

Vloga menedžmenta v zdravstveni negi v Sloveniji

Znanstveni prispevek

UDK 616-083:005

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, menedžment, zaposlovanje, organizacija, poglobljeni intervjuji, Slovenija

POVZETEK - V prispevku ugotavljamo, kakšna je vloga menedžmenta v zdravstveni negi v Sloveniji in dejavnikov, ki tvorijo menedžment zdravstvene nege. V oktobru in novembru 2015 je bilo izvedenih 12 poglobljenih intervjujev z izvajalci zdravstvene nege. Rezultati so pokazali, da je vloga menedžmenta pomembna, a obstaja vrzel med zdravstveno nego in menedžmentskim procesom v zdravstveni negi. Intervjuvanci so opozorili na številne dejavnike, ki jih ovirajo pri njihovem delu: prekarno delo, slaba organizacija dela, šibka kadrovska struktura, slabo poznavanje menedžmenta, še posebej komuniciranja in razreševanja sporov. Navedli so naslednje podporne dejavnike: timsko delo, visoko avtonomnost dela in angažiranost. Vrzel med procesi zdravstvene nege in menedžmentskim delom je ustvarilo predvsem nezaposlovanje medicinskih sester, slaba organizacija dela in slabo poznavanje menedžmenta. Timsko delo, avtonomnost dela in angažiranost podpirajo interakcijo med zdravstveno nego in menedžmentom.

Scientific article

UDC 616-083:005

KEY WORDS: nursing care, healthcare management, employment, organization, in-depth interviews, Slovenia

ABSTRACT - The aim of the paper is to determine the role of the healthcare management in Slovenia along with the factors forming the management. In October and November 2015, 12 in-depth interviews with providers of nursing care were conducted. The results showed that the management's role is important, however, there is a gap between the nursing care services and the managerial process. The interviewees pointed out a number of factors that hinder their work: precarious work, poor work organization, weak human resources structure, and inadequate knowledge about management in connection with communication and conflict resolution. The interviewees also expressed the following supportive factors: teamwork, high autonomy and high work engagement. The gap between the nursing care services and the managerial process were created especially by the lack of nurses' employment, poor work organization and poor knowledge about the healthcare management. Teamwork, autonomy of work and high engagement support the interaction between nursing care and management.

1 Uvod

Odnos med menedžmentom in zdravstveno nego je v praksi zdravstvene nege pogosto razumljen kot dialektičen ali celo nasprotujoč (Fernandes et al., 2013, str. 522). Nekateri praktiki menijo, da menedžmentske funkcije, kot so vodenje, organiziranje in načrtovanje, omejujejo kakovostno izvajanje zdravstvene nege (Fernandes et al., 2013, str. 522). Toda, ali praksa zdravstvene nege, katere cilj je sistematična in kakovostna zdravstvena nega pacientov, res ne potrebuje funkcij menedžmenta? Številni avtorji (npr. McDaniel in Driebe, 2002; Fernandes et al., 2013; Rigolosi, 2013; Santos et al., 2012) menijo, da se sodoben kompleksni sistem zdravstvene nege lahko izvaja le ob dopolnjujoči podpori menedžmentskega znanja in spretnosti. Menedžment v

zdravstveni negi spodbuja razvoj profesionalne zdravstvene nege in holistično obravnavo pacientov.

Od menedžmenta na drugih področjih se razlikuje po posebnosti okolja, v katerem se izvaja, in paradigmi, ki v ospredje postavlja odgovornost do zdravja posameznikov, družin in skupnosti (Pillay, 2010, str. 135). Prevladujoči funkcionalističen pristop k menedžmentu v zdravstveni negi poudarja štiri – načrtovanje, organiziranje, motiviranje in nadzorovanje (Hersey et al., 2008) – oz. šest funkcij – načrtovanje, organiziranje, vodenje, koordiniranje, nadzorovanje, kadrovanje, predstavljanje organizacije v zunanjem okolju in pogajanje z ljudmi v okolju (Li-Min et al., 2007). Slovenska avtorica B. Filej (1992) natančneje navaja naslednje menedžmentske funkcije v zdravstveni negi: a) načrtovanje (načrtovanje dela v zdravstveni negi, postavljanje ciljev, načrtovanje vseh aktivnosti, ki so potrebne za uresničitev zastavljenih ciljev, načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja za negovalno osebje, sodelovanje pri načrtovanju z ostalimi strokovnimi področji v organizacijski enoti, načrtovanje in usklajevanje dela zdravstvenih timov, odsotnosti, načrtovanje notranje organizacije in koordinacije dela v službah zdravstvene nege ...), b) odločanje (o integraciji zdravstvene nege v sistem celotnega zdravstvenega varstva v instituciji, o najučinkovitejšem prerazporejanju in nadomeščanju osebja v službah zdravstvene nege, o nabavi materiala za potrebe zdravstvene nege, soodločanje pri nabavi sredstev in materiala za potrebe celotne organizacijske enote ...), c) organiziranje (organiziranje dela v službah zdravstvene nege, izbor najprimernejših in najučinkovitejših metod dela, zagotavljanje vseh potrebnih sredstev za delo ...), d) kadrovanje (kadrovska politika za potrebe služb zdravstvene nege, izbor osebja po načelu sposobnosti za določeno delo, politika štipendiranja, funkcionalnega usposabljanja, nenehnega strokovnega izpopolnjevanja ...), e) komuniciranje (povezovanje, sodelovanje in koordinacija na vseh ravneh znotraj področja zdravstvene nege, znotraj zdravstvenega varstva in izven, direktno komuniciranje (individualno - razgovori, skupinsko-strokovni timi), indirektno (pisna sporočila, okrožnice) ...), f) motiviranje (za kvalitetno izvajanje zdravstvene nege, za zagotavljanje urejenih, korektnih in dobrih medsebojnih odnosov v organizacijski skupini ...) g) vodenje (vodenje negovalnega tima, vodenje dijakov, študentov in pripravnikov ...) in h) nadzorovanje (splošni nadzor na delovnem področju, strokovni nadzor, primerjanje rezultatov dela z zastavljenimi cilji, spremljanje realizacije delovnih načrtov ...). Guo (2003) navaja šest menedžmentskih vlog, ki jih izvaja medicinska sestra v zdravstveni negi: voditeljica, povezovalka, nadzornica, podjetnica, reševalka konfliktov in dodeljevalka virov.

