

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DOKTORSKA DISERTACIJA

**MODEL KAKOVOSTI SISTEMA MENEDŽMENTA
ZDRAVSTVENE NEGE**

**Primer menedžmenta glavnih medicinskih sester
zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije**

MAG. BOJANA FILEJ

Ljubljana 2007

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DOKTORSKA DISERTACIJA

**MODEL KAKOVOSTI SISTEMA MENEDŽMENTA
ZDRAVSTVENE NEGE**

**Primer menedžmenta glavnih medicinskih sester
zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije**

Mentorica: prof. dr. Marija Ovsenik

Somentorica: prof. dr. Metka Zorc

Mag. Bojana Filej

Ljubljana 2007

PREDGOVOR

Zdravstvena nega deluje v zdravstvenih in v socialno varstvenih zavodih kot element ali podsistem celotnega organizacijskega sistema, zato mora biti dobro organizirana, menedžment, ki dejavnost vodi, pa dobro izobražen in usposobljen. Le na ta način bo dejavnost zdravstvene nege pripomogla k doseganju ciljev organizacije.

V doktorski disertaciji z naslovom "Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege - Primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije" smo proučevali sedanje stanje sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih v Sloveniji in ugotovili, da stanje sistema menedžmenta ni ugodno, saj večina glavnih medicinskih sester ni ustrezno izobraženih in usposobljenih za opravljanje navedene funkcije in da je dejavnost različno organizirana ter ima različne pravno formalne podlage v aktih zavodov. Zaradi tega so glavne medicinske sestre omejene v menedžmentskih kompetencah in v upravljanju tako s kadrovskimi kot tudi finančnimi viri. Vse glavne medicinske sestre se še vedno ne zavedajo, da so pacienti najpomembnejši subjekti v vsakem zavodu, ki jim je potrebno namenjati največ pozornosti ter temu prilagoditi tudi organizacijo zdravstvene nege. Zdravstvene in socialno varstvene zavode smo proučevali kot odprte sisteme, na katere močno vpliva okolje ter spremenjene potrebe ljudi. Zlasti zdravstveni zavodi se težko prilagajajo in spreminjajo, vzrokov za to pa je seveda več. Posebej smo izpostavili potrebe po organizacijskem spreminjanju ter s pomočjo Burke - Litwinovega modela ugotavljali katere elemente modela moramo spremeniti in kakšne so njihove medsebojne povezave in vplivi.

Da bi izboljšali stanje, smo oblikovali model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege, pri tem pa smo uporabili sinusoidalni model človeško akcijske reflektivnosti avtorja J. Ovsenika. Spoznali smo, da model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege ni odvisen samo od okolja in njegovih vplivov, temveč od glavnih medicinskih sester samih, ki vodijo sistem. Same morajo namreč spoznati, da je najprej potrebno uspešno in učinkovito vodenje samega sebe, šele nato sodelavcev in dejavnosti zdravstvene nege. Vsaka glavna medicinska sestra mora razvijati svoje lastne osebne lastnosti, uveljavljati svojo lastno identiteto in si krepiti samozavest.

Model je pomemben za obe dejavnosti, tako za socialno delo, kot tudi za zdravstveno nego. Obe dejavnosti, vsaka na sebi lasten način, delujeta tako, da pomagata ljudem, da dosežejo čimboljšo socialno pozicijo in čim višjo kakovost življenja, še zlasti, ko so v institucionalni obravnavi. Iz menedžmentskega vidika si glavne medicinske sestre prizadevajo za čimboljše delovanje sistema, za dobre medosebne odnose, za zadovoljstvo zaposlenih in s tem za čimvišjo kakovost sistema. Bolnišnice, zdravstveni domovi, socialno varstveni zavodi se sicer razlikujejo po vsebini dejavnosti, po zakonskih opredelitvah in po organizacijski strukturi, ne glede na to, pa je model kakovosti sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester uporaben tako v zdravstvenih kot tudi v socialno varstvenih zavodih, saj kriteriji podobnosti prevladajo. V vseh zavodih deluje dejavnost zdravstvene nege kot organizacijska struktura, ki jo vodi glavna medicinska sestra in je največja dejavnost po številu izvajalcev zdravstvene nege v zavodih, ki je osredinjena na zadovoljevanje potreb pacientov in stanovalcev.

Pričujoče delo je le eden izmed možnih pogledov na menedžment, ki ima pozitivne kot tudi negativne vidike in s tem omejitve, ki se jih dobro zavedamo. Tudi predlog modela je le ena izmed možnosti rešitve problema v sistemu menedžmenta zdravstvene nege. Drugi avtorji so, ali pa bodo v prihodnje ubrali drugo pot.

Pri nastanku doktorske disertacije so mi svetovali in me usmerjali: mentorica prof. dr. Marija Ovsenik, somentorica prof. dr. Metka Zorc ter člana komisije za oceno doktorske disertacije prof. dr. Vito Flaker in prof. dr. Blaž Mesec. Vsem najlepša hvala!

Zahvaljujem se tudi dr. Jožefu Ovseniku, avtorju sinusoide, ki mi jo je dovolil uporabiti kot teoretično osnovo za oblikovanje modela kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege, saj me je pritegnila k razmišljanju o vlogi vsakega posameznika pri razumevanju menedžmenta.

Hvala tudi vsem glavnim medicinskim sestram slovenskih bolnišnic, zdravstvenih domov in socialno varstvenih zavodov, ki so odgovorile na posredovani vprašalnik in s tem izkazale, da so organizacijske spremembe tudi v zdravstveni negi nujne.

KAZALO DOKTORSKE DISERTACIJE

Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege - Primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov Slovenije

PREDGOVOR

KAZALO

Seznam tabel

Seznam slik

I. Teoretični del

1	Uvod	9
2	Nekatere značilnosti skrbstvenih poklicev	12
2.1	Zgodovinski pregled socialnega dela	14
2.1.1	Definicije socialnega dela	19
2.2	Zgodovinski pregled zdravstvene nege	22
2.2.1	Definicije zdravstvene nege	32
2.3	Podobnosti in razlike med socialnim delom in zdravstveno nego	36
3	Soodvisnost zdravstveno socialnih in družbenih dejavnikov v obdobju hitrih sprememb	41
3.1	Socialne dimenzije zdravstvene nege	43
3.2	Poklici v zdravstveni negi	47
3.2.1	Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege	49
3.2.2	Kompetence izvajalcev zdravstvene nege	53
3.3	Trendi razvoja zdravstvene nege	59
3.3.1	Raziskovanje v zdravstveni negi	60
3.3.2	Nove organizacijske oblike in nove naloge	61
3.3.2.1	Negovalni oddelki	62
3.3.2.2	Oskrba na domu	63
3.3.3	Menedžment in vodenje	64
3.3.4	Kakovost v zdravstveni negi	66
4	Sistemiški pogled na organizacijo	69
4.1	Socialno in zdravstveno varstvo kot sistem	73
4.1.1	Socialno varstvena dejavnost	76
4.1.2	Bolnišnična dejavnost	77
4.1.3	Osnovna zdravstvena dejavnost	79
4.2	Zdravstvena nega kot podsistem	80
4.3	Organizacijska kultura	83
4.4	Uspešnost in učinkovitost organizacije	87
4.5	Organizacijsko spreminjanje	90
4.5.1	Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja	96
5	Menedžment - nova paradigma	100

5.1	Neprofitni menedžment	102
5.1.1	Menedžment v zdravstvu	104
5.2	Naloge in lastnosti menedžerjev	105
5.3	Menedžment ali vodenje v zdravstveni negi	108
5.3.1	Medicinska sestra - menedžerka	112
5.3.1.1	Moč in avtoriteta	118
5.4	Menedžment kot proces načrtovanja, organiziranja, vodenja in preverjanja	122
5.4.1	Načrtovanje	122
5.4.2	Organiziranje	125
5.4.3	Vodenje	126
5.4.4	Preverjanje	131
5.5	Stili vodenja	134
5.6	Motivacija v sodobnem vodenju	144
6	Kakovost sistema menedžmenta	152
6.1	Kakovost sistema menedžmenta v zdravstveni dejavnosti in zdravstveni negi	160
6.2	Standardi strukture, procesa in rezultata	162

II. Empirični del

1	Problem in metoda	165
1.1	Problem	165
1.2	Hipoteze	168
1.3	Metoda	169
1.3.1	Vrsta raziskave	169
1.3.2	Spremenljivke	170
1.3.3	Merski instrument	170
1.3.4	Populacija	171
1.3.5	Zbiranje podatkov	172
1.3.6	Statistična obdelava in analiza	172
2	Rezultati in ugotovitve	175
2.1	Podatki o udeležencih raziskave	175
2.2	Podatki o stanju sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester	179
2.2.1	Menedžment	179
2.2.2	Organiziranost dejavnosti zdravstvene nege	185
2.2.3	Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja	186
2.2.4	Stili vodenja	189
2.2.5	Naloge	190
2.2.6	Motivacija	191
2.2.7	Kakovost	193
2.2.8	Organizacijska kultura	195
2.2.9	Okolje	197
2.2.10	Vodenje	198
2.3	Kakovost sistema menedžmenta	199
2.4	Analiza vpliva spremenljivk v Burke - Litwinovem modelu	208
3	Sprejem oziroma zavrnitev hipotez	215

<i>III. Razprava in sklepi</i>		
1	Sinusoidalni model človeško akcijske reflektivnosti kot osnova za oblikovanje modela kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege	219
1.1	Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege kot aplikacija in dograditev sinusoidalnega modela človeško akcijske reflektivnosti	224
2	Sklepno razmišljanje s predlogi	229
<i>IV. Literatura</i>		236
<i>V. Priloge</i>		245
1	Vprašalnik	
<i>VI.</i>	<i>Povzetek</i>	251
<i>VII.</i>	<i>Summary</i>	253

SEZNAM TABEL

Tabela 1: Podobnosti in razlike med socialnim delom in zdravstveno nego

Tabela 2: Vpliv odvisnih in neodvisnih spremenljivk

Tabela 3: Število anketirancev po zavodih

Tabela 4: Izobrazba glavnih medicinskih sester po zavodih

Tabela 5: Starost, skupna delovna doba, delovna doba v zavodu, delovna doba na sedanji funkciji

Tabela 6: Število zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege po zavodih

Tabela 7: Menedžment(I)

Tabela 8: Menedžment (II) - izvajanje menedžmentskih funkcij na ravni zavoda in za potrebe zdravstvene nege

Tabela 9: Spearmanov korelacijski test med "delovna doba na sedanji funkciji" in "izvajanje menedžmentskih funkcij"

Tabela 10: Menedžment (III)

Tabela 11: Organizacija

Tabela 12: Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja (I)

Tabela 13: Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja (II)

Tabela 14: Spearmanov korelacijski test med trditvama "vodstvo deluje timsko" in "za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno v naprej najaviti"

Tabela 15: Stili vodenja

Tabela 16: Nekatere skupne naloge glavnih medicinskih sester

Tabela 17: Motivacija

Tabela 18: Razvrstitev motivacijskih faktorjev po pomembnosti in po zavodih

Tabela 19: Kakovost

Tabela 20: Povezava med timskim delom in kakovostjo

Tabela 21: Organizacijska kultura

Tabela 22: Spearmanov korelacijski test med trditvama "v zavodu so dobri medosebni odnosi" in "sodelovanje med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobro"

Tabela 23: Okolje

Tabela 24: Vodenje

Tabela 25: Strukturne spremenljivke

Tabela 26: Procesne spremenljivke

Tabela 27: Rezultatne spremenljivke

Tabela 28: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami za strukturne spremenljivke

Tabela 29: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami za procesne spremenljivke

Tabela 30: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami za rezultatne spremenljivke

Tabela 31: Rangiranje strukturnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov

Tabela 32: Rangiranje procesnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema

Tabela 33: Rangiranje rezultatnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema

Tabela 34: Ocena elementov Burke - Litwinovega modela

Tabela 35: Ocena elementov Burke - Litwinovega modela po zavodih

Tabela 36: Spearmanov korelacijski test med trditvama "pred zasedbo delovnega mesta sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje" in "kakovost sistema menedžmenta"

Tabela 37: Spearmanov korelacijski test med trditvama "kakovost sistema menedžmenta" in "izvajanje menedžmentskih funkcij"

Tabela 38: Potreba po organizacijskih spremembah

Tabela 39: Spearmanov korelacijski test med strukturnimi in rezultatnimi spremenljivkami

Tabela 40: Spearmanov korelacijski test med procesnimi in rezultatnimi spremenljivkami

SEZNAM SLIK

Slika 1: Konceptualni model razvoja vodenja zdravstvene nege

Slika 2: Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja

Slika 3: Vloga menedžerjev

Slika 4: Vloga medicinske sestre menedžerja

Slika 5: Hierarhija načrtovanja

Slika 6: Tri najpomembnejša področja TQM

Slika 7: SDCA

Slika 8: Komponenti stalnega izboljševanja

Slika 9: Ideja ponavljanja izboljšav

Slika 10: Statistična pomembnost povezav med elementi Burke - Litwinovega modela

Slika 11: Sinusoidalni model človeško akcijske refleksivnosti (premišljevalnosti)

Slika 12: Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih

I. Teoretični del

1 UVOD

Delovanje celotnega zdravstvenega sistema je v krizi. Glavni vzrok za to je pomanjkanje finančnih virov, da bi lahko bile zadovoljene vse potrebe zavarovancev, zaposlenih in družbe. Zaradi omejenih in od produktivnosti odvisnih sredstev za zdravstveno varstvo na eni strani, na drugi pa zaradi povečanega povpraševanja ljudi po zdravstvenih storitvah, ki je posledica vedno večjega števila starejših ljudi in kroničnih bolnikov, pa tudi razvoja znanosti, ki prinaša nove drage storitve in nova dražja zdravila prihaja v zdravstvu do omejevanja vseh virov (Zupanič, 2003). Zaradi tega je eden izmed ključnih dejavnikov, ki bi lahko prispeval k izboljšanju stanja, prav gotovo tudi dobra in racionalna organizacija zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov, ki bi poslovali uspešno in učinkovito v okvirih razpoložljivih virov. Na osnovi zaključkov projekta »Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji«, ki ga je financirala Svetovna banka in v katerega so bili vključeni številni tuji strokovnjaki, so bile predvidene spremembe tudi na področju menedžmenta. V sklopu oblikovanja sistemskih rešitev v sistemu zdravstvenega varstva so bili v podprojektu »Razvoj upravljaljske in menedžerske funkcije v sistemu zdravstvenega varstva«, načrtovani naslednji cilji: večja kakovost opravljanja upravljaljske in menedžerske funkcije v sistemu zdravstvenega varstva; učinkovitejša izraba virov (finančnih, človeških, materialnih in informacijskih); poenotenje in razvoj kazalcev kakovosti in učinkovitosti menedžmenta v zdravstvu (ti indikatorji morajo vključiti vsaj področja financ, izvedbene funkcije, kakovost, ravnanje s človeškimi viri in racionalizacije procesov); vpeljava koncepta dobre prakse menedžmenta na strateškem in na operativnem nivoju; vpeljava učinkovitih menedžerskih orodij (model planiranja poslovanja, model učinkovitih organizacij, model učinkovitega vodenja, menedžersko informacijski sistem). Glavna sprememba, ki bi naj sledila, bi bilo preglednejše in bolj racionalno opravljanje menedžerskih funkcij v zdravstvenih organizacijah

(<http://www2.gov.si/mz/hsmp/hsmp.nsf>).

O nekaterih zavodih zagotovo lahko trdimo, da so stabilni iz organizacijskega, kadrovskega in finančnega vidika, vendar »postajajo dalj časa stabilni sistemi togi in neprilagodljivi ter jih je težko spreminjati« (Ovsenik, Ambrož 2000). Če želimo biti pri spreminjanju uspešni, moramo sprejeti dejstvo, da se bo sistem spremembam uprl. Brez odpora do sprememb sistem svoje

stabilnosti ne more ohranjati (ibid, 2000). Vendar »sprememb ni moč obvladati, možno jih je le predvideti. Vsi so namreč že sprejeli dejstvo, da so spremembe neizbežne« (Drucker, 2001:76). Mnoge zavode pa lahko danes smatramo kot nestabilne sisteme zaradi neučinkovitega vodenja in neuspešnega poslovanja.

Zdravstveni sistem je izrazito hierarhični sistem, vendar je danes pozornost usmerjena v "redefinicijo poslanstva in zdrobitev stare hierarhije, ter izgradnjo nove fleksibilne menedžmentske strukture in sistema, ki sprošča energijo sodelavcev" (Ovsenik, Ambrož, 2000). Zdajšnji organizacijski pristopi so bolj elastični in odprti (Peterka Novak, 2007). Marušič (2005) meni, da je za izboljšave na področju zdravstva potrebno delo usmeriti v zagotavljanje večje učinkovitosti, produktivnosti in kakovosti celovitega zdravstvenega sistema. Po mnenju Končine (2006) lahko to dosežemo le z boljšim menedžmentom. Pomembno je tudi, da se največ zahtev v zvezi z racionalizacijo poslovanja nanaša na vodilne strukture v zavodih, torej tudi na glavne medicinske sestre.

Sodobni trendi v poslovanju opozarjajo, da bodo v prihodnje uspešnejše tiste organizacije, v katerih bo vodenje osnovano na zaupanju, spoštovanju, morali in bo zadostilo zahtevam zaposlenih po njihovem osebnem razvoju (Lipič Baligač, 2007).

Posamezniki preživijo večino delovnega življenja v organizacijah, ki so socialne enote, opisane s strukturo, funkcijami in viri za doseganje ciljev (King, 1981). Ker so organizacije kompleksne, ima vsak posameznik svoje lastne vrednote, pričakovanja, težnje in cilje. Vsak član organizacije ima določeno vlogo in pozicijo, z ozirom na strokovno znanje in odgovornost ter določene cilje (Donabedian, 1973).

Tudi Česen (2003) meni, da imajo odločilno vlogo v delovanju vsake organizacije ljudje in da bodo za nove in boljše rezultate delovanja organizacij vse bolj pomembni človeški viri.

Zdravstvena nega je v zdravstvenem in socialno varstvenem sistemu podrejena dejavnost. »Dogaja se ji enako kot družbi, ki je organizirana hierarhično in ki si prizadeva vzdrževati neenakomerno distribucijo moči med svojimi člani, spodbuja avtoriteto, ugled, status, bogastvo in materialni standard« (Ovsenik, Ambrož 2000:153). Zato »je opredelitev vloge in

ciljev zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva zelo kompleksna in zahtevna naloga« (Brus, Zupančič, 1997).

Organiziranost zdravstvene nege kot samostojne službe je v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih organizacijsko nedorečena. V vsakem zavodu dejavnost zdravstvene nege sicer deluje, organizacijska struktura, organizacijski procesi in pravno formalna urejenost pa niso dorečeni, prav tako tudi niso opredeljene kompetence glavnih medicinskih sester in nikakor ne moremo trditi, da so na teh mestih takšne medicinske sestre, ki bi znale »najbolje organizirati procese in dosegati cilje organizacije v danih okoliščinah« (Česen, 2003:127).

Vse medicinske sestre so sicer menedžerji zdravstvene nege, vendar pa dejavnost zdravstvene nege sedaj in v prihodnje postaja vedno bolj odvisna od sposobnosti medicinskih sester, ne le, da pacienti prejmejo najvišjo možno stopnjo kakovosti zdravstvene nege, temveč, da so tudi usposobljene in kompetentne menedžerke ljudi, postopkov, denarja in informacij (Mc Phail, 1997).

2 NEKATERE ZNAČILNOSTI SKRBBSTVENIH POKLICEV

Poklica medicinske sestre in socialne delavke imata veliko skupnega. Izhajata iz filozofije skrbi, dobrotelčnosti, pomoči in podpore, kot značilnih konceptov ženskih poklicev. Opravljajo ju pretežno ženske. Verjetno je to vzrok, da delita negativne lastnosti tudi z drugimi tipičnimi ženskimi poklici, ki jih zaznamuje: nizka plača, nizek socialni status, pomanjkanje priznanja, slabi delovni pogoji, malo možnosti za osebni razvoj ter dolgo časa neprimerni izobraževalni sistem. Medicinske sestre še danes nimajo možnosti fakultetnega študija zdravstvene nege, čeprav se fakultetna izobrazba zahteva za zaposlene na srednjih in visokih zdravstvenih šolah ter na delovnih mestih glavnih in odgovornih medicinskih sester v zdravstvenih zavodih.

Prvi skrbstveni poklici, kot navaja Flaker (1998), so skrbeli za izločene ljudi, saj je obstajalo osebje, ki je del svojega časa posvetilo skrbi za varovance. Skrbstveni poklici, npr. socialne delavke, medicinske sestre, negovalke, učiteljice, vzgojiteljice ustrezajo privzgojeni ženski identiteti in ne nasprotujejo "naravnim lastnostim" žensk, saj – glede na v preteklosti ustvarjene družbene ideologije – edini ustrezajo primarnim ženskim vlogam: biti gospodinje in matere.

Povsod po svetu – tako v zahodnih kot v vzhodnih kulturah – so praviloma ženske tiste, ki skrbijo za dom in družino. »V predindustrijski družbi so se ženske ukvarjale s tkalstvom in drugimi obrtni. Ženske so bile tako produktivni člani družbe in so imele zato pomemben in priznan položaj v družbi« (Klančnik Gruden, 2003:3). Z vzponom kapitalizma, industrializacije in srednjega razreda se je položaj žensk spremenil. V tem obdobju se je začelo delo ločevati od družinskega življenja. Delo je postalo dejavnost, ki so jo zunaj doma opravljali za plačilo. Produktivne ekonomske dejavnosti so se začele odvijati v specifičnih institucijah, ki so bile ločene od doma. Z ločitvijo družine od ekonomije je prišlo do diferenciacije vlog v družini in delitve dela po spolu. S tem je bila ustvarjena osnova za oblikovanje ideala delitve vlog po spolu, ki je ustrezal imetnikom moči. Pri tem je igrala pomembno vlogo cerkev, ki je z mistifikacijo materinstva oz. z razglašanjem materinstva kot primarne ženske vloge določila ženski mesto v zasebni sferi, doma pri otrocih, ki so tako zavzeli osrednje mesto v družini. V tem primeru izhaja vloga ženske iz materinske vloge, »iz materinjenja, pri čemer gre za prepoznavanje in podporo potreb šibkejšega« (Klemenc, 2003).

