

Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah

Brigita Skela Savič¹, Milan Pagon²

¹Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška c. 2, 1000 Ljubljana in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Cesta železarjev 6, Jesenice

²Univerza v Mariboru Fakulteta za organizacijske vede, Kidričeva 55a, 4000 Kranj in Fakulteta za varnostne vede, Kotnikova 8, 1000 Ljubljana

Razvili smo model vplivnih dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Neodvisne spremenljivke, ki smo jih obravnavali, so bile: organizacijska kultura, timsko delo, modeli vodenja, razvitost informacijske podpore procesom dela in organiziranosti. Odvisni spremenljivki v modelu sta opisovali potrebne pristope na področju uspešnega izvajanja sprememb in delovanje vodij na področju uspešnega izvajanja sprememb. Skupno smo anketirali 759 zaposlenih v slovenskih bolnišnicah, ki pripadajo različnim poklicnim skupinam (medicina, zdravstvena nega in uprava).

Ugotovili smo, da varianco spremenljivke »uspešnost uvajanja sprememb« najboljši pojasnjuje neodvisna spremenljivka timsko delo. To pomeni, da bo v neposredni praksi pri uvajanju sprememb v slovenskih bolnišnicah potrebno narediti veliko izboljšav pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj rezultati organizacijske kulture pokažejo, da prevladuje hierarhična in tržno usmerjena organizacijska kultura. Ravno hierarhija zavira timsko delo in spodbuja individualizem in kontrolno vodenje. Med poklicnimi skupinami so pomembne razlike, saj je pri zaposlenih v medicini in zdravstveni negi najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb timsko delo, pri zaposlenih v upravi pa mehanistična organiziranost.

Ključne besede: management sprememb, dejavniki uspešnosti, zdravstvo, timsko delo

1 Uvod

Uvajanje sprememb je eno izmed najbolj raziskovanih področjih v managementu. Raziskav, ki proučujejo vplivne dejavnike na uspešno uvajanje sprememb, je veliko. Schein (1987, 1988, 1999) ugotavlja, da organizacije pristopajo preveč direktno k uvajanju sprememb in ne pripravljajo na to posameznike in skupine. Največ raziskav na področju zdravstva je bilo narejenih na področju nivojev sprememb, kjer Ferlie in Shortell (2001) opisujeta naslednje nivoje: posameznik, skupina ali tim, celotna organizacija in celotni sistem v okolju, v katerega je organizacija vpeta. Mnogi raziskovalci uvajanja sprememb v zdravstvu opozarjajo predvsem na problem uvajanja sprememb na nivoju 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 usposablja posameznika za individualno odločanje in sprejemanje kliničnih odločitev (Soumerai, McLaughlin, Gurwitz idr., 1998; v Ferlie in Shortell, 2001). Vedno bolj postaja jasno, da so timi v zdravstvenih organizacijah temeljni element mikrosiste-

ma in da se največ storitev izvaja po timski metodi dela. Tako timi v zdravstvu predstavljajo temeljni vzvod za spremembe (Pettigrew, Ferlie in McKee, 1992). Obstajajo evidentni dokazi, da so učinkovito vodeni timi v zdravstvu povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave (Aiken, Sochalski in Lake, 1997; Fargason, Haddock, 1992; Mitchell, Fife, Chochia idr. 1996; Shortell, Zimmerman, Rousseau idr., 1994; v Ferlie in Shortell, 2001). Zato je v zdravstvenih ustanovah svojevrsten izziv, kako razvijati učinkovite time (Ferlie in Shortell, 2001) in kako timsko delo preoblikovati iz timskega dela znotraj poklicnih skupin v multiprofesionalno timsko delo vseh poklicnih skupin v zdravstveni organizaciji. Poleg omenjenega timskega dela so raziskave pokazale, da je eden izmed ključnih vzvodov za uvajanje sprememb, pripravljenost organizacije za spreminjanje, ki se kaže skozi procese odločanja, procese dela in procese ravnanja z ljudmi v organizaciji (Ferlie in Shortell, 2001). Tako Garside (1999) govori o prikriti kulturi kot faktorju sprejemanja sprememb in Senge (1990) o kulturi učeče organizacije. Ferlie in Shortell (2001) sta raziskovala vplivne dejavnike za uspešno izvajanje sprememb v zdravstvu. Na osnovi številnih last-

Članek je nastal na podlagi doktorske disertacije, ki jo je Brigita Skela Savič pod mentorstvom prof. dr. Milana Pagona uspešno zagovarjala 26. 3. 2007 na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru.

nih raziskav in analize raziskav na temo izboljševanje zdravstvenega sistema sta ugotovila, da je pri uvajanju sprememb v zdravstvu potrebno biti posebej pozoren na vodenje, organizacijsko kulturo, timski pristop in informacijsko tehnologijo. Vse iniciative za spremembe, ki so to spregledale, niso bile uspešne pri uvajanju sprememb v neposredno prakso (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gitell 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; v Ferlie in Shortell, 2001). Raziskave Eby idr. (2000) so pomembno prispevale k konceptu razumevanja spreminjanja v organizaciji, saj so pokazale, da zaposleni, ki delajo v fleksibilni organizaciji, bolj ocenjujejo organizacijo in ljudi v njej kot odzivne na spremembe, medtem ko so se Zammuto idr. (1992) prepričali, da je organizacijska kultura s fleksibilno organizacijo in podpornim delovanjem do zaposlenih pozitivno povezana z uspešnim izvajanjem sprememb, ravno nasprotno so ugotovili za mehanistično organiziranost.

Pri pregledu literature ugotavljamo, da so na področju uvajanja sprememb bili proučevani tako dejavniki pri posamezniku za uspešno izvajanje sprememb (Armenakis et al., 1993, 1999; Martinko et al., 1996; Miller et al., 1994; Ogbonna in Wilkinson, 2003; Wanberg in Banas, 2000; v Jones, Jimmieson in Griffiths, 2005), kot dejavniki v organizaciji, kjer se najpogosteje navaja organizacijsko kulturo in sposobnost organizacije za spreminjanje, kot dva izmed najpogosteje odkritih vplivnih dejavnikov (Cummings in Worley, 2001; Detert et al., 2000; Paton in McCalman, 2000; v Jones, Jimmieson in Griffiths, 2005).

Shortell idr. (2001) pravi, da so se v preteklosti cilji odgovornih za zdravstvo usmerjali v obvladovanje stroškov, v prihodnosti pa bodo morali biti cilji usmerjeni v izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev. Blaauw idr. (2003) poudarja, da se pri pripravi zdravstvenih reform gleda na organizacijo kot mehanistično tvorbo in organizacijo z ekonomskimi učinki. Tisto, kar manjka, je po mnenju večine raziskovalcev zdravstvenega managementa, socio-kulturni pogled na zdravstveno organizacijo, ki zajema posameznika z vsemi svojimi sposobnostmi in lastnostmi, kjer so ljudje v nenehnem povezovanju, odnosih, delajo v skupinah, medsebojno sodelujejo, imajo svoje norme, vrednote, zaupanje idr.

