



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MODELI DELITVE DELA V ZDRAVSTVENI
NEGI**

**DIVISIONS OF LABOUR MODELS IN
NURSING**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, viš. pred. Kandidatka: Petra Mayr

Jesenice, november, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Sedini Kalender Smajlović, viš. pred., za vso pomoč, nasvete, spodbudo in usmeritve pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela in Mojci Starič, uni. dipl. soc. ped. za lektorski pregled diplomskega dela.

Rada bi se zahvalila tudi svoji mami in prijateljem za pomoč, oporo in potrpežljivost tekom celotnega študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Modeli delitve dela v zdravstveni negi predstavljajo ključ do dobro izvedenega, strokovnega in profesionalnega dela z uporabniki zdravstvenih storitev v zdravstvenih ustanovah. Namen pregleda literature v diplomskem delu je predstavitev modelov delitve dela v zdravstveni negi in doprinos za prakso.

Metoda: Uporabljen raziskovalni dizajn je bila kvalitativna vsebinska analiza. Izvedli smo pregled strokovne in znanstvene literature iz podatkovnih baz CINAHL, PubMed, Wiley online ter svetovni splet Google. V pomoč sta nam bila tudi Google učenjak ter spletni iskalnik Obzornika zdravstvene nege. Vključitveni kriteriji so se navezovali na izbrano temo diplomskega dela. Postavili smo časovne kriterije, in sicer da je starost literature znašala <10 let, v izbranem časovnem obdobju 2008 - 2018. Poleg časovnih kriterijev smo si zastavili še, da mora biti članek brezplačen, v polnem besedilu in v angleškem oziroma v slovenskem jeziku, uporabili pa smo tudi logični Boolov operator AND. Iskanje smo omejili glede na naslov in izvleček. Izvedli smo metodo analize vsebin pridobljenih zadetkov in oblikovali vsebinske kode in kategorije.

Rezultati: Od skupno 13.447 zadetkov smo v diplomsko delo vključili 37 virov za natančno analizo. Omenjeni članki so ustrezali našim kriterijem. Identificirali smo 39 kod, ki smo jih združili v 5 kategorij, in sicer (1): modeli delitve dela v zdravstveni negi in izbira le-teh, (2): znanje in kompetence medicinskih sester kot vpliv na zdravstveno nego, (3): vpliv vodenja na zdravstveno nego, (4): organizacijska struktura v zdravstvenih organizacijah in delovno okolje, (5): starostnik v procesu zdravstvene nege in oskrbe.

Razprava: Modeli delitve dela v zdravstveni negi so pomemben faktor razvoja in dela v zdravstveni negi. Izbira modela, ki najbolj ustreza vsem članom tima je izredno težka. Modeli delitve dela v zdravstveni negi zahtevajo profesionalnega, korektnega in empatičnega vodjo, poleg tega pa tudi izobražen, prilagodljiv in strokoven tim.

Ključne besede: organizacija dela v bolnišnici, timsko delo, delitev dela medicinskih sester

SUMMARY

Background: Job-sharing models in nursing are considered as the key way to ensure competent and professional work performed for the users of health care services. The aim of the literature review in this thesis was to present job-sharing models in nursing and their benefits for nursing practice.

Methods: A qualitative content analysis was used as the research design. Data was obtained with a review of technical literature and scientific articles. Data search was conducted in databases CINAHL, PubMed, Wiley online and Google. We also utilised Google Scholar, the Slovenian Nursing Review search engine, and other technical and scientific articles. The inclusion criteria were related to the chosen topic: only works and articles related to job-sharing models in nursing were considered. We also set up a time frame, limiting literature to be no older than 10 years, which meant the period from 2008 to 2018. In addition to the time frame, our inclusion criteria were a full-length article, free access, and written either in English or in Slovene. The research method of content analysis was then used on the selected literature, including the process of content coding and categorizing.

Results: There were a total of 13,447 findings. We included 37 of them in the thesis; all of them met our criteria. Thirty-nine codes were identified which were joined into the following five categories: (1): Job-sharing models in nursing and their selection, (2): qualities, knowledge and competences of nurses influencing nursing, (3): the influence of leadership on nursing, (4): organizational structure in healthcare institutions and their work environment, (5): elderly people as an important part of nursing and care.

Discussion: Job-sharing models in nursing play a significant role in the development of nursing and in nursing work. Selection of a single model which suits all team members is extremely difficult, almost impossible. Therefore, it is necessary to have a good leader as well as a professional, well-qualified, flexible and competent team.

Key words: organization of hospital work, team work, job sharing for nurses

KAZALO

1	UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA	8
1.1	ORGANIZACIJSKA KULTURA V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH	9
1.2	ORGANIZACIJA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI	11
1.2.1	Ploska organizacijska struktura/skupno vodenje.....	12
1.2.2	Sistemi delitve dela v zdravstveni negi	13
2	EMPIRIČNI DEL	17
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
2.3.1	Metode pregleda literature.....	18
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov	19
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	19
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature.....	20
2.4	REZULTATI	21
2.4.1	PRIZMA diagram.....	22
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	23
2.5	RAZPRAVA	38
3	ZAKLJUČEK	49
4	LITERATURA	50

KAZALO SLIK

Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu.....	20
Slika 2: PRIZMA diagram.....	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	19
Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov	23
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah.....	37

SEZNAM KRAJŠAV

CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

ZDA Združene države Amerike

1 UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Maze (2008) navaja, da so zdravstveni zavodi v zadnjih letih izpostavljeni velikim spremembam. Pred njih so izpostavljeni mnogi izzivi, kot so naraščanje stroškov za zdravljenje, sledenje dragemu in hitremu znanstvenemu razvoju, demografskim spremembam in vse večjim zahtevam po izboljšanju storitev. V Sloveniji smo priča predvsem hitrim spremembam v demografski strukturi prebivalstva, saj se je število otrok zmanjšalo, število starostnikov pa povečalo. Z omenjenim staranjem prebivalstva narašča število ljudi, ki so potrebni več zdravstvene nege kot zdravljenja. Zdravstvena nega je tu kot del organizirane bolnišnične dejavnosti, ki s primerno organizacijo in ustreznimi izvajalci zagotavlja neprekinjeno nudenje individualno usmerjenih, učinkovitih in predvsem kakovostnih storitev za paciente. Predstavlja največje področje delovanja v bolnišnicah, ker zaposluje največjo poklicno skupino. Izziv zdravstvenim zavodom predstavljata predvsem drugačnost pacientov in spremembe v sistemu. Na primer, zagotovitev celostne oskrbe pri pacientu, ki je pred koncem življenja, je povsem drugačna kot pri tistem, ki ima kronično bolezen že celo življenje. Vsaka situacija zahteva drugačen psihološki, kulturni in medicinski pristop (Maze, 2008).

Vsekakor različne situacije zahtevajo drugačne komunikacijske pristope in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego. Za zagotavljanje tovrstne oskrbe zdravstvene ustanove potrebujejo osebje, ki prepozna in ustrezno ukrepa v različnih situacijah. Pomembno je, da je pri tem osebje ustrezno izobraženo, poleg tega pa delo zahteva tudi veliko mero odprtosti in iznajdljivosti ter prilagajanja. Ko se pacienti soočajo s težkimi odločitvami, je naloga osebja, da jih pri tem podpira in jim svetuje (Elwyn, et al., 2014).

Maze (2008) v svojem magistrskem delu predstavi raziskave o analizi organizacijskih struktur v svetu in pri nas, ki so pokazale, da obstoječe oblike organiziranosti in organizacijskih struktur zmanjšujejo možnosti kreativnosti, večje racionalnosti in tudi učinkovitejše oblike medsebojnega povezovanja med vsemi udeleženi v procesu zdravljenja. Inovacije v zdravstvu naj bi torej predstavljale izboljšanje zdravja ljudi. Organizacije danes težijo k iskanju decentraliziranih, smotrnih, strokovnih, gibljivih in učinkovitih oblik organizacije. Pod inovacije lahko prištevamo tehnološke inovacije, kamor sodijo zdravila in tehnologije, ter socialne inovacije, kot so vodenje, odločanje, organizacija dela ter način komuniciranja.

Maze (2008) navaja, da smo v Sloveniji v zaostanku z uvajanjem novih tehnologij, še bolj pa smo v zaostanku pri uvajanju organizacijskih inovacij. Uvajanje le-teh bi bilo pravzaprav cenejše, bolj uspešno in bolj učinkovito za zdravstveni sistem.

Kakovosti v bolnišnici omeni tudi Kragelj (2010), ki pravi, da je za kakovost potrebno imeti vzpostavljene sisteme na ravni timov, oddelkov, ravni zdravstvenih organizacij in na ravni same države. Pomembno je tudi medpoklicno sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester, ki pa je tesno povezano z zadovoljstvom pacientov. Omenjeno vodi do krajših ležalnih dob, manj pritožb, zapletov, hospitalizacij in ponovnih pregledov.

Kragelj (2010) navaja, da je za uspešnost pri uvajanju sprememb v organizaciji pomembno razumeti procese kolektivnega mišljenja, ki narekujejo ravnanje posameznikov tako na zavedni kot tudi na nezavedni ravni. Poglobljena analiza in razumevanje organizacijske kulture se prav zaradi tega izkažeta za koristno. Poleg uspešnosti uvajanja sprememb je pri kakovosti izvajanja zdravstvene oskrbe pomemben tudi sistem vodenja kakovosti in varnosti, ki mora biti osnovan usklajeno na vseh ravneh zdravstvene oskrbe. Tudi tu igrajo glavno vlogo vsi v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenih ustanov. Kot je velikokrat omenjeno zgoraj, so neposredni izvajalci oziroma medicinsko osebje ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Vsi udeleženci v zdravstvenem varstvu morajo tesno in trajno sodelovati pri vzdrževanju in vzpostavljanju sistemov izboljševanja kakovosti in predvsem varnosti pacientov (Kiauta, et al., 2010).

1.1 ORGANIZACIJSKA KULTURA V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

Čebulj (2015) navaja, da se organizacijska kultura lahko razvije samo v okviru veljavne skupnosti, kjer organizacija deluje. Sestavljajo jo vrednote, prepričanja in skupinske norme, ki pa jih med sabo delijo člani neke organizacije in zanje tudi pomenijo vodilo za uravnavanje vedenja v organizaciji. Lahko rečemo, da je organizacijska kultura kot nekakšen rezultat širšega kulturnega okolja, določenega področja dejavnosti, v kateri neka organizacija deluje, organizacijske strukture, vodenja, velikosti in starosti organizacije, zaposlenih, kritičnih trenutkov in naključij. Vsi ti dejavniki določajo delovanje organizacije in tudi njene lastnosti, po katerih se razlikuje od drugih organizacij. Poznamo ogromno različic organizacijske kulture. Pri sami organizaciji pa je seveda pomembno, da svojo različico dobro pozna, saj le tako lahko razume zaposlene in njihovo odzivanje na morebitne težave (Čebulj, 2015).

Organizacijska kultura v ustanovi torej predstavlja vrednote in tudi norme obnašanja organizacije, v okviru katerih tudi določa, kako naj bi se ravnalo z zaposlenimi. Le-ta naj bi povezovala med seboj in jih spodbujala k boljšemu delu. Zdravstveno varstvo je kompleksna dejavnost, ki poteka aktivno, neprekinjeno, kontinuirano, vse dni v letu. Zaradi tega je razvoj znanosti pripeljal do zapletenih sklopov aktivnosti na vseh področjih obravnave pacienta. Kljub vedno večji uspešnosti zdravljenja pa se še vedno povečuje tveganje za napake, ki prinesejo škodo pacientu, kot tudi nezadovoljivo izrabo virov (Kiauta, et al., 2010). Avtorji obenem navajajo, da za razvojem zdravstvene tehnologije zaostaja razvoj organizacije zdravstvenih sistemov in procesov ter pomembnih podpornih veščin dela, kot so: komunikacija, timsko delo, urejenost zdravstvene dokumentacije, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje osebja. To je vidno predvsem v velikem vztrajanju na tradicionalni hierarhični ureditvi.