Spolno konstruirane družbene ideologije temeljijo na prepričanju, da je skrb za druge ena od osnovnih ženskih lastnosti. Dobra ženska je domesticirana in brezposelna mati, ki skrbi za druge, je požrtvovalna, zapostavlja lastne potrebe z namenom zadovoljevanja potreb drugih ljudi. Intelektualka je pojmovana kot »slaba« ženska, ki zaradi kariere zavrže materinstvo. Moški so usmerjeni v uresničevanje lastnih potreb in v razvijanje svojih sposobnosti.

Spolna ideologija torej še danes vpliva na izbiro poklica in kot navaja Zaviršek (1994) se ženske tudi danes, čeprav imajo možnost izbiranja med poklici, še vedno najpogosteje odločajo za poklic socialne delavke, učiteljice in vzgojiteljice, medicinske sestre in negovalke.

Združeni narodi poročajo, da tvorijo ženske polovico svetovne populacije, opravijo dve tretjini vseh delovnih ur, dobijo pa le eno desetino svetovnega dohodka in so lastnice manj kot enega procenta svetovnega premoženja (Salvage, 1995).

Vrhunec (2002:221) navaja, da so »ženske vključene v delovno silo na drugačen način kot moški. To pomeni, da še danes drži, da ženske kot skupina delovnih ljudi zaslužijo manj kot moški. To ne pomeni samo trajnega razkoraka med plačo glede na spol ali različno razmerje v mobilnosti kariere, temveč tudi dejstvo, da so ženske in moški prisiljeni delati v različnih zaposlitvah in industrijskih sektorjih. Tendenca, da se ženske zaposlitve razlikujejo od moških, pripelje do poklicne segregacije. To dokazuje, da je ta pojav neverjetno zakoreninjen.«

Oba poklica – poklic socialne delavke ter poklic medicinske sestre lahko uvrstimo med skrbstvene poklice. Skrb za bolne in pomoči potrebne obstaja od kar obstaja človeštvo. Zato je »nega vedno pomenila pomoč pri vsakdanjih aktivnostih za ohranjanje in vračanje zdravja, ki jih ljudje niso mogli opravljati sami zase. To delo je potekalo v družinah, kjer so ga opravljale večinoma ženske članice družine ali pa služinčad. V vaških skupnostih pa so se s tem poklicno ukvarjale nekatere ženske, ki so bile v določenih obdobjih zgodovine tudi preganjane kot čarovnice« (Heinsohn, Steiger, 1993 v Pahor, 1997:21).

2.1 Zgodovinski pregled socialnega dela

Socialno delo se je pričelo razvijati v 19. stoletju. Na začetku stoletja je prevladoval svetovni nazor, da sta bog in religija vzrok in posledica večine dogodkov v življenju. Proti koncu stoletja se je ta pogled postopoma spremenil v bolj laičen in humanistični pogled na svet. Vera je bila še vedno pomembna, toda prepričanje, da je družba lahko oblikovana in celo izboljšana z novimi odkritji znanosti in tehnologije, je bilo široko sprejeto. Na začetku stoletja so "obiskovalci" (visitors) izvajali osnovno obliko socialnega dela in si prizadevali zmanjšati gorje revnih z direktno pomočjo in molitvijo. Ta zgodnja oblika obiskovanja je bila zelo sektaška, bolj podobna misionarskemu delu kot socialnemu. Veliko bolj napredno obliko socialnega dela so izvajali volonterji, ki so delali v volonterskih organizacijah, iz katerih je nastal današnji rdeči križ. V Ameriki je to delo temeljilo na evangelističnem duhu (<http://www.idbsu.edu/socwork/dhuff/history/chapts/1-2.htm>).

Začetki socialnega dela so povezani z dosežki žensk, ki so se borile za družbene reforme. S tem so reševale probleme najbolj ogroženih skupin prebivalstva, po drugi strani pa so reformna prizadevanja služila dviganju blaginje družbe kot celote. Nakazani dualizem, namreč pomoč posamezniku ali najbolj ogroženim skupinam prebivalstva po eni strani in reformna prizadevanja, katerih plod je večja družbena blaginja, po drugi, je stalno prisoten v socialnem delu (Milošević Arnold, Postrak, 2003).

Leta 1860 se je pričelo novo gibanje, ki je vplivalo na socialno delo. Pojavile so se nove institucije: zapori, azili za duševne paciente, hiše za reveže in sirotišnice. Kmalu je postalo jasno, da te institucije ne rešujejo problemov, temveč jih povzročajo. Flaker (1998) je v svojem delu "Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov" napisal, da so se velike zaprte ustanove uveljavile, kot temelj pomoči raznim depriviligiranim družbenim skupinam. Značilnosti takih ustanov je dominacija osebja nad varovanci, ki vedno presega stopnjo odvisnosti, ki bi utegnila biti posledica bolezni, prizadetosti ali stiske. Navaja tudi, da smo pri nas poznali take ustanove (ubožnice, blaznice, prisilne delavnice) prav tako že v 19. stoletju, vendar se je njihov razcvet začel šele po drugi svetovni vojni, ko so te skupine naselili v zanje ustrezne in od okolja ločene nacionalizirane gradove in druge izpraznjene stavbe.

V industrijsko razvitih zahodnih državah se je pojavilo socialno delo kot specifični poklic, ki je postopoma prevzemal funkcije nekaterih predhodnih pa tudi nekaterih sorodnih, takrat obstoječih poklicev oziroma dejavnosti. “S tem se je začel proces njegove postopne profesionalizacije, ki marsikje še ni končan” (Milošević Arnold, Poštrak, 2003:11). Profesionalizacija socialnega dela je pomembno vplivala na način življenja človeka kot posameznika in na nekatere družbene odnose, predvsem na množične migracije prebivalstva in na pospešeno urbanizacijo.

Migracija spremljana s hitro urbanizacijo in industrializacijo je povzročila socialne probleme v mestih. Revščina in spremljajoče težave so vplivale na delo dobrodelnih služb. Dobrodelna organizacija za pomoč je bila ustanovljena v Angliji 1869, ameriški protestanti pa so pogosto povzeli angleške modele za reševanje svojih problemov.

1873 je Ameriko zajel stavkovni val, v mnogih mestih je prišlo do oboroženih spopadov, do zapiranja delovnih mest in do gospodarskega zloma (okoli 1890. leta), katerega posledica je bila brezposelnost in revščina mestnega prebivalstva. Mnogi dobrodelni delavci so sprejeli novo družbeno filozofijo (socialni darvinizem), da je pomoč destruktivna za družbo in reveže, ker se ustvarja odvisnost. Tako so se dobrodelne organizacije reorganizirale. Delovale so tako, da so prekinile s tradicijo razdeljevanja direktne pomoči in da so v obravnavo uvedle nove tehnike. “Friendly visitors” so bile vedno le ženske, ki so združevale življenjski stil zgornjega razreda, socialni darvinizem, krščansko ljubezen in dobronamernost ter so bile prvi socialni delavci, ki so pomembno prispevali k razvoju stroke socialnega dela. V tistem času so bili dejavni naslednji začetniki socialnega dela: Mary Richmond, Jane Adams, Zilpha Smith in drugi.

Nove tehnike dela so seveda zahtevale usposabljanje. Razvili so se izobraževalni programi, ki so poudarjali profesionalne odnose med socialnimi delavci in njihovimi klienti, sistematičnost in objektivnost. Mary Ellen Richmond (1861 – 1928) je bila ženska, ki je vplivala na stroko socialnega dela. Rodila se je 5. avgusta 1861 v Belleville, Illinois. Bila je edino preživelo dete Henryja in Lavinije Richmond. Ko je bila stara tri leta je njena mama zbolela in umrla, nato je živela z babico in dvema tetama v Baltimorju. Tam je obiskovala žensko visoko šolo in diplomirala 1878. Kmalu za tem je njena teta zbolela, zato je morala zanjo skrbeti vse do njene smrti 1888. leta. Kmalu po njeni smrti je začela delati za Baltimorsko dobrodelno

organizacijo. Leta 1897 je resno začela zagovarjati ustanovitev strokovnih šol za študij socialnega dela in poudarjala je potrebo po formalnem izobraževanju. To so bili začetki njene dolge kariere socialnega dela.

Leta 1889, ko je pričela s kariero socialne delavke, je pričela z dobrodelnim delom. Skozi dobrodelno delo in oskrbo revnih je bila sposobna koordinirati socialno delo. Verjela je, da lahko pride do sprememb za uboge in brezmočne s formalizacijo socialnega dela. Leta 1909 je postala direktorica dobrodelne organizacije pri Russell Sage Foundation. Zaradi te pozicije je lahko usmerjala večino raziskovanja na področju socialnega dela. S pomočjo fundacije je ustanovila mrežno delo socialnih delavcev in postavila metode, po katerih je potekalo njihovo delo. Svoje ideje je objavljala v različnih publikacijah. Verjela je v relacije med ljudmi in socialnim okoljem kot najpomembnejšim faktorjem za njihovo življenjsko situacijo ali status. Njene ideje so temeljile na socialni teoriji bolj kot na strogi psihološki perspektivi. Najprej je iskala vzroke za probleme pri posameznikih, nato v družini, šoli, cerkvi, delovnem mestu, nato v komuni in vladnih odredbah norm za osebo/družino v smislu pomoči in izboljšanja njihove situacije (<http://www.webster.edu/woolfm/richmond.html>).

Razvila je posebno metodo pomoči – socialno delo s posameznim primerom in s tem postavila strokovne temelje bodoči profesiji socialnega dela. Njeni glavni poudarki so: socialno delo ni veja neke druge znanosti, ampak ima svoje korenine in svoj rod; obravnavanje posameznika v njegovem socialnem kontekstu; usklajevanje potreb posameznika in splošnih potreb prek tesnega medsebojnega sodelovanja v skupnostnih akcijah in gibanjih (Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Do srede dvajsetega stoletja je socialno delo razvilo relativno prepoznavne teoretične koncepte in specifično etiko ter se dokaj uveljavilo v družbi. Doseglo je določeno stopnjo avtoritete in izoblikovalo značilno profesionalno kulturo. Težava, ki spremlja socialno delo v njegovem profesionalnem razvoju, je v tem, da se socialni delavci do neke mere posvečajo istim stvarem kakor vsi dobrosrčni možje in žene. In kot navajata Milošević Arnold in Poštrak (2003) nalog socialnega delavca ne more opravljati vsakdo, ki premore ljubezen v srcu, temveč strokovnjaki, ki združujejo specifično kombinacijo intuicije, intelegence, izobrazbe in izkušenj.

Dilema glede tega, ali je socialno delo profesija, ali poklic, ali semiprofesija, še vedno ni dokončno razrešena in se še danes občasno postavlja, tudi v okoljih, kjer se je stroka začela razvijati že pred več kot sto leti. Obstajajo različni poskusi ocenitve in različni kriteriji, ki so jih postavili različni strokovnjaki. Tako je na primer Abraham Flexner leta 1915 postavil šest kriterijev za oceno profesije, semiprofesije ali poklica:

- profesije so v celoti intelektualne operacije z veliko individualne odgovornosti;
- svoje gradivo črpajo iz znanosti in teoretičnih spoznanj;
- to gradivo obdelajo v praktično in jasno celoto;
- profesije posedujejo tehnike, ki jih je možno posredovati preko izobraževanja;
- usmerjene so k samoorganizaciji;
- njihova motivacija postaja vse bolj altruistična.

Na osnovi navedenih kriterijev je avtor ugotovil, da socialno delo takrat še ni vstopilo med profesionalno elito (povzeto Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Werner Boehm je leta 1959 (Milošević Arnold, Poštrak, 2003:56) postavil pet kriterijev za oceno profesionalnosti:

- odzivnost na javni interes, kar pomeni, da dejavnost prispeva k blaginji ljudi in da je profesionallec zanesljiv tako glede standardov kakor tudi glede svojega obnašanja;
- koherenten, sistematičen in večstransko uporaben sistem znanja, ki izhaja iz znanstvenih teorij, daje profesiji dovolj ustreznih konceptov in načel, da jih lahko uporablja v specifičnih situacijah namesto zdravorazumskega sklepanja;
- prepoznavni sistem vrednot in stališč, ki opredeljujejo odnose s kolegi, uporabniki in skupnostjo in reflektirajo profesionalno subkulturo;
- spretnosti, ki izvirajo iz znanja in konceptov se preverjajo v praksi in omogočajo presojo glede učinkovitosti dela profesionalcev;
- nosilci dejavnosti so organizirani in sami sebe smatrajo za skupino, ki uporablja isto znanje, spretnosti, stališča in norme vedenja, kar tudi načrtno še naprej razvija« .

Na osnovi navedenih kriterijev je avtor ugotovil, da je socialno delo že doseglo status profesije.

Avtorja Milošević Arnold in Poštrak (2003) sta kriterije za oceno profesije, semiprofesije ali poklica formulirala na novo. Kriteriji so naslednji:

- Teoretična zasnovanost socialnega dela. To je transparentnost teorij, ki usmerjajo prakso, razvitost raziskovanja, obstoječi fond strokovne in znanstvene literature, raven in kvaliteta izobraževanja in razvitost supervizije.
- Profesionalna etika. Obstoj kodeksa profesionalne etike socialnih delavcev, vrednotni sistem, ki se reflektira v kodeksu, upoštevanje kodeksa oz. norm za profesionalno držo s strani družbe in sorodnih profesij.
- Družbeno priznanje socialnega dela. Pravna definiranost kompetenc in profesionalne odgovornosti socialnih delavcev, avtonomnost profesionalcev pri odločanju o strokovnih vprašanjih, prepoznavnost institucij, v katerih delajo socialni delavci, obstoj institucij, v katerih je socialno delo primarna profesija, licence, certifikati in registracija.
- Avtoriteta socialnih delavcev. Poznavanje socialnega dela v javnosti, enakovreden družbeni status socialnih delavcev v odnosu do sorodnih profesij.
- Aktivnost profesionalnih društev. Povezanost nosilcev profesije, obstoj profesionalne kulture, ki jo oblikuje in nadzira profesionalno združenje, kompetentnost profesionalnih združenj za sprejemanje etičnega kodeksa, standardov za profesionalno prakso, vpliv na izobraževalni sistem, vpliv društev na odločanje na področju socialne politike in socialnega varstva.

Socialni delavci nosijo s seboj stigmo dobrodelne tradicije, ki za uporabnike ni bila vedno prijetna izkušnja, in si kljub sorazmerno visokemu družbenemu statusu težko in le počasi pridobivajo ustrezno avtoriteto. Do socialne profesije vlada v družbi določen ambivalenten odnos, posledice tega pa se kažejo tudi v značilnih ciklikih, v katerih se bistveno spreminja položaj socialnega dela. V zgodovinskem spominu ameriške, angleške in drugih javnosti, kjer je bila dobrodelnost visoko razvita in si je dolgo zastavljala za cilj predvsem prevzgojo revežev, so tudi danes socialni delavci še vedno bodisi »hladni vohljači« (cold snoopers) ali »dobrodelneži« (do gooders). Seveda to pomeni, da javnost nima jasne predstave, kaj socialni delavci zares delajo ali naj bi delali, in tudi ne, kakšni so učinki njihovega dela. Na javno podobo socialnega dela in javno mnenje o njem v precejšnji meri vplivajo mediji. Ti le redko prikažejo primere dobre prakse in pozitivne učinke strokovnega dela, pač pa si naklade

povečujejo z alarmantnimi informacijami o napakah, krivicah, malomarnosti (Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

2.1.1 Definicije socialnega dela

V definicijah je socialno delo različno definirano, odvisno od časa nastanka definicij, ki odsevajo trenutno razvojno stopnjo socialnega dela. Socialno delo je organizirana dejavnost, ki je usmerjena k vzajemnemu prilagajanju posameznika in njegovega socialnega okolja. Pri tem socialno delo uporablja posebne tehnike in metode dela, s katerimi posameznikom, skupinam in skupnostim omogoča soočanje z njihovimi potrebami in reševanje problemov, ki so povezani z njihovim prilagajanjem na družbene spremembe in, ob sodelovanju uporabnikov, tudi zagotovitev boljših ekonomskih in socialnih razmer (Milošević Arnold, Poštrak, 2003). Socialno delo je: uporabna znanost (za pomoč ljudem, da bi dosegli zadovoljivo raven psihosocialnega funkcioniranja; profesionalna dejavnost za pomoč posameznikom, skupinam ali skupnostim, da dosežejo ali ohranijo sposobnosti socialnega funkcioniranja, in ustvarjanje družbenih razmer, ki to omogočajo); praksa socialnega dela (ki jo sestavlja profesionalna uporaba vrednot, načel in tehnik, ki vodijo do: pomoči ljudem, da pridejo do potrebnih storitev, zagotovitve svetovanja in psihoterapije posameznikom, družinam in skupinam, pomoči skupinam in skupnostim, da si zagotovijo ali izboljšajo zdravstvene storitve, sodelovanja pri oblikovanju ustrezne zakonodaje) (ibid, 2003:16).

Socialno delo je umetnost, veda in profesija za pomoč ljudem pri reševanju osebnih, skupinskih (zlasti družinskih) in skupnostnih problemov in za ohranjanje zadovoljivih osebnih, skupinskih in skupnostnih odnosov s pomočjo prakse socialnega dela. Sem sodijo metode dela s posameznim primerom, s skupino in s skupnostjo, upravljanje v socialnem delu in raziskovanje (Skidmore, 1991, v Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Socialno delo je moderna strokovna in znanstvena artikulacija vprašanj solidarnosti in pomoči, ki presega lajšanje stisk obstoječega stanja, je eden izmed skrbniških poklicev, ki omogoča pogodbeno subjektiviteto brez nujne institucije, je zato minorna, občutljiva na majhne in mehke zadeve vsakdanjega življenja, deluje v okvirju socialne države, vendar ne samo za zagotavljanje soglasja temveč tudi za afirmiranje nesoglasij; in zato nujno ustvarja

mrežni pojmovni aparat, ki sloni na sodelovanju vseh akterjev in drugih znanstvenih disciplin (Flaker, 2006).

Socialno delo je nedvomno izrazito praktična dejavnost, v kateri so osebne kvalitete delavca skoraj tako pomembne kot njegovo znanje, in je to, kako se vede in komunicira, prav tako pomembno kakor to, kaj naredi (Jordan, 1990, v Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Po Flakerju (2006) je socialno delo vezano na solidarnost, milosrčnost, človekoljubje oziroma pomoči, ki s profesionalizacijo omogoča odgovore na socialno stisko, ki ne pomenijo le lajšanje stiske ob vzdrževanju statusa quo, temveč omogočajo bistvene spremembe in izboljšave v socialnem življenju ljudi.

Navedene definicije kažejo tudi na lastnosti, ki se od socialnega delavca pričakujejo (njegova znanja, stičnosti, osebne kvalitete in angažiranost pri delu) in brez katerih njegovo delo ne more biti uspešno. Socialni delavci in delavke so diplomanti šol ali fakultet za socialno delo (z visokošolsko in magistrsko diplomo). Imajo torej specifično znanje in izkušnje in te uporabljajo z namenom, da bi uporabnikom zagotovili potrebne socialne storitve. Uporabniki teh storitev so lahko posamezniki, družine, skupine, skupnosti ali organizacije.

Socialni delavci morajo delovati za blaginjo ljudi in pri tem uporabljati znanstvena spoznanja o človeku in družbi, uporabiti vse razpoložljive vire za zadovoljevanje potreb in upoštevati socialno pravičnost na vseh ravneh (na nacionalni, mednarodni, skupinski in individualni) (Mednarodna federacija socialnih delavcev, 1976, v Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Socialni delavci so profesionalna skupina, ki deluje z namenom, da:

- zagotavlja pomoč posameznikom in skupinam za lažje premagovanje omejitev, ki izvirajo iz neustreznega delovanja družbe,
- odkriva vzroke problemov in jih preprečuje,
- zagotavlja pomoč skupinam in skupnostim, da s tem podpira njihovo avtonomnost in razvoj, da bi tako bolje funkcionirali,
- izboljšuje odnose med posamezniki, skupinami in skupnostmi na eni ter institucijami na drugi strani,

- sodeluje pri oblikovanju tistih družbenih struktur, ki zagotavljajo razvoj in napredovanje (Društvo socialnih delavcev Francije, 1987, v Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Socialno delo postane osnovna oziroma temeljna stroka v sistemih socialnega varstva, socialno varstvo pa krmilni, korekcijski sistem države blaginje (Flaker, 2006). V širšem smislu je socialno varstvo nacionalni sistem programov, dajatev in storitev, ki ljudem pomagajo zadovoljiti tiste socialne, ekonomske, izobraževalne in zdravstvene potrebe, ki so bistvene za vzdrževanje družbe in stanje kolektivne preskrbe skupnosti ali družbe. V ožjem smislu pa lahko pojem socialno varstvo enačimo s pojmom socialno skrbstvo in koncept pomoči. Cilj socialnega varstva je pomagati ljudem, da uspešno živijo in opravljajo pričakovane socialne vloge v svojem družbenem okolju. To pomeni, da naj bi pri socialnem varstvu ne šlo zgolj za zagotavljanje temeljnih življenjskih potrebščin, ki so nujne za preživetje, temveč tudi za zadovoljevanje vseh tistih potreb, ki so pomembne za psihološko dobro počutje in za družbeno ustvarjalnost ljudi (Milošević Arnold, Poštrak, 2003).

Prvi člen Zakona o socialnem varstvu (2004) navaja, da je socialno varstvo »preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva«.

Podsistem socialnega varstva je socialno skrbstvo. Tudi vanj se počasi vnaša načelo univerzalnosti, ki velja za sistem socialnega varstva v celoti. Socialno skrbstvo je bilo dolgo namenjeno predvsem posebnim kategorijam ali skupinam ljudi, ki so bile že zaradi dejstva, da imajo socialnoskrbstvene potrebe, močno stigmatizirani. V sedanji zakonodaji se uporablja le pojem »socialno varstvo«, torej pojem »socialno skrbstvo« je opuščen.

