

SODOBNI PRISTOPI K ORGANIZIRANOSTI ZDRAVSTVENE NEGE: PROCESNA ORGANIZACIJA

MODERN APPROACH TO THE ORGANIZATION OF NURSING CARE: PROCESS ORGANIZATION

Petra Kamenšek

UDV/UDC 616.083(011)

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega proces*

DESCRIPTORS: *nursing process*

Izvleček – V prispevku je predstavljen pristop k modelu procesne oblike organiziranosti sistema zdravstvene nege z izhodišči vodenja in zahtev izvajalcev zdravstvene nege. Bistvo procesne oblike organiziranosti je v prilagajanju kadrovske in organizacijske strukture zahtevam posameznega procesa in ne obratno. Dogaja se, da ob slabši prilagojenosti struktur zahtevam procesa le-ti postanejo togi in okorni, meje med oddelki in funkcijami izrazitejše. Procesna usmerjenost zahteva generalističen, celovit pristop k zadovoljitvi potreb uporabnika storitve z izvajalcem storitev zdravstvene nege, ki presega raven specializacij.

Abstract – The article presents the model of process organization of the system of nursing care, together with issues of management and requirements of the performers of health care. The essential feature of the process organization is the adaptation staff and organizational structure to the requirements of individual processes, and not vice versa. It can happen that less adapted structures to the processes, the latter become rigid and inflexible, and the borders among departments and functions more outstanding. Process orientation requires a generalized, holistic approach to the user of the services of nursing care which reaches beyond specialization.

Uvod

Dve stoletji so sistemi organiziranosti temeljili na načelu delitve del, na teorijah, ki so jih definirali Taylor, Smith in kasneje Fayol. Rezultat njihovih pristopov k organiziranosti so funkcije, oddelki, službe.

Ocena organizacije zdravstvene nege v zavodih kaže, da je le ta po organizacijah zelo različna. Razlago za te razlike lahko pojasnimo z dejstvom, da zdravstvena nega v organizacijskih procesih nima pravno formalnih podlag, ki bi ji omogočile enako-pravno vključevanje v organizacijske procese (Keršnič, 1997).

Statut Kliničnega centra opredeljuje predvsem navpično dimenzijo strukture. Temeljne dejavnosti izvajajo strokovno organizacijske enote, za katere velja močno hierarhično-linijski tip (Požun, 2003).

Osnovni tipi klasičnih organizacijskih oblik, kot so funkcijska, divizijska, matrična in delno tudi projektna organiziranost (Ivanko, 2000) izgubljajo svojo strateško vlogo.

Brezovšek (1997) opozarja na neustreznost vplivov modelov birokratske organizacije ob prevladi hierarhije nad enakostjo, prisile nad svobodo, lojalnostjo in nezaupanjem. Omenjeno bo zaradi zahtev časa potrebno spremeniti z odkikom od birokratske hierarhične organiziranosti, kateremu sledijo procesna naravnost, nov način vodenja s profesionalizacijo vodenja, pro-

jektnim delom, uporabo sodobnih informacijskih tehnologij s participativnimi modeli ob vključevanju operativnih izvajalcev v procese odločanja mnogih poslovnih funkcij.

Sodobna organizacija je procesna organizacija. Ta omogoča večji pretok idej, krajše čase opravljanja aktivnosti in hitrejše prilagajanje na spremembe (Rant, 2002).

Ali bo procesna oblika organiziranosti izziv in del sodobnega sistema organiziranosti zdravstvene nege?

Zdravstvena nega kot del zdravstvene dejavnosti

Zdravstvena dejavnost je del terciarnega sektorja, ki združuje storitvene dejavnosti, katerih značilnosti razvoja so standardizacija, koncentracija in centralizacija, kar posledično odraža uvedbo normativov. Posledice razvoja storitev v omenjenih dejavnostih so parcialnost in nepopolnost storitev, specializacije in neosebnost.

Terciarni sektor pravkar doživlja dve krizi (Sedej, 1997):

- krizo stroškov: produktivnost proizvodnje storitev je nizka zaradi pomanjkanja konkurence, cena delovne sile se povečuje;

- krizo uspešnosti: kakovost storitev upada, ker je z enako višino sredstev nemogoče zagotoviti enak obseg kakovosti storitev kot v preteklosti.

