



ORGANIZACIJA DELA V ZDRAVSTVENI NEGI (SKRIPTA)

mag. Hilda Maze
Celje, marec, 2013

Naslov publikacije:
Organizacija dela v zdravstveni negi (skripta)

Avtor:
Hilda Maze

Izdaja:
2013

Ime in sedež založnika:
Visoka zdravstvena šola v Celju
Mariborska cesta 7, 3000 Celje

Nosilec avtorskih pravic:
Hilda Maze

Spletna lokacija publikacije:
<http://www.vzsce.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

005.7:616-083(075.8)(0.034.2)

MAZE, Hilda

Organizacija dela v zdravstveni negi [Elektronski vir] : (skripta) / Hilda Maze. - El. knjiga.
- Celje : Visoka zdravstvena šola, 2013

ISBN 978-961-6889-04-9 (pdf)

266379776

KAZALO

1	ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	1
1.1	MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE	1
1.2	ZDRAVSTVENI SVET	1
1.3	RSK - RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJI	2
1.4	ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI	2
1.5	ZDRAVSTVENA NEGA IN GOSPODARSKA KRIZA	4
2	ZGODOVINA ORGANIZACIJE	8
2.1	ZNANSTVENI MANAGEMENT	8
2.2	UPRAVNA ALI ADMINISTRATIVNA ŠOLA	9
2.3	BIROKRATSKI MODEL	10
3	TEORIJA ORGANIZACIJE IN ORGANIZIRANJE	12
3.1	TEORIJA TRANSAKCIJSKIH STROŠKOV	12
3.2	OPREDELITEV ORGANIZACIJE	14
3.3	STRUKTURNA RAZSEŽNOST ORGANIZACIJE	14
3.3.1	PLOŠČATA ORGANIZACIJSKA STRUKTURA – SKUPNO VODENJE	16
3.3.2	PREDLOG MODELA SKUPNEGA VODENJA	19
3.4	PROCESNA RAZSEŽNOST ORGANIZACIJE	23
3.4.1	PROCES	23
3.5	ORGANIZACIJSKE SPREMENLJIVKE	25
3.6	SLABOSTI V ORGANIZACIJI	25
4	MANAGEMENT	28
4.1	PLANIRANJE	28
4.2	ORGANIZIRANJE	29
4.3	KONTROLA	29
4.4	VODENJE	30
4.4.1	STILI VODENJA	31
4.4.2	OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI VODJE	34
4.4.3	VODENJE V ZDRAVSTVENI NEGI	37
5	MOTIVACIJA	41
5.1	MOTIVACIJSKE TEORIJE	41
5.2	MOTIVACIJA IN NAGRAJEVANJE	43
6	ODLOČANJE	45
6.1	NAČINI, RAVNI, VRSTE IN KAKOVOST ODLOČANJA	45
6.2	ODLOČANJE V ZDRAVSTVENI NEGI	47
7	MODELI DELITVE DELA V ZDRAVSTVENI NEGI	49
7.1	IZBIRA MODELA	49
7.2	VRSTE MODELOV	51
7.2.1	FUNKCIONALNI MODEL ZDRAVSTVENE NEGE	51
7.2.2	TIMSKI MODEL ZDRAVSTVENE NEGE	51
7.2.3	MODEL CELOVITE ZDRAVSTVENE NEGE	52
7.2.4	MODEL PRIMARNE ZDRAVSTVENE NEGE	52
7.2.5	KOORDINIRANJE PRIMERA – CASE MANAGEMENT	53
7.2.6	KOORDINATOR ODPUSTA	55

7.2.6	INOVATIVNI MODELI IZVAJANJA ZDRAVSTVENE NEGE	57
7.3	POTEK DELA IN OBREMENTVE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE	58
8	PLANIRANJE KADRA.....	62
8.1	IZHODIŠČA IN PODLAGE ZA IZDELAVO KADROVSKIH STANDARDOV.....	62
8.2	SISTEMIZACIJA DELOVNIH MEST.....	67
8.3	ABSENTIZEM	68
8.4	FLUKTUACIJA	69
9	IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ V ZDRAVSTVENI NEGI	71
9.1	UČEČA ORGANIZACIJA	71
9.2	VSEŽIVLJENJSKO IZOBRAŽEVANJE	71
9.3	KOMPETENCE IN SPOSOBNOSTI.....	74
9.4	KARIERNI RAZVOJ MEDICINSKIH SESTER.....	75
9.5	MATRIKA ZNANJA.....	76
9.6	STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE 2011 -2020 – PRIDOBIVANJE ZNANJA.....	77
10	PREOBLIKOVANJE ORGANIZIRANJA ZDRAVSTVENE NEGE80	
10.1	DEJAVNIKI VPLIVA NA PRENOVO MODELA	80
10.1.1	VIZIJA.....	81
10.1.2	POSŁANSTVO.....	82
10.1.3	CILJI	82
10.2	MAGNET BOLNIŠNICE	83
11	IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH.....	88
11.1	AKREDITACIJA IN CERTIFIKACIJA	89
12	IZBOLJŠEVANJE PROCESOV V ZDRAVSTVU.....	92
12.1	NEUČINKOVITOSTI IN IZGUBE V ZDRAVSTVU	92
12.2	IZBOLJŠEVANJE PROCESOV V ZDRAVSTVU	92
12.3	VITKA METODOLOGIJA	93
12.3.1	PROCES IN PRINCIPI VITKE METODOLOGIJE	94
12.3.2	STANDARDNA ORODJA VITKE METODOLOGIJE.....	96
12.3.3	APLIKACIJA VITKE METODOLOGIJE V ZDRAVSTVO.....	101

KAZALO SLIK

Slika 1 :Umestitev zdravstvene nege in medicinskih sester v zdravstveni sistem.....	4
Slika 2: Ploščata organizacijska struktura zdravstvene nege	16
Slika 3:Skupno vodenje zdravstvene nege	18
Slika 4:Skupno vodenje in koordiniranje dejavnosti zdravstvene nege – prenos informacij.....	22
Slika 5: Shematski prikaz procesa zdravljenja.....	24
Slika 6: Higieniki in motivatorji	42
Slika 7: Kompetence vodij v zdravstveni negi.....	76
Slika 8: Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje modela organiziranja zdravstvene nege	80
Slika 9: Magnet model	85
Slika 10: Zapis vrednostnega toka storitve.....	95
Slika 11: Špageti diagram	99

KAZALO TABEL

Tabela 1: Skupine, vrste in značilnosti odločitev	46
Tabela 2: Kategorije zahtevnosti ZN glede na kategorije	63
Tabela 3: Primerjava plana kadra med MKS in ZZS	64
Tabela 4: Matrika znanja	77
Tabela 5: Razlike med tradicionalno in vitko organizacijo	93
Tabela 6: Vpliv vitke proizvodnje v industriji.....	94

1 ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

1.1 MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Ministrstvo za zdravje opravlja naloge, ki zadevajo:

- zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje;
- zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni;
- spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva ter pripravo in izvajanje programov za krepitev zdravja;
- ekonomske odnose v zdravstvu in naloge, vezane na ustanoviteljstvo javnih zdravstvenih zavodov v skladu z zakonom;
- zdravstvene ukrepe ob naravnih in drugih nesrečah;
- varstvo prebivalstva pred boleznimi odvisnosti;
- varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi in HIV okužbami;
- zdravstveno ustreznost živil v smislu kakovosti hranilne sestave ter higienske ustreznosti živil in pitne vode zaradi preprečevanja kemičnega, biološkega in radiološkega onesnaženja in vodenje politike prehranjevanja prebivalcev;
- proizvodnjo, promet in preskrbo z zdravili in medicinskimi potrebščinami;
- proizvodnjo in promet s strupi in mamili;
- zdravstveno ustreznost predmetov splošne uporabe;
- zdravstveno-ekološke probleme okolja, kjer je vpliv na človeka neposreden;
- probleme, ki zadevajo pitno vodo, kopalne vode, zrak, tla in vibracije;
- ravnanje z odpadki z vidika varovanja zdravja prebivalcev;
- varstvo človeka pred ionizirajočimi in neionizirajočimi sevanji v bivalnem in delovnem okolju;
- pogoje za jemanje in presajevanje delov človeškega telesa;
- oblikovanje in izvajanje mednarodnih sporazumov o socialni varnosti (<http://www.mz.gov.si>).

Ministrstvo za zdravje opravlja naloge na naslednjih področjih:

- javno zdravje,
- zdravstveno varstvo,
- zdravstvena ekonomika.

1.2 ZDRAVSTVENI SVET

Zdravstveni svet je najvišji usklajevalni in posvetovalni organ ministra za zdravje. Oblikuje vsebino zdravstvenih programov s stališča njihove izvedljivosti, enakomernega razvoja vseh strok in načela enake dostopnosti. Od razširjenih strokovnih kolegijev (RSK) lahko zahteva, da strokovno doktrino prilagodijo ekonomskim možnostim države ali da predlagajo izvajanje programov po prioritetah in v omejenem obsegu. Zdravstveni svet sestavljajo predstavniki zdravstvenih strok, zdravstvene ekonomike in organizacije zdravstvenega varstva. Član zdravstvenega sveta je tudi vsakokratni predsednik Strateškega sveta za zdravstveno in babiško nego.

Poleg predlogov RSK, Zdravstveni svet obravnava tudi predloge drugih predlagateljev, kadar ti predlogi vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva, s tem pa na zdravstveno politiko in financiranje zdravstvenega varstva. Kadar predlagatelji novih zdravstvenih programov in storitev niso RSK, mora predlog pred obravnavo na Zdravstvenem svetu najprej pridobiti mnenje ustreznega RSK.

Zdravstveni svet sam ne določa strokovne vsebine zdravstvenih programov in storitev, pač pa lahko pri predlogih, ki jih obravnava, zahteva dopolnitve in dodatna strokovna mnenja.

Zdravstveni svet ima tudi naslednje naloge, ki jih določa zakon o zdravstveni dejavnosti:

- Obravnava kadrovske in delovne normative in poklicne strokovne standarde v zdravstveni dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe;
- Potrjuje kazalce kakovosti in druga merila ter postopke za ugotavljanje in zagotavljanje kakovosti zdravstvenega varstva;
- Potrjuje merila za akreditacijo zdravstvenih zavodov in zasebnikov;
- Obravnava spremembe vsebine študijskih programov Medicinske fakultete in drugih zdravstvenih šol.

1.3 RSK - RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJI

RSK so najvišji strokovni organ na posameznem področju, ki usklajuje predloge klinik, strokovnih združenj in zbornic, visokošolskih zavodov, zdravstvenih zavodov ter posameznih strokovnjakov.

Oblikujejo strokovno doktrino o krepitvi zdravja, preprečevanju, ugotavljanju, zdravljenju, zdravstveni negi in rehabilitaciji zbolelih, poškodovanih in oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Posamezen RSK je najvišje in avtonomno strokovno telo določene stroke, ki je pri svojih odločitvah zavezano dosežkom znanosti, strokovno preverjenim metodam in razvoju stroke, upošteva javni zdravstveni interes.

Oblikujejo se pri klinikah, inštitutih in drugih zdravstvenih zavodih, ki jih določi minister za zdravje na predlog klinik, strokovnih združenj in visokošolskih zavodov, ki izvajajo programe za zdravstvene delavce. RSK sestavljajo svetniki, višji svetniki, fakultetni učitelji in drugi priznani strokovnjaki na področju zdravstvenega varstva.

Strokovne predloge RSK, ki vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva ter s tem tudi na zdravstveno politiko in financiranje zdravstvenega varstva, obravnava in potrjuje Zdravstveni svet kot najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva (<http://www.mz.gov.si>).

1.4 ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI

Organizacijo zdravstvene nege v Sloveniji sestavljajo:

- Medicinska sestra na Ministrstvu za zdravje;
- Strateški svet za zdravstveno in babiško nego;

- RSK za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje;
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

RSK za zdravstveno nego

RSK za zdravstveno nego (RSKZN) je najvišje in avtonomno strokovno telo dejavnosti zdravstvene in babiške nege, ki je pri svojih odločitvah zavezano dosežkom v znanosti, strokovno preverjenim metodam in nenehnemu razvoju stroke. RSKZN lahko za obravnavo posameznih vprašanj ustanovi delovne skupine ali pa povabi k sodelovanju druge strokovnjake. Člane imenujejo vsak po eno tretjino in sicer: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zbornica – Zveza in Zdravstvena fakulteta v Ljubljani ter Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Sekretarka za zdravstveno nego na Ministrstvu za zdravje

Je medicinska sestra, ki na Ministrstvu za zdravje koordinira dejavnost zdravstvene nege (pripravništvo, strokovni izpiti, nostrifikacije diplom,..). Informira organizacije in organe v zdravstveni negi o aktualnih dogajanjih v zdravstveni politiki, ter sodeluje z mednarodnimi organizacijami.

Strateški svet za zdravstveno in babiško nego

Vloga strateškega sveta je v tem, da ministrstvu svetuje pri sistemu organizacije, finančnih normativih in pri oblikovanju zakonodaje za področje zdravstvene nege.

Zbornica zdravstvene nege

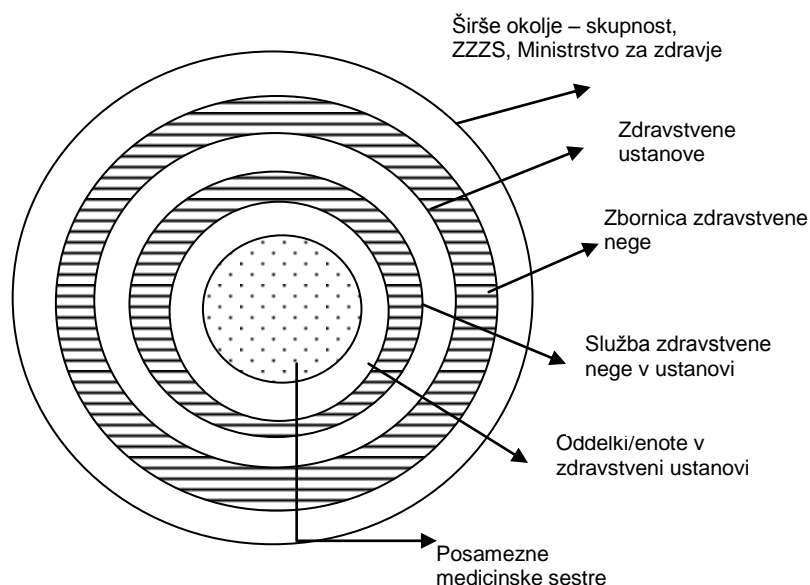
Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je strokovno, nevladno in nepridobitno združenje v Republiki Sloveniji, ki združuje preko 16.000 članic in članov – medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Povezuje se v organizacijo, ki šteje enajst regijskih strokovnih društev ter strokovno deluje v enaintridesetih strokovnih sekcijah (www.zbornica-zveza).

Z združevanjem v skupno organizacijo Zbornico - Zvezo, ki predstavlja enovito strokovno in reprezentativno telo izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, si prizadevajo zagotavljati sodobno, kakovostno ter varno zdravstveno in babiško nego za vse prebivalce Republike Slovenije ter ščititi strokovne interese članic in članov (www.zbornica-zveza).

Medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, ki delujejo v Zbornici - Zvezi, so vključeni v Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), Mednarodno konfederacijo babic (ICM) in v Evropsko federacijo združenj medicinskih sester (EFN) ter tako sodelujejo v globalnih prizadevanjih za najboljšo zdravstveno oskrbo prebivalcev sveta in vplivajo na zdravstvene politike (www.zbornica-zveza).

Iz spodnje slike je razvidna umestitev zdravstvene nege in medicinskih sester v sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji

Slika 1 :Umestitev zdravstvene nege in medicinskih sester v zdravstveni sistem



1.5 ZDRAVSTVENA NEGA IN GOSPODARSKA KRIZA

Vse od nastopa svetovne finančne krize v letu 2008, Evropska federacija združenj medicinskih sester, spremlja njene učinke tako na medicinske sestre kot zdravstveno nego. Rezultat je očiten:

- Več kot polovica članic združenja poroča o zmanjšanju dohodkov, zamrznitvi dohodkov in povečanju brezposelnosti pri medicinskih sestrah;
- Več kot tretjina članic poroča, da kriza vpliva na kakovost zdravstvene nege in varnost pacientov;
- Več kot četrtina članic poroča o odpuščanju medicinskih sester ter nadomeščanju medicinskih sester z manj izobraženimi delavci (EFN, 2012).

Ključno sporočilo 34 članic Evropske federacije združenj medicinskih sester je:

- Spomniti – zdravje in produktivnost gresta z roko v roki!
- Predlagati – vlaganja v zdravje državljanov Evrope vodi do konjunkturo/dviga ekonomije in zagotovi sredstva za pot iz recesije!
- Opozoriti – če ne bomo ukrepali, bo kriza vodila k neenaki in nepravilni izključitvi tisoče žensk s trga dela!
- Poudariti – zavarovati medicinske sestre, zavarovati ženske, zavarovati zdravje (EFN, 2012)!

V nadaljevanju so podana kratka poročila o vplivu gospodarske krize na medicinske sestre in zdravstveno nego po posameznih članicah združenja (EFN, 2012):

Avstrija:

- Že na začetku gospodarske krize so se zmanjšala sredstva za javno zdravstvo in izobraževanje, kar je pomenilo, da ni bilo več denarja za medicinske sestre s specializacijo;
- Bolj so zaposlovali manj izobražene delavce;
- Nova vlada je za leto 2010 planirala 2000 novih delovnih mest za medicinske sestre;
- V letu 2011 je bilo čutiti pomanjkanje medicinskih sester s specializacijo;
- Kljub temu, da pacienti ne poročajo o napakah, obstajajo dokazi, da napake medicinskih sester naraščajo;
- Zaskrbljujoče je dejstvo, da politiki poskušajo degradirati zdravstveno nego v celotnem zdravstvenem sistemu.

Bolgarija:

- Medicinske sestre zapuščajo državo, ker imajo ekstremno nizke osebne dohodke (padec iz 350€ na 220 € v letu 2009);
- Zaprli so veliko manjših bolnišnic, nekaj so jih preoblikovali v zdravstvene centre, delo je izgubilo 200 medicinskih sester;
- V bolnišnicah trenutno še ne nadomeščajo medicinskih sester z manj izobraženimi profili;
- Medicinske sestre se ne morejo pohvaliti z visoko kakovostjo zdravstvene nege, zaradi premajhnega števila zaposlenih, nizke plače in motivacije.

Danska:

- Posledice gospodarske krize se kažejo v zmanjševanju števila zaposlenih, zapiranju bolnišnic (predvsem zasebnih) in oddelkov;
- Nezaposlenost med medicinskimi sestrami, ki so zaključile izobraževanje je 25% in še narašča;
- Zaposlitev si medicinske sestre iščejo na Švedskem.

Finska:

- Zaprli so veliko manjših zdravstvenih enot;
- Zmanjšanje denarja za zdravstvo ima negativen vpliv na čakalne dobe, večja se število ljudi na čakalnih listah;
- Zaradi pomanjkanja zdravnikov nekatere naloge opravljajo medicinske sestre, predvsem na primarnem nivoju.

Nemčija:

- Takoj na začetku krize je mnogo medicinskih sester izgubilo delo, kar je pripeljalo do pomanjkanja kadra;
- Čutijo čedalje večje pritiske in večje delovne obremenitve zaradi pomanjkanja medicinskih sester;
- Finančni pritiski v zdravstvenem sistemu naraščajo, ker vlada ni uspešna z reformo zdravstva in zdravstvenega zavarovanja;
- V letu 2011 se je brezposelnost zmanjšala.

Grčija:

- V letu 2009 se je začelo zgodnje upokojevanje medicinskih sester, na 5 upokojenih lahko zaposlijo eno;
- Novo zaposlovanje je zamrznjeno;
- Dohodek se je zmanjšal za 40%, davki so se povečali za 30%;
- Bolnišnice ne morejo plačevati dobaviteljem;
- Tretjina diplomiranih medicinskih sester je po diplomi 3 do 4 leta brezposelna;
- Pacienti se pritožujejo nad kakovostjo, stroški in čakalnimi listami;
- Na ministrstvu za zdravje ni predstavnice medicinskih sester, kar še poslabšuje njihovo situacijo.

Irska:

- V letu 2009 so dali moratorij na zaposlovanje, delo je izgubilo 4000 medicinskih sester, 1200 medicinskih sester po diplomi ni dobilo dela, zmanjševali so število postelj in zapirali bolnišnice;
- Leta 2010 se je situacija še poslabšala, prišlo je do zmanjšanja dohodkov v javnem sektorju, pri medicinskih sestrah 5-10 %, izgubo izmenskega dodatka in nadur;
- 1000 upokojenih medicinskih sester/babic v letu 2011 ni bilo nadomeščenih;
- Posledice se kažejo v večjih delovnih obremenitvah zaposlenih, povečanju čakalnih dob, čakanju na urgenci, večjem tveganju pri varnosti zdravstvene obravnave;
- Veliko medicinskih sester je emigriralo v Veliko Britanijo, ZDA in Avstralijo.

Italija:

- V letu 2009 niso nadomeščali upokojenih medicinskih sester;
- Zapirajo posamezne oddelke in cele bolnišnice;
- Kljub temu, da bolonjski proces nudi možnosti za bolj izobražene medicinske sestre, bolj slabo kaže, ker le te ne dobijo dela;
- Za delo preko delovnega časa ne dobijo plačila;
- Naraščajoče delovne obremenitve vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe, poleg tega pomanjkanje medicinskih sester in zmanjševanje stroškov vodi k dramatičnemu zmanjšanju števila bolniških postelj. To je zelo zaskrbljujoče, ker istočasno ni poskrbljeno za ustrezno nego pacientov na domu.

Romunija:

- Leta 2010 so zmanjšali dohodke v javnem sektorju za 25%;
- Istočasno je ministrstvo za zdravje odobrilo odprtje novih delovnih mest predvsem na področju intenzivnih oddelkov, urgence in radiologije – zaposlili so 750 ljudi;
- Bolnišnice zahtevajo od ministrstva plačilo zdravil in ostalega potrebnega materiala;
- Pogosto se zgodi, da morajo pacienti sami kupiti zdravila med zdravljenjem v bolnišnici;

- V letu 2011 so plače medicinskih sester narasle za 15%, na žalost se je enako povečal tudi davek, zapirajo njihova delovna mesta.

Literatura:

EFN – European Federation of Nurses Associations. Caring in Crisis. The Impact of the Financial Crisis on Nurses and Nursing. A Comparative Overview of 34 European Countries. January 2012: 1-42.

Zbornica – zveza. Osnovni podatki o organizaciji. Dostopno na <http://www.zbornica-zveza.si/Predstavitev.aspx> (20.4.2012).

Ministrstvo za zdravje. Dostopno na (<http://www.mz.gov.si>) (20.4.2012).

Zdravstveni svet. Dostopno na

(http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_rsk_ji/rsk_razsirjeni_strokovni_kolegiji/) (20.4.2012).

2 ZGODOVINA ORGANIZACIJE

Klasični teoretiki so postavili temelje, na katerih sloni današnje razumevanje organizacije in managementa. Kljub postopnemu prehajanju v informacijsko družbo, so njihova spoznanja še vedno pomembna in se le počasi umikajo novim managerskim konceptom in novim organizacijskim vzorcem. Za industrijsko družbo je veljalo prepričanje, da so si interesi delavcev in delodajalcev vedno nasprotni in nezdržljivi. Eni si želijo čim večji dobiček, drugi čim večji zaslužek. Znanstveni management je izhajal iz predpostavke, da so interesi lahko skupni, s tem da vsak dobi tisto, za kar je najbolj zainteresiran: delavci ustrezne plače, lastniki pa zaslužek. Kasneje je politična zgodovina industrijske družbe pokazala, da vse ni tako preprosto, saj se interesi posameznih deležnikov nikoli ne prekrivajo. Kljub temu je znanstveni management pomenil prelomnico v razvoju in organizaciji industrijske družbe.

2.1 ZNANSTVENI MANAGEMENT

Najbolj znan predstavnik šole znanstvenega managementa je bil Frederick Winslow Taylor, ameriški inženir in teoretik menedžmenta (1856 - 1916). Taylor je bil predvsem inženir, ki ga je zanimala proizvodnja in njena učinkovitost. S svojimi idejami je postavil neko ravnotežje med delavci in managementom. Delavcem je zagotovil minimalne pravice, o katerih prej še sanjati niso mogli. Navzlic temu izraz »tajlorizem« pomeni brezoseben in celo brezobziren pristop k povečanju učinkovitosti podjetja, kjer se človek pojavlja le kot partner stroju. Svoj pogled na organizacijo in management je strnil v 5 načel:

- Za načrtovanje in delovanje organizacije je lahko odgovoren samo management, delavci pa morajo v celoti izvrševati zadane naloge.
- Z uporabo znanstvenih (merljivih) metod je vedno možno najti najboljši način za izvajanje določene naloge in delovanje celotne organizacije.
- Z znanstvenimi metodami je možno izbirati in skrbeti za delavce, kar je pomenilo, da je potrebno delavce izbirati po zaželenih značilnostih, kasneje pa jih je potrebno za posamezna dela tudi izobraževati (to je bila velika revolucija v načinu razmišljanja in odnosu do delavcev).
- Finančne spodbude ali nagrade delavcem bistveno prispevajo k dvigu produktivnosti. Taylor je trdil, da je določanje organizacijske strukture le polovica dela managerja, druga polovica je zagotoviti, da bodo delavci delali v skladu z določeno strukturo.
- Managerji si morajo razdeliti pristojnosti. Predvsem za tiste na operativni ravni je zahteval določeno vrsto specializacije po določenih funkcijah. Iz tega je izpeljal koncept, da ima lahko delavec več nadrejenih managerjev, glede na funkcijo, ki jo ta manager opravlja. Ta ideja je zamrla s Fayolom, vendar se je začela vračati v najsodobnejših organizacijskih konceptih, kot so matrične in virtualne organizacije (Bavec, 2004).

Zelo znan je primer, ki ga navajajo skoraj vsi učbeniki iz organizacije. Taylor je leta 1898 analiziral delovanje železarne Bethlehem Steel, kjer je vsak delavec dnevno naložil 12,5

ton materiala. Ugotovil je, da bi z bolj racionalnim gibanjem delavcev, uporabo ustreznih naprav in pravilnem vrstnem redu opravil, lahko vsak delavec naložil 47,5 ton dnevno. Izdelal je tudi sistem finančnih spodbud in sicer tako, da je vsakemu delavcu, ki je izpolnil novo normo, povečal dnevno plačo od 1,15\$ na 1,85\$. Produktivnost železarne je čez noč močno poskočila. Taylor s je s tem vpisal v zgodovini managementa.

Kritike Taylorjeve teorije se nanašajo predvsem na odpuščanje delavcev in določanje norme z najboljšimi delavci ter na to, da je tako kot drugi pojmoval delavca kot del dobro naoljenega stroja.

Taylorjevim ugotovitvam je sledila vrsta znanstvenikov. Zakonca Gilbreth sta proučevala delitev dela na delovna opravila in določitev potrebnih časov, z namenom izločiti vsa nepotrebna opravila, vse do najmanjših gibov. Gantt je preučeval časovno zaporedje opravil in v ta namen ustvaril prikaze, ki so po njem imenovani gantogrami. Njegova spoznanja so uporabili v Fordovih tovarnah in s tem omogočili proizvodnjo na montažnih linijah. Na ta način so povečali učinkovitost in zmanjšali stroške, tako, da je avtomobil postal dostopen mnogim, ne le najbogatejšim (Rozman in Kovač, 2012).

2.2 UPRAVNA ALI ADMINISTRATIVNA ŠOLA

Henry Fayol (1841 – 1925) je predstavnik upravno organizacijske šole organizacije, ki se je ukvarjala z organizacijo kot celoto. Je utemeljitelj managementa in sodobne organizacijske misli. Opredelil je 5 temeljnih elementov managementa: načrtovanje, organiziranje, ukazovanje, koordinacijo in nadzor.

Prav tako je opredelil temeljne funkcije vsakega podjetja: upravna, tehnična, komercialna, finančna, računovodska in varnostna.

Glavne ugotovitve uspešnega managementa je zaokrožil v 14 načelih managementa, ki naj bi jih managerji in delavci upoštevali pri svojem delu (Rozman in Kovač, 2012):

- delitev dela (večja kot je delitev, večja je produktivnost),
- avtoriteta in odgovornost (avtoriteta zahteva odgovornost za posledice ukazov),
- disciplina (delavci spoštujejo pravila in ukaze),
- enotnost ukazovanja (vsak delavec lahko sprejema ukaze le od enega nadrejenega),
- enotnost usmerjanja (podobne aktivnosti je potrebno združiti pod enim managerjem),
- podrejanje individualnih interesov splošnim interesom (delavci morajo svoje interese podrežati skupnim interesom organizacije),
- nagrajevanje osebja (delavci za delo pošteno plačani),
- centralizacija (odločitev v kolikšni meri sprejemajo odločitve nadrejeni in koliko jih prepustijo podrejenim),
- skalarno načelo – hierarhična linija avtoritete (komuniciranje sledi hierarhični verigi),
- red (delavci in delovna sredstva ob pravem času na pravem kraju),
- pravičnost (managerji so poštene in pravični do delavcev),

- stalno osebje (managerji in delavci morajo čim dlje ostati na istem delovnem mestu in se tako specializirati, da lahko delo opravljajo optimalno),
- iniciativa (zahteva od managerjev nove zamisli in njihovo izvedbo),
- duh skupnosti (nenehna graditev medosebnih odnosov).

Fayol je bil prepričan, da ta pravila veljajo za vse tipe organizacij in za vse okoliščine v katerih delujejo. S tem je tudi potrdil osnovno prepričanje klasične teorije organizacije, da obstaja neka optimalna ali idealna organizacija, ki je skupna vsem združbam. Fayol velja za začetnika vede o managementu, kljub temu, da je delavca še vedno obravnaval kot del dobro naoljenega stroja, namesto katerega razmišljajo nadrejeni (Rozman in Kovač, 2012).

2.3 BIROKRATSKI MODEL

Max Weber (1864 – 1920) je bil najvidnejši predstavnik takrat izjemno liberalne smeri, ki je zagovarjala stališče, da je osnovni cilj vsake združbe učinkovito doseganje svojih ciljev. To pomeni, da se mora organizirati na najboljši možni način in zaposlovati ljudi, ki so za določene naloge najboljši. Podrejeni ne bi smeli biti prepuščeni nadrejenim na milost in nemilost, kar se je v tistem času pogosto dogajalo. To se lahko doseže le z vnaprej opredeljenimi pravili, funkcijami ter pristojnostmi posameznih delovnih mest, ne glede na to kdo jih zaseda. Še danes so njegova temeljna pravila značilnost birokratskih organizacij:

- V organizaciji se mora vzpostaviti sistem pravil (zakonov), ki ga morajo spoštovati vsi pripadniki združbe, ne glede na svoj položaj.
- Organizacija je zasnovana na sistemu abstraktnih pravil, ki se nanašajo na določene postopke in situacije, v katerih se lahko znajde združba.
- Pri izvajanju funkcije nadrejenosti je potrebno upoštevati ta pravila in se tako izogniti samovolji posameznikov.
- Podrejenost ne pripada določeni nadrejeni osebi, temveč formalnemu položaju, ki ga ta oseba zaseda.

Max Weber je tako kot Fayol zagovarjal stališče, da mora biti v dobri organizaciji vse znano in predpisano vnaprej. Prav tako kot njegovi predhodniki, je postavil principe, ki se jih mora držati uspešen management:

- Delitev dela (določitev organizacijskih enot ali nalog posameznikov);
- Hierarhija avtoritete (določitev razmerja nadrejenosti ali podrejenosti);
- Formalizacija organizacije (določitev vseh pravil, ki zagotavljajo učinkovito organizacijo, neodvisno od tega, kdo zasede določeno delovno mesto);
- Dokumentiranje organizacije (vsa pravila pomembna za delovanje organizacije morajo biti zapisana);
- Izbor in napredovanje delavcev mora biti odvisen od njihove sposobnosti (objektivnost pri napredovanju po hierarhični lestvici in preprečevanje samovolje vodilnih delavcev);
- Ločevanje zasebnega življenja od dela v organizaciji.

Veliko elementov birokratske organizacije se je kasneje preneslo tudi v poslovno okolje, vendar se je poslovni management vedno raje držal izvornih Fayolovih načel, ki so sicer podobna birokratskim, le da niso nikoli bila tako stroga in neomajna.

Danes ima izraz »birokratska organizacija« sicer negativen predznak, kljub temu pa je potrebno poudariti, da je bil ta model v tistem času pravzaprav revolucionaren in učinkovit. Omogočil je delovanje državnih in velikih poslovnih sistemov, ki so bili potrebni za razvoj industrijske družbe. Webrov koncept je bil veliko bolj human, kot so bile organizacije v tistem času, saj zaposleni niso bili prepuščeni samovolji nadrejenih, poleg tega pa so pridobili pravico do zasebnega življenja, ki ni bilo povezano s službo.

Weber je trdil, da je birokracija najboljša oblika za preprečevanje korupcije, nepoštenosti in despotizma, kar je bilo značilno za takratne državne in poslovne organizacije.

Literatura:

Bavec C. Izbrana poglavja iz sodobne teorije organizacije – Klasična teorija organizacije (nelektorirana delovna verzija). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; marec 2004. Dostopno na

http://www.visjales-mb.org/visja_students/skriptarna/vse_skripte/skripte_pred/skripte/steblovnik_z/BAVEC_gradiva/KLASICNA%20TEORIJA%20ORGANIZACIJE.pdf (12. 4. 2012).

Rozman R, Kovač J. Management. Ljubljana: GV Založba; 2012.

3 TEORIJA ORGANIZACIJE IN ORGANIZIRANJE

3.1 TEORIJA TRANSAKCIJSKIH STROŠKOV

Teorija transakcijskih stroškov poskuša razložiti zakaj podjetja obstajajo, zakaj rastejo in zakaj nekatere svoje dejavnosti prenesejo na okolje. Teorija predpostavlja, da podjetja poskušajo zmanjšati stroške z izmenjavo virov z okoljem, in da po drugi strani poskušajo zmanjšati birokratske stroške izmenjave v podjetju. Transakcijski stroški nastanejo, ko se izdelek ali storitev prenese preko posameznih tehnoloških vmesnikov. Teorija transakcijskih stroškov, pogojenih s tržnimi menjavami, temelji na naslednjih dejavnih: oportunistično vedenje, omejena smotrnost, tveganje, negotovo okolje in sredstva.

Oportunistično vedenje je odklon od vedenjskih predpostavk in vključuje laganje, krajo in goljufanje. Na splošno je povezano z nepopolnimi informacijami, nasploh tistimi, ki so posledica dejanj namenjenih zavajanju druge strani pri izmenjavi. Teorija transakcijskih stroškov ne predpostavlja, da so vsi nosilci ekonomskega delovanja vedno vedejo oportunistično, opozarja pa na to, da je težko ugotoviti, kdo je nagnjen k takemu obnašanju, zato to dejstvo povzroča stroške (Mihelčič, 2011). Ustrezna organizacijska sestava zmanjšuje stroške oportunističnega obnašanja, s čimer se povečajo stroški obvladovanja.

Omejena smotrnost pomeni, da tisti, ki se vključujejo v ekonomske transakcije, težijo k čim večji smotrnosti le do neke meje. Problem je v tem, da ti nosilci ekonomskega delovanja, enostavno ne vidijo vseh možnih posledic v menjalnih razmerjih. Vzroki se nahajajo v nepopolni informiranosti, zaradi česar vedno ne najdejo najbolj optimalnih rešitev. Dejstvo je, da bolj urejena razmerja znotraj podjetja, vodijo k večji smotrnosti. V kolikor dve strani vstopata v neko transakcijo, pričakujeta, da bosta z njo nekaj pridobili oziroma bo vse v najslabšem primeru ostalo tako kot je bilo prej. Če pa se že vnaprej kaže, da bo ena stran nekaj izgubila, v transakcijo ne bo vstopala prostovoljno.