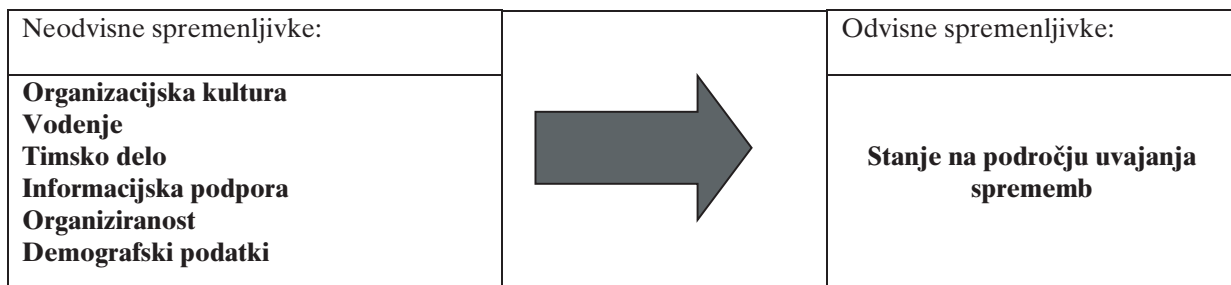
Z namenom odkrivanja dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu in primerjanja s spoznanji v razvitem svetu, je bila v letu 2005 izvedena raziskava v slovenskih bolnišnicah, katere del rezultatov predstavljamo v tem prispevku.

2 Metode

2.1 Hipotetični model

Hipotetični model je prikazan v prikazu 1. Z raziskavo smo želeli pojasniti, v kolikšni meri lahko z organizacijsko kulturo, vodenjem, timskim delom, informacijsko tehnologijo, organiziranostjo in demografskimi podatki pojasnimo uspešno izvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah.

Prikaz 1: Hipotetični model pojasnjevanja variance stanje na področju uvajanja sprememb



2.2 Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali anketiranci iz štirinajstih slovenskih bolnišnic. 1772 vprašalnikov smo razdelili med tri poklicne skupine (medicina, zdravstvena nega, uprava). Odzivnost anketirancev je znašala 42,83%, vrnjenih smo dobili 759 vprašalnikov, od tega v medicini 106, v zdravstveni negi 558 in v upravi 70. 25 (3,3%) anketirancev ni izpolnilo rubrike poklicna skupina. Vrnjeni vprašalniki predstavljajo skupno 8,78% vzorec glede na število vseh zaposlenih poklicnih skupin v anketiranih bolnišnicah. Povprečna starost anketirancev je bila 39,31 let (min.=20, max.=64, SD=9,271). Večina anketiranih so bile ženske.

(86%), kar je skladno z zastopanostjo spolov v raziskanih poklicnih skupinah. Na vprašanje o stopnji izobrazbe je odgovorilo 752 anketirancev in sicer je 41,6% (313) anketirancev imelo srednješolsko izobrazbo, 13,4% (101) višješolsko, 28,1% (211) visokostrokovno, 13,6% (102) univerzitetno, 1,7% (13) magistrerij in 1,6% (12) doktorat.

2.3 Instrumentarij

Izvedena je bila terenska študija, z neeksperimentalnim dizajnom, z akcijskim raziskovalnim pristopom ter deskriptivno metodo dela. Za izvedbo raziskave smo upora-

bili metodo anketiranja v obliki pisnega vprašalnika, sestavljenega iz več vsebinskih sklopov. Za neodvisne in odvisne spremenljivke v hipotetičnem modelu smo uporabili sklope vprašanj, ki smo jih izdelali ali povzeli po navajanjih različnih avtorjev. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 54 trditev. Anketiranci so se opredelili do trditev na lestvici Likertovega tipa, kjer je 1 pomenilo sploh ne drži, 5 pa popolnoma drži. Vmesne ocene ustrezajo vrednostni lestvici. Pri vprašanjih organizacijske kulture so anketiranci v šestih sklopih odgovorili na štiri vprašanja, med katera so lahko razdelili skupno 100 točk, ki predstavljajo deleže strinjanja s posamezno trditvijo. Na začetku vprašalnika so bili demografski podatki: starost, spol, število let zaposlitve v bolnišnici, stopnja najvišje dosežene izobrazbe in področje dela anketiranja.

Organizacijska kultura

Za proučevanje organizacijske kulture smo uporabili vprašalnik po Cameronu in Quinnu (1999), ki temelji na skupnih vrednotah, predpostavkah, interpretacijah in pristopih, ki opisujejo značilnosti organizacije. Prepoznani so štirje osnovni tipi kulture: skupina, adhokracija, trg in hierarhija. Vprašalnik se je v svojih fazah izboljševanja in dopolnjevanja izkazal kot primeren tudi za ugotavljanje organizacijske kulture v zdravstvu (Jones, Redman, 2000; Moll in Wlach, 2003; Marshall, Mannion in Nelson, Davies, 2003; Scott-Cawiezell, Jones, Moore idr., 2005; Mallak, Lyth, Olson, Ulshafer in Sardone, 2003; Shortell idr., 2001). Anketiranci so odgovarjali na 24 trditev, ki so bile razdeljene v 6 samostojnih sklopov. Rezultati notranje konsistentnosti vprašalnika za organizacijsko kulturo so: koeficient alfa za skupino je 0,822, za adhokracijo 0,717, za trg 0,839 in za hierarhijo 0,829.

Vodenje

Stanje na področju vodenja smo ugotavljali s pomočjo enajstih trditev (Kozes in Posner, 2003) in smo jih že uporabili v raziskavi Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu (Skela Savič, 2002). S pomočjo izvedenih spremenljivk smo ugotavljali prisotnost transformacijskega (TF) in transakcijskega (TA) vodenja ter vodenja »brez vajeti« (LF). Koeficient alfa za posamezno izvedeno spremenljivko je znašal: TF 0.919, TA 0.657 in LF 0.804.

Timsko delo

Stanje na področju timskega dela smo ugotavljali s pomočjo šestih trditev, ki smo jih oblikovali na osnovi navajanja različnih avtorjev na področju timskega dela v zdravstvu (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gittell 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; v Ferlie in Shortell, 2001). Vsebinsko smo oblikovali dve izvedeni spremenljivki. Prvo smo imenovali »izgradnja tima« (koeficient alfa je 0,815), drugo pa »ovire pri delu tima« (koeficient alfa je znašal 0,855). Naredili smo tudi faktorsko analizo in dobili dve komponenti s katerimi pojasnimo 59,52% variance spremenljivke timsko delo. S prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali »Izgradnja tima« pojasnimo 35,14% varian-

ce, z drugim faktorjem, ki smo ga poimenovali »Ovire pri delu tima« pa 24,38% variance.

Informacijska podpora

Stanje na področju informacijske podpore procesom spreminjanja smo ugotavljali s pomočjo dveh trditev, ki smo jih oblikovali na osnovi navajanja različnih avtorjev, ki so proučevali informacijsko podporo kot dejavnik vpliva na uvajanje sprememb (Joss in Kogan 1995; Pointer in Sanchez 2000; Fried, Rundall in Topping 2000; Charns in Gittell 2000; Shortell, Bennett in Byck 1998; Ferlie, Shortell, 2001). Koeficient alfa je znašal 0,826, izvedeno spremenljivko smo poimenovali »informacijska podpora«. Naredili smo tudi faktorsko analizo in dobili eno komponento s katero pojasnimo 74,27% variance spremenljivke informacijska podpora.

Mehanistična organiziranost

Organiziranost slovenskih bolnišnic smo iz vidika podpore uvajanju sprememb ugotavljali s pomočjo petih trditev, ki smo jih povzeli po navajanjih Pselka (2003), ki je proučeval kompleksnost zdravstvenih organizacij. Koeficient alfa za navedene trditve v vprašalniku, ki so opisovale mehanistično organiziranost, je znašal 0,786. Naredili smo tudi faktorsko analizo in dobili dve komponenti s katerimi pojasnimo 60,80% variance spremenljivke mehanistična organiziranost. S prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali »kontrolna organizacija 1« pojasnimo 35,14% variance, z drugim faktorjem, ki smo ga poimenovali »kontrolna organizacija 2« pa 20,29% variance.