Značilnosti zdravstvene nege (ZN) znotraj zdravstvene dejavnosti so naslednje:

- zelo visoka stopnja delovne intenzivnosti;
- visoka stopnja pripadnosti zaposlenih;
- lojalnost, nevtralnost, nepristranskost, kompleksnost;
- odsotnost konkurence.

Ob spremljanju in ugotavljanju uspešnosti izvajalcev ZN kot posameznikov se moramo zavedati omejenih pristojnosti odločanja »menedžerjev ZN« glede vprašanj zaposlovanja, nagrajevanja in odpuščanja zaradi centraliziranega zakonsko urejenega sistema. Požun (2003) meni, da je vršni menedžer zdravstvene nege omejen v zagotavljanju strokovnosti odločanja v ožjem smislu (uspešnost organizacije), etičnosti odločanja, pravočasnosti ter vseobsežnosti in celovitosti odločanja strateškemu menedžmentu. Morda lahko te trditve zavračamo s pestrostjo, povečanjem, kompleksnostjo, intenzivnejšo dinamiko ter raznolikostjo negovalnih problemov glede na razvoj visokih tehnologij in spremljanjem demografskih trendov. Ali v nadaljevanju tudi s tako rekoč nemogočo potrditvijo aksioma »Penzia«. Določenih negovalnih potreb pač preprosto ne moremo zadovoljiti z računalniško tehnologijo ali morda roboti. Ali pač v daljni prihodnosti ...

Procesna usmerjenost zdravstvene nege

Današnje spremenljivo okolje postavlja organizacijam zahteve po učinkovitejšem in uspešnejšem poslovanju z iskanjem novih pristopov k spremembam poslovanja. Sodobne oblike organiziranosti težijo k procesni organiziranosti, kjer je proces definiran kot (Keen, 1996):

- »workflow« zaporedje aktivnosti s ciljem pretvoriti vnos v iznos z dodano vrednostjo;
- koordinacija akcij med ljudmi vključenimi v aktivnosti, kjer so večšine in rutine izkoriščene za oblikovanje sposobnosti zaposlenih.

Identifikacija procesov v zdravstveni negi

Ko smo ugotavljali, kaj se pravzaprav dogaja med izvajalcem ZN in uporabnikom storitve (bolnik, pacient, varovanec...) smo identificirali ključni transformacijski proces, ki smo ga poimenovali proces zdravstvene nege. Procesna zdravstvene nege omenjenega v prispevku ne moremo enačiti s trenutno aktualno metodologijo dela v zdravstveni negi. Razumeti ga moramo kot proces, ki definira poslovni sistem zdravstvene nege ob številnih prednostnih procesih, katerih obstoj in izvajanje rezultira storitev ZN (kadrovski, ekonomski, pravni, informacijski...).

Odjemalci ključnega procesa sistema ZN so bolniki, zdravstveni tim, uprava zdravstvenih zavodov, širša družbena skupnost. Njihove zahteve in pričakovanja od izvajalcev ZN so po hitrem, učinkovitem in nepristranskem izvajanju negovalnih intervencij ob omejenih virih, kjer dobavitelji virov postavljajo zahteve po čim višji kakovosti izvajanja negovalnih intervencij ob čim nižjih stroških.

Tabela 1 podaja ključne komponente identificiranja procesa zdravstvene nege (tab. 1).

Ob težnji po prilagajanju zahtevam procesa zdravstvene nege v smislu kvantitete in usposobljenosti izvajalcev ZN, sodobnem in profesionalnem menedžmentu s pooblastili, uporabnih delovnih sredstev in prostorih ter zagotovljeni relativno visoki stopnji socialne varnosti izvajalcev ZN bomo morali opredeliti dejavnike uspeha sodobnih sistemov organiziranosti.

Postavljena hipoteza je naslednja:

Obstoječo strukturiranost organiziranosti sistema ZN je mogoče preoblikovati v plosko in procesno usmerjeno s poudarjenimi dejavniki hitrosti, fleksibilnosti, integracije in inovacije v procesu.

Kaj to pomeni? Zakaj predlog prenove sistema organiziranosti ZN?

Odgovor je zelo preprost: ker obstoječ sistem organiziranosti ZN povsem ne ustreza zahtevam okolja, je premalo učinkovit. Sistem ZN je postal premalo učinkovit, ker se strukture v sistemu ne uspejo prilagajati kvalitativnim in kvantitativnim spremembam, ki jih zahteva proces zdravstvene nege.