Transakcijske stroške sestavljajo fiksni in variabilni stroški. V empiričnih študijah transakcijski stroški niso direktno merjeni (Wang, 2003). Poleg tržnih transakcijskih stroškov nastajajo tudi tisti, ki niso vezani na trg kot npr. izguba virov zaradi čakanja, pridobivanje dovoljenj za posel, podkupljivost uradnikov,... (North, 1987, cit. po Wang, 2003). Mihelčič (2011) pravi, da so v praksi transakcijski stroški, ki so posledica predvsem notranje organizacije združb in zato lahko obravnavani kot organizacijski stroški izbranih organizacijskih ureditev, navzlic svojemu pomenu še vse pre pogosto vključeni v analiziranje zelo ohlapno. Njihovo natančnejše merjenje in prav tako primerjanje bi bilo potrebno z vidika izbire med trgom in podjetjem oziroma različnimi organizacijskimi ureditvami v podjetju. Člani skupine lahko ob enakih stroških ustvarijo več s sodelovanjem eden z drugim kot pa z ločenim delovanjem (Mihelčič, 2011). Vsekakor to zahteva več medsebojnega prilagajanja, kar zaradi predvidenega boljšega rezultata obenem pomeni večjo vzpodbudo za vse sodelujoče. Seveda se s tem, ko se večja število sodelujočih, večja možnost, da se bo našel kdo, ki se bo vsaj malo želel izogniti delu. Prav zato so potrebni določeni mehanizmi za nadzor (npr. elektronska

registracija delovnega časa) ali za merjenje usposobljenosti in posameznih faz delovnega procesa (npr. notranja presoja izvedbe postopkov po negovalnih standardih).

Hierarhično organizirane združbe v iskanju skladnosti med sestavami in procesi uporabljajo različna koordinacijska orodja:

1. **Neposreden nadzor**, pri katerem koordinacijo dosežemo tako, da ena oseba daje drugim ukaze in navodila, za vsako stopnjo delovnega procesa.
2. **Standardizacija posameznih stopenj delovnega procesa**, kjer dosežemo koordinacijo s podrobnim opisom stopenj procesa, katere morajo opraviti zaposleni na medsebojno povezanih nalogah (delovna navodila, negovalni standardi).
3. **Standardizacija usposobljenosti in znanja**, kjer so različna dela usklajevana na podlagi usposobljenosti pridobljene z urjenjem, v katerega so bili posamezniki vključeni (V bolnišnici Celje kontinuirano izvajamo izobraževanja in usposabljanja za diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice, ki so zaključile šolanje po bolonjskem sistemu za izvajanje zahtevnejših postopkov v zdravstveni negi, kot npr. aplikacija transfuzije. Preden diplomirana medicinska sestra/babica samostojno aplicira transfuzijo, jo mora najprej 10x izvesti pod vodstvom mentorja. Proces je dokumentiran. Sledi teoretičen in praktičen preizkus znanja pred 3 člansko komisijo).
4. **Standardizacija učinkov**, kjer dosežemo koordinacijo z natančnim določanjem izidov različnega dela.
5. **Standardizacija pravil**, kamor sodijo pravila, s katerimi določamo delo, orodje nadzora, veljavna običajno za celotno združbo, tako da vsakdo deluje v skladu z istimi prepričanji (npr. Organizacijsko navodilo za osebno urejenost na delovnem mestu).
6. **Vzajemno prilagajanje**, pri katerem dosežemo koordinacijo s preprostim procesom neformalnega komuniciranja med dvema izvajalcema.

Ta orodja predstavljajo načine, na podlagi katerih lahko člani združb drug drugemu posredujejo znanje in pričakovanja.

Dobra organizacija mora (Williamson,1985, cit. po Mihelčič 2011) zajeti koordiniranje, komuniciranje in motiviranje, česar pa ni mogoče doseči brez kadrov, ustrezne tehnologije in tehnike. Notranja organizacija podjetij posredno ali neposredno tekmuje z zunanjo (trgom in strateškimi povezavami), kar pa žal ne velja za vse združbe (npr. javni zavodi). V kolikor želimo doseči večjo kakovost organizacije združbe, moramo torej zmanjšati transakcijske stroške delovanja znotraj združbe. Dobra organizacija prinaša velike poslovne koristi. Zgrešena organizacija prinaša nepotrebne transakcijske stroške. Velik vpliv na transakcijske stroške ima tudi zgled nadrejenih, način uporabe njihove moči ter stopnja njihove učinkovitosti pri posredovanju informacij.

3.2 OPREDELITEV ORGANIZACIJE

Organizacija dela se lahko opredeli kot zavestna človekova dejavnost, ki usklajuje vse dejavnike (materialne in osebne) proizvodnje, da bi se dosegli optimalni rezultati dela izvajalcev (Novak 1974, cit. po Ivanko 2005). Za doseganje optimalne proizvodnje pa se v vsakem trenutku zahteva popolna količinska, kakovostna, časovna in prostorska usklajenost vseh proizvodnih ustvarjalcev (ljudje s svojim znanjem in sposobnostmi, delovna sredstva in predmeti dela) (Ivanko, 2005).

Formalno organizacijo kot odprt sistem sestavlja niz medsebojno odvisnih prvin, ki delujejo medsebojno z namenom, da bi se dosegli cilji in vzdrževalo urejeno stanje stvari v izmenjavi z okoliščinami (Ivanko, 1999).

Pojem organizacije najlažje razložimo z besedo organizacija, in sicer v treh pomenih:

- v prvem pomenu organizacijo uporabimo za uporabo splošnega pojma za podjetje (zdravstveni dom, bolnišnico, dom ostarelih),
- v drugem pomenu se nanaša na organizacijo podjetja (zdravstvenega doma, bolnišnice),
- v tretjem pomenu opredeljuje organizacijo kot oblikovanje organizacije podjetja (zdravstvenega doma ali bolnišnice).

V praksi ima organizacija podjetja tri vidike, organizacijsko strukturo, procesno razsežnost in organizacijsko kulturo (Kovač, 2006). Skupni imenovalec teh treh razsežnosti je delovna naloga, ki jo morajo člani združbe opraviti s pomočjo sredstev, ki so jim na voljo, da dosežejo skupni cilj združbe na smotrni način (Rozman in Kovač, 2012).

Tako nam organizacijska struktura pomaga opredeliti, kdo, zakaj, kako in s čim nalogo opravlja. Procesi nam povedo, kdaj in kje bo delovna naloga opravljena ter kako dolgo bo to trajalo in kaj sta vložek v nalogo in rezultat izvedene naloge. Organizacijska kultura izrazi odnos članov združbe do izvajanja naloge (Rozman in Kovač, 2012).

Sodobne organizacije morajo biti hitre, fleksibilne, integrativne in inovativne. Te zahteve spreminjajo klasično podobo organizacije na več načinov:

- meje organizacije se spreminjajo in postajajo vse bolj neprepoznavne,
- prihaja do decentralizacije organizacije s prenosom pristojnosti odločanja iz enega mesta,
- vizija in skupne vrednote so element povezovanja zaposlenih.

3.3 STRUKTURNA RAZSEŽNOST ORGANIZACIJE

V organizacijski teoriji in praksi posvečajo v zadnjih desetletjih posebno pozornost organizacijski strukturi. Zato so razvili vrsto organizacijskih struktur za natančno določene namene (Vila, 1999).

Struktura je osnovna razsežnost vsake organizacije in pomeni medsebojno usklajevanje vseh tvorcev v poslovanju podjetja v smeri postavljenih ciljev in zahteva oblikovanje

določenih trajnih oblik povezav. Te so zajete v organizacijski strukturi, ki določa pravila in način izvajanja nalog, ki temeljijo na t. i. vertikalni in horizontalni diferenciaciji (Kovač, 2006), kjer horizontalna dimenzija pomeni tehnično delitev dela, vertikalna dimenzija pa integracijsko komponento. Predstavlja pa tudi urejenost, ubranost in stabilnost organizacije (Kovač, 1993).

Organizacijska struktura določa, kako se organizira delo, kdo odloča in kakšna je avtoriteta in odgovornost zaposlenih. Struktura je zemljevid za komunikacijo in poti sprejemanja odločitev (Alvater Brooks, 2003).

Kovač (1999) na podlagi opredelitev posameznih avtorjev opredeljuje organizacijsko strukturo kot:

- okvir za delitev in razporejanje nalog znotraj organizacije,
- razporejanje in povezovanje teh nalog v različne organizacijske enote na osnovi različnih kriterijev,
- delitev, razporejanje in medsebojno povezovanje poteka s pomočjo različnih oblik in mehanizmov (kriterijev delitve in združevanja, hierarhije, komunikacije, koordinacije, kontrole, itd.).

Organizacijska struktura izhaja iz ciljev in strategije podjetja in ni le mehanski seštevek delov neke celote (sistema), pač pa urejen sklop delov, ki skladno funkcionirajo (Stojković, 2005). Njena stabilnost je odvisna od določenosti osnovnih parametrov, kot so delitev dela, departmentalizacija, decentralizacija in koordinacija. Organizacijska struktura je sredstvo za doseganje ciljev (Svetic, 2005), ki jih najlaže dosežemo z upoštevanjem naslednjih načel:

- načelo preglednosti pomeni, da so zaposleni seznanjeni z organiziranostjo in razumejo njeno delovanje;
- obstoj ključne osebnosti pomeni, da mora v organizaciji obstajati ključna oseba, ki ima pristojnosti sprejemati ključne odločitve na določenih področjih;
- usklajenost med pristojnostmi in odgovornostmi je nujna za učinkovito delovanje;
- ploska organiziranost je osnova za organizacijsko učinkovitost.

V zgodovinskem razvoju organizacijskih struktur so se pojavile štiri ločnice, ki jih morajo sodobne oblike premagati, če želijo slediti razvojni naravnosti podjetja:

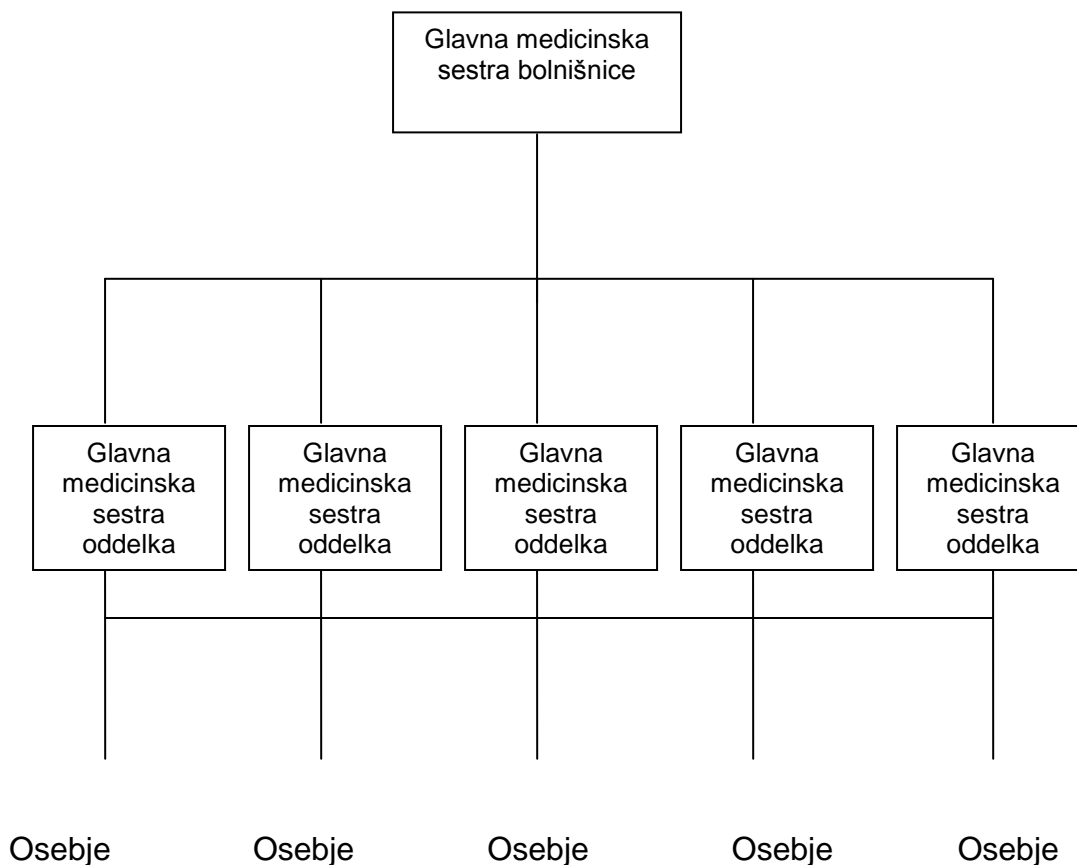
- vertikalne ločnice pomenijo hierarhijo v organizaciji, zato sodobne organizacije stremijo k zmanjševanju hierarhičnih ravni;
- horizontalne ločnice obstajajo med organizacijskimi funkcijami in enotami, pri odpravljanju teh meja mora organizacija uporabiti procese, ki zasledujejo njihov končni cilj;
- eksterne ločnice predstavljajo mejo med organizacijo in njenim okoljem, pri brisanju teh meja je najpomembnejše sodelovanje z dobavitelji ter kupci, kar vodi v večjo učinkovitost organizacije;
- geografske ločnice nastanejo, ko organizacija deluje na različnih tržiščih in državah, pri premagovanju te meje organizacije uporabljajo informacijsko tehnologijo, mobilne delovne sile in standardizacijo proizvodnje.

Evolutivni razvoj organizacijskih struktur uvaja sobivanje različnih pojavnih oblik organizacijske strukture v podjetje (Kovač, 1999). Poleg osnovne organizacijske strukture so v podjetju prisotne še različne oblike organizacijskih struktur. Drucker (2001) trdi, da je nesmiselno govoriti o obstoju ene same prave organizacijske oblike. Vsaka ima svoje jasne prednosti, jasne omejitve in jasne namene. Nobena organizacijska oblika ne more biti končna in edina rešitev. Je namreč orodje za povečanje produktivnosti ljudi pri njihovem skupnem delu. Glede na to opredelitev je posamezna organizacijska struktura primerna za določene naloge v določenih razmerah ob določenem času.

3.3.1 PLOŠČATA ORGANIZACIJSKA STRUKTURA – SKUPNO VODENJE

Ploščata organizacijska struktura je ena izmed centralnih točk v ureditvi za izvajanje bolj tekoče komunikacije in procesa sprejemanja odločitev za zaposlene (Chenoweth in Kilstoff, 2002) ter lažjega dostopa do udeležbe pri strateškem razvoju.

Slika 2: Ploščata organizacijska struktura zdravstvene nege



Vir: (Decker, Sullivan, 1997, str. 148)

Skupno vodenje (ang. shared governance) je izraz, ki se pogosto uporablja za opis ploščate strukture, ki omogoča primerno oblikovanje spreminjajočih potreb v organizaciji zdravstvene nege (Alvater Brooks, 2003). Filozofija skupnega vodenja se odraža v decentraliziranem stilu managementa, ki oblikuje okolje za pooblaščenje. Korist skupnega vodenja je v tem, da daje medicinskim sestram kolektivno odgovornost za razvoj prakse z odmikom od tradicionalnega hierarhičnega managerskega stila k bolj podpornim in manj kontrolnim vlogam managerjev. To prispeva k:

- povečanju morale,
- zadovoljstvu pri delu,
- motivaciji,
- sodelovanju zaposlenih,
- spodbujanju kreativnosti,
- podpira medosebne odnose,
- daje občutek veljave (Geogehan in Farrington, 1995, cit. po Scott in Caress, 2005).

Druge prednosti skupnega vodenja so, da izboljšuje kakovost zdravstvene nege in klinično uspešnost, poveča zaupanje zaposlenih, pomaga pri osebnem in profesionalnem razvoju, pospešuje razvoj novega znanja in spretnosti ter povečuje profesionalizacijo in odgovornost. Na makro ravni ima vpliv na pridobivanje in obstanek kadra v organizaciji (Scott in Caress, 2005). Skupno vodenje ima ugoden vpliv na prakso zdravstvene nege, saj omogoča medicinskim sestram enakovreden glas ne le v praksi, temveč v celotnem zdravstvenem sistemu (Decker in Sullivan, 1997). Njegovi principi dajejo ogrodje modela organizacijske strukture, ki povezuje organizacijske funkcije in strukture.

Slika 3:Skupno vodenje zdravstvene nege



Vir: (Maze, 2008).

Model skupnega vodenja, osnovan v obliki svetov oz. skupin na ravni zdravstvene ustanove, pospešuje udeležbo zaposlenih iz več poklicnih skupin in individualno odgovornost za sprejemanje odločitev.

Svet za zdravstveno nego ima osrednjo vlogo pri usklajevanju in koordiniranju aktivnosti posameznih svetov oziroma skupin pri zagotavljanju specifičnih organizacijskih zahtev. Člani Sveta za zdravstveno nego so:

- glavna medicinska sestra ustanove/direktorica zdravstvene nege,
- medicinske sestre specialistke za posamezna področja,
- medicinska sestra za izobraževanje,
- zdravnik,
- vodje posameznih svetov,
- predstavniki nekliničnih področij.

Število svetov se razlikuje od vrste in velikosti zdravstvene ustanove. Najpogosteje so osnovani naslednji:

- svet za izobraževanje in usposabljanje,
- svet za raziskave,
- svet za razvoj zdravstvene nege,
- svet za kakovost,
- svet za upravljanje s človeškimi viri,
- svet za prakso zdravstvene nege.

Optimalno število članov posameznih svetov je od 8 do 12. Pomembno je, da sodelujejo zaposleni z različnih strokovnih področij, različnih izobrazbenih skupin, različnih starosti, in da imajo željo za delo.

3.3.2 PREDLOG MODELA SKUPNEGA VODENJA

Za oblikovanje strukture skupnega vodenja se na podlagi pregleda literature in izkušenj predlagajo naslednji sveti:

- svet za zdravstveno nego,
- svet za prakso in razvoj zdravstvene nege,
- svet za izobraževanje in karierni razvoj,
- svet za kakovost,
- svet za informatiko.

Svet za zdravstveno nego

Člani:

- glavna medicinska sestra ustanove/pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege,
- strokovni direktor,
- koordinatorke področij,
- vodje svetov,
- medicinska sestra za bolnišnične okužbe.

Naloge:

- usklajuje in koordinira aktivnosti posameznih svetov,
- obravnava in predlaga smernice za organiziranje in izvajanje dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe pacientov,
- obravnava in predlaga kadrovske politike v skladu s politiko vodstva zavoda in daje mnenje k imenovanju vodilnih delavcev v zdravstveni negi,
- oblikuje in sprejema opise delovnih mest,
- načrtuje, razvija, oblikuje in nadzira strokovno, izobraževalno in raziskovalno dejavnost zdravstvene nege,
- sprejema standarde zdravstvene nege,
- sprejema dokumentacijo zdravstvene nege,
- oblikuje in predlaga strokovna merila za izbiro pripomočkov in materiala za zdravstveno nego,
- oblikuje predlog plana investicij v okviru planiranih sredstev za zdravstveno nego,
- daje mnenja in predloge o strokovnih zadevah, za katere ga zadolži Svet zavoda, direktor ali strokovni direktor.

Svet za prakso in razvoj zdravstvene nege

Člani:

- medicinske sestre eksperti posameznih strokovnih področij,
- medicinske sestre raziskovalke,
- zdravnik (predstavnik strokovnega področja, na katerem potekajo trenutne aktivnosti).

Naloge:

- pospeševanje prakse zdravstvene nege,
- priprava negovalnih standardov,
- uvajanje strokovnih smernic ter priprava lastnih na osnovi raziskav in iz njih izhajajočih dokazov.

Svet za izobraževanje in karierni razvoj

Člani:

- medicinska sestra za izobraževanje,
- medicinske sestre eksperti s posameznih strokovnih področij,
- zdravnik (predstavnik strokovnega področja, na katerem potekajo aktivnosti),
- predstavnik kadrovske službe za razvoj kadrov.

Naloge:

- pospeševanje znanja medicinskih sester,
- priprava in izvedba izobraževalnih programov za mentorje v zdravstveni negi ter imenovanje mentorjev,
- priprava in izvedba 4-stopenjskih izobraževalnih programov po posameznih strokovnih področjih, katerih cilj je poglobljanje znanja za lažje prerezporejanje osebja, doseganje pogojev za pridobitev licence ter horizontalno napredovanje,
- priprava in izvedba 4-stopenjskega izobraževalnega programa za vodenje v zdravstveni negi.

Svet za informatiko

Člani:

- medicinske sestre (medicinska sestra za informatiko, medicinske sestre s posameznih strokovnih področij),
- zdravnik,
- predstavnik uprave (za področje zajema podatkov in obračunavanje storitev),
- informatik,
- nestalni član – izbira odvisna od obravnavane tematike (rentgen, laboratorij, tehnične službe za oskrbo).

Naloge:

- razvoj elektronskega dokumentacijskega sistema (priprava predpisanih obrazcev v elektronski obliki za dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege, priprava elektronskih negovalnih načrtov, spremljanje izidov posameznih procesov),
- povezovanje med posameznimi elektronskimi aplikacijami,
- informacijska povezava s primarno, sekundarno in terciarno ravni,
- računalnik ob postelji (RFID tehnologija, črna koda, PAX sistem).

Svet za kakovost

Člani:

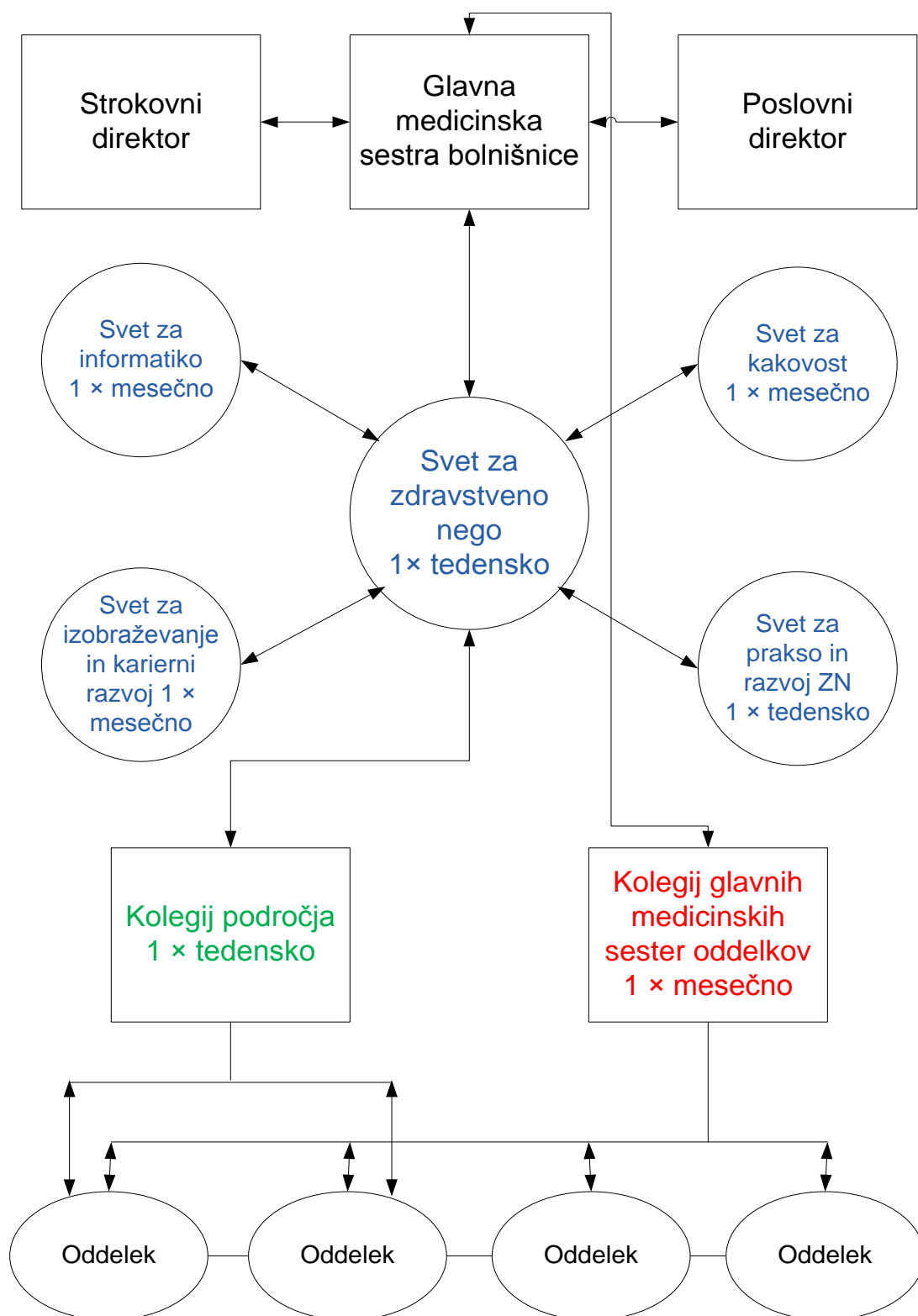
- medicinske sestre (medicinska sestra s certifikatom za vodenje sistema kakovosti, medicinske sestre s posameznih področij),
- zdravnik,
- predstavnik vodstva za kakovost.

Naloge:

- sodelovanje pri pripravi in uvajanju kliničnih poti,
- določanje in spremljanje kazalnikov kakovosti,
- stalno izboljševanje kakovosti procesov zdravstvene nege (notranje presoje, posnetek stanja, kritična analiza z ugotavljanjem dodane vrednosti ter izgube časa, predlog za izboljšave),
- ugotavljanje stopnje zadovoljstva pacientov in zaposlenih,
- planiranje aktivnosti za izboljševanje varnosti za paciente in zagotavljanje kulture varnosti pri zaposlenih.

Medicinske sestre morajo imeti dober dostop do informacij vodstva zdravstvene ustanove, saj bodo le na ta način sledile organizacijskim ciljem. Stalen prenos aktualnih informacij omogoča tudi dobro koordinacijo med posameznimi področji in oddelki. Prav tako je obojestranska komunikacija osnova za sprejemanje odločitev na vseh ravneh delovanja zdravstvene nege.

Slika 4: Skupno vodenje in koordiniranje dejavnosti zdravstvene nege – prenos informacij



Vir: (Maze, 2008, str. 105)

3.4 PROCESNA RAZSEŽNOST ORGANIZACIJE

Procesni pogled na organizacijo in poslovanje podjetja je za razliko od strukturnega vidika dinamična razsežnost organizacije in izpostavlja elemente, kot so: prostor, čas, zaporedje itd. (Kovač, 1998). Danes se ta pogled na organizacijo in poslovanje pojavlja na dveh ravneh. Prva raven obsega pojmovanje procesne razsežnosti organizacije podjetja z vidika njegove notranje učinkovitosti. Druga raven predstavlja procesni pogled z vidika zunanje uspešnosti podjetja. Ravni se dopolnjujeta in sta v praksi neločljivo povezani.

V nasprotju z oblikovanjem organizacije podjetja na osnovi strukturnega pristopa je pri procesnem vidiku v ospredju potek procesov v organizaciji (Kovač, 2003). Prehodi med posameznimi organizacijskimi enotami in hierarhičnimi ravni predstavljajo z vidika delovanja organizacije določeno oviro (Kovač, 1998). Premagovanje teh ovir pomeni za organizacijo porabo časa ter večje stroške.

Kovač (2003) navaja dve pojavnosti obliki procesnega pogleda na organizacijo:

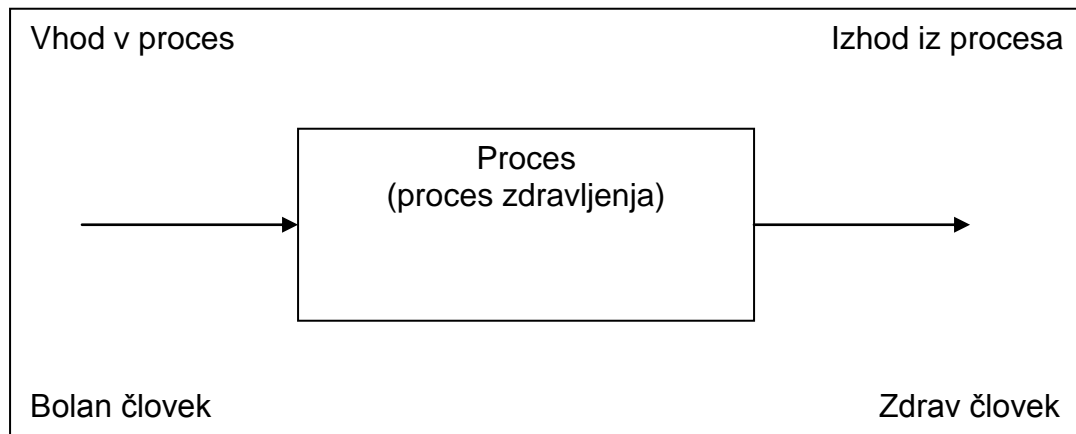
- Optimizacija poslovnih procesov, povezanih z dejavnostjo informatikov, kjer je v ospredju analiza vsake naloge ali aktivnosti z vidika pojavljanja redundance, paralelizacije, itd. in s tem zniževanja pretočnih časov, povečanja kakovosti in zniževanja stroškov.
- Management poslovnih procesov predstavlja koncept usmerjanja podjetja na temelju procesnega pogleda na organizacijo podjetja. Za vsak ključni proces identificiramo ciljne parametre na področju kakovosti, stroškov, časa in zadovoljstva kupcev.

Procesni pogled na organizacijo je bil v preteklosti povezan predvsem z notranjo učinkovitostjo, danes se osredotoča na doseganje konkurenčnih prednosti pri izvajanju ključnih procesov.

3.4.1 PROCES

Proces je zaporedje nalog (aktivnosti), ki so medsebojno časovno, logistično, informacijsko in odločitveno povezane (Rozman in Kovač, 2012). Proces opredeljujemo kot povezan nabor dejavnosti in nalog, ki imajo namen vhodnim elementom v proces za naročnika ali kupca dodati uporabno vrednost na izhodni strani procesa (Harrington, 1997, cit. po Kovačič in Bosilj Vukšič, 2005). Proces ni prepoznan le po aktivnostih, ki jih opravljajo njegovi izvajalci, temveč predvsem po zaporedju dejavnosti in opravil, ki jih je potrebno izvesti, da bi na izhodni strani procesa pridobili predvidene rezultate. Pri tem govorimo o ureditvi procesnih aktivnosti skozi čas in prostor, z začetkom in koncem ter jasno zaznanimi vhodi in izhodi.

Slika 5: Shematski prikaz procesa zdravljenja



Učinkovitost procesa določimo in merimo z rezultati porabe virov, ki so bili uporabljeni za pretvorbo vhodnih količin v izhodne. Največkrat učinkovitost merimo na podlagi časa in stroškov, ki smo jih uporabili za izvedbo procesa.

Pri opredeljevanju procesov je smiselno upoštevati le tiste aktivnosti, ki neposredno ali posredno prispevajo k dodani vrednosti končne storitve. Pri analiziranju je smiselno upoštevati naslednje osnovne značilnosti procesov:

- cilje procesa (ozdravljen pacient),
- lastnik procesa (medicinska sestra, zdravnik),
- začetek in konec procesa (sprejem, odpust),
- vhodi in izhodi (redna/urgenta ambulanta, odpust/premestitev),
- zaporedje in koraki izvajanja samega procesa,
- ravnanje v primeru neskladnosti (korektivni ukrepi),
- merljive značilnosti procesa, ki omogočajo ugotavljanje učinkovitosti procesov (čas od sprejema do posega, čas od prihoda v ambulanto do obravnave),
- prepoznani notranji ali zunanji kupci ali dobavitelji (kuhinja, pralnica, laboratorij).

Za učinkovito in uspešno delovanje procesa je potrebno poznati njegov namen in izhode oziroma učinke (izide zdravstvene obravnave). To pomeni, da moramo poznati njegovo sestavo ter imeti nadzor nad vhodnimi sestavinami (npr. število naročenih pacientov, število zaposlenih), ki vstopajo v proces. Značilnosti dobrega procesa so:

- orientiranost na kupca (pacienta),
- dvigovanje dodane vrednosti storitev,
- znani in sposobni lastnik (koordinator primera),
- razumevanje in sprejemanje s strani vseh sodelujočih v procesu,
- merljiva učinkovitost in uspešnost,
- neprestano izboljševanje.

3.5 ORGANIZACIJSKE SPREMENLJIVKE

Organizacija združbe ima svoje organizacijske značilnosti, imenovane tudi organizacijske spremenljivke (Rozman in sod., 1993), pri čemer je najpomembnejše, da so med seboj v harmoniji. Najpomembnejše so: formalizacija, specializacija, standardizacija, hierarhija avtoritete, centralizacija, kompleksnost, profesionalizacija in kadrovska konfiguracija (Rant, 2006).

Formalizacija pomeni obseg pravil in postopkov, ki usmerjajo zaposlene. Pravila in postopki so običajno napisani in po številu dokumentov in njihovih straneh lahko ugotovimo stopnjo formalnosti. Več kot je pravil in predpisov, bolj je organizacijska struktura formalna. Formalizacija pogosto povzroča birokracijo, zato vedno več podjetij postaja manj formaliziranih, saj težijo k večji fleksibilnosti in hitrejšemu odzivanju na spremembe v okolju.

Specializacija ali tehnična delitev dela je stopnja delitve delovne naloge na posamezne delovne naloge. Velika delitev pomeni, da posameznik opravlja le majhen del skupne naloge in narobe. Pomeni tudi večje število različnih delovnih mest. Vidna je iz opisov delovnih mest.

Standardizacija pomeni, da so enake delovne naloge v celem podjetju izvajane na enak način. Delo je ponavadi opisano zelo podrobno (npr. negovalni standardi, protokol priprave pacienta na operativni poseg).

Hierarhija avtoritete določa, kdo komu poroča, kdo je komu odgovoren. Obenem določa širino in razpon kontrole. Na vrhu je lahko manj podrejenih, spodaj pa več, s tem je povezana organizacijska piramida, ki je lahko visoka in ozka ali pa široka in sploščena.

Centralizacija se pretežno nanaša na vprašanje, kje se nahaja avtoriteta za odločanje na zgornjih ali spodnjih ravneh. Več kot je odločitev decentraliziranih, delegiranih niže, bolj lahko nižje ravni probleme rešujejo same (nabava, ...).

Kompleksnost se nanaša na tri dimenzije: vertikalno, horizontalno in prostorsko. Vertikalna pomeni število ravni v podjetju, horizontalna število oddelkov na določeni ravni ali pa kar število delovnih mest. Prostorska dimenzija pomeni eno ali več lokacij. V bistvu kompleksnost zajema specializacijo in hierarhijo.

Profesionalizacija pomeni obseg formalne izobrazbe in izpopolnjevanja. Je visoka, če je za pridobitev izobrazbe in zaposlenih potreben daljši čas. Meri se lahko s povprečno izobrazbo zaposlenih v podjetju.

Kadrovska konfiguracija pomeni kako in kje so ljudje zaposleni. Obsega različna razmerja med administrativnimi delavci, izvedbenimi delavci, strokovnjaki, managerji, itd. Delež ene vrste delavcev primerjamo z vsemi ali drugimi skupinami.

3.6 SLABOSTI V ORGANIZACIJI

Organizacija demoralizira in demotivira zaposlene na naslednje načine:

- **Preobremenjenost z delom** – preveč dela, premalo časa in podpore; utrujenost se kopiči in delo je vse slabše.
- **Pomanjkanje avtonomije** – odgovornost za delo z malo vpliva na to, kako se izvaja (vmešavanje nadrejenih ustvarja nezadovoljstvo, kadar zaposleni sami vidijo način za boljše opravljanje dela – tako se zmanjšuje njihova odgovornost,

fleksibilnost in inovativnost, organizacija pa jim pošilja sporočilo, da ne spoštuje njihove presoje in sposobnosti).