Flaker (2006) navaja, da z vse večjo pomembnostjo socialnega varstva in vlado socialne države postane pomembno tudi izobraževanje za socialno delo. Socialno delo je sprva strokovni študij, na šolah socialnega dela pa predvsem predavajo akademiki, učitelji, ki izhajajo iz drugih strok in znanosti – pretežno zdravniki, pravniki, pedagogi, sociologi in psihologi. Tipičen učni program iz tistega časa je bil sestavljen iz pravnih in družboslovnih predmetov in metodike socialnega dela. In to je bil tudi korpus znanja, ki so ga socialne delavke potrebovale. Znanost socialnega dela se je ustvarjala na šolah za socialno delo. V te procese so se vključili od predavateljev, predvsem psihologi in sociologi in pa socialni

delavci, ki so nadaljevali študij predvsem v okviru teh dveh disciplin. Ti dve disciplini sta bili namreč že precej uveljavljeni na akademski ravni, vendar pa nimata natančno svojega praktičnega terena – še več – nimata svojih institucij. Zato so se predvsem iz teh dveh disciplin novačili predavatelji, ki so delali na šoli za socialno delo poln delovni čas, medtem ko so ostali pravniki, pedagogi in zdravniki zaposleni v svojih ustanovah oziroma so gosti na šolah za socialno delo.

Ne glede na to, ali šole za socialno delo delujejo znotraj univerze ali izven nje, pa imajo v državah evropske skupnosti od 30 % do 50 % celotnega programa posvečenega praksi. Praksa je običajno organizirana kontinuirano v višjih letnikih. Položaj učiteljev praktičnega pouka je slabo opredeljen. Stiki med institucijami, kjer so študentje na praksi, in šolami potekajo v obliki seminarjev za učitelje in obiskov učiteljev v učnih bazah. Za socialne delavce so zaradi narave dela nujno potrebne tudi oblike stalnega dodatnega izobraževanja zaradi zagotavljanja kakovostnih storitev za uporabnike. S sodelovanjem v oblikah podiplomskega izobraževanja lahko socialni delavci ohranjajo in večajo svojo strokovnost za opravljanje storitev: pridobivajo nova znanja, osvežujejo spretnosti, izboljša pa se tudi njihova profesionalna drža. Kontinuirano izobraževanje je samousmerjevalni proces, ki zahteva od socialnih delavcev, da sprejmejo polno odgovornost za svoj profesionalni razvoj.

Socialno delo je torej eden izmed skrbniških poklicev, ki so nastali v meščanski ureditvi, da bi nadomestili primanjkljaje v moči posameznih kategorij prebivalstva. Skoraj v enakem času se je na podoben način razvijala tudi zdravstvena nega, najprej kot ženski, skrbstveni poklic, nato kot stroka in profesija, v današnjem času pa kot znanost na podlagi raziskovanja in akademizacije izobraževanja.

2.2 Zgodovinski pregled zdravstvene nege

Začetki zdravstvene nege segajo daleč v zgodovino. Razvoj stroke oziroma poklica delimo na štiri obdobja:

- intuitivno empirično obdobje (do leta 500),
- obdobje organiziranega priučevanja (od leta 500 do 1860),
- moderno obdobje (od leta 1860 do 1945),
- obdobje sodobne zdravstvene nege (od 1945 dalje).

Razvoj zdravstvene nege so v preteklosti, glede na obdobja, močno zaznamovali predvsem trije vplivi: ljudska podoba medicinskih sester, ki izvira še iz starega veka, vpliv religije v srednjem veku in podoba medicinskih sester – hišnih pomočnic, ki se je oblikovala v času protestantsko – kapitalistične etike v 16. – 19. stoletju (Urbančič, 1996:22).

Intuitivno empirično obdobje

Že od nekdaj je glavno odgovornost za skrb in prehranjevanje otrok nosila mati. Ženska je bila tudi tista, ki je skrbela za ostarele in oslabele člane družine. Delovanje tistih, ki so skrbeli za bolne in jih negovali, je temeljilo na poskusih in napakah ter na intuiciji. Znanje in izkušnje so osvojili, uporabili ter širili z medsebojno izmenjavo. Začetki nege in zdravilstva so temeljili na najenostavnejših postopkih, kot so božanje, gnetenje, uporaba toplote, mraza, vode in na zeliščni terapiji. Družine so različne zdravilne recepte, ki so jih razvile, posredovale iz generacije v generacijo. Kjer naravna razlaga bolezenskega dogajanja ni zadostovala, so se v skladu s primitivnim načinom mišljenja, pojavile magično religiozne predstave. Pripadniki primitivnih ljudstev so mislili, da so glavni vzroki bolezni in trpljenja začaranje, zli duhovi in kazni jeznih bogov. Velik pomen so pripisovali vračem, ki so imeli nenavadno, skrivnostno čarobno moč, s pomočjo katere so s posebnimi obredi zdravili bolezni. Prevladovala je torej magija, v tesni povezavi z religijo in umetnostjo zdravljenja. Empirija in magično religiozne predstave so izoblikovale temeljni vzorec bolezenskega doživljanja, zdravilstva in negovanja, ki so zaradi celotnega zgodovinskega razvoja ostale v navadi še do danes.

Zapisi starih antičnih kultur začetkov negovanja ne povezujejo z zdravstveno nego ali z medicinsko sestro. Zdravstvena nega, tako kot jo pojmujejo danes, ni obstajala.

V antični Grčiji in Rimu se je razvijala predvsem medicina, o zdravstveni negi ni veliko zapisanega. Iz tistega časa izhaja še danes zelo pomembna misel: *Mens sano in corpore sano* (zdrav duh v zdravem telesu). V stari Grčiji so gradili Asklepijeve templje, v čast grškemu bogu zdravilstva in sicer na ugodnih lokacijah z blago klimo in v bližini pitne vode. V njih so grški svečeniki zdravili bolnike, jih negovali in tudi učili nove svečenike - zdravnike.

Najpomembnejši zdravnik tedanjega časa je bil Hipokrat (od 460 do 377 p.n.št.), ki je oče znanstvene medicine. Še danes so ohranjeni njegovi zapisi Corpus Hippocraticus, v katerih obravnava prehod zdravljenja od magično religioznega mišljenja k logični in znanstveno osnovani medicini. Omeniti je potrebno tudi Hipokratovo zdravniško prisego, ki je še danes sodobna, saj vsebuje temelje zdravniške morale tudi za današnje dni, čeprav je medicina doživela med tem več kot 2000 let razvoja.

Grški zdravniki so v večini primerov zdravili bolne na svojem domu. Takšni prostori za zdravljenje so se imenovali iatreioni (iatr, gr. zdraviti).

Rimljani so v medicini veliko prevzeli od Grkov, tudi organizacijo zdravljenja. Razen Asklepijevih templjev in privatnih domov, v katerih so zdravili bolne, so imeli še valetudinarije (valetude, lat. zdravje). To so bile posebne ustanove, privatna last posestnikov, v katerih so negovali in zdravili sužnje in služabnike. V teh ustanovah naj bi delali priučeni negovalci, ki so namesto zdravnikov opravljali najpreprostejša dela. Rimljani so imeli lazarete, državne institucije za zdravljenje bolnih in ranjenih vojakov. Lazareti pa so se imenovala tudi zatočišča za ljudi, ki so oboleli za gobavostjo.

Prve korenine zdravstvene nege segajo v zgodnje obdobje krščanstva, ki je zdravstveni negi vtisnilo tudi religiozno podobo (Urbančič, 1996). Z ustanovitvijo cerkve v času krščanstva, so se oblikovale posebne verske skupnosti, cerkveni redi, katerih glavna naloga je bila skrb za bolne, revne, sirote, vdove, ostarele, sužnje in zapornike. Za sočloveka so skrbeli v imenu Kristusove ljubezni in usmiljenja, temeljna vrednota je bila dobrodelnost in ljubezen do bližnjega. Čeprav so krščanska vodila enakovredno obravnavala moškega in žensko, so bile predvsem ženske tiste, ki so skrbele za moškega, za otroke, bolne in tiste, ki so bili potrebni pomoči. Pomembno vlogo v zgodovini nege so imeli diakoni, hišni služabniki pri bogatih družinah, ki so bile pripravljene sprejeti bolnika. Na drugi strani pa so bile diakonese ženske, ki so morale biti neporočene ali vdove, odlikovali pa so jih tudi dobra vzgoja, kultura, premoženje in položaj. Te posvečene mlade ženske so opravljale usmiljena dela: lačne so nahranile, nage preskrbele z obleko, obiskovale so zapornike, prenočile so brezdomce, negovale so obolele in spremljale umirajoče.

Diakoneze so predhodnice današnjih patronažnih medicinskih sester. V zgodovini zdravstvene nege ima velik pomen diakonesa Fojba iz Grčije, ki jo omenjajo kot prvo diakoneso in obiskovalko na domu. Med vsemi bolniki, za katere je skrbela, je bil tudi sv. Pavel. Ker so svojo dejavnost pogosto opravljale na domovih bolnih, jim pripisujejo prve zasluge za organizirano zdravstveno nego v skupnosti. Vrh dejavnosti so diakoneze dosegle v letih 398 - 407, ko je v Carigradu povezano delovalo 40 diakones pod vodstvom Olimpije.

V letu 370 je škof Brazilije v mestu Cezareja v današnji Turčiji ustanovil neke vrste skupnost, v sklopu katere je bilo veliko majhnih hiš, ki so bile namenjene za prenočitev popotnikov in revežev, s posebnim delom za zdravljenje bolnih (gobavcev). Te ustanove so se imenovale ksenodohije (gr. tujec, sprejeti).

V Rimu so se konec 4. stoletja pojavile rimske matrone, ugledne ženske, ki so v svojih razkošnih domovih in palačah organizirale nego bolnih in siromašnih. Najbolj znane so bile Marcela, Pavla in Fabiola, ki so pomembno prispevale k razvoju zdravstvene nege. S svojim premoženjem in z denarjem, ki so ga zbrale z nabiranjem miloščine ter s svojim delom, so ustanovile prvi samostan za ženske, prvo javno bolnišnico (leta 380) in prve hospice, zavetišča za brezdomce in popotnike, ki so bili preslabotni, da bi našli pot domov. V zgodnjem krščanstvu je bila nega najpomembnejši del zdravljenja. Njen namen je bila fizična skrb za telesno in duševno bolne, dajanje zatočišča in duhovna podpora.

Obdobje organiziranega priučevanja

V tem obdobju so negovali redovniki in redovnice, najeti negovalci, žene prostovoljke, služabniki in družinski člani. Delo je še vedno temeljilo na intuiciji in na podlagi izkušenj ter nasvetov, ki so se prenašali po ustnem izročilu.

Menihi so ustanavljali samostanske bolnišnice, v katerih je zaradi religioznosti negovalnega osebja prevladovala skrb za dušo. Nastali so samostanski redi mladih fantov in deklet, ki so sledili svojemu klicu in izbrali krščanski način življenja. Redovniki so se morali držati pravila, da je skrb za bolne pomembnejša od katerekoli druge dejavnosti. Bolnega so morali negovati tako, kakor bi želeli biti, v primeru bolezni, negovani tudi sami. Odpirali so vedno

več hospitalov (hospes, lat. gost), gostišč in zavetišč za popotnike, ranjene in bolne. Najstarejše mestne bolnišnice v Evropi so bile: leta 542 ustanovljen Hotel Dieu v Lyonu in kasneje, leta 651 Hotel Dieu v Parizu (hotel, fr. gostišče s prenočišči in oskrbo). Tukaj je storitve opravljalo osebje, ki se je še posebej posvečalo zdravstveni negi. To je bil red sester Sv. Auguština. Hospitalov in podobnih ustanov ne moremo primerjati z bolnišnico. To so bila neke vrste socialna zavetišča, katerih družbena naloga je bila sprejeti nemočne in slabotne. Razumljivo je, da so med njimi bili tudi bolni. O bolnišnici lahko govorimo šele, ko se je v za to namenjenih ustanovah ustalila medicina in so začeli sprejemati bolne, z namenom, da bi jih ozdravili.

Flaker (1998) navaja, da je špital oblika, ki je v Evropi obstajala v vsakem večjem kraju, ne samo v mestih. Ta ustanova, ki je pozneje (v 19.stoletju) dala ime medicinski ustanovi (hospital), je imela predvsem socialno funkcijo, zdravstvena nega je pač sodila k oskrbi revne in nemočne skupine ljudi in je bila obrobnega pomena. Špital je bil namenjen predvsem tistim ljudem, ki niso bili povezani z neko skupnostjo, ki so torej bili gosti in tujci; raznolična skupina socialnih tipov: romarji, potujoči kleriki, krošnjari, potniki in potepuhi in tudi dolgotrajnejši stalni reveži – kronično bolni, ostareli, zapuščeni ali osiroteli otroci. Namenjen torej tistim, za katere ni nihče mogel ali hotel poskrbeti. Pomemben segment te splošne množice so bili namreč odsluženi, pohabljeni, bolni ali stari vojaki (od leta 1096 do leta 1291 so potekale križarske vojne). Ker je vojska postajala državna ustanova, je morala država zanj tudi skrbeti.

Bolnišnice so bile bogate in so slovele po svoji arhitekturi, visokem bivalnem standardu in strogi vojaški disciplini z močno hierarhijo. Tedaj so že poskrbeli za prvo organizirano izobraževanje za negovalce. Leta 1296 je malteški viteški red v Komendi pri Kamniku ustanovil bolnišnico. Samostanske bolnišnice, v tem času imenovane tudi infirmariji, so kot zavetišča delovale tudi pri samostanih Stična, Bistra in Kostanjevica, v katerih so religiozni redi skrbeli za ljudi, ki so bili potrebni pomoči. V istem času so na prelazih Ljubelj, Hrušica na Krasu odpirali špitale, zavetišča za bolne in oslabele popotnike. Z denarjem iz dobrodelnih skladov so pričeli ustanavljati bogate meščanske špitale. Meščanski špitale, ki so delovali kot zavodi ali zavetišča za ostarele, obubožane, za otroke brez staršev in najdenčke, so bili tudi v Ljubljani, (omenjen leta 1326) in v Mariboru (leta 1348).

Nego bolnikov in skrb za revne, slabotne, ostarele in najdenčke so prevzele ugledne ženske, moški in ženski religiozni, pa tudi civilni redi. Slikovne upodobitve iz tega časa prikazujejo konkretno vsebino negovalne dejavnosti: kako so skrbeli za bolne v postelji, kako so jim ponujali hrano in pijačo, jih umivali ter vodili na stranišče, brali so jim iz Svetega pisma in z njimi molili, po smrti pa so jih uredili za pokop in posmrtno življenje. Nadaljnja pot zdravljenja in nege bolnika se je pričela na zunaj vedno bolj razlikovati.

Obdobje od leta 1500 do 1700 velja za najbolj mračnjaško obdobje na področju negovanja. Bolnišnice so se spremenile v »hiše groze«. V protestantizmu in reformaciji so zaprli številne samostane in z njimi bolnišnice, ukinili so mnoge cerkvene rede, s čimer je prenehalo tudi delo žensk v njih. Potrebe ljudi po negi in s tem po bolnišnicah pa so naraščale, zaradi vse večjega števila ljudi v mestih, razvoja trgovanja in širjenja epidemij (kuga, črne koze, kolera). V tem obdobju se je spremenila tudi vloga ženske, saj je bila zdaj podrejena svojemu možu, omejena v svobodi in predvsem gospodinja, katere glavna dolžnost sta bili vzreja otrok in skrb za dom. Bolne so negovale prostitutke, zaporniki in alkoholiki, ki so bili neizobraženi, oslabei in moralno na nizki ravni (grobost, prepirljivost). Bolnišnice so bile mračne, neprijazne, neosvetljene, slabo zračene, in slabo higiensko vzdrževane. Delovni pogoji priučenih negovalcev so bili zelo slabi, delali so cele dneve in noči, ne le negovali bolne, temveč so opravljali tudi hišna in gospodinjska opravila. »Tedaj je prišlo v Angliji do prvih poskusov organizacije socialne službe« (Kvas, Seljak, 2004:32).

Vincencij Pavelski (1576-1660) je leta 1633 v Franciji ustanovil Dames de Charite, negovalni red usmiljenk, združenje žena, ki se je razširilo po vsej Evropi. V tej organizaciji so se zbrale ženske, ki so si resnično želele pomagati bolnim in revežem, ter jih negovati. Program usposabljanja je zajemal dvomesečno pripravljalo dobo (splošna izobrazba), ki ji je sledila petletna praksa. Njegove ideje so bile: odločitev za šolo naj izhaja iz veselja do dela; negovalke ne smejo biti zaprte v samostanu, imeti morajo stalen stik z okolico; ljudem morajo pomagati, da se rehabilitirajo, ne pa da ostajajo od pomoči odvisni.

V času od leta 1700 do 1860 naredijo veliko koristnega za zdravstveno nego humanisti. Preučevali so delo v bolnišnicah in jetnišnicah in o tem pisali. »Nastali so tudi prvi učbeniki za negovalce, vendar jih nepismene negovalke niso mogle brati, pač pa so jih brali drugi izobraženi ljudje, npr. Florence Nightingale« (Urbančič, 1996:24).

Najpomembnejši humanisti so bili:

- John Howard (1722-1789) iz Anglije, ki je propagiral higiensko ureditev bolnišnic, pomagal je ustanavljati bolnišnice in lazarete za gobavce.
- Elizabeth Fry (1780-1845) je proučevala nehigienske razmere v zaporih in bolnišnicah. Obiskovala je zapore in se zavzemala za bolj human odnos do zapornikov. Zapornikom je bilo potrebno omogočiti pomoč in zdravljenje v bolnišnicah in ne le kaznovanje v zaporu. V začetku 19. stoletja je organizirala Protestansko društvo sester usmiljenk. Širila je tudi interes za neformalno izobraževanje in dosegla možnost vpisa žensk na univerzo.
- Amalie Sieveking (1794-1859) iz Nemčije je bila ustanoviteljica civilnega združenja žensk, ki so zraven nege bolnikov opravljale tudi socialno delo.
- Theodor Fleidner (1800-1864) je bil protestantski duhovnik v Kaiserwerthu v Nemčiji. Zavzemal se je za skrbstvo odpuščenih kaznjencev in v ta namen ustanovil zavetišče za ženske zapornice. Zaradi nujne potrebe po boljšem negovalnem osebju, se je lotil tudi tega problema. Leta 1836 je v Kaiserwerthu ustanovil bolnišnico in civilno združenje žensk, ki se je imenovalo Red sodobnih diakones. Negovalke so morale izhajati iz ugledne, poštene družine in imeti veselje do negovanja bolnih. Program usposabljanja je zajemal trimesečno pripravljalo dobo (nauk o zdravilih, medicinsko klinični predmeti, etika in religiozna doktrina) in triletno prakso, ki je bila vsebinsko določena (negovanje kirurških bolnikov, infekcijskih bolnikov...). »Zahteve za negovalce so bile natančno določene: da so stari do 25 let, da izhajajo iz ugledne in poštene družine in da imajo veselje do negovanja« (Kvas, Seljak, 2004:32).

Razvoj zdravstvenega šolanja na slovenskem ozemlju seže v leto 1753, ko je bila v Ljubljani ustanovljena Babiška šola, kot ena izmed prvih v Evropi. Program šolanja je zagotavljal usposabljanje za pomoč pri porodu, za oskrbo otročnice in novorojenca. V začetku je program trajal dva meseca, od leta 1815 pet mesecev, od 1920 do 1944 pa osemnajst mesecev. Po letu 1944 je bilo zaradi vojne vihre in pomanjkanja babic šolanje skrajšano na približno leto dni. Leta 1948 pa je bilo uvedeno redno dvoletno šolanje.

Temeljne spremembe v razvoju zdravstvene nege v drugi polovici 18. stoletje so bile:

- končna sprememba hospitalov v bolnišnice: zdravniki, ki so bili do sedaj le občasni svetovalci v hospitalih, so pričeli v teh ustanovah raziskovati, se učiti in usposabljeni za opravljanje poklica. Sprejemati naj bi začeli le bolne z namenom, da bi jih ozdravili in raziskali njihovo bolezen.
- Spremenila se je tudi socialna struktura bolnikov. V preteklosti bogatim meščanom in plemičem, razen v izjemnih primerih, ni prišlo niti na misel, da bi poiskali pomoč v hospitalih. Poslej so se pričeli v bolnišnicah zdraviti tudi ti družbeni sloji.
- Posledica vseh sprememb so bile povečane zahteve po negovalni dejavnosti, katere pa je prekrizalo pomanjkanje v ta namen pripravljenega negovalnega osebja.

Moderno obdobje

Za to obdobje ne navajajo natančnejše časovne omejitve. Velike zasluge za razvoj zdravstvene nege ima v tem obdobju Florence Nightingale (1820-1910). Izhajala je iz premožne družine, ki ji je omogočila visoko izobrazbo. Obvladala je več jezikov, posebej pa se je ukvarjala z matematiko in statistiko ter s spoznavanjem klasikov. Bila je nadarjena in duhovita, očetova vzgoja pa ji je dala vztrajnost in delovno disciplino. Delala je kot glavna medicinska sestra v predmestju Carigrada, kjer je bila vojaška bolnišnica v času krimske vojne. S svojim delom je dokazala pomen zdravstvene nege za uspešno zdravljenje, saj je po njeni zaslugi smrtnost ranjenih vojakov s 40 % padla na 2 %. Opozorila je tudi na pomen dokumentiranja zdravstvene nege (Urbančič, 1996).

Veliko je potovala po svetu in obiskovala bolnišnice, sirotišnice in podobne ustanove. Podatke, ki jih je dobila, je redno zapisovala v dnevnik, beležke in jih tudi objavljala. Zahtevala je poklicno izobraževanje in preverjanje znanja za negovalke in poslej ni mogel več vsakdo negovati bolnika. Leta 1860 je ustanovila prvo civilno šolo za medicinske sestre z natančno opisanimi kriteriji. Njena načela so bila kombinacija verskih in vojaških principov. V šoli je bilo razmerje med teorijo in prakso 10 % : 90 %, preverjanje znanja so izvajali enkrat mesečno, diplom niso imeli. Poleg temeljnih načel, na katerih je Nightingalova osnovala šolo, so bili pomembni še naslednji:

- medicinske sestre naj bi se urile v šolskih bolnišnicah, ki tesno sodelujejo z zdravstvenimi šolami in so temu tudi namenjene.

