljena.

Yin (2003, str. 36) predlaga tri taktike za izboljšanje veljavnosti konstrukta. Prikazane so v tabeli 4.2. Prva je uporaba več virov podatkov, druga je oblikovanje »verige dokazov«, kar pomeni, da moramo natančno opisati vso pot zbiranja podatkov in sklepanja od začetnih domnev do zaključkov. Tretja taktika je, da damo osnutek poročila v kritično presojo ključnim informantom.

Konkretno smo veljavnost konstrukta zagotavljali s pridobivanjem enakih vsebin na različen način. Spraševalec je bil neodvisna oseba, neobremenjen z vsebino vprašanj, z ustreznim medicinskim predznanjem in podučen o specifičnih podrobnostih pojava, o katerem je pridobival podatke. Vire informacij smo pridobivali od dveh različnih skupin zdravnikov. Preden smo študijo zaključili, smo jo dali v oceno ključnim informantom – direktorici, pomočnici direktorice za zdravstveno nego, vodji kadrovske službe in koordinatorju za uvajanje kakovosti. Verigo dokazov smo oblikovali tako, da smo najprej pridobili podatke s pomočjo kvantitativne raziskave, obdelali pa smo jih po statističnih načelih analize. Na podlagi ugotovitev kvantitativne raziskave smo sestavili vprašalnik za globinski intervju in

razgovore v fokusnih skupinah, ki je na eni strani preverjal enake konstrukte kot anketa, le da so bila vprašanja prilagojena načelom kvantitativnega raziskovanja, na drugi strani pa smo anketni vprašalnik nadgradili z vsebino, ki obenem dopolnjuje in dodatno obrazloži rezultate, pridobljene z njim. Tako je treba ugotovitve kvantitativne raziskave obravnavati na dva načina: kot ugotovitev, ki potrjuje ugotovitve kvantitativne raziskave, hkrati pa te ugotovitve tudi pojasnjuje.

4.2.1.2 Notranja veljavnost (interna validnost)

Notranja veljavnost določene raziskave se nanaša na kredibilnost vzročnega odnosa med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami, ki izvirajo iz podatkov. Notranja veljavnost predstavlja skrb v vzročnih (razlagalnih) študijah primera, v katerih poskuša raziskovalec določiti, ali vodi dogodek x do dogodka y. Če raziskovalec narobe sklepa, da obstaja vzročno-posledično razmerje med x in y brez prepoznavanja, da ima na dogodek y vpliv še tretji faktor z, potem načrt raziskave ne zmore opraviti z določeno nevarnostjo notranje zanesljivosti. Te logike ne moremo aplicirati na opisne ali eksploratorne študije (ne glede na to, ali so študije primerov ali pregledne raziskave), ker se ne ukvarjajo z vzročnimi razmerji. Skrb za interno veljavnost v primeru študij primera lahko razširimo na širši problem povzročanja motenj. V osnovi vsebuje študija primera motnjo vsakič, kadar raziskovalec ne more neposredno opazovati dogodka. Raziskovalec lahko sklepa, da je določen dogodek posledica dogajanja pred njim, ki temelji na intervjuju ali dokumentiranih dokazih, ki so bili zbrani v poteku študije primera. Je ta motnja pravilna? Smo upoštevali vse razlage zanjo? Ali je motnja konvergentna? Je motnja neprepustna? Dizajn raziskave, ki se ukvarja s temi vprašanji, se ukvarja tudi s težavo motenj in zato s specifičnim problemom notranje veljavnosti. Notranja veljavnost se poglablja v vprašanje, ali je raziskovalec naredil vse potrebno za zagotovitev tega, da je uporabljeni dokaz, ki interferira z vzročno-posledičnim razmerjem, popoln (Yin, 2003, str. 36).

Triangulacijo uporabljamo za povečevanje notranje veljavnosti. To je pojem, vzet iz geodezije, ki po smislu pomeni medsebojno preverjanje položaja različnih opornih točk, v prenesenem pomenu torej preverjanje pravilnosti ali obrazcev, ki jih odkrijemo, iz različnih zornih kotov. Denzin (1978 v Mesec, 1998, str. 19) triangulacijo pojmuje kot »kombiniranje metodologij pri raziskovanju istega pojava«. Obstajajo štiri vrste triangulacije: triangulacija podatkov pomeni raziskovanje istega pojava na različnih krajih, ob različnih časih ali pri različnih osebah; triangulacija raziskovalcev pomeni vključitev več raziskovalcev ali intervjuvarjev, da bi izničili vpliv vsakokratnega raziskovalca; pri triangulaciji teorij obravnavamo isti pojav z vidika različnih teorij; pri metodološki triangulaciji uporabimo različne metode ali različne pristope znotraj iste metode.

V konkretni raziskavi smo zagotavljali notranjo veljavnost s triangulacijo podatkov. Isti fenomen smo raziskovali pri različnih skupinah oseb na različnih krajih. Zaznavanje in sprejemanje sprememb smo preverjali v različnih skupinah zdravnikov (pri specialistih in mladih zdravnikih) ter na različnih krajih. Kvantitativno študijo smo izvajali še v treh drugih slovenskih bolnišnicah: Splošni bolnišnici Murska Sobota, Splošni bolnišnici Celje in Splošni bolnišnici Novo mesto. Uporabljali smo tudi triangulacijo metod, kjer smo uporabili dva različna načina raziskovanja za razjasnitev istega pojava: kvalitativni in kvantitativni način. Znotraj kvalitativne metode študije primera smo uporabili dve kvalitativni tehniki

zbiranja podatkov – globinski intervju in fokusne skupine; uporabili pa smo še kvantitativno tehniko zbiranja podatkov, in sicer anketiranje.

4.2.1.3 Zunanja zanesljivost (eksterna validnost) ali posplošljivost

Zunanja zanesljivost se nanaša na stopnjo, do katere se lahko zaključki določene raziskave posplošijo na različne populacije, kontekste in čas. Zunanje veljavna je študija primera, katere ugotovitve so (1) teoretično relevantne in (2) posplošljive za čim širši krog situacij. Kako relevantne so in za kako širok krog situacij veljajo, pa ni razvidno iz študije same, ampak se razkrije postopoma z novimi študijami. Zunanjo zanesljivost študije primera lahko povečujemo s časovno-prostorsko ekstenzivnostjo, saj zajetje več različnih geografsko ali socialno definiranih prostorskih enot v študiji omogoča tudi zanesljivejše posploševanje na druge, podobne prostorske ali socialne enote. Posameznega primera ne proučujemo samo zato, da bi ugotovitve posplošili na širšo populacijo primerov, ampak zato, da bi prišli do teoretično relevantnih ugotovitev, tj. do ugotovitev, ki prispevajo h gradnji teorije ali k njenemu preverjanju oziroma zavračanju. Zunanja veljavnost pri študiji primera (kot pri eksperimentu) torej ni odvisna od statistične posplošljivosti, ampak od teoretične relevantnosti (Yin, 2003, str. 37).

Koliko bodo zaključki konkretne študije relevantni, se bo razkrilo postopoma, z novimi študijami. Ugotovitve študije je sicer moč posplošiti na celotno populacijo slovenskih bolnišnic, kar študiji daje zunanjo veljavnost. Rezultati študije v glavnem potrjujejo vse postavljene hipoteze, ki temeljijo na ustreznih in relevantnih teoretičnih ter empiričnih dejstvih. Poleg tega smo študijo geografsko razširili na še tri druge bolnišnice in s tem omogočili zanesljivejše posploševanje na druge, podobne prostorske ali socialne enote. Izkazalo se je tudi, da je struktura vprašalnika dovolj natančna, da daje zanesljive in veljavne rezultate ter predstavlja empirično preizkušeno orodje za merjenje primernosti uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije.

4.2.1.4 Zanesljivost (reliabilnost)

Zanesljivost se nanaša na stopnjo doslednosti, kar pomeni, da če naslednji raziskovalec sledi enakim postopkom, opisanim v prejšnji raziskavi, in vodi enako študijo primera, dobi enake zaključke kot prvi raziskovalec. Cilj zanesljivosti je minimiziranje napak in pristranskosti v raziskavi. Ena od zahtev za zanesljivost je, da morajo biti dokumentirani prav vsi koraki raziskave. Pri tem se za zapisovanje opomnikov in pripravo kopij uporabljajo standardizirane metode (Yin, 2003, str. 37–39). V kvalitativni raziskavi je težko doseči zanesljivost, ker si raziskovalci in anketarji delijo svoje subjektivne interpretacije o kompleksnih odnosih, kar pa ne pomeni, da kvalitativne raziskave niso rigorozne. Pojavlja se problem ohranjanja popolne dokumentacije. Zato je dobrodošla uporaba protokola študije primera ali razvoj podatkovnih baz. Splošen način reševanja tega problema je v oblikovanju čim več operativnih korakov in vodenje raziskave čim bolj natančno. V računovodstvu in knjigovodstvu je izvajalec sposoben stalnega nadzora. Nadzornik lahko vedno izvaja stalni nadzor in lahko izvede enake rezultate, če sledi enakim postopkom.

Obstaja več retorik posploševanja, tj. več načinov, ki dajejo bralcu občutek, da imajo rezultati raziskave splošno veljavnost. Koncept retorike je v zadnjih letih izzval veliko zanimanja. Retorika se nanaša na

odnos med raziskovalcem in njegovo avdienco. Retorika pomeni vsako dejanje raziskovalca z namenom določenega vpliva na tarčno avdienco. Potreba po retoričnih pripomočkih za vpliv na bralce raziskave izhaja iz problema indukcije. Razpoko med neizogibno nezanesljivostjo vsakega induktivnega argumenta je treba zapolniti na takšen ali drugačen način. Statistična analiza pri tem ni izjema. Retorika je potrebna za premik naših rezultatov iz sveta modela v realistične organizacije in institucije (Peljhan, 2005, str. 113).

Konkretna študija je zanesljiva, saj so vsi koraki izvedbe jasno dokumentirani v pisni obliki. Narejen je protokol študije, katerega smo se do potankosti držali. Anketa je seveda izvedena v pisni obliki in zato vsem dostopna, vse globinske intervjuje smo po transkripciji prepisali v digitalno obliko in so priloga nalogi, enako velja za pogovore v fokusnih skupinah. Vsa opazovanja smo vnesli v vnaprej pripravljene tabele, kjer smo zapisovali vsa opazovanja po protokolu.

4.2.2 Merjenje in viri kvalitativne analize

Glede ravni merjenja pri kvalitativnem raziskovanju ločimo nominalni, ordinalni, intervalni in razmernostni nivo. V pričujočem zbiru vprašalnikov bomo pri zaprtem tipu vprašanj upoštevali predvsem Likertovo lestvico, ki jo je razvil Rensis Likert (1936) z namenom, da bi izmeril posameznikova stališča o določeni teoretični spremenljivki, in sicer tako, da vsak poda različno intenzivnost. Odgovori na Likertovo lestvico vsebujejo najmanj dve kategoriji (se strinjam, se ne strinjam), lahko tudi več (od 5 do 7), vendar morajo biti odgovori uravnoteženi, hkrati pa se mora raziskovalec odločiti, ali bo vključil tudi možnost nevtralnega odgovora ali odgovora »ne vem«.

Različni avtorji različno klasificirajo vire kvalitativne analize, pri čemer Yin (2003) povzema, da je metode kvalitativnega zajema podatkov moč strniti v šest temeljnih virov. Tako loči: (1) dokumente, (2) arhivske posnetke in baze, (3) intervjuje, (4) neposredna opazovanja, (5) opazovanje s sodelovanjem ter (6) fizični material, gradivo. Upoštevati je treba, da se nabor virov metod kvalitativnega raziskovanja razlikuje tudi po področjih raziskave. Pri vsakem zbiranju podatkov pa mora biti raziskovalec pozoren še na nekaj dejstev: (1) pridobivanje podatkov iz več različnih virov – pridobivanje dokazov iz dveh ali več virov, vsi konvergirajo k istemu sklopu dejstev ali ugotovitev, (2) baza podatkov posamezne študije primera – formalni skupek dokazov, ki se razlikuje od končnega poročila, (3) veriga dokazov – eksplicitna povezava med postavljenimi vprašanji, zbranimi podatki in posledičnimi zaključki. Vključevanje teh načel v raziskavo študije primera močno dvigne njeno kakovost (Yin, 2003, str. 83).

V konkretni raziskavi smo pridobivali podatke na štiri različne načine: z anketnim vprašalnikom, intervjujem, neposrednim opazovanjem in razgovori v fokusnih skupinah. Prav tako smo enake podatke pridobivali iz različnih virov, in sicer so na enaka vprašanja odgovarjali specialisti in mladi zdravniki. Med potekom študije smo ustvarili obsežno bazo podatkov, ki je ustrezno urejena in arhivirana. Verigo dokazov pa smo oblikovali tako, da smo najprej pridobili podatke s pomočjo kvantitativne raziskave, ki smo jo grobo analizirali. Nato smo na podlagi te analize sestavili vprašalnik za globinski intervju in

razgovore v fokusnih skupinah. Ugotovitve, pridobljene s kvalitativno in kvantitativno tehniko, smo najprej obravnavali ločeno ter jih neodvisno analizirali in interpretirali. Nato smo ugotovitve medsebojno primerjali, pri čemer smo se osredotočili na tri usmeritve: (1) kje se ugotovitve razlikujejo, (2) kje so ugotovitve podobne ali enake, (3) kako ugotovitve ene tehnike zbiranja podatkov dopolnjujejo ugotovitve druge. Tovrstno vzpostavljanje povezav med različnimi zaključki nam je omogočilo oblikovati širok kontekst, ki obrazloži posamezne ugotovitve. Pri zaključnih ugotovitvah smo se osredotočili na to, da vsako ugotovitev vstavimo v realni kontekst dogajanja v bolnišnici ali širši družbi, ki naj pojasnjuje oziroma na novo reflektira dognanja raziskave.

4.2.3 Etična pravila v kvalitativni raziskavi

Raziskovalna etika se primarno ukvarja z interakcijo med raziskovalci in ljudmi, ki jih proučujejo. Profesionalna etika se ukvarja z dodatnimi vprašanji, kot so sodelovalni odnos med raziskovalci, vodenje odnosov, intelektualna lastnina, zgradba podatkov in med drugim tudi plagiati. Profesionalna etika je očitno pomembna tako za kvalitativno raziskavo kot za kateri koli drug vložen trud v kakršnokoli delo. Zgodovina in razvoj mednarodnega vodiča raziskovalne etike močno odseva zlorabe in napake, ki so bile narejene v raziskavah. To je določene kvalitativne raziskovalce napeljalo k zaključku, da bo njihova raziskava malo pridobila od takšnih pravilnikov ali da njihove raziskave sploh ne nosijo tveganja zagrešitve zlorab ali delanja napak z realnimi posledicami za ljudi, ki jih proučujejo. Na drugi strani pa obstajajo biomedicinski raziskovalci in raziskovalci javnega zdravja, ki uporabljajo kvalitativne pristope brez formalnega izobraževanja socialnih ved ter se rigidno držijo bioetičnih pravil, brez razmišljanja, ali so ta sploh primerna za njihovo kvalitativno raziskavo.

Med tema dvema ekstremoma obstaja uravnotežen pristop, temelječ na ustaljenih načelih etičnega raziskovanja, ki so pravilno interpretirana in se nanašajo na kontekst kvalitativne raziskave. Standardi raziskovalne etike raziskovalcem poleg eksplicitnega preučevanja predmeta raziskave zagotavljajo še stalno upoštevanje potreb preiskovancev. Za to potreben pogoj je, da je vzpostavljena osnova zaupanja med raziskovalcem in sodelujočimi v raziskavi. Kadarkoli se izvaja raziskava na ljudeh, je najvišja prioriteta raziskovalca njihovo dobro počutje. Raziskovalno vprašanje je sekundarnega pomena. To pomeni, da če obstaja izbira med škodo udeleženca in škodo za raziskavo, se vedno v ta namen žrtvuje raziskava. Na srečo je izbir takšne razsežnosti malo. Vseeno je treba ta načela upoštevati z vso resnostjo.

Obstajajo tri jedrna načela, izvirno oblikovana v »The Belmont Report«, ki predstavljajo univerzalno sprejeto osnovo raziskovalne etike (The Belmont Report, 1979). Nekateri bioeticisti predlagajo, da se k njim prišteje še četrto načelo, to je spoštovanje skupnosti. Vsa načela so prikazana v tabeli 9.

Tabela 9: Osnovna načela raziskovalne etike

1. Spoštovanje oseb	Zajema obvezo zagotavljanja avtonomije vključenih v raziskavo. Kadar obstaja možnost zmanjšanja te avtonomije, je ljudi treba zavarovati pred izkoriščanjem njihove ranljivosti. Spoštovati je treba dostojanstvo vseh vključenih v raziskavo. Držanje tega načela omogoča raziskovalcem, da ne bodo uporabili ljudi enostavno samo za doseganje raziskovalnih ciljev.
2. Dobrodelnost	Dobrodelnost zahteva predanost minimiziranju tveganja, povezanega z raziskovanjem, vključno s psihološkimi in socialnimi tveganji ter povečevanjem koristi vključenih v raziskavo. Raziskovalci morajo razviti specifične načine za doseganje tega.
3. Pravičnost	Pravičnost zahteva predanost zagotavljanju poštene distribucije tveganja in koristi, ki izhajajo iz raziskave. Tisti, ki nosijo breme sodelovanja v raziskavi, si morajo deliti koristi od pridobljenega znanja. Ali povedano drugače, k sodelovanju povabimo ljudi, za katere se pričakuje, da bodo imeli koristi od pridobljenega znanja.
4. Spoštovanje skupnosti	Spoštovanje skupnosti pomeni obveznost raziskovalca, da bo spoštoval vrednote in zanimanja skupnosti, ki jih raziskuje, in da bo, kadarkoli bo to le možno, varoval skupnost pred škodo. To načelo je velikega pomena za raziskovalce, kadar so kritičnega pomena za uspeh raziskave znanje, vrednote in odnosi določene skupnosti.

Vir: povzeto in prirejeno po Mack, Woodsong, MacQueen, Guest in Namely, Qualitative Research Methods: A Data Collector's Filed Guide, 2005, str. 9–12.

Informirana privolitev je mehanizem, ki zagotavlja ljudem razumevanje, kaj pomeni sodelovati v določeni raziskavi (Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 219). Na njeni osnovi se lahko odločijo na zavesten in premišljen način, ali sploh želijo sodelovati v raziskavi. Informirana privolitev je eno od najpomembnejših orodij zagotavljanja spoštovanja oseb med raziskavo. Veliko ljudi o informirani privolitvi primarno razmišlja kot o obliki, kar pomeni listu papirja, v katerem je podrobno opisano, za kaj gre v raziskavi, vključno z njenimi tveganji in koristmi. Ta oblika gre navadno skozi pregled različnih etičnih komisij, ki jo odobrijo, vsebuje zakonit jezik in je podpisan s strani sodelujočih, raziskovalca ter po možnosti tudi nekaj prič. Takšne oblike formalnega strinjanja so primerne za biomedicinske in ostale raziskave. Lahko so koristne za raziskavo minimalnega tveganja, kadar je osnova zaupanja med raziskovalcem in sodelujočimi šibka.

Pisne oblike informirane odločitve so le en del procesa pridobivanja informirane privolitve. Obstajajo situacije, v katerih pridobivanje privolitve ni potrebno ali pa je enostavno nemogoče. V splošnem procesi pridobivanja informiranega strinjanja temeljijo na državnih in internacionalnih načelih raziskovalne etike. Prva naloga pridobivanja informiranega strinjanja je informiranje ljudi o raziskavi na njim razumljiv način. To je lahko proces v več korakih. Najprej lahko raziskovalec razloži proces raziskave voditeljem skupnosti. Ti lahko na skupnih srečanjih zainteresiranim članom skupnosti prenesejo informacije o naravi raziskave. Raziskovalec lahko distribuira informacijske letake, brošure ipd. Druga možnost je, da raziskovalec vsakemu posamezniku razloži raziskavo osebno. Če raziskovalec veliko časa prebije v skupnosti, ki jo bo raziskoval, in če je raziskava potencialno kontroverzna ali občutljiva, si bo s takšnim naporom prislužil zaupanje kot tudi razumevanje vključenih v raziskavo. V določenih situacijah je pred začetkom raziskave treba pridobiti formalno dovoljenje od voditeljev skupnosti.

V konkretni raziskavi smo etična pravila upoštevali na naslednji način: vsi spraševanci so sodelovali v raziskavi povsem prostovoljno. Če določen posameznik ni želel sodelovati, ga v raziskavo nismo vključili. Namen in cilje raziskave smo najprej vsem zdravnikom predstavili ustno in jih zaprosili za pomoč. Na vsakem pisnem vprašalniku pa smo navedli še informirano soglasje, kar pomeni, da smo jim namen še enkrat razložili. Če so se s konkretnim vprašalnikom strinjali, so ga izpolnili povsem anonimno, če ne, ga pač niso izpolnili. Strukturirane intervjuje je izvajal spraševalec z medicinskim predznanjem, neobremenjen z vsebino. Spraševanci so imeli tudi popolno svobodo v načinu izvajanja intervjuja: lahko so ga sami izpolnjevali, seveda potem, ko smo jim vsebino natančno razložili, pri čemer so imeli vedno možnost konzultacije v primeru nejasnosti, ali pa so se s spraševalcem pogovarjali.

4.2.4 Faze kvalitativnega pristopa študije primera

Raziskovalni načrt predstavlja logični način povezovanja podatkov, ki jih je treba zbrati, in seveda zaključkov, do katerih je treba priti, z začetnimi vprašanji raziskave. Vsaka empirična študija ima vsaj implicitni načrt, če že ne eksplicitnega. Artikulacija teorije o tem, kaj preiskujemo, nam pomaga pri operacionalizaciji načrtov študij primera in jih naredi bolj eksplicitne. Razvoj načrtov študij primera mora povečevati štiri stanja v povezavi s kakovostjo načrta. To so veljavnost konstrukta, notranja veljavnost, zunanja veljavnost in zanesljivost. Raziskovalni načrt po definiciji vodi raziskovalca skozi proces zbiranja, analize in interpretacije opazovanj. Je logični model dokaza, ki raziskovalcu dopušča, da povleče povezave med vzročnimi razmerji različnih spremenljivk v raziskavi (Nachmias in Nachmias, 1992, str. 77–78). Drugi način razmišljanja o raziskovalnem načrtu je, da je ta odtis raziskave in da pri tem opravi s štirimi problemi: katera vprašanja se rešuje oz. dokazuje, kateri so pomembni podatki, katere podatke je treba zbrati in kako analizirati rezultate (Philliber, Schwab in Samsloss, 1980).

Za študije primerov je pomembnih pet komponent raziskovalnega načrta: oblikovanje raziskovalnih vprašanj, pojasnitev logičnega okvira, izbor enot analize, logično povezovanje podatkov s predlogi in kriteriji interpretacije ugotovitev. Te komponente so prikazane v tabeli 10.

V **konkretni študiji** smo si najprej postavili raziskovalno vprašanje, ki je izhajalo iz praktične problematike. Zanimalo nas je, zakaj sprememb, ki smo jih uvajali v zdravstvene organizacije, zdravniki niso sprejeli, čeprav je bil cilj teh sprememb enak cilju, ki ga zasledujejo zdravniki – povečati kulturo varnosti bolnikov. Za razvoj teoretične podlage smo pregledali veliko literature, najprej strogo teoretične, ko smo bili s teoretičnim izhodiščem problematike seznanjeni, smo iskali še več empiričnega gradiva, na podlagi katerega smo izoblikovali tri hipoteze s pomočjo usmerjanja dveh mentorjev. Te tri hipoteze smo med seboj povezali v konceptualni model, ki pa smo ga med študiranjem dodatne literature in po dodatnih razgovorih z mentorjema še izpopolnjevali in dopolnjevali. Za primer smo si izbrali Splošno bolnišnico Trbovlje, kjer je avtorica zaposlena in jo dobro pozna. To smo naredili zato, ker je za takšno kompleksno merjenje odvisnih in neodvisnih

spremenljivk treba dobro poznati okolje, njegovo delovanje in posebnosti. Raziskovalec mora v tej študiji točno vedeti, katere lastnosti so pomembne, iz česa izhajajo določeni odzivi in katere od teh odzivov ali lastnosti lahko eliminira. Naslednja faza je bila povezovanje pridobljenih podatkov najprej med sabo, njihovo posploševanje in kombiniranje glede na različne načine pridobivanja ter povezava teh podatkov s teorijo. Za vrhnji management smo izdelali priporočila, s katerimi je avtorica vodstvo tudi seznanila. Zaključke smo razčlenili, njihove značilnosti smo analizirali, izpostavili relevantne značilnosti in na koncu oblikovali teoretično razlago.

Tabela 10: Faze kvalitativnega raziskovalnega pristopa v študiji primera

Faza	**Opis faze procesa**
1. Oblikovanje raziskovalnega vprašanja	Problem ni kakršnokoli vprašanje, pač pa je to vprašanje, ki je stvarno in praktično ali teoretično pomembno. Pri izboru problema raziskave je odločilna praktična problematika raziskovalnega vprašanja. Strategija študije primera je najbolj verjetno uporabljena v primerih, ko imamo opravka s »kako« in »zakaj« vprašanji, tako da je prva naloga raziskovalca precizna razjasnitev narave svojih raziskovalnih vprašanj.
2. Razvoj teorije	Za študije primerov je razvoj teorije kot del raziskovalnega načrta esencialnega pomena, kadar je namen raziskave razvoj ali testiranje teorije. V ta namen je treba pregledati bodisi relevantno literaturo, razpravljati o svojih idejah s profesorji in postavljati samemu sebi izzivalna vprašanja o predmetu raziskovanja ter njegovem namenu in zaključkih. Obstaja več tipov teorij: izvajalne, individualne, skupinske, organizacijske in socialne.
3. Pojasnitev logičnega okvira (izbira predlogov študije)	Tretja komponenta načrta študije primera se nanaša na izbiro predlogov raziskave, ki vodijo našo pozornost k nečemu, kar je treba raziskati v okviru naše raziskave. Z drugimi besedami: pojasnimo teoretični/konceptualni okvir, iz katerega izhajamo. To je lahko ozka teorija, pojmovni okvir kakega posebnega področja ali pa širša teoretična usmeritev in celovita konceptualizacija.
4. Izbor enot	Četrta komponenta je povezana z osrednjim problemom definiranja, kaj primer predstavlja. Klasični primer je študija enega samega primera ali manjšega števila primerov. Za enoto raziskovanja izberemo tisti primer, podjetje, organizacijo, poslovno skupino, za katero je značilna praktična problematika, ki nas zanima. Lahko izberemo tudi več posameznih primerov, in sicer tako, da bomo z njihovo analizo prišli do čim bolj raznolikih informacij.
5. Povezovanje pridobljenih podatkov s predlogi	Ta faza je skupaj s šesto najmanj razvita. Povezovanje podatkov s predlogi je lahko narejeno na več načinov. Vsem pa je skupno to, da gradivo zberemo in uredimo najprej v osnovnem registru, nato pa na tej osnovi izdelamo različne izvedene dokumente za management ter ciljno skupino v obliki priporočil in povzetkov.
6. Kriteriji interpretacije ugotovitev študije primera	Trenutno ne obstaja način določanja kriterijev, ki bi določil, kako natančno mora biti ujemanje ugotovitev z določenim vzorcem, da jih lahko sprejmemo. Lahko pa se odločimo za obraten način dokazovanja. Če se pojavijo zelo različni vzorci, ki so kontrastni, potem lahko zaključke interpretiramo kot primerjavo med dvema rivaloma. V praksi je treba zapise, v katerih so navedeni zaključki, najprej razčleniti in jim nato pripisati izraze za pojme, ki jim po naši sodbi ustrezajo; nato se analizirajo značilnosti teh pojmov, izberejo najbolj relevantne, se definirajo, iščejo ali konstruirajo odnosi med njimi ter na koncu formulirajo pravilnosti, obrazci, teoretične razlage in pojasnitve.

Vir: Povzeto in prirejeno po Yin, Case Study Research. Design and Methods, 2003, str. 21–28 in Penger, Učeča se organizacija in oblikovanje pozitivne organizacijske identitete: Študija primera slovenskega podjetja, 2006, str. 164.

4.3 Metodološka oblika raziskave in raziskovalne metode disertacije

V kvalitativnem raziskovalnem procesu je po Flicku (1995) veščina razpravljanja med avtentičnim predstavljanjem predmeta raziskovanja, v našem primeru posameznika ali družbene entitete, in strukturiranjem, to je vnašanjem raziskovalčevega zornega kota v raziskovalni postopek in analizo gradiva. Avtentično predstavitev posameznika ali družbene celote oziroma njenega dela ali vidika uresničujemo tako, da »pustimo raziskovancu besedo«, kar pomeni, da on po svoje oblikuje pripoved. Dojeti skušamo lastno strukturo, enkratnost in posebnost predmeta raziskovanja. Pozorni moramo biti na spregledane vidike s strani raziskovanca. Z različnimi odprtimi načini zbiranja empirične evidence, kot so odprti intervju, pripovedovalni intervju, zbiranje dokumentov, kot so dnevniki in pisma, zmanjšamo verjetnost spregledanih vidikov. Težnjo po strukturiranju uresničujemo s tem, da skušamo dogajanje videti z določene teoretične perspektive. Med strukturiranjem začenjamo videti dogajanje z našimi očmi (Mesec, 1998, str. 24).

V konkretnem kvalitativnem delu raziskave smo pustili raziskovancem besedo v celoti. Seveda so bili vodeni s strukturo vprašanj, ki pa so bila povsem odprtega tipa in so zato zahtevala dodatno razlago. Med pregledom izpolnjenih strukturiranih intervjujev smo videli, da sicer niso bili zelo zgovorni, odgovarjali so v kratkih stavkih, vseeno pa smo zaključke lahko razmeroma enostavno povzeli. Praktične zaključke smo strukturirali tako, da smo jih vključevali in vpenjali v teoretično osnovo, za katero pa smo se res potrudili, da smo jo čim bolj natančno spoznali in osvojili. Med strukturiranjem smo pričeli videti njihovo zaznavanje uvajanja in sprejemanja sprememb na lastne oči. Avtorica je zaposlena v isti bolnišnici in po funkciji opravlja takšno delo, da dejansko konkretizira uvajanje sprememb v bolnišnico, zato je eden od rezultatov te raziskave tudi pridobitev dragocenega vpogleda v prizadevanja managementa in hkrati dobrodošle objektivne kritike.

4.3.1 Teoretični okvir

Med avtentičnostjo predstavitve primera v jeziku raziskovancev in težnjo po teoretičnem strukturiranju moramo obdržati ravnotežje. Zato moramo definirati svoj odnos do teoretičnih izhodišč in gradnji teorije. Ravnotežje je treba vzdrževati med jasno strukturiranim in eksplicitnim teoretičnim modelom, nestrukturiranim ter implicitnim »predrazumevanjem«, med odkrivanjem pojmov in hipotez, induktivno gradnjo teorije in med preverjanjem iz teorije deduciranih hipotez. Ne odpovedujemo se težnji po odkrivanju splošnih pojmov, teoretičnemu strukturiranju hipotez in oblikovanju teorije, vendar je temeljni pristop pri tem induktiven. Teorije, iz katerih bi lahko izhajali pri načrtovanju študije, začasno odmislimo in se kolikor mogoče neobremenjeni spustimo v raziskovalno polje.

Ekspliciranje teoretičnega predrazumevanja. Raziskovalec ne sme slediti svojim vnaprejšnjim pričakovanjem, ker lahko zaradi tega spregleda strukture, ki se dejansko pojavljajo v polju raziskovanja. Zaradi tega se lahko prikrajša, da bi odkril kaj novega, hkrati vsiljuje predmetu raziskovanja svoje strukture in ne spoštuje zahteve po avtentičnosti. Težko je doseči, da bi se človek popolnoma vzdržal vpletanja svojega predrazumevanja v raziskovalne postopke. Nevarnost, da se bo to zgodilo, je celo večja, če svojega predrazumevanja ne eksplicira. Zato velja kot pravilo, da mora

raziskovalec izpostaviti svoje predrazumevanje, da bi ga lahko nadzoroval, in sicer na enostaven način. Še pred začetkom kvalitativnega raziskovalnega procesa naj zapiše vnaprejšnji povzetek lastnih zaključkov in tako loči dejansko stanje ocen od predrazumevanja (Mesec, 1998, str. 25).

V konkretni raziskavi smo izničili svoje teoretično predrazumevanje s tem, da se avtorica v neposreden fizični stik med izvajanjem raziskave, kjer bi lahko kakorkoli vplivala na anketirance, intervjuvance ali udeležence fokusne skupine, ni spuščala. Ker je zaradi njene lastne vpetosti v bolnišnico obstajala toliko večja nevarnost implicitnega obstoja predrazumevanja, smo temu posvetili posebno pozornost, da bi kar se da zmanjšali neposredni vpliv na rezultate raziskave. V ta namen smo si še pred izvedbo raziskave določili natančen potek raziskave in skušali predvideti potencialne dogodke, kjer bi lahko prišlo do njenega vplivanja. Menili smo da obstaja največja nevarnost neposrednega vplivanja pri zbiranju podatkov z intervjuji in fokusno skupino, zato se je avtorica zavestno odpovedala vlogi izpraševalca oziroma moderatorja fokusne skupine. Hkrati smo si še pred zaključkom raziskave zamislili vnaprejšnji zaključek določenih faz raziskovanja in s tem ločili dejansko stanje od predrazumevanja.

4.3.2 Oblikovanje problema

Z namenom zajemanja vseh relevantnih podatkov za raziskavo si je na začetku raziskave treba postaviti dokaj odprta vprašanja. Med zbiranjem podatkov se bodo vedno pojavljali problematični vidiki, na katere moramo biti pozorni. In ko bomo formulirali problem, bomo opozorili na določene vidike primera, druge vidike pa bomo pustili v ozadju. Oblikovanje problema je oblika strukturiranja, ki nas omeji. Zato se v tem lahko skriva nevarnost, da predmeta raziskovanja ne predstavimo avtentično.

Pri zbiranju podatkov z metodo spletnega anketiranja smo naleteli na nizko odzivnost anketirancev iz ostalih bolnišnic, ki smo jih zajeli v vzorec. Nizko odzivnost smo na eni strani pripisali prenasičenosti z anketnimi vprašalniki in delovni obremenjenosti zdravnikov na drugi strani. Da bi zvišali odzivnost anketirancev, smo jim na njihove spletne naslove poslali opomnik oziroma ponovno vabilo k sodelovanju v raziskavi. Prav tako je obstajala potencialna nevarnost, da bo vzorec, oblikovan na podlagi spletnega anketiranja, pristranski, saj smo domnevali, da se bo v raziskavo vključevala mlajša, računalniško bolj pismena populacija zdravnikov. Vendar pa je bila bojazen odveč, saj so anketiranci ostalih bolnišnic v vzorcu v povprečju kar šest let starejši od zdravnikov SBT.

Pri zbiranju podatkov s kvalitativno metodo smo še pred izvedbo semistrukturiranega intervjuja naleteli na neodobravanje zdravnikov, ki so sicer že privolili v intervjuvanje, do snemanja intervjuja s snemalno napravo. Vprašalnik je namreč polodprtega tipa in je sprva predvideval zvočni zapis intervjuja, na podlagi katerega bi opravili transkripcijo, hkrati pa bi zajel tudi čustveno komponento izražanja v tistem delu, ki poteka prek govora (variacije v glasnosti govora, premori med besedami, stavki ipd.). Prav tako zvočni zapis pomeni bistveno bolj natančno zbiranje podatkov. Ker pa so, kot rečeno, zdravniki zavrnili snemanje, smo morali pripravljeni vprašalnik preoblikovati do te mere, da je omogočal takojšnji zapis odgovora intervjuvanca na vprašanje ter s tem nemoten proces spraševanja in odgovarjanja.

4.3.3 Strategija: več perspektiv in sekvenčna analiza

Dobro je, da se držimo strategije multiplih perspektiv. To je strategija, s katero lahko rešimo problem ravnotežja med avtentičnim prikazom in strukturiranjem. Načelo multiplih perspektiv pravi, da naj pojav, ki ga proučujemo, pogledamo z različnih zornih kotov oziroma z očmi različnih vrst udeležencev. Najmanj, kar smo dolžni storiti, pa je, da pogledamo dogajanje z dveh perspektiv – perspektive raziskovalca in perspektive sodelujočih (bifokalna perspektiva). Časovni vidik zajema sekvenčna analiza. Ta strategija rešuje dilemo, ali služi študija primera predvsem oblikovanju hipotez ali njihovemu preverjanju. Služi obema namenoma, tako da v eni sekvenci postavimo hipotezo, ki jo v naslednji ali naslednjih preverjamo, ob tem pa odkrivamo nove hipoteze itd.

V konkretni raziskavi smo upoštevali več perspektiv. Iskali smo odgovore na enako problematiko v dveh skupinah zdravnikov – skupini specialistov in mladih zdravnikov v isti bolnišnici, kvantitativni tip raziskave pa smo razširili na skupino zdravnikov specialistov v druge bolnišnice. Časovnega vidika v raziskavi žal trenutno v tej izvedbi nismo upoštevali, lahko pa bi ta vidik upoštevali kasneje, če bi se izkazalo, da je raziskava relevantna in potrebuje za potrditev še časovni vidik.

4.3.4 Vstop v polje: definiranje vloge

Na raziskavo se pripravimo, preden gremo na teren, z dovolj široko formulacijo problema, ekspliciranjem odprtega pojmovnega okvira senzitirajočih pojmov in zastavitvijo strategije multiplih pogledov. Raziskovalec bo na terenu skoraj vedno daljši ali krajši čas prebil v vlogi tujca. Ker je »profesionalni tujec«, je zaradi tega v enkratnem položaju , da prevzame in zadrži zunanjo perspektivo – stališče načelnega dvoma do vseh samoumevnosti, ki se sicer pojavljajo v tem okolju (Hitzler 1988 v Mesec, 1998, str. 28).

V konkretni raziskavi nihče od izvajalcev raziskave ni imel statusa tujca. Izbrani spraševalec je po statusu mladi zdravnik z ustreznim medicinskim predznanjem, ustreznim poznavanjem slovenskega zdravstvenega sistema in tudi mikrookolja bolnišnice, saj je redno zaposlen specializant SBT. Izbran je bil zato, ker zaradi razmeroma kratkega staža v bolnišnici (eno leto) še nima izdelane jasne slike in zavzetega svojega trdnega stališča o načinu uvajanja sprememb v bolnišnici, zato na odgovore specialistov ni imel velikega vpliva.

4.3.5 Metode zbiranja metod: pluralizem metod

V okviru študije primera lahko uporabimo najrazličnejše metode, kvalitativne in kvantitativne, bolj ali manj strukturirane. Metode zbiranja empiričnega gradiva lahko razdelimo na tri velike skupine: metode opazovanja, spraševanja in izkoriščanja dokumentarnih virov.

4.3.5.1 Kvantitativni vprašalnik v kvalitativni raziskavi

Kvantitativna raziskava je raziskava, pri kateri osnovno izkustveno gradivo sestavljajo podatki, dobljeni s standardiziranimi merskimi postopki, s katerimi naj bi bolje kot s kvalitativnimi uresničevali osnovna načela znanstvenega raziskovanja, tj. načela objektivnosti, sistematičnosti, natančnosti,

preverljivosti itd. Kvantitativni so podatki, pri katerih so vrednosti spremenljivk navedene s številkami, torej numerično, npr. starost osebe je 20 let, velikost organizacije je 100 članov ipd. (Vlasak, 2010, str. 3).

Brymann (2001) je razpravljal o kombinaciji kvalitativnih in kvantitativnih podatkov v izrazu strategij raziskav, ki jih razvijajo raziskovalci za boljše obdelovanje raziskovalnih procesov. V razvoju »multistrateške raziskave« Brymann razpravlja o klasifikaciji Morgana (1988), ki uporablja dva kriterija razlikovanja načinov, v katerih sta kvantitativna in kvalitativna raziskava kombinirani. (1) Pomembnost, ki jo pripišemo kvantitativnemu in kvalitativnemu pristopu v raziskavi, in (2) potrebnemu času ali zaporedju pristopov. Brymann predvideva, da takšno razlikovanje v praksi ni vedno možno, zato ker sloni na zmožnosti identifikacije dominance posameznega pristopa, ki pa vedno ni jasna (Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 284).

Hammersley (1996 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 284) predlaga tripartitno klasifikacijo načinov za zaposlovanje različnih tipov podatkov v procesu njihove interpretacije. (1) Triangulacija, v kateri se en tip podatkov (navadno kvantitativni) uporabi za potrditev drugega tipa podatkov (tipično kvalitativnega). To se izvede tako, da se teoretična izhodišča, ki izhajajo iz enega tipa podatkov, testirajo na drugi način raziskave. (2) Omogočanje, kjer zbiranje enega tipa podatkov omogoča zbiranje drugega tipa podatkov. Metode kvalitativnega razgovora najprej uporabimo v pilotnem projektu, da bi pomagali oblikovati velike predhodno kodirane raziskave. (3) Komplementarnost, kjer dva različna seta podatkov uporabimo za doseganje različnih, a komplementarnih vidikov na raziskavo. Kvalitativne podatke uporabimo za razumevanje socialnih procesov, medtem ko kvantitativne podatke uporabimo za pregledovanje združenj in njihovih statističnih posploševanj starševski populaciji (Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 284).

V konkretni raziskavi smo se odločili za kvantitativno raziskavo v okviru kvalitativne raziskave, in sicer zaradi triangulacije. Prvi tip podatkov, pridobljen s kvantitativno raziskavo, smo uporabili za potrditev drugega tipa podatkov, ki je bil pridobljen kvalitativno. Dva načina zbiranja podatkov smo uporabili tudi zaradi doseganja komplementarnosti: dve različni skupini podatkov smo uporabili za doseganje različnih, a komplementarnih vidikov na raziskavo. Uporabili smo naslednji pristop: ko smo zaključili s kvantitativno raziskavo, smo podatke analizirali in ugotovitve, do katerih smo prišli, dodatno preverili s tehnikama kvalitativnega raziskovanja. Na ta način smo končnim ugotovitvam zagotovili višjo stopnjo veljavnosti.

Glede na teoretična izhodišča smo tako najprej sestavili anketni vprašalnik, s katerim preverjamo model, rezultati kvantitativne raziskave pa bodo osnova za kvalitativno raziskavo. Namreč, študija primera SBT predstavlja premajhno populacijo, da bi se na njej dalo veljavno in zanesljivo izvesti posamezne statistične teste, zato smo pri kvantitativni raziskavi vključili še zdravnike treh drugih primerljivih slovenskih splošnih bolnišnic. Izbrali smo naslednje splošne bolnišnice: Splošno bolnišnico Celje, Splošno bolnišnico Novo mesto in Splošno bolnišnico Murska Sobota. Te bolnišnice smo izbrali zato, ker so v procesu uvajanja sprememb, konkretno v procesu sprejemanja

akreditacijskega standarda DNV, na zelo podobni stopnji. V vprašalniku nas je namreč zanimalo zaznavanje in sprejemanje že uvedenih sprememb v bolnišnice, ki so bile v teh bolnišnicah izvedene s popolnoma enakim namenom in ciljem kot v SBT. Izbrane splošne bolnišnice so enako sekundarnega nivoja in imajo v grobem enake oddelke. Dodaten razlog za izbiro je bil, da smo v teh bolnišnicah zaprosili vodstva za pomoč in nam je niso odklonili. Z osebnim stikom so si v svojih bolnišnicah prizadevali za čim višjo odzivnost zaposlenih zdravnikov.

Sestavljeni merski instrument kvantitativne raziskave smo testirali tako, da smo ga poslali v reševanje kolegom posameznikom iz zgoraj navedenih bolnišnic, ki so kasneje sodelovale v raziskavi, vendar pa ti posamezniki nato v raziskavi niso sodelovali. Zbrane podatke smo analizirali z ustreznimi metodami obdelave podatkov v programu SPSS 20.0, za grafični prikaz podatkov pa smo uporabili Microsoft Excel 2007. Pri analizi smo najprej uporabili eksplorativno faktorsko analizo, s katero smo želeli zreducirati posamezne spremenljivke in jih vsebinsko ustrezno združiti v faktorje. Nato smo z metodo linearne regresije preverjali konceptualno ustreznost teoretičnega modela in povezave med faktorji, ki sestavljajo model. Rezultate kvantitativne raziskave smo v nadaljevanju preverili še s kvalitativno raziskavo, in sicer globinskim intervjujem in fokusnimi skupinami, da bi dobili globlji vpogled v rezultate kvantitativne raziskave.

Anketiranci so na petstopenjski Likertovi merski lestvici ocenjevali stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami. Odgovori na Likertovo lestvico vsebujejo najmanj dve kategoriji (se strinjam, se ne strinjam), lahko tudi več (od 5 do 7), vendar morajo biti odgovori uravnoteženi, hkrati pa se mora raziskovalec odločiti, ali bo vključil tudi možnost nevtralnega odgovora ali odgovora »ne vem«.

4.3.5.2 Kvalitativni intervju

Trenutno se nahajamo v dobi intervjujev, v kateri se zdi, da različni intervjuji, pogovori, pogovorne oddaje ipd. zasedajo osrednjo vlogo v dajanju smisla našemu življenju (Silverman, 1993 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 15). Intervju, ki lahko zavzema veliko različnih oblik, od podajanja novic do dokumentarnih oddaj in raziskovalnih intervjujev, prežema in ustvarja sedanje kulturne izkušnje ter znanje o avtentičnih osebnih lastnostih. Intervju iz oči v oči omogoča specialen vpogled v subjektivnost, glas in preživete izkušnje. Intervju je trenutno centralni vir, iz katerega sedanje socialne vede črpajo ključne teme, ki jih zanimajo (Atkinson, Silverman, 1997 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 16). Klasični intervju, namenjen sociološkim raziskavam, se je skozi leta dekonstruiral, teoretiziral in prevzel več videzov. Simbolični interakcionizem išče odprt pogovor z namenom pridobivanja bolj teksturiranih in avtentičnih zaključkov. Feministično poročilo poskuša razkriti in nato decentralizirati ravnotežje moči.

Kvalitativni intervju je enostaven in hkrati očiten. Nanaša se na vsakodnevne prakse s postavljanjem in odgovarjanjem na vprašanja ter na vsakodnevne identitete spraševalca/tistega, ki daje odgovore. Pogovor v intervjuju in z njim pridobljeni podatki so največkrat plod lokalne interakcije med govornikoma. Kot sta ugotovila Gubrium in Holstein, spraševalci ne morejo preveč kontaminirati znanja, če to znanje ni spočeto v določeni čisti obliki, ne glede na okoliščine, v katerih je nastalo

(Gubrium in Holstein, 2002 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 16). Glede na to se spraševalcem ni treba preveč obremenjevati s tem, ali so njihova vprašanja in kretnje preveč vodilne ali premalo empatične. Potrebna je le interakcija s specifično osebo.

Intervjuji so po svoji naravi socialno srečanje, v katerem govorniki sodelujejo v nastanku retrospektivnih (ali prospektivnih) poročil ali verzij svojih prejšnjih (ali bodočih) dejanj, izkušenj, občutenj in mišljenj. Kot je zapisal Fontana, v »pogovorih sogovornika obravnavamo kot človeško bitje, zato ne moremo ostati več objektivni, brezosebni, ampak postanemo človeški in zato moramo razkriti same sebe, o sebi priti do novih spoznanj na podlagi učenja o drugih«. To pomeni, da poskušamo razumeti biografske, kontekstualne, zgodovinske in institucionalne elemente, ki jih v intervjuju uporabljata obe sodelujoči stranki (Fontana, 2002 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 19). Med analiziranjem intervjujev je treba analizirati dejansko dogajanje, kako je medsebojna interakcija proizvedla tok pogovora, kako so nastale specifične identitete, razprave in pripovedi. Celoten proces kvalitativnega intervjuja od procesa pridobivanja, oblikovanja začetnega seznama vprašanj, začetka in interakcij v intervjuju ter njegove analize je prikazan v tabeli 11.

Konkretno smo kvalitativni intervju izvajali na naslednji način. **(1) Proces pridobivanja spraševancev.** V konkretni raziskavi smo se usmerili v skupino zdravnikov, ki predstavlja jedro zaposlenih zdravnikov – zdravniki specialisti. Različne poglede smo zbirali glede na zaposlitev v različnih oddelkih: operativni oddelki in interni oddelki. Proces pridobivanja informacij je natančno opisan v vsakem intervjuju, ki je priloga naloge. (**2) Začetni seznam vprašanj.** Seznam vprašanj je bil skrbno izbran glede na ustvarjene zaključke, pridobljene po pregledu res širokega nabora literature in po oblikovanju koncepta naloge, kjer smo upoštevali ključne teoretične ugotovitve, seveda smo pomembnost o tem ocenili sami. Vedno so imeli spraševanci svobodo, da so lahko dodali svoja videnja in ugotovitve, seveda poleg stalne zahteve po pojasnitvi odgovora. **(3) Izvajanje intervjuja.** Pred izvedbo intervjujev smo vsaki skupini zdravnikov natančno razložili, kaj je namen naloge, kaj raziskujemo in kaj bomo z rezultati sploh dosegli. V konkretnih intervjujih smo vedno omogočili fizični prostor po izbiri spraševanca, spraševalec je imel razumevajoč, nekoliko podrejen odnos zaradi hierarhičnega razmerja (mlajši zdravnik proti specialistom), osebnostno je spraševalec empatična osebnost umirjenega in potrpežljivega značaja. V vsebini vprašanj je bil nevtralen, ker zaradi kratkega staža in podrejenega položaja nima izoblikovane ostre slike o konkretnem dogajanju in je zato lahko le malo vplival na spraševance. (**4) Analiza podatkov.** Odgovore smo kodirali s pomočjo kodirnih tabel. Nato smo jih interpretirali na podlagi medsebojnega ujemanja in poznavanja praktičnega okolja. Dodatno smo jih testirali še z rezultati prikritega opazovanja z udeležbo in odzivom ključnih informantov v bolnišnici.

Tabela 11: Proces izvedbe kvalitativnega intervjuja

1. Proces pridobivanja spraševancev	Proces iskanja spraševancev in dogovarjanje za intervjuje je osrednjega pomena za rezultate raziskave. Rubin in Rubin (1995 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 17) sta opredelila štiri ključna področja pridobivanja: najdenje nekoga, ki ima koristne informacije, pridobivanje različnih pogledov, testiranje novih tem z novimi spraševanci, izbiranje spraševancev glede na dodatne, razširjene rezultate. Pomembno je, da se poskuša pridobiti različne poglede na predmet raziskovanja, in tistih nekaj intervjujev, ki sporočajo radikalno različne ali kontrastne metode, postane središče modificiranja začetnih teorij. Pri tem je pomembno, da se proces pridobivanja zapiše in omeni v zaključnem poročilu, ker je lahko ta proces vitalnega pomena za razumevanje rezultatov raziskave.
2. Začetni seznam vprašanj	Aktualna vsebina seznama vprašanj je v začetku generirana v skladu z našimi izsledki iz akademske in neakademske literature, skupaj z raziskovalčevimi idejami o tem, katera področja bi lahko bila pomembna. Pomembno je zavedanje, da se vprašanja lahko spreminjajo v življenjskem ciklusu projekta. Spreminjajo se lahko zaradi novih spoznanj, stikov z različnimi ljudmi ipd. Osrednja misel kvalitativnega intervjuja je, da omogoča raziskovalcu zbiranje podatkov prek kontrastnega ali komplementarnega pogovora o enaki temi ali problemu.
3. Izvajanje intervjuja	Na interakcijo in izvajanje intervjuja vpliva več stvari: začetni pogovor, fizični prostor, predstavitev raziskovalca, status in spol raziskovalca. Osrednjega pomena je realno vodenje intervjuja – vprašanja spraševalca, njegovi odgovori, komentarji in geste. Idealnega intervjuja ni. Bistvo avtentičnega subjekta spraševalca in spraševanca v njuni starosti, razredu, spolu ipd. proizvede kompleksne, spreminjajoče se subjektivnosti. V metodološki diskusiji o vodenju intervjuja obstajata dva ideala. (1) Razumevajoč odnos, h kateremu se navadno stremi. Spraševalec naj zagotovi »sproščen in opogumljajoč odnos /…/. Spraševalec mora izražati resnico, pomiritev in celo prijaznost.« (2) Nevtralnost. Različni raziskovalci jo sprejemajo različno. Nekateri trdijo, da če spraševalec ni nevtralen, potem pride vedno do kontaminacije podatkov. Drugi spet trdijo, da če je spraševalec nevtralen, kreira hierarhičen, asimetrični (in patriarhalni) odnos, v katerem se spraševanec pojmuje kot objekt raziskovanja. V sedanjem metodološkem tekstu ima nenevtralni intervju dominantno vlogo. Oba, spraševalec in spraševanec, sta »aktivno vključena v interaktivno sooblikovanje vsebine intervjuja.
4. Analiza podatkov	Možen je mnogostranski pristop. To pomeni, da spraševalec ne poskuša postaviti »resnice« na podlagi akcij spraševancev, njihovih izkušenj, občutkov in mišljenj, ampak razmišlja o tem, kako se lahko oblikujejo, obdržijo ali zavrnejo specifične (in včasih kontradiktorne) resnice. Na določeni ravni je proces analize povsem rutinski. V njem se preberejo in ponovno preberejo zapiski. K podatkom se zapišejo zanimive teme ali ključne besede. Zapiski se ponovno preberejo s pomočjo konstantne primerjalne metode. S tem se konstantno prečiščujejo osnovne teme. Včasih se pri analizi naleti na deviantne primere, stvari, ki raziskovalca prisilijo v ponovno razmišljanje in ponovno čiščenje ter oblikovanje celotne analize. Konča se z ekstrakcijo zaključkov za vsako temo.

Vir: Povzeto po Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, Qualitative Research Practice, 2007; Yin, Case Study Research. Design and Methods, 2003.

4.3.5.3 Fokusne skupine

Fokusne skupine so oblika skupinskega intervjuja, ki pridobiva podatke iz komunikacije med sodelujočimi v raziskavi. Čeprav se skupinski intervjuji uporabljajo enostavno kot hiter in priročen način zbiranja podatkov sočasno od več oseb, fokusne skupine kot del te metode eksplicitno uporabljajo skupinsko interakcijo. To pomeni, da se namesto postavljanja vprašanj vsaki osebi ljudi

opogumi za medsebojni pogovor: postavljanje vprašanj, izmenjevanje anekdot, komentiranje izkušenj ostalih in svojih pogledov na problematiko. Ta metoda je zelo uporabna za raziskovanje znanja ljudi in njihovih izkušenj ter se lahko uporablja za raziskovanje ne samo tega, kaj ljudje razmišljajo, ampak tudi kako razmišljajo in zakaj razmišljajo na takšen način (Kitzinger, 1995 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 65).

Fokusne skupine so prehajale od specialističnega znanja tržnih raziskovalcev in nekaterih inovativnih akademskih raziskovalcev v kulturnih študijah ter socialni politiki do večjega poznavanja širši javnosti. Fokusne skupine pripeljejo do podatkov za visoko vplivne študije v območju socialnih ved (Morley, 1980; Burgess, Limb in Harrison, 1988; Leibes in Katz, 1990; Livingstone in Lunt, 1994; Wodak, de Cillia, Reisigl in Liebhart, 1999). Hiter razrast fokusnih skupin ustreza novemu interesu na mnogih področjih socialne znanosti. Njihova prednost je v skupnih in tihih prepričanjih ter v načinu, kako se ta prepričanja povezujejo z ostalimi v veliko različnih lokalnih situacijah.

Velikokrat se uporabljajo v raziskovalne namene, kadar raziskovalci niso povsem prepričani, katere kategorije, povezave in perspektive so pomembne. Skupina privede do takojšnje priložnosti govora, popravljanja ali odzivanja do drugih, katerega ne predstavlja le raziskovalec. Fokusne skupine najbolje delujejo pri predmetih raziskovanja, o katerih bi sicer ljudje drug drugemu lahko govorili in pripovedovali, a tega ne počno. Raziskovalcu omogoča vpogled v mnogo različnih oblik vsakodnevne komunikacije. Ta vpogled je uporaben, ker znanje ljudi in njihova nagnjenja niso v celoti zajeta v odgovorih na neposredna vprašanja. Vpogled v takšno medosebno komunikacijo je pomemben z vidika osvetljevanja (sub)kulturnih vrednot ali skupinskih norm. Celoten proces izvajanja raziskave s pomočjo fokusnih skupin je opisan v tabeli 12.

Opis **konkretnega** izvajanja pogovora v fokusnih skupinah. **(1) Načrtovanje**. Pogovore v fokusnih skupinah smo v tej raziskavi izvedli zato, ker mladi zdravniki nimajo izdelane jasne predstave o konkretnem primeru zaznavanja in sprejemanja uvajanja sprememb. Seveda imajo izdelane slike zaznavanja fenomena, le njihovo izražanje je šibko in vedno pod vtisom razmišljanj starejših kolegov. Zato sem se odločila za pridobitev jasnejših, čistih odgovorov, tako da sem jih izolirala. Soba, v kateri so se dobili, je bila rezervirana le za njih. Moderator je bil isti spraševalec, ki je izvajal strukturirane intervjuje; je specializant, tako da je spadal v to skupino. Klasificirani so bili na način kontrola moderatorja nasproti sodelujočega. **(2) Vzorčenje.** Sodelujoči v fokusnih skupinah so bili dejansko demografsko rangirana skupina – starostno ujemanje. Ker so enako stari, predstavljajo isto generacijo in imajo med seboj dobro razvite rutine medsebojne komunikacije – skupina je bila homogena. **(3) Izvajanje.** Moderator je po definiciji član te skupine, saj je mlad zdravnik. Pogovor je vodil krožno, tako da je lahko sodeloval vsak sodelujoči; na ta način smo pridobili mnenja vseh, ne le naključnega mnenjskega vodje. Med člani skupine so obstajale povezave od prej. Zaradi možnosti izgube ključnih podatkov smo ta razgovor snemali na digitalni zapis in kasneje pogovor prepisali. **(4) Analiza.** Odgovore smo kodirali s kodirnimi tabelami ter jih nato interpretirali na podlagi medsebojnega ujemanja in poznavanja praktičnega okolja. Dodatno smo jih testirali še z rezultati prikritega opazovanja z udeležbo in odzivom ključnih informantov v bolnišnici.

Tabela 12: Proces izvajanja raziskave s fokusnimi skupinami

1. Načrtovanje	Velikokrat raziskovalci uporabljajo raziskavo s fokusnimi skupinami v kontekstu več plasti argumentiranja, kadar imajo ljudje konfliktna pričakovanja in kadar se socialni raziskovalci srečujejo z različnim uokvirjanjem teh pričakovanj. Temeljni vodič postavljanja vprašanj je oblikovan tako, da se raziščejo takšne ambivalentnosti, ne pa da se postavljajo vprašanja, ki nudijo samo odgovore »da« in »ne«. Drugačne oblike raziskave lahko za namen pripravljanja ljudi do pogovora uporabijo naloge ali vaje.
2. Vzorčenje	Ni nujno, da fokusne skupine predstavljajo reprezentativni vzorec populacije; vzpostaviti poskušajo takšen način pogovora, katerega zaključki se bodo lahko nanašali prek okvira problema pogovora. V ta namen izoblikujejo skupine, v katerih je že definiran njihov odnos do določenega konceptualnega okvira študije v obliki »teoretičnega vzorca«. Kriteriji vpoklica naj bi zagotavljali tudi demografsko rangiranje posameznih skupin. Skupine najbolje delujejo z vpletenimi, ki imajo dobro razvite rutine medsebojne komunikacije. Večina raziskovalcev priporoča homogenost vsake skupine zaradi dveh razlogov: delijo si teoretično pomembne karakteristike in izkušnje, poleg tega pa zavzemajo določeno skupno obliko govora.
3. Izvajanje	**Pospeševanje pogovora.** Moderatorji v fokusnih skupinah se lahko bolj ali manj vpletajo v razgovor. Imajo lahko več ali manj empatije s posamezno skupino, lahko se z njimi bolj ali manj identificirajo in v diskusiji lahko prispevajo več ali manj lastnih zgodb. Ti stili se lahko spreminjajo med intervjuji v istem projektu. Bistvo celotne intervencije je v tem, da skupina ostane osredotočena na predmet raziskovanja ter da se predmet raziskovanja porine prek že izgovorjenega in obdelanega. Skupine razvijejo različno dinamiko, tudi če moderator uporablja enako taktiko njenega vodenja. Vzrok za to je iskati v tem, da med člani skupine obstajajo povezave od prej ali pa nastajajo med samo raziskavo – skupina se oblikuje in pridobiva svojo socialno identiteto. **Zapisovanje.** Vsak zapis nekaj izpusti. Izbira ni med selektivnimi in neselektivnimi predstavitvami, pač pa med izbirami za različne namene. Niso pomembne podrobnosti. Uporaba podrobnejšega zapisa je podobna dodajanju nekaj nepomembnih decimalnih mest v statistiki nekoga.
4. Analiza	Pri analiziranju fokusnih skupin je pomembno, da se izkoristi polna prednost in pristojnost interakcije med sodelujočimi. Čim hitreje po skupinskem pogovoru je treba narediti analizo podatkov. Raziskovalna vprašanja nam služijo kot vodiči pri kodiranju vsake vrstice, odstavka ali drugega dela besedila za pomembne teme. Ko raziskovalec na podlagi tega razvije svoje teme, lahko postavi delovno definicijo vsake kode. Na ta način se med večkratnim pregledovanjem zapisa izoblikuje definicija, občasno so potrebne nove kode, opuščajo se stare. Pomembno je vedeti, da takšna analiza ni linearna, pač pa krožna. Konstantna primerjava pomeni, da mora raziskovalec kontinuirano primerjati kategorije in kode novih zapisov z obstoječimi, da bi popolnoma razvil lastnosti kategorij individualnih kod. Ta proces se nadaljuje do dosega saturacije. Saturacija je ideja, ko ni več potrebe po izoblikovanju novih kod ali kategorij in po tem, da bi kodiranje več zapisov proizvedlo le ponavljanje tem.

Vir: Povzeto po Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, Qualitative Research Practice, 2007; Barnett, Focus Groups Tips for Beginners, TCALL Occasional Research Paper No. 1. Texas Center for Adult Literacy & Learning, 2008.

4.3.5.4 Opazovanje udeležencev

Pogosto obstaja razlika med tem, za kar ljudje rečemo, da verjamemo in delamo, ter našim dejanskim obnašanjem. Veliko znanstvene literature dokumentira to razhajanje. Ne glede na to pa vsak od nas pozna lastne primere iz resničnega življenja. Zaradi velike pogostosti pojavljanja te človeške nedoslednosti je lahko opazovanje močna kontrola nad tem, kaj ljudje poročajo o njih samih med pogovori.

Opazovanje udeležencev je kvalitativna metoda s koreninami v tradicionalni etnografski raziskavi, katere cilj je pomoč raziskovalcem pri zaznavanju drugačnih perspektiv študijske populacije. Kvalitativni raziskovalci namreč predvidevajo, da v vsaki skupnosti obstaja več različnih perspektiv. Zato so zainteresirani za odkritje teh perspektiv, njihovo razumevanje in prepletanje med njimi. Opazovanje udeležencev, etnografija in delo na terenu so termini, ki se lahko uporabljajo izmenično v literaturi in so zato sinonimi: vsi pomenijo preživljanje dolgih period časa z opazovanjem ljudi, skupaj s pogovori o tem, kaj ti ljudje delajo in razmišljajo. S tem se raziskovalcu oblikuje slika, kako opazovanci vidijo in občutijo svet (Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 205).

Podatki, ki jih pridobimo z opazovanjem, nam služijo kot kontrola subjektivnega poročanja udeležencev o tem, kar verjamejo in delajo. Opazovanje udeležencev je prav tako uporabna metoda za pridobivanje informacij ter razumevanje fizičnega, socialnega, kulturološkega in ekonomskega konteksta, v katerem udeleženci živijo (odnos med ljudmi, konteksti, idejami, normami in dogodki) ter človeškega obnašanja in aktivnosti (kaj ljudje delajo, kako pogosto in s kom).

Opazovanje lahko variira od formalnega do naključnega zbiranja podatkov. V najbolj formalnih primerih se izdela protokol opazovanja kot del protokola študije primera in raziskovalec meri pojavnost določenih tipov vedenja v določeni časovni periodi. Manj formalno se lahko podatki zbirajo med obiskom na terenu, lahko tudi tedaj, ko se zbirajo podatki na drug način, npr. z intervjujem. Podatki, zbrani z opazovanjem, so navadno zelo priročni pri dovajanju dodatnih informacij o temi, ki se jo raziskuje. Za povečanje zanesljivosti se pogosto na terenu opazuje več opazovalcev.

Opazovanje s sodelovanjem je posebna oblika opazovanja, v kateri raziskovalec ni samo pasivni opazovalec. Lahko prevzame katero od vlog v situaciji študije primera. Ta tehnika je najpogosteje uporabljena v antropoloških študijah različnih kulturnih in socialnih skupin. S seboj prinaša vrsto prednosti, lahko pa tudi veliko težav. Najbolj izražena prednost je, da se z opazovanjem pridobi priložnost dostopa do dogodkov ali skupin, ki bi sicer ostale nedosegljive za znanstveno raziskovanje. Druga priložnost je, da raziskovalec zaznava realnost kot nekdo, ki je vpleten v dogodek, ne pa kot nekdo, ki se nahaja zunaj dogajanja. Zadnja priložnost pa izhaja iz dejstva, da ima vpleteni raziskovalec sposobnost manipuliranja manjših dogodkov, ki proizvede večjo variabilnost situacij za namene zbiranja podatkov.

Problemi pa izhajajo iz nastajanja potencialnega pristranskega ravnanja (Becker, 1958 v Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 206). Prvič, raziskovalec ima manj možnosti za eksterno opazovanje, zato lahko predvidi položaje in pravila prilagajanja, kar je v nasprotju z dobro znanstveno prakso. Drugič, lahko sledi dobro znanemu pojavu in postane podpornik skupine, če prej skupina takšne podpore ni imela. Tretjič, vloga sodelujočega lahko od njega zahteva preveč pozornosti. Zaradi tega mu primanjkuje časa za zapisovanje ali postavljanje vprašanj o dogodkih iz različnih perspektiv. Četrtič, če je opazovana skupina fizično razkropljena, potem raziskovalec ne more biti pravočasno na več mestih. Ta izključevanja med prednostmi in slabostmi mora raziskovalec jemati resno. V tabeli 13 so prikazani koraki izvajanja opazovanja udeležencev.

Tabela 13: Proces izvajanja raziskave z opazovanjem udeležencev

1. Načrtovanje	Dobra študija se usmerja na različne skupine sodelujočih, vsebuje opazovanja prek celotnega dneva in na vseh možnih lokacijah. Treba je razmisliti o vseh možnih mestih opazovanja, času opazovanja in opazovanih ljudeh ter hkrati razmišljati, ali je to možno in produktivno ali ne. To je osrednja vloga dobrega dela na terenu. Vnaprej je treba razmisliti o možnih problemih: ideje, ki bodo vodile možna pogajanja, začetno delo na terenu, začetno zapisovanje dnevnika. Ta vprašanja izhajajo iz prebrane literature, od mentorjev in iz jedra discipline.
2. Izvajanje	Dober raziskovalec si pridobi dostop do več različnih terenov. Tam skrbno izdeluje zapiske vseh svojih opazovanj. Lahko si izdela formalne intervjuje ali naključne zapiske. Obstajajo tri zlata pravila. Prvič, vsak vidik procesa mora biti nedvomno zapisan. Vitalne značilnosti določil so vidne med stopnjami dostopa. Drugič, propadli poskusi so podatki, prav tako kot so uspešni. Tretjič, težje kot je pridobiti dostop, bolj verjetno raziskovalca na koncu dela čaka nagrada. Raziskovalec med delom na terenu opazuje vse, zapiše si najbolj podrobne opombe, vzame si čas za razširitev opazovanja, če je to potrebno, nenehno sprašuje opazovance, kaj in zakaj določeno stvar počnejo, ter si ogleda vse možne dostopne dokumente in slike. Namen tega dela je pridobiti podroben opis določil in igralcev, dovolj bogato vsebino, da omogoča bralcu živo predstavo v teh določilih, ne da bi bilo potrebno kršenje osnovne doktrine.
3. Analiza	Povratnost je najpomembnejša lastnost dela na terenu in analize. Povratnost je način prizadevanja kvalitativnih raziskovalcev za zanesljivost in veljavnost. Razvoj in trening ene od refleksivnih sposobnosti in empatije je ključ do tega, kar Coffey (1999) imenuje *the etnographic self.* Pomemben del dela na terenu je način izstopa iz njega. Po končanju opazovanja je treba čim hitreje razširiti osnovne zapiske z namenom oblikovanja opisne zgodbe. Ta zgodba naj vsebuje čim več podrobnosti.

Vir: Povzeto po Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, Qualitative Research Practice, 2007; Yin, Case Study Research. Design and Methods, 2003; Mack, Woodsong, MacQueen, Guest in Namely, Qualitative Research Methods: A Data Collector's Filed Guide, 2005.

Opis **konkretnega** opazovanja. **(1) Načrtovanje.** Že med načrtovanjem raziskave smo se dogovorili, da bomo spraševance opazovali med vsemi koraki izvajanja raziskave. Tako smo načrtovali opazovanje med prvo razlago anketnega lista zdravnikom na jutranjih sestankih, med oddajanjem anket, med izvajanjem strukturiranih intervjujev, med izvajanjem fokusnih skupin in med razgovori strokovnih direktorjev drugih bolnišnic za odobritev izvajanja internetne ankete. **(2) Izvajanje.** Vsa opazovanja so bila izvedena in zapisana v skladu s točno predvideno vsebino opazovanj po protokolu. **(3) Analiza.** Opazovanja so nam dala dodano vrednost v dodatnem razjasnjevanju individualne avtonomije zdravnikov, vpogled v njihovo medsebojno razumevanje in sprejemanje izvajanja študije.

4.3.6 Postopki urejanja gradiva

Vsaka beležka je raziskovalni dokument, zato jih že med prepisovanjem kronološko in sistematsko razporejamo. (1) Dokument v raziskavi je vsak posamezen, vsebinsko zaokrožen del gradiva, ki je po presoji raziskovalca lahko pomemben za raziskavo. Dokumenti v raziskavi torej niso samo listine, ki jih poznamo kot osebne dokumente ali listine organizacije, ampak je to vsak zapis, ne glede na njegov pravno-formalni status in pomen, ki je relevanten za raziskavo. (2) Že med načrtovanjem študija primera si omislimo mapo ali registrator, v katero bomo po kronološkem redu spravljali vse dokumente v zvezi s primerom. Lahko se kasneje izkaže, da bi bilo gradivo primerneje razporejati tudi po vrstah dokumentov ali tematsko, po vsebinskih področjih. Zato si lahko omislimo kombinirano kronološko-tematsko razporejanje. Gradivo razdelimo na več tematskih področij, znotraj teh področij pa gradivo razporedimo kronološko. (3) Izvedeni opisi. Osnovni register je lahko zelo obsežen, zato njegove vsebine ne moremo zajeti, čeprav je urejena. Zato oblikujemo različne druge zbirke in opise ter postopoma prehajamo k razpoznavanju struktur, vzorcev ter drugih pravilnosti in zakonitosti. (4) Postopki povzemanja gradiva. Podatke povzamemo že z urejanjem gradiva, saj je osnovni register nepovzeto gradivo, pri vseh ostalih opisih pa je gradivo v večji ali manjši meri že urejeno. Gradivo je dobro predstaviti v še bolj strnjeni obliki, v obliki daljših in krajših povzetkov (Mesec, 1998, str. 31–33).

4.3.7 Analiza in interpretacija kvalitativne raziskave

Analiza dokazov študije primera je posebno zahtevna, ker njene strategije in tehnike niso dobro definirane. Poznavanje različnih orodij in manipulativnih tehnik je dobrodošlo, a vseeno mora vsaka študija primera slediti splošni analitični strategiji, ki definira prioritete, kaj analizirati in zakaj. Obstajajo tri splošne strategije.

(1) Strategija, temelječa na teoretičnih predlogih. Prva in najbolj priljubljena strategija, ki sledi teoretičnim predlogom za vodenje študije primera. Cilji in oblika te študije temeljita na teoretičnih predlogih, ki se izražajo kot raziskovalna vprašanja, pregled literature in nove hipoteze ali predlogi. Predlogi kot takšni vplivajo na zbiranje podatkov in oblikujejo prioritete relevantnim analitičnim strategijam. Predlogi pomagajo pri usmerjanju pozornosti na določene podatke in ignorirajo druge. Predlogi tudi pomagajo pri organiziranju celotne študije. Teoretični predlogi o vzročno-posledičnih odnosih odgovarjajo na vprašanja »kako« in »zakaj«, zato so zelo koristni pri vodenju analize študije na tak način.

(2) Razmišljanje o razlagah tekmecev. Najprej je treba definirati in testirati razlage drugih konkurenčnih razlag. To strategijo najprej uporabljamo, če izvirni teoretični predlogi vsebujejo konkurenčno hipotezo. Se pa ta strategija lahko uporablja tudi v odsotnosti takšnih teoretičnih predlogov in je zelo uporabna pri ocenjevanju študije primera.

(3) Razvoj opisa primera. Tretja splošna analitična strategija je razvoj opisnega okvira za organiziranje študije primera. Ta strategija je manj uporabna kot obe prej opisani; lahko jo uporabljamo kot alternativo, kadar imamo težave z drugima dvema.

V vsaki od teh treh strategij lahko uporabljamo pet specifičnih tehnik za analizo študij primerov: ujemanje vzorcev, grajenje razlage, analize serij v času, logične modele in prečno sintezo primera. Prve štiri tehnike uporabljamo ne glede na to, ali študija vsebuje enega ali več primerov; vsaka študija primera mora upoštevati te tehnike. Ne glede na izbiro strategije in/ali tehnike obstaja velik izziv za produkcijo visokokakovostne analize, ki od raziskovalca zahteva, da je pozoren na vse dokaze, prikaz dokazov ločeno od vsake interpretacije in izražanje skrbi za prikaz alternativnih interpretacij. Zadnja tehnika je specifična za analizo multiplih primerov. To tehniko lahko uporabljamo, če je bilo narejenih več neodvisnih študij različnih avtorjev ali več delov enake študije.

(1) Ujemanje vzorcev. Ena izmed najbolj želenih tehnik. Njena logika je, da raziskovalec empirično osnovan vzorec primerja s predvidenim (ali z več alternativnimi vzorci). Če se ujemanja skladajo, nam takšen rezultat pomaga pri povečevanju notranje veljavnosti. Če je raziskava razlagalnega tipa, se lahko vzorci skladajo v odvisnih in/ali neodvisnih spremenljivkah. Če je raziskava opisnega tipa, je ujemanje vzorcev še vedno pomembno, vse dokler ni predviden vzorec definiran pred zbiranjem podatkov. Uporaba razlag tekmecev nam prav tako postreže z dobrim primerom ujemanja vzorcev za neodvisne spremenljivke. V določenem primeru lahko za več primerov predvidimo določen izid in samo raziskavo usmerimo na to, kako in zakaj so se v vsakem posameznem primeru ti izidi pojavljali (Yin, 2003, str. 116).