V zdravstveni negi obstaja več ravni menedžmenta, kar navajajo številni avtorji, npr. Filej (1992), Li-Min et al. (2007), Rigolosi (2013), Santos et al. (2012). Glavna medicinska sestra v zdravstveni organizaciji je del vrhnjega menedžmenta, ki predstavlja službo zdravstvene nege, oblikuje njeno politiko in razvoj ter usklajuje raziskovalno delo v zdravstveni negi. Srednji menedžment predstavlja glavna medicinska sestra samostojne enote, ki na srednji ravni organizira, vodi, koordinira in nadzira delo službe zdravstvene nege na klinikah. Nižji menedžment predstavlja eno ali dve spodnji ravni, ki sta neposredno nad operaterji, njihovo delo se nanaša na neposredno

operativno vodenje nalog. Odgovoren je za neposredno izvajanje storitev. Predstavlja zvezo med izvajalci in preostalim menedžmentom, usklajuje delo svojih sodelavcev in poskuša sprotno reševati probleme. Izvajalni menedžment dela na operativni ravni, predstavljajo pa ga oddelčne in timske medicinske sestre, ki vodijo in so odgovorne za zdravstveno nego.

Santos in sodelavci (2012, str. 101) opozarjajo, da tudi osnovni delovni procesi diplomirane medicinske sestre vključujejo menedžmentske funkcije ter da sta zdravstvena nega in menedžment komplementarna in med seboj tesno povezana. Na prvi pogled je zdravstvena nega razumljena le kot zagotavljanje holistične in kakovostne negovalne storitve. V resnici pa si mora medicinska sestra postaviti delovni cilj in organizirati delo tako, da oskrbi paciente in uspešno sodeluje tudi s sodelavci. Načrtovati, usklajevati in ustvariti mora torej ustrezne pogoje za delo s pacienti in sodelavci, kar so osnovne menedžmentske funkcije na nižji ravni.

Raziskave kažejo, da je odnos menedžmenta zdravstvene nege povezan z zdravjem pacienta. Obstaja namreč statistično značilna povezava med pozitivnimi menedžmentskimi stili medicinskih sester ter povečanim zadovoljstvom pacientov z zdravstveno nego in zmanjšanimi neželenimi učinki zdravljenja (Wong in Cummings, 2007, str. 508). Medicinske sestre, ki delajo v okolju s pozitivno organizacijsko kulturo, vodenjem in ocenjevanjem, poročajo o večjem vključevanju raziskovalnih dognanj v svoje delo, razvoju zaposlenih in manjšem številu neželenih dogodkov (Cummings et al., 2007, str. 508). To kaže, da lahko menedžmentsko prakso v zdravstveni negi uporabimo za doseganje boljših rezultatov v zdravstveni negi pacientov. Menedžmentske prakse v zdravstveni negi, ki spreminjajo odnose med ljudmi, kot so komunikacija, participacija pri odločanju in v odnos usmerjen menedžment, vodijo k boljšim rezultatom zdravstvene nege in zdravljenja (McDaniel in Driebe, 2002, str. 11). V odnos usmerjen menedžment, ki promovira dobro komunikacijo med pacienti in medicinskimi sestrami ter podpira povezanost med zaposlenimi, je osnova za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege (Toles in Anderson, 2011, str. 221). Na drugi strani pa sta nezadovoljstvo z delom in izgorevanje statistično značilno povezana z višjo smrtnostjo pacientov (Aiken et al., 2002, str. 1987). Opolnomočenje pri delu in zadovoljstvo z delom sta povezana z visoko kakovostjo zdravstvene nege in manjšim zdravstvenim tveganjem za paciente (Purdy et al., 2010, str. 901).