Skinder Savić (2013) navaja, da kultura na delovnem mestu vpliva na profesionalno vedenje posameznika in skupine v zdravstveni organizaciji, na zdravstveno nego pacienta, proces dela, zadovoljstvo zaposlenih pri delu in uspešnost organizacije. Prav tako organizacijska kultura izraža ugotovljene predpostavke, prepričanja in vrednote ter je kot lepilo, ki organizacijo drži skupaj. Dobra kultura je torej seznam pravil, ki naj bi se jih ljudje držali. Kvalitetna organizacija, z dobro organizacijsko kulturo, ima skupne vrednote in kodekse ravnanja za zaposlene, ki so jim v pomoč pri doseganju zastavljenih ciljev. Prepoznava dobrega dela in posledično zadovoljstvo sta lahko dosežena, ko zaposleni dobro izpolnijo naloge s strani organizacije (Tsai, 2011).

Določen tip organizacijske kulture v neki organizaciji vedno prevladuje. To je odvisno od tega, na kakšen način zaposleni v organizaciji komunicirajo, rešujejo spore, timsko sodelujejo in se povezujejo. Skupina kot organizacijska kultura pozitivno vpliva na zadovoljstvo pacientov, na drugi strani pa hierarhija ne vpliva najboljše na počutje in zadovoljstvo pacientov. Tudi pri zaposlenih so timsko delo, skupinsko delo in sodelovanje pri odločanju ključni dejavniki zadovoljstva. Ti seveda vplivajo tudi na družino, kjer morajo biti pacient in svojci enakovredni partnerji v procesu zdravljenja in zdravstvene nege (Skinder Savić, 2013). Skinder Savić (2013) obenem navaja, da je potrebno razvijati organizacijsko kulturo, ki bo podpirala varno in kakovostno obravnavo pacienta. Pri tem je potrebno razvijati gradnike organizacijske kulture. Gradniki zajemajo vodenje, timsko delo, na dokazih podprto prakso,

komunikacijo, dober prenos znanja med osebjem in seveda pacienta v središču zdravstvene obravnave. Pri tem ima pomembno vlogo tudi vodja, ki mora zaposlene spodbujati, da podajo pacientu možnost sodelovanja pri sprejemanju odločitev v procesu zdravljenja. Potrebno si je vzeti čas za komunikacijo s pacientom, da pri tem izrazi psihične, socialne in duhovne potrebe. Niso pomembne le fizične potrebe, ki jih izraža. Ob tem je pomembno tudi sodelovanje drugih strokovnjakov z različnih strokovnih področij, povezanih v multidisciplinarne time. Ti pomembno prispevajo k uspešnosti procesa zdravljenja.

1.2 ORGANIZACIJA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI

V zdravstveni negi predstavljajo zaposleni največjo skupino zdravstvenih delavcev, poleg katerih v sistem zdravstvenega varstva prihajajo tudi drugi ljudje. Od organizacijske kulture, ki že obstaja in tiste, ki jo želimo, je odvisno zadovoljstvo, hitrejše zdravljenje in počutje pacientov, poleg tega pa tudi razvoj in finančna vzdržnost zdravstvenega sistema (Kragelj, 2010).

Zdravstvena nega je ključen dejavnik ob sami zdravstveni oskrbi pacientov, ne glede na vzpon tehničnih, tehnoloških in farmacevtskih rešitev v zdravstvu ob dvigu sredstev za zdravje. Zato je potrebno nujno proučevanje sedanje in želene organizacijske kulture v zdravstveni negi in se kar najbolj približati zadovoljstvu udeležencev v zdravstveni negi v korist pacientom (Kragelj, 2010).

Albert & Siedlecki (2008) navajajo, da mora biti prostor med raziskovanjem in prakso zapolnjen z znanjem, dobrimi viri, vizualizacijo in izpolnjenim pričakovanjem medicinskih sester. Omogočen je torej dostop do navodil, postopkov za oddelčne aktivnosti ter podatkov za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege.

Avtorica Skinder Savić (2013) pravi, da kljub zavedanju, da morajo biti pacientove potrebe vedno v središču njegove obravnave ter da je za kakovostno zdravje pomembna pomoč pacientu pri temeljnih življenjskih aktivnostih in zdravljenje bolezenskega stanja, v bolnišnicah pri delu še vedno prevladuje hierarhija. Tu medicinske sestre nimajo najboljše priložnosti za sodelovanje, temveč delujejo po navodilih zdravnika. Tu je vidno, da je dejavnost zdravstvene nege še vedno podrejena medicini. Medicinske sestre kljub temu

poudarjajo, da je zdravstvena nega nekaj drugega kot medicina ter se pri tem zavzemajo za decentralizirano avtoriteto pri zdravstvenih timih. Zdravniki, na drugi strani, s svojim znanjem zdravijo obolenja, vendar to še ne predstavlja celotnega zdravljenja. Drugi del zdravljenja se osredotoča na normalno opravljanje življenjskih aktivnosti, ki so bile prizadete. Tu lahko nastopijo tudi druge stroke, ki pripomorejo k razliki med dobro in slabo kakovostjo življenja pacienta. V zdravstvu je to lahko dosegljivo samo z usklajenim timskim delom. Omenjeno zajema delovanje več strokovnjakov, ki so odvisni drug od drugega pri izvajanju zdravstvene oskrbe (Skinder Savič, 2013).

1.2.1 Ploska organizacijska struktura/skupno vodenje

Organizacijska kultura je pogosto mišljena kot timsko delo v neki organizaciji. Vsebuje vrednote, prepričanja in percepcije dela zaposlenih. Dobra organizacijska struktura pomaga zaposlenim do doseganja zastavljenih ciljev in nalog ter do zadovoljstva na delovnem mestu. Najboljše naj bi funkcionirali timi z bolj osebno in dinamično organizacijsko kulturo kot tisti s strogo hierarhično in formalno (Körner, et al., 2015).

Ploska organizacijska struktura je ena izmed točk, ki dosegajo bolj tekoče komuniciranje in proces sprejemanja odločitev za zaposlene ter lažjega dostopa do udeležbe pri strateškem razvoju. Skupno vodenje se torej odraža v decentraliziranem stilu managementa, ki oblikuje okolje za pooblašcanje. Korist je v tem, da daje medicinskim sestram odgovornost, da razvijajo prakso z odmikom od tradicionalnega hierarhičnega managerskega stila k bolj podpornim in manj kontrolnim vlogam managerjev. To naj bi prispevalo k povečanju morale, zadovoljstvu pri delu, motivaciji, sodelovanju zaposlenih, spodbujanju kreativnosti, podpiralo naj bi medsebojne odnose in dalo občutek veljave. Ostale prednosti skupnega vodenja so še, da izboljšuje klinično uspešnost, poveča zaupanje zaposlenih, pomaga pri profesionalnem kot tudi pri osebnem razvoju, pospešuje razvoj novih znanj in spretnosti, ter povečuje profesionalizacijo in odgovornost. Skupno vodenje ima torej zelo ugoden vpliv na zdravstveno nego, saj medicinskim sestram omogoča enakovreden glas v celotnem zdravstvenem sistemu, ne samo v praksi. Principi skupnega vodenja dajejo nekakšno ogrodje modela organizacijske strukture, ki povezuje organizacijske funkcije (Maze, 2008).

Obstaja več modelov skupnega vodenja. Na oddelkih v bolnišnici skupno vodenje pomeni, da ima vsak oddelek svoj sistem, kar ne širi strokovnega razvoja skozi celo bolnišnico. Model skupnega vodenja, ki je osnovan v obliki svetov/skupin na ravni bolnišnice, pa pospešuje udeležbo zaposlenih iz več poklicnih skupin. Ostala načina sta: transakcijsko vodenje in transformacijsko vodenje (Maze, 2008).

1.2.2 Sistemi delitve dela v zdravstveni negi

Strokovnjaki so v zdravstveni negi uporabljali veliko imen, ki so opisovala, kako se je le-ta izvajala v bolnišnicah. Na oddelkih ali v enotah bolnišnic, modeli delitve dela v zdravstveni negi odsevajo odnos med diplomirano medicinsko sestro in pacientom. Namen sistemov, ki so v uporabi pri izvajanju zdravstvene nege, je, da priskrbijo nekakšno strukturo, ki medicinskim sestram omogoča izvajanje zdravstvene nege za posamezne skupine pacientov. Le-ta omogoča dobro oblikovanje negovalnega načrta, njegovo izvedbo in vrednotenje reakcij pacienta na negovalne intervencije (Maze, 2008).

Čez čas so se sistemi delitve dela v zdravstveni negi spreminjali. Pojavili so se različni sistemi, ki pa so bili velikokrat kritično ocenjeni. Zaradi potrebnih sprememb v koristnosti osebja, zmanjševanju stroškov in bolnišničnih dohodkov, krajših ležalnih dobah, zahtevah pacientov, svojcev ter zdravnikov, medicinskih sester in drugih profesionalcev v zdravstvu po bolj uspešnem zdravstvenem sistemu, je bilo seveda potrebno neprestano vrednotenje (Maze, 2008).

Pomembno je zavedanje, da nobeden izmed sistemov ni popoln ter da večina organizacij uporablja kombinacijo ali prilagoditev različnih sistemov izvajanja zdravstvene nege za doseganje zahtev na oddelkih. Pri izbiri modela in načrtovanju zdravstvene nege moramo upoštevati spremembe pri pacientih, izvajalcih, napredek v medicini, informacijski tehnologiji in spremembe v financiranju (Maze, 2008).

Štirje glavni modeli zdravstvene nege (Studen, 2017):

- Funkcionalni model zdravstvene nege – značilno je, da so naloge medicinskim sestram razdeljene glede na stopnjo izobrazbe. Pri skrbi za pacienta sodeluje več medicinskih sester, kjer vsaka skrbi za svojo nalogo. Finančno je model zelo uspešen, zastavljene

naloge pa so prav tako dobro opravljene. Manjkajo kontinuirana zdravstvena nega, holističen pogled in tudi komunikacija je časovno omejena.

- Timski model zdravstvene nege – zanj je značilno, da imajo zaposleni v obravnavi določeno število pacientov. Prisotna je holistična obravnava pacienta, pri kateri so vključeni tudi svojci. Pomanjkljivosti so, da je potrebno veliko časa za vzdrževanje komunikacije, kar vodi v večje stroške. Celostna obravnava ni vedno prisotna zaradi dnevnega spreminjanja članov tima in pacientov, ki so timu dodeljeni.
- Model celovite zdravstvene nege – Total patient care – diplomirane medicinske sestre tu skrbijo za celostno zdravstveno oskrbo pri toliko pacientih, kot je potrebno. Namen je, da je ena medicinska sestra zadolžena za vso zdravstveno nego v času svojega delovnika, kajti ta model se običajno uporablja tam, kjer je potrebno veliko delovnih izkušenj. Vključuje strokovno in holistično zdravstveno nego in neprestano komunikacijo. Odgovornost je pri tem modelu celostna.
- Model primarne zdravstvene nege – tu je medicinska sestra odgovorna za zdravstveno nego samo nekaterih pacientov. Prednosti modela so, da je osnovan na strokovnem znanju, povečata se kontinuiteta in koordinacija zdravstvene nege, poveča pa se tudi zadovoljstvo pacientov in ostalih članov tima. Pomanjkljivost je 24–urna odgovornost in pomanjkanje pozornosti sodelavcev pri sprejemanju navodil. Model je neučinkovit.

Maze (2008) navede še dodatne modele zdravstvene nege:

- koordiniranje primera – Case management – omogočeni sta kakovostna in stroškovna učinkovitost. Temelji na prepoznavanju, koordinaciji in nadziranju služb, ki so potrebne pri doseganju zelenih izidov zdravstvene nege.
- model geriatrične rehabilitacije – eden izmed glavnih pomenov je skupno sprejemanje odločitev ter osnovano soglasje večine zaposlenih. Sestavljata ga primarni in modularni model, kamor je vključena vloga geriatrične medicinske sestre.
- Inovativni modeli izvajanja zdravstvene nege – usmerjeni so v razvoj inovativnih modelov izvajanja zdravstvene nege, kjer je osnovni namen oblikovanje k pacientu usmerjenih interdisciplinarnih timov, ki izvajajo varno, uspešno, časovno in stroškovno učinkovito zdravstveno nego.