(2) Grajenje razlage. Druga analitična tehnika je v svojem bistvu poseben tip ujemanja vzorcev. Procedura je težja in zato zasluži posebno pozornost. Ta postopek je primernejši v razlagalnih študijah. Za pojasnitev pojava je treba določiti določen set vzročnih povezav, ki so podobne neodvisnim spremenljivkam. V večini študij so kompleksne in težke za merjenje, grajenje razlage pa je opisno. Boljše študije se na tej točki odlikujejo od posameznih teoretično pomembnih predlogov. Kakovost grajenja razlage je rezultat naslednjih iteracij:

- oblikovanje začetne teoretične osnove ali začetnega predloga o politiki in socialnem obnašanju;
- primerjava rezultatov začetnega primera z začetno teoretično osnovo ali predlogom;
- revidiranje teoretične osnove ali predloga;
- primerjava drugih podrobnosti primera proti reviziji;
- primerjava revizije z dejstvi drugega, tretjega ali več primerov;
- ponavljanje tega procesa tolikokrat, kot je potrebno.

Ob tem nam postane jasno, da končna razlaga ni popolnoma natančno določena že na samem začetku raziskave, zato se razlikuje od ujemanja vzorcev, ki je bil opisan prej. Postopno grajenje razlage je podobno procesu prečiščevanja seta idej, v katerem je ponovno velik poudarek na uporabi ostalih verjetnih ali konkurenčnih razlag. Cilj je prikaz, kako se te razlage ne morejo zgraditi z danim aktualnim setom dogajanj v študiji. Nevarnost te tehnike je, da je potrebnega veliko analitičnega

vpogleda. Zaradi iterativnega procesa se lahko raziskovalec postopoma oddalji od teme zanimanja (Yin, 2003, str. 120).

(3) Analize časovnih serij. Takšne analize lahko sledijo zapletenim vzorcem. Bolj zapleten in natančen je vzorec, bolj bodo analize časovnih serij postavile trdne temelje zaključkom študije. Pri enostavnih časovnih serijah se pojavlja ena sama neodvisna in ena odvisna spremenljivka. V takšnih primerih se lahko za analizo podatkov uporabljajo statistični testi. Vzorec je seveda lahko bolj zapleten, saj čas začetka in konca ene spremenljivke ni jasen. Ne glede na ta problem je sposobnost spremljanja sprememb v času največja moč študij primera. To spremljanje ni omejeno s presečnimi ali statičnimi ocenami in natančnostjo. Določeni tipi analiz časovnih serij so vedno možni, čeprav vsebuje študija primera še kakšne druge tehnike.

Osnovna logika je ujemanje med trendom podatkov v primerjavi (1) s teoretično pomembnim trendom, ki je bil specificiran pred začetkom raziskave proti (2) nekaterim trendom konkurenčnih raziskav prav tako specificiranimi prej, in proti (3) drugim trendom, ki temeljijo na artefaktih ali nevarnostih za notranjo veljavnost. (Yin, 2003, str. 122–127).

(4) Logični modeli. Joseph Wholey (1979) je prvi razvil logične modele kot analitično tehniko. Prvi je promoviral idejo programa logičnega modela, kjer lahko intervencija takoj generira aktivnosti, ki pripeljejo do takojšnjih izidov, ti takojšnji izidi lahko pripeljejo do vmesnih izidov in ti vmesni izidi proizvedejo končne ali ultimativne izide (Wholey, 1979 v Yin, 2003, str. 128). Razviti logični model disertacije sledi zahtevi, da kvalitativni raziskovalni proces temelji na načelu več zornih kotov, t. i. multiplih perspektiv. Ne glede na definiranje problema je priporočljivo, da raziskovalec sledi načelu strategije multiplih perspektiv, ki jo avtorji v teoriji definirajo tudi kot triangulacijo perspektiv. To je tehnika, s katero rešujemo problem ravnotežja med avtentičnim prikazom in strukturiranjem. Načelo multiplih perspektiv določa, naj pojav, ki ga proučujemo, pogledamo z različnih zornih kotov oziroma z očmi različnih vrst udeležencev. Tako se izognemo nevarnosti, da bi neupravičeno in nehote pretirano zožili zorni kot ter bili preveč selektivni.

Analizo dogajanja je treba izvesti najmanj z dveh perspektiv, s t. i. bifokalno analizo perspektiv, in sicer s perspektiv raziskovalca in sodelujočih. V naslednji fazi je treba zbrano gradivo raziskave urediti tako, da je pripravljeno za analizo in na voljo za kasnejša preučevanja. Razlikovati je treba med dokumentarnim gradivom in lastnimi rezultati gradiv. Vse skupaj uredimo v osnovnem registru, kronološko in po vsebinskih fazah, nato pa na tej osnovi izdelamo različne izvedene dokumente (prepisana in parafrazirana besedila ter povzetke) (Penger, 2008, str. 167; Yin, 2003, str. 127–133).

Poročanje o študiji primera pomeni zaključiti z rezultati in ugotovitvami. Ne glede na obliko poročila mora raziskovalec vedno slediti enakim korakom sestavljanja poročila: identifikacija občinstva, oblikovanje strukture sestave in sledenje določenim proceduram (poročilo mora pokazati osebam, ki so sodelovale v študiji). Študija nam lahko služi kot zaključena študija primera ali pa je del študije sestavljen iz več metod. Vedno je poročanje o njenih rezultatih eden izmed največjih izzivov. Najboljše

navodilo je, da se deli študije sestavljajo sproti, ne da se čaka do procesa analize podatkov. Končno poročilo tako vsebuje opis postopka raziskovanja in ugotovitve. Pri tem sledimo standardni strukturi od teoretičnega pregleda, oblikovanja problema, opisa metode do ugotovitev, sklepov in predlogov za ciljno skupino. Ker oblika študije primera sledi sekvenčni analizi, prikažemo rezultate posameznih sekvenc, tako da ima poročilo obliko študije primera in se bere kot v celoto povezana zgodba. Končni rezultat vsake kvalitativne raziskave se zapiše v povzetku zaključkov, sicer raziskava ni končana.

4.3.8 Analiza razprave

Tabela 14: Prikaz načel analize razprave

1. Meddisciplinaren pristop	Problemi v našem okolju so preveč kompleksni, da bi jih preučevali le z ene perspektive. To vpleta različne dimenzije meddisciplinarnosti: uporaba teorij iz sorodnih disciplin in poskušanje integracije teh teorij. Timsko delo sestoji iz različnih tradicionalno definiranih disciplin, ki delujejo skupaj. Metodologije lahko prilagajamo podatkom, ki jih preučujemo.
2. Problemsko orientiran pristop	Problemi, ki jih preučujemo, so kompleksni, zato jih lahko proučujemo z več perspektiv.
3. Eklektičnost	Teorije in metode lahko integriramo, da zadovoljujejo razumevanje in razlago primera, ki ga preučujemo.
4. Vpletanje dela na terenu in etnografije	Študija mora vedno upoštevati specifične razmere na terenu kot zahtevano stanje za vsako nadaljnjo analizo in teoretiziranje.
5. Abduktivnost	Potrebno je konstantno premikanje med teorijo in empiričnimi podatki.
6. Rekontekstualizacija	Preučujemo lahko različne žanre in različne javne prostore, pri tem raziskujemo medbesedilne odnose. Rekontekstualizacija je najpomembnejši proces v povezovanju teh žanrov, kakor tudi tem in argumentov.
7. Zgodovinski vidik	Vedno ga je treba analizirati in integrirati v interpretacijo diskurzov in besedil.
8. Orodja	Kategorije in orodja sledijo vsem zgoraj naštetim korakom in proceduram ter seveda tudi specifičnemu problemu, ki ga preučujemo.
9. Namen	Aplikacija raziskave v prakso je njen namen. Rezultati morajo biti dostopni strokovnjakom v različnih strokah ter biti v drugem koraku aplicirani v realnost z namenom spreminjanja določenin diskurzivnih in socialnih praks.

Vir: Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, Qualitative Research Practice, 2007, str. 188.

4.3.9 Analiza tematskega področja

Analiza tematskega področja (*angl. thematic content analysis = TCA*) je deskriptivni prikaz kvalitativnih podatkov. Te podatke lahko pridobimo iz razgovorov ali z drugačnimi oblikami pridobivanja podatkov. Zadovoljiv TCA prikaže tematsko vsebino prepisov razgovorov z identifikacijo skupnih tem v besedilu, ki je namenjeno za analizo. TCA je najosnovnejši od kvalitativnih analitičnih postopkov in na določen način informira vse kvalitativne metode. V izvajanju TCA je raziskovalčeva epistemološka naravnanost objektivna in objektivistična. TCA lahko opišemo kot obliko »nizkega lebdenja« nad podatki.

Raziskovalec iz besedila izbere in prefiltrira seznam skupnih pogostih tem z namenom izražanja javnosti glasu sodelujočih v raziskavi. Pri tem je dobro, da raziskovalec teme imenuje z besedami

sodelujočih v raziskavi in da jih zbere na način, ki neposredno odseva celotni besedilo. Medtem ko zahteva urejanje tem določeno raven interpretacije, sámo interpretacijo držimo na minimumu. Raziskovalčeva lastna občutja in razmišljanja o temah ali kaj lahko teme TCA označujejo, so v veliki meri za TCA nerelevantna. TCA ne zadošča za popolno analizo raziskovanja, predvsem zato, ker je v večji meri opisna.

Raziskovalci morajo identificirati miselne enote in njihov odnos do konteksta ter strukture za vsakega sodelujočega posebej in nato še za sodelujoče v celoti. Analogne procedure najdemo v študiji primera, etnografiji, pritlehni teoriji, analizi diskurza, hevristični raziskavi, metodah pripovedovanja ipd. Metode raziskovanja se očitno razlikujejo v epistemološki naravnanosti, odvisno od raziskovalca in variante metode, ki jo raziskovalec uporablja. Na drugi strani pa sta hevristična raziskava in intuitivno povpraševanje konstruktivistični v epistemološki naravnanosti, vgrajujeta objektivne in subjektivne podatke z namenom zagotavljanja intersubjektivnih interpretacij, ki se nanašajo na raziskovalčevo intuicijo razumevanja zaključkov (Anderson, 2007, str. 2)

Pri analizi tematskega področja je ključna analiza postopkov in proces analize. Pri analizi tematskega področja gre za ustvarjalen proces oziroma konstrukcijo, ki naj bi pripeljala do oblikovanja konceptov, hipotez in razlag, torej do teoretičnih formulacij, zato je ni mogoče ločiti od interpretacije. Analizirati pomeni interpretirati, kje v zbiru neurejenega izkustvenega gradiva prepoznamo posamezne celote, ki se navezujejo na določen pojav, lastnost, proces, in te celote poimenovati (Seale, Gobo, Gubrium in Silverman, 2007, str. 428–429). Veljavnost lahko preverimo tako, da raziskovalce ali zunanje poznavalce razmer seznanimo z ugotovitvami analize in interpretacije ter jih prosimo za komentar in mnenje o pravilnosti interpretacij; gre za t. i. zunanjo neodvisno validacijo.

5 ŠTUDIJA PRIMERA SPLOŠNE BOLNIŠNICE TRBOVLJE

Nalogo zaokrožamo z opisom rezultatov empiričnega dela – študije primera SBT. Najprej bomo predstavili rezultate kvantitativnega dela študije, nadaljevali pa bomo s predstavitvijo kvalitativnih rezultatov. Pridobili smo jih globinskimi intervjuji, pogovori v fokusnih skupinah in prikritim opazovanjem z udeležbo. Opisali bomo še oceno ključnih informantov – direktorice, pomočnice direktorice za zdravstveno nego in koordinatorja uvajanja kakovosti, katerim je avtorica predstavila rezultate študije in njena priporočila.

5.1 Kvantitativni del študije primera

V kvantitativnem delu študije smo sestavili vprašalnik, ki je v prilogi; z njim smo merili naslednje dejavnike. Na management sprememb vplivajo strukturne karakteristike – organizacijska struktura, organizacijska kultura, učeča se organizacija. V tem delu smo ocenjevali tudi prisotnost elementov participativnega vodenja. Nato smo merili izražanje poklicne kulture, ki je sestavljena iz humanitarne nagnjenosti, psihološke pogodbe, individualne avtonomije, medosebnih odnosov ter pomembnosti zdravljenja in zaupanja v znanost. Zanimala nas je še pripravljenost zdravnikov na spremembe.

5.1.1 Teoretični konstrukt

Najprej smo po temeljitem pregledu in preučevanju literature izdelali konceptualni model naloge. Nato smo hipoteze potrdili z izsledki empiričnih raziskav. Na podlagi teh izsledkov smo izdelali teoretične konstrukte posameznih dejavnikov in jih potem med svojo študijo poskusili potrditi. V nadaljevanju so tako navedeni teoretični konstrukti vseh dejavnikov, ki smo jih raziskovali: strukturne karakteristike managementa sprememb, kamor spadajo organizacijska struktura, organizacijska kultura, učeča se organizacija in participativno vodenje, poklicne kulture in pripravljenost zdravnikov na spremembe.

5.1.1.1 Strukturne karakteristike

Organizacijska sprememba mora biti koordinirana prek velikega števila dimenzij, od katerih sta organizacijska struktura in kultura najpomembnejši. Fleksibilna, položnejša organizacijska struktura, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, pozitivno vpliva na uvajanje sprememb v organizacije (Senge, 1990; Larsen, McInerney, Nyquist, Silsbee in Zagonel 2002; Dimovski, Penger, Škerlavaj in Žnidaršič, 2005; Chen, 2007). Z drugimi besedami, sposobnost organizacije, da se strukturira in restrukturira z namenom prilagajanja spreminjajočim se notranjim in zunanjim stanjem, je pomembna za maksimiziranje organizacijske uspešnosti. Organizacijska struktura je definirana kot sposobnost organizacije, da razdeli delo ter določi vloge in odgovornosti posameznikom in skupinam (Lawler in Worley, 2006). Dokazano ima takšna struktura enako vlogo tudi v zdravstvenih organizacijah (Healy in Braithwaite, 2006; Shortell, Bennett in Byck, 1998; Ennis in Harrington, 1999; Øvretveit, 2009; Chreim, Williams in Coller, 2012; West in Lyubovnikova, 2013).

Tradicionalna organizacijska struktura ne podpira uvajanja sprememb ter ne prinaša razvoja in ne inovacij (Plsek, 2003; Dűckers, Wagner, Vos in Groenewegen, 2011). V slovenskih bolnišnicah je prisotna mehanistična organiziranost, ki je najbolj očitna pri zaposlenih v medicini in upravi ter pri starejši in bolj izobraženi populaciji (Skela Savič, 2007). V zdravstvenih organizacijah je pogosta prepreka med uvajanjem programov večje uspešnosti in stroškovne učinkovitosti toga birokratska organizacijska struktura, vodena z domnevno neučinkovitostjo, zapravljivostjo in oddaljenostjo (Ennis in Harrington, 1999, str. 320; Ritonja 1996 v Ritonja in Hočevar, 2001, str. 254).

V konstrukt organizacijska struktura smo tako uvrstili naslednje trditve:

2_1 Večino odločitev zdravniki sprejemamo skupaj.
2_2 Predstojnik ima trdno kontrolo o večini pomembnih stvari nad manjšim številom podrejenih. (R)
2_3 Večino odločitev o zdravljenju vsi vpleteni v zdravljenje sprejemamo skupaj.
2_4 Prevladuje avtonomna oblika dela, vsak posameznik zdravi po svoje, brez sodelovanja z drugimi zdravniki. (R)
2_5 Nimam občutka, da bi bila na oddelku hierarhična razmerja strogo določena.
2_6 Bolnišnica mi omogoča možnost sodelovanja pri pomembnih odločitvah.
2_10 Predstojnik mi jasno opiše, kaj naj delam in kaj od mene pričakuje.
2_11 Vedenje posameznikov jasno določajo pravila in procedure.

Trditvam, ki so bile vsebinsko zastavljene inverzno, smo pred obdelavo podatkov z metodo eksploratorne faktorske analize rekodirali. Te trditve imajo na koncu oznako (R). Iz faktorja organizacijska struktura smo glede na rezultate faktorske analize odstranili tri trditve in jih uvrstili v faktor organizacijska kultura, kamor se statistično ustrezneje uvrščajo.

Kar nekaj raziskav pa dokazuje, da je za uspešno implementacijo sprememb nujno potrebno, da se te prilagodijo **organizacijski kulturi** in jo hkrati z organizacijsko strukturo (Appelbaum in Wohl, 2000; Bate, Khan in Pye, 2000; Weiner, 2009; Adamson, Warfa in Bhui, 2011) spreminjajo v kulturo sodelovanja, kar velja tudi za zdravstvene organizacije (Olden in McCaughrin, 2007; Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009; Carlstrőm in Ekman, 2012). Struktura in kultura se razvijata skupaj: ena oblikuje drugo in ta je od prve oblikovana. Zato se je v primeru uvajanja sprememb v organizacijo treba zavedati sinhronizacije ter komplementarnosti med kulturološkimi in strukturnimi procesi v organizaciji. Kadar ima organizacija namen uvesti novosti ali se spremeniti, mora najprej spremeniti predvidevanja in nevidne premise, na katerih temeljijo odločitve in akcije zaposlenih. Ta kontekst je seštevek vseh zaključkov, ki so jih dosegli člani organizacije. Je produkt njihovih izkušenj in njihovih interpretacij preteklosti ter določa organizacijsko socialno obnašanje ali kulturo. Za vsako spreminjanje mora organizacija najprej razkriti svoj skriti kontekst. Ko spoznamo kontekst in način uvajanja sprememb prilagodimo njemu, se usmerimo v spreminjanje formalne strukture (Appelbaum in Wohl, 2000, str. 281–282).

V konstrukt organizacijska kultura smo uvrstili tri trditve, ki smo jih na podlagi rezultatov faktorske analize izločili iz sklopa trditev »organizacijska struktura«, skupno pa ta faktor sestavlja deset trditev:

2_7 Ne moti me, da se kolegi zdravniki vmešavajo v moje delo.
2_8 Ne moti me, da se predstojnik vmešava v moje delo.
2_9 Ne moti me, da se medicinske sestre vmešavajo v moje delo.
3_1 Imam občutek, da prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost in odprt. (R)
3_2 Med zdravniki vedno poteka komunikacija v obe smeri.
3_3 Med zdravniki in ostalimi zdravstvenimi skupinami poteka komunikacija v obe smeri.
3_4 Učimo se iz napak – redno poročamo o napakah in o njih diskutiramo v učne in ne kaznovalne namene.
3_5 O kvaliteti moje zdravstvene oskrbe vedno dobim povratno informacijo.
3_6 S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede svojih bolnikov ali njihove premestitve.
3_7 S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede njihovih bolnikov ali njihove premestitve.

Veliko študij je dokazalo, da ima **participativni management** pomembno pozitivno vlogo pri omejevanju odpora do sprememb (Lenz in Lyles, 1986; Waddel in Sohal, 1998; Pardo-del Val, Martinez-Fuentes in Roig-Dobón, 2012). Raziskave so osvetlile dve zaznavanji zaposlenih, ki sta ključnega pomena za uspeh uvajanja participativnega managementa (Pierce, Rubenfeld, Morgan, 1991

v Angermeier, 2009, str. 129). Najprej mora biti pretok informacij prost do in od zaposlenih v organizaciji, tako da imajo vedno zadosti informacij o svojem delu in da je njihov prispevek k z delom povezanim zadevam legitimno upoštevan in priznan. Drugo, zaposleni morajo občutiti, da imajo primerno stopnjo samokontrole nad svojim delom in nad odločitvami, ki vplivajo na njihovo dobro počutje. Ko se bodo zaposleni počutili močnejše, bodo delali bolje, bolj bodo predani organizaciji, težje jo bodo zapustili, kar bo vse skupaj vplivalo na učinkovitost organizacije.

Mnenje večine vodstvenih skupin je, da so nujen predpogoj učinkovitega spreminjanja v organizacijah vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, zaupanje in sodelovanje zaposlenih. Za participativni management je značilno, da se motivacija zagotavlja s skupinskim sodelovanjem in vpletenostjo v oblikovanje ciljev, izboljšanje metod in ocenjevanje napredka. Obstaja obsežna interakcija z visoko stopnjo zaupanja in spoštovanja. Komunikacija je obojestranska, obsežna in zadostna. Odločanje je razpršeno po vsej organizaciji ter temelji na popolni in zadostni informaciji. Cilje zaposleni dosegajo s skupinsko participacijo (Angermeier, 2009, str. 130). Vodenje je participativno, kar pomeni, da je demokratično: je enakopravno, recipročno, vodje se zavedajo svojih napak in jih priznavajo, vodijo z razlago in na podlagi dejstev, zaupajo v druge, jih poslušajo in jim narekujejo odgovornosti, delavci imajo prost dostop do informacij in se lahko izobražujejo (Berstein, 1976, str. 508). S tem se v organizacijah vzpostavi določna stopnja zaupanja, ki je kritična za dobro sodelovanje vseh zaposlenih.

Ker nas je v kontekstu participativnega vodenja zanimala predvsem razlika v dojemanju vodenja med tistimi, ki zasedajo vodstveni položaj, in tistimi, ki so podrejeni, so zdravniki izpolnjevali vprašalnik glede na svoj položaj v procesu dela. Trditve v vprašalniku, strinjanje s katerimi so zdravniki izražali, so torej vsebinsko enake, različen je le vidik, kako je bil posameznik nagovorjen. Vprašanja so deloma povzeta po integrativnem modelu organizacijskega zaupanja: *7-item Trust Scale* (Schoorman in Ballinger, 2006 v Schoorman, Mayer in Davis, 2007, str. 352), deloma so povzeta po opisu lastnosti vodilnih delavcev, ki so potrebne za razvoj demokratičnosti v podjetju (Bernstein, 1976, str. 508).

Za namen ugotavljanja zaznavanja participativnega vodenja smo izdelali konstrukt naslednjih tridesetih trditev, na katere so odgovarjali vodje in delavci ločeno.

Vodje

11_1 Med odločanjem in sprejemanjem odločitev vedno mislim na interese delavcev.
11_2 Delavci mi prepuščajo popoln nadzor nad svojo prihodnostjo v tem podjetju.
11_3 Če delavce povprašam po določenemu problemu, za katerega so krivi tudi sami, o njem svobodno razpravljajo.
11_4 Delavci so lahko kreativni, ker razumem in sprejemam dejstvo, da občasno kreativne rešitve tudi niso dobre.
11_5 Pomembno je, da imajo tudi moji delavci pod nadzorom mene in moje delo.
11_6 Mojo kritiko delavci sprejemajo mirno, vzamejo jo za dobro in se pri tem ne počutijo slabo.
11_7 Delavci si želijo, da vodje ne bi imeli nikakršnega vpliva na njihove pomembne odločitve.
11_8 V odnosu do svojih zaposlenih sledim načelu egalitarnosti.

11_9 Pri svojem delu sledim načelu egalitarnosti.
11_10 Svojih napak se zavedam in jih tudi priznavam.
11_11 Vodstveni položaj zavzemam z razlago in na podlagi dejstev.
11_12 Svojim podrejenim popolnoma zaupam.
11_13 Svoje podrejene poslušam.
11_14 Zaposlenim prepuščam odgovornost pri opravljanju nalog.
11_15 Podrejene spodbujam k dodatnemu izobraževanju.
11_16 Zavzemam se za prost dostop do informacij za vse zaposlene.

Delavci
12_1 Moj vodja med odločanjem in sprejemanjem odločitev vedno misli na moje interese.
12_2 Svojemu vodji sem pripravljen prepustiti celoten nadzor nad mojo prihodnostjo v tem podjetju.
12_3 Če me bo vodja povprašal po določenemu problemu, za katerega sem kriv tudi sam, bom o tem svobodno razpravljal.
12_4 Lahko sem kreativen, ker moj vodja razume in sprejema, da občasno kreativne rešitve tudi niso dobre.
12_5 Pomembno je, da imam tudi jaz lahko pod nadzorom svojega vodjo.
12_6 Kritiko svojega vodje sprejemam mirno, vzamem jo za dobro in se pri tem ne počutim slabo.
12_7 Želim si, da vodja ne bi imel nikakršnega vpliva na moje pomembne odločitve.
12_8 Moj vodja v odnosu do mene želi obdržati privilegije, ki mu pripadajo.
12_9 Moj vodja je v odnosu do mene pokroviteljski.
12_10 Moj vodja je prepričan, da je nezmotljiv.
12_11 Moj vodja izvaja vodenje s formalne pozicije.
12_12 Občutek imam, da mi moj vodja popolnoma zaupa.
12_13 Moj vodja želi imeti nadzor nad mano.
12_14 Občutek imam, da moj vodja z mano ne deli pomembnih informacij.

Franco in Almeida (2011) sta dokazovala, da je orodje, ki lahko pospeši organizacijski proces prilagajanja spremembam, organizacijsko učenje, ki ga lahko obravnavamo tudi kot znanilca sprememb. Podobno sta dokazovali študiji Amitay, Popper in Lipshitz (2005) ter Rijal (2010). Klasični managerski modeli, za katere so značilne jasnost vlog, formalizacija, specializacija in kontrola, niso dorasli izzivom sodobnega okolja v ekonomiji znanja. Veliko avtorjev meni, da so se ljudje in organizacije sposobni učinkovito spreminjati in da spremembe potrebujejo odprto komunikacijo ter pooblastila članov skupnosti kakor tudi kulturo sodelovanja. Vse našteto so lastnosti učeče se organizacije. Učeča se organizacija je tako definirana kot organizacija, ki je naučena oblikovanja, pridobivanja in prenosa znanja ter modifikacije lastnega znanja z odsevanjem novega znanja in spoznanj (Garvin, 1993, v Franco in Almeida, 2011, str. 783).

Učeča se bolnišnica. Po definiciji so značilnosti učeče se bolnišnice učenje, keriranje in delitev znanja, ki je pridobljeno z na dokazih podrto medicino, in da imajo vzpostavljen takšen sistem delovanja, ki te procese učenja pospešuje (Crites, McNamara, Akl, Richardson, Umscheid in Nishikawa, 2009, str. 2).

Orodje, ki lahko pospeši organizacijski proces sprejemanja sprememb, ki so stalnica v trenutnem tekmovalnem okolju, je »organizacijsko učenje«, ki ga lahko obravnavamo kot prekurzorja spremembe (Franco in Almeida, 2011, str. 800). Prisotnost značilnosti učeče se organizacije v lastni organizaciji lahko preverjamo s standardiziranim vprašalnikom, tako imenovanim lakmusovim testom. Vsebuje pet osnovnih vprašanj. Če zaposleni nanje odgovorijo pozitivno, občutijo v svoji organizaciji elemente učeče se organizacije (Garvin, 2000 v Dimovski, Penger, Škerlavaj in Žnidaršič, 2005, str. 137).

Za namen ugotavljanja pridobivanja, razširjanja in ustvarjanja otipljivega organizacijskega znanja smo na podlagi teoretičnih izhodišč izdelali konstrukt naslednjih šestih trditev.

1_1 Imamo možnosti rednega individualnega izobraževanja.
1_2 Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da spodbuja učenje.
1_3 Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da podpira široko razširjanje najboljših praks.
1_4 Bolnišnica ustrezno priznava moje dosežke in uspehe.
1_5 Bolnišnica mi omogoča strokovno rast.
1_6 Bolnišnica mi omogoča osebno rast.

Spraševance smo naknadno s standardiziranim vprašalnikom – lakmusovim testom – spraševali še, ali SBT zaznavajo kot učečo se bolnišnico.

5.1.1.2 Poklicna kultura

Hochschild (2003, v Herkenhoff, 2010, str. 2) je dejal, da je poklicna kultura skrita v tiho nejasnost. Pierre Bourdieu (2004, v Herkenhoff, 2010, str. 2) pravi, da se ljudje ne rodijo z značilnostmi poklicnih skupin, pač pa pridobijo »socialno naučene predispozicije« svojih poklicev. Boyatzis (1982) je poklicno kulturo definiral kot vedenje, ki je primerno in sprejemljivo v vsaki poklicni skupini. Poklicno kulturo definiramo kot subkulturo, ki ni spoznana na enaki ravni, kot sta nacionalna ali organizacijska kultura (Scott et al., 2003; Hofstede 1980; Degeling et al., 1998 v Herkenhoff, 2010, str.2). Te poklicne kulture so ovira medpoklicnemu delovanju v bolnišnicah, in sicer zaradi različnih pogledov različnih poklicnih skupin. Skupna razumevanja poklicne kulture zdravnikov so (Meyer in Tucker, 1992, str. 469): individualna avtonomija, medosebni odnos zdravnikov, zaupanje v znanost, humanitarne ideje.

Psihološka pogodba predstavlja nenapisana pravila, ki tvorijo pomemben del odnosa zaposlenega do organizacije. Zato vodi naslednja pričakovanja: kaj zaposleni pričakujejo, da bodo delali, in kaj pričakujejo, da bodo dosegli. Sprejemanje novih načinov zadržanja obstoječega znanja in nastajanja novega lahko pomeni spremembo v razumevanju medsebojnega menjalnega razmerja, zato lahko takšne spremembe povzročijo občutek kršenja ali spreminjanja psihološke pogodbe. To najbolj velja za zaposlene, ki so bolj predani svoji karieri kot organizaciji – transakcijski tip psihološke pogodbe (Hallier, 1997, str. 223; O'Neill in Adya 2007, str. 412). V idealnem okolju, ki podpira razširjanje znanja, bi tako morali imeti vsi odnosen tip psihološke pogodbe, visoko stopnjo zaupanja v vodstva in sodelavce, skrivanje znanja pa bi bilo nemogoče.

Poklicna kultura ima negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije (Shortell, Bennet in Byck, 1998; Meyer in Tucker, 1992; Khokher, Bourgeault in Sainsaulieu, 2009; Almås in Ødegård, 2010). Zato je treba ustvariti »kulturo spremembe«, ki pospešuje spreminjanje ter ve, kako spremembo učinkovito uravnotežiti in jo učinkovito integrirati v obstoječe sisteme (Bowden in Smiths, 2012). Če organizacije poskusijo uvajati bolj omejeno, standardizirano okolje v sicer raznolike načine ustaljenega načina dela in razmišljanja, so zdravniki manj naklonjeni uvajanju sprememb, saj hočejo pri odločanju obdržati svojo individualno avtonomijo, ki je pomemben del njihove poklicne kulture (Cannavina, Cannavina in Walsh, 2000; Freeman in Ellis, 2009; Vaughan, Thomas in Musgrave, 1989). Z uvajanjem določenih novosti namreč zdravniki pridobijo občutek kršenja svoje psihološke pogodbe (Zhao, Wayne, Glibkowski in Bravo, 2007; Grimmer in Oddy, 2007; DelCampo, 2007).

Sklop poklicna kultura tako predstavljajo konstrukti: humanitarne ideje, individualna avtonomija, psihološka pogodba, medosebni odnosi in zaupanje v znanost.

Humanitarne ideje

Konstrukt humanitarne ideje sestavljajo štiri trditve:

4_1 Rad skrbim za bolne in rešujem življenja.

4_2 Rad zdravim bolnike.

4_3 Delovna pripravljenost na domu me ne moti.

4_4 Zdravniki ob sprejemu pacienta v bolnišnico vedno poskrbimo, da je le ta obveščen o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o medicinsko tehničnih zmožnostih, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga in ki se nanašajo na njegovo zdravljenje.

Psihološka pogodba

Konstrukt psihološka pogodba predstavlja šest trditev:

5_1 Bolnišnica mi omogoča le tisto lojalnost, ki je definirana z določili moje pogodbe. (R)

5_2 Dela ne opravljam samo zaradi denarja.

5_3 Bolnišnica mi nudi visoko plačo.

5_4 Bolnišnica mi daje pohvalo za dobro opravljeno delo.

5_5 Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi dolžine zaposlenosti.

5_6 Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi napora, ki ga vložim v delo.

Trditve z oznako (R) smo pred obdelavo podatkov z metodo eksploratorne faktorske analize rekodirali.

Individualna avtonomija

Individualno avtonomijo predstavljajo naslednje trditve:

6_1 Podpiram uvajanje standardov zdravljenja (tj. kliničnih poti) v zdravstvene organizacije.

6_2 Svoje bolnike želim zdraviti povsem avtonomno. (R)

6_3 Ponosen/na sem, da sem končal/a medicinsko fakulteto. (R)

6_4 Ponosen/na sem, da sem opravil/a specializacijo. (R)

6_5 Menim, da je uporaba medicinskih izrazov, ki so drugim manj jasna, za zdravnike velikega pomena tudi v namen razločevanja med njimi in ostalimi poklicnimi skupinami. (R)
6_6 Podpiram standardizirane načine zdravljenja pogostih bolezni.
6_7 Velika čast je, da sem član različnih zdravniških združenj. (R)
6_8 Za svoje delo si zaslužim dobro plačilo. (R)
6_8 Svoje delo visoko cenim. (R)
6_10 Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna. (R)
6_11 Zdravniki načeloma odklanjamo tako ekonomiko v zdravstvu, v kateri bi bil interes zdravstvenega delavca neposredno in izključno odvisen od materialnih pridobitev delovne organizacije in zdravstvenega sistema. (R)

Konstrukt individualna avtonomija je večinoma sestavljen iz trditev (označene z (R)), ki smo jih pred izvedbo eksploratorne faktorske analize rekodirali.

Medosebni odnosi
Konstrukt medosebni odnosi sestavlja pet trditev:
7_1 Imam dobre odnose s sodelavci.
7_2 Imam dobre odnose z nadrejenimi.
7_3 Dobri delovni odnosi so pomembni.
7_4 Pripravljen sem pomagati sodelavcem.
7_5 V delovnem okolju zaznavam mobing. (R)

Zaupanje v znanost
Konstrukt zaupanje v znanost predstavljata dve trditvi:
8_1 Pri svojem delu skušam kar najbolje slediti medicini, podprti s kliničnimi dokazi.
8_2 Zelo mi je pomembno, da delam s pomočjo najnovejše medicinske tehnologije.

Trditve z oznako (R) smo pred obdelavo podatkov z metodo eksploratorne faktorske analize rekodirali.

5.1.1.3 Pripravljenost zdravnikov na spremembe

Dokazano je, da pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov. Pripravljenost zdravnikov se lahko poveča na več načinov. Veliko raziskav poudarja vpletenost zdravnikov v spremembe (Goodpastor in Montoya, 1996; Cohn, Friedman in Allyn, 2007; Wall, 2007) in večanje moči zaposlenih (Rowley, 2006). Narine in Persaud (2003) ter Jacobson in Jazowski (2011) pa poleg participacije svetujejo še prepoznanje potrebe po spremembi, jasno komunikacijo, pridobitev konsolidacije s povratnimi zankami in nazadnje vgraditev spremembe v organizacijsko kulturo. Še vedno pa določene skupine zdravnikov ne razumejo, zakaj se v njihovi stalni praksi izvajajo programi izboljšanja kvalitete dela (Audet, Doty, Shamasdin in Schoenbaum, 2005).

Alvin Toffer je dejal, da je lažje govoriti o spremembi, kot jo izvesti (Alvin Toffer v Applebaum in Wohl, 2000, str. 281). Učinkovita sprememba je označena z odmrznjenjem starih obnašanj ter vnašanjem in zamrzovanjem novih obnašanj. Sprememba je lahko kontinuirana, sporadična, občasna, redka. Predvidena sprememba omogoča čas za pripravo, medtem ko se je na nepredvideno spremembo težje učinkovito odzvati. V zdravstvu se spremembe dogajajo hitro, zato so manj verjetno predvidljive. Ne glede na velike napore vodstvenih delavcev veliko velikih sprememb vodi v propad (Strebel v Appelbaum in Wohl, 2000, str. 282). Nekateri ugotavljajo, da več procesov spreminjanja propade kot uspe (Mariotti, 1998 v Appelbaum in Wohl, 2000, str. 282). Managerji od svojih zaposlenih pričakujejo entuziazem, sprejemanje in predanost, na žalost pa za večino zaposlenih sprememba pomeni motnjo in vdor v njihovo ustaljeno prakso dela. Komunikacija se razbije, implementacijski načrti zgrešijo bistvo in rezultatov ni (Strebel, 1996 v Appelbaum in Wohl, 2000, str. 282).

Organizacije raje večajo status quo, kot se spreminjajo. V svojem bistvu je organizacija zgrajena tako, da obdrži sistem, proces in rutinski način opravljanja del. Zato sprememba ogroža stabilnost in kontinuiranost, ki naj bi jih managerji nadzorovali (Appelbaum in Wohl, 2000, str. 282). Spremembe pa v sistem prinašajo negotovost in dodatno delo ter znižujejo občutek lastne suverenosti zaposlenih. Posledica je odpor do sprememb. Ta odpor je veliko manjši ali ga skorajda ni, ko ljudje s trenutno situacijo niso zadovoljni in si sami želijo sprememb (Kotter, 1996, str. 35, 36).

Pripravljenost na spremembe zdravnikov smo merili z naslednjimi trditvami:
9_1 Bolnišnica se uspešno prilagaja spremembam v okolju.
9_2 Občutek imam, da smo zaposleni odprti in dojemljivi za spremembe, kar pomeni, da jih hitro osvojimo in vgradimo v proces dela.
9_3 Z uvajanjem sprememb bi mi delodajalec povečal obveznosti. (R)
9_4 Posamezni zdravstveni poklici so visoko specializirani in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. (R)
9_5 Nekateri zdravniki občasno sodelujejo v naporih preoblikovanja bolnišničnih sistemov z namenom boljše oskrbe bolnikov. Praktičen primer je sodelovanje pri oblikovanju kliničnih poti ali oblikovanje smernic merjenja uspešnosti posameznih zdravnikov ipd. V takšnih projektih rad/a sodelujem.
9_6 V tovrstnih projektih bi si (še) želel sodelovati.

5.1.2 Populacija in vzorec v kvantitativni raziskavi

Za namene kvantitativne raziskave smo, kot rečeno, populacijo zdravnikov iz SBT razširili še na tri primerljive slovenske bolnišnice, da bi zagotovili dovolj velik numerus za napredne statistične analize. Izbrali smo Splošno bolnišnico Murska Sobota, Splošno bolnišnico Celje in Splošno bolnišnico Novo mesto. Vse bolnišnice so sicer večje, so regionalnega tipa, imajo večje število zaposlenih zdravnikov, imajo pa primerljivo strukturo oddelkov in – kar je bilo najpomembneje – nahajajo se na zelo podobni stopnji uvajanja sprememb v bolnišnice, kar pomeni, da so na zelo primerljivi ravni sprejemanja akreditacijskega certifikata DNV. Med subjektivne kriterije uvrstitve bolnišnice v vzorec raziskave pa

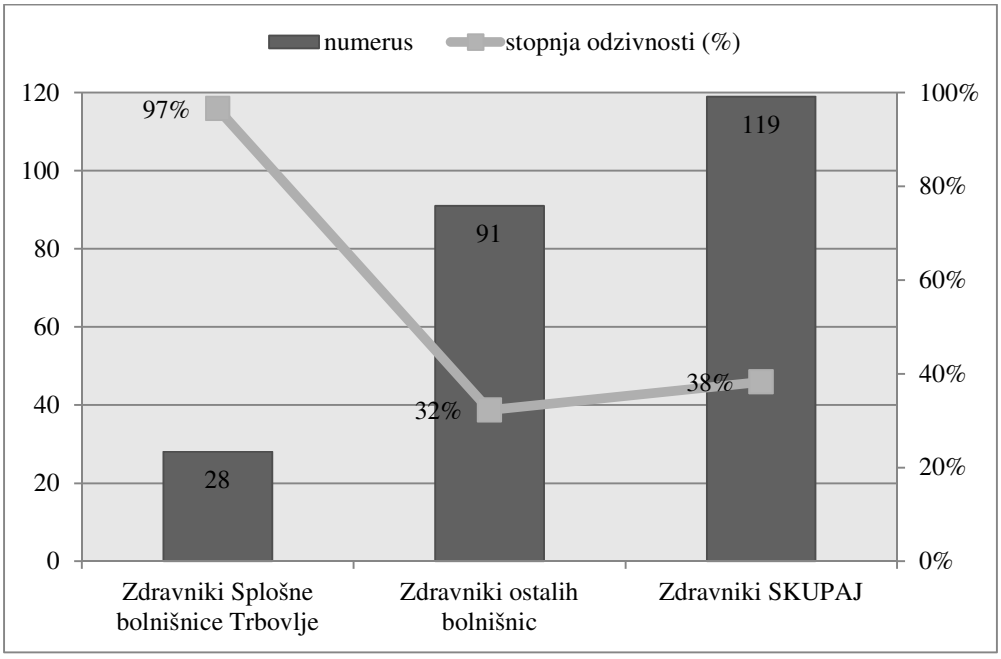
smo uvrstili osebno poznavanje vodstva bolnišnice in njihovo pripravljenost za sodelovanje v raziskavi, kar hkrati pomeni tudi določen osebni angažma pri motiviranju zaposlenih za sodelovanje.

Anketni vprašalnik, prikazan v prilogi 5, smo v klasični (fizični, papirni) obliki razdelili 29 zdravnikom SBT, kolikor je tudi vseh zaposlenih zdravnikov. Vrnjenih smo dobili 28 vprašalnikov, pri čemer avtorica pričujoče naloge v raziskavi ni sodelovala. Vprašalniki so bili izpolnjeni pravilno in skoraj v celoti, saj je bilo manjkajočih odgovorov le malo, zato nismo zavrgli nobenega vprašalnika.

Povezavo do spletnega vprašalnika smo po predhodnem privoljenju vodstva posamezne bolnišnice poslali na elektronske naslove zaposlenih v drugih bolnišnicah, in sicer na skupno 282 elektronskih naslovov zdravnikov, zaposlenih v bolnišnicah, ki so sodelovale v raziskavi. Na spletno anketo se je skupno odzvalo 128 zdravnikov iz ostalih bolnišnic, od tega je bilo 37 vprašalnikov izpolnjenih toliko pomanjkljivo, da odgovorov teh anketirancev nismo mogli upoštevati, zato smo jih izločili iz obdelave. Iz ostalih bolnišnic, ki so sodelovale, smo tako v analizi upoštevali 91 vprašalnikov. Skupno pa je bilo v raziskavo povabljenih 311 zdravnikov iz vseh omenjenih bolnišnic, vključno s SBT.

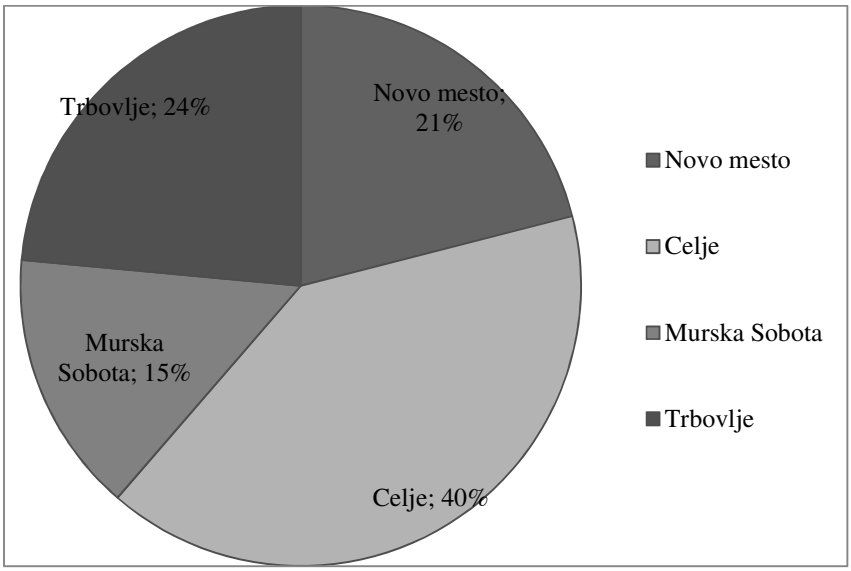
Na sliki 16 sta v dveh dimenzijah prikazana realizirani odziv in stopnja odzivnosti. S stopnjo odzivnosti (angl. *response rate*) smo ponazorili razmerje med numerusom dejanskega vzorca in numerusom potencialnega vzorca, najprej ločeno za zdravnike SBT in zdravnike ostalih bolnišnic, nato pa še skupno odzivnost. Stopnja odzivnosti med zdravniki SBT je tako 97 %, kar ocenjujemo kot izjemno odzivnost, medtem ko je stopnja odzivnosti v ostalih bolnišnicah po pričakovanjih nekoliko nižja, in sicer znaša 32 %. Skupna stopnja odzivnosti je tako 38 %.

Slika 16: Numerus in stopnja odzivnosti v kvantitativni raziskavi



Na sliki 17 lahko vidimo, da so zdravniki SBT tako v skupni strukturi vzorca zastopani v 24 % deležu. Največ anketirancev v vzorcu je sicer zdravnikov Splošne bolnišnice Celje (40 %), najmanj pa zdravnikov splošne bolnišnice Murska Sobota (15 %). Zdravnikov Splošne bolnišnice Novo mesto je 21 %.

Slika 17: Struktura vzorca glede na bolnišnico (n = 119)

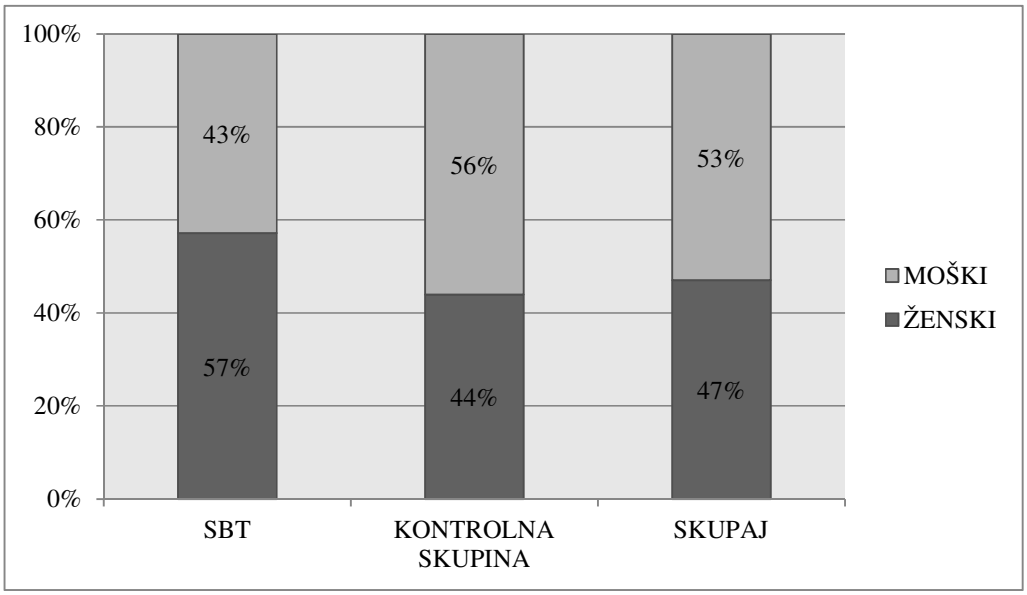


5.1.2.1.1 Demografske značilnosti zdravnikov, vključenih v vzorec kvantitativne raziskave

Pri analizi demografskih značilnosti, ki sledi v nadaljevanju, bomo za vsako demografsko spremenljivko ločeno predstavili odgovore zdravnikov SBT, ki predstavljajo osnovno populacijo študije primera, in odgovore zdravnikov ostalih bolnišnic. Zdravnike ostalih bolnišnic smo poimenovali *kontrolna skupina*, pri čemer ne gre za klasični pomen besedne zveze, tj. kot se uporablja pri eksperimentalni raziskovalni metodi, in sicer v smislu skupine, ki ni izpostavljenja delovanju eksperimentalnega faktorja, temveč je ta skupina zdravnikov prav nasprotno predmet enakega proučevanja kot skupina zdravnikov SBT, služi pa le višanju numerusa vzorca, da bi ta zadostil potrebnemu številu enot za statistične analize, ki so potrebne za preverbo teoretičnega modela, torej kot neke vrste kontrola zanesljivosti merjenja.

Na sliki 18 je prikazana spolna struktura anketirancev. Struktura spolov zdravnikov SBT se nekoliko razlikuje od spolne strukture celotnega vzorca, saj imamo v vzorcu SBT nekoliko več (57 %) zdravnic ženskega spola kot moškega (43 %), medtem ko je spolna struktura na skupni ravni nasprotna: v vzorec je vključenih manj (47 %) oseb ženskega spola kot oseb moškega spola (53 %), hkrati pa je spolna struktura na skupni ravni bolj enakomerna.

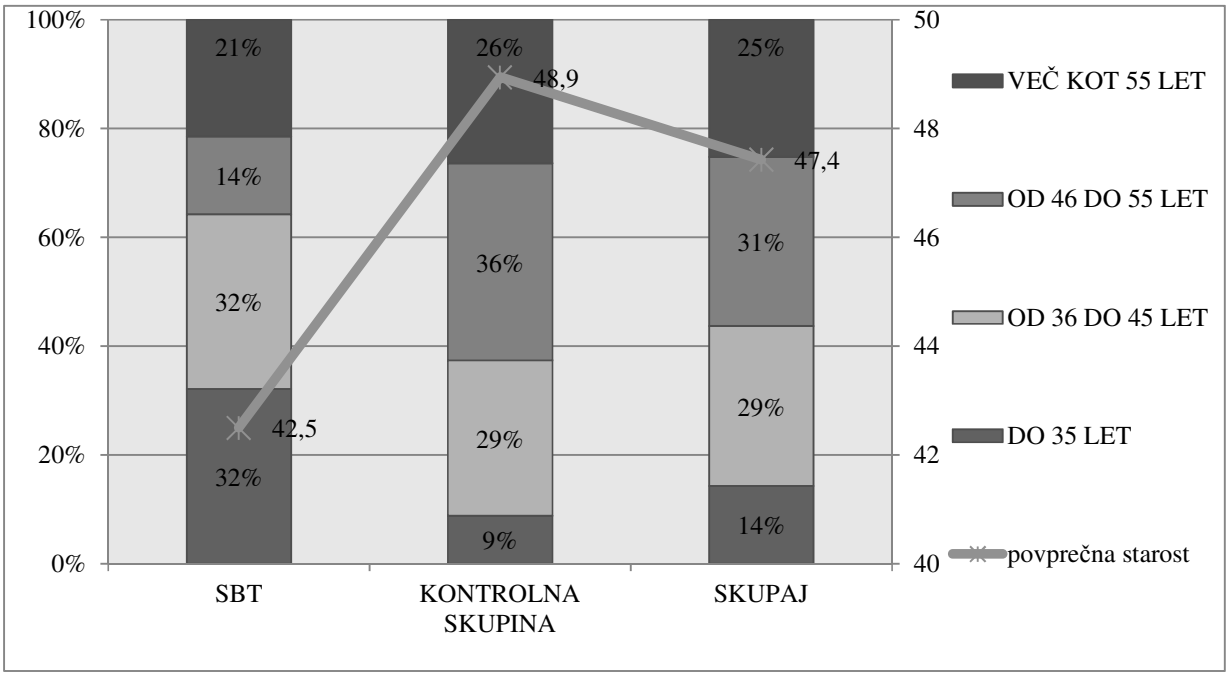
Slika 18: Zdravniki po spolni strukturi (n = 119)



Vprašanje o starosti anketirancev je bilo odprto vprašanje, tako da so anketiranci sami vpisali svojo starost. Iz navedb anketirancev smo med analizo tvorili štiri starostne kategorije, prikazane na sliki 19, pri čemer smo težili k približno enakomerni distribuciji odgovorov, hkrati pa nas je zanimal tudi vsebinski vidik, tj. starostne prelomnice v posameznikovem življenju, ki so lahko vezane na njegovo poklicno pot: začetek in konec specializacije ali druge življenjske odločitve (materialno in psihološko osamosvajanje, odločitev za družino ipd.).

Na skupni ravni smo v vzorec zajeli največ oseb, starih med 36 in 55 let, ki v skupnem predstavljajo skoraj dve tretjini vseh zdravnikov. Od tega jih je največ (31 %) starih med 46 in 55 let, nekoliko manj (29 %) pa med 36 in 45 let. Četrtina (25 %) anketirancev v skupnem vzorcu je starih nad 55 let; najmanj pa je oseb, starih do vključno 35 let. Starostna struktura zaposlenih v SBT je nekoliko drugačna. Kot je razvidno iz slike 19, je povprečna starost zdravnikov SBT bistveno nižja od starosti kontrolne skupine, saj so zdravniki SBT v povprečju stari 42,5 leta, medtem ko so zdravniki iz kontrolne skupine v povprečju stari 48,9 leta. Povprečna starost na skupini ravni tako znaša 47,4 leta. Prav tako sta v SBT zaposleni več kot dve tretjini zdravnikov, ki so stari do vključno 45 let, namreč 32 % zdravnikov je starih do 35 let, enak delež pa med 36 in 45 let. Najmanj (14 %) zdravnikov SBT je starih med 46 in 55 let. Zdravnikov SBT, ki so stari nad 55 let, pa je 21 %.

Slika 19: Zdravniki po starostni strukturi in povprečni starosti (n = 119)



Na sliki 20 lahko vidimo, da v SBT je četrtina (25 %) zaposlenih oseb, ki v procesu dela zavzemajo vodstveni položaj in so v povprečju stari nekaj več kot 50 let. Preostanek (75 %) zaposlenih v SBT ne zavzema nobenega vodstvenega položaja, zato sodijo v skupino delavcev, v povprečju pa so stari nekaj manj kot 40 let (natančneje 39,9 leta). Na skupni ravni smo v vzorec zajeli 29 % vodij in 71 % delavcev. Povprečna starost vodij na skupni ravni je 53 let in pol, povprečna starost delavcev pa 45 let.

Vprašanje o oddelku zaposlitve je bilo odprto. Iz odgovorov anketirancev smo nato oblikovali osem različnih kategorij, ki so prikazane v tabeli 15. Iz SBT smo v vzorec zajeli največji delež zdravnikov, ki so zaposleni na kirurškem oddelku (36 %), pa tudi zdravnike z internega in ginekološko-porodnega oddelka (oba oddelka v 18 % deležu). Na skupni ravni smo v vzorec zajeli največ zdravnikov z internega oddelka (33 %) in nekaj manj (29 %) s kirurškega. Ostali oddelki so zastopani v bistveno manjši meri.

Tudi vprašanje o številu let delovne dobe je bilo podobno kot vprašanje o starosti zdravnikov odprto. Iz navedb števila let delovne dobe smo nato tvorili tri kategorije, pri čemer smo prav tako najprej upoštevali približno enakomerno distribucijo odgovorov v vse kategorije let, pa tudi mejnike v poklicni karieri zdravnikov.

Slika 20: Zdravniki glede na položaj v delovnem procesu in povprečno starost (n = 119)

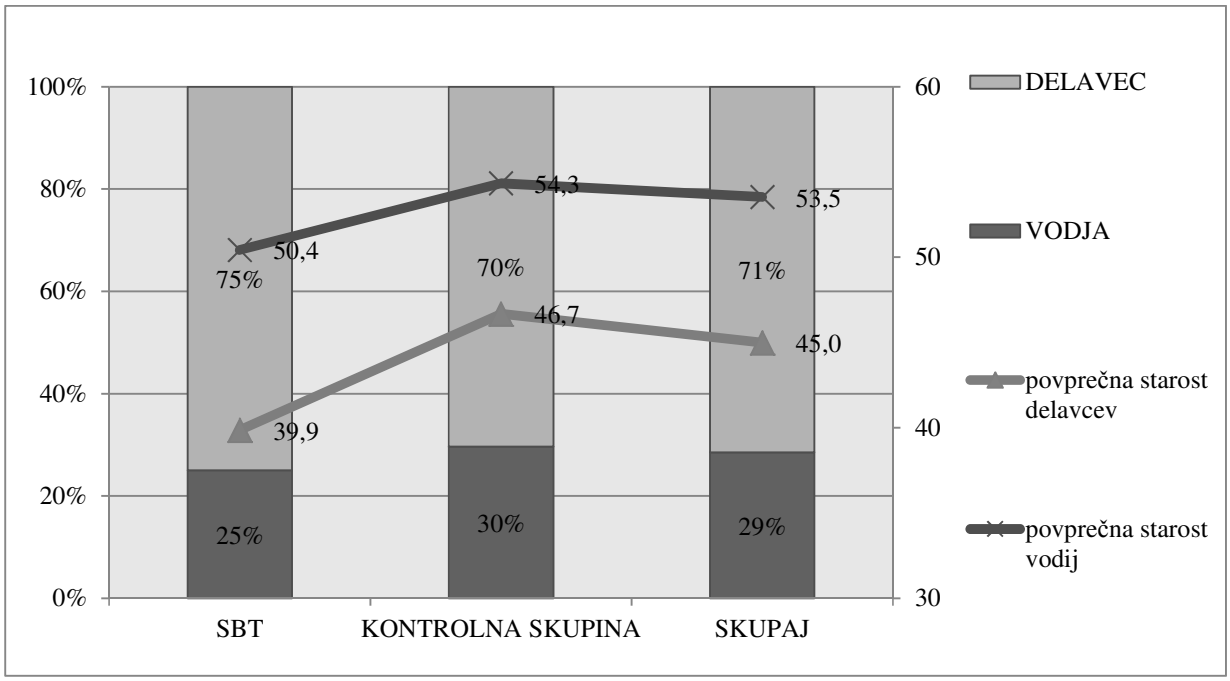


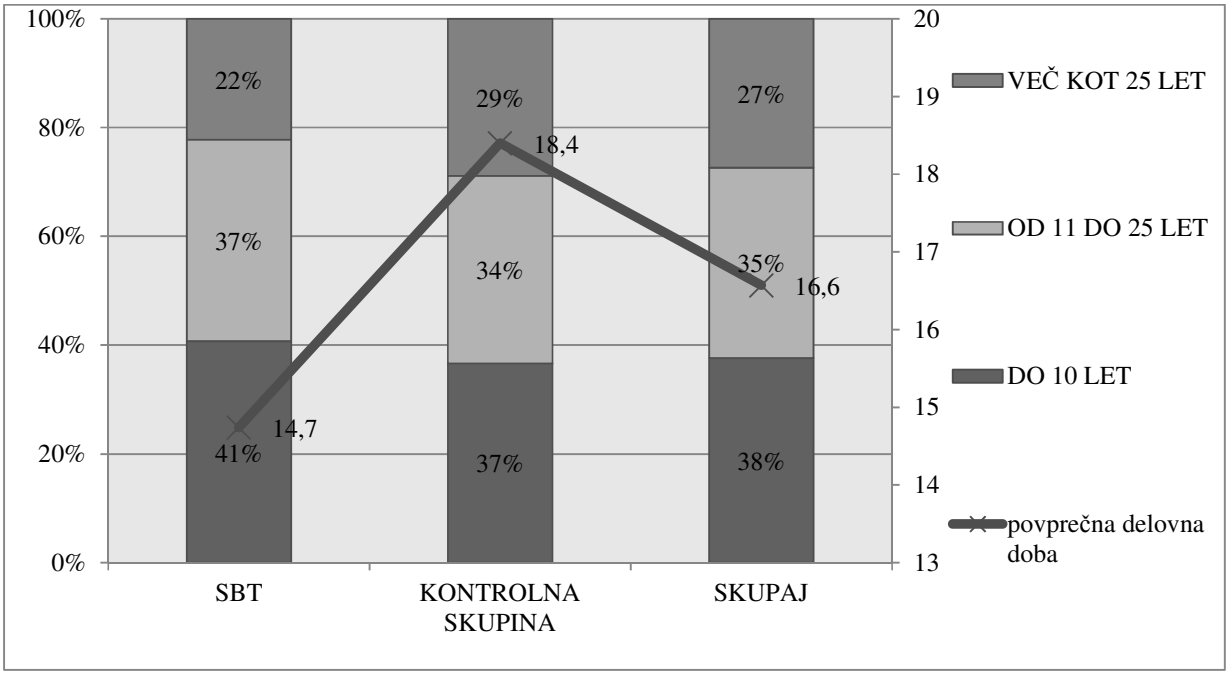
Tabela 15: Zdravniki glede na oddelek zaposlitve (n = 119)

	SBT	KONTROLNA SKUPINA	SKUPAJ
Pediatrični oddelek (%)	11	5	7
Kirurški oddelek (%)	36	26	29
Interni oddelek (%)	18	37	33
Oddelek za anestezijo in reanimacijo (%)	14	11	12
Ginekološko-porodni oddelek (%)	18	10	12
Oddelek za radiologijo (%)	4	2	3
Oddelek za patologijo (%)		3	3
Dermatovenerološki oddelek (%)		4	3

Kot smo že ugotavljali, so zdravniki SBT v povprečju od svojih kolegov iz drugih bolnišnic mlajši skoraj šest let in pol, zato imajo po pričakovanju tudi nekoliko nižjo povprečno delovno dobo. Njihova povprečna delovna doba namreč znaša 14,7 leta, kar lahko vidimo na sliki 21, medtem ko imajo zdravniki iz kontrolne skupine v povprečju 18,4 leta delovne dobe; na skupni ravni pa je povprečna delovna doba zdravnikov 16,6 leta. Največ zdravnikov SBT (41 %) se uvršča v skupino z do vključno 10 leti delovne dobe, nekoliko manj (37 %) zdravnikov ima od 11 do vključno 25 let delovne dobe, najmanj (22 %) pa je zdravnikov z več kot 25 leti delovne dobe.

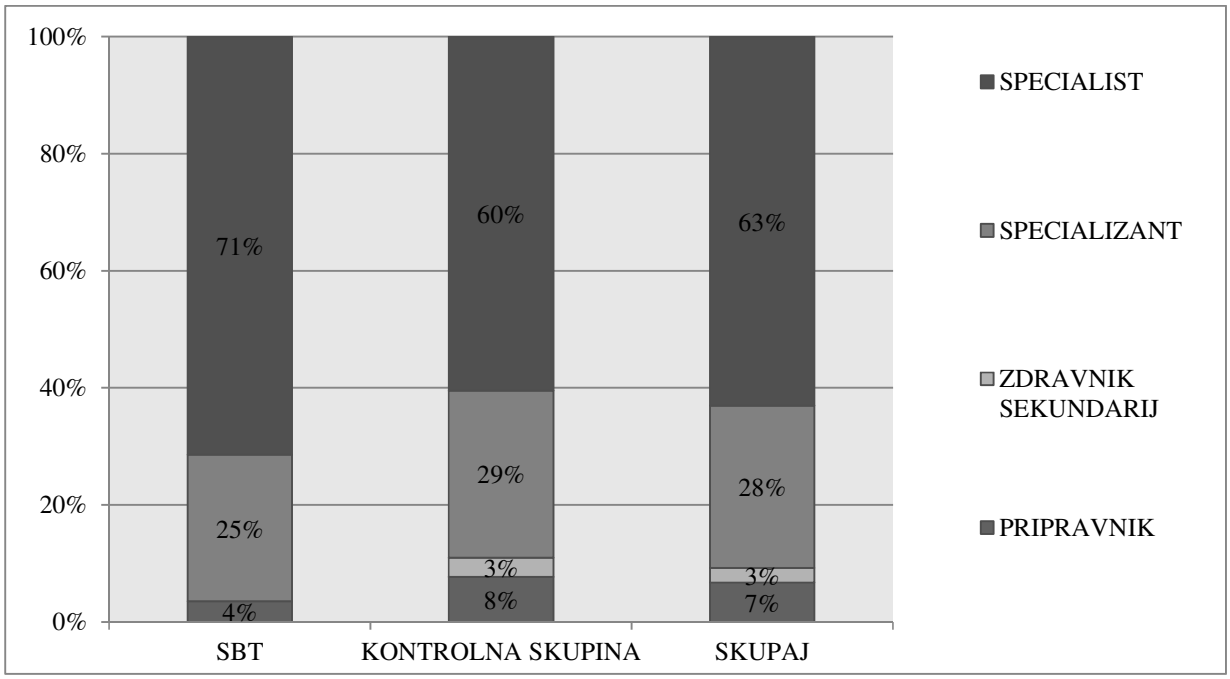
Na skupni ravni je struktura zdravnikov glede na njihovo delovno dobo podobna: največ zdravnikov ima do vključno 10 let delovne dobe (38 %), nekoliko manj (35 %) jih ima med 11 in 25 let delovne dobe, najmanj zdravnikov (27 %) pa ima več kot 25 let delovne dobe.

Slika 21: Zdravniki glede na število let delovne dobe (n = 117)



Na sliki 22 lahko vidimo, da smo v vzorec na skupni ravni zajeli največji delež specialistov (63 %) in nekaj več kot četrtino (28 %) specializantov. V skupini pripravnikov (7 %) in zdravnikov sekundarijev (3 %) je zanemarljivo malo zdravnikov, saj skupno predstavljata desetino celotnega vzorca. V skupini zdravnikov SBT je pripravnikov še manj (4 %), medtem ko zdravnikov sekundarijev sploh ni. Četrtina (25 %) zdravnikov SBT ima status specializanta, specialistov pa je skoraj tri četrtine vseh zdravnikov oziroma 71 %.

Slika 22: Zdravniki glede na status (n = 119)



5.1.2.1.2 Opis merskega inštrumenta – anketnega vprašalnika in načina zbiranja podatkov

Anketni vprašalnik (v prilogi 5) je skupno zajemal 84 spremenljivk in ga lahko razdelimo na štiri glavne dele (glej prilogo 1): (1) Sociodemografski podatki (7 spremenljivk): bolnišnica, v kateri je anketiranec zaposlen, vprašanja o spolu anketirancev in njihovi starosti, ali anketiranec v procesu dela zavzema vodstveni položaj, oddelek, na katerem je zaposlen, število let delovne dobe in status zaposlenega. (2) Trditve, s katerimi smo preverjali teoretični model pripravljenosti na spremembe (58 spremenljivk): trditve se nanašajo na 9 teoretičnih konstruktov (učeča se organizacija, organizacijska struktura, organizacijska kultura, humanitarne ideje, psihološka pogodba, individualna avtonomija, medosebni odnosi, zaupanje v znanost in pripravljenost na spremembe). (3) Prilagojeni lakmusov test zaznavanja elementov učeče se organizacije v SBT (5 spremenljivk). (4) Trditve, s katerimi smo preverjali prisotnost participativnega vodenja v SBT (14 spremenljivk).

Z izjemo vprašanj v sklopu sociodemografskih podatkov so bile vse spremenljivke preoblikovane v trditve, na petstopenjski Likertovi merski lestvici pa smo preverjali strinjanje z njimi. Da bi obdržali vsebinsko konsistentnost trditev, smo nekatere trditve zastavili inverzno, s čimer smo hkrati preprečili, da bi bila vprašanja sugestivna; s tem smo vnesli potrebno dinamiko v same trditve. Te trditve smo pred analizo ustrezno rekodirali, v prikazu rezultatov in njihovi interpretaciji pa so označena z oznako (R). Vprašanja oziroma trditve v vprašalniku so z izjemo treh sociodemografskih vprašanj zaprtega tipa. Vprašanja odprtega tipa (starost, število let delovne dobe in oddelek zaposlitve) smo v fazi urejanja podatkov zreducirali na manjše število kategorij.

Podatke kvantitativnega dela raziskave smo zbirali na dva različna načina: (1) Zdravnikom, zaposlenim v SBT, smo dali v izpolnjevanje anketni vprašalnik v fizični oziroma papirnati obliki, saj smo bili mnenja, da bo osebni kontakt in spodbujanje k izpolnjevanju vprašalnika pripomogel k višji odzivnosti. (2) Zdravnikom preostalih bolnišnic (SB Celje, SB Novo mesto, SB Murska Sobota) smo na podlagi prehodnega dogovora z vodstvom teh bolnišnic in njihovega privoljenja, od katerega smo hkrati tudi pridobili elektronske naslove zaposlenih zdravnikov, poslali povezavo do spletnega vprašalnika. Vsa vprašanja v spletnem vprašalniku so bila obvezna, s čimer smo se želeli izogniti preveliki količini manjkajočih vrednosti. Anketiranec v primeru, da na vprašanje ni odgovoril oziroma ni izrazil svojega strinjanja s trditvami, ni mogel nadaljevati z izpolnjevanjem vprašanj. V spletni različici vprašalnika smo anketirancem v delu, kjer so izražali svoje strinjanje z navedenimi trditvami, ponudili možnost odgovora »ne vem« za primer, ko anketiranec na vprašanje ni poznal odgovora ali nanj ni želel odgovoriti. Ker pa so trditve v glavnem temeljile na subjektivni oceni, je bilo takih odgovorov zanemarljivo malo.

Spletna različica vprašalnika je bila tudi krajša. Vsebovala je vsa zgoraj navedena demografska vprašanja in navedene trditve, ki so služile za preverbo teoretičnega modela pripravljenosti na spremembe; z drugimi besedami, iz spletnega vprašalnika sta bila odstranjena 3. (lakmusov test učeče se organizacije) in 4. del (zaznavanje participativnega vodenja) vprašalnika, ki so ju izpolnjevali le zdravniki SBT. Fizična različica vprašalnika je vsebovala eno demografsko vprašanje manj kot spletna; namreč fizični vprašalnik so izpolnjevali le zdravniki SBT, zato ni bilo potrebe po vprašanju o bolnišnici, v kateri je anketiranec zaposlen.

Fizično in spletno anketiranje smo izvajali avgusta 2013. Na elektronske naslove zaposlenih v ostalih bolnišnicah smo dva tedna po prvem vabilu k sodelovanju razposlali še opomnik, v katerem smo zdravnike vljudno prosili, da izpolnijo vprašalnik, če še ga niso. Vprašalnik je zagotavljal popolno anonimnost anketiranca, brez možnosti sledenja. Spletna verzija vprašalnika je sicer na zadnji strani, ki je vsebovala zahvalo za sodelovanje, vsebovala polje, kamor so anketiranci (neobvezno) vpisali svoj elektronski naslov, če so želeli biti obveščeni o rezultatih raziskave. Vpis elektronskega naslova tako pomeni razkritje identitete anketiranca, a so se anketiranci zanjo odločili svobodno in zavestno.

Zadnja stran spletne ankete je vsebovala tudi polje, kamor so anketiranci lahko pisali svoje komentarje, razmišljanja, pripombe ipd. Najpogosteje so zapisali, da na vprašalnik nimajo pripomb. Pozitivne navedbe glede vprašalnika se nanašajo na korektnost (»Mnenja sem, da je vprašalnik dokaj korekten.«) in odličnost vprašalnika (»Odlična anketa.«) oziroma na samo izbiro tematike, s katero se raziskava ukvarja (»Zelo pomembna tema za nas.«, »Fino je, da se te stvari raziskujejo.«). Ena navedba se nanaša na nerazumljivost vprašanj (»Možno je, da mi par vprašanj ni jasnih v celoti.«), medtem ko je bilo komentarjev na samo tematiko le malo oziroma je bil le eden (»Kljub položaju smo večinoma brez moči izvedbe pozitivnih ukrepov, seznanjanje še ne pomeni dejanskega soodločanja in izvedbe.«).

5.1.3 Opisna statistična analiza

Strukturne karakteristike smo preverjali s tremi sklopi trditev (organizacijska struktura, organizacijska kultura in učeča se organizacija), poklicno kulturo s petimi sklopi (humanitarne ideje, psihološka pogodba, individualna avtonomija, medosebni odnosi in zaupanje v znanost), medtem ko smo pripravljenost na spremembe merili samo z enim sklopom trditev. K strukturnim karakteristikam smo vključili še participativni management, ki ga nismo vključevali v eksploratorno faktorsko analizo niti ne v korelacije. Sem smo ga vključili, ker tudi ta faktor vpliva na uvajanje sprememb v organizacijo, in tudi zato, ker je v primerjavi z ostalimi faktorji precej manj inerten na spreminjanje, zato lahko managerji z njegovo uporabo precej pospešijo sicer težko uvajanje sprememb v organizacije. Strinjanje s trditvami smo merili na petstopenjski lestvici, kjer ocena 1 označuje popolno nestrinjanje s trditvijo, ocena 2 nestrinjanje, ocena 3 je srednja vrednost, ki ne označuje niti strinjanja niti nestrinjanja, ocena 4 pomeni strinjanje in 5 strinjanje v celoti.

Pri vsakem sklopu trditev smo povprečne vrednosti strinjanja s posameznimi trditvami prikazali ločeno po dveh skupinah: za skupino zdravnikov iz SBT in skupino zdravnikov iz ostalih bolnišnic (Splošna bolnišnica Novo mesto, Splošna bolnišnica Celje in Splošna bolnišnica Murska Sobota). Slednja skupina zdravnikov predstavlja kontrolno skupino. Ustrezno označene so tudi trditve, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike.

V namen kompleksnejših in naprednejših metod statistične obdelave podatkov smo morali v kvantitativni raziskavi vzorec osnovne populacije, ki je predmet proučevanja v študiji primera, to so zdravniki SBT, povečati, zato smo izbrali še tri druge primerljive bolnišnice. Ker pa nas v osnovi zanimajo rezultati osnovne populacije, so tam, kjer je to mogoče, ločeno prikazani rezultati še za Splošno bolnišnico Trbovlje. Razlike med osnovno populacijo in ostalimi bolnišnicami znotraj kontrolne skupine smo za vsako posamezno trditev preverili še z analizo variance (ANOVA) in v primeru statistično značilnih razlik to ustrezno označili ob grafičnem prikazu, nadalje pa v tabeli prikazali še rezultate F-testa za trditve, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama. Analizo variance smo uporabili, da bi pri vsaki atributivni spremenljivki (trditvi) preverili, ali obstajajo med zdravniki iz posameznih bolnišnic statistično značilne razlike. Z analizo variance smo tako primerjali aritmetične sredine vzorčnih skupin, nato pa še z F-statistiko ugotavljali še, ali so razlike dejanske, torej statistično značilne znotraj intervala zaupanja, ali le naključne. Z drugimi besedami: statistično značilnost smo tako z analizo variance (ANOVA) preverili za vse trditve iz vseh sklopov, vendar tabele F-statistike prikazujejo zgolj tiste trditve, kjer je razlika med osnovno in kontrolno skupino statistično relevantna. Na to kaže vrednost sig., ki je bodisi manjša od 0,05, kar pomeni, da obstaja manj kot 5 % tveganja, da se pri trditvi glede pomembnosti razlik motimo, bodisi je manjša od 0,01, kar kaže na obstoj manj kot 1 % tveganja, da se pri trditvi o pomembnosti razlik motimo.

5.1.3.1 Opisna statistična analiza strukturnih karakteristik

V nadaljevanju bomo predstavili opisno statistično analizo strukturnih karakteristik, kamor spadajo organizacijska struktura, organizacijska kultura, učeča se organizacija in participativno vodenje.