- Kandidatke za medicinske sestre morajo biti skrbno izbrane in naj bi stanovale v domovih za medicinske sestre, kjer naj bi pridobile ustrezno disciplino in oblikovale ustrezen značaj. Vpisni pogoji so narekovali starost deklet med 25 in 35 let (leta 1939 so starostno mejo znižali na 19 let). V tem starostnem obdobju naj bi kandidatke že imele oblikovane in ustaljene osebnostne lastnosti in se jih ne bi dalo več spreminjati ali vplivati nanje. Dekleta naj bi imela visoke moralne norme, bila bi naj poštena, trezna, usmiljena, resnicoljubna, zanesljiva, natančna redoljubna, urejena in mirna. Dekleta so tudi v času bivanja v domu nosila uniformo in niso smela poudariti nobenih zunanjih znamenj ženskosti. Prejemale so žepnino: deset funtov letno.
- Šolska upravnica (matrona) naj bi imela končni pregled nad učnim programom, bivanjem v domu in nad vsemi drugimi področji šole.
- Učni program naj bi vseboval teorijo in praktične izkušnje.
- Učitelji naj bi prejeli plačilo za opravljanje inštruktaže. Inštruktažo naj bi opravljale oddelčne medicinske sestre in medicinske sestre iz študentskih domov. Šele leta 1914 je dobila šola prvo inštruktorico z univerzitetno izobrazbo.
- Arhiv in dokumentiranje sta temeljila na delu študentov, od katerih je šola zahtevala preizkuse znanj, pisanje seminarskih nalog, pripravljanje predavanj in pisanje dnevnikov.

Podpirala je idejo o permanentnem strokovnem izpopolnjevanju, nasprotovala pa je ideji o boju medicinskih sester za pravni status in organiziranju v strokovna združenja. Prav tako je »zavestno vpeljala princip popolne podrejenosti zdravstvene nege zdravnikom, kar pa je bil edini način, da je bil novi poklic sprejet v bolnišnični sistem in da je zagotovil ženskam družbeno sprejemljivo plačano zaposlitev« (Kvas, Seljak, 2004:35).

Obdobje sodobne zdravstvene nege

Začetki sodobne zdravstvene nege segajo v leto 1950, ko se je začela zdravstvena nega razvijati v samostojno, avtonomno stroko. Tedaj so v ZDA organizirali prve akademske študije zdravstvene nege, kar je vzpodbudilo mnoge medicinske sestre za nadaljnji študij in raziskovanje v stroki. Pričeli so izdajati strokovno revijo Nursing Research, v kateri so

medicinske sestre objavljale rezultate svojih raziskovanj. Razvile so sodoben metodološki pristop k zdravstveni negi – proces zdravstvene nege (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Bistvo sodobne zdravstvene nege je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti, ki je v središču dogajanja. Pacientova vloga je enakovredna in po svojih zmožnostih in sposobnostih pri zdravstveni negi sodeluje. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje. Sodobna zdravstvena nega ima svoje avtonomno področje delovanja, lastne pristojnosti in odgovornosti, ter lastna stališča in vrednote.

Temeljni elementi sodobne zdravstvene nege so: filozofija, terminologija, proces zdravstvene nege, modeli in teorije, klasifikacija, empirični indikatorji, kategorizacija, komuniciranje, dokumentiranje, organiziranje, izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje, raziskovanje, poklicni kodeks, poklicna združenja, zakonodaja (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Pojavlja se tudi vprašanje, ali je medicinska sestra dandanes profesionalka ali ne. Ena izmed razlag je, da je profesionallec tisti, ki jemlje denar za nekaj, kar drugi počno brezplačno. Kot navajata avtorja (Letica S., Letica G., 1991) sta pojma poklic in profesija ključnega pomena v analizi družbene in tehnične delitve dela, pri čemer poklic zaznamuje katerokoli vrsto dela, ki jo nekdo stalno opravlja, medtem ko pojem profesija pomeni zelo ozko področje poklicev, ki imajo v tehnični in družbeni delitvi dela izjemen, najpogosteje privilegiran položaj. Družba ima različen odnos do profesionalizma, na nekaterih področjih je družbeno nezaželen, na drugih pa dobrodošel (npr. pravosodje, šolstvo, medicina).

Različni avtorji navajajo različne kriterije za oceno profesije. Letica S. in Letica G. (1991) npr. citirata avtorja E. Greenwooda, ki navaja pet značilnosti vsakega profesionalnega modela:

- osnova sistematične teorije,
- avtoriteta, ki jo priznava klientela te profesionalne skupine,
- družbeno sankcioniranje in odobravanje te avtoritete,
- etični kodeks, ki opredeljuje odnose profesionalcev s klienti in kolegi,
- profesionalna kultura, ki jo podpirajo profesionalna združenja.

Wilensky in Lebeaux (1958, v Letica, 1991) sta ugotovila, da obstaja pet etap uspešne profesionalizacije:

- opravljanje določenega poklica s polnim delovnim časom;
- vzpostavitev šolskega sistema, povezanega s fakulteto;
- utemeljitev profesionalnega združenja, najprej na lokalni in potem še na državni ravni;
- pravna zaščita monopola nad določenimi veščinami;
- razvit etični kodeks.

Pri ugotavljanju, ali gre za profesijo, ali ne, je pomembna tudi ocena javne avtoritete in avtonomije. Javna avtoritete se nanaša na to, ali je narava dela takšna, da je za javnost temeljnega pomena in je v družbi nepogrešljiva. Dela morajo zadovoljevati temeljne človekove potrebe in morajo biti za ljudi življenjskega pomena, kajti šele takrat uživajo ugled in veljavo. Poklici z najvišjo stopnjo avtonomije kontrolirajo svojo delovno področje. Tako Letica S. in Letica G. (1991:26) ugotavljata, da »v sociološkem pogledu sedanja faza sestrstva ustreza fazi profesionalizacije, katere poglobitve značilnosti bi lahko povzeli kot težnjo medicinskih sester, da poleg utemeljitve znanj in sposobnosti, značilnih za sestrstvo, prepričajo zdravnike in druge zdravstvene delavce, potem pa tudi bolnike in javnost o tem, da morajo njihov prispevek k zdravstvenemu varstvu obravnavati v profesionalnem pogledu enakopravno z zdravnikovim«.

Cvetek (1999:22) navaja, da zdravstvena nega v želji po profesionalizaciji »poskuša slediti medicinski stroki oziroma profesiji, ki ima že po tradiciji visok profesionalni status. Pri tem se zdravstvena nega srečuje z mnogimi ovirami na teoretični, normativni in nekaterih drugih ravneh«. Avtor je tudi mnenja, da se je stroka zdravstvene nege znašla v težavnem položaju, ko po eni strani pridobiva značilnosti uveljavljenih profesij, medtem ko se po drugi strani ne more ločiti od atributov, ki jo opredeljujejo kot negovalno profesijo, saj bi s tem zanikala glavni razlog za svoj obstoj kot profesija.

2.2.1 Definicije zdravstvene nege

Definicij zdravstvene nege je veliko in so se oblikovale ter spreminjale skozi desetletja, saj »pregled literature s področja zdravstvene nege pokaže, da so definicije sestristva nejasne,

široke in ponavadi pospremljene z opombo, da se vloga medicinske sestre nenehno spreminja. Vloga medicinske sestre pa se ne spreminja le iz desetletja v desetletje, ampak je odvisna tudi od okoliščin » (Henderson, 1997:22).

Prva, ki je definirala naloge medicinske sestre in s tem dejavnost zdravstvene nege je bila Virginia Henderson. Definicijo zdravstvene nege je predstavila tako, kot jo je razumela sama. Čeprav njenega dela ne moremo strogo opredeliti kot teorijo sestrinstva, pa analize kažejo, da njen prispevek predstavlja pomembno stopnjo v razvoju teorije o zdravstveni negi. Leta 1957 je zapisala naslednjo definicijo: »Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično – terapevtskega načrta, katerega iniciator je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe bolnika ali varovanca« (Razmejitev zdravstvene nege, 1997:24; Bohinc, Cibic, 1995/b:14).

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je leta 1987 zapisal: »Specifična vloga medicinske sestre je pomagati zdravemu ali bolnemu varovancu oceniti njegovo zdravstveno stanje in mu pomagati pri izvajanju tistih aktivnosti, ki pripomorejo k ozdravljenju ali mirni smrti, ki bi jih varovanec opravil sam, če bi imel za to ustrezno moč, voljo in znanje. Pomaga mu k čimprejšnji ali popolni ozdravitvi. V okviru celovitega zdravstvenega varstva medicinske sestre sodelujejo z drugimi družbenimi službami pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvenega varstva, ki omogočajo izboljšanje zdravja, preprečevanje bolezni in oskrbo bolnih in invalidnih posameznikov« (Razmejitev zdravstvene nege, 1997:24).

Svetovna zdravstvena organizacija je povzela definicijo zdravstvene nege po Virginiji Henderson (WHO, 1991) iz leta 1960 in sicer, da je zdravstvena nega »celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v njihovih razvejanih funkcijah, v času zdravja in bolezni, oziroma se giblje iz ene sfere v drugo. Enkratna naloga medicinske sestre je torej, da ugotavlja potrebe in načrtuje zdravstveno nego, ki bo pomagala bolnemu ali zdravemu posamezniku opravljati vse, kar koristi njegovemu zdravju, okrevanju ali mirni smrti. Cilj zdravstvene nege je omogočiti neodvisnost varovanca, če ima za to potrebno moč,

voljo in znanje. Svoje naloge mora opravljati tako, da bo varovancu vrnila neodvisnost v najkrajšem možnem času« (Razmejitev zdravstvene nege, 1997:24).

Tako kot druge države smo si definicijo zdravstvene nege prilagodili tudi pri nas. Leta 1999 je Delovna skupina za terminologijo pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije definirala zdravstveno nego kot »zdravstveno disciplino, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost v času zdravja in bolezni s ciljem, da se doseže čim višja stopnja zdravja. Naloga zdravstvene nege je omogočiti varovancem njihovo neodvisnost pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, krepitev in ohranjanje zdravja, negovati bolne in sodelovati v procesu zdravljenja in rehabilitacije. Kot integralni del zdravstvenega sistema obsega promocijo zdravja, preprečevanje obolenja ter zdravstveno nego telesno in duševno bolnih ter invalidov vseh starosti v zdravstvenih ustanovah in v lokalnih skupnostih. Področje delovanja je specifično in fleksibilno in je odvisno od potreb ljudi, organiziranosti zdravstvenega sistema, dostopnosti do zdravstvene službe in različnih virov« (Cibic, Filej, Grbec et al, 1999:68).

Zaradi prilagajanja definicije zdravstvene nege Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN) iz leta 1987, ki je zelo dolga in so jo različne organizacije in publikacije spreminjale in krajšale, ne da bi se pri tem posvetovala z ICN-om, se je le-ta odločil, da sprejme kratko in jedrnato definicijo. Nova definicija ohranja, sicer na bolj zgoščen način, koncepte izvirne definicije. Gre torej za popravljeno verzijo daljše definicije iz leta 1987, ne pa za novo definicijo (Mednarodni svet medicinskih sester, 2002:10). Definicija se torej glasi: »Zdravstvena nega obsega samostojno in neodvisno obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja« (Mednarodni svet medicinskih sester, 2002).

V strokovni literaturi je tudi zaslediti opredelitev zdravstvene nege kot »umetnost in znanost«. Filej (2001/c:72) opredeljuje zdravstveno nego kot »znanost o tem, kako pomagati in skrbeti za človeka v stanju zdravja in bolezni, v času neodvisnosti in v času, ko potrebuje pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Zdravstvena nega kot znanost temelji na

človekovih izkušnjah in spoznanjih o človeku, njegovem življenju in o njegovih potrebah, o družini in lokalni skupnosti, kjer živi, se izobražuje in dela. Zdravstvena nega je znanost, ki temelji na razmišljanju in ki svoja spoznanja preizkuša v praksi. Povezana je s humanističnimi, naravoslovnimi in družboslovnimi vedami. Ker je zdravstvena nega v veliki meri tudi način človekovega izražanja, tako pacienta, njegovih svojcev, zanj pomembnih drugih, kakor tudi medicinskih sester jo lahko opredelimo tudi kot umetnost, saj je »umetnost obče ime za različne vrste človekovega oblikovanja in izražanja«. Evers (2004) navaja, da je znanost zdravstvene nege profesionalna oziroma praktična disciplina, saj za razliko od akademskih ali osnovnih znanosti njen obstoj izvira iz družbenih potreb. Znanost zdravstvene nege je tudi empirična znanost, ne le čista formalna znanost, kot sta npr. matematika ali statistika in se nanaša ne le na logične zaključke, temveč tudi na študije fizičnih, bioloških, psihosocialnih in kulturnih fenomenov.

Nosilka dejavnosti zdravstvene nege je medicinska sestra (registered nurse), »ki načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego na področju promocije zdravja, preventivnih dejavnosti, v zdravstveni negi bolnikov, invalidov in nemočnih oseb v vseh starostih in v vseh zdravstvenih okoljih. Usposobljena je za vodenje negovalnega tima in je član zdravstvenega tima, kjer je odgovorna za področje zdravstvene nege. Medicinska sestra je oseba, ki je zaključila najmanj 12-letno splošno in/ali strokovno izobraževanje ter končala visoko strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezen organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti« (Cibic, Filej, Grbec et al, 1999:28; Podoba medicinske sestre, 2003:6). V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost (Podoba medicinske sestre, 2003:6). Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005) v 64. členu navaja, da je diplomirana medicinska sestra oseba, ki je zaključila 4600 ur trajajoč študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, je vpisana v register izvajalcev zdravstvene nege in ima veljavno licenco.

2.3 Podobnosti in razlike med socialnim delom in zdravstveno nego

Tabela 1: Podobnosti in razlike med socialnim delom in zdravstveno nego

kriteriji	socialno delo	zdravstvena nega
filozofija poklica	skrb, dobrodelnost, pomoč, podpora	skrb, dobrodelnost, pomoč, podpora
vrsta poklica	skrbstveni poklic	skrbstveni poklic
izvajalci poklica po spolu	pretežno ženske	pretežno ženske
začetnica poklica	Mary Ellen Richmond (1861-1928)	Florence Nightingale (1820 – 1910)
dejavnost kot profesija, semiprofesija ali poklic	po kriterijih Milošević Arnold in Poštrak: profesija	po kriterijih Wilensky in Lebeaux: semiprofesija
ključni pojem poklica	kakovost življenja	pozitivno/negativno zdravje
nivo izobraževanja	fakultetni	srednje strokovni visoko strokovni
podiplomsko izobraževanje	specializacije magisterij doktorat	specializacije strokovni magisterij
kontinuirano strokovno izpopolnjevanje	obvezno	obvezno
poklici	socialni delavci	bolničar negovalec tehnik zdravstvene nege diplomirana medicinska sestra
lokacija izvajanja poklica	v zavodu in na terenu	v zavodu in na terenu
teoretične osnove stroke	da	da
metoda dela	aktivacija posameznika, družine, skupine, lokalne skupnosti	aktivacija posameznika, družine, skupine, lokalne skupnosti
profesionalna etika	Kodeks profesionalne etike socialnih delavcev	Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
standardi	zakonsko opredeljeni	ni enotnih standardov
strokovna terminologija	da	da
družbeno priznanje:		
kompetence	da	delno
profesionalna odgovornost	da	da
avtonomnost pri odločanju	da	55.člen zakona o zdravstveni dejavnosti
licence	da	delna
registracija	da	v postopku pridobivanja v postopku pridobivanja
profesionalno združenje	dve organizaciji – zbornica in društvo	ena organizacija

Filozofija obeh poklicev je enaka, saj gre pri obeh za skrb, dobrotelost, pomoč in podporo, ki se je skozi zgodovino razvijala in spreminjala. Iz filozofije izhaja, da sta oba poklica skrbstvena poklica, saj skrbita za ljudi, za zadovoljevanje njihovih potreb v osnovnih življenjskih aktivnostih in za zagotavljanje čim višje kakovosti življenja.

Oba poklica izvajajo pretežno ženske, saj poklica odsevata običajne ženske vloge, ki si manj prizadevajo za službo in kariero. Tradicionalne vrednote, ki diskriminirajo spol, so v primarni vlogi ženske biti gospodinja, žena možu in mati otrokom. Za razliko od poklica socialne delavke, je poklic medicinske sestre še podrejen poklic. Kot navajata Kvas in Seljak (2004) leti kritika zdravnikov na način njihove privilegiranosti poklicne skupine, ki uveljavlja patriarhalno avtoriteto in nadzira podrejene družbene skupine, zlasti ženske. Ženske, kot podrejena delovna sila v medicini, znižujejo ceno dela v dejavnosti.

Verjetno ni naključje, da je Mary E. Richmond proglašena za začetnico socialnega dela in Florence Nightingale za začetnico modernega sestinstva. Obe sta živeli v istem obdobju, ko je družbeno okolje postalo bolj naklonjeno razvoju ženskih poklicev, kar sta obe izkoristili v dobrobit žensk.

Kriteriji za oceno dejavnosti kot profesije, semiprofesije in poklica so različni z ozirom na avtorje, ki so jih postavili in z ozirom na obdobje, v katerem so nastali. Če pa primerjamo še družbeno priznanje obeh dejavnosti in možnosti dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja, lahko z gotovostjo trdimo, da je socialno delo profesija in zdravstvena nega semiprofesija. V zdravstveni negi pri nas še vedno ni možnosti fakultetnega, magistrskega in doktorskega študija, kar prav gotovo zavira razvoj dejavnosti. Medicinske sestre si pridobivajo fakultetno izobrazbo v drugih disciplinah, znanja zdravstvene nege pa le redke posameznice, ki so imele možnost študija zdravstvene nege v tujini.

V dejavnosti socialnega dela je prisoten le en poklic – socialna delavka, v zdravstveni negi pa trije – bolničar negovalec, ki je v glavnem zaposlen v socialno varstvenih zavodih ter tehnik zdravstvene nege in diplomirana medicinska sestra. Med poklici v zdravstveni negi je težko izvesti delitev dela z ozirom na njihove kompetence. Zato se je v preteklosti, ko ni bilo zadostnega števila medicinskih sester, pojavljalo, da je v dopoldanski izmeni določene

storitve smela izvajati le medicinska sestra, v popoldanski in nočni izmeni, ko medicinske sestre ni bilo, pa zdravstveni tehnik. Ker je pomanjkanje medicinskih sester prisotno skoraj v vseh zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih, je urejanje delitve dela na osnovi izobrazbe oziroma kompetenc zelo zahtevna naloga, včasih skoraj neizvedljiva.

Stopnja družbenega priznanja dejavnosti in poklica je nedvomno bistveni kriterij profesionalnosti. Dejansko to pomeni stopnjo uveljavljanja dejavnosti v družbi s pomočjo zakonov, ki jo uradno sankcionirajo, opredelijo njene kompetence, jo torej pravno urejajo. Dejstvo je, da tega dejavnost ne more doseči v prvih letih svojega delovanja, temveč šele takrat, ko je dosegla določeno razvojno stopnjo in specifičnosti, ki jo diferencirajo od drugih sorodnih strok. To pomeni, da je razvila vse svoje temeljne elemente. Pri tem gre predvsem za razvoj teoretičnih izhodišč, vrednot in profesionalne etike ter za opredelitev spretnosti za opravljanje predvidenih nalog. Pravna regulacija je jasna indikacija družbenega priznanja dejavnosti, kar tudi pomeni državno kontrolo nekaterih aktivnosti, kot je denimo profesionalno ravnanje in vedenje, s pomočjo predpisov in s priznavanjem pristojnosti za opravljanje storitev. Pravna regulacija se kaže na več načinov in sicer kot: izdajanje certifikatov, ki omejujejo uporabo strokovnih nazivov; registracija, vpis posameznika v register strokovnjakov z ustrežno kvalifikacijo; licence, dovoljenje za samostojno opravljanje poklica; status civilne družbe, ki potrjuje, da strokovnjak ustreza pogojem za javno službo na določenem področju. Pravna ureditev ščiti tako koristi uporabnikov kakor tudi interese strokovnjakov. Zaščita uporabnikov je seveda na prvem mestu in sicer, da jim kompetentni strokovnjaki izvajajo kakovostne storitve. V kolikor to ni zagotovljeno, je možno proti izvajalcem ustrezno ukrepati, odvisno od vrste kršitve. Za socialno delo velja, da je v celoti družbeno priznana, zdravstvena nega pa le delno, saj ne zadosti vsem kriterijem, ki definirajo družbeno priznanost.

Kazalec družbenega priznanja so tudi kompetence (pristojnosti). Ta vidik je v evropskih državah še vedno na prvem mestu in kompetence medicinskih sester, ne glede na to, da gre za reguliran poklic, so v različnih državah različne. Direktive namreč določajo le osnovne kompetence, po katerih pa se poklic med državami Evropske unije ne sme razlikovati.

Država je socialne delavce prepoznala za strokovnjake, ki so najprimernejši, da v njenem imenu opravljajo določene naloge. Kot navajata Milošević Arnold in Poštrak (2003) je

socialnim delavcem na eni strani izraženo zaupanje v njihovo strokovno ustreznost, po drugi strani pa je na ta način določena neka vrsta kontrole nad tem, kako predpisane naloge opravljajo. Socialni delavci imajo z zakonom opredeljene naloge, imajo javna pooblastila za zastopanje interesa države. Urejanje statusa strokovnjakov je deloma v pristojnosti Socialne zbornice Slovenije.

V dejavnosti zdravstvene nege je nekoliko drugače. Kompetence so zakonsko opredeljene, prav tako tudi odgovornost, ki pa se nanaša na vse zdravstvene delavce. Javna pooblastila izdajanja, podaljševanja in odvzemanja licenc, registracije in strokovnega nadzora so v začetni fazi. Na razpis za dodelitev javnih pooblastil je kandidirala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, kot edina organizacija, ki na nivoju države združuje poklice v zdravstveni negi.