Znanje je v zdravstveni negi izjemnega pomena zato, ker znanost zdravstvene nege združuje raziskovanje povezav in odnosov med zdravstveno nego, okoljem, pacientom in zdravjem ter je pomemben rezultat raziskovalnih izsledkov ter sodelovanja med raziskovanjem, teorijo,

prakso in izobraževanjem. Torej, štirje elementi zdravstvene nege (teorija, raziskave, znanost in praksa) se nenehno prepletajo in predstavljajo neke vrste neskončno zanko. Temu pravimo interaktiven in vzajemen odnos, s končnim ciljem izboljšati prakso zdravstvene nege. Zgoraj navedeno torej potrjuje, da je pomembno poznavanje hierarhije znanja in teorij v zdravstveni negi. To vodi do konceptualnih in teoretičnih modelov, ki pomagajo zagotoviti znanje za izboljšanje prakse, usmerjajo raziskave, vplivajo na učne načrte in določajo cilje prakse zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2011).

King & Long (2014) navajajo, da se je delo medicinskih sester v tujini zelo spremenilo glede na vplive več dejavnikov, kot so proračunska omejitve, bolnišnično prestrukturiranje, staranje zaposlenih, zahtevnejše delo za diplomirane medicinske sestre, uvajanje novo zaposlenih in zahtevnejša obravnava pacientov. Izbrani model delitve dela zdravstvene nege se mora prilagoditi zgoraj naštetim dejavnikom. Maze (2008) navaja, da so v bolnišnicah potrebni inovativni modeli zdravstvene nege s hotenimi izidi, ki so usmerjeni k pričakovanju in potrebam pacientov, spremembi položaja zdravstvene nege, uspešnejši rabi virov in prikazu napredka v zadovoljstvu pacientov in kakovosti izidov. Pri tem so kompetence in izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege zelo pomembna. Kompetentnost izraža prikazano sposobnost posameznika, da v poklicnih situacijah ustrezno uporabi svoje znanje in usposobljenost. Medicinska sestra ima pomembno odgovornost, da pridobi in tudi vzdržuje kompetence ter prispeva k lastnemu razvoju. Poleg tega je pomemben tudi doprinos za razumevanje samega izobraževanja, kateri opredeli štiri kategorije izvajalcev zdravstvene nege (Maze, 2008):

1. zdravstveni asistent,
2. diplomirana medicinska sestra za splošno zdravstveno nego,
3. diplomirana medicinska sestra specialistka,
4. magistrica zdravstvene nege.

Kompetence izvajalcev na posamezni ravni so različne. Podporno oziroma pomožno osebje nima predpisanih izobraževanj in dela pod nadzorom diplomirane medicinske sestre. Osebje tu ni registrirano. Registrirano podporno osebje ima obvezna, a ne enotnih izobraževanj. Predvidene so omejitve pri delu, prav tako pa delajo pod nadzorom diplomirane medicinske sestre. Diplomirana oziroma registrirana medicinska sestra ima samostojno delujoči profil dela, zaključeno izobraževanje in izpolnjuje pogoje za vpis v register izvajalcev. Prav tako

ima licenco. Diplomirana medicinska sestra specialistka svoja znanja nadgradi s specialističnimi, kar ji omogoča zahtevnejše strokovno delovanje. Diplomirana medicinska sestra na zahtevnejših delih in nalogah pa ima pridobljena ekspertna znanja, sposobnost kompleksnega odločanja ter klinične kompetence za razširjeno delovanje v stroki. Kompetence posameznih ravni so različne in obsegajo različno zahtevna področja delovanja (Skela Savič, 2015).

Glede na zgoraj navedene oblike dela v zdravstveni negi je izrednega pomena vodenje. Običajno govorimo o vodji oddelka/oddelčni medicinski sestri. Njena naloga je, da prevzame odgovornost in vodi zaposlene. Pomembno je, da ima izkušnje, znanje, predanost, potrpežljivost in sposobnost pogajanja ter sodelovanja z zaposlenimi (Ngozi Amanchukwu, et al., 2015). Učinkovito vodenje zagotavlja ne samo formalno upravljanje na višjem nivoju, temveč vodenje zaposlenih od najmanj do najbolj izkušenih. Vodenje ni samo funkcija managementa, ampak tudi nekaj, kar zagotavlja profesionalno zdravstveno prakso (Curtis, et al., 2011).

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo temelji na sistematičnem pregledu strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati modele delitve dela v zdravstveni negi ter njihovo učinkovitost s pomočjo pregleda domače in tuje znanstvene ter strokovne literature, s čimer je možno pridobiti boljši vpogled v obstoječe znanje ter možnosti za nadaljnje raziskovanje na področju modelov delitve dela v zdravstveni negi.

Cilja diplomskega dela:

- ugotoviti vrste modelov delitve dela in organizacijsko strukturo dela v zdravstveni negi.
- raziskati učinkovitost modelov delitve dela v procesu zdravstvene nege.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi postavljenih ciljev smo postavili dve raziskovalni vprašanji:

1. Kakšne modele delitve dela in kakšno organizacijsko strukturo dela v zdravstveni negi poznamo?
2. Kateri modeli delitve dela v zdravstveni negi so najbolj učinkoviti?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo temelji na kvalitativni metodi analize vsebine iz izbrane domače in tuje strokovne literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabljena je bila kvalitativna metoda analize vsebine. Raziskava temelji na opisni metodi raziskovanja. Tehnika, s katero smo pridobili podatke, je bila pregled znanstvene in strokovne literature v domačem in angleškem jeziku na temo Modeli delitve dela v zdravstveni negi. Uporabili smo mednarodno podatkovno bazo Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), podatkovno bazo PubMed, spletno knjižnico Wiley, svetovni splet prek iskalnika Google in Google učenjak ter spletni iskalnik Obzornika zdravstvene nege. Iskanje smo omejili glede na naslov in izvleček. Vključili smo le dela in članke na temo Modeli delitve dela v zdravstveni negi. Ključne besede, ki smo jih uporabljali za iskanje domače literature, so bile: »delitev dela v zdravstveni negi«, »organizacija dela«. Pri iskanju tuje literature smo si pomagali z naslednjimi besednimi zvezami: »healthcare«, »nursing work«, »primary care«, »team care« in »case management«. Pri iskanju smo kot omejitvene kriterije postavili časovni okvir (deset let), članke v polnem besedilu v angleškem in slovenskem jeziku, izvleček, celoten brezplačen članek ter logični Boolov operator AND.

Tekom iskanja smo se zaradi vnaprej uporabljenih splošnih besednih zvez (»organizacija dela«, »delitev dela«) in posledično velikega števila zadetkov osredotočili na besedne zveze, ki so bile bolj povezane z izbrano temo. Z uporabljenimi besednimi zvezami »delitev dela v zdravstveni negi«, »delo medicinskih sester«, »organizacija dela v bolnišnicah«, »organisation culture in hospitals«, »nursing care in hospitals«, »dividing care between nurses«, »work sharing in nursing care«, »organisation of work in hospital ward«, »team work in nursing«, »temelj zdravstvene nege«, »primary nursing«, »team nursing«, »case management« smo rezultate omejili na skupno 13.447 zadetkov. Od tega smo pregledali 37 zadetkov v polnem besedilu, ki so tematsko ustrezali diplomskemu delu. V nadaljnjem izboru smo izvlečke še bolj podrobno pregledali in neprimerne izločili glede na podrobnost teme, ki smo jo obravnavali.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Rezultati, ki smo jih dobili s pregledom literature in z uporabljenimi besednimi zvezami, so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadelki za pregled v polnem besedilu
Google učenjak	Delitev dela v zdravstveni negi	1.170	4
	Delo medicinskih sester	3.300	1
	Organizacija dela v bolnišnicah	2.370	4
CINAHL	Organisation culture in hospitals	11	1
	Nursing care in hospitals	617	1
	Dividing work between nurses	1.408	3
Pub Med	Work sharing in nursing care	280	4
	Organisation of work in hospital ward	513	1
	Team work in nursing care	2361	3
Obzornik zdravstvene nege – arhiv	Temelj zdravstvene nege	1	1
Wiley online	Primary nursing	170	3
	Team nursing	96	2
	Case management	1.150	1
Skupaj	/	13.447	29

Z uporabljenimi ključnimi besedami smo dobili $n = 13.447$ zadetkov. Izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu je bilo $n = 470$. Na osnovi pregleda smo izločili članke, ki niso ustrezali in prišli do $n = 150$ zadetkov v polnem besedilu. V končno analizo smo vključili $n = 29$ virov.

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Za obdelavo podatkov smo uporabili kvalitativno metodo analize vsebine iz izbrane literature, navedeno po avtorjih Kožuh & Vogrinc (2011). Na podlagi obravnavane teme smo iskali in zbirali literaturo. Literaturo, ki smo jo izbrali, smo iskali v zgoraj navedenih

podatkovnih bazah. Sledil je pregled izbranih zadetkov, nato pa vrednotenje ustreznosti člankov. Pri tem je bilo potrebno pregledati vključitvene in izključitvene kriterije, ki so se usmerjali samo na raziskovalna vprašanja in temo diplomskega dela. Izbor literature je temeljil na dostopnosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti. Sledilo je preučevanje dokazov in identifikacija vsebin. Uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij. Pridobljeno literaturo smo razdelili v pet kategorij, potem pa smo glede na vsebinsko ustreznost določili še kode. Potek zbiranja zadetkov smo predstavili v PRIZMA diagramu.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno kakovosti izbrane literature smo uporabili hierarhijo dokazov (Slika 1), povzeto po avtorjih Polit & Beck (2008 cited in Skela Savič, 2009, p. 211.). Nivojev je sedem, in sicer si sledijo po kakovosti od 1, ki je najbolj kakovostna, do 7, ki je najmanj kakovostna.



Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Vir: Polit & Beck 2008 cited in Skela Savič, 2009, p. 211.)

Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnih delih (Slika1) se uporablja kot kriterij zaupanja vrednih dokazov, ki znanstvena dela razvršča na podlagi uporabljenih raziskovalnih metod, s katerimi pridobimo dokaze. V končno analizo smo vključili 20 kvalitativnih raziskav (Albert & Siedlecki, 2008; Roter, 2009; Skela Savič, et al., 2010; Curtis, et al., 2011; Ramšak Pajk, 2011; Fernandez, et al., 2012; Maze & Plank, 2012; Anon, 2013; Dubois, et al., 2013; Maze, 2013; Blasko, 2014; King & Long, 2014; Mattila, et al., 2014; Bienkowska-Gibbs, et al., 2015; Kavšek, 2015; Marnetoft, 2015; Ngozi Amanchukwu, et al., 2015; Pimenta Lopes Ribeiro, et al., 2016; Salem, et al., 2016; Studen, 2017), kar je predstavljalo glavnino izbrane literature. Izbrane metode raziskovanja omenjenih avtorjev so bile: intervju, pregled dokumentov, opazovanje in študija primera. Poleg kvalitativnih raziskav smo vključili tudi devet kvantitativnih raziskav (Maze, 2008; Rešetič, 2009; Tsai, 2011; Skinder Savič, 2013; Čebulj, 2015; Körner, et al., 2015; Vrhovec, 2015; Kramar, 2016; Ličen, 2016). Najvišje na lestvici hierarhije smo uvrstili kvantitativne raziskave, nato kvalitativne raziskave, nazadnje pa študije primerov. Natančneje, najvišje na lestvici smo vključili večino literature, ki je temeljila na empiričnem kvantitativnem neeksperimentalnem raziskovanju (Maze, 2008, Rešetič, 2009; Roter, 2009; Tsai, 2011; Skinder Savič, 2013; Vrhovec, 2015; Kramar, 2016; Ličen, 2016). Sledile so metaanalize kvalitativnih študij (Albert & Siedlecki, 2008; Skela Savič, et al. 2010; Curtis, et al., 2011; Fernandez, et al., Ramšak Pajk, 2011; Maze & Plank, 2012; Maze, 2013; King & Long, 2014; Mattila, et al., 2014; Bienkowska-Gibbs, et al., 2015; Marnetoft, 2015; Studen, 2017, Anon, 2013; Blasko, 2014; Ngozi Amanchukwu, et al., 2015; Pimenta Lopes Ribeiro, et al.; 2016), za tem pa raziskave, temelječe na kvalitativnem raziskovanju, in sicer posamezne študije primerov (Dubois, et al., 2013; Kavšek, 2015; Salem, et al., 2016). Temu so sledile posamezne klinične študije, kot je bila neeksperimentalna raziskava avtorice Čebulj (2015) in avtorjev Körner, et al. (2015).