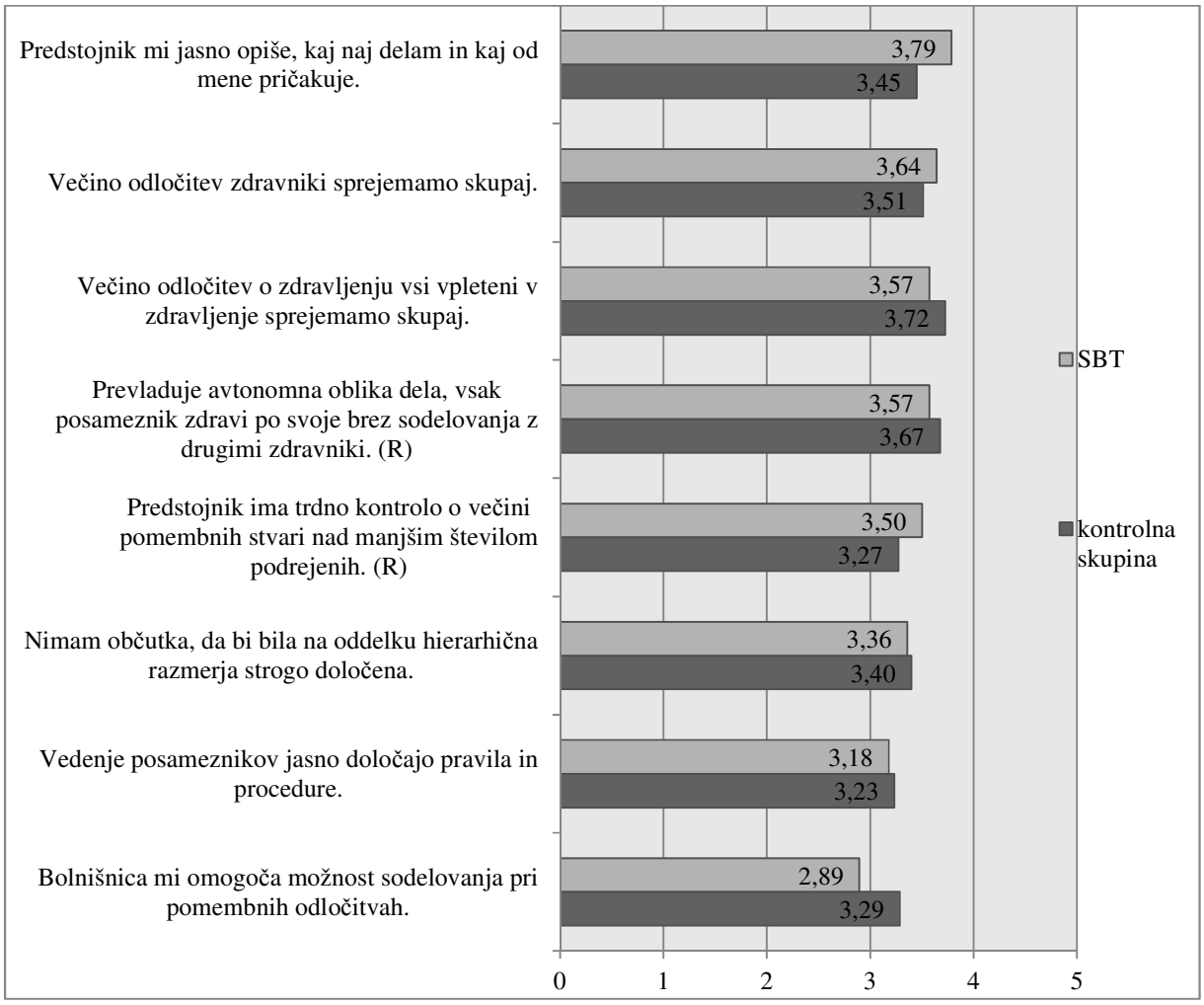
5.1.3.1.1 Organizacijska struktura

Kot je razvidno iz tabele 16, obstaja najvišja povprečna stopnja strinjanja zdravnikov s trditvijo »Večino odločitev o zdravljenju vsi vpleteni v zdravljenje sprejemamo skupaj.« (povprečna vrednost znaša 3,69), pa tudi s trditvijo »Prevladuje avtonomna oblika dela, vsak posameznik zdravi po svoje brez sodelovanja z drugimi zdravniki. »(R)« (povprečna vrednost znaša 3,65), ki je sicer v analizi upoštevana z inverznimi vrednostmi in ima tako inverzen pomen, glasi pa se »Ne prevladuje avtonomna oblika dela, vsak posameznik zdravi v sodelovanju z drugimi zdravniki.«. Najnižje povprečno strinjanje je bilo izraženo pri trditvi »Bolnišnica mi omogoča možnost sodelovanja pri pomembnih odločitvah.« (3,19). Na sliki 23 lahko vidimo primerjavo povprečne stopnje strinjanja zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.

Tabela 16: Opisne statistike indikatorjev konstrukta organizacijska struktura

ORGANIZACIJSKA STRUKTURA	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Večino odločitev zdravniki sprejemamo skupaj.	118	2	5	3,54	0,85	0,73
Predstojnik ima trdno kontrolo o večini pomembnih stvari nad manjšim številom podrejenih. (R)	116	1	5	3,33	1,10	1,21
Večino odločitev o zdravljenju vsi vpleteni v zdravljenje sprejemamo skupaj.	118	1	5	3,69	0,97	0,94
Prevladuje avtonomna oblika dela, vsak posameznik zdravi po svoje brez sodelovanja z drugimi zdravniki. (R)	117	1	5	3,65	1,09	1,18
Nimam občutka, da bi bila na oddelku hierarhična razmerja strogo določena.	119	1	5	3,39	1,11	1,22
Bolnišnica mi omogoča možnost sodelovanja pri pomembnih odločitvah.	119	1	5	3,19	1,17	1,38
Predstojnik mi jasno opiše, kaj naj delam in kaj od mene pričakuje.	117	1	5	3,53	1,10	1,20
Vedenje posameznikov jasno določajo pravila in procedure.	118	1	5	3,22	1,05	1,10

Slika 23: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa organizacijska struktura zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



Gledano primerjalno, med skupinama ni statistično značilnih razlik. Še največji razkorak (0,34) je pri povprečni vrednosti strinjanja s trditvama »Predstojnik mi jasno opiše, kaj naj delam in kaj od mene pričakuje.«, kjer je stopnja strinjanja zdravnikov SBT nekoliko višja (3,79) kot pri kontrolni skupini (3,45), in »Bolnišnica mi omogoča možnost sodelovanja pri pomembnih odločitvah.«, kjer pa je povprečna stopnja strinjanja zdravnikov SBT nižja (razkorak znaša 0,4).

V kontekstu organizacijske kulture obstaja med zdravniki najvišja povprečna stopnja strinjanja glede trditve »S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede njihovih bolnikov ali njihove premestitve.«, kjer povprečna vrednost znaša 3,64; najnižja pa je pri trditvi »Imam občutek, da prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost in odprt. (R)« (povprečna vrednost znaša 2,91), kjer smo zaradi primerljivosti z drugimi trditvami vrednosti obrnili, zato se glasi: »Imam občutek, da je prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami prost in odprt.«

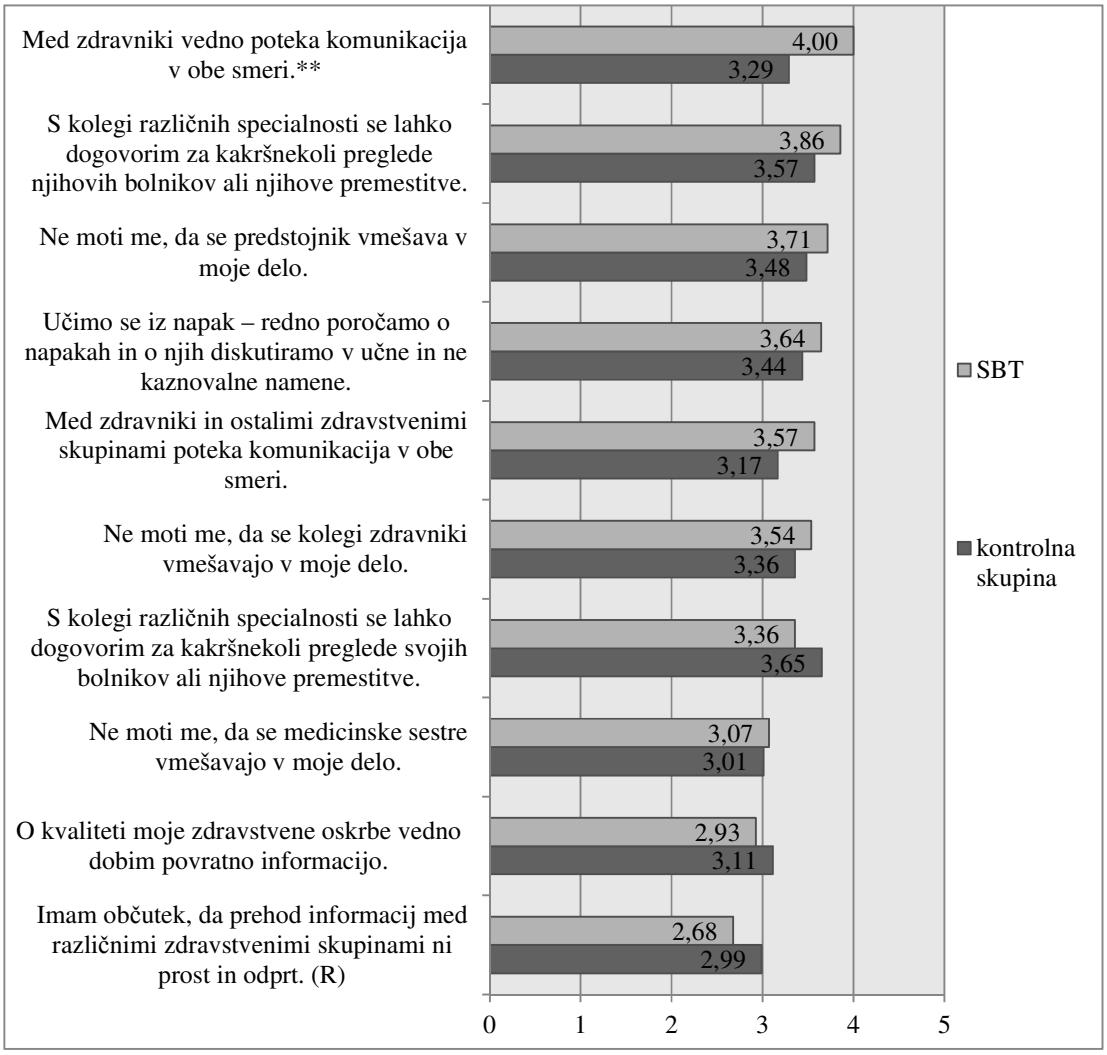
5.1.3.1.2 Organizacijska kultura

Iz tabele 17 lahko razberemo, da je v kontekstu organizacijske kulture med zdravniki najvišja povprečna stopnja strinjanja glede trditve »S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede njihovih bolnikov ali njihove premestitve.«, kjer povprečna vrednost znaša 3,64; najmanjša pa je pri trditvi »Imam občutek, da prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost in odprt. (R)« (povprečna vrednost znaša 2,91), kjer smo pred analizo vrednosti obrnili, zato se trditev glasi: »Imam občutek, da je prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami prost in odprt.« Na sliki 24 je prikazana primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa organizacijska kultura zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.

Tabela 17: Opisne statistike indikatorjev konstrukta organizacijska kultura

ORGANIZACIJSKA KULTURA	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Ne moti me, da se kolegi zdravniki vmešavajo v moje delo.	118	1	5	3,40	1,13	1,28
Ne moti me, da se predstojnik vmešava v moje delo.	119	1	5	3,54	1,13	1,27
Ne moti me, da se medicinske sestre vmešavajo v moje delo.	118	1	5	3,03	1,24	1,53
Imam občutek, da prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost in odprt. (R)	117	1	5	2,91	1,08	1,17
Med zdravniki vedno poteka komunikacija v obe smeri.	117	1	5	3,46	0,99	0,98
Med zdravniki in ostalimi zdravstvenimi skupinami poteka komunikacija v obe smeri.	117	1	5	3,26	0,96	0,92
Učimo se iz napak – redno poročamo o napakah in o njih diskutiramo v učne in ne kaznovalne namene.	117	1	5	3,49	0,97	0,94
O kvaliteti moje zdravstvene oskrbe vedno dobim povratno informacijo.	117	1	5	3,07	1,08	1,17
S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede svojih bolnikov ali njihove premestitve.	117	1	5	3,58	1,09	1,18
S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede njihovih bolnikov ali njihove premestitve.	117	1	5	3,64	1,02	1,04

Slika 24: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa organizacijska kultura zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



** Opomba: Razlika je statistično značilna na nivoju p<0,01.

Zdravniki SB Trbovlje v povprečju pri večini trditev tega sklopa izražajo večje strinjanje s trditvami, le pri trditvah »S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede svojih bolnikov ali njihove premestitve.«, »O kvaliteti moje zdravstvene oskrbe vedno dobim povratno informacijo.« in »Imam občutek, da prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost in odprt. (R)«[2] je povprečna stopnja strinjanja zdravnikov SBT nekoliko nižja.

Statistično značilne razlike (na nivoju p = 0,001), prikazane v tabeli 18, se izkažejo pri trditvi »Med zdravniki vedno poteka komunikacija v obe smeri«; zdravniki SBT v pomembno večji meri izražajo strinjanje s to trditvijo (4,00) kot zdravniki iz kontrolne skupine (3,29).

[2] Po postopku rekodiranja je pomen trditve inverzen: Imam občutek, da je prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami prost in odprt.

Tabela 18: Prikaz rezultatov F-testa za trditev sklopa organizacijska kultura, pri kateri obstajajo statistično značilne razlike med skupinama

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Med zdravniki vedno poteka komunikacija v obe smeri.	Med skupinami	10,67	1	10,67	11,99	**,001**
	Znotraj skupin	102,40	115	0,89		
	Skupaj	113,08	116			

df – stopnje prostosti; Sig. – stopnja značilnost

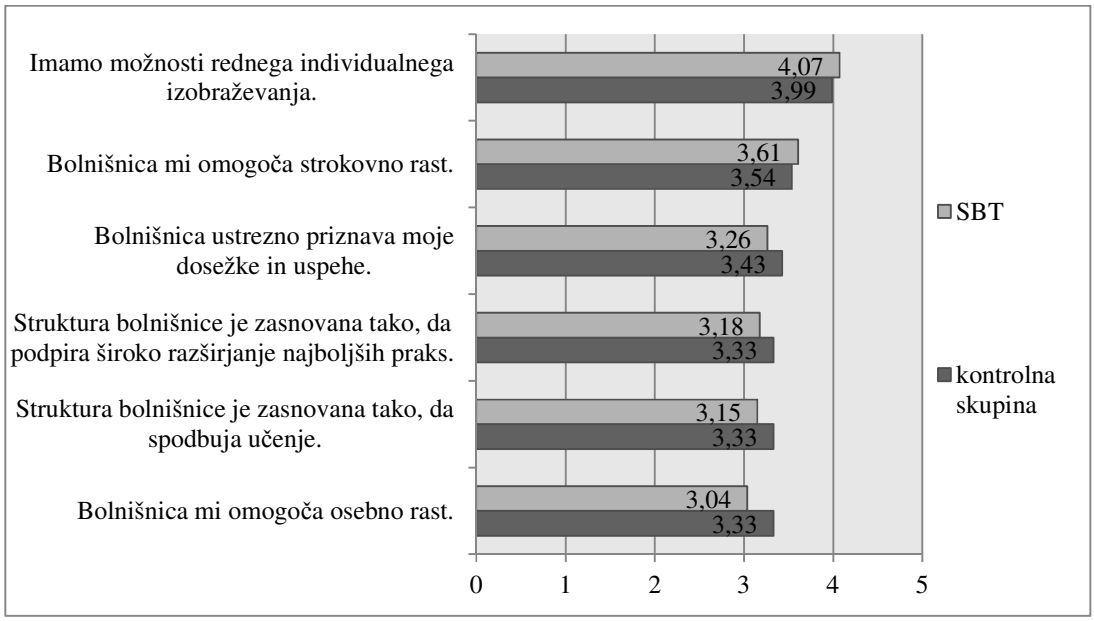
5.1.3.1.3 Učeča se organizacija

Trditev, s katero se zdravniki v povprečju v največji meri strinjajo in jo lahko najdemo v tabeli 19, je »Imamo možnosti rednega individualnega izobraževanja« (povprečna vrednost strinjanja znaša 4,01), najmanjše povprečno strinjanje pa je s trditvijo »Bolnišnica mi omogoča osebnostno rast« (3,26). Zdravniki SB Trbovlje so v povprečju izrazili večje strinjanje le s trditvama »Imamo možnosti rednega individualnega izobraževanja« in »Bolnišnica mi omogoča strokovno rast«, vendar razlike niso statistično značilne. Zdravniki kontrolne skupine v povprečju v večji meri izražajo strinjanje s trditvama »Bolnišnica ustrezno priznava moje dosežke in uspehe« ter »Bolnišnica mi omogoča osebno rast.« Na sliki 25 je prikazana primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa učeča se organizacija zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.

Tabela 19: Opisne statistike indikatorjev konstrukta učeča se organizacija

UČEČA SE ORGANIZACIJA	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Imamo možnosti rednega individualnega izobraževanja.	118	1	5	4,01	1,00	1,00
Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da spodbuja učenje.	118	1	5	3,29	1,03	1,06
Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da podpira široko razširjanje najboljših praks.	119	1	5	3,29	1,05	1,11
Bolnišnica ustrezno priznava moje dosežke in uspehe.	118	1	5	3,39	1,20	1,44
Bolnišnica mi omogoča strokovno rast.	119	1	5	3,55	1,06	1,13
Bolnišnica mi omogoča osebno rast.	118	1	5	3,26	1,14	1,29

Slika 25: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa učeča se organizacija zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.



5.1.3.1.4 Participativno vodenje

Pričakujemo, da bodo tisti zdravniki, ki v procesu dela zavzemajo vodstveni položaj, značilnosti svojega stila vodenja ocenili bolje (tj. izrazili višjo stopnjo strinjanja s trditvami), kot ga bodo ocenili zdravniki, ki so v procesu dela v podrejenem položaju. Pri tistih trditvah, ki pa predpostavljajo aktivno vlogo podrejenega, ki mora izkazati določeno stopnjo vključenosti v proces vodenja, pa pričakujemo nasprotno situacijo: zdravniki, ki so v procesu vodenja podrejeni, bodo svojo pripravljenost za vključevanje v procese vodenja in s tem prevzemanje določene odgovornosti ocenili bolje (tj. izrazili višjo stopnjo strinjanja s trditvami) kot vodje.

Pri tem nas najprej zanima stopnja strinjanja s trditvami za vsako skupino zdravnikov, pri čemer višja stopnja strinjanja pomeni višjo stopnjo uveljavljenosti participativnega vodenja in pa tudi razkorak, torej razlika artimetičnih sredin med dojemanjem posamezne dimenzije participativnega vodenja s strani vodij in podrejenih. Ali drugače: pozorni bomo na kritično nizke zaznave komponent participativnega vodenja in velike razkorake v dojemanju obstoječe situacije na tem področju.

V nadaljevanju so rezultati analizirani ločeno po trditvah, kjer vsaka trditev in njen ekvivalent (ločeno za obe skupini) predstavljata po eno samostojno spremenljivko, ki je poimenovana s krajšim, vrednostno nevtralnim pojmom. Rezultati so nato grafično predstavljeni na sliki 26, v tabeli 20 pa se nahaja še tabelarični prikaz F-testa za tiste trditve, katerih razkorak je statistično značilen. Del vprašalnika, ki se navezuje na merjenje zaznav participativnega vodenja v organizaciji, je izpolnjevalo 7 zdravnikov, ki v procesu dela zasedajo položaj vodje, in 21 zdravnikov, ki ne opravljajo nobene vodstvene funkcije (glej poglavje 5.1.2 – Populacija in vzorec v kvantitativni raziskavi). Strinjanje s trditvami so torej izražali le zdravniki SBT.

Po pričakovanjih so zdravniki, ki v procesu vodenja zasedajo vodstveni položaj, v povprečju izražali višje strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na njihov stil vodenja. Ker se je več navedenih trditev nanašalo na preverjanje stila vodenja, so vodje v povprečju bolje ocenili svoje zaznave participativnega vodenja v bolnišnici. Skupno povprečje (dobljeno z izračunom aritmetične sredine vseh trditev, ločeno za obe skupini) zaznave participativnega vodenja v bolnišnici je zato nekoliko višje (razkorak znaša 0,21 stopnje) v skupini vodij (3,81) kot pri delavcih (3,59).

Komponente participativnega vodenja bomo analizirali z dveh različnih vidikov: najprej trditve z vidika vodje, ki predpostavljajo pasivno vlogo podrejenega, torej trditve, na katere podrejeni nimajo vpliva; nato pa še trditve z vidika delavca, ki predpostavljajo vključenost (participacijo) delavca, torej njegov aktivni prispevek k celotni sliki vodenja organizacije.

Participativno vodenje z vidika vodje

Pri trditvah, ki se nanašajo na vidik vodje, ugotavljamo kritično visok razkorak[3] pri trditvi, ki se nanaša na *interes zaposlenih* med sprejemanjem odločitev: »Med odločanjem in sprejemanjem odločitev vedno mislim na interese delavcev.«, kjer so delavci (3,48) stanje ocenili za 0,67 stopnje nižje kot vodje (4,14). Do enakega razkoraka prihaja pri upoštevanju *načela enakosti v odnosu do zaposlenih* oziroma pri trditvi »V odnosu do svojih zaposlenih sledim načelu enakosti.«, pri čemer so vodje upoštevanje načela enakosti ocenili bolje (4,29) kot delavci (3,62). Do še večjega razkoraka (0,71) prihaja pri oceni prepuščanja *odgovornosti pri opravljanju nalog*, kjer so vodje trditev »Zaposlenim prepuščam odgovornost pri opravljanju nalog.« po pričakovanju ocenili boljše (4,14) kot delavci (3,43). Največji razkorak tega sklopa vprašanj se pojavi glede dopuščanja *nadzora nad vodjo*. Razkorak je sicer statistično značilen (na nivoju $p < 0,05$; glej tabelo 20) in znaša 0,86 stopnje. Vodje so namreč s trditvijo »Pomembno je, da imajo tudi moji delavci pod nadzorom mene in moje delo.« izrazili bistveno višje strinjanje (3,86) kot delavci (3,00).

Če so vodje trditev »Pri svojem delu sledim načelu enakosti.« (4,29) ocenili z enako oceno kot upoštevanje *načela enakosti v odnosu do zaposlenih*, pa so delavci upoštevanje *načela enakosti pri delu* ocenili višje (3,81) kot upoštevanje enakosti v odnosu do zaposlenih, zato prihaja do manjšega razkoraka (0,48). Še manjši razkorak (0,24) je pri strinjanju s trditvijo »Zavzemam se za prosti dostop do informacij za vse zaposlene.«, pri čemer gre hkrati za enega bolje ocenjenih elementov in kjer so vodje *prosti dostop do informacij* ocenili nekoliko bolje (4,29) kot delavci (4,05). Do zanemarljivo majhnega razkoraka (0,09) prihaja pri oceni *na razlagi temelječe vodstvene pozicije*, kjer so vodje strinjanje s trditvijo »Vodstveno pozicijo zavzemam z razlago in na podlagi dejstev.« ocenili le malenkost bolje (4,14) kot delavci (4,05).

V nasprotju s pričakovanji pa prihaja do razkorakov glede ocene elementov *zavedanje in priznavanje napak* ter *zaupanje*, kjer sicer razkoraka nista statistično značilna, vendar preseneča dejstvo, da so

[3] Kot kritično visok razkorak ocenjujemo razkorak, ki je večji od 0,5 stopnje.

delavci elementa ocenili bolje kot vodje. Namreč strinjanje s trditvijo »Svojih napak se zavedam in jih tudi priznavam.« pri vodjih znaša 4,00, pri delavcih pa 4,33, kar kaže na razkorak 0,33 stopnje, ki, kot rečeno, ni statistično značilen, ni pa niti zanemarljiv, iz česar je moč sklepati na večjo samokritičnost vodij. Razkorak je še višji (0,43 stopnje) pri strinjanju s trditvijo »Svojim podrejenim popolnoma zaupam.«, kjer so vodje *zaupanje* ocenili z oceno 3,57, kar je pravzaprav najslabše ocenjeni element trditev, ki se nanašajo na vidik vodij, medtem pa so delavci ta element ocenili z oceno 4,00, iz česar je moč sklepati, da vodje svojim podrejenim zaupajo manj, kot imajo podrejeni občutek, da jim vodje zaupajo.

Participativno vodenje z vidika delavca

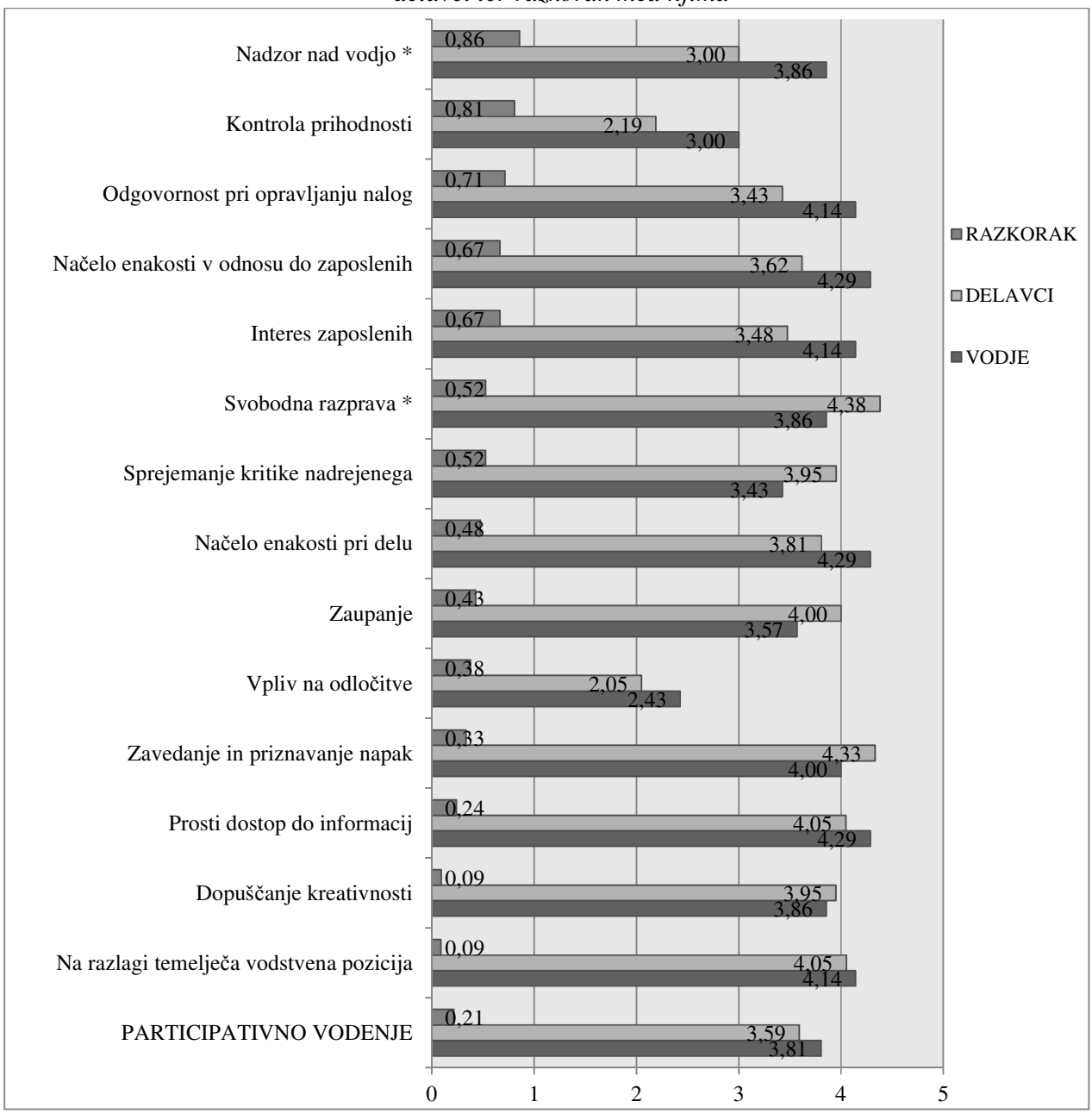
V vidik delavca smo uvrstili pet trditev sklopa trditev participativno vodenje. Kritično visok razkorak ugotavljamo pri elementu *kontrola prihodnosti* (0,81), kjer so delavci strinjanje s trditvijo »Svojemu vodji sem pripravljen prepustiti celotno kontrolo moje prihodnosti v tem podjetju.« ocenili bistveno nižje (2,19), kot so vodje ocenili (3,00) to pripravljenost svojih podrejenih, iz česar sledi, da vodje precenjujejo pripravljenost svojih podrejenih za njihovo kontrolo, vendar razkorak ni statistično značilen. Se pa izkaže statistično značilen razkorak pri elementu *svobodna razprava*, in sicer znaša razkorak 0,52 in je statistično značilen na nivoju $p < 0,05$ (glej tabelo 20). Delavci so po pričakovanju strinjanje s trditvijo »Če me bo vodja povprašal po določenemu problemu, za katerega sem kriv tudi sam, bom svobodno o tem razpravljal.« ocenili višje (4,38) kot vodje (3,86). Prav tako so delavci izrazili višje strinjanje s trditvijo »Kritiko svojega vodje sprejemam mirno, vzamem jo za dobro in se pri tem ne počutim slabo.« (3,95) kot vodje (3,43), pri čemer razkorak v oceni elementa *sprejemanje kritike nadrejenega* znaša 0,52, a ni statistično značilen. Najnižje ocenjeni element tega sklopa je nedvomno *vpliv na odločitve*, pri čemer so delavci izrazili nižje (2,05) strinjanje s trditvijo »Želim si, da vodje ne bi imel nikakršnega vpliva na moje pomembne odločitve. (R)«[4] kot vodje (2,43), kar kaže na to, da vodje spet precenjujejo pripravljenost delavcev na sprejetje vpliva vodij na njihove odločitve. Pri merjenem elementu *dopuščanje kreativnosti* smo ugotovili majhen razkorak (0,09), saj so delavci izrazili le nekoliko višje (3,98) strinjanje s trditvijo »Lahko sem kreativen, ker moj vodja razume in sprejema, da občasno kreativne rešitve tudi niso dobre.« kot vodje (3,86), iz česar je moč sklepati na približno usklajeno dojemanje dopuščanja kreativnosti.

Tabela 20: Prikaz rezultatov F-testa za trditvi sklopa participativno vodenje

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Svobodna razprava	Med skupinami	1,44	1	1,44	4,80	**0,038**
	Znotraj skupin	7,81	26	0,30		
	Skupaj	9,25	27			
Nadzor nad vodjo	Med skupinami	3,86	1	3,86	4,81	**0,037**
	Znotraj skupin	20,86	26	0,80		
	Skupaj	24,71	27			

[4] Trditev je inverzna; višje kot je strinjanje s trditvijo, višje je dopuščanje vpliva vodje na pomembne odločitve podrejenega in obratno.

Slika 26: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami sklopa participativno vodenje za skupini vodje in delavci ter razkorak med njima



*Razlika je statistično značilna na nivoju $p < 0,05$.

Zaključimo lahko, da vodje visoko ocenjujejo elemente, ki se nanašajo na njihovo upoštevanje načela enakosti v odnosu do zaposlenih in pri delu ter zavzemanje za prosti dostop do informacij, pri čemer smo na drugi strani razkorak z oceno pri elementu upoštevanje načela enakosti v odnosu do zaposlenih s strani delavcev ocenili kot kritično visok. So pa delavci statistično značilno višje ocenili svojo zmožnost za svobodno razpravo ob problemu, v katerega so vpleteni kot vodje, pri čemer gre hkrati za najvišje ocenjeni element skupine delavcev. Zanimiva je tudi ugotovitev, da delavci kontrole svoje prihodnosti v organizaciji niso pripravljeni prepuščati svojim vodjem, hkrati se odpovedujejo nadzoru

nad vodjo, saj je ne ocenjujejo kot pomembno. Ta dva elementa se izkažeta kot najbolj kritična v smislu, da pri njima obstaja največji razkorak v povprečni oceni strinjanja. Glede najnižje ocenjenega elementa tega sklopa trditev lahko rečemo, da delavci zavračajo vpliv vodij na svoje pomembne odločitve, kar so zaznali tudi vodje.

5.1.3.2 Opisna statistična analiza poklicne kulture

5.1.3.2.1 Humanitarne ideje

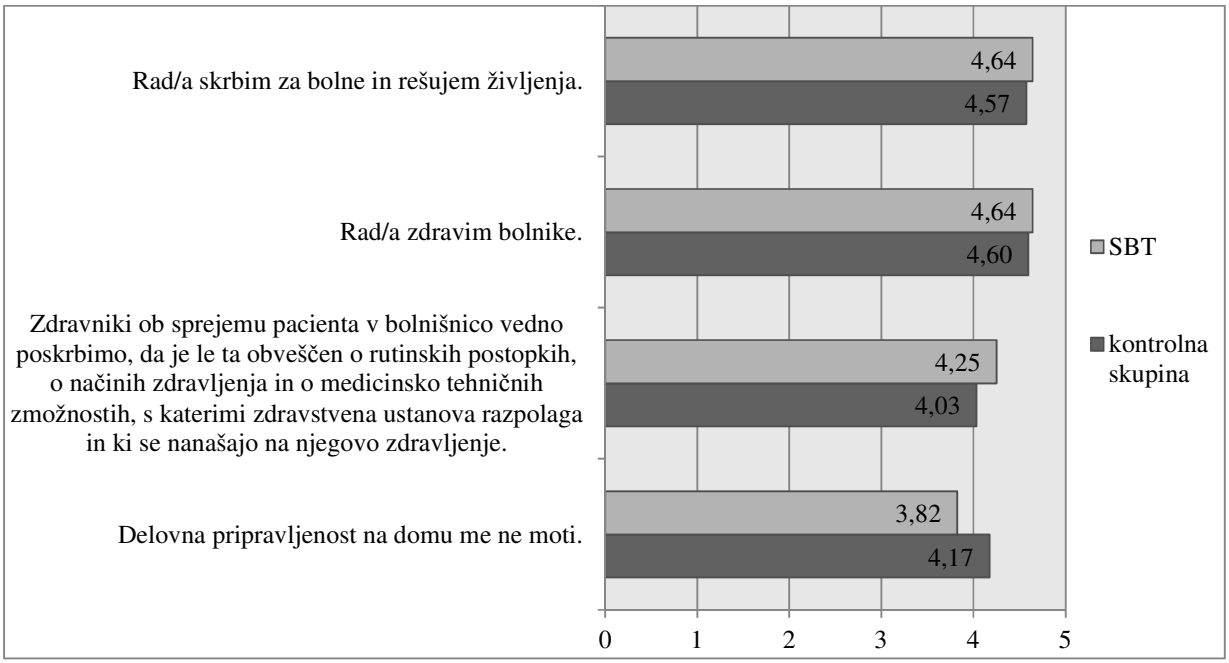
V tabeli 21 lahko vidimo, da aritmetične sredine pri vseh trditvah presegajo oceno 4, saj dosegata najnižjo povprečno stopnjo strinjanja trditvi »Delovna pripravljenost na domu me ne moti.« in »Zdravniki ob sprejemu pacienta v bolnišnico vedno poskrbimo, da je le ta obveščen o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o medicinsko tehničnih zmožnostih, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga in ki se nanašajo na njegovo zdravljenje.«, pri katerih aritmetična sredina znaša 4,09. Najvišja povprečna stopnja strinjanja je pri trditvi »Rad zdravim bolnike«, in sicer znaša 4,61 ter je le malo višja od povprečne stopnje strinjanja s trditvijo »Rad skrbim za bolne in rešujem življenja«.

Tabela 21: Opisne statistike indikatorjev konstrukta humanitarne ideje

HUMANITARNE IDEJE	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Rad skrbim za bolne in rešujem življenja.	117	2	5	4,59	0,62	0,38
Rad zdravim bolnike.	117	1	5	4,61	0,64	0,41
Delovna pripravljenost na domu me ne moti.	114	1	5	4,09	0,92	0,84
Zdravniki ob sprejemu pacienta v bolnišnico vedno poskrbimo, da je le ta obveščen o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o medicinsko tehničnih zmožnostih, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga in ki se nanašajo na njegovo zdravljenje.	117	1	5	4,09	0,82	0,67

Kot lahko razberemo iz slike 27, med skupinama ni statistično značilnih razlik. Pri večini trditev so zdravniki SBT v povprečju izrazili višjo stopnjo strinjanja s trditvami sklopa humanitarne ideje, le s trditvijo »Delovna pripravljenost na domu me ne moti.« se v povprečju strinjajo v manjši meri kot zdravniki iz kontrolne skupine.

Slika 27: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa humanitarne ideje zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



5.1.3.2.2 Psihološka pogodba

V tabeli 22 je prikazano, da se pri trditvah v sklopu psihološke pogodbe zdravniki v povprečju v pomembno večji meri strinjajo s trditvijo »Dela ne opravljam samo zaradi denarja«, kjer povprečna vrednost znaša 3,76; najnižje povprečno strinjanje pa dosega trditev »Bolnišnica mi daje pohvalo za dobro opravljeno delo.«, kjer je povprečna stopnja strinjanja (2,55) nižja za več kot eno stopnjo glede na prej omenjeno trditev, ki v povprečju dosega najvišjo stopnjo strinjanja.

Tabela 22: Opisne statistike indikatorjev konstrukta psihološka pogodba

PSIHOLOŠKA POGODBA	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Bolnišnica mi omogoča le tisto lojalnost, ki je definirana z določili moje pogodbe. (R)	113	1	5	2,86	1,08	1,16
Dela ne opravljam samo zaradi denarja.	117	1	5	3,76	1,13	1,29
Bolnišnica mi nudi visoko plačo.	115	1	5	2,70	1,05	1,11
Bolnišnica mi daje pohvalo za dobro opravljeno delo.	116	1	5	2,55	1,15	1,31
Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi dolžine zaposlenosti.	113	1	5	2,82	1,17	1,38
Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi napora, ki ga vložim v delo.	116	1	5	2,62	1,24	1,54

Na sliki 28 je prikazano, da so zdravniki SBT pri večini trditev v povprečju izrazili nižjo stopnjo strinjanja s trditvami sklopa psihološka pogodba kot zdravniki iz kontrolne skupine, le pri trditvah »Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi dolžine zaposlenosti« in »Dela ne opravljam samo zaradi

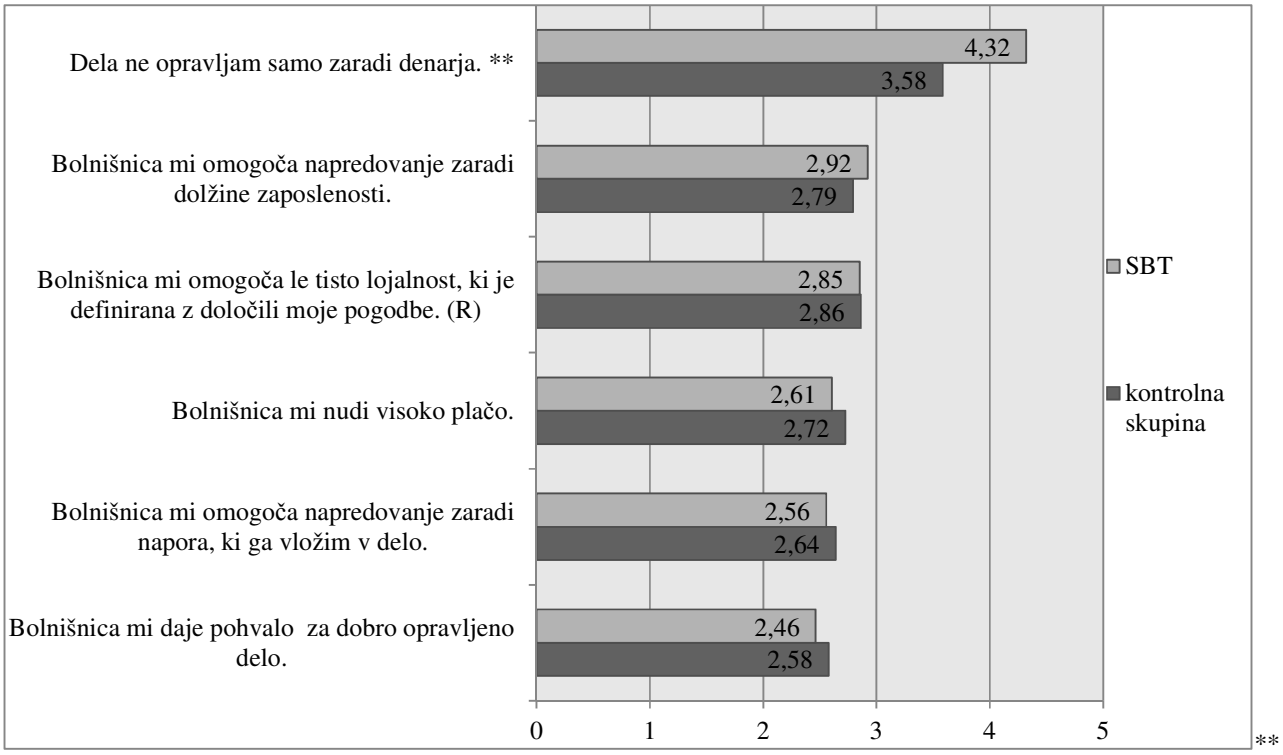
denarja« je njihovo strinjanje v povprečju višje. Glede strinjanja s trditvijo »Dela ne opravljam samo zaradi denarja« obstajajo med skupinama statistično značilne razlike (na nivoju p = 0,002) kot je prikazano v tabeli 23, in sicer so večje strinjanje, kot rečeno, izrazili zdravniki SBT (4,32) kot zdravniki iz kontrolne skupine (3,58).

Tabela 23: Prikaz rezultatov F-testa za trditev sklopa psihološka pogodba, pri kateri obstajajo statistično značilne razlike med skupinama

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Dela ne opravljam samo zaradi denarja.	Med skupinami	11,57	1	11,57	9,66	**,002**
	Znotraj skupin	137,73	115	1,20		
	Skupaj	149,30	116			

df – stopnje prostosti; Sig. – stopnja značilnost.

Slika 28: Primerjava povprečne stopnje strinjanja s trditvami sklopa psihološka pogodba zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



Opomba: Razlika je statistično značilna na nivoju p < 0,01.

5.1.3.2.3 Individualna avtonomija

Povprečne vrednosti strinjanja s posameznimi trditvami v sklopu individualna avtonomija, ki so prikazane v tabeli 24, dosegajo veliko variabilnost: najnižja stopnja strinjanja obstaja pri trditvi »Ponosen/na sem, da sem opravil/a specializacijo. (R)«, in sicer znaša povprečna vrednost stopnje

strinjanja 1,72, kar pomeni, da zdravnikom opravljena specializacija v veliki meri predstavlja področje ponosa, medtem ko trditev »Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna. (R)« dosega najvišjo povprečno stopnjo strinjanja (4,06), pri čemer pa za nošnjo stetoskopov in belih halj kot elementov poklicne identifikacije lahko rečemo, da za zdravnike v SB Trbovlje nista pomembna. Na sliki 29 lahko vidimo primerjavo stopnje strinjanja s trditvami sklopa individualna avtonomija zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine.

Glede strinjanja s trditvami v sklopu individualna avtonomija sta primerjani skupini izražali zelo različna stališča. Vidimo jih lahko v tabeli 25. Statistično značilne razlike se pokažejo kar pri šestih izmed navedenih trditev. Pri trditvah, ki se nanašajo na kakovostnejši proces zdravljenja bolnikov, so zdravniki SBT statistično značilno različneje izražali strinjanje s trditvami. Sicer gre za naslednje trditve: »Svoje bolnike želim zdraviti povsem avtonomno. (R)«[5] »Podpiram uvajanje standardov zdravljenja (tj. kliničnih poti) v zdravstvene organizacije.« in »Podpiram standardizirane načine zdravljenja pogostih bolezni.«. S procesom zdravljenja je povezana tudi naslednja trditev, s katero so se zdravniki SBT strinjali v statistično značilno večji meri: »Zdravniki načeloma odklanjamo tako ekonomiko v zdravstvu, v kateri bi bil interes zdravstvenega delavca neposredno in izključno odvisen od materialnih pridobitev delovne organizacije in zdravstvenega sistema.«

Tabela 24: Opisne statistike indikatorjev konstrukta individualna avtonomija

INDIVIDUALNA AVTONOMIJA	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Podpiram uvajanje standardov zdravljenja v bolnišnice.	116	1	5	3,10	1,45	2,11
Svoje bolnike želim zdraviti povsem avtonomno. (R)	117	1	5	2,57	1,30	1,70
Ponosen sem, da sem končal medicinsko fakulteto. (R)	117	1	5	1,88	1,00	1,00
Ponosen sem, da sem opravil specializacijo. (R)	112	1	5	1,72	0,90	0,82
Uporaba medicinskih izrazov je velikega pomena v namen razločevanja. (R)	117	1	5	2,85	1,42	2,03
Podpiram standardizirane načine zdravljenja pogostih bolezni.	117	1	5	3,27	1,47	2,15
Velika čast je, da sem član različnih zdravniških združenj. (R)	116	1	5	3,01	1,23	1,52
Za svoje delo si zaslužim dobro plačilo. (R)	115	1	5	1,77	0,86	0,74
Svoje delo visoko cenim. (R)	116	1	5	1,85	0,87	0,75
Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna. (R)	117	1	5	4,06	1,12	1,26
Odklanjam ekonomiko v zdravstvu, v kateri bi bil interes delavcev odvisen od materialnih pridobitev bolnišnice. (R)	113	1	5	2,22	1,16	1,34

[5] Višja kot je stopnja strinjanja s to trditvijo, manjša je potreba zdravnikov po avtonomiji pri zdravljenju.

Prav tako obstajajo med skupinama razlike glede stopnje strinjanja s trditvami, ki se nanašajo na izražanje statusa, in sicer so zdravniki SBT v statistično značilno večji meri izrazili strinjanje z naslednjima trditvama: »Menim, da je uporaba medicinskih izrazov, ki so drugim manj jasni, za zdravnike velikega pomena tudi v namen razločevanja med njimi in ostalimi poklicnimi skupinami. (R)«[6] in »Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna. (R)«[7], kar kaže na manjšo pomembnost statusnih simbolov za zdravnike SBT kot za zdravnike iz kontrolne skupine. Stopnja značilnosti razlik med skupinama za vsako od trditev je navedena v tabeli 25 spodaj.

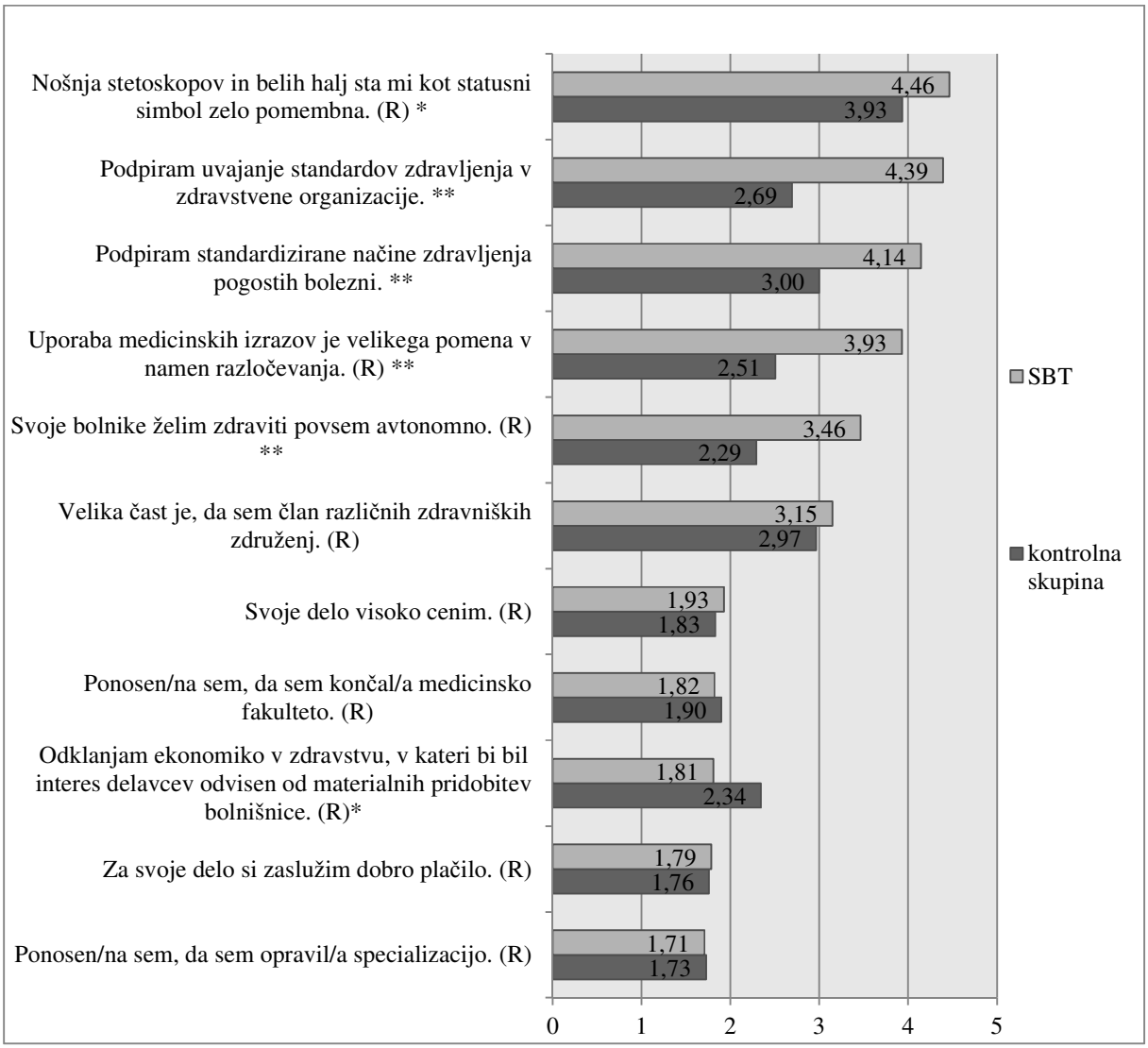
Tabela 25: Prikaz rezultatov F-testa za trditve sklopa individualna avtonomija, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama

INDIVIDUALNA AVTONOMIJA		**Vsota kvadratov**	**df**	**Povprečje kvadratov**	**F**	**Sig.**
Podpiram uvajanje standardov zdravljenja v bolnišnice.	Med skupinami	61,36	1	61,36	38,57	**,000**
	Znotraj skupin	181,39	114	1,59		
	Skupaj	242,76	115			
Svoje bolnike želim zdraviti povsem avtonomno. (R)	Med skupinami	29,26	1	29,26	20,11	**,000**
	Znotraj skupin	167,37	115	1,46		
	Skupaj	196,63	116			
Uporaba medicinskih izrazov je velikega pomena v namen razločevanja. (R)	Med skupinami	43,13	1	43,13	25,82	**,000**
	Znotraj skupin	192,10	115	1,67		
	Skupaj	235,23	116			
Podpiram standardizirane načine zdravljenja pogostih bolezni.	Med skupinami	27,82	1	27,82	14,45	**,000**
	Znotraj skupin	221,43	115	1,93		
	Skupaj	249,25	116			
Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna. (R)	Med skupinami	6,02	1	6,02	4,93	**,028**
	Znotraj skupin	140,56	115	1,22		
	Skupaj	146,58	116			
Odklanjam ekonomiko v zdravstvu, v kateri bi bil interes delavcev odvisen od materialnih pridobitev bolnišnice. (R)	Med skupinami	5,78	1	5,78	4,46	**,037**
	Znotraj skupin	143,69	111	1,30		
	Skupaj	149,47	112			

df – stopnje prostosti; Sig. – stopnja značilnost

[6] Višja kot je stopnja strinjanja s to trditvijo, manjši pomen ima za zdravnike uporaba medicinskih izrazov, ki so drugim manj jasni ter so zanje velikega pomena tudi zaradi razločevanja med njimi in ostalimi poklicnimi skupinami.
[7] Višje kot je strinjanje s to trditvijo, manjši je pomen nošnje stetoskopov in belih halj kot statusnih simbolov.

Slika 29: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa individualna avtonomija zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



* Razlika je statistično značilna na nivoju $p < 0,05$.

** Razlika je statistično značilna na nivoju $p < 0,01$.

5.1.3.2.4 Medosebni odnosi

V tabeli 26 lahko vidimo, da so glede medosebnih odnosov zdravniki v povprečju izkazovali visoko stopnjo strinjanja s trditvami, ki se nanašajo nanje. Zelo visoko stopnjo strinjanja dosega trditev »Dobri delovni odnosi so pomembni.«, in sicer znaša povprečna vrednost strinjanja 4,79, pri čemer je tudi variabilnost odgovorov zelo nizka. Najnižje povprečno strinjanje (4,26) so zdravniki izrazili pri trditvi »V delovnem okolju zaznavam mobing. (R)«. Povprečni vrednosti strinjanja s trditvami glede odnosov s sodelavci in nadrejenim razkrivata, da so zdravniki v povprečju nekoliko bolje ocenili odnos z nadrejenim (4,34) kot s sodelavci (4,32).

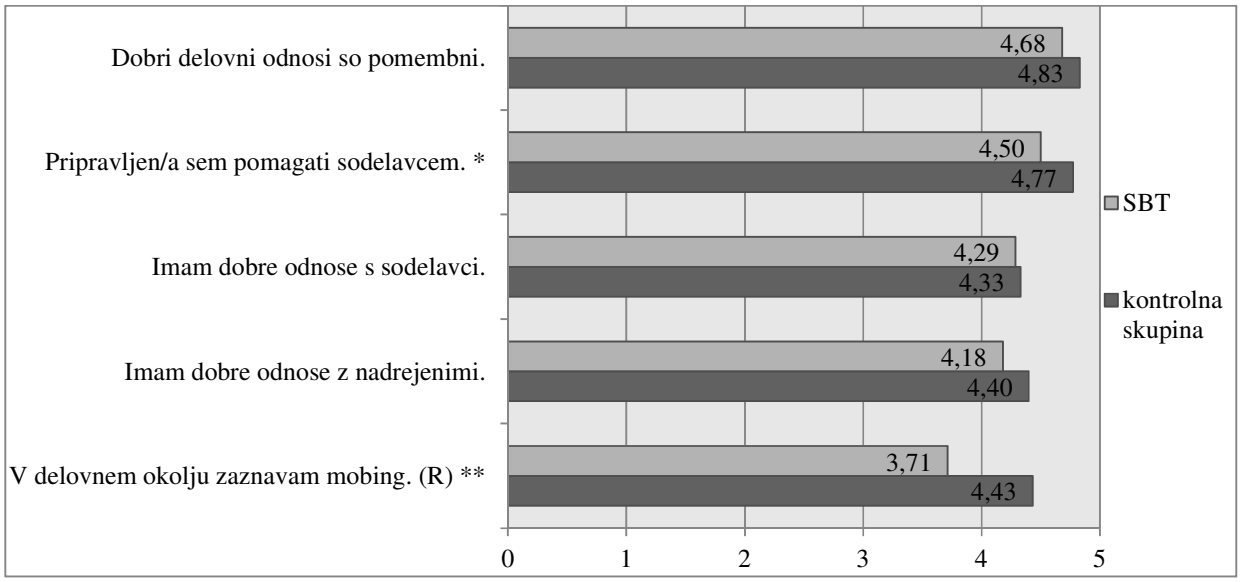
Tabela 26: Opisne statistike indikatorjev konstrukta medosebni odnosi

MEDOSEBNI ODNOSI	N	Minimum	Maksimum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Imam dobre odnose s sodelavci.	116	2	5	4,32	0,71	0,50
Imam dobre odnose z nadrejenimi.	116	2	5	4,34	0,76	0,58
Dobri delovni odnosi so pomembni.	116	3	5	4,79	0,45	0,20
Pripravljen sem pomagati sodelavcem.	116	3	5	4,71	0,51	0,26
V delovnem okolju zaznavam mobing. (R)[8]	116	2	5	4,26	0,83	0,68

Kot je prikazano na sliki 30, imajo zdravniki SBT nekoliko slabše odnose z nadrejenim in s sodelavci kot kolegi iz kontrolne skupine, vendar razlike niso statistično značilne. So pa zdravniki SBT v statistično značilno večji meri, kar je prikazano v tabeli 27, (na nivoju p = 0,000) izrazili zaznavanje mobinga v delovnem okolju, kar pojasnjuje slabše ocenjene odnose s sodelavci in nadrejenimi zdravnikov SBT glede na kolege iz kontrolne skupine. Prav tako zdravniki SBT v statistično pomembno manjši meri (p = 0,13) izražajo pripravljenost za pomoč svojim sodelavcem v primerjavi s kolegi iz kontrolne skupine.

[8] Višje kot je strinjanje s trditvijo, nižje je zaznavanje mobinga.

Slika 30: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa medosebni odnosi zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



* Razlika je statistično značilna na nivoju p < 0,05.

** Razlika je statistično značilna na nivoju p < 0,01.

Tabela 27: Prikaz rezultatov F-testa za trditvi sklopa medosebni odnosi, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Pripravljen sem pomagati sodelavcem.	Med skupinami	1,58	1	1,58	6,33	**,013**
	Znotraj skupin	28,46	114	0,25		
	Skupaj	30,03	115			
V delovnem okolju zaznavam mobing. (R)	Med skupinami	10,94	1	10,94	18,52	**,000**
	Znotraj skupin	67,31	114	0,59		
	Skupaj	78,24	115			

5.1.3.2.5 Zaupanje v znanost

Trditvi, ki smu jo uvrstili v sklop zaupanje v znanost, imata karakteristike analiziranih odgovorov dokaj podobne. Kot lahko razberemo iz tabele 28, je aritmetična sredina nekoliko višja pri trditvi »Pri svojem delu skušam kar najbolje slediti medicini, podprti s kliničnimi dokazi.« kot pri trditvi »Zelo mi je pomembno, da delam s pomočjo najnovejše medicinske tehnologije.«. Medicina, podprta s kliničnimi dokazi je za zdravnike nekoliko pomembnejša kot najnovejša medicinska tehnologija.

Tabela 28: Opisne statistike indikatorjev konstrukta zaupanje v znanost

ZAUPANJE V ZNANOST	N	Minimum	Maximum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Pri svojem delu skušam kar najbolje slediti medicini, podprti s kliničnimi dokazi.	116	2	5	4,44	0,65	0,42
Zelo mi je pomembno, da delam s pomočjo najnovejše medicinske tehnologije.	116	2	5	4,36	0,65	0,42

Med primerjanima skupinama ni statistično pomembnih razlik, čeprav je na sliki 31 razvidno, da so zdravniki SBT v povprečju v nekoliko večji meri izražali strinjanje s trditvama.

Slika 31: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa zaupanje v znanost zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



5.1.3.3 Opisna statistična analiza pripravljenosti na spremembe

Kot je razvidno iz tabele 29, dosega v povprečju najnižjo stopnjo strinjanja trditev »Posamezni zdravstveni poklici so visoko specializirani in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. (R)[9]«, in sicer znaša aritmetična sredina odgovorov 3,34. Najvišjo povprečno stopnjo strinjanja pa ima trditev »Nekateri zdravniki občasno sodelujejo v naporih preoblikovanja bolnišničnih sistemov z namenom boljše oskrbe bolnikov. Praktičen primer je sodelovanje pri oblikovanju kliničnih poti ali oblikovanje smernic merjenja uspešnosti posameznih zdravnikov ipd. V takšnih projektih rad sodelujem.«

[9] Višja kot je stopnja s to trditvijo, manj velja, da so posamezni zdravstveni poklici visoko specializirani in ozko usmerjeni ter da lahko zasedajo le fiksna delovna mesta.

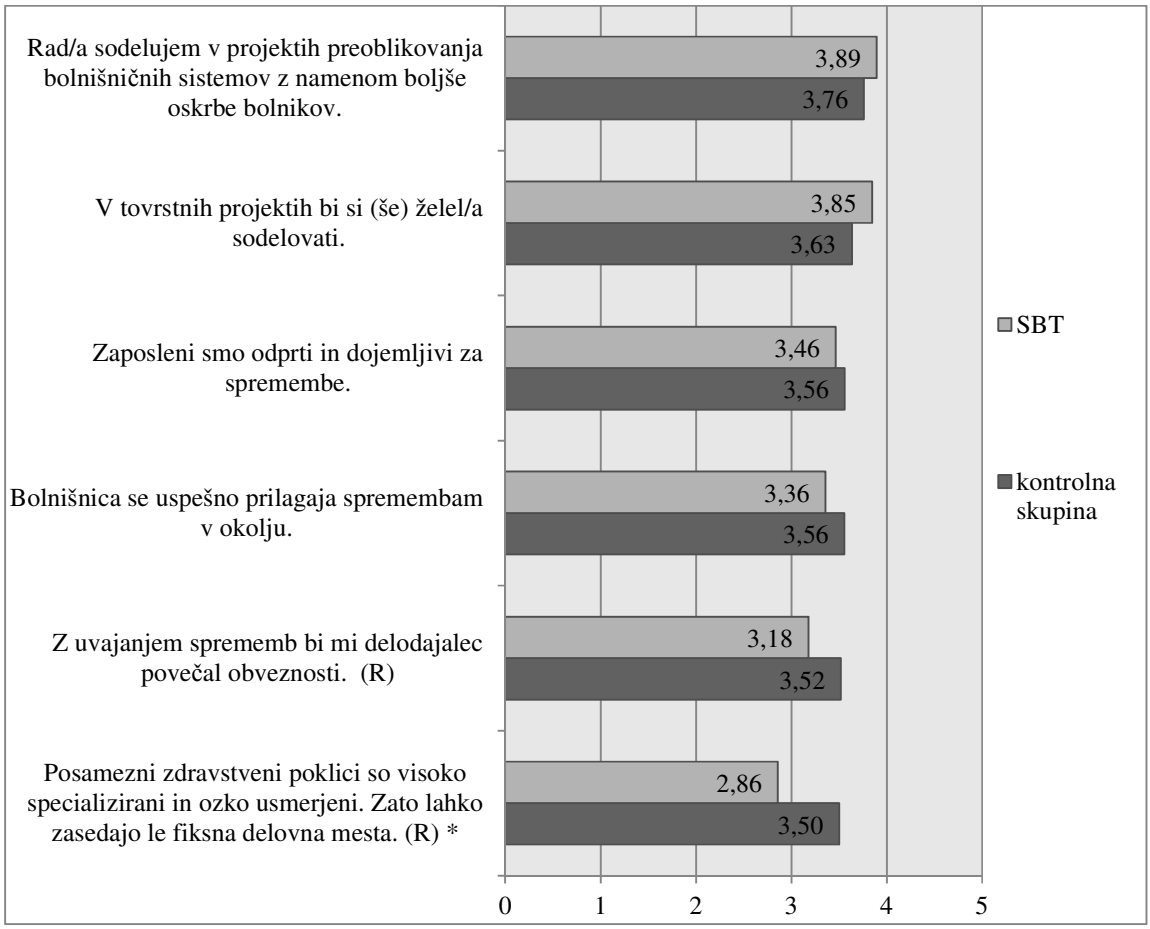
Tabela 29: Opisne statistike indikatorjev konstrukta pripravljenost na spremembe

PRIPRAVLJENOST NA SPREMEMBE	N	Minimum	Maximum	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Varianca
Bolnišnica se uspešno prilagaja spremembam v okolju.	116	1	5	3,51	0,97	0,93
Zaposleni smo odprti in dojemljivi za spremembe.	114	1	5	3,54	1,02	1,05
Z uvajanjem sprememb bi mi delodajalec povečal obveznosti. (R)	115	1	5	3,43	1,14	1,30
Posamezni zdravstveni poklici so visoko specializirani in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. (R)	114	1	5	3,34	1,23	1,52
Rad/a sodelujem v projektih preoblikovanja bolnišničnih sistemov z namenom boljše oskrbe bolnikov.	115	1	5	3,79	0,87	0,76
V tovrstnih projektih bi si (še) želel/a sodelovati.	113	1	5	3,68	0,99	0,99

Na sliki 32 je prikazana primerjava med skupinama, iz katere lahko razberemo, da so zdravniki SBT izrazili nižje strinjanje s trditvama, ki se nanašata na zaznavanje sprememb: »Bolnišnica se uspešno prilagaja spremembam v okolju.« in »Občutek imam, da smo zaposleni odprti in dojemljivi za spremembe, kar pomeni, da jih hitro osvojimo in vgradimo v proces dela.«, vendar razlike niso statistično značilne. Prav tako so zdravniki SBT izrazili nižjo stopnjo strinjanja s trditvama, ki izražata z delom povezano pripravljenost zdravnikov na spremembe, in sicer gre za trditvi »Z uvajanjem sprememb bi mi delodajalec povečal obveznosti. (R)«[10] in »Posamezni zdravstveni poklici so visoko specializirani in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. (R)«[11]. Pri slednji trditvi, prikazani v tabeli 30, so zdravniki SBT v statistično značilno manjši meri (p = 0,016) izrazili strinjanje, torej so v večji meri prepričani o visoki specializiranosti in ozki usmerjenosti zdravstvenih poklicev (2,86) kot kolegi iz kontrolne skupine (3,50). So pa na drugi strani zdravniki SBT izrazili večje zadovoljstvo s sodelovanjem v projektih preoblikovanja bolnišničnih sistemov in večjo željo po sodelovanju v njih, vendar razlike niso statistično značilne.

[10] Višja kot je stopnja strinjanja s trditvijo, nižje je ocenjena možnost, da bi delodajalec zdravniku z uvajanjem sprememb povečal obveznosti.
[11] Glej opombo 6.

Slika 32: Primerjava stopnje strinjanja s trditvami sklopa pripravljenost na spremembe zdravnikov iz SBT in kontrolne skupine



* Razlika je statistično značilna na nivoju p < 0,05.

Tabela 30: Prikaz rezultatov F-testa za trditvi sklopa pripravljenost na spremembe, pri katerih obstajajo statistično značilne razlike med skupinama

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Posamezni zdravstveni poklici so visoko specializirani in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. (R)	Med skupinami	8,73	1	8,73	6,00	**,016**
	Znotraj skupin	162,93	112	1,46		
	Skupaj	171,66	113			

5.1.4 Redukcija spremenljivk z eksploratorno faktorsko analizo

Faktorska analiza je namenjena redukciji spremenljivk na manjše število faktorjev. Opazovali smo povezave med spremenljivkami, nato pa poskušali tvoriti nove spremenljivke, ki bi predstavljale skupek opazovanih spremenljivk. S tem smo mnoštvo opazovanih spremenljivk zreducirali na nekaj

faktorjev. Z oblikovanimi faktorji smo torej poenostavili kompleksnost povezav med mnoštvom opazovanih spremenljivk. To metodo smo uporabili, ker neposredno merjenje spremenljivk, ki smo jih predstavili v teoretičnem delu, zaradi njihove abstraktne narave ni bilo mogoče. S faktorsko analizo pa smo tako ugotavljali, ali je možno pojasniti povezave med opazovanimi spremenljivkami z manjšim številom posredno opazovanih spremenljivk ali faktorjev. Pri eksploratorni faktorski analizi nam rezultati dajejo usmeritev, katere spremenljivke oziroma trditve se da združiti, da skupaj predstavljajo koncept oziroma faktor. Pri tem smo izvedli tudi teste zanesljivosti, in sicer koeficient Cronbachov alpha, da bi preverili zanesljivost združevanja opazovanih spremenljivk v en faktor. Pri odločitvah glede redukcije smo se ravnali tudi po teoretsko-vsebinski smiselnosti združevanja spremenljivk.

Faktorska analiza je bila izvedena na sklopih stališč, za katere smo predhodno teoretično predpostavili, da merijo eno od dimenzij. Uporabljena je bila metoda glavnih komponent (angl. *principal component analysis*), ki teži k čim večji pojasnitvi skupne variance ob čim manjšem številu faktorjev. Ob metodi glavnih komponent smo uporabili tudi metodo rotacije Varimax, da bi poenostavili strukturo uteži v stolpcih pri posameznem faktorju za tiste primere, ko rezultati faktorske analize kažejo, da so posamezni merjeni konstrukti dvo- ali večdimenzionalni. Rezultat faktorske analize dokazuje, da stališča/vprašanja iz vprašalnika tudi v praksi, ne zgolj teoretično, skupaj merijo konstrukt, ki se nanaša na kulturo varnosti bolnikov.

5.1.4.1 Redukcija strukturnih karakteristik z eksploratorno faktorsko analizo

Strukturne karakteristike smo, kot rečeno, opredelili s tremi dimenzijami, do katerih smo prišli s postopkom redukcije spremenljivk oziroma z eksploratorno faktorsko analizo.

5.1.4.1.1 Eksploratorna faktorska analiza organizacijske strukture

V sklop trditev organizacijska struktura smo uvrstili 11 trditev. Skladno z rezultati eksploratorne faktorske analize smo izločili tri trditve, ki predstavljajo drugo dimenzijo konstrukta organizacijske kulture, preostale trditve pa smo združili v en faktor, kar je navedeno v tabeli 31. Izločene trditve smo uvrstili v sklop organizacijske kulture, kamor se – gledano s statističnega vidika – ustrezneje uvrščajo, hkrati pa je prerazporeditev teh trditev ustrezna tudi z vsebinskega vidika. S tem smo ugotovili, da stališča v praksi ne merijo tega, kar smo teoretično predpostavili. Vzorec obnašanja (tj. odgovarjanja respondentov) je pri teh trditvah drugačen kot na preostalih in je bolj podoben obnašanju (odgovarjanju respondentov) v sklopu organizacijske kulture.

Tabela 31: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta oganizacijska struktura z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Organizacijska struktura (45,8 %)
	1
Večino odločitev zdravniki sprejemamo skupaj.	0,659
Predstojnik ima trdno kontrolo o večini pomembnih stvari nad manjšim številom podrejenih. (R)	0,585
Večino odločitev o zdravljenju vsi vpleteni v zdravljenje sprejemamo skupaj.	0,753
Prevladuje avtonomna oblika dela, vsak posameznik zdravi po svoje brez sodelovanja z drugimi zdravniki. (R)	0,681
Nimam občutka, da bi bila na oddelku hierarhična razmerja strogo določena.	0,641
Bolnišnica mi omogoča možnost sodelovanja pri pomembnih odločitvah.	0,669
Predstojnik mi jasno opiše, kaj naj delam in kaj od mene pričakuje.	0,683
Vedenje posameznikov jasno določajo pravila in procedure.	0,727
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,827

Iz nabora enajstih trditev smo tako sestavili enofaktorski konstrukt, katerega osem spremenljivk skupno pojasnjuje skoraj 46 % njegove variance. Druga trditev ima glede na ostale najnižjo utež – ta znaša 0,585, kar je še zmeraj sprejemljiva vrednost. Kritično vrednost sprejemljivosti smo določili pri 0,4 (Hair et al., 1998). Eksploratorna faktorska analiza je prav tako pokazala na ustreznost rekodiranja trditev, ki so inverzna z merjenim konstruktom. Zanesljivost združevanja trditev v enodimenzionalni konstrukt smo preverili s Cronbachovim koeficientom alpha, ki kaže na zanesljivost redukcije spremenljivk, saj znaša 0,827.

5.1.4.1.2 Eksploratorna faktorska analiza organizacijske kulture

V sklop sedmih trditev, za katere smo sprva predvideli, da merijo konstrukt organizacijska struktura, smo naknadno – glede na rezultate eksploratorne faktorske analize – uvrstili še tri dodatne trditve, za katere smo predvidevali, da se bodo uvrstile v sklop organizacijske kulture. Tako konstrukt organizacijske kulture merimo z desetimi trditvami, prikazanimi v tabeli 32.

Eksploratorna faktorska analiza kaže, da imajo posamezne trditve, ki smo jih uvrstili v sklop organizacijska kultura, podobne uteži, saj se večina njihovih vrednosti giblje med 0,6 in 0,7, pri čemer odstopata le vrednosti pri 5. (0,744) in 9. trditvi (0,578). Kljub temu pa Cronbachov alpha koeficient kaže na zanesljivost redukcije vseh spremenljivk v en faktor (0,847). Trditev, ki z merjenim konstruktom inverzna, smo pred redukcijo spremenljivk rekodirali.

Tabela 32: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta Organizacijska kultura z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Organizacijska kultura (42,5 %)
	1
Ne moti me, da se kolegi zdravniki vmešavajo v moje delo.	0,646
Ne moti me, da se predstojnik vmešava v moje delo.	0,657
Ne moti me, da se medicinske sestre vmešavajo v moje delo.	0,667
Imam občutek, da prehod informacij med različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost in odprt. (R)	0,637
Med zdravniki vedno poteka komunikacija v obe smeri.	0,744
Med zdravniki in ostalimi zdravstvenimi skupinami poteka komunikacija v obe smeri.	0,649
Učimo se iz napak – redno poročamo o napakah in o njih diskutiramo v učne in ne kaznovalne namene.	0,628
O kvaliteti moje zdravstvene oskrbe vedno dobim povratno informacijo.	0,606
S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede svojih bolnikov ali njihove premestitve.	0,578
S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli preglede njihovih bolnikov ali njihove premestitve.	0,693
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,847

5.1.4.1.3 Eksploratorna faktorska analiza učeče se organizacije

Želeli smo preveriti, ali lahko trditve, za katere smo predpostavili, da merijo posamezne komponente konstrukta učeče se organizacije, združimo.

Tabela 33: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta učeča se organizacija z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Učeča se organizacija (70,5 %)
	1
Imamo možnosti rednega individualnega izobraževanja.	0,661
Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da spodbuja učenje.	0,884
Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da podpira široko razširjanje najboljših praks.	0,841
Bolnišnica ustrezno priznava moje dosežke in uspehe.	0,825
Bolnišnica mi omogoča strokovno rast.	0,896
Bolnišnica mi omogoča osebno rast.	0,908
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,914

Kot je razvidno iz tabele 33, rezultati eksploratorne faktorske analize kažejo, da je učeča se organizacija enofaktorski konstrukt, opazovane spremenljivke pa pojasnjujejo 70,5 % njegove variance. Z drugimi besedami: porazdelitev vseh trditev v eno dimenzijo oz. faktor predstavlja dokaj

velik delež pojasnjene variance. En faktor torej pojasnjuje variabilnost vseh šestih obravnavanih spremenljivk, ki jih lahko združimo v eno spremenljivko, ki bo predstavljala učečo se organizacijo.

Prva trditev ima, kot je razvidno iz tabele 33, nekoliko nižjo utež (0,661) glede na ostale, kar kaže na manjšo povezanost te spremenljivke z ostalimi. Preden smo opazovane spremenljivke združili v eno spremenljivko (faktor), smo s koeficientom zanesljivosti preverili še zanesljivost redukcije. Zanesljivost smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alpha s katerim ugotavljamo ustreznost merjenja enodimenzionalnega konstrukta z določenim naborom spremenljivk. Gre za preizkus konsistentnosti, kjer mora biti izračunani koeficient večji od 0,7, da je sprejemljiv oziroma, kot navajajo Hair, Black, Babin in Anderson (2010, str. 92), je tudi že vrednost koeficienta 0,6 sprejemljiva.

V primeru redukcije prvih šestih spremenljivk v faktor je Cronbachov koeficient alpha (0,914) višji od 0,7 in nam zagotavlja zanesljivo združevanje spremenljivk v faktor učeča se organizacija.