Ob upoštevanju dejstva, da je zdravstvena nega simbol in jedro delovnega procesa medicinske sestre, je cilj menedžmentske vloge medicinske sestre kakovostna zdravstvena nega. Zato je delitev na njeno negovalno in menedžmentsko vlogo nesmiselna, saj lahko škoduje potencialni kakovosti ter ustvarja konflikte in zmedo v delovni rutini medicinskih sester, ki vključuje odnos do pacientov in drugih članov negovalnega in širšega zdravstvenega tima. V tem kontekstu nas zanima, katere dejavnike vključuje menedžment zdravstvene nege v Sloveniji. Brazilska študija (Fernandes et al., 2013), ki je preučevala dejavnike menedžmenta pri delu patronažnih sester, je pokazala, da so ključni omejevalni menedžmentski dejavniki veliko povpraševanje po storitvah zdravstvene nege, odpor bolnikov do izvajanja predlaganih aktivnosti na področju preventivnega in promocijskega delovanja ter prekarno delo, ki temelji na

nizki plači in prekomernem delu (Fernandes et al., 2013, str. 255). Brazilske patronažne sestre so kot podporne menedžmentske dejavnike navedle: podpora višje ravni menedžmenta v zdravstveni negi, timsko delo in avtonomija pri delu (Fernandes et al., 2013, str. 255). Ker pregled obstoječe dostopne literature kaže, da še ni bilo raziskave, ki bi preučevala vlogo menedžmenta v zdravstveni negi v različnih institucijah, na različnih oddelkih in področjih ter na različnih ravneh menedžmenta, bo to vrzel skušala zapolniti ta študija.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilj raziskave

Z raziskavo želimo prispevati k razumevanju vloge menedžmenta v zdravstveni negi in ugotoviti, kakšna je vloga menedžmenta v zdravstveni negi in kateri dejavniki tvorijo menedžment zdravstvene nege, zlasti kateri so omejevalni in kateri podporni.

2.2 Raziskovalne metode in tehnike

Da bi odgovorili na raziskovalna vprašanja, kakšna je vloga menedžmenta v zdravstveni negi in kakšni so dejavniki, ki tvorijo menedžment zdravstvene nege, smo izvedli poglobljene intervjuje z izvajalci zdravstvene nege. Poglobljeni intervjuji so za ta namen uporabni, saj omogočajo preučevanje percepcije, razumevanja situacije in potreb, ugotavljanja koristi in ovir ipd. (Denzin et al., 2005). Po Kvalu (1996, str. 14) izvedba poglobljenih intervjujev zahteva naslednje korake: 1) tematiziranje s konceptualizacijo raziskovalne teme, 2) oblikovanje raziskovalnih vprašanj, 3) intervjuvanje, 4) prepisovanje, 5) analiziranje, 6) verificiranje in 7) poročanje.

2.3 Opis vzorca

Intervjuvali smo 12 izvajalcev zdravstvene nege z visokošolsko izobrazbo, ki so delali v zdravstveni negi od 8 do 25 let. Ti naj bi z izobrazbo pridobili osnovne kompetence za izvedbo vsaj najnižjih ravni menedžmenta in imeli dovolj delovnih izkušenj za relevantno oceno vloge menedžmenta v zdravstveni negi. Da bi osvetlili vlogo menedžmenta v zdravstveni negi iz različnih perspektiv, smo izbrali intervjuvance, ki delajo ali so delali v različnih slovenskih zdravstvenih institucijah (domovi za starejše, bolnišnice, zdravstveni domovi), različnih oddelkih, ambulantah in službah (patronažno varstvo, nujna medicinska pomoč, kirurgija) ter na različnih ravneh menedžmenta.

2.4 Potek zbiranja podatkov

V oktobru in novembru 2015 smo izvedli 12 poglobljenih intervjujev z izvajalci zdravstvene nege. Potekali so od 30 do 60 minut v prostorih, ki so jih intervjuvanci sami izbrali, največkrat v prostorih na njihovem delovnem mestu ali v bližnjih gostinskih obratih.

Ključna tematska vprašanja so vključevala razumevanje vloge menedžmenta v zdravstveni negi ter omejevalnih in podpornih dejavnikov menedžmentskega dela v zdravstveni negi.

3 Rezultati

3.1 Menedžment v zdravstveni negi

Rezultati so pokazali, da vsi intervjuvanci razumejo menedžment predvsem kot organiziranje in komuniciranje, s poudarkom na reševanju konfliktov. Tipična je bila Jožetova izjava (srednji menedžment):

Tako kot jaz vidim, je menedžment v glavnem razporejanje dela, ki je v zadnjih letih težko zaradi premalo zaposlenih, pa še vedno starejši so, vedno več je invalidnih, ker delajo več časa. [...] Menedžment je v mojem primeru tudi komuniciranje z zaposlenimi in svojci in reševanje konfliktov, pa to ne samo med zaposlenimi, tega je pri nas razmeroma malo. Tu smo izjema glede na to, da poznam razmere tudi drugod. Veliko časa mi vzame komuniciranje s svojci, še posebej mi veliko energije vzame reševanje konfliktov. Teh pa je veliko. Vedno več. Lahko rečem, da celo nedeljo delam samo to.