Kadrovska, organizacijska in informacijska struktura sistema ZN so postale toge in okorne.

Celoten proces zdravstvene nege poteka tako, da se posamezne faze zaključijo znotraj nekega oddelka, službe ter predajo drugemu oddelku, službi, ki nadaljuje proces v svojem zaporedju. Posledice takšnih oblik organiziranosti so v nepreglednosti procesa, proces ni nadzorovan kot celota, med posameznimi fazami nastajajo zastoji.

Kako sedaj povečati učinkovitost sistema ZN?

Preprosto, vzpostavili bomo nove relacije med ljudmi, tehnologijo in jih prilagodili zahtevam procesa.

Rešitev je vizija

Proces zdravstvene nege je potrebno vzeti kot celoto in ga voditi kot celoto.

Potreben je *profesionalen menedžment ZN*, katerega lastnosti so opredeljene na dveh področjih:

- delovne naloge, v okviru katerih se lahko menedžer ZN zelo prožno prilagaja spremembam, je sposoben za timsko delo, prevzema pobude in tveganja ter zelo odločno sprejema odločitve;

Tab. 1. Identifikacija procesa zdravstvene nege.

<p>Izhod procesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pisno vrednotenje negovalnih intervencij, – zadovoljstvo uporabnikov storitev, – zadovoljstvo izvajalcev ZN. <p>Vhod procesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ugotavljanje potreb po negovalnih intervencijah. 	<p>Odjemalci:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolniki, – zdravstveni tim, – uprava, – Ministrstvo za zdravje. <p>Dobavitelji resursov:</p> <ul style="list-style-type: none"> – poslovne enote zdravstvenih zavodov, – glavne medicinske sestre organizacijskih enot. 	<p>Zahteve in pričakovanja uporabnikov storitev ZN:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hitro, – učinkovito, – nepristransko. <p>Zahteve dobaviteljev resursov:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nizki stroški, – omejena količina, – kakovost materialov, – kakovost storitev.
--	--	---

<p>Opis kontrolnih točk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usklajenost s strateškimi cilji. 2. Potrditev ugotovljenih potreb po ZN in plana negovalnih intervencij za posameznega uporabnika storitev ZN. 3. Izvajanje negovalnih intervencij. 4. Ocena učinkovitosti in uspešnosti PZN. 	<p>Odgovorna oseba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Glavna medicinska sestra (direktorica) zdravstvenega zavoda. 2. Glavna medicinska sestra organizacijske enote. 3. Vodja negovalnega tima (DMS). 4. Celoten negovalni tim.
---	--

<p>Kazalci učinkovitosti procesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stroški izvajanja PZN, – število odstopanj od standardnih načinov izvajanja in pričakovanih rezultatov, – fluktuacija, absentizem zaposlenih, – povratna informacija uporabnikov storitev ZN in svojcev.
--

<p>Potrebni viri:</p> <ul style="list-style-type: none"> – primerno opremljeni prostori, – zagotovljena delovna sredstva za ZN, – negovalni kader, – zagotovljena finančna sredstva za ZN. 	<p>Zahteve procesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kvantiteta, motiviranost in usposobljenost negovalnega kadra, – sodobni in profesionalni management ZN s pooblastili, – uporabna delovna sredstva, prostori, – socialna varnost izvajalcev ZN.
---	--

<p>Referenčni dokumenti:</p> <p>Statut zdravstvenega zavoda Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi Standardi in protokoli negovalnih intervencij</p>

– lastnosti managerja ZN so v okviru »mehkega menedžmenta« povezane s čisto človeškimi vrednotami, ki so potrebne za delovanje v urejeni družbi.

Izvajalci ZN – »znanjski generalisti«

Villa (2000) navaja obliko prihodnosti konfiguracije dela, ki sestoji iz treh krogov:

- centralni krog, v katerem je jedro zaposlenih v podjetju s stalno zaposlitvijo;
- zunanji krog z nekvalificirano delovno silo, ki dela nekaj, kar pač nekdo mora postoriti;
- srednji krog, v katerem zunaj podjetja delujoči ljudje, ki so razvili svoje sposobnosti in na tržišču delajo za kogarkoli.

Nadalje opredeljuje različne oblike prožnosti zaposlenih. Za sistem ZN je gotovo aktualna funkcijska prožnost s sposobnostjo menedžmenta, da zaposlene

premika na različne delovne naloge glede na potrebe procesa zdravstvene nege.