Na podoben način so bila preverjena še ostala stališča v vprašalniku, za katera smo predhodno predpostavili, kaj vsebinsko pojasnjujejo. Tako je bilo iz nabora 58 spremenljivk mogoče ustvariti devet izvedenih spremenljivk, konstruktov, ki ponazarjajo: učečo se organizacijo, participativno vodenje, humanitarne ideje, psihološko pogodbo, individualno avtonomijo, medosebne odnose, zaupanje v znanost, pripravljenost na spremembe.

5.1.4.2 Eksploratorna faktorska analiza poklicne kulture

Predvidevamo, da poklicno kulturo sestavlja pet dimenzij, ki so enofaktorski konstrukti.

5.1.4.2.1 Eksploratorna faktorska analiza humanitarnih idej

Konstrukt humanitarne ideje smo merili s štirimi trditvami. Kot je razvidno iz tabele 34, vse štiri spremenljivke (trditve) težijo k enemu latentnemu faktorju, pri čemer je vrednost uteži druge spremenljivke zelo visoka (0,894), najmanjša pa je pri tretji spremenljivki (0,653).

Tabela 34: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta humanitarne ideje z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Humanitarne ideje (60,8 %)
	1
Rad skrbim za bolne in rešujem življenja.	0,888
Rad zdravim bolnike.	0,894
Delovna pripravljenost na domu me ne moti.	0,653
Zdravniki ob sprejemu pacienta v bolnišnico vedno poskrbimo, da je le ta obveščen o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o medicinsko tehničnih zmožnostih, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga in ki se nanašajo na njegovo zdravljenje.	0,647
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,747

Opazovane spremenljivke skupaj pojasnjujejo kar več kot 60 % variance konstrukta. Koeficient zanesljivosti, Cronbachov alpha, je sicer nekoliko nizek (0,747), vendar presega kritično mejo 0,7.

5.1.4.2.2 Eksploratorna faktorska analiza psihološke pogodbe

Konstrukt psihološka pogodba smo merili s šestimi spremenljivkami oziroma trditvami. Prva trditev je sicer bila pred postopkom rekodiranja inverzna z odnosno psihološko pogodbo oziroma premo sorazmerna s transakcijsko psihološko pogodbo, zato smo vrednosti te trditve rekodirali in jih obrnili tako, da je sedaj trditev skladna z ostalimi, ki premosorazmerno merijo konstrukt odnosne psihološke pogodbe.

Tabela 35: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta Psihološka pogodba z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Psihološka pogodba (54,4 %)
	1
Bolnišnica mi omogoča le tisto lojalnost, ki je definirana z določili moje pogodbe. (R)	0,655
Dela ne opravljam samo zaradi denarja.	0,435
Bolnišnica mi nudi visoko plačo.	0,753
Bolnišnica mi daje pohvalo za dobro opravljeno delo.	0,833
Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi dolžine zaposlenosti.	0,795
Bolnišnica mi omogoča napredovanje zaradi napora, ki ga vložim v delo.	0,869
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,823

Kot je razvidno iz tabele 35, je vrednost uteži druge trditve znatno nižja od ostalih, saj znaša le 0,435, a se kljub temu nahaja nad najnižjo sprejemljivo mejo. Kljub temu pa Cronbachov alpha koeficient kaže na zanesljivost združevanja opazovanih spremenljivk (0,823), ki sicer skupaj pojasnjujejo 54,4 % variance.

5.1.4.2.3 Eksploratorna faktorska analiza individualne avtonomije

V sklop trditev individualna avtonomija smo uvrstili enajst trditev. Kot je razvidno iz tabele 36, smo večino vrednosti spremenljivk pred postopkom redukcije rekodirali, in sicer tako, da višje kot je strinjanje z vsemi navedenimi trditvami, šibkeje je individualna avtonomija izražena in obratno. Rezultati eksploratorne faktorske analize kažejo, da vse opazovane spremenljivke težijo k enemu faktorju, le 10. zaporedna trditev ima nižjo vrednost uteži od najnižje sprejemljive vrednosti in sama zase predstavlja drugo dimenzijo znotraj konstrukta individualna avtonomija. Ker pa želimo individualno avtonomijo ohraniti kot enodimenzionalni konstrukt, bomo spremenljivko iz nadaljnje analize izločili, saj se je izkazalo, da v praksi ne meri tega, kar je bilo v izhodišču predpostavljeno.

Tabela 36: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta individualna avtonomija z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Individualna avtonomija (43,9 %)
	1
Podpiram uvajanje standardov zdravljenja (tj. kliničnih poti) v zdravstvene organizacije.	0,591
Svoje bolnike želim zdraviti povsem avtonomno. (R)	0,688
Ponosen/na sem, da sem končal/a medicinsko fakulteto. (R)	0,769
Ponosen/na sem, da sem opravil/a specializacijo. (R)	0,833
Menim, da je uporaba medicinskih izrazov, ki so drugim manj jasna, za zdravnike velikega pomena tudi v namen razločevanja med njimi in ostalimi poklicnimi skupinami. (R)	0,643
Podpiram standardizirane načine zdravljenja pogostih bolezni.	0,460
Velika čast je, da sem član različnih zdravniških združenj. (R)	0,486
Za svoje delo si zaslužim dobro plačilo. (R)	0,722
Svoje delo visoko cenim. (R)	0,799
Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna. (R)	
Zdravniki načeloma odklanjamo tako ekonomiko v zdravstvu, v kateri bi bil interes zdravstvenega delavca neposredno in izključno odvisen od materialnih pridobitev delovne organizacije in zdravstvenega sistema.	0,508
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,836[12]

Tudi vrednost uteži 6. in 7. trditve zapovrstjo kažeta na nekoliko slabše ujemanje s konstruktom, vendar presegata kritično mejo. Delež pojasnjene variance opazovanih spremenljivk tako znaša 43,9 %, test zanesljivosti združevanja spremenljivk pa se izkaže kot zgleden (0,836).

5.1.4.2.4 Eksploratorna faktorska analiza medosebnih odnosov

Faktor medosebni odnosi, prikazan v tabeli 37, smo dobili z redukcijo petih spremenljivk, ki pojasnjuje 56,5 % njihove variance. Trditev »V delovnem okolju zaznavam mobing« smo pred postopkom redukcije rekodirali. Prav ta spremenljivka ima najnižjo vrednost uteži (0,65). Koeficient Cronbachov alpha koeficient znaša 0,783 in kaže na zanesljivost združevanja spremenljivk v en faktor.

[12] Vrednost koeficienta kaže na zanesljivost združevanja spremenljivk, katerih vrednosti uteži se nahajajo nad najnižjo sprejemljivo mejo 0,4.

Tabela 37: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta Medosebni odnosi z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Medosebni odnosi (56,5 %)
	1
Imam dobre odnose s sodelavci.	0,718
Imam dobre odnose z nadrejenimi.	0,820
Dobri delovni odnosi so pomembni.	0,761
Pripravljen sem pomagati sodelavcem.	0,796
V delovnem okolju zaznavam mobing. (R)	0,650
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,783

5.1.4.2.5 Eksploratorna faktorska analiza zaupanja v znanost

Konstrukt zaupanje v znanost, prikazan v tabeli 38, smo sicer merili samo z dvema spremenljivkama, vendar pa faktor, ki ga dobimo z redukcijo teh dveh spremenljivk, pojasnjuje kar 78,3 % njune variance, hkrati sta tudi vrednosti uteži obeh spremenljivk zgledno visoki. Nekoliko nižji je le Cronbachov alpha koeficient (0,723), vendar presega kritično mejo.

Tabela 38: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta Zaupanje v znanost z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Zaupanje v znanost (78,3 %)
	1
Pri svojem delu skušam kar najbolje slediti medicini, podprti s kliničnimi dokazi.	0,885
Zelo mi je pomembno, da delam s pomočjo najnovejše medicinske tehnologije.	0,885
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,723

5.1.4.3 Eksploratorna faktorska analiza pripravljenosti na spremembe

Pripravljenost na spremembe merimo z enim konstruktom, faktorjem, ki je redukcija šestih spremenljivk. Vrednosti uteži pri posameznih spremenljivkah, kot je razvidno iz tabele 39, težijo v pare dveh spremenljivk, pri čemer imajo pari med sabo dokaj raznolike vrednosti. Tako imata podobne vrednosti prva in četrta trditev, druga in tretja trditev ter zadnji dve trditvi. Kljub temu se odločimo, da bomo opazovane spremenljivke združili v en faktor, ki pojasnjuje zgleden delež njihove variance (56,2 %). Na zanesljivost združevanja opazovanih spremenljivk kaže tudi Cronbachov alpha koeficient, ki znaša 0,835.

V procesu faktorske analize oziroma redukcije spremenljivk smo ugotovili, da večina trditev meri predpostavljeno. Prav tako smo s trditvami zgledno opredelili posamezne teoretične konstrukte, izjema so le tri spremenljivke sklopa organizacijska struktura, za katere se je izkazalo, da opredeljujejo konstrukt organizacijska kultura. V analizi smo iz konstrukta individualna avtonomija eno trditev

izločili, ker ni sovpadala s preostalimi dimenzijami konstrukta. Zato lahko zaključimo, da smo merjene konstrukte dobro opisali, kar kaže tudi na zanesljivost merskega inštrumenta.

Tabela 39: Eksploratorna faktorska analiza konstrukta Pripravljenost na spremembe z metodo glavnih komponent in Varimax rotacijo

	Pripravljenost na spremembe (56,2 %)
	1
Bolnišnica se uspešno prilagaja spremembam v okolju.	0,670
Občutek imam, da smo zaposleni odprti in dojemljivi za spremembe, kar pomeni, da jih hitro osvojimo in vgradimo v proces dela.	0,717
Z uvajanjem sprememb bi mi delodajalec povečal obveznosti. (R)	0,721
Posamezni zdravstveni poklici so visoko specializirani in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. (R)	0,664
Nekateri zdravniki občasno sodelujejo v naporih preoblikovanja bolnišničnih sistemov z namenom boljše oskrbe bolnikov. Praktičen primer je sodelovanje pri oblikovanju kliničnih poti ali oblikovanje smernic merjenja uspešnosti posameznih zdravnikov ipd.	0,855
V tovrstnih projektih bi si (še) želel/a sodelovati.	0,848
Metoda ekstrakcije: Metoda glavnih komponent Metoda rotacije: Varimax s Kaizerjevo normalizacijo	
Cronbach's Alpha	0,835

5.1.5 Povezave med faktorji - korelacije

Predvidevamo, da so dimenzije oz. faktorji povezani med sabo in vplivajo drug na drugega. V ta namen smo pripravili analizo korelacij kot predpripravo na regresijsko analizo, s pomočjo katere bomo v nadaljevanju pojasnjevali vplive. Iz tabele korelacij preberemo tri pomembne informacije: moč vplivanja, statistično značilnost in smer povezave med faktorji. Korelacijska matrika prikazuje korelacijske koeficiente za vse pare spremenljivk, ki smo jih tvorili s pomočjo ugotovitev faktorske analize in se najprej navezujejo na strukturne karakteristike, nato pa še na poklicno kulturo, pri čemer pri obeh področjih preverjamo še povezanost teh faktorjev s faktorjem pripravljenost na spremembe, ki predstavlja samostojno entiteto. Korelacije smo merili s Pearsonovim korelacijskim koeficientom, saj imajo spremenljivke normalno frekvenčno porazdelitev. Pearsonov koeficient korelacije je statistični kazalec, ki prikazuje parametrične stopnje povezanosti parov spremenljivk oziroma opisuje kakovost povezave.

5.1.5.1 Medsebojna povezanost faktorjev s področij strukturnih karakteristik in pripravljenosti na spremembe

Kot lahko razberemo iz tabele 40, sta najmočneje povezana faktorja pripravljenost na spremembe in organizacijska kultura (0,506). Pri tem govorimo o srednji oziroma zmerno močni povezanosti, ki ima pozitivno smer in je statistično značilna na nivoju 0,01. Podobno je z močjo povezave faktorjev pripravljenost na spremembe in organizacijska struktura (0,505). Vsi faktorji so med seboj statistično značilno povezani (sig. je manjša od kriterija 0,01, kar pomeni manj kot 1 % tveganje, da se pri trditvi

motimo). Najslabše sta med seboj povezana faktorja organizacijska struktura in učeča se organizacija (0,254). Iz matrike je tako razvidna zmerno močna povezanost odvisne spremenljivke pripravljenost na spremembe z ostalimi neodvisnimi spremenljivkami, katerih vpliv nanjo bomo v nadaljevanju merili z regresijsko analizo; preostale spremenljivke so medsebojno šibko povezane. Glede na pozitivni predznak Pearsonovega koeficienta je razvidno, da so vsi faktorji pozitivno povezani, kar pomeni, da če se zviša vrednost enega faktorja, se bo povišala tudi vrednost drugega.

Tabela 40: Korelacijska matrika faktorjev s področja strukturne karakteristike in pripravljenosti na spremembe

		Pripravljenost na spremembe	**Učeča se organizacija**	**Organizacijska struktura**	**Organizacijska kultura**
Pripravljenost na spremembe	Pearsonov korelacijski koeficient	1	**,408****	**,505****	**,506****
	Statistična značilnost		,000	,000	,000
	N	116	116	116	116
Učeča se organizacija	Pearsonov korelacijski koeficient	**,408****	1	**,254****	**,296****
	Statistična značilnost	,000		,005	,001
	N	116	119	119	119
Organizacijska struktura	Pearsonov korelacijski koeficient	**,505****	**,254****	1	**,328****
	Statistična značilnost	,000	,005		,000
	N	116	119	119	119
Organizacijska kultura	Pearsonov korelacijski koeficient	**,506****	**,296****	**,328****	1
	Statistična značilnost	,000	,001	,000	
	N	116	119	119	119

**Povezava je statistično značilna na nivoju p < 0,01.

Z drugimi besedami: Na pripravljenost zdravnikov na spremembe najmočneje vpliva organizacijska kultura, v podobni meri tudi organizacijska struktura, v najmanjši meri pa učeča se organizacija, pri čemer gre pri vseh povezavah za srednje močno povezanost.

5.1.5.2 Medsebojna povezanost faktorjev s področij poklicne kulture in pripravljenosti na spremembe

Faktorji poklicne kulture, prikazani v tabeli 41, so s pripravljenostjo zdravnikov na spremembe povezani pozitivno, pri čemer gre za statistično značilno povezanost, ki je zmerno močna. Faktor pripravljenosti na spremembe najmočneje korelira s faktorjem medosebni odnosi ($r = 0,369$, $p < 0,01$), najšibkejša pa je povezanost tega faktorja z zaupanjem v znanost ($r = 0,233$, $p < 0,05$). Korelacijski koeficient je statistično značilen (na nivoju $p < 0,01$) še pri povezanosti faktorjev zaupanje v znanost in medosebni odnosi, kjer gre sicer za šibko povezanost ($r = 0,306$). Prav tako je moč šibko povezanost ($r = –0,207$) pripisati faktorjema medosebni odnosi in individualna avtonomija, kjer gre za statistično značilno povezanost ($p < 0,05$), vendar v negativni smeri, kar pomeni, da bolje kot posameznik

ocenjuje medosebne odnose med zaposlenimi, močneje je izražena njegova individualna avtonomija in obratno. O medsebojni korelaciji preostalih faktorjev, ki sestavljajo poklicno kulturo, ne moremo trditi ničesar, saj povezave niso statistično značilne.

Tabela 41: Korelacijska matrika faktorjev s področja poklicna kultura in pripravljenost na spremembe

		Humanitarne ideje	**Prihološka pogodba**	**Individualna avtonomija**	**Medosebni odnosi**	**Zaupanje v znanost**	**Pripravljenost na spremembe**
Humanitarne ideje	Pearsonov korelacijski koeficient	**1**	**,070**	**,074**	**,174**	**,124**	**,324****
	Statistična značilnost		,452	,428	,062	,187	,000
	N	117	117	117	116	116	116
Prihološka pogodba	Pearsonov korelacijski koeficient	**,070**	**1**	**,109**	**,064**	**,074**	**,332****
	Statistična značilnost	,452		,241	,497	,429	,000
	N	117	117	117	116	116	116
Individualna avtonomija	Pearsonov korelacijski koeficient	**,074**	**,109**	**1**	**–,217***	**–,100**	**,266****
	Statistična značilnost	,428	,241		,019	,287	,004
	N	117	117	117	116	116	116
Medosebni odnosi	Pearsonov korelacijski koeficient	**,174**	**,064**	**–,217***	**1**	**,306****	**,369****
	Statistična značilnost	,062	,497	,019		,001	,000
	N	116	116	116	116	116	116
Zaupanje v znanost	Pearsonov korelacijski koeficient	**,124**	**,074**	**–,100**	**,306****	**1**	**,233***
	Statistična značilnost	,187	,429	,287	,001		,012
	N	116	116	116	116	116	116
Pripravljenost na spremembe	Pearsonov korelacijski koeficient	**,324****	**,332****	**,266****	**,369****	**,233***	1
	Statistična značilnost	,000	,000	,004	,000	,012	
	N	116	116	116	116	116	116

*Povezava je statistično značilna na nivoju p < 0,05.

**Povezava je statistično značilna na nivoju p < 0,01.

5.1.6 Preverjanje hipotez z metodo multiple linearne regresijske analize (metoda Enter)

V nadaljevanju predstavljamo analizo vplivov oz. multiplo linearno regresijsko analizo, ki bo pojasnila dodatne vzroke oziroma vplive med faktorji. Iz korelacijske matrike je moč razbrati, kateri faktorji so medsebojno statistično značilno povezani, ne pa tudi, kaj je vzrok in kaj posledica vplivanja. Pri postavitvi vzročno-posledičnih modelov se je v prvi vrsti treba zanesti na vsebinsko-teoretično sklepanje, ki predstavlja hipoteze. V regresijski model so zajeti vsi faktorji, ki statistično značilno vplivajo na odvisno spremenljivko (pripravljenost na spremembe). Z regresijsko analizo bomo najprej preverjali medsebojno odvisnost pripravljenosti na spremembe in strukturnih karakteristik, nato pa še medsebojno odvisnost pripravljenosti na spremembe in poklicne kulture ter tako preverili hipotezi 1 in 3.

Hipoteza 1: *Fleksibilna, položnejša organizacijska struktura in organizacijska kultura, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, pozitivno vpliva na uvajanje sprememb v organizacije.*

Hipoteza 3: *Močno izražena poklicna kultura ima negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije*

5.1.6.1 Preverjanje hipoteze 1: Multipla linearna regresijska analiza faktorjev pripravljenosti na spremembe in strukturnih karakteristik

Faktorji strukturnih karakteristik (učeča se organizacija, organizacijska struktura in organizacijska kultura) skupaj pojasnjujejo približno 40 % variabilnosti konstrukta pripravljenosti na spremembe, saj korigirani determinacijski koeficient (angl. *adjusted R square*) znaša ,0401, kar lahko označimo kot zadovoljivo pojasnitev (glej tabela 42). Korigirani determinacijski koeficient je popravljen z vrednostjo stopinj prostosti. Tabela 43 potrjuje, da je tak model statistično značilen in zanesljiv (sig. znaša 0,00). Model je ustrezen, hkrati pa vanj lahko vključimo vse neodvisne spremenljivke, saj je njihov vpliv statistično značilen.

Iz tabele 44 je razvidno, da ima najvišji vpliv organizacijska struktura (beta koeficient je 0,344) in najnižji vpliv učeča se organizacija (0,213), kar je bilo razvidno že iz analize korelacij oz. povezanosti. Z regresijsko analizo dodatno potrjujemo te vplive. Interpretacija B-koeficientov je za razliko od beta koeficientov (ki nam daje relativno primerjavo med vplivi faktorjev) vezana na napovedovanje oz. predikcijo: če bi faktor učeča se organizacija povečali za 1 enoto, bi se to na konstruktu pripravljenost na spremembe odražalo kot sprememba/zvišanje za 0,178 enote.

Tabela 42: Povzetek regresijskega modela: strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe

Model	R	R^2	Korigirani R^2	Std. napaka ocene
1	0,645[a]	0,416	0,401	0,586

a. Neodvisne spremenljivke (konstante): učeča se organizacija, organizacijska struktura, organizacijska kultura

F-statistika znaša 26,621 na nivoju 0,00-odstotnega tveganja, kar kaže na ustreznost modela.

Tabela 43: F-test ustreznosti regresijskega modela: strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Regresija	27,381	3	9,127	26,621	0,000[b]
Ostanek	38,399	112	0,343		
Skupaj	65,780	115			

df – stopinje prostosti, Sig. – statistična značilnost

Tabela 44: Model multiple linearne regresije: strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe

Model	Spremenljivke	Nestandardizirani koeficient		Standardizirani koeficient	t	Sig.
		B	Std. napaka	beta		
1	(Konstanta)	0,489	0,346		1,412	0,161
	Učeča se organizacija	0,178	0,065	0,213	2,720	0,008
	Organizacijska struktura	0,381	0,086	0,344	4,420	0,000
	Organizacijska kultura	0,335	0,088	0,308	3,799	0,000

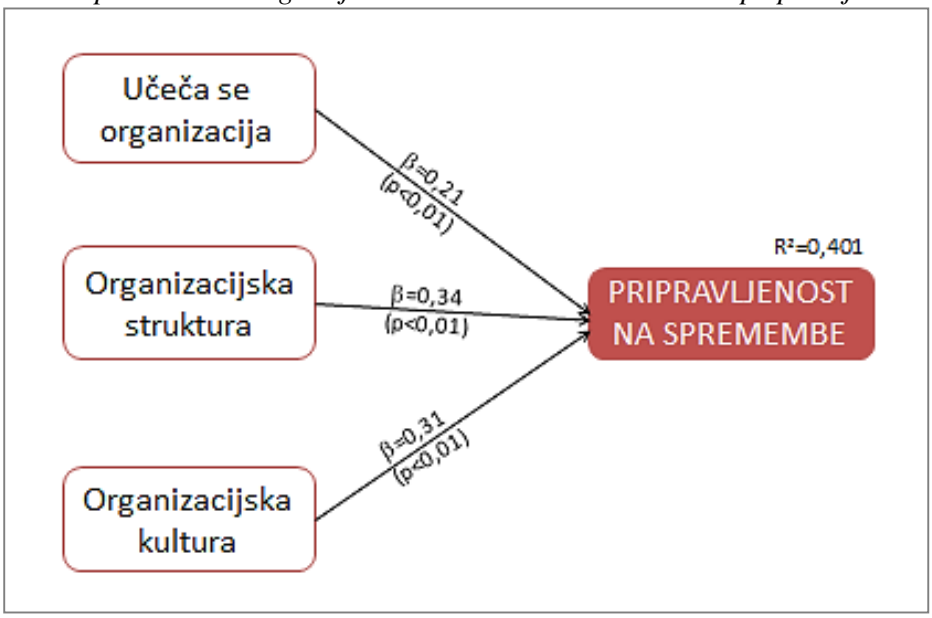
a. Odvisna spremenljivka: pripravljenost na spremembe

Kot lahko razberemo iz tabele 44, je standardizirani beta koeficient vseh neodvisnih spremenljivk, ki kaže vpliv posamezne neodvisne spremenljivke na odvisno, statistično značilen (na nivoju $p < 0,01$), kar nam omogoča, da potrdimo predpostavljeni vpliv spremenljivk učeča se organizacija, organizacijska struktura in organizacijska kultura na pripravljenost zdravnikov na spremembe.

S tem smo potrdili hipotezo 1, da fleksibilna in položnejša organizacijska struktura in organizacijska kultura, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, ki smo ju merili s konstruktoma organizacijska struktura in organizacijska kultura, pozitivno, čeprav šibko vpliva na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v organizacije, hkrati pa smo dokazali tudi pozitiven vpliv konstrukta učeča se organizacija, ki ima sicer izmed vseh neodvisnih spremenljivk najmanjši vpliv (0,21). Najvišji koeficient beta je pri spremenljivki organizacijska struktura (0,34), kar pomeni, da ima ta spremenljivka v kontekstu strukturnih karakteristik najbolj ključen vpliv na pripravljenost zdravnikov na spremembe, dokaj podoben, nekoliko nižji pa je beta koeficient pri spremenljivki organizacijska

kultura. Na sliki 33 je prikazan vpliv strukturnih karakteristik na pripravljenost zdravnikov na spremembe.

Slika 33: Model multiple linearne regresije – strukturne karakteristike in pripravljenost na spremembe



5.1.6.2 Preverjanje hipoteze 3: Multipla linearna regresijska analiza faktorjev pripravljenosti na spremembe in poklicne kulture

Faktorji poklicne kulture (humanitarne ideje, psihološka pogodba, individualna avtonomija, medosebni odnosi in zaupanje v znanost) skupaj pojasnjujejo približno 37 % variabilnosti konstrukta pripravljenosti na spremembe, saj korigirani determinacijski koeficient (angl. *adjusted R square*) znaša 0,65, kjer gre za nekoliko nizko, a zadovoljivo pojasnitev merjenega konstrukta (glej tabela 45). Tabela 46 potrjuje, da je tak model statistično značilen in zanesljiv (sig. znaša 0,00). Kot pa je razvidno iz tabele 47, vplivi vseh petih neodvisnih spremenljivk niso statistično značilni, saj znaša signifikantna značilnost pri neodvisni spremenljivki zaupanje v znanost 0,157 in presega interval zaupanja (5 % oz. sig. 0,05), zato jo moramo iz regresijskega modela izločiti. Vpliv preostalih neodvisnih spremenljivk je statistično značilen.

Tabela 45: Povzetek regresijskega modela: poklicna kultura in pripravljenost na spremembe

Model	R	R^2	Korigirani R^2	Std. napaka ocene
1	0,627a	0,393	0,365	0,603

a) Neodvisne spremenljivke (konstante): humanitarne ideje, psihološka pogodba, individualna avtonomija, medosebni odnosi, zaupanje v znanost

F-statistika znaša 14,226 na nivoju 0,00-odstotnega tveganja, kar kaže na ustreznost modela.

Tabela 46: F-test ustreznosti regresijskega modela: poklicna kultura in pripravljenost na spremembe

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
Regresija	25,831	5	5,166	14,226	0,000[b]
Ostanek	39,948	110	0,363		
Skupaj	65,780	115			

df – stopinje prostosti, Sig. – statistična značilnost

Tabela 47: Model multiple linearne regresije: poklicna kultura in pripravljenost na spremembe

Model	Spremenljivke	Nestandardizirani koeficient		Standardizirani koeficient	t	Sig.
		B	Std. napaka	beta		
1	(Konstanta)	–2,295	0,745		–3,078	0,003
	Humanitarne ideje	0,284	0,102	0,213	2,792	0,006
	Psihološka pogodba	0,236	0,069	0,258	3,437	0,001
	Individualna avtonomija	0,328	0,081	0,312	4,042	0,000
	Medosebni odnosi	0,542	0,126	0,349	4,321	0,000
	Zaupanje v znanost	0,147	0,103	0,112	1,426	0,157

a. Odvisna spremenljivka: pripravljenost na spremembe

Standardizirani beta koeficient neodvisnih spremenljivk humanitarne ideje, psihološka pogodba, individualna avtonomija in medosebni odnosi je statistično značilen (na nivoju $p < 0,01$), kar dokazuje vpliv teh spremenljivk na odvisno spremenljivko pripravljenost na spremembe. Vpliv spremenljivke zaupanje v znanost pa ni statistično značilen, saj statistična značilnost znaša 0,157 in presega kritično mejo 5 %.

S tem smo hipotezo 3 potrdili le deloma, zato lahko o medsebojnem vplivu poklicne kulture in pripravljenosti na spremembe govorimo le v primeru, ko iz koncepta poklicne kulture izločimo konstrukt zaupanje v znanost. Kot je bilo že omenjeno zgoraj (glej poglavje 6.1.4.2 – Eksploratorna faktorska analiza poklicne kulture), smo za namene večje vsebinske konsistentnosti analize rekodirali trditve, ki smo jih nato po postopku faktorske analize združili v posamezne konstrukte. Rezultati multiple linearne regresijske analize tako pomenijo:

- Vpliv konstrukta humanitarne ideje na pripravljenost na spremembe je pozitiven in je statistično značilen ($p < 0,01$), gre pa za nekoliko šibkejši vpliv ($\beta = 0,213$). Višja kot je nagnjenost posameznika k humanitarnim idejam, višja je njegova pripravljenost na spremembe. Konstrukt humanitarne ideje ima sicer najšibkejši vpliv na pripravljenost na spremembe izmed vseh konstruktov koncepta poklicna kultura, ki so statistično značilni.

- Vpliv konstrukta psihološka pogodba na pripravljenost na spremembe je pozitiven in je statistično značilen ($p < 0,01$); koeficient beta pa znaša 0,258. Rezultat tako pomeni, da tem bolj se

posameznik nagiba k odnosni psihološki pogodbi, tem višja je njegova pripravljenost na spremembe in obratno – tem bolj se posameznik nagiba k transakcijski psihološki pogodbi, tem nižja je njegova pripravljenost na spremembe.

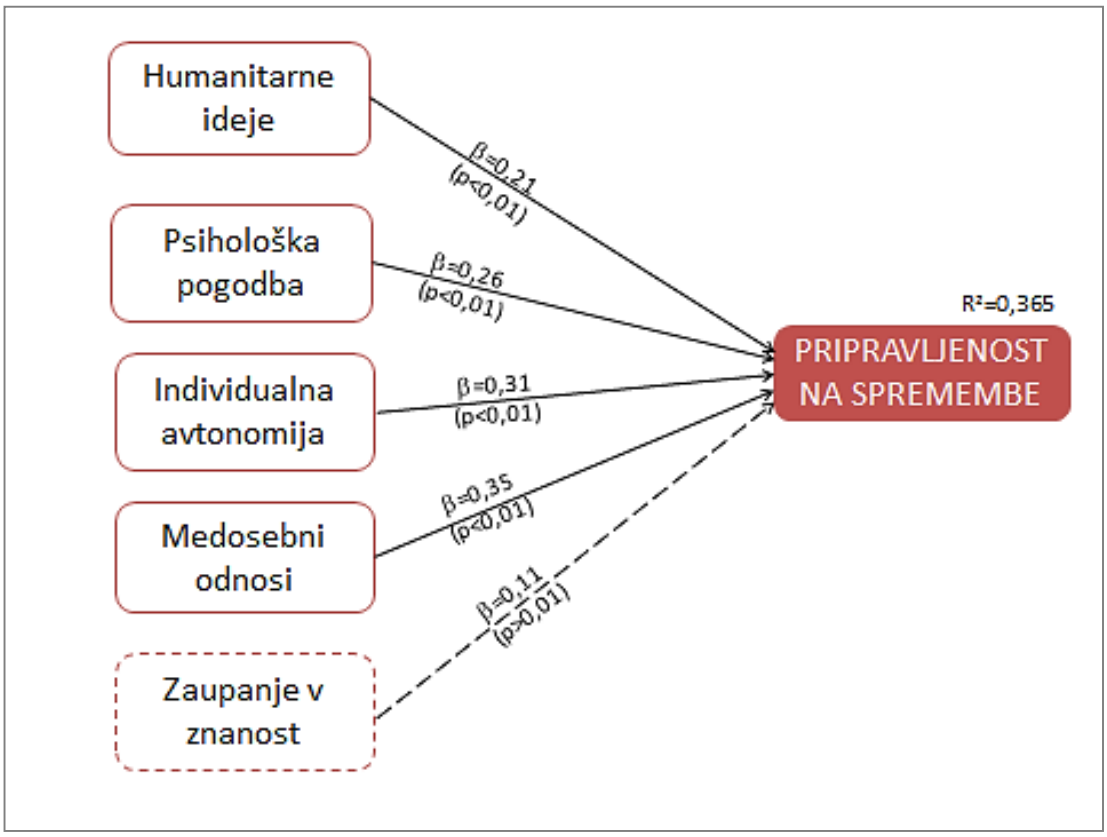
- Vpliv konstrukta individualna avtonomija na pripravljenost na spremembe je pozitiven in je statistično značilen ($p < 0,01$); koeficient beta (0,312) pa kaže na zmeren vpliv tega konstrukta na pripravljenost na spremembe, in sicer lahko trdimo, da šibkeje kot je posameznikova individualna avtonomija izražena, večja bo njegova pripravljenost na spremembe ter na drugi strani močneje kot je individualna avtonomija izražena, manjša je njegova pripravljenost na spremembe.

- Najmočnejši vpliv ($\beta = 0,349$) izkazuje konstrukt medosebni odnosi na pripravljenost za spremembe, kjer gre za statistično značilen ($p < 0,01$) pozitiven vpliv, ki potrjuje, da boljši kot so medosebni odnosi, večja je pripravljenost na spremembe oziroma natančneje: bolj kot je posameznik zadovoljen z medosebnimi odnosi v organizaciji, večja je njegova pripravljenost na spremembe in obratno – nižje kot je zadovoljstvo, nižja je pripravljenost na spremembe.

O vplivu konstrukta zaupanje v znanost pa, kot rečeno, ne moremo trditi ničesar. Dobljeni rezultat je moč delno pojasniti, namreč faktor zaupanje v znanost smo združili iz le dveh trditev, za kateri smo sicer menili, da zadovoljivo merita zaupanje posameznika v znanost.

Glede vpliva poklicne kulture na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije tako v splošnem ne moremo trditi ničesar, saj nismo dokazali, da koncept poklicne kulture v celoti vpliva na pripravljenost na spremembe; je pa moč trditi, da večina dimenzij tega koncepta vpliva na pripravljenost na spremembe. Ob predpostavki, da iz koncepta izločimo spremenljivko zaupanje v znanost, lahko trdimo, da šibkeje kot je izražena poklicna kultura, večja je pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb in obratno – močneje kot je poklicna kultura izražena, manjša je ta pripravljenost; z drugimi besedami: močno izražena poklicna kultura ima negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Na sliki 34 je prikazan vpliv poklicne kulture na pripravljenost zdravnikov na spremembe.

Slika 34: Model multiple linearne regresije – poklicna kultura in pripravljenost na spremembe



5.1.7 Prepoznavanje Splošne Bolnišnice Trbovlje kot učeče se organizacije

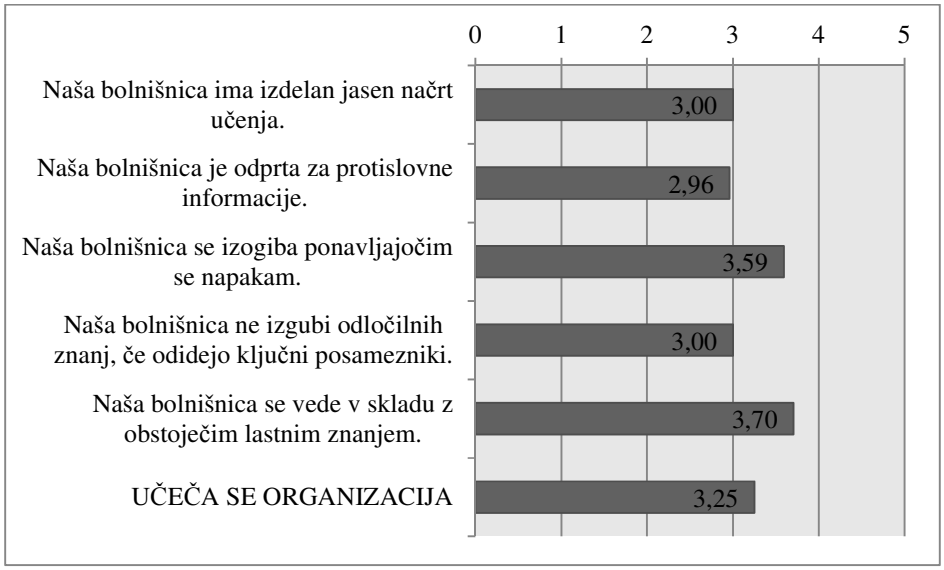
V prejšnjih poglavjih smo že analizirali in merili parametre učeče se organizacije, ki smo jih oblikovali glede na teoretične izsledke. Rezultate povprečnih vrednosti strinjanja s posameznimi trditvami zdravnikov iz SBT smo primerjali še z vrednostmi strinjanja s trditvami istega konstrukta zdravnikov iz kontrolne skupine. Trditve, ki smo jih uvrstili v sklop učeča se organizacija in jih kasneje oblikovali v enofaktorski konstrukt, niso samostojen standardizirani merski inštrument ali del njega. Da bi zanesljivo izmerili obstoječe stanje na področju učenja v organizaciji, smo v vprašalnik uvrstili standardizirani merski inštrument, ki veljavno in zanesljivo pove, ali je neka organizacija učeča se ali ne. Merski inštrument je splošno veljaven in upošteva vse specifike posameznih organizacij.

Prisotnost značilnosti učeče se organizacije v lastni organizaciji lahko preverjamo s tako imenovanim lakmusovim testom. Vsebuje pet osnovnih vprašanj. Če nanje zaposleni odgovorijo pozitivno, občutijo v svoji organizaciji elemente učeče se organizacije (Garvin, 2000 v Dimovski, Penger, Škerlavaj in Žnidaršič, 2005, str. 137). (1) Organizacija ima izdelan jasen načrt učenja. Učeče se organizacije imajo jasno sliko o bodočih zahtevah po organizacijskem znanju. Točno se zavedajo, s kakšnim znanjem morajo razpolagati, ne glede na to, ali je subjekt stranka, konkurenca, trg, tehnologije ali proizvodni procesi, in zato aktivno iščejo želeno informacijo. Ko jo enkrat identificirajo, poskušajo bistvo zajeti z različnimi pristopi, vključno z eksperimenti, simulacijami, raziskavami, kontrolami, primerjavami, ne

pa samo z učenjem in treniranjem. (2) Ali je organizacija odprta za protislovne informacije? Če organizacija ne prenaša dobro nepričakovane ali slabe novice, je jasno negostoljubna za učenje. Spreminjanje obnašanja je ekstremno težko. (3) Se organizacija izogiba ponavljajočim se napakam? Učeče se organizacije se učijo iz prejšnjih izkušenj, iz njih izdelajo uporabna znanja, ta znanja notranje delijo in zagotavljajo, da se napake ne bi več ponovile. Zato lahko uporabljajo baze podatkov, intranet, izobraževanja in delavnice. (4) Ali organizacija izgubi kritična znanja, če odidejo ključni posamezniki? Pogosto se zgodi, da ko talentirani posamezniki zapustijo organizacijo, kritična znanja izginejo. Zakaj? Ker je ključno znanje skrito, neartikulirano in zaklenjeno v glavi ene osebe. Učeče se organizacije se izogibajo temu problemu z institucionaliziranjem ključnega znanja. Če je le možno, jo kodirajo v politikah in praksah, zadržijo ga v poročilih, dispergirajo ga večjim skupinam ljudi ter ga vgradijo v vrednote, norme in delovne prakse organizacije. Tako postane znanje skupna last. (5) Ali se organizacija vede v skladu z obstoječim lastnim znanjem? Učeče se organizacije niso samo skladišče znanja. Prevzemajo prednosti njihovega novega učenja in prevzemanja skladnega obnašanja. Informacijo je treba uporabljati. Če nekje koprni ali je ignorirana, bo seveda njen vpliv minimalen.

Inštrument je sicer zastavljen tako, da organizacija na omenjena vprašanja odgovori pritrdilno ali nikalno, za namene doktorske disertacije pa smo omenjeni inštrument nekoliko prilagodili, in sicer smo dihotomno mersko lestvico (odgovora da in ne) nadomestili s petstopenjsko Likertovo mersko lestvico, kjer smo preverjali strinjanje s trditvami, ki smo jih predhodno preoblikovali iz vprašanj izvornega lakmusovega testa, da smo zagotovili večjo variabilnost rezultatov. Kot je razvidno iz slike 35, znaša povprečna vrednost strinjanja z vsemi petimi trditvami 3,25, kar je hkrati ocena bolnišnice kot učeče se organizacije po standardiziranih parametrih.

Slika 35: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami prilagojenega lakmusovega testa (n = 28)



Najvišjo stopnjo strinjanja v povprečju dosega trditev »Naša bolnišnica se vede v skladu z obstoječim lastnim znanjem«, in sicer 3,70; nad povprečjem skupne ocene lakmusovega testa pa je tudi stopnja strinjanja s trditvijo »Naša bolnišnica se izogiba ponavljajočim se napakam«. Srednjo vrednost

(mediano), torej 3, dosegata trditvi »Naša bolnišnica ima izdelan jasen načrt učenja« in »Naša bolnišnica ne izgubi odločilnih znanj, če odidejo ključni posamezniki«. Najnižjo stopnjo strinjanja (2,96) dosega trditev »Naša bolnišnica je odprta za protislovne informacije«.

5.2 Kvalitativni del študije primera Splošne bolnišnice Trbovlje

Po grobi analizi kvantitativnega dela študije smo v skladu s teorijo oblikovali vsebino globinskega intervjuja in fokusnih skupin, prikazanih v prilogi 2. Izvajal ga je kolega, specializant, neobremenjen z vsebino vprašanj, a hkrati z ustreznim medicinskim znanjem, z desetimi specialisti iz različnih oddelkov. Vsi spraševanci so se strinjali z izvedbo študije. Namen smo jim razložili pred izvajanjem intervjuja, skozi vsebino jih je vodil kolega. Na enako vsebino vprašanj so odgovarjali mladi zdravniki. V to skupino spadajo zdravniki pripravniki in zdravniki specializanti. Zdravnike smo še prikrito opazovali med razlaganjem pomena raziskave, med izvajanjem globinskih intervjujev in pogovorih v fokusnih skupinah. Odgovore zdravnikov smo kodirali, in sicer posamezno besedo, besedno zvezo ali stavek, ki predstavlja samostojno entiteto, nato pa vsaki entiteti pripisali pojem prvega reda, ki kodirano entiteto opiše na krajši način. Zatem smo tvorili kategorije, ki so nadredni pojmi pojmom prvega reda. Vsaka kategorija tako predstavlja samostojno dimenzijo konstrukta, ki je predmet raziskovanja. Analizo smo predstavili v kodirnih tabelah, ki sta navedeni kot prilogi 3 in 4, v katerih so pri vsakem vprašanju zbrani odgovori intervjuvancev oziroma udeležencev fokusnih skupin.

5.2.1 Globinski intervju in fokusne skupine

Kvalitativni del smo razdelili ne deset enot. Najprej nas je zanimalo, kako zdravniki sploh občutijo uvajanje sprememb v njihovo okolje, v drugi enoti pa smo se usmerili na zaznavanje dejanskega uvajanja cikla večjega števila sprememb, katerim so bili izpostavljeni v prvi polovici leta 2013. Takrat smo bili zaradi priprave na pridobitev akreditacijskega standarda DNV prisiljeni uvesti veliko število tudi večjih sprememb. V enoti tri nas je zanimalo, kako so uvedene spremembe sprejeli zaposleni. Nato smo se usmerili v zaznavanje trenutne organizacijske strukture in kulture, kakšna je po mnenju zdravnikov idealna bolnišnica. V šesti enoti nas je zanimalo, kako zdravniki občutijo skupinsko učenje, v sedmi, kako izražajo svojo poklicno kulturo, v osmi pa, koliko jim pomeni razvijanje kulture varnosti bolnikov. Naknadno nas je zanimalo, kakšen tip vodenja občutijo.

5.2.1.1 Enota 1: Zaznavanje naporov vodstev oddelkov in bolnišnice za uvajanje sprememb v SB Trbovlje.

Management spremembe je pomemben. Brez kompetentnega managementa bo transformacijski proces ušel izpod nadzora. Največji izziv med uvajanjem spremembe je njeno vodenje, ki se lahko sooči z mnogimi viri organizacijske inertnosti (Kotter, 1996, str. 30). Motivira lahko dejanja, ki so potrebna za spreminjanje vedenja na učinkovit način. Prav tako lahko vpne spremembo v vsako kulturo katerekoli organizacije. Ne glede na to, ali je začetni odziv zaposlenih uporen ali sodelujoč, potrebujejo podporo in dovolj informacij, da prebrodijo različne stopnje njihovega odgovora na spremembe (Doherty, Horne, 2007, str. 36–55). Na vsaki stopnji morajo vedeti, kaj se dogaja in zakaj. Predvsem jim je treba razložiti, zaradi katerih vzrokov se vse skupaj dogaja. Vseeno tudi najboljši razlogi za spremembo ne bodo zadovoljili vseh zaposlenih. Zaposlene je dobro na kratko sprotno (vsaj enkrat

tedensko) obveščati o napredovanju uvajanja spremembe in o naslednjih korakih. Jedro učinkovitosti vsakega pristopa za premagovanje odpora predstavlja kakovost medosebnih odnosov, ki jih razvije manager z zaposlenimi v organizaciji. Splošno sprejeto pravilo je, da se kultura upira spremembi. Drugo dejstvo je, da se bo zdravstvo še vedno srečevalo s spremembami svoje znanstvene osnove, tehnološkimi izboljšavami, novim poslovnim modelom. Zato ta sistem potrebuje »kulturo spreminjanja«, ki je primerna za prilagajanje kompleksnim in dinamičnim razmeram. Takšna kultura pričakuje spremembo, ve, kako jo učinkovito uravnotežiti, in jo učinkovito integrira v obstoječ sistem. Tako se mora sicer slabo spreminjajoča se poklicna kultura izvajalcev temu približati. Pri tem mora v procesu obravnave bolnikov slediti določenim pravilom zaupanja med sabo in bolniki (Bowden in Smiths, 2012, str. 154).

Najprej nas je zanimalo, kako zdravniki v SB Trbovlje zaznavajo napore vodstva oddelka in bolnišnice pri uvajanju sprememb. Preverjanje teh zaznav se nam zdi pomembno zaradi tega, ker so se določene spremembe v bolnišnici že uvajale, zanima pa nas, na kakšen način so se te spremembe uvedle v očeh spraševancev, kakšen odnos imajo zaposleni do njih ipd., da bi na podlagi teh dognanj v prihodnje lahko kar se da optimalno načrtovali uvajanje sprememb.

Specialisti so v tem kontekstu najpogosteje navajali, da se spremembe uvajajo s pogovorom. To pomeni, da se o spremembah dogovorijo, da gre za konstruktivni dialog in podajanje predlogov, pri čemer ne izvemo, s kom in o čem se specialisti o spremembah dogovarjajo. Nadalje izvemo tudi, da so specialisti v uvajanje sprememb vpleteni neposredno, zaradi tega so spremembe stvar skupnih odločitev na podlagi predlogov, ki jih zaposleni obravnavajo na strokovnih kolegijih, sprejemajo pa jih tudi na odboru za kakovost. Imajo pa tudi možnost podati pripombe na odločitve. Mladi zdravniki so na drugi strani manj neposredno vpleteni v odločitve glede sprememb, saj so navajali, da sicer lahko podajajo predloge na odločitve in sodelujejo v skupinah za soodločanje, vendar so o odločitvah glede sprememb le seznanjeni oz. pisno obveščeni. Medtem pa tudi zdravniki specialisti ne participirajo vedno v odločitvah vodstva, saj specialist 8 navaja, da je glede odločitev vodstva postavljen pred dejstvo, neodvisno od strinjanja z odločitvijo in da »na odločitve lahko poda/j/o pripombe, a sprememb do zdaj zaradi tega ni bilo, tudi če so bile pripombe utemeljene«. Specialisti so navajali tudi, da so metode uvajanja sprememb odvisne od interesa vodilnih.

Nadalje ugotavljamo, da se v SBT spremembe uvajajo tudi z bolj restriktivnimi metodami, kot so prepričevanje in pogajanje. V nekoliko večji meri so bili takšnih metod deležni mladi zdravniki, čeprav tudi zdravniki specialisti dokaj pogosto poročajo o prepričevanju in pogajanju, med mladimi zdravniki pa je zaznati tudi prisilo, kar je zaskrbljujoče. Mladi zdravniki so prihodnost bolnišnice in nikoli ne bi smeli določenih dejanj vodstva občutiti kot prisilo. Specialisti v tem kontekstu navajajo še način uvajanja sprememb z delegiranjem in manipulacijo. Analizo prvih dveh podenot smo podkrepili z zaznavanjem bolj sproščenih metod uvajanja spremembe. Pri tem večina specialistov dejansko zaznava bolj sproščene metode uvajanja sprememb, to so: pogovori, razpravljanje, učenje s pomočjo svetovalcev (lahko zunanjih). Popolnoma drugačna situacija je pri mlajših zdravnikih, kjer teh metod uvajanja sprememb ne zaznavajo. Dejstvo je, da mlajši zdravniki res niso nikoli povabljeni k

ustvarjanju načinov uvajanja sprememb v bolnišnico. Odgovarjali so celo, da morajo spremembe upoštevati, tudi če se z njimi ne strinjajo.

Večina zdravnikov odgovarja, da so bili povabljeni v proces uvajanja sprememb. Tukaj prihaja do dvoumnosti, saj tudi vsi mladi zdravniki menijo, da so v proces uvajanja sprememb povabljeni. Način povabila je največkrat pogovor; eden od specialistov meni, da so povabljeni s prepričevanjem, spet drugi navaja, da je k sodelovanju povabljen z ustnim vabilom in z izražanjem mnenja, kar kaže na določeno stopnjo participacije. Mladi zdravniki zaznavajo pogovor kot način povabila k uvajanju sprememb, enako pogosto opažajo pisno ali ustno povabilo, kar kaže na večjo stopnjo delegiranja. Pomembna ugotovitev je, da večina specialistov in mladih zdravnikov občuti, da sodelujejo v oblikovanju sprememb.

Večina zdravnikov specialistov in vsi mladi zdravniki lahko odkrito povedo svoje mnenje, ne glede na to, kakšno je, le enega od specialistov je strah možnih negativnih posledic. Vseeno eden od specialistov meni, da svojega mnenja ne more povedati. Večina specialistov in vsi mladi zdravniki se zato počutijo soustvarjalce sprememb, eden od specialistov se redko počuti tako, eden pa nikoli.

Večina zdravnikov zaznava, da se spremembe uvajajo na podlagi učenja, ki je lahko sistematično pridobivanje znanja ter tudi priložnostno s pridobivanjem izkušenj posameznika in skupine. Le eden od specialistov meni, da se spremembe redko uvajajo na takšen način. Večina specialistov in – kar je tudi pomembno – tudi vsi mlajši zdravniki ugotavljajo, da se določene spremembe v bolnišnično okolje uvajajo na podlagi novih medicinskih ugotovitev. Le eden je mnenja, da se te spremembe ne uvajajo v zadovoljivi meri.

5.2.1.2 Enota 2: Zaznavanje procesa uvajanja sprememb

Uspešna implementacija velikih sprememb je kompleksen proces, ki je sestavljen iz osmih korakov. Centralni izziv vseh osmih stopenj je eden: spremeniti vedenje zaposlenih. Proces vsebuje osem stopenj, vsak od njih je v povezavi z eno od osmih osnovnih napak, ki zmanjšujejo transformacijske napore. Prve štiri stopnje v procesu transformacije pomagajo odmrzniti zadrgnjen »status quo«. Če bi bile spremembe tako enostavne, potem ne bi bilo potrebnega toliko napora za njihovo uvajanje. Faze od pet do sedem uvajajo nove prakse. Zadnja stopnja v kulturo organizacije vplete spremembo in tako pripomore k temu, da se bo obdržala. Pri prvem koraku je pomembno, da se sporočila o bolečini zedinijo, uredijo v celotni organizaciji. S tem se pridobi obveza organizacije za spremembo (Conner, 2006, str. 100).

V prvi polovici leta 2013 smo se v SB Trbovlje bolnišnici aktivno pripravljali na pridobitev mednarodnega akreditacijskega standarda za bolnišnice DNV. Predpresojo smo imeli opravljeno februarja 2013, prvo presojo pa junija 2013. Zahteve tega standarda so zasnovane tako, da podpirajo razvoj ter kontinuirano izboljševanje kakovosti zdravstva in varnosti bolnikov v bolnišnicah. Nanašajo se tudi na splošno varnost zaposlenih, bolnikov in ostalih obiskovalcev bolnišnic. Ti standardi temeljijo na pristopu sistema vodenja. To pomeni, da poznavanje, razumevanje in vodenje sistema medsebojno

povezanih procesov kakovosti in varnosti izboljšuje učinkovitost bolnišnice (DNV Standard za bolnišnice, 2011, str. 6, 7).

Realizacija načela sistema vodenja predstavlja naslednje ukrepe (DNV Standard za bolnišnice, 2011, str. 7): (1) Opredelitev sistema s prepoznavanjem ali razvijanjem procesov, ki vplivajo na cilje kakovosti in varnosti. (2) Strukturiranje sistema za doseganje ciljev kakovosti in varnosti na najučinkovitejši način. (3) Razumevanje soodvisnosti med procesi sistema. (4) Kontinuirano izboljševanje sistema z merjenjem in vrednotenjem. (5) Vzpostavitev nadzora nad sredstvi pred ukrepanjem.

V koncept kontinuiranih izboljšav mora biti vključen učinkovit sistem vodenja, in sicer s ciklusom načrtovanja, realizacije, revizije in izboljšav procesa ter ukrepov, po katerih organizacija posega za dosego ciljev. To je znano kot načelo PDCA (načrtuj, naredi, preveri, ukrepaj; angl. *Plan-Do-Check-Act*) (DNV Standard za bolnišnice, 2011, str. 7): (1) Načrtuj: načrtovanje, vključno s prepoznavanjem nevarnosti in tveganj ter zastavljanjem ciljev. (2) Naredi: realizacija, vključno z usposabljanjem in operativnimi zadevami. (3) Preveri: preverjanje, vključno z nadzorom in korektivnimi ukrepi. (4) Ukrepaj: revizija, vključno s procesom inovacij in sprememb v sistemu vodenja.

Za izboljšanje vodenja kakovosti in varnosti se mora bolnišnica osredotočiti na vzroke neskladij in neželene dogodke. Sistematično prepoznavanje in odpravljanje pomanjkljivosti sistema vodi k izboljšanju učinkovitosti, nadzora kakovosti, varnosti pacientov in splošne varnosti. Januarja 2013 je vlada sprejela splošni dogovor za leto 2013, v katerem je v 14. točki 2. člena napisano (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013): Uvedli bodo sistem upravljanja celovite kakovosti in izvajali aktivnosti zagotavljanja ter nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe v skladu s sprejeto Nacionalno usmeritvijo za razvoj kakovosti v zdravstvu. Na podlagi Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) in strateškega cilja »razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti« ter sprejetih usmeritev Zdravstvenega sveta glede vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji si bodo partnerji prizadevali za vzpostavitev sistema akreditacije zdravstvenih zavodov z namenom nadaljnje sistemske ureditve aktivnosti za kakovost in varnost zdravstvenih obravnav na podlagi mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti.

V prilogi splošnega dogovora za leto 2013 BOL II/b so dodatno opredeljene finančne posledice, če se v proces akreditacije ne vstopa (BOL II/b, 23. člen, 1. odstavek): Izvajalci specialistične bolnišnične dejavnosti v letih 2012 in 2013 pristopijo v proces pridobitve akreditacije, pri čemer podlago predstavljajo usmeritve Zdravstvenega sveta glede vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Pristop pomeni do 1. januarja 2014 formalno zaključeno predhodno oceno. Seznam izvajalcev s formalno zaključeno predhodno oceno do 1. februarja 2014 opredeli Akreditacijski svet pri Ministrstvu za zdravje. Če izvajalec specialistične bolnišnične dejavnosti v letih 2012 in 2013 ne pristopi v proces pridobitve akreditacije (do 1. januarja 2014 formalno ne zaključi predhodne ocene), se mu priznana vrednost programa specialistične bolnišnične dejavnosti (akutna

bolnišnična obravnava, psihiatrija, rehabilitacija) za koledarsko leto 2014 v okviru končnega letnega obračuna za leto 2014 enkratno zmanjša za 0,3 %.

Večina specialistov se strinja, da je uvajanje sistema akreditacije nujno, z objektivnimi razlogi so bili večkrat seznanjeni. Določeni specialisti so mnenja, da se bodo s pridobitvijo akreditacije uvrstili na kakovostnejšo, varnejšo raven oskrbe bolnikov, bolnišnica bo zaradi tega pridobila zaupanje in delo z bolniki bo postalo bolj urejeno. Nekaj specialistov meni, da je akreditacija potrebna za obstoj bolnišnice, da je to zahteva Evropske unije in da bomo le, če bomo akreditirani, pridobili pravico za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavarovalnicami. Akreditacija je po njihovem mnenju nujna za obstoj bolnišnice, za njeno konkurenčnost. Menijo tudi, da bi moral biti proces akreditacije prirejen za evropske bolnišnice in hkrati ne bi smel biti preobsežen. Tudi večina mladih zdravnikov se strinja z aktivnostmi za pridobitev akreditacije, ki so po njihovem mnenju nujno potrebne za dvig kakovosti obravnave bolnikov. Manjšina zdravnikov specialistov se ne strinja z aktivnostmi za pridobitev akreditacije, ker menijo, da gre za zgrešen sistem merjenja kakovosti (specialist 7). Specialist 8 meni, da je pridobitev akreditacije potrebna, ne pa nujna, in sicer zaradi primerljivosti z ostalimi evropskimi bolnišnicami.

Nadalje smo vse zdravnike spraševali, kakšen je po njihovem mnenju namen pridobivanja akreditacije. Največkrat so odgovarjali, da je namen zagotavljanje višje kakovosti, varnosti in strokovnosti zdravljenja ter zdravstvene oskrbe. Eden od specialistov (specialist 10) meni, da je pridobitev akreditacijskega standarda pridobitev potrdila o strokovnosti in ustrezni usposobljenosti. Z akreditacijo bomo pridobili ustrezne pogoje za sklepanje splošnega dogovora z ZZZS, postali bomo primerljivi z ostalimi bolnišnicami v EU. Akreditacija je po mnenju enega od specialistov nujna za obstoj dejavnosti. Mnenje specialista 6 pa je, da je celoten sistem akreditacije do določen mere koristen, da pa obstoječi sistem ni primeren za slovenski prostor.

Seznanjenost specialistov z vizijo in strategijo vodenja bolnišnice ni dobra. Glede na to, da je poznavanje vizije s strani vseh zaposlenih zelo pomembno, saj vizija predstavlja cilj skupnega delovanja vseh zaposlenih in bi jo moral vsak od zaposlenih natančno poznati, lahko odgovore interpretiramo tako, da seznanjenost ni zadovoljiva. Dobra polovica vseh specialistov vizije namreč ne pozna natančno. To podkrepijo še odgovori mlajših zdravnikov, ki z vizijo sploh niso seznanjeni. Glavni vzrok za slabo seznanjenost zaposlenih z vizijo je v tem, da vodstvo zdravnikov z vizijo ne seznanja redno. Drugi razlog pa je, da je konkretna vizija preobsežna in prepodrobna za večkratno reprodukcijo. Po mnenju specialistov je vizija bolnišnice učinkovito zdravljenje bolnikov v skladu s smernicami zdravljenja ter z zagotavljanjem zadovoljstva bolnikov in zaposlenih. Kar nekaj specialistov vizije zavoda ne zna opisati. Eden od specialistov (specialist 7) meni, da je vizija bolnišnice videti slabo ob kadru, ki je na voljo.

Vizija SBT je naslednja (Poslanstvo in vizija SB Trbovlje): SB Trbovlje bo ostala splošna bolnišnica za uporabnike Zasavja, v prostih kapacitetah pa tudi za uporabnike iz drugih občin oz. regij; zagotavljala bo specializiran spekter zdravstvenih storitev; bo sodobna bolnišnica; zagotavljala bo vrhunske

zdravstvene storitve uporabnikom v okviru dejavnosti; bo fleksibilna na spremembe v okolju; povezovala se bo s sosednjimi bolnišnicami na področju racionalizacije storitev; bo ugledna in prepoznavna v svojem ožjem in širšem okolju; upoštevala bo kodeks etike posameznih poklicnih kategorij delavcev; zagotavljala bo kakovostno življenje vseh poklicnih kategorij delavcev; bo uspešen in konkurenčen zavod; s poslanstvom bo vplivala na zagotavljanje stabilnih pogojev poslovanja vseh pravnih subjektov na lokaciji njenega delovanja; prek zaposlenih bo prisotna pri kreiranju zdravstvene politike in pravnih norm, ki bi vplivale na zavod; pri izvajanju dejavnosti bo upoštevala vse pravne norme.

Večina specialistov in vsi mlajši zdravniki so bili mnenja, da je bila v proces priprave na pridobitev akreditacije vpletena le majhna skupina zaposlenih. Dva specialista sta bila mnenja, da so v procesu nekaj dni pred presojo sodelovali vsi in da se je glavnina aktivnosti dogajala ravno takrat. Večina specialistov se ni strinjala s takšnim načinom sodelovanja v aktivnostih za pridobivanje akreditacije, mnenje vseh mladih zdravnikov je enako. Z njihovo izključitvijo iz procesa pridobivanja standarda se ne strinjajo. Skupina mladih zdravnikov meni, da je bil način delovanja delno ustrezen.

Predlogi vseh zdravnikov za ustreznejše delovanje so predvsem vključevanje čim večjega števila zaposlenih, njihovo stalno obveščanje in komuniciranje, vzajemno zavzemanje tudi za manj dobro zastavljene cilje, upoštevanje širšega konteksta, delitev nalog, določitev natančnejšega časovnega okvira, izvedba naj bi bila manj stresna in izpeljana na mirnejši način. Eden od specialistov (specialist 8) meni, da so primerne bolj restriktivne metode, in sicer uvedba denarne kazni za kršitelje.

Večina specialistov je mnenja, da je bila komunikacija med pripravami za pridobitev akreditacijskega standarda DNA dvosmerna: lahko so povedali svoje mnenje, dva specialista menita, da sta redko dobila povratne informacije ter da njuno mnenje ni bilo slišano in upoštevano.

Polovica specialistov je že sodelovala v projektu pridobivanja akreditacijskega standarda DNV za bolnišnice. Trije bi sodelovali, le eden v takšnih projektih ne bi sodeloval. Nihče od mladih zdravnikov nima želje po sodelovanju. Zaključimo lahko, da si večina specialistov želi sodelovati v procesu priprave na sprejetje akreditacijskega standarda DNV za bolnišnice sprememb in kasneje tudi v procesu njegovega uvajanja. Pogoji specialistov za sodelovanje v takšnih projektih so večinoma razbremenitev vsakodnevnega dela, ostali predlogi so še stimulativno delovno okolje brez dodatne razlage in višja plača.

5.2.1.3 Enota 3: Sprejemanje uvedenih sprememb

Spremembe, ki so bile uvedene med postopkom priprave na pridobitev akreditacijskega standarda za bolnišnice DNV, je večina specialistov in vsi mlajši zdravniki spoznavala kot koristne. Nekaj specialistov je menilo, da je koristen le del sprememb. Določene spremembe so same sebi namen (mnenje specialista 6), mnenje drugih dveh specialistov je, da bo zaradi tega treba voditi več dokumentacije in da se bo koristnost sprememb povezanih z uvajanjem akreditacije pokazala šele s časom. Razlogi za koristnost sprememb so predvsem doseganje večje kakovosti, varnosti in

učinkovitosti dela, boljše obravnave bolnikov in hkrati tudi boljše varnosti osebja. Razlogi so tudi boljša organizacija in s tem večja sistematizacija dela, boljša preglednost dokumentacije, kar pomeni, da bo zagotovljen večji nadzor nad podatki, večji red, zagotovljeni bodo boljši pogoji dela. Mladi zdravniki so mnenja, da so spremembe koristne zaradi boljše in varnejše obravnave bolnikov.

Zaznano realno stanje po uvedbi sprememb ustreza pričakovanjem večine specialistov, in sicer zaznavajo izboljšanje situacije, zavedajo se, da je treba sprejete spremembe v znatnem deležu (več kot tretjini) tudi upoštevati, da bi pripomogli k izboljšanju stanja. Specialist 2 le delno zaznava uvedene spremembe kot koristne, ker je pričakoval olajšanje dela, kar pa očitno ni občutil. Kar nekaj specialistov zaznava realno stanje drugačno od njihovih pričakovanj; največkrat jih moti to, da se dogovori ne upoštevajo, določene specialiste moti, da je bilo naenkrat uvedenih veliko sprememb, ki so povzročile veliko zmedo. Med procesom pridobivanja akreditacijskega standarda DNA za bolnišnice smo po mnenju specialista 8 ustvarili še več dokumentov, ki pa sami po sebi, razen enega, na kakovost ne vplivajo. Po mnenju tega specialista je koristen le obrazec WHO za preverjanje identitete in vrste operativnega posega.

Po drugi strani pa so vsi mlajši zdravniki in večina specialistov mnenja, da nimajo nikakršnega nadzora nad dogajanjem med uvajanjem sprememb v bolnišnico, čeprav se večini specialistov zdi potrebno, da bi jo morali imeti. Predvsem jo želijo imeti zaradi varnosti dela, ohranjanja kakovosti dela, lažjega nadzora in vodenja. S tem ko bi imeli nadzor nad dogajanjem, bi se spremembe spojile z realnim stanjem in ne bi bile vsiljene. Če ima nadzor posameznik, potem ga bo imela tudi celotna skupina. Mladi zdravniki si ne želijo imeti nadzora nad dogajanjem, ker so premalo izkušeni.

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki ne zaznavajo vzpostavljene določene oblike ravnotežja po pripravah za pridobitev akreditacijskega standarda DNV za bolnišnice. To pomeni, da spremembe v okolje niso bile uvedene uravnoteženo, po seznanitvi zaposlenih in z ustreznim tempom. Stanje po uvedbi sprememb tako ni mirno, brez večjih dvomov in vprašanj. Razlogi, da zdravniki tega ne zaznavajo, so različni. Kar nekaj jih je bilo o njih neobveščenih, zato sprememb ne poznajo, prehitro je bilo uvedenih preveč sprememb, kar je vodilo v kaos. Specialist 6 ni zaznal ravnotežja po uvedbi sprememb, ker trenutne razmere niso bile primerne za vse spremembe, tehnično ali moralno glede na okolje, kamor so se uvajale. V tabeli 48 smo primerjali teoretično potrebne korake uvajanja sprememb v organizacije in zaznan način uvajanja sprememb v SBT s strani zdravnikov.

Tabela 48: Primerjava osmih korakov uvajanja sprememb med teorijo in prakso

1. Vzpostavljanje občutka nujnosti

teorija	**praksa**
Prepoznavanje in razpravljanje o krizah, potencialnih krizah in velikih priložnostih.	Občutek nujnost uvajanja sprememb za pridobitev DNV akreditacijskega standarda za bolnišnice so izrazili vsi spraševanci.
2. Oblikovanje vodilne koalicije ↓	

teorija	**praksa**
Sestavitev skupine z dovolj moči za vodenje spremembe.	Skupina, ki je uvajala spremembe, je imela premajhno moči. Spraševanci so si želeli več participacije.
3. Razvoj vizije in strategije ↓	
teorija	**praksa**
Vizija in strategija za doseganje vizije sta vsem dobro poznana.	Vizija in strategija večini spraševancev nista znani.
4. Komunikacija za namen osveščanja zaposlenih o viziji ↓	
teorija	**praksa**
Za namen stalnega komuniciranja nove vizije in strategij naj se uporabljajo katerakoli sredstva.	Način obveščanja je bil primeren, komunikacija je bila dvosmerna, mnenja se niso upoštevala.
5. Dajanje moči široko zastavljenega delovanja ↓	
teorija	**praksa**
Znebiti se je treba vseh ovir. Sprememba sistema ali struktur, ki spodkopavajo strategijo. Dajanje zaleta povečanemu tveganju, novim idejam, aktivnostim in delovanjem.	Večina specialistov je pripravljena sodelovati v takšnih projektih. Zahteve za to predvsem razbremenitev vsakodnevnih obremenitev – sprememba sistema?
6. Doseganje kratkoročnih ciljev ↓	
teorija	**praksa**
Načrtovanje vidnih izboljšav uspešnosti in majhnih zmag. Vidno prepoznavanje in nagrajevanje posameznikov, ki so zaslužni za te zmage.	Spremembe spraševancev vidi kot koristne. Zaznano realno stanje po mnenj spraševancev ustreza pričakovanjem.
7. Konsolidiranje pridobitev in ustvarjanje še večjih sprememb ↓	
teorija	**praksa**
Krepitev procesov z novimi projekti in temami.	Problem, ker spraševanci nimajo občutka nadzora, ravnotežja.
8. Vpletanje novih pristopov v kulturo organizacije ↓	
teorija	**praksa**
Oblikovanje boljše uspešnosti skozi obnašanje, usmerjeno h kupcu ali produktivnosti, boljšega vodenja in bolj učinkovitega managementa. Osvetlitev povezave med novim obnašanjem in uspehom organizacije. Razvoj pomeni zagotavljanje razvoja vodenja in uspešnosti organizacije.	Spraševanci si želijo sodelovati v meddisciplinarnih timih, stalno učenje na podlagi izkušenj, pridobljenih predvsem iz zdravljenja zapletenih mešanih primerov, se jim zdi nujno. Prepoznavajo povezavo med stalnim učenjem in ugledom bolnišnice.

5.2.1.4 Enota 4: Trenutna organizacija bolnišnice – organizacijska struktura in kultura

Bolnišnica je organizirana na več oddelkov: interna medicina, splošna kirurgija, ginekologija in porodništvo, pediatrija, anestezija in reanimatologija, radiologija. Zgodovinsko gledano so bili ti oddelki dolga leta izolirani drug od drugega, delovali so vsak zase, imeli so svoje podporne službe. Predstojniki oddelkov so bili v stalnih konfliktih drug z drugim zaradi različnih vzrokov. V svojem magistrskem delu (Gračner, 2006, str. 69) sem primerjala obstoječo organizacijsko podstrukturo z želeno organsko strukturo. Ugotavljala sem, da je v načinu izvajanja dela poudarek na opravljanju razdeljenih del ob zanemarjanju ciljev kot celote. Dosežki se določajo za vsako raven posebej. Prevladuje natančna opredelitev pravic, dolžnosti in avtoritete. Struktura kontrole in hierarhije je hierarhična, prav tako prevladuje enosmerna komunikacija. Odločanje in ocenjevanje doseženega je na vrhu hierarhije. Tip razmerij je vertikalni, delo se uravnava predvsem z navodili nadrejenih. Poudarja se notranje specializirano znanje.

Vsi specialisti in vsi mlajši zdravniki imajo občutek, da je timsko delo na njihovih oddelkih prisotno. Timsko delo je prisotno v obliki sodelovanja, delitve dela, dogovarjanja o spremembah, kolegialnosti, konzilijev, komunikacije, pomoči pri diagnostiki in terapiji, timsko delo zaznavajo predvsem na jutranjih raportih, specialist 8 zaznava timsko delo pri obravnavah težjih bolnikov, seznanjanju s svojci. Specialist 7 ceni timsko delo z medicinskim sestrami. Le eden od specialistov zaznava timsko delo do neke mere (specialist 6), in sicer v obliki ažurnosti informacij in v odkriti medsebojni komunikaciji. Vsi specialisti in mladi zdravniki ocenjujejo, da je komunikacija na njihovih oddelkih odprta v obliki izmenjave in izražanja mnenj, jutranjih raportov, v prostih in odkritih konzultacijah, pogovorih in razpravljanju. Pri tem vsi vprašani zdravniki menijo, da lahko vedno povedo svoje mnenje in da vedno pridobijo ustrezno povratno informacijo.

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki zaznavajo timsko delo in sodelovanje med oddelki, a ga je manj kot na posameznih oddelkih. Približno polovica specialistov je mnenja, da sodelovanja ni dovolj. Nekaj specialistov meni, da je sodelovanje delno prisotno, eden celo, da ga ni. Po mnenju specialistov prinaša sodelovanje med oddelki učinkovitejšo ter s tem kakovostnejšo in varnejšo obravnavo bolnikov, oskrba je s sodelovanjem cenejša in hitrejša. S sodelovanjem med oddelki se znanja različnih specialnosti združujejo, s tem je omogočeno zdravljenje zahtevnejših primerov. Mladi zdravniki prav tako menijo, da sodelovanje s seboj prinaša boljšo kakovost zdravljenja, manj nepotrebnih hospitalizacij in manj obiskov v kontrolnih ambulantah.

Komunikacija med oddelki je po mnenju specialistov sicer še vedno odprta, dvosmerna, čeprav le delno. Kar nekaj specialistov meni, da je komunikacija enosmerna in zaprta. Tudi tisti specialisti, ki so bili mnenja, da je prisotna odprta komunikacija, menijo, da je dogovarjanje pomanjkljivo, težko se dogovarjajo o premestitvah med oddelki, o pregledih, težko pridobivajo mnenja drugih specialistov. Specialist 6 meni, da ena stroka nadvlada nad ostalimi. Vsi mladi zdravniki menijo, da je komunikacija med oddelki dvosmerna le delno, moti jih ignoranca in nekolegialnost.

Predaje bolnikov predstavljajo po definiciji šibke točke kakovostne oskrbe bolnikov in učinkovitosti organizacije. Zato je izboljšanje kakovosti informacij ob predajah ključna točka za izboljšanje varnosti bolnikov (Borowitz et al., 2008; Pesanka et al., 2009 v Gogan, Baxter, Boss in Chircu, 2013, str. 71). Klinična predaja bolnikov se pojavi takrat, ko podatki, informacije in odločitve o stanju bolnikov, načrti zdravljenja, naročila in (pogosto) odgovornost za bolnikovo oskrbo prehajajo med različnimi zdravniki (Sole tet al., 2005; Wayne et al., 2008 v Gogan, Baxter, Boss in Chircu, 2013, str. 71). Predaje se dogajajo med sprejemom bolnika v bolnišnico, med premestitvijo iz ene enote v drugo, med odpustom, kadar medicinske sestre in zdravniki menjajo službe, kadar se udeleženi zdravniki pogovorijo s specialisti in v vseh ostalih trenutkih, ko podatki, informacije ali klinične odločitve prehajajo med zdravniki in ostalimi deli bolnišnice (laboratorij, lekarna). V kompleksnih poteh zdravljenja, ki lahko vsebuje mnoge predaje, se informacije spremenijo, izginejo, podobno kot je to v klasični otroški igrici telefon (Pothier et al., 2005 v Gogan, Baxter, Boss in Chircu, 2013, str. 71).

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki menijo, da so predaje bolnikov na posameznih oddelkih varne. Varnost bi lahko po njihovem mnenju še povečali s prisotnostjo vseh zdravnikov ob predaji, raporti bi zato lahko bili daljši, kakovostnejši. Da bi zagotovili varne predaje bolnikov, so nekateri specialisti celo mnenja, da bi se morale zmanjšati obremenitve posameznikov. Tudi specialisti, ki menijo, da so predaje večinoma varne, imajo enake predloge; dodali so še, da bi morali biti raporti organizirani tako, da ne bi motili rednega dela na oddelku. Specialist 9 je mnenja, da so predaje delno varne, kar verjetno pomeni, da so informacije le delno podane jasno in pravočasno.

Premestitve bolnikov med oddelki, ki po zgoraj omenjeni definiciji tudi predstavljajo predaje bolnikov, pa po mnenju vseh specialistov in vseh mladih zdravnikov ne potekajo gladko. Vzrok za zatikanja je največkrat nezmožnost doseganja dogovora o sprejemnem oddelku, ki ga pogojuje prva diagnoza. Vzroki so še prezasedenost oddelkov, nefleksibilnost med dogovarjanjem, otepanje dodatnega dela, neinformiranost in slaba komunikacija. Tudi mladi zdravniki so mnenja, da premestitve ne potekajo gladko zaradi pomanjkanja kulture dialoga in slabe komunikacije. Kar nekaj specialistov ne najde razlogov za problem težkega prehajanja bolnikov med oddelki.