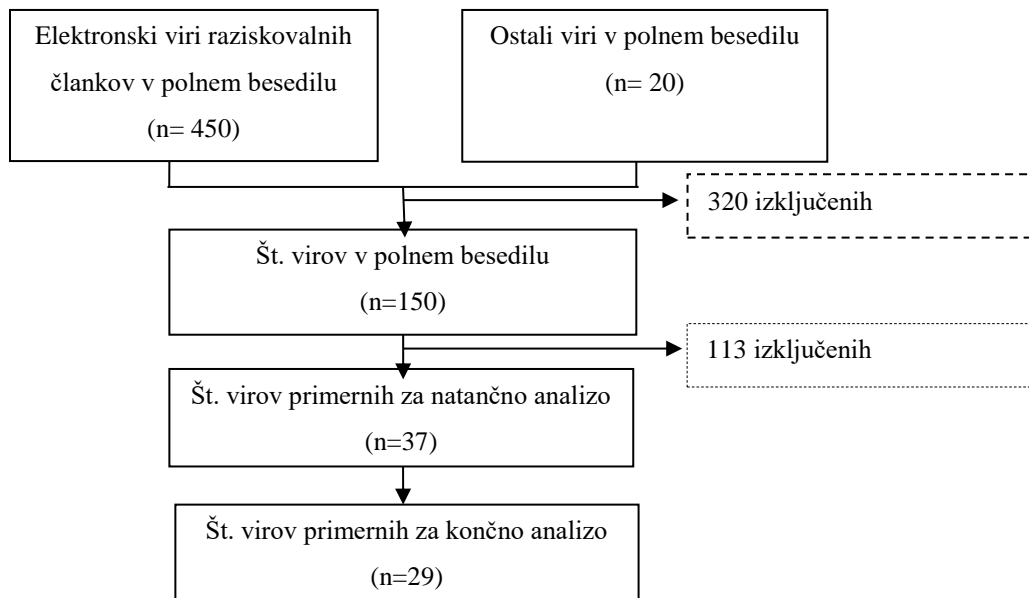
Dizajn raziskav, ki smo jih vključili, smo prikazali v Tabeli 2.

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju smo predstavili rezultate v obliki zadetkov in vsebinskih kod iz zadetkov, ki smo jih vključili v končno analizo.

2.4.1 PRIZMA diagram

Končni seznam pregledane literature smo prikazali v PRIZMA diagramu:



Slika 2: PRIZMA diagram (Vir: Skela Savič, 2016)

Slika 2 prikazuje PRIZMA diagram oziroma potek končnega števila dobljenih zadetkov. Z izbranimi ključnimi besedami smo dobili $n = 13.447$ zadetkov, katere smo zmanjšali na $n = 470$ zadetkov v polnem besedilu. Od tega je bilo $n = 450$ elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu in $n = 20$ ostalih virov v polnem besedilu. $N = 320$ virov, ki v fazi ocenjevanja zaradi odmika od izbrane teme niso ustrezali, smo izključili in prišli do $n = 150$ virov v polnem besedilu. Izbranih virov, ki so bili primerni za natančno analizo, smo pri temeljitem pregledu dobili $n = 37$ in od tega izbrali $n = 29$ virov za končno analizo. Od tega smo izbrali 20 člankov, ki temeljijo na kvalitativni raziskavi in devet virov, ki temeljijo na kvantitativnem raziskovanju. Le-te smo prikazali v Tabeli 2.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Rezultate smo analizirali in preučili dokaze, ki so jih avtorji podali. Prav tako smo vsebinsko kategorizirali članke. V Tabeli 2 navajamo ključna spoznanja raziskav, ki smo jih umestili v analizo.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Albert & Siedlecki	2008	Kvalitativna raziskava. Članek - pregled literature	Vključeni tuji strokovni članki. Cleveland Clinic, ZDA.	Avtorji so izpostavili znanje, vire, vizualizacijo in pričakovanja zdravstvenega osebja kot jedro raziskovanja in prakse.
Anon	2013	Kvalitativna raziskava. Članek - pregled literature	Vključenih 14 strokovnih, tujih člankov. ZDA.	K pacientu osredotočena, timska in profesionalna zdravstvena nega je ključ do uspeha današnjih bolnišnic ter zdravstvenih ustanov. Poudarjeno je, da zdravstveno osebje pri doseganju omenjenih ciljev zdravstvene nege najbolje deluje v timski obliki dela, kar jim omogoča boljše povezovanje in komunikacijo.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bienkowska-Gibbs, et al.	2015	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled literature-članek	Vključena angleška strokovna literatura. Anglija.	Avtorji ugotavljajo, da je izbira modela delitve dela težka in zahteva spremembe na različnih nivojih (od medicinskih sester do vodij organizacije). Izbira enega samega modela je zelo zahtevna, zato je običajno v uporabi kombinacija modelov. Razlikujejo se tudi v uporabnosti med državami.
Blasko	2014	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled opisnih raziskav	Vključenih 28 strokovnih tujih člankov. University of Pittsburgh, ZDA.	Modeli delitve dela v zdravstveni negi so se skozi zgodovino razvijali v korist pacienta, ekonomije in delovne sile. Zdravstvena nega se konstantno razvija, zato je pomembno, prepoznati kateri aspekti so bili uspešni v preteklosti. Bolnišnice se konstantno trudijo in učijo, kako bi najbolje zagotovili učinkovito, kakovostno in v pacienta usmerjeno zdravstveno nego. Avtorica predstavi funkcionalni model, ki pa ima svoje prednosti in slabosti.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Curtis, et al.	2011	Kvalitativna raziskava. Članek-pregled literature	Vključeni tuji strokovni članki s področja zdravstvene nege in vodenja. Anglija.	Avtorji predstavijo pomembnost vodenja pri kakovostnem pristopu k zdravstveni oskrbi pacienta. Vodenje ni samo del managementa, temveč del profesionalne zdravstvene prakse. Učenje, kako dobro voditi tim, naj bi se torej začelo že v zgodnjem učnem obdobju. Glede na pregledano literaturo v zaključku povedo, da je vodenje na nek način pomembno pri delu na vseh nivojih, izobrazbah in kompetencah medicinskih sester.
Čebulj	2015	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	Vključenih 42 zaposlenih v domu upokojencev dr. Franceta Berglja na Jesenicah. Slovenija.	Avtorica je raziskovala, kakšna sta zdajšnji in želeni tip organizacijske kulture zaposlenih v domu upokojencev. Prevladujoča organizacijska kultura je hierarhija, sledi pa ji kultura klana. Poudarja, da je pomembno tudi vzdušje v organizaciji, vodenje pa naj bo usmerjeno k svetovanju, usklajevanju, spodbujanju in tudi vzgoji zaposlenih.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Dubois, et al.	2013	Kvalitativna raziskava. Anketni vprašalnik	Vključenih 22 akutnih medicinskih enot 11 bolnišnic v Quebecu, Kanada.	Avtorji so raziskovali organizacijske modele zdravstvene nege v bolnišnicah na osnovi števila zaposlenih, izkušenj zaposlenih in okolja, v katerem delajo. Ugotovili so, da vsi zgoraj naštetih dejavniki variirajo. Glede na omenjene variacije morajo managerji izbrati temu primeren model dela v zdravstveni negi. Če bi katerega od dejavnikov izboljšali, bi bilo osebje in tudi pacienti zagotovo bolj zadovoljni.
Fernandez, et al.	2012	Kvalitativna raziskava. Članek-sistematični pregled literature	Vključeni tuji strokovni članki. Avstralija.	V izvedenem pregledu literature na področju uspešnosti različnih modelov avtorji izpostavljajo timski model zdravstvene nege kot boljši pri razvoju neizkušenih medicinskih sester. Pravijo celo, da je kot ključ v enotah, kjer imajo zaposleni različna znanja in izkušnje. Glede na ugotovljeno je izbira pri krajših hospitalizacijah (enodnevnih) vprašljiva.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kavšek	2015	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled literature	Vključeno prebivalstvo Slovenije in domači ter tuji strokovni članki. Slovenija	Institucionalno varstvo je najpogostejša izbira starejših, ki ne morejo več skrbeti sami zase. Na drugi strani se zaradi majhnih prihodkov dolgotrajna oskrba na domu povečuje. Prav tako se življenjska doba daljša in povečuje se povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe. Avtorica tudi potrjuje hipotezo, da je v Sloveniji velik delež finančnih sredstev namenjen institucionalni obliki dolgotrajne oskrbe.
King & Long	2014	Kvalitativna raziskava. Članek-sistematični pregled literature	Vključena predvsem tuja strokovna literatura. Avstralija.	Avtorji so primerjali timski model zdravstvene nege in model celovite zdravstvene nege. Pri tem izpostavljajo predvsem prilagajanje in kombinacijo modelov pri oskrbi pacienta. Pri tem morajo organizacije poskrbeti za finančno ter ostalo pomoč, ki jo zdravstveno osebje pri izbiri in izvajanju modela delitve dela v zdravstveni negi potrebuje.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Körner, et al.	2015	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	Vključenih 275 zdravstvenih delavcev iz 15 rehabilitacijskih bolnišnic, šest psihosomatskih bolnišnic in devet somatskih bolnišnic, Nemčija.	Dobra organizacijska struktura in profesionalno delo v timu sta izrednega pomena. Avtorji pravijo, da morajo biti vodje in managerji zdravstvene nege na dobro organizacijsko strukturo in profesionalno delo v timu izredno pozorni. Razvoj timskega dela bi moral biti priporočljiv in spodbujen. Pomembno je skupinsko reševanje nastalih težav in ne spodbujanje krivca. Poudarek je na spodbujanju timskega dela in učenju iz nastalih napak. Pravijo, da omenjeno izredno dobro vpliva na izid pacientovega zdravljenja, zato bi morale organizacije v aktiven in timski pristop dela vlagati.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kramar	2016	Empirična, kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	233 vključenih od skupno 176 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, zaposlenih v 18 zdravstvenih organizacijah na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju.	Avtor v raziskavi izpostavlja, da v slovenskih zdravstvenih organizacijah procesni management skoraj ni prisoten ter da je premalo skupinskega duha. Pri tem medicinske sestre opažajo medoddelčne konflikte. Manj pomembno se jim tudi zdi postavljanje merljivih ciljev, saj delo večinoma poteka plansko. Pomembno pa je, da medicinske sestre kljub temu pri svojem delu dajejo velik pomen na kakovost in se zavedajo, da je potrebno načrtovati aktivnosti, ki k temu pripomorejo.
Ličen	2016	Delfijeva raziskovalna metodologija, kvantitativna empirična neeksperimentalna raziskava. Anketa	14 strokovnjakov zdravstvene nege v prvem delu raziskave, v drugem delu je sodelovalo 321 medicinskih sester.	Rezultati kažejo, da je stroka glede univerzalnih poklicnih kompetenc po večini enotna. Anketiranci so navedli, da se jim zdi uvedba univerzalnih poklicnih kompetenc v prakso Sloveniji nujna, zaradi načrtovanja kadra, obvladovanja poklicnih kompetenc po zaključku študija, zaradi višje kakovosti dela, pozitivnih finančnih učinkov in tudi zaradi samega načrtovanja karierne poti posameznika.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Marnetoft	2015	Kvalitativna razskava. Članek (sistematični pregled literature)	Vključena tuja strokovna literatura. Östersund, Švedska	Avtor predstavi modela delitve dela case management in model Strenghts. Rezultati so pokazali, da so vodje oddelkov z ustrezno izbiro modelov zmanjšali raven koristi zaradi bolezni, izboljšali družbene stike, izboljšali delovno sposobnost in kakovost življenja. Zmanjšala pa se je tudi uporaba zdravil.
Mattila, et al.	2014	Kvalitativna raziskava. Članek (sistematični pregled literature)	Vključena tuja strokovna literatura. Anglija.	Ugotovitve avtorjev kažejo na to, da še vedno zelo malo vemo o prednostih uporabe primarnega modela zdravstvene nege. Glede na primerjavo z uporabo modelov danes je zdravstvena nega bolj usmerjena k celostni obravnavi pacienta, ki zajema tudi njegovo družino.
Maze	2013	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled literature	Vključena tuja in domača strokovna literatura. Slovenija.	Ploščata organizacijska struktura kot dobra oblika vodenja in koordinacija, primera kot odlična izbira vrste modela delitve dela v zdravstveni negi pri pacientih v kronični, akutni in po bolnišnični obravnavi.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Maze	2008	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	Vključenih 200 od skupno 750 medicinskih sester zaposlenih v Splošni bolnišnici Celje, Slovenija.	Avtorica je raziskovala pogoje za organizacijsko učinkovitost zdravstvene nege. Ugotovitve so pokazale, da je sprememba v organizacijski strukturi, poteku dela, izobraženosti medicinskih sester, vodenju in prenosu informacij nujno potrebna. Sistemski pristop, sodelovanje ter priznanje pomena avtonomne zdravstvene nege so ključnega pomena.
Maze & Plank	2012	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled literature	Vključena tuja in slovenska strokovna literatura. Slovenija.	Ker delovno okolje predstavlja za medicinsko sestro pomemben socialni splet, kjer z medosebno komunikacijo gradi bolj ali manj konstruktivne odnose, je timsko delo potrebno za uspešno izvajanje zdravstvene nege. Predstavlja enega od načinov, s katerim se medicinske sestre soočajo z delovnimi izzivi v organizaciji. Seveda najbolj učinkuje, če ga uporabljamo sistematično ob situacijah, ko je to potrebno.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ngozi Amanchukwu, et al.	2015	Kvalitativna raziskava. Članek - sistematični pregled literature	Vključenih 38 člankov tuje strokovne literature. Nigerija.	V članku so avtorji poudarili učinkovitost dobrega vodenja pri učenju in izobraževanju. Ugotovili so, da je razvoj učinkovite oblike učenja relativno hiter. Rezultate učinkovitega in poučnega stila vodenja z lahkoto dosežemo z dobrim pristopom, team-buildingom ter individualnimi inovacijami za izboljšave.
Pimenta Lopes Ribeiro, et al.	2016	Kvalitativna raziskava. Članek - sistematični pregled	Vključenih deset člankov iz ZDA, trije iz Kanade, dva iz Avstralije in en članek iz Anglije ter en iz Irske.	Ključne ugotovitve pregledane literature avtorjev zajemajo prednosti modelov delitve dela v zdravstveni negi tako za paciente kot tudi za medicinske sestre. Povečujejo avtonomijo, pozitiven odnos med osebjem in profesionalen razvoj pri delu. Pravijo celo, da so kot most, ki povezuje teorijo in prakso.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ramšak Pajk	2011	Kvalitativna raziskava. Članek - sistematični pregled literature	Vključena tuja in domača strokovna literatura. Slovenija.	Ugotovitve članka predstavljajo znanje medicinskih sester. Ta temelji na teoretičnih vsebinah, ki so kot temelji, na katerih sloni zdravstvena nega. Avtorica poudarja prilagajanje spremembam, poznavanje strokovnih vsebin pa lahko zdravstveno osebje uporabi kot osnovo in izziv za uvajanje novosti, za kritično presojo ali pa kot primerjavo strokovnemu delovanju na nekem področju.
Rešetič	2009	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	112 medicinskih sester, zaposlenih v Splošnih bolnišnicah Novo mesto, Izola in Celje. Slovenija.	Avtorica v svoji raziskavi poudarja dober sistem vodenja za učinkovitejše poslovanje, povečanje produktivnosti in razvoj organizacije. Glede na rezultate anketnega vprašalnika pa navaja, da odgovora na vprašanje, katere so tiste osebnostne lastnosti vodje, ki so značilne za "rojenega vodjo", in odgovora na vprašanje, kako le-te vplivajo na izbor stila vodenja, ni dobila.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Roter	2009	Kvalitativna raziskava. Intervju	Tri medicinske sestre, zaposlene v Splošni bolnišnici Celje. Slovenija.	Po navedbah intervjuvanih medicinskih sester je za dobro sodelovanje v timu potrebno zaupanje in znanje. Izpostavljena je tudi trditev "Več glav več ve", ki naj bi držala. Pomembni sta tudi diskusija in odobravanje rešitev drugih. V timu izpostavijo povezanost, ki daje pacientu občutek varnosti, saj le-ta deluje kot celota.
Salem, et al.	2016	Diskriptivna kvalitativna raziskava	1650 medicinskih sester, ZDA.	Avtorji so ugotovili, da so medicinske sestre zadovoljne z okoljem, v katerem delajo. Okolje zajema tudi nadrejene, ki morajo poskrbeti za dobro organizacijo dela, napredovanje, dobro počutje in nagajevanje. Vse to vpliva na dobro delo in zvestobo zaposlenih do organizacije, v kateri delajo.
Skela Savič, et al.	2010	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled literature	Vključena tuja in slovenska strokovna literatura. Slovenija.	Avtorji izpostavljajo starostnika kot človeka, ki se bo po delovnem obdobju spremenil v človeka, ki ne bo več mogel skrbeti zase. Družba se mora na to odzvati, predvsem pa razvijati znanje in kompetence medicinskih sester pri delu s tovrstno populacijo.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Studen	2017	Kvalitativna raziskava. Sistematični pregled literature	Vključena tuja in domača strokovna literatura. Slovenija.	Poudarjeno je timsko delo kot uspeh v zdravstveni negi. Tu imajo člani možnost, da se pokažejo skozi različnost, s tem pa se pokaže tudi, kako uspešna je organizacija. Avtorica ocenjuje, da je v zdravstvu v Sloveniji premalo zavedanja, kako pomembno je timsko delo.
Skinder Savić	2013	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	310 zaposlenih v dejavnosti medicine in zdravstvene nege v šestih splošnih bolnišnicah v Sloveniji.	Po ugotovitvi avtorice lahko povzamemo, da je v bolnišnicah premalo timskega sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami. Prav tako je pri delu še vedno prisotna organizacijska kultura hierarhija. Zaposleni med seboj komunicirajo, vendar vedno ne izrazijo svojega mnenja. V bolnišnicah je premalo transformacijskega načina vodenja, zato svetujejo znanje s tega področja in tudi znanje glede ravnanja z zaposlenimi.
Tsai	2011	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	Medicinske sestre, zaposlene v dveh bolnišnicah v Taiwanu.	Ugotovitve kažejo na to, da je organizacijska kultura znotraj organizacije izredno pomembna. Skozi komunikacijo in vizijo zaposlenih je mogoče spoznati način dela ter odnos zaposlenih.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Vrhovec	2015	Kvantitativna raziskava. Anketni vprašalnik	Šest vodilnih medicinskih sester in 43 vodenih medicinskih sester Splošne bolnišnice Celje, Slovenija.	Komunikacijo vodilne in vodene medicinske sestre ocenjujejo kot pomembno, vendar ne najpomembnejšo. Najpomembnejši naj bi bil odnos med vodjo in zaposlenimi. Prav tako vodene medicinske sestre same rešujejo težave, saj menijo, da si vodilne tega želijo. Mnenja se v načinu vodenja razlikujejo. V največji meri vodene medicinske sestre izpostavljajo demokratični in avtorski način vodenja, medtem ko vodilne izpostavijo demokratični in liberalni način vodenja.