Procesno oblikovano delovno mesto diplomirane medicinske sestre in zdravstvenega tehnika pomeni, da so nanj razporejene številne in vsebinsko raznolike delovne naloge, razvrščene v skupine nalog, ki jih opravi ena oseba ali tim. Tako posamezen izvajalec ZN neko delovno nalogo, ki jo je v zaporedju opravljalo več ljudi, sedaj opravi sam. Postaja profesionallec ob pridobivanju individualne odgovornosti in avtonomije.

Kaj bi s procesno oblikovanim delovnim mestom dosegli?

Izvajalci ZN bi postali *generalisti* s sposobnostjo reagiranja na zahteve procesa v danem trenutku. Tako ne bi bilo potrebno čakati na izvajalca ZN – specialista, kar vodi do koristi v obliki krajše porabe časa za

nadzor in proces izvedbe negovalne intervencije, zmanjšanje števila nadrejenih, znižanje transakcijskih stroškov.

Kako izobraziti generaliste?

Znanje je drugačno od vseh ostalih vrst resursov. Neprestano samega sebe dela zastarelega (Rant, 2002).

Menim, da so primarne učne baze kadru, ki se zaposluje v sistemu ZN, v prvih treh letih delovne kariere organizacijske enote intenzivnih terapij III. stopnje zahtevnosti procesa zdravstvene nege.

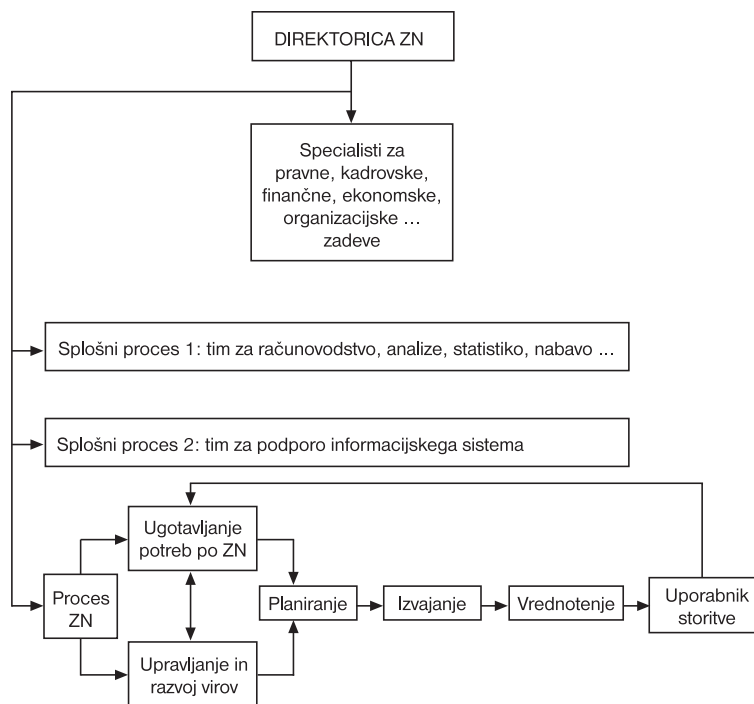
Nadalje z dinamično oblikovanimi delovnimi mesti, ki omogočajo rotacije izvajalcev ZN znotraj posameznih organizacijskih enot glede na potrebe procesa zdravstvene nege. Indikator potreb procesa zdravstvene nege je že uveljavljena metodologija kategoriziranja bolnikov, ki določa zahtevnost procesa. Z omenjenim pristopom k pojmovanju delovnih mest sistema ZN število izvajalcev v delovni izmeni ni več fiksno in stalno, temveč se prilagaja zahtevnosti uporabnikov storitev ZN.

Posamezen izvajalec ZN lahko opravi negovalno intervencijo zgolj ročno in klasično; v tem primeru je nadomestljiv z robotom. V procesnem pojmovanju organiziranosti sistema ZN bo takšnih izvajalcev ZN potrebnih vse manj. Potrebni pa bodo takšni izvajalci, ki bodo svoje ročne spretnosti povezali z intelektualnimi sposobnostmi. Pomembno ni to, kaj izvajalec ZN zna, temveč sposobnost svoje znanje uporabiti pri reševanju najrazličnejših negovalnih problemov. »Znanjski izvajalci ZN« bodo na osnovi baze znanja in izkušenj podali nove pristope k reševanju negovalnih problemov in po njih tudi delovali. Z zanimanjem bomo takšnega izvajalca ZN povprašali, kako je bila delovna naloga izvedena in ne, koliko jih je bilo izvedenih.