Uvajanje sprememb

Stanje na področju uvajanja sprememb kot odvisno spremenljivko smo ugotavljali s pomočjo šestih trditev, ki smo jih povzeli po navajanjih Plsek-a (2003), Ferlie in Shortell-a (2001), Pettigrew-a, (2002) in Moll in Wlach, (2003). Koeficient alfa za uporabljene trditve je znašal 0,658, za izvedeno spremenljivko »Stanje sprememb« 0,643. Naredili smo faktorsko analizo in dobili dve komponenti s katerimi pojasnimo 53,87% variance odvisne spremenljivke uvajanje sprememb. S prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali »Stanje sprememb« pojasnimo 35,73% variance, z drugim faktorjem, ki smo ga poimenovali »Odnos vodje do sprememb« pa 18,14% variance.

2.4 Postopek

Dogovori o poteku raziskave so v prvi fazi potekali z direktorji bolnišnic, pri neposredni izvedbi raziskave so direktorji v posameznih bolnišnicah določili koordinatorje raziskave, ki so po funkciji bili na prvem ali drugem nivoju vodenja in so v okviru svojih del in nalog bili odgovorni za uvajanje kakovosti v bolnišnici ali pa so bili odgovorni za vodenje področja zdravstvene nege v bolnišnici. Število vprašalnikov, ki je predstavljalo 20 % vzorec vseh zaposlenih v posamezni poklicni skupini bolnišnice, smo razdelili v dopoldanski izmeni na naključno izbran dan po oddelkih bolnišnice. Anketiranci so imeli 7 dni časa, da so

vprašalnik vrnil v zbirno mapo na oddelku. Raziskava je potekala od junija do decembra 2005.

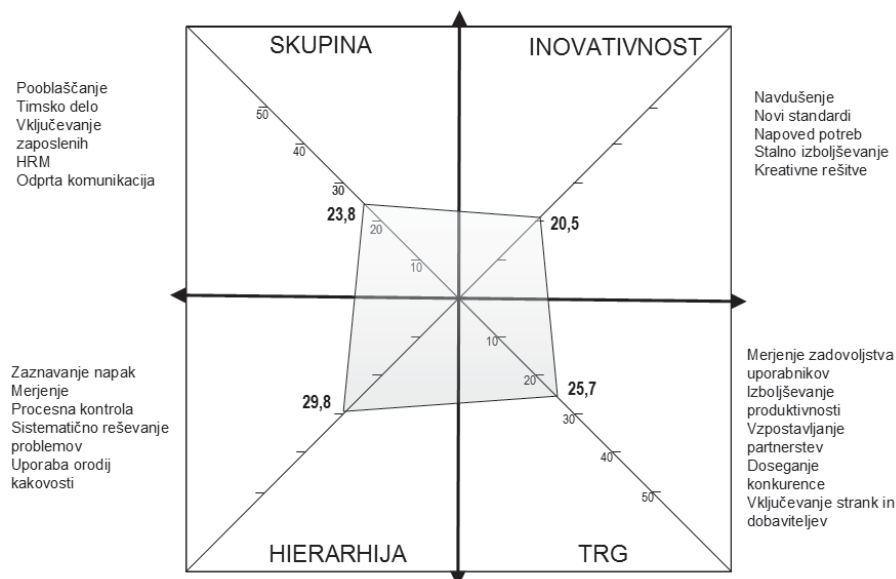
Podatki so bili obdelani z računalniškim programom SPSS, uporabili smo deskriptivno analizo, analizo zanesljivosti, faktorsko analizo, enosmerno ANOVO, t test, korelacijsko analizo in linearno regresijsko analizo.

3 Rezultati

Rezultati organizacijske kulture (na lestvici od 1 do 100) pokažejo na statistično pomembne razlike med tipi organizacijske kulture ($p < 0,001$) in sicer je po mnenju zaposlenih danes največ kulture z značilnostmi hierarhije ($PV=29,81$, $SD=12,59$; PV =povprečna vrednost, SD =stan-

dardni odklon), sledi kultura trga ($PV=25,69$, $SD=11,82$), kultura skupine ($PV=23,85$, $SD=11,11$) in kot zadnja kultura adhokracije ($PV=20,54$, $SD=6,10$). Med poklicnimi skupinami so statistično pomembne razlike glede na tip kulture ($p < 0,001$) in sicer pri kulturi hierarhije ($F=6,449$, $p=0,002$), kulturi skupine ($F=8,531$, $p=0,000$) in adhokracije ($F=8,443$, $p=0,000$), medtem ko pri kulturi trga ni statistično pomembnih razlik ($F=2,719$, $p=0,067$). Hierarhije je največ pri poklicni skupini medicina ($PV=33,02$, $SD=17,90$), sledi uprava ($PV=32,72$, $SD=13,84$) in zdravstvena nega ($PV=28,84$, $SD=11,02$), vendar je pri vseh treh poklicnih skupinah to najpogosteje prisotna kultura. Razlika med zdravstveno nego in upravo ni statistično pomembna.

Prikaz 2: Rezultati organizacijske kulture za vse anketirance po štirih tipih kulture



Rezultati na področju modelov vodenja pokažejo, da je po oceni zaposlenih največ transformacijskega vodenja ($PV=3,39$, $SD=0,99$), sledi transakcijsko vodenje ($PV=3,12$, $SD=0,86$), kot zadnje je vodenje brez vajeti ($PV=2,49$, $SD=1,04$). Po poklicnih skupinah ugotavljamo, da pri transformacijskem vodenju ni statistično pomembnih razlik ($F=1,997$, $p=0,137$), enako ugotavljamo za transakcijsko vodenje ($F=0,043$, $p=0,958$). Pri vodenju brez vajeti ugotavljamo razlike ($F=3,353$, $p=0,036$) in sicer je tega vodenja več pri poklicni skupini uprava ($PV=2,76$, $SD=1,12$) ($p=0,057$) v primerjavi z zdravstveno nego ($PV=2,44$, $SD=1,02$). Korelacijska analiza pokaže, da z večanjem starosti anketiranci ocenjujejo, da so njihovi vodje bolj transakcijski ($r=0,099$, $p=0,01$), bolj transformacijski ($r=0,075$, $p=0,05$) in več uporabljajo vodenja brez vajeti ($r=0,074$, $p=0,05$). Število let zaposlitve je pozitivno povezano s transformacijskim ($r=0,085$, $p=0,027$) in transakcijskim vodenjem ($r=0,079$, $p=0,040$). Pri stopnji izobraz-

be ne opazamo nobenih povezav. Rezultati korelacijske analize so razvidni iz tabele 4.

Rezultati na področju timskega dela pokažejo delno strinjanje zaposlenih ($PV=3,12$, $SD=0,75$) z »izgradnjo tima«. Med poklicnimi skupinami ni statistično pomembnih razlik ($F=1,245$, $p=0,289$). Rezultati izvedene spremenljivke »ovire tima« pokažejo delno strinjanje zaposlenih ($PV=3,39$, $SD=0,95$), med poklicnimi skupinami opazujemo razlike ($F=10,550$, $p=0,000$). Zaposleni v upravi ($PV=3,68$, $SD=0,87$) in zdravstveni negi ($PV=3,42$, $SD=0,92$) ocenjujejo, da so zdravniki tisti, ki želijo izstopati in ustvarjajo hierarhičen odnos znotraj timov, kjer anketiranci delujejo. Korelacijska analiza (tabela 4) pokaže, da se z daljšanjem delovne dobe anketirancev ($r=0,134$, $p=0,000$) in višanjem starosti ($r=0,119$, $p=0,001$) povečuje prisotnost »izgradnje tima« v delovnem okolju. Pri faktorju ovire pri izgradnji tima ni nobenih pomembnih povezav.