- **Nezadostna plača** – premalo denarja za vse več dela.
- **Izguba povezanosti** – povečanje izoliranosti pri delu (medčloveški odnosi so »lepilo«, ki omogoča timu, da zasije v polnem sijaju – izgubljanje občutka skupnosti s kolegi je podlaga za konflikte in najeda skupno preteklost).
- **Nepravičnost** – neenak odnos do ljudi (prihaja do zagrenjenosti – spodkopano je zaupanje v tiste, ki vodijo organizacijo; posledica sta cinizem in odtujenost ob hkratni izgubi entuziazma za poslanstvo organizacije).
- **Spopad vrednot** – razkorak med osebnimi načeli in zahtevami dela (delo, ki demoralizira zaposlene, ki jih navaja na razmišljanje o smiselnosti takega početja; isti učinek imajo tudi visoko doneče deklaracije, ki jih demantira vsakodnevna delovna praksa) (Raos, 2002).

V organizacijah prihaja do problemov zaradi slabih sistemov, ne zaradi slabih ljudi. Preveč časa se porabi za »popravljanje ljudi, ki niso poškodovani, in premalo časa za popraviljanje organizacijskih sistemov«, ki so okvarjeni. V zdravstvenih organizacijah je vse povezano: izkušnje pacientov, klinični rezultati, zadovoljstvo osebja, plačni sistem, organizacijska struktura in finančne storitve (Bodinson, 2005).

Literatura:

Alvater Brooks C. Understanding and designing organizational structures leading and managing in nursing (Third edition). St. Louis: Mosby, 2003:140.

Bodinson GW. Change health care organizations from good to great. Quality progress. 2005; 26 (November): 26.

Chenoweth L, Kilstoff K. Organizational and structural reform in aged organizations: empowerment towards a change process. Journal of Nursing Management. 2002; 10: 240.

Decker PJ, Sullivan EJ. Effective leadership and management in nursing. Sand Hill Road: Addison Wesley Longman; 1997: 34.

Drucker P. Managerski izzivi v 21. stoletju. Ljubljana: GV založba (Zbirka Manager); 2001: 21.

Ivanko Š. Temelji organizacijskih proučevanj. Novo Mesto: VŠUP; 1999.

Ivanko Š. Teorija organizacije. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2005.

Kovač J. Organiziranje. In: Rozman R. Management. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1993.

Kovač J. Razsežnosti procesnega pogleda na organizacijo in poslovanje podjetja. Organizacija. 1998; 31 (4):202 – 213.

Kovač J. Organizacijske strukture v kompleksnem in dinamičnem okolju. In: Ivanko Š, Kajzer Š, Kanjuo Mrčela A. in sod. Sodobna razlaga organizacije. Kranj: Moderna organizacija; 1999:145 – 166.

Kovač J. Značilnosti razvojno sposobnih organizacij. In: Florjančič J, in sod. Management in razvoj organizacije, 22. mednarodna znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož 26. – 28. marec. Kranj: Moderna organizacija; 2003: 737 – 740.

Kovač J. Organizacijske razsežnosti uvajanja etičnih načel v združbah. In: Rozman R, Kovač J. Družbena odgovornost in etika v organizacijah, zbornik referatov, 7. znanstveno posvetovanje o organizaciji, Brdo pri Kranju, 9. junij, Kranj: Fakulteta za organizacijske vede: Zveza organizatorjev Slovenije; Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2006:15.

Kovačič A, Bosilj Vukšič V. Management poslovnih procesov: prenova in informatizacija poslovanja. Ljubljana: GV Založba; 2005.

Maze H. Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici (magistrsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede; 2008.

Mihelčič M. Transakcijska teorija. V: Rozman R, Mihelčič M, Kovač J. Sodobne teorije organizacije. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2011: 39-74.

Rant M. Ustreznost sprememb v organizaciji združb z vidika dinamičnega organizacijskega ravnotežja: primer slovenskih podjetij (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani: Ekonomska fakulteta; 2006.

Raos M. Učeča se organizacija. V: Jelovac D. Jadranje po nemirnih vodah menedžmenta nevladnih organizacij. Ljubljana: Radio Študent: Študentska organizacija univerze; Koper, Visoka šola za management, 2002:178.

Rozman R, Kovač J. Management. Ljubljana: GV Založba; 2012.

Rozman R, Kovač J, Koletnik F. Management. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1993.

Scott L, Caress AN. Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. Journal of Nursing Management. 2005; 13: 4 – 12.

Stojković D. Model projektiranja organizacijske strukture podjetja. Organizacija. 2005; 38 (1): 31.

Svetic A. Spreminjanje organizacije. V: Sinergija metodologij, 24. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 16. – 18. marec. Kranj: Moderna organizacija; 2005: 907 – 908.

Vila A. Procesni pogledi na organizacijo – nova organizacijska revolucija. In: Kovač J. Sodobne oblike in pristopi pri organiziranju podjetij in drugih organizacij. Kranj: Moderna organizacija; 1999: 13.

Wang N. Measuring Transaction Cost: An Incomplete Survey, The Ronald Coase Institute, Working Paper Series Number 2, February 2003. Dostopno na <http://coase.org/workingpaper/wp-2-pdf> (10.1. 2012).

4 MANAGEMENT

Naloga managementa je obvladovanje organizacije kot instrumenta in skupnosti interesov. Na instrumentalni ravni temelji na racionalnosti in induktivnem pristopu. Osredotoča se na trde sestavine, na obvladovanje finančnih in materialnih stanj in tokov v inoviranju, proizvodjanju, trženju organizacije, obsega tudi obvladovanje zaposlenih, vendar pretežno kot delovne sile, kot virov, potrebnih za delovanje organizacije (Tavčar, 2008).

Management pomeni usklajevanje nalog in dejavnosti za doseg postavljenih ciljev in ga lahko opredelimo kot ustvarjalno reševanje problemov, ki se pojavljajo na področju planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja virov (DuBrin, 2000). Ustvarjalno reševanje problemov je proces spoznavanja in analize problemov, ugotavljanje vzrokov, opredeljevanje in izbira možnosti za ustrezne rešitve, načrtovanje izvedbe ter ugotavljanje dosežkov.

Management je planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji oziroma vseh nalog in aktivnosti, ki jih opravljajo zaposleni. Cilji organizacije dajejo pobude in vodila za te naloge in aktivnosti (Možina, 1994). Osrednja naloga managementa zadeva doseganje ciljev organizacije na najbolj učinkovit in uspešen način.

Manager opravlja štiri osnovne naloge: planira, organizira, vodi in kontrolira. Managerji morajo biti sposobni razčleniti probleme ter seveda poiskati ustrezne strokovnjake, ki jih bodo rešili. Strokovnjake morajo pri reševanju problemov voditi in spodbujati. Zaželeno je, da so sposobni gledati na stvari in dogajanje z vidika celote. Pomembno je, da znajo logično razmišljati in sklepati, imajo sposobnost komuniciranja in motiviranja podrejenih. Pri delu so pomembne izkušnje in vse kar se naučijo iz njih.

Ločimo tri osnovne ravni managementa:

- **Nižji management** – odgovoren za proizvodnjo rezultatov organizacije (vodja odseka, tima);
- **Srednji management** – deluje na srednji ravni hierarhične lestvice in je odgovoren za posamezno enoto ali oddelek (glavna medicinska sestra oddelka);
- **Vrhovni management** oziroma top management – to so managerji, ki so na vrhu hierarhične lestvice in so odgovorni za celotno organizacijo (direktor, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege).

4.1 PLANIRANJE

Planiranje je najpomembnejša funkcija managementa. Planiranje je miselni proces, pri katerem mora manager vrednotiti alternativne možnosti, ki so organizaciji na razpolago. Planiranje je v metodološkem pomenu proces določanja ciljev, razvijanje alternativnih poti za njihovo doseg, ocenjevanje in izbiranje med njimi ter oblikovanje izbrane alternative v plane, politike, programe in predračune (Pučko, 2002).

V organizaciji je potrebno postaviti cilje, ki nam prikazujejo želeni rezultat v prihodnosti. Plan predstavlja načrt, kako doseči cilj in določa razporeditev virov, urnikov in drugih dejavnosti. Cilji določajo jutrišnje stanje, načrt pa določa sredstva za doseganje le tega (Dimovski, Penger, Žnidaršič, 2005).

Glede na časovno komponento ločimo:

- **Strateški plani** opredeljujejo sredstva, s katerimi želi organizacija doseči strateške cilje. Strateški cilji so dolgoročni in zadevajo planiranje delovanja organizacije na večletno obdobje.
- **Taktični plani** izhajajo iz strateškega plana, oblikujejo se na ravni oddelka ali funkcije (npr. nabava) za obdobje enega leta.
- **Operativni plani** so kratkoročnega značaja, podpirajo taktične plane in so podrobno opredeljeni na nivoju oddelkov in posameznikov.

4.2 ORGANIZIRANJE

Potreba po organiziranju dela oziroma delitvi dela, se je pojavila takrat, ko je naloga postala prevelika, da bi jo lahko opravil en sam človek. Zaradi tega jo je bilo potrebno razdeliti na delne naloge in dodeljevanjem le teh v izvedbo različnim izvajalcem.

Organiziranje pomeni razvijanje virov organizacije, da bi dosegla strateške cilje. Funkcija organiziranja pomeni razdeljevanje nalog na delovna mesta, delegiranje pristojnosti, odločanje o ustrezni velikosti vsakega oddelka. Pri funkciji organiziranja sta ključna organizacijska oblika in organizacijska struktura. (Op.: več v samostojnem poglavju.)

4.3 KONTROLA

Kontroliranje je zaključna funkcija procesa managementa. Zadeva nadziranje zaposlenih in preverja ali je organizacija na pravi poti, da uresniči svoje cilje. Kontroliranje je zbiranje in sporočanje informacij o uspešnosti in učinkovitosti delovanja organizacije odločevalcem, da ti primerjajo dosežene rezultate z načrtovanimi in po potrebi odločajo o morebitnih ukrepih. Za uspešno kontroliranje organizacije so potrebne informacije o ciljnih vrednostih, dejanski uspešnosti in dejanja potrebna za odpravljanje odstopanj.

Proces managementa se začne z planiranjem in konča s kontrolo, ki zagotavlja uresničevanje planiranega s tem, da analizira odmike med doseženim in načrtovanim. Bistvo kontrole je v iskanju odmikov dejanskega stanja od planiranega.

Učinkovita kontrola zajema naslednje faze:

1. postavljanje ciljnih vrednosti in metod kontroliranja,
2. merjenje izidov,
3. primerjava izidov s ciljnim vrednostmi,
4. korekcije.

Kontrolni proces se prične s postavljanjem ciljnih vrednosti. Ciljna vrednost je sprejeta zadovoljiva vrednost, ki jo mora organizacija dosegati. Predstavlja osnovo za primerjavo in mora biti natančno opredeljena. Največkrat določa kakovost, količino, stroške in čas.

Merjenje izidov mora biti povezano s ciljnimi vrednostmi, ki so določene v prvi fazi kontrolnega procesa. Običajno organizacije pripravljajo formalna poročila o kvantitativnem merjenju uspešnosti.

Tretja faza predstavlja primerjavo med dejanskimi izidi in ciljnimi vrednostmi. Izidi so lahko v skladu z njimi, jih presegajo ali zaostajajo za njimi. V tem primeru je potrebno izpeljati korekcije.

Kontrola je usmerjena na dogodke pred, med in po procesu:

- **Vnaprejšnja/preliminarna kontrola** poizkuša prepoznati in preprečiti odstopanja še preden se zgodijo. Pomeni preprečevanje problemov pri izvajanju nalog z zagotavljanjem visoke kakovosti človeških, materialnih in finančnih virov, ki pritekajo v organizacijo;
- **Sprotna kontrola** zagotavlja, da trenutne delovne aktivnosti v procesu dajejo želene rezultate. Z nadzorom tekočih aktivnosti zaposlenih se zagotavlja usklajenost s standardi. Lahko zajema tudi samokontrolo posameznika, s katero si zaposleni postavljajo lastne cilje in izvajajo sprotno kontrolo lastnih aktivnosti.
- **Povratna kontrola** je usmerjena na kakovost končnih storitev/ izidov organizacije. Ukvarja se z že nastalimi problemi ali pa po drugi strani predstavlja osnovo za novo nadaljnje planiranje.

4.4 VODENJE

Vodenje je funkcija managementa, saj vsebuje le tiste elemente, ki so povezani z usmerjanjem sodelavcev k postavljenim ciljem. **Vodenje je proces, v katerem vodja na podlagi svojih posebnih sposobnosti, osebnostnih lastnosti in znanja, z zanj značilnim ravnanjem vpliva na ljudi, da bi (vzajemno) dosegli (dogovorjene) cilje** (Mayer 2003, cit. po Kovač, 2004).

Proces vodenja sestavljajo trije temeljni elementi:

- vodja – njegove osebne značilnosti, osebna preteklost, strokovno znanje, zanimanje in motivacija;
- situacijski dejavniki – naloge, tehnologija, struktura in kultura organizacije, spremembe in vplivi v okolju;
- zaposleni – vrednote in norme, osebne značilnosti, pričakovanja, povezanost, zrelost, zmožnosti in motivacija (Hughes et. al, 1999).

Ni vodenja brez uporabe moči. Moč v organizaciji ima tisti, ki zmore učinkovito spodbujati sodelavce – jim verodostojno obetati notranje ali zunanje koristi, če bodo ravnali v skladu z njegovimi pobudami, predlogi, navodili ali zahtevami (Tavčar, 2006). Vodja potrebuje moč za obvladovanje ljudi in posredno usmerjanje delovanja organizacije. Vrste in značilnosti moči so:

- **fizična moč** je moč posameznika, zakona, predstavlja skrajno sredstvo v družbi in vedno izzove odpor;
- **moč nagrad in kazni** pomeni napredovanje, status, plačo ali druge koristi, je učinkovita, vendar nepriljubljena, saj si nihče ne želi biti kupljen;
- **legitimno moč** dobi posameznik s položajem, s čimer je omogočen dostop do informacij in odločanja ter organiziranja; izzove spoštovanje, kljub temu, da ni priljubljena;
- **moč znanja ali ekspertna moč** je najplemenitejša in priljubljena oblika moči, pogosto ne potrebuje dodatne podpore;
- **idejno moč ali karizmo** podpira moč položaja in znanja; je krhka, velikokrat izgine s položajno močjo in se pogostokrat zlorablja;
- **interesna moč** temelji na sinergijah v delovanju;
- **negativna moč** pomeni uporabo drugih moči pri doseganju ciljev. Deluje z zaviranjem, zavajanjem, je pogosto nemoralna in nevarna.

Človek lahko postane vodja, če ima cilje in ideje, ki so izvedljivi v praksi, ljudi, ki jih vodi, ter uporablja elemente procesa vodenja. Peter Drucker pravi, da je voditelj človek, ki pozna štiri osnovne resnice:

- voditelj ima sledilce;
- voditelj ni nekdo, ki ga občudujejo in ljubijo, marveč nekdo, ki dosega rezultate;
- je viden in daje zgled;
- zaveda se, da vodenje ni privilegij ampak odgovornost (Kyle, 2000).

4.4.1 STILI VODENJA

Pri razlagi in preučevanju je že od nekdaj v ospredju iskanje najbolj uspešnih in učinkovitih oblik oziroma stilov vodenja. Torej tistih univerzalnih načinov vodenja, ki bi bili ključ do uspešnosti in učinkovitosti organizacije (Kovač, 2004). Zadnjih 50 let je bilo opravljeno več kot 1000 študij z namenom ugotoviti kateri so najboljši stili vodenja, kakšne so njihove značilnosti in kako se vedejo veliki vodje. Nobena izmed teh študij ni pokazala jasnega profila idealnega vodje (George, Sims, McLean in Mayer, 2007). Če bi znanstveniki lahko naredili instant stil vodenja, bi ga posamezniki vedno poskušali posnemati.

Stil vodenja je relativno trajen vzorec vplivanja na ljudi z namenom vzajemnega doseganja postavljenih ciljev. To značilno ravnanje predstavlja zbir za posameznega vodjo specifičnih ravnanj in vodstvenega obnašanja. Pri tem vodja uporablja različne vzvode in inštrumente ter s tem oblikuje celovito in zanj značilno obliko stila vodenja (Kovač, 2004). V literaturi je navedeno veliko stilov vodenja, ki so različno učinkoviti v različnih organizacijah. Ni univerzalnega stila vodenja, ki bi bil povsod enako uspešen. Izbira stila je odvisna od poznavanja situacijskih dejavnikov v organizaciji.

Karizmatično vodenje

Na prehodu v osemdeseta leta prejšnjega stoletja se je pojavilo veliko zanimanje za karizmatično vodenje med raziskovalci managementa. Poskušali so razkriti, kako se vedejo karizmatični vodje, kaj jih ločuje od ostalih ljudi in v kakšnih razmerah je

verjetnost njihovega uspeha največja. Karizmatični vodje imajo veliko željo po moči oz nadvladi, visoko samozaupanje in prepričanje v pravilnost svojih dejanj in idej. Karizmatični vodje naj bi pogosto dajali primere lastnega ravnanja, ki naj ga zaposleni posnemajo. Glavnih sedem značilnosti karizmatičnega vodje so:

- **skrajnost vizije** – karizma je bolj pripisovana vodjem, ki ustvarijo in zagovarjajo drugačno vizijo glede na trenutno stanje, a še vedno v mejah, ki jih sprejemajo zaposleni;
- **visoko osebno tveganje** – karizma je bolj pripisovana požrtvovalnim vodjem, ki prevzemajo osebno tveganje in si naprtijo izdatke z namenom doseganja skupne vizije, ki jo zagovarjajo;
- **uporaba nenavadne strategije** – karizma je bolj pripisovana vodjem, ki delujejo na nenavaden način pri doseganju skupne vizije. Strategija vodje se mora razlikovati od ustaljenih načinov, s čimer očarajo zaposlene.
- **točna ocena situacije** – tveganje pri uvedbi novih strategij zahteva od vodje, da ve, kdaj in kje je potrebno začeti, ter da ima znanja in sposobnosti za realno oceno nevarnosti in priložnosti, ki se nahajajo v okolju;
- **razočaranje zaposlenih** – karizmatični vodje se bodo verjetno pojavili ob nastopu krize, ki zahteva velike spremembe, ali ko zaposleni niso zadovoljni s trenutnim stanjem;
- **izražanje samozaupanja** – vodje, ki kažejo prepričanje v lastne načrte, bodo prepoznani kot bolj karizmatični kot tisti, ki delujejo zmedeno ali dajejo vtis, da dvomijo vase;
- **uporaba osebne moči** – vodje bodo bolj prepoznani kot karizmatični, če bodo na zaposlene vplivali z ekspertno močjo, ki temelji na zagovarjanju uspešnosti in referenčno močjo, ki temelji na zaznavanju vdanosti zaposlenih (Yukl, 1999)

Transakcijsko vodenje

Transakcijsko vodenje je dogovarjanje med vodjo in zaposlenimi o materialnih, kadrovskih, socialnih ter drugih ugodnostih, ki jih delavec uživa, če dobro dela oziroma opravlja delo v skladu z dogovori (Možina, 1994). Transakcijski vodja se ravna po pravih in po načelu »status quo«. Vodenje je podobno klasičnemu načinu, v katerem je vodja nadrejeni in ureja stvari tako, kot so predpisane. Transakcijski vodja deluje na podlagi:

- **nagrajevanja**: pogaja se o nagrajevanju za prizadevno delo, obljublja nagrade za uspehe in daje priznanja za dosežke;
- **vodenja z izjemami (aktivno)**: spremlja dogajanje in išče morebitna odstopanja od pravil in standardov ter se odloča za korektivne akcije;
- **vodenje z izjemami (pasivno)**: v dogajanje poseže le v primeru, ko standardi niso doseženi;
- **vodenje brez vajeti (laissez faire)**: odpoveduje se odgovornosti in se izogiba sprejemanju odločitev in tinskemu odločanju (Možina, 1994).

Rezultati raziskave, ki so jo opravili Doran in ostali (2004), kažejo, da je transakcijsko vodenje statistično pomemben napovednik zadovoljstva pacientov. To pomembno ugotovitev razlagajo s tem, da transakcijski vodja usmerja in razjasni naloge, procedure ter pričakovanja in s tem izboljša zdravstveno nego pacientov.

Transformacijsko vodenje

Transformacijsko vodenje je spodbujanje zaposlenih k idealom in moralnim vrednotam, ki naj bi jih navdušili za premagovanje težav pri delu. Transformacijski vodje vodijo podrejene z motiviranjem (Možina, 1994) in na ta način porušijo »status quo«, obstoječo strukturo med vodjem in zaposlenimi (Skela Savič, 2008). Transformacijski vodja deluje na podlagi:

- **karizme:** predstavi vizijo in smisel poslanstva, izzove ponos, pridobiva spoštovanje in zaupanje;
- **inspiracije:** navdihuje visoka pričakovanja, uporablja simbole za usmerjanje k prizadevanjem, izraža pomembne namene na enostaven način;
- **intelektualne stimulacije:** razvija ustvarjalnost, racionalnost in sistematično reševanje problemov;
- **upoštevanja posameznika:** kaže osebno zanimanje za razvoj posameznika, obravnava vsakega zaposlenega kot osebnost, ga uvaja in mu svetuje (Možina, 1994).

Transformacijsko vodenje je ključnega pomena za razvoj zdravstvene nege. Jasper (2009) pravi, da je transformacijsko vodenje pojem za ploščato hierarhijo, kjer se pri ljudeh spoštujejo spretnosti in znanje in ne moč njihovega položaja. Lindholm, Sivberg in Uden (2000), pravijo, da je vrednost transformacijskega vodenja v osredotočanju na ljudi in reševanju problemov v spreminjajočem se okolju. Transformacijski vodja namenja individualno pozornost vsaki medicinski sestri pri prepoznavanju njenih prednosti in slabosti pri delu (VanOyen Force, 2005). Raziskava Dunham, Taylor in Klafehn (1995) je pokazala, da vodje s pospeševanjem profesionalnega razvoja medicinskih sester pripomorejo k rasti intelektualnih sposobnosti in moči v klinični praksi. Block in Manning (2007) sta prepričana, da reforme v zdravstvu niso mogoče brez transformacijskih vodij, ki so sposobni navdihniti in pritegniti ljudi s svojo vizijo za prihodnost.

Avtentično vodenje

Zahod je že več kot desetletje nazaj spoznal, da vodje svoje sodelavce pri delu najbolj učinkovito spodbujajo predvsem s pozitivnim pristopom in lastnim zgledom, ne glede na področje delovanja, velikost organizacije ali podjetja. Za avtentično ali pristno vodenje, kot ga poimenujejo nekateri, ne obstaja jasna in nedvoumna ter splošno sprejeta definicija. Znanstveniki se strinjajo, da avtentični vodje dobro poznajo svojo lastno bit, imajo razčiščena svoja mnenja in stališča, se močno identificirajo s svojo vlogo vodje in ravnajo v skladu s svojimi vrednotami in prepričanji. Avtentično vodenje ne pomeni zgolj vodenje v skladu s svojo lastno osebnostjo, vrednotami, prepričanji, temveč tudi širjenje teh vrednot preko svojega delovanja kot vzor zaposlenim v organizaciji ter spodbujanje njihove osebne in strokovne rasti.

Avtentičen vodja vodi tako s svojim srcem kot svojo glavo. V kolikor želijo biti vodje v zdravstveni negi zgled zaposlenim, morajo to potrjevati njihova dejanja. Vodja mora biti zanesljiv, s tem, da dela tisto, kar pričakuje od drugih. Tukaj ni prostora za prazne besede in obljube (Hickey, 2010). Predvsem mora gojiti enaka pričakovanja do sebe kot drugih. Avtentično vodenje je predstavljeno kot temeljna sestavina uspešnega vodenja, ki se potrebuje za izgradnjo zaupanja in zdravega delovnega okolja, spodbujanja

varnosti in odličnosti zdravstvene nege (Avolio in Gardner, 2005; Kerfoot, 2006; Shirey 2006, cit. po Wong in Cummings, 2009).

4.4.2 OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI VODJE

Danes so ključne voditeljske veščine povezane z razvojem sposobnosti na področju mehkih veščin vodenja, kot so stil vodenja, izgradnja spodbudne organizacijske kulture, ki temelji na vrednotah, ki spodbujajo timsko delo, inovativnost in razvoj posameznika (Skela Savič, 2008). Oblikovanje vrednot organizacijo povezuje in je temelj njene vizije in strategije (Skela Savič, Pagon in Lobnikar, 2004).

Fakin (2008) pravi, da so najbolj želene lastnosti dobrega vodje naslednje:

- karizmatičnost, kar pomeni izžarevanje pozitivnih osebnostnih lastnosti;
- pozornost, iskreno zanimanje za ljudi, ki jih vodimo;
- jasnost v postavljanju ciljev in vrednot;
- komunikativnost, sposobnost komuniciranja v vsaki situaciji;
- doslednost, enaki kriteriji obnašanja do vseh zaposlenih;
- ustvarjalnost, sposobnost kreiranja novega;
- sposobnost učinkovite izpeljave zastavljenih ciljev;
- vztrajnost, kljub oviram in občasnim neuspehom;
- odgovornost, prevzemanje tveganj na svoja ramena;
- pogum za izpeljavo nalog v kritičnih situacijah;
- vizionarstvo.

Nekaj zanimivih idej, kakšen bi naj bil sodoben in plemenit vodja, je navedel tudi Arnell (2006):

- dovršen pri mreženju in iznajdljiv pri uporabi sodobne informacijske tehnologije,
- komunicira na preprost, učinkovit in uspešen način na vseh nivojih delovanja,
- vodi vzorno in navdihuje zaposlene s spoštovanjem, zvestobo in ljubeznijo,
- organizacijo mora videti kot mrežo, ki se nenehno širi, vpliva na zunanje okolje ter tako družbi ponudi najboljše,
- ne sme biti omejen na določeno panogo temveč mora dobivati ideje od vsepovsod,
- njegove človeške vezi z zaposlenimi med managementom morajo biti čustveno vodene,
- njegovo življenje mora biti kvalitetno, sposoben mora biti ustvarjati ugodno okolje, iz katerega lahko izhaja njegovo ustvarjalno delovanje,
- njegova vera v inovacije in organizacijske spremembe sta največje bogastvo organizacije,
- vedno znova se mora biti sposoben povezati z vizijo, poslanstvom in nalogami organizacije ter jih uspešno izpeljati,
- imeti smisel za humor, gledati na stvari na zabaven način, sicer stvari včasih postanejo pretežke.

Lorber in Skela Savič (2011) sta v raziskavi, ki je bila opravljena v štirih slovenskih bolnišnicah ugotovili deset najpomembnejših značilnosti, katere naj bi imel vsak vodja v zdravstveni negi. Te značilnosti so: poštenost, organiziranost, timsko delo, odločnost, zanesljivost, objektivnost, odgovornost, samozavestnost, komunikativnost in ambicioznost. Z raziskavo so potrdili že znana dejstva, da vodje v zdravstveni negi velikokrat prevzamejo vodilno delovno mesto z malo ali brez vodstvenih sposobnosti.

Hill (1938) je opredelil naslednje pozitivne osebnostne lastnosti vodje, ki so kljub temu, da izhajajo iz časa pred 2. svetovno vojno še vedno zelo aktualne:

Neomajen pogum - osnovan na poznavanju sebe in svojega dela. Nihče ne želi prevlade vodje, ki ima pomanjkanje samozaupanja in poguma. Ljudje imamo različno stopnjo poguma. Da si upaš nekaj narediti, moraš stvar zelo dobro poznati ali pa enostavno poskusiš in vidiš kaj se bo zgodilo. Znanje je temelj zaupanje vase in nam daje osnovo za sliko, kako bo situacija videti v prihodnosti.

Samokontrola – človek, ki ne more kontrolirati sebe, nikoli ne more kontrolirati drugih. Samokontrola je skupek zgledov za ljudi, katerim sledijo tudi tisti najbolj inteligentni. Obvladovanje vodenja samega sebe je predpogoj za doseganje odličnosti vodenja. Vsak posameznik je pri svojem umskem procesu v smislu obvladovanja vodenja samega sebe soočen z zahtevami, ko se mora nenehno spraševati:

- Kakšne prednosti imam?
- Kako delam?
- Kako se učim?
- Kakšne so moje vrednote?
- Kaj narediti v primeru navzkrižja vrednot?
- Kam spadam?
- Kakšen je moj prispevek (Drucker, 2001)?

Občutek za pravičnost – brez občutka za pravico, nepristranskost in poštenje vodja ne more niti zahtevati kaj šele obdržati spoštovanja ljudi.

Jasne odločitve – človek, ki omahuje v svojih odločitvah, kaže da ni popolnoma prepričan vase, zaradi česar tudi drugih ne more voditi uspešno.

Jasen načrt – uspešen vodja mora najprej načrtovati svoje delo in potem načrt dejansko izpeljati. Vodja, ki sledi zgolj domnevam oziroma predvidevanjem, brez izvedljivega in jasnega načrta, je podoben ladji brez krmarja.

Biti pripravljen delati več kot je dejansko plačilo za delo - ena izmed zahtev za uspešnega vodjo je, da je pripravljen delati več kot zahteva od ljudi, ki jih vodi.

Sočutje in razumevanje – uspešen vodja mora biti v sozvočju s svojimi ljudmi. Še več, razumeti mora tako njih kot njihove probleme.

Pripravljen prevzeti popolno odgovornost – uspešen vodja mora biti pripravljen nase prevzeti odgovornost za napake in slabosti ljudi. Če poskuša preusmeriti to odgovornost, ne bo dolgo vodja. V kolikor zaposleni napravi napako in se pokaže kot nekompetenten, mora vodja pretehtati ali je mogoče on tisti, ki mu je spodletelo.

Sodelovanje – uspešen vodja mora razumeti in uporabiti vse principe sodelovanja za doseganje postavljenih ciljev, o čemer mora prepričati tudi ostale. Vodenje kliče po moči in moč kliče po sodelovanju.

V nadaljevanju so predstavljene negativne lastnosti vodje, kot jih je prav tako opredelil Hill (1938):

Nesposobnost organiziranja podrobnosti oziroma posameznih elementov – uspešno vodenje kar kliče po sposobnosti organiziranja in obvladovanja podrobnosti. Vodja, ki nima ustreznih sposobnosti, je vedno prezaposlen. Ne naredi tistega, kar se zahteva od njega. Ko človek, pa naj bo to vodja ali sledilec, začuti da je prezaposlen, spremeni svoj načrt ali usmeri pozornost le na neko nujno stvar, s tem dopusti neučinkovitost.

Nepripravljen ponuditi pomoč – res veliki vodje so pripravljeni, seveda takrat ko okoliščine zahtevajo, narediti kakršnokoli delo, v primeru, da jih drugi prosijo za pomoč. Da zna narediti vse, je tisto, kar se pri njem najbolj ceni in spoštuje.

Pričakovanje, da si plačan po tem kar znaš, namesto po tem kaj narediš s svojim znanjem – ljudje niso plačani po tem kar znajo. Plačani so po tem kar naredijo oziroma pripravijo druge, da to storijo. Poznamo ljudi, ki imajo ogromno znanja, vendar ga ne znajo uporabiti pri delu. Poznamo tudi ljudi, ki svojega znanja ne znajo ali ne želijo prenašati na druge.

Strah pred tekmovalnostjo sodelavcev - pri vodji, ki ga je strah, da bi nekdo od njegovih sledilcev hotel prevzeti njegovo mesto, je prisotno prepričanje, da se bo to slej ko prej zgodilo. Ta strah bo postal realnost. Pravi vodja mora usposobiti namestnike, katerim bo lahko delegiral del svojih nalog. Edino na takšen način bo pripravljen biti na več mestih hkrati in usmeriti pozornost na več stvari istočasno. Večna resnica je, da človek dobi več, če zna porazdeliti naloge med druge, saj je delo bolj kvalitetno opravljeno, kot pa da bi delal sam.

Pomanjkanje ustvarjalnosti – brez ustvarjalnosti je vodja nesposoben ukrepati v primeru nevarnosti in nepredvidljivih dogodkov ali pri oblikovanju načrta, s katerim bo ljudi v takem primeru učinkovito usmerjal. Vsakodnevno se srečujemo z vodji, ki znajo povedati le to kaj se ne da, zmanjka pa jim domišljije za tisto kar bi bilo mogoče.

Egoizem – vodja, ki si lasti vso nagrado za delo ljudi, se bo kmalu srečal z nezadovoljstvom. Pravi vodja si ne lasti vseh zaslug. Zadovoljen je, ko vidi nagrado za delo, katera gre k njegovim ljudem. Zaveda se, da mora večina ljudi delati več in težje za samo pohvalo in priznanje, kot za sam denar. Sploh v zdravstvu se velikokrat srečujemo s posamezniki, ki vse zasluge hočejo zadržati zase. Ali pa nikogar ne spustijo zraven pri opravljanju določenih del. In to zgolj zato, da lahko rečejo, da so edini, ki to obvladajo. Ko teh ljudi ni, nihče drug ne zna tega dobro narediti. Škodo v tem primeru nosi pacient.

Pretiravanje – ljudje ne spoštujejo vodje, ki pretirava. Povrhu vsega pretiravanje v katerikoli obliki uničuje vztrajnost in energijo vseh vpletenih. Vedno je potrebno ohraniti trezno glavo. Če nam gre nekaj narobe, moramo premisliti, kaj bomo storili, da se situacija čim prej umiri. V kolikor v trenutnem afektu pretiravamo in napovedujemo ukrepe ali dejanja, katerih potem nikoli ne uresničimo, nam naslednjič nihče ne bo verjel in zaupal.

Nelojalnost – vodja, ki ni lojalen svojim vrednotam in svojim sodelavcem, ne bo dolgo ohranil svojega vodilnega mesta. Pomanjkanje lojalnosti je eden izmed glavnih vzrokov za napake in padce v vsakdanjem življenju. Seveda je lojalnost v današnjem času zelo hitro minljiv pojem. Vsi smo se že srečali z ljudmi, ki zadnji trenutek skočijo na drug vlak, da le obdržijo svojo pozicijo.

Poudarjanje avtoritete pri vodenju – uspešen vodja vodi s spodbudo in ne z vcepljanjem strahu v srca ljudi. Vodja, ki poskuša narediti vtis na ljudi s svojo avtoriteto, ima stil vodenja z močjo. V kolikor je vodja pravi vodja, ne bo potreboval opozarjati s tem dejstvom, temveč bo vodil s svojim sočutjem, razumevanjem, pravičnostjo in dokazovanjem, da obvlada svoje delo.

Poudarek na nazivih – sposoben vodja ne potrebuje nazivov za pridobitev spoštovanja ljudi. Vrata pisarne pravega vodje so vedno odprta za vse, ki želijo vstopiti. Njegovo delovno okolje je brez formalnosti in razkazovanja.

4.4.3 VODENJE V ZDRAVSTVENI NEGI

V zdravstvu odločitev o izboru ustreznih vodij ni enostavna. Bohinc (1997) pravi, da naši vodje v zdravstvu niso ustrezno pripravljene za vodenje in za prevzemanje odgovornosti za delovne rezultate. Vzrok je v pomanjkanju specializiranih šol in izobraževalnih programov. Posledica je zastarelo vodenje. Vodje v zdravstvu svoje delo gradijo predvsem na profesionalnem znanju (Skela Savič, 2008).