Procesna struktura sistema zdravstvene nege

Zbornica-zveza je v letu 1996 pripravila Organizacijsko strokovne podlage pravilnika o organizaciji Službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. V njih zasledimo dva organigrama; eden je namenjen notranje visoko strukturiranim organizacijam, drugi notranje manj strukturiranim organizacijam. Oba opredeljujeta tri ravni vodenja, podana je izrazito hierarhično-funkcijska struktura z mnogimi enotami, oddelki, timi.

Slika 1 podaja eno izmed zelo enostavno procesno oblikovanih struktur sistema ZN. Ugotovili bomo, da takšen pristop oddelke in funkcije nekoliko pomika v ozadje. To pomeni začetek odmiranja hierarhične strukture in menedžmenta funkcije z dramatičnimi in radi-



Sl. 1. Procesna organizacijska struktura sistema ZN.

kalnimi spremembami na področju upravljanja virov sistema ZN. Potrebna je eliminacija vseh ravni in del, ki ne prinašajo vrednosti za uporabnika storitev ZN.

Ali nas v tej enostavni procesni shemi kaj moti? Zanimivo, nismo opredelili oddelkov, nismo opredelili služb, sistem ZN smo poskušali zaznati kot proces, ki ga ni možno razgrajevati na posamezne delčke. Je namreč celota s svojimi zahtevami, ki jim moramo MI prilagoditi izvajalce ZN (strukturo, število...) in posledično tudi informacijski sistem.

Rezultat osredotočenosti v procesni sistem ZN so tri ravni:

- direktorica zdravstvene nege (individualna pogodba o zaposlitvi?!);
- lastniki(ce) procesov ZN: glavne medicinske sestre organizacijskih enot;
- vodje procesov ZN: diplomirane medicinske sestre znotraj procesnih timov, ki funkcionirajo zelo samostojno.

Procesi so formirani tako, da so v njih zastopane vse potrebne specialnosti, ki omogočajo popolnoma samostojno delovanje.

Kljub temu potrebe po določenih specialistih v procesni organiziranosti sistema ZN ne bodo izginile. Še vedno bodo potrebni specialisti za kadre, finance, računovodstvo, pravne posle... Le ti bodo procesnim timom zdravstvene nege na voljo za strokovno pomoč, vendar le v primeru iniciative procesnih timov zdravstvene nege. Hkrati bodo ti specialisti opravljali določene strokovne naloge centralizirano na ravni zdravstvenega zavoda.

Lastnice procesov (glavne medicinske sestre organizacijskih enot) morajo biti strokovnjakinje na področju operativnih opravil ZN ter vseh prednostnih procesov, ki jih je mogoče identificirati v sistemu ZN, kar pomeni, da morajo obvladovati vsebine poslovanja. Samostojno morajo opredeljevati, utemeljevati in razporejati vse vire, ki jih sistem procesov ZN zahteva. Kadrov ZN ne bodo zagotavljali ONI s kadrovske službe, strokovne podlage za povečanje oziroma zmanjševanje števila delovnih mest bodo pripravljene s strani glavnih medicinskih sestre organizacijskih enot ali... stroškovno in kakovostno ne bodo opredeljevali delovnih sredstev ONI s finančne, nabavne službe ampak glavne medicinske sestre organizacijskih enot samostojno itd... Za obvladovanje omenjenih relativno obsežnih in zahtevnih področij potrebujejo določeno formalno izobrazbo, ki krepko presega okvire visokošolskega izobraževanja. Naše lastnice procesov namesto sedanje operativne vloge v procesu zdravstvene nege pridobijo managersko pozicijo.

Vloga sedanjega menedžmenta ZN bo v prihodnje gotovo zelo zahtevna. Identificirati je potrebno inovativne in sposobne trenutne izvajalce operativnih opravil ZN (znanjske?), izdelati zanje individualne razvojne načrte ter jih usmeriti v menedžment.