5.2.1.5 Enota 5: Učeča se bolnišnica – sestava bolnišnice in njenih oddelkov za varno in uspešno zdravljenje bolnikov

Zdravstvene organizacije so sestavljene iz avtonomnih profesionalcev, ki delujejo individualno, a izvajajo večdisciplinarno oskrbo, kar Mintzberg (Mintzberg, 1979, str. 322) imenuje »profesionalna birokracija«. Ta temelji na standardizaciji spretnosti operativnega jedra zaradi lažje koordinacije del; delovna mesta so visokospecializirana, a minimalno formalizirana, izobraževanje je razširjeno, grupiranje temelji na trenutni funkcionalni osnovi in rezultira v velikih operativnih enotah. Takšne strukture lahko najdemo v kompleksnih, a stabilnih okoljih s tehničnimi sistemi, ki so enostavni in ki jih ne moremo regulirati. Takšna profesionalna birokracija pa mora biti fleksibilno organizirana za uspešno izvajanje kulture varnosti v bolnišnicah (Healy in Braithwaite, 2006, str. 56).

Nujnost učinkovitega zunaj- in znotrajtimskega sodelovanja pospešeno pridobiva pomen v politiki zdravstva na nacionalni (Darzi, 2008 v West in Lyubovnikova, 2013, str. 134) in tudi mednarodni ravni (Joint Commision, 2009). To je zato, ker večina rezultatov raziskav dokazuje, da je učinkovito timsko delo v zdravstvu povezano z zmanjšanjem števila medicinskih napak (Manser, 2009), povečano varnostjo bolnikov (Firth-Cozens, 2001) kot tudi izboljšanimi rezultati delavcev. Sem spadajo zmanjšan stres (Carter, West, 1999), manjša fluktuacija zaposlenih (Abualrub et al., 2012) in zadovoljstvo s službo (Buttigieg et al., 2011). Ostale študije kažejo, da je kakovost timskega dela v zdravstvu povezana z umrljivostjo bolnikov v bolnišnicah (West et al., 2000), z bolj zanesljivo in stroškovno učinkovito oskrbo bolnikov (Ross et al., 2000), zmanjšanjem števila obiskov pri zdravnikih in stopnjo hospitalizacije (Sommers et al., 2000), nižjim absentizmom zaposlenih, učinkovitejšo rabo virov in višjim zadovoljstvom bolnikov (West et al., 2011 v West in Lyubovnikova, 2013, str. 134).

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki podpirajo oblikovanje večdisciplinarnih timov, s katerimi bi lahko dvignili raven kakovosti v obliki pravilnejšega postopka diagnostike, pravilnejšega zdravljenja, bolj kakovostne obravnave bolnikov. Prednosti vidijo še v lažjem odločanju, razpršitvi odgovornosti posameznikov in hkrati združevanju različnih znanj. Mladi zdravniki menijo, da je prednost meddisciplinarnih timov boljša kakovost zdravljenja in skupno odločanje. Zato je po njihovem mnenju potrebnih zadostno število zaposlenih, kar pomeni, da bi morali biti posamezniki glede na trenutno stanje razbremenjeni drugih del. Nekateri izmed specialistov (specialist 6) so pri oblikovanju meddisciplinarnih timov v zgodovini zaznavali upor ostalih zaposlenih.

Medpoklicno učenje pospešuje holistično razumevanje kompleksnih situacij, ljudi, kontekstov in problemov (Holley, 2009 v str. 816). Vsekakor je ta tip učenja in sodelovanja v kompleksnih rešitvah svojstven izziv sploh v partnerskih odnosih in zavezništvih med različnimi oddelki (Lawson, 2010 v Nandan in London, 2013, str. 815). Mason in Mitroff (1981) sta jih imenovala »hudobne težave«, ker poudarjajo nezanesljivost, kompleksnost, nejasnost, dvoumnost in neodvisnost (Lawson, 2010, v Nandan in London, 2013, str. 815). Medpoklicno učenje lahko v bolnišnici poteka v dveh smereh. V horizontalni smeri s sodelovanjem med specialisti različnih strok, v vertikalni smeri pa s sodelovanjem in timskim delom različnih zdravstvenih profilov.

Meddisciplinarno učenje strokovnjakov je po mnenju večine specialistov smiselno in potrebno. Pomembno je predvsem zaradi boljše oskrbe bolnikov. Pri tem večina specialistov in vsi mladi zdravniki občutijo dovolj horizontalnega sodelovanja. Prav tako večina specialistov meni, da je dovolj vertikalnega sodelovanja. Temu mnenju se ne pridružujejo mladi zdravniki, ki menijo, da vertikalnega sodelovanja ni dovolj. Vsekakor se ta trditev ne sklada z zaznavanjem obstoječe organizacije, kjer je večina vseh zaposlenih zdravnikov opisovala slabše sodelovanje med oddelki, nezmožnost uspešnih predaj bolnikov med oddelki in enosmerno komunikacijo med njimi.

Učeče se organizacije so organizirane v skladu s petimi disciplinami, za katere Peter Senge (1990, str. 9–13) trdi, da so jedrne discipline, ki gradijo učečo se organizacijo: osebno mojstrstvo, mentalni modeli, timsko učenje, skupna vizija in sistemsko razmišljanje. Marquardt (1995 v Chen, 2007, str. 69)

je učenje v učeči se organizaciji opisal v obliki štirih tipov: pridobivanje znanja, ustvarjanje, konverzija znanja v obliko, primerno za skladiščenje, in aplikacija. Argyris (1993 v Chen, 2007, str. 69) je pokazal, da je organizacijsko učenje oblika učinkovitega mehanizma za premagovanje odpora proti organizacijskim spremembam. Tako bi bila pridobitev zaposlenih za organizacijsko učenje v veliko pomoč pri premikanju pripravljenosti za organizacijske spremembe proti pozitivnemu razmišljanju (Chen, 2007, str. 69). Učeče se organizacije so namreč sposobne rasti in uspešnega prilagajanja spreminjajočemu se okolju.

Vsi specialisti in mladi zdravniki menijo, da je sistemsko razmišljanje, sestavljeno iz medsebojnega razumevanja, priznavanja individualne avtonomije, verovanja v znanost, stanje, h kateremu bi morali stremeti. Vzroki za to so različni: največkrat menijo, da to stanje zagotavlja bolj kakovostno obravnavo bolnikov ter večjo stopnjo suverenosti in samozavesti. Predstavlja gonilo strokovnega napredka, pomeni spoštovanje znanja in izkušenj sodelavcev, daje vero v lastno znanje in izkušnje. S sistemskim razmišljanjem zagotavljamo etično in odgovorno zdravljenje, ki je prilagojeno posameznemu bolniku. Z njegovo pomočjo bi lahko po mnenju enega specialista (specialist 7) tudi reševali strokovne in finančne težave.

Prednosti takšnega načina razmišljanja so po mnenju specialistov boljša kakovost zdravljenja, zdravljenje v skladu z medicino, podprto z dokazi, s takšnim načinom dela se zagotavlja strokovno izpopolnjevanje, zdravniki delujejo enotno in se prilagajajo specifikam, kar bi lahko povzeli, da gre za strokovne prednosti. Določeni specialisti menijo, da takšen način razmišljanja prinaša tudi poslovne prednosti, in čeprav je vanj treba vložiti več truda, vsem vpletenim prinaša osebno zadovoljstvo. Skupina mladih zdravnikov meni, da gre za same prednosti.

Slabosti sistemskega razmišljanja so po mnenju specialistov največkrat večja obremenitev zdravnikov, dva specialista ne vidita nobene slabosti, eden od specialistov meni, da je slabost sistemskega razmišljanja ujetost v kalupe, spet drugi, da je slabost tega individualizem, pomanjkanje samokritičnosti brez dodatne obrazložitve. Mnenje enega specialista je, da tega ni možno izvajati v celoti zaradi pomanjkanja finančnih virov, zato moramo vedno sklepati kompromise. Mladi zdravniki v sistemskem razmišljanju ne vidijo nobenih slabosti.

Večina specialistov priznava, da naj bi vsak zdravnik stremel h grajenju lastne vizije in lastnih norm na osnovi z dokazi podprte medicine. Ta lastna vizija in norme predstavljajo temelj skupne vizije bolnišnice, ki predstavlja kapaciteto zadržanja skupne predstave o prihodnosti. S tem bi postala mnenja enakovredna, vsak posameznik bi prispeval k skupnemu dobremu, lažje bi se izničile slabosti posameznika, lahko bi se uvedle nove metode dela, kakovost dela bi se povečala. S takšnim načinom razmišljanja bi seveda prišlo do združevanja interesov, znanja in na koncu razvoja, upoštevali bi medicinske doktrine in delovali v skladu z z dokazi podprto medicino. Eden od specialistov je mnenja, da lahko to skupno vizijo le delno udejanjamo zaradi različnih profilov, izkušenj in hotenj. Mladi zdravniki imajo občutek, da se skupna vizija bolnišnice ne izvaja vedno, ker bolnišnična doktrina ni v skladu z z dokazi podprto medicino.

5.2.1.6 Enota 6: Skupinsko učenje

V večini industrije so treniranje, učenje in ostale aktivnosti razvoja obravnavane kot vir konkurenčne prednosti (Day, 2001 v Landry, 2013, str. 165). Treningi in razvojni programi lahko pomagajo k razvoju znanja in sposobnosti zaposlenih ter s tem večajo kapaciteto organizacije za izpolnjevanje zahtev strank. Dejstvo je, da je razvoj človeškega kapitala v organizacijah obravnavan kot enako pomembna dejavnost kot je razvoj produktov ali storitev (Pfeffer, 1994 v Landry, 2013, str. 165). Vseeno obstaja kar nekaj pomembnih razlogov, zakaj zdravstvene organizacije zaostajajo za ostalo industrijo v implementiranju učenja na delu in ostalih razvojnih aktivnosti (Block, Manning, 2007; Leatt, Porter, 2003 v Landry, 2013, str. 165). Sem spada ostra konkurenca za čas in denar med zdravstvenimi organizacijami. Dodatno so zdravstvene organizacije izzvane z operativnimi mejami, ki so ekstremno tanke. Te nizke meje omejujejo kakršnekoli dodatne vire. Management je obremenjen z rednim nadzorom stroškov, medtem ko je kakovost dela nujno potrebno zviševati. Zato strokovnjaki izvajajo drago oskrbo, za kar zato ne pridobijo nobenih povrnjenih stroškov ali pa pridobijo plačilo, ki je znatno nižje od stroškov zdravljenja (Gapenski, 2003 v Landry, 2013, str. 165). Organizacijske strukture zdravstvenih organizacij so ekstremno kompleksne. To so organizacije, v katerih je oblast deljena na klinično in administrativno. Med tema dvema vejama oblasti obstajajo kulturne razlike, ki prav tako vplivajo na skupinsko učenje.

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki so mnenja, da je skupinskega učenja premalo. To bi sicer težko spremenili v tem okolju in v tem času, lahko pa bi poskusili s skupnimi sestanki, pogostejšimi izobraževanji, neformalnimi medsebojnimi pogovori in pogovori z medicinskimi sestrami. Skupinsko učenje je sicer gonilo napredka, zagotavlja višjo strokovno raven delovanja, medsebojno povezovanje, sodelovanje in usklajevanje (timsko delo). Tako so bolniki bolj kakovostno obravnavani. Po mnenju specialista 8 zagotavlja skupinsko učenje red, enotno doktrino zdravljenja, zaposleni so med seboj v tesnejšem stiku, med seboj lažje in bolj sproščeno komunicirajo. Tak način zagotavlja meddisciplinarni pristop, znanja se med seboj dopolnjujejo, seveda pa je pri tem treba upoštevati pravila. Zaradi vseh teh prednosti se posledično lahko dvigne tudi ugled bolnišnice.

5.2.1.7 Enota 7: Poklicna kultura

Poklicna kultura je svoboda dela določenega poklica v skladu z naučenim. Odseva zgodovinske dejavnike kot tudi socialni status in lastnosti spola. Ima vpliv na oblikovanje določene poklicne skupine skupaj s političnimi in ekonomskimi strukturami, idejami, vrednotami (Almås, Ødegård, 2010, str. 143). Te poklicne kulture lahko pomenijo oviro medpoklicnemu delovanju v bolnišnicah zaradi različnih pogledov različnih poklicnih skupin.

Avtonomija predstavlja podporni element za vse karakteristike, ki jih opisujemo kot poklicne. Individualno avtonomijo definirajo kot biti prost vseh zaprek, ki jih postavlja organizacija ali drugi kolegi. Individualna avtonomija je svoboda dela določenega poklica v skladu z naučenim; izguba tega tipa avtonomije lahko zniža raven kakovosti storitev (Cannavina, Cannavina in Walsh, 2000, str. 302;

Bergman, Stotzer, Wahlstrőm in Sandahls, 2009, str. 226), zato je nujno potrebna samoregulacija teh poklicev (Khaliq, Mwychofi in Broyles, 2010, str. 111).

Socialne analize Giddensa (1990), Baumana (1992), Lyona (1999) in ostalih kažejo na to, da se mora poklicna kultura ukloniti konzumerizmu. To pomeni, da je treba bolnika obravnavati kot celoto, zdravljenje mu je treba prilagoditi v hitro, uporabno, 24-urno, osebno obliko (Department of Health, 2000). Do nedavnega so se bolniki zanašali na kredibilnost in predstavo zaupanja vrednega zdravnika. Sedaj je čedalje več bolnikov kritičnih do profesionalcev (Schon, 1984 v Ritsema van Eck, 1992, str. 23). Pomen pridobivajo nazornost, dokazljivost kakovosti in zanesljivost. V vsaki posamezni poklicni skupini se sicer namenja precej pozornosti kakovosti. Odvisno od oblike profesionalnosti obstajajo različni načini za povečevanje kakovosti v njihovi praksi. Obstajajo poklicna izobraževanja, ki so navadno dolgotrajna, kjer se profesionalci učijo ustreznega znanja, sposobnosti in vrednosti; obstajajo poklicna pravila, ki naj se jih profesionalci držijo; obstajajo disciplinske komisije; obstajajo tudi specialne revije in forumi, kjer se razpravlja o najaktualnejšem znanju (Ritsema van Eck, 1992, str. 23).

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki podpirajo način zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku. Po definiciji Institute of Medicine (IOM) tak način zagotavlja zdravstveno oskrbo, ki spoštuje ter je v skladu s preferencami, potrebami in vrednotami posameznega bolnika in njegove družine. S tem zagotavlja, da vse klinične odločitve vodijo vrednote bolnika. Skupno mnenje je, da je takšen način zdravljenja pomemben zato, ker je to najprej pravica bolnika, hkrati je to koristno zanj, zdravljenje je bolj učinkovito in kakovostnejše, bolnik je s tem v središču celotnega dogajanja, lahko odloča o sebi.

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki se strinjajo, da je uspešnost med zdravniki treba meriti. To zagotavlja kakovost zdravstvene obravnave, s tem se pridobiva zaupanje bolnikov. A za to je treba zagotoviti jasne in pravične kazalnike uspešnosti. Vseeno nekaj specialistov meni, da je to težko delo, vseeno pa menijo, da je uspešnost v tem času brez smisla meriti, saj ni ne nagrad in ne kazni, ki bi temeljile na uspešnosti.

Schulz in Harrison (1986, Culbertson, 1996, str. 117) sta z empirično raziskavo zdravnikov definirala specifične elemente individualne avtonomije. Pet elementov njune definicije lahko opišemo kot »klinične« v naravi in vključujejo kontrolo: (1) narave in obsega nalog, (2) sprejemanje bolnikov, (3) diagnoze in zdravljenja, (4) ocenjevanja oskrbe, (5) kontrola ostalih poklicev.

Občutek nadzora narave in obsega nalog zdravnikov med specialisti zelo variira. Večina zdravnikov nima občutka, da bi to lahko nadzorovali. Vzroki za to so, da je program dela določen vnaprej ter da je količina trenutnega dela hkrati nepredvidljiva in preobsežna. Dva specialista imata občutek, da lahko delno nadzorujeta obseg svojega dela z dogovarjanjem in prerazporejanjem dela. Z enakim načinom si zagotavljajo nadzor nad obsegom del in nalog specialisti, ki imajo občutek, da lahko nadzorujejo obseg svojih nalog. Dodatni mehanizmi so še natančnost pri delu in točnost. Nihče od mladih zdravnikov

nima občutka, da lahko nadzoruje obseg in naravo svojih nalog; razlog je predvsem prevelika količina dela.

Občutek nadzora med specialisti nad sprejemanjem bolnikov v njihove sobe je zelo razpršen. Večina specialistov nima občutka nadzora nad tem dogajanjem, to pa zato, ker je sistem sprejemanja drugačen in tako neodvisen od posameznih specialistov. Le delno lahko nanj vplivajo z medsebojnim dogovarjanjem. Nekaj specialistov ima občutek, da je nadzor nad sprejemom bolnikov v njihove sobe stvar lastne odločitve in dogovora.

Vsi specialisti in vsi mladi zdravniki imajo občutek nadzora nad postavljanjem diagnoz ter zdravljenjem svojih bolnikov. Imajo občutek samostojnosti pri terapiji in diagnostiki. Nadzor zagotavlja tudi skupinsko odločanje z razgovorom. Iz zgoraj navedenih trditev lahko sklepamo, da imajo vsi zaposleni zdravniki občutek nadzora nad sprejemanjem bolnikov v bolnišnico.

Večina specialistov in vsi mladi zdravniki imajo občutek nadzora ali vsaj delnega nadzora nad ocenjevanjem oskrbe svojih bolnikov. To zagotavljajo z naročanjem na redne kontrole, vizitami ter pogovori z bolnikom, svojci in medicinskimi sestrami. Večina specialistov in vsi mladi zdravniki nimajo občutka nadzora nad kakovostjo oskrbe bolnika ostalih poklicev. Vzroki za to so, da so brez vpliva na izobraževanje, da ostale poklice nadzirajo drugi profili in da je to stvar vodilnih. Eden od specialistov (specialist 7) ima občutek, da lahko z opazovanjem in pogovori zagotavlja delni nadzor kakovosti oskrbe bolnika, eden od njih (specialist 3) pa ima občutek popolnega nadzora nad kakovostjo oskrbe bolnika drugih poklicev. Mladi zdravniki kot razlog za izgubo nadzora nad kakovostjo dela drugih poklicnih skupin navajajo, da sicer imajo možnost komentiranja in predlaganja sprememb, da pa so brez pristojnosti.

5.2.1.8 Enota 8: Kultura varnosti bolnikov

Varnost bolnikov je rastoča skrb med zdravstvenimi profesionalci in v javnosti. Raziskave vsebujejo različen spekter del od kritičnih poročil o bolnikovi oskrbi in kakovosti do bolj empiričnih dokazov prikaza izboljšane varnosti (Anderson et al., 2006; Gregory et al., 2007 v Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 420). Čedalje pogosteje raziskovalci ugotavljajo, da kontekst, v katerem proces zdravljenja poteka, predstavlja kritično perspektivo, v kateri manjkajo razprave o varnosti bolnikov (Mwachofi in Walston, 2011, str. 275; Pronovost, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2006, str. 405), ki vključujejo razumevanje organizacijskih karakteristik, načina komunikacije, stopnje, do katere okolje prenaša spremembe, in, najpomembneje, kolikšna je sposobnost zaposlenih za sprejemanje sprememb. Do sedaj je zelo malo empiričnih raziskav dokazovalo, da lahko učeče se organizacije prispevajo k izboljšani kulturi varnosti.

Za izboljšanje kulture varnosti je treba razumeti pogostnost, resnost in vzroke napak v zdravljenju (Kohn et al., 2000, str.; Weingart et al., 2000; Vincent, 2003; Reason, 2000 v Kaldijan, 2008, str. 40). Takšno znanje lahko pridobimo z analizo podatkov, ki jih zberemo prek sistema poročanja napak. Ti sistemi so lahko notranji, prisotni znotraj zdravstvenih organizacij, zunanji, lahko so prostovoljni ali

ukazovalni. Ne glede na to, kako so sestavljeni, takšni poročevalni sistemi temeljijo na poklicni kulturi, v kateri zdravniki in ostali zdravstveni delavci vidijo razkritje napak kot integralni del učenja in izboljševanja kakovosti (Reason, 2000; Leape, 1994; Wachter et al., 2006 v Kaldijan, 2008, str. 40).

Morbiditetna in mortalitetna konferenca je ena od metod, ki zagotavlja nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti bolnikov (Robida, 2006, str. 32). Njen namen je učenje ter nenehno izboljševanje sistemov in procesov v bolnišnici. Cilji so vzpostaviti ozračje brez obtoževanja, vpeljati večpoklicni pristop, razpravljati, kako MM-konference vplivajo na izboljševanje procesov in sistemov ter na varnost bolnikov in s tem na izide zdravljenja. Osredotoči se na pregled sistemov in procesov pri obravnavi bolnika ter se izogiba obtoževanju posameznikov. V njej sodeluje skupina zdravstvenih delavcev, ki je bolnika obravnavala. Gre za večpoklicni pristop (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti, fizioterapevti ipd.). Navadno se v MM-konferencah predstavljajo nerazložene smrti bolnikov, neobičajne poteke zdravljenja ali bolezni, zaplete zaradi same bolezni, sume na varnostne zaplete. Zaplet je definiran kot posledica narave bolezni ali pa kot stranski učinek zdravila, posega ali operacije, ki se mu ne da vnaprej izogniti in je znan že iz literature (vnaprej znano tveganje).

Specialisti imajo zelo razpršena mnenja o pogostnosti tvornih debat o napakah posameznikov med zdravljenjem. Slaba polovica specialistov meni, da so te sicer nujno potrebne debate le redko, občasno ali nikoli prisotne. Druga polovica pa je mnenja, da je ta pogovor prisoten v vsakodnevni praksi, vedno pogosteje in kadar je potreben. Način obravnave neželenih dogodkov vidijo vsi specialisti in mladi zdravniki kot nekaznovalnega z dialogom, na raportih v izobraževalne namene. Po mnenju večine specialistov in vseh mladih zdravnikov je ta način tudi pravilen način obravnave takšnih dogodkov. Potekal naj bi s pogovorom, na glavnih vizitah, namen teh pogovorov je poiskati vzrok zanje in ga odpraviti. Zaradi tega je treba podeliti več pristojnosti nadrejenim in dodati večji pomen nagrajevanju.

Mnenje specialistov o pridobivanju povratnih informacij o njihovih lastnih napakah je zelo razpršeno. Polovica specialistov je mnenja, da te nujno potrebne informacije ne pridobijo ali jo pridobijo le delno. Druga polovica specialistov je mnenja, da informacijo o lastnih napakah pridobi na usten način prek bolnikov, svojcev, kolegov zdravnikov. Nihče od mladih zdravnikov ne pridobi povratne informacije o lastnih napakah pri zdravljenju.

Večina specialistov je mnenja, da vodstvo oddelka in vrhnje vodstvo podpirata kulturo varnosti bolnikov. To zagotavljajo z razgovori, izobraževanji, analizami, uvajanjem novosti in predlogi ukrepov. Metode za zagotavljanje kulture varnosti so skupna srečanja, kjer se pogovarjajo o zdravljenju bolnikov; sem spadajo vizite, raporti in MM-konference. Dva od specialistov (specialista 9 in 4) sta mnenja, da je kultura varnosti zagotovljena le deloma ali sploh ne dosežena zaradi neupoštevanja sprejetih ukrepov in hkrati zaradi izgube nadzora nad sprejetimi ukrepi. Mladi zdravniki so mnenja, da vodstva oddelkov podpirajo celostno in celovito obravnavo bolnikov, da pa vrhnje vodstvo to zavira, ker preprečuje uvajanje novosti v vsakodnevno prakso.

5.2.1.9 Enota 9: Participativni management

Nujni predpogoji učinkovitega spreminjanja v organizacijah so vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, zaupanje in sodelovanje zaposlenih. Za participativni management je značilno, da se motivacija zagotavlja prek skupinskega sodelovanja in vpletenosti v oblikovanje ciljev, izboljšanje metod dela in ocenjevanje napredka. Obstaja obsežna interakcija z visoko stopnjo zaupanja in spoštovanja. Komunikacija je obojestranska, obsežna in zadostna. Odločanje je razpršeno po celotni organizaciji, temelji pa na popolni in zadostni informaciji. Cilje zaposleni dosegajo s skupinsko participacijo (Angermeier, 2009, str. 130).

Večina specialistov se zdi enakopravna ostalim specialistom, ker imajo enake naloge, pri delu so samostojni, imajo enak dostop do diagnostičnih postopkov, njihovo mnenje je upoštevano, lahko sodelujejo na konzilijih. Trije od specialistov imajo občutek, da so neenakopravni glede na druge specialiste, počutijo se inferiorne drugim, dva na strokovnem področju, eden na poslovnem. Povratne informacije o svojem delu dobiva vedno in v glavnem večina specialistov. Eden od specialistov ima občutek, da je opravljenih premalo analiz o kakovosti dela posameznikov. Večina specialistov in vsi mladi zdravniki imajo občutek proste, dvosmerne komunikacije med njimi in nadrejenimi. Večina je zadovoljna z obstoječim stanjem, izboljšav ne vidijo, nekateri pa si želijo bolj pogoste, natančne in ažurne informacije, medsebojno spoštovanje zaposlenih in večje zaupanje nadrejenih. Večina specialistov in mladih zdravnikov meni, da se nadrejeni svojih napak zavedajo večinoma ali vsaj občasno.

5.2.2 Prikrito opazovanje zdravnikov z udeležbo

Zdravnike sem med razlago pomena raziskave in razdeljevanjem ankete prikrito opazovala in si ugotovitve zapisala v standardizirano tabelo. Enako delo je opravil mlajši kolega med izvajanjem globinskih intervjujev in pogovorov v fokusnih skupinah. Ugotovitve lahko povzamem po posameznih kategorijah. (1) **Videz.** Vsi zdravniki so oblečeni v bele uniforme, kirurgi imajo pod belimi haljami zelena vrhnja oblačila, ki kažejo na to, da je njihovo delovišče tudi operacijska soba. Internisti imajo pri sebi svoje stetoskope. (2) **Besedno obnašanje in interakcije.** Na ginekološkem in kirurškem raportu so besedo in interakcijo prepuščali predstojniku, na internem oddelku so se prosto vključevali v razgovor vsi prisotni zdravniki. Kirurgi so izrazili dvom o primernosti raziskave, kasneje o anonimnosti ankete, ginekologi in internisti so izkazali zanimanje ter pomoč pri njej. So pa na internem oddelku precej več spraševali o namenu in smislu raziskave kot na ostalih oddelkih, kjer so bili zadovoljni z razlago. Vprašanja niso bila napadalna, bolj so želeli dodatno razlago. Vseeno večina zdravnikov ni razumela namena naloge in vprašalnika. Motila jih je obširnost vprašalnika in zahteve po dodatni opredelitvi odgovorov. Med izvajanjem globinskega intervjuja je spraševalec najprej razložil postopek in proces razgovora, nato je stekla dvosmerna komunikacija ter debata ob vprašanjih. Starejši govorci so bili malenkost bolj suvereni pri odgovarjanju, tudi hitrejši in odločnejši. Vsi udeleženci so govorili v mirnem tonu, brez razburjanja ali pretirane vživetosti. Nalogo so hoteli izpolniti čim hitreje, brez večjega napora. Izražali so dvom o avtorstvu vprašanj. Pediatri so pokazali izrazito (nepredvideno) zanimanje za samo raziskavo in anketo. To so pokazali na verbalen in neverbalen način. Med

pogovorom v fokusnih skupinah so se govorci zelo vživeli, odgovarjali so zelo doživeto, nekateri so svoje besede podkrepili tudi z ročnimi kretnjami. Pogovor je tekel v zelo sproščenem vzdušju. Izstopali so starejši udeleženci intervjuja, ki so se laže vključili v pogovor, bolj so razumeli vprašanja, potrebovali so manj dodatnih pojasnil in podvprašanj kot ostali, lažje so se izražali. Najmlajši se spontano v pogovor skoraj niso vključevali, odgovarjali so le na vprašanja, ki so bila zastavljena neposredno njim. (3) **Fizično obnašanje in geste.** Ni bilo opaziti napadalnih gest. Nevtralna drža. (4) **Osebni prostor.** Sedenje drug zraven drugega ob skupni veliki mizi, nihče se ni pri postavitvi stolov izoliral ali kakorkoli drugače oddaljil od drugih. (5) **Človeški promet.** Motečih dejavnikov ali nepovabljenih gostov v času intervjuja ni bilo, zagotovljena je bila zasebnost. (5) **Ljudje, ki izstopajo.** Izstopajoči posamezniki so predstojniki, katerim vsi ostali zaposleni dajejo prednost pri spraševanju in tudi razlagi. (6) **Opazovanje odzivov strokovnih direktorjev bolnišnic**, ki so sestavljale kontrolno skupino. Strokovni direktorji bolnišnic, ki so predstavljale kontrolno skupino, so ponudili pomoč pri izvajanju ankete v njihovih bolnišnicah. Njihov odziv je bil zakasnjen, izveden po več elektronskih sporočilih. Predlog, da jih bomo seznanili z rezultati ankete v njihovi bolnišnici, so sprejeli pozitivno, a mlačno.

5.3 Potrditev hipotez, interpretacija ugotovitev, priporočila študije primera in ovrednotenje študije z znanstvenoraziskovalnega vidika

V tej točki bomo naprej opisali zakaj in kako smo lahko potrdili hipoteze, sledile bodo interpretacije ugotovitev študije, njena priporočila in ovrednotenje študije z vidika znanstvenega prispevka. Na koncu bomo opisali, kaj novega smo v študiji odkrili, kaj smo dodali ugotovitvam prejšnjih raziskav, kaj so njene omejitve in kaj priporočamo za nadaljnje raziskovanje predmeta raziskovanja.

5.3.1 Potrditev hipotez

S kvantitativno raziskavo smo potrdili **hipotezo 1**, da fleksibilna in položnejša organizacijska struktura ter organizacijska kultura, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, ki smo ju merili s konstruktoma organizacijska struktura in organizacijska kultura, pozitivno, čeprav šibko vplivata na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v organizacije, hkrati pa smo dokazali tudi pozitiven vpliv konstrukta učeča se organizacija, ki ima sicer izmed vseh merjenih neodvisnih spremenljivk tega koncepta najmanjši vpliv. Najvišji vpliv smo zaznali pri spremenljivki organizacijska struktura, kar kaže na pomembnost te spremenljivke za pripravljenost zdravnikov na spremembe, dokaj podoben, a nekoliko nižji vpliv pa smo zaznali pri spremenljivki organizacijska kultura.

Hipotezo 2, ki pravi, da pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov, smo dokazovali s kvalitativno raziskavo. Veliko raziskav poudarja nujnost vpletenosti zdravnikov v spremembe (Goodpastor in Montoya, 1996; Cohn, Friedman in Allyn, 2007; Wall, 2007). Z našo raziskavo smo dokazali, da si zdravniki želijo biti vpleteni v spremembe, želijo, da se njihova moč poveča s povečanjem nadzora nad svojim delom in s tem odgovornosti za svoje delo. Podobno dokazuje Rowley (2006) v svoji raziskavi, kjer je navedel še, da morajo zaposleni prevzeti odgovornost za osebno učenje,

kar pa smo mi dokazali s kvantitativno in hkrati kvalitativno študijo. S kvalitativno študijo smo tudi dokazali, da so zaposleni v konkretnem primeru prepoznali potrebo po aktualni spremembi in tudi jasno komunikacijo. To svetujejo Narine in Persaud (2003) ter Jacobson in Jazowski (2011), poleg tega pa je pomembna še pridobitev konsolidacije s povratnimi zankami in nazadnje vgraditev spremembe v organizacijsko kulturo, kar pa je stvar bližnje in daljne prihodnosti. Dokazali smo, da si zdravniki želijo meddisciplinarnega sodelovanja in učenja z namenom doseganja čim bolj kakovostnega zdravljenja, usmerjenega v bolnika. Trdimo lahko, da tisti zdravniki, ki uvedenim spremembam koristnost pripisujejo, saj da izboljšujejo organizacijo in kakovost dela na splošno, in ki imajo občutek vključenosti ter lastne kontrole nad uvedenimi spremembami, pogosteje navajajo, da so deležni pogovora o neželenih dogodkih, ki je nekaznovalen, hkrati pa so pogosteje deležni povratne informacije o svojih napakah. Vseeno zaznavajo nevralgične točke obstoječe kulture varnosti bolnikov v bolnišnici. V kvantitativni raziskavi smo izmerili tudi visoko ocenjene elemente, ki kažejo na prosto komunikacijo med zdravniki in diskutiranje o napakah pri delu ter učenje iz njih, iz česar je moč sklepati na potencialno ugodno okolje za uveljavljanje oziroma utrjevanje kulture varnosti bolnikov.

Hipoteza 3 pravi, da ima močno izražena poklicna kultura negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Statistično sicer nismo dokazali, da celotni koncept poklicne kulture vpliva na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Je pa moč trditi, da večina dimenzij tega koncepta vpliva na pripravljenost na spremembe. Ob predpostavki, da iz koncepta izločimo spremenljivko zaupanje v znanost, lahko trdimo, da šibkeje kot je izražena poklicna kultura, večja je pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb in obratno – močneje kot je poklicna kultura izražena, manjša je ta pripravljenost; z drugimi besedami: močno izražena poklicna kultura ima negativen vpliv, kar pomeni negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije.

5.3.2 Interpretacija ugotovitev

V trenutnem okolju je zelo pomembno, da so zdravstvene organizacije pripravljene na soočenje s **spremembami**, zato obstaja potreba po večanju njihove zmožnosti pravilnega reagiranja. V tej povezavi pomeni razvijanje zmožnosti učenja organizacije osnovno zahtevo. S tem se bodo združile poklicne kompetence, timsko delo in oblikoval se bo demokratični odnos z vodji. Eno izmed orodij, ki lahko pospeši organizacijski proces sprejemanja sprememb, je namreč tudi organizacijsko učenje (Amitay, Popper in Lipshitz, 2005; Rijal, 2010). Učeča se organizacija namreč vpliva na pripravljenost na spremembe prek učenja.

Pomembno je, da se spremembe v organizacijo uvajajo na primeren način. Brez kompetentnega managementa bo transformacijski proces spreminjanja ušel izpod nadzora. Za večino organizacij tako pomeni največji izziv vodenje spremembe. Najprej je treba zaposlenim predstaviti analizo, zakaj je potrebna določena sprememba. S tem se spremeni njihovo razmišljanje in kasneje tudi njihova čustva (Kotter, 1996). Oblikovati je treba široko zastavljeno koalicijo, ki podpira uvajanje spremembe. Načini primernega uvajanja sprememb v zdravstvene organizacije so pospeševanje, sodelovanje in učenje (Doherty in Horne, 2007). Vzpostavljeno mora biti medsebojno zaupanje, ki temelji na spoštovanju in

odprti, dvosmerni komunikaciji. Vsi ključni deležniki morajo biti zavezani k doseganju ciljev spremembe in plačevanju cene, ki jo zahtevajo ti cilji (Scott, 2002; Conner, 2006). Dejstvo je, da večina projektov uvajanja sprememb propade zaradi pomanjkanja te zaveze.

Zdravniki zaznavajo **uvajanje sprememb** prek pogovora; gre za konstruktivni dialog in podajanje predlogov. V uvajanje sprememb so specialisti vpleteni neposredno, vanje so povabljeni, vedno imajo možnost podati pripombe na odločitve. Mladi zdravniki so sicer manj vpleteni v odločitve glede sprememb. Določene spremembe se uvajajo tudi na bolj restriktiven način, in sicer s prepričevanjem in pogajanjem, mlajši zdravniki so navajali celo prisilo. Pomembna ugotovitev je, da se spremembe uvajajo z učenjem, ki je lahko sistematično pridobivanje znanja, in tudi priložnostno s pridobivanjem izkušenj posameznika ali skupine, kar že kaže na značilnosti učeče se organizacije. Zdravniki se tako čutijo soustvarjalce sprememb.

V prvi polovici leta 2013 smo se v SB Trbovlje aktivno pripravljali na pridobitev mednarodnega akreditacijskega standarda DNV za bolnišnice. Zahteve tega standarda so zasnovane tako, da podpirajo razvoj ter kontinuirano izboljševanje kakovosti zdravstva in varnosti bolnikov v bolnišnicah. Nanašajo se tudi na splošno varnost zaposlenih, bolnikov in ostalih obiskovalcev bolnišnic. Ti standardi temeljijo na pristopu sistema vodenja. S splošnim dogovorom smo bili zavezani pristopiti k pridobitvi tega akreditacijskega standarda, sicer bi v naslednjem poslovnem letu izgubili pomemben delež sredstev za delovanje. Zato smo morali v razmeroma kratkem času v organizacijo dela uvesti veliko sprememb.

Zdravniki se zavedajo, da je uvajanje sistema akreditacije nujno, z objektivnimi razlogi so bili večkrat seznanjeni. S pridobitvijo akreditacijskega standarda bomo sposobni zagotavljati kakovostnejšo in varnejšo raven oskrbe bolnikov, bolnišnica bo zaradi tega pridobila zaupanje in delo z bolniki bo postalo bolj urejeno. Zdravniki slabo poznajo vizijo in poslanstvo bolnišnice, moti jih, da je bila v proces priprave za pridobitev standarda vpletena le majhna skupina ljudi. Izrazili so željo po sodelovanju v takšnih projektih, menijo, da bi moralo biti vanje vključenih večje število zaposlenih, pod pogojem, da se jih predvsem razbremeni vsakodnevnega dela. Sicer so bili z načinom komunikacije v konkretnem primeru zadovoljni.

Zaznano realno stanje po uvedbi konkretnih sprememb ustreza pričakovanjem specialistov; dejansko zaznavajo izboljšanje stanja, zavedajo se, da je treba sprejete spremembe v znatnem deležu sprejeti in upoštevati. Največkrat jih moti to, da se sprejeti dogovori in navodila ne upoštevajo. Moti jih tudi to, da nimajo nikakršnega nadzora nad uvajanjem sprememb v bolnišnico, čeprav menijo, da bi ga morali imeti zaradi varnosti dela, ohranjanja kakovosti dela, lažjega nadzora in vodenja. To je posledica tega, ker v proces uvajanja sprememb niso bili vpleteni in ker se je v kratkem času uvedlo precej sprememb. Zaradi zadnjega je prišlo tudi do kršenja njihove psihološke pogodbe, kar je dodatno pripomoglo k izgubi občutka kontrole (Cortviend, 2004). In prav zaradi tega ne zaznavajo vzpostavljene določene oblike ravnotežja po pripravah za pridobitev akreditacijskega standarda DNV. Mnenje mladih zdravnikov je tukaj povsem drugačno: nadzora si ne želijo imeti, ker so premalo izkušeni.

V naslednjih trditvah bomo primerjali zaznavanje uvajanja aktualne spremembe v Splošno bolnišnico Trbovlje s ključnimi točkami uvajanja sprememb, ki jih navaja Karp (2004). (1) V sedanjem kompleksnem organizacijskem okolju je treba odgovornost za spreminjanje odvzeti iz rok nekaterih ter jo predati večjemu številu notranjih in zunanjih deležnikov. Splošna bolnišnica Trbovlje: zdravniki menijo, da bi moralo biti v takšne projekte vključenih večje število zaposlenih, ne strinjajo se, da je celoten projekt izvajala manjša skupina ljudi. (2) Iniciative spreminjanja se morajo premakniti iz načina reševanja problema v usmerjanje v pozitivno moč organizacije. Zavedati se namreč moramo, da smo ljudje čustvena in racionalna bitja. Zato se najbolj z veseljem spreminjamo, če smo navdušeni nad tem, kam bomo šli in kaj bomo počeli. Splošna bolnišnica Trbovlje: s pridobitvijo akreditacijskega standarda bomo sposobni zagotavljati kakovostnejšo in varnejšo raven oskrbe bolnikov, bolnišnica bo zaradi tega pridobila zaupanje in delo z bolniki bo postalo bolj urejeno. (3) Organizacijsko učenje je osnovna zahteva za uspešno spreminjanje. Splošna bolnišnica Trbovlje: spremembe se uvajajo z učenjem, ki je lahko sistematično pridobivanje znanja, in tudi priložnostno s pridobivanjem izkušenj posameznika ali skupine. (4) Dialog je osnovna enota dela. Nič dialoga – nič spremembe. Organizacijski dialog je proces grajenja skupnega razumevanja, ki omogoča skrita sporočila v komunikaciji. Splošna bolnišnica Trbovlje: uvajanje sprememb se uvaja prek pogovora, sicer gre za konstruktivni dialog in podajanje predlogov. (5) Vsak proces spreminjanja mora upoštevati organizacijski socialni kapital – organizacijsko kulturo, ki hkrati predstavlja premiso razvoja sposobnosti spreminjanja. Splošna bolnišnica Trbovlje: zdravniki nimajo nikakršnega nadzora nad uvajanjem sprememb v bolnišnico, ne zaznavajo vzpostavljene določene oblike ravnotežja. (6) Vsaka namera spremembe mora biti zastavljena proaktivno in pozitivno glede na prihodnost. Cilj je ustvarjanje energije za premikanje naprej in za razumevanje, kaj se sploh spreminja v okolju organizacije. Splošna bolnišnica Trbovlje: zaznano realno stanje po uvedbi sprememb ustreza pričakovanjem specialistov, zaznavajo izboljšanje stanja.

Za uspešno uvajanje sprememb v organizacijo sta pomembna dva kritična dejavnika: ustrezna **organizacijska struktura** in **organizacijska kultura**. Veliko število tradicionalnih organizacijskih oblik ne podpira spremembe. Organizacije, ki so grajene za podporo spremembam, morajo biti v tesnem stiku s trgom in ostalim okoljskim povpraševanjem za kontinuirano definiranje in redefiniranje serij kratkoročnih konkurenčnih prednosti. Namesto predvidenih statičnih letnih poročil morajo organizacije, ki podpirajo spremembe, pridobiti fleksibilno in enostavno spremenljivo organizacijsko strukturo (Lawler in Worley, 2006). Temeljila naj bi na informacijah, bila naj bi decentralizirana, tesno povezana s tehnologijo, hitro prilegajoča se ter ekstremno agilna, kreativna in kooperativna s strukturo, ki bo temeljila na timskem delu. V njej bodo zaposleni nabiti z znanjem. Zelo pomembno je tudi dejstvo, da bo sposobna samokontrole, za kar je potrebna visoka stopnja medsebojnega zaupanja (Champy, 1996).

V bolnišnici se zaposleni ukvarjajo z visokointelektualnimi izzivi, ki zahtevajo kar najbolje pripravljene posameznike. Pri svojem delu morajo biti samostojni, z drugimi službami in oddelki naj bi v obravnavi enega bolnika maksimalno sodelovali (timsko delo). Zaželeno je medsebojno izmenjavanje znanja (Dwyer, 2010). Med managementom uspešnosti in stopnjo integracije timov v organizacijsko

strukturo obstaja pozitiven odnos (Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006, str. 166), skupaj z evidentnimi dokazi, da so učinkoviti timi v zdravstvu povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave (Pettigrew in Whipp, 1992; Sochalski in Aiken, 1999; Fargason in Haddock, 1992; Mitchell, 1999; Shortell et al., 1994 v Ferlie in Shortell, 2001). Za zagotavljanje sodelovanja zaposlenih v procesih sprejemanja odločitev opravljajo timi osnovno funkcijo povezovalnega mehanizma, ki pospešuje koordinacijo med različnimi organizacijskimi oddelki. To je v skladu s tradicionalnimi deli (Hall, 1972; Galbraith, 1973), kjer obravnavajo aplikacijo delovnih timov kot lateralno integracijo (Escribá-Moreno in Canet-Giner, 2006) za namen zagotavljanja koordinacije in kontrolnega mehanizma, od tega največ za obvladovanje spretnega in kreativnega dela, kar prispeva k očitnemu zmanjšanju hierarhičnih ravni strukture.

Kultura je okvir reference, ki pomaga razlikovati eno skupino ljudi od druge (Hall, 2005). Organizacijska kultura tako določa edinstven set formalnih in neformalnih osnovnih pravil organizacijskega razmišljanja in obnašanja ter določa tudi tisto, za kar mislimo, da je resnično. Čeprav se individualni člani razlikujejo v mnogo pogledih, pa jih medsebojno povezuje njihovo skupno stališče. Pomembno je, da so uvajane spremembe konsistentne s trenutno organizacijsko kulturo, sicer te odločitve ne bodo uspešno uvedene. Evolucija organizacijske strukture je integralno povezana z razvojem njene kulture in obratno (Bate, Khan in Pye, 2000; Ghosh in Scott, 2007). Struktura in kultura se skupaj razvijata: ena oblikuje drugo in ta je od prve oblikovana. Zato se je v primeru uvajanja sprememb v organizacijo treba zavedati sinhronizacije in komplementarnosti med kulturološkimi in strukturnimi procesi v organizaciji.

Trenutno v SBT zdravniki v okviru organizacijske strukture že občutijo medsebojno sodelovanje in jasno delegiranje s strani nadrejenih. Pomembno je, da so hierarhična razmerja manj izražena, manj je formalizma, kljub temu pa zdravniki občutijo, da nimajo možnosti sodelovanja pri pomembnih odločitvah. Zadnja trditev nam ne da odgovora na to, ali so zdravniki s tem zadovoljni, lahko pa povzamemo ugotovitve kvalitativne študije zaznavanja uvajanja sprememb, kjer ugotavljajo enako, da niso bili vpleteni v proces sprememb, da pa si tega želijo, ker želijo imeti kontrolo nad uvajanjem sprememb in hkrati občutiti ravnotežje po njeni uvedbi.

V kvalitativnem delu študije zdravniki ugotavljajo, da je timsko delo znotraj oddelkov prisotno v obliki sodelovanja, delitve dela, dogovarjanja o spremembah zdravljenja, konzilijev, pomoči in diagnostiki ter terapiji, komunikacija je odprta, dvosmerna. Pomembno manj pa je timskega dela in sodelovanja med oddelki. Zelo pomembna ugotovitev je, da je komunikacija med oddelki manj odprta, nekateri menijo, da je celo enosmerna. To se ujema z ugotovitvami, da so predaje bolnikov znotraj oddelkov varne, da pa so premestitve bolnikov med oddelki lahko problematične. Poleg tega ugotavljamo, da prehod informacij med različnimi strokovnimi skupinami ni prost, s tem so možnosti za vertikalno meddisciplinarno delo, sodelovanje in učenje zelo zmanjšane. Meddisciplinarno horizontalno učenje je po mnenju zdravnikov prisotno, verjetno ga omogoča drug mehanizem – interna izobraževanja.

V okviru raziskave organizacijske kulture smo ugotovili, da je komunikacija med zdravniki zgledna, med različnimi zdravstvenimi skupinami pa kritično šibka, vendar je komunikacija še solidna glede dogovarjanja o pregledih in premestitvah bolnikov. Zanimivo je, da zdravniki bolje ocenjujejo dogovarjanje s kolegi različnih specialnosti za kakršnekoli preglede njihovih in ne svojih bolnikov. Zdravniki so prav tako dokaj odprti za vmešavanje predstojnika v njihovo delo, nekoliko manj ostalih zdravnikov, najmanj pa si želijo vmešavanja medicinskih sester. V trenutni organizacijski kulturi se že pojavljajo elementi kulture varnosti, in sicer se zdravniki učijo iz napak, o njih redno poročajo ter o njih diskutirajo v učne, in ne kaznovalne namene, čeprav po drugi strani ocenjujejo, da o kakovosti svoje zdravstvene oskrbe redko dobijo povratno informacijo.

Organizacijska struktura se v konkretni študiji v kontekstu strukturnih karakteristik kaže kot najpomembnejši konstrukt v smislu vpliva na pripravljenost na spremembe. Organizacijska kultura ima približno enak, a nekoliko manjši vpliv na pripravljenost na spremembe kot organizacijska struktura. Strukturne karakteristike torej vplivajo na pripravljenost na spremembe predvsem v obliki grajenja meddisciplinarnih timov in znanja, ki izhaja iz njihovih konzultacij in reševanja težjih problemov. Postopoma bi tako organizacija prehajala v stanje učeče se bolnišnice, ki s takšnim načinom razmišljanja in dela zagotavlja varno obravnavo bolnikov. Pri tem moramo biti pozorni na podiranje mej med posameznimi oddelki, vzpostavljanje zaupanja ter spoštovanje med različnimi oddelki in različnimi strokovnimi skupinami (Evans in Baker, 2012). Komunikacija med različnimi specialnostmi in strokovnimi skupinami bo tako postala odprta in prosta. S tem se bo pojavila možnost za učenje s pomočjo pridobivanja različnih izkušenj med zdravniki ter med njimi in ostalimi strokovnimi skupinami. Zdravnike je treba motivirati prek sodelovanja in vpletenosti v postavljanje ciljev, izboljšanje metod dela in ocenjevanje napredka.

Učeča se organizacija je definirana kot organizacija, ki je naučena oblikovanja, pridobivanja in prenosa znanja ter modifikacije lastnega znanja z odsevanjem novega znanja in spoznanj (Garvin, 1993). Po definiciji so značilnosti učeče se bolnišnice učenje, ustvarjanje in delitev znanja, ki je pridobljeno z na dokazih podprto medicino, in vzpostavljen takšen sistem delovanja, ki pospešuje procese učenja (Crites, McNamara, Akl, Richardson, Umscheid in Nishikawa, 2009; Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen in von Plessen, 2012). Obstajata dve ravni učenja: učenje na ravni posameznika in učenje na ravni organizacije (Crossan in Guattp, 1996; Easterby-Smith, 1997; Popper in Lipshitz, 2005). Kritičnega pomena je, da se znanje na ravni posameznika lahko prenese v skupno znanje organizacije, s čimer se spremeni organizacijska kultura. Argyris in Schőn (1978) sta učenje definirala kot prenos novega znanja v spremenjeno ponavljajoče se vedenje.

Na organizacijsko učenje lahko gledamo kot na proces, prek katerega organizacija stalno pridobiva novo znanje ter se uspešno prilagaja notranjim in zunanjim okoljskim spremembam, s čimer zadržuje stabilnost in razvoj (Chen, 2005). Učeča se organizacija zahteva spremembe na področjih vodenja, strukture, in sicer v smislu dajanja večjih pooblastil zaposlenim, boljše komunikacije, sodelovalne strategije in prilagodljive kulture. Ključna procesa v sooblikovanju učeče se organizacije sta (Franco in Almeida, 2011): (1) interakcija osebnega znanja in izkušenj zaposlenih in managerjev v strukturno

organizacijsko znanje ter (2) preoblikovanje tihega, skritega znanja v eksplicitno znanje. Če se organizacija hoče spremeniti v učečo se organizacijo, potrebuje podporo managementa (Franco in Almeida, 2011, str. 800).

V kvantitativnem delu empirične raziskave smo ugotovili, da so zdravniki SBT najbolj zadovoljni z možnostmi za individualno izobraževanje, pomembno manj pa so zadovoljni z možnostmi predvsem za osebnostno rast. Kljub temu da v veliki meri priznavajo možnosti rednega individualnega izobraževanja, pa v manjši meri menijo, da je struktura bolnišnice zasnovana tako, da spodbuja učenje in široko razširjanje najboljših praks. Zadnjo trditev smo potrdili s kvalitativno študijo; zdravniki ugotavljajo, da je premalo skupinskega učenja, ki bi k delovanju bolnišnice prispevalo boljšo, kakovostnejšo obravnavo bolnikov na eni ter boljše sodelovanje in povezovanje zdravnikov na drugi strani.

S standardiziranim lakmusovim testom smo prišli do komplementarnih ugotovitev, da zdravniki kot najboljšo ocenjujejo lastnost, da se pri svojem delu vedejo v skladu z lastnim znanjem. Ocenjujejo tudi, da se bolnišnica izogiba ponavljajočim se napakam. Zdravniki slabše ocenjujejo jasnost načrta učenja bolnišnice in vezanost pomembnih znanj na ključne posameznike. Za področje, ki ga je treba v prihodnje izboljšati, pa se je izkazala odprtost bolnišnice za protislovne informacije. S študijo smo tako dokazali, da zdravniki imajo lastno znanje in ga lahko tudi pridobivajo, da pa žal trenutno organizacija ni zasnovana tako, da bi pridobivanje organizacijskega znanja omogočala.

Čeprav smo dokazali, da je vpliv učeče se organizacije na pripravljenost zdravnikov za spremembe v kontekstu strukturnih karakteristik najmanjši, je vendarle signifikanten in mu je zato treba posvečati pozornost. Predvsem je treba ustvariti takšno okolje, ki bo omogočilo osebnostno rast zdravnikov, kar bi glede na izsledke raziskave lahko storili s preoblikovanjem organizacijske strukture, ki podpira učenje in razširjanje najboljših praks, pa tudi s tem, da bi posameznike vključili v postavljanje ciljev, izboljševanje metod dela in ocenjevanje njegovega napredka.

Obstajata dve arhetipski strategiji managementa (Arthur 1994): avtokratska (ali avtoritativna) strategija managementa, s katero skušamo zmanjšati stroškov dela ter povečati nadzor in učinkovitost prek specializiranih vlog in natančnega izvrševanja pravil. Nasprotno strategije **participativnega managementa** poskušajo povečati produktivnost zaposlenih z nagrajevanjem, spodbujanjem sodelovanja zaposlenih in decentraliziranimi odločitvami, ki dajejo zaposlenim več moči v delovnih odločitvah. S takšnim načinom managementa izboljšamo možnosti za uvajanje sprememb, saj so nujni predpogoji učinkovitega spreminjanja v organizacijah vpletenost, lastništvo, komunikacija, predanost, zaupanje in sodelovanje zaposlenih. Ljudje se namreč spremembi lahko upirajo, četudi je ta v skladu z njihovimi najboljšimi interesi. Spremembi se lahko upirajo, ker enostavno ne marajo, da jim kdo narekuje, kaj naj delajo. Uporaba hitrega in primernega komuniciranja lahko pri tem pomaga, da se izognemo odporu in takoj zgradimo takšno stanje, kjer zaposleni spremembo vidijo kot »izkušnjo v učenju«.

Ključnega pomena za uspeh uvajanja participativnega managementa sta dve zaznavanji zaposlenih (Pierce, Rubenfeld in Morgan, 1991). Najprej mora biti pretok informacij prost do in od zaposlenih v organizaciji, tako da imajo vedno zadosti informacij o svojem delu in da je njihov prispevek k z delom povezanim zadevam legitimno upoštevan in priznan. Drugo, zaposleni morajo sprejeti, da imajo primerno stopnjo samokontrole nad svojim delom in nad odločitvami, ki vplivajo na njihovo dobro počutje. Ko se bodo zaposleni počutili močnejše, bodo delali bolje, bolj bodo predani organizaciji, težje jo bodo zapustili, kar bo vse skupaj vplivalo na učinkovitost organizacije.

Pri podrobni analizi načina vodenja srednjega managementa vidimo, da si zdravniki, ki so delavci, ne želijo nikakršnega nadzora – ne želijo nadzorovati vodje niti ne želijo, da jih vodje nadzorujejo. Sicer občutijo neenakost v odnosu vodje do zaposlenih kakor tudi do njihovega dela, a se hkrati tudi občutijo elementi participativnega vodenja, in sicer se vodje zavedajo in priznavajo svoje napake, pri tem je ocena delavcev višja; in kar je še pomembno: njihova vodstvena funkcija temelji na razlagi. Zanimivo je, da vodje delavcem zaupajo manj, kot imajo ti občutek. Po drugi strani pa menijo, da jim vodje ne prepuščajo dovolj odgovornosti pri opravljanju nalog. Delavci imajo občutek, da se njihov interes premalo upošteva, o vsebini dela lahko prosto razpravljajo, celo v večji meri, kot menijo voditelji, in lahko so kreativni. Tudi tukaj se izkaže, da delavci ne morejo vplivati na odločitve. Rezultati kvalitativne raziskave kažejo, da imajo specialisti občutek enakopravnosti drugim specialistom, ker imajo enake naloge, pri delu so samostojni, imajo enak dostop do diagnostičnih postopkov, njihovo mnenje je upoštevano.

S študijo smo večkrat dokazali, da je komunikacija med zdravniki odprta, prosta, da imajo delavci prost dostop do informacij. Zdravniki po konkretnem uvajanju sprememb niso občutili samokontrole, ker niso bili v vpleteni v sprejemanje sprememb. Nadzor nad ključnimi komponentami individualne avtonomije zaposleni zdravniki občutijo, rezultati so opisani kasneje. Tako lahko zaključimo, da predpogoja za uvajanje participativnega stila vodenja obstajata.

Poklicna kultura je vedenje, ki je primerno in sprejemljivo v vsaki poklicni skupini (Boyatzis, 1982). Definiramo jo kot subkulturo (Scott et al., 2003; Hofstede 1980; Degeling et al., 1998 v Herkenhoff, 2010). Te poklicne kulture lahko predstavljajo oviro medpoklicnemu delovanju v bolnišnicah zaradi različnih pogledov različnih poklicnih skupin. Hall (2005), Almås in Ødegård (2010) specifično primerjajo, kako daje kultura medicinske nege prednost izkustveni in kvalitativni informaciji ter zato večji poudarek medpoklicnemu učenju, medtem ko zdravniki dajejo večjo vrednost objektivnim dokazom in trdim podatkom. Izvor teh razlik so različni sistemi izobraževanja, različne vrednote in ne nazadnje različen zgodovinski razvoj poklicev.

Poklicna kultura predstavlja zbrane rezultate učenja iz izkušenj, ki jo člani skupine predajajo novim članom, da se bolje soočajo z zunanjimi izzivi in zato delujejo zvezno s skupino. Naučene skupinske izkušnje se v skupini interpretirajo v kontekstu skupnih vrednot in verovanj, ki sčasoma postanejo bolj nezavedne kot zavedne. Ko je enkrat kultura vzpostavljena in pridobi moč z dejanji, ki na njej temeljijo, postane tako močna, da vpliva na percepcijo članov in se upira spremembi (Bowden in Smits,

2012, str. 150). Organizacijska kultura se v nacionalni kulturi razvije kot funkcija vodenja z vplivom na zelo pomembne dimenzije, kot sta uspešnost in management sprememb.

Herold in Fedor (2008 v Bowden in Smits, 2012, str. 151) sta dimenzijo kulture in spremembe opisala z besedami: »Na kulturo lahko gledamo kot na organizacijski imunski sistem. Namenjen je zavarovanju organizacije pred nadlegovanjem in reguliranju vsakodnevnega delovanja. Ko se sprememba uvaja, jo kultura vidi kot napad na osnovne in cenjene vidike organizma, zato gre imunski sistem v stanje varovanja.« V vsaki organizaciji obstaja veliko različnih delovnih skupin, ki se identificirajo tako z organizacijsko kulturo kot s svojo poklicno kulturo.

Psihološka pogodba predstavlja nenapisana pravila, ki tvorijo pomemben del odnosa zaposlenega do organizacije. Zato vodi naslednja pričakovanja: kaj zaposleni pričakujejo, da bodo delali, kakor tudi, kaj pričakujejo, da bodo dosegli. Sprejemanje novih načinov zadržanja obstoječega znanja in nastajanja novega lahko pomeni spremembo v razumevanju medsebojnega menjalnega razmerja, zato lahko takšne spremembe povzročijo občutek kršenja ali spreminjanja psihološke pogodbe. To najbolj velja za zaposlene, ki so bolj predani svojim karieram kot organizaciji – transakcijski tip psihološke pogodbe (Hallier, 1997; O'Neill in Adya 2007). V idealnem okolju, ki podpira razširjanje znanja, bi tako morali vsi imeti odnosen tip psihološke pogodbe, visoko stopnjo zaupanja v vodstva in sodelavce, skrivanje znanja pa bi moralo postati nemogoče.

Skupna razumevanja poklicne kulture zdravnikov, ki smo jih merili v konkretni študiji, so (Meyer in Tucker, 1992): individualna avtonomija, medosebni odnos zdravnikov, zaupanje v znanost, humanitarne ideje. Vanjo smo vključili še psihološko pogodbo. Individualna avtonomija ima funkcijo podpornega elementa za vse karakteristike, ki jih opisujemo kot poklicne. Zdravniki sicer na deklarativni ravni izražajo visoko stopnjo **humanitarne nagnjenosti**, ki pa se pri preverjanju konkretne, realne situacije pomembno zniža. Če radi skrbijo za bolne, jih zdravijo in rešujejo življenja, pa ne kažejo velikega navdušenja nad delovno pripravljenostjo na domu, pa tudi obveščanje bolnikov ob sprejemu je nekoliko slabše. To lahko razložimo s tem, da je kritična masa zdravnikov, potrebnih za zagotavljanje urgentne službe v Splošni bolnišnici Trbovlje, v primerjavi s kontrolno skupino precej manjša, zato so njihove delovne obremenitve v obliki pripravljenosti na domu neprimerno višje. To pomeni, da mora zdravnik iz SBT priti od doma v službo tudi večkrat tedensko, kar za zdravnike iz večjih bolnišnic absolutno ne drži.

Dokazali smo, da je vpliv humanitarnih idej na pripravljenost zdravnikov na spremembe signifikanten. Namreč, višja kot je nagnjenost k humanitarnosti, višja je pripravljenost za spremembe. Pri nagnjenosti k humanitarnosti gre v glavnem za osebnostne lastnosti, na katere je z organizacijo procesov dela bistveno težje vplivati. Gre za neodvisno spremenljivko, s katero lahko v bolnišnico uspešneje uvedemo določene spremembe. To so predvsem spremembe, ki temeljijo na humanitarnosti, torej spremembe, zaradi katerih bolje zdravimo bolne in rešujemo življenja.

Bolnika je treba obravnavati kot celoto, zdravljenje mu je treba prilagoditi v hitro, uporabno, 24-urno, osebno obliko (Department of Health, 2000). Poklicna kultura posameznih poklicnih skupin lahko zaradi pomanjkanja nadzora in svoje samozadostnosti zavira celosten pristop k bolnikom ter včasih onemogoča tudi njihovo optimalno zdravljenje. Sicer se v vsaki posamezni poklicni skupini precej pozornosti namenja kakovosti, a so načini za njeno povečevanje zelo različni. V celotni organizaciji, v kateri dela poklicna skupina, pa je zato kakovost manj jasno opredeljena. Posamezne strokovne skupine morajo zaradi čedalje večje kompleksnosti problemov, s katerimi se soočajo, sodelovati s kolegi. S študijo smo dokazali, da zdravniki podpirajo način zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku. Najverjetneje pa njihov način zdravljenja ni usklajen z drugimi strokovnimi skupinami, ker smo v študiji ugotavljali, da prost pretok informacij med različnimi strokovnimi skupinami ni prost in da je meddisciplinarnega zdravljenja predvsem v vertikalni smeri premalo. Zdravniki sicer menijo, da je takšen pristop zdravljenja pomemben, ker je to najprej pravica bolnika, hkrati pa je to koristno zanj, saj je zdravljenje bolj učinkovito in kakovostno.

Psihološka pogodba ima pomemben vpliv na pripravljenost zdravnikov na spremembe; bolj kot je prisotna odnosna psihološka pogodba, večja je pripravljenost na spremembe. Zato je treba izpolniti pričakovanja o lojalnosti in podpori zaposlenih. Zdravniki sicer izražajo lastnosti odnosnega tipa psihološke pogodbe, saj menijo, da dela ne opravljajo samo zaradi denarja, čeprav so izrazili željo po dobrem plačilu za svoje delo. Po drugi strani zaznavajo kršenje transakcijskega in hkrati odnosnega tipa psihološke pogodbe. Transakcijskega zato, ker so prepričani, da jim bolnišnica ne nudi dovolj visoke plače in jim hkrati ne omogoča tiste lojalnost, ki je definirana z določili pogodbe. Kršenje odnosnega tipa pa zato, ker imajo občutek, da jim bolnišnica ne omogoča napredovanja zaradi napora, ki ga vložijo v delo, da jih ne pohvali za dobro opravljeno delo in jim ne omogoča osebnostne rasti. Zelo pomembno je, da se delodajalec usmeri v zmanjševanja občutka kršenja psihološke pogodbe.

Zdravniki v Splošni bolnišnici Trbovlje so v primerjavi z drugimi bolnišnicami precej bolj obremenjeni ne samo v rednem času, pač pa tudi v času urgentne službe. Zato precej svojega prostega časa preživijo v njej. Najverjetneje večina ugotovitev izhaja iz te obremenitve in občutka, da delajo več, kot so plačani. Zelo pomembno je, da bolnišnica zmanjša občutek kršenja psihološke pogodbe, tudi zaradi tega, ker bodo zaposleni lažje sprejemali spremembe. V sedanjem sistemu nagrajevanja je sistem finančnega nagrajevanja povsem blokiran, ostane nam le še nefinančna motivacija. Že sedaj se trudimo zaposlene javno ustno in pisno pohvaliti za nadpovprečne dosežke. Očitno pa je, da bo treba vložene napore v ta dejanja še povečati. Bolnišnica lahko zaposlene motivira še z možnostjo sodelovanja in vpletenosti v cilje ter z ocenjevanjem njihovega doseganja.

Čeprav gre pri **individualni avtonomiji** za razmeroma trajne in trdne osebnostne lastnosti ter nagnjenja, na katera je težko vplivati, pa se je izkazalo, da zdravniki Splošne bolnišnice Trbovlje v primerjavi z zdravniki ostalih primerljivih bolnišnic v pomembno večji meri izkazujejo odpoved lastni individualni avtonomiji pri zdravljenju bolnikov, saj podpirajo uvajanje standardov zdravljenja in standardiziranih načinov zdravljenja pogostih bolezni ter ne nazadnje ne izražajo tolikšne stopnje hotenja po avtonomiji pri zdravljenju. Na drugi strani pa zdravniki SBT izražajo visoko stopnjo

individualne avtonomije, ki je vezana na posedovanje in izražanje statusnih simbolov ter občutka lastne vrednosti. Individualna avtonomija ima v kontekstu poklicne kulture enega večjih vplivov na pripravljenost zdravnikov za spremembe: močneje kot je izražena pri posamezniku, manjša je njegova pripravljenost na spremembe.

S kvalitativno analizo smo merili zaznavanje specifičnih elementov individualne avtonomije zdravnikov. Občutek nadzora narave in obsega nalog med zdravniki zelo variira, očitno je to stvar posameznika. Zdravniki imajo občutek nadzora sprejemanja bolnikov, diagnostike in zdravljenja, ocenjevanja oskrbe svojih bolnikov, nimajo pa nikakršnega nadzora nad kakovostjo obravnave drugih poklicnih skupin. Zaključimo lahko, da zdravniki v večini zaznavajo specifične elemente avtonomije zdravnikov, z izjemo kontrole drugih poklicnih skupin, kar pa je posledica organizacije dela, kjer vsaka poklicna skupina spada pod svojega vodjo, je vzporedna skupini zdravnikov in z njo sodeluje.

Medosebne odnose v Splošni bolnišnici Trbovlje na splošno lahko ocenimo kot zelo dobre, saj so zdravniki izražali dobre odnose tako s sodelavci kot nadrejenimi. Dobri delovni odnosi so zanje zelo pomembni, zdravniki so sodelavcem pripravljeni tudi pomagati, čeprav manj kot njihovi kolegi iz kontrolne skupine. So pa – nekoliko kontradiktorno – kljub izraženim dobrim odnosom na splošno zdravniki navedli zaznavanje mobinga v delovnem okolju, vendar vrednosti niso kritično nizke. Zaznavanje mobinga bi lahko povezali z nekoliko slabše ocenjenim odnosom z nadrejenimi. Ocena te trditve se namreč navezuje na nižjo oceno v primerjavi s kontrolno skupino, ki ocenjuje kvaliteto odnosov z nadrejenimi. Dokazali smo pozitiven vpliv dobrih medosebnih odnosov na pripravljenost na spremembe. To se sklada tudi z rezultati kvalitativne raziskave, kjer si zdravniki želijo meddisciplinarnega sodelovanja med oddelki in so zadovoljni, ker takšno sodelovanje že obstaja znotraj oddelkov.

Zdravniki SBT so izkazali visoko pomembnost **uporabe najnovejše tehnologije** in sledenja **medicini, podprti s kliničnimi dokazi,** pri svojem delu. Kljub temu da nam ni uspelo statistično dokazati vpliva konstrukta zaupanje v znanost na pripravljenost na spremembe, ko ga razumemo kot del koncepta poklicne kulture, pa ta konstrukt kot samostojna spremenljivka kaže vpliv na pripravljenost na spremembe, zato mu je treba posvečati pozornost, česar se vodstvo zavoda dobro zaveda. V zadnjih letih smo v zdravljenje uvedli več novosti, tako v kirurgiji kot v internistiki, pediatriji in ginekologiji. Z zdravniki poskušamo doseči »win-win« stanje, podpiramo jih v njihovih odločitvah o novih načinih diagnostike in zdravljenja ter jih sinhroniziramo s potrebami bolnišnice. Zaključimo lahko, da poklicna kultura kot celota pomembno vpliva na pripravljenost zdravnikov na spremembe, pri čemer o vplivu zaupanja v znanost ne moremo trditi ničesar.

Zdravniki menijo, da je **sistemsko razmišljanje,** kot ga je opredelil Senge (1990), sestavljeno iz medsebojnega razumevanja, priznavanja njihove poklicne kulture, verovanja v znanost, torej stanje, h kateremu bi morali stremeti. To stanje je gonilo strokovnega napredka, pomeni spoštovanje znanja in izkušenj sodelavcev ter daje vero v lastno znanje in izkušnje. S sistemskim razmišljanjem zagotavljamo etično in odgovorno zdravljenje, ki je prilagojeno posameznemu bolniku. Vsak zdravnik naj bi stremel

h grajenju **vizije** in **lastnih norm** na osnovi z dokazi podprte medicine. Ta lastna vizija in norme so temelj skupne vizije bolnišnice, ki predstavlja kapaciteto zadržanja skupne predstave o prihodnosti. S tem bi postala mnenja enakovredna, vsak posameznik bi prispeval k skupnemu dobremu, lažje bi se izničile slabosti posameznika, lahko bi se uvedle nove metode dela, kakovost dela bi se povečala. S takšnim načinom razmišljanja bi seveda prišlo do združevanja interesov, novega znanja in na koncu razvoja.

Dokazano je, da **pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb** pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov. Predvidena sprememba omogoča čas za pripravo, medtem ko se je na nepredvideno spremembo težje učinkovito odzvati. V zdravstvu se spremembe dogajajo hitro, zato so manj verjetno predvidljive. Pripravljenost zdravnikov se lahko poveča na več načinov. Veliko raziskav poudarja vpletenost zdravnikov v spremembe (Goodpastor in Montoya, 1996; Cohn, Friedman in Allyn, 2007; Wall, 2007) in večanje moči zaposlenih (Rowley, 2006). Narine in Persaud (2003) ter Jacobson in Jazowski (2011) pa poleg participacije svetujejo še prepoznanje potrebe po spremembi, jasno komunikacijo, pridobitev konsolidacije s povratnimi zankami in nazadnje vgraditev spremembe v organizacijsko kulturo.

Zdravniki SBT imajo občutek, da bi jim z uvajanjem sprememb delodajalec povečal obveznosti. Verjamejo, da so posamezni zdravstveni poklici visoko specializirani in ozko usmerjeni, zaradi česar lahko zasedajo le fiksna delovna mesta. Ta oblika razmišljanja bi lahko pomenila oviro timskemu delu, lahko pa bi jo pospeševala, ker zdravniki prav zaradi takšnega načina razmišljanja bolj iščejo pomoč v zdravljenju kompleksnih primerov bolnikov pri kolegih specialistih drugih specialnosti. So pa na drugi strani zdravniki SBT izrazili večje zadovoljstvo s sodelovanjem v projektih preoblikovanja bolnišničnih sistemov in večjo željo po sodelovanju v njih, vendar razlike niso statistično značilne.

Spremembe v organizacije v glavnem uvajamo z namenom doseganja **kulture varnosti bolnikov**. Če se želi organizacija spremeniti v učečo se organizacijo in s tem razvijati kulturo varnosti bolnikov, potrebuje podporo managementa (Franco in Almeida, 2011, str. 800). S kvalitativno študijo smo dokazali, da vodstva oddelkov in vrhnje vodstvo podpirajo kulturo varnosti bolnikov. To zagotavljajo z razgovori, izobraževanji, analizami, uvajanjem novosti in predlogi ukrepov. Pogoj za razvoj kulture varnosti bolnikov je, da je treba iz kulture obtoževanja preiti v kulturo sodelovanja. Zdravniki imajo sicer razpršena mnenja o pogostnosti tvornih debat o napakah posameznikov med zdravljenjem, pomembno pa je, da vidijo način obravnave takšnih dogodkov kot nekaznovalnega v izobraževalne namene. Še vedno ne pridobivajo dovolj povratnih informacij o svojih napakah, čeprav o njih redno poročajo, o njih diskutirajo in se iz njih učijo. Prav tako ne pridobijo dovolj povratnih informacij o kakovosti svojega zdravljenja. Strinjajo se, da je treba meriti kakovost dela med zdravniki, opredeljeno z uspešnostjo in učinkovitostjo.

Širok razpon kulture varnosti lahko organiziramo v sedem subkultur (Sammer, Lykens, Singh in Mains, 2010, str. 156). Zanima nas, ali so jih zdravniki v Splošni bolnišnici Trbovlje zaznavali. (1) Vodenje: potrebno je participativno vodenje, ki je bilo ocenjeno v skupini vodij z oceno od 1 do 5 3,81, pri

skupini delavcev pa 3,59. (2) Timsko delo: jasno prisotno znotraj oddelkov, precej manj ga je med oddelki. (3) S kvantitativno raziskavo smo dokazali, da zdravniki stremijo k zdravljenju, ki temelji na na dokazih temelječi medicini. Podpirajo tudi standardizirane načine zdravljenja. (4) Komunikacija: znotraj oddelkov je odprta, dvosmerna komunikacija, med oddelki prihaja do ovir v njej, čeprav zdravniki komunikacijo med kolegi še vedno ocenjujejo kot odprto. (5) Učenje: struktura bolnišnice ni zasnovana tako, da bi podpirala široko razširjanje najboljših praks in niti ne učenja. Je pa učenje med zaposlenimi cenjeno; ti so zadovoljni z možnostmi individualnega izobraževanja. (6) Pravica: razprave na temo primernosti zdravljenja bolnikov so zasnovane v učne, in ne kaznovalne namene. (7) Usmerjenost v bolnika: vsi zdravniki podpirajo način zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku.