Učinkovitost vodenja v zdravstveni ustanovi je odvisna od načrtovanja in oblikovanja službe zdravstvene nege na osnovi poslanstva, kar se odraža v strategiji in operativnem načrtovanju storitev ter razporejanja virov. Vodenje pomeni usmerjanje zaposlenih v zdravstveni negi, racionalno razporejanje kadra ter urejanje in usklajevanje delovanja podpornih služb. Vodenje je proces, pri katerem vodja predstavi načrte, pričakovanja in prioritete ter pokaže, kako obvladovati proces izboljševanja zdravstvene oskrbe (Clarian Health Riley, Indianapolis Hospitals, 2002, cit. po Bohinc in Gradišar, 2003a). Vodja ne izvaja neposredne zdravstvene nege. Naloga vodje je oblikovanje okolja, v katerem »dobri« ljudi izvajajo »dobro« zdravstveno nego.

Uspešni vodje pri delu uporabljajo tako transakcijsko kot transformacijsko vodenje. Raziskave v svetu kažejo, da sta oba načina vodenja povezana s fluktuacijo oziroma s pripravljenostjo medicinskih sester, da ostanejo v organizaciji. Vodenje tako na organizacijski kot na oddelčni ravni ima velik vpliv na profesionalno prakso zdravstvene nege (Manojlovich, 2005). Glavne medicinske sestre oddelkov, ki se čutijo v svoji vlogi vodje učinkovite, imajo večji dostop do moči tako zase kot za zaposlene. Scott, Mannion, Davies in Marshall (2003, cit. po Skela Savič, 2008) govorijo o nujnosti integracije obeh modelov vodenja, saj mora biti materialno spodbujanje zaposlenih k bolniku usmerjeni obravnavi podprto s spremembo dožemanja in vedenja v odnosu do k bolniku naravnane obravnave, kar vodi v dejanske strukturne spremembe organizacije dela in procesov v bolnišnici.

Razsežnosti sodobnega vodenja, kot enega izmed dejavnikov uspešnega spreminjanja zdravstvene organizacije so:

- vzpostavitev situacijskega vodenja;
- nujnost prehoda iz transakcijskega v transformacijsko vodenje;
- spreminjanje ne sme temeljiti samo na posameznih karizmatičnih vodjih, ker različne skupine pričakujejo različne stile vodenja, kar pomeni, da potrebujemo vodje z znanjem s področja vodenja;

- vodja v zdravstvu mora imeti znanje in veščine s področja komunikacije, povezovanja ljudi in ciljev, analitične in diagnostične sposobnosti, sposobnosti oblikovanja skupne vizije, sposobnost izvrševanja idr.;
- potrebni so programi za izobraževanje vodij, ki morajo biti skupni za vse poklicne skupine v zdravstvu;
- učinkovito vodenje je orodje za implementacijo sistema kakovosti (Shortell et al, 2001, cit. po Skela Savič, 2008).

V zadnjih letih je opaziti pri vodenju v zdravstveni negi tudi naslednje zahteve:

- racionalizacija delovnega časa,
- ocenjevanje delovne uspešnosti,
- sodelovanje pri izbiri kadrov,
- sodelovanje pri gospodarjenju s stroški,
- sodelovanje na področju kakovosti,
- vzpostavljanje dobrih delovnih odnosov s pacienti in svojci (Peterka Novak, 2007).

Za vodjo v zdravstveni negi so po navedbah Mahoney (2001) nujno potrebne naslednje lastnosti: imeti kompetence, zaupanje, pogum, kreativnost, sposobnost sodelovanja in terapevtsko komunikacijske spretnosti. Vodje morajo skrbeti za inspiracijo, mentorske odnose in upravljanje, bodisi pacientov ali stroke.

Literatura:

- Arnell P. Embrace the idea of leaders of the future. *Advertising Age*. 1999; 77 (23): 6.
- Block LAM, Manning LJ. A systemic approach to developing frontline leaders in healthcare. *Leadership in Health Services*. 2007; 20 (2): 85 – 96.
- Bohinc M. Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester, *Obzornik zdravstvene nege*. 1997; 31 (5-6): 247 – 252.
- Bohinc M, Gradišar M. Analiza dejavnikov organizacijskega razvoja zdravstvene nege. In: *Management and organisation development*, 22. mednarodna znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 26. – 28. marec. Kranj: Moderna organizacija; 2003: 910.
- Dimovski V, Penger S, Žnidaršič J. *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2005.
- Doran D, Sanchez McCutcheon A, Evans MG. et al. Impact of the manager: s span of control on leadership and performance,. *Canadian health services research foundation*. 2004: 18.
- Drucker GP. *Managerski izzivi v 21. stoletju*. Ljubljana: GV Založba; 2001.
- DuBrin AJ. *The Active Manager: How to Plan, Organize, Lead and Control Your Way to Success*. London: Thompson Learning; 2000.
- Dunham Taylor J, Klafehn K. Identifying the best in nurse executive leadership, part I: questionnaire result. *Journal of Nursing Administration*. 1995; 25(6)68 – 70.
- Fakin S. Razvoj organizacijske kulture, ki podpira pričakovanja uporabnikov storitev. V: *Dejstvo za kakovost* (Kramar Z., Kreigher, A., urednici), 2. strokovni seminar: zbornik predavanj / Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april. 2008:15.

George B, Sims P, McLean AN, Mayer D. Discovering your authentic leadership. Harvard business review. February 2007 (1-9). Dostopno na: <http://www.hbr.org> (8.3.2011).

Hickey MT. Leadership Theories. In: Kleinberg M, Dirschel KM, eds. Today's Nursing leader. Managing, Succeeding, Excelling. Sudbury: Jones and Burtlett Publishers, LLC; 2010.

Hill N. Think and grow rich. Meriden, Conn: The Ralston Society; 1938.

Hughes RL, Ginnet RC, Curply GJ. Leadership: enhancing the lessons of experience. Boston: Irwin McGraw-Hill 1999.

Jasper M. Editorial. New nursing roles – implications for nursing management. Journal of Nursing Management. 2005; 13: 94.

Kyle DT. Štiri moči voditeljstva: navzočnost, namen, modrost, sočutje. Ljubljana: Amalietti&Amalietti; 2006.

Kovač J. Opredelitev vodenja. V: Kovač J, Mayer J, Jesenko M. Stili in značilnosti uspešnega vodenja. Kranj: Moderna organizacija; 2004:11.

Lindholm M, Sivberg B, Uden G. Leadership styles among nurse managers in changing organizations. Journal of Nursing Management. 2000; 8:328.

Lorber M, Skela Savič B. Vpliv vodenja na zaposlene v zdravstveni negi. V: Kaučič BM, Vidnar N, Majcen Dvoršak S. Odličnost v zdravstvu – odprti za nove ideje. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu. 2011: 59-69.

Mahoney J. Leadership skills for the 21st century. Journal of Nursing Management. 2001; 9: 269 – 271.

Manojlovich M. The effect of nursing leadership on hospital nurses professional practice behaviour. Journal of Nursing Administration. 2005; 35 (7/8): 366 -367.

Možina S. Dinamika vodenja. Management. In: Možina S, Kavčič B, Tavčar MI. in sod. Management. Radovljica: Didakta; 1994.

Peterka Novak J. Spremembe pri vodenju v zdravstveni negi v sodobnem času. In: Filej B, Kersnič P. Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 541 -47.

Pučko D. Planiranje kot managementska funkcija. V: Management nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta; 2002: 234-270.

Shirey MR. Competencies and tips for effective leadership. Journal of Nursing Administration. 2007; 37 (4):167 - 168.

Skela Savič B, Pagon M, Lobnikar B. Analiza stanja uspešnega vodenja v slovenskih bolnišnicah. Organizacija. 2004; 37 (1): 5 – 15.

Skela Savič B. Ali so potrebne spremembe na področju vodenja zaposlenih v slovenskem zdravstvu? V: Skela Savič B, Kaučič BM. Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 14 - 17.

Tavčar MI. Management in organizacija: sinteza konceptov organizacije kot instrumenta in kot skupnosti interesov. Koper: Fakulteta za management; 2006: 117-389.

Tavčar MI. Strateški management nepridobitnih organizacij, skripta, 5. predelana in dopolnjena izdaja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008: 24 -107.

124. VanOyen Force, M. The relationship between effective nurse managers and nursing retention, Journal of Nursing Administration. 2005; 35 (7/8): 337 - 340.

Wong C, Cummings G. Authentic leadership: a new theory for nursing or back to basics? *Journal of Health Organization and Management*. 2009; 23(5): 522-538.

Yukl G. An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly*. 1999; 10 (2): 285 – 305.

5 MOTIVACIJA

Novejše organizacijske teorije temeljijo na poudarjanju medosebnih odnosov, opirajo se na človekove potrebe in opredeljujejo motiviranost delavcev za delo. Rezultat pozornosti, ki je bila tudi v preteklosti namenjena temu vprašanju, so različne motivacijske teorije.

Motivacija je notranji proces, zagon, akcija, ki sili ljudi, da delajo stvari, ki zadovoljujejo njihove potrebe. Je kompleksna sila, sestavljena iz različnih dejavnikov, ki spodbujajo, usmerjajo, vzdržujejo in organizirajo aktivnost posameznika v organizaciji v začrtani smeri k doseganju ciljev (Musek, 1982). Posebej je pomembna motivacija za delo, ki človeku pomaga, da uresniči svoje cilje in cilje organizacije, v kateri je zaposlen (Lipičnik, 1994). **Osnova za motivirano vedenje je potreba oziroma fiziološki ali psihološki primanjkljaj, ki ga je potrebno izravnati.** V raziskavah, ki odkrivajo naše nagibe zakaj sploh delamo so izpostavljene predvsem naslednji:

- **Dražljaj** je spremenjeno stanje v organizmu ali zunaj njega, ki terja neko aktivnost.
- **Potreba** je fiziološko ali psihološko stanje v organizmu, ki je posledica določenega dražljaja. Različni ljudje to stanje pomanjkanja zadovoljijo na različne načine.
- **Motiv** je potreba, ki je usmerjena k določenemu cilju. Izvor ima v nezadovoljenih potrebah posameznika in vpliva na njegovo vedenje.
- **Spodbuda** je dejavnik, ki sproži človekovo aktivnost in odločilno vpliva na njen potek. Na dejavnost posameznika ima lahko negativen ali pozitiven vpliv.
- **Napetost** nastane istočasno kot potreba. To stanje doživljamo kot nemir, neprijetnost, četudi lahko ima kdaj tudi primes prijetnega občutka.
- **Motivirano delovanje** je usmerjeno k doseganju sredstev za zadovoljevanje potreb

5.1 MOTIVACIJSKE TEORIJE

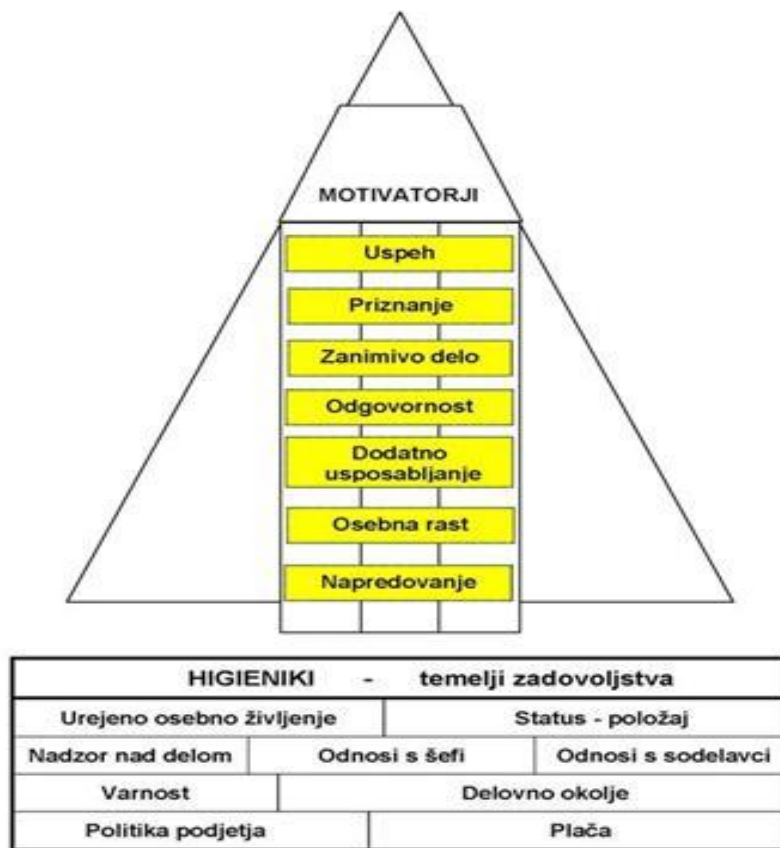
Teorija ekonomske motivacije

Teorija ekonomske motivacije pravi, da človek dela zato, da bi zaslužil. Sodi med klasične motivacijske teorije, praksa pa kaže, da omenjena teorija ne drži absolutno. Ko si delavec zagotovi existenco, stopijo v ospredje motivacije neekonomski dejavniki. Eden najbolj znanih eksperimentov na tem področju je Hawthorne eksperiment. Izveden je bil v tovarni Hawthorne Works družbe Western Electric v bližini Chicaga. Gre za študijo vpliva osvetlitve delovnega mesta na produktivnost delavcev. Eksperimenti so trajali več kot 2 leti (od 1924- 1927). Zaradi paradoksalnosti rezultatov, ki so pokazali, da ni neposredne povezave med fizikalnimi pogoji dela in produktivnostjo, je bil v tovarno povabljen profesor Elton Mayo s Harvarda. Med leti 1927 – 1929 je s skupino izvedencev izvajal eksperimente v okviru študije o pogojih, ki so pomembni za produktivnost dela. Rezultati teh poskusov so pokazali, da so na produktivnost odločilno vplivali družbeni pogoji oziroma medsebojni odnosi (Gostiša, 1996).

Herzbergova motivacijska teorija ali dvofaktorska teorija

Avtor pravi, da ima delavec dve vrsti med seboj neodvisnih potreb, ki povsem različno vplivata na obnašanje posameznikov. Eno so potrebe, ki izvirajo iz delovnega okolja (higieniki), druge pa izvirajo iz dela (motivatorji). Pri tem modelu je avtor jasno opredelil, kaj mora biti izpolnjeno, da se sploh prične dogajati motivacija. To so higieniki, ki so osnova zadovoljstva. Šele, ko so izpolnjeni higieniki, je smiselno ljudem višati zadovoljstvo s stvarmi, ki so motivatorji. Višanje higienikov ne povečuje zadovoljstva. Vsaj v bistveni meri ne. Če se povišajo higieniki, postanejo po zvišanju sami po sebi umevni. Npr. podvojitev plače je motivacija kakšen mesec, nato pa se tega navadimo. Podvojitev plače ne poveča motivacije za 200%. Je pa dobra plača (recimo vsaj povprečna ali nekoliko višja, kot je v panogi) odlično izhodišče za dodajanje motivatorjev (dodatno usposabljanje, napredovanje, večjo odgovornost...).

Slika 6: Higieniki in motivatorji



Vir: <http://www.vodja.net/index.php?blog=1&p=175&more=1&c=1&tb=1&pb=1>

Vroomova motivacijska teorija

Vroom je motivacijske procese in motivacijo opredelil kot izbiro vedenja. Ključni pojem v njegovi teoriji je pričakovanje, temelj pa sta privlačnost ciljev in ocena verjetnosti. Oblikoval je različne modele, s katerimi je skušal razložiti zadovoljstvo z delom in motivacijo.

Prvi model pravi, da je mogoče pripraviti delavca do dela tako, da osvetlimo zvezo med njegovimi osebnimi zahtevami in našimi pričakovanji. V svoji teoriji razlikuje individualne cilje in cilje organizacije.

Drugi model pa pojasnjuje, da lahko poskušamo vplivati na zvezo med vedenji in pričakovanji. Posameznik tako izbira in se odloča za vedenje, ki je odvisno od privlačnosti vseh ciljev, in od pričakovanja, da ga bo določeno delovanje pripeljalo do želenega cilja (Lipičnik, 1998). Vroomov model je uporaben le v razmerah dobre organiziranosti delovnega procesa. Če delavci lahko dosežajo svoje cilje in interese mimo doseganja ciljev organizacije po lažji poti, bodo – kot trdi Vroom - delavci obšli cilje in interese organizacije.

5.2 MOTIVACIJA IN NAGRAJEVANJE

Največji problem s katerim se srečujejo vodje je, kako pomagati spoznati zaposlenim povezavo med njihovimi notranjimi motivi in zahtevami dela. Prepoznavanje potreb se lahko izvede na več načinov:

- opazujemo sodelavce pri delu, kaj jih veseli, kaj ne, kako radi opravljajo določena dela, jim damo priložnost, da uporabijo lastne metode;
- proučimo posebne veščine in talente sodelavcev;
- naredimo raziskavo o zadovoljstvu pri delu ali predlogih izboljšav;
- vodimo razgovore s tistimi, ki zapuščajo organizacijo;
- opravimo analizo konfliktnih situacij (Gorišek, Tratnik, 2005).

Motiviranega človeka spoznamo po tem, da je navdušen nad delom, odločen, sodeluje in dosega dobre rezultate. V kolikor človek ni motiviran, ne sodeluje, se izmika delu, pritožuje ali prelaga delo na druge.

Nagrajevanje je razdeljeno v tri skupine vzpodbud:

- plačni sistem ali denarne nagrade,
- druge oblike nagrad,
- mehke vzpodbude (Lipičnik, 1998).

Sistem nagrajevanja je dinamičen proces, ki je odvisen od ciljev, ki naj bi jih z njimi dosegli. Po eni strani je podrejen zakonodaji, po drugi strani pa mora služiti strateškemu ciljem organizacije. Oboje si pogosto nasprotuje, vendar mora sistem nagrajevanja pri ljudeh v organizaciji zbuditi pravo vedenje. V nasprotnem primeru lahko pripelje do neželenih učinkov ali celo neprimernega vedenja. Raziskava vedenja medicinskih sester v izraelskih bolnišnicah je ugotovila štiri oblike neprimernega vedenja:

- nevljudnost do pacientov (nevljudni pogovori s svojci pacientov, neodzivanje na klice pacientov);
- nepoštenost na delovnem mestu (oddajanje nepopolno izpolnjenih poročil o stanju pacientov, sprejemanje daril);

- neustrezni odnosi s sodelavci (žaljenje sodelavcev, kriviti sodelavca za odgovornost);
- neupravičeno izostajanje (prezgodnje odhajanje z delovnega mesta, neupravičene bolniške odsotnosti) (Vardi 2004, cit po Robida, Skela Savič, Trunk).

Sistem nagrajevanja mora omogočiti tudi kaznovanje neustreznega vedenja, saj bo le na ta način spodbujal ustrezno vedenje.

Materialno nagrajevanje je v velikem številu organizacij točno določeno, kar še posebej velja za javni sektor. Nematerialno nagrajevanje je predvsem osredotočeno na človekovo potrebo po uspehu, pohvali, priznanju, odgovornosti, ugledu in osebni rasti (Gorišek 2011). Primeri nematerialnega nagrajevanja so:

- delavcem damo možnost dokazati njihove sposobnosti, spretnosti in znanja;
- delavcem damo vedeti, kako uspešno so izvršili naloge, pohvala mora biti vezana na dejanski uspeh, poslušamo in upoštevamo njihove predloge;
- delavcem, ki čutijo potrebo po moči dajmo priložnost, da se uveljavijo v situacijah, pri katerih lahko predstavijo svoje ideje, seveda pa moramo te ideje tudi upoštevati;
- zagotovimo jim osebno rast z izobraževanjem in razvojem kariere;
- delavcu izrečemo javno priznanje za uspeh, njegove dosežke objavimo v internem glasilu.

Literatura:

Gorišek K, Tratnik G, Sprostitev moči zaposlenih. Priložnost za poslovni uspeh. Vodič za mala in srednje velika podjetja. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje; 2005.

Gorišek K. Učinkovito nematerialno nagrajevanje zaposlenih. In: Kaučič BM, Vidnar N, Majcen Dvoršak S. Zbornik prispevkov Odličnost v zdravstvu – odprti za nove ideje. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu; 2011: 34 -48.

Gostiša M. Participativni management. Ljubljana: ČZP Enotnost, 1996: 239.

Higieniki in motivatorji. Dostopno na

(<http://www.vodja.net/index.php?blog=1&p=175&more=1&c=1&tb=1&pb=1>)(20.4.2012).

Lipičnik B. Nagrajevanje in ugodnosti zaposlenih. In: Možina S. in sod. Management. Radovljica: Didakta; 1998.

Musek J. Osebnost. Ljubljana: Univerzum; 1982.

Lipičnik B. Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1998.

Robida A, Skela Savič B, Trunk A. Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljalno raven v bolnišnici. Zaključno poročilo raziskovalne skupine. Ljubljana; Mednarodni inštitut za razvoj managementa v zdravstvu, Ministrstvo za zdravje. Dostopno na http://www.iihmd.org/docs/kompetence/Raziskava_MZ_7.7_pdf.pdf (20.4.2012).

6 ODLOČANJE

Odločanje je vsakdanji pojav in pomeni proces sprejemanja odločitev. Za managerja pomeni proces odločanja iskanja možnih poti do nekega želenega stanja, odločitve pa so njegov odziv na težave oziroma situacije v katerem se podjetje znajde.

Odločanje razumemo kot proces preudarnega razmišljanja, kjer odločitev predstavlja izbiro med različnimi možnostmi (Dimovski, Penger, Škerlavaj, 2007). **Odločanje je torej proces, kjer moramo med danimi možnostmi izbrati eno, ki seveda najbolj ustreza našim ciljem.**

6.1 NAČINI, RAVNI, VRSTE IN KAKOVOST ODLOČANJA

Biloslavo (2006) navaja tri načine odločanja:

- **Rutinsko** - enostavne odločitve so opredeljena vnaprej za omejeno število enostavnih okoliščin. To odločanje je hitro in učinkovito v večini zadev, a neprimerno za probleme, ki zahtevajo analizno presojo.
- **Analitično** – odločanje poteka po nekem zaporedju, modelu, metodi, ki upošteva in se prilagaja številnim kompleksnim, spremenljivim ali tveganim okoliščinam. Takšno odločanje zahteva veliko časa in denarja, ker temelji na strokovnosti, mora biti tudi odločevalec strokovno usposobljen.
- **Intuitivno** – odločitev nastane v podzavesti odločevalca na podlagi znanja, izkušenj in osebnostnih lastnosti. Odločanje je hitro in ustvarjalno, ampak zelo tvegano.

Načini odločanja glede na raven izvajanja:

- **Na izvajalski ravni** – nižji management - prevladuje rutinsko odločanje osnovano na: predpisih, poslovnih, navodilih in standardih. Ti kažejo mero obvladovanja osnovnih procesov v organizaciji s strani managementa.
- **Na srednji ravni**- tu je rutinskega odločanja zelo malo, saj ga srednji management prenaša navzdol na izvajalsko raven, da se lahko osredotoči na analizno odločanje. Na tej ravni je precej intuitivnega odločanja, ki pride v ospredje zlasti v zaključni fazi urejanja zadev, takrat ko so izčrpani vsi analizni pristopi.
- **Na vršni ravni** - rutinskega odločanja skoraj ni, malo je tudi analiznega odločanja. Večji del odločitev na vrhu organizacije je intuitivnih (Tavčar, 2008).

Tabela 1: Skupine, vrste in značilnosti odločitev

Skupine odločitev	Vrste odločitev	Značilnosti odločitev
Po pomenu	strateške	Temeljne in pomembne odločitve, ki obsegajo večji del organizacije, razmerja organizacije.
	operativne	Odločitve, ki usmerjajo tekoče poslovanje organizacije. Glede na časovno opredelitev so redne, pogostejše in kratkoročne
Po časovnem obsegu	tekoče	Zadevajo tekoče delovanje organizacije
	dolgotrajnejše	Zadevajo srednjeročno in dolgoročno delovanje organizacije.
Po vsebini	ustvarjalne	Izvirne odločitve, ki nastajajo po sintezi, analizi in vrednotenju informacij.
	programirane	Že preizkušene odločitve, odločanje po izdelanih in preverjenih pravilih.
	rutinske	Ponavljajoče se programirane odločitve.
Po povezanosti	odvisne	Na odločitve vplivajo druge odločitve v organizaciji, zlasti na višji ravni.
	neodvisne	Odločitve nastajajo brez vplivov iz notranjega ali zunanjega okolja organizacije

Vir: Tavčar, 2006, str. 30, prirejeno po Cooke in Slack, 1984

Individualne odločitve sprejemajo posamezniki in zato, ker se ljudje med seboj razlikujemo, so tudi odločitve in procesi sprejemanja odločitev različni. Najpogostejše razlike, ki vplivajo na proces sprejemanja odločitev so:

- vrednote človeka,
- osebnost človeka,
- nagnjenost k tveganju,
- možnost nesoglasij.

Skupinske odločitve so rezultat skupinskega določanja. V večini organizacij največ odločitev sprejemajo na ta način. Skupinsko odločanje ima v primerjavi z individualnim precejšnje prednosti, ki se kažejo predvsem v:

- popolnejših informacijah,
- večjem znanju,
- večji sprejemljivosti odločitev,
- posledično temu večji verjetnosti izvedbe.

Skupinsko odločanje pa ima tudi svoje slabosti, ki se kažejo v:

- večji porabi časa,
- neustreznosti v nujnih zadevah,
- pritisku na fleksibilnost posameznika,

- nedoločeni odgovornosti (Dimovski, Penger, Škerlavaj, 2007).

Kakovost odločanja je najbolj odvisna od kakovosti podatkov oziroma informacij, ki jih imamo na voljo v procesu odločanja. Pred končno odločitvijo moramo poiskati čim več možnih rešitev problema ter posledic, ki jih prinašajo posamezne alternative. Do trenutka sprejemanja odločitve lahko alternative medsebojno primerjamo in nepristransko vrednotimo. Od sprejema naprej pa imamo opravka le z eno samo alternativo in le za njo vemo, kako se je dejansko obnesla v praksi, za ostale pa lahko samo ugibamo. Ljudje imamo pri sprejemanju odločitev različne kriterije, cilje in preference. Kar je za nekoga dobra odločitev, je lahko za nekoga drugega popolnoma napačna. Kakovost odločitve lahko ocenimo le posredno iz naslednjih vidikov:

- **kakovost izbrane alternative** – tu gre za kakovost alternative v trenutku, ko se odločimo in jo izberemo izmed preostalih alternativ;
- **kakovost odločitvenega procesa** - gre za vprašanje kako smo prišli do odločitve in ali je bil postopek ustrezen in učinkovit;
- **kakovost realizacije odločitve** – v kakšni meri in kako je odločitveno proces vplival k realizaciji odločitve.

Poudariti je potrebno, da medsebojna primerjava alternativ po realizaciji odločitve ni in ne more biti merilo kakovosti odločitve, saj ni nikakršnega zagotovila, da bi se druga alternativa dejansko bolje obnesla od izbrane (Bohanec, 2006).

6.2 ODLOČANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Delo vodilnih medicinskih sester na področju vodenja zaposlenih temelji na kakovostnem odločanju pri reševanju problemov, kar neposredno vpliva na kakovost opravljenih storitev in učinkovitost dela medicinskih sester. To posledično vpliva na spremembe v organiziranosti zdravstvene nege, saj mora delegiranje nalog temeljiti na osnovi razmejitve del, opisov del, protokolov in standardov.

Proces odločanja v organizaciji zdravstvene nege je proces kritičnega razmišljanja, reševanja problemov in ustvarjalnosti. Za to je potrebno znanje managementa, vodenja in organizacijskega vedenja, poznavanje teoretičnih modelov in metod odločanja. Odločanje je opredeljeno kot sprejemanje tistih odločitev, ki bodo omogočile povezovanje zdravstvene nege v celoten sistem zdravstvene ustanove, odločanje o najučinkovitejšem prerezporejanju in nadomeščanju osebja, odločanje o nabavi materiala in sredstev.

Medicinske sestre morajo na probleme, ki nastajajo v njihovi organizaciji gledati z vidika odločanja na strateški, taktični in operativni ravni. Odločitve sprejemajo na osnovi znanja in uspešnosti. Samo odločanje kot proces, predvideva obstoj vsaj treh stvari in sicer potrebe, razloga za odločitev različnih rešitev in merila, na podlagi katerih izbiramo. To pomeni za ustvarjalno reševanje problemov, da se morajo odločiti katere cilje bodo izbrale za bodočnost, na kakšen način jih bodo dosegle, kako bodo rešile sprotne probleme, ki se pojavljajo v praksi, kako izpeljale planirano aktivnost in s kakšnimi sredstvi (Sirk, 2007).

Literatura:

Biloslavo R. Strateški management in management spreminjanja. Koper: Fakulteta za management; 2006.

Bohanec M. Odločanje in modeli. Ljubljana: DFMA – založništvo; 2006.

Dimovski V, Penger S, Škerlavaj M. Organiziranje in odločanje. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2007.

Sirk M. Management in vodenje v zdravstveni negi (diplomsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede; 2007.

Tavčar MI. Management in organizacija. Celostno snovanje politike organizacije. Koper: Fakulteta za management; 2008.

7 MODELI DELITVE DELA V ZDRAVSTVENI NEGI

Skozi celo 20. stoletje strokovnjaki v zdravstveni negi uporabljajo številna imena za opis, kako se zdravstvena nega izvaja v bolnišnicah. Ti modeli/sistemi večinoma odsevajo vlogo diplomirane medicinske sestre v odnosu do pacienta in drugih izvajalcev zdravstvene nege v enoti ali na oddelku (Minnick in Mion, 2007). Namen različnih modelov zdravstvene nege je priskrbeti strukturo, ki omogoča medicinskim sestram izvajanje zdravstvene nege za posamezne skupine pacientov.

Po drugi svetovni vojni se je začel sistem izvajanja zdravstvene nege spreminjati. Pojavili so se različni modeli, ki so bili mnogokrat kritično ocenjeni. To neprestano vrednotenje je nastalo zaradi potrebnih sprememb v koristnosti negovalnega osebja, zmanjševanju stroškov za nego in bolnišničnih dohodkov, krajši ležalni dobi, zahtevah uporabnikov zdravstvenih storitev po kakovostni negi ter zahtevah zdravnikov, medicinskih sester in drugih profesionalcev v zdravstvu po bolj uspešnem zdravstvenem sistemu. Največja sprememba v vsakem modelu izvajanja zdravstvene nege je težnja po uspešnosti, stroškovni učinkovitosti, kakovosti in potrebah pacientov ter izvajalcev. Nobeden izmed modelov ni popoln. Večina organizacij uporablja kombinacijo ali prilagoditev različnih modelov izvajanja zdravstvene nege za doseganje edinstvenih zahtev na različnih oddelkih.

Čeprav zdravstvena nega zapolnjuje jedro strokovnih aktivnosti v modelih zdravstvene nege, se modeli med seboj razlikujejo v pojmovanju vlog medicinskih sester (odgovornost, kontrola nad zdravstveno nego, ocenitev pacientov), komunikaciji, koordinaciji zdravstvene nege in vodenju (Cormack, Hillier in Anderson, 2007).

7.1 IZBIRA MODELA

Pri načrtovanju in izbiri modela izvajanja zdravstvene nege moramo upoštevati spremembe pri pacientih, izvajalcih, napredek v medicini, informacijski tehnologiji in spremembe v financiranju (Wolf in Greenhouse, 2007).

Model izvajanja zdravstvene nege mora biti strateška orientacija v organizaciji. Vsebovati mora strukturo (kdo kaj dela?), proces (kako bo to opravljeno?), izide (kakšno razliko naredi?), je uporaben v prihodnosti ter osnovan na znanstvenih dokazih.

Pri odločanju o strukturi si moramo odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Katere specifične vloge si predstavljamo?
- Katere so izobrazbene in izkustvene zahteve za vsako vlogo?
- Kako bomo določali ravni osebja?
- Kako bomo merili in določili obseg pacientovih potreb?
- Katere vrste veščin bomo rabili za različne skupine pacientov?
- Kdo bo imel avtoriteto in odgovornost pri sprejemanju odločitev za zdravstveno nego pacientov?

- Kdo bo odgovoren za sprejemanje odločitev o zdravstveni negi pacientov v celotnem poteku zdravljenja (24 ur, celotni ležalni dobi, nadaljevanju zdravstvene nege po odpustu)?
- Kako bomo dosegli konzistentno in kontinuirano zdravstveno nego (Wolf in Greenhouse, 2007)?

Pri odločanju, kako bomo oblikovali proces izvajanja zdravstvene nege, moramo upoštevati, da je pacient enakopraven partner, da sodeluje pri sprejemanju odločitev o njegovi zdravstveni negi, in da mora biti to neprekinjen proces. Zato si moramo najprej odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Je potrebna posebna negovalna teorija, ki jo moramo uporabiti?
- Kako bomo pritegnili paciente v negovalni proces?
- Kako bomo uspešneje komunicirali o rezultatih, ki jih je dosegel pacient (dokumentacija, poročilo poteka...)?
- Katere standarde zdravstvene nege bomo uporabili in kako jih bomo razvili, da bodo odsevali sodobne znanstvene dokaze?
- Kakšne medsebojne odnose potrebujemo z drugimi disciplinami pri zdravstveni negi?
- Katere klinične in pomožne vire potrebujemo za uspešno izvajanje zdravstvene nege?

Za izboljšanje ravni zdravstvene nege moramo vrednotiti izide, saj le to vodi v spremembe strukture in procesa ter ponovno opredelitev izidov. Da pa dobimo odgovor na vprašanje, kakšno razliko smo naredili, moramo vedeti katere cilje zasledujemo:

- Katere izide bomo merili?
- Kako jih bomo merili?
- Kdaj jih bomo merili?
- Kdo jih bo meril?
- Kaj bomo storili z rezultati (Wolf in Greenhouse, 2007)?

Ko si odgovorimo na vsa vprašanja, razvijemo model, za katerega pa je posebnega pomena, da ga »spravimo v življenje«. Služi nam kot osnova za ocenjevanje, planiranje, organiziranje, opise delovnih mest, nabor in razvoj osebja ter raziskave. Model izvajanja zdravstvene nege na oddelku je povezan s poslanstvom, vizijo, strategijo in cilji organizacije ter je del organizacijske strukture.

V bolnišnicah so potrebni inovativni modeli zdravstvene nege s hotenimi izidi, usmerjenimi k potrebam in pričakovanju pacientov, spremembi položaja zdravstvene nege, rezultatov, uspešnejši rabi virov in prikazu merljivega napredka v zadovoljstvu pacientov in kakovosti izidov (Kimball in Joynt, 2007).

7.2 VRSTE MODELOV

7.2.1 FUNKCIONALNI MODEL ZDRAVSTVENE NEGE

Na razvoj tega sistema je vplival razvoj industrije in tehnologije v 30. in 40. letih (Grbec, 1988). Takrat je v ZDA Henry Ford vpeljal v avtomobilsko industrijo tekoče trakove. Delitev dela je pomenila delitev na posamezna opravila. Pri funkcionalnem modelu zdravstvene nege so naloge razdeljene medicinskim sestram glede na njihovo izobrazbo in spretnosti. Potrebe pacienta tako zadovoljuje več medicinskih sester. Ena deli zdravila, druga meri vitalne funkcije, tretja poskrbi za osebno higieno ... Prednost tega modela je, da je stroškovno učinkovit, da so vsi zaposleni zelo uspešni pri izvajanju dodeljene naloge, so pa manj uspešni in učinkoviti pri izvajanju drugih nalog. Pomanjkljivosti sistema so:

- nestanovitna kontinuiteta zdravstvene nege,
- odsotnost holističnega pogleda na pacienta,
- časovno omejena komunikacija,
- problemi s sledljivostjo.

Danes je funkcionalni sistem zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah še vedno prisoten, kljub temu, da po navedbah Decker in Sullivan (1997) zaradi svoje fragmentiranosti povzroča nezadovoljstvo tako pri pacientih kot zaposlenih.