Trije intervjuvanci iz vrhnje in srednje ravni menedžmenta v zdravstveni negi so kot ključno funkcijo menedžmenta navajali tudi načrtovanje in ga, kot bomo predstavili v nadaljevanju, negativno označili.

3.2 Vloga menedžmenta v zdravstveni negi

Ne glede na raven menedžmenta so vsi intervjuvanci menili, da je vloga menedžmenta na vseh ravneh izjemno pomembna za delo v zdravstveni negi. Tipična je bila izjava Duške, ki dela v izvajalnem menedžmentu:

Danes brez organizacije ne gre, ker moramo medicinske sestre delati veliko in hitro različne stvari z različnimi ljudmi od pacientov, zdravstvenega osebja in uprave. [...] Organizirati moram, kaj in kdaj bom delala, da me ne zalije, kdaj je treba kakšnega pacienta peljati na preiskave, kako ga je treba pripraviti, kaj moram naročiti, s kom se moram uskladiti, potem pa še to, kar mi vzame preveč časa, vse vpisati v računalnik ... Ne, brez dobre organizacije sploh ne gre, to je del našega dela.

Intervjuvanci so dejali, da je menedžment v zdravstveni negi nujno potreben del zdravstvene nege zaradi številnih razlogov, med katerimi so prevladujoče navajali racionalizacijo (predvsem zmanjšanje števila zaposlenih, omejevanje pripomočkov za izvajanje zdravstvene nege), uvajanje novosti (predvsem uvajanje nove informacijske in komunikacijske tehnologije) ter povečano število konfliktov v komunikaciji med zaposlenimi in s pacienti ter njihovimi svojci. Tipična je bila izjava Mojce, ki dela v vrhnjem menedžmentu:

Brez menedžmenta danes ne gre, ker je potrebno vsak dan ogromno stvari organizirati, saj so kadrovske normativi prešibki za normalno delovanje, imamo vedno manj

sredstev, vedno znova so problemi z računalniškimi programi in v osnovi je premalo računalnikov.

Analiza intervjujev je pokazala, da vse funkcije menedžmentskega dela za intervjuvance niso enako pomembne. Trije intervjuvanci so menili, da je določenega menedžmentskega dela v zdravstveni negi preveč v primerjavi s »čisto« zdravstveno nego, pri čemer so predvsem poudarili, da je preveč raziskovalnega dela v okviru načrtovanja, ki so ga negativno označili kot »birokratsko delo«. Pri tem so posebej poudarili, da ga morajo izvajati na račun dela s pacienti. Tipična je bila izjava Jožice, ki je delala v vrhnjem menedžmentu:

Preveč je dela na kakovosti, raziskovanja, projektnih nalog, razvoja zdravstvene nege, kar pomeni večjo delovno obremenitev na račun dela s pacienti. To je samo birokratsko delo, zaradi katerega smo manj s pacienti. Tako so pacienti nezadovoljni in mi smo nezadovoljni.

3.3 Omejevalni menedžmentski dejavniki

Intervjuvanci so opozorili na številne dejavnike, ki jih ovirajo pri njihovem delu: prekarno delo, slaba organizacija dela, šibka kadrovska struktura, slabo poznavanje menedžmenta, še posebej na področju komuniciranja in reševanja konfliktov. Vsi intervjuvanci so poudarili predvsem prekarno delo, ki se kaže v obilici dela in majhni plači. Tipična je bila izjave Sabine, ki dela v izvedbenem menedžmentu:

Problem je preobremenjenost, mala plača in strah pred nizko penzijo. Kako bomo preživeli s 400 evrov na mesec? Veste, kako to boli? In vsaka od nas je pokvarjena. Ja, dobesedno, naša generacija se je nagarala. Če se spomnim ... Mi smo prenašali postelje, pa zidali hiše na roke, pa delali na vrtu in polju ... Zato je toliko invalidnih zaposlenih. In te ne pustijo v penzijo. Zato so na bolniškem, me, ki pa smo med 35 in 45 leti, pa najbolj nastradamo.

Trije so menili, da je ključen problem v zdravstveni negi slaba organizacija. Tako je Aljaž, ki dela v izvedbenem menedžmentu, poudaril, da je največji problem vodja službe, ki slabo organizira delo:

Veliko se dela za malo denarja. V glavnem se ti pišejo ure, ki ne gredo v plačo. Potem je problem utrujenost, neprespanost. Nenehno sem utrujen, nimam več časa za sebe, za svoje. Pa bi se to dalo olajšati! Ne pravim, da bi se dalo totalno rešiti, ker je zakonsko določeno, da ne moreš zaposliti več ljudi, a bi se dalo bolje organizirati. Po mojem mnenju je ključni problem organizacija. Gre za slabo organizacijo. Na primer, če v ambulanti manjka medicinska sestra, jo gremo mi tja nadomeščat, obratno pa ni nadomeščanja, ker moraš pri nas imeti večje kompetence. Potem, če enega zdravnika ni, ga ne nadomešča drugi zdravnik v ambulanti, ne..., ampak pošljejo paciente na urgenco. Problem je, ker strokovni vodja ne razume, kako stvari potekajo. Delno jo sicer razumem, ker se tudi ona nima časa ukvarjati z organizacijo, ker komaj oddela svoje ambulantno delo.