Rezultati na področju informacijske podpore procesom dela pokažejo delno strinjanje anketirancev (PV=3,14, SD=0,79). Med poklicnimi skupinami ni statistično pomembnih razlik (F=0,630, p=0,533). Izvedena spremenljivka informacijska podpora je statistično pomembno pozitivno povezana (tabela 4) z leti zaposlitve (r=0,088, p=0,05) in negativno s stopnjo izobrazbe (r=-0,078, p=0,01).

Rezultati izvedene spremenljivke »mehanistična organizacija«, pokažejo delno strinjanje (PV=3,28, SD=0,61). Med poklicnimi skupinami ni razlik (F=1,515, p=0,221). Korelacijska analiza (tabela 4) pokaže, da višja ko je starost anketirancev, več je po mnenju anketirancev mehanistične organiziranosti (r=0,102, p=0,007). Enako velja za stopnjo izobrazbe (r=0,096, p=0,011). Rezultati za neodvisne spremenljivke so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati neodvisnih spremenljivk

Neodvisne spremenljivke	Izvedene spremenljivke, faktorji	Rezultati		Razlike med poklicnimi skupinami
		PV	SD	p
Organizacijska kultura	Skupina	23,85	11,11	0,000
	Adhokracija	20,54	6,10	0,000
	Trg	25,69	11,82	0,067
	Hierahija	29,81	12,59	0,002
Vodenje	TF	3,39	0,99	0,137
	TA	3,12	0,86	0,958
	LF	2,49	1,04	0,036
Timsko delo	Izgradnja tima	3,12	0,75	0,289
	Ovire pri delu tima	3,39	0,95	0,000
Organiziranost	Mehanistična organizacija	3,28	0,61	0,221
Informacijska podpora	Informacijska podpora	3,14	0,79	0,533

Rezultati izvedenih spremenljivk na področju uvajanja sprememb (tabela 2) pokažejo, da se anketiranci delno strinjajo z izvedeno spremenljivko »stanje sprememb« (PV=3,06, SD=0,708), med poklicnimi skupinami so razlike (F=3,068, p=0,047). Rezultati spremenljivke »odnos vodje do sprememb« kažejo na večinoma prisoten pokroviteljski odnos vodij do zaposlenih pri uvajanju sprememb (PV=3,89, SD=1,01) in na razlike med poklicnimi skupinami (F=11,877, p=0,000). Po posameznih trditvah ugotavljamo, da se zaposleni v medicini statistično pomembno manj strinjajo s trditvijo »Spremembe v bolnišnični dejavnosti, ki se dotikajo mojega dela, so mi predstavljene s strani mojih vodilnih v zavodu« (PV=3,43, SD=1,124), enako velja za zaposlene v upravi (PV=3,66, SD=1,086) ter da so spremembe najboljše predstavljene s strani vodij v zdravstveni negi (PV=4,00, SD=0,96) (F=12,410, p=0,000), vendar pa vodje v zdravstveni negi zaposlenim ne dopuščajo pobude za spremembe v takšni meri (PV=3,78, SD=1,151), kot to počnejo vodje v medicini (PV=3,39, SD=1,327) (F=3,472, p=0,032) in vodje v upravi (PV=3,70, SD=1,267). Ugotavljamo, da zaposleni v upravi (PV=2,74, SD=1,031) ocenjuje splošno vzdušje inovativnosti in pripravljenosti za spreminjanje nižje, kot zaposleni v medicini (PV=2,92, SD=0,963) in zdravstveni negi (PV=3,13, SD=0,935) (F=5,568, p=0,004) in da se zaposleni v upravi (PV=2,85, SD=1,157) pomembno manj

strinjajo s tem, da ob uvajanju sprememb v bolnišnici istočasno spreminjajo procese dela, strukturo in odnose (F=4,156, p=0,016). Zaposleni v upravi (PV=2,76, SD=1,051) in medicini (PV=2,77, SD=0,981) se pomembno manj strinjajo, da se spremembe odvijajo na nivoju posameznika, tima in celotne organizacije, kot zaposleni v zdravstveni negi (PV=3,05, SD=0,941) (F=4,606, p=0,010). Korelacijska analiza v tabeli 4 pokaže, da višja ko je stopnja izobrazbe anketirancev, slabše ti ocenjujejo »odnos vodje do sprememb« (r=-0,180, p=0,000).

Rezultati regresijske analize

Regresijska analiza za zaposlene nam pokaže, da lahko faktor »stanje sprememb« pojasnimo v 50,5% s pomočjo šestih neodvisnih spremenljivk. Najprej je bil v model vključen faktor »izgradnja tima«, ki uvajanje sprememb pojasnjuje kar v 39,5%. Varianco stanje na področju uvajanja sprememb pojasnjujejo še v 4,4% transformacijsko vodenje, informacijska podpora v 3,1%, organizacijska kultura skupina v 2,4%, in ovire pri delu tima in vodene brez vajeti, ki varianco skupno pojasnujeta le v 1,1%. Regresijska analiza po poklicnih skupinah pokaže, da varianco »stanje sprememb« pri zaposlenih v medicini (v 51,2%) in zdravstveni negi (v 37,5%) najbolj pojasnjuje izgradnja tima, medtem, ko ima pri zaposlenih v upravi največjo pojasnjevalno vrednost mehanistična organizaci-

Tabela 2: Rezultati za stanje na področju uvajanja sprememb po izvedenih spremenljivkah in posameznih trditvah

Ocena anketiranci		Razlike med poklici poklicnimi skupinami		Trditve v vprašalniku:
PV	SD	F	p	
3,06	0,708	3,068	0,047	Izvedena spremenljivka 1: Stanje sprememb
3,07	0,951	5,568	0,004	Menim, da je splošno vzdušje v naši bolnišnici usmerjeno v uvajanje sprememb in spodbujanju inovativnosti pri zaposlenih.
3,00	0,960	4,606	0,010	V naši bolnišnici se potrebe po spremembah odvijajo hkrati na nivoju posameznika, tima, organizacije in okolja.
2,97	1,190	2,302	0,101	V zvezi s spremembami na mojem področju dela, sem vedno poslan(a) na izobraževanja in usposabljanja.
3,20	1,020	4,156	0,016	V naši bolnišnici uvajamo spremembe tako, da hkrati spreminjamo organizacijsko strukturo, procese dela in odnose med zaposlenimi.
3,82	0,824	11,877	0,000	Izvedena spremenljivka 2: Odnos vodje do sprememb
3,89	1,010	12,410	0,000	Spremembe v bolnišnični dejavnosti, ki se dotikajo mojega dela, so mi predstavljene s strani mojih vodilnih v zavodu.
3,74	1,190	3,472	0,032	Pobude za spremembe v bolnišnični dejavnosti prihajajo od zgoraj navzdol in kot zaposleni na to nimam vpliva.