7.2.2 TIMSKI MODEL ZDRAVSTVENE NEGE

Znotraj tega sistema tim izvajalcev zdravstvene nege izvaja popolno oskrbo skupine pacientov. Na dogovorjen način je timu dodeljeno določeno število pacientov. Tim ponavadi skrbi za 10-15 pacientov in vključuje 3-5 medicinskih sester (Grbec, 1988). Timski model povezujejo z demokratičnim vodenjem. Člani tima imajo veliko avtonomije pri izvedbi nalog, čeprav tim povezuje skupna odgovornost (Marquis in Huston, 2003). Timski model zdravstvene nege zahteva naslednje:

- negovalni tim vedno vodi medicinska sestra, ki je poleg teoretičnega znanja dobro usposobljena v praksi;
- model je mogoče uporabiti povsod, kjer zdravstvene potrebe izhajajo iz celovitosti potreb pacienta;
- model vključuje pacienta v načrtovanje nege v največji meri;
- od vsakega člana tima zahteva, da pokaže in izkoristi svoje potenciale.

Pomanjkljivosti timskega modela so:

- vodja tima porabi veliko časa za vzdrževanje uspešne timske komunikacije pri načrtovanju, nadziranju in koordiniranju izvajanja zdravstvene nege vseh članov tima (Decker in Sullivan, 1997), kar vodi v višje stroške (Tiedeman in Lookinland, 2004);
- kontinuiteta zdravstvene nege je lahko omejena, ker se dnevno spreminjajo člani in vodja tima, prav tako skupina pacientov, ki je dodeljena timu;
- članom tima so dodeljene specifične naloge pri pacientu, kar onemogoča celovit pregled nad njegovimi potrebami;
- vodje tima so bolj osredotočeni na papirnato delo kot usmerjeni na fizične oz. realne potrebe pacientov;

- problemi v delegiranju in komuniciranju so velikokrat razlogi za manjšo uspešnost timskega modela, kot bi pričakovali na osnovi teoretičnih izhodišč.

7.2.3 MODEL CELOVITE ZDRAVSTVENE NEGE

V tem modelu so diplomirane medicinske sestre odgovorne za vse vidike zdravstvene nege pri enem ali več pacientih. Namen tega sistema je, da ena medicinska sestra izvaja vso zdravstveno nego v eni izmeni. Splošno se ta model uporablja na področjih, kjer je zahtevana visoka stopnja izkušenj, kot npr. v intenzivnih terapijah. Prednosti tega modela so:

- kontinuirana, celovita in strokovna zdravstvena nega,
- popolna odgovornost za izvajanje zdravstvene nege pri dodeljenem pacientu,
- kontinuirana komunikacija s pacientom, družino, zdravniki in osebjem drugih oddelkov.

Pomanjkljivosti tega modela so:

- diplomirana medicinska sestra porabi veliko časa za naloge, ki bi jih lahko opravilo manj izobraženo osebje, npr. zdravstveni tehniki,
- stroški modela so zelo visoki.

7.2.4 MODEL PRIMARNE ZDRAVSTVENE NEGE

Pri tem modelu je ena medicinska sestra odgovorna za zdravstveno nego določenih pacientov. Decentralizirano sprejemanje odločitev je temeljni princip primarne zdravstvene nege. Model ocenjuje, da je temelj profesionalne prakse zdravstvene nege znanje, ne samo aktivnost za izvrševanje nalog. Prednosti modela so:

- model strokovne prakse osnovan na znanju,
- decentralizacija odločanja v zdravstveni negi, avtoriteta in odgovornost medicinskih sester,
- ena medicinska sestra odgovarja za 24-urno zdravstveno nego pacienta,
- poveča se kontinuiteta in koordinacija zdravstvene nege,
- poveča se zadovoljstvo medicinskih sester, zdravnikov ter pacientov, ki menijo, da je takšna zdravstvena nega bolj osebna.

Pomanjkljivosti modela primarne zdravstvene nege:

- koncept 24-urne odgovornosti je dober, vendar je nemogoče zagotoviti legalno odgovornost primarne medicinske sestre izven delovnega časa;
- nepripravljenost sodelavcev sprejemati navodila primarne medicinske sestre;
- organizacije, ki so uvedle primarno zdravstveno nego, so zahtevale le diplomirane medicinske sestre;
- praksa je pokazala, da to ni samo dražje temveč tudi neučinkovito, saj lahko precej dela opravi manj izobraženo osebje.

7.2.5 KOORDINIRANJE PRIMERA – CASE MANAGEMENT

Model koordiniranja primera daje možnost zdravstvenim organizacijam za izvajanje kakovostnih in stroškovno učinkovitih storitev ne glede na področje delovanja ali finančne vire. Model ima izredno fleksibilno strukturo. Začetki modela segajo v leto 1985 in kot navajata (Zander, 1985, cit. po Cohen in Cesta 2001), je nastal kot posledica primarnega modela v smeri kakovosti, k izidom usmerjeni zdravstveni negi in obvladovanju stroškov.

Ta model omogoča prepoznavanje, koordinacijo in nadziranje izvajanja služb, ki so potrebne za doseganje želenih izidov zdravstvene nege pri pacientu v določenem časovnem obdobju. Pomembni elementi za izvajanje modela so:

- sodelovanje vseh udeležencev zdravstvenega sistema, predvsem je pomemben interes pri negovalnem kadru in zdravnikih,
- prepoznavanje pričakovanih izidov pacienta v časovnih okvirih (skrajševanje ležalne dobe...),
- uporaba principov kontinuiranega izboljševanja kakovosti,
- pospeševanje strokovne prakse,
- izboljšanje zadovoljstva pacientov,
- izboljšanje zadovoljstva zaposlenih.

Model koordiniranega primera je primeren pri homogeni populaciji z velikim številom pacientov z enako diagnozo. Optimalno je, da se na oddelek sprejme več kot 50 % pacientov s 5 ali manj SPP (skupine primerljivih primerov), kar omogoča vključevanje manjšega števila profesionalnih skupin v zdravstveno oskrbo in pisanje manjšega števila načrtov vodenega primera. Sistem SPP omogoča razvrščanje pacientov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov (Ceglar, Jelisavčić, Jerčinovič in sod., 2008).

Internistično področje ima mnogo potreb po uvedbi tega modela. Pacienti so pogosto starejši, težje zagovarjajo svoje potrebe, pogosteje pride do neželenih dogodkov v okviru dolgotrajne in zapletene hospitalizacije. To pomeni za bolnišnico višje stroške in intenzivno rabo virov. Potek zdravljenja internističnega pacienta je težko planirati, ker je nepredvidljiv. In prav to je razlog za uvedbo modela. Pri teh pacientih se potrebe dnevno menjajo, zato je pomembno, da je vse, kar se zgodi planirano, in da se ničesar ne zgreši. Kriteriji za izbiro pacientov, ki so vodeni, morajo biti individualno določeni s presojo, ki pokaže na skupine z visoko uporabo virov. To ni edino merilo in kot navajata (Cohen in Cesta, 2001), obstajajo še druge skupine pacientov, ki imajo koristi od modela:

- starejši od 70 let,
- odklanjanje zdravljenja,
- možnost za padec,
- možnost nastanka razjede zaradi pritiska,
- problem z namestitvijo po odpustu,
- zapleten načrt zdravljenja,
- potrebe po zdravstveni negi v domačem okolju,
- zapletene učne potrebe.

Koordinator primera lahko vodi 15 do 20 srednje težkih internističnih pacientov.

Kirurški primeri so zaradi intenzivnosti obravnave bolj zahtevni kot internistični. V mnogočem je potek zdravljenja kirurškega pacienta bolj predvidljiv in voden po vnaprej določenem načrtu. Mnoge kirurške prakse imajo s protokoli, s katerimi se vodi pooperativni potek, istočasno narejen načrt vodenja tipičnega primera. Čeprav obstajajo izjeme za vsako pravilo, je načelno pričakovan potek predviden za celotno hospitalizacijo. Sprejemi kirurških pacientov so pogosto vnaprej predvideni, opravljena je predoperativna priprava, kar pomeni, da obstaja malo možnosti za zaplete. Na kirurškem področju lahko ena diplomirana medicinska sestra vodi do 25 pacientov. Čeprav so kirurški pacienti manj zapleteni, pa je zaradi izredno kratke ležalne dobe potek dela tako intenziven, da lahko prihaja do preobremenitev koordinatorja primera.

Pacienti po zaključenem akutnem zdravljenju preidejo v neakutno zdravstveno obravnavo ali na negovalni oddelek. Neakutna zdravstvena obravnava je manj intenzivna in manj usmerjena v diagnostiko. Zdravstveno stanje pacientov je stabilno, vendar ne dovolj za domačo oskrbo. V to skupino sodijo:

- pacienti, ki potrebujejo rehabilitacijo, imajo potencial za funkcionalno izboljšanje ter značilne medicinske in negovalne potrebe. Kratkotrajna rehabilitacijska terapija vključuje poleg medicine in zdravstvene nege še fizioterapijo, delovno terapijo in logopeda. Tipične diagnoze so: možganska kap in poškodbe, amputacije, menjava kolka ali kolena;
- dolgotrajni ali kronični pacienti z dolgo ležalno dobo ter velikimi potrebami po zdravstveni negi in pripadajočih storitvah, kot so tisti s poškodbami glave, v komi ali odvisni od ventilatorja.

Tudi na teh področjih lahko koordinator primera prispeva k stroškovni uspešnosti, zagotavljanju izboljšanja kakovosti zdravstvene nege in doseganju bolj učinkovitih kliničnih izidov.

Koordinator primera je lahko diplomirana medicinska sestra s primernimi izkušnjami. Običajno spremlja 10 do 15 pacientov, sledi njihovem napredku skozi sistem od vstopa do odpusta ter odpravlja neskladja s pričakovanim potekom. Ne opravlja neposredne zdravstvene nege, ampak nadzira izvajalce zdravstvene nege. Takšen sistem prispeva k zmanjšanju zapletov.

Za uspešno uvedbo modela koordinatorja primera je pomembnih pet elementov:

- podpora ključnih udeležencev v organizaciji (uprava, zdravniki, medicinske sestre),
- izbira kvalificirane medicinske sestre – koordinatorja primera,
- dobro sodelovanje v strokovnem timu,
- kakovosten sistem managementa,
- vpeljane klinične poti, ki opredeljujejo smernice ali protokole. Klinična pot usmerja osebe k pričakovanim dnevnim izidom za pacienta. V klinično pot so že vnaprej vključene nekatere značilnosti, tako npr. specifične medicinske diagnoze, pričakovana ležalna doba, identifikacija pacientovih podatkov, določeni časovni okviri za intervencije (v dnevih, urah, minutah ali vizite). Intervencije so prikazane

v modulih (medicinski, negovalne aktivnosti..). Klinična pot vsebuje merilo za hitro prepoznavanje sprememb ter ugotavljanje, kdaj so izidi doseženi in ali je prišlo do odklona od pričakovanega poteka.

V modelu koordiniranja primera so vsi sodelujoči enakovredni udeleženci v timu, tudi tiste skupine, ki ne določajo intervencij za druge discipline. Vsi udeleženci v skupnem strokovnem timu se dogovorijo za končni načrt klinične poti, določijo lastništvo izidov pri pacientu ter sprejmejo odgovornosti in pristojnosti za intervencije in izide v sodelovanju z vsemi sodelujočimi skupinami. Medicinska sestra – koordinator primera deluje v dveh vlogah, in sicer kot klinična medicinska sestra – ekspert in kot koordinator procesa vodenega primera.

Pri vpeljavi koordiniranja primera je potrebno upoštevati naslednje smernice:

- Koordinator primera – diplomirana medicinska sestra je pristojna za pacienta od sprejema na oddelek.
- Primarna diplomirana medicinska sestra in zdravstveni tehnik sta pristojna za izvajanje kontinuirane zdravstvene nege in odgovorna za pacienta v času hospitalizacije.
- Vsak koordinator primera sodeluje s pristojnim zdravnikom pri doseganju in vrednotenju izidov zdravstvene nege pacienta z individualnim načrtom in klinično potjo.
- Koordinator primera je izurjen za uporabo načrta za vodeni primer in klinične poti, ki pospešuje zdravstveno oskrbo pacienta.
- Klinična pot se uporablja pri spremembi poteka.
- Spremembe načrta vodenega pacienta ali klinične poti zahtevajo pogovor s pristojnim zdravnikom in koordinatorjem primera – konzultantom.
- Koordinator primera in glavna medicinska sestra oddelka sodelujeta pri izvajanju načrta za optimalno razporeditev negovalnega osebja.
- Vsakodnevna dokumentacija odraža nadzor napredka pacienta in vrednotenje izidov, ki so specifični za načrt vodenega primera ali klinično pot.

V objavljenih raziskavah, ki so proučevale izide tega modela, se večina podatkov nanaša na kazalce, ki kažejo zmanjšanje števila oskrbnih dni v bolnišnici, izboljšano zdravstveno stanje ter zmanjšanje stroškov. Model koordiniranja primera je sedaj uveljavljen v vseh slovenskih bolnišnicah. V jeseniški bolnišnici se je pokazalo, da se je izboljšala komunikacija s pacientom, z zdravstvenim timom, ki ga obravnava v bolnišnici, ter s timom na primarni ravni. Nekoliko se je spremenila tudi kultura v bolnišnici (Lindič, Kramar, Rems, 2007).

7.2.6 KOORDINATOR ODPUSTA

Pravočasna priprava pacienta na odpust in izdelava individualnega načrta je ključna za varen in kakovosten odpust (Hainsworth, 2005). Pacienti so danes odpuščeni iz bolnišnične obravnave še vedno »bolni« (Kadivec, 2012). Raznovrstne negovalne potrebe po odpustu pomenijo večji pritisk na izvajalce, ki nudijo pomoč pri izvajanju dnevnih osnovnih in podpornih življenjskih aktivnosti. Neustrezen načrt odpusta vodi v

ponoven sprejem, kar vpliva na pacienta, svojce in osebje (Lavtižar in Kramar, 2012). Ključne točke, ki jih mora obvladovati koordinator odpusta so:

- vsi pacienti morajo imeti načrt zdravljenja v 24 urah po prihodu v bolnišnico,
- okvirni termin odpusta naj bo določen v 24 urah po sprejemu in naj se sporoči pacientu in njegovim svojcem,
- opredeliti je potrebno vse aktivnosti, ki so vezane na pripravo pacienta in svojcev na odpust.

Koordinator odpusta opravi razgovor tako s pacienti kot njihovimi svojci. Vsebina pogovorov o oskrbi pacienta v domačem okolju se nanaša na:

- nasvete glede pridobitve pomoči na domu, pri kom jo iskati, kako pomoč razporediti čez dan, kakšna finančna sredstva so potrebna;
- kako in kje pridobiti sanitetno potrošni material ali medicinsko tehnične pripomočke;
- kako negovati pacienta doma, kakšno pomoč mu nuditi pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti.

Pacienti in predvsem njihovi svojci pogosto izražajo želje po namestitvi pacientov na Podaljšano bolnišnično zdravljenje (v nadaljevanju PBZ), ki ga izvajajo tri bolnišnice. V ta namen je potrebno posredovati predvsem naslednje informacije:

- katere zahteve morajo izpolnjevati pacienti, da lahko koristijo PBZ;
- kakšne koristi prinaša PBZ pacientu, ali je plačljiv;
- ali se lahko nadaljuje zdravljenje in rehabilitacija pacienta na PBZ, če se ta z njim ne strinja.

S pacienti in svojci pri katerih se predvideva, da oskrba v domačem okolju ne bo mogoča in ne bodo izpolnjevali pogojev za PBZ, se koordinator odpusta takoj po sprejemu pogovori o:

- namestitvi pacienta v domsko oskrbo in sproži postopek urejanja domske namestitve;
- predstavi prednosti domske namestitve, seveda ob upoštevanju finančne situacije pacienta ali svojcev.

Koordinator odpusta se sooča s številnimi problemi, ki pa jih mora z ustreznim načinom komuniciranja tekoče razreševati. Med najpogostejše sodijo:

- Pacienti in svojci pričakujejo daljše bivanje v bolnišnici;
- Lečeči zdravnik poda svojcem premalo podrobnih informacij o pacientovem zdravstvenem stanju, poteku zdravljenja ter predviden časovni okvir hospitalizacije;
- Zdravniki ne želijo določiti in zapisati predvidenega termina odpusta na temperaturni list. To otežuje celoten proces koordiniranja aktivnosti za pripravo pacienta na odpust. V kolikor bi na bolnišničnih oddelkih uporabljali klinične poti, bi do teh problemov ne prihajalo. V klinični poti je namreč opredeljen časovni okvir hospitalizacije za posamezno diagnozo;

- Vse bolnišnice nimajo Negovalnega oddelka. Od zasedenosti oddelka z akutnimi pacienti je potem odvisno ali bo možna namestitev na negovalno posteljo;
- Slab prenos informacij med člani negovalnega tima, zdravstvenega tima in med zdravstvenimi delavci ter svojci;
- Prihaja do nepredvidenih zapletov v procesu zdravstvene obravnave. Teh ni mogoče planirati, je pa vsekakor mogoče o spremembi pravočasno obvestiti vse sodelujoče.

Koordinator odpusta je nova oblika dela medicinske sestre. V Kliniki Golnik je ta oblika že uveljavljena, medtem, ko so jo v Splošni bolnišnici Jesenice in Celje uvedli preteklo leto kot odgovor na zahtevo standarda DIAS.

7.2.6 INOVATIVNI MODELI IZVAJANJA ZDRAVSTVENE NEGE

Predvsem v ZDA medicinske sestre veliko energije usmerjajo v razvoj inovativnih modelov izvajanja zdravstvene nege, katerih osnovni namen je oblikovanje k pacientu usmerjenih interdisciplinarnih timov, ki izvajajo varno, uspešno, časovno in stroškovno učinkovito ter pravično zdravstveno oskrbo. Kimball in Joynt predstavljata (2007) pet modelov, ki so že pokazali dobre rezultate. Skupna značilnost modelov je, da so grajeni na znanju in izkušnjah diplomiranih medicinskih sester.

- Diplomirane medicinske sestre nastopajo v vlogi koordinatorja primera oz pospeševalcev zdravstvene nege pacientov, tako v bolnišnici kot premeščanju v domačo oskrbo. Imajo pristojnost, odgovornost ter avtoriteto za vodenje integrirane in k doseganju uspešnih izidov usmerjene zdravstvene nege. Diplomirane medicinske sestre so dodatno izobražene na področju vodenja, financ, plačevanja zdravstvenih storitev in uporabe virov.
- Večje oddelke razdelijo na manjše, ki imajo 12 do 16 postelj.
- Velika pozornost je namenjena zadovoljevanju izobraževalnih potreb pacientov in družin ter dobremu sodelovanju z njimi, s čimer se zmanjšajo potrebe po hospitalizaciji.
- Z uporabo novih tehnologij se zmanjšajo delovne obremenitve zaposlenih, saj se na ta način zmanjša potreba po dokumentiranju, izboljšata dokumentacija in dostop do informacij, zmanjšajo nepotrebni koraki in trošenje časa. Tehnologija sama po sebi ne prinaša novih modelov. Njena uporaba pripomore, da živi modeli izboljšajo uspešnost zdravstvene nege.
- Vsi modeli so pokazali potrebo po merljivosti rezultatov, saj je le na ta način mogoče dokazati uspešnost novih modelov.

Burrit, Wallace, Steckel in drugi poročajo (2007), da je uvedba vloge medicinske sestre – mentorja pripomogla k varni in kakovostni zdravstveni negi. Vloga mentorja v modelu je bila vrednotena po smernicah avtorja Donabedian, ki pravi, da je struktura najpomembnejši dejavnik za pospeševanje kakovosti. Strukturne komponente, kot so na primer število, vrsta osebja in kompetenčne stopnje imajo močan vpliv na proces izvajanja zdravstvene nege. Za mentorje so bile izbrane starejše in izkušene medicinske sestre, sposobne reflektivnega razmišljanja.

Z uvedbo modela se je občutno zmanjšalo število padcev pacientov – 20 %, preležanine zaradi pritiska – 38 %, reševanje napak zaradi neljubih dogodkov – 47 %, ležalna doba pa se je skrajšala za 7 % (Burrit, Wallace, Steckel et.al, 2007). Rezultati potrjujejo kritično razmerje vpliva strukture (klinični mentor) in procesa (nadzor in mentorstvo) na izide boleznih pacientov, kar dopolnjujejo tudi dokazano izboljšani finančni rezultati.

7.3 POTEK DELA IN OBREMENITVE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

V Kaliforniji je bila opravljena raziskava delovnega poteka na osnovi delitve delovnih aktivnosti, ki jih medicinske sestre opravijo neposredno ob pacientu, in tiste, ki niso vezane nanjo. Upeniks, Akhaven, Kotlerman et al, (2007) so aktivnosti razdelili na naslednji način.

Aktivnosti, ki prispevajo k skupni vrednosti

Neposredna zdravstvena nega:

- postopki pri bolniški postelji,
- ocenjevanje pacienta,
- meritev vitalnih znakov,
- dajanje zdravil,
- oskrba rane,
- nadziranje pacienta,
- učenje pacienta,
- sprejem in odpust,
- komunikacija s pacientom in negovalnim timom,
- aktivnosti za dnevno življenje.

Posredna zdravstvena nega:

- aktivnosti pri zdravljenju,
- načrt,
- poročanje,
- poučevanje,
- komunikacija z negovalnim timom in družino,
- negovalni obhodi,
- negovalne konference.

Aktivnosti, ki ne prispevajo k skupni vrednosti

Osebj:

- malica in kosilo.

Izgube:

- skrb za opremo in ljudi,
- skrb za popravilo opreme,
- čakanje zaradi zamud ali prepozni klicev,
- druge različne aktivnosti.

Potrebne aktivnosti:

- dokumentiranje (prepisovanje navodil, negovalni načrt, dokumentiranje ob sprejemu in odpustu, dokumentiranje medicinskih storitev) in načrtovanje dokumentacije,
- administrativno delo.

Posredna zdravstvena nega:

- obveščanje osebja, klicanje pomožnega osebja,
- izvajanje oskrbe,
- spremljanje pacientov na preiskave.

Administrativne aktivnosti:

- vpis podatkov v računalnik,
- usposabljanje.

Rezultati merjenja so pokazali, da medicinske sestre porabijo od 55 do 60 % časa za aktivnosti, ki prispevajo k skupni vrednosti, za ostale aktivnosti jim ostane 40 do 45 %, izgube je okoli 5 %.

Lloyd, Storfjell, Omoike in Ohlson (2008) pa so pri raziskavi delovnega poteka, aktivnosti medicinskih sester, razdelili na aktivnosti pri zdravstveni negi pacienta (ocena, poučevanje in obravnava pacienta ter psihosocialna pomoč) ter pomožne aktivnosti (koordiniranje aktivnosti in urejanje klinične dokumentacije). Rezultati so pokazali, da medicinske sestre porabijo 44 % svojega časa za zdravstveno nego pacienta ter 56 % za pomožne aktivnosti. Medicinske sestre so ocenile, da je kar 36 % delovnega časa zgubljenega po nepotrebem, s tem da je največja izguba pri pomožnih aktivnostih (iskanje delujoče opreme, pripomočkov, zdravil, čakanje na pomožno osebje in transport, premalo računalnikov...).

Delovna obremenitev je določena s funkcijo časa, kompleksnostjo in številom intervencij, ki morajo biti izvedene v nekem določenem obdobju. Končni cilj je vsekakor zagotoviti optimalno število medicinskih sester na različnih oddelkih z namenom zagotoviti njihovo enakomerno obremenitev. Raziskava opravljena v belgijskih bolnišnicah je pokazala, da na delovne obremenitve medicinskih sester močno vplivajo motnje delovnega poteka, visok obrat pacientov, pomanjkljiva standardizacija negovalnih pripomočkov in materialov, veliko število neplaniranih sprejemov in odpustov, premalo zaposlenih za transport pacientov, slabe delovne navade, visok body mass index pacientov,.... (Myny, 2012).

Najprej je torej potrebno določiti intenzivnost in spremenljivost delovnega poteka oziroma procesa z izločanjem vseh nepotrebnih aktivnosti. Potem se opredelijo dodatni dejavniki:

- izobrazbena raven medicinskih sester,
- stopnja usposobljenosti medicinskih sester,
- zadovoljstvo pacientov in medicinskih sester,
- fizična ureditev enot, oprema, pripomočki,
- pacienti v izolaciji,
- število sprejemov in odpustov na izmeno,
- struktura pomožnih služb.

Na podlagi vsega naštetega se izbere ustrezen model zdravstvene nege in opredelijo območja odgovornosti posameznih izobrazbenih ravni.

Literatura:

Burritt JE, Wallace P, Steckel C. et al. Achieving quality and fiscal outcomes in patient care. The clinical mentor care delivery model. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37(12): 559-61.

Ceglar J, Jelisavčić S, Jerčinovič A. in sod. SPP: skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranja bolnišnic. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS: 2008: 14.

Cohen EL, Cesta TG. *Nursing case management. From essentials to advanced practice applications*. Third edition. St. Louis: Mosby; 2001:495.

Cormack C, Hillier LM, Anderson K, et al. The process of developing and implementing a nursing care delivery model for geriatric rehabilitation. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37(6):279-85.

Decker PJ, Sullivan EJ. *Effective leadership and management in nursing*. Sand Hill Road: Addison Wesley Longman; 1997: 34.

Grbec V. Sistemi delitve dela v zdravstveni negi. *Zdrav. Obzor*. 1988; 22:3-9.

Hainsworth T. The national service framework for long –term conditions. *Nurs Times*. 2005; 101; 24-5.

Kadivec in sod. Vloga koordinatorja odpusta pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. In: Bahun M, Kramar Z in Skela Savič B. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno ter varno obravnavo pacientov: zbornik prispevkov/5. Dnevi Angele Boškin, 20. in 21. september 2012, Kranjska Gora. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, 2012: 29-31.*

Kimball B, Joynt J. The quest for new innovative care delivery models. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37 (9): 392.

Lavtižar J, Kramar Z. Koordinator zdravstvene obravnave pacienta – case manager. In: Bahun M, Kramar Z in Skela Savič B. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno ter varno obravnavo pacientov: zbornik prispevkov/5. Dnevi Angele Boškin, 20. in 21. september 2012, Kranjska Gora. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, 2012: 24-8.*

Lindič H, Kramar Z, Rems M. Klinična pot in koordinator primera. In: Dan Angele Boškin, *Splošna bolnišnica Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2007: 41 – 46.*

Lloyd Storfjell J, Omoike O, Ohlson S. The balancing act. Patient care time versus cost. *Journal of Nursing Administration*. 2008; 38 (5): 244 – 9.

Marquis BL, Huston CJ. *Leadership roles and management function in nursing. Theory and Application (Fourth edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 116 - 280.

Minnick AF, Mion LC. How unite level nursing responsibilities are structured in US hospitals. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37 (10): 452-8.

Myny D. et. al. Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: A cross –sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49: 427 – 36.

Tiedeman M, Lookinland S. Traditional model of care delivery: what have we learned? *Journal of Nursing Administration*. 2004; 34 (6): 295.

Upenieks VV, Akhavan J, Kotlerman J, et al. Value Added Care. A new way of assessing nursing staffing ratios and workload variability. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37(5): 243 - 51.

Wolf GA, Greenhouse PK. Blueprint for design. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37 (9): 382 - 5.

8 PLANIRANJE KADRA

8.1 IZHODIŠČA IN PODLAGE ZA IZDELAVO KADROVSKIH STANDARDOV

Na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji ni strokovnih kriterijev, s katerimi bi lahko določili potrebni zdravstveni tim za posamezno storitev oziroma za vsako delovišče ali dejavnost posebej. Zato so na področju zdravstvene nege že pred leti sklenili, da pripravijo predlog kadrovskih normativov. V letu 2003 so bili potrjeni Minimalni kadrovski standardi za zdravstveno nego na Svetu zavoda v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. V letu 2006 je te standarde dopolnil in potrdil RSKZN. V letu 2008 je takratna ministrica za zdravje, Zofija Mazej Kukovič, imenovala Komisijo za definiranje normativov in obsega dela na sekundarnem in terciarnem nivoju za zdravstveno nego, sestavljeno iz predstavnikov stroke, Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je do decembra 2008 opredelila kadrovske normative in obseg dela diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih babic in srednjih medicinskih sester na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene nege.

V tem obdobju so predstavniki Zbornice zdravstvene in babiške nege izdelali predlog kadrovskih standardov za zdravstveno nego na primarni ravni. Opredeljeni so kadrovski standardi v ambulanti splošne/družinske medicine, pri izvajanju zdravstvene nege v nujni medicinski pomoči in prevozu pacienta ter na področju patronažnega varstva. Predlogi kadrovskih standardov so bili predstavljeni januarja 2009 takratnemu ministru za zdravje, Borutu Miklavčiču (Kramar in sod., marec 2012).

Kadrovski standardi temeljijo na preverjenih in mednarodno primerljivih kriterijih kot so:

Za **hospitalni del sekundarne ravni** je podlaga ugotavljanja normativov in obsega dela v zdravstveni negi Slovenska kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege (SKZBZN) ob upoštevanju razmejitve del in nalog med srednjo in diplomirano medicinsko sestro ter Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) in na te dokumente vezani strokovni standardi in izračun kadrov, ki izhaja iz dvoletne analize kategoriziranja pacientov v vseh slovenskih bolnišnicah v letu 2006 in 2007.

Za oceno stanja v **ambulantni in diagnostično terapevtski dejavnosti na sekundarni ravni in terciarni ravni**, so podlaga Minimalni kadrovski standardi (RSKZN, 2006) in Splošni sporazum za leto 2008, ki opredeljuje priznano število kadra s strani večinskega plačnika zdravstvenih storitev.

Temeljna podlaga za določanje vrste ter števila kadrov ZN v **ambulantni družinske medicine** (ADM) sta dokumenta: Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) in Izvajanje zdravstvene nege v ambulanti splošne/družinske medicine iz leta 2008 z dopolnitvijo 2009.

Za področje **patronažnega varstva** utemeljujejo kadrovski standardi dokumenti: Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega (RSKZN, 2006) in Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev Republike Slovenije.

Kadrovski standard za zdravstveno in babiško nego na bolnišnični sekundarni in terciarni ravni

Komisija je utemeljila potrebe po izvajalcih zdravstvene nege na podlagi dokumenta: Neto kadrovski normativ za izvajalce ZN v 24. urah na modelu kliničnega oddelka sestavljenega iz bolniškega odd., enote intenzivne nege in intenzivne terapije in večletne analize podatkov o številu hospitaliziranih pacientov v skladu s SKZBZN.

Tabela 2: Kategorije zahtevnosti ZN glede na kategorije

Kategorija zahtevnosti ZN	Št. postelj / št. bolnikov	Razpored / 24 ur	Zdravstveni tehniki	Medicinske sestre
I. kategorija zahtevnosti ZN	18	dopoldne	2	1
		popoldne	2	0,5
		ponoči	1	dežurna
		prosto	1	/
Skupaj: 2,4 bolnika / izvajalca ZN	18	24 ur	6	1,5
II. kategorija zahtevnosti ZN	6	dopoldne	1	1
		popoldne	1	0,5
		ponoči	1	dežurna
		prosto	1	/
Skupaj: 1,1 bolnika / izvajalca ZN	6	24 ur	4	1,5
III. kategorija zahtevnosti ZN	12	dopoldne	2	2
		popoldne	2	2
		ponoči	2	2
		prosto	2	2
Skupaj: 0,75 bolnika / izvajalca ZN	12	24 ur	8	8
IV. kategorija zahtevnosti ZN	10	dopoldne	3	7
		popoldne	3	7
		ponoči	3	6
		prosto	3	6
Skupaj: 0,26 bolnika / izvajalca ZN	10	24 ur	12	26

Na podlagi podatkov razporejenosti pacientov v posamezne kategorije SKZBZN, njihove potrebe po zdravstveni negi in kadrovskih normativov so ugotovili število in kadrovsko strukturo potrebnega kadra za posamezno bolnišnico.

Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege je bila konec leta 2011 potrjena na Zdravstvenem svetu kot metoda za merjenje obremenitev zaposlenih v zdravstveni negi.

Ni pa bila priznana kot metoda za planiranje kadra. V kolikor bomo hoteli priti do realnega števila potrebnega kadra, bomo morali tudi realno kategorizirati paciente.

Kadrovski standard v ambulanti in diagnostično terapevtski dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni

Komisija se je odločila, da za oceno stanja v ambulantni in diagnostično terapevtski dejavnosti na sekundarni ravni uporabi obstoječe dokumente, kot so Minimalni kadrovski standardi (MKS) in Splošni sporazum za leto 2008, ki opredeljuje priznано število kadra s strani večinskega plačnika zdravstvenih storitev. Oba dokumenta so primerjali med seboj in izdelali predlog ciljnih kadrovskih normativov za področje ambulantnega dela sekundarne ravni.

Delovišče je enota, ki vsebinsko, organizacijsko in časovno opredeljuje delovni proces. Ta praviloma poteka v enem ali več določenih prostorih. Proces dela je jasno definiran in praviloma poteka z eno ekipo v točno določenem času (praviloma čas ene delovne izmene).

Primer 1: specialistična ambulanta (ordinacijski čas od 8.00 – 14.00 ure) pomeni eno delovišče.

Primer 2: specialistična ambulanta (ordinacijski čas od 8.00 – 14.00 ure in 14.00 – 20.00 ure) pomeni dve delovišči.

Primer 3: specialistična (urgentna) ambulanta (ordinacijski čas od 8.00 – 14.00 ure, od 14.00 – 20.00 ure in od 20.00 – 7.00 ure zjutraj) pomeni tri delovišča. V primeru, da dejavnost poteka v treh izmenah, vsak dan v tednu so zaradi nočnega dela (in posledičnih pravic iz dela- prosti dan), upoštevani štirje delovni timi.

Tabela 3: Primerjava plana kadra med MKS in ZZZS

DELOVIŠČE	ZZZS		MKS	
	DMS	SMS	DMS	SMS
SPLOŠNA AMBULANTA	-	1,10	0,50	1,00
PEDIATRIJA-SPEC.AMB. +	1,00	0,50	10,0	0,50**
GINEKOLOGIJA-SPEC.AMB.	1,00	0,20	0,50 DB	1,00
KARDIOTOKOGRAFIJA*	-	1,00	1,00 DB	-
ULTRAZVOK +	-	1,00	-	1,00
INTERNISTIKA- SPEC.AMB. + (revmatol.,infektol., nefrol., internistika, kardiol.)	1,00	0,50	1,00	0,50
DIABETOLOGIJA, ENDOKRINOLOGIJA ++	1,00	1,00	1,00	0,50
DERMATOLOGIJA	-	1,00	0,50	1,00
NEVROOGIJA	-	1,00	0,50	1,00
INTERNISTIKA URGENTNA AMB.	1,00	0,50	1,00	1,00**
KIRURGIJA URGENTNA AMB.	-	2,00	1,00	1,00**

Legenda: ** specialna znanja ali nacionalna poklicna kvalifikacija

Primerjava izkazuje v manjši meri neskladje med priznanimi in strokovno utemeljenimi kadri v številu; bistveno večje je odstopanje v kvalifikacijski strukturi. Potrebe po bolj izobraženih medicinskih sestrah pri izvajanju dogovorjenega programa zdravstvenih storitev utemeljujejo z naslednjimi trendi:

- prenos bolnišnične obravnave pacientov v dnevno obravnavo,
- staranje prebivalstva in večja obolevnost iz demografskega razloga,
- prenos delovnih pooblastil od zdravnika na medicinsko sestro,
- samostojna obravnava pacientov s kroničnimi boleznimi, presejalni testi, preventivne aktivnosti, zdravstveno vzgojno delo s pacienti, zdravljenje s citostatiki, biološkimi zdravili in podobno.

Kadrovski normativ medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v ambulanti družinske medicine

Skladno z dokumentom Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) in dokumentom Izvajanje zdravstvene nege v ambulanti splošne/družinske medicine iz leta 2008 z dopolnitvijo 2009 Zbornica- Zveza določa naslednji standard:

1,0 tehnika zdravstvene nege (TZN) in 1,0 diplomirane medicinske sestre (DMS).