Tudi Ljiljana, ki je pred leti delala v vrhnjem menedžmentu, je v ospredje postavila problem šibkega vrhnjega in srednjega menedžmenta, ki bi lahko rešil ali vsaj omilil večino težav v zdravstveni negi:

Seveda je ključen problem premalo zaposlenih, preveč dela in prenizko plačilo ... Toda, če pogledamo natančneje, bi se te probleme dalo rešiti tudi z boljšo organizacijo in komunikacijo. Problem je, ker vodje ne poznajo dela podrejenih, predvsem pa ne znajo komunicirati z zaposlenimi, predvsem pa skomunicirati spremembe. Zaposleni bi morali biti prerazporejeni na delovna mesta, kjer medicinskih sester najbolj primanjkuje. Seveda ne želijo po desetih, dvajsetih in tridesetih letih dela delati nekaj drugega, normalno je, da ne marajo premestitev. Toda, potrebno jim je to pravilno predstaviti, jih motivirati in skupaj z njimi narediti načrt sprememb. Ta rigidna organizacija, nesposobnost vodij, ki ne znajo komunicirati, je res velik problem pri nas.

Večina intervjuvancev je tudi dejala, da imajo premalo znanja za uspešno izvedbo menedžmentskih nalog. Tako je Mojca, ki je delala v vrhnjem menedžmentu, dejala:

Imamo premalo znanja o organizaciji in komuniciranju v konfliktnih situacijah. Med medicinskimi sestrami pogosto vladajo konflikti, tekmovanje, ljubosumnost in medsebojna obračunavanja. Zato je takšno znanje nujno potrebno. Tukaj imamo veliko luknjo. In še veliko se bomo morale naučiti.

3.4 Spodbujevalni menedžmentski dejavniki

Intervjuvanci so navedli naslednje podporne dejavnike: timsko delo, visoka avtonomnost dela in angažiranost. Tipična je bila Darjina izjava (srednji menedžment), ki je izpostavila povečano avtonomijo dela v patronažnem varstvu, timsko delo v zdravstvenem timu in angažirano delo z osebnim odnosom do pacienta:

Veliko je birokratskega dela, še posebej, ker moramo vse dvojno vnašati v računalnike, a to odtehta osebni odnos do pacienta, ki za mene ni samo številka, ampak človek, odtehta tudi velika avtonomija, saj nad mano ni nikogar, jaz sem samostojna in sama odgovorna za svojo delo. [...] Meni se zdi dobro tudi timsko delo. Ko zaznam problem in pride do zapleta, skličem sejo vseh pristojnih in skupaj pojasnimo problem.

Raziskava je tudi pokazala, da timsko delo, avtonomnost dela in angažiranost podpirajo interakcijo med zdravstveno nego in menedžmentom, saj v ospredje postavljajo menedžmentsko funkcijo organizacije in komunikacije. Ali, kot je menila Mojca, ki dela v vrhnjem menedžmentu: »Tisto, kar je dobro v zdravstveni negi, tukaj mislim na naš osebni in angažirani odnos do pacienta, pa dobra organizacija dela in sodelovanje z vsemi v zdravstvenem timu, pomeni, da nujno potrebujemo menedžment v zdravstveni negi«, in še dodala: »Zato je potrebno več znanja, kar pomeni, več ur za učenje o vodenju in komuniciranju, reševanju konfliktov ipd. na fakulteti.«

4 Razprava

Primerjava naših ugotovitev z ugotovitvami brazilske študije (Fernandes et al., 2013) kaže, da obe študiji kot ključne omejevalne dejavnike navajata prekarno delo delavcev v zdravstveni negi, ki temelji predvsem na slabi plači, zaradi katere so nekatere medicinske sestre tudi eksistencialno ogrožene, in izjemni delovni obremenitvi. Tudi druge raziskave kažejo, da so danes v razvitem svetu medicinske sestre manj stabilno zaposlene in plačane, a bolj obremenjene, pod stresom in izgorele kot pred desetletji (Čuk in Klemen, 2010; Ilhan et al., 2008; Gillespie in Melby, 2003; Leskovic, 2014; Ludwick et al., 2014). Zdravstvena nega namreč spada med tista področja dela, ki jim zaradi delovne intenzivnosti ne uspeva povečati produktivnosti z vlaganjem v nove tehnologije, kot to uspeva drugim storitvenim sektorjem. Tako se je delo medicinskih sester v razvitem svetu kljub uvajanju novih tehnologij zaradi povečanega deleža starejših pacientov, drugačne patologije, krajše ležalne dobe ipd. na splošno gledano še povečalo (Carayon in Gurse, 2008; Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). Medicinskih sester ni mogoče enostavno nadomestiti z novo tehnologijo, npr. z roboti. Takšno prekarno delo vodi v utrujenost, pomanjkanje časa za zasebno življenje, bolezni in invalidnost. Tako Zbornica zdravniške in babiške nege navaja, da so medicinske sestre najbolj obremenjene med zdravstvenimi delavci in imajo najvišjo stopnjo stresa predvsem zaradi povečanega obsega dela, ki je posledica večletnega nezaposlovanja medicinskih sester (Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015).