Monopol na določenem področju dejavnosti daje profesionalnim organizacijam določeno moč. Ta moč jim omogoča, da regulirajo vstop v članstvo in nadzirajo delo članov. Status, ki ga strokovnjaki pridobijo z vstopom v profesionalno organizacijo, jih jasno ločuje od laikov. Čim bolj je neka stroka profesionalizirana, tem bolj teži k zapiranju in izločanju tistih, ki ne ustrezajo zahtevanim kriterijem. Članstvo v organizacijah na nivoju države (zbornica, društvo) je za obe dejavnosti prostovoljno.

Pravice in odgovornosti pa niso izražene le skozi pravno ureditev in kompetence, temveč so izražene tudi v etičnem kodeksu, ki ga ima posamezna dejavnost. Kodeks utrjuje družbeno koristnost določene dejavnosti in postavlja temelje vedenja njenih članov do tistih, s katerimi se v profesionalnem odnosu srečujejo. Postavlja pravila, ki lahko pripomorejo k zaostrovanju kriterijev za izločitev tistih, ki ne dosegajo določene kvalifikacije. Sprejem etičnega kodeksa dejansko pomeni višjo stopnjo profesionalnosti in do tega običajno pride takrat, ko dejavnost doseže določeno družbeno priznanje. Oba poklica imata razvit etični kodeks.

Čim bolj je stroka avtonomna, toliko manj država posega v urejanje vprašanj, ki so za profesionalce pomembna (na primer standardi in normativi). Standardi pomenijo natančen opis posameznih storitev, ki jih opravljajo profesionalci. Takšni opisi so pomembni za uporabnike, saj imajo na ta način možnost, da vnaprej zvedo, kaj od posameznega strokovnjaka lahko pričakujejo. Do tega imajo uporabniki namreč pravico. Standardi so

pomembni tudi za državo oziroma drugega naročnika teh storitev in pomenijo osnovo za plačevanje storitev. Od strokovnjakov se pričakuje, da te standarde pri svojem delu dosledno upoštevajo. Stroke, ki so že profesionalizirane, si standarde določajo same in se s potencialnimi naročniki storitev pogajajo o ceni posamezne storitve, ne pa tudi o njihovi vsebini. Za socialno delo so standardi zakonsko opredeljeni. V zdravstveni negi ni enotnih standardov, vsak zavod razvija svoje.

Obe stroki – socialno delo in zdravstvena nega temeljita na teoretičnih in znanstvenih temeljih. Izvajalci obeh dejavnosti uporabljajo pri svojem delu metode, ki temeljijo na aktivaciji posameznika, družine, skupine in lokalne skupnosti in v ospredje obravnave postavljajo uporabnika. Obe dejavnosti uporabljata tudi specifično terminologijo, ki sodi k sami teoretični zasnovanosti kakor tudi k razvitosti profesionalne kulture jezika. Strokovna terminologija pomeni temeljno delovno orodje in je pomembno komunikacijsko sredstvo za medsebojno sporazumevanje med pripadniki konkretne profesionalne skupine, med profesionalci in uporabniki storitev, pa tudi za komuniciranje z javnostmi. Kot navaja Čačinovič Vogrinčič (2003) so se v znanosti in stroki socialnega dela dogodile pomembne spremembe, ki se odražajo v spreminjanju jezika socialnega dela na način, da nastaja jasno formulirana opora za socialno delavsko ravnanje. Tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov se je zavedala pomena strokovnega jezika, zato je leta 1999 izdala »Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi« z namenom lažjega in medsebojnega razumevanja in sporazumevanja strokovne javnosti s strokovnjaki drugih strokovnih področij. Vsi pojmi so navedeni tudi v angleškem jeziku in definirani.

3 SOODVISNOST ZDRAVSTVENO SOCIALNIH IN DRUŽBENIH DEJAVNIKOV V OBDOBJU HITRIH SPREMEMB

»Razvoj in spremembe sodobnega zdravstvenega sistema lahko razumemo le, če ga gledamo v kontekstu družbenih sprememb. In ta kontekst je danes v času poznomodernih globaliziranih družb tak, da bo končno tudi zdravstvo moralo priti do ugotovitve, da je popolnoma vpeto v sodobno družbo, da se je zbrisala meja med znanstveno medicino in družbo« (Ule, 2003/a:243), saj zdravje »temelji na socialnih, ekonomskih, političnih, kulturnih, ekoloških, verskih, narodnostnih in drugih razmerah« (Toth, 2003:12), v katerih ljudje živijo in so za počutje posameznika izredno pomembne.

Literatura navaja, da je zdravje največja dobrina. To spoznanje je enako staro kot človeštvo. »Preprosta ljudstva in plemena so z raznimi obredi in žrtvovanji bogovom in nadnaravnim silam želela pridobiti njihovo naklonjenost, da bi od njih odgnali nesreče in bolezni« (Toth, 2003:12). Ker je za zdravje treba aktivno in nenehno skrbeti, ga je mogoče enačiti s človeškim delom.

Zgodovina zdravstva kaže, da so se pravzaprav pojmovanja o zdravju, bolezni, medicini, vedno spreminjala v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov, kulturnih tradicij. Splošne teorije zdravja in bolezni so se organizirale okrog dominantnih ideologij in vrednot določene kulture, ki so tudi osnova za pohvale ali obtožbe določenega vedenja ali stanja človeka. Ker se moderna zdravstvena obravnava naslanja na »znanost in objektivno preverjene metode zdravljenja, na raziskovalne dosežke in študije in ker je to znanje po večini nerazumljivo laikom in usmerjeno k terapevtskim ciljem, je zdravstvo pridobilo privilegiran položaj v primerjavi z drugimi avtoritativnimi družbenimi institucijami, kot sta npr. še sodstvo ali cerkev« (Ule, 2003/a:244). V modernem zdravstvenem sistemu so se zdravniki, kakor tudi medicinske sestre začeli vedno bolj distancirati od bolnikov in dialoga z njimi, vedno manj je bilo pomembno, kaj pacient pove zdravniku o svojem počutju, občutkih, čustvih, in vedno bolj to, kar je o njegovem fizičnem stanju ugotovila medicina s pomočjo medicinskih preiskav in naprav. To vse je dalo zdravnikom in drugemu zdravstvenemu osebju veliko avtoriteto in moč nad bolniki. Bolnik je tako postal »pacient«, ki

je zavzel pasivno in nekritično vlogo v odnosu do bolezni in zdravljenja. Njegova glavna naloga je bila, da posluša in upošteva nasvete zdravnikov in zdravstvenega osebja in da se podvrže pravilom in uredbam zdravstvenih institucij. Celo medicinske sestre so znale »disciplinirati« paciente, da so urejeni v posteljah pričakali vizito.

V zadnjih desetletjih pa so se začele dogajati precejšnje spremembe v zdravstvu, tako pri nas kot po svetu, pacient postaja »kralj«, zaradi katerega so zdravstveni delavci prisotni v zdravstvenem sistemu in ne obratno. V temelju se spreminja odnos med družbo, zdravstvenim sistemom in pacienti. Možnosti, da bi se reševali problemi zdravstva izključno znotraj številnih strok v zdravstvu, ni več. »Tako družba v obliki zdravstvenih politik, trga zdravstvenih storitev, kot bolniki, okrepljeni z novo nastalo ideologijo pravic bolnikov, načenjajo do tedaj takorekoč nedotakljiv in nevprašljiv ugled in središčnost znanstvene medicine. Tako zdravstveni sistem kot zdravnik sta postala predmet družbenih razprav in kritike« (Ule, 2003/a:244).

Tudi na področju socialnega dela pridobiva uporabnik na pomenu, saj socialna delavka družno z njim soustvarja nove možnosti in nove okoliščine za bolj kakovostno življenje. Sprememba statusa uporabnikov, večanje njihove pogodbene moči, možnosti za odpiranje dialoga s strokovnjaki, so zagotovo pomembni dosežki (Flaker, 1998).

Uletova (2003/b) pravi, da se v sodobnem zdravstvu danes dogaja revolucija, ki v nekaterih potezah spominja na začetke industrijske revolucije, zaradi sodobne tehnologije, ki je močno podprta z informatiko, zaradi novih metod zdravljenja, novih zdravil in znanja. Poklic zdravnika naj bi v prihodnje postal vse bolj običajen, vse bolj podoben drugim poklicem. Vendar nekateri zdravniki ne zmorejo priznati, da brez medicinskih sester ne morejo delati. Med zdravniki kot odgovornimi za zdravstveno dejavnost in medicinskimi sestrami, odgovornimi za zdravstveno nego še vedno vladajo avtoritarni odnosi, katerih »spreminjanje na tradicionalni avtoriteti temelječih norm in vrednot v demokratične odnose in vrednote je ena najtežjih nalog« (Čaćinovič – Vogrinčič, 1998:175).

Za razliko od zdravstva, se je hierarhična piramida na socialnem področju sesula in način dogovarjanja o delu je postal horizontalen. »Praktično to pomeni, da so vsi strokovnjaki z bolničarji in prostovoljci vred enakovredni sogovorniki« (Flaker, 1998:214).

Posameznik je postal »strateško mesto« novih družbenih delitev. Prevzema čedalje večji del družbenih stroškov in bremen nove modernizacije in globalizacije.

Zdravje je postalo tudi pomembna potrošniška dobrina. »To je posledica splošne usmeritve potrošniške družbe k telesu in telesnim potrebam ljudi. Vedno več časopisov, revij, TV oddaj itn. je posvečenih skrbi za zdravje, ohranjanju zdravja in preprečevanju bolezni« (Ule, 2003/a:245).

Bistvo nesporazumov in razlik v pogledih na vpliv in uspeh zdravstvene službe je v tem, da deleža in prispevka posameznih zunanjih dejavnikov na zdravje ni mogoče izmeriti in količinsko izraziti, pa naj gre za pozitivne ali negativne vplive. Še zlasti je to nemogoče v kratkem času. To je razumljivo, če izhajamo iz trditve, da zunanji dejavniki ne delujejo osamljeno, temveč se med seboj dopolnjujejo, vendar šele, ko so jim ljudje izpostavljeni dalj časa. Prav to, da zunanjih vplivov na zdravje ni mogoče izmeriti, povzroča, da nekateri strokovnjaki pripisujejo večji vpliv socialnim dejavnikom, drugi ekonomskim ali dednim vplivom ter kulturnim razmeram, tretji pa medicinski vedi in uspešnosti delovanja zdravstvene dejavnosti. Spreminjanje opisanih zunanjih fizičnih in naravnih dejavnikov v družbi pa se odvija počasi in včasih komaj zaznavno, zaradi česar njihove posledice in vpliv na zdravstveno stanje niso opazne v krajšem časovnem obdobju. Za spremembe v izobrazbeni strukturi ljudi, v stanovanjskih razmerah, življenjskih navadah, načinu prehranjevanja ali odpravljanju nekaterih tradicionalnih vzorcev obnašanja je pogosto potrebno obdobje enega ali več rodov (povzeto po Toth, 2003).

3.1 Socialne dimenzije zdravstvene nege

Ne moremo spregledati, da je tudi zdravstvena nega, tako kot druge poklicne dejavnosti, vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja. »Tako kot so se znanosti razvijale in spreminjale, tako se je spreminjalo tudi razumevanje človeka in pogledi nanj. Človeške potrebe, verovanja in vrednote so dobile nov pomen. Na človeka gledajo kot na celoto, kot na dinamično silo, ki živi v družini in skupnosti na način, ki mu omogoča, da stori več, kot pa da le preprosto preživi. Razumevanje človeka kot celote nadomešča tisto, ki vidi človeka kot skupek delov" (Filej, 2001/c:71). Mehanistična paradigma obravnava namreč človeka kot stroj.

Glavni problem medicinskih sester je »njihov vmesni oziroma nejasen status v odnosu med zdravnikom in bolnikom" (Ule, 2003/a:246), iz česar izhaja tipični organizacijski problem v smislu teze: organizacija so razmerja med ljudmi. "Čeprav je medicinskim sestram naložena primarna skrb za bolnike, so podvržene mnogim birokratskim pravilom in moči zdravniških avtoritet, ki pogosto zatirajo njihove težnje po poklicni avtonomiji. Pogosto jih tako zdravniki kot bolniki vrednotijo kot manj pomembne in manj vredne dejavnike v zdravstvenem sistemu, čeprav morajo ravno medicinske sestre pogosto posredovati med zdravnikom in bolnikom« (ibid, 2003/a:246).

Zdravniki se v glavnem ukvarjajo z medicinsko-tehničnimi vprašanji zdravljenja in diagnosticiranja, medicinske sestre pa bolj poudarjajo interakcijo s pacienti v smislu odnosov. Gre za dve v temelju različni profesionalni vlogi, ki se morata dopolnjevati. Posegi zdravnikov so običajno kratkotrajni (npr. diagnostika, operativni posegi, pregledi, vizite), naloge, ki jih izvajajo medicinske sestre pa so časovno dolgotrajnejše, pa tudi čustveno bolj obremenjujoče.

»Medicinske sestre - nosilke stroke zdravstvene nege imajo pri nas še vedno podrejen položaj v hierarhični organizaciji zdravstvenega sistema« (Filej, 2001/a:65) in tako je »zdravstvena nega kot temeljna dejavnost v zdravstvenem sistemu podrejena medicini« (Požun, 2003:10). Formalna izobrazba, ki jo medicinske sestre dosežejo v določenem študijskem programu, jim daje znanje in kompetence za opravljanje določenega dela. Še vedno pa pri nas medicinske sestre nimajo profesionalne avtonomije, da bi lahko same v celoti načrtovale, organizirale, vodile in kontrolirale lastno stroko – zdravstveno nego.

Zdravstvena nega je odprt sistem in kot taka povezana z drugimi sistemi in z njimi izmenjuje različne vire. Nanjo prav tako delujejo ekonomski, politični, kulturni in drugi dejavniki, demografska in epidemiološka situacija ter okolje. Socialno okolje se oblikuje iz potreb ljudi po zdravstveni negi in njihovih pričakovanj glede zdravstvene nege. Prebivalstvo je vedno bolj izobraženo in prosvetljeno in pred celotno zdravstvo, kakor tudi pred zdravstveno nego ter medicinske sestre, postavlja vedno večje zahteve. Poleg tega namenjajo za zdravstvo vedno več lastnih finančnih sredstev, zato zahtevajo maksimalno strokovno raven obravnave.

Vse to vpliva na zdravstveno nego, ki se mora nenehno prilagajati spremembam in iskati najboljše možnosti za izvajanje varne zdravstvene nege ter zadovoljevati pacientove potrebe.

Zdravstvena nega se odvija v medsebojni odvisnosti z drugimi strokami, zato ne more delovati izolirano ali povezano le z eno samo stroko. V tradicionalnem modelu gre predvsem za povezanost in podrejenost zdravstvene nege medicini, pa tudi za podrejenost ženskega spola moškemu. Moški torej kot zdravniki obvladujejo medicinske sestre kot ženske. Tradicionalni model kaže izvajalcem zdravstvene nege njegove meje, po drugi strani pa mu omogoča določeno mero varnosti. Svoboda izbire, prevzemanja odgovornosti in obvladovanje sprememb ima lahko nekaj zastrašujočega in včasih je »varneje ležati v verigah, kot pa biti prost« (Filej, 2001/c).

V dejavnosti zdravstvene nege nastopajo nekatere težave z izrazoslovjem. Dejavnost se imenuje zdravstvena nega, nosilke dejavnosti so medicinske sestre. Izraz zdravstvena nega naj bi nakazoval razliko v primerjavi z laično nego ali poklicno osebno nego (npr. frizerke, kozmetičarke). Izraz »sestra« je dediščina verskih redov, ko so se usmiljene sestre ukvarjale z nego pacientov, kar je bil del njihovih verskih dolžnosti. Prenehanje cerkvene skrbi za paciente je prineslo izraz »medicinska sestra«, da bi se nakazala laičnost tega poklica v nasprotju z »usmiljeno sestro« (Pahor, 1997).

Medicinske sestre velikokrat upravičeno menijo, da delo medicinske sestre izveni kot pomočniška vloga zdravniku in ne pomoč pacientu. Strokovnjaki Svetovne banke, ki so sodelovali v Projektu razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji, so prav tako ugotavljali nekaj podobnega in sicer, da so medicinske sestre neustrezno izkoriščene in da jim je potrebno dati bistveno večjo veljavo, kot jo imajo. Iz tega izhaja, da ni mogoče, da bi bilo profesionalno življenje, ki ga živita dve največji profesionalni skupini v zdravstvu – zdravniki in medicinske sestre, ravna cesta uspeha in zadovoljstva. Ta pot in odnos sta zelo komplicirana in zahtevna. V tem odnosu ne gre le za neposreden odnos med poklicema pri vsakodnevnem delu, temveč tudi za odnose med poklicema na različnih nivojih zdravstvene hierarhije.

Večina prizadevanj za ureditev dejavnosti zdravstvene nege je v preteklosti naletela na odpore iz različnih smeri: na upiranje zdravnikov, ki ne želijo izgubiti te poklicne skupine z njeno

podrejeno vlogo; na upiranje države, ker bi spremembe zahtevale boljše plačilo medicinskih sester in njihov večji vpliv; na upiranje univerze, kajti zdravstvena nega na začetku svoje akademske poti ne izpolnjuje strogih kriterijev že uveljavljenih znanosti; pa tudi na upiranje medicinskih sester samih, saj bi nova podoba medicinskih sester, kot samostojnih strokovnjakinj, prinesla s sabo zahteve po večjem znanju, usposobljenosti in odgovornosti (Filej, 2001/b).

Ne glede na to, pa stroka zdravstvene nege dosegla postopne premike in razvoj »od nege bolnika k zdravstveni negi; od pomočniške vloge zdravniku v samostojno, interdisciplinarno in soodvisno vlogo; od pomoči bolnemu k aktiviranju zdravih posameznikov za ohranjanje in krepitev zdravja; od neomenjenega poklica, ki se je skrival med ostalimi zdravstvenimi delavci v sestavi del sistema zdravstvenega varstva; od odgovornosti zdravnika za delo medicinskih sester do lastne odgovornosti« (Filej, 2001/c: 71). Kvas in Seljak (2004) menita, da se bodo medicinske sestre veliko lažje uveljavile kot samostojna poklicna skupina zunaj bolnišnic in da bodo samostojno delovale v lokalni skupnosti, kot menedžerji novega sloga, v mednarodnih gibanjih za javno zdravstvo, več pa naj bi sodelovale tudi v politiki.

Stroka ima znanje, vrednote, sposobnost, možnost in odgovornost za samouravnavanje. Vseeno pa je v praksi tako, da se strokovna združenja navadno osredotočijo le na nekaj dejavnosti: podpiranje boljših delovnih pogojev, nadzorovanje nad včlanjevanjem in dodeljevanjem licenc, vodenje izobraževanja in tako dalje.

Medicinske sestre se trenutno nahajajo v dveh procesih – v zdravstveni reformi in v globalizacijskem procesu. Oba procesa sta sorodna koncepta. Oba sta kompleksna in oba pogosto izzoveta čustvene reakcije zaradi vpliva na posameznika in na širšo družbo.

Zdravstvena reforma ima tudi pri nas dva osnovna cilja, ki se nanašata na spremembe zdravstvene politike in na spremembe struktur ter procesov zdravstvenega sistema in organizacij. Glavni cilj reforme je seveda dobiti največ in najboljše za denar, ki je na razpolago za zdravje državljanov. Je posledica naraščajočih stroškov in večjih ali spremenjenih potreb in zahtev glede zdravstvenih storitev. Največji problem predstavlja vsekakor pritisk med potrebami, zahtevami in možnimi viri. Tako nastajajo "nesporazumi na

ravni zagotavljanja pogojev za uresničevanje poslanstva zdravstvenega zavoda" (Hočevar, 2007).

Medicinske sestre pričakujejo, da bo imela zdravstvena reforma nekaj pozitivnih vplivov na zdravstveno nego kot so npr. povečanje strokovne avtonomnosti in odgovornosti, možnosti uvajanja novih modelov zdravstvene nege v bolnišnicah in v lokalni skupnosti, povečanje zadovoljstva z delom, povečanje menedžerske odgovornosti glavnih medicinskih sester zdravstvenih zavodov, nova delovna mesta in možnosti kariernega napredovanja in ne le negativnih, kot so npr. omejevanje delovnih mest, omejevanje finančnih sredstev za zdravstveno nego, povečanje delovne obremenitve, pomanjkanje varnosti pri delu, neustrezne spremembe v izobrazbeni strukturi in številu kadra, slabša motivacija in nezadovoljstvo z delom.

Država je šele v zadnjem času pristopila k zakonskemu urejanju poklicev v zdravstveni negi, saj je poklic medicinske sestre reguliran poklic in zato je potrebna ureditve dejavnosti zdravstvene nege na take temelje, da bi bili na eni strani zaščiteni pacienti pred nestrokovnim in nekakovostnim izvajanjem zdravstvene nege, na drugi strani pa tudi medicinske sestre, ki bi jim bile pravno formalno določene kompetence. Poklici v zdravstveni negi so bili opredeljeni v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS št. 82/2004; Ur. list RS št. 110/2004; Ur. list RS št. 40/2006) v katerem je opredeljena tudi kvalifikacija (izobrazba in druga določila za samostojno opravljanje poklica), delovno področje ter poklicna dejavnost (kompetence).

3.2 Poklici v zdravstveni negi

Izvajalci zdravstvene nege so osebe, ki delujejo na področju zdravstvene nege in so končale izobraževanje na srednji, višji, visoki, univerzitetni ali akademski stopnji (Cibic, Filej, Grbec et al, 1999:23). Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS št. 82/2004; Ur. list RS št. 110/2004; Ur. list RS št. 40/2006), v katerem so navedeni zdravstveni delavci in sodelavci, navaja za dejavnost zdravstvene nege naslednje poklice: profesor zdravstvene vzgoje / profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik / višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra specialistka / diplomirani zdravstvenik specialist, višja medicinska sestra

specialistka / višji zdravstveni tehnik specialist / višji medicinski tehnik specialist, tehnik zdravstvene nege / tehničar zdravstvene nege, zdravstveni tehnik, medicinska sestra.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS št. 23/2005) v 64. členu navaja, da smejo delo v zdravstveni dejavnosti samostojno opravljati:

- diplomirana medicinska sestra, ki je zaključila triletni ali 4.600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, je vpisana v register izvajalcev zdravstvene nege in ima veljavno licenco.