Spremembo predloga kadrovskega normativa utemeljujejo z naslednjimi razlogi:

- Nosilka izvajanja zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra. Vodja tima zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra in odgovorna za aktivnosti zdravstvene nege, zato prenašanje njenih kompetenc na nižji nivo ni v skladu z EU direktivo.
- Zdravniška zbornica na podlagi rezultatov raziskave obremenjenosti družinskih zdravnikov utemeljuje potrebo po prenosu določenih oziroma dogovorjenih kompetenc zdravnika na medicinsko sestro.
- Z določanjem obremenitev medicinskih sester v ADM, ki jih stalno spremljamo z uporabo orodja kategorizacija pacientov, dokazujemo, da je za sedanji obseg in zahtevnost dela medicinskih sester v ADM potrebno število izvajalcev ZN 1,9.
- V timski obravnavi pacientov v ADM se vedno več uporabljajo preventivne metode dela, zdravstveno vzgojne aktivnosti in zahtevni diagnostično terapevtski postopki, za katere so z visokošolskim izobraževanjem usposobljene in kompetentne diplomirane medicinske sestre.
- Zaradi zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva občanom je medicinska sestra iz ADM vključena v službo nujne medicinske pomoči. To je navedeno v 11. členu Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči, objavljenem v Uradnem listu RS št. 106/2008 in opredeljuje, da je diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik poleg redne dejavnosti v ambulanti dolžna izvajati pripravljenost za potrebe službe NMP.
- V dežurni službi je za izvajanje zdravstvene nege s kadrovskim normativom že opredeljena diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege-voznik nujnega reševalnega vozila.

Kadrovski normativi v patronažnem varstvu

Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra z najmanj višjo ali visoko izobrazbo (lahko tudi specializacijo s področja patronažne zdravstvene nege, fakultetno izobrazbo, magisterijem, doktoratom).

Negovalni tim v patronažnem varstvu sestavljajo: vodja patronažnega varstva, ki ima tudi naloge koordinatorja, patronažne medicinske sestre, ki so nosilke patronažne zdravstvene nege in tehniki zdravstvene nege, ki se vključujejo v izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu po presoji patronažne medicinske sestre.

Kadrovski normativ je ena patronažna medicinska sestra na 2500 prebivalcev in en tehnik zdravstvene nege na 5000 prebivalcev.

Vodja patronažnega varstva opravlja funkcijo Vodja centra delovne enote, kot samostojno funkcijo v patronažnih varstvih z deset ali več zaposlenimi. Sicer opravlja tudi delo na terenu, vendar ob normativu 1250 prebivalcev.

V oskrbo na domu se vključuje tudi bolničar. Kadrovski normativ je en bolničar na 5000 prebivalcev.

Aktivnosti za zagotovitev ustreznih kadrovskih normativov

Nemudoma se pristopi k izdelavi izračuna kadra – projekcije potreb po dipl. m.s. in ZT, ob upoštevanju obračanja piramide izobrazbene strukture v smeri 70:30 odstotkov v korist dipl. m.s. za obdobje 2010- 2020 (najmanj) s strani IVZ (ponovitev iz leta 2004), kar so se dogovorili že pred letom dni Ministrstvo za zdravje in Zbornica - Zveza.

Za dosledno uveljavljanje predlaganih aktivnosti menijo, da bi morali sodelovati v partnerskih dogovarjanjih o Splošnem dogovoru in Področnih dogovorih tudi predstavniki zdravstvene nege; kot partnerja v dogovarjanjih obsega in vrednotenja programov predlagajo vključitev predstavnikov Zbornice – Zveze.

Pri oblikovanju kadrovskih normativih je potrebno izhajati iz Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, kjer je opredeljeno:

»da Ministrstvo za šolstvo in šport vpis za izobraževanje na srednješolskih strokovnih in poklicnih programih postopoma znižuje, kot smo si v stroki zastavili piramido obračanja zaposlenih v zdravstveni negi v korist diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v razmerju 70:30 v korist diplomiranih. Prav tako je potrebno postopoma zamenjevati bolničarje - negovalce za tehnike zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih in drugod. Dodati pa je potrebno bolničarje v tim patronažne medicinske sestre.«

»Potrebna je postopna zamenjava v kadrovski strukturi dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenih, socialnih in drugih zavodih v korist diplomiranih medicinskih sester, predvsem na tistih delovnih mestih, kjer zahtevnost zdravstvene obravnave zahteva VII. stopnjo izobrazbe. Iz načrta kadra v zdravstveni negi in oskrbi mora biti razviden letni načrt povečanega zaposlovanja diplomiranih medicinskih sester in sofinanciranja izobraževanja obstoječega srednješolsko izobraženega kadra na visokošolskih programih Zdravstvena nega.«

»Menedžment zdravstvene nege in oskrbe, skupaj z drugimi člani vodstva zavoda, opredeli dejanske potrebe po diplomiranih medicinskih sestrah v skladu s kadrovskimi

normativi iz leta 2005, pri čemer naj upošteva dokumente, sprejete na RSKZN in potrebe procesa dela ter zahtevnosti zdravstvene obravnave za vse tri nivoje zdravstvenega varstva. Ta delovna mesta naj tudi sistemizira« (Kadivec in sod, 2011).

8.2 SISTEMIZACIJA DELOVNIH MEST

Akt o sistemizaciji je predvsem organizacijski akt delodajalca, s katerim ta določi podlage za organiziranje dela v organizaciji, določitev obveznosti, pristojnosti in odgovornosti, izvajanja kadrovske politike ter urejanja delovnih razmerij (načrtovanje kadrov, zaposlovanje, razporejanje, nagrajevanje, napredovanje, izobraževanje), razvrstitev delovnih mest v tarifne razrede, ugotavljanje tveganj ter določanje politike varnosti in zdravja pri delu. Podlage za pripravo sistemizacije delovnih mest izhajajo iz:

- Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št 42/02 in 103/07), kjer 2. odstavek 20. člena navaja: delodajalec je dolžan s splošnim aktom določiti pogoje za opravljanje dela na posameznem delovnem mestu ali za vrsto dela;
- Zakona o javnih uslužbencih (Uradni list RS, št. 63/07 – UPB3 in 65/05)

Sistemizacija delovnih mest je obvezen akt. 21. člen Zakona o javnih uslužbencih, ki pravi, da mora imeti vsak državni organ, uprava lokalne skupnosti in oseba javnega prava akt o sistemizaciji delovnih mest, v katerem se v skladu z notranjo organizacijo določijo delovna mesta potrebna za izvajanje nalog. Pri vsakem delovnem mestu se določi najmanj opis nalog in pogoji za zasedbo delovnega mesta.

Posebne določbe Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (spremembe junij 2008) določajo obvezne podatke v sistemizaciji v zvezi s plačami:

- šifra in naziv proračunskega uporabnika in šifra in naziv notranje organizacijske enote,
- plačna podskupina,
- šifra in ime ter tarifni razred delovnega mesta,
- šifra in ime naziva,
- plačni razred delovnega mesta oziroma naziva,
- število napredovalnih razredov delovnega mesta oziroma naziva (Korade Purg, 2008).

Vsebina sistemizacije delovnih mest:

- delovno področje organizacije,
- notranje organizacijske enote z opisom delovnih področij teh organizacijskih enot,
- način vodenja notranjih organizacijskih enot ter razmerja med njimi,
- delovna mesta z naslednjimi elementi:
 - poimenovanje delovnega mesta,
 - pogoji za zasedbo (predpisana izobrazba, zahtevane delovne izkušnje, strokovni izpit, posebna znanja ali usposobljenosti),
 - opis nalog delovnega mesta.

Delovno mesto je najmanjša organizacijska enota v ustanovi, ki jo opredeljujejo naslednje prvine:

- definicija neposredno nadrejenega in podrejenega delovnega mesta;
- delovna sredstva in pripomočki za delo;
- opis del (opis dela, potrebna znanja in delovne izkušnje);
- cilj delovnega mesta;
- fizikalne delovne razmere (vlažno, suho, prah, umazanija, smrad, ropot, umetna svetloba, vibracije, nočno delo, terensko delo, delo z jedkimi snovmi, žarčenje, itd.);
- socialne delovne razmere (dela sam, v skupini, s strankami, timsko delo, vzgojno delo, delo v zaprtem prostoru (Lipičnik, 1998).

Dodatna zahteva v opisu delovnega mesta za zaposlene v zdravstveni negi je tudi cepljenje proti hepatitisu B in vpis v register izvajalcev zdravstvene nege ter licenca Zbornice za diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice, na podlagi katere lahko samostojno opravlja svoje delo.

8.3 ABSENTIZEM

Absentizem pomeni začasno, dolgotrajno ali stalno nezmožnost za delo zaradi bolezni. Zdravstveni absentizem vpliva na posameznika in druge zaposlene, njegove bližnje, delovno organizacijo ter družbo kot celoto. Človek, ki je velikokrat odsoten z dela, prejema nižji osebni dohodek. To lahko vpliva na kakovost njegovega življenja in življenja njegovih bližnjih. Posledično ima lahko slabše delovne odnose s sodelavci, težave pri povratku na delo in podobno. Začasna odsotnost vpliva na sodelavce, saj morajo opraviti dodatno količino dela v obliki nadomeščanja in prevzemanja nalog odsotnega delavca (Peterka Novak in sod., 2009). Sodelavci so tako izpostavljeni večjim delovnim obremenitvam kot običajno. Takšno stanje lahko vodi v slabšo učinkovitost tima, slabše medosebne odnose ter napetost in nezadovoljstvo tako delavcev kot vodij.

Najpogostejši vzroki za začasno odsotnost z dela so:

- bolezen zaposlenega ali družinskega člana,
- poškodbe,
- spremstvo družinskega člana,
- nosečnost,
- nega družinskega člana, itd. (Peterka Novak in sod., 2009).

Za razmislek o globljih vzrokih absentizma so v nadaljevanju navedeni tisti, ki jih je opredelil Zadel: bolezen, stres, mobbing, negotovost, delo na polju,... (<http://www.zav-zdruzenje.si>).

Za zmanjšanje absentizma je pomembno, da se za zaposlene z ustreznimi ukrepi (opremskimi, organizacijskimi, pravnimi) zagotovijo takšne delovne razmere, ki zmanjšajo obremenitve in škodljivosti. Bolnega človeka, ki je prišel v službo pošljemo domov, če ocenimo da mu zdravstveno stanje ne omogoča normalnega dela. S tem preprečimo še večjo škodo za njegovo zdravje.

8.4 FLUKTUACIJA

Menjavanje zaposlitve oziroma fluktuacija označuje dinamiko prihoda in odhoda zaposlenih iz delovne organizacije. Zaposleni zapuščajo organizacijo iz različnih razlogov, povezanih z novimi izzivi, zagotavljanjem boljšega finančnega ali osebnega statusa, lahko tudi zaradi bolezni, upokojitve ali smrti. Fluktuacija je odstotek ljudi, ki zapusti službo v določenem časovnem obdobju glede na skupno število zaposlenih.

Vzroki za neželjeno fluktuacijo:

- slabi medsebojni odnosi,
- ni osebnega napredovanja,
- nizke plače,
- slaba organizacija dela,
- nerešeno stanovanjsko vprašanje, boljši pogoji dela v drugih organizacijah,
- neustrezen prevoz na delo in iz dela,
- neustrezno delo in večizmensko delo (Florjančič, Ferjan, Bernik, 1999).

Fluktuacija ima tako negativne kot pozitivne posledice. Za seboj pušča manjše ali večje število nezasedenih delovnih mest. S pomanjkanjem določenih kadrov se začno porajati težave (Merkač Skok, 2005):

- ozka grla in kritične točke, zato je potrebno premeščanje delavcev,
- poveča se nadurno delo (presežne delovne ure),
- potreba po spremembah v tehnološkem postopku in strukturi zaposlenih,
- potreba po večji intenziteti dela.

V primeru, da posamezniki, ki so odšli niso takoj nadomeščeni oziroma sploh niso nadomeščeni, morajo drugi zaposleni nadomestiti njihov prispevek. Prav vsako nadomeščanje delavca, začasno ali stalno, povzroča delovni organizaciji dodatne stroške. Stroške nadomestnega delavca lahko razdelimo v štiri skupine (DFS, 2010):

- Stroške prekinitve delovnega razmerja (stroški izvajalca izhodnega intervjuja, odpravnina in administrativni stroški);
- Stroške izpada/nadomeščanja dela zaradi odhoda (stroški nadurnega in dodatnega dela, stroški manjše produktivnosti delavcev, ki začasno opravljajo dodatno delo in neizplačana plača);
- Stroški kadrovanja za nadomestitev (administrativni stroški nove zaposlitve);
- Stroški usposabljanja (stroški funkcionalnega izobraževanja za delo, stroški uvajanja v delo).

Organizacija bo obdržala dobre delavce le takrat, ko bo zagotavljala dobre delovne pogoje, dobro organizacijo dela, dobre medsebojne odnose in optimalno ocenjevanje, napredovanje in nagrajevanje zaposlenih.

Literatura:

DFS. Človeški viri. Fluktuacija človeških virov. Dostopno na: <http://www.revijakapital.com/dfs/clanki.php?idclanka=88> (5.4.2012).

Florjančič J, Ferjan M, Bernik M. Planiranje in razvoj kadrov. Kranj: Moderna organizacija; 1999.

Korade Purg Š. Uslužbenska razmerja med predpisi in prakso: Priprava sistemizacije delovnih mest v novem plačnem sistemu – prve izkušnje iz prakse, Planet GV, Dostopno na:

http://www.planetgv.si/upload/htmlarea/files/Usluzbenska_razmerja/koradepurg.pdf (9.4.2012).

Kadivec S, Skela Savič B, Džananovič Zavrl D, Kramar Z. in sod. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu RS za obdobje 2011-2020. 2011; Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kramar Z, Kadivec S, Bregar B, Trbovšek R in sod. Kadrovski standardi v zdravstveni in babiški negi (predlog), marec 2012.

Lipičnik B. Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana:GV; 1998.

Merkač Skok M. Osnove managementa zaposlenih. Koper: Fakulteta za management; 2005.

Peterka Novak J, in sod. Optimizacija organiziranja dela v zdravstveni negi na podlagi analize podatkov o odsotnosti z dela. Bilt-ekon organ inform zdrav. 2009; 2: 40-47.

Zadel A. Absentizem in fluktuacija. Ali obstajata želeni absentizem in zelena fluktuacija. Dostopno na <http://www.zav-zdruzenje.si/docs/hrm/dr.%20Zadel%20-%20Absentizem%20in%20fluktuacija.pdf> (2.5.2012).

Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št 42/02 in 103/07).

Zakon o javnih uslužbencih (Uradni list RS, št. 63/07 – UPB3 in 65/05).

9 IZOBRAŽEVANJE IN RAZVOJ V ZDRAVSTVENI NEGI

9.1 UČEČA ORGANIZACIJA

Učečo se organizacijo razumemo kot organizacijo, ki je osredotočena na kontinuirano izboljševanje poslovnih procesov, proizvodov in storitev; sistematično pospešuje učenje zaposlenih, se nenehno spreminja zato, da bi dosegla svoje strateške cilje ter tako ohranila svojo konkurenčnost. Moč učeče organizacije je v njeni sposobnosti, da prepozna, uporablja in razvija razpoložljivo znanje (Urh, 2003). Ivanko (2005) pravi, da je učeča organizacija tista, ki ima sposobnost za uspešno opravljanje naslednjih aktivnosti:

- sistematično reševanje problemov,
- eksperimentiranje z novimi pristopi,
- učenje na podlagi lastnih izkušenj,
- učenje na podlagi izkušenj iz preteklosti uspešnih organizacij,
- učinkovit prenos znanja v vse celice organizacije.

Sistem razvoja človeških virov je ključnega pomena za izobraževanje/učenje zaposlenih. Urh (2005) pravi, da delovna organizacija v tem smislu stopa na pot učeče organizacije, saj tako ustvarja pogoje za poklicni razvoj zaposlenih. Ali kot pravi Brečko (2008), da je razvoj kariere pravzaprav razvoj učne poti, kar organizacijam narekuje potrebo po vzpostavitvi učeče se organizacije, kjer se bo vsak pripravljen učiti.

Strategija delovne organizacije in možnosti učenja na različnih ravneh vplivajo na uspeh pridobivanja, širjenja in uporabe znanja. Tako se zaposleni lahko učijo iz procesa delovanja, napak, neustreznih odločitev ter na ta način preoblikujejo obstoječi sistem delovanja organizacije. Učimo se zavedno ali nezavedno, iz nešteto virov, tudi od sovražnikov.

Trenutno se bolnišnice težko uvrstijo v učeče se organizacije. Večino učenja v bolnišnici poteka v mikrosistemu, ko posamezni zdravstveni strokovnjaki ali zdravstveni timi izboljšujejo svoje znanje specialnih kompetenc. Druge potrebne kompetence kot so timsko delo standardizirana komunikacija, nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti, pa ostajajo na stranskem tiru (Robida, Skela Savič in Trunk).

9.2 VSEŽIVLJENJSKO IZOBRAŽEVANJE

Wilkinson (2004, cit. po Secretary of state for health, 2000) pravi, da pomeni učenje ključ za boljšo prihodnost tako posameznika kot organizacije. Izobraževanje je torej ključ za razvoj dobre prakse zdravstvene nege, saj vpliva na moč ali slabost poklica. Medicinska sestra ne sme biti ozko izobražena, temveč mora imeti širok spekter znanja. Zaradi hitrega razvoja pridobljeno znanje kmalu zastari, zato ga morajo člani negovalnega tima nadgrajevati skozi vse poklicno obdobje.

Pod pojmom vseživljenjsko izobraževanje – izpopolnjevanje razumemo procese dopolnjevanja, sistematiziranja in spreminjanja že osvojenega znanja, spretnosti, navad in razvitih sposobnosti, ki je bilo pridobljeno s formalnim izobraževanjem ali kako

drugače. Izpopolnjevanje torej omogoča človeku pridobivanje in nadgradnjo že osvojenega znanja.

V okviru formalnega izobraževanja pridobi posameznik formalno izobrazbo – eksplicitno znanje. Z neposredno delovno izkušnjo ali preko izkušenih sodelavcev pridobi tacitno ali molčeče znanje. To znanje vsebuje scenarije za reševanje negovalnih problemov, ki so najbolj pogosti v klinični praksi (Fox 1997, cit. po Bohinc in Gradišar 2003 a). Kakovost prenosa znanja je odvisna od njegove narave (Pirc 2000; Lam 2000, cit. po Kešeljević, 2005). Težaven in dolgotrajen je predvsem prenos tihega znanja, ki poteka z mentorstvom in prakso.

To še posebej velja za področje zdravstvene nege. Če bi medicinske sestre ostale le na začetni ravni usposobljenosti, ki so jo pridobile s formalnim izobraževanjem, in se ne bi stalno izpopolnjevale, bi jih razvoj v stroki zdravstvene nege kmalu prehitel, posledice pa bi se pokazale v zmanjševanju rezultatov njihovega dela (Železnik, 2005). Skupna značilnost vseh neformalnih izobraževanj za poklicno delo je izboljšanje delovnih sposobnosti. Kot navaja Hoyer (2005) si z možnostjo stalnega strokovnega izpopolnjevanja, napredovanja in rasti, pridobijo medicinske sestre možnost za boljše delo, boljše delovne razmere, boljši položaj in vrednotenje poklica. Integracija vseživljenjskega izobraževanja v zdravstveno nego je potrebna zaradi kontinuiranih socialnih in družbenih sprememb, sprememb v sestavi delovne sile in vzdrževanju kvalificiranosti in kompetenc (Starc, 2007).

Brečko (2008) navaja, da morajo managerji ozavestiti spremembe znanja, saj ne gre več za vodenje po načelu: naredi, kar ti je bilo naročeno, temveč bolj zato, da jim pokažejo najboljše možne načine izvajanja nalog, in kaj storiti za svoj profesionalni in osebni razvoj.

Cilji vseživljenjskega izobraževanja so, kot navaja Železnik (2005):

- stalno usposabljanje in izpopolnjevanje medicinskih sester skladno s spremembami in razvojem medicine, tehnologije, organizacije dela in družbeno ekonomskih odnosov;
- načrtno uvajanje in usposabljanje kadrov;
- usmerjanje kadrov v nadaljnje izobraževanje;
- kontinuirano proučevanje in zadovoljevanje potreb po izobraževanju, usposabljanju in izpopolnjevanju;
- dvig izobraževalnih aktivnosti na višjo in učinkovitejšo raven;
- uvajanje sodobnih oblik izobraževanja;
- vrednotenje in preverjanje dosežkov izobraževanja v praksi;
- uporaba rezultatov vrednotenja za izboljšanje izobraževalne dejavnosti,
- kakovostna zdravstvena nega – zadovoljen pacient.

Vseživljenjsko izobraževanje oziroma učenje pa kljub temu ne more preprečevati napačnih odločitev, tako na strokovnem področju kot tudi ne v zdravstveni, ekonomski, socialni in drugih politikah (Kersnič, 2007). Funkcijo izobraževanja se danes pogosto uporablja kot metodo za odpravljanje napak iz preteklosti, ker nova strokovna spoznanja spreminjajo doktrine in tehnologije.

Marquis in Huston (2003) pravita, da je pri razvoju izobraževalnega programa potrebno slediti vrstnemu redu:

- prepoznati želeno znanje in spretnosti,
- opredeliti obstoječo raven znanja in spretnosti,
- določiti primanjkljaj v želenem znanju in spretnostih,
- opredeliti potrebne vire za zagotavljanje potreb,
- zagotoviti optimalno rabo primernih virov,
- vrednotenje in preverjanje izidov po uporabi virov.

Izobraževalne dejavnosti so načrtovane na osnovi odstopanj v učinkovitosti zaposlenih, dejanskih potreb po izobraževanju in določenih izobraževalnih ciljev (Urh, 2007).

Pri izobraževanju odraslih je potrebno upoštevati naslednje predpostavke, ki jih je potrebno upoštevati pri izobraževanju odraslih:

- odrasli so pri izobraževanju usmerjeni k sebi,
- odrasli imajo vire za svoje lastno učenje (izkušnje),
- odrasli imajo izobraževalne potrebe, ki izhajajo iz socialnega razvoja in vlog (pripravljenost),
- odrasli potrebujejo neposrednost v uporabi (časovna perspektiva),
- odrasli so pri izobraževanju usmerjeni k problemu (Knowles, 1990, cit. po Dieneman, 1998).

Razvoj človeškega kapitala se kaže v uspešnosti posameznika in organizacije, na kar kažejo kazalci uspešnosti:

- kakovost zdravstvenih storitev,
- zadovoljstvo zaposlenih in pacientov,
- pripadnost organizaciji,
- lažje in hitrejše sprejemanje spremenjenih pogojev dela, novih tehnologij,
- učinkovitejši izkoristek materiala in delovnega časa,
- strokovna napredovanja, sprejemanje novih dolžnosti, prenos pridobljenega znanja na kolege.

Visoko izobražen kader v zdravstveni negi vpliva na izide zdravstvene obravnave, medtem ko so smrtnost, invalidnost pacientov in napake pri delu povezane s slabo izobraženim kadrom. Dvigovanje izobrazbene ravni medicinskih sester prinaša tudi stroškovne učinke (Skela Savič, 2010).

Nadaljnje izobraževanje po zaključeni diplomski je postalo globalen trend. Mednarodni svet medicinskih sester definira medicinsko sestro z naprednimi znanji ali »advanced practice nurse« kot diplomirano medicinsko sestro, ki ima pridobljeno ekspertno znanje, kompleksne sposobnosti odločanja in klinične kompetence za razširjeno delovanje na nekem področju dela. Za doseganje naštetih kompetenc se pričakuje magistriraj iz zdravstvene nege kot vstopni pogoj za doseg naziva »advanced practice nurse« (Skela Savič, 2010).

Raziskave so pokazale, da v aktivnostih, ki jih nekje izvajajo zdravniki, drugje pa medicinske sestre, ni razlik v doseganju zdravstvenih ciljev. Pacienti so v smislu dobre komunikacije in interakcije celo bolj zadovoljni z medicinskimi sestrami kot zdravniki. V Veliki Britaniji diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji od leta 1992 dalje prevzemajo dela in naloge na področju promocije zdravja, izvajanja zdravstvenega presejanja, kontrolne preglede po končanem zdravljenju, zdravstveno svetovanje, intervencije v skladu s smernicami zdravljenja, vodenje pacientov s kroničnimi obolenji (Dubois, Singh, 2009, cit. po Skela Savič, 2010).

9.3 KOMPETENCE IN SPOSOBNOSTI

Kompetenca pomeni dobro in kakovostno opravljanje določenega dela, ustreznost pogojev za zaposlitev, ustreznost zahtevam za opravljanje določene naloge (Železnik, Brložnik, Buček Hajdarevič in drugi, 2008, cit. po Glossary of labor market terms and standard and curriculum development terms, 1997).

Kompetentnost izraža dokazano oziroma prikazano sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali usposobljenost oziroma kvalificiranost. Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim oziroma kontinuiranim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Železnik, Brložnik, Buček Hajdarevič in drugi, 2008, cit. po Mote, 2005).

Medicinska sestra ima pomembno odgovornost, da pridobi in vzdržuje kompetence profesionalne prakse in prispeva k lastnemu razvoju. Vendar pa je prepoznano, da tudi drugi udeleženci igrajo pomembno vlogo (npr. delodajalec, vlada) in morajo zato nositi odgovornost (International council of nurses, 2007). Najboljši rezultati za paciente so odvisni od dobre prakse, podprte z visoko stopnjo poklicnih kompetenc.

Za aktivno delo zaposlenih so potrebne naslednje kompetence:

- vodenje sebe,
- komunikacija,
- vodenje ljudi in nalog,
- aktiviranje inovacij in sprememb,
- izvajanje zdravstvene nege (Cadmus, 2006).

Danes ne govorimo več samo o kompetencah, temveč jim dodajamo sposobnosti. Sposobnosti so več kot kompetence:

- kompetence: kaj posameznik zna, kaj je kje zmožen narediti v okviru znanja, veščin, odnosa/drže;
- sposobnosti: obseg do katerega se posameznik lahko prilagodi spremembam, ustvarja novo znanje in izboljšuje svoje delo (Fraser, Greenhalgh, 2001).

Sposobnosti se pridobijo na osnovi povratnih informacij na izvedeno delo, pri iskanju neznanih izzivov ter z uporabo metod kot so, pripovedovanje zgodb, delo v malih skupinah ali problemsko učenje.

9.4 KARIERNI RAZVOJ MEDICINSKIH SESTER

Karierni razvoj lahko označimo kot pomikanje medicinskih sester na višjo strokovno raven, na različna področja prakse zdravstvene in babiške nege ali na položaj, kjer so prevladujoče različne funkcije, ki vključujejo podjetniško, neodvisno in avtonomno profesionalno vlogo medicinskih sester (npr. specialisti, svetovalci). Požun (2008) pravi, da je karierna mobilnost pomembna za vsako medicinsko sestro in prihodnost njene profesionalne kariere, kakor tudi za družbo, v skupnem zagotavljanju pogojev zdravstveni in babiški negi, da se le-ta ustrezno odziva na nove zdravstvene potrebe prebivalstva.

Štular (2008) pravi, da je klasična delitev karierne poti delitev na vertikalno in horizontalno karierno pot. V zdravstvu to pomeni, da lahko svojo kariero gradimo na vzpenjanju po vodstveni lestvici ali pa se specializiramo na posameznem strokovnem področju. Vertikalno napredovanje je posledično povezano z odmikom od strokovnega področja in potrebo po znanju s področja vodenja. Horizontalno napredovanje se veže na ozko strokovno področje, ki mu sledi tudi večja odgovornost.

Kompetence morajo biti določene za različne ravni usposobljenosti v praksi zdravstvene nege. Benner (1991, cit. po Bohinc in Gradišar 2003b) opisuje model različne ravni znanja in usposobljenosti medicinskih sester glede na raven izkušenosti:

- medicinska sestra začetnica,
- medicinska sestra – pripravnica,
- medicinska sestra s strokovnim izpitom ali licenco,
- izkušena medicinska sestra,
- medicinska sestra – izvedenka.

Dodatna naloga biti mentor je ena izmed možnosti za izkušene medicinske sestre v razvoju njihove lastne kariere. Mentorstvo povečuje samozaupanje, občutek lastne vrednosti, vzpodbuja vseživljenjsko učenje in posredno vpliva na promocijo poklica v družbi. Mentor usmerja študenta ali medicinsko sestro začetnico/pripravnico, vrednoti njegovo/njeno delo, napredek, usmerja, vodi in svetuje. Med njima se vzpostavi interakcijski odnos, v katerem se razvijata oba in uresničujeta svoje karierne cilje.

Ramšak Pajk (2008) pravi, da je v izobraževanju zdravstvene nege mentorstvo bistvenega pomena. Mentorja potrebujejo študenti, prav tako medicinska sestra začetnica ali pripravnica. Medicinske sestre naj delujejo kot učinkovite mentorice (Železnik, Brložnik, Buček Hajdarevič in drugi, 2008). Največ opredelitev mentorstva izhaja iz podjetniškega modela, ki temelji na odnosu med mentorjem in mentoriranim, je načeloma prostovoljen in usmerjen v karierni razvoj. Mentorstvo v zdravstveni negi je opredeljeno kot prostovoljno, dobronamerno vzpostavljen odnos, kjer izkušen in strokovno usposobljen mentor nudi podporo manj izkušenemu začetniku – medicinski sestri, študentu pri razvoju osebnih potencialov (Ontario hospital association, 2006).

Petstopenjski model Bennerjeve se uporablja v klinični praksi, mogoče pa ga je prenesti tudi na vodenje v zdravstveni negi. Tako lahko medicinska sestra – izvedenka v klinični praksi postane medicinska sestra – začetnica v vodenju ter mora preiti vse stopnje, da

osvoji potrebne kompetence in postane izvedenka v vodenju. Ob tem ji pomaga mentorica – medicinska sestra, ki je na vodilnem položaju.

American organization nurses executives (AONE) je v letu 2005 opredelila kompetence za vodje v zdravstveni negi v 21. stoletju.

Slika 7: Kompetence vodij v zdravstveni negi



Vir: (Shirey, 2007: 167, cit po AONE 2005).

V modelu je prepoznanih pet ključnih kompetenc, centralno točko predstavlja odlično vodenje.

9.5 MATRIKA ZNANJA

Princip matrike znanja temelji na ocenjevanju zaposlenih, kjer ocenimo in zapišemo delovno uspešnost, spretnost in razvoj. S tem orodjem lahko določene kriterije kot so delovna uspešnost in spretnosti, prenesemo na različna strokovna področja. Tako prepoznamo ustrezne vsebine in nosilce znanja in jih dodelimo drugim strokovnim področjem.

Orodje uporabimo za izdelavo pregleda obstoječega znanja v ustanovi in na podlagi tega izdelamo načrt za strateške cilje znanja, trenutne in bodoče zahteve po znanju in pripravimo specifične predloge za zadovoljitev potreb. Na ta način lahko opredelimo ključne kompetence in strokovno znanje.

Proces zahteva izdelavo mreže, v katero so vključena posamezna področja. Ocenimo katere aktivnosti/spretnosti/kompetence bomo spremljali in določimo ocenjevalno lestvico. Model prikažemo v obliki tabele, kamor vnesemo npr. posamezen oddelek,

imena zaposlenih in posamezne vrste znanj. Prednostna naloga je prepoznati/identificirati znanje zaposlenih. Potrebujemo tudi legendo, s katero ocenimo nivo znanja:

- 1 – ne znam /zahtevano znanje, ki je ne obvladuje
- 2 – znam, a ne uporabljam, pasivno obvladovanje
- 3 – znam in uporabljam
- 4 – znam in uporabljam, lahko učim druge
- 5 – izredno dobro znam, veliko uporabljam, učim druge

Tabela 4: Matrika znanja

Oddelek/enota	Znanje 1	Znanje 2	Znanje 3	Znanje 4
Oseba 1	1	2	3	
Oseba 2	2	3	4	
Oseba 3	1	5	2	
Oseba 4	3	4	4	

Vir: prirejeno po Probst et al 2006, str. 68, cit po Schulz, Windelband, 2009

9.6 STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE 2011 -2020 – PRIDOBIVANJE ZNANJA

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe 2011 -2020 je glede pridobivanja znanja zapisano (Kadivec in sod., 2011):

Opredeliti je potrebno specialna znanja v zdravstveni negi za diplomirane medicinske sestre in izvajalce zdravstvene nege in oskrbe s srednješolsko izobrazbo v obsegu in vsebini kot obliko kontinuiranega profesionalnega izobraževanja za zagotavljanje kontinuiranih znanj v neposrednem delovnem okolju. Ta specialna znanja niso povezana s prenosom poklicnih aktivnosti. Omogočajo strokovno delo in razvoj posameznika na določenem strokovnem področju ter so odgovornost delodajalca. Prav tako mora vsak posameznik pokazati interes in odgovornost za pridobivanje novih znanj.

Potreben je razvoj vertikale izobraževanja v zdravstveni negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege. Medicinskim sestram bo omogočil prevzem dela na razvojnem in raziskovalnem področju ter delo v kliničnem okolju. Cilj vzpostavljanja tovrstnega izobraževanja ne sme biti »beg od bolniške postelje«; temveč integriran razvoj kliničnega dela.

Magistrice zdravstvene nege bodo usposobljene za prevzemanje odgovornosti za sistematično spremljanje kliničnega dela (aplikativno in akcijsko raziskovanje, spremljanje in izboljševanje kliničnega dela), vodenje timov za izboljševanje klinične prakse, bodo pobudnice sprememb in izboljšav, mentorice študentom in visokošolske učiteljice na prvi bolonjski stopnji.

Doktorice zdravstvene nege bodo usposobljene za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav, za postavitev standardov, smernic, teorij in razvoj novih pristopov v zdravstveni obravnavi ter visokošolske učiteljice predvsem na drugi in tretji bolonjski stopnji.

Pristopiti je potrebno k mednarodno primerljivemu razvoju kliničnih specializacij za medicinske sestre kot oblike podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi. Specializacije bodo podlaga za prenos poklicnih aktivnosti in kompetenc med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tudi za samostojno delo diplomiranih medicinskih sester. Prioriteto naj imajo klinične specializacije na naslednjih področjih zdravstvene nege: gerontologija, psihiatrija, pediatrija, patronažna dejavnost, anesteziologija in intenzivna terapija, ...itd..

Literatura:

Bohinc M, Gradišar M. Analiza dejavnikov organizacijskega razvoja zdravstvene nege. Management and organisation development, 22. mednarodna znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 26. – 28. marec. Kranj: Moderna organizacija; 2003a: 910.

Bohinc M, Gradišar M. Model odločanja. In: Rozman R, Kovač J. Upravljanje, zbornik referatov, 4. znanstveno posvetovanje o organizaciji, Brdo pri Kranju, 20. junij. Fakulteta za organizacijske vede Kranj; Ekonomska fakulteta Ljubljana in Zveza organizatorjev Slovenije; 2003 b: 45.

Brečko D. Razvoj zaposlenih kot dejavnik uspešnosti organizacije. Management v zdravstvu, Portorož, 27. in 28. marec, Ljubljana: GV Planet. 2008:6.

Cadmus E. Succession planning. Multilevel organizational strategies for the new workforce, Journal of Nursing Administration. 2006; 36 (6):301.

Dieneman JA. Nursing administration: managing patient care, Stamford: Appleton & Lange; 1998:434.

Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. BMJ. 2001; 323(7316):799-803.

Hoyer S. Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. Utrip – Strokovno informativni bilten Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana, 2005; 13 (2): 26 – 9.

Ivanko Š. Teorija organizacije. Ljubljana: Fakulteta za upravo; 2005: 7.

Kadivec S, Skela Savič B, Džananovič Zavrl D, Kramar Z. in sod. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu RS za obdobje 2011-2020. 2011; Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Kersnič P. Danes za jutri. Ste se kdaj vprašali, kaj pa je vseživljenjsko učenje. Obzor Zdrav Neg. 2007; 41(1): 1.