Slovenski in brazilski intervjuvanci soglašajo glede drugega omejevalnega dejavnika, tj. velikega povpraševanja po storitvah zdravstvene nege, kar je povezano s povečanim deležem starostnikov in tako spremenjeno patologijo prebivalstva, hitrim razvojem medicine in spremembami v bolnišnični obravnavi bolnikov ter s hitrejšim odpuščanjem (Prosser in Olson, 2013; Zavrl Džananović, 2010).

Tretjega omejevalnega dejavnika, ki ga navajajo brazilski intervjuvanci – odpor bolnikov do izvajanja predlaganih aktivnosti na področju preventivnega in promocijskega delovanja, naši intervjuvanci ne navajajo. Očitno to v Sloveniji ni tak problem kot v Braziliji, čeprav raziskava kaže, da slovenskim medicinskim sestram zmanjkuje časa za delo na preventivi (Zavrl Džananović, 2010).

Naši intervjuvanci so kot omejevalni dejavnik dodali še slabo organizacijo dela ter slabo poznavanje menedžmenta, še posebej na področju komuniciranja. Po mnenju naših intervjuvancev je dejavnik, ki so ga brazilski intervjuvanci navedli kot pozitivnega, tj. podpora višje ravni menedžmenta pri organizaciji dela (Fernandes et al., 2013, str. 522), v slovenski zdravstveni negi izrazito šibek. Da je v slovenskem zdravstvu šibek menedžment na višjih ravneh, kažejo tudi druge raziskave (npr. Bernik et al., 2008). Na pomanjkanje znanja in željo po znanju o menedžmentu v zdravstveni negi opozarjajo tudi mednarodne raziskave (Li-Min et al., 2007, str. 157).

Tudi dve podporni prvini menedžmenta sta biti identificirani v obeh državah – timsko delo in avtonomija pri delu, ki sta si na prvi pogled nasprotujoči, v bistvu pa se nanašata na različne ravni ali področja dela. Na določenih področjih dela v zdravstveni negi je timsko delo potrebno zato, da ga lahko v nadaljevanju zaposleni izvajajo avtonomno. To je v skladu s spremembami organizacije dela, ki niso značilne samo za področje zdravstvene nege, temveč za vse sodobno delo, saj so nastale pod vplivom širših socio-ekonomskih sprememb (Giddens, 2001).

Naši intervjuvanci so kot ključni podporni dejavnik menedžmenta v zdravstveni negi navedli še angažiranost, ki jo omenjajo tudi drugi raziskovalci kot pomembno značilnost sodobnega dela, pri katerem morajo medicinske sestre delovati vedno bolj osebno (Baum, 2009).

Čeprav smo v članku identificirali vlogo menedžmenta v zdravstveni negi in njegove ključne dejavnike, ima študija tudi številne omejitve. Ključna je, da zaradi kvalitativne narave raziskave ugotovitev ni mogoče posplošiti na celotno populacijo medicinskih sester v Sloveniji. Nadaljnje raziskave bi z uporabo dodatnih metod, npr. opazovanja, preverile dejansko vlogo menedžmenta v zdravstveni negi in z uporabo strukturiranega vprašalnika ugotovile njegovo razširjenost.

5 Zaključek

Zdravstvena nega in menedžmentsko delo sta neizogibno povezana. Intervjuvanci razumejo menedžmentsko delo predvsem kot komuniciranje s poudarkom na reševanju konfliktov in organiziranje, pozabljajo pa na druge funkcije, predvsem na odločanje, motiviranje in nadzorovanje.

Raziskava je pokazala, da obstaja vrzel med zdravstveno nego in menedžmentskimi procesi v zdravstveni negi. Intervjuvanci so trdili, da imajo premalo menedžmentskega znanja, ki ga nujno potrebujejo zaradi številnih racionalizacij, kot je zmanjšanje števila zaposlenih in omejevanje pripomočkov za izvajanje zdravstvene nege, uvajanje novosti, kot je nova informacijska in komunikacijska tehnologija, zaradi povečane števila konfliktov v komunikaciji med zaposlenimi, in tudi s pacienti in njihovimi svojci, ter razvoja novih delovnih mest. Zato je treba to področje bolj vključiti v izobraževanje bodočih in že delujočih medicinskih sester.

Intervjuvanci so opozorili na številne dejavnike, ki jih ovirajo pri njihovem delu: prekarno delo, slaba organizacija dela, šibka kadrovska struktura in pomanjkljivo znanje o menedžmentu, še posebej o komuniciranju in reševanju konfliktov. Prekarno delo s povečanim obsegom in zahtevnostjo dela ter slabšim plačilom je povezano z neustreznim kadrovskim normativom in restriktivnim Zakonom o uravnoteženju javnih financ (2012), a tudi s slabim menedžmentskim delom vodij zdravstvene nege, kot je dejala večina intervjuvancev.

Intervjuvanci so navedli naslednje podporne dejavnike: timsko delo, visoka avtonomnost dela in angažiranost. Vrzel med procesi zdravstvene nege in menedžment-

skim delom je nastala predvsem zaradi nezaposlovanja medicinskih sester, slabe organizacije dela in pomanjkanja znanja o menedžmentu. Timsko delo, avtonomnost dela in angažiranost pa podpirajo interakcijo med zdravstveno nego in menedžmentom.