V zdravstveni dejavnosti lahko samostojno opravljajo delo in se jim prizna enaka kvalifikacija še:

- diplomirana medicinska sestra, ki je diplomo pridobila po študijskem programu, ki je obsegal 2.250 ur, ima končano pripravništvo in opravljen strokovni izpit ter
- višja medicinska sestra, ki je diplomo pridobila po prej veljavnih študijskih programih, ima končano pripravništvo, opravljen strokovni izpit in tri leta opravljanja svojega poklica v zadnjih petih letih (Ur. list RS št. 23/2005, 11. člen – prehodne in končne določbe).

Diplomirana medicinska sestra je nosilka dejavnosti zdravstvene nege in vodja negovalnega tima, katerega člani so še tehniki zdravstvene nege. »Tehnik zdravstvene nege je oseba, ki je zaključila srednješolski strokovni program zdravstvene nege in je usposobljen za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je član negovalnega tima in po navodilu medicinske sestre izvajalec postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege« (Cibic, Filej, Grbec et al, 1999:59). Po zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno opravljanje zdravstvene nege opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit.

V socialno varstvenih zavodih se v izvajanje dejavnosti zdravstvene nege vključuje tudi bolničar negovalec. Bolničar negovalec je oseba, ki je zaključila tri letni poklicni izobraževalni program za področje pomoči in oskrbe. Pacientom nudi pomoč pri tistih življenjskih potrebah, ki jih oskrbovanec ne mora opraviti sam in potrebuje pomoč druge osebe. Je sodelavec negovalnega tima in je v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti opredeljen kot zdravstveni sodelavec. Po zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno

delo opravljanja pomoči in oskrbe opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit.

Za vse zdravstvene delavce, torej tudi za poklice v zdravstveni negi velja 55. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki pravi: »Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost«. Vsak poklic lahko torej sprejme le tiste naloge, za katere ima ustrezno izobrazbo in je za njihovo izvajanje usposobljen.

3.2.1 Izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege

Po uspešno končani osnovni šoli se lahko učenke in učenci, ki jih zanima delo z ljudmi oziroma na področju zdravstvene nege, vpišejo na srednje zdravstvene šole v Ljubljani, Izoli, Novi Gorici, Jesenicah, Novem mestu, Celju, Mariboru, Slovenj Gradcu in Murski Soboti. Srednja zdravstvena šola traja štiri leta, dijaki pa si po zaključnem izpitu pridobijo naziv tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege. Tehnik zdravstvene nege se lahko po opravljenem šest mesečnem pripravništvu in strokovnem izpitu v pooblaščenem zdravstvenem zavodu (Program pripravništva za poklic zdravstveni tehnik, Uradni list RS, št. 47/95) zaposli v zdravstvenem, socialnovarstvenem ali posebnem zavodu ali pa nadaljuje izobraževanje na štirih visokih strokovnih šolah v Ljubljani, Mariboru, Izoli in na Jesenicah, ali na katerikoli drugi visoki strokovni šoli. V visoko strokovno šolo za zdravstveno nego se lahko vpišejo tudi dijaki iz drugih srednjih šol z zaključnim izpitom ali maturo. »Vsi kandidati, ki niso zaključili srednje zdravstvene šole, morajo opravljati propedevtični program v trajanju 80 ur iz predmeta zdravstvena nega« (<http://www/sola.vzdr.uni-mb.si>). Diplomanti si pridobijo po opravljeni diplomi strokovni naslov diplomirana medicinska sestra (ženska) oziroma diplomirani zdravstvenik (moški).

S pristopom Slovenije v Evropsko unijo, se je izobraževanje medicinskih sester prilagodilo zahtevam EU, saj je »Evropska unija sprejela posebne direktive (sektorske direktive) z namenom ureditve posameznih področij, ki so še posebej pomembna za državljane držav članic. Eno izmed njih, ki jim Evropska unija posveča posebno pozornost, je tudi področje zdravja in varovanje pravic »potrošnikov« v tem segmentu. Tako je za področje zdravstva

sprejela direktive za naslednje poklice: zdravnik, zobozdravnik, veterinar, farmacevt, medicinska sestra in babica. S tem so želele članice Evropske unije še posebej zavarovati te poklicne dejavnosti, jih nadzorovati in urejati, svojim državljanom pa zagotoviti, da bodo deležni kakovostne zdravstvene oskrbe samo ustreznih strokovnjakov. S tem se zagotavlja tudi temeljno načelo o enakih pravicah državljanov držav članic« (Filej, 2004/a:7).

Poklicno dejavnost oziroma poklic medicinske sestre v Evropski uniji ureja več direktiv, najpomembnejši pa sta: direktivi 77/452/EEC in 77/453/EEC. Direktiva 77/452/EEC ureja vzajemno priznavanje diplom, spričeval in drugih dokazil o strokovni usposobljenosti, direktiva 77/453/EEC pa strokovno usposabljanje medicinskih sester. Od septembra 2005 ureja vse regulirane poklice, ki so bili do tedaj regulirani s posebnimi področnimi direktivami, direktiva 2005/36/ES. Najpomembnejše na področju strokovnega usposabljanja je to, da se zahteva predhodno splošno izobraževanje v trajanju najmanj 10 let in redno poklicno usposabljanje v obsegu najmanj treh let ali 4600 ur teoretičnega in praktičnega pouka. Pri tem mora obsegati teorija najmanj eno tretjino in praktično usposabljanje najmanj polovico izobraževanja.

Visoke strokovne šole so v študijskem letu 2004/2005 vpisale prvo generacijo študentov v evropski izobraževalni program. Po zaključku izobraževanja se ukine tudi opravljanje pripravništva in strokovnega izpita.

Tehnike zdravstvene nege ne ureja nobena direktiva, zato ne zapadejo nobenim spremembam, kar pomeni, da bodo tudi v prihodnje opravljali pripravništvo in strokovni izpit, v države Evropske unije pa bodo prehajali po splošnih direktivah glede prostega pretoka ljudi.

Bolničar negovalec se izobražuje na srednjih zdravstvenih šolah. Izobraževanje traja tri leta in v glavnem poteka kot izobraževanje ob delu. Po obstoječi zdravstveni zakonodaji bolničar negovalec ne spada med zdravstvene poklice, čeprav deluje v dejavnosti zdravstvene nege in se izobražuje na srednjih zdravstvenih šolah, temveč je opredeljen kot zdravstveni sodelavec.

Ker zdravstveno nego izvaja več poklicev (medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, bolničarji negovalci), med njimi prihaja do delitve dela, ki temelji na izobraževanju in na upoštevanju tako pridobljenih kompetenc.

Izobraževanje medicinskih sester v fakultetnem programu zdravstvene nege ni možen. Nekaj let je sicer obstojal fakultetni študij zdravstvene vzgoje, ki sta ga izvajali Pedagoška fakulteta in Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani, vendar je bil zaradi spremenjene zakonodaje visokega šolstva ukinjen. Medicinske sestre zato študirajo na različnih fakultetah, najpogosteje na družboslovnih (psihologija, sociologija, filozofija, pedagogika) in na Fakulteti za organizacijske vede. Tako si pridobijo interdisciplinarna znanja, ki so sicer koristna za njihovo delo, vendar ne napredujejo v svoji lastni stroki zdravstveni negi. Mnoge s fakultetno izobrazbo, z magisterijem in doktoratom ohranjajo svojo prvobitno identiteto medicinske sestre.

Globalizacija ne povzroča sprememb samo na gospodarskem področju, ampak z vso intenzivnostjo vpliva tudi na tradicionalne procese izobraževanja ter usposabljanja. “Gre za pomembno preobrnitev k znanju, izobraževanju in učenju. Izobraževanje je na splošno gledano proces različnih napotil, ki temeljijo na teoriji poučevanja za pridobivanje formalne izobrazbe” (Markič, 2002:79).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so že do sedaj skrbeli za kontinuirano strokovno izpopolnjevanje, saj se stroke v zdravstvu izredno hitro razvijajo, prav tako tehnologija in metode zdravljenja. In če so želele medicinske sestre temu slediti, so se morale udeleževati strokovnih izpopolnjevanj, ki so jih zelo dolgo časa organizirale le strokovne sekcije Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Šele v zadnjih letih se pojavljajo tudi drugi organizatorji strokovnih izpopolnjevanj. Kontinuirano strokovno izpopolnjevanje pa je pomembno tudi zaradi napredovanja po Kolektivni pogodbi, kar pomeni pridobitev višje plače, v prihodnje pa za podaljšanje licence.

Medicinske sestre se dobro zavedajo, da bodo le z znanjem in višjo strokovnostjo pripomogle k dvigu splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva, k višji kakovosti življenja posameznika, k večji produktivnosti in razvoju družbe nasploh.

V zadnjem času se tudi v dejavnosti zdravstvene nege vse bolj uveljavlja koncept vseživljenjskega izobraževanja. Vidnost koncepta vseživljenjskega izobraževanja je v vedno

večjem številu študentov študija ob delu na visokih strokovnih šolah za zdravstveno nego, pa tudi na različnih fakultetah. Koncept vseživljenjskega izobraževanja je potrebno sprejeti kot filozofijo posameznika in ne le kot filozofijo stroke.

»V šolah in na univerzah preživimo od osem do dvajset let življenja in se učimo za življenje v prihodnosti. Takrat domnevamo, da je naše formalno izobraževanje zaključeno, hkrati pa spoznamo, da nas je izobraževanje le delno opremilo za sedanje življenjske izzive. Zlasti v prihodnje se bomo morali izobraževati tako, kot bo zahtevala informacijska doba. Izredno hitre spremembe že danes zahtevajo, da učenje postaja nekaj stalnega in permanentnega, kar traja vse življenje (vseživljensko / vseobsegajoče / večrazsežno učenje)« (Kvas, 2003:23).

Permanentno izobraževanje je imperativ sodobnega časa. Zanimiva parola pomembnih ljudi, npr. politikov, gospodarstvenikov in drugih je, da moramo postati družba znanja, v kateri je treba vlagati v razvoj ljudi.

Učimo se vse življenje in to v različnih vlogah - kot posamezniki, zaposleni, družinski člani, predstavniki širše družbene skupnosti. Motivi za učenje lahko izhajajo iz lastne notranje motivacije, čistega veselja do učenja, želje po spoznavanju novega. Lahko pa so motivi zunanji - delodajalci, družinski člani, različne skupnosti, v katerih živimo in ustvarjamo, saj vsi pričakujejo od nas znanje, usposobljenost in potrebne osebne lastnosti.

»Učenje in izobraževanje se pojavlja kot družbena dejavnost in kot posameznikova aktivnost. Pri tem je pomembno, da si posameznik pridobiva znanje, spretnosti in navade na podlagi lastnega prepričanja, želja in interesov, da ima uresničevanje njegovih učnih ciljev zanj poseben pomen, saj si tako z lastno zavestjo oblikuje take učne navade in pristope, ki so v skladu z njegovimi osebnoznimi nagnjenji in mu omogočajo stalno učenje in izobraževanje« (Perme, 1996 v Hoyer, 2004:21).

Z znanjem in razvojem stroke se morata razvijati tudi samozavest in samopodoba medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki sta bistveni za napredek. Timsko delo, partnerstvo, sodelovanje so vrednote, ki jim dajejo določene prednosti, saj razumejo potrebe in pričakovanja ljudi in rizičnih skupin v družbi, razpolagajo z dragocenim znanjem in izkušnjami in razumejo povezave med zdravjem in družbenimi vzorci.

»Jasno je, da nas za doseganje nove podobe medicinske sestre čaka še veliko dela, ki verjetno nikoli ne bo zaključeno in pojavlja se vprašanje, kako doseči tako korenite zasuke miselnosti tistih, ki imajo moč in vpliv ob dejstvu, da je na papirju možno sistem hitro zamenjati, ljudje pa ostanejo isti, z znanjem, navadami, izkušnjami in prepričanji, ki so jih pridobili v preteklosti in jih v kratkem času ni moč spremeniti« (Filej, 2004/a:8).

»Globalizacija zahteva drugačno izobraževanje, ki bo razvijalo zmožnost za učenčev vstop, opazovanje, adaptacijo in uporabo znanja, za neodvisno razmišljanje, treniralo ustrezne presoje in sodelovanje z ostalimi, da bi si lahko osmislili nove situacije. Znanje v starem smislu ostaja količina podatkov, znanje v novem smislu pa postaja zmožnost kombiniranja podatkov v novo spoznanje ali rešitev« (Markič, 2002:82). Tudi avtorja Ovsenik J. in Ovsenik M. (2000) v "sinusoidi" navajata, da je človeku nujno tudi miselno znanje oziroma spoznanje v smeri notranjosti posameznega človeka.

Ne glede na razvoj in izobraževanje pa ostajajo elementi dela medicinskih sester vedno isti, to so znanje, spretnost in empatija. Skozi čas je bil kak element bolj ali manj poudarjen, sedaj pa postajajo navedeni elementi vse bolj uravnoteženi. V središču njihovega dela je pacient kot človek in skrb zanj, čemur je potrebno tudi v prihodnje namenjati vso pozornost. Pomembno je tudi, da si morata teorija in praksa vedno bolj smiselno podajati roke, kar pomeni, da izobraževanje poteka za potrebe prakse in da mora praksa upoštevati teoretična izhodišča.

3.2.2 Kompetence izvajalcev zdravstvene nege

Evropsko ogrodje kvalifikacij (2004) opredeljuje, da vsak posameznik doseže neko kvalifikacijo, ko pristojni organ ugotovi, da je njegovo učenje doseglo določen standard znanja, spretnosti in splošnih kompetenc. Standard znanja ugotavljamo z učnim izidom, ki je nabor znanja, spretnosti, in/ali kompetenc, ki jih je posameznik pridobil in/ali jih je posameznik sposoben dokazati po dokončanem učnem procesu. Učni izidi so izkazi o tem, kar se od učenca pričakuje, da zna, razume in/ali je sposoben storiti na koncu učnega obdobja. Standard učnih izidov se potrjuje s postopkom ocenjevanja in uspešnim dokončanjem izobraževalnega programa.

Kompetenca je sposobnost uporabe znanj in druge zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno, učinkovito in v skladu s standardi delovne uspešnosti, izvrši določeno nalogo, opravi delo ali odigra vlogo v poslovnem procesu. Obsega znanje, veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, vrednote, samopodobo, vse tisto, kar je skupaj precej večje jamstvo za delovni uspeh, kot je to znanje samo po sebi. Kompetenca tudi pomeni »dobro in kakovostno opravljanje določenega dela, ustreznost pogojev za zaposlitev, ustreznost zahtevam za opravljanje določene naloge« (Glossary of labor market terms and standard and curriculum development terms, 1997). Vsak posameznik, da zadosti zahtevam zaposlitve oziroma specifičnim delovnim vlogam, pa se izkazuje s poklicnimi kompetencami, ki pomenijo njegove zmožnosti, da uporablja svoje znanje in sposobnosti.

Može (2005) navaja, da je kompetentnost obseg vseh znanj, spretnosti in sposobnosti, ki so potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim ali kontinuiranim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Može, 2005).

Kompetence so za medicinske sestre pomembne, ker:

- zagotavljajo njeno jasno vlogo in odgovornosti;
- zagotavljajo zaščito javnosti;
- omogočajo prost pretok delovne sile;
- zagotavljajo osnovo za določanje standardov;
- prispevajo k individualni in poklicni odgovornosti;
- pojasnjujejo prispevek medicinskih sester v odnosu do prispevka drugih zdravstvenih strokovnjakov in drugih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu;
- zagotavljajo temelj za pripravo učnega programa za študij zdravstvene nege in za procese ocenjevanja tako v teoretičnih kot v praktičnih okoljih;
- pomagajo pri določanju poklicnih pričakovanj v zvezi z vlogami v zdravstveni negi;
- zagotavljajo osnovo za kriterije uspešnosti, ki so specifični za posamezno delo (ICN, 2003; Mednarodni svet medicinskih sester, 2004).

Opredelitev kompetenc daje osnovo za izobraževalne programe oziroma standarde kvalifikacij, ki izvajalce poklicev v zdravstveni negi pripravljajo na vstop v delo. Omogočajo prost pretok delovne sile in kandidiranje na trgu delovne sile, ter so tudi osnova za vzajemno priznavanje kvalifikacij in licenc med državami.

Kompetence določene z direktivami Evropske unije

Poklic medicinske sestre je reguliran poklic, kar pomeni, da mora posameznik, ki ga želi opravljati, izpolnjevati z zakonom ali drugim predpisom določene pogoje, oziroma mora imeti določene kvalifikacije.

Septembra 2005 je Evropska unija sprejela novo direktivo 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij, ki združuje vse regulirane poklice, ki so bili do tedaj regulirani s posebnimi področnimi direktivami. Členi 31, 32 in 33 opredeljujejo poklic medicinske sestre in v njih so navedene tudi kompetence. Izobraževalni program mora zagotoviti, da oseba pridobi naslednja znanja in veščine:

- ustrezno poznavanje ved, na katerih temelji splošna zdravstvena nega, vključno z zadostnim razumevanjem zgradbe, fizioloških funkcij in obnašanja zdravih in bolnih oseb kakor tudi odnosa med zdravstvenim stanjem človeka ter njegovim fizičnim in družbenim okoljem;
- zadostno poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege;
- ustrezne klinične izkušnje; te izkušnje, ki naj bodo izbrane glede na njihov pomen za usposabljanje, je treba pridobivati pod nadzorom usposobljenega sestrskega osebja ter na krajih, kjer sta število usposobljenega osebja in oprema primerna za zdravstveno nego pacientov;
- sposobnost za sodelovanje pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja in izkušnje pri delu s tem osebjem;
- izkušnje pri delu z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju.

Nacionalne poklicne kompetence so bile usklajene z evropskimi predpisi in so navedene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti.

Nacionalne poklicne kompetence

Nacionalne kompetence diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre so naslednje:

- promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja;
- organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege;
- vodenje negovalnega tima;
- izvajanje zdravstvene nege na podlagi negovalne anamneze, negovalne diagnoze in postavljenih ciljev zdravstvene nege;
- sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov;
- spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje;
- interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika;
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnost;
- pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra;
- raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.

Kompetence tehnika zdravstvene nege so:

- zdravstvena nega posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih;
- pomoč bolniku pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti;
- priprava na diagnostične in terapevtske posege in postopke;
- izvedba enostavnih diagnostično terapevtskih posegov in postopkov;
- sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege;
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnost;
- zdravstvena vzgoja bolnika v okviru tima.

Kompetence glavnih medicinskih sester

Kompetence glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov so seveda drugačne in so zajete v opisu dela.

Opis dela je vsota osnovnih nalog in vsebuje izobrazbo, izkušnje, delavčeve značilnosti (sposobnost, interesi, značaj), fizične zahteve ter delovne pogoje. Opis dela mora biti sodoben, natančen in realen. Izhaja iz analize dela. V opisu dela so naloge razvrščene v logičnem zaporedju, navedene morajo biti točno in natančno, z glagoli, ki opisujejo dejanje. Za določitev pogostnosti naloge uporabljamo izraze dnevno, občasno ali priložnostno, če je ne moremo s procentom celotnega delovnega časa natančno opredeliti. Opis dela je koristen za rekrutiranje, za zaposlovanje in prerazporejanje kadra. Z njim se lahko izognemo konfliktom, frustraciji in prekrivanju nalog (povzeto po Tomey, 2000:305).

Ne smemo zamenjevati poklica z naslovom pridobljenim z določeno stopnjo strokovne izobrazbe. »Poklic je delo, za katero je potrebna usposobljenost, navadno za pridobivanje osnovnih materialnih dobrin« (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 1996), oziroma »področje dela in dejavnosti, ki ga opravlja človek v okviru družbeno ekonomske ureditve kot svojo trajno nalogo in je večinoma hkrati vir za njegovo preživljanje« (Leksikon Cankarjeve založbe, 1973:743). Poklic je statistično analitična enota, v katero se razvrščajo dela, ki so podobna po vsebini in zahtevnosti.

Osnova vsake strukture organizacije je sistemizacija delovnih mest in s tem opis del in nalog zaposlenih. Opisi delovnih mest so temeljni kadrovski instrument. So podlaga za izbor najustrežnejših kadrov. Čimbolj natančni in konkretni so, tem bolj zanesljivo lahko izberemo ljudi, ki bodo določeno delo lahko kar najučinkoviteje opravljali, saj imamo natančno opredeljene zahteve, ki jim morajo kandidati ustrezati. Kadar imamo takšne opise narejene za vsa delovna mesta v organizaciji, govorimo o sistemizaciji delovnih mest. Dobra sistemizacija nam torej omogoča učinkovito selekcijo kadrov, načrtovanje usposabljanja in treningov, napredovanja v skladu z znanji, izkušnjami in dosežki; notranje prerazporeditve; izgradnjo in načrtovanje posameznikove kariere ipd. (<http://www.kadrovanje.com>).

Po Zakonu o delovnih razmerjih je sistemizacija delovnih mest obvezen organizacijski splošni akt pri vsakem delodajalcu (razen pri manjšem z 10 ali manj zaposlenimi). V 2. odstavku 20. člena je zapisano, da je delodajalec »dolžan s splošnim aktom določiti pogoje za opravljanje dela na posameznem delovnem mestu« (<http://www.delavska-participacija.com>).

Izdelava sistemizacije delovnih mest v večjih zavodih ni preprost, še manj pa kratkotrajni podvig. Za vsa delovna mesta je značilno, da se tekom opravljanja dela prilagajajo specifičnim razmeram in ne morejo biti uniformen model ali recept. Sistemizacija delovnih mest se spreminja, dograjuje, razvija, tako kot se spreminjajo zahteve in pristopi k delu. Zato jo moramo sprejeti kot delovni pripomoček, orodje, ki ga moramo nenehno optimizirati za čim večjo učinkovitost.

V zdravstveni negi so nazivi vodilnega delovnega mesta v zavodih različni. Prav tako pa so tudi različni opisi delovnega mesta. »Delovna mesta so osnovne komponente organizacijske strukture s pomočjo katerih organizacija dosega svoje cilje« (Cushway, 1994:40). V opisu delovnega mesta je zapisano vsako delo, ki izhaja iz analize delovnega mesta (ibid, 1994:41; Tomey, 2000:305). Schroeder (1991:112) pa je zapisal, da je opis delovnega mesta splošni instrument, ki definira splošne dolžnosti, odgovornosti in kvalifikacije.