Kešeljević A. Pomembnost z znanjem neposredno povezanih procesov v organizaciji. Organizacija. 2005; 38 (1):9.

Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management function in nursing. Theory and Application. Fourth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 116 - 280.

Ontario hospital association. The nurse mentorship pilot project. Toronto.(2006). Dostopno na www.oha.com (10. 4. 2012).

Požun P. Razvoj zaposlenih v zdravstveni in babiški negi v očeh Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM. Jaz in moja kariera. Zbornik predavanj/seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. 1. 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 14 - 18.

Ramšak Pajk J. Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. In: Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM. Jaz in moja kariera. Zbornik predavanj/seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. 1. 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 54 - 58.

Robida A, Skela Savič B, Trunk A. Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljalsko raven v bolnišnici. Zaključno poročilo raziskovalne skupine. Ljubljana; Mednarodni inštitut za razvoj managementa v zdravstvu, Ministrstvo za zdravje. Dostopno na http://www.iihmd.org/docs/kompetence/Raziskava_MZ_7.7_pdf.pdf (20.4.2012).

Shirey MR. Competencies and tips for effective leadership. Journal of Nursing Administration. 2007; 37 (4): 167 - 8.

Schulz B, Windelband L. Priročnik za programsko orodje. Človeški viri – preprečevanje pomanjkanja kvalificiranih delavcev. Pilotni projekt Leonardo da Vinci. April 2009: 18-19. Dostopno na: <http://www.sos-skilled-workers.eu> (29.4.2012).

Skela Savič B. Znanje v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije – perspektive razvitega sveta. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zurc J, Hvalič Touzery S. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu, september 16-17, 2010, Ljubljana. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 54-66.

Starc A. Pridobivanje in razvoj znanstvenega in človeškega kapitala v zdravstveni negi: študija primera. Obzor Zdrav Neg. 2007; 41 (2-3): 62.

Štular S. Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? In: Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM. Jaz in moja kariera. Zbornik predavanj/seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. 1. 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 48.

Urh I. Sistem razvoja človeških virov – pot k razvoju učeče organizacije. In: Sinergija metodologij, 24. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 16. – 18.marec. Kranj: Moderna organizacija; 2005: 375.

Urh I. Presoja učinkovitosti sistema razvoja človeških virov v organizaciji/instituciji. Ustvarjalna organizacija, 26. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, 28. - 30. marec. Kranj: Moderna organizacija; 2007: 1956.

Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HTO. Clinical governance and the learning organization. Journal of nursing management. 2004; 12: 107.

Zakon o visokem šolstvu. Ur. L. RS, št.119/2006.

Železnik D. Vseživljenjsko izobraževanje v zdravstveni negi. In: Kaluža J in sod. Sinergija metodologij. 24. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti. Portorož, 16.-18. marec. 2005: 1353-5.

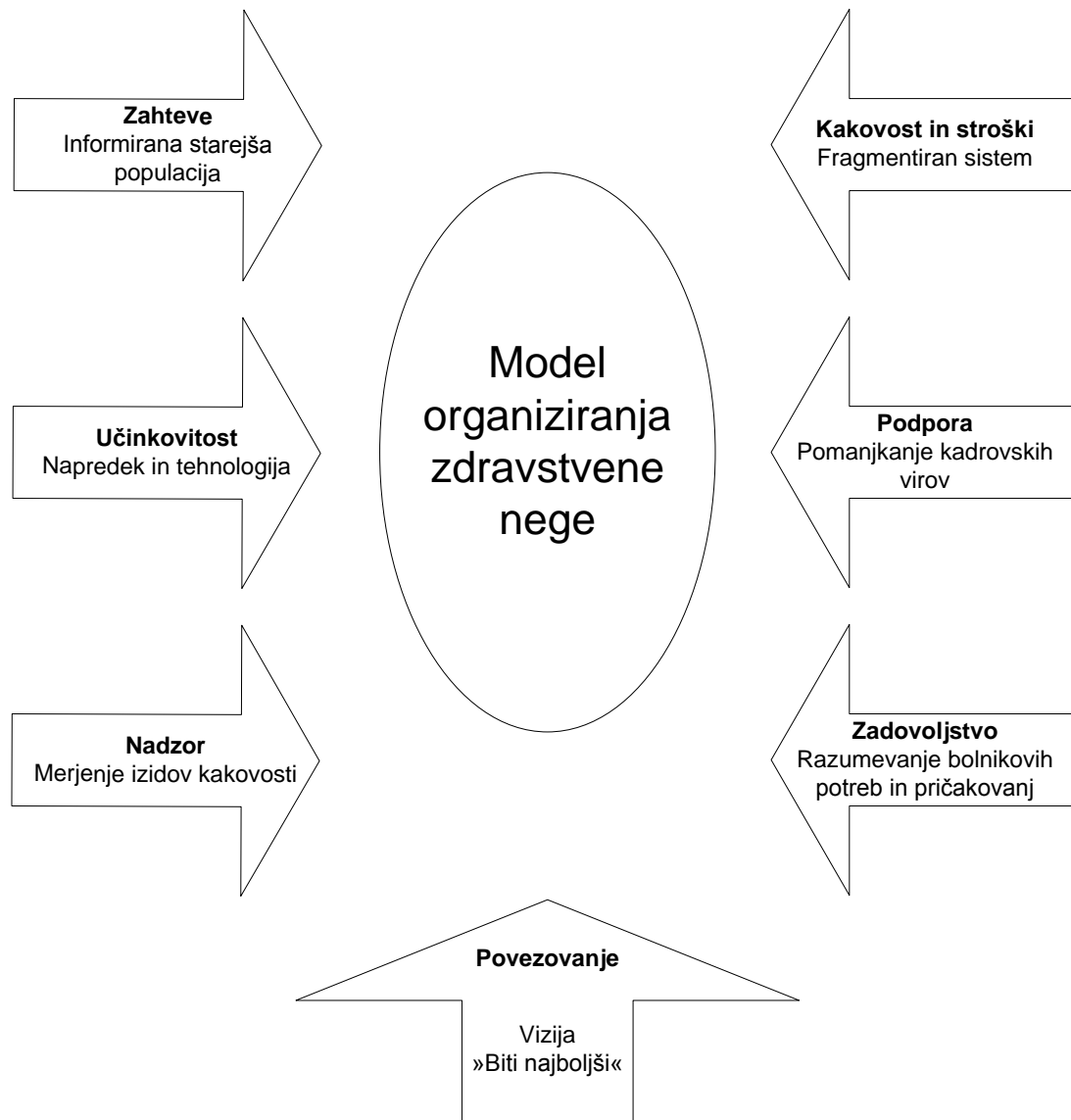
Železnik D, Brložnik M, Buček Hajdarevič. in sod. Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.

10 PREOBLIKOVANJE ORGANIZIRANJA ZDRAVSTVENE NEGE

10.1 DEJAVNIKI VPLIVA NA PRENOVO MODELA

Stanje v zdravstvu in zahteve okolja velikokrat zahtevajo prenovo modela organiziranja zdravstvene nege. Pri načrtovanju modela je potrebno upoštevati vire, ki so na razpolago, nove zahteve ter smeri razvoja v svetu.

Slika 8: Dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje modela organiziranja zdravstvene nege



Vir: prirejeno po Kimball in Joynt, 2007, str. 392

Da bodo spremembe uspešne, je potrebno pri vpeljavi računati na vse možne vidike. Uspešna pot k spremembam upošteva organizacijsko vedenje, strukturo in proces (Reineck, 2007). Sodobne, alternativne strategije uvajanja sprememb vključujejo:

- spremembe skozi moč s pooblaščenjem zaposlenih za tvorjenje sprememb,
- spremembe skozi motiv,
- spremembe skozi izobraževanje z zagotavljanjem informacij, znanja in spretnosti,
- strukturni pristop spreminja strukturo ali proces s tem, da se osredotoča na delo, njegov potek ali organizacijsko preoblikovanje z namenom izboljšanja zavesti in storitev,
- vedenjski pristop z razvojem boljše komunikacije za reševanje problemov in sodelovanjem na različnih področjih,
- tehnološki pristop vključuje računalnike, informacijsko tehnologijo, avtomatizacijo dela z uspešnostjo in kakovostjo kot pričakovanimi izidi.

Posebnosti zdravstvenega sistema, ki jih morajo managerji upoštevati v procesu managementa sprememb so:

- široko področje dela in raznolikost udeležencev,
- kompleksno lastništvo procesov in različni načini zagotavljanja virov,
- profesionalna avtonomija.

10.1.1 VIZIJA

Za oblikovanje smeri razvoja organizacije potrebujemo informacije o lastnih slabostih in prednostih v primerjavi z okoljem, zato je potrebno lastne rezultate primerjati z okoljem. Ko dobimo odgovor, kje smo, si z vizijo postavimo cilj, kam želimo iti. Vizija je povezava med preteklostjo, sedanostjo in prihodnostjo.

Vizijo lahko opredelimo kot orientacijsko točko v prihodnosti, ki ima motivacijsko razsežnost za zaposlene. Predstavlja kreativno pretvorbo poznavanja bodočih sprememb v okolju in lastne sposobnosti za doseg postavljenih smeri razvoja (Vila in Kovač, 1997). Vizija je konkretna podoba bodočnosti, dovolj bližnja, da se zdi uresničljiva, in dovolj oddaljena, da zbuja navdušenje v organizaciji za novo stvarnost (Hinterhuber, 1996, cit. po Tavčar 2008). Vizija opisuje cilj, h kateremu si organizacija prizadeva (Decker in Sullivan, 1997) ali kot pravi Higgins (1994, cit. po Vila 2000), da je vizija nespecifična, usmerjajoča in motivacijska misel vodnica za celotno organizacijo.

Dobra vizija mora biti ustvarjalna in realna, pomaga organizaciji, da se uči in izboljšuje. Dobra je tista, ki jo zaposleni vzamejo za svojo in zavestno sledijo njeni usmeritvi. Močna vizija je najbolj učinkovito sredstvo za obvladovanje organizacije. Zaposlene mora navdihovati in motivirati za doseganje zelenega stanja pri delu. Vizija nepridobitne organizacije – zdravstvene/socialne ustanove praviloma temelji na izrecnih vrednotah in idejah za razliko od pridobitnih organizacij, kjer je v ospredju gospodarski interes.

10.1.2 POSLANSTVO

Poslanstvo opredeljuje namen, vzrok za obstoj oziroma okvir programov organizacije. Program zdravstvene ustanove zajemajo storitve za ciljno skupino udeležencev – za paciente. Povedati mora, kaj organizacija hoče in želi. Izjava o poslanstvu organizacije naj odgovori na pet vprašanj:

- Kdo smo?
- Zaradi katerih družbenih potreb obstajamo?
- Kaj počnemo, da spoznavamo, predvidevamo in izpolnjujemo te potrebe in vprašanja?
- Kako naj se odzivamo našim pomembnim udeležencem?
- Kakšne so naša filozofija, vrednote in kultura (Tavčar in Trunk Širca, 2000)?

Namen stroke zdravstvene nege je, da izvaja storitve zdravstvene nege za paciente. Poslanstvo prikaže odnose med zdravstveno nego, pacienti, zaposlenimi v bolnišnici, družbo, zdravjem ter boleznijo. Poslanstvo vpliva na oblikovanje strukture, na primer zadovoljevanje zdravstveno informacijskih potreb določene populacije, pripraviti paciente na mirno smrt ali izvajati zdravstveno oskrbo akutno oboleli populaciji (Alvater Brooks, 2003).

Poslanstvo zdravstvene nege v bolnišnici je izvajanje kakovostne zdravstvene nege za paciente v akutni fazi njihove bolezni in pospeševanje njihovega napredka do rehabilitacije z uporabo multidisciplinarnega pristopa in izvedbo raznovrstnih izobraževalnih priložnosti za izobraževanje medicinskih sester za njihov profesionalni razvoj.

Poslanstvo stroke zdravstvene nege je:

- izvajanje visoko kakovostne zdravstvene nege za paciente,
- izvajanje in kontroliranje standardov klinične prakse,
- pospeševanje odličnosti v razvoju storitev med zaposlenimi v zdravstveni negi,
- izboljševanje kakovosti pogojev dela za vse udeležence (Rush University Medical Center).

10.1.3 CILJI

Cilji so specificirane izjave, kaj doseči. Sledijo poslanstvu in viziji organizacije. Pot do vizije vodi preko maloštevilnih temeljnih ciljev – smotrov in njim podrejene hierarhije številnih nižjih ciljev (Tavčar 2006). Dobri smotri in cilji morajo biti:

- merljivi, česar ne moremo meriti, tega ne moremo obvladovati,
- dosegljivi, ljudje se zavzemajo le za realne cilje,
- spodbudni, ljudje se zavzemamo le za tiste cilje, ki nam obetajo uresničevanje naših interesov,
- skladni, podrejeni cilji morajo biti v skladu s smotri.

Posamezna zdravstvena organizacija lahko cilje uspešno uresničuje le v primeru, da so vse organizacijske sestavine ustrezno oblikovane v ustreznem medsebojnem razmerju z

okoljem (Smodej, 2005). Tako kot se s časom spreminjajo cilji, tako je potrebno spreminjati tudi organizacijsko strukturo. Cilji so skupni za celotno ustanovo in specifični za posamezne poklicne skupine ali oddelke.

10.2 MAGNET BOLNIŠNICE

Thomas in Herrin (2008) navajata, da je bilo v letu 2006 med 10 najboljših Ameriških bolnišnic uvrščeno kar osem Magnet bolnišnic. Že 25 let so prepoznane kot zlati standard za prakso zdravstvene nege (Ulrich, Buerhaus, Donelan, 2007). Magnet identifikacija je najvišja stopnja priznanja, ki jo lahko podeli Ameriško združenje medicinskih sester izvajalcem storitev v zdravstveni negi. Poimenovanje izhaja iz ugotovitve, da te bolnišnice delujejo »kot magnet« za stroko zdravstvene nege, privlačijo in tudi obdržijo dobro usposobljene medicinske sestre in zaradi tega neprestano izvajajo kakovostno zdravstveno nego.

Izsledki raziskav kažejo, da imajo te bolnišnice veliko pozitivnih izidov tako za medicinske sestre, kot paciente in organizacijo. Magnet bolnišnice s svojim delovanjem večajo zaupanje družbe v večjo kakovost zdravstvenih organizacij ter privlačijo z višjo kakovostjo medicinskih sester in zdravnikov.

Medicinske sestre poročajo o večji stopnji zadovoljstva pri delu, manj izgorevanja, manj vbodov z iglami, več avtonomije in kontrole nad lastno prakso (Aiken in drugi, 2000, 2002, Upenicks, 2002, Laschinger in drugi, 2004, cit. po Ulrich, Buerhaus, Donelan, 2007) ter v zmanjšanju odsotnosti z dela, kar se izraža na finančnem področju. Pri pacientih je izkazana nižja smrtnost in večje skupno zadovoljstvo z zdravljenjem.

Kramer in Schmalenberg (2003, cit. po Ulrich, Buerhaus, Donelan, 2003) so prepoznali osem ključnih lastnosti, ki označujejo magnet bolnišnico:

- pozitivni odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki,
- avtonomija,
- kultura, v kateri je skrb za pacienta na prvem mestu,
- klinično kompetentni sodelavci,
- kontrola nad lastno prakso,
- ustrezno/zadostno zaposlovanje,
- pomoč pri izobraževanju,
- pomoč medicinskih sester managerjev.

Pri uvajanju principov Magnet bolnišnic, za boljše sodelovanje v timu, so potrebne naslednje spremembe:

- opredeliti je potrebno vrednost zdravstvene nege,
- sprejeti novo paradigmo zdravstvene nege,
- zdravniki morajo prepoznati neodvisno vlogo medicinske sestre v integriranem modelu in v sodelovalni praksi,
- zagotoviti medicinskim sestram višje osebne dohodke,
- spodbujati organizacijsko pripadnost medicinskih sester,
- zagotoviti stabilno vodenje službe zdravstvene nege, klinično vodenje,

- povečati število diplomiranih medicinskih sester,
- uvesti individualno odgovornost medicinske sestre za kakovost zdravstvene nege,
- omogočiti medicinskim sestram profesionalni ter karierni razvoj.

V letu 2005 se je pojavila potreba po prenovi Magnet modela, ki je dotlej veljavnih 14 načel združil v osem področij dokazov:

1. vodenje,
2. raba in razvoj virov,
3. model zdravstvene nege,
4. varnost in etika prakse,
5. avtonomija,
6. raziskave,
7. kakovost procesa,
8. izidi.

Do preнове je bil Magnet program osredotočen le na strukturo in proces, vendar se prava vrednost organizacijskega uspeha, vključno s kulturo odličnosti in inovativnosti, pokaže v izidih te infrastrukture. Oblikovana je bila nova vizija Magnet programa: Magnet organizacije služijo kot vir znanja in izkušenj za izvajanje globalne zdravstvene nege. To je osnovano na Magnet principih, z neprestanim prizadevanjem za raziskave in razvoj. Organizacije usmerjajo spremembe v zdravstvu, stroki zdravstvene nege, oskrbe pacientov, družin in družbe (Wolf, Triolo, Reid Ponte, 2008).

Osem področij so združili v nov Magnet model, ki ga sestavlja pet konceptov.

Slika 9: Magnet model



Vir: Wolf, Triolo, Reid Ponte, 2008, str. 202

Transformacijsko vodenje v tem modelu pomeni voditi ljudi k zahtevam prihodnosti, kar je dosti težje, kot voditi ljudi, kamor oni hočejo. Današnji voditelji morajo spremeniti organizacijske vrednote, prepričanja, proces in vedenje. Zato so potrebni vizija, moč vplivanja, klinično znanje in izkušnje iz prakse zdravstvene nege. Magnet organizacije si prizadevajo k stabilizaciji, kljub temu, da spremembe v zdravstvu kličejo po različnih vrstah kontrolirane destabilizacije, ki so izvor novih idej in inovacij. V ta koncept sta vključena Magnet principa vodenje v zdravstveni negi in slog managementa. Vpliv transformacijskega vodenja je viden skozi izide, ki jih dosega organizacija.

Strukturna moč se začneja z vodenjem ter izpolni skozi strateški načrt, strukturo, politiko in programe. Osebe potrebuje razvoj, usmerjanje in moč za doseganje organizacijskih ciljev in zelenih izidov. V ta koncept je združenih več Magnet principov: profesionalni razvoj, podoba medicinskih sester, medicinske sestre v družbi, organizacijska struktura ter politika in programi. Merijo se skozi področje vpliva in razvoja virov.

Vzorna/idealna praksa zdravstvene nege je bistvo Magnet organizacij. Tu je ključnega pomena razumevanje neodvisne oz. odvisne vloge zdravstvene nege ter raba te vloge tako s pacienti, družbo, interdisciplinarnim timom z aplikacijo novega znanja in dokazov. Koncept vsebuje naslednje osnovne principe Magneta: model zdravstvene nege, avtonomija, interdisciplinarni odnosi, posvetovanje in viri ter medicinske sestre kot učiteljice. Meri se skozi štiri nova področja: model, ki usmerja prakso zdravstvene nege, varnost in etika prakse, avtonomija in kakovost procesov. Znotraj tega koncepta morajo

biti vgrajene zahteve za prihodnost prakse zdravstvene nege, kot so partnerski odnosi s pacienti, interdisciplinarno sodelovanje, potek dela, varnost pacientov, vpliv novih tehnologij in kontinuitete zdravstvene nege.

Novo znanje, inovacije in izboljšave prispevajo k zdravstveni negi pacientov, sami organizaciji in stroki. Ta koncept vsebuje osnovni Magnet princip izboljševanja kakovosti in se meri skozi novo področje raziskav. Ta koncept je namenjen osnovni aplikaciji raziskav z dokazi za usmerjanje in preoblikovanje modelov zdravstvene nege. Organizacije morajo preoblikovati strukturo in procese ob osredotočanju na izide, ki jih je potrebno neprestano izboljševati, lahko tudi s primerjavo z boljše organiziranimi bolnišnicami.

Izidi na osnovi dokazov dajo možnost organizacijam, da vidijo, kakšni so rezultati strukture in procesov. Na ta način se primerjajo med seboj in si odgovorijo na vprašanje, »kakšna razlika je nastala«. Ta koncept vsebuje Magnet princip kakovost zdravstvene nege. Izidi so kategorizirani znotraj kliničnih izidov zdravstvene nege, izidov delovnega poteka, izidov pri pacientih in družinah ter izidov organizacije. Organizacije zbirajo rezultate in jih primerjajo z osnovnimi kvantitativnimi primerjalnimi vrednostmi Magnet bolnišnic. To omogoča bolnišnicam, da na poti do priznanja za Magnet vidijo kje so, in kaj jim še manjka. Tiste, ki so to priznanje že dobile pa merilo, ali so še znotraj okvirov ali s svojimi izidi že merijo k izboljšanju osnovnih kriterijev.

Literatura:

- Alvater Brooks C. Understanding and designing organizational structures leading and managing in nursing (Third edition). St. Louis: Mosby; 2003.
- Decker PJ, Sullivan EJ. Effective leadership and management in nursing. Sand Hill Road: Addison Wesley Longman; 1997: 34.
- Kimball B, Joynt J. The quest for new innovative care delivery models. Journal of Nursing Administration. 2007; 37 (9): 392.
- Reineck C. Models of change. Journal of nursing administration. 2007; 37 (9): 388 – 389.
- Rush University Medical Center. Shared Governance in Nursing, Chicago, Illinois. Dostopno na <http://www.rush.edu/rumc/page-1114554369473.html> (28. 4. 2008).
- Smodej V. Organizacijske strukture v bolnišnicah. In: Sinergija metodologij, 24. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 16. – 18. marec. Kranj: Moderna organizacija: 2005: 1003.
- Tavčar MI, Trunk Širca N. Management nepridobitnih organizacij. Koper: Visoka šola za management; 2000: 114 - 116.
- Tavčar M I. Management in organizacija: sinteza konceptov organizacije kot instrumenta in kot skupnosti interesov. Koper: Fakulteta za management; 2006: 117-389.
- Tavčar MI. Strateški management nepridobitnih organizacij, skripta, 5. predelana in dopolnjena izdaja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008: 24 -107.
- Thomas J, Herrin D. Executive master of science in nursing program. Journal of Nursing Administration. 2008; 38 (2): 64 - 65.

Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K. (2007). Magnet status and registered nurse. Views of the work environment and nursing as a career. *Journal of Nursing Administration*. 2007; 37(5): 212 – 213.

Vila A, Kovač J. Osnove organizacije in managementa. Kranj: Moderna organizacija; 1997: 247.

Vila A. Organizacija v postmoderni družbi. Kranj: Moderna organizacija; 2000: 123.

Wolf G, Triolo P, Reid Ponte P. Magnet recognition program. The next generation. *Journal of Nursing Administration*. 2008; 38 (4): 200 - 204.

11 IZBOLJŠEVANJE KAKOVOSTI IN VARNOSTI V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

Zaradi naraščajočih potreb po zdravstvenih storitvah in stalnega naraščanja cene storitev je potrebno najti sistem, ki bo v ravnovesju z razpoložljivimi finančnimi sredstvi. To je vzpodbuda za prehod iz obstoječega strukturnega na procesni pristop v zdravstveni obravnavi pacientov. Države EU zahtevajo neprestano izboljševanje kakovosti in varnosti. Tudi v Sloveniji si prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti, zato je dokument Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 -2015) osnovan na upoštevanju šestih načel kakovosti: uspešnost varnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočanje na pacienta (Yazbeck, Kociper, Mate, Marušič, 2006) ter načelih vodenja kakovosti, ki jih zahteva ISO 9001:9008. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu ima štiri strateške cilje:

1. Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti;
2. Razvoj kulture varnosti in kakovosti;
3. Vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti;
4. Razvoj sistemov za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe (Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida in Simčič, 2010).

Namen prvega cilja je s procesnim pristopom vzpostaviti, razvijati in vzdrževati sistematično celovito vodenje kakovosti ter varnosti. Osnovna kakovost zdravstvene obravnave preprečuje:

- nepotrebne bolečine, trpljenje in smrti,
- podstandardne izide,
- nepotrebno čakanje,
- neustrezno izrabo virov (razsipnost),
- brezmočnost pacientov,
- diskriminacijo,
- osredotočanje zgolj na izvajalce.

Zaradi tega Ministrstvo za zdravje vzpodbuja sistem akreditacije zdravstvenih zavodov, ki bo omogočila prepoznavanje izboljšav in dobrih praks ter prenos na vse zdravstvene ustanove.

Drugi cilj pomeni vzpostavitev načel profesionalnega ravnanja in komunikacije v smislu preglednosti, pravičnosti, zaupanja, učenja, proaktivnosti in prilagodljivosti.

Tretji cilj je usmerjen v zagotavljanje splošnih znanj in veščin iz področja kakovosti in varnosti, ki bo omogočila uspešnejšo zdravstveno obravnavo. Ta cilj bi naj bil dosežen v sodelovanju z izobraževalnimi ustanovami na vseh nivojih.

Namen četrtega cilja je razviti pristop za usklajevanje različnih vidikov zdravstvene obravnave, ki bo povečal uspešnost sistema s skrajšanjem čakalnih dob, vpeljavo integriranih kliničnih poti,...

11. 1 AKREDITACIJA IN CERTIFIKACIJA

Akreditacija zdravstvenih ustanov je v svetu začela naraščati po letu 1980 in v Evropi po letu 1990 (Shaw et al, 2010). Akreditacija zdravstvenih zavodov je formalen postopek, kjer zunanja institucija oceni in presodi kako zdravstvena ustanova izpolnjuje vnaprej pripravljene in objavljene standarde kakovosti in varnosti z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Je zunanji pregled delovanja zdravstvenega zavoda in pokriva vse njegove dejavnosti (Simčič, Poldrugovac in Marušič, 2011). Za to, da bodo bolnišnice pristopile k akreditaciji je poskrbel tudi plačnik zdravstvenih storitev Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki je v področni dogovor vključil klavzulo, katera pravi, da bo ustanova izgubila 0,3% prihodka v kolikor v letu 2013 ne bo pričela postopka akreditacije. Na voljo je več možnosti. Večina slovenskih bolnišnic se je odločila za akreditacijo po standardu DIAS (Det Norske Veritas International Accreditation Standard), ki ga izvaja akreditacijska hiša Det Norske Veritas s sedežem na Norveškem. Standard DIAS zahteva, da mora bolnišnica doseči skladnost s standardom ISO 9001 v roku treh let po začetni akreditaciji DNV za bolnišnice, v kolikor le tega že ni imela.

Standard ISO 9001:2008 vsebuje zahteve, ki jih morajo izpolnjevati organizacije, ki želijo pridobiti potrdilo kakovosti. Vzpostavljen sistem potrjuje, da so procesi v organizaciji nadzirani in upravljani po standardiziranem sistemu kakovosti (storitve so načrtovane, narejene in nadzirane po takih postopkih, da bo odjemalec/pacient prejel ustrezno storitev). Izvajati sistem kakovosti pa pomeni sistematično izvajati različne dejavnosti:

- Določiti politiko kakovosti in cilje organizacije;
- Določiti in identificirati ključne procese za doseganje ciljev organizacije;
- Določiti in uporabiti merila za ocenjevanje uspešnosti procesov glede na cilj organizacije;
- Iskati priložnosti za izboljševanje uspešnosti, učinkovitosti in poenostavitve procesov v organizaciji;
- Določiti metode za preprečevanje napak, zmanjševanje neusklajenosti in zmanjševanje dela ter stroškov zaradi napak, nastalih v poslovanju;
- Nadzor nad učinkovitostjo izboljšav poslovanja;
- Ocenjevanje rezultatov glede na načrtovane rezultate organizacije.

Zahteve DIAS standarda (DNV Standard za bolnišnice, december 2011) so zasnovane tako, da podpirajo razvoj ter kontinuirano izboljševanje kakovosti zdravstva in varnosti pacientov v bolnišnicah. Nanašajo se tudi na splošno varnost zaposlenih, pacientov in ostalih obiskovalcev bolnišnic. Ti standardi temeljijo na pristopu sistema vodenja. To pomeni, da poznavanje, razumevanje in vodenje sistema medsebojno povezanih procesov kakovosti in varnosti izboljšuje učinkovitost bolnišnice.

Bolnišnica mora v času akreditacijske presoje DNV za bolnišnice dokazati vsaj naslednje:

- a) Upravljanje z dokumenti: dokumenti bolnišnice (tj. politika, postopki, obrazci) so strukturirani na način, ki zagotavlja, da se uporabljajo le ustrezne verzije.
- b) Vodenje dokumentacije: bolnišnica zagotavlja, da se za zahteve tega standarda vodi ustrezna dokumentacija.

- c) Notranje presoje (interne presoje): bolnišnica opravlja notranje revizije svojih procesov in nato izvede ustrezne korektivne/preventivne ukrepe ter preveri njihovo učinkovitost.
- d) Korektivni in preventivni ukrepi: bolnišnica mora vzpostaviti mehanizem za dokumentiranje in nadzor korektivnih in preventivnih ukrepov, s katerimi uveljavlja ustrezne izboljšave in spremembe.
- e) Bolnišnica je vzpostavila merljive cilje glede kakovosti, analizira rezultate in ukrepa v skladu z njimi.
- f) Ustrezne informacije se posredujejo nadzorni skupini za vodenje kakovosti, med procesom vodstvenega pregleda pa tudi vodstvu organizacije, ki jih revidira in analizira.

Bolnišnica mora vrednotiti vse organizirane, tako neposredne kot podporne storitve in procese, ki vključujejo tudi pogodbene storitve. Nadzor vključuje notranje presoje posameznih oddelkov ali storitev v rednih intervalih, ki ne smejo biti daljši od enega leta, in podatke, povezane s temi procesi. Notranjo presojo opravijo posamezniki oz. posamezniki, ki niso del obravnavanega oddelka ali službe. Za merjenje, nadzor in analizo procesov v celotni bolnišnici je treba vzpostaviti merila, s katerimi je mogoče zaznati spremembe, prepoznati problematične procese, opredeliti tako pozitivne kot negativne posledice ter oceniti uspešnost ukrepov, sprejetih za izboljšanje učinkovitosti in/ali zmanjšanje tveganja. Bolnišnica mora opredeliti pogostost in podrobnosti merjenja. Kriteriji, ki jih je treba meriti, morajo zajemati vsaj naslednje:

- Tveganja za varnost pacientov (tj. padci, identifikacija pacientov, poškodbe).
- Terapijo z zdravili/rabo zdravil; to vključuje tudi usklajevanje zdravil, zdravila s podobnimi imeni oz. embalažo in rabo nevarnih okrajšav.
- Operativne in invazivne postopke; to vključuje tudi napačno mesto/napačnega pacienta/napačno operacijo.
- Anestezijo/zavestno sedacijo.
- Kri in krvne derivate.
- Uporabo prisilnih sredstev/osamitve.
- Učinkovitost protibolečinske terapije.
- Sisteme za obvladovanje okužb, vključno z bolnišnično pridobljenimi okužbami in spremljanjem rezistence na antibiotike.
- Sistem vodenja izrabe zmogljivosti.
- Težave v zvezi s pretokom pacientov, vključno s poročanjem o pacientih, ki na urgenci ali v sobi za okrevanje preživijo dlje časa, kot je definirano s strani bolnišnice.
- Zadovoljstvo strank, tako na zdravstvenem področju kot pri podpornih dejavnostih.
- Neskladnost patoloških poročil.
- Nepričakovane smrti, nevarne dogodke in/ali neželene dogodke.
- Skorajšnje neželene dogodke.
- Druge nevarne dogodke.
- Kritične in/ali relevantne procese, tako klinične kot podporne.
- Popolnost in točnost zdravstvene dokumentacije.

- Sisteme za upravljanje fizičnega okolja (Standard za bolnišnice. December 2011).

Presoja po standardu ISO 9001 je v pomoč pri boljši organizaciji, načrtovanju procesov in analizi učinkov, medtem ko je presoja po standardu DIAS konkretnije usmerjena v strokovne teme (Jošt, 2012).

Literatura:

Jošt M. Vloga farmacevta v zdravstvenem timu in ob bolniku. Zbornik predavanj: NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v kliniki Golnik. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 2012: 5-12.

Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010.

Shaw DC et al, (2010): Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. International Journal for Quality in Health Care. 2010; 22(5): 341-350.

Simčič B, Poldrugovac M, Marušič D, (2011): Kazalniki kakovosti in akreditacija kot orodje za vodenje kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav. 2011; 27(1): 29-49.

Standard za bolnišnice. December 2011, verzija 2.0. (Verzija 1.0 je bila razvita iz DNV-jevega standarda NIAHO decembra 2010).

Yazbeck AM, Kociper B, Mate T, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.

12 IZBOLJŠEVANJE PROCESOV V ZDRAVSTVU

12.1 NEUČINKOVITOSTI IN IZGUBE V ZDRAVSTVU

Neučinkovitost je definirana kot potratna uporaba virov z nič ali zelo malo koristi ali neuspešna uporaba virov pri sicer nedvoumno koristnih aktivnostih (AHRQ, 2008). Neučinkovitost lahko izhaja iz očitno neumestnih, iracionalnih ali napačno razumljenih odločitev posameznikov v organizaciji (Severens, 2003).

Izguba je posledica neučinkovitih procesov v klinični obravnavi. Le to NEHI, (NEHI, 2008) definira kot potrošnjo, ki se lahko odstrani, brez zmanjšanja kakovosti zdravstvene obravnave. Za primer izgube zaradi neučinkovitosti lahko uporabimo dva procesa, ki uporabljata enak input in ustvarjata identičen output, s tem da en proces potroši več virov - je manj učinkovit. Zdravstvo ima omejene vire, kar pomeni, da neučinkovit proces izgublja vire, ki bi koristili zdravstvu in s tem zmanjšujejo celotno zdravstveno korist za paciente.

Izguba zaradi slabe kakovosti nastane zaradi manjkajočega koraka v procesu zdravstvene obravnave, kar vodi do odstopanja v izidu (AHRQ, 2008). V tem primeru obstajajo dve možnosti za popraviljanje izida, ki pa vedno vodita v naraščanje stroškov:

- potrebni so dodatni viri za ponovno delo, s čimer se popravi napaka (npr. zdravljenje komplikacij, ki zahteva več virov, kot če le teh ne bi bilo);
- nepopoln izid je potrebno odstraniti in začeti znova.

12.2 IZBOLJŠEVANJE PROCESOV V ZDRAVSTVU

Neprestano izboljševanje procesov je sistematičen napor prepoznati in aplicirati nove poti pri izvajanju dela kot npr. aktivno in ponavljajoče izvajati procesne izboljšave, katerih rezultat je uspešnost in učinkovitost. Uspešnost se nanaša na stopnjo, do katere so zahteve strank izpolnjene (Neely, Gregory, Platts, 2005). Učinkovitost je stopnja do katere organizacija zmanjša stroške za ljudi in vire, ki jih potrebuje za izvedbo posameznih postopkov (Yukl, 2008). S tem dosežemo tri plati kakovosti in sicer izvajalsko, saj je storitev izvedena v skladu s strokovnimi zahtevami, poslovno z manjšo rabo virov ter uporabniško, ki vpliva na izboljšanje kakovosti življenja pacienta. Kakovost življenja pacienta je namreč odvisna tako od uspešnosti zdravljenja kot od poteka storitve (Macur, 2007).

Temeljni cilj inovacij v zdravstvu je izboljševati zdravje ljudi (Batalden in Davidoff, 2007). Potrebne so tehnološke inovacije (nove tehnologije, zdravila,...) ter socialne inovacije (nov način vodenja, odločanja, organiziranja dela, nov način komuniciranja,...). Pri uvajanju novih zdravstvenih tehnologij 21. stoletja v vsakdanjo prakso se pojavlja največji problem, da se nove tehnologije uvajajo v procese zdravstvene prakse, ki so pogosto na ravni iz leta 1960 (Robida in Kuhar, 2007). V Sloveniji smo sicer v zaostanku z uvajanjem novih tehnologij, še bolj pa smo v zaostanku pri uvajanju organizacijskih inovacij, čeprav bi bilo uvajanje slednjih dolgoročno dosti cenejše, uspešnejše in učinkovitejše za cel zdravstveni sistem.