Tabela 3: Rezultati regresijske analize za varianco »stanje sprememb«

Model	R Square=R ²	Adjusted Square=ΔR ²	Sprememba R ²	B	B (beta)	p
ZAPOSLENI (F= 81,826, p=0,000)						
konstanta				3,052		,000
Izgradnja tima	,397	,395	0,395	,446	,630	,000
Transformacijsko vodenje	,441	,439	0,044	,182	,250	,000
Informacijska podpora	,473	,470	0,031	,201	,225	,000
OK - skupina	,499	,494	0,024	,012	,176	,000
Ovire v delu tima	,506	,501	0,007	-,067	-,089	,009
LF vodenje	,511	,505	0,004	,069	,098	,029
MEDICINA (F= 32,390, p=0,000)						
konstanta				3,165		,000
Izgradnja tima	,518	,512	0,512	,599	,720	,000
Transformacijsko vodenje	,576	,564	0,052	,023	,240	,002
OK hierarhija	,623	,607	0,043	,232	,291	,004
Mehanistična organizacija	,646	,626	0,019	-,111	-,164	,034
ZDRAVSTVENA NEGA (F= 67,863, p=0,000)						
konstanta				3,069		,000
Izgradnja tima	,376	,375	0,375	,421	,613	,000
Transformacijsko vodenje	,426	,423	0,048	,191	,266	,000
Informacijska podpora	,463	,459	0,036	,216	,252	,000
OK-skupina	,483	,478	0,019	,010	,156	,000
Ovire v delu tima	,495	,488	0,010	-,081	-,112	,002
Mehanistična organizacija	,500	,493	0,005	,055	,076	,034
UPRAVA (F= 28,969, p=0,000)						
konstanta				3,087		,000
Mehanistična organizacija	,475	,465	0,465	,620	,689	,000
Izgradnja tima	,532	,513	0,048	,306	,337	,016

ja (v 46,5%) in izgradnja tima le v 4,8%. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

Izvedeno spremenljivko »odnos vodje do sprememb« pojasnimo le v 8,6%, najbolj jo pojasnjuje stopnja izobrazbe (2,6%), sledi mehanistična organizacija (1,4%) in adhokracija (1,7%). Regresijska analiza po poklicnih skupinah pokaže, da varianci »odnos vodje do sprememb« pri medicini pojasnjuje samo transakcijsko vodenje v 13,7%. V zdravstveni negi varianco pojasnimo le v 4,9% in to z mehanistično organizacijo (1,6%), organizacijsko kulturo adhokracija (1,6%), stopnjo izobrazbe (0,8%) in ovire pri delu tima (0,9%). Med poklicnimi skupinami v upravi varianco pojasnimo največ in sicer v 23%, od tega v 14,3% varianco pojasnjuje stopnja izobrazbe in v 8,7% transakcijsko vodenje.

4 Razprava

Raziskovali smo hipotetični model vplivnih dejavnikov na uspešno izvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah in sicer v okviru neodvisnih spremenljivk organizacijska kultura, timsko delo, modeli vodenja, informacijska podpora procesom dela in organiziranost ter v okviru odvisnih spremenljivk stanje sprememb v neposredni praksi in odnos vodij do sprememb.

Uvajanje sprememb in pojasnjevalni dejavniki uspešnega izvajanja sprememb

Rezultati raziskanega hipotetičnega modela pokažejo, da uspešno izvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah najbolj pojasnjuje timsko delo. Gledano celovito, je timsko delo pogojeno z delovanjem vodstva na področjih, ki smo jih raziskovali kot neodvisne in odvisne spremenljivke. Ti rezultati pa pokažejo, da v slovenskih bolnišnicah še niso vzpostavljeni pogoji za izvajanje sprememb, saj vodstvo bolnišnic ne upošteva v zadostni meri osnovnih elementov uvajanja sprememb po navajanjih Pleška (2003), kot so: izogibanje mehanistični organiziranosti, preglednost procesov, medsebojno povezovanje zaposlenih, vzpostavljene navade spreminjanja, podpora spremembam z izboljšavami v komunikaciji, orodjih in okoljem znotraj in zunaj organizacije. Rezultati kažejo, da vodje izvajajo direktivno vodenje na tem področju, kar pomeni, da seznanjajo, vendar ne vključujejo podrejenih, kar je bistveni element uspešnega uvajanja sprememb v neposredni praksi. Osnova za uspešno izvajanje sprememb je vzpostavitev mehanizma pretoka informacij od spodaj navzgor (Turner in Crawford, 1998). Pri odnosu vodilnih do sprememb opazimo, da so spremembe najbolje predstavljene s strani vodij v zdravstveni negi ter da vodje v zdravstveni negi po oceni zaposlenih bolje opravljajo svojo voditeljsko vlogo v smislu prenosa informacij, kot vodje ostalih dveh poklicnih skupin, medtem, ko pa svojim zaposlenim ne dopuščajo pobude za spremembe v takšni meri, kot to počnejo vodje v medicini, torej so dobri informatorji, ne pa tako dobri spodbujevalci sprememb. Enako velja za vodje v upravi. Prav tako ugotovimo razlike med upravnim in zdravstvenim delom bolni-

šnice, saj je izhodišče mehanistične organiziranosti popolnoma različno od izhodišč timskega dela, kar kaže na velike razlike v pogledih na uvajanje sprememb v bolnišnici.

Na področju stanja sprememb po posameznih trditvah ugotavljamo večjo prisotnost spreminjanja pri poklicni skupini zdravstvena nega, gledano celovito, pa zaposleni v upravi statistično pomembno nižje ocenjujejo prisotnost spreminjanja v bolnišnicah glede na medicino in zdravstveno nego, vendar skupno ugotavljamo, da je stanje sprememb na stopnji delnega strinjanja, kar govori o nepoznavanju osnovnih principov spreminjanja, kot so po navajanju Pettigrew-a (2002 v Moll in Wlach, 2003), da je za uspešno izvajanje sprememb potrebno spremeniti organizacijsko strukturo, procese dela in odnose v organizaciji. Medtem ko Garside (Garside, 1999; v Ferlie in Shortell, 2001) pravi, da je najpomembnejši vzvod vseh sprememb, sposobnosti organizacije da spremembe uvaja v zagotavljanju organizacijske klime in kulture, ki skozi različne odločitvene poti in razvoj ljudi to spodbuja. V naši raziskavi ugotovljena kultura nikakor ne podpira uvajanja sprememb, zato tudi delno strinjanje s trditvami, ki smo jih zastavili anketirancem na področju uvajanja sprememb.

Organizacijska kultura

Rezultati za organizacijsko kulturo pokažejo, da je vodilna kultura v anketiranih bolnišnicah hierarhija, kar govori o pomembni usmerjenosti slovenskih bolnišnic v kontrolo in stabilnost. Po navajanjih Cameronna in Quinna (1999) to ni spodbujevalno za uvajanje sprememb, saj to kulturo zaznamujejo predvsem stalnost, zanesljivost, učinkovitost in nizki stroški, vodenje je usmerjeno v koordinacijo in organiziranje, v ospredju so formalna pravila in red. Na drugem mestu je kultura trga, ki je sicer usmerjena navzven, vendar še vedno izhaja iz kontrole, učinkovitosti in produktivnosti. Označuje jo nesproščenost in centralno odločanje, tekmovalnost in doseganje rezultatov. Jones in Redman (2000) sta v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah ugotovila, da je v bolnišnicah, kjer imajo dominantno kulturo hierarhije in marketa, je ta pozitivno povezana z nezaupanjem, konflikti, odporom do sprememb in reaktivno strateško orientiranostjo. Tudi Shortell, O'Brien, Carman idr. (1995 v Scott, Mannion, Davies in Marshall, 2003) pravijo, da je kultura, ki je usmerjena v povezovanje ljudi, timsko delo in koordinacijo, povezana z velikimi in trajnimi uspehi na področju izboljševanja prakse v zdravstvenih organizacijah. Samo hierarhičen pristop in iskanje priložnosti na trgu sta kulturi, ki ne bosta prinesli spreminjanje procesov dela na nivoju posameznika, tima, organizacije in celotnega sistema (Skela Savič idr., 2006). Podobno ugotavljajo tudi Jones in Redman (2000), Ferlie in Shortell (2001) v svoji raziskavi organizacijske kulture v bolnišnicah, saj so rezultati njihovih raziskav pokazali, da sta kulturi marketa in hierarhije povezani z večjim odporom do sprememb, medtem ko Jones in Redman (2000) pravita, da dlje kot je organizacija v kulturi marketa in hierarhije, težji je proces spreminjanja vrednot bolnišnice v kulturo adhokracije in sku-