Karmen Erjavec, PhD

The Role of Healthcare Management in Slovenia's Nursing Care

Some authors believe that management functions such as managing, organization and planning, limit the quality of nursing care (Fernandes et al., 2013). However, does the nursing care, aiming to generate a systematized and quality care for the users, need elements of management? Many authors (e.g., McDaniel and Driebe, 2002; Santos et al., 2012; Fernandes et al., 2013) claim that the modern complex healthcare system can be implemented only with the complementary support of the management skills. Nursing care management promotes the development of professional healthcare practices, the holistic capacity of nurses' roles and tasks, complex thinking and the promotion of healthcare, based on a diverse social interaction (Fernandes et al., 2013).

Management in nursing has a different professional philosophy from management in other services since nursing has a social responsibility for the health and illness of individuals, families and communities.

Santos and his colleagues (2012) pointed out that the basic work processes in health care include management functions and that the nursing care and management are complementary functions that are closely interrelated. On the first side, nursing care could be understood as the sole subject of health care, i.e., providing holistic and quality nursing services. However, on the second side, nurses must set up a working target and organize their work, to generate quality health care for the patient and successful cooperation with their colleagues.

Filej (1992) pointed out the following management tools in healthcare: a) planning (planning work for professional health care, setting targets in their field, planning all the necessary activities to achieve the objectives, designing professional training for nurses, participation in the planning process in other areas of expertise within the unit, planning and coordination of the work of medical teams, planning and coordination of absence, planning of internal organization and coordination of work in the service of healthcare, etc.), b) decisions (decision-making, which will enable integration of health care in the entire healthcare system in an institution, deciding on the most efficient redeployment and replacement of staff in the departments of nursing, deciding on the purchase of materials for the purpose of health care, participation in the procurement of funds and materials for the needs of the entire organizational unit, etc.), c) organizing (organizing work in the departments of nursing, selection of the most appropriate and most effective methods of work, providing all the necessary

resources for work, etc.), d) human resources (personnel management policies for the purpose of healthcare services, personnel selection on the principle of ability for the job, politics scholarship, functional training, continuous professional training, etc.), e) communication (networking, cooperation and coordination at all levels within the scope of nursing care and beyond, direct (individual talks, group-professional teams) and indirect communication (text messages, newsletters), etc.), f) motivation (for implementing quality healthcare, ensuring the well-kept, correct and good relations in the organizational group, etc.) g) management (managing the nursing team, guiding students and trainees, etc.), and h) monitoring (general control in the work area, professional supervision, comparing the results of work with the set goals, monitoring the implementation of work plans, etc.).

Current research shows that the relationship between the management of health care and health of the patient is important. There is a statistically significant positive correlation between the management style of nurses and increased patient satisfaction with care and reduced side effects of treatment (Wong and Cummings, 2007, str. 508). Nurses who work in an environment with a more positive work culture, management, and evaluation, report greater use of research findings in their work and a lower rate of adverse events (Cummings et al., 2007). This shows that management of nursing practice used to achieve better results in patient care. Management practice in health care that alters human relationships, such as communication, participation in decision-making and relationship-oriented management, leads to improved results, medical care and treatment (McDaniel and Driebe, 2002).

The relationship-oriented management, which promotes good communication between patients and nurses, and supports a good relationship between employees, is also the basis for improving the quality of healthcare (Toles and Anderson, 2011). On the other hand, dissatisfaction with work and burning out are significantly associated with a higher mortality of patients (Aiken et al., 2002). Empowerments at work and job satisfaction are associated with a high quality of health care and lower health risks for patients (Purdy et al., 2010).

Given the fact, that nursing care is the symbol and the core of the work process of nurses, the conclusion that the main aim of management roles of the nurse should be the quality of care can be drawn. The division between the care and managerial role is meaningless because it can harm the quality of care and may create potential conflicts and confusion in the working routines of nurses, either in professional routines that include attitude towards patients, or those involving the relationship between other members of the nursing and broader health team. In this context, we are interested in the factors involved in the healthcare management in Slovenia. The aim of this paper is to present the role of the healthcare management and the factors that frame the management, particularly the restrictive and supportive factors.

Twelve in-depth interviews with nursing care providers with higher education, who had worked in nursing 8-25 years in various institutions, wards, clinics and departments (e.g., community health center, emergency medical treatment, surgery) and at various management levels, were conducted. In-depth interviews were useful for

our purposes since they allowed us the insight into the management factors. The key issues included understanding the restrictive and supportive factors of management and restrictive factors in the management of nursing care.

The results showed that the interviewees understand management primarily as a conflict resolution, a division of labor, organization and communication. The study showed that there is a gap between the nursing care and the management process in health care. This is reflected in the strong demand for the knowledge of management and in the lack of this knowledge. Regardless of the level of management, all interviewees pointed out that on the one hand, management is a vital part of nursing for many reasons, among which the dominant are rationalization (especially reduction of personnel, limiting devices for the implementation of health care), introduction of innovations (especially the introduction of new information and communication technologies) and the increased number of conflicts in communication between the employees and the patients and their families, and on the other hand, they expressed the lack of managerial knowledge for successful implementation of management tasks.