Iz izbranih člankov smo povzeli ključna spoznanja, uporabili kvalitativna analitična orodja in jih kodirali po lastnostih ter združili v naslednje kategorije:

- modeli delitve dela v zdravstveni negi in izbira le-teh,
- znanje in kompetence medicinskih sester kot vpliv na zdravstveno nego,
- vpliv vodenja na zdravstveno nego,
- organizacijska struktura v zdravstvenih organizacijah in delovno okolje,
- starostnik v procesu zdravstvene nege in oskrbe.

Pregled kod po kategorijah je prikazan v Tabeli 3.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Modeli delitve dela v zdravstveni negi in izbira le-teh.	Modeli delitve dela v zdravstveni negi – zgodovinski razvoj modelov delitve dela v zdravstveni negi – organizacijski modeli zdravstvene nege v bolnišnicah – timski model – model celovite zdravstvene nege – kombinacija modelov – organizacija dela. Število kod = 7	Bienkowska-Gibbs, et al., 2015; Blasko, 2014; Dubois, et al.; 2013 Čebulj, 2015 Fernandez, et al.; 2012 King & Long, 2014; Marnetoft, 2015; Mattila, et al., 2014; Maze & Plank, 2012; Pimenta Lopes Ribeiro, et al., 2016; Roter, 2009; Studen, 2017.
Kategorija 2: Kakovost, znanje in kompetence medicinskih sester kot vpliv na zdravstveno nego.	Znanje – vizualizacija – kompetence medicinskih sester – orodje dokumentiranja – predaja informacij – v pacienta usmerjena zdravstvena nega –splošne poklicne kompetence – prilagajanje spremembam –strokovnost. Število kod = 9	Albert & Siedlecki, 2008; Anon, 2013; Ličen, 2016; Ramšak Pajk, 2011.
Kategorija 3: Vpliv vodenja na zdravstveno nego.	Skupinsko reševanje težav – spodbujanje – ploščata organizacijska struktura – koordinacija primera – team building – individualne inovacije za izboljšave – dober sistem vodenja – transformacijsko vodenje. Število kod = 8	Curtis, et al., 2011; Körner, et al., 2015; Maze, 2013; Ngozi Amanchukwu, et al., 2015; Rešetič, 2009; Vrhovec, 2015.
Kategorija 4: Organizacijska struktura v zdravstvenih organizacijah in delovno okolje.	Načrtovanje aktivnosti – sistemski pristop – sodelovanje – avtonomna zdravstvena nega – delovno okolje– napredovanje – dobro počutje – nagrajevanje. Število kod = 8	Kramar, 2016; Maze, 2008; Salem, et al., 2016; Skinder Savič, 2013; Tsai, 2011.
Kategorija 5: Starostnik kot pomemben del zdravstvene nege in oskrbe.	Institucionalno varstvo – dolgotrajna oskrba – življenjska doba – starostnik – starejša populacija – delovno obdobje – skrb zase. Število kod = 7	Kavšek, 2015; Skela Savič, et al., 2010.

V Tabeli 3 smo predstavili 39 kod, ki smo jih združili v pet kategorij. Avtorji del predstavljajo različne vidike modelov delitve dela v zdravstveni negi, nekateri opisujejo še vodenje in kompetence ter znanje medicinskih sester. Kljub temu se med seboj prepletajo in na koncu povežejo v smiselno celoto.

2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo s pomočjo raziskane domače in tuje strokovne literature prišli do ključnih ugotovitev s področja delitve modelov dela v zdravstveni negi. Le-ta nam je omogočila širok spekter modelov, ki so danes v uporabi v kliničnem okolju. Najprej smo želeli ugotoviti, kakšne modele delitve dela in kakšno organizacijsko strukturo dela v zdravstveni negi poznamo. Na osnovi naših pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da poznamo različne modele delitve dela. Blasko (2014) na primer v svoji raziskavi predstavi funkcionalni model ter njegove prednosti in slabosti. Na drugi strani avtorji (Fernandez, et al., 2012; Matilla, et al., 2014; King & Long, 2014; Studen, 2017;) predstavijo timski model in primarni model, ki velja za najstarejšega ter katerega še vedno premalo poznamo. Druge raziskave (Maze, 2008; Curtis, et al., 2011; Bienkowska-Gibbs, et al., 2015; Körner, et al., 2015) ugotavljajo, da je izbira omenjenih modelov izredno zahtevna. Dotaknejo se tudi vodij in managerjev, katerih naloga je prav izbira modela, ki osebju najbolj ustreza. Avtorji (Albert & Siedlecki, 2008; Ramšak Pajk, 2011; Anon, 2013; Elwyn, et al., 2014) predstavijo pomembnost znanja, kompetenc, vizualizacije in pričakovanja osebja kot ključ do dobrega raziskovanja ter prakse. Raziskave avtorjev (Skela Savič, et al., 2010; Kavšek, 2015) omenjajo starostnike kot ranljivo skupino zdravstvene nege. Potrebujemo namreč dalj časa za rehabilitacijo in zdravljenje ter več pomoči pri oskrbi. Naše ugotovitve smo na podlagi zastavljenih vprašanj želeli primerjati s slovenskimi in tujimi avtorji, kar bomo podrobneje predstavili v nadaljevanju.