Usmerjanje v menedžment pomeni po identifikaciji določenih potrebnih individualnih sposobnosti za menedžment podpiranje pri pridobivanju formalnih znanj s področij ekonomije, kadrovanja, organizacije, prava... Ta podpora je lahko v obliki finančnih sredstev, študijskega dopusta, sodelovanja s sedanjim menedžmentom ZN v različnih razvojnih in drugih projektih na ravni sistema ZN. Po zaključeni formalni obliki izobraževanja menedžerskih kadrov ZN bi bilo zelo smiselno te kadre implementirati za obdobje treh do petih let v upravne službe (kadrovska, finančna...) zdravstvenih zavodov in jih znotraj le teh tekom mesecev ali let rotirati. V upravnih službah bi v praksi prepoznali poslovanje celotnega sistema zdravstvene dejavnosti, prej omenjene specialiste ter samostojno pripravili strokovne podlage za prihodnost menedžmenta in stroke ZN. V okviru pristopa »primerjanja z najboljšimi« je potrebo te kadre razvijati tudi v tistih zdravstvenih ustanovah doma in v tujini, ki so vodilne pri prenosu aktualnih teoretičnih pristopov v sistem ZN.

Po pridobitvi formalnih profesionalnih znanj menedžmenta in drugih strokovnih področij izven operativnih pristopov ZN, ne moremo več govoriti o »medicinski sestri«, ki načrtuje kadre, nabavlja material, upravlja s finančnimi viri, izobraževanjem izvajalcev ZN, pravnimi podlagami, temveč o strokovnjakinji področja, za katerega je pridobila formalno izobrazbo. Skela Savič (2000) meni, da ima oblikovanje lastnih vodstvenih kadrov nekatere prednosti pred prihodom zunanjih, tujih kadrov, saj domači kadri temeljito poznajo stroko, organizacijo dela, komunikacijske poti ter poslovanje.

Seveda so za takšen pristop k razvijanju menedžerskih kadrov ZN potrebne številne formalne podlage na ravni države.

Razmisliti bomo morali tudi o profesionalizaciji menedžmenta na ravni zdravstvenega tima. Zakaj ne bi tudi v tej smeri izkoristili profesionalnih znanj »menedžerja ZN«?

Vodje procesov ZN znotraj operativnih timov ZN so diplomirane medicinske sestre ob vlogi vodje in hkrati trenerja:

- vsak trening je trd in tog, pripomore pa k oblikovanju določenih pristopov in načinov izvajanja opravil ZN;
- vloga vodje pomeni inoviranje, motiviranje, sodelovanje z orientiranostjo na sodelavce zdravstvenega, negovalnega tima in zaupanje v njih.

Zelo pomembno je vodjem procesov ZN horizontalno napredovanje na istem delu, z večjim obsegom odgovornosti in obvladovanjem zahtevnejših opravil. Hkrati jim je potrebno ponuditi različne neformalne oblike izobraževanja s področja vodenja ter jih med delovno kariero rotirati prek organizacijskih enot različnih stopenj zahtevnosti procesa ZN.

Procesna strukturiranost – realnost ali iluzija

Iluzija za sedanjost, realnost za prihodnost

Mnogi teoretiki sodobnega menedžmenta (na primer Hammer@Champy, 1993) menijo, da je potrebno staro organizacijo in njena načela enostavno zbrisati, ukiniti in začeti znova.

Pristop k novim oblikam organizacijskih struktur sistema ZN zahteva predvsem revolucijo v mišljenju zaposlenih v ZN in zdravstveni dejavnosti.

Direktor zdravstvenega zavoda – zdravnik, direktorica ZN – višja, diplomirana medicinska sestra, brez dodatno pridobljenih formalnih znanj menedžmenta. Ali lahko v tem primeru res govorimo o profesionalizaciji upravljanja in vodenja procesov poslovanja zdravstvenih zavodov? Mnenja sem, da ne.

Organizacija kompletnih procesov, kjer funkcije, službe popolnoma izginejo je iluzija, ni pa iluzija organizacija delnih procesov. Glede na zelo kompleksno strukturiranost zdravstvene dejavnosti bi bilo smiselno prehodno razmisliti o divizijah, znotraj njih identificirati posamezne procese, zahtevam katerih je prilagojena kakovost, kvantiteta in struktura vseh potrebnih virov.