Health Care Leadership Alliance (HLA) je razvila seznam kompetenc za različne zdravstvene poklice v zdravstvenem managementu. Tristo kompetenc je razvrstila v pet skupin: vodenje, komunikacija in odnosi, profesionalizem, znanje in spretnosti posla, poznavanje okolja zdravstvenega sistema (<http://www.healthcareleadershipalliance.org>). Kompetence naj bi služile tudi za pripravo izobraževalnih programov.

Jacobs (2006) (<http://www.arnnl.nf.ca/PDF/>) je razvil konceptualni model razvoja vodenja zdravstvene nege, ki sestoji iz treh komponent: izobraževanje, podpora (na primer: mentorstvo, standardi, kodeks etike, projekti, publikacije) in osebni razvoj (slika 1).

Slika 1: Konceptualni model razvoja vodenja zdravstvene nege



Vir: <http://www.arntl.nf.ca/PDF/>

3.3 Trendi razvoja zdravstvene nege

Razvoj zdravstvene nege v Sloveniji temelji na usmeritvah mednarodnih organizacij, kot so Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN), Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), Evropsko združenje medicinskih sester – European Federation of Nurses – EFN) ob upoštevanju specifičnosti slovenske družbe, kulture, ekonomskih zmožnosti, stopnje razvitosti zdravstvenega sistema, zdravstvene politike in zakonodaje ter epidemiološke situacije.

3.3.1 Raziskovanje v zdravstveni negi

Razvoj stroke lahko poteka le na osnovi znanstvenih ugotovitev, do katerih je možno priti le z raziskovanjem. Raziskovanje praviloma poteka v okviru univerz in njihovih raziskovalnih inštitutov. »Glavna funkcija univerze sta produkcija in širjenje znanstvenega znanja. S tema dejavnostima se ukvarjajo raziskovalci in učitelji različnih disciplin. Običajna vstopnica za samostojno delo je doktorat znanosti« (Pahor, 2000:173).

Raziskovanje v zdravstveni negi je potrebno zaradi razvoja novih znanj, ki v dobro pacientov, družin, skupnosti in samih medicinskih sester izboljšujejo kakovost v zdravstveni negi pacienta in za izboljševanje zdravja (povzeto po Mednarodni svet medicinskih sester, 1996).

Vse do sredine 70. let je bilo raziskovanje v zdravstveni negi usmerjeno na administrativno in izobraževalno področje, šele kasneje se je usmerilo v prakso zdravstvene nege: na kakovost obravnave pacientov, na ustreznost in učinkovitost postopkov zdravstvene nege za krepitev in ohranjanje zdravja ter za preprečevanje bolezni. Dornik in Žumer (2004) pa ugotavljata, da so se raziskovale tudi značilnosti študentov zdravstvene nege v primerjavi z drugimi študenti, zlasti družboslovnih in medicinskih ved. Filej (1996/a) pa opozarja, da v raziskovanju ne smemo pozabiti na prispevek študentov zdravstvene nege, ki v okviru svojih seminarskih in diplomskih nalog izvajajo aplikativne raziskave; na študente zdravstvene vzgoje, ki v projektnih in diplomskih nalogah prispevajo k izboljšanju in večji kakovosti zdravstvene nege v praksi; na vse tiste medicinske sestre, ki v okviru specialističnega študija preučujejo specialna področja zdravstvene nege; in tudi na vse tiste, ki se diplomsko in podiplomsko izobražujejo na različnih fakultetah in tako zdravstveno nego bogatijo z interdisciplinarnimi znanji.

Število raziskav na področju stroke pri nas narašča. Kvas in Seljak (2004) navajata, da se največ raziskav o medicinskih sestrah nanaša na njihovo delo – predvsem kaj in kako delajo medicinske sestre. To so vprašanja o razmejitvi poklicnega področja, avtonomiji pri delu, o organizaciji, odgovornosti, učinkovitosti in stroških ter učinkih negovalnih intervencij in posegov.

Naj omenim le dve največji raziskavi, ki sta potekali v Sloveniji: Količina in kakovost v zdravstveni negi in Medicinske sestre v Sloveniji. Prva raziskava je potekala v sodelovanju

med Zdravstvenim domom Maribor in Katoliško univerzo v Nijmegenu, Nizozemska in je trajala tri leta (1998 – 2001); drugo pa je izvedlo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana leta 2001 in je zajela 1067 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Slednja je raziskovala »lastno poklicno skupino kot izziv, povezan s poklicno pripadnostjo, s pretežno žensko populacijo in značilnostmi stroke, ki se desetletja izgublja ali skriva v senci medicine, pa je vendar neobhodno potrebna za delovanje zdravstvenega sistema v vsaki državi« (Dornik, Žumer, 2004:14).

Raziskovalno delo bo tudi v prihodnje vplivalo na razvoj stroke, izsledki in ugotovitve pa na delo v praksi, kar bo v pomoč pri oblikovanju visokih standardov zdravstvene nege. Pomembno je, da bo zdravstvena nega prepoznala aktualna raziskovalna področja in pripravila prednostne naloge raziskovalnega dela glede na postavljene razvojne usmeritve zdravstvene dejavnosti in strategije razvoja stroke. In kot pravi Cibic (2002) naj bi raziskovalno delo temeljilo na zavedanju o krepitvi raziskovanja in koristni uporabnosti raziskovalnih rezultatov v stvarnem vsakodnevnem delu.

3.3.2 Nove organizacijske oblike in nove naloge

Nekatere dejavnosti, ki smo jih bili do sedaj vajeni, bodo opuščene. Med pomembnejše spremembe sodijo prav gotovo negovalni oddelki v bolnišnicah oziroma negovalne bolnišnice, ki zahtevajo intenzivno izvajanje zdravstvene nege, ko je zdravljenje v glavnem zaključeno. Negovalne oddelke in negovalne bolnišnice bi morale voditi medicinske sestre, ki bi morale organizirati celotno dejavnost.

S konceptom družinskega zdravnika dobivajo medicinske sestre v timu nove naloge, kar pomeni, da bi morala biti v tim vključena tudi diplomirana medicinska sestra, ki je usposobljena za izvajanje zdravstvene vzgoje, ki bi jo naj v celoti prevzela, zdravnik pa bi prevzel le bolj zahtevne primere spreminjanja načina življenja.

Zaradi staranja prebivalstva, hitrejšega odpusta pacientov, dnevne obravnave se na domovih povečuje število težjih pacientov, njihova obravnava je zahtevnejša in tudi dolgotrajnejša. Zaradi povečanega števila pacientov na domu upada preventivna dejavnost v patronažni dejavnosti. Zaradi povečevanja potreb pacientov je patronažnih medicinskih sester premalo,

da bi lahko zadovoljile vse potrebe, zato so velikokrat le v funkciji koordinatorke vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom.

V mnogih državah obstajajo »case managerji« - koordinatorji zdravstvene obravnave. To nalogo najpogosteje izvajajo izkušene medicinske sestre, ki vodijo pacienta skozi sistem zdravstvene obravnave in so povezava med sistemom zdravstvene in socialne obravnave.

Veliko je tudi pokazateljev, da se pacienti vse bolj poslužujejo stikov z zdravstvenimi službami preko telefona, da bi prejeli potrebno informacijo ali nasvet. Tako se število telefonskih razgovorov povečuje in medicinske sestre ter zdravstveni tehniki potrebujejo v ambulantni in dispanzerski dejavnosti že več kot 10% celotnega delovnega časa za komuniciranje po telefonu (Filej, 2004/c). Od vseh prejetih klicev jih je 90% namenjenih medicinski sestri oziroma zdravstvenemu tehniku, ki posredujeta informacije in nasvete v skladu z njihovimi kompetencami. Za svetovanje po telefonu bodo izvajalci zdravstvene nege potrebovali dodatna znanja komunikacije.

3.3.2.1 Negovalni oddelki

Projektna skupina Zbornice zdravstvene nege Slovenije je leta 2000 na predlog Ministrstva za zdravstvo pripravila »Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v Sloveniji«, v skladu s spremenjeno zdravstveno politiko in zahtevami po zmanjšanju ležalne dobe v bolnišnicah in stroškov zdravljenja. Skupina je najprej proučila potrebe po negovalnih posteljah, saj do takrat tozadevnih podatkov ni bilo. Skupina je tudi ugotavljala, koliko pacientov potrebuje kratkotrajno ali dolgotrajno obliko zdravstvene nege po končanem aktivnem zdravljenju v bolnišnicah.

Raziskava je pokazala, da potrebujemo v Sloveniji, ob upoštevanju dejansko zasedenih bolniških posteljah, 4,4 % negovalnih postelj. V vseh državah, ki so ustanovile različne vrste negovalnih oddelkov, so potrebe po negovalnih posteljah podobne. Odstotek se razlikuje glede na organiziranost zdravstvenega sistema in drugih organiziranih oblik zagotavljanja socialne varnosti prebivalstva (Peternelj et al, 2000).

Pri organiziranju negovalnega oddelka je potrebno upoštevati vrsto obolenja pacientov, kar je pomembno za določitev specifičnih kriterijev za sprejem in tudi zgornjo dolžino bivanja v negovalnem oddelku. Večina držav, ki imajo negovalne oddelke, ima omejeno zgornjo dolžino bivanja v kratkotrajnih – prehodnih negovalnih oddelkih na tri mesece. Ta časovna omejitev v negovalnem oddelku je sprejemljiva tudi za naše razmere. Vsekakor ne sme priti do ohlapnosti zahtevanih kriterijev, ker se namembnost negovalnih oddelkov lahko hitro spremeni.

V obravnavo pacienta na negovalnih oddelkih se vključuje multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo: izvajalci zdravstvene nege, zdravniki, fizioterapevti, delovni terapevti in socialni delavci. Socialni delavec ureja domače okolje, ko gre za odpust pacienta, organizira dodatno pomoč na pacientovem domu, ali pa ureja namestitve v socialno varstveni zavod.

Če je lokacija negovalnega oddelka v bolnišnici, mora biti zdravstveno osebje v negovalnem oddelku organizacijsko ločeno. Zaradi odsotnosti diagnostično terapevtskih postopkov v negovalnih oddelkih je potrebno 30 – 40 % manj kadra kot na bolniških oddelkih. Vodja negovalnega oddelka naj bi bila medicinska sestra, odgovorna za organiziranje in vodenje, za rezultate poslovanja in za strokovno raven izvajanja zdravstvene nege in oskrbe pacientov.

Le nekaterim slovenskim bolnišnicam je do sedaj uspelo organizirati negovalne oddelke, saj nekaterim še vedno ni jasno, da gre za neko vmesno organizacijsko obliko med bolnišnico in domom in ne za obliko hospica, ali podaljšanega zdravljenja.

3.3.2.2 Oskrba na domu

Prebivalstvo se stara in povečuje se delež prebivalstva, starega 85 let in več. Spreminjajo se tudi družine, saj današnja družina večinoma šteje dva ali tri člane, pri čemer so vsi zaposleni ali na šolanju. Zato se znotraj družine izgublja funkcija medsebojne pomoči in skrbi za bolne in ostarele, ki potrebujejo pomoč. Zato je potrebno pripraviti posebne programe, predvsem različne oblike pomoči druge osebe na domu. V preteklosti so bile rešitve usmerjene v razvoj institucionalnih oblik oskrbe, ki pa ne more zadovoljiti vseh potreb, poleg tega je taka oblika draga in za mnoge ljudi nesprejemljiva. Mnogim pomeni prehod v institucionalno varstvo

psihološko travmo, ki še poslabša zdravstveno stanje. Zato je potrebno v prvi vrsti razvijati oskrbo ostarelih, osamljenih in bolnih na domu.

Nacionalni program socialnega varstva je določal, da bo z različnimi oblikami pomoči omogočeno starejšim članom čim daljše in dostojno bivanje v dotedanjem okolju. V ta namen naj bi se mreža socialne pomoči in socialni programi razvijali tako, da bo starejšim osebam ponujena posebna organizirana pomoč v bivalnem okolju, kot na primer pomoč v gospodinjstvu in razne oblike socialnega vključevanja. Izvajalci storitev dolgotrajne oskrbe naj bi bili svojci, sorodniki, društva.

Pri tem bo nujno poskrbeti za usposabljanje kadrov, saj gre za specifično in posebej ranljivo skupino ljudi. Če gre za stare ali bolne posameznike, so ti prav gotovo tudi v obravnavi patronažne medicinske sestre, ki izvajajo storitve zdravstvene nege bolnika. Ker je ločnica med zdravstvenim in socialnim področjem zelo tanka, lahko pride do izvajanja storitev nekompetentnih oseb, ki za določeno storitev niso usposobljeni. Zato bo potrebno določiti kriterije oziroma obseg nalog, ki jih bodo tisti, ki bodo vstopali v domače okolje izvajali.

3.3.3 Menedžment in vodenje

V vseh dejavnostih se vse bolj soočamo s pomenom uspešnosti in stroškovne učinkovitosti pri delu ter omejevanjem vseh virov. Če je bil menedžment v začetku rezerviran za industrijo, je bila predvsem v ZDA že kmalu spoznana potreba po celovitem obvladovanju tudi nepridobitnih organizacij (Požun, 2001/b). Zaradi omejenih virov je eden izmed ključnih dejavnikov, ki bi lahko doprinesel k izboljšanju stanja, prav gotovo tudi dobra in racionalna organizacija zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov, ki bi poslovali uspešno in učinkovito v okvirih razpoložljivih virov. Vse pogosteje se ugotavlja, da je menedžment v zdravstvu neučinkovit in da morata »upravljanje in menedžment javnih zdravstvenih zavodov dobiti podobno vlogo, kot jo imata v javnih podjetjih. Menedžment na vseh ravneh bo ocenjevan na podlagi strokovnih in finančnih rezultatov« (Zdravstvena reforma, 2003). V Sloveniji nimamo zdravstvenih menedžerjev, ampak vrhunske zdravnike specialiste, ki opravljajo tudi funkcijo upravljanja in vodenja zdravstvenih ustanov (Ritonja, 1996/a). Tudi socialno varstvene zavode najpogosteje vodijo za menedžment pomanjkljivo izobraženi direktorji.

V svetu in v Evropi ima menedžment zdravstvene nege vedno večji pomen in vlogo. Pozornost menedžmenta je usmerjena k razvoju človeka, k smotni in učinkoviti izrabi človeških virov, usposabljanju vodilnih kadrov, da pridobijo znanje in nove sposobnosti – veščine za področje kadrovskega menedžmenta, ki je izredno pomembno za sodobni razvoj sistemov zdravstva (Bohinc, 1997). Podobnega mnenja sta tudi Florjančič in Novak (2002/a), saj navajata, da so delavci kreativni nosilci uresničevanja poslovne politike in doseganja strateških ciljev in da je človek ključni faktor za povečanje produktivnosti in učinkovitosti.

Odgovornost za produktivnost v zdravstveni negi je potrebno prenesti na medicinske sestre same, prav tako pa morajo voditi same sebe in dana jim mora biti avtonomnost« (Drucker, 2001). Pri tem pa se tako v Evropi kot tudi pri nas zaskrbljujoče pojavlja akutno pomanjkanje medicinskih sester, zato so na evropskem srečanju direktoric in direktorjev zdravstvene nege, kot navaja Požun (2001/b), poudarili pomen preusmeritve pozornosti z menedžmenta na vodenje ljudi.

Rezultati raziskave »Organizacija zdravstvene nege starejših ljudi v okolju socialno varstvenih zavodov« so pokazali, da postajajo organizacije zdravstvene nege starejših ljudi v okolju socialno varstvenih zavodov organizacijsko nestabilne, kar posledično vpliva na njihovo organizacijsko uspešnost in učinkovitost (Prosen, Bohinc, 2002). Menedžment zdravstvene nege prav tako ni avtonomen niti na kadrovskega področju, niti pri vodenju in razpolaganju s sredstvi.

Pri omejevanju virov, so še zlasti izpostavljeni kadrovski viri, saj »živo« delo predstavlja največji finančni strošek. Zdravstvena nega v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih se sooča še z neustreznimi kadrovskimi standardi, ki temeljijo na izkustvenih normativih iz preteklosti in na normativih, ki jih je postavila zdravstvena zavarovalnica in ne na dejanskih obremenitvah izvajalcev zdravstvene nege. Dejansko obremenitev je možno dokazati z razvrščanjem pacientov v kategorije, ki nam povedo, koliko časa medicinske sestre potrebuje pacient v posamezni kategoriji. Raziskava Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego (2006) je potrdila domnevo, da v slovenskih bolnišnicah primanjkuje 1877 (58 %) medicinskih sester in 559 (11,38 %) tehnikov zdravstvene nege. Za socialno varstvene zavode raziskava še ni dokončana.

3.3.4 Kakovost v zdravstveni negi

»Kakovost je pojem, ki ga težko opredelimo. Besedo uporabljamo vsak dan, čeprav ne poznamo točno sprejemljive razlage zanjo« (Filej, Kadivec, Zupančič, 2000:11). Tudi Robida (2004) navaja, da je definicij kakovosti veliko in da praktična definicija govori o kakovosti kot o doslednem ustvarjanju izdelkov / storitev, ki ustrezajo svojemu namenu. Za zdravstvo bi to pomenilo dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšo prakso.

O kakovosti je bilo v Sloveniji že kar nekaj zapisanega. Prvi članki o kakovosti se pojavljajo v sedemdesetih letih in se nanašajo na kakovost pridelovanja hrane, na kakovost zraka in vode in na kakovost prodaje. V osemdesetih je zaslediti članke o kakovosti v proizvodnji. Iz leta 1981 je najti prvi članek o kakovosti v zdravstvu in sicer o kakovosti dela, od leta 1987 pa je člankov na to temo vse več. V tem času izvirnih slovenskih člankov o kakovosti ni zaslediti, saj večina naših avtorjev povzema, v svojih strokovnih delih, teoretična izhodišča o kakovosti tujih strokovnjakov, šele nato so dodane slovenske specifikke za posamezno strokovno področje.

Članki v slovenski periodiki, vsak na svoj način in s svojega vidika, pojasnjujejo kakovost in njene posamezne vidike. Ker je zdravstvo izredno kompleksen sistem, je proučevanje kakovosti zelo zahteven postopek in zahteva angažiranje izkušenih strokovnjakov različnih strokovnih disciplin. Zdravstveni sistem je zato potrebno proučevati iz medicinskega, zdravstveno negovalnega, ekonomskega, organizacijskega, pravnega, etičnega, psihosocialnega, ekološkega in drugih vidikov (povzeto po Ritonja, 1994). Šorli (1996) je zapisal, da so sestavine kakovostne zdravstvene oskrbe: visoka stopnja strokovnosti, učinkovita izraba človeških, finančnih in materialnih virov, čim manjše tveganje za bolnika, zadovoljstvo bolnika in vpliv na njegovo zdravstveno stanje, ter, da tvorijo celokupno kakovost sistema zdravstvenega varstva strokovna (preventiva, diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija), družbena (upravljanje oziroma vodenje ustanov ter sistema zdravstvenega varstva) in laična (uslužnostne, nezdravstvene storitve) kakovost. Arnavtovič, Škrabl (2007) povzemata po avtorjih Parasuraman, Zeithaml, Berry naslednje dimenzije kakovosti: urejenost (videz objektov, opreme, osebja in komunikacijskega gradiva); zanesljivost (sposobnost opraviti obljubljeni storitev zanesljivo in natančno); odzivnost (pripravljenost pomagati strankam in jim ponuditi takojšnjo storitev); strokovnost (potrebno znanje in sposobnost za

izvedbo storitve); ustrežljivost (vljudnost, spoštovanje, pozornost in prijaznost kontaktnega osebja); verodostojnost (zaupanje, poštenost izvajalca storitve); varnost (skrb za odpravo tveganj, nevarnosti ali dvomov); dostopnost (razpoložljivost storitev in enostavnost stika z izvajalcem); komunikacija (sprotno obveščanje strank v njim razumljivem jeziku); razumevanje strank (prizadevanja za nenehno spoznavanje značilnosti strank in njihovih potreb).

»Kakovost zdravstvene nege temelji na filozofiji, ki odgovarja na vrsto vprašanj, s katerimi se srečuje vsak izvajalec zdravstvene nege. Sem spadajo vprašanja o profesiji, njenih ciljih, odnosih med izvajalci zdravstvene nege in varovanci, o raziskovalnem delu, menedžment, sodelovanje v timih, o izobraževanju in različnih vrednotah. Vrednote so pomemben del posameznikove osebnosti in tudi poklicnih skupin – izvajalcev zdravstvene nege« (Filej, Kadivec, Zupančič, 2000:7, Kersnič, 2002:21). Kersnič (2002) še navaja, da so vrednote v zdravstveni negi tesno povezane s temeljnimi etičnimi načeli, kot so človeško dostojanstvo, enakost, solidarnost in strokovna etika.

Izvajalci zdravstvene nege so leta 1994 oblikovali svojo poklicno etiko v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Opredeljena načela imajo namen, da izvajalcem zdravstvene nege pomagajo oblikovati etične vrednote, ki so vodilo za vzpodbudo za vsakdanje delo. Za tiste, ki vstopajo v poklic, je kodeks za oporo pri oblikovanju lastnih moralnih stališč, je vir znanja in vir refleksije. Za tiste, ki imajo že nekaj poklicne prakse, pa je kodeks podlaga za etično presojo lastnega dela.

Po avtorici Sekavčnik (1997) je kakovost v zdravstveni negi kakovost metodologije in tehnologije dela, ki jo označujejo učinkovitost, strokovnost, spretnost, varnost, skrbnost in primernost; kakovost zaposlenih, ki jo označujejo medsebojni odnosi, sposobnost spoštovanja osebnosti pacientov in njihove avtonomije in enakopravnosti, zaupanje in posredovanje ustreznih informacij ter kakovost organiziranja, ki jo označujejo neprekinjenost, varnost in udobnost.