Zaradi vse zahtevnejšega in kompleksnega dela v zdravstvu ter raznolikosti obravnavanih pacientov je organizacija dela izrednega pomena. Ena izmed oblik organizacije je ploska oziroma ploščata organizacijska struktura. Le-to v novejši raziskavi omeni Maze (2013). Ta je namreč ena glavnih točk v ureditvi za izvajanje boljše komunikacije in procesa za sprejemanje odločitev pri zaposlenih. Poleg tega omogoča tudi lažji dostop do udeležbe pri strateškem razvoju.

Glede na hiter razvoj potek dela v zdravstveni negi zaostaja. Razlog je v izbiri modela pri delitvi dela, na katerega v veliki meri vpliva hierarhija. Sama izbira modela pa ni enostavna. Upoštevati se morajo spremembe pri izvajalcih, pacientih, napredek v medicini, informacijski tehnologiji in ne nazadnje tudi spremembe v financiranju (Maze, 2013).

Prisotnost hierarhične strukture v slovenskem prostoru v svoji raziskavi omeni tudi Kramar (2016). Največ je napisanega zgolj o teoretičnem pristopu medicinskih sester pri izbiri modela delitve dela v zdravstveni negi, sledijo pa raziskave o uporabnosti modelov v različnih okoljih izvajanja le-te. Raziskano je tudi zadovoljstvo medicinskih sester pri delitvi dela in organizacijski kulturi ustanove. Domača in tuja strokovna literatura se ne razlikujeta preveč, saj so modeli delitve dela v zdravstveni negi predstavljeni enako.

2.5.1 Modeli delitve dela v zdravstveni negi in izbira le-teh

V diplomskem delu smo rezultate pregleda literature razdelili v pet kategorij, ki se med seboj tesno povezujejo. Glede na zgodovinski razvoj modelov si lažje predstavljamo odločitve pri delitvi dela v zdravstveni negi danes. Vodje, ki smo jih omenili v kategoriji 3 s poimenovanjem Vpliv vodenja na zdravstveno nego, se odločajo za en model delitve dela, ki pa ga zaradi kakovosti, znanja in kompetenc medicinskih sester, ki smo jih predstavili v kategoriji 2, kombinirajo z drugimi modeli. Pri tem ne smemo pozabiti na znanje, vizualizacijo, kompetence medicinskih sester in v pacienta usmerjeno zdravstveno nego, ki smo jih omenili kot posamezne kode omenjene kategorije. Na vse to pa vpliva tudi organizacijska struktura v zdravstvenih organizacijah in delovno okolje, predstavljeno v kategoriji 4. Omenjeno seveda močno vpliva tudi na vodje. Tu smo kot ključne kode izpostavili skupinsko reševanje težav, spodbujanje s strani vodij, različne oblike vodenja, kar vodi v izboljšave in posledično večje zadovoljstvo zaposlenih. Glede na širok spekter ljudi v procesu zdravstvene obravnave smo v diplomskem delu posvetili zadnjo, 5. kategorijo, starostnikom kot pomembnemu delu zdravstvene nege in oskrbe. Skupino starostnikov smo izpostavili zaradi njihove ranljivosti, večje dovzetnosti za komplikacije pri zdravljenju in predvsem kot naraščajočo skupino prebivalstva.

Namen diplomskega dela je bil dosežen. Ugotovili smo, da je vrsta prilagoditev in kombinacij modelov delitve dela pripomogla k uskladitvi spreminjajočih se vlog ter različnih kompetenc medicinske sestre. Pri tem mora biti izbira modela delitve dela strateška orientacija v organizaciji. Sestavljena mora biti iz strukture, procesa in izidov. Poleg tega pa mora biti uporabna v prihodnosti ter osnovana na znanstvenih dokazih. Ko upoštevamo vse navedene točke, moramo razviti model in ga oživeti. Le-ta nam služi kot osnova pri ocenjevanju, planiranju, organiziranju, opisu delovnih mest, pri naboru in razvoju osebja ter pri raziskavah. Izbran model je na oddelku kasneje povezan s poslanstvom, vizijo, strategijo in cilji organizacije. Je tudi del organizacijske strukture (Maze, 2013). Omenjeno vključuje timsko naravnane modele, pri katerih je pomembno sodelovanje in delitev dela. To vpliva tudi na boljšo oskrbo pacienta, boljši izid zdravljenja in nižjo mortaliteto. Večje je tudi zadovoljstvo zaposlenih, zaposlovanje novih in obstoj že zaposlenih delavcev, manjše število bolniških odsotnosti ter večji poudarek na timske duhu in boljšemu vzdušju pri delu (Fernandez, et al., 2012).

Vse več dokazov kaže na povezanost organiziranosti zdravstvenih delavcev in izidom zdravljenja pacienta. Kljub temu nekatere raziskave v zadnjem desetletju še vedno kažejo na to, da medicinske sestre opravljajo delo pod neugodnimi organizacijskimi pogoji. Te zajemajo organizacijo osebja, dela in delovno okolje. Vodje se pri izbiri modela delitve dela pogosto ne strinjajo z literaturo, saj menijo, da teorija tu ni vedno v skladu s prakso. Ključne ugotovitve kažejo na to, da so kadrovski parametri na spodnjih skrajnih mejah distribucije povezani z višjimi stopnjami neugodnih rezultatov. Predlagano je torej zaposlovanje bolj izobraženega osebja za izboljšanje obravnave pacienta, ki se najbolj kaže v funkcionalnem modelu zdravstvene nege (Dubois, et al., 2013). Kljub temu je pri medicinskih sestrah, ki raje celostno obravnavajo pacienta, funkcionalen model manj priljubljen. Zaradi opravljanja istih nalog vedno znova postanejo zdolgočasene in frustrirane. S strani pacientov ni najbolj priljubljen zaradi konstantne zamenjave osebja pri opravljanju različnih nalog. Nobena medicinska sestra se jim ne posveti v celoti, vendar samo opravi svojo nalogo.

Model funkcionalne zdravstvene nege torej zarisuje delo v povezavi s kompetencami posameznika, da opravlja naloge za večje število pacientov (Blasko, 2014). Kljub pomanjkljivostim, ki jih navajajo tako tuji kot tudi domači (Maze, 2013) avtorji, je

funkcionalni sistem zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah še vedno prisoten. Če znanje in kompetence povežemo s timskim delom, je le-ta v primerjavi z individualnim zagotovo boljša izbira. To se kaže v sposobnosti članov tima, različnih vrstah znanj, v ustvarjalnosti posameznika, izobrazbi in v njegovih izkušnjah. To spodbudi tudi ostale člane tima k večji ustvarjalnosti. Pomembno je poudariti, da je zaradi različnosti članov težko ustvariti tim, kjer bodo vsi člani idealni in vedno pripravljeni sodelovati (Roter, 2009). Tim namreč običajno skrbi za 10 do 15 pacientov, pri tem pa je vključen tim treh do petih medicinskih sester (Maze, 2013). Zaradi vedno večjih naročil, nalaganja dela, pomanjkanja časa in premalo zaposlenih se velikokrat odnosi v timu skrhalo. Pri tem pa je pomembna vloga vodilnih ljudi, da tim ponovno poveže skupaj (Roter, 2009).

Kramar (2016) v svoji raziskavi ugotavlja, da se v zadnjih letih krepi zavedanje pomena izobraževanja s področja vodenja, kakovosti in komunikacije. Tudi Kutney-Lee, et al. (2016) so raziskovali odnos medicinskih sester pri skupnem opravljanju dela do pacientov. Raziskava je pokazala, da se medicinske sestre, ki svoje delo opravljajo bolj timsko, manj pritožujejo nad neugodnimi razmerami na delovnem mestu, kot tiste, katerih ustanove timskega dela ne podpirajo. Avtorji z raziskavo poudarjajo pomembnost timskega dela, ki temelji na nekakšni skupnosti. Ta naj bi bil v pomoč tako osebju kot tudi pacientom. Maze & Plank (2012) primerjata timsko delo s skupino ljudi na avtobusu. Cilj nekaterih udeležencev je priti do zelenega kraja, vmes je prisotnih več postaj, torej tudi več krajev, drugim pa je lahko le cilj vožnja z avtobusom ali pa tudi kaj drugega. Pri tem ne gre za tim, temveč samo za skupino individualnih oseb. S tovrstnimi skupinami se velikokrat srečujemo, ker navadno ne vemo, kdo bo v tej skupini prisoten. Avtorji pa kljub temu pravijo, da je bistveno pri timu, da ima skupen cilj, ki ga želimo doseči. Običajno pa so pri tem pogledi in poti za dosego cilja različni. Primer je recimo tim zdravstvene nege, katerega skupni cilj je pomoč pacientu k samostojnosti. Tu člani tima niso naključni in tudi delujejo ne individualno. Dobro se poznajo, si zaupajo in delujejo povezano. Kljub temu Maze (2013) v svojem delu izpostavi demokratično vodenje, pri katerem imajo člani tima veliko avtonomije pri izvajanju nalog, čeprav jih povezuje skupna odgovornost. Vodja, ki tim vodi, mora zbrati informacije, spodbujati mora izmenjavo mnenj, prepoznavati težave in ugotavljati, kdaj je najbolj primeren trenutek za reševanje le-teh, da bi prišli do skupne odločitve. Pomembna lastnost, ki jo vodja mora imeti, je občutljivost in dovzetnost za morebitne razlike v timu, zato je izbira vodenja izrednega pomena (Maze & Plank, 2012). Avtorji obenem pravijo, da glede organizacije

timskega dela ločimo tri oblike: multidisciplinarni tim, interdisciplinarni tim in transdisciplinarni tim. V zdravstvu običajno govorimo o zdravstvenem timu oziroma timu zdravstvene nege. Imenujemo ga monodisciplinarni tim, ker ga sestavljajo strokovnjaki enega strokovnega področja. Je multidisciplinarna skupina strokovnjakov, v katerem vsak s svojega strokovnega področja pomaga pri reševanju problemov.

Blasko (2014) dopolni naše ugotovitve na področju raziskovanja modela celostne obravnave pacienta – total patient care. Navaja, da se zadovoljstvo medicinskih sester s tem modelom delitve dela v zdravstveni negi po mnenju medicinskih sester razlikuje. Nekaj jih model pohvali, češ da jim dovoljuje, da se celostno osredotočijo na pacienta, na drugi strani pa nekaterim ni všeč zaradi tega, ker menijo, da izgubljajo čas z intervencijami, ki bi jih lahko opravilo osebje z manj kompetencami. Model celostne obravnave pacienta imajo najraje zdravniki, ker komunicirajo samo z eno sestro, ki je seznanjena z vsemi informacijami o pacientu. Navaja, da sta zaradi uporabe modela s strani diplomiranih medicinskih sester izboljšani varnost in oskrba pacienta. Maze (2013) pri tem modelu izpostavi predvsem pomembnost kompetenc diplomiranih medicinskih sester in uporabo modela, ker delo zahteva visoko mero izkušenj (npr. intenzivna terapija).

Naše ugotovitve lahko primerjamo z raziskavo avtorjev Mattila et al., (2014), ki so raziskovali primarni model zdravstvene nege. Le-ta je stroškovno bolj učinkovit od timske oblike oskrbe pacientov. Pri primarnem modelu zdravstvene nege medicinske sestre skrbijo bolj celostno za pacienta, kar pomeni manj administrativnega dela, torej manj osebja s področja administracije. Zaradi slabše učinkovitosti modela, ki zaradi 24-urne odgovornosti skoraj ne more zagotoviti odgovornosti primarne medicinske sestre izven delovnega časa, je presenetljivo, da so ga smatrali za zelo uporabnega par desetletij. Poleg tega se neučinkovitost kaže tudi v delu, saj lahko precej nalog opravi tudi manj izobraženo osebje. Kadra namreč ni potrebno sestaviti samo iz diplomiranih medicinskih sester (Maze, 2013). Pomembno je seveda zavedanje, da izbira modela ni samo dodeljevanje pacientov medicinskim sestram, temveč osredotočenost na pacienta. Omenili so, da ima primarni model kljub navedenim pomanjkljivostim zgoraj pozitiven učinek na nosečnice pred in po porodu. Pacientkam omogoči zadovoljstvo in boljše poporodno okrevanje. Na drugi strani medicinskim sestram poda večjo odgovornost in avtonomijo. Mattila et al. (2014) obenem navajajo, da je primarni model ne samo finančno bolj prijazen bolnišnicam, temveč tudi družini in svojcem. Izbira

modela delitve dela v zdravstveni negi je po navedbah avtorjev Bienkowska-Gibbs, et al. (2015) zelo težka. Premalo je dokazov o učinkovitosti vsakega modela posebej, zato pravijo, da je težko izbrati en model, ki bo ustrezal vsem spektrom obravnave pacienta in konec koncev tudi osebjem, ki bi ga uporabljala. Izbira modela se od organizacije do organizacije razlikuje. Pomembno je zavedanje, da se izbire modela delitve dela ne more poenotiti. Vsaka organizacija na primarni, sekundarni ali terciarni ravni izbere model oziroma kombinacijo modelov, ki ji najbolj ustreza. Po navedbah avtorjev je primerjava med državami glede izbire posameznega modela zelo težka. Politika, kultura, ekonomija, pričakovanja glede zdravstva in drugačno zaposlovanje ter število razpoložljivega kadra so v vsaki državi malo drugačni.