Tabela 3: Korelacijska analiza med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-starost	1															
2-leta zaposlitve	,876(**)	1														
3-stopnja izobrazbe	,226(**)	-,020	1													
4-OK skupina	-,008	,016	-,069	1												
5-OK ad-hokra.	-,027	-,039	-,158(**)	,081(*)	1											
6-OK trg	-,023	-,060	,053	-,632(**)	,011	1										
7-OK hierarhija	,039	,058	,106(**)	-,317(**)	-,632(**)	-,398(**)	1									
8-TF vodenje	,075(*)	,085(*)	-,028	,321(**)	-,008	-,296(**)	,010	1								
9-TA vodenje	,099(**)	,079(*)	,034	,234(**)	-,017	-,167(**)	-,038	,716(**)	1							
10-LF vodenje	,074(*)	,065	,071	-,231(**)	-,025	,231(**)	,000	-,614(**)	-,365(**)	1						
11-izgradnja tima	,119(**)	,134(**)	-,013	,386(**)	,036	-,347(**)	-,020	,538(**)	,432(**)	-,290(**)	1					
12-ovire tima	-,028	,018	-,066	-,167(**)	-,011	,221(**)	-,055	-,176(**)	-,065	,344(**)	-,094(*)	1				
13-infor. podpora	,059	,088(*)	-,078(*)	,125(**)	,043	-,110(**)	-,026	,294(**)	,285(**)	-,127(**)	,326(**)	-,047	1			
14-mehan. organizacija	,102(**)	,058	,096(*)	,125(**)	-,043	-,104(**)	,025	,347(**)	,297(**)	-,121(**)	,491(**)	,071	,329(**)	1		
15-stanje sprememb	,050	,041	,008	,379(**)	,099(*)	-,304(**)	-,089(*)	,522(**)	,464(**)	-,248(**)	,630(**)	-,137(**)	,349(**)	,409(**)	1	
16-vodje in spre-membe	-,051	,014	-,215(**)	,002	-,045	-,026	,050	,021	,057	,005	-,010	,110(**)	,005	,117(**)	-,080(*)	1

**p<0.01; *p=0.05

pine. V naši raziskavi ugotavljamo negativno povezavo med izvedeno spremenljivko »stanje sprememb« in kultura hierarhija in trg ter pozitivno povezavo pri kulturah skupina in adhokracija. Vsekakor je ugotovitev naše raziskave, da je v slovenskih bolnišnicah premalo kulture skupine, ki po navajanjih Shortella, O'Brien in Carmana idr. (1995) osnova za timsko delo, sodelovanje in stalno uvajanje izboljšav, ter da je v slovenskih bolnišnicah preveč kulture hierarhije, ki negativno povezana z uvajanjem sprememb (Shortell, O'Brien in Carman idr., 1995).

Vodenje

Raziskovali smo osnovna dva modela vodenja: transformacijsko in transakcijsko vodenje. Ugotavljamo, da se v bolnišnicah v raziskavi delno uporabljata oba modela vodenja, vendar je stopnja uporabe s strani anketirancev ocenjena kot delno strinjanje. Firth-Cozens in Mowbray (2001) na osnovi opravljenih študij o vodenju v zdravstvu ugotavljata, da sta za uspešno delo potrebna tako transformacijsko kot transakcijsko vodenje. Podobnega mnenja so Scott, Mannion, Davies in Marshall (2003) in Alimo-Metcalfe et al. (2000), ki govorijo o nujnosti integracije obeh modelov vodenja, saj mora biti materialno spodbujanje zaposlenih k bolniku orientirani obravnavi podprto s spremembo dojemanja in vedenja v odnosu do k bolniku orientirane obravnave, kar vodi v dejanske strukturne spremembe organizacije dela in procesov v bolnišnici. Vsekakor je v bolnišnicah zaznati premajhno stopnjo transformacijskega vodenja, ki spodbuja tudi timsko delo, procese izboljševanja in vlogo posameznika. Rezultati kažejo, da je v zdravstvu potrebno prenehati graditi na karizmatičnih vodjih, ki se »najdejo v organizaciji«, ampak je po navajanjih Ferilea in Shortella (2001) potrebno začeti razvijati vodje, ki bodo sposobni komuniciranja in povezovanja na vseh nivojih, ki bodo imeli analitične in diagnostične sposobnosti in veščine, ki bodo znali oblikovati in deliti skupno vizijo organizacije in ki bodo znali oblikovati učinkovit sistem izvajanja storitev. Rezultat izhaja iz dejstva, da so za vodje v slovenskem zdravstvu izbrani posamezniki, ki so v prvi vrsti dobri strokovnjaki in nimajo dodatnih znanj iz področja vodenja, zato se srečujemo s specifično zastarelostjo vodenja, kar so pokazala že raziskave Yazbeck (2004), Skela Savič (2002, 2004), Bohinc (1997), Ritonja (1994). Za uvajanje izboljšav na področju vodenja v slovenskem zdravstvu je potrebno upoštevati spoznanja, da številni raziskovalci (Parker, 1999; West, 2001) ugotavljajo tesno povezavo med kakovostjo zdravstvene obravnave in vodenjem. Zavedati se je potrebno, da zaposleni ne podpirajo uvajanja sprememb v njihovem delovnem okolju, če nimajo aktivne vloge pri tem (Kern, 2003), kar pomeni, da je vloga vodij pri uvajanju sprememb izjemno velika, saj je vključevanje posameznika pomembni dejavnik za uspešno delovanje zdravstvenega sistema.

Timsko delo

Timsko delo v anketiranih bolnišnicah lahko ocenimo kot področje, kjer je še veliko priložnosti za izboljšanje, saj je tako po mnenju zaposlenih, kot vodij delno prisotno, poleg tega so prisotne še ovire, ki so vezane na poklic-

no skupino medicina, ki jo poklicni skupina zdravstvena nega in uprava vidita kot skupino, ki želi izstopati in ustvarja hierarhičen odnos med člani v timu. Podobne rezultate za zdravnike je za slovenski prostor dala raziskava Yazbeck (2004), ki ugotavlja težnjo zdravnikov v raziskanih slovenskih bolnišnicah po hierarhiji in individualizmu ter njihovi nenaklonjenosti sistematični ureditvi kliničnega dela, medtem, ko Skjørshammer (2001) za Norveški prostor ugotavlja, da avtonomija in neodvisnost zdravnikov ustvarja slabo prepoznane formalne strukture v organizaciji in slabe medpoklicne povezave. Mallak s sodelavci (2003) ugotavlja, da managerji in vodje, ki ne delajo v timu, s tem jasno sporočajo, da timsko delo ni vrednota organizacije, kar onemogoča razvoj le tega. Poleg omenjenega ima timsko delo še širši pomen za delovanje organizacije, saj sta Firth-Cozens in Payne (1999) v eni izmed raziskav potrdila, da posameznik, ki ne dela v timu, bolj izpostavljen psihološkemu stresu in je manj zadovoljen z delom, kot posameznik, ki dela v dobro definiranim timu. Meta analiza raziskav stresa na delovnem mestu je pokazala, da je glavni vzrok stresa pri zaposlenih vodja, zato mora biti temeljni cilj vsake organizacije sodobno vodenje in učinkoviti timi, kar bo prispevalo k boljši obravnavi bolnikov (Hogan, Raskin in Fazzini, 1990; v Firth-Cozens in Mowbray, 2001). Naša raziskava pokaže, da vodje pri vzpostavljanju timskega dela v bolnišnice delno izpolnjujejo svoje vloge in zato osebje nima zadostnih priložnosti za timsko delovanje, saj vodje iz vidika organizacijske kulture delujejo hierarhično.