5.3.3 Priporočila študije

Študija omogoča vpogled v delovanje zdravstvene organizacije in hkrati vključuje zaključke za managerje, ki so:

- Strukturo bolnišnice je treba prilagoditi tako, da bo spodbujala učenje in podpirala široko razširjanje najboljših praks. Odprta mora biti za protislovne informacije ter povratne informacije o kakovosti zdravljenja in napakah zdravnikov. To lahko storimo s tvorbo meddisciplinarnih timov, ki bodo nastali bodisi zaradi zahtevnega zdravljenja posameznih bolnikov in bodo tako začasni bodisi bodo stalni in se bodo ukvarjali z bolniki, ki vedno potrebujejo meddisciplinarni pristop.
- Organizacijsko znanje bi tako pridobivali izkustveno z meddisciplinarnim sodelovanjem pa tudi s sistemskim razširjanjem znanj na vse zaposlene. Zato je treba v bolnišnici ustvariti takšno okolje, da bo prisotna visoka stopnja zaupanja, medosebni odnosi bodo odprti in kolegialni. To nam bo omogočil participativni slog vodenja s prepuščanjem odgovornosti delavcem pri opravljanju nalog in enakosti do zaposlenih. Usmeriti se je treba v medosebno spoštovanje različnih specialnosti in različnih strokovnih skupin ter nato na primerno odprto komunikacijo med njimi.
- Zaposlene je treba z namenom uspešne motivacije bolj vključiti oblikovanje in načrtovanje ciljev, v izboljšanje metod dela ter nato v ocenjevanje napredka in korektivne akcije.
- Ključno sporočilo študije je, da se mora vodstvo bolnišnice usmeriti v zmanjševanje kršenja odnosnega tipa psihološke pogodbe zaposlenih. Zato je treba več energije posvetiti nefinančnim načinom nagrajevanja, z njimi odprto komunicirati ter jih seznanjati s ključnimi informacijami, najprej z vizijo in poslanstvom bolnišnice.

5.3.4 Ocena študije in njenih priporočil s strani ključnih informantov

Rezultate študije in njena priporočila je avtorica predstavila ključnim informantom, predstavnikom vrhnjega vodstva bolnišnice. Na predstavitvi so tako bili prisotni: direktorica Splošne bolnišnice Trbovlje ga. Marina Barovič, pomočnica direktorice za zdravstveno nego ga. Boža Hribar, vodja kadrovske službe ga. Pavli Ajdišek in koordinator za uvajanje kakovosti g. David Slapšak. Rezultate študije so sprejeli. Imeli so pripombe na izražanje humanitarnih idej zdravnikov in oceni njihove psihološke pogodbe. Njihovo skupno mnenje je, da zdravniki niso tako humanitarni, kot se ocenjujejo, da imajo v sestavi psiholoških pogodb večji delež transakcijskega dela, kar pomeni, da zdravnikom denar več pomeni, kot so pripravljeni priznati. Hkrati menijo, da jim statusni simboli pomenijo več, kot

so se ocenili. Menijo, da zdravniki niso pripravljeni sodelovati z drugimi strokovnimi skupinami, kar se vidi tudi iz rezultatov študije.

Večjo pozornost so namenili zaznavanju uvajanja konkretnih večjih sprememb (priprave na sprejetje akreditacijskega standarda DNV) zdravnikov. Ne strinjajo se s trditvijo, da so zdravniki želeli sodelovati, biti vpleteni v oblikovanje in sprejemanje sprememb. Po njihovem mnenju so bili v proces oblikovanja sprememb večkrat povabljeni predvsem predstojniki, ki pa se vabilom, z redkimi izjemami, sploh niso odzvali. Nasprotno so vodje ostalih strokovnih oddelkov, ki niso zdravniki, zgledno sodelovali v pripravah na sprejem standarda.

Strinjali so se s priporočili študije; menijo, da je uspeh doseganja meddiciplinarnega sodelovanja in zaupanja bolj odvisen od pripravljenosti zdravnikov ter manj od sposobnosti organiziranja dela. Vsekakor pa lahko z ustrezno organizacijo procesov dela in primernim vodenjem omogočimo pogoje za pridobivanje medsebojnega zaupanja, spoštovanja in nato odprte komunikacije med različnimi strokovnimi skupinami. Hkrati lahko omogočimo večjo dostopnost za povratne informacije o kakovosti zdravljenja in možnih napakah. Strinjajo se tudi, da je treba zaposlene povabiti k oblikovanju skupnih ciljev, njihovemu spremljanju in korekcijam, jih pohvaliti za dobro opravljeno delo ter jih s tem motivirati.

5.3.5 Ovrednotenje študije z znanstvenoraziskovalnega področja

Varnost bolnikov predstavlja naraščajočo skrb v zdravstveni stroki in javnosti. Študije, ki temeljijo na kritičnih poročilih oskrbe bolnikov in njene kakovosti, kličejo po bolj empiričnih dokazih za določitev dejavnikov, ki vplivajo na čim bolj uspešno uvajanje sprememb v bolnišnice z namenom izboljšanja varnosti bolnikov. Obstaja kar nekaj zelo kakovostnih študij, ki empirično dokazujejo pomen določenih dejavnikov na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Po pravilu se usmerjajo v en sam dejavnik, kot npr. študija Andersona in sodelavcev, ki so v svoji raziskavi dokazovali, da učinkovit sistem poročanja o napakah in primerna informacijska tehnologija lahko le delno zmanjšata problem napak v zdravljenju. Vzrok zanje ni na individualni ravni, pač pa so napake povzročene zaradi šibke kulture varnosti, nezadostnih delovnih praks in protokolov, slabega izobraževanja in zaprte komunikacije. Očitno zmanjšanje napak so dosegli le, kadar so v simulirani bolnišnici vzpostavili strategijo poročanja o napakah in odkrivanja njihovega vzroka (Anderson, Ramanujam, Hensel, Anderson in Sirio, 2006, str. 815, 816).

Študija, ki so jo leta 2013 objavili Goh in sodelavci, je do sedaj edina, ki opisuje konceptualni okvir, v katerem so povezali organizacijsko učenje, timsko delo, kulturo varnosti bolnikov in merjenje njenega doseganja prek ustreznih kazalcev. Vse ostale študije do sedaj so se ukvarjale le z enim dejavnikom, s katerim so razlagale doseganje kulture varnosti (Goh, Chan in Kuziemsky, 2013, str. 426). Problemu zagotavljanja kulture varnosti so se približali z organizacijskega vidika in s tem dodali nov pogled k boljšemu razumevanju, kako zagotavljati varnost bolnikov v zdravstvenih organizacijah. Ugotavljajo, da lahko imata grajenje organizacijske zmožnosti za učenje in poudarek na sodelovanju ter timskem delu med zdravstvenimi delavci velik vpliv na kulturo varnosti bolnikov.

Čedalje pogosteje raziskovalci ugotavljajo, da kontekst, v katerem proces zdravljenja poteka, predstavlja kritični vidik, v katerem manjkajo razprave o uvajanju sprememb (Mwachofi, Walston in Al-Omar, 2011, str. 275; Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2006, str. 405). Mwachofi in sodelavci so konkretno ugotovili, da je podajanje pripomb in komuniciranje med različnimi hierarhičnimi nivoji lahko zelo problematično. Prav tako so dokazali, da obstajajo specifične IT-funkcije, ki učinkoviteje izboljšajo kakovost zdravstvene nege bolnikov in zaznavanja o njihovi varnosti. Priporočajo, naj bo sistem poročanja o napakah nekaznovalne narave (Mwachofi, Walston in Al-Omar, 2011, str. 281).

Pronovost in sodelavci pa so v svoji raziskavi prišli do zaključkov, da si mora vrhnji management odkrito prizadevati za izboljšanje bolnikove varnosti, ki naj bo proaktivno strateško načrtovana. V izobraževanje zdravnikov o pomenu bolnikove varnosti je treba vlagati čim več časa in energije, se o tem odkrito pogovarjati, spremljati in izboljševati (Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller, Feroli, Sexton in Rubin, 2006, str. 407).

Kot lahko vidimo, so se do sedaj vse empirične raziskave ukvarjale z enim dejavnikom, ki vpliva bodisi na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije bodisi na razvoj kulture varnosti bolnikov. Konceptualni okvir konkretne raziskave vključuje več različnih kritičnih dejavnikov, med seboj povezanih v konceptualni model, ki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Te spremembe v končni fazi vodijo v oblikovanje učeče se bolnišnice, ki edina zagotavlja izboljšanje kulture varnosti bolnikov in jih postavlja v medsebojna razmerja. Ti dejavniki so vpliv strukturnih značilnosti, to je organizacijske strukture, organizacijske kulture, učeče se bolnišnice, management sprememb, vpliv poklicne kulture zdravnikov z vsemi svojimi elementi (psihološka pogodba, individualna avtonomija, medsebojni odnosi, humanitarnost in zaupanje v znanost) na pripravljenost zaposlenih zdravnikov za sprejemanje sprememb. Vse te elemente raziskava prek pripravljenosti zdravnikov na spremembe posredno poveže v zagotavljanje kulture varnosti bolnikov. Pri tem študija postavlja še en pogoj, v katerem lahko konceptualni model deluje, in to je participativni management v organizaciji.

Z raziskavo smo namreč dokazali, da močno izražena poklicna kultura zdravnikov negativno vpliva na njihovo sprejemanje sprememb. S participativnim managementom, ki omogoča sodelovanje vpletenih delavcev pri odločanju, pa lahko izničimo del negativnega vpliva poklicne kulture, in sicer individualne avtonomije, ki jo tudi najmočneje določa. Zdravniki si namreč želijo sodelovati v odločitvah in uvajanju sprememb, želijo biti vpleteni, slišani in upoštevani. S študijo smo dokazali, da če nam uspe, da postanejo zdravniki pripravljeni na uvajanje sprememb, bomo z njihovo pomočjo lažje uvedli njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem zagotavljali povečano varnost bolnikov.

Dokazali smo tudi, da fleksibilna in položnejša organizacijska struktura ter organizacijska kultura, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, ki smo ju merili s konstruktoma organizacijska struktura

in organizacijska kultura, pozitivno vplivata na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v organizacije, hkrati pa smo dokazali tudi pozitiven vpliv konstrukta učeča se organizacija.

Omejitve študije izhajajo predvsem iz dejstva, da gre za presečno raziskavo, ki pokaže samo posnetek trenutnega stanja. Zato je težko postaviti zanesljiva vzročno-posledična razmerja različnih dejavnikov konceptualnega modela. Druga vsebinska omejitev izhaja iz dejstva, da je bil konceptualni model analiziran v praksi na izbranem primeru slovenske bolnišnice, ki naj bi predstavljala povprečno slovensko bolnišnico v smislu zdravniške populacije. Iz tega izhajajo priporočila za raziskovanje predmeta raziskovanja. In sicer, študija naj se izvede v daljšem časovnem obdobju v konkretni bolnišnici oz. razširi na nekaj drugih bolnišnic. Tako bi lahko razumeli globlji vpliv participativnega managementa na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb in testirali odnosne prednosti med vsemi dejavniki konceptualnega modela. S tem bi pridobili dodatni vpogled in znanje, ki je potrebno za razumevanje, kako uspešno uvajati spremembe v zdravstvene organizacije in zagotavljati kulturo varnosti bolnikov.

SKLEP

V svetu obstaja kar nekaj skrb zbujajočih rezultatov velikih študij, ki dokazujejo, da v splošnem vsakodnevno delo z bolniki močno zaostaja ob sicer pravočasni in zanesljivi uporabi z dokazi podprte medicine. Primerov je veliko v svetu in tudi pri nas (McGlynn, Asch, Adams, Keesey, Hicks, DeCristofaro in Kerr, 2003; Pajntar, Verdenik in Leskošek, 2004). Dejstvo je, da je varnost zdravljenja bolnikov zelo razočarala, kar je najbolje opisalo poročilo Institute of Medicine (IOM): To Err is Human (Kohn, Corrigan in Donaldson, 2000), kjer je opisano, da vsako leto od 45.000 do 98.000 Američanov umre zaradi zdravniških napak, ki bi se jim sicer lahko izognili. Tudi v Sloveniji je bila leta 2009 opravljena pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti bolnikov (Robida). V njej je avtor ugotavljal, da nobena od bolnišnic ni imela razvite zadovoljive kulture varnosti. Izboljšave so potrebne predvsem v razvoju nekaznovalne kulture, pridobitvi podpore vrhnjega vodstva, vzpostavljanju timskega dela med bolnišničnimi enotami ter pri predaji bolnikov in premestitvah znotraj bolnišnice.

Namen raziskave je sistemske narave, saj smo želeli skozi obširno teoretično vsebinsko in kvalitativno študijo primera SBT opozoriti na pomen primernega načina uvajanja sprememb v javne zdravstvene zavode. Pri tem smo poskušali prikazati vpliv različnih dejavnikov na pripravljenost zdravnikov na spremembe. Do sedaj so se namreč vse empirične raziskave ukvarjale z enim izoliranim dejavnikom, ki vpliva na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Konceptualni okvir konkretne raziskave integrira več različnih kritičnih dejavnikov, ki vplivajo na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije, ki v končni fazi vodijo v oblikovanje učeče se bolnišnice, ki edina zagotavlja izboljšanje kulture varnosti bolnikov ter jih postavlja v medsebojna razmerja.

Veliko raziskav dokazuje, da se družba, v kateri živimo, postopno spreminja v družbo znanja (Drucker, 1968; Bell, 1973; Toffler 1990; Nonaka, 1994). Tako se pojavljajo vprašanja, kako organizacije

obravnavajo znanje in ustvarjajo novo znanje. Ta premik v splošni usmerjenosti med drugim vključuje rekonceptualizacijo procesov nastanka organizacijskega znanja. Organizacije igrajo kritično vlogo v mobilizaciji oprijemljivega znanja, ki ga imajo posamezniki. Ustvarjajo lahko spiralo znanja prek socializacije, kombinacije, eksternalizacije in internalizacije znanja (Nonaka, 1994, str. 34).

Po definiciji so značilnosti **učeče se bolnišnice** učenje, kreiranje in delitev znanja, ki je pridobljeno s pomočjo na dokazih podrte medicine. Bolnišnica ima vzpostavljen takšen sistem delovanja, ki te procese učenja pospešuje (Crites, McNamara, Akl, Richardson, Umscheid in Nishikawa, 2009). Hkrati pa je »organizacijsko učenje« orodje, ki lahko pospeši organizacijski proces sprejemanja sprememb, zato ga lahko obravnavamo kot prekurzorja spremembe (Franco in Almeida, 2011). Za namen ugotavljanja pridobivanja, razširjanja in kreiranja otipljivega organizacijskega znanja smo izdelali konstrukt trditev, ki so se osredotočale na zaznavanje pridobivanja individualnega znanja in možnosti prehajanja tega znanja v organizacijsko.

Na razširjanje in delitev individualnega znanja na ostale zaposlene ter s tem na nastanek otipljivega organizacijskega znanja najbolj vplivata organizacijska struktura in kultura (Dimovski, 2004; Ghosh, 2007). Hierarhične organizacije, ki izražajo kulturo centraliziranega odločanja in direktivnega managementa, zavirajo organizacijsko učenje in nastajanje novega znanja (Marhall et al., 2003; Greenhalgh et al., 2004; Crites, McNamara, Akl, Richardson, Umscheid in Nishikawa, 2009).

Z raziskavo smo dokazali, da fleksibilna in položnejša **organizacijska struktura** ter **organizacijska kultura**, ki podpira učenje in kontinuirano gradi znanje, pozitivno vplivata na pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb v organizacije. Hkrati smo dokazali tudi pozitiven vpliv konstrukta učeča se organizacija, ki ima sicer izmed vseh merjenih neodvisnih spremenljivk tega koncepta najmanjši vpliv. Najvišji vpliv ima spremenljivka organizacijska struktura, dokaj podoben, a nekoliko nižji vpliv pa smo zaznali pri spremenljivki organizacijska kultura.

V študiji smo ugotavili, da je prisotna vpletenost zaposlenih zdravnikov v odločanje znotraj oddelkov, tudi v procesu zdravljenja, da so hierarhična načela manj izražena, da pa ni vpletenosti v sprejemanje pomembnih odločitev. Na posameznih oddelkih so odnosi sproščeni, komunikacija je odprta, prosta, zaposleni si med seboj zaupajo, se sodelujejo in učijo. Je pa očitno manj sodelovanja z bolj omejeno komunikacijo med oddelki, čeprav si zdravniki želijo in podpirajo oblikovanje meddisciplinarnih timov, ki bi omogočali meddisciplinarno učenje, z njimi pa bi lahko tudi dvignili stopnjo kakovosti v obliki bolj optimalnega postopka diagnostike in zdravljenja ter s tem kakovostnejše obravnave bolnikov. Prehod informacij med njimi in ostalimi poklicnimi skupinami ni prost in odprt.

Komponente **učeče se bolnišnice** so spraševanci ocenili s skupno srednjo vrednostjo 3,25, kar pomeni, da nekaj značilnosti učeče se bolnišnice zaznavajo, preostalih pa (še) ne. Pomembno je, da se zdravniki pri svojem delu vedejo v skladu z lastnim znanjem; ocenjujejo, da se bolnišnica izogiba ponavljajočim se napakam. Slabše je ocenjena organizacijska sposobnost bolnišnice za pridobivanje organizacijskega stanja. Enako smo ugotavljali pri preostalih trditvah, ki so določevale prisotnost učeče se organizacije v

obstoječi organizacijski strukturi. Zdravniki imajo ustrezno individualno znanje, a struktura bolnišnice žal še ni zasnovana tako, da bi omogočala spodbujanje učenja in široko razširjanje najboljših praks, kar smo dodatno potrdili s kvalitativno študijo; zdravniki menijo, da ni dovolj skupinskega učenja.

Veliko študij je dokazalo, da ima **participativni management** pomembno pozitivno vlogo v omejevanju odpora za spremembe (Lenz in Lyles, 1986; Waddel in Sohal, 1998; Pardo-del Val, Martinez-Fuentes in Roig-Dobón, 2012). Poleg tega pa participativni management predstavlja enega od lažje izvedljivih dejavnikov za učinkovito uvajanje sprememb. Do sedaj nismo še nikoli ocenjevali in opredeljevali vrste vodenja kot dela managementa, ki ga izvajajo predstojniki kliničnih oddelkov (srednji management). Zato nas je v raziskavi hkrati zanimalo, ali vsebuje trenutni management v Splošni bolnišnici Trbovlje komponente participativnega vodenja in v kakšnem obsegu. Za participativni management je značilno zaupanje, spoštovanje, sodelovanje, vpletenost, odprta komunikacija ter da se motivacija zagotavlja prek skupinskega sodelovanja in vpletenosti v oblikovanje ciljev, izboljšanje metod dela in ocenjevanje napredka.

Ključnega pomena za uspeh uvajanja participativnega managementa sta dva dejavnika (Pierce, Rubenfeld, Morgan, 1991): najprej mora biti pretok informacij prost do in od zaposlenih v organizaciji, tako da imajo ti vedno zadosti informacij o svojem delu in da je njihov prispevek k z delom povezanim zadevam legitimno upoštevan in priznan. Drugo, zaposleni morajo sprejeti, da imajo primerno stopnjo samokontrole nad svojim delom in nad odločitvami, ki vplivajo na njihovo dobro počutje. Ko se bodo zaposleni počutili močnejše, bodo delali bolje, bolj bodo predani organizaciji, težje jo bodo zapustili, kar bo vse skupaj vplivalo na učinkovitost organizacije.

Pomemben sestavni del participativnega managementa, ki bi ga lahko glede na zgoraj navedeni opis imenovali tudi napredni management, je **napredno** ali **avtentično vodenje**. Avtentično vodenje (Dimovski, Penger in Peterlin, 2009) zajema kompleksen odnos med vodjo in sodelavci, ki temelji na zaupanju in je utemeljen na kompetentnosti vodje. Napredni vodja potrebuje učinkovito angažiranje sodelavcev, dosegljivo na dveh ravneh (Chemers, 2002 v Dimovski, Penger, Peterlin, Uhan,Černe in Marič, 2013): (1) učinkovita uporaba in izkoriščanje svojega znanja in sposobnosti ter (2) koordinacija virov na najbolj učinkovit in prilagodljiv način. Učinkovitost vodenja je tako odvisna od procesa vplivanja, pod katerega vplivom so ljudje navdahnjeni za doseganje skupnih ciljev ne s prisilo, pač pa z individualno motivacijo.

Pri podrobni analizi načina vodenja srednjega managementa vidimo, da si zdravniki, ki so delavci, ne želijo nikakršnega nadzora – ne želijo nadzorovati vodje niti ne želijo, da jih vodje nadzorujejo. Sicer občutijo neenakost v odnosu vodje do zaposlenih kakor tudi do njihovega dela, a se hkrati tudi v tem segmentu že občutijo elementi naprednega vodenja, in sicer se vodje zavedajo svojih napak in jih priznavajo. Zelo pomembna ugotovitev je, da njihova vodstvena funkcija temelji na razlagi. Zanimivo je, da vodje delavcem zaupajo manj, kot imajo ti občutek. Po drugi strani pa delavci menijo, da jim vodje ne prepuščajo dovolj odgovornosti pri opravljanju nalog. Rezultati kvalitativne raziskave kažejo, da imajo specialisti občutek enakopravnosti drugim specialistom, ker imajo enake naloge, pri delu so

samostojni, imajo enak dostop do diagnostičnih postopkov, njihovo mnenje je v večini primerov upoštevano.

Poklicna kultura predstavlja zbrane rezultate učenja iz izkušenj, ki jo člani skupine predajajo novim članom, da se bolje soočajo z zunanjimi izzivi, zato delujejo zvezno s skupino. Naučene skupinske izkušnje se v skupini interpretirajo v kontekstu skupnih vrednot in verovanj, ki sčasoma postanejo bolj nezavedne kot zavedne. Ko je enkrat kultura vzpostavljena in pridobi moč z dejanji, ki na njej temeljijo, postane tako močna, da vpliva na percepcijo članov in se upira spremembi (Bowden in Smits, 2012).

S kvantitativnim delom študije smo dokazali, da ima močno izražena poklicna kultura negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije. Statistično sicer nismo dokazali, da na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije vpliva celotni koncept poklicne kulture. Je pa moč trditi, da večina dimenzij tega koncepta vpliva na pripravljenost na spremembe. Ob predpostavki, da iz koncepta izločimo spremenljivko zaupanje v znanost, lahko trdimo, da šibkeje kot je izražena poklicna kultura, večja je pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb in obratno – močneje kot je poklicna kultura izražena, manjša je ta pripravljenost; z drugimi besedami: močno izražena poklicna kultura ima negativen vpliv na pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb v zdravstvene organizacije.

V jedru sedanjega razumevanja delovnega okolja je ideja o določeni obliki izmenjave med strankami v delovnem razmerju. Narava tega menjalnega odnosa ima lahko močan vpliv na rezultate organizacije (Rousseau, 1995). V zadnjih letih so raziskovalci čedalje več pozornosti namenjali psihološkemu vidiku tega odnosa. **Psihološka pogodba** tako predstavlja nenapisana pravila, ki tvorijo pomemben del odnosa zaposlenega do organizacije. Zato vodi naslednja pričakovanja: kaj zaposleni pričakujejo, da bodo delali, kakor tudi kaj pričakujejo, da bodo dosegli.

Obstajata dva tipa psihološke pogodbe: odnosna in transakcijska (Rousseau, 1995; Shapiro, 2008). Odnosne pogodbe označujejo pričakovanja o obveznostih, ki temeljijo bolj na izmenjavi socialno-čustvenih dejavnikov (lojalnost in podpora) kot o čistih denarnih vsebinah. Dodatno k tradicionalnemu partnerstvu med delavcev in delodajalcem lahko odnosni tip psihološke pogodbe doda čustveno komponento vpletenosti delavca. Zato so delavci pripravljeni dati več od sebe, kot je zahtevano od njih v pogodbi o delu, nimajo težav z delitvijo znanja in lažje sprejemajo spremembe. Nasprotno se transakcijske pogodbe usmerjajo v kratkotrajna monetarna strinjanja z ohlapno vpletenostjo obeh strank. Z raziskavo smo dokazali, da bolj kot se posameznik nagiba k odnosni psihološki pogodbi, tem višja je njegova pripravljenost na spremembe in obratno – bolj ko se posameznik nagiba k transakcijski psihološki pogodbi, tem nižja je njegova pripravljenost na spremembe.

Zdravniki SBT močno izražajo mnenje, da svojega dela ne opravljajo samo zaradi denarja, ampak so kljub temu prepričani, da jim bolnišnica ne nudi dovolj visoke plače. Občutijo kršenje odnosnega dela psihološke pogodbe s strani delodajalca, saj ne občutijo pohvale za dobro opravljeno delo, delodajalec

jim ne omogoča napredovanja bodisi zaradi dolžine zaposlenosti bodisi zaradi napora, ki ga zaposleni vložijo v delo, hkrati pa jim omogoča le tisto lojalnost, ki je definirana z določili njihove pogodbe. Psihološka pogodba ima pomemben vpliv na pripravljenost zdravnikov na spremembe, in sicer, kot smo že napisali, bolj kot je prisotna odnosna psihološka pogodba, večja je pripravljenost na spremembe. Zato je treba izpolniti pričakovanja o lojalnosti in podpori zaposlenih. V sedanjem sistemu nagrajevanja je sistem finančnega nagrajevanja povsem blokiran, ostane nam le še nefinančna motivacija. Zaposlene je tako treba motivirati s sodelovanjem in vpletenostjo v postavljanje ciljev, izboljšanje metod dela in nato v ocenjevanje napredka.

S študijo smo ugotovili, da zdravniki sicer na deklarativni ravni izražajo visoko stopnjo **humanitarne nagnjenosti**, ki pa se pri preverjanju konkretne, realne situacije pomembno zniža. Radi skrbijo za bolne, jih zdravijo in jim rešujejo življenja, ne strinjajo pa se z delovno pripravljenostjo na domu. Dokazali smo, da je vpliv humanitarnih idej na pripravljenost zdravnikov na spremembe signifikanten. Namreč višja kot je nagnjenost k humanitarnosti, višja je pripravljenost za spremembe. Pri nagnjenosti k humanitarnosti gre v glavnem za osebnostne lastnosti, na katere je z organizacijo procesov dela bistveno težje vplivati. Gre za neodvisno spremenljivko, s katero lahko v bolnišnico uspešneje uvedemo določene spremembe. To so predvsem spremembe, ki temeljijo na humanitarnosti, torej spremembe, zaradi katerih bolje zdravimo bolne in rešujemo življenja. To trditev bi lahko povezali s strinjanjem zdravnikov z uvajanjem standardiziranih načinov zdravljenja pogostih bolezni, strinjanjem z merjenjem uspešnosti med zdravniki in predvsem s podporo načinu zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku.

Čeprav gre pri **individualni avtonomiji** za razmeroma trajne in trdne osebnostne lastnosti ter nagnjenja, na katera je težko vplivati, pa se je izkazalo, da zdravniki v Splošni bolnišnici Trbovlje v primerjavi z zdravniki ostalih primerljivih bolnišnic v pomembno večji meri izkazujejo odpoved lastni individualni avtonomiji pri zdravljenju bolnikov, saj v veliki meri podpirajo uvajanje standardov zdravljenja in standardiziranih načinov zdravljenja pogostih bolezni ter ne nazadnje ne izražajo tolikšne stopnje hotenja po avtonomiji pri zdravljenju. Na drugi strani pa zdravniki SBT izražajo visoko stopnjo individualne avtonomije, ki je vezana na posedovanje in izražanje statusnih simbolov ter občutka lastne vrednosti. Individualna avtonomija ima v kontekstu poklicne kulture enega večjih vplivov na pripravljenost zdravnikov za spremembe, in sicer močneje kot je izražena pri posamezniku, manjša je njegova pripravljenost na spremembe.

S kvalitativno analizo smo merili zaznavanje specifičnih elementov individualne avtonomije zdravnikov. Občutek nadzora narave in obsega nalog med zdravniki zelo variira; očitno je to stvar posameznika. Vsi zdravniki imajo občutek nadzora nad sprejemanjem bolnikov, diagnostiko in zdravljenjem ter ocenjevanjem oskrbe svojih bolnikov, nimajo pa nikakršnega nadzora nad kakovostjo obravnave drugih poklicnih skupin. Zaključimo lahko, da zdravniki v večini zaznavajo specifične elemente avtonomije zdravnikov z izjemo nadzora drugih poklicnih skupin, kar pa je posledica organizacije dela: vsaka poklicna skupina spada pod svojega vodjo, je vzporedna skupini zdravnikov in z njo sodeluje.

Medosebne odnose v Splošni bolnišnici Trbovlje na splošno lahko ocenimo kot zelo dobre, a slabše, kot so jih izražali zdravniki iz kontrolne skupine, saj so zdravniki iz kontrolne skupine izražali višje ocene dobrih odnosov tako s sodelavci kot nadrejenimi, višjo težo polagajo pomembnosti dobrih medosebnih odnosov, med seboj so si pripravljeni bolj pomagati. Vseeno so dobri delovni odnosi za zdravnike SBT zelo pomembni in so sodelavcem tudi pripravljeni pomagati. So pa – nekoliko kontradiktorno – kljub izraženim dobrim odnosom na splošno zdravniki navedli zaznavanje mobinga v delovnem okolju. Dokazali smo pozitiven vpliv dobrih medosebnih odnosov na pripravljenost na spremembe. To se sklada tudi z rezultati kvalitativne raziskave: zdravniki si želijo meddisciplinarnega sodelovanja med oddelki in so zadovoljni, ker sodelovanje že obstaja znotraj oddelkov.

Zdravniki SBT so izkazali visoko pomembnost uporabe najnovejše tehnologije in sledenja medicini, podprti s kliničnimi dokazi, pri svojem delu. Kljub temu da nam ni uspelo statistično dokazati vpliva konstrukta **zaupanje v znanost** na pripravljenost na spremembe, ko ga pojmujemo kot del koncepta poklicne kulture, pa ta konstrukt kot samostojna spremenljivka kaže vpliv na pripravljenost na spremembe, zato mu je treba posvečati pozornost. Vodstvo bolnišnice se trudi, da bi omogočilo uporabo novih metod diagnostike in zdravljenja v vsakodnevni praksi. Zaključimo lahko, da poklicna kultura kot celota pomembno vpliva na pripravljenost zdravnikov na spremembe, pri čemer o vplivu zaupanja v znanost ne moremo trditi ničesar.

S kvalitativno raziskavo smo dokazali, da **pripravljenost zdravnikov za uvajanje sprememb** pozitivno vpliva na njihovo uvajanje v zdravstvene organizacije in s tem na povečano varnost bolnikov. Z raziskavo smo ugotavljali tudi, da si zdravniki želijo biti vpleteni v spremembe, želijo, da se njihova moč poveča s povečanjem nadzora nad svojim delom in s tem odgovornosti za svoje delo. Podobno dokazuje Rowley (2006) v svoji raziskavi, kjer je navedel še, da morajo zaposleni prevzeti odgovornost za osebno učenje, kar pa smo mi dokazali s kvantitativno in hkrati kvalitativno študijo. S kvalitativno študijo smo tudi ugotovili, da so zaposleni v konkretnem primeru uvajanja večje spremembe prepoznali potrebo po aktualni spremembi in tudi jasno komunikacijo. To svetujejo Narine in Persaud (2003) ter Jacobson in Jazowski (2011).

Ugotavljali smo, da si zdravniki želijo meddsciplinarnega sodelovanja in učenja z namenom doseganja čim bolj kakovostnega zdravljenja, usmerjenega v bolnika. Trdimo lahko, da tisti zdravniki, ki uvedenim spremembam pripisujejo koristnost, saj da izboljšuje organizacijo in kakovost dela na splošno, ter imajo občutek vključenosti in lastnega nadzora nad uvedenimi spremembami, pogosteje navajajo, da so deležni pogovora o neželenih dogodkih, ki je nekaznovalen, in so hkrati pogosteje deležni povratne informacije o svojih napakah. Vseeno zaznavajo mesta obstoječe kulture varnosti bolnikov v bolnišnici, ki bi se jih dalo izboljšati. Prav tako smo v kvantitativni raziskavi izmerili visoko ocenjene elemente, ki kažejo na prosto komunikacijo med zdravniki in diskutiranje o napakah pri delu ter učenje iz njih, iz česar je moč sklepati na potencialno ugodno okolje za uveljavljanje oziroma utrjevanje kulture varnosti bolnikov.

Zdravniki radi sodelujejo v projektih uvajanja kakovosti, tega si želijo in se ne strinjajo, če so iz njih izključeni. Hkrati imajo občutek, da so posamezni poklici visoko specializirani, fiksni in ozko usmerjeni. Ta oblika razmišljanja bi lahko predstavljala oviro timskemu delu, lahko pa bi jo ravno obratno pospeševala, ker zdravniki prav zaradi te ozke usmerjenosti pri zdravljenju kompleksnih primerov bolnikov pogosteje iščejo pomoč pri kolegih specialistih drugih specialnosti.

Med izvedbo študije in analizo rezultatov se je izkazalo, da nosi študija s seboj še eno pomembno, predvsem praktično dodano vrednost. Trdimo lahko, da je merski instrument dovolj podroben, da je občutljiv za minimalne spremembe. S faktorsko analizo smo namreč dokazali, da smo s trditvami v vprašalniku ustrezno opredelili konstrukte, saj smo statistično zanesljivo dokazali, da so merjeni konstrukti enodimenzionalni. Standardizacija vprašalnika bi lahko pomenila učinkovito orodje za spremljanje zaznavanja sprememb in učinkov teh sprememb. Na teh ugotovitvah bi lahko temeljili nadaljnji ukrepi vodstev zdravstvenih organizacij.

Zanesljivost merskega inštrumenta potrjujejo tudi ugotovitve kvalitativne raziskave. Merski inštrument omogoča ciklično ocenjevanje uvedenih sprememb na različnih področjih (npr. participativnega vodenja, učeče se organizacije, medosebnih odnosov ...), pri čemer je cilj logičen – težiti k vedno boljšim ocenam. Ciklično ocenjevanje bi tako omogočilo spremljanje trendov. Morda bi veljalo razmisliti še o dodatni dimenziji merskega inštrumenta – spremljanju pomembnosti posameznih dimenzij. Če obstoječi vprašalnik meri trenutno stanje na posameznih področjih, bi dimenzija pomembnosti pomenila dodano vrednost v smislu, da bi lahko ugotavljali še, koliko so posamezni elementi zdravnikom pomembni. To bi nam omogočilo ugotavljanje kritičnih elementov, tj. elementov, ki dosegajo visoke vrednosti pri dimenziji pomembnosti in nizke vrednosti ocene trenutnega stanja.

LITERATURA IN VIRI

1. Abramson J. S. & Mizrahi T. (1996). When social workers and physician collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work, 41,* 270–281.
2. ACSNI Human Factors Study group. (1993). *Organizing For Safety*. HSE Books, Norwich.
3. Adamson J., Warfa N. & Bhui K. (2011). A case study of organizational cultural competence in mental healthcare. *BMC Health Services Research, 11:* 218, 1–8.
4. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality: A Framework for Measuring Integration of Behavioral Health and Primary Care. Najdeno 14.09.2013 na spletnem naslovu http://integrationacademy.ahrq.gov/atlas/frameworkIBHC.
5. Almås S.H. & Ødegård A. (2010). Impact of Professional Cultures on Students' Perceptions of Interprofessionalism. Some Norwegian Experiences. *Journal of Allied Health, Volume 39*, No 3 Pt 1, str. 143–149.
6. Amitay M., Popper M. & Lipshitz R. (2005). Leadership styles and organizational learning in community clinics. *The Learning Organization Vol.12* No.1, 57–70.

7. Anderson J. G., Ramanujam R., Hensel D., Anderson M.M. & Sirio C. A. (2006). The need for organizational change in patient safety initiatives. *International Journal of Medical Informatics 75*. 809–817.
8. Anderson R. (2007). Thematic Content Analysis (TCA). *Descriptive Presentation of Qualitative Data.* Palo Alto: Institute of Transpersonal Psychology.
9. Angermeier I., Dunfors B. B., Boss A. D., Boss R. W. & Miller J. A. (2009). The Impact of Participative Perceptions on Customer Service, Medical Errors, Burnout, and Turnover Intentions. *Journal of Healthcare Management, 54*, 2, 127–141.
10. Antonsen S. (2008). Safety culture and the issue of power. *Safety Science 47*. 183–191.
11. Appelbaum S. H. & Wohl L. (2000). Transformation or change: some prescriptions for healthcare organizations. *Managing Service Quality. Volume 10.* Number 5. 279–298.
12. Argyris C. (2004). Reflection and Beyond in Research on Organizational Learning. *Management Learning; 35*, 4, 507–509.
13. Audet A-M. J., Doty M. M., Shamasdin J. & Schoenbaum S.C. (2005). Measure, Learn, And Improve: Physicians' Involvement In Quality Improvement. *Health Affairs, Volume 24*, Number 3, 843–853.
14. Baker G. R., Norton P. G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J., Etchells E., Ghali W.A., Hebert P., Majumdar S.R., O'Beirne M., Palacios-Derflingher L., Reid R.J., Sheps S. & Tamblyn R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC; 170* (11), str. 1678–1686.
15. Baker, P. B., Day, R. & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high reliability organizations. *Health Research and Educational Trust, Vol. 41* No. 4, 1576–1598.
16. Baker S., Smithson K., Schmitt S., Schaefer E. & Reichert J. (2003). Just what the doctor ordered. *Healthcare Financial Management; 57,* 7, 70–74.
17. Barnes B., Cooper C. & West P. (2003). Organizational learning: the new management paradigm? *Management Decision 41*/5, 452–464.
18. Barnett J. M. (2002). Focus Groups Tips for Beginners, TCALL Occasional Research Paper No. 1. Texas Center for Adult Literacy & Learning. Najdeno 3. 4. 2011 na spletnem naslovu http://www-tcall.tamu.edu/orp/orp1.htm.
19. Barton, E. & Evans, L. (2003). A case of multiple professionalisms service learning and control of communication about organ donation. *Journal of Business and Technical Communication, Vol. 17* No. 4, 413–438.
20. Bate P., Bevan H. & Robert G. (2004). Towards a Million Change Agents. A review of the social movements literature: implications for large scale change in the NHS. Najdeno 18. 12. 2007 na spletnem naslovu: URL: . http://www.ihi.org/Ihi/Files/Forum/2005/Handouts/D7E7WhatHealthCareImprovementCanLearnFromSocialMovements.pdf.
21. Bate P., Khan R. & Pye A. (2000). Towards a Culturally Sensitive Approach to Organization Structuring: Where Organization Design Mets Organization Development. *Organization Science, 11*, 2, 197–211.

22. Bechervaise N. E., McKenzie K. M. & Beal R. (2013). Professionalism as Reputation Capital: Building Strategic Advantage. *The Journal of American Business Review, Cambridge, Vol. 1*, Num. 2, 45 – 53.
23. Bennis W. (1965). Beyond Bureaucracy. *Society; Volume 2*, Issue 5, 31–35.
24. Bergman D., Stotzer E., Wahlstrőm R. & Sandahl C. (2009). Learning from dialogue groups – physician's perceptions of role. *Journal of Health, Organization and Management; Vol. 23* No. 2, 225–239.
25. Bernstein P. (1976). Necessary Elements for Effective Worker Participation in Decision Making. Journal of Economic Issues Vol. X No. 2, 490–522.
26. Berwick D.M. (2002). A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report. *Health Affairs; Volume 21*, Number 3, 80–90.
27. Bowden D. E. & Smits S. J. (2012). Managing the context of healthcare's escalating technology and evolving culture. *Journal of Health Organization and Management. Vol. 26* No. 2, 149–157.
28. Bradley J. R. (1992). Choosing Research Methodologies Appropriate to Your Research Focus. Graduate School of Library and Information Science. Urbana-Champaign: University of Illinois.
29. Bradshaw M., Coleman V. & Smith L. (2003). Interprofessional learning and familiy-centred care. *Paediatric Nursing, 15*, 7, str. 30–33.
30. Braithwaite J., Westbrook M. T., Iedema R., Mallock N. A., Nugus P., Forsyth R., Jorm C. & Pawsey M. (2007). Are health systems changing in support of patient safety? A multi-methods evaluation of education, attitudes and practice. *International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 20* No. 7, 585–601.
31. Brashier L. W. & Sower V. E. (1996). Implementation of TQM/CQU in the health-care industry. A comprehensive model. *Benhmarking for Quality Management & Technology*, *Vol. 3*, No. 2, 31–50.
32. Brien A. (1998). Professional Ethics and the Culture of Trust. *Journal of Business Ethics, 17,* 391–409.
33. Britnell M. (2011). The role of »specialist in healthcare. *Clinical Medicine, Vol. 11*, No. 4, 329–341.
34. Bronstein L. R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research, 26*, 113–126.
35. Bronstein L. R. (2003). A model of interdisciplinary collaboration. *Social Work, 48*, 3, 297–306.
36. Bryman A. (2004). Qualitative research on leadership: A critical but appreciative review. *The Leadership Quarterly, 15*, 729–769.
37. Buell J. M. (2012). Physician Leadership Development: A strategic imperative for integrated healthcare delivery. *Healthcare Executive; 27*, 1; 1–18.
38. Bujak J. S. (2005). Physicians in Governance: Their Unique Learning Curve. *Trustee, 58*, 3, 28–29.
39. Bunderson J. S. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors' responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behavior, Chichester, Vol. 22*, Iss. 7, 717–740.
40. Burns R. L. & Kuramoto R. K. (1999). Polarity management: The key challenge for integrated health systems. *Journal of Healthcare Management, 44*, 1, 14–33.
41. Burns T. & Stalker G. M. (1961). *The Management of Innovation*. London: Tavistock.

42. Byrnes J. (2012). 7 tactics to reduce variation in clinical practice. *Healthcare Financial Management; 66*, 4; 146–148.
43. Campbell H. & Marshall R. (2005). Professionalism and planning in Britain. *The Town Planning Review; 76,* 2; 191–213.
44. Cannavina C. D., Cannavina G. & Walsh T. F. (2000). Effects of evidence-based treatment and consent of professional autonomy. *British Dental Journal, Volume 188*, No. 6, str. 302–306.
45. Carlstrőm E. D. & Ekman I. (2012). Organizational culture and change: implementing person-centred care. *Journal of Health Organization and Management. Vol. 26* No. 2, 175–191.
46. Caykoylu S., Egri C. P., Havlovic S. & Bradley C. (2011). Key organizational commitment antecedents for nurses, paramedical professionals and non-clinical staff. *Journal of Health Organization and Management. Vol. 25* No. 1, 7–33.
47. Chen C. C. (2007). The Effect of Organizational Change Readiness on Organizational Learning and Business Management Performance. *The Business Review, Cambridge, 8,* 2, 68–74.
48. Chenhall R. H. & Morris D. (1995). Organic decision and communication processes and management accounting systems in entrepreneurial and conservative business organizations. *Omega, International Journal of Management Science, Exeter, 23*, 5, 485–497.
49. Chreim S., Williams B. E. & Coller K. E. (2012). Radical Change in healthcare organization. Mapping transition between templates, enabling factors, and implementation processes. *Journal of Health Organization and Management Vol. 26* No. 2, 215–236.
50. Cohn K., Friedman L. H. & Allyn T. R. (2007). The Tectonic Plates Are Shifting: Cultural Change vs. Mural Dyslexia. *Frontiers of Health Services Management, 24*,1, 11–27.
51. Colby D. C. (1997). Doctors and their discontents. *Health Affairs, 16*, 6, 112–114.
52. Conner D. R. (2006). Managing at the Speed of Change. The Random House, Inc., New York.
53. Conway J. B. (2005). Patient Safety: The Way We Do the Work. *Frontiers of Health Services Management, 22*, 1, 45–49.
54. Cortvriend P. (2004). Change management of mergers: the impact on NHS staff and their psychological contracts. *Health Services Management Research; 17,* 3, 177–187.
55. Coulter A., Parsons S. & Askjam J. (2008). *Where are the patients in decision-making about their own care?* WHO European Ministerial Conference on Health Systems: »Health Systems, Health and Wealth. Tallin, Estonia. Word Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
56. Cowen M. E., Halasyamani L. K., McMurtrie D., Hoffman D., Polley T. & Alexander J. A. (2008). Organizational Structure for Addressing the Attributes of the Ideal Healthcare Delivery System. *Journal of Healthcare Management; 53,* 6, 407–419.
57. Coyle-Shapiro, J. A-M. & Parzefall, M. (2008). *Psychological contracts*. In: Cooper, Cary L. and Barling, Julian, (eds.) The SAGE handbook of organizational behavior. SAGE Publications, London, UK, 17–34.
58. Crites G. E., McNamara M. C., Akl E. A., Richardson W.S., Umscheid C.A. & Nishikawa J. (2009). Evidence in the learning organization. *Health Research Policy and Systems, 7*:4, 1–13.
59. Crozier K. (2003). Interprofessional education in maternity care: Share learning for women - centered care. *The International Journal of Sociology and Social Policy, 23*, 4/5, str. 123–138.

60. Culbertson R. A. & Lee P. R. (1996). Medicare and physician autonomy. *Health Care Financing Review, 18*, 2, 115–130.
61. Curtis E. & White P. (2002). Resistance to change: Causes and solutions. *Nursing Management; 8*; 10; 15–20.
62. Day P. & Klein R. (1987). *Accountabilities.* Five Public Services, Tavistock.
63. DelCampo R. G. (2007). Understanding the psychological contract: a direction for the future. *Management Research News, Vol. 30*, No. 6, 432–440.
64. Department of Health, The NHS Plan (2000). *A plan for investment A Plan for reform*. Colegate, Norwich NR3, 1BQ: Crown Copyright.
65. DeVore S. D., Falvey P. D., Tran T., Popwell E. & Reinbold O. (2010). Results from the first 4 years of pay for performance. Healthcare financial management. January; 64, 1, 88
66. Dimovski V., Penger S., Peterlin J., Uhan M., Černe M. & Marič M. (2013). *Napredni management.* Ljubljana, Ekonomska fakulteta, Maksima.
67. Dimovski V., Penger S. & Škerlavaj M. (2002). *Metode raziskovalnega dela*. Ljubljana, Ekonomska fakulteta.
68. Dimovski V., Penger S., Škerlavaj M. & Žnidaršič J. (2005). *Učeča se organizacija: Ustvarite podjetje znanja*. Ljubljana, GV Založba.
69. Dimovski V., Penger S. & Žnidaršič J. (2004). Javna uprava kot učeča se organizacija. Uprava, letnik II, 1, 7–30.
70. Doherty T. L. & Horne T. (2007). *Managing Public Services*. *Implementing Changes – A Thoughtful Approach*. New York: Routhledge.
71. Donabedian A. (1988). Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry 25*: 173–192.
72. Došenović Bonča P. (2010). *Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji* (doktorsko delo). Ljubljana, Ekonomska fakulteta.
73. Drucker P. F. (2008). *The Best of Sixty Years of Peter Drucker's Essential Writings on Management* (Collins Business Essentials). HarperBusiness; Reissue edition.
74. Dűckers M. LA., Wagner C., Vos L & Groenewegen P. P. (2011). Understanding organizational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative. *Implementation Science, 6*:18, 1–10.
75. Dwyer A. J. (2010). Medical managers in contemporary healthcare organizations: a consideration of the literature. *Australian Health Review, 34,* 514–522.
76. El-Jardali F., Dimassi H., Jamal D, Jaafar M & Hemadeh N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research, 11*:45, 1–12.
77. Ennis K. & Harrington D. (1999). Factors to consider in the implementation of quality within Irish healthcare. *Managing Service Quality Volume 9* Number 5, 320–326.
78. Escribá-Moreno M. A. & Canet-Giner M. T. (2006). The combined use of quality management programs and work teams. A comparative analysis of its impact in the organizational structure. *Team Performance Management, Vol. 12*, No. 5/6, 162–181.

79. Escribá-Moreno M. A., Canet-Giner M. T. & Moreno-Luzón M. (2008). TQM and Teamwork Effectiveness: The Intermediate Role of Organizational Design. The Quality Management Journal; 15, 3, 41–59.
80. Evans J. M. & Baker G. R. (2012). Shared mental models of integrated care: aligning multiple stakeholder perspectives. *Journal of Health Organization and Management Vol. 26* No. 6, 713–736.
81. Evetts J. (2003). The construction of professionalism in new and existing occupational contexts: promoting and facilitating occupational change. *The International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 23,* No. 4/5, 22–35.
82. Fang H., Rizzo J., Miller N. H. & Zeckhauser R. (2011): Demanding Customers: Consumerist Patients and Quality of Care. *The B. E. Journal of Economic Analysis & Policy: Vol. 11* Iss. 1 (Contributions), Article 59, 1–51.
83. Ferlie E. B. & Shortell S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for Change. *Milbank Q, 79*, 281–315.
84. Fiorina C. (2002). Mastering Change. *Executive Excellence, 19*, 6, 10–12.
85. Fisher E. S., Wennberg D. E., Stukel T. A. & Gottlieb D. J. (2004). Variations in the Longitudinal Efficiency of Academic Medical Centers. *Health Affairs, Chevy Chase, V19*, 1–14.
86. Fogarty, T. J. & Dirsmith, M. W. (2001). Organizational socialization as instrument and symbol: an extended institutional theory perspective. *Human Resource Development Quarterly, Vol. 12* No. 3, 247–66.
87. Fogarty T. J. & Kalbers L. P. (2000). An empirical evaluation of the interpersonal and organizational correlates of professionalism in internal auditing. *Accounting and Business Research, Vol. 30,* No. 2, 125–136.
88. Franco M. & Almeida J. (2011). Organizational learning and leadership styles in healthcare organizations. An exploratory case study. *Leadership & Organization Development Journal. Vol. 32* No. 8, 782–806.
89. Freeman C. K. & Ellis J. R. (2009). Reining in Physician Contractual Autonomy – Why You Should Do It Now. *Medical Practice Management*. March/April, 279–285.
90. Gale A. U. & Austin B. D. (2003). Professionalism's challenges to professional counselor's collective identity. *Journal of Counseling and Development, Vol. 81*, No. 1, 3–10.
91. Gavranović S. (2011). *Asertivnost pri managementu v zdravstveni negi* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
92. Ghosh B. & Scott J. E. (2007). Effective Knowledge Management Systems for Clinical Nursing Setting. *Information Systems Management; 24*, 1, 73–84.
93. Gilmer B. H. (1969). *Industrijska psihologija.* Ljubljana, Cankarjeva založba.
94. Gogan J. L., Baxter R. J., Boss S. R. & Chircu A. M. (2013). Handoff processes, information quality and patient safety. A trans-disciplinary literature review. *Business Process Management Journal Vol. 19* No.1, 70–94.
95. Goh S. C., Chan C. & Kuziemsky C. (2013). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 26 No. 5, 420–432.

96. Goldsmith J. (1993). Driving the Nitro-glycerine Truck. *Healthcare Forum Journal 36* (2), 1993, 36–44.
97. Gosfield A. G. & Reinertsen J. L. (2007). Sharing the Quality Agenda with Physicians. *Trustee, Oct, 60*, 9, 12–16.
98. Gračner A. (2006). *Strategija razvoja Splošne bolnišnice Trbovlje* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
99. Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P. & Kyriakidou O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organisations: Systematic Review And Recommendations. The *Milbank Quarterly, Vol. 82*, No. 4, 581–629.
100. Greenwood R. & Hinings C. R. (1996). Understanding radical organizational change: bringing together the old and new institutionalism. *Academy of Management Review, 21* (4), 1022–1054.
101. Gregorič Rogelj E. (2010). Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov v Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu. Čatež, 20. in 21. maj 2010.
102. Grey E. J. (1990). Conflict of interest. *The Healthcare Forum Journal, Nov/Dec, 33*, 6, 96–99.
103. Grimmer M. & Oddy M. (2007). Violation of the Psychological Contract: The Mediating Effect of Relational Versus Transactional Beliefs. *Australian Journal of Management, 32*, 1, 153–174.
104. Groah L. (2006). Hand offs – A link to improving patient safety. Association of Operating Room Nurses. AORN Journal; 83, 1, 227–230.
105. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (1998*). Multivariate Data Analysis.* New Yersey: Upper Saddle River, Prentice Hall.
106. Hair J. F., Black W. C., Babin B. J. & Anderson R. E. (2009): *Multivariate Data Analysis* (7th Edition). New Yersey: Upper Saddle River, Pearson Education.
107. Hall P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1: 188–196.
108. Hallier J. & James P. (1997). Management enforced job change and employee perceptions of the psychological contract. *Employee Relations, Vol. 19* No. 3, 222–247.
109. Ham C., Kipping R. & McLeod H. (2003). Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Service. The Milbank Quarterly, Vol. 81, No. 3, 415–439.
110. Hamilton D. K., Orr R. D. & Raboin W. E. (2008). Organizational Transformation: A Model for Joint Optimization of Culture Change and Evidence-Based Design. *Herd Volume 1*, Number 3, 40–60.
111. Harmer B. M. (2006). A cross-purposes: head-to-head professionalism in not-for-profit pastoral organizations. *Journal of Health Organization and Management, Vol. 20*, No. 6, str. 489–501.
112. Hatch M. J. (2006). *Organization Theory.* OUP Oxford.
113. Healy J. & Braithwaite J. (2006). Designing safer health care through responsive regulation. Medical Journal of Australia; 184, 10, S56–S59.
114. Heifetz M. & Halle S. (1996). Leading change, overcoming chaos – making change succeeds in your organization. *Hosp Mater Manage Q, 18,* 17–27.
115. Hellings J., Schrooten W., Klazinga N. S. & Vleugels A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 23* No.5, 489–506.

116. Hendy J. & Barlow J. (2012). The role of the organizational champion in achieving health system change. *Social Science & Medicine 74*, 348–355.
117. Henochowicz S. & Hetherington D. (2006). Leadership coaching in health care. *Leadership & Organization Development Journal. Vol 27* No. 3, 183–189.
118. Herkenhoff L.M. (2010). Professional Culture, Emotional Intelligence and Emotional Process Model. *Journal Of Organizational Leadership & Business.* 1–30.
119. Hitt W. D. (1996). The Learning organization: some reflections on organizational renewal. *Employee Counselling Today; Volume 8*, Number 7. 16–25.
120. Hogg C. (2004). Patient-centered care – tomorrow's doctors. *Education Committee Discussion Document*. Number 2.0, 1–19.
121. Hovlid E., Bukve O., Haug K., Aslaksen A. B. & von Plessen C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? *BMC Health Service Research, 12*: 235, 1–13.
122. Humphris D. & Hean S. (2004). Educating the future workforce: building the evidence about interprofessional learning. *Journal of health Services research & Policy, 9*, 24–27.
123. Huq Z. & Martin T. N. (2000). Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in Hospitals. *Health Care Management Review, 25* (3), 80–93.
124. Iedema R. (2011). The »clinalyst«. Institutionalizing reflexive space to realize safety and flexible systematization in health care. *Journal of Organizational Change Management. Vol. 24* No. 2, 175–190.
125. Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
126. Jacobson P. D. & Jazowski S. A. (2011). Physicians, the Affordable Care Act, and Primary Care: Disruptive Change or Business as Usual? *J Gen Intern Med 26* (8); 934–7.
127. Jeffcott S. A. & Mackenzie C. F. (2008). Measuring team performance in healthcare: Review of research and implication for patient safety. *Journal of critical care 23*, 188–196.
128. Jha A. K., Prasopa-Plaizier N., Larizgoitia I. & Bates D. W. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Heath Care; 19*; 42–47.
129. Jones J. E. & Bearley W. L. (1995). *Surveying Employees*. HRD Press, Amherst, Massachusetts.
130. Kaissi A. (2006). An organizational approach to understanding patient safety and medical errors. *The Healthcare Manager, Vol. 25* No. 4, 292–305.
131. Kaldijan L. C., Jones E. W., Wu B. J., Forman-Hoffman V. L., Levi B. H. & Rosenthal G. E. (2008). Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety. Arch Intern Med/Vol. 168 (No. 1), 40–46.
132. Karahanna E., Evaristo J. R. & Srite M. (2005). Levels of Culture and Individual Behavior: An integrative Perspective. *Journal of Global Information Management, 13,* 2, 1–20.
133. Karp T. (2004). Learning the steps of the dance of change: improving change capabilities by integrating futures studies and positive organizational scholarship. *Foresight: the Journal of Futures Studies, Strategic Thinking and Policy. Vol. 6* No. 6, 349–355.
134. Katz D. & Kahn R. L. (1978). *The Social Psychology of Organizations.* Wiley; 2nd edition.

135. Khaliq A. A., Mwychofi A. K. & Broyles R. W. (2010). Physician Autonomy vs. Self-Regulation: You Can't Have One Without the Other. Ethics & Medicine, Vol. 26:2, 111–120.
136. Khokher P, Bourgeault I. L. & Sainsaulieu I. (2009). Work culture within hospital context in Canada: professional versus unit influences. *Journal of Health Organization and Management. Vol. 23* No.3, 332–345.
137. Kilic M., Arslan M., Leblebici D. N., Aydin M. D. & Oktem M. K. (2008). Managerial Control Vs Professional Autonomy: An Empirical Study on Perceptions and Expectations of Physicians at Teaching Hospital in Turkey. *J Med Syst 32*: 157–165.
138. Kohn L. T., Corrigan J. M. & Donaldson M. S. (2000). *To Err is Human: Building of Safer Health System.* Institute of Medicine, Washington, National Academies Press.
139. Koren. A. (2007). *Ravnateljevanje: vprašanja o vodenju šol brez enostavnih odgovorov.* Koper: Fakulteta za management, Ljubljana: Šola za ravnatelje.
140. Kotter J. P. (1996). Leading Change. Boston, Harvard Business School Press.
141. Kotter J. P. (December 2001). What Leaders Really Do. *Harvard Business Review*. Najdeno 01.10.2013 na spletnem naslovu http://hbr.org/2001/12/what-leaders-really-do/ar/1.
142. Kotter J. P. & Cohen D. S. (2002). *The Heart of Change.* Boston: Harvard Business School Press.
143. Kuhar M. (2007). *Strateško planiranje v slovenskih bolnišnicah* (diplomsko delo). Ljubljana, Ekonomska fakulteta.
144. Lait J. & Wallace J. E. (2002). Stress at work: a study of organizational-professional conflict and unmet expectations. *Industrial Relations, vol. 57*, No. 3, 463–87.
145. Landry A. Y. & Hearld L. R. (2013). Did we learn everything we need to know in school? An evaluation of executive workplace learning in healthcare organizations. *Leadership & Organization Development Journal Vol. 34* No. 2, 164–181.
146. Larsen K. R. T., McInerney C., Nyquist C., Silsbee D. L. & Zagonel A. A. (2002). Learning Organizations: A Primer for Group Facilitators. *Group Facilitation, 4,* 30–44.
147. Larson L. (2007). Physician Autonomy vs. Accountability: Making Quality Standards and Medical Style Mesh. *Trustee,* 14–17.
148. Lawler E. E. & Galbraith J. R. (1994). Avoiding the corporate dinosaur syndrome. *Organizational Dynamics, New York, Vol. 23,* Iss. 2, 5–18.
149. Lawler E. E. & Worley C. (2006). Built to Change: How to Achieve Sustained Organizational Effectiveness. Jossey-Bass.
150. Laws D. & Amato S. (2010). Incorporating Bedside Reporting into Change-of-Shift Report. *Rehabilitation Nursing; 35*,2, 70–74.
151. Leape L. L. & Berwick D. M. (2005). Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned? *Journal of the American Medical Association*, 293 (May), 2384–2390.
152. Lee V., Ridzi F., Lo A. W. & Coskun E. (2011). A healthcare case study of team learner style and change management. *Journal of Organizational Change Management Vol. 24* No. 6, 830–852.
153. Lenz R. T. & Lyles M. A. (1986). Managing human problems in strategic planning systems. *The Journal of Business Strategy, Vol. 6* No. 4, 57–66.
154. Leonard M. & Frankel A. (2006) Make Safety a Priority: Create and Maintain a Culture of Patient Safety. *Healthcare Executive, 21,* 2, 12–17.

155. Levin L. S. (2004). *Aligning the Stars: Creating Dialogue within Healthcare Teams. Healthcare Executive, 19,* 2, 16–20.
156. Liang Z. & Howard P. F. (2007). Views from the executive suite: lessons from introduction of performance management. *Australian Health Review; 31*, 3; 393–400.
157. Liff R. (2011). Promoting cooperation in health care: creating endogenous institutions. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal Vol. 6* No. 1, 46–63.
158. Lingberg E. (2002). Managing complexity: Acknowledge the attraction patterns by supporting sense making and allowing the quality system to serve as the panoptic system. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 15,* 4/5, 213–216.
159. Lub X., Bijvank M. N., Bal P. M., Blomme R. & Schalk R. (2012). Different or alike? Exploring the psychological contract and commitment of different generations of hospitality workers. *International Journal of Contemporary Hospitality Management Vol. 24* No.4, 553–573.
160. Lundberg C. C. (1991). Surfacing Organizational Culture. *Journal of Management Psychology, vol. 3,* 78–90.
161. Lusthaus C., Adrien M.-H., Anderson G., Carden F. & Montalván G. P. (2002). *Organizational Assessment. A Framework for Improving Performance.* Washington D.C.: Inter-American Development Bank
162. MacDonald C. (2002). Relational Professional Autonomy. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 11,* 282–289.
163. Mack N., Woodsong C., MacQueen K. M., Guest G. & Namely E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Filed Guide.* Family Health International.
164. Mayfield S. (2006). Improving Organizational Performance. *Hospitals & Health Networks, 80,* 6, 30–31.
165. McKinsey (2013). Enduring Ideas: The 7-S Framework. Najdeno 29. 8. 2013 na spletnem naslovu: http://www.mckinsey.com/insights/strategy/enduring_ideas_the_7-s_framework.
166. McFadden K. L., Stock G. N., Gowen III C. R. & Cook P. (2006). Exploring Strategies for Reducing Hospital Errors. *Journal of Healthcare Management, 51,* 2, 123–135.
167. McGlynn E. A., Asch S. M., Adams J., Keesey J., Hicks J., DeCristofaro A. & Kerr E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine,* 348, 2635–2645.
168. Mednarodne akreditacijske zahteve. Standard za bolnišnice (December 2011). Najdeno 14. 10. 2013 na spletni strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/standardi/standard_NIAHO_240512.pdf.
169. Merton R. K. (1940). Bureaucratic Structure and Personality. *Social Forces; Vol. 18*, No. 4.
170. Mesec B. (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
171. Meyer P. G. & Tucker S. L. (1992). Incorporating an Understanding of Independent Practice Physician Culture into Hospital Structure and Operations. *Hospital & Health Services Administration, 37,* 4, 465–476.

172. Millward L.J. & Herriot P. (2000). The psychological contract in the UK. V: Russeau D.M., Schalk R. (ur.): Psychological Contracts: Cross-National Perspectives. London: Sage, 231–249.
173. Ministrstvo za zdravje. Razvoj sistema zdravstvenega varstva. Najdeno 22. 3. 2013 na spletni strani: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/za_strokovno_javnost_kakovost_in_varnost_v_zdravstvu/bolnisnice/
174. Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Splošni dogovor za pogodbeno leto 2006. Najdeno 2. 10. 2013 na spletni strani http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/59A6D0712DC2D192C125716A0029CCCA.
175. Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013. Najdeno 14. 10. 2013 na spletni strani http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/aa69eb5c70327bcfc1257b25002e636c/$FILE/01%20SD13%20-%20k%C4%8Di.docx.
176. Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013. Najdeno 14. 10. 2013 na spletni strani http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/aa69eb5c70327bcfc1257b25002e636c/$FILE/11%20Priloga%20BOL%20IIb%20SD13%20k%C4%8Di.docx.
177. Mintzberg H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
178. Mohr J. J. (2005). Creating a Safe Learning Organization. *Frontiers of Health Services Management; 22*, 1, 41–44.
179. Montgomery A., Panagopoulou E., Kehoe I. & Valkanos E. (2011). Connecting organizational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link? *Journal of Health Organization and Management. Vol. 25* No. 1, 108–123.
180. Moore L. J. (2007). Ethical and organisational tensions for work-based learners. *Journal of Workplace Learning. Vol. 19,* No. 3, 161–172.
181. Mosadeghrad A. M. (2013a). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 26* No. 3, 203–219.
182. Mosadeghrad A. M. (2013b). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol. 26,* No. 2, 147–173.
183. Možina S. (1990). Vodenje podjetja. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
184. Možina S., Tavčar M., Zupan N. & Kneževič A. N. (2004). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti.* Maribor: Obzorja.

185. Moumtzoglou A. (2003), »Learning hospitals« and quality. *Knowledge and Process Management, 10,* 4, 231–236.
186. Mushref M. A. (2002). Managing conflict in changing environment. *Management Services, 46,* 11, 8–11.
187. Mwachofi A., Walston S. L. in Al-Omar B.A.(2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 24* No. 4, 274–283.
188. Nachmias D. & Nachmias C. (1992). *Research methods in the social sciences.* New York: St. Martin's.
189. Nagelj G. (2006). *Organizacija osnovne zdravstvene dejavnosti v EU in Sloveniji* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
190. Nandan M. & London M. (2013). Interdisciplinary professional education. Training college students for collaborative social change. *Education + Training Vol. 55* No.8/9, 815–835.
191. Narine L. & Persaud D. D. (2003). Gaining and maintaining commitment to large-scale change in healthcare organizations. *Health Services Management Research* 16, 179–187.
192. Newman J. & Vidler E. (2006). Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care. *Journal of Social Policy*, 35, 193–209.
193. Nicholson S. K. (2010). A Hands-On Approach to »Hand Off« Communication. *Risk Management,* 48–51.
194. Nieva V. F. & Sorra J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care; 12* (Suppl II), ii17–ii23.
195. Nonaka I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science, Vol. 5,* 14–37.
196. Nowicki M. & Summers J. (2002). Financial and Clinical Professionals A Clash of Values. *Organizational Behavior and Human Performance*, *56,* 10, 102–104.
197. Nystrőm M. E., Hőőg E., Garvare R., Weinehall L. & Ivarsson A. (2013). Change and learning strategies in large scale change programs: Describing the variation of strategies used in a health promotion program. *Journal of Organizational Change Management. Volume: 26,* Issue: 6, 1–27.
198. O'Connor A. M., Wennberg J. E., Legare F. & Llewellyn-Thomas H. A. (2007). Toward the 'Tipping Point': Decision Aids and Informed Patient Choice. *Health Affairs, 26,* 3, 716–725.
199. O'Donnell M. & Turner M. (2005). Exporting new public management: performance agreements in a Pacific microstate. *International Journal of Public Sector Management*, 18, 615–628.
200. Olden P. C. & McCaughrin. (2007). Designing Healthcare Organizations to Reduce Medical Errors and Enhance Patient Safety. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare. Vol. 85,* No. 4, 1–9.
201. O'Neill B. S. & Adya M. (2007). Knowledge sharing and the psychological contract. Managing knowledge workers across different stages of employment. *Journal of Managerial Psychology Vol. 22* No. 4, 431–436
202. Ottewill M. (2003). The current approach to human error and blame in the NHS. *British Journal of Nursing; 12,* 15; 919–924.
203. Øvretveit J. (2009). Understanding and improving patient safety: the psychological, social and cultural dimensions. *Journal of Health Organization and Management. Vol. 23* No.6, 581–596.

204. Page A. (2003). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses.* Washington: Institute of Medicine, National Academies Press.
205. Pajntar M., Verdenik I. & Leskošek B. (2004). Projekt Kakovost v zdravstvu Slovenije. *ISIS, 13,* 42–47.
206. Pardo-del-Val M., Martinez-Fuentes C. & Roig-Dobón S. (2012). Participative management and its influence on organizational change. *Management Decision Vol. 50* No.10, 1843–1860.
207. Patient Safety - Making it happen - The European perspective. Najdeno 2. 10. 2013 na spletnem naslovu http://www.who.int/patientsafety/events/05/luxembourg/en/index.html.
208. Patient Safety in American Hospitals, Study Released by HealthGrades (2004). Najdeno na spletni strani 25. 9. 2013 http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/hg_patient_safety_study_final.pdf.
209. Pegg M. (1996). *Pozitivno vodenje. Kako oblikujemo zmagovalni tim.* Ljubljana: Gospodarski vestnik.
210. Peljhan D. (2005). *Management Control Systems for Organizational Performance Management: The Case of a Slovenian Company* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
211. Penger S. (2006). *Učeča se organizacija in oblikovanje pozitivne organizacijske identitete: Študija primera slovenskega podjetja* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
212. Perneger, T. (2006). A research agenda for patient safety. *International Journal for Quality in Health Care, Vol. 18* No. 1, 1–3.
213. Philliber S. G., Schwab M. R. & Samsloss G. (1980). *Social research: Guides to a decision-making process.* Itasca, IL, Peacock.
214. Platt J. (1992). »Case study« in American methodological thought. *Current Sociology*, 40, 17–48.
215. Plsek P. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care for Accelerating Quality Improvement in Health Care Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-based Innovations. A conference held in Washington, D.C.
216. Prasad P. & Prasad A. (1994). The ideology of professionalism and work computerization: an institutionalist study of technological change. *Human Relations, Vol. 47,* No. 12, 1433–1458.
217. Pronovost P. J., Weast B., Holzmueller C. G., Rosenstein B. J., Kidwell R. P., Haller K. B., Feroli F. R., Sexton J. B. & Rubin H. R. (2003). Evaluation of the Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers in an Academic Medical Center. *Quality and Safety in Health Care 12*(6), 405–410.
218. Ramanujam R. & Rousseau D. M. (2006). The challenges are organizational not just clinical. Journal of Organizational Behavior, 27, 2006, 811–827.
219. Ramsey C. (2012). *Managing a change to accountable care organizations: how physician leaders perceive their dual role as clinicians and as administrators* (doctor dissertation), Fielding Graduate University.
220. Randle K. (1996). The white coated worker in the high performance company. *Management Research News, 19,* 4/5, 25–27.
221. Rijal S. (2010). Leadership Style And Organizational Culture In Learning Organization: A comparative Study. *International Journal of Management and Information Systems; Fourth Quarter; 14,* 5; 119–127.

222. Ritonja S. A. & Hočevar Z. (2001). Redesign of healthcare processes classification to improve the processes of gathering information and data processing on professional and organizational quality in healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance 14*/6, 254–259.
223. Ritsema van Eck-van Peet H. P., Broekhuis M. & Gruisen M. J. J. (1992). Problems of quality management in the professional services. *The international Journal of Quality & Reliability Management. Bradford, Vol. 9,* Iss. 7, 23–36.
224. Robbins S. P. & Coulter M. (2007). *Management 9th,* Chapter 10, Organizational Structure and Design. Prentice Hall.
225. Robida A. (2006). *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
226. Robida A. (2009). *Kultura varnosti pacientov. Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov.* Najdeno na spletnem naslovu: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/varnost_pac_kultura/Vsebina_merjenja_kulture_varnosti_pacientov_in_casovnica.pdf, 30.09.2012
227. Robida A. (2010). *Zaznavanje kulture varnosti v bolnišnicah. Pilotna študija v treh slovenskih bolnišnicah.* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
228. Robinson S. L., Kraatz M. S. & Rousseau D. M. (1994). Changing obligations and the psychological contract: A longitudinal study. *Academy of Management Journal, Vol. 37,* No. 1, 137–146.
229. Robinson S.L. & Rousseau D. M. (1994). Violating the psychological contract: Not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behavior, Vol. 15,* 245–259.
230. Rok B. (2009). Ethical context of the participative leadership model: taking people into account. *Corporative governance. Vol. 9* No. 4, 461–472.
231. Rousseau D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements.* Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
232. Rousseau D. M. (2001). Schema, promise and mutuality: The building blocks of the psychological contract. *Journal of Occupational and Organizational Psychology; vol. 74*, str. 511–541.
233. Rousseau D. M. & Schalk, R. (2000*). Psychological contracts in employment: Cross-national perspectives.* Newbury Park, CA: Sage, press.
234. Rowley S. D. (2006). The journey of a teaching hospital to become a learning organization. *Australian Health Review, 30,* 2, 232–240.
235. Runy L. A. (2007). Creating a Culture of Patient Safety. *Hospitals & Health Networks, 81,* 5, str. 51–56.
236. Russel A. S. (2005). *Progress towards Design of Knowledge Building Community in Health care* (doctor dissertation). Department of Human Development and Applied Psychology. University of Toronto.
237. Sammer C., Lykens K., Singh K. & Mains D. (2010). What is Patient Safety Culture? A review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship; 42,* 2; 156–165.
238. Schein E. H. (1996). Culture: The missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly, 41*(2), 229–241.
239. Schmidt A. (2006). *Najmanj, kar bi morali vedeti o vodenju: predstavitev najučinkovitejših orodij za delo z ljudmi.* Ljubljana: samozaložba.

240. Schneller E. S. (1991). The Leadership and Executive Potential of Physicians in an Era of Managed Care Systems. *Hospital & Heath Services Administration 36*, No.1, 43–55.
241. Schoorman F. D., Mayer R. C. & Davis J. H. (2007). An integrative model of organizational trust: past, present, and future. *Academy of Management Review, Vol. 32,* No. 2, 344–354.
242. Scott G. (2002). Coach, challenge, lead: Developing an indispensable management team. *Healthcare Executive; 17,* 6; 16–20.
243. Seale C., Gobo G., Gubrium J. F. & Silverman D. (2007). *Qualitative Research Practice*. Sage Publications.
244. Seliger R. (2003). Change – for Better or Worse? *Health Management Technology, 24*, 5, 52–53.
245. Senge P. M., Kleiner A., Roberts C., Roth G., Ross R. & Smith B. (1999). *The Dance of Change: The Challenge of Sustaining Momentum in Learning Organizations.* New York, Doubleday.
246. Senge P. M. (1990). *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.
247. Sexton J. B., Thomas E. J. & Helmreich R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ; Volume 320,* 745–749.
248. Shortell S. M., Bennett C. L. & Byck G. R. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *The Milbank Quarterly, Vol. 76,* No. 4, 593–624.
249. Simčič B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015).* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
250. Skela Savič B. (2007). Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija, letnik 40*, št. 4, A63–A75.
251. Smith M. E. (1999). Implementation: Key to organizational change. *Strategy & Leadership, 27,* 6, 37–41.
252. Smithson K. & Baker S. (2007). Medical Staff Organizations: A Persistent Anomaly. *Health Affairs 26,* No. 1, 76–79.
253. Splošna bolnišnica Trbovlje (2013). Najdeno 14.10.2013 na spletni strani http://sl.sb-trbovlje.si/.
254. Splošna bolnišnica Trbovlje (2011). Statut javnega zavoda Splošna bolnišnica Trbovlje: Splošna bolnišnica Trbovlje.
255. Spruill D. A. & Benshoff J. M. (1996). The future is now: promoting professionalism among counselors-in-training. *Journal of Counseling and Development, Vol. 74*, No. 5, 468–471.
256. Storey J. & Buchanan D. (2008). Healthcare governance and organizational barriers to learning from mistakes. *Journal of Health Organization and Management; Vol. 22* No. 6, 642–651.
257. Sutker W. L. (2008). The physician's role in patient safety: What's in it for me? *Baylor University Medical Center Proceedings, Volume 21,* Number 1, 9–14.
258. Swan J., Newell S.M. & Robertson M. (1999). The illusion of 'best practice' in information systems for operations management. *European Journal of Information Systems, Vol. 8,* No. 4, 284–293.
259. Štruc N. (2006). *Merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma s pomočjo uravnoteženega sistema kazalnikov* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

260. Tajnikar M. & Došenović P. (2004). *Transitional adjustment of the public sector – The case of the health care system in Slovenia. From Transition to Development: Globalization and political Economy of Development in Transition Economies International Conference of the Faculty of Economics.* Sarajevo: Faculty of economics.
261. Tavčar M. (2006). *Management in organizacija. Sinteza konceptov organizacije kot instrumenta in kot skupnosti interesov*. Koper: Fakulteta za management.
262. Timmermans S. & Kolker E. S. (2004). Evidence – Based Medicine and Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of Health and Social Behavior, Vol 45,* 177–193.
263. Trybou J., Gemmel P. & Annemans L. (2011). The ties that bind: an integrative framework of physician – hospital alignment. *BMC Health Services Research, 11*: 36, 1–5.
264. Vaughan M. B., Thomas W. L. & Musgrave F. W. (1989). The Evolving Health Care System: Economic Integration Through reciprocity. *Journal of Economic Issues, 23*, 2, 493–502.
265. Wachter R. M. (2004). The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err is Human'. Health Affairs, W4, 534–545.
266. Waddel D. & Sohal A. S. (1998). Resistance: a constructive tool for change management. *Management Decision, Vol. 36* No. 8, 543–548.
267. Walburg J., Bevan H., Wilderspin J. & Lemmens K. (2007). *Performance Management in Health care.* Rutledge Health Management series, Taylor & Francis.
268. Wall S. (2007). Organizational Ethics, Change, and Stakeholder Involvement: A Survey of Physicians. *HEC Forum 19* (3): 227–243.
269. Weaver S. J., Lubomksi L. H., Wilson R. F., Pfoh E. R., Martinez K. A. & Syndey M. (2013). *Annals of Internal Medicine Volume 158* Number 5 (Part 2), 369–375.
270. Weinstein J. N., Bronner K. K., Morgan T. S. & Wennberg J. E. (2004). Trends And Geographic Variations In major Surgery For Degenerative Diseases Of The Hip, Knee, And Spine. *Health Affairs, Chevy Chase*, str. V81–90.
271. Wennberg J. E., Fisher E. S. & Skinner J. S. (2002). Geography and the Debate over Medicare Reform. *Health Affairs 21*, 96–114.
272. Wennberg J. E., O'Connor A. M., Collins E. D. & Weinstein J. N. (2007). Extending The P4P Agenda, Part 1: How Medicare Can Improve Patient Decision Making and Reduce Unnecessary Care. *Health Affairs, 26*, 6, 1564–1574.
273. West M. A. & Lyubovnikova J. (2013). Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management Vol. 27* No. 1, 134–142.
274. Wikstrőm E. & Dellve L. (2009). Contemporary leadership in healthcare organizations. Fragmented or concurrent leadership. Journal of Health, Organization and Management. Vol. 23 No. 4, 411–428.
275. Williams M. D. & Smart A. (2010). Patient safety: a casualty of target success? *International Journal of Public Sector Management. Vol. 23* No.5, 416–430.
276. Wodak R., de Cillia R., Reisigl M. & Liebhart K. (1999). *The Discursive Construction of National Identity*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
277. Wolfe-Morrison E. & Robinson S. L. (1997). When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review, vol. 22*, 226–256.