Dodatni modeli delitve dela v zdravstveni negi so po naših, slovenskih in tujih ugotovitvah tudi zelo dobra ter učinkovita naložba organizacije. Eden izmed teh je koordiniranje primera - case management. Tu imajo zdravstvene organizacije možnost izvajanja kakovostnih in tudi stroškovno učinkovitih storitev ne glede na področje, kjer delujejo, ali finančne vire, ki jih imajo na voljo. Ima izredno fleksibilno strukturo. Omogoča prepoznavanje, koordinacijo in nadziranje dela služb, ki so potrebne pri doseganju zelenih izidov zdravstvene nege pri pacientih v določenem časovnem obdobju (Maze, 2013). Avtorica obenem pravi, da je model primeren predvsem pri homogeni populaciji, ki vsebuje veliko število pacientov, ki imajo enako diagnozo. Priporočljivo je, da je na oddelku sprejetih več kot 50 % enako diagnosticiranih pacientov. Zaradi tega je case management v veliko pomoč na internističnem področju. Pacienti so tu pogosto starejši, težje zadovoljujejo svoje potrebe, pogosto pa tudi pride do neželenih dogodkov v času hospitalizacije. Podaljšana hospitalizacija in zapleti za bolnišnico pomenijo tudi višje stroške in povečano rabo virov. Posledica je težko planiranje obravnave takih pacientov, zato sta izbira in raba modela tu zelo dobrodošla. Model koordiniranja se uporablja tudi v kirurgiji in pri pacientih po zaključenem akutnem zdravljenju. V vseh primerih uporabe modela lahko koordinator primera prispeva k boljši finančni uspešnosti, izboljšanju kakovosti in tudi doseganju bolj učinkovitih kliničnih izidov. Koordinator primera je lahko diplomirana medicinska sestra, ki ima temu primerne izkušnje. Spremlja, sledi napredku od sprejema do odpusta in odpravlja neskladja s pričakovanim potekom nekje od 10 do 15 pacientov (Maze, 2013). Naše ugotovitve in ugotovitve avtorice lahko primerjamo z delom Marnetoft (2015), ki pravi, da so interesi po modelu case management čedalje večji. Sam model celo poudari, kako pomembno je vzpostaviti dober, zanesljiv odnos med medicinsko sestro, pacientom in okoljem, v katerem pacient živi. Skozi

rehabilitacijski proces mora koordinator odpusta mobilizirati pacienta za samostojno delovanje v svojem domačem okolju. Pri tem pa mora poskrbeti, da mu pri tem zdravstvena ustanova še vedno pomaga.

Poleg modela koordinacije primera kot dodatnega modela delitve dela v zdravstveni negi je vse pogostejši tudi model geriatrične rehabilitacije zdravstvene nege. Dobra gerontološka zdravstvena nega namreč temelji na z dokazi podprtih intervencijah, se individualizira na pacientove posebnosti in njegove osebne situacije, kot so recimo potrebe po informacijah, ki pacientu pomagajo pri sprejemanju odločitev, ko je le-ta obravnavan (Skela Savič, et al., 2010). Kavšek (2015) navaja, da gerontološka literatura izvajalce oskrbe deli v dve veliki skupini: v formalne in neformalne izvajalce oskrbe starejših. Politična odgovornost je tu predvsem naravnana v smeri določanja države blaginje kot izvajalke formalne oskrbe. Na drugi strani pa so za neformalno oskrbo odgovorni predvsem posamezniki oziroma njihovi družinski člani. Torej, storitve formalne oskrbe zagotavljajo organizacije in institucije, storitve neformalne pa družinski člani ali pa drugi posamezniki, ki so povezani z oskrbovancem. Formalna oskrba je v rokah strokovnjakov, ki jih ustanove in organizacije zaposlujejo, gre torej za delovni proces, kjer morajo posamezniki upoštevati delovne predpise. Predpisov, na drugi strani, izvajalci neformalne oskrbe ne rabijo upoštevati. Večina onemoglih starejših ljudi se poslužuje formalne dolgotrajne oskrbe, v obliki institucionalnega varstva. Sicer lahko rečemo, da bosta glede na porast življenjske dobe ljudi v Sloveniji in tudi v drugih evropskih državah formalna ter neformalna oblika oskrbe starejših izredno aktualni še naprej (Kavšek, 2015).

Zdravstvena nega na tem področju zahteva veliko več kot samo izobraževanje in znanje medicinskih sester. potrebna je namreč tudi zavzetost zdravstvene organizacije do geriatrične populacije. Medicinske sestre imajo na tem področju ključno vlogo v promociji zdravja in tudi pri zagotavljanju socialnega blagostanja starejših. Tu ni mišljena samo direktna oskrba, temveč tudi vključevanje medicinskih sester v politične razprave v zvezi z zdravstvom in socialno oskrbo starostnikov (Skela Savič, et al., 2010).

Naše temeljne ugotovitve lahko primerjamo z raziskavo avtorjev Pimenta Lopes Ribeiro, et al. (2016), ki ugotavljajo, da se zdravstvene organizacije soočajo z veliko izzivi. Izpostavimo lahko kvalitetno izvajanje zdravstvene nege s strani medicinskih sester. To področje zahteva

veliko raziskovanja z željo, da bi uporabljali najboljše modele delitve dela za najbolj kakovostno izvajanje zdravstvene nege. V raziskavi torej ugotavljajo, da je uporaba modelov delitve dela najbolj primeren način dela v zdravstveni negi, ki vodi medicinske sestre k profesionalizmu. Konstantno raziskovanje in razvijanje modelov delitve dela v zdravstveni negi je torej izrednega pomena tako za medicinske sestre kot tudi za paciente. Avtorji navajajo, da izboljšujejo zdravstveno stanje pacientov, preprečujejo komplikacije in zvišujejo splošno zadovoljstvo pacientov. S strani medicinskih sester gre dobra izbira modela z roko v roki z izboljšano komunikacijo, avtonomijo, timskim delom in dobrim managementom ter povezanostjo z zdravstveno organizacijo, v kateri delajo.

Načrtovanje samih kadrov naj bi bilo delo vodje oziroma proces, skozi katerega so organizacijski cilji preneseni na zaposlene. Sistem naj bi temeljil na stalnem strokovnem, delovnem in osebnostnem razvoju kadrov. Omogočati mora tudi optimalno izrabo potencialov v skladu z razvojnimi načrti, potrebami delavcev in njihovimi potenciali. V pomoč organizaciji je seveda načrtovanje kadrov, saj mora vsaka organizacija imeti ustrezno število zaposlenih na določenih mestih z ustrezno izobrazbo. Pri organizaciji igra glavno vlogo vodja, ki mora tudi samo dobro znati organizirati delo in biti v pomoč članom tima, da se tudi sami dobro organizirajo za doseganje zastavljenih ciljev. Ko ima vodja na razpolago primerno osebje, se mora posvetiti še ustvarjanju dobrega delovnega ozračja, ki blagodejno vpliva na odprto komuniciranje, sodelovanje in zaupanje v timu (Rešetič, 2009). Avtorica omeni tudi razlike med vodjo in managerjem. Očitne so že razlike v nalogah, ki jih opravljata, in področjih, na katerih delujeta. Predstavi pet ključnih nalog vodje, ki zajemajo dober zgled sodelavcem z vrednotami, kot so čast, spoštovanje in dolžnost. Motivirati jih mora z odličnostjo in močnim prepričanjem, za katerim stoji. Sledi izbira ciljev in pričakovanj, ki jih zastavi skupaj s sodelavci. Ustvariti mora uspešno delovno okolje, ko pa posel steče, mora poskrbeti, da stvari res potekajo tako, kot morajo. Tu je pomembna komunikacija. Na koncu pa mora izbrati še pravo obliko vodenja glede na nalogo. Odločitev o izboru ustreznih vodij v zdravstvu namreč ni enostavna. Zgoraj omenjene teoretične lastnosti vodij lahko primerjamo z delom Maze (2013), v katerem pravi, da naši vodje niso ustrezno pripravljene za vodenje in prevzemanje odgovornosti za delovne rezultate. Vzrok je namreč v pomanjkanju šol s tega področja in izobraževalnih programov. Vodenje je še vedno nekako zastarelo.

Glede na zgoraj omenjeno komunikacijo Vrhovec (2015) naše teorije in teorije drugih avtorjev zavrže. V svoji raziskavi namreč dokazuje, da komunikacija ni najbolj pomembna za dobro organizacijo dela. Vodilne medicinske sestre so kot najbolj pomembne ocenile osebnostne lastnosti vodje in odnose med zaposlenimi. Glede na to avtorica vseeno navaja podatke, ki pravijo, da mora komunikacija potekati v obe smeri, saj je vseeno ena pomembnejših komponent. Vodilne medicinske sestre v omenjeni raziskavi pravijo, da svoje delo dobro opravljajo, ocenjujejo se tudi kot dobre poslušalke in sogovornice, medtem ko vodene medicinske sestre rahlo nasprotujejo. Pravijo tudi, da pri svojem vodenju uporabljajo demokratični način in delno liberaren, pri čemer vodene medicinske sestre omenjajo tudi avtorski način vodenja. Mnenja se v anketi razlikujejo. Glede na želje vsakega vodje, da bi svoje vodene pripeljalo do zastavljenih ciljev, mora biti vodenje zasnovano na zaupanju, komunikaciji, medsebojnih odnosih in ne nazadnje na dobrem sodelovanju v timu, česar si seveda v anketi želijo tako vodilne kot tudi vodene medicinske sestre.

Na splošno Salem, et al. (2016) pravijo, da so zadovoljne medicinske sestre bolj predane organizaciji, kjer delajo. Če so medicinske sestre zadovoljne s svojim delom, bodo imele tudi bolj pozitiven odnos do službe. Raje ostajajo v istih organizacijah, če le dobijo vračilo za svoje delo, kar seveda zajema dobro delovno okolje. Zadovoljne medicinske sestre torej predstavljajo profit za organizacijo, kjer je posledica dobro opravljeno delo. Managerji in vodje morajo poskrbeti za ustrezno delovno okolje in posledično zadovoljstvo svojih zaposlenih. Avtorji omenijo nagrajevanje, ki zaposlene motivira pri delu. Poleg nagrajevanja se lahko poslužujejo tudi z različnimi programi, izobraževanji, napredovanjem in seveda s samim delovnim okoljem in pogoji dela.

Po drugi strani lahko vodje in vodenje primerjamo z managerji ter managementom. Maze (2013) navaja, da je tu ključna naloga obvladovanje organizacije kot instrumenta in skupnosti interesov. Osredotoča se predvsem na obvladovanje finančnih stanj in tokov v inoviranju, trženju in proizvodnji organizacije. Poleg tega tudi obvladuje zaposlene, vendar bolj kot delovno silo, kot vire, ki so potrebni za dobro delovanje organizacije. Management je v bistvu planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji. Za razliko od nalog vodje so naloge managerja planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje. Manager se mora soočiti s problemi in poiskati ustrezne ljudi, ki se bodo z njimi soočili ter jih rešili.