Informacijska tehnologija

Harper in Utley (2001) sta ugotovila da so k ljudem usmerjene vrednote pozitivno povezane z uspešno implementacijo informacijske tehnologije. V naši raziskavi ne ugotavljamo v ospredju tovrstnih vrednot, saj je v ospredju kultura hierarhije, ki se kaže z vrednotami kontrole in stabilnosti. Ugotavljamo, da informacijska podpora procesom dela ni zadostna, saj se anketiranci delno strinjajo, da so procesi izboljševanja dela podprti z informacijsko tehnologijo in da vodstvo to razume in podpira. Ključno vlogo na ravni zdravstvenih organizacij igrajo vodje, ki morajo premagati dve pogosto navedeni barieri: strah in neizkušenost zaposlenih pri uporabi novih informacijskih orodij in skrb, kaj bi podatki lahko pokazali o delu zaposlenih v zdravstvu (Detmer, 1997; Dick, Steen in Detmer 1997; v Shortell idr., 2001).

Organiziranost

Plsek (2003) pravi, da je prvi korak v uvajanju izboljšav v zdravstvu spoznanje, da mehanistična organiziranost močno ovira učinkovitost delovanja zdravstvenega sistema. Mehanistično organiziranost ocenjuje kot organiziranost, ki ne prinaša razvoja in inovacij, saj je vodilo za delo bolnišnice plan dela, poraba in kontrola, delovni odnosi ne podpirajo generiranja idej, implementacija idej je vezana na strukture in procese znotraj organizacije in ne povzema dobre prakse izven organizacije idr. Naša raziskava pokaže, da v slovenskih bolnišnicah ugotavljamo prisotnost mehanistične organiziranosti, zlasti je ta očitna pri

zaposlenih v medicini in upravi ter starejši populaciji anketirancev in anketirancih, ki so bolj izobraženi.

Pomembni za dodatno razlago in razumevanje rezultatov raziskave so zbirni rezultati korelacijskih analiz, ki pokažejo na povezave, ki so pomembne in podpirajo ugotovljeno stanje na obravnavanih spremenljivkah in pojasnjevalnem modelu. Presenečenje korelacijske analize je pozitivna povezanost transakcijskega vodenja in mehanistične organiziranosti s faktorjema stanje sprememb in izgradnja tima, saj teoretična izhodišča in raziskave na tem področju tega ne dokazujejo. Zammuto idr. (1992) so se prepričali, da mehanistična organiziranost ni pozitivno povezana z uspešnim izvajanjem sprememb, kar pa v naši raziskavi potrjujemo, torej mehanistična organiziranost v slovenskem zdravstvu je pozitivno povezana z uvajanjem sprememb, kar pa ni dobra popotnica za uspešno izvajanje sprememb.

Veliko povedo tudi povezave na področju organizacijske kulture. Kljub temu, da organizacijska kultura ni pomemben pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb v naši raziskavi, je ključnega pomena, saj predstavlja notranje okolje organizacije, v katerem se razvija timsko delo. Rezultati pokažejo, da je organizacijska kultura hierarhija kot vodilna kultura v bolnišnicah statistično pomembno negativno povezana z uvajanjem sprememb, kar pomeni, da je obstoječa organizacijska kultura v anketiranih bolnišnicah velika ovira za uvajanje sprememb. Ugotovljeno stanje še poslabša ugotovitev, da je organizacijska kultura trga, ki je druga najpogostejša ugotovljena kultura v bolnišnicah in skupaj s kulturo hierarhije tvori kulturo kontrole in stabilnosti, negativno povezana z uvajanjem sprememb, izgradnjo tima in informacijsko podporo. Ugotovljamo, da sta kulturi trga in hierarhije veliki oviri na poti izgradnje timskega dela v bolnišnicah. Rezultat podpirajo še pozitivna korelacija kulture adhokracija z odvisno spremenljivko stanje sprememb. O'Neill in Quinn (1993) pravita, da kultura adhokracije označuje prilagodljivost in željo sprejeti nove izzive, kar je pomembno pri uvajanju sprememb. Rezultat naše raziskave pokažejo, da je te kulture malo v slovenskih bolnišnicah in dajo usmeritve za nadaljnje aktivnosti managementa za razvoj organizacijske kulture skupina v neposredni praksi.

Rezultati kažejo na to, da se z večanjem stopnje izobrazbe anketiranci ocenjujejo večjo prisotnost stabilnosti in kontrole v bolnišnici, vendar se anketiranec z višanjem stopnje izobrazbe počuti bolj vključen, kot tisti z nižjo izobrazbo. Visoko izobraženi anketiranci ocenjujejo manj kulture inovativnosti, razvoja in pripravljenosti za tvegane v svojem delovnem okolju, kar je zaskrbljujoče, saj je ravno to skupina zaposlenih, ki bi morala delovati razvojno v bolnišnici in biti pri tem spodbujena s strani vodilnih. Prav tako visoko izobraženi anketiranci slabše ocenjujejo delovanje vodstva na področju uvajanja sprememb.

5 Sklep

Raziskava pokaže, da smo s postavljenim raziskovalnim modelom pojasnili dejavnike uspešnega izvajanja spre-

memb v anketiranih bolnišnicah in sicer je timsko delo oziroma izvedena spremenljivka »izgradnja tima« tisti dejavnik, ki najbolj pojasnjuje uspešno izvajanje sprememb v raziskanih bolnišnicah. Rezultat je presenečenje, saj so raziskave Ferlie in Shortella (2001) pokazale na štiri pomembne dejavnike za uspešno uvajanje izboljšav pri delu v zdravstvu. Ti dejavniki so: vodenje na vseh nivojih, izgradnja prodorne kulture, ki spodbuja učenje skozi procese dela, poudarek na razvoju učinkovitih timov in večja uporaba informacijske tehnologije pri uvajanju stalnih izboljšav in sprejemanju odgovornosti. V našem primeru smo ugotovili, da je ključni dejavnik vzpostavitev timskega dela, ostali dejavniki navedeni po Ferlie in Shortellu (2001) imajo statistično pomembno, vendar majhno pojasnjevalno vrednost. Rezultati pokažejo, da bo v neposredni praksi pri uvajanju sprememb potrebno narediti veliko sprememb pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj raziskave organizacijske kulture kažejo predvsem na hierarhično in tržno usmerjenost slovenskih bolnišnic, kjer je timsko delo malo razvito in so v ospredju individualizem in hierarhija in se kontrolno vodenje uporablja bistveno več, kot fleksibilno vodenje.

Analiza rezultatov po poklicnih skupinah pokaže na pomembne razlike med poklicnimi skupinami, saj je najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik uspešnega izvajanja sprememb pri medicini in zdravstveni negi timsko delo, ki sodi med pozitivne dejavnike uvajanja sprememb. Pri zaposlenih v upravi pa ugotovimo, da najpomembnejši pojasnjevalni dejavnik mehanistična organiziranost in sodi na področje negativnih dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb. Rezultati kažejo na velike razlike med zdravstvenim in upravnim delom bolnišnice, ki jih označuje različen vrednostni sistem, zato je uvajanje trajnih sprememb brez predhodne priprave vodstva bolnišnic na spreminjanje organizacijske kulture bolnišnice in uporabe situacijskih stilov vodenja, obsojeno na neuspeh.

Literatura

- Alimo-Metcalf, B. & Alban-Metcalf R. (2000). Heaven can wait, *Health Service Journal*, **110**: pp 26-29.
- Blaauw, D., Gilson, L. & Penn-Kekana, L. (2003). Organisational relationship and the »software« of health sector reform, (Background Paper) The Disease Control Priorities Project, dosegljivo na: www.fic.nih.gov/dcpp/con9pres.html (27.10.2006).
- Bohinc, M. (1997). Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester, *Obzornik zdravstvene nege*, **31**(5-6): 247-252.
- Cameron, K. S., Quinn, R. E. (1999). Diagnosing and Changing Organizational Culture Based on the Competing Values Framework, Addison-Wesley, Massachusetts.
- Charns, M. & Gittel, J.H. (2000). *Work Design. In Health Care Management: Organization Design and Behavior* (4th ed.), eds. S.M. Shortell & A.D. Kaluzny, pp. 106-29, Albany, N.Y.: Delmar.
- Eby, L.T., Adams, D.M., Russell, J.E.A. & Gaby, S. H. (2000). 'Perceptions of organizational readiness for change: factors related to employees' reactions to the implementation of team-based selling', *Human Relations*, **53**: 419-42.