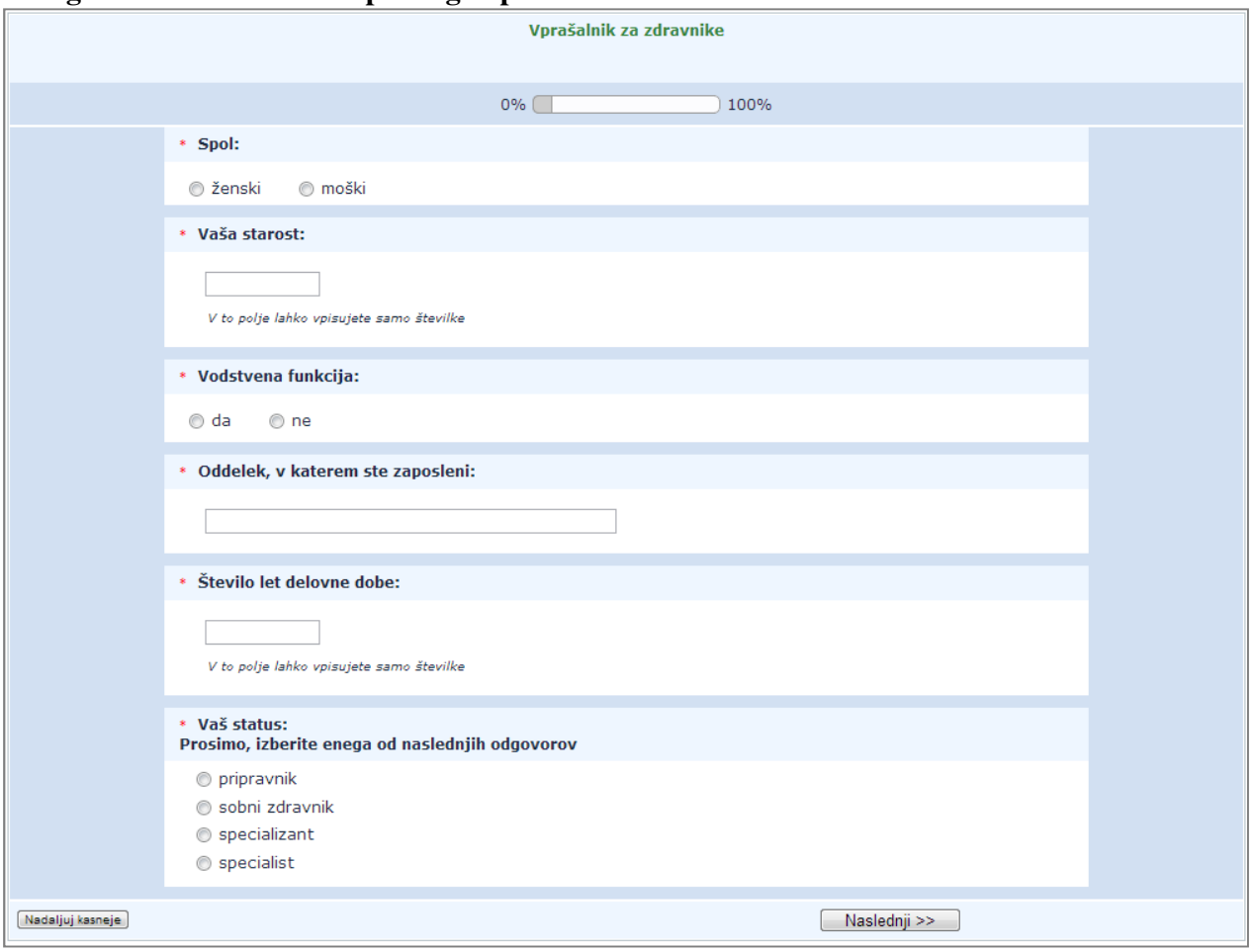
278. Wu A. W. & Johansen K. S. (1999). Lessons from Europe on Quality Improvement: Report on the Velen Castle WHO Meeting. *Journal of Quality Improvement, 25*, 6, 316–329.
279. Yamazaki T., Ikeda M., Umemoto K. (2011). Enhancement of healthcare quality using clinical – pathways activities. *VINE: The journal of information and knowledge management systems Vol. 41* No. 1, 63–75.
280. Yeh J. & DeName K. (2009). Patient Handoffs in Obstetrics and Gynecology: A Vital Link in Patient Safety. *Clinical Medicine: Women's Health: 2*, 17–27.
281. Yin R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. 3. izdaja. Thousand Oaks, Sage Publications.
282. Yohe S. W. & Hatfield L. (2003). Moderating Factors in Participative Management. Proceedings of the Academy of Organizational Culture, *Communications and Conflict, 7*(2), 33–38.
283. Zairi M. (1998a). Building human resources capability in health care: a global analysis of best practice – Part II. *Health Manpower Management*, *24,* 128–138.
284. Zairi M. (1998b). Building human resources capability in health care: a global analysis of best practice – Part III. *Health Manpower Management, 24,* 166–169.
285. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) /ZZDej-UPB2/ Ur. l. RS, št. 23/2005. Najdeno 2. 10. 2013 na spletni strani http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r00/predpis_ZAKO4430.html.
286. Zhao H., Wayne S. J., Glibkowski B. C. & Bravo J. (2007). The Impact of Psychological Contract Breach on Work-related Outcomes. *Personal Psychology, 60*, 3, 647–680.
287. Zupan N. (2001). *Nagradite uspešne*. Ljubljana, GV Založba (zbirka Manager).

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Videz strukture spletnega vprašalnika ……..... 1
Priloga 2: Protokol strukturiranega intervjuja in fokusnih skupin …… 2
Priloga 3: Kodirna tabela strukturiranega intervjuja ……..... 7
Priloga 4: Kodirna tabela fokusnih skupin …… 48
Priloga 5: Anketni vprašalnik …… 62

Priloga 1: Videz strukture spletnega vprašalnika



Priloga 2: Protokol strukturiranega intervjuja in fokusnih skupin

Prosim, vnesite oz. obkrožite podatke	
SPOL: ☐ ŽENSKI ☐ MOŠKI	**ODDELEK, V KATEREM STE ZAPOSLENI:** _____
VODSTVENA FUNKCIJA: ☐ DA ☐ NE	**ŠTEVILO LET DELOVNE DOBE:** _____
VAŠA STAROST: _____	**VAŠ STATUS:** _____

Pripravljenost zdravnikov na uvajanje sprememb

1. Zaznavanje naporov vodstva oddelka in bolnišnice **za uvajanje sprememb** v SB Trbovlje.
1.1. S kakšnimi metodami menite, da se v vaše okolje uvajajo spremembe?
1.2. Ali se uvajajo spremembe v vaše okolje s pomočjo naslednjih metod - prisila, manipulacija, prepričevanje, pogajanje, delegiranje?
1.3. Ali se uvajajo spremembe v vaše okolje s pomočjo bolj sproščenih metod - pogovori, razpravljanje, učenje s pomočjo svetovalcev (lahko tudi zunanjih)?
1.4. Ali ste v uvajanje sprememb povabljeni?
1.4.1 Na kakšen način vas nadrejeni povabijo k sodelovanju?
1.5. Ste v oblikovanje sprememb tudi vpleteni? Lahko vplivate na vsebino sprememb?
1.6. Ali lahko vaše mnenje odkrito poveste, ne glede na to, kakšno je?
1.7. Se zato počutite kot soustvarjalci teh sprememb?
1.8. Ali se v vaše okolje uvajajo določene spremembe na podlagi **učenja**, ki je lahko sistematično pridobivanje znanja in tudi priložnostno - izkušnje posameznika, skupinske izkušnje?
1.9 Ali se v vaše okolje uvajajo določene spremembe na podlagi novih medicinskih ugotovitev?
2. V prejšnjih mesecih se je v bolnišnico uvajalo kar nekaj sprememb zaradi postopka pridobivanja akreditacije bolnišnice. Zanima nas **zaznavanje procesa uvajanja sprememb**.
2.1. Se vam zdi ukvarjanje s pridobitvijo akreditacije nekaj nujnega?
2.1.1 Zakaj tako menite?
2.2. Kakšen je po vašem mnenju namen pridobivanja akreditacije?
2.3. Ali menite, da ste ustrezno seznanjeni z vizijo in strategijo vodenja bolnišnice?
2.4. Kako bi na kratko opisali vizijo in strategijo bolnišnice?
2.5. Imate občutek, da je bilo v procesu pridobivanja akreditacije organizirano splošno zavzemanje in tako sodelovanje večine zaposlenih v celotni bolnišnici ali imate občutek, da je to ostalo delo le majhne

skupine ljudi?

2.6. Se vam zdi to prav?

2.7. Ali menite, da je takšno delovanje ustrezno?

2.8. Kakšen bi bil vaš predlog delovanja v takšni situaciji?

2.9: Ali je bila komunikacija dvosmerna? Ste lahko povedali vse, kar ste želeli in dobili ustrezne povratne informacije?

2.10. Bi želeli pri tem sodelovati, v kolikor niste?

2.10.1: Zakaj?

2.11. Pod kakšnimi pogoji? Primeri: višja plača, proste ure, razbremenitev vsakodnevnega dela ipd.

3. Med postopkom priprave na pridobitev akreditacije je bilo uvedenih več sprememb. Zanima nas **sprejemanje uvedenih sprememb.**

3.1. Se vam zdijo uvedene spremembe koristne?

3.1.1. Zakaj?

3.2. Ali zaznano realno stanje po uvedbi sprememb ustreza vašim pričakovanjem?

3.2.1.(DA) Kakšna pa so bila vaša pričakovanja?

3.2.1.(NE) Zakaj ne?

3.3. Ali imate **občutek lastne kontrole** nad dogajanjem med uvajanjem sprememb?

3.3.1. Se vam zdi pomembno, da ohranite kontrolo?

3.3.2. Zakaj da, zakaj ne?

3.4. Ali je vzpostavljena **določena oblika ravnotežja**?

To pomeni, da so bile spremembe uvedene v okolje uravnoteženo, po seznanitvi zaposlenih, z ustreznim tempom. Stanje po uvedbi sprememb je mirno, brez večjih dvomov, vprašanj.

3.4.1.(DA) Čemu v največji meri pripisujete razlog, da se je ravnotežje lahko vzpostavilo? Pri čem konkretno se to izkazuje?

3.4.1.(NE) Čemu v največji meri pripisujete razlog, da se ravnotežje ni vzpostavilo? Pri čem konkretno se to izkazuje?

Komentar, debata

Organizacijska struktura

4. Sedanja organizacija bolnišnice.

4.1. Ali imate občutek, da je **prisotno timsko delo v vašem oddelku**?

4.1.1 Na kakšen način je prisotno?

4.2. Ali je **komunikacija na vašem oddelku** odprta ali zaprta?

4.2.1 Navedite primer.

4.2.2. Lahko vedno poveste svoje mnenje?

4.2.3. Lahko vedno pridobite ustrezno povratno informacijo?

4.3. Ali je **prisotno timsko delo, sodelovanje med oddelki**?

4.3.1. Ali menite, da je sodelovanja dovolj?

4.3.2. Kakšne prednosti menite, da prinaša sodelovanje med oddelki?

4.4. Ali je **komunikacija med oddelki** odprta, dvosmerna?

4.4.1. Na kakšen način se to kaže?

4.5. Ali so **predaje bolnikov** na vašem oddelku varne?

4.5.1. Kaj menite, da bi bilo potrebno v delovanju izboljšati, da bi povečali varnost pri predaji?

4.6. Ali so **premestitve bolnikov** med oddelki po vašem mnenju enostavne, potekajo gladko?

4.6.1. Kje in zakaj po vašem mnenju prihaja do ovir med premestitvami?

5. Učinkovita struktura organizacije – sestava bolnišnice in njenih oddelkov za varno in uspešno zdravljenje bolnikov.

5.1. Ali podpirate **oblikovanje večpoklicnih timov**, s katerimi bi dvignili nivo kvalitete zdravljenja?

5.1.1. Ali lahko odgovor utemeljite?

5.2. Kako argumentirate trditev, da je za povečano uspešnost zdravljenja predvsem zahtevnejših bolnikov nujno potrebno **večpoklicno učenje** strokovnjakov? Učenje se izvaja tako v horizontalni smeri (sodelovanje med specialisti različnih strok), kot tudi v vertikalni smeri (sodelovanje in timsko delo različnih zdravstvenih profilov). Pri tem imamo v mislih podiranje mej med različnimi oddelki in različnimi profili zdravstvenih poklicev.

5.2.1. Horizontalno sodelovanje:

5.2.2. Vertikalno sodelovanje:

5.3. Menite, da je **sistemsko razmišljanje**, ki je sestavljeno iz medsebojnega razumevanje med zdravniki, priznavanja njihove poklicne avtonomije, verovanja v znanost in humanitarnih idealov, stanje, h kateremu bi morali stremeti? Poklicna avtonomija je svoboda dela določenega poklica v skladu z naučenim.

5.3.1. Zakaj tako menite?

5.3.2. Kje vidite prednosti takega načina razmišljanja?

5.3.3. Kje vidite slabosti takega načina razmišljanja?

5.4. Ali priznavate, da vsak zdravnik stremi k grajenju lastne vizije in lastnih norm na osnovi z dokazi podprti medicini? Ta lastna vizija in lastne norme predstavljajo temelj skupne vizije bolnišnice, ki predstavlja kapaciteto zadržanja skupne predstave o prihodnosti.

5.4.1. Zakaj?

6. Skupinsko učenje v bolnišnici

6.1. Ali se vam zdi, da je **skupinskega učenja** v SBT premalo, ravno dovolj, preveč?

6.2. Kaj po vašem mnenju prinaša skupinsko učenje v delovanje bolnišnice?

6.2.1. Kako bi to spremenili?

Komentar, debata

Poklicna kultura in individualna avtonomija

7. Zaznavanje specifičnih elementov poklicne avtonomije zdravnikov

7.1. Podpirate način zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku?

Definicija IOM (Institute of Medicine): Zagotavljanje zdravstvene oskrbe, ki spoštuje in je v skladu s preferencami, potrebami in vrednotami posameznega bolnika in njegove družine. S tem zagotavlja, da vrednote bolnika vodijo vse klinične odločitve.

7.1.1. Zakaj?

7.2. Kaj menite o merjenju uspešnosti med zdravniki?

7.3. Imate občutek, da lahko kontrolirate naravo in obseg vaših nalog?

7.3.1. Na kakšen način?

7.4. Imate občutek, da imate kontrolo nad sprejemanjem bolnikov v vaše sobe?

7.4.1. Na kakšen način oziroma kako se to kaže?

7.5. Imate občutek, da lahko kontrolirate postavljanje diagnoz in zdravljenja vaših bolnikov?

7.5.1. Na kakšen način?

7.6. Imate občutek, da lahko kontrolirate ocenjevanja oskrbe vaših bolnikov?

7.6.1. Na kakšen način?

7.7. Imate občutek, da lahko kontrolirate kakovost oskrbe ostalih poklicev, ki sodelujejo v zdravljenju vaših bolnikov?

7.7.1. Na kakšen način?

Komentar, debata

8. Kultura varnosti bolnikov

8.1. Kako pogosto se na vašem oddelku pogovarjate o neželenih dogodkih? Tukaj nas zanima, ali se na

oddelkih izvajajo tvorne debate o napakah posameznikov med zdravljenjem in zato nepravilnem zdravljenju posameznikov.

8.2. Kakšen je način obravnavanja neželenih dogodkov: kaznovalni / nekaznovalni odziv na napake?

8.3. Kakšen način bi bil po vašem mnenju ustreznejši?

8.4 Ali vedno lahko pridobite povratno informacijo o vaših lastnih napakah?

8.4.1 Zanima nas pot pridobivanja povratnih informacij.

8.5. Imate občutek, da vodstvo oddelka in vrhnje vodstvo podpirata kulturo varnosti bolnikov? Definicija kulture varnosti bolnikov: zajema usmerjen, na podatkih temelječ, sistematski pristop. Stimulira trajno »tenzijo za spreminjanje«. Dovoljuje učenje iz napak in skupnih zgodb o varnosti in spozna samo sebe v nenehnem spreminjanju.

8.5.1. Kako se to kaže v delovanju vodstva?

Komentar, debata

Participativno vodenje

9. Zaznavanje **položaja specialista** med vsakodnevnim opravljanjem dela.

9.1. Ali se počutite enakopravni ostalim specialistom?

9.1.1. Zakaj?

9.2. Razpolagate z ustreznimi povratnimi informacijami o svojem delu?

9.3. Ali je komunikacija med vami in vašimi nadrejenimi prosta in dvostranska?

9.3.1. Kaj menite, da bi bilo potrebno v komunikaciji izboljšati?

9.4. Ali se vaši nadrejeni zavedajo svojih napak in jih priznavajo?

9.4.1. Zakaj menite, da bi se morali nadrejeni zavedati svojih napak in jih priznavati?

9.5. Ali imate občutek, da vam nadrejeni zaupajo, vas poslušajo?

Komentar, debata

Priloga 3: Kodirna tabela strukturiranega intervjuja

Enota I.: Zaznavanje naporov vodstva oddelka in bolnišnice za uvajanje sprememb v SB Trbovlje.	**Kode**	**Kategorije**
V1.1: S kakšnimi metodami menite, da se v vaše okolje uvajajo spremembe?		
1: S pogovori (1_1) in skupnimi odločitvami (1_2)	Pogovor (1_1) Skupne odločitve (1_2)	Metode uvajanja sprememb
2: Predlogi zaposlenih in vodilnih delavcev se obravnavajo na strokovnih kolegijih (2_1), dokončna odločitev je nato sprejeta na odboru za kakovost (2_2)	Obravnava predlogov na strokovnih kolegijih (2_1) Sprejemanje odločitev na odboru za kakovost (2_2)	
3: Pogajanjem (3_1)	Pogajanje (3_1)	
4: Dogovor (4_1), pogovor (4_2)	Dogovor (4_1) Pogovor (4_2)	
5: S pogovori (5_1), pogajanja (5_2)	Pogovor (5_1) Pogajanje (5_2)	
6: Različnimi, predvem glede na interes vodilnih (6_1)	Odvisno od interesa vodilnih (6_1)	
7: Konstruktivni dialog (7_1)	Konstruktivni dialog (7_1)	
8: Postavljeni smo pred dejstvo. (8_1) Na odločitve lahko podamo pripombe (8_2), a sprememb do zdaj zaradi tega ni bilo tudi, če so pripombe utemeljene (8_3).	Postavitev pred dejstvo (8_1) Podajanje pripomb na odločitve (8_2) Ni sprememb (8_3).	
9: Predlogi (9_1), pogovori na sestankih (9_2)	Podajanje predlogov (9_1) Pogovor (9_2)	
V1.2: Ali se uvajajo spremembe v vaše okolje s pomočjo naslednjih metod - prisila, manipulacija, prepričevanje, pogajanje, delegiranje?		
1: Prepričevanje (1_3), pogajanje (1_4), delegiranje (1_5)	Prepričevanje (1_3) Pogajanje (1_4) Delegiranje (1_5)	Restriktivne metode uvajanja sprememb
2: Prepričevanje (2_3), pogajanje (2_4)	Prepričevanje (2_3) Pogajanje (2_4)	
3: Pogajanje (3_2)	Pogajanje (3_2)	
4: Prepričevanje (4_3), pogajanje (4_4)	Prepričevanje (4_3) Pogajanje (4_4)	
5: pogajanje (5_3)	Pogajanje (5_3)	
6: Manipulacija (6_2), prepričevanje (6_3), pogajanje (6_4), delegiranje (6_5)	Manipulacija (6_2) Prepričevanje (6_3)	

	Pogajanje (6_4) Delegiranje (6_5)	
8: Delegiranje (8_4)	Delegiranje (8_4)	
9: Prepričevanje (9_3), pogajanje (9_4)	Prepričevanje (9_3) Pogajanje (9_4)	
10: Prepričevanje (10_1), pogajanje (10_2)	Prepričevanje (10_1) Pogajanje (10_2)	
V1.3: Ali se uvajajo spremembe v vaše okolje s pomočjo bolj sproščenih metod - pogovori, razpravljanje, učenje s pomočjo svetovalcev (lahko tudi zunanjih)?		
1: Da (1_6)	Da (1_6)	Sproščene metode uvajanja sprememb
2: Z vsemi navedenimi (2_5)	Da (2_5)	
3: Da (3_3)	Da (3_3)	
4: Da (4_5)	Da (4_5)	
5: Da (5_4)	Da (5_4)	
6: Razprave, zunanji svetovalci - občasno (6_6)	Da (6_6)	
7: Da (7_2)	Da (7_2)	
8: Ne (8_5)	Ne (8_5)	
9: Pogovori, razpravljanje (9_5)	Da (9_5)	
10: Da (10_3)	Da (10_3)	
V1.4: Ali ste v uvajanje sprememb povabljeni?		
1: Da (1_7)	Da (1_7)	Povabilo k uvajanju sprememb
2: Da (2_6)	Da (2_6)	
3: Da (3_4)	Da (3_4)	
4: Da (4_6)	Da (4_6)	
5: Občasno (5_5)	Da (5_5)	
6: Če imajo za to jasen interes, ki meni ni nujno znan (6_7)	Da (6_7)	
7: Da (7_3)	Da (7_3)	
8: Ne, me ne povabijo (8_6)	Ne (8_6)	
9: Deloma (9_6)	Da (9_6)	

10: Da (10_4)	Da (10_4)	
V1.4.1: Na kakšen način vas nadrejeni povabijo k sodelovanju?		
1: S pogovorom (1_8)	S pogovorom (1_8)	Način povabila k uvajanju sprememb
2: S pogovorom (2_7) in prepričevanjem (2_8)	S pogovorom (2_7) S prepričevanjem (2_8)	
3: Ustno povabilo (3_5)	Z ustnim povabilom (3_5)	
4: S sestanki (4_7)	S sestanki (4_7)	
5: Pogovor (5_6)	S pogovorom (5_6)	
9: Da izrazim svoje mnenje. (9_7)	Z izražanjem mnenja (9_7)	
10: S pogovorom (10_5)	S pogovorom (10_5)	
V1.5.: Ste v oblikovanje sprememb tudi vpleteni? Lahko vplivate na vsebino sprememb?		
1: Lahko povem svoje mnenje (1_9)	Da (1_9)	Sooblikovanje sprememb
2: Da (2_9)	Da (2_9)	
3: Da (3_6)	Da (3_6)	
4: Da (4_8)	Da (4_8)	
5: Ne (5_7)	Ne (5_7)	
6: S svojo vztrajnostjo in avtoriteto redko lahko (6_8)	Da (6_8)	
7: Da (7_4)	Da (7_4)	
8: Ne (8_7)	Ne (8_7)	
9: Da, deloma (9_8)	Da (9_8)	
10: Da (10_6)	Da (10_6)	
V1.6.: Ali lahko vaše mnenje odkrito poveste, ne glede na to, kakšno je?		
1: Da (1_10)	Da (1_10)	Izražanje mnenja
2: Da (2_10)	Da (2_10)	
3: Da (3_7)	Da (3_7)	
4: Da (4_9)	Da (4_9)	
5: Da (5_8)	Da (5_8)	

6: Da (6_9); možne so posledice (6_10)	Da (6_9) Možne negativne posledice (6_10)	
7: Da (7_5)	Da (7_5)	
8: Ne (8_8)	Ne (8_8)	
9: Da (9_9)	Da (9_9)	
10: Da (10_7)	Da (10_7)	
V1.7: Se zato počutite kot soustvarjalci teh sprememb?		
1: Da (1_11)	Da (1_11)	Soustvarjanje sprememb
2: Da (2_11)	Da (2_11)	
3: Da (3_8)	Da (3_8)	
4: Da (4_10)	Da (4_10)	
5: Deloma (5_9)	Delno (5_9)	
6: Sem (6_11), včasih, sedaj redko	Redko (6_11)	
7: Da (7_6)	Da (7_6)	
8: Nikakor (8_9)	Ne (8_9)	
9: Da (9_10)	Da (9_10)	
10: Da (10_8)	Da (10_8)	
V1.8: Ali se v vaše okolje uvajajo določene spremembe na podlagi učenja, ki je lahko sistematično pridobivanje znanja in tudi priložnostno - izkušnje posameznika, skupinske izkušnje?		
1: Da (1_12)	Da (1_12)	Uvajanje sprememb na podlagi učenja
2: Da, oboje. (2_12)	Da (2_12)	
3: Da (3_9)	Da (3_9)	
4: Da (4_11)	Da (4_11)	
5: Da (5_10)	Da (5_10)	
6: Na redkih področjih (6_12)	Redko (6_12)	
7: Da (7_7)	Da (7_7)	
8: Določene spremembe se uvedejo tudi tako (8_10)	Da (8_10)	
9: Da (9_11)	Da (9_11)	

10: Da (10_9)	Da (10_9)	
V1.9: Ali se v vaše okolje uvajajo določene spremembe na podlagi novih medicinskih ugotovitev?		Uvajanje sprememb na podlagi novih medicinskih ugotovitev
1: Da (1_13)	Da (1_13)	
2: Da (2_13)	Da (2_13)	
3: Da (3_10)	Da (3_10)	
4: Da (4_12)	Da (4_12)	
5: Da (5_11)	Da (5_11)	
6: Da (6_13)	Da (6_13)	
7: Da (7_8)	Da (7_8)	
8: Tudi (8_11)	Da (8_11)	
9: Deloma (9_12)	Delno (9_12)	
10: Ne dovolj (10_10)	Ne dovolj (10_10)	
Enota II.: Zaznavanje procesa uvajanja sprememb		
V2.1.: Se vam zdi ukvarjanje s pridobitvijo akreditacije nekaj nujnega?		
1: Za bolnico da. (1_14)	Da (1_14)	Akreditacija
2: Da. (2_14)	Da (2_14)	
3: Da. (3_11)	Da (3_11)	
4: Da. (4_13)	Da (4_13)	
5: Da. (5_12)	Da (5_12)	
6: Da. (6_14)	Da (6_14)	
7: Ne. (7_9)	Ne (7_9)	
8: Zdi se mi potrebno, ne pa nujno. (8_12)	Ne (8_12)	
9: Da (9_13)	Da (9_13)	
10: Ne (10_11)	Ne (10_11)	
V2.1.1: Zakaj tako menite?		
1: Ker se uvrsti na višjo stopnjo (1_15), pridobi na kvaliteti (1_16), imenu (1_17)	Uvrstitev bolnišnice na višjo stopnjo (1_15) Pridobitev na kvaliteti (1_16) Pridobitev na imenu (1_17)	Nujnost akreditacije

2: Da bodo stvari v bolnici urejene (2_15), potekale v skladu s kakovostjo (2_16) in varnostjo (2_17) tako za bolnike kot tudi za zaposlene ter da bo SBT dobila pravice za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavarovalnicami (2_18)	Ureditev dela (2_15) Potek dela v skladu s kakovostjo (2_16) Potek dela v skladu z varnostjo (2_17) Pridobitev pravice za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavarovalnicami (2_18)	
3: Ker je potrebno za obstoj bolnice (3_12)	Potrebno za obstoj bolnice (3_12)	
4: Zaradi Evropske unije (4_14)	Zaradi Evropske unije (4_14)	
5: Zaradi konkurenčnosti drugih bolnišnic (5_13), saj se pojavi vprašanje zaupanja v bolnišnico, če akreditacije nimaš (5_14)	Zaradi konkurenčnosti drugih bolnišnic (5_13) Pridobitev zaupanja v bolnišnico (5_14)	
6: Vendar ne v taki meri (6_15) in v ameriški obliki (6_16)	Vendar ne preobsežno (6_15) Vendar ne v ameriška oblika (6_16)	
7: Gre za nekoliko zgrešen sistem merjenja kakovosti (7_10)	Zgrešen sistem merjenja kakovosti (7_10)	
8: Potrebno se mi zdi zato, ker bomo tako primerljivi z bolnišnicami v EU (8_13)	Primerljivost z bolnišnicami v EU (8_13)	
9: Izboljšanje kvalitete dela (9_14)	Izboljšanje kvalitete dela (9_14)	
10: Niso se osredotočili na strokovnost. (10_12) Njihovi kriteriji ne bodo pripomogli k strokovnosti. (10_13)	Ni osredotočenosti na strokovnost (10_12) Kriteriji ne pripomorejo k strokovnosti. (10_13)	
<u>V2.2.: Kakšen je po vašem mnenju namen pridobivanja akreditacije?</u>		Namen pridobivanja akreditacije
1: Dvigniti kakovost (1_18)	Višja kakovost zdravljenja (1_18)	
3: Za obstoj dejavnosti (3_13)	Za obstoj dejavnosti (3_13)	
4: Višanje kvalitete dela (4_15)	Višja kakovost zdravljenja (4_15)	
5: Večja varnost (5_15) in kvaliteta zdravljenja (5_16)	Večja varnost (5_15) Višja kakovost zdravljenja (5_16)	
6: Neprimeren za slovenski prostor (6_17), sicer do neke mere koristen (6_18)	Neprimerno za slovenski prostor (6_17) Koristno do neke mere (6_18)	

7: Pridobitev ustreznih pogojev za ZZZS (7_11)	Pridobitev ustreznih pogojev za ZZZS (7_11)	
8: Postali bomo primerljivi z bolnišnicami v EU (8_14)	Primerljivost z bolnišnicami v EU (8_14)	
9: Višja strokovnost dela (9_15)	Višja strokovnost zdravljenja (9_15)	
10: Potrdilo o strokovnosti (10_14) in ustrezni usposobljenosti (10_15)	Potrdilo o strokovnosti (10_14) Potrdilo o ustrezni usposobljenosti (10_15)	
V2.3.: Ali menite, da ste ustrezno seznanjeni z vizijo in strategijo vodenja bolnišnice?		
1: Da (1_19)	Da (1_19)	Seznanjenost z vizijo in strategijo vodenja
2: Da (2_19)	Da (2_19)	
3: Da (3_14)	Da (3_14)	
4: Upam (4_16)	Upam (4_16)	
5: Da (5_17)	Da (5_17)	
6: Ne (6_19)	Ne (6_19)	
7: Ne (7_12)	Ne (7_12)	
8: Ne (8_15)	Ne (8_15)	
9: Deloma (9_16)	Delna (9_16)	
10: Ne (10_16)	Ne (10_16)	
V2.4.: Kako bi na kratko opisali vizijo in strategijo bolnišnice?		
1: Učinkovito zdravljenje bolnikov (1_20) po smernicah (1_21)	Učinkovito zdravljenje bolnikov (1_20) Zdravljenje v skladu s strokovnimi smernicami (1_21)	Vizija in strategija bolnišnice
2: Glavni namen je učinkovito zdravljenje bolnikov (2_20) v skladu s strokovnimi smernicami (2_21)	Učinkovito zdravljenje bolnikov (2_20) Zdravljenje v skladu s strokovnimi smernicami (2_21)	
3: Delo v skladu s strokovnimi smernicami (3_15)	Zdravljenje v skladu s strokovnimi smernicami (3_15)	
4: Zadovoljstvo pacientov (4_17) in zaposlenih (4_18)	Zadovoljstvo pacientov (4_17)	

	Zadovoljstvo zaposlenih (4_18)	
5: Spremljati (5_18) in razvijati smernice zdravljenja pacientov (5_19)	Spremljanje smernic zdravljenja (5_18) Razvoj smernic zdravljenja (5_19)	
6: Ni mi poznana dovolj (6_20)	Ne pozna (6_20)	
7: Vizija v prihodnosti izgleda slabo ob kadru, ki je na voljo (7_13)	Vizija v prihodnosti izgleda slabo ob kadru, ki je na voljo (7_13)	
8: Ne morem, ker nisem z njo seznanjena (8_16)	Ne pozna (8_16)	
9: Zadovoljstvo pacientov (9_17) in zaposlenih (9_18)	Zadovoljstvo pacientov (9_17) Zadovoljstvo zaposlenih (9_18)	
10: Ne znam (10_17)	Ne pozna (10_17)	
V2.5: Imate občutek, da je bilo v procesu pridobivanja akreditacije organizirano splošno zavzemanje in tako sodelovanje večine zaposlenih v celotni bolnišnici ali imate občutek, da je to ostalo delo le majhne skupine ljudi?		Sodelovanje zaposlenih v procesu pridobivanja akreditacije
1: Večine ljudi (1_22)	Večina zaposlenih (1_22)	
2: Majhna skupina ljudi (2_22)	Majhna skupina zaposlenih (2_22)	
3: Majhna skupina ljudi (3_16)	Majhna skupina zaposlenih (3_16)	
4: Delo majhne skupine (4_19)	Majhna skupina zaposlenih (4_19)	
5: Majhna skupina (5_20)	Majhna skupina zaposlenih (5_20)	
6: Večino dela je le na peščici ljudi (6_21), na dni akreditacijske presoje, na vseh (6_22)	Majhna skupina zaposlenih (6_21) Vsi zaposleni nekaj dni pred presojo (6_22)	
7: V procesu je bilo narejenih več napak (7_14), predvsem pa to ni bil širši kontekst in je bil to na koncu tek v 3 dneh (7_15).	Napake v procesu (7_14) Aktivnosti so se izvajale zadnje dni pred presojo (7_15).	
8: Občutek, da je delo le majhne skupine ljudi. Delali smo le nekateri. (8_17)	Majhna skupina zaposlenih (8_17)	
10: Večina (10_18)	Večina zaposlenih (10_18)	

V2.6: Se vam zdi to prav?		Strinjanje z načinom sodelovanja pri pridobivanju akreditacije
1: Da. (1_23)	Da (1_23)	
2: Ne zdi se mi prav. (2_23)	Ne (2_23)	
3: Ne. (3_17)	Ne (3_17)	
4: Ne. (4_20)	Ne (4_20)	
5: Da glede na število zaposlenih (5_21)	Da (5_21)	
6: Ne. (6_23)	Ne (6_23)	
8: Ne (8_18)	Ne (8_18)	
9: Ni prav. (9_19)	Ne (9_19)	
10: Da (10_19)	Da (10_19)	
V2.7: Ali menite, da je takšno delovanje ustrezno?		Ustreznost delovanja
1: Da. (1_24)	Da (1_24)	
3: Ne. (3_18)	Ne (3_18)	
4: Ne (4_21)	Ne (4_21)	
5: Da (5_22)	Da (5_22)	
6: Ne (6_24)	Ne (6_24)	
7: Ne (7_16)	Ne (7_16)	
8: Ne (8_19)	Ne (8_19)	
9: Ne (9_20)	Ne (9_20)	
V2.8: Kakšen bi bil vaš predlog delovanja v takšni situaciji?		
1: Isti. (1_25)	Enako delovanje (1_25)	Predlog delovanja
2: Ozavestiti je potrebno vse zaposlene. (2_24)	Ozaveščanje zaposlenih (2_24)	
3: Čim več udeležencev. (3_19)	Vključitev čim večjega števila zaposlenih (3_19)	
4: Vključitev večine zaposlenih (4_22)	Vključitev čim večjega števila zaposlenih (4_22)	
5: Primerno delovanje (5_23)	Primerno delovanje (5_23)	
6: Vzajemno zavzemanje za manj dobro zastavljenih ciljev (6_25)	Vzajemno zavzemanje za manj dobro zastavljene cilje	

	(6_25)	
7: Širši kontekst bi bil zaželjen (7_17)	Upoštevati širši kontekst (7_17)	
8: Vsak dobi svojo nalogo (8_20), ki jo mora do roka opraviti. (8_21) Če je ne, dobi denarno kazen. (8_22)	Delitev nalog (8_20) Določiti časovni okvir (8_21) Denarna kazen za kršitelje (8_22)	
10: Manj stresno (10_20), brez panike (10_21), speljati na bolj miren način (10_22)	Manj stresno (10_20) Brez panike (10_21) Speljati na miren način (10_22)	
V2.9: Ali je bila komunikacija dvosmerna? Ste lahko povedali vse, kar ste želeli in dobili ustrezne povratne informacije?		
1: Da. (1_26)	Da (1_26)	Dvosmernost komunikacije
2: Da (2_25)	Da (2_25)	
3: Da. (3_20)	Da (3_20)	
4: Da (4_23)	Da (4_23)	
5: Da; glede na interes (5_24)	Da (5_24)	
6: Povedal sem (6_26), slišan pa sem bil kakor kdaj (6_27), redko dobim povratne informacije (6_28)	Povedal je (6_26) Slišan je bil različno (6_27) Redko dobi povratne informacije (6_28)	
7: Ne. (7_18)	Ne. (7_18)	
8: Ne (8_23), povedala sem lahko (8_24), spremeni se nič. (8_25)	Ne (8_23) Možnost izraziti mnenje (8_24) Spremembe ni (8_25)	
9: Da, večinoma (9_21)	Da (9_21)	
10: Da (10_23)	Da (10_23)	
V2.10: Bi želeli pri tem sodelovati, v kolikor niste?		Želja po sodelovanju
1: Ne (1_27)	Ne (1_27)	
2: Sem sodelovala. (2_26)	Je že sodeloval/a (2_26)	
3: Da (3_21)	Da (3_21)	
4: Sem sodeloval. (4_24)	Je že sodeloval/a (4_24)	
5: Eventuelno (5_25)	Da (5_25)	

6: Sem več kot sem želel (6_29)	Je že sodeloval/a (6_29)	
7: Da (7_19)	Da (7_19)	
8: Že sodelujem (8_26)	Je že sodeloval/a (8_26)	
9: Sem sodelovala (9_22)	Je že sodeloval/a (9_22)	
V2.10.1: Zakaj?		Razlog za (ne)sodelovanje
1: Stvar vodilnih (1_28)	Stvar vodilnih (1_28)	
3: Soodločanje. (3_22)	Soodločanje (3_22)	
5: Glede na potrebe (5_26)	Zaradi potreb (5_26)	
7: Skupni projekti so načeloma boljši kot posamezni (7_20)	Skupni projekti so načeloma boljši kot posamezni (7_20)	
V2.11: Pod kakšnimi pogoji? Primeri: višja plača, proste ure, razbremenitev vsakodnevnega dela ipd.		Pogoji sodelovanja
1: Proste ure (1_29)	Proste ure (1_29)	
2: Vnaprej bi bila pripravljena sodelovati, če bi bila razbremenjena vsakodnevnega dela. (2_27)	Razbremenitev vsakodnevnega dela (2_27)	
3: Razbremenitev vsakodnevnega dela (3_23)	Razbremenitev vsakodnevnega dela (3_23)	
4: Višja plača (4_25)	Višja plača (4_25)	
5: Razbremenitev vsakodnevnega dela (5_27)	Razbremenitev vsakodnevnega dela (5_27)	
6: Razbremenitev (6_30) in prerazporeditev dela (6_31)	Razbremenitev vsakodnevnega dela (6_30) Prerazporeditev dela (6_31)	
7: Stimulativno delovno okolje je pravi odgovor (7_21)	Stimulativno delovno okolje (7_21)	
8: Višja plača (8_27), proste ure (8_28), razbremenitev vsakodnevnega dela (8_29) – pod vsemi temi pogoji	Višja plača (8_27) Proste ure (8_28) Razbremenitev vsakodnevnega dela (8_29)	
9: Proste ure (9_23), razbremenitev vsakodnevnega dela (9_24)	Proste ure (9_23) Razbremenitev vsakodnevnega dela (9_24)	
10: Razbremenitev vsakodnevnega dela (10_24)	Razbremenitev vsakodnevnega dela (10_24)	
Enota III.: Sprejemanje uvedenih sprememb		
V3.1: Se vam zdijo uvedene spremembe koristne?		

1: Da. (1_30)	Da (1_30)	Koristnostnost uvedenih sprememb
2: Da. (2_28)	Da (2_28)	
3: Da. (3_24)	Da (3_24)	
4: Da. (4_26)	Da (4_26)	
5: Da. (5_28)	Da (5_28)	
6: Nekatere zelo (6_32), druge so same sebi namen (6_33)	Nekatere (6_32) Nekatere so same sebi namen (6_33)	
7: Za oceno koristnosti je potreben čas, ki bo pokazal kako in kaj! (7_22)	Ocena koristnosti bo vidna sčasoma (7_22)	
8: Do sedaj je potrebno izpolnjevati le več papirjev. (8_30) Najbolj smiselen je WHO obrazec za primerjanje identitete in kontrole operativnega posega. (8_31)	Več dokumentacije (8_30) Obrazec je smiselen (8_31)	
9: Da (9_25)	Da (9_25)	
10: Nekatere (10_25)	Nekatere (10_25)	
V3.1.1: Zakaj?		
1: Boljša kakovost storitev (1_31)	Boljša kakovost (1_31)	Razlog za koristnost sprememb
2: Bolj kvalitetna (2_29) in varna (2_30) ter učinkovita (2_31) obravnava in delo	Boljša kakovost (2_29) Varnost (2_30) Učinkovitost (2_31)	
3: Boljši pogoji dela, (3_25) organizacija (3_26)	Boljši pogoji dela (3_25) Boljša organizacija (3_26)	
4: Večji red (4_27), preglednost (4_28), varnost(4_29)	Večji red (4_27) Boljša preglednost (4_28), Varnost (4_29)	
5: Boljša organiziranost (5_29) in večja varnost dela (5_30) ter varnost pacientov (5_31).	Boljša organizacija (5_29) Varnost dela (5_30) Varnost pacientov (5_31)	
9: Seznanitev osebja (9_26), varnost osebja (9_27) in pacientov (9_28)	Seznanjenost osebja (9_26) Varnost osebja (9_27) Varnost pacientov (9_28)	
10: Večja sistematizacija dela (10_26), večja kontrola nad podatki (10_27)	Večja sistematizacija dela (10_26) Večja kontrola nad podatki (10_27)	
V3.2: Ali zaznano realno stanje po uvedbi sprememb ustreza vašim pričakovanjem?		Zaznavanje sprememb

1: Da. (1_32)	Da (1_32)	
2: Delno ustreza. (2_32)	Delno (2_32)	
3: Da. (3_27)	Da (3_27)	
4: Ne. (4_30)	Ne (4_30)	
5: Da. (5_32)	Da (5_32)	
6: Da (6_34)	Da (6_34)	
7: Ne (7_23)	Ne (7_23)	
8: Ne (8_32)	Ne (8_32)	
9: Ne (9_29)	Ne (9_29)	
10: Nisem imela velikih pričakovanj (10_28) in večjih sprememb ne zaznam (10_29)	Ni imela velikih pričakovanj (10_28) Večjih sprememb ne zaznava (10_29)	
V3.2.1 (da): Kakšna pa so bila vaša pričakovanja?		Pričakovanja
1: Da se izboljša situacija (1_33)	Izboljšanje situacije (1_33)	
2: Pričakovanja so bila, da bodo spremembe olajšale delo. (2_33)	Olajšanje dela (2_33)	
5: Vendar bo potrebno sprejeto upoštevati, da bomo pripomogli k izboljšanju stanja (5_33)	Potrebno je upoštevati sprejete spremembe, da bi pripomogli k izboljšanju stanja (5_33)	
6: Upoštevanje več kot 30% sprememb (6_35)	Upoštevanje več kot 30% sprememb (6_35)	
V3.2.1 (ne): Zakaj ne?		Razlog za neskladnost s pričakovanji
4: Ker se ne držimo že dogovorjenega (4_31)	Neupoštevanje dogovorov (4_31)	
7: Ker je veliko spremembv kratkem času in naredijo zmedo večjo! (7_24)	Veliko sprememb v kratkem času, zato je zmeda večja (7_24)	
8: Kvaliteta dela z bolniki je ostala enaka (8_33), le papirjev je več. (8_34) Pričakovala sem kvalitetnejšo oskrbo bolnikov (8_35)	Kvaliteta dela z bolniki je ostala enaka (8_33) Več papirjev (8_34) Pričakovanje kvalitetnejše oskrbe bolnikov (8_35)	
9: Neupoštevanje dogovorov (9_30)	Neupoštevanje dogovorov (9_30)	
V3.3.: Ali imate občutek lastne kontrole nad dogajanjem med uvajanjem sprememb?		Lastna kontrola

1: Ne (1_34)	Ne (1_34)	
2: Da (2_34)	Da (2_34)	
3: Da (3_28)	Da (3_28)	
4: Ne (4_32)	Ne (4_32)	
5: Ne (5_34)	Ne (5_34)	
6: Delno. (6_36)	Delno (6_36)	
7: Ne (7_25)	Ne (7_25)	
8: Ne (8_36)	Ne (8_36)	
9: Ne (9_31)	Ne (9_31)	
10: Da (10_30)	Da (10_30)	
V3.3.1. Se vam zdi pomembno, da ohranite kontrolo?		Ohranjanje kontrole
1: Ne (1_35)	Ne (1_35)	
2: Da (2_35)	Da (2_35)	
3: Da (3_29)	Da (3_29)	
4: Da (4_33)	Da (4_33)	
5: Da (5_35)	Da (5_35)	
6: Da (6_37)	Da (6_37)	
7: Da (7_26)	Da (7_26)	
8: Da (8_37)	Da (8_37)	
9: Deloma (9_32)	Deloma (9_32)	
10: Da (10_31)	Da (10_31)	
V3.3.2. Zakaj?		Pomembnost ohranjanja kontrole
1: Nisem vodilni (1_36)	Nisem vodilni (1_36)	
2: Če nima posameznik občutka kontrole je ne more imeti niti skupina. (2_36)	Če nima posameznik občutka kontrole je ne more imeti niti skupina. (2_36)	
3: Zaradi varnosti dela (3_30)	Zaradi varnosti dela (3_30)	
4: Lažji nadzor (4_34), vodenje (4_35)	Lažji nadzor (4_34) Vodenje (4_35)	
5: Da se ohranja kvaliteta dela. (5_36)	Ohranjanje kvalitete dela (5_36)	
6: Ker je spremembe potrebno spojiti v realno stanje, ne vsiliti (6_38)	Da se spremembe spojijo z realnim stanjem, ne vsilijo	

	(6_38)	
7: Zaradi varnosti odločitev v kontekstu zdravljenja (7_27)	Varnost odločitev v kontekstu zdravljenja (7_27)	
8: Kontrola je potrebna za ohranjanje kvalitete dela. (8_38)	Ohranjanje kvalitete dela (8_38)	
9: Večja strokovnost dela (9_33)	Večja strokovnost dela (9_33)	
10: Kot delavka v tej bolnici boljše poznam delo na oddelku kot zunanji (10_32)	Zaupanje v lastno poznavanje dela (10_32)	
V3.4. Ali je vzpostavljena določena oblika ravnotežja?		Ravnotežje
1: Da (1_37)	Da (1_37)	
2: Ne (2_37)	Ne (2_37)	
3: Da (3_31)	Da (3_31)	
4: Ne (4_36)	Ne (4_36)	
5: Da (5_37)	Da (5_37)	
6: Da (6_39) in ne (6_40).	Da (6_39) Ne (6_40)	
7: Ne (7_28)	Ne (7_28)	
8: Ne (8_39)	Ne (8_39)	
9: Ne (9_34)	Ne (9_34)	
10: Da (10_33)	Da (10_33)	
V3.4.1: Čemu v največji meri pripisujete razlog, da se je/ni ravnotežje lahko vzpostavilo? Pri čem konkretno se to izkazuje?		Razlog (ne)vzpostavitve ravnotežja
1: Bili smo seznanjeni s spremembami (1_38)	Seznanjenost s spremembami (1_38)	
2: Nismo ustrezno seznanjeni (2_38), nihče ne ve za procese (2_39) in SOP-e (2_40),	Neustrezna seznanjenost (2_38) Neseznanjenost s procesi (2_39) Neseznanjenost s SOPi (2_40)	
3: Vsi smo bili seznanjeni s spremembami (3_32)	Seznanjenost s spremembami (3_32)	
4: Nepoznavanje (4_37), preveč sprememb (4_38), prehitro uvajanje (4_39)	Nepoznavanje (4_37) Preveč sprememb (4_38) Prehitro uvajanje (4_39)	
5: Postopno poskušamo izvajati ukrepe (5_38)	Postopno izvajanje ukrepov (5_38)	

6: Ker razmere niso primerne za vse spremembe. (6_41) Tehnično ali moralno, glede na okolje kjer se uvajajo. (6_42)	Neprimernost razmer za spremembe (6_41) Tehnična ali moralna neprimernost okolja (6_42)	
7: Prehitro uvajanje (7_29), brez dialoga (7_30)	Prehitro uvajanje (7_29) Uvajanje brez dialoga (7_30)	
8: Nadrejeni, ki naj bi podrejene seznanili s spremembami na AR oddelku nikoli tega ni naredil. (8_40) S spremembami se seznanim samo, ko slučajno na mizi najdem določen dopis ali v trenutku, ko se začnejo izvajati. (8_41)	Neobveščenost (8_40) Neustrezna seznanjenost (8_41)	
9: Prehitro uvajanje (9_35), preveč informacij naenkrat (9_36)	Prehitro uvajanje (9_35) Preveč informacij naenkrat (9_36)	
10: Minimalne spremembe, ni težav (10_34)	Spremembe so minimalne (10_34)	
Enota IV.: Sedanja organizacija bolnišnice		
V4.1. Ali imate občutek, da je prisotno timsko delo v vašem oddelku?		Timsko delo na oddelku
1: Da (1_39)	Da (1_39)	
2: Da (2_41)	Da (2_41)	
3: Da (3_33)	Da (3_33)	
4: Da (4_40)	Da (4_40)	
5: Da (5_39)	Da (5_39)	
6: Do neke mere. Z veliko truda (6_43)	Do neke mere (6_43)	
7: Da (7_31)	Da (7_31)	
8: Da (8_42)	Da (8_42)	
9: Da (9_37)	Da (9_37)	
10: Da (10_35)	Da (10_35)	
V4.1.1 Na kakšen način je prisotno?		Načini timskega dela
1: Pogovarjanje (1_40), skupne odločitve (1_41), sodelovanje pri diagnostiki (1_42)	Pogovor (1_40) Skupne odločitve (1_41) Sodelovanje pri diagnostiki (1_42)	
2: Razprave na raportih (2_42), skupne vizite (2_43), sodelovanje v diagnostičnih (2_44) in terapevtskih	Razprave na raportih (2_42) Skupne vizite (2_43)	

postopkih (2_45).	Sodelovanje pri diagnostiki (2_44) Sodelovanje v terapevtskih postopkih (2_45)	
3: O vseh spremembah se dogovarjamo skupno. (3_34)	Dogovarjanje o spremembah (3_34)	
4: Kolegialnost (4_41), konziliji (4_42)	Kolegialnost (4_41) Konziliji (4_42)	
5: Redni sestanki (5_40) in pogovori (5_41)	Sestanki (5_40) Pogovori (5_41)	
6: Hitre konzultacije (6_44), dostop do up to data (6_45), dialog (6_46), jutranji sestanek (6_47)	Konzultacije (6_44) Ažurnost informacij (6_45) Dialog (6_46) Sestanki (6_47)	
7: Sodelovanje z anesteziologom (7_32), medicinskim tehnikom (7_33)	Sodelovanje (7_32) Sodelovanje z medicinskimi tehniki (7_33)	
8: Komunikacija (8_43), seznanjenje s svojci (8_44); zahtevnejšimi primeri (8_45)	Komuniciranje (8_43) Seznanjanje s svojci (8_44) Seznanjanje z zahtevnejšimi primeri (8_45)	
10: Delitev dela (10_36), pomoč pri diagnostiki (10_37) in terapiji (10_38)	Delitev dela (10_36) Pomoč pri diagnostiki (10_37) Pomoč pri terapiji (10_38)	
V4.2. Ali je komunikacija na vašem oddelku odprta ali zaprta?		Komunikacija na oddelku
1: Odprta (1_43)	Odprta (1_43)	
2: Odprta (2_46)	Odprta (2_46)	
3: Odprta (3_35)	Odprta (3_35)	
4: Odprta (4_43)	Odprta (4_43)	
5: Odprta (5_42)	Odprta (5_42)	
6: Odprta (6_48)	Odprta (6_48)	
7: Odprta (7_34)	Odprta (7_34)	
8: Zaprta (8_46)	Zaprta (8_46)	
9: Odprta (9_38)	Odprta (9_38)	
10: Odprta (10_39)	Odprta (10_39)	
V4.2.1 Navedite primer.		Primer komunikacije
1: Lahko izpostavimo vsak primer na konziliju (1_44)	Pogovor na konziliju (1_44)	
2: S kolegi in nadrejenimi si izmenjamo različna mnenja (2_47) in o tem razpravljamo (2_48).	Izmenjava mnenj (2_47) Razpravljanje (2_48)	
3: Vsak lahko pove svoje mnenje brez sankcij (3_36)	Izražanje mnenj brez sankcij	

	(3_36)	
4: Vsak lahko pove karkoli (4_44)	Izražanje mnenj (4_44)	
5: za vsak primer je razprava odprta (5_43)	Razpravljanje (5_43)	
6: jutranji raporti (6_49)	Jutranji raporti (6_49)	
8: Predstojnik me ne obvešča o ničemer. (8_47)	Ni obveščanja o ničemer (8_47)	
9: Svobodno izražamo mnenja (9_39), konzultacija (9_40)	Izražanje mnenj (9_39) Konzultacija (9_40)	
10: Posredovanje v problemih med sestrami in bolniki (10_40)	Posredovanje v sporih (10_40)	
V4.2.2. Lahko vedno poveste svoje mnenje?		Izražanje mnenj
1: Da (1_45)	Da (1_45)	
2: Da (2_49)	Da (2_49)	
3: Da (3_37)	Da (3_37)	
4: Da (4_45)	Da (4_45)	
5: Da (5_44)	Da (5_44)	
6: Da (6_50)	Da (6_50)	
7: Da (7_35)	Da (7_35)	
8: Ne (8_48)	Ne (8_48)	
9: Da (9_41)	Da (9_41)	
10: Da (10_41)	Da (10_41)	
V4.2.3. Lahko vedno pridobite ustrezno povratno informacijo?		Povratna informacija
1: Da (1_46)	Da (1_46)	
2: V veliki večini da. (2_50)	Večinoma (2_50)	
3: Da (3_38)	Da (3_38)	
4: če se potrudim (4_46)	Da (4_46)	
5: Da (5_45)	Da (5_45)	
6: Da (6_51)	Da (6_51)	
7: Da (7_36)	Da (7_36)	
8: Ne (8_49)	Ne (8_49)	
9: Večinoma (9_42)	Večinoma (9_42)	

10: Velikokrat, ne vedno (10_42)	Večinoma (10_42)	
V4.3. Ali je prisotno timsko delo, sodelovanje med oddelki?		Timsko delo med oddelki
1: Da (1_47)	Prisotno (1_47)	
2: Ne (2_51)	Ni prisotno (2_51)	
3: Da (3_39)	Prisotno (3_39)	
4: Delno (4_47)	Delno prisotno (4_47)	
5: Da (5_46)	Prisotno (5_46)	
6: Manj kot znotraj oddelka (6_52)	Manj kot znotraj oddelka (6_52)	
7: Da (7_37)	Prisotno (7_37)	
8: Da (8_50)	Prisotno (8_50)	
9: Deloma (9_43)	Delno prisotno (9_43)	
10: Da (10_43)	Prisotno (10_43)	
V4.3.1. Ali menite, da je sodelovanja dovolj?		Sodelovanje med oddelki
1: Ne (1_48)	Ne dovolj (1_48)	
2: Ne (2_52)	Ne dovolj (2_52)	
3: Lahko bi ga bilo več (3_40)	Ne dovolj (3_40)	
4: Ne (4_48)	Ne dovolj (4_48)	
5: Da (5_47)	Dovolj (5_47)	
6: Ne (6_53)	Ne dovolj (6_53)	
7: Ne (7_38)	Ne dovolj (7_38)	
8: Sama ponavadi dobim, kar želim (8_51)	Dovolj (8_51)	
9: Ne (9_44)	Ne dovolj (9_44)	
10: Da (10_44)	Dovolj (10_44)	
V4.3.2. Kakšne prednosti menite, da prinaša sodelovanje med oddelki?		Prednosti sodelovanja med oddelki
1: Boljša kakovost oskrbe pacientov (1_49)	Boljša kakovost oskrbe (1_49)	
2: Bolj učinkovita obravnava bolnika (2_53)	Bolj učinkovita obravnava (2_53)	
3: Boljša kvaliteta dela (3_41), večja varnost pacientov (3_42)	Boljša kakovost oskrbe (3_41) Večja varnost pacientov	

	(3_42)	
4: boljša (4_49), cenejša (4_50) oskrba; hitrejša (4_51).	Boljša kakovost oskrbe (4_49) Cenejša oskrba (4_50) Hitrejša oskrba (4_51)	
5: Boljša obravnava (5_48), večja kvaliteta zdravljenja (5_49)	Boljša kakovost obravnave (5_48) Boljša kakovost zdravljenja (5_49)	
6: Višjo kvaliteto dela (6_54) in varnost (6_55)	Boljša kakovost oskrbe (6_54) Večja varnost (6_55)	
7: Medpoklicni pristop (7_39)	Medpoklicnost (7_39)	
8: Vsak je specialist na svojem področju in ta vsa znanja združimo pri oskrbi pacienta (8_52)	Združevanje znanj pri oskrbi (8_52)	
9: Boljša oskrba pacientov (9_45)	Boljša kakovost oskrbe (9_45)	
10: Boljša oskrba pacientov (10_45)	Boljša kakovost oskrbe (10_45)	
V4.4. Ali je komunikacija med oddelki odprta, dvosmerna?		Komunikacija med oddelki
1: Ne (1_50)	Ne (1_50)	
2: Ne vedno (2_54)	Delno (2_54)	
3: Da (3_43)	Da (3_43)	
4: kakor kdaj (4_52)	Delno (4_52)	
5: Da (5_50)	Da (5_50)	
6: Bolj enosmerna (6_56)	Ne (6_56)	
7: Odvisno glede na govorca, osebne izkušnje so dobre (7_40)	Delno (7_40)	
8: Da (8_53)	Da (8_53)	
9: Deloma (9_46)	Delno (9_46)	
10: Povprečno, da (10_46)	Da (10_46)	
V4.4.1. Na kakšen način se to kaže?		Način komunikacije
1: Nedostopnost zaposlenih (1_51)	Nedostopnost (1_51)	
2: Težko se je dogovoriti s specialisti drugega oddelka o premestitvah, pregledih bolnika. (2_55) Predvsem problematični so pogovori, ki se tičejo polimorbidnih pacientov. (2_56)	Težko dogovarjanje o premestitvah bolnika (2_55) Težko dogovarjanje o pregledih bolnika (2_56)	
3: Kadarkoli lahko dobiš mnenje drugega specialista. (3_44)	Dostopnost pridobivanja mnenja drugega specialista (3_44)	
4: Težko premeščanje (4_53)	Težko premeščanje (4_53)	

5: Dobra komunikacija med seboj (5_51)	Dobra medsebojna komunikacija (5_51)	
6: Vpliv kirurških strok ali anestezije nad ostalimi (6_57)	Nadvlada ene stroke nad ostalimi (6_57)	
7: Lahko pokličem vsakega zdravnika v bolnici! (7_41)	Dostopnost pridobivanja mnenja drugega specialista (7_41)	
8: Da na vprašanje dobiš odgovor (8_54)	Dostopnost odgovora (8_54)	
9: Neosebna komunikacija (preko napotnic...) (9_47)	Neosebna komunikacija (9_47)	
10: Pomanjkanje dogovorov (10_47)	Pomanjkljivo dogovarjanje (10_47)	
V4.5. Ali so predaje bolnikov na vašem oddelku varne?		Varnost predaje bolnikov
1: Da (1_52)	Varna predaja (1_52)	
2: Da, v veliki večini (2_57)	Večinoma varna (2_57)	
3: Da (3_45)	Varna predaja (3_45)	
4: Da (4_54)	Varna predaja (4_54)	
5: Da (5_52)	Varna predaja (5_52)	
6: Vsaj 1 x dnevno da. (6_58)	Varna predaja (6_58)	
7: Da (7_42)	Varna predaja (7_42)	
8: Ne (8_55)	Ni varna (8_55)	
9: Deloma (9_48)	Delno varna (9_48)	
10: Ne vedno (10_48)	Večinoma varna (10_48)	
V4.5.1. Kaj menite, da bi bilo potrebno v delovanju izboljšati, da bi povečali varnost pri predaji?		Izboljšave na področju varnosti pri predaji
1: Da bi bili vsi zdravniki prisotni ob predaji pacienta (1_53)	Prisotnost vseh zdravnikov ob predaji (1_53)	
2: Prisotni vsi zdravniki ob predaji pacientov. (2_58) V primeru, da lečeči zdravnik ne more biti fizično prisoten bi moral ostale kolege o pacientih obvestiti pisno ali preko telefona. (2_59)	Prisotnost vseh zdravnikov ob predaji (2_58) Obveščanje o pacientih (2_59)	
3: Daljši raporti (3_46)	Daljši raporti (3_46)	
4: Raport (4_55); dnevnik (4_56)	Raporti (4_55) Dnevnik (4_56)	
5: Nič (5_53)	Nič (5_53)	
6: Predvsem zmanjšati obremenitve posameznika	Zmanjšanje obremenitve	

(6_59)	(6_59)	
8: Najprej – poznati bolnikovo ime in priimek (8_56)	Pravilno informiranje (8_56)	
9: Jasno (9_49), pravočasno podajanje informacij (9_50)	Jasno podajanje informacij (9_49) Pravočasno podajanje informacij (9_50)	
10: Včasih je premalo podrobno (10_49), zdravniški raporti so ponavadi prekratki. (10_50) Točno določen čas, ki je namenjen za predajo (10_51) ter ne ovira rednega dela (sestre imajo 15 min časa za predajo) (10_52)	Podrobnejše informacije (10_49) Daljši raporti (10_50) Določeni čas za predajo (10_51) Neovirano delo (10_52)	
V4.6. Ali so premestitve bolnikov med oddelki po vašem mnenju enostavne, potekajo gladko?		Premestitve bolnikov med oddelki
1: Ne (1_54)	Ne potekajo gladko (1_54)	
2: Ne. (2_60)	Ne potekajo gladko (2_60)	
3: Ne (3_47)	Ne potekajo gladko (3_47)	
4: Ne (4_57)	Ne potekajo gladko (4_57)	
5: Občasno so prisotne tudi težave glede prostora in zasedenosti postelj na oddelku (5_54)	Ne potekajo gladko (5_54)	
6: Ne, niso enostavne (6_60)	Ne potekajo gladko (6_60)	
7: Ne (7_43)	Ne potekajo gladko (7_43)	
8: Odvisno od specialistov (8_57)	Delno potekajo gladko (8_57)	
9: Deloma (9_51)	Delno potekajo gladko (9_51)	
10: Ne vem, nimam premestitev (10_53)	Ne vem (10_53)	
V4.6.1. Kje in zakaj po vašem mnenju prihaja do ovir med premestitvami?		Ovire pri premestitvah
1: Prezasedenost oddelkov s pacienti (1_55)	Prezasedenost oddelkov (1_55)	
2: Stalen spor čigav je bolnik, na kateri oddelek sodi (2_61), težko se je dogovoriti o prioriteti njegovih težav (2_62)	Spor glede izbire oddelka (2_61) Težko dogovarjanje glede prednostne diagnoze (2_62)	
3: Ne vem (3_48)	Ne vem (3_48)	
4: Premajhna fleksibilnost (4_58)	Nefleksibilnost (4_58)	
5: Zaradi poimenovanja trenutne indikacije zdravljenja (včasih različna mnenja o prednostni diagnozi) (5_55)	Težko dogovarjanje glede prednostne diagnoze (5_55)	
6: Strah pred dodatnim delom (6_61)	Otepanje dodatnega dela (6_61)	
7: Komunikacija (7_44) in nesporazum, kaj bi kdo	Neinformiranost (7_44)	

moral zdraviti (7_45)	Nesporazum o načinu zdravljenja (7_45)	
8: Vsak se otepa novega sprejema (8_58)	Otepanje dodatnega dela (8_58)	
9: Neosebna komunikacija (9_52), neinformiranost osebja (9_53)	Neosebna komunikacija (9_52) Neinformiranost (9_53)	
Enota V.: Učinkovita struktura organizacije – sestava bolnišnice in njenih oddelkov za varno in uspešno zdravljenje bolnikov		
V5.1. Ali podpirate oblikovanje večdisciplinarnih timov, s katerimi bi dvignili nivo kvalitete zdravljenja?		Večdisciplinarni timi
1: Da (1_56)	Podpiram (1_56)	
2: Da (2_63)	Podpiram (2_63)	
3: Da (3_49)	Podpiram (3_49)	
4: Da (4_59)	Podpiram (4_59)	
5: Da (5_56)	Podpiram (5_56)	
6: Da (6_62)	Podpiram (6_62)	
7: Da (7_46)	Podpiram (7_46)	
8: Kaj to točno pomeni? Bi potem na vizite po celi bolnišnici hodila skupina: kirurg + ginekolog + internist + anesteziolog + pediater + farmacevt? (8_59)	Ne vem (8_59)	
9: Da (9_54)	Podpiram (9_54)	
10: Da (10_54)	Podpiram (10_54)	
V5.1.1. Utemeljite!		Utemeljitev
1: Več različnih mnenj lažje privede do pravilne diagnoze (1_57) in posledično terapije (1_58)	Pravilnejše postavljanje diagnoze (1_57) Pravilnejša terapija (1_58)	
2: Vsi konziliji so kvalitetni zaradi boljšega pristopa k pacientu (2_64) in diagnostiki (2_65)	Boljša obravnava pacienta (2_64) Boljši pristop k diagnostiki (2_65)	
3: Boljša obravnava pacienta. (3_50)	Boljša obravnava pacienta (3_50)	
4: Lažje odločanje (4_60); več znanja (4_61), razpršitev odgovornosti (4_62)	Lažje odločanje (4_60) Več znanja (4_61) Razpršitev odgovornosti (4_62)	
5: Pri določenih mejnih primerih je ustrezno zdravljenje lažje pridobiti z večimi specialisti različnih strok (5_57)	Ustreznejše zdravljenje (5_57)	
6: Sem pobudnik treh (6_63)	Pobuda k oblikovanju	

	večdisciplinarnih timov (6_63)	
7: Multidisciplinaren tim lahko bolj korektno vodi zahtevne bolnike! (7_47)	Bolj korektno vodenje zahtevnih bolnikov (7_47)	
9: Združevanje različnih znanj (9_55); kakovostnejša oskrba (9_56)	Združevanje različnih znanj (9_55) Bolj kakovostna oskrba (9_56)	
10: Vsestranska obravnava (10_55)	Vsestranska obravnava (10_55)	
V5.2. Kako argumentirate trditev, da je za povečano uspešnost zdravljenja predvsem zahtevnejših bolnikov nujno potrebno medpoklicno učenje strokovnjakov?		Medpoklicno učenje strokovnjakov
5: Smiselno (5_58) in potrebno (5_59)	Smiselno (5_58) Potrebno (5_59)	
6: primer za oboje so AVF, po več letih upora (6_64)	Upor pri uvajanju (6_64)	
8: Več glav več ve. Vsak je specialist na svojem področju in tako lahko s svojim znanjem in izkušnjami (8_60) pripomore k dobri oskrbi pacienta (8_61)	Združevanje mnenj (8_60) Boljša oskrba pacienta (8_61)	
V5.2.A (Kako argumentirate trditev, da je za povečano uspešnost zdravljenja predvsem zahtevnejših bolnikov nujno potrebno medpoklicno učenje strokovnjakov?) Horizontalno sodelovanje:		Horizontalno sodelovanje
1: Zadosti (1_59)	Dovolj (1_59)	
2: Dobro (2_66)	Dovolj (2_66)	
3: Dovolj (3_51)	Dovolj (3_51)	
4: Dobro (4_63)	Dovolj (4_63)	
5: Dovolj (5_60)	Dovolj (5_60)	
7: Se strinjam (7_48)	Dovolj (7_48)	
9: Nezadostno (9_57)	Ni dovolj (9_57)	
10: Premalo (10_56)	Ni dovolj (10_56)	
V5.2.B (Kako argumentirate trditev, da je za povečano uspešnost zdravljenja predvsem zahtevnejših bolnikov nujno potrebno medpoklicno učenje strokovnjakov?) Vertikalno sodelovanje:		Vertikalno sodelovanje
1: Premalo (1_60)	Ni dovolj (1_60)	
2: lahko bi bilo boljše (2_67)	Ni dovolj (2_67)	
3: Dovolj (3_52)	Dovolj (3_52)	
4: slabše (4_64)	Ni dovolj (4_64)	
5: Dovolj (5_61)	Dovolj (5_61)	

7: Se strinjam; občutek imam, da je kontakta premalo z medicinskimi sestrami (7_49)	Ni dovolj (7_49)	
9: Nezadostno (9_58)	Ni dovolj (9_58)	
10: Zadosti (10_57)	Dovolj (10_57)	
V5.3. Menite, da je sistemsko razmišljanje, ki je sestavljeno iz medsebojnega razumevanje med zdravniki, priznavanja njihove poklcine avtonomije, verovanja v znanost in humanitarnih idealov, stanje, h kateremu bi morali stremeti? Poklicna avtonomija je svoboda dela določenega poklica v skladu z naučenim.		Sistemsko razmišljanje
1: Da (1_61)	Da (1_61)	
2: Da (2_68)	Da (2_68)	
3: Da (3_53)	Da (3_53)	
4: Da (4_65)	Da (4_65)	
5: Da (5_62)	Da (5_62)	
6: V okviru znanega in sodelovanja tima (6_65)	Da (6_65)	
7: K temu stanju bi morali stremeti (7_50)	Da (7_50)	
8: Da (8_62)	Da (8_62)	
9: Da (9_59)	Da (9_59)	
10: Da (10_58)	Da (10_58)	
V5.3.1. Zakaj tako menite?		Razlog za sistemsko razmišljanje
1: Stvar etike (1_62)	Etika (1_62)	
2: Sicer je delo po ustaljenih kliničnih smernicah olajšano, kljub temu pa je potrebno prirediti zdravljenje na posameznega pacienta (2_69)	Prilagoditev zdravljenja (2_69)	
3: Boljše delo (3_54)	Bolj kakovostno delo (3_54)	
4: V Sloveniji je uradno zdravnik zadolžen za zdravljenje (4_66)	Odgovornost za zdravljenje (4_66)	
5: Verjeti moramo v svoje znanje (5_63) in izkušnje (5_64) ter vladati mora medsebojno zaupanje (5_65)	Vera v lastno znanje (5_63) Vera v lastne izkušnje (5_64) Medsebojno zaupanje (5_65)	
6: Ker je to gonilo napredka (6_66)	Gonilo napredka (6_66)	
7: Stvari se bodo postavile na svoje mesto (7_51); s tem bi se strokovne (7_52) in finančne stvari postavile na svoje mesto (7_53)	Rešitev težav (7_51) Rešitev strokovnih težav (7_52) Rešitev finančnih težav (7_53)	

8: Ker tako spoštujemo znanje (8_63) in izkušnje sodelavcev (8_64)	Spoštovanje znanja sodelavcev (8_63) Spoštovanje izkušenj sodelavcev (8_64)	
9: Kakovostnejša obravnava pacientov (9_60), osebno zadovoljstvo (9_61)	Bolj kakovostna obravnava (9_60) Osebno zadovoljstvo (9_61)	
10: Tako pridobimo na suverenosti (10_59) in samozavesti (10_60)	Suverenost (10_59) Samozavest (10_60)	
V5.3.2. Kje vidite prednosti takega načina razmišljanja?		Prednosti sistemskega razmišljanja
1: Pripomore do višje kakovosti zdravljenja (1_63) in obenem pripomore k strokovnemu izpopolnjevanju. (1_64)	Boljša kakovost zdravljenja (1_63) Strokovno izpopolnjevanje (1_64)	
2: Ukrepamo enotno (2_70), ohranjamo prilagoditev glede na specifiko primera posameznega bolnika. (2_71)	Enotno delovanje (2_70) Prilagajanje specifikam (2_71)	
3: Boljša obdelava pacientov (3_55)	Boljša kakovost obravnave (3_55)	
4: Uradna, z dokazi podprta znanost (4_67)	Z dokazi podprta znanost (4_67)	
5: Boljša in kvalitetnejša oskrba pacientov (5_66)	Boljša kakovost oskrbe (5_66)	
7: Prednosti so povsod: strokovno (7_54), poslovno (7_55); ogromna količina truda z vseh smeri; (7_56)	Strokovne prednosti (7_54) Poslovne prednosti (7_55) Več vlaganja truda (7_56)	
8: Zdravimo v skladu s sprejetimi smernicami (8_65)	Zdravljenje v skladu s sprejetimi smernicami (8_65)	
9: Kakovostnejša obravnava pacientov (9_62), osebno zadovoljstvo (9_63)	Boljša kakovost obravnave (9_62) Osebno zadovoljstvo (9_63)	
10: Večina je prednosti (10_61)	Večinoma gre za prednosti (10_61)	
V5.3.3 Kje slabosti?		Slabosti sistemskega razmišljanja
1: Slabosti ne vidim. (1_65)	Ni slabosti (1_65)	
2: Slabosti ni. (2_72)	Ni slabosti (2_72)	
3: Večja obremenitev zdravnika (3_56)	Večja obremenitev (3_56)	
4: Ujetost v kalupe (4_68)	Ujetost v kalupe (4_68)	
5: Obremenitev posameznika (5_67)	Večja obremenitev (5_67)	
6: Individualizem (6_67)	Individualizem (6_67)	
8: Sekiramo se, ker tega ne moremo izvajati 100%. Zaradi varčevanja moramo vedno sklepati kompromise (8_66)	Ni možno izvajati v celoti (8_66)	
9: Nesamokritičnost (9_64)	Pomanjkanje samokritičnosti (9_64)	