Procesna strukturiranost nas postavlja pred nekatere dileme:

- srednji menedžment izginja, generalizacije vodijo v zmanjševanje potreb po izvajalcih ZN, vprašljiva je varnost njihove zaposlitve;

- sindrom klasičnega vzpenjanja po hierarhični lestvi-
ci, napredovanje na podlagi starosti izgublja pomen.
Prevzemanje odgovornejših delovnih mest, hierar-
hično napredovanje na podlagi let delovnih izkušenj,
brez formalnih profesionalnih znanj, sposobnosti in
osebnostnih lastnosti posameznika ni možno;
- opredeliti bo potrebno nove načine nagrajevanja za-
poslenih. Morda kakšen dodaten prosti dan in vse-
kakor del plače, ki je gibljiv ter se mesečno glede
na prispevek posameznega izvajalca ZN v timu in
zdravstveni ustanovi spreminja (na primer 70 %
fiksni del plače, 30 % gibljivi del plače).

V prihodnje bo gotovo potrebno razmisliti tudi o privatizaciji nekaterih zdravstvenih zavodov na primarni, sekundarni in terciarni ravni v Sloveniji. In takrat bo potrebno zelo dobro prepoznavati trende in potrebe ljudi po zdravstveni negi in zdravljenju ter ponuditi storitve, ki bodo popolnoma prilagojene njihovim zahtevam. Takrat bomo lahko prvič govorili o konkurenci v zdravstveni dejavnosti. Od kakovostnega odnosa do uporabnikov storitev in posledično številčnosti bo odvisno tudi plačilo izvajalcem za opravljeno delo. Izbor izvajalcev, materialov za izvajanje storitev ZN in delitev finančnih sredstev, bodo temeljili na sodobnih profesionalnih pristopih, ki jih bodo obvladovali le profesionalni strokovnjaki.

Ne, ni iluzija, je prihodnost, o kateri bo potrebno spregovoriti ter zanjo pripraviti formalne strokovne podlage.

Sklep

Reinženering postaja temeljni dejavnik zdravstvene dejavnosti. Usmerjen je v proces, kjer nas zanima, kaj se dogaja med izvajalcem storitev in uporabnikom storitev. Vsak proces je potrebno definirati, identificirati in optimirati. Dokaj zahtevno delo, kjer so potrebni mnogi strokovnjaki različnih strokovnih področij.

Iz predstavljenega modela je razvidno, da je sodoben pristop k pojmovanju organiziranosti ZN sicer mogoč. Vendar uvajanje zahteva mnogo radikalnih pristopov, kjer so socialni dejavniki postavljeni v ozadje.

Spremembe ustvarjajo ljudi. Lahko bi govorili o profesionalcih, ki bodo idejno sposobni zastaviti spremembe, ter na drugem polu o izvajalcih ZN, ki bodo morali te spremembe enostavno sprejeti, če bodo želeli obdržati svoj socialni status. Skratka, uskladiti se bodo morali s cilji in vizijo delovne organizacije.

Bill Gates je nekoč zapisal: »Vedno precenjujemo spremembe, ki se bodo zgodile v naslednjih dveh letih in podcenjujemo tiste, ki se bodo zgodile v naslednjih desetih letih«.

Literatura

1. Brezovšek M. Upravna kultura v Sloveniji. Portorož: Polito-
loški dnevi – zbornik, 1997: 175–86.
2. Hammer M, Champy J. Reengineering Corporation-a Mani-
festo for Business Revolution. New York: Harper Busines,
1993.
3. Ivanko Š. Strukture in procesi v organizaciji. Ljubljana: Viso-
ka upravna šola, 2002: 29–62.
4. Keen, PGW, Knapp EM: Every Manager's Guide to Business
Processes, Harvard Business School Press, 1996.
5. Kersnič P. Organizacija Službe zdravstvene nege v zdravstve-
nih zavodih Slovenije. Obzor Zdr N 1997; 31: 4–23.
6. Organizacijsko strokovne podlage pravilnika o organizaciji
Službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije.
Zbornica-zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
Ljubljana, 1996.
7. Požun P. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru.
Obzor Zdr N 2003; 37: 5–11.
8. Rant Ž. Ljudje v procesni organizaciji. Organizacija 2002; 35:
296–302.
9. Sedej M. Metode in tehnike kadrovanja. Kranj: Moderna or-
ganizacija, 1997.
10. Skela Savič B. Razvoj in usposabljanje vodstvenih kadrov v
zdravstveni negi. Organizacija 2000; 33: 651–9.
11. Vila A. Organizacija v postmoderni družbi. Kranj: Moderna
organizacija, 2000.