12.3 VITKA METODOLOGIJA

Ena izmed možnosti, za rešitev sedanjih in po predvidevanjih še večjih prihodnjih težav v zdravstvu, je uvedba Toyotinega produkcijskega sistema, ki jo nekateri imenujejo tudi sistem vitkega razmišljanja. Osnovana je na filozofiji, ki teži k odstranjevanju potrate, to pomeni vseh aktivnosti, ki nimajo dodane vrednosti za izdelek ali storitev, v našem primeru so to izkušnje pacientov (Dickson et al, 2009 b). Iz spodnje tabele je razvidno, kakšna je razlika med tradicionalno in vitko organizacijo v načinu izboljševanja procesov.

Tabela 5: Razlike med tradicionalno in vitko organizacijo

Tradicionalna organizacija	Vitka organizacija
Izboljševanje opravila za opravilom	Osredotočanje na sistem, posebej na meje
Delo v oddelkih, serije	Delo usmerjeno k neprestanemu pretoku
Vlaganja v zmanjševanje stroškov	Vlaganja v zmanjševanje porabe časa

Vir: Stalk in Hout, 1990, cit po Butler et al, 2009

Principi vitke metodologije se sedaj uspešno uporabljajo tudi v zdravstvu. Čeprav se zdravstvo na več načinov razlikuje od gospodarstva, so tukaj tudi nepričakovane podobnosti. V obeh primerih se je treba zanašati na mnogovrstne in kompleksne procese, v katerih morajo zaposleni izpolniti svoje naloge in priskrbeti vrednost za odjemalca ali pacienta, ne glede na to, ali izdelujejo avto ali izvajajo zdravstveno obravnavo pacientov (Womack, 2005). Veliko neučinkovitosti v procesih je neposredno povezano s samo zdravstveno obravnavo. So pa tudi tiste neučinkovitosti, ki izhajajo iz upravno administrativnih in logističnih procesov, kateri morajo biti, kljub temu, da direktno niso vezani na zdravstveno obravnavo (Koning, 2006). Prvi in glavni namen vitkega organiziranja procesov je priskrbeti vrednost za paciente. S to metodo je mogoče izboljšati tako učinkovitost kot kakovost zdravstvenih storitev (Eitel et al., 2008).

Vitko metodologijo sestavljata dva osnovna koncepta:

- odpravljanje potrate skozi standardizacijo procesa,
- vključevanje vseh zaposlenih v proces izboljšav (Ohno, 1988 cit. po Dickson et al., 2009 a).

Osnova vitke metodologije je opolnomočenje delavcev, kar pomeni, da morajo imeti za uspešno izvajanje sprememb na voljo orodja in primerno organizacijsko kulturo. V zdravstvu lahko to razumemo kot hkratno opravljanje dveh del in sicer:

- izvajanje zdravstvenih storitev za paciente,
- iskanje boljših poti za izvajanje zdravstvene obravnave pacientov, z neprestanim izboljševanjem kakovosti in poteka dela.

Vitko zdravstvo pomeni neizprosno odstranjevanje potrate na vseh področjih delovanja z namenom zmanjšanja inventarja, časovnih ciklov in stroškov na način, ki omogočajo izvajanje visoko kakovostnih storitev za paciente v bolj uspešni, učinkoviti in

odgovarjajoči obliki, medtem ko organizacija ohranja ekonomsko sposobnost za razvoj (Doss in Orr, 2007).

Natančna vpeljava principov in orodij skozi celotno organizacijo ima dramatičen vpliv na produktivnost, stroške in kakovost. Tabela kaže nekaj statističnih podatkov, ki prikazujejo moč vitke proizvodnje v industriji.

Tabela 6: Vpliv vitke proizvodnje v industriji

Neposredno delo/izboljšanje produktivnosti	45 – 75%
Zmanjšanje stroškov	25 – 55%
Proizvodnja/naraščanje pretoka	60 – 90%
Kakovost/ zmanjšanje napak, odpada	50 – 90%
Zmanjšanje inventarja	60 – 90%
Manjša poraba prostora	35 – 50%
Zmanjšanje časa za vodenje	50 – 90%

Vir: Womack et al, 2005

Povzeti podatki so rezultat petletnega vrednotenja izboljševanja procesov večjega števila družb, med katerimi je več kot 15 letalskih. Družbe, iz katerih podatki izhajajo, so vpeljevale in izboljševale procese s pomočjo vitke metodologije od 1 do 7 let.

12.3.1 PROCES IN PRINCIPI VITKE METODOLOGIJE

Popolno oblikovan proces ustvarja točno pravo vrednost za odjemalca. V popolnem procesu je vsak korak:

- koristen (ima vrednost za pacienta);
- sposoben (daje dobre rezultate ves čas);
- veljaven (ves čas daje želeni učinek, ne le želeno kakovost);
- primeren (ni vzrok za zastoje ali zamudo);
- fleksibilen (sposoben sprotnega prilagajanja);
- usmerjen k neprestanemu toku (Womack, 2005).

Napake na katerikoli izmed teh dimenzij so vzrok za preveliko potrato in neučinkovitost.

Idealna izvedba procesa zdravstvene obravnave zagotavlja:

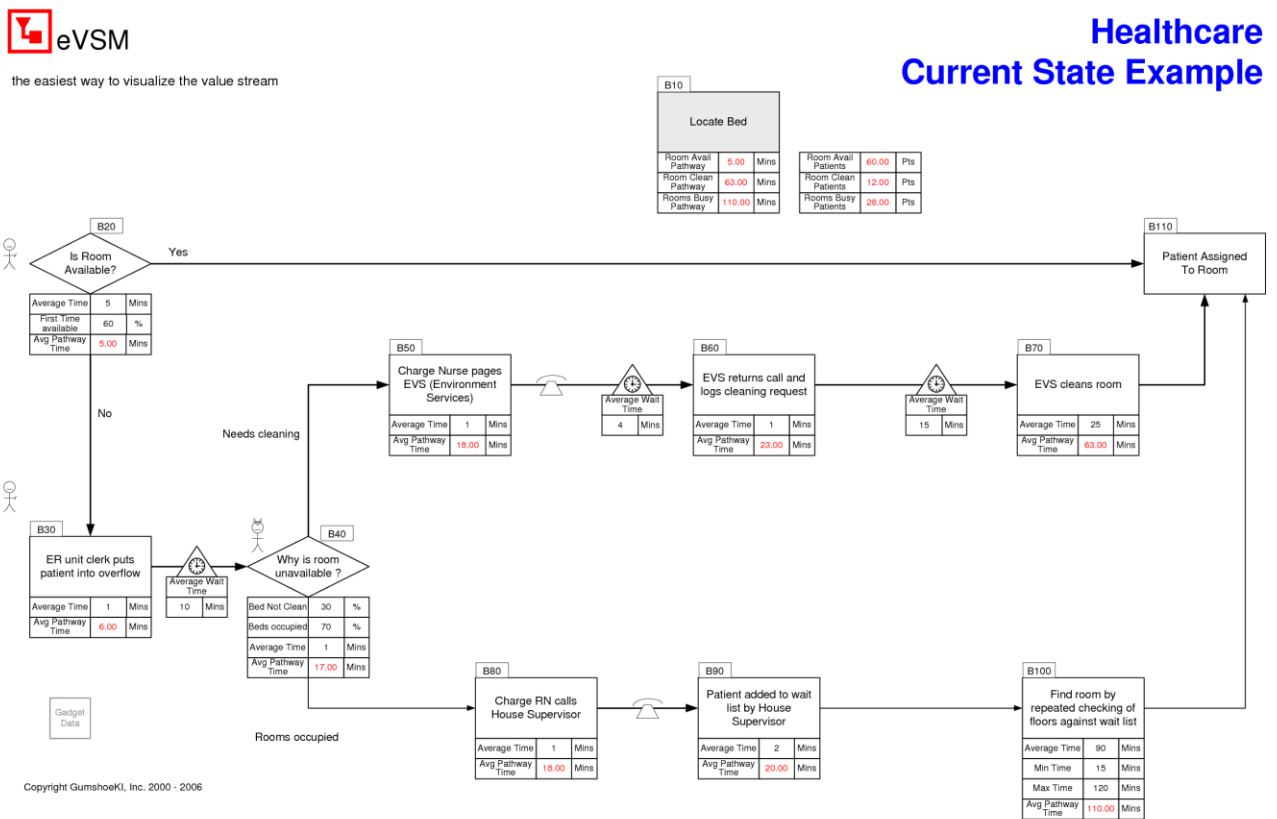
- točno tisto kar pacient potrebuje in brez napak,
- točno tisto kar pacient želi, glede na zahteve,
- neposredno odgovornost izvajalcev za probleme ali spremembe,
- odsotnost potrate,
- varnost za pacienta in izvajalce s psihičnega, fizičnega ter profesionalnega vidika (Jimmerson et al, 2004).

Kakovost procesa zdravstvene obravnave se kaže enostavno kot pravo zdravljenje, za pravo osebo in ob pravem času.

Glavni proces oskrbuje zunanje odjemalce, kar so v našem primeru pacienti in njihove družine. Notranji proces oskrbuje notranje odjemalce, torej zaposlene in je v podporo glavnemu procesu. Tok glavnega procesa ima vsekakor večjo vrednost. Kljub temu pa je notranji proces potreben za zagotavljanje vrednosti glavnega procesa.

Vitka metodologija zahteva *zapis vrednostnega toka produkta oziroma storitve* (Value stream mapping) v procesu (Zidel, 2006). S posebnimi simboli se nariše celoten tok pacienta skozi ambulanto, oddelek ali bolnišnico. Posebej se označijo tudi informacije, ki ga spremljajo. Vitka transformacija obsega izboljšanje toka dodane vrednosti za pacienta na celotnem procesu. Pomeni odpravljanje aktivnosti, ki nimajo dodane vrednosti in zmanjšanje porabe časa za izvajanje aktivnosti, katere sicer morajo biti, čeravno za pacienta nimajo dodane vrednosti. Tipičen proces ima pred izboljšavo z vitko metodologijo 60% - 80% pretirane porabe (Phipps, 2006).

Slika 10: Zapis vrednostnega toka storitve



Vir: <http://www.docstoc.com/docs/24.3.2013>

Vrednost (Value) postopkov znotraj procesa se opredeli na tri načine:

- postopek, operacija ali korak v procesu ima za pacienta dodano vrednost – value added (operacija kile);

- postopek, operacija ali korak v procesu za pacienta nima dodane vrednosti – non value added (čakanje na operativni poseg);
- postopek, operacija ali korak v procesu je pomemben, kljub temu, da nima dodane vrednosti za pacienta – bussines value added (čiščenje operacijske dvorane med dvema posegoma, transport zdravil).

Pretok (Flow) – je pomemben za čim bolj gladek pretok dela in materiala. Pri tem je potrebno gledati celoten postopek ustvarjanja vrednosti iz vidika procesa, ne posameznih funkcij oziroma oddelkov znotraj tega procesa (Gider, 2008).

Potegni (Pull)- pomeni uvedbo načina proizvodnje oziroma izvajanje dela v procesu, ki deluje na zahtevo odjemalcev in ne na zalogo. Pri tem se drastično zmanjšajo časi dobav in zaloge, medtem ko postane planiranje zelo enostavno.

Popolnost (Perfection) – pomeni stalne izboljšave in težnje k popolnosti. Beseda popolnost se v zdravstvu redko uporablja, četudi je to tisto, kar pacientom primanjkuje (Decker in Stead, 2008).

12.3.2 STANDARDNA ORODJA VITKE METODOLOGIJE

Vitka metodologija ponuja veliko število standardnih orodij za razreševanje skupnih organizacijskih problemov, ki so osredotočena na odjemalca/pacienta.

Kaizen

Ljudje se vitke metodologije pogosto učijo s pomočjo orodja kaizen, kar pomeni sistem neprestanega izboljševanja vseh postopkov v procesu. Pot učenja je osnovana na delu. V bistvu je to orodje, ki pomaga spremeniti sposobnost procesa v zelo kratkem času z minimalnimi stroški. Udeleženci morajo razumeti kako poteka obstoječi proces in zakaj ga je potrebno spremeniti. Ideje se lahko rojevajo s pomočjo brainstorminga. Sami morajo priti do zaključka, katere so tiste spremembe, ki jih je potrebno uvesti. Na koncu srečanja mora biti oblikovan nov proces in tudi pot kako se bodo spremembe vključile v prakso.

Pretirana poraba/potrata

Muda je japonsko poimenovanje pretirane porabe oziroma potrate, s katerim se definirajo aktivnosti, ki nimajo dodane vrednosti za zdravstveno storitev. Celoten proces zdravstvene obravnave je oblikovan po potrebah zdravstvenih delavcev, kar vedno ni učinkovito, niti za njih, niti za paciente. Potrata nastaja z motenim potekom dela. V Toyoti so identificirali sedem področij, kjer prevladujejo aktivnosti, ki nimajo dodane vrednosti. V zdravstvu so ugotovili še eno potrato, to je nezadostna izraba človeških virov. Ta področja predstavljajo tiste točke, iz katerih je mogoče ugotoviti vzrok potrate in jih odstraniti pri njihovem nastanku (Butler et al, 2009). V zdravstvu so ta področja enaka kot v gospodarstvu, razlika je le v pojavnih oblikah:

- čakanje (na sprejem, posteljo, zdravljenje, odpust, pregled, diagnostične teste, pripomočke, zdravnika, medicinsko sestro,...);

- preveč postopkov (nepotrebna administracija, nepotrebni diagnostični testi, uporaba intravenske terapije, kljub temu, da bi bila dovolj per oralna terapija,...);
- inventar (zaloga zdravil, sanitetno potrošnega materiala, oddelki imajo preveč aparaturo, ki niso optimalno uporabljene,...),
- transport (pacientov, laboratorijskih vzorcev, zdravil,...);
- gibanje (iskanje pripomočkov, izvidov, razdeljevanje zdravil,...);
- preveč narediti (pripraviti zdravila, ne glede na to, ali jih pacient potrebuje, vodenje čakalne knjige v zvezku in računalniku...);
- napake (medicinske napake, napake pri aplikaciji terapije, napačne oznake na bioloških materialih, večkratni vbodi pri odvzemu krvi iz vene, napačen pacient, napačno mesto operativnega posega...);
- človeški viri (znajo več, kot porabijo pri izvajanju dela, njihove ideje niso slišane ali upoštevane,...).

Pretirana potratost oziroma poraba je potrebno razumeti kot:

- dodaten strošek storitve,
- ne prinaša nobene koristi,
- vzrok nezadovoljstva pri pacientih in osebju,
- ogroža delo, če je ne odstranimo (Privett, 2009).

5S

Orodje 5S pomeni sistematičen pristop k organiziranju in upravljanju delovnih prostorov ali delovnega poteka z namenom izboljšati učinkovitost ter zmanjšati razsipnost in potratost. Oznaka 5 S je nastala zaradi tega, ker se vseh pet dejavnikov v japonščini začne s črko S, čemur so se prilagodili tudi na angleško govorečem področju. V zdravstvu so orodju dodali še dva elementa, ki se v angleščini prav tako začneta s črko S:

- Seri (sort) – pomeni **odstraniti** vse nepotrebne predmete iz delovnega prostora;
- Seiton (streighten) – **urediti** vse delovne pripomočke in aparature po nekem vnaprej dogovorjenem sistemu, da takoj najdeš tisto kar potrebuješ za izvajanje postopkov;
- Seiso (sweet, shine) – pripomočki in aparature **očistiti** in pripraviti za takojšno uporabo;
- Seiketsu (standardize) – **standardizirati** vse postopke;
- Shitsuki (sustain) – **vzdrževanje reda** in discipline v delovnih prostorih;
- Safety – **varnost**, ki vpliva na ergonomske pogoje dela, nadzor bolnišničnih infekcij, kontrolne liste za preverjanje varnosti,...;
- Security – **zavarovati** – takoj zaznati spremembe pri delovanju aparaturo, reagirati na alarme oziroma preveriti na katero vrednost so nastavljeni.

Prve tri aktivnosti se popolnoma v gospodinjstvem smislu navezujejo na organiziranje, čiščenje in urejanje delovnega prostora in pripomočkov. Četrta aktivnost se osredotoča na standardizacijo delovnih postopkov. Peta aktivnost je namenjena razvoju potrebne discipline za vzdrževanje prvih štirih postavk. Ko je teh 5S popolnoma vgrajenih v izvajanje delovnih postopkov odpade potreba po iskanju pripomočkov, aparaturo, zdravil,

itd. Zadnji dve sta namenjeni povečanju varnosti za paciente, čemur se v zdravstvu daje velik poudarek zadnja leta. Na ta način se zmanjša možnost nastanka napak, poveča se produktivnost, izboljša kakovost, omogoča hitrejše reakcije in zagotavlja boljša delovna klima med zaposlenimi (Zidel, 2006).

Z uporabo orodja 5 S pridemo do sledečih koristi:

- očiščen in brezhiben delovni prostor poveča varnost in odpravlja nered;
- organiziran in učinkovit delovni prostor poveča delovno produktivnost;
- vedno urejeno delovno okolje pospešuje in podpira skladnost z zahtevami standardov;
- prostori zopet dobijo svojo vrednost, s čimer se zmanjšajo preveliki stroški;
- vpliv na dobro počutje zaposlenih na delovnem mestu.

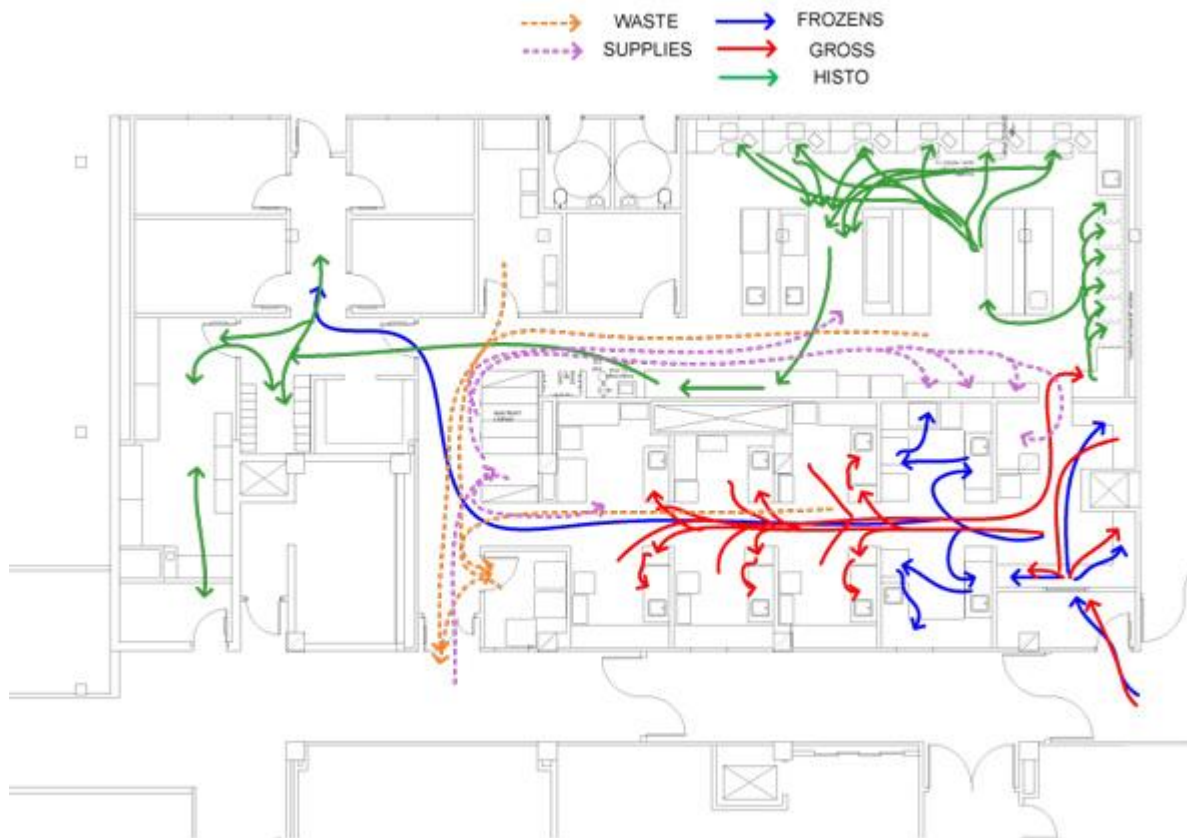
Špageti diagram

Je orodje, ki pomaga najti idealno pot. Osnovano je na opazovanju razdalj, ki jih morajo opraviti zaposleni, oprema ali material. Špageti diagram daje optičen pregled nad geografijo procesa v organizaciji. Najprej moramo vedeti tok česa bomo opazovali. V bolnišnici imamo 6 tokov:

- zaposlenih,
- zdravil,
- materiala,
- informacij,
- opreme,
- pacientov,

Če diagram prikazuje več tokov hkrati, je potrebno uporabljati različne barve. Diagram omogoča najti nepotrebna gibanja in akcije znotraj procesov

Slika 11: Špageti diagram



Vir: <http://www.jcrinc.com/CommonImages/custom/Pubs...>, 6.3.2010

Standardno delo

Standardno delo je definirano kot najbolj uspešna kombinacija aktivnosti s ciljem zmanjšati vse, kar nima dodane vrednosti za izvajanje visoko kakovostne zdravstvene obravnave (Zidel, 2006). Opisuje zaporedje aktivnosti potrebnih za izvršitev dela, določa potreben čas za vsako nalogo in zagotavlja, da bo delo izvedeno v skladu z zahtevami pacienta. Za načrtovanje standardnega delovnega poteka moramo najprej poznati obstoječe stanje:

- zaporedje aktivnosti,
- časovni takt,
- časovni cikel.

Na **časovni takt** vplivajo razpoložljiv čas in zahteve pacienta. Ambulanta ima ordinacijski čas 8 ur, kateremu moramo odšteti pol ure za malico, kar pomeni, da je razpoložljiv čas 7,5 ure. Povprečen pregled traja 15 minut, kar pomeni, da lahko v enem dnevu opravi pregled 30 pacientov. V kolikor bi se povečal razpoložljiv ordinacijski čas še za kakšno uro ali pa bi delala dva zdravnika, bi se število pregledanih pacientov povečalo in s tem se poveča časovni takt.

Časovni cikel je količina časa, ki je potrebna za izvedbo enega cikla v postopku ali procesu. Vsebuje vse tri vrednosti, ki smo jih že prej opredelili. Za popolno razumevanje časovnega cikla je potrebno razlikovati postopek in proces. Proces pomeni večje število postopkov, ki so potrebne za izvedbo storitve. Postopek pa je vsaka individualna naloga, ki je potrebna znotraj procesa. Vsak postopek opredeljujejo naslednje štiri dimenzije:

- *delo/aktivnost* v našem primeru pomeni npr. aplikacija intravenozne terapije, rentgensko slikanje pacienta;
- *priprava* pomeni pripravo pacienta in vseh pripomočkov ali aparatov za izvedbo aktivnosti kot npr. priprava terapije, pacient mora popiti kontrastno sredstvo;
- *transport* pomeni transport pacienta, materiala ali opreme na mesto, kjer bo aktivnost izvedena;
- *vrsta* pomeni čas čakanja, ki je povezan z izvajanjem aktivnosti.

V kolikor želimo časovni cikel optimirati moramo skrajšati izvajanje vsaj ene izmed dimenzij pri postopku.

Poka - Yoke

Poka – Yoke (varno pred napakami) je metoda za preprečevanje oziroma zgodnje odkrivanje napak, ki jih je povzročil človek. Za boljše razumevanje metode je treba razumeti razliko med napako in dejansko škodo, ki jo zaradi tega utрпи pacient. Za preprečevanje nastanka napak obstaja pet stopenjska metoda, ki vključuje:

- določitev napake,
- identifikacijo okoliščin, ki so privedle do nje,
- analizo možnih vzrokov (vzročno posledični diagram),
- preprečevanje bodočih napak,
- razvoj in izvedba metode za preprečevanje (Zidel, 2006).

Kanban

Kanban pomeni povezavo med naročnikom in izvajalcem, ki proizvede točno toliko, kot naročnik potrebuje. Sistem deluje s pomočjo signalnih tabel, kart ali alarma. V skladišču ali delovnih prostorih se točno napiše, koliko materiala mora biti na zalogi, kar tistemu, ki naroča novo zalogo zelo olajša delo. Metoda omogoča, da je na oddelku vedno pri roki ves potreben material, ki se potrebuje za zdravljenje pacientov.

Hitra menjava

Hitra menjava (ang. Quick changeover) je orodje, ki se veliko uporablja v industriji in je prav tako učinkovito v zdravstvu. Zmožnost zaposlenih za hitro menjavo pacientov pri izvajanju preiskav ali operativnih posegov je zelo pomembna. Čas menjave se začne začetkom procesa ali postopka in konča z začetkom naslednjega postopka ali procesa. Enostavno povedano je to čas med postopki, ko se nič ne dogaja. Primer je menjava pacientov za CT, to je čas med zadnjim končanim slikanjem, ko se aparat izključi in začetkom slikanja naslednjega pacienta, ko se aparat zopet vključi in začne slikanje. Orodje omogoča obdelavo večjega števila pacientov, odpravlja ozka grla, zmanjšuje stroške, predvsem pa ima vpliv na izkoriščenost aparatov. Drug primer je menjava

pacientov v operacijski dvorani, kjer je potrebno že v predprostoru pripraviti pacienta za operativni poseg, da je neto čas delovanja dvorane večji.

Optična kontrola

Optična kontrola je enostavna metoda za neverbalno širjenje informacij (Zidel, 2006). Vgrajevanje optičnih sistemov in kontrol v delovne prostore pomaga zaposlenim, da takoj najdejo kar potrebujejo, pokažejo konec neke aktivnosti, opozorijo na paciente s posebnimi zahtevami ter zagotavljajo varnost v procesih. Pacienti, ki imajo alergije dobijo npr. zapestnico v drugi barvi.

12.3.3 APLIKACIJA VITKE METODOLOGIJE V ZDRAVSTVO

Povzemanje novih praks v zdravstvu je bolj povezano z dokazi, kot je to primer v industriji. V medicini so to kontrolirani preizkusi. V največji meri so to dokazi, ki se pridobijo s posameznimi randomiziranimi študijami. Ključni faktor je tukaj nezanesljivost, ki je neločljivo povezana z zdravstvom. To vodi v kulturo dokazov, iz katerih je težko dokazati uspešnost zdravljenja posameznega pacienta in to potem potrditi v primerjalni skupini (Young in McClean, 2009). V medicini se ne verjame le enemu poskusu, čeravno je vse popolnoma podprto z dokazi.

Uspešna vpeljava vitke metodologije je mogoča v številnih področjih zdravstvene obravnave pacientov, kar je mogoče razbrati iz številnih člankov. Najpogostejše izboljšave doživljajo sprejemi in odpusti, sprejemi na urgenci, zdravstvena nega pacientov, dnevni kirurški posegi, organizacija operacijskih dvoran, standardizacija kirurških inštrumentov, upravljanje z aparaturami, laboratorijske in rentgenske preiskave in drugo.

Bolnišnica Virginia Mason iz Seattla je začela z vitko metodologijo leta 2000. Odtlej se je več kot 600 kaizen delavnic udeležilo več kot 5500 zaposlenih in tudi pacientov. Rezultati, ki so jih v tem času dosegli so (Nelson Petterson in Leppa, 2007):

- prihranili so 11 milijonov \$ za investicije z bolj učinkovito uporabo prostorov,
- zmanjšali čas, ki je potreben za pridobitev laboratorijskih rezultatov za 85%,
- na podlagi standardizacije inventarja zmanjšali stroške za več kot 1 milijon \$,
- zmanjšali število prehojenih korakov pri zaposlenih za več kot 60 milj na dan,
- zmanjšali nadurno in začasno delo za 500.000\$ v enem letu,
- povečali produktivnost za 93%, s tem da se ves potreben material in oprema vedno dostavi na mesto uporabe.

Z aplikacijo vitkih principov so v Srčnem in žilnem centru Park Nicollet za 73% zmanjšali razdalje, ki jih morajo prehoditi pacienti in za 30% pri zaposlenih (Buggy in Nelson, 2007). Ko so to preračunali v dolarje so ugotovili, da so jih nepotrebni koraki stali 400.000 \$ in da lahko na ta račun povečajo svoje kapacitete za 2,5 milijona \$. S standardizacijo kirurških inštrumentov so zmanjšali njihovo število za 60%. Klinika je z uporabo vitke metodologije v letu 2004 prihranila 7,5 milijonov \$ (Varkey et al, 2007).

Porodnišnica v ZDA je s standardizirano pripravo bolniških sob za matere po porodu zmanjšala stroške dela za 55.000\$ (Doss in Orr, 2007). Rezultat so dosegli le po enodnevni delavnici, kjer so zapisali vrednostni tok storitve v procesu.

Onkološki oddelek univerzitetne bolnišnice v Michiganu je izboljšal proces obsevanja pacientov z metastazami v kosteh in možganih z uporabo vitkih orodij. Naredili so posnetek vrednostnega toka storitve in ugotovili, da ga sestavlja 27 korakov in da le 43% pacientov pride na obsevanje v enem dnevu. S spremembo procesa se je število korakov zmanjšalo na 16, s tem da gre 94% pacientov odtelej na obsevanje v enem dnevu (Kim et al, 2007).

V bolnišnici St. Luke Episcopal so z vitkimi orodji na Urgentnem oddelku zmanjšali ležalno dobo za 36%. V operacijski sobi se je čas menjave pacientov zmanjšal za 67%. Uvedli so Oddelek za centralno oskrbovanje z inventarjem, s čimer so zmanjšali stroške inventarja za 26% in s tem prihranili 1,18 milijona \$ (Pate et al, 2009).

Bolnišnica v Charlestonu je zmanjšala nadurno delo zaposlenih za 28% in povečala zadovoljstvo zaposlenih. Obenem so odpravili preležanine zaradi pritiska in zmanjšali število padcev za 50% (Pate et al, 2009).

Morrisette (2009) navaja dogodek iz prakse, ki se mu je najbolj vtisnil v spomin. V eni izmed bolnišnic je preverjal pri zaposlenih, kaj je po njihovem mnenju največja nagrada za ureditev delovnega prostora z orodjem 5 S. Ti so mu povedali, da to ni privarčevanih 12.000 dolarjev, temveč 500 korakov, ki jih ni potrebno več opraviti.

Literatura:

AHRQ Publication. Final Contract Report: Cost of Poor Quality or Waste in Integrated Delivery System Settings. AHRQ Publication No. 08-0096-EF, September 2008. Agency for Healthcare Research and Quality: Rockwile, MD.

Dostopno na <http://www.ahrq.gov/research/costpqids/> (16. 8. 2011).

Batalden PB, Davidoff F. What is »Quality Improvement« and How Can It Transform Healthcare? Qual Saf Health Care; 2007, 16:2.

Buggy JM, Nelson J. Applying Lean Production in Healthcare Facilities. A Newsletter by Informe Design. 2007; 6(5):1 – 4.

Dosegljivo na <http://www.informedesign.umn.edu> (22.2.2010).

Butler G. et al. Lean – Six Sigma for Healthcare: A Senior Leader Guide to Improving Cost and Throughput. Milwaukee: ASQ Quality Press; 2009:22 – 44.

Decker WW, Stead LG. Application of Lean Thinking in Health Care: A Role in Emergency Departments Globally. Int J Emer Med. 2008; 1:161 – 162.

Dickson EW. et al. Application of Lean Manufacturing Techniques in the Emergency Department. The Journal of Emergency Medicine. 2009a; 37(2):177 – 182.

Dickson EW. et al. Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. Annals of Emergency Medicine. 2009b; 54(4):504 – 509.

Doss R, Orr C. Lean Leadership in Healthcare. White Paper. 2007:1 – 9. Dostopno na <http://www.solutionsthatperform.com> (22.2.2010).

Eitel DR. et al. Improving Service Quality by Understanding Emergency Department Flow: A White Paper and Position Statement Prepared for the American Academy of Emergency Medicine. The Journal of Emergency Medicine. 2008; Xx(X)6.

Gider F. Izboljševanje učinkovitosti poslovanja z inovativnostjo zaposlenih in principi vitke proizvodnje. In: Znanje za trajnostni razvoj. Zbornik povzetkov referatov 27. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 19. – 21. 3. 2008: 46 – 51.

Jimmerson C. et al. Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at IHC. Joint Commission Journal on Quality and Safety. 2004; 28(6): 2 -22.

Kim CS. et al. The Application of Lean Thinking to the Care of Patients With Bone and Brain Metastasis With Radiation Therapy. Journal of Oncology Practice. 2007; 3(4): 189 – 193.

Koning H. et al. Lean Six Sigma in Healthcare. Journal for Healthcare Quality. 2006; 28(2): 4 – 11.

Macur M. Management v zdravstvu – ključni poudarki. In: Ustvarjalna organizacija, 26. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 28. - 30. marec. 2007:1379 - 1382.

Morrisette M. The Little Big Secret for Improving Healthcare. IE Magazine. 2009; August: 35 – 38.

Neely A, Gregory M, Platts K. Performance measurement system design. A literature review and research agenda. International Journal of Operations&Production Management. 2005; 25(12):1228 – 1263.

Nelson Peterson DL, Leppa CJ. Creating an Environment for Caring Using Lean Principles of the Virginia Mason Production System. Journal of Nursing Administration. 2007; 37 (6): 287 – 294.

New England Healthcare Institute. Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System. Clinical Care: A Comprehensive Analysis in Support of System-wide Improvements. 2008: 1-59. Dostopno na <http://www.nehi.net> (15. 7. 2011).

Pate CD. Helping Hospital to Minimize Errors and Waste, Optimize Performance, Patient Outcomes and Profitability. AHA 2009 Leadership Summit, Lean Healthcare for Lean Times. 2009: 1 – 10.

Phipps R. Lean and Six Sigma in Healthcare: Overview & Laboratory Case Study. For ASQ Section 1405, march 2006:9. Dostopno na <http://www.raphippsv@danderson.org> (30.12. 2009).

Privett L. Getting Started with Lean in Healthcare and Quantifying the Savings. VCBF 8th Annual Lean, Six Sigma and Process Improvement in Healthcare Summit, Quincy, Illinois: Blessing Hospital, 2009: 1 – 26.

Robida A, Kuhar M. Inovacije izvajanja zdravstvene obravnave. In: Kakovost: inovativnost in odgovornost, zbornik referatov / Slovensko združenje za kakovost, 16. letna konferenca, Bernardin, 8. in 9. November. 2007: 227 - 228.

Severens JL. Value for Money of Changing Healthcare Services? Economic Evaluation of Quality Improvement. Qual Saf Health Care. 2003; 12:366 – 371.

Shah R, Ward PT. Defining and Developing Measures of Lean Production. Journal of Production Management 2007; 25: 785 – 805.

Varkey P. et al. Basics of Quality Improvement in Health Care. Mayo Clin Proc. 2007; 82(6):735 – 739.

Womack PJ. et al. Innovation Series 2005 Going Lean in Healthcare. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement. 2005:1 – 15.

Dostopno na <http://www.ihl.org> (10.1. 2010).

Young T, McClean S. Some Challenges Facing Lean Thinking in Healthcare. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(5):309 – 310.

Zidel GT. A Lean Guide to Transforming Healthcare: How to Implement Lean Principles in Hospitals, Medical Offices, Clinics and other Healthcare Organizations. Millwaukee: ASQ Quality press; 2006:1 – 104.

Yukl, G. How leaders influence organizational effectiveness. The Leadership Quarterly. 2008; 19: 708-722.