10: Strokovne napake (10_62)	Večja možnost strokovnih napak (10_62)	
V5.4. Ali priznavate, da vsak zdravnik stremi k grajenju lastne vizije in lastnih norm na osnovi z dokazi podprti medicini. Ta lastna vizija in lastne norme predstavljajo temelj skupne vizije bolnišnice, ki predstavlja kapaciteto zadržanja skupne predstave o prihodnosti.		Vizija in norme na osnovi z dokazi podprte medicine
1: Da (1_66)	Da (1_66)	
2: Trditve ne priznavam v celoti. (2_73)	Delno (2_73)	
3: Da (3_57)	Da (3_57)	
4: Ne popolnoma (4_69)	Delno (4_69)	
5: Da (5_68)	Da (5_68)	
6: Da (6_68)	Da (6_68)	
7: Da (7_57)	Da (7_57)	
8: Tako bi moralo biti (8_67)	Da (8_67)	
9: Da (9_65)	Da (9_65)	
V5.4.1. Zakaj?		Utemeljitev trditve
1: Vsak ima svoje mnenje, ki je enakovredno (1_67) in pripomore k podobi bolnišnice (1_68)	Enakovrednost mnenj (1_67) Mnenje posameznika sestavlja podobo bolnišnice (1_68)	
2: V SBT delujemo po principu skupne vizije posameznega oddelka (2_74), vizija pa je podprta na osnovi z dokazi podprte medicine. (2_75)	Delovanje po principu skupne vizije oddelka (2_74) Vizija temelji na z dokazi podprti medicini (2_75)	
3: Doprinos posameznika k skupnemu dobremu (3_58)	Doprinos posameznika k skupnemu dobremu (3_58)	
4: Različni profili (4_70), različne izkušnje (4_71), različna hotenja (4_72)	Različni profili (4_70) Različne izkušnje (4_71) Različna hotenja (4_72)	
5: S tem se dviguje nivo in kvaliteta dela (5_69); nove metode dela (5_70)	Dvig kvalitete dela (5_69) Nove metode dela (5_70)	
6: Združevanja interesov (6_69), znanja (6_70) in razvoja (6_71)	Združevanje interesov (6_69) Združevanje znanja (6_70) Združevanje razvoja (6_71)	
7: V osnovi bi bila bolnišnica takšna, da bi si vsak lahko pripeljal najboljše v bolnišnico (7_58)	Najboljši možen prispevek posameznika (7_58)	
8: Nihče ni idealen, vsi imamo svoje slabosti (8_68)	Kompenzacija slabosti posameznika (8_68)	
9: Upoštevanje doktrine (9_66)	Upoštevanje medicinske doktrine (9_66)	
10: Večini je v interesu, da deluje po principu evidence bassed medicine (10_64)	Delovanje po z dokazi podprti medicini (10_64)	

Enota VI.: Skupinsko učenje		
V6.1 Ali se vam zdi, da je skupinskega učenja v SBT premalo, ravno dovolj, preveč?		Skupinsko učenje
1: Ravno dovolj (1_69)	Ravno dovolj (1_69)	
2: Premalo (2_76)	Premalo (2_76)	
3: Premalo (3_59)	Premalo (3_59)	
4: Premalo (4_73)	Premalo (4_73)	
5: Ravno dovolj (5_71)	Ravno dovolj (5_71)	
6: Premalo (6_72)	Premalo (6_72)	
7: Premalo (7_59)	Premalo (7_59)	
8: Premalo (8_69)	Premalo (8_69)	
9: Premalo (9_67)	Premalo (9_67)	
10: Premalo (10_65)	Premalo (10_65)	
V6.2. Kaj po vašem mnenju prinaša skupinsko učenje v delovanje bolnišnice?		Delovanje bolnišnice
1: S tem prihaja do poenotenja zdravljenja bolnika s strani različnih strok (1_70)	Enotno zdravljenje (1_70)	
2: Ohranjanje celostne obravnave bolnikov (2_77), izboljšanje medsebojne komunikacije (2_78)	Celostna obravnava (2_77) Boljša medsebojna komunikacija (2_78)	
3: Boljše sodevanje (3_60)	Boljše sodelovanje (3_60)	
4: Povezovanje (4_74), usklajenost (4_75), koordinacija (4_76)	Povezovanje (4_74) Usklajenost (4_75) Koordinacija (4_76)	
5: Enotna doktrina zdravljenja (5_72)	Enotno zdravljenje (5_72)	
6: Naj bi napredek (6_73), višjo strokovno raven (6_74)	Napredek (6_73) Višja raven strokovnosti (6_74)	
7: Medpoklicni pristop (7_60); komplementarnost znanj (7_61); sodelovanje med različnimi skupinami (7_62)	Medpoklicni pristop (7_60) Komplementarnost znanj (7_61) Sodelovanje (7_62)	
8: Red, ki se ga bomo držali vsi (8_70), ker se bomo na skupinskem učenju z njim seznanili (8_71)	Upoštevanje pravil (8_70) Seznanjenost s pravili (8_71)	
9: Spoznavanje timskega dela (9_68), osebnejši kontakt osebja (9_69), ugled bolnišnice (9_70)	Seznanjenje s timskim delom (9_68) Bolj osebni stiki z osebjem (9_69) Ugled bolnišnice (9_70)	
10: Večja kvaliteta (10_66)	Boljša kakovost (10_66)	

V6.2.1 Kako bi to spremenili?		Spremembe
2: Več skupnega učenja (1_71)	Več skupnega učenja (1_71)	
3: Več skupnih sestankov (2_79)	Več skupnih sestankov (2_79)	
4: Pogostejša izobraževanja (4_77); vaje (4_78)	Pogostejše izobraževanje (4_77) Pogostejše vaje (4_78)	
6: Težko v tem okolju, v tem času (6_75)	Spremembe so težke glede na čas in okolje (6_75)	
7: Jutranja kava (7_63), ki pa je omejena s pomanjkanjem časa; neformalni razgovori (7_64); medicinskim sestram pomenijo veliko neformalnimi razgovori o bolniku (7_65)	Jutranja kava (7_63) Neformalni razgovori (7_64) Neformalni razgovori z medicinskimi sestrami (7_65)	
8: Z organizacijo skupinskega učenja (8_72). Z organizacijo dela (8_73), da se lahko takrat vsi učenja udeležijo, ne pa, da manjkajo zaradi dela v ambulantah (8_74)	Organiziranje skupinskega učenja (8_72) Organiziranje dela (8_73) Vključevanje vseh (8_74)	
9: Uvedba delavnic (9_71)	Uvedba delavnice (9_71)	
10: Redno namenjen čas in termin za strokovna izobraževanja (10_67)	Določitev termina za strokovno izobraževanje (10_67)	
Enota VII.: Poklicna kultura in individualna avtonomija		
V7.1. Podpirate način zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku?		Zdravljenje, usmerjeno k bolniku
1: Da (1_72)	Podpora (1_72)	
2: Da (2_80)	Podpora (2_80)	
3: Da (3_61)	Podpora (3_61)	
4: Da (4_79)	Podpora (4_79)	
5: Da (5_73)	Podpora (5_73)	
6: Da (6_76)	Podpora (6_76)	
7: Da (7_66)	Podpora (7_66)	
8: Da (8_75)	Podpora (8_75)	
9: Da (9_72)	Podpora (9_72)	
10: Do neke mere (10_68)	Do neke mere (10_68)	
V7.1.1. Zakaj?		Utemeljitev
1: Samo na ta način lahko pacientu zares koristi (1_73)	Koristno za pacienta (1_73)	

2: Ker je to bolnikova pravica (2_81), zagotavlja učinkovito zdravljenje (2_82)	Pacientova pravica (2_81) Učinkovito zdravljenje (2_82)	
3: Samo tako lahko zagotovimo pravilno oskrbo (3_62) in s tem izboljšamo izhod zdravljenja (3_63)	Pravilna oskrba (3_62) Boljši rezultati zdravljenja (3_63)	
4: Boljša oskrba (4_80)	Boljša oskrba (4_80)	
6: Ker je bolnik center dogajanja (6_77) in odloča o sebi (6_78)	Pacient je v središču (6_77) Pacient odloča o sebi (6_78)	
7: Bolnik najlažje pelje tiste dogodke, ki so zanj najboljši. najlažje jih prenaša. (7_67)	Ugodneje za pacienta (7_67)	
8: Ker zdravimo bolnika (8_76)	Pacient je v središču (8_76)	
9: Uspešna oskrba bolnika (9_73)	Boljša oskrba (9_73)	
10: Vse pacientove vrednote niso vedno v skladu z zdravniškimi načeli in smernicami zdravljenja (10_69)	Neskladnost pacientovih vrednot z zdravniškimi načeli in smernicami zdravljenja (10_69)	
V7.2. Kaj menite o merjenju uspešnosti med zdravniki?		Merjenje uspešnosti
1: Pravzaprav se uspešnost pri nas ne meri, oz. jaz nisem z njo seznanjen (1_74)	Ne merimo uspešnosti (1_74)	
2: Temeljna naloga vsake bolnišnice (2_83), saj na ta način zagotavljamo (2_84) in tudi izboljsujemo kvaliteto obravnave nasih bolnikov (2_85) in si pridobivamo njihovo zaupanje. (2_86)	Temeljna naloga bolnišnice (2_83) Zagotavljanje kakovosti obravnave (2_84) Izboljševanje kakovosti obravnave (2_85) Pridobivanje zaupanja pacientov (2_86)	
3: Je potrebno (3_64)	Potrebno (3_64)	
4: Jo podpiram (4_81)	Potrebno (4_81)	
5: Uspešnost je potrebno meriti (5_74)	Potrebno (5_74)	
6: Dobro (6_79); težko meriti (6_80) in brez smisla (6_81), ker ni nagrad ali malusov (6_82)	Potrebno (6_79) Težko meriti (6_80) Nima smisla (6_81) Uspešnost ni nagrajena (6_82)	
7: Uspešnost naj se začne meriti (7_68) in ovrednotiti pri plači (7_69)	Potrebno (7_68) Uspešnost naj bo nagrajena (7_69)	
8: Bilo bi ga potrebno uvesti (8_77)	Potrebno (8_77)	
9: Potrebno (9_74), vendar z jasnimi kazalci (9_75)	Potrebno (9_74) Jasni kazalniki uspešnosti (9_75)	
10: Sem proti (10_70)	Proti merjenju uspešnosti (10_70)	

V7.3. Imate občutek, da lahko kontrolirate naravo in obseg vaših nalog?		Nadzor nad nalogami
1: Da (1_75)	Da (1_75)	
2: Ne (2_87)	Ne (2_87)	
3: Da (3_65)	Da (3_65)	
4: Da, občasno (4_82)	Delno (4_82)	
5: Da (5_75)	Da (5_75)	
6: Ne, obseg dela presega to (6_83)	Ne (6_83)	
7: Delno (7_70)	Delno (7_70)	
8: Ne (8_78)	Ne (8_78)	
9: Ne (9_76)	Ne (9_76)	
10: Ne (10_71)	Ne (10_71)	
V7.3.1. Na kakšen način?		Način nadzora
1: S preciznostjo dela (1_76), točnostjo v službi (1_77)	Preciznost dela (1_76) Točnost (1_77)	
3: Z dogovorom (3_66)	Dogovarjanje (3_66)	
4: Razporejam delo (4_83)	Razporejanje dela (4_83)	
5: Z medsebojnim dogovorom (5_76)	Dogovarjanje (5_76)	
6: Delno z organiziranim delom (6_84)	Organizacija dela (6_84)	
7: V dialogu s kolegi se lahko dogovorimo za obseg nalog (7_71)	Dogovarjanje (7_71)	
8: Program dela napiše drug oddelek (8_79). Urgence so nepredvidljive (8_80)	Program dela je določen (8_79) Nepredvidljivost dela (8_80)	
10: Delo je treba opraviti (10_72), ne morem preložiti dela na nikogar (10_73)	Delo je določeno (10_72) Ni možno prevzemanje drugih nalog (10_73)	
V7.4. Imate občutek, da imate kontrolo nad sprejemanjem bolnikov v vaše sobe?		Nadzor nad sprejemom bolnikov
1: Ne (1_78)	Ne (1_78)	
2: Ne (2_88)	Ne (2_88)	
3: Ne (3_67)	Ne (3_67)	
4: Da (4_84)	Da (4_84)	
5: Ne (5_77)	Ne (5_77)	

6: Ne (6_85)	Ne (6_85)	
7: Delno (7_72)	Delno (7_72)	
8: Da (8_81)	Da (8_81)	
9: Deloma (9_77)	Delno (9_77)	
10: Da (10_74)	Da (10_74)	
V7.4.1. Na kakšen način?		Način nadzora
1: Stvar oddelka (1_79)	Določeno s strani oddelka (1_79)	
3: Način dela oddelka (3_68)	Določeno s strani oddelka (3_68)	
4: Naročim osebju (4_85)	Lastna odločitev (4_85)	
5: Zaradi ustaljenega načina razporejanja pacientov (5_78)	Ustaljeni način razporejanja (5_78)	
6: Sistem je drugačen (6_86)	Sistem tega ne dovoljuje (6_86)	
7: Dežurni sprejme bolnike v moje sobe (7_73)	Druga oseba sprejema bolnike (7_73)	
8: Obstajajo dogovori, katere bolnike se sprejme v kirurško intenzivno enoto in kdo je njihov lečeči zdravnik (8_82)	Dogovor (8_82)	
9: Komunikacija z oddelčnimi medicinskimi sestrami (9_78)	Dogovor (9_78)	
10: Odločam o tem, kdo je sprejet na oddelek (10_75)	Lastna odločitev (10_75)	
V7.5. Imate občutek, da lahko kontrolirate postavljanje diagnoz in zdravljenja vaših bolnikov?		Nadzor nad diagnozo in zdravljenjem
1: Da (1_80)	Da (1_80)	
2: Da (2_89)	Da (2_89)	
3: Da (3_69)	Da (3_69)	
4: Da (4_86)	Da (4_86)	
5: Da (5_79)	Da (5_79)	
6: Da (6_87)	Da (6_87)	
7: Da (7_74)	Da (7_74)	
8: Da (8_83)	Da (8_83)	
9: Da (9_79)	Da (9_79)	
10: Da (10_76)	Da (10_76)	

V7.5.1. Na kakšen način?		Način nadzora
1: Imam vsa pooblastila (1_81) ter vse možnosti za diagnostiko in terapijo (1_82)	Pooblastilo za diagnostiko in terapijo (1_81) Možnosti za diagnostiko in terapijo (1_82)	
2: Da zagotovim ustrezno diagnostiko ter učinkovito terapijo (2_90)	Samostojnost pri diagnostiki (2_90)	
3: Na raportih (3_70), sestankih (3_71)	Na raportih (3_70) Na sestankih (3_71)	
4: Speljem diagnostiko, postavim diagnozo (4_87)	Samostojnost pri diagnostiki (4_87)	
5: Zaradi samostojnosti pri delu (5_80)	Samostojnost pri delu (5_80)	
6: S strokovnim delom (6_88) in dialogom (6_89)	Strokovno delo (6_88) Dialog (6_89)	
7: Imam popolno avtonomijo (7_75)	Avtonomija (7_75)	
8: Ker sama odredim preiskave (8_84) in s tem prilagodim terapijo (8_85)	Samostojnost pri odredbi preiskave (8_84) Samostojnost pri terapiji (8_85)	
10: Razpolagam z vso diagnostiko (10_77) in temu posledično tudi zdravljenje (10_78)	Avtonomija pri diagnostiki (10_77) Avtonomija pri zdravljenju (10_78)	
V7.6. Imate občutek, da lahko kontrolirate ocenjevanja oskrbe vaših bolnikov?		Nadzor nad ocenjevanje oskrbe
1: Da (1_83)	Da (1_83)	
2: Da (2_91)	Da (2_91)	
3: Da (3_72)	Da (3_72)	
4: Da (4_88)	Da (4_88)	
5: Da (5_81)	Da (5_81)	
6: Delno (6_90)	Delno (6_90)	
7: Da (7_76)	Da (7_76)	
9: Da (9_80)	Da (9_80)	
10: Ne (10_79)	Ne (10_79)	
V7.6.1. Na kakšen način?		Način nadzora
1: Z naročanjem pacientov na redne kontrole (1_84)	Naročanje na redne kontrole (1_84)	
2: Pacienta naročim na redne kontrole (2_92)	Naročanje na redne kontrole (2_92)	
3: Preko rednih kontrol (3_73)	Redne kontrole (3_73)	
4: Vizite (4_89)	Vizite (4_89)	

5: Naročanje na redne pogoste kontrole (5_82)	Naročanje na redne kontrole (5_82)	
6: Z dnevnimi vizitami (6_91)	Vizite (6_91)	
7: Subjektivna ocena; indirektno (7_77): prek pogovora z bolniki (7_78), medicinskimi sestrami (7_79), svojci (7_80)	Indirektno (7_77) Pogovor z bolnikom (7_78) Pogovor z medicinskimi sestrami (7_79) Pogovor s svojci (7_80)	
9: Vizite (9_81)	Vizite (9_81)	
10: Premalo povratnih informacij (10_80)	Premalo povratnih informacij (10_80)	
V7.7. Imate občutek, da lahko kontrolirate kakovost oskrbe ostalih poklicev, ki sodelujejo v zdravljenju vaših bolnikov?		Nadzor nad kakovostjo oskrbe ostalih poklicev
1: Ne (1_85)	Ne (1_85)	
2: Ne (2_93)	Ne (2_93)	
3: Da (3_74)	Da (3_74)	
4: Ne (4_90)	Ne (4_90)	
5: Ne (5_83)	Ne (5_83)	
6: Ne (6_92)	Ne (6_92)	
7: Do neke mere da (7_81)	Do neke mere (7_81)	
8: Ne (8_86)	Ne (8_86)	
9: Ne (9_82)	Ne (9_82)	
10: Ne (10_81)	Ne (10_81)	
V7.7.1. Na kakšen način?		Način nadzora
1: To je stvar vodilnih (1_86)	Stvar vodilnih (1_86)	
2: Vsak kader ima svoje vodstvo, ki ni nujno, da se med seboj strinjajo (2_94)	Stvar vodilnih (2_94)	
3: S kontrolo (3_75)	Kontrola (3_75)	
4: Nimam kompetence (4_91)	Brez kompetentnosti (4_91)	
5: Podrejeni so drugemu nadzorniku; drugemu šefu (5_84)	Drugi nadzornik (5_84)	
7: Delna kontrola medicinskih sester (7_82), nekaj na nivoju strežnic (7_83); opazovanje (7_84), pogovori (7_85)	Delni nadzor medicinskih sester (7_82) Delni nadzor strežnic (7_83) Opazovanje (7_84)	

	Pogovori (7_85)	
8: Ker ne morem vplivati na izobraževanje drugih zdravstvenih delavcev, ki skrbijo za bolnike v kirurški intenzivni enoti (8_87)	Brez vpliva na izobraževanje (8_87)	
9: Nenadzor (9_83), brez kompetenc (9_84)	Brez možnosti nadzora (9_83) Brez kompetentnosti (9_84)	
Enota VIII.: Kultura varnosti bolnikov		
V8.1. Kako pogosto se na vašem oddelku pogovarjate o neželenih dogodkih? Tukaj nas zanima, ali se na oddelkih izvajajo tvorne debate o napakah posameznikov med zdravljenjem in zato nepravilnem zdravljenju posameznikov.		Pogovor o neželenih dogodkih
2: Redko (2_95), vendar se število pogovorov veča (2_96)	Redko (2_95) Vedno pogosteje (2_96)	
3: Po potrebi (3_76)	Po potrebi (3_76)	
4: po potrebi (4_92)	Po potrebi (4_92)	
5: Občasno (5_85), po potrebi (5_86)	Občasno (5_85) Po potrebi (5_86)	
6: Vsakodnevno (6_93)	Vsakodnevno (6_93)	
7: Pogovarjamo se; veliko neželenih dogodkov ni bilo (7_86)	Redko (7_86)	
8: Nikoli, tvorne debate se ne izvajajo (8_88)	Nikoli (8_88)	
9: Po potrebi (9_85)	Po potrebi (9_85)	
10: Se ne (10_82)	Nikoli (10_82)	
V8.2. Kakšen je način obravnavanja neželenih dogodkov: kaznovalni / nekaznovalni odziv na napake?		Način obravnave neželenih dogodkov
1: Nekaznovalni (1_87)	Nekaznovalni (1_87)	
2: Nekaznovalni (2_97)	Nekaznovalni (2_97)	
3: Nekaznovalni (3_77)	Nekaznovalni (3_77)	
4: Nekaznovalni (4_93)	Nekaznovalni (4_93)	
5: Nekaznovalni (5_87)	Nekaznovalni (5_87)	
6: Nekaznovalni (6_94) - edukativni (6_95)	Nekaznovalni (6_94) Edukativni (6_95)	
7: Nekaznovalni (7_87), največ dialoga (7_88)	Nekaznovalni (7_87) Dialog (7_88)	
9: Raporti (9_86)	Raporti (9_86)	
10: Nekaznovalni (10_83)	Nekaznovalni (10_83)	

V8.3. Kakšen način bi bil po vašem mnenju ustreznejši?		Ustreznejši način obravnave neželenih dogodkov
1: Nekaznovalni (1_88)	Nekaznovalni (1_88)	
2: Nekaznovalni (2_98)	Nekaznovalni (2_98)	
3: Nekaznovalni (3_78)	Nekaznovalni (3_78)	
4: Nekaznovalni (4_94)	Nekaznovalni (4_94)	
5: Nekaznovalni (5_88)	Nekaznovalni (5_88)	
6: Nekaznovalni – za 80-90% zdravnikov (6_96)	Večinoma nekaznovalni (6_96)	
7: Predstojniki bi morali imeti več vzvodov (7_89); večji pomen na nagrajevanju (7_90)	Več pristojnosti nadrejenim (7_89) Večji pomen nagrajevanja (7_90)	
8: Pogovor (8_89). Ugotoviti, zakaj je do napake prišlo (8_90) in vzrok odpraviti (8_91)	Pogovor (8_89) Poiskati vzrok (8_90) Odpraviti vzrok (8_91)	
9: Glavne vizite (9_87)	Glavne vizite (9_87)	
10: Nekaznovalni (10_84)	Nekaznovalni (10_84)	
V8.4. Ali vedno lahko pridobite povratno informacijo o vaših lastnih napakah?		Povratna informacija o napakah
1: Ne vedno (1_89)	Ne (1_89)	
2: Ne (2_99)	Ne (2_99)	
3: Da (3_79)	Da (3_79)	
4: Da (4_95)	Da (4_95)	
5: Večinoma da (5_89)	Večinoma (5_89)	
6: Ne vedno (6_97)	Ne (6_97)	
7: Da. (7_91)	Da (7_91)	
8: Če se posledica napačne odločitve pokaže med hospitalizacijo informacijo dobim. Če se pojavi po odpustu pacienta domov jo ne dobim. (8_92)	Delno (8_92)	
10: Ne, premalo odprta komunikacija (10_85)	Ne (10_85)	
V8.4.1 Zanima nas pot pridobivanja povratnih informacij.		Pot povratne informacije
3: Ustno (3_80)	Ustno (3_80)	
4: sam pacient (4_96), svojci (4_97), odvetniki (4_98), izbrani zdravniki (4_99)	Pacient (4_96) Svojci (4_97)	

	Odvetniki (4_98) Zdravniki (4_99)	
5: Ustno (5_90)	Ustno (5_90)	
7: Kolegi mi povedo o tem (7_92)	Kolegi (7_92)	
9: Svojci (9_88), pacienti (9_89), sami (9_90)	Svojci (9_88) Pacienti (9_89) Samostojno (9_90)	
V8.5. Imate občutek, da vodstvo oddelka in vrhnje vodstvo podpirata kulturo varnosti bolnikov?		Podpora kulturi varnosti bolnikov
1: Da (1_90)	Da (1_90)	
2: Da (2_100)	Da (2_100)	
3: Da (3_81)	Da (3_81)	
4: Ne. (4_100)	Ne (4_100)	
5: Načeloma da (5_91)	Da (5_91)	
6: Teoretično da (6_98)	V teoriji (6_98)	
7: Da (7_93)	Da (7_93)	
8: Z uvedbo morbiditetno mortalitetnih sestankov vodstvo to podpira vsaj teoretično (8_93), v praksi večjih sprememb ne opazim. (8_94)	V teoriji (8_93) Ne v praksi (8_94)	
9: Deloma (9_91)	Delno (9_91)	
10: Težo rečem, teh izkušenj nimam (10_86)	Ne vem (10_86)	
V8.5.1. Kako se to kaže v delovanju vodstva?		Podpora kulturi varnosti bolnikov v delovanju vodstva
1: S pogovori (1_91), izobraževanji (1_92), morbiditetno mortalitetne konference (1_93)	Pogovori (1_91) Izobraževanja (1_92) Morbiditetno mortalitetne konference (1_93)	
2: Razprave o nevarnih dogodkih (2_101), analize (2_102), predlogi ukrepov (2_103), seznanitev ustreznih oseb z ukrepi (2_104)	Razprave (2_101) Analize (2_102) Predlogi ukrepov (2_103) Seznanitev z ukrepi (2_104)	
3: S pogovori (3_82)	Pogovori (3_82)	
4: ukrepi so sicer sprejeti; ni pa kontrole (4_101), izgublja se kredibilnost (4_102)	Brez nadzora nad sprejetimi ukrepi (4_101) Izguba kredibilnosti (4_102)	
5: Dovolj zunanjih izobraževanj (5_92), dovoljuje uvajanje novosti (5_93)	Izobraževnja (5_92) Uvajanje novosti (5_93)	
6: Vizite (6_99), raporti (6_100), morbiditetno mortalitetne konference (6_101) ipd.	Vizite (6_99) Raporti (6_100)	

	Morbiditetno mortalitetne konference (6_101)	
7: Jutranji sestanki (3_ – 5 krat na teden) (7_94); morbiditetno mortalitetne konference (7_95)	Sestanki (7_94) Morbiditetno mortalitetne konference (7_95)	
8: Sprememb ne opazim (8_95)	Spremembe niso opazne (8_95)	
9: Nenadzor (9_92), neupoštevanje sprejetih ukrepov (9_93)	Brez nadzora nad sprejetimi ukrepi (9_92) Neupoštevanje sprejetih ukrepov (9_93)	
Enota IX. – Participativno vodenje		
V9.1. Ali se počutite enakopravni ostalim specialistom med vsakodnevnim opravljanjem dela.?		Enakopravnost med specialisti
1: Da (1_94)	Da (1_94)	
2: Da (2_105)	Da (2_105)	
3: Da (3_83)	Da (3_83)	
4: da (4_103)	Da (4_103)	
5: Da (5_94)	Da (5_94)	
6: Strokovno da (6_102), poslovno ne (6_103)	Strokovno da (6_102) Ne poslovno (6_103)	
7: Da (7_96)	Da (7_96)	
8: Ne (8_96)	Ne (8_96)	
9: Da (9_94)	Da (9_94)	
10: Ne (10_87)	Ne (10_87)	
V9.1.1. Zakaj?		Enakopravnost - razlog
1: Ker lahko samostojno opravljam vsa dela (1_95)	Samostojnost (1_95)	
2: Ker lahko opravljam enake funkcije kot ostali (2_106)	Enake naloge (2_106)	
3: Ker se upošteva mnenje posameznika (3_84)	Upoštevanje mnenja (3_84)	
4: ista dela (4_104); sodelujem v konzilijih. (4_105)	Enake naloge (4_104) Sodelovanje v konzilijih (4_105)	
5: Opravljamo podobno delo (5_95)	Podobne naloge (5_95)	
6: Ker so nekateri privilegirani (6_104)	Privilegiranost nekaterih (6_104)	
7: Moje mnenje se upošteva (7_97)	Upoštevanje mnenja (7_97)	
8: V bistvu se zavedam, da so AR storitve servis	AR storitve so samo servis	

drugim oddelkom (8_97)	drugim oddelkom (8_97)	
9: Opravljanje enakih nalog (9_95), dostop do enakih diagnostičnih postopkov (9_96)	Enake naloge (9_95) Enak dostop do diagnostičnih postopkov (9_96)	
10: Imam občutek inferiornosti napram drugim specialnostim (10_88)	Inferiornost drugim (10_88)	
V9.2. Razpolagate z ustreznimi povratnimi informacijami o svojem delu?		Ustreznost povratnih informacij
1: Da (1_96)	Da (1_96)	
2: Premalo analiz (2_107)	Premalo analiz (2_107)	
3: Da (3_85)	Da (3_85)	
4: Da (4_106)	Da (4_106)	
5: Da (5_96)	Da (5_96)	
6: Ne vedno (6_105)	Ne vedno (6_105)	
7: Da (7_98), ultrazvočni pregledi konstruiranih fistul	Da (7_98)	
8: Da (8_98)	Da (8_98)	
9: Da (9_97)	Da (9_97)	
10: Ne (10_89)	Ne (10_89)	
V9.3. Ali je komunikacija med vami in vašimi nadrejenimi prosta in dvostranska?		Prosta komunikacija z nadrejenimi
1: Da (1_97)	Da (1_97)	
2: Da (2_108)	Da (2_108)	
3: Da (3_86)	Da (3_86)	
4: Da (4_107)	Da (4_107)	
5: Da (5_97)	Da (5_97)	
6: Ne vedno (6_106)	Ne (6_106)	
7: Da (7_99)	Da (7_99)	
8: Ne (8_99). Med mano in mojim predstojnikom ni komunikacije	Ne (8_99)	
9: Da (9_98)	Da (9_98)	
10: Da (10_90)	Da (10_90)	
V9.3.1. Kaj menite, da bi bilo potrebno v komunikaciji izboljšati?		Izboljšave v komunikaciji

1: Nič (1_98)	Nič (1_98)	
2: Nič (2_109)	Nič (2_109)	
3: Nič (3_87)	Nič (3_87)	
4: Ne veliko (4_108)	Ne veliko (4_108)	
5: Trenutno je komunikacija dobra, potreb po izboljšanju ni (5_98)	Nič (5_98)	
6: Zaupanje vodstva do ljudi, ki jim dodeli nalogo (6_107)	Zaupanje nadrejenih (6_107)	
7: Nič (7_100)	Nič (7_100)	
8: Spoštovanje eden do drugega (8_100)	Medsebojno spoštovanje (8_100)	
9: Pogostejše (9_99), natančnejše (9_100), ažurnejše informacije (9_101)	Pogostejše informiranje (9_99) Natančne informacije (9_100) Ažurne informacije (9_101)	
10: Nič (10_91)	Nič (10_91)	
V9.4. Ali se vaši nadrejeni zavedajo svojih napak in jih priznavajo?		Zavedanje napak
1: Da (1_99)	Da (1_99)	
2: Občasno (2_110)	Občasno (2_110)	
3: Da (3_88)	Da (3_88)	
4: seveda (4_109)	Da (4_109)	
5: Da (5_99)	Da (5_99)	
6: Zavedajo – ne vem, priznajo - ne (6_108)	Ne (6_108)	
7: Neposredno nadrejeni da; poslovna direktorica skrbi preveč za finance, premalo za ljudi (7_101)	Da (7_101)	
8: Ne vem (8_101). Vprašajte moje nadrejene	Ne vem (8_101)	
9: Večinoma (9_102)	Večinoma (9_102)	
10: Da (10_92)	Da (10_92)	
V9.4.1. Zakaj menite, da bi se morali nadrejeni zavedati svojih napak in jih priznavati?		Potreba po zavedanju napak
1: Izboljšava dela (1_100)	Izboljšanje dela (1_100)	
2: Vzor vsem podrejenim (2_111)	Zgled (2_111)	

3: Tudi zaradi napak drugih (3_89)	Zgled (3_89)	
4: dober zgled (4_110)	Zgled (4_110)	
5: Da se napake ne bi ponavljale (5_100)	Preprečitev ponavljanja napak (5_100)	
6: Da je lahko dialog tvornejši (6_109)	Tvornejši dialog (6_109)	
7: Iz stališča, da bi na vseh nivojih potekala dvostranska komunikacija (7_102), priznavati napake in jih poskušati odpraviti (7_103), stremeti k boljšemu jutri	Dvostranska komunikacija (7_102) Poskušati odpraviti napake (7_103)	
8: Ker so s svojim ravnanjem vzor podrejenim in ogledalo kako se dela prav (8_102)	Zgled (8_102)	
9: Ker so zgled podrejenim (9_103)	Zgled (9_103)	
10: Ravno zato, da se dela boljše, da se ne ponavljajo napake pri podrejenih (10_93)	Preprečitev ponavljanja napak (10_93)	
V9.5. Ali imate občutek, da vam nadrejeni zaupajo, vas poslušajo?		Zaupanje s strani nadrejenih
1: Da (1_101)	Da (1_101)	
2: Da (2_112)	Da (2_112)	
3: Da (3_90)	Da (3_90)	
4: Da (4_111)	Da (4_111)	
5: Da (5_101)	Da (5_101)	
6: Redko (6_110)	Redko (6_110)	
7: Da (7_104)	Da (7_104)	
8: Večina ne (8_103)	Ne (8_103)	
9: Da (9_104)	Da (9_104)	
10: Da (10_94)	Da (10_94)	

Priloga 4: Kodirna tabela fokusnih skupin

Enota I.: Zaznavanje naporov vodstva oddelka in bolnišnice za uvajanje sprememb v SB Trbovlje.	**Kode**	**Kategorije**
V1.1: S kakšnimi metodami menite, da se v vaše okolje uvajajo spremembe?		
11: O spremembah nas pisno obvestijo (11_1), občasno smo povabljni tudi v skupine, kjer lahko soodločamo o spremembah (11_2)	Pisno obveščanje (11_1) Skupnine za soodločanje (11_2)	Metode uvajanja sprememb
12: S pogovori (12_1), seznanitvijo delavcev (12_2), vodstvo je odprto do predlogov za spremembe (12_3)	Pogovor (12_1) Seznanitev zaposlenih (12_2) Podajanje predlogov (12_3)	
V1.2: Ali se uvajajo spremembe v vaše okolje s pomočjo naslednjih metod - prisila, manipulacija, prepričevanje, pogajanje, delegiranje?		
VSI: prisila (11_3; 12_4; 13_1; 14_1; 15_1; 16_1), prepričevanje (11_4; 12_5; 13_2; 14_2; 15_2; 16_2), pogajanje (11_5; 12_6; 13_3; 14_3; 15_3; 16_3)	Prisila (11_3; 12_4; 13_1; 14_1; 15_1; 16_1) Prepričevanje (11_4; 12_5; 13_2; 14_2; 15_2; 16_2) Pogajanje (11_5; 12_6; 13_3; 14_3; 15_3; 16_3)	Restriktivne metode uvajanja sprememb
V1.3: Ali se uvajajo spremembe v vaše okolje s pomočjo bolj sproščenih metod - pogovori, razpravljanje, učenje s pomočjo svetovalcev (lahko tudi zunanjih)?		
14: Niso sproščene metode (14_4), sprembe ki jih vodstvo enkrat formira ter predstavi je pač treba upoštevati, ne glede na to kakšen odnos imamo do njih (14_5)	Ne (11_6; 12_7; 13_4; 14_4; 15_4; 16_4) Upoštevanje sprememb ne glede na strinjanje z njimi (14_5)	Sproščene metode uvajanja sprememb
OSTALI: Se strinjam. (11_6; 12_7; 13_4; 15_4; 16_4)		
V1.4: Ali ste v uvajanje sprememb povabljeni?		
VSI: Da (11_7; 12_8; 13_5; 14_6; 15_5; 16_5)	Da (11_7; 12_8; 13_5; 14_6; 15_5; 16_5)	Povabilo k uvajanju sprememb
V1.4.1: Na kakšen način vas		

nadrejeni povabijo k sodelovanju?		
16: pisno (16_6)	S pisnim povabilom (16_6)	Način povabila k uvajanju sprememb
11: s pogovorom (11_8)	S pogovorom (11_8)	
14: telefonski klic (14_7)	S povabilom preko telefona (14_7)	
V1.5.: Ste v oblikovanje sprememb tudi vpleteni? Lahko vplivate na vsebino sprememb?		
VSI: Smo vpleteni (11_9; 12_9; 13_6; 14_8; 15_6; 16_7)	Da (11_9; 12_9; 13_6; 14_8; 15_6; 16_7)	Sooblikovanje sprememb
13: V določenih situacijah, ter takrat na vsebino lahko vplivamo (13_7).	Občasno (13_7)	
V1.6.: Ali lahko vaše mnenje odkrito poveste, ne glede na to, kakšno je?		
VSI: Lahko. (11_10; 12_10; 13_8; 14_9; 15_7; 16_8)	Da (11_10; 12_10; 13_8; 14_9; 15_7; 16_8)	Izražanje mnenja
V1.7: Se zato počutite kot soustvarjalci teh sprememb?		
VSI: Da (11_11; 12_11; 13_9; 14_10; 15_8; 16_9)	Da (11_11; 12_11; 13_9; 14_10; 15_8; 16_9)	Soustvarjanje sprememb
V1.8: Ali se v vaše okolje uvajajo določene spremembe na podlagi učenja, ki je lahko sistematično pridobivanje znanja in tudi priložnostno - izkušnje posameznika, skupinske izkušnje?		
VSI: Da (11_12; 12_12; 13_10; 14_11; 15_9; 16_10)	Da (11_12; 12_12; 13_10; 14_11; 15_9; 16_10)	Uvajanje sprememb na podlagi učenja
V1.9: Ali se v vaše okolje uvajajo določene spremembe na podlagi novih medicinskih ugotovitev?		
VSI: Da (11_13; 12_13; 13_11; 14_12; 15_10; 16_11)	Da (11_13; 12_13; 13_11; 14_12; 15_10; 16_11)	Uvajanje sprememb na podlagi novih medicinskih ugotovitev
Enota II.: Zaznavanje procesa uvajanja sprememb		

V2.1.: Se vam zdi ukvarjanje s pridobitvijo akreditacije nekaj nujnega?		
14: Niti ne (14_13)	Ne (14_13)	Akreditacija
12: Nujno (12_14)		
OSTALI: Da (11_14; 13_12; 15_11; 16_12)	Da (11_14; 12_14; 13_12; 15_11; 16_12)	
V2.1.1: Zakaj tako menite?		
11: To bo pripomoglo k boljši obravnavi pacientov (11_15), isti kakovosti obravnave v naši bolnici kot nekje drugje v neki primerljivi bolnici (11_16)	Kakovostnejša obravnava pacientov (11_15) Primerljivost kakovosti obravnave (11_16)	Nujnost akreditacije
V2.2.: Kakšen je po vašem mnenju namen pridobivanja akreditacije?		
13: Dvig kvalitete zdravstvene oskrbe (13_13)	Višja kakovost zdravstvene oskrbe (13_13)	Namen pridobivanja akreditacije
15: Večanje kakovosti (15_12)	Višja kakovost zdravljenja (15_12)	
14: Dvig kvalitete obravnave (14_14)	Višja kakovost zdravljenja (14_14)	
V2.3.: Ali menite, da ste ustrezno seznanjeni z vizijo in strategijo vodenja bolnišnice?		
VSI: Ne (11_17; 12_15; 13_14; 14_15; 15_13; 16_13)	Ne (11_17; 12_15; 13_14; 14_15; 15_13; 16_13)	Seznanjenost z vizijo in strategijo vodenja
V2.4.: Kako bi na kratko opisali vizijo in strategijo bolnišnice?		
11: Glavna strategija je stremenje k vedno boljši oskrbi pacientov. (11_18)	Boljša oskrba pacientov (11_18)	Vizija in strategija bolnišnice
V2.5: Imate občutek, da je bilo v procesu pridobivanja akreditacije organizirano splošno zavzemanje in tako sodelovanje večine zaposlenih v celotni bolnišnici ali imate občutek, da je to ostalo delo le majhne skupine ljudi?		

VSI: Majhna skupina ljudi (11_19; 12_16; 13_15; 14_16; 15_14; 16_14)	Majhna skupina zaposlenih (11_19; 12_16; 13_15; 14_16; 15_14; 16_14)	Sodelovanje zaposlenih v procesu pridobivanja akreditacije
V2.6: Se vam zdi to prav?		Strinjanje z načinom sodelovanja pri pridobivanju akreditacije
12: Ni pravilno (12_17), vsak zaposlen bi moral biti vključen v proces prdobivanja akreditacije, če bi seveda sam tako želel (12_18).	Ne (12_17) Vsak zaposleni, ki si želi biti vključen (12_18)	
V2.7: Ali menite, da je takšno delovanje ustrezno?		Ustreznost delovanja
VSI: Delno ustrezno (11_20; 12_19; 13_16; 14_17; 15_15; 16_15)	Delno ustrezno (11_20; 12_19; 13_16; 14_17; 15_15; 16_15)	
V2.8: Kakšen bi bil vaš predlog delovanja v takšni situaciji?		Predlog delovanja
14: Ali zelo ozka skupina ljudi, ki se ukvarja z akreditacijo, ali pa zelo velika skupina ljudi, druge možnosti ni (14_18)	Ali majhna skupina zaposlenih, ali velika (14_18)	
12: Povečati skupine (12_20)	Povečanje skupin (12_20)	
11: Podaljšati čas, ki je na voljo za pridobivanje akreditacije (11_21).	Podaljšanje časa za pridobivanje akreditacije (11_21)	
V2.10: Bi želeli pri tem sodelovati, v kolikor niste?		Želja po sodelovanju
VSI: Ne (11_22; 12_21; 13_17; 14_19; 15_16; 16_16)	Ne (11_22; 12_21; 13_17; 14_19; 15_16; 16_16)	
V2.10.1: Zakaj?		Razlog za (ne)sodelovanje
11: Imamo premalo izkušenj (11_23), ki bi lahko doprinesle k izboljšanju situacije	Premalo izkušenj (11_23)	
Enota III.: Sprejemanje uvedenih sprememb		
V3.1: Se vam zdijo uvedene spremembe koristne?		
VSI: Da (11_24; 12_22; 13_18; 14_20; 15_17; 16_17)	Da (11_24; 12_22; 13_18; 14_20; 15_17; 16_17)	Koristnostnost uvedenih sprememb

V3.1.1: Zakaj?		
16: Pripomogle so k boljši (16_18) in varnejši (16_19) obravnavi pacientov	Boljša obravnava pacientov (16_18) Varnejša obravnava pacientov (16_19)	Razlog za koristnost sprememb
V3.2: Ali zaznano realno stanje po uvedbi sprememb ustreza vašim pričakovanjem?		Zaznavanje sprememb
13: Da (13_19), pričakovanja smo celo presegli	Da (13_19)	
V3.3.: Ali imate občutek lastne kontrole nad dogajanjem med uvajanjem sprememb?		Lastna kontrola
VSI: Ne (11_25; 12_23; 13_20; 14_21; 15_18; 16_20)	Ne (11_25; 12_23; 13_20; 14_21; 15_18; 16_20)	
V3.3.1. Se vam zdi pomembno, da ohranite kontrolo?		Ohranjanje kontrole
13: Ne (13_21)	Ne (13_21)	
V3.3.2. Zakaj?		Pomembnost ohranjanja kontrole
13: Ker nimam dovolj izkušenj (13_22).	Premajhna izkušenost (13_22)	
11: Se strinjam (11_26).	Premajhna izkušenost (11_26)	
V3.4. Ali je vzpostavljena določena oblika ravnotežja?		Ravnotežje
VSI: Ne (11_27; 12_24; 13_23; 14_22; 15_19; 16_21)	Ne (11_27; 12_24; 13_23; 14_22; 15_19; 16_21)	
16: Niso se vsi seznanili z novimi spremembami, zato se jih ne upošteva. (16_22)	Zaradi neseznanjenosti s spremembami, se le-teh ne upošteva (16_22)	
Enota IV.: Sedanja organizacija bolnišnice		
V4.1. Ali imate občutek, da je prisotno timsko delo v vašem oddelku?		Timsko delo na oddelku

VSI: Da (11_28; 12_25; 13_24; 14_23; 15_20; 16_23)	Da (11_28; 12_25; 13_24; 14_23; 15_20; 16_23)	
V4.1.1 Na kakšen način je prisotno?		Načini timskega dela
16: Skupni raport (16_24)	Skupni raport (16_24)	
12: Vedno je možnost konzultacije (12_26)	Konzultacije (12_26)	
V4.2. Ali je komunikacija na vašem oddelku odprta ali zaprta?		Komunikacija
VSI: Odprta (11_29; 12_27; 13_25; 14_24; 15_21; 16_25)	Odprta (11_29; 12_27; 13_25; 14_24; 15_21; 16_25)	
V4.2.1 Navedite primer.		Primer komunikacije
13: Vsi se lahko pogovarjajo med seboj (13_26) o vsem. (13_27)	Pogovori z vsemi (13_26) Pogovori o vsem (13_27)	
12: Vsi lahko izrazijo svoje mnenje (12_28), ki je vedno sprejeto (12_29) in upoštevano (12_30).	Svobodno izražanje mnenja (12_28) Sprejemanje mnenja (12_29) Upoštevanje mnenja (12_30)	
V4.2.2. Lahko vedno poveste svoje mnenje?		Izražanje mnenj
VSI: Da (11_30; 12_31; 13_28; 14_25; 15_22; 16_26)	Da (11_30; 12_31; 13_28; 14_25; 15_22; 16_26)	
V4.2.3. Lahko vedno pridobite ustrezno povratno informacijo?		Povratna informacija
VSI: Da (11_31; 12_32; 13_29; 14_26; 15_23; 16_27)	Da (11_31; 12_32; 13_29; 14_26; 15_23; 16_27)	
V4.3. Ali je prisotno timsko delo, sodelovanje med oddelki?		Timsko delo med oddelki
VSI: Da (11_32; 12_33; 13_30; 14_27; 15_24; 16_28)	Da (11_32; 12_33; 13_30; 14_27; 15_24; 16_28)	
11: Slabše kot znotraj oddelka. (11_33)	Sodelovanje je slabše od tistega znotraj oddelka (11_33)	
V4.3.1. Ali menite, da je sodelovanja dovolj?		Sodelovanje med oddelki

VSI: Ni dovolj (11_34; 12_34; 13_31; 14_28; 15_25; 16_29)	Ni dovolj (11_34; 12_34; 13_31; 14_28; 15_25; 16_29)	
V4.3.2. Kakšne prednosti menite, da prinaša sodelovanje med oddelki?		Prednosti sodelovanja med oddelki
11: Boljša (11_35) in cenejša (11_36) oskrba pacientov	Boljša oskrba (11_35) Cenejša oskrba (11_36)	
16: Manj nepotrebnih hospitalizacij (16_30)	Manj nepotrebnih hospitalizacij (16_30)	
14: Manj obiskov v kontrolnih ambulantah (14_29), če se pacienti na oddelku pravilno in zadostno oskrbijo	Manj obiskov v kontrolnih ambulantah (14_29)	
V4.4. Ali je komunikacija med oddelki odprta, dvosmerna?		Odprtost komunikacije
VSI: Ne vedno (11_37; 13_32; 14_30; 15_26; 16_31)	Ne vedno (11_37; 13_32; 14_30; 15_26; 16_31)	
12: Redko (12_35)	Redko (12_35)	
V4.4.1. Na kakšen način se to kaže?		Način komunikacije
15: Ignoranca (15_27)	Ignoranca (15_27)	
12: Nekolegialni odnosi (12_36)	Nekolegialnost (12_36)	
V4.5. Ali so predaje bolnikov na vašem oddelku varne?		Varnost predaje bolnikov
VSI: Da (11_38; 12_37; 13_33; 14_31; 15_28; 16_32)	Da (11_38; 12_37; 13_33; 14_31; 15_28; 16_32)	
V4.5.1. Kaj menite, da bi bilo potrebno v delovanju izboljšati, da bi povečali varnost pri predaji?		Izboljšave na področju varnosti pri predaji
VSI: Nič (11_39; 12_38; 13_34; 14_32; 15_29; 16_33)	Nič (11_39; 12_38; 13_34; 14_32; 15_29; 16_33)	
V4.6. Ali so premestitve bolnikov med oddelki po vašem mnenju enostavne, potekajo gladko?		Premestitve bolnikov med oddelki

VSI: Ne (11_40; 12_39; 13_35; 14_33; 15_30; 16_34)	Ne (11_40; 12_39; 13_35; 14_33; 15_30; 16_34)	
V4.6.1. Kje in zakaj po vašem mnenju prihaja do ovir med premestitvami?		Ovire pri premestitvah
14: Zaradi pomanjkanja kulture pogovorov (14_34)	Pomanjkanje kulture dialiga (14_34)	
11: Slaba komunikacija med zdravniki iz različnih oddelkov (11_41)	Slaba komunikacija med zdravniki iz različnih oddelkov (11_41)	
Enota V.: Učinkovita struktura organizacije – sestava bolnišnice in njenih oddelkov za varno in uspešno zdravljenje bolnikov		
V5.1. Ali podpirate oblikovanje večdisciplinarnih timov, s katerimi bi dvignili nivo kvalitete zdravljenja?		Večdisciplinarni timi
VSI: Da (11_42; 12_40; 13_36; 14_35; 15_31; 16_35)	Da (11_42; 12_40; 13_36; 14_35; 15_31; 16_35)	
V5.1.1. Utemeljite!		Utemeljitev
16: Podpiram oblikovanje večdisciplinarnih timov pod pogojem, da se zagotovi kader (16_36), ker se sicer poveča obremenitev posameznika (16_37)	Če se zagotovi dovolj kadra (16_36) Če se razbremeni posameznika (16_37)	
11: Dvig kvalitete zdravljenja pacientov (11_43), saj več specialnosti skupno odloča o istem pacientu (11_44)	Boljša kakovost zdravljenja (11_43) Skupno odločanje (11_44)	
V5.2.A (Kako argumentirate trditev, da je za povečano uspešnost zdravljenja predvsem zahtevnejših bolnikov nujno potrebno medpoklicno učenje strokovnjakov?) Horizontalno sodelovanje:		Horizontalno sodelovanje
VSI: Dovolj (11_45; 12_41; 13_37; 14_36; 15_32; 16_38)	Dovolj (11_45; 12_41; 13_37; 14_36; 15_32; 16_38)	
V5.2.B (Kako argumentirate trditev, da je za povečano uspešnost zdravljenja predvsem		Vertikalno sodelovanje

zahtevnejših bolnikov nujno potrebno medpoklicno učenje strokovnjakov?) Vertikalno sodelovanje:		
16: Dovolj (16_39)	Dovolj (16_39)	
11: Premalo (11_46)	Premalo (11_46)	
13: Premalo (13_38)	Premalo (13_38)	
V5.3. Menite, da je sistemsko razmišljanje, ki je sestavljeno iz medsebojnega razumevanje med zdravniki, priznavanja njihove profesionalne avtonomije, verovanja v znanost in humanitarnih idealov, stanje, h kateremu bi morali stremeti? Poklicna avtonomija je svoboda dela določenega poklica v skladu z naučenim.		Sistemsko razmišljanje
VSI: Da (11_47; 12_42; 13_39; 14_37; 15_33; 16_40)	Da (11_47; 12_42; 13_39; 14_37; 15_33; 16_40)	
V5.3.1. Zakaj tako menite?		Razlog za sistemsko razmišljanje
12: To je stvar etike (12_43)	Stvar etike (12_43)	
V5.3.2. Kje vidite prednosti takega načina razmišljanja?		Prednosti sistemskega razmišljanja
VSI: Same prednosti (11_48; 12_44; 13_40; 14_38; 15_34; 16_41)	Same prednosti (11_48; 12_44; 13_40; 14_38; 15_34; 16_41)	
V5.3.3 Kje slabosti?		Slabosti sistemskega razmišljanja
VSI: Slabosti ni (11_49; 12_45; 13_41; 14_39; 15_35; 16_42)	Slabosti ni (11_49; 12_45; 13_41; 14_39; 15_35; 16_42)	
V5.4. Ali priznavate, da vsak zdravnik stremi k grajenju lastne vizije in lastnih norm na osnovi z dokazi podprti medicini. Ta lastna vizija in lastne norme predstavljajo temelj skupne vizije bolnišnice, ki predstavlja kapaciteto zadržanja skupne predstave o prihodnosti.		Vizija in norme
15: Ne vedno (15_36)	Ne vedno (15_36)	

V5.4.1. Zakaj?		Utemeljitev trditve
11: Z dokazi podprta medicina ni vedno pravočasno vključena v doktrino zdravljenja, tako da zdravljenje na podlagi z dokazi podprte medicine ni vedno v skladu z doktrino. (11_50)	Neskladnost z dokazi podprte medicine z doktrino (11_50)	
Enota VI.: Skupinsko učenje		
V6.1 Ali se vam zdi, da je skupinskega učenja v SBT premalo, ravno dovolj, preveč?		Skupinsko učenje
VSI: Premalo (11_51; 12_46; 13_42; 14_40; 15_37; 16_43)	Premalo (11_51; 12_46; 13_42; 14_40; 15_37; 16_43)	
V6.2. Kaj po vašem mnenju prinaša skupinsko učenje v delovanje bolnišnice?		Delovanje bolnišnice
13: Boljša komunikacija (13_43), boljši medsebojni odnosi (13_44)	Boljša komunikacija (13_43) Boljši medsebojni odnosi (13_44)	
15: Boljša obravnava pacientov (15_38)	Boljša obravnava pacientov (15_38)	
V6.2.1 Kako bi to spremenili?		Spremembe
15: Več skupinskega učenja (15_39)	Več skupinskega učenja (15_39)	
Enota VII. - Poklicna kultura in individualna avtonomija		
V7.1. Podpirate način zdravljenja, ki je usmerjen k bolniku?		Zdravljenje, usmerjeno k bolniku
VSI: Da (11_52; 12_47; 13_45; 14_41; 15_40; 16_44)	Da (11_52; 12_47; 13_45; 14_41; 15_40; 16_44)	
V7.1.1. Zakaj?		Utemeljitev
12: Vrednote pacientov je potrebno upoštevati (12_48)	Upoštevanje vrednot pacientov (12_48)	
15: Tudi zakonodaja v Sloveniji je napisana tako, da se vrednote pacientov mora upoštevati. (15_41)	Skladnost upoštevanja vrednot z zakonodajo (15_41)	
V7.2. Kaj menite o merjenju uspešnosti med zdravniki?		Merjenje uspešnosti

VSI: Potrebno (11_53; 12_49; 13_46; 14_42; 15_42; 16_45)	Potrebno (11_53; 12_49; 13_46; 14_42; 15_42; 16_45)	
16: Problem pa so pravični kazalci uspešnosti (16_46)	Zagotoviti pravičnost kazalnikov uspešnosti (16_46)	
V7.3. Imate občutek, da lahko kontrolirate naravo in obseg vaših nalog?		Nadzor nad nalogami
VSI: Ne (11_54; 12_50; 13_47; 14_43; 15_43; 16_47)	Ne (11_54; 12_50; 13_47; 14_43; 15_43; 16_47)	
V7.3.1. Na kakšen način?		Način nadzora
16: Preobsežna količina dela (16_48)	Preobsežna količina dela (16_48)	
11: Dela je preveč (11_55)	Preveč dela (11_55)	
V7.4. Imate občutek, da imate kontrolo nad sprejemanjem bolnikov v vaše sobe?		Nadzor nad sprejemom bolnikov
13: Da (13_48)	Da (13_48)	
OSTALI: Deloma (11_56; 12_51; 14_44; 15_44; 16_49)	Delno (11_56; 12_51; 14_44; 15_44; 16_49)	
V7.4.1. Na kakšen način?		Način nadzora
11: Kot sprejemni zdravnik lahko odločaš o tem kdo bo sprejet na oddelek (11_57), v katero sobo bo nekdo sprejet pa je v resnici stvar organizacije oddelka (11_58)	Nadzor nad sprejemom na oddelek (11_57) Brez nadzora nad sprejemom v sobo (11_58)	
V7.5. Imate občutek, da lahko kontrolirate postavljanje diagnoz in zdravljenja vaših bolnikov?		Nadzor nad diagnozo in zdravljenjem
VSI: Da (11_59; 12_52; 13_49; 14_45; 15_45; 16_50)	Da (11_59; 12_52; 13_49; 14_45; 15_45; 16_50)	
V7.5.1. Na kakšen način?		Način nadzora
14: Imamo vse možnosti za postavljanje diagnoz (14_46), imamo tudi znanje za zdravljenje pacientov (14_47).	Možnost za postavljanje diagnoze (14_46) Znanje za zdravljenje (14_47)	
15: V primeru da so naše možnosti omejene, pa imamo možnost paciente premestiti v bolnišnico,	Možnost premestitve (15_46)	

kjer je storitev mogoča. (15_46)		
V7.6. Imate občutek, da lahko kontrolirate ocenjevanja oskrbe vaših bolnikov?		Nadzor nad ocenjevanje oskrbe
VSI: Da (11_60; 12_53; 13_50; 14_48; 15_47; 16_51)	Da (11_60; 12_53; 13_50; 14_48; 15_47; 16_51)	
V7.6.1. Na kakšen način?		Način nadzora
11: Redne kontrole (11_61)	Redne kontrole (11_61)	
V7.7. Imate občutek, da lahko kontrolirate kakovost oskrbe ostalih poklicev, ki sodelujejo v zdravljenju vaših bolnikov?		Nadzor nad kakovostjo oskrbe ostalih poklicev
VSI: Ne (11_62; 12_54; 13_51; 14_49; 15_48; 16_52)	Ne (11_62; 12_54; 13_51; 14_49; 15_48; 16_52)	
V7.7.1. Na kakšen način?		Način nadzora
12: Ostali poklici imajo svoje nadrejene (12_55), mi pa nimamo pristojnosti, da bi lahko vplivali na organizacijo dela v drugih kadrih (12_56).	Drugi nadrejeni (12_55) Brez pristojnosti (12_56)	
11: Lahko le komentiramo aktualno situacijo (11_63) in predlagamo spremembe (11_64).	Možnost komentiranja (11_63) Možnost predlaganja sprememb (11_64)	
Enota VIII. – Kultura varnosti bolnikov		
V8.2. Kakšen je način obravnavanja neželenih dogodkov: kaznovalni / nekaznovalni odziv na napake?		Način obravnave neželenih dogodkov
VSI: Nekaznovalni (11_65; 12_57; 13_52; 14_50; 15_49; 16_53)	Nekaznovalni (11_65; 12_57; 13_52; 14_50; 15_49; 16_53)	
V8.3. Kakšen način bi bil po vašem mnenju ustreznejši?		Ustreznejši način obravnave neželenih dogodkov
VSI: Nekaznovalni (11_66; 12_58; 13_53; 14_51; 15_50; 16_54)	Nekaznovalni (11_66; 12_58; 13_53; 14_51; 15_50; 16_54)	
V8.4. Ali vedno lahko pridobite povratno informacijo o vaših lastnih napakah?		Povratna informacija o napakah

VSI: Ne (11_67; 12_59; 13_54; 14_52; 15_51; 16_55)	Ne (11_67; 12_59; 13_54; 14_52; 15_51; 16_55)	
V8.5. Imate občutek, da vodstvo oddelka in vrhnje vodstvo podpirata kulturo varnosti bolnikov?		Podpora kulturi varnosti bolnikov
16: Vodstvo oddelka podpira kulturo varnosti bolnikov (16_56), vrhnje vodstvo pa največkrat ne (16_57), ker to največkrat ne predstavlja najbolj učinkovite pridobitve glede na ceno (»cost benefit«). (16_58)	Vodstvo oddelka podpira (16_56) Vrhnje vodstvo ne podpira (16_57) Gledanje na korist (16_58)	
V8.5.1. Kako se to kaže v delovanju vodstva?		Podpora kulturi varnosti bolnikov v delovanju vodstva
11: Na oddelku pristopimo k pacientu celostno (11_68), celovito (11_69); vodstvo bolnice pa včasih kakšno novost prepreči (11_70), saj ni nujno vidna cost benefit sprememba, ki bo v končni fazi pripomogla k boljši oskrbi pacienta.	Celostna obravnava (11_68) Celovita obravnava (11_69) Vrhnje vodstvo prepreči novosti (11_70)	
Enota IX. – Participativno vodenje		
V9.3. Ali je komunikacija med vami in vašimi nadrejenimi prosta in dvostranska?		Prosta komunikacija z nadrejenimi
VSI: Da (11_71; 12_60; 13_55; 14_53; 15_52; 16_59)	Da (11_71; 12_60; 13_55; 14_53; 15_52; 16_59)	
V9.3.1. Kaj menite, da bi bilo potrebno v komunikaciji izboljšati?		Izboljšave v komunikaciji
VSI: Nič (11_72; 12_61; 13_56; 14_54; 15_53; 16_60)	Nič (11_72; 12_61; 13_56; 14_54; 15_53; 16_60)	
V9.4. Ali se vaši nadrejeni zavedajo svojih napak in jih priznavajo?		Zavedanje napak
11: Ne vedno (11_73), če pa se jih zavedajo pa jih ne priznavajo vedno ().	Ne zavedajo se vedno (11_73) Ne priznajo vedno ()	
OSTALI: Da (11_74)	Da (11_74)	
V9.4.1. Zakaj menite, da bi se morali nadrejeni zavedati svojih		Potreba po zavedanju napak

napak in jih priznavati?		
12: Vsak človek bi se moral zavedati svojih napak, saj s tem pripomore k boljšem delovanju sebe (12_62) in ostalih (12_63)	Boljše lastno delovanje (12_62) Boljše delovanje drugih (12_63)	
11: Napak se moramo zavedati že zaradi tega, da jih ne ponavljamo (11_75), da jih popraviš (11_76), ter naslednjič pravilno odreagiraš (11_77).	Da se ne ponavljajo (11_75) Da se popravijo (11_76) Pravilnejša ponovna reakcija (11_77)	
V9.5. Ali imate občutek, da vam nadrejeni zaupajo, vas poslušajo?		Zaupanje s strani nadrejenih
VSI: Da (11_78; 12_64; 13_57; 14_55; 15_54; 16_61)	Da (11_78; 12_64; 13_57; 14_55; 15_54; 16_61)	

Priloga 5: Anketni vprašalnik

VPRAŠALNIK

SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE

Spoštovani!

Pred vami je vprašalnik za ugotavljanje zaznavanja načina vodenja, komunikacije, občutenja pripadnosti poklicu in sprejemanja sprememb zdravnikov v SB Trbovlje. Je del raziskave, ki jo opravljamo z namenom ugotavljanja najbolj optimalnega vodenja zdravnikov, da bodo čim lažje sprejemali nujne spremembe v bolnišnično okolje.

Vprašalnik je prvi del raziskave, ki se bo nadaljevala z globinskimi pogovori s specialisti in pogovori v fokusnih skupinah mlajših zdravikov. Zaključila se bo z opazovanjem udeležencev z odkrito in prikrito udeležbo. Rezultate pridobljene v SBT bomo naknadno preverjali s kvantitativno raziskavo v nekaterih drugih slovenskih bolnišnicah.

Prosimo vas, da odgovorite na nekaj vprašanj. Vse vaše navedbe so anonimne in bodo obravnavane kot zaupne.

Zahvaljujemo se vam za vašo pomoč!

Prosim, prekrižajte odgovor oziroma vnesite ustrezne podatke:

SPOL:

☐ ŽENSKI
☐ MOŠKI

VODSTVENA FUNKCIJA:

☐ DA
☐ NE

ODDELEK, V KATEREM STE ZAPOSLENI:

_____

VAŠA STAROST:

_____

ŠTEVILO LET DELOVNE DOBE

_____

VAŠ STATUS:

☐ PRIPRAVNIK
☐ SOBNI ZDRAVNIK
☐ SPECIALIZANT
☐ SPECIALIST

Pri sledečih sklopih trditev prosim opredelite svojo stopnjo strinjanja s trditvami od 1 do 5 tako, da obkrožite ustrezno številko, pri čemer 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 5 pa, da se v celoti strinjate.

	Sploh se ne strinjam	V glavnem se ne	Niti se ne strinjam, niti se	Se strinjam	Popolnoma se strinjam

			strinjam	strinjam		
	Imamo možnosti **rednega individualnega izobraževanja.**	1	2	3	4	5
	Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da **spodbuja učenje**.	1	2	3	4	5
	Struktura bolnišnice je zasnovana tako, da podpira **široko razširjanje najboljših praks**.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica **ustrezno priznava** moje dosežke in uspehe.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi omogoča **strokovno rast**.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi omogoča **osebno rast**.	1	2	3	4	5
	Večino **odločitev** zdravniki **sprejemamo skupaj**.	1	2	3	4	5
	Predstojnik ima **trdno kontrolo** o večini pomembnih stvari nad **manjšim številom** podrejenih.	1	2	3	4	5
	Večino odločitev o zdravljenju **vsi vpleteni v zdravljenje sprejemamo skupaj**.	1	2	3	4	5
	Prevladuje **avtonomna oblika dela**, vsak posameznik zdravi po svoje brez sodelovanja z drugimi zdravniki.	1	2	3	4	5
	Nimam občutka, da bi bila na oddelku **hierarhična razmerja strogo določena**.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi omogoča **možnost sodelovanja** pri pomembnih odločitvah.	1	2	3	4	5
	Ne moti me, da se **kolegi zdravniki vmešavajo** v moje delo.	1	2	3	4	5
	Ne moti me, da se **predstojnik vmešava** v moje delo.	1	2	3	4	5
	Ne moti me, da se **medicinske sestre vmešavajo** v moje delo.	1	2	3	4	5
	Predstojnik mi **jasno opiše**, **kaj naj delam** in kaj od mene pričakuje.	1	2	3	4	5
	Vedenje posameznikov jasno **določajo pravila** in procedure.	1	2	3	4	5
	Imam občutek, da **prehod informacij** med **različnimi zdravstvenimi skupinami ni prost** in **odprt**.	1	2	3	4	5
	Med **zdravniki** vedno poteka komunikacija **v obe smeri**.	1	2	3	4	5
	Med **zdravniki in ostalimi zdravstvenimi skupinami** poteka komunikacija **v obe smeri**.	1	2	3	4	5
	Učimo se iz napak – redno poročamo o napakah in o njih diskutiramo v učne in ne kaznovalne namene.	1	2	3	4	5
	O kvaliteti moje zdravstvene oskrbe vedno dobim **povratno informacijo**.	1	2	3	4	5
	S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli **preglede svojih** bolnikov ali njihove **premestitve**.	1	2	3	4	5
	S kolegi različnih specialnosti se lahko dogovorim za kakršnekoli **preglede njihovih** bolnikov ali njihove **premestitve**.	1	2	3	4	5
	Rad/a **skrbim za bolne in rešujem življenja**.	1	2	3	4	5

	Rad/a zdravim bolnike.	1	2	3	4	5
	Delovna pripravljenost na domu me ne moti.	1	2	3	4	5
	Zdravniki ob **sprejemu pacienta** v bolnišnico **vedno poskrbimo, da je le ta obveščen** o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o medicinsko tehničnih zmožnostih, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga in ki se nanašajo na njegovo zdravljenje.	1	2	3	4	5
	Podpiram **uvajanje standardov zdravljenja** (t.j. kliničnih poti) v zdravstvene organizacije.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi nudi visoko **plačo.**	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi daje **pohvalo** za dobro opravljeno delo.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi omogoča **napredovanje zaradi dolžine** zaposlenosti.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi omogoča **napredovanje zaradi napora**, ki ga vložim v delo.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica mi omogoča le **tisto lojalnost**, ki je **definirana** z določili **moje pogodbe.**	1	2	3	4	5
	Dela ne opravljam **samo zaradi denarja**.	1	2	3	4	5
	Svoje bolnike želim **zdraviti povsem avtonomno**.	1	2	3	4	5
	Ponosen/na sem, da sem **končal/a medicinsko fakulteto**.	1	2	3	4	5
	Ponosen/na sem, da sem **opravil/a specializacijo**.	1	2	3	4	5
	Menim, da je **uporaba medicinskih izrazov,** ki so drugim manj jasna**,** za zdravnike velikega pomena tudi v namen razločevanja med njimi in ostalimi poklicnimi skupinami.	1	2	3	4	5
	Podpiram **standardizirane načine zdravljenja** pogostih bolezni.	1	2	3	4	5
	Velika čast je, da **sem član različnih zdravniških združenj.**	1	2	3	4	5
	Za svoje delo si zaslužim **dobro plačilo.**	1	2	3	4	5
	Svoje **delo visoko cenim**.	1	2	3	4	5
	Nošnja stetoskopov in belih halj sta mi kot statusni simbol zelo pomembna.	1	2	3	4	5
	Zdravniki načeloma **odklanjamo tako ekonomiko** v zdravstvu, v kateri bi bil **interes** zdravstvenega delavca neposredno in izključno **odvisen od materialnih pridobitev** delovne organizacije in zdravstvenega sistema.	1	2	3	4	5
	Imam **dobre odnose** s **sodelavci**.	1	2	3	4	5
	Imam **dobre odnose** z **nadrejenimi**.	1	2	3	4	5
	Dobri delovni odnosi so **pomembni.**	1	2	3	4	5
	Pripravljen/a sem **pomagati sodelavcem**.	1	2	3	4	5
	V delovnem okolju zaznavam **mobing**.	1	2	3	4	5
	Pri svojem delu skušam kar najbolje slediti **medicini, podprti s kliničnimi dokazi**.	1	2	3	4	5

	Zelo mi je pomembno, da delam s **pomočjo najnovejše medicinske tehnologije**.	1	2	3	4	5
	Bolnišnica se **uspešno prilagaja spremembam** v okolju.	1	2	3	4	5
	Občutek imam, da smo zaposleni **odprti in dojemljivi za spremembe**, kar pomeni, da jih hitro osvojimo in vgradimo v proces dela.	1	2	3	4	5
	Z uvajanjem sprememb bi mi delodajalec **povečal obveznosti**.	1	2	3	4	5
	Posamezni zdravstveni poklici so **visoko specializirani** in ozko usmerjeni. Zato lahko zasedajo le **fiksna delovna mesta**.	1	2	3	4	5
	Nekateri zdravniki občasno sodelujejo v naporih **preoblikovanja bolnišničnih sistemov z namenom boljše oskrbe bolnikov**. Praktičen primer je sodelovanje pri oblikovanju kliničnih poti ali oblikovanje smernic merjenja uspešnosti posameznih zdravnikov ipd. **V takšnih projektih rad/a sodelujem**.	1	2	3	4	5
	V tovrstnih projektih bi si (še) **želel/a sodelovati.**	1	2	3	4	5

Še preden se organizacija odloči za prehod v učečo se organizacijo, mora management organizacije ugotoviti, v kolikšni meri le-ta deluje kot učeča se organizacija. Naprošam vas, da pri spodnjih trditvah izrazite strinjanje oz. nestrinjanje z njimi.

		Sploh se ne strinjam	V glavnem se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	Naša bolnišnica ima izdelan jasen načrt učenja.	1	2	3	4	5
	Naša bolnišnica je odprta za protislovne informacije.	1	2	3	4	5
	Naša bolnišnica se izogiba ponavljajočim se napakam.	1	2	3	4	5
	Naša bolnišnica ne izgubi odločilnih znanj, če odidejo ključni posamezniki.	1	2	3	4	5
	Naša bolnišnica se vede v skladu z obstoječim lastnim znanjem.	1	2	3	4	5

Naslednja sklopa trditev sta vsebinsko enaka, a se nanašata dva različna vidika. Prvi sklop trditev se nanašata na vidik VODJE (str. 5), drugi pa na vidik DELAVCA (str.6). Prosim, opredelite svoje strinjanje s trditvami glede na ustrezni vidik.

VODJE	Sploh se ne strinjam	V glavnem se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam

	Med odločanjem in sprejemanjem odločitev vedno mislim na interese delavcev.	1	2	3	4	5
	Delavci mi prepuščajo celotno kontrolo svoje prihodnosti v tem podjetju.	1	2	3	4	5
	Če delavce povprašam po določenemu problemu, za katerega so krivi tudi sami, o njem svobodno razpravljajo.	1	2	3	4	5
	Delavci so lahko kreativni, ker razumem in sprejemam dejstvo, da občasno kreativne rešitve tudi niso dobre.	1	2	3	4	5
	Pomembno je, da imajo tudi moji delavci pod nadzorom mene in moje delo.	1	2	3	4	5
	Mojo kritiko sprejemajo delavci mirno, vzamejo jo za dobro in se pri tem ne počutijo slabo.	1	2	3	4	5
	Delavci si želijo, da vodje ne bi imeli nikakršnega vpliva na svoje pomembne odločitve.	1	2	3	4	5
	V odnosu do svojih zaposlenih sledim načelu enakosti.	1	2	3	4	5
	Pri svojem delu sledim načelu enakosti.	1	2	3	4	5
	Svojih napak se zavedam in jih tudi priznavam.	1	2	3	4	5
	Vodstveno pozicijo zavzemam z razlago in na podlagi dejstev.	1	2	3	4	5
	Svojim podrejenim popolnoma zaupam.	1	2	3	4	5
	Zaposlenim prepuščam odgovornost pri opravljanju nalog.	1	2	3	4	5
	Zavzemam se za prosti dostop do informacij za vse zaposlene.	1	2	3	4	5

DELAVCI		**Sploh se ne strinjam**	**V glavnem se ne strinjam**	**Niti se ne strinjam, niti se strinjam**	**Se strinjam**	**Popolnoma se strinjam**
	Moj vodja med odločanjem in sprejemanjem odločitev vedno misli na moje interese.	1	2	3	4	5
	Svojemu vodji sem pripravljen prepustiti celotno kontrolo moje prihodnosti v tem podjetju.	1	2	3	4	5
	Če me bo vodja povprašal po določenemu problemu, za katerega sem kriv tudi sam, bom svobodno o tem razpravljal.	1	2	3	4	5
	Lahko sem kreativen, ker moj vodja razume in sprejema, da občasno kreativne rešitve tudi niso dobre.	1	2	3	4	5
	Pomembno je, da imam tudi jaz lahko pod nadzorom svojega vodjo.	1	2	3	4	5
	Kritiko svojega vodje sprejemam mirno, vzamem jo za dobro in se pri tem ne počutim slabo.	1	2	3	4	5
	Želim si, da vodje ne bi imel nikakršnega vpliva na moje pomembne odločitve.	1	2	3	4	5
	Moj vodja v odnosu do mene želi obdržati privilegije, ki mu pritičejo.	1	2	3	4	5

	Moj vodja je v odnosu do mene pokroviteljski.	1	2	3	4	5
	Moj vodja je prepričan, da je nezmotljiv.	1	2	3	4	5
	Moj vodja izvaja vodenje s formalne pozicije.	1	2	3	4	5
	Občutek imam, da mi moj vodja popolnoma zaupa.	1	2	3	4	5
	Moj vodja želi imeti nadzor nad mano.	1	2	3	4	5
	Občutek imam, da moj vodja z mano ne deli pomembnih informacij.	1	2	3	4	5