Three interviewees added that they have too much managerial work compared to the 'pure' nursing care work, and particularly pointed out that they have to carry out too many research and managerial work and planning, negatively labeling it as the bureaucratic work.

The interviewees pointed out a number of factors that hinder their work: precarious work, poor work organization, weak human resources structure, and inadequate knowledge about management in connection with communication and conflict resolution, weak health promotion and poor implementation of new information and communication technologies or lack of them. Precarious work, along with the growing volume and complexity of work and decreasing salaries, is related to shortfalls, i.e. inadequate human resources norms and the restrictive Fiscal Balance Act (2012), but also to poor managerial work of the leaders.

The interviewees also expressed the following supportive factors: teamwork, high autonomy, and high work engagement. A typical statement was from Darja (middle management), which highlighted the increased autonomy of working in community nursing, teamwork in the healthcare team, and committed work with a personal relationship with the patient as the main supportive factors.

The gap between the nursing care services and the managerial process were created especially by the lack of nurses' employment, poor work organization and poor knowledge about the healthcare management. Teamwork, autonomy of work and high engagement support the interaction between nursing care and management.

This study has some limitations. It is qualitative and therefore its results could not be generalized to the whole Slovenian nursing population. It only reveals typical factors involved in the healthcare management. Future studies should also use other qualitative methods (such as observation) to verify these findings.

LITERATURA

1. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. and Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288, št. 16, str. 1987–1993.
2. Baum, F. (2009). *Community health services in Australia*. V: Germov, J. (ur.). *Second opinion: an introduction to health sociology*. Oxford: Oxford University Press, str. 499–521.
3. Bernik, J., Vadnjaj, J. and Baričič, A. (2008). Posebnost managementa v slovenskih zdravstvenih organizacijah. V: Blažič, M. (ur.) *Izzivi globalizacije in ekonomsko okolje*. Novo mesto: Visoka šola za upravljanje in poslovanje, str. 57–65
4. Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L. and Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context of research utilization. *Nursing Research*, 56, št. 4 (Suppl), str. S24–39.
5. Čuk, V. and Klemen, J. (2010). Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 3, str. 179–187.
6. Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (ur.). (2005). *The Sage Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
7. Fernandes, M. C., Silva, L. M. S., Moreira, T. M. M. and Silva, M. R. F. (2013). Factors involved in the management of nursing care: a descriptive study. *OBJN*, 12, št. 2, str. 522–533.
8. Filej, B. (1992). Management v zdravstveni negi. *Zdravstveni obzornik*, 26, str. 291–297.
9. Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press.
10. Gillespie, M. and Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12, št. 6, str. 842–851.
11. Hersey, P., Blanchard, K. and Johnson, D. (2008). *Management of organizational behavior: Leading human resources* (9 izdaja). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
12. İlhan, M., Durukan, E., Aras, E. and Türçüoğlu, S. (2008). Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56, št. 5, str. 563–568.
13. Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage: Thousand Oaks.
14. Leskovic, L. (2014). *Vpliv delovnih in organizacijskih dejavnikov na nastanek sindroma izgorevanja v socialnozdravstvenih zavodih v Republiki Sloveniji*. Doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
15. Li-Min, L., Jen-Her, W., Ing-Ching, H. and Kua-Hung, T. (2007). Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *Journal of Healthcare Management*, 52, št. 3, str. 156–169.
16. Ludwick, R., Zalon, M. L. and Patton, R. M. (2014). *Nurses making policy*. New York: Springer Publishing Company.
17. *Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri* (2015). Zbornice zdravniške in babiške nege. Pridobljeno dne 3. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/medicinske-sestre-moc-za-spremembe-ucinkovita-skrb-za-paciente-z-optimalnimi-viri>.
18. McDaniel, R. R. and Driebe, D. J. (2002). Complexity science and healthcare management. *Advances in Healthcare Management*, 2, str. 11–36.
19. Pillay, R. (2010). The skills gap in nursing management in South Africa: a sectoral analysis. *Journal of Nursing Management*, 2010, 18, št. 2, str. 134–144.
20. Prosser, B. and Olson, R. (2013). Changes in professional human care work. *Health Sociology Review*, 22, št. 4, str. 422–432.
21. Purdy, N., Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Kerr, M. and Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18, št. 8, str. 901–913.
22. Rigolosi, E. (2013). *Management and Leadership in Nursing and Health care*. New York: Springer Publishing Company.

23. Santos, J. L. G, Lima, M. A. D. S., Klock, P. and Erdman, A. L. (2012). Conception of nurses on management of care in an emergency department-descriptive exploratory study. *OBJN*, 11, št. 1, str. 101–114.
24. Toles, M. and Anderson, R. A. (2011). State of the science: relationship-oriented management practices in nursing homes. *Nursing Outlook*, 59, št. 4, str. 221–227.
25. Wong, C. A. and Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15, št. 4, str. 508–521.
26. Zavrl Džananović, D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 2, str. 117–125.