- Ferlie, E.B. & Shortell, S.M. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and United States: A Framework for Change, *The Milbank Quarterly*, **79** (2): Pp. 281-315.
- Firth-Cozens, J. & Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care, *Qual. Health Care*, **10**: 3-7.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R., eds. (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*, Wiley, London.
- Fried, B., Rundall, Topping, S. (2000). Groups and teams in Health services Organizations. In Health Care Management: Organization Design and Behavior (4th ed.), eds S.M. Shortell and A.D. Kaluzny, 106-29. Albany, N.Y.: Delmar.
- Garside, P. (1999). The Learning organization: A Necessary setting for Improving care? *Quality in Health Care*, **8**(4): 211-12.
- Harper, G. & Utley, D. (2001). Organizational culture and successful information technology implementation, *Engineering Management Journal*, **13**: 11-16.
- Kern, T. (2003). Participation of employees in business process improvement projects. In: Jašková, Mária (ur.). *ECON '03: Šselected research papers*Č, (Research works proceedings, Vol. 10, 2003, Economics set). Ostrava: Technical University of Ostrava, Faculty of Economics, pp. 194-200.
- Kouzes, J. M. & Posner, B. Z. (2003). *Leadership Practices Inventory*, 3rd Edition, Pfeiffer.
- Jones, R.A., Jimmieson N.L. & Griffiths, A., (2005). The Impact of Organizational Culture and Reshaping Capabilities on Change Implementation Success: The Mediating Role of Readiness for Change, *Journal of Management Studies*, **42**, March: 361.
- Jones, K.R., Redman & R.W. (2000). Organizational culture and work redesign, Experience in three organizations, *JONA*, **30**: 604-10.
- Joss, R. & Kogan, M., (1995). *Advancing Quality: TQM in the NHS*, Buckingham, U.K.: Open University Press.
- Mallak, L.A., Lyth, D.M., Olson, S.D., Ulshafer, S.M. & Sardone, F.J. (2003). Culture, the built environment and healthcare organizational performance, *Managing Service Quality*, **13**(1): pp. 27-38.
- Marshall, M.N., Mannion, R., Nelson, E.O. & Davies, H.T. (2003). Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts, *BMJ*, **327**: 599-602.
- Moll, S. & Wlach, R. (2003). Assessing the impact of public health skills on the key responsibilities of Primary Care Trusts health improvement through provision of care, commissioning of services and partnership engagement. How does s Strategic Health Authority know if public health skills have been used to underpin these responsibilities. Europhamili / Aesculapius Professional Study. Nottingham University, UK. [http://www.europhamili.org/protect/media/37.pdf#search=%22Moll%2C%20S.%2C%20Wlach%2C%20R.%20\(2003\).%20Assessing%20the%20impact%20of%20public%20health%20skills%20%22](http://www.europhamili.org/protect/media/37.pdf#search=%22Moll%2C%20S.%2C%20Wlach%2C%20R.%20(2003).%20Assessing%20the%20impact%20of%20public%20health%20skills%20%22) (29.9.2006).
- O'Neill, R. & Quinn, R. (1993). Editor's note: Applications of the competing values framework, *Human Resource Management*, **32**:1-7.
- Parker, V.A., Wubbenhorst, W.H., Young, G.J., Desai, K.R. & Charns, M.P. (1999). Implementing quality improvement in hospitals: the role of leadership and culture, *Am J Med Qual*, **14**: 64-69.
- Pettigrew, A.M., Ferlie, E. & McKee, L. (1992). *Shaping Strategic Change. The Case of the NHS*, Sage, London.
- Pointer, D.D. & Sanchez, J.P. (2000). Leadership: A Framework for Thinking and Acting. In Health Care Management: Organization Design and Behavior (4th ed.), eds S.M. Shortell & A.D. Kaluzny, 106-29. Albany, N.Y.: Delmar.
- Plsek, P. E. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. <http://www.nihcm.org/Plsek.pdf> (29.9.2006).
- Ritonja, S., (1994). Proces razvoja zdravstvenega managementa, *Bilten*, **10**(5):14-16.
- Schein, E. (1999). *Organizational Culture and Leadership*, 2th Edition. San Francisco. Jossey-Bass Publishing.
- Schein, E.H. (1988). *Process Consultation: Its Role in Organization Development*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Schein, E.H. (1987). *Process Consultation: Lessons for Managers and Consultants*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Scott-Cawiezell J, Jones K. & Moore L. (2005). Nursing home culture. A critical component in sustained improvement, *J Nurs Care Qual*, **20**(4): 341-8.
- Scott, J.T., Mannion, R., Davies, H.T.O., Marshall, M.N. (2003). The quantitative measurement of organisational culture in health care: The instruments are available? *Health Services Research*, **38**(3): pp. 923-945.
- Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline: The art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
- Shortell, S. M., Zazzali, J. L., Burns, L. R., Alexander, J. A., Gillies, R. P., Budetti, P.P., Waters, T. M. & Zuckerman, H. S. (2001). Implementing evidence-based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations, *Medical Care*, **39**(7): pp. 62-78.
- 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, *Milbank Quarterly* **76**(4): 593-624.
- Shortell, S.M., O'Brien, J., Carman, R. Foster, E.F.K. Hughes, Boerstler, H., et.al. (1995). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality management: Concept versus implementation, *Health Services Research* **30**(2): 377-401.
- Skela Savič, B., Pagon, M. & Lobnikar, B. (2006). Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah = Organisational culture in Slovene hospitals. V: Rajkovič, Vladislav (ur.). *Management sprememb : zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 15.-17. 3. 2006 : proceedings of the 25th International Conference on Organizational Science Development, Slovenia, Portorož, March, 15.-17. 3. 2006*. Kranj: Moderna organizacija, str. 1145-1153.
- Skela Savič, B., Pagon, M. & Lobnikar, B. (2004). Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje? *Organizacija*, **37**(1): 5-15.
- Skela Savič, B., (2002). Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu, magistrska naloga, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts, *Journal of interprofessional care*, **15**:1.
- Turner, D. & Crawford, M. (1998). *Change Power: Capabilities that Drive Corporate Renewal*. Warriewood, NSW: Business and Professional Publishing.
- Yazbeck A. (2004). Introducing Clinical Pathways in the Slovene Hospital (Clinical) Setting: Professional Cultures and Changes in Organizational Behavior, magistrska naloga, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Zammuto, R.F. & O'Connor, E. (1992). Gaining advanced manufacturing technologies benefits: the roles of organization

design and culture', *Academy of Management Review*, **17**: 701–28.

West, E. (2001). Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care, *Qual Health Care*, **10**:40-48.

Brigita Skela Savič je dekanja novoustanovljene Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Kot raziskovalka proučuje organizacijsko vedenje na področju menedžmenta v zdravstvu in zdravstveni negi. V marcu 2007 je uspešno zagovarjala doktorsko disertacijo dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu.

Milan Pagon je dekan in redni profesor na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru in redni profesor na Fakulteti za varnostne vede iste univerze. Raziskovalno se ukvarja z vprašanji vedenja ljudi v organizacijah, zlasti s socialnim spodkopavanjem, konflikti med delovnimi in družinskimi zadevami, integriteto, korupcijo in deviantnim vedenjem.