Glede na zgoraj omenjene delitve dela, vodenje in predstavitev managerskega dela je pomembno izpostaviti tudi kompetence. Naše predpostavke s svojim delom potrди tudi Ličen (2016), ki pravi, da se v zdravstveni negi srečujemo z mnogimi različnimi konceptualnimi interpretacijami kompetenc. Te interpretacije zajemajo behavioristični, holistični in splošni vidik. Pri prvem je delo predvsem osredotočeno na opravljanje nalog, ki temeljijo na veščinah. Tu je doseganje kompetenc odvisno od posameznikovega dožemanja in zadovoljstva pri izvedbi določene naloge. Drugi, holistični pristop, opredeljuje kompetence kot posameznikove osebne lastnosti, ki so bistvene za učinkovito izvajanje dela ter predstavljajo temelj pri prenosu veščin, kar privede do kakovostne zdravstvene nege. Splošni pristop pa opredeljuje kompetence kot širok nabor zmožnosti posameznika, ki so lahko uporabljene v različnih situacijah in specifičnih področjih. Kar se tiče kompetenc v slovenskem prostoru, se z omenjeno problematiko srečujemo že več kot 20 let, pravi avtorica. Kljub temu temeljijo na dokumentu Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi. Za opravljanje reguliranega poklica, kot je poklic medicinske sestre, pa je potrebno izpolnjevati z zakonom ali drugimi predpisi določene pogoje oziroma imeti določene kvalifikacije. Univerzalne poklicne kompetence primerjamo lahko tudi s tujino, z državami, kjer je zdravstvena nega najbolj razvita. Samo delo v zdravstveni negi glede na kompetentnost smejo opravljati samostojno diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, diplomirana babica/babičar, po končanem najmanj triletnem študiju ali 4600 ur trajajočem študiju s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem (Maze & Plank, 2012). Avtorji pri tem povedo tudi, da mora kompetenca odsevati znanje, presojo, razumevanje, niz veščin in tudi niz osebnih lastnosti in drž.

Povzamemo lahko, da je v pacienta usmerjena in timsko usmerjena, profesionalna kolaborativna zdravstvena nega kot nekakšno igrišče današnjim bolnišnicam. Meje so nekako odstranjene, knjige pravil znova napisane. Nekaj, kar pa se ni spremenilo, je izjemna pomembnost vodje pri motiviranju svojega tima. Prav tako je cilj, s pomočjo kompetenc in pripomočkov izvajalcem, še vedno enak, kot je bil nekoč. Zdravstvena nega še vedno temelji na najboljši oskrbi pacienta (Anon, 2013).

2.5.2 Omejitve raziskave diplomskega dela

Kot glavno omejitev raziskovanja lahko izpostavimo premajhno število znanstvenih člankov v polnem besedilu, saj ocenjujemo, da je veliko število le-teh plačljivih. Menimo, da bi morala biti dostopnost boljša, saj bi s tem širili znanje s področja modelov delitve dela v zdravstveni

negi. Zaradi plačljivosti se število pregledov zagotovo zmanjša. Prav tako je bilo veliko dostopnih člankov starejših od deset let, zato jih pri pregledu nismo uporabili. Prav tako so bili zadetki za uporabljene ključne besede preobsežni. Pri vrednotenju ustreznosti člankov so nas omejevala navodila za pripravo diplomskega dela in hierarhija dokazov, ki smo jo uporabili. Menimo, da bi bilo potrebno pregledati več tuje znanstvene literature, kar bi podalo kakovostnejšo primerjavo tujega in domačega prostora. Prav tako bi s kvalitetnejšimi raziskavami lahko prišli do bolj točnih rezultatov.

2.5.3 Doprinos diplomskega dela za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovanje

Diplomsko delo je zelo pomembno za prakso, saj smo ugotovili, da brez modelov delitve dela v zdravstveni negi le-ta sploh ne more delovati oziroma ne deluje profesionalno ter učinkovito. Ključnega pomena je seveda dobro vodenje in izbira same strukture organizacije ter dela, kar pripomore h kvaliteti, zadovoljstvu osebja ter uporabnikov zdravstvenih storitev.

Ugotavljamo, da bi bilo potrebno nadaljnje raziskovanje na tem področju, saj razvoj teorije v današnjem času temelji na dokazih, ki jih ugotovimo s kliničnega, praktičnega področja, česar pa v analizi ne ugotavljamo. Eden izmed rezultatov analize kaže na potrebo po večjem številu kvalitativnih raziskav osebja s pomočjo intervjujev, vprašalnikov in naključnega opazovanja, saj bi le tako ugotovili ter izbrali model, ki je dejansko učinkovit v praksi. Osebje samo je glavni vir poročanja učinkovitosti posameznih modelov, edino tako dobimo odgovore iz prve roke.

3 ZAKLJUČEK

Modeli delitve dela v zdravstveni negi vsekakor pripomorejo k bolj kakovostnemu in profesionalnemu delu. Njihova uporaba zagotavlja bolj strukturiran pristop pri intervencijah ter osebo omogoči boljši stik s pacientom. Zagotovo je izbira samega modela, ki je primeren za oddelek, zelo težka, kar vodi do dobrega vodje, ki se z omenjenim sooči. Pri izbiri modela so ključnega pomena poznavanje tima in njegovih članov, komunikacija, poslušanje, dobri odnosi ter povezovanje teorije in prakse. Pomembno je, da se teoretični opis modela delitve dela ustrezno prenese v prakso v kliničnem okolju. Velikokrat je namreč potrebna kombinacija modelov, saj so nekateri preveč ozko usmerjeni ali pa celo zastareli. V diplomskem delu smo velikokrat omenili timsko delo, saj je to danes eden najbolj uporabljenih modelov v kliničnem okolju. Seveda ima prednosti in slabosti, vendar menimo, da je dandanes praktično najbolj učinkovit. V praksi se velikokrat uporablja kombinacija modelov, zgolj zaradi različnih osebnosti članov tima. Menimo, da mora imeti vodja veliko znanja s tega področja, po drugi strani pa mora oceniti tudi, kako tim najbolje opravlja svoje delo. Modeli delitve dela v zdravstveni negi se bodo zagotovo še razvijali. Od primarnega do timskega pa vse do tistih, ki še ne obstajajo. Hierarhija, sodelovanje in razlikovanje osebnosti ljudi, ki opravljajo poklic zdravstvene nege, so vse bolj pisani. Pomembno pa je tudi zavedanje o čedalje večji izobraženosti kadra, ki pripomore k lažji izbiri modela delitve dela v zdravstveni negi. Zanimivo je primerjanje današnje in zgodovinske uporabe modelov, vendar smo mnenja, da mora tudi uporaba le-teh iti naprej z napredkom današnjega časa.

4 LITERATURA

Albert, N.M. & Siedlecki, S.L., 2008. Developing and implementing a nursing research team in clinical setting. *Journal of nursing administration*, 38(2), pp. 90-96.

Anon, 2013. *Interprofesional collaborative practice in healthcare. Getting Prepared, Preparing to Succeed.* [pdf] Elsevier. Available at: https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/184050/Elsevier-Collaborative-Care-White-Paper-Final_June-2016.pdf [Accessed 14 March 2018].

Blasko, R., 2014. *Care coordination: Changing nursing care models to stay ahead of the game: master's degree.* Pittsburgh: University of Pittsburgh, Faculty of Department of Health Policy and Management.

Bienkowska-Gibbs, T., King, S., Saunders, C.L. & Henham, M. L., 2015. *New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS.* [pdf] Rand corporation. Available at: file:///C:/Users/PETRA/Downloads/RAND_RR1181.pdf [Accessed 17 March 2018].

Curtis, A.E., Vries de, J., Sheerin, F.K., 2011. Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing*, 20(5), pp. 206-309.

Čebulj, J., 2015. *Organizacijska kultura v zdravstveni negi: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Dubois, C.A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M. & Blais, R., 2013. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), pp. 110-117.

Elwyn, G., Deblendorf, C., Epstein, R.M., Marrin, K., White, J. & Frosch, D.L., 2014. Shared decision making and motivational interviewing: Achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of family medicine*, 12(3), pp. 270-275.

Fernandez, R., Johnson, M., Thuy Tran, D. & Miranda, C., 2012. *Models of care in nursing: a systematic review*. [pdf] International journal of evidence-based healthcare. International journal of evidence-based healthcare. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-1609.2012.00287.x> [Accessed 14 March 2018].

Kavšek, K., 2015. *Dolgotrajna oskrba starejših: diplomsko delo*. Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici.

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič, B., 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.

King, A. & Long, L., 2014. Effectiveness of team nursing compared with total patient care on staff wellbeing when organizing nursing work in acute care ward settings: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(1), pp. 59-73.

Kožuh, B. & Vogrinc, J., 2011. *Obdelava podatkov*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Körner, M., Writz, M.A., Bengel, J. & Göritz, A.S., 2015. Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Services Research*, 15(243), pp. 1-12.

Kragelj, J., 2010. *Organizacijska kultura zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnici: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Kramar, J., 2016. *Kompetence medicinskih sester vodij in uvajanje sodobnih oblik organiziranosti: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Kutney-Lee, A., Germack, H., Hatfield, L. & Kelly, S., 2016. *Nurse Engagement in Shared Governance and Patient and Nurse Outcomes*. The journal of nursing administration. [pdf] Available at: http://banyanmed.com/images/pdf/Nurse_Engagement_in_Shared_Governance_and_Patient.12.pdf [Accessed 06 July 2018].

Ličen, S., 2016. *Identifikacija, opredelitev in presoja možnosti vpeljave univerzalnih poklicnih kompetenc medicinskih sester v stroko zdravstvene nege v Sloveniji: doktorska disertacija*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.

Marnetoft, S.U., 2015. Case management. Vodenje primera. *Rehabilitacija Ljubljana*, 14(1), pp. 5-10.

Mattila, E., Pitkänen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A. & Aalto, P., 2014. The effects of the primary nursing care model: A systematic review. *Journal of nursing & care*, 6(3), pp. 2-12.

Maze, H., 2013. *Organizacija dela v zdravstveni negi (skrpita)*. [pdf] Visoka zdravstvena šola v Celju. Available at: http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/ORGANIZACIJA_DELA_V_ZDRAVSTVENI_NEGI_99ZB2.pdf [Accessed 07 July 2018].

Maze, H., 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Maze, H. & Plank, D., 2012. *Zdravstvena nega in raziskovanje. Skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013*. [pdf] Visoka zdravstvena šola v Celju. Available at: http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Skripta_ZN2012-13_3646Z.pdf [Accessed 11 July 2018].

Ngozi Amanchukwu, R., Jones Stanley, G. & Prince Ololube, N., 2015. A review of leadership theories, principles and styles and their relevance to educational management. *Scientific & academic publishing*, 5(1), pp. 6-14.

Pimenta Lopes Ribeiro, O.M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M.M. & Rizzato Tronchin, D.M., 2016. Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Journal of Nursing Referência*, 10(4), pp. 125-133.

Ramšak Pajk, J., 2011. Znanje – temelj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 320-333.

Rešetič, J., 2009. *Faktorji uspešnosti dela medicinskih sester: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Roter, B., 2009. Prednosti in slabosti timskega dela. In: D. Plank, ed. *10. strokovno srečanje: Uspešnost in učinkovitost v zdravstveni negi – izziv današnjega časa. Celje, 1. oktober 2009*. Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 60-65.

Salem, O.A., Fatma, M.B. & AL-Mugatti, H.M., 2016. Relationship between nurses job satisfaction and organizational commitment. *journal of nursing and health science*, 5(1), pp. 49-55.

Skela Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 322-223.

Skela Savič, B., 2016. *Navodilo za pripravo diplomskega dela, ki temelji na pregledu literature*. [pdf] Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Available at: [http://www.fzab.si/uploads/file/126_01_Navodilo_za_pripravo_diplomskega_dela_pregled_literature_22062016\(1\).pdf](http://www.fzab.si/uploads/file/126_01_Navodilo_za_pripravo_diplomskega_dela_pregled_literature_22062016(1).pdf) [Accessed 11 September 2018].

Skela Savič, B., Zurc, J. & Hvalič Touzery, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 89-100.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.

Studen, N., 2017. *Timsko delo v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Skinder Savič, K., 2013. *Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Tsai, Y., 2011. Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11(1), pp. 3-9.

Vrhovec, A., 2015. *Vpliv komunikacije in vodenja na uspešnost organizacije v zdravstveni negi*. [pdf] Srednja zdravstvena šola Celje. Available at: <http://web.sc-celje.si/simpozij/wp-content/uploads/2015/10/Vrhovec-Anamarija-Vpliv-komunikacije-in-vodenja-na-uspesnost....pdf> [Accessed 16 July 2018].