Brus in Zupančič (1997) ugotavljata, da je možno izvajanje zdravstvene nege na želeni kakovostni ravni le, če so za to zagotovljeni določeni pogoji, kot so: prostor in oprema, usposobljenost kadrov, organizacija dela, delitev dela, delitev in prevzem odgovornosti,

materialni pogoji, urejeni medsebojni odnosi, upoštevanje standardov in normativov ter z zakonom določenih pogojev dela. Izpostavljata tudi pomen organizacije zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti, problem delitve dela in odgovornosti, neustreznost ali odsotnost kadrovskih, časovnih in strokovnih normativov.

Literatura o kakovosti tudi navaja, da:

- je kakovost naloga vseh zdravstvenih strokovnjakov;
- kakovost poleg zdravstvenih strokovnjakov vključuje tudi uporabnike zdravstvenih storitev – paciente;
- kakovost vključuje vse nivoje organizacije;
- je za zagotavljanje kakovosti potrebno izobraževanje kadrov;
- je zagotavljanje kakovosti v zdravstvenih institucijah v veliki meri odvisno od managementa.

Prebivalci v Sloveniji imajo pravico do kakovostne in varne zdravstvene obravnave, zato so zavodi in posamezniki, ki nudijo zdravstveno oskrbo ali so kako drugače povezani z njo, dolžni upoštevati »najmanj šest načel kakovosti zdravstvene obravnave: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost, osredotočanje na paciente« (Robida, 2004).

4 SISTEMSKI POGLED NA ORGANIZACIJO

Teorija pozna več definicij pojma »sistem«. Najpogosteje avtorji navajajo, da pomeni »sistem zbir objektov, povezanih z določeno obliko urejenih medsebojnih aktivnosti in soodvisnosti. Lahko pa je sistem tudi skupina različnih naravno povezanih enot ali enot, ki predstavljajo različne organizacije oziroma aktivnosti ljudi, ki so v takšnem medsebojnem odnosu, da predstavljajo celoto in delujejo ali se gibljejo usklajeno oziroma v podrejenosti določeni obliki nadzora. Sistem je lahko tudi nekaj, kar obstaja le v mislih opazovalcev, ki proučujejo določeno področje« (Toth, 2003:93).

»Po Bertalanffyju, utemeljitelju systemske teorije, je nek sistem množica medsebojno povezanih elementov p_1, p_2, p_3, \dots , ki so kvantitativno opredeljeni s količinami q_1, q_2, q_3, \dots . Podobno definicijo so sprejeli tudi drugi avtorji. Tako npr. Berg in Kuhlmann razumeta pod pojmom sistem: množico objektov oz. elementov med katerimi obstajajo določena razmerja ali pa je le-ta mogoče vzpostaviti« (http://www.bf.uni-lj.si/iae/udovc/sis_teorija.doc).

Sistem je množica medsebojno povezanih sestavnih delov, ki delujejo kot celota za doseganje skupnih smotrov. Systemski pristop je zasnovan na teoriji sistemov in pomeni gledanje organizacije kot sistema, sestavljenega iz sestavin, ki deluje v okolju v razmerjih z drugimi sistemi. Sistem ima svoje smotre in cilje, ki se uresničujejo v izidih na temelju petih sestavin: vložek v sistem, procesi preoblikovanja, izidi, povratna zanka in okolje. Vložki v sistem so material, ljudje, sredstva (finančna in nematerialna) in informacijske zmožnosti, ki jih uporabimo za izdelovanje izdelkov ali izvajanje storitev. Proces preoblikovanja je povezan z uporabo tehnologij, za transformacijo vložkov v izide. Izidi vključujejo izdelke in storitve, ki jih organizacija proizvaja. Povratna zanka nam daje vedenje o izidih s katero uravnavamo naslednji ciklus procesa (Markič, 2002).

Vse navedene definicije so sicer zelo splošne, a kažejo na širino in najpomembnejše značilnosti sistemov. Iz njih izhaja, da lahko o sistemu govorimo le, kadar na nekem področju deluje veliko različnih enot, ki so v medsebojnem aktivnem odnosu in soodvisnosti in pri tem zasledujejo isti skupni cilj. Poudarek pa je vedno na medsebojni aktivni soodvisnosti enot oziroma sestavin sistema. Enote, ki sodelujejo v sistemu, imenujemo tudi elementi sistema. Za njih ne obstajajo nikakršne vsebinske omejitve, tako da lahko s to oznako zajamemo vse

obstoječe stvari in stanja. Pogosto predstavlja posamezni element najmanjšo še predstavljivo oziroma še zanimivo enoto znotraj sistema.

Glede na naravo in število elementov v sistemu, področja njihovega delovanja in zastavljene cilje, delimo sisteme v različne skupine, npr. enostavne in kompleksne sisteme; mehanske, naravne in družbene sisteme; odprte, zaprte in dinamične sisteme; stabilne in nestabilne sisteme (Toth, 2003). Glede na raven preučevanja sistema pa lahko sisteme hierarhično razvrstimo v sisteme nižjega in sisteme višjega reda. Vedno je možno, da nek element preide v podsistem ali celo v sistem in obratno.

Strokovno in znanstveno proučevanje sistemov imenujemo tudi sistemska analiza ali sistemski pristop. Ker je proučevanje sistemov z velikim številom elementov težavno in zapleteno, si lahko pomagamo tako, da sistem zavestno in umetno razdelimo v manjše dele ali podsisteme. Te zaokrožimo tako, da povežemo med seboj najbolj sorodne elemente oziroma tiste, ki imajo v sistemu podobne naloge ali aktivnosti ali proizvajajo del, ki je lahko samostojen, čeprav ne predstavlja končnega cilja sistema, ali med njimi obstajajo močnejše povezave, kakor pa je to značilno za povezave s preostalimi elementi oziroma z okoljem. Določanje podsistemov je umetno in je stvar odločitve ali potreb sistemskih analitikov, da lahko z njimi podrobneje spremljajo in proučujejo delovanje posameznih elementov ter delov sistema. S tem lahko zaznajo, pri kateri sestavini so potrebne spremembe in izboljšave, da bi celotni sistem dosegal pričakovane oziroma boljše rezultate.

Vse organizme in organizacije lahko opredelimo kot odprte, dinamične sisteme. Za nek odprt dinamičen sistem velja, da v njem poteka proces spremembe sistemskih inputov v določene sistemske outpute oz. stanja. Pri tem procesu so soudeleženi tudi t.i. sistemski parametri, ki opredeljujejo vrsto potekajočega transformacijskega procesa, pri čemer pa se sami ne transformirajo. S pojmom sistemski parametri označujemo tiste količine, ki v časovnem obdobju, ko opazujemo sistem, ostanejo nespremenjene

(http://www.bf.uni-lj.si/iae/udovc/sis_teorija.doc).

»Delujoči sistem ima naslednje elemente: vhod (input – energetski, materialni in informacijski tok), procesor (organizacija) in rezultat (output). Razlikujemo lahko tudi strukturirane in nestrukturirane sisteme. Strukturirani sistemi imajo točno določene vhode,

njihovo delovanje je težko spraviti v nered, dosti točno – v okviru določenih meja – pa je možno predvideti njihove rezultate. Pri nestrukturiranih sistemih pa vhodi varirajo po količini in kvaliteti, delovanje je izpostavljeno motnjam, rezultati pa so dosti manj predvidljivi. Čim manj je sistem strukturiran in statičen, tem manjša je zanesljivost poteka njegovih procesov glede na rezultat« (Florjančič, Vukovič, 1999:52).

Prioriteta delovanja organizacije (sistema) je zadovoljstvo uporabnika storitev v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih. Ponudnik storitev se mora prilagajati uporabniku storitev in ne obratno. Organizacija mora stalno vzdrževati stike s svojimi odjemalci, jim skušati ustreči, poznati njihove želje in potrebe, vzpostaviti z njimi partnerske odnose. Organizacija mora biti odprta v okolje. Nobena organizacija, če želi biti uspešna v današnjih pogojih, se ne sme obnašati samozadostno in zaprto v meje lastnih dosežkov in interesov. Prilagajanje zahtevam odjemalca storitev je gonilo odprtosti organizacije.

V tržni družbi je naloga vodij, da neprestano zaznavajo vplive družbe in jih s pomočjo organizacije učinkovito preoblikujejo v uspeh organizacije in ne v njeno vegetiranje. Pri tem teoretiki svetujejo različne poudarke: na ljudi, finančna sredstva, naloge, proces odločanja itd. Za dobro vodenje je značilno, da upošteva medsebojno odvisnost vseh funkcij. To je bistvo systemskega gledanja. Pomembna je aktivnost vodij in delovanje intervencijskih variabel (politike, države, domačega in tujega tržišča, razvoja tehnologije in znanja itd.), ki usmerjajo spreminjanje inputa: ljudi in sredstev v merljive outpute – rezultate: proizvode in storitve ter s tem povezano zadovoljevanje želja zaposlenih in obenem tudi realizacijo ciljev skupnosti (Florjančič, Vukovič, 1999).

Organizacija ima vedno večji pomen tako za človeka kot tudi za vso družbo, saj smo le preko organizacij sposobni zadovoljevati večino svojih potreb. Samo tisti, ki uspešno obvladujejo organizacije, prispevajo svoj delež h gospodarskemu in splošno družbenemu napredku. Pojem organizacije v teoriji in praksi ni enotno opredeljen. Vzrokov za različno pojmovanje organizacije je veliko. Med njimi je odločilen ta, da se z raziskovanjem organizacije in organiziranja v praksi ukvarjajo ljudje različnih poklicev (Ivanko v Možina et al, 2002).

Teoretiki, ki proučujejo organizacijske teorije, so se zedinili, da je organizacija odprt sistem, »ki deluje v kompleksnem in negotovem okolju« (Ovsenik, Ambrož, 2000). Organizacija je

torej odprta v okolje in je od njega tudi odvisna. Z okoljem ima dinamične interakcije, zato ne more v celoti avtonomno delovati, čeprav se »težnje po avtonomiji sistemov z naraščanjem kompleksnosti še povečujejo« (ibid, 2000). Za današnje organizacije lahko trdimo, da učinkovito izrabljajo vedno več energije in informacij, kar omogoča bolj kakovostno izrabo virov.

Organizacija je produkcijski sistem, za katerega je značilno vzajemno vplivanje med organizacijo in okoljem. Iz okolja sprejema input, ki ga spreminja v output in ga ponudi okolju. Organizacijsko okolje samo, je višje organiziran sistem, ki je sestavljen iz lastnih podsistemov. V okolju so štirje glavni podsistemi: ekonomski, tehnološki, socio-kulturni in politični. Okolje, v katerem deluje organizacija kot sistem, je tako kompleksno, da se organizacija kot celota pogosto ni sposobna soočiti s takšno kompleksnostjo. Zaradi tega se tudi sama deli v dele – podsisteme, ki so specializirani za soočanje z določenimi variablami v okolju. Če so te specialne naloge še vedno prekompleksne, se podsistemi lahko delijo še naprej. Razumljivo pa je, da se sistem kot celota lahko bolje sooča z določenimi problemi v okolju, kot pa posamezni deli

(http://www.accel-team.com/business_process/systems_analysis_06.html).

Organizacija so ljudje, ne (le) predali organizacijskih shem. Zato je uspeh sleherne organizacije usodno odvisen od komuniciranja med in z ljudmi. Izzivi iz današnjega globalnega okolja narekujejo nenehno spreminjanje organizacij. Pri tem pa niso dovolj še tako domišljene strategije, če jih zaposleni niso pripravljene ali sposobni uresničiti. Metode motiviranja in komuniciranja z in med zaposlenimi izpred nekaj let so danes že povsem neuporabne. Zaposleni namreč vse bolj postajajo ne le »dobavitelji« dela, temveč prinašajo tudi novo znanje in kapital. Obravnava zaposlenih kot premoženja in ne kot stroška, je izhodišče nove paradigme internega organizacijskega komuniciranja, ki presega nekdanje enosmerno obveščanje zaposlenih: prehaja namreč od preprostega informiranja, preko enosmerne in vse bolj tudi dvosmerne komuniciranja, od usposabljanja in izobraževanja do motiviranja ter navsezadnje do participacije zaposlenih pri upravljanju in s tem delitve odgovornosti. Tako zaposleni najbolje vedo ne le »kaj« jim je storiti, ampak tudi »zakaj« to počnejo

(http://www.bf.uni-lj.si/iae/udovc/sis_teorija.doc).

4.1 Zdravstveno in socialno varstvo kot sistem

Tudi zdravstveno varstvo je možno opredeliti kot »kakršnokoli skupino prvin (delov, stvari, pojavov), katerih medsebojni odnosi slonijo na določenih zakonih ali načelih« (Česen, 1998), torej kot sistem. Sisteme delimo na naravne, tehnične in organizacijske.

Opredelitev sistema zdravstvenega varstva je več. Toth (2003) na primer navaja, da je »sistem zdravstvenega varstva mogoče razumeti in opredeliti na različne načine. Najširša definicija sistema zdravstvenega varstva je logična izvedba pojmovanja zdravja kot fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja. V tem primeru zajema sistem zdravstvenega varstva celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje. To bi bila definicija sistema v najširšem smislu besed, pomeni pa vso politiko in napore za izboljšanje zdravja«. Letica (1989) je opredelil sistem zdravstvenega varstva kot »specializirani družbeni podsistem, ki se ukvarja z biološkimi in psihološkimi motnjami in problemi človeka posameznika ali širših družbenih skupin prebivalstva« (Česen, 1998:10). Česen (1998) tudi opredeljuje sistem zdravstvenega varstva iz ekonomskega vidika in sicer kot družbeni mehanizem, ki spreminja splošne vire – inpute (človeške, materialne, finančne) v specializirane učinke – outpute (zdravstvene storitve) in v prave učinke zdravstvenih aktivnosti – outcome (zdravstvene rezultate), ki so usmerjeni v zdravstvene probleme dane družbe.

Brus (1994:25) sicer pravi, da »opredelitev zdravstvene dejavnosti kot poslovno organizacijskega sistema ni tako enostavna in lahka. Razlogov za to je več, najpomembnejša med njimi pa sta dva, in sicer:

- zdravstvena dejavnost ni proizvajalna dejavnost, kjer bi se neposredno ustvarjala nova vrednost, zato tu veljajo posebni pogoji za organiziranje delovnih procesov in ekonomske specifičnosti pri vrednotenju opravljenih storitev, in
- pri opredeljevanju značilnosti sistema zdravstvene dejavnosti je potrebno neobhodno upoštevati vse označbe in posebnosti, ki so prisotne v procesih dela pri samem delovanju sistema zdravstvene dejavnosti in v interakciji sistema z okoljem«.

Zdravstvena dejavnost predstavlja določen organizacijski sistem, ki ga lahko opredelimo kot kompleksni sistem, ki je dinamičen in kompliciran. Kompleksen sistem sestoji iz mnogih komponent in povezav, ki se intenzivno spreminjajo zaradi sprememb v notranjem in zunanjem okolju sistema. Zdravstvena dejavnost je ciljno usmerjen družbeni sistem, ustvarjen za zadovoljevanje zdravstvenih in socialnih potreb prebivalstva. Sestoji iz mnogih organizacijskih subjektov, različnih po obsegu in vsebini dejavnosti, po obsegu in strukturi virov, po zahtevnosti zdravstvene obravnave, po načinih izvajanja zdravstvenih storitev in po oblikah organizacijskega povezovanja. Navedene sestavine se nenehno spreminjajo zaradi sprememb v notranjem in zunanjem okolju sistema (staranje prebivalstva, pojavi novih bolezni, razvoj znanosti, spremembe politične ureditve, zdravstvene zakonodaje in načinov financiranja zdravstva, vplivov javnosti na sistem itd.). Sistem zdravstvene dejavnosti je odprt sistem, za katerega je značilen izjemno velik pomen interakcij med okoljem in sestavinami sistema. Iz okolja sprejema kadrovske, materialne, informacijske in druge vire, jih preoblikuje (izvajanje zdravstvenih storitev, managerskih nalog) in jih oddaja v okolje v različnih oblikah (zdravstvene storitve, informacije, itd.). Okolje sistema je kompleksno, strukturirano (socialno, ekonomsko, politično, ekološko okolje) in spremenljivo. Prilagajanje sistema in njegovih sestavin spremembam in vplivom okolja zahteva visoko stopnjo fleksibilnosti, kreativnosti, samoorganiziranja, samokontrole, učenja in raziskovanja (povzeto po Ritonja, 1996/b).

»Dejavniki okolja, poklicani in nepoklicani, se radi vtikajo v življenje zavoda, tudi kadar to ni potrebno. Veliko je trajnih poslovnih odnosov med zavodom in pomembnimi zunanjimi udeleženci v upravljanju in poslovanju zavoda (ustanovitelj, uporabniki, dobavitelji, javnosti)« (Česen, 2003:25).

Sistem zdravstvene dejavnosti lahko razdelimo funkcionalno in organizacijsko. Funkcionalno ga delimo na dva podsistema, in sicer na medicinski in nemedicinski podsistem. Medicinski podsistem obsega vsa področja zdravstvene dejavnosti, ki se nanašajo na storitve, povezane z zdravljenjem in krepitevijo zdravja občana. Nemedicinski podsistem pokriva tista področja dejavnosti, ki so potrebna za delovanje celotnega sistema zdravstvene dejavnosti in vsakega njenega dela posebej. Organizacijsko se zdravstvena dejavnost, kot oblika in vsebina zdravstvenega varstva, povezuje v določene ravni zdravstvene dejavnosti.

Pri socialnem varstvu gre za uresničevanje specifičnih načel, programov, pravic in dajatev, s katerimi se državljanom zagotavlja socialna varnost. Milošević Arnold, Poštrak (2003) navajata, da se pojmovanje socialnega varstva bistveno razlikuje v ožjem in širšem smislu. Dejstvo je, da temeljne tendence in programi vsakega sistema socialnega varstva odsevajo vrednote družbenega sistema. V širšem smislu je socialno varstvo sistem, dajatev in storitev, ki ljudem pomagajo zadovoljevati tiste socialne, ekonomske, izobraževalne in zdravstvene potrebe, ki so bistvene za vzdrževanje družbe, torej ne gre le zgolj za zagotavljanje temeljnih življenjskih potrebščin, ki so nujne za preživetje, temveč tudi za zadovoljevanje vseh tistih potreb, ki so pomembne za psihološko dobro počutje in za družbeno ustvarjalnost ljudi.

Socialno varstvo je danes velik, raznolik in kompleksen sistem, ki se spreminja tako, kot se spreminja družba (okolje sistema). Socialno skrbstvo je podsistem socialnega varstva v širšem smislu in je istovetno s socialnim varstvom v ožjem smislu. »Socialno skrbstvo je bilo stoletja dolgo namenjeno predvsem posebnim kategorijam ali skupinam ljudi, ki so bili že zaradi dejstva, da imajo socialnoskrbstvene potrebe, močno stigmatizirani. Verjetno smo pri nas prav iz tega razloga pojem socialno skrbstvo ob sprejemanju sedaj veljavne zakonodaje opustili« (Milošević Arnold, Poštrak, 2003:19). Organizacijske oblike socialnega varstva so: center za socialno delo, dom za starejše, posebni socialnovarstveni zavod za odrasle, varstvenodelovni center, dom za otroke in socialno varstveni zavod za usposabljanje (Cijan V., Cijan R., 2003).

Zdravstvena kakor tudi socialna dejavnost kot organizacijska sistema ne sodita med proizvodne dejavnosti, saj »ne proizvajata materialnih ali ekonomskih dobrin« (Drucker, 2001), vendar pa končni rezultati – zdravje in kakovost življenja vplivajo na ustvarjanje nove vrednosti in na povečanje ali zmanjševanje nacionalnega dohodka. V tem procesu je potrebno bolj kot drugje upoštevati interakcijo sistema z okoljem in upoštevati kakovost opravljenih zdravstvenih in socialnih storitev, ki jih lahko dosežemo tudi z racionalno organizacijsko strukturo, ki naj prispeva k povečanju učinkovitosti in uspešnosti vodenja.

Zdravstveno varstvo obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi je zagotovljena socialna varnost med boleznijo, poškodbami, porodom ali smrtjo (Cijan, 1999:27).

Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev (Cijan, 1999:41).

4.1.1 Socialno varstvena dejavnost

Po zakonu o socialnem varstvu socialnovarstvena dejavnost obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva. Država zagotavlja in razvija delovanje socialnovarstvenih zavodov, ustvarja pogoje za zasebno delo v socialnovarstveni dejavnosti ter podpira in vzpodbuja razvoj samopomoči, neodvisnega življenja invalidov ter drugih oblik prostovoljnega dela na področju socialnega varstva. Pravice iz socialnega varstva po tem zakonu obsegajo storitve in ukrepe namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk posameznikov, družin in skupin prebivalstva ter dajatve, namenjene tistim posameznikom, ki si sami materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati.

Izhodišče pri določanju nacionalnih ciljev socialnega varstva je zagotavljanje kakovosti življenja posameznikov, družin in skupin prebivalstva zlasti na področjih življenjskega standarda in osebnostnega razvoja ter preprečevanje revščine in socialne izključenosti. Pravice do storitev in dajatev socialnega varstva se uveljavljajo po načelih enake dostopnosti in proste izbire oblik za vse upravičence pod pogoji, ki jih določa zakon in po načelih socialne pravičnosti (Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005).

Zakon o socialnem varstvu predvideva kot javni socialnovarstveni zavod tudi dom za starejše, ki opravlja institucionalno varstvo starejših ter pomoč posamezniku in družini na domu. Dom za starejše opravlja tudi naloge, ki obsegajo priprave okolja, družine in posameznikov na starost. Dom za starejše lahko opravlja tudi gospodarsko dejavnost, če je ta namenjena višji kakovosti življenja in varstva starejših občanov (Cijan V., Cijan R., 2003). Domovi so nosilci razvoja skrbi za starejše v svojem širšem okolju v skladu s potrebami prebivalstva. V ta razvoj vključujejo tudi druge subjekte, delujoče na področju skrbi za starejše. Z drugimi subjekti se povezujejo zaradi zagotavljanja celovite oskrbe starejših prebivalcev in z namenom povečanja kakovosti in racionalnega opravljanja dejavnosti. Domovi so tudi lokalni nosilci vključevanja različnih asociacij civilne družbe v skupno skrb za starejše.

Domovi za starejše občane obsegajo vse oblike pomoči, s katerim se upravičencem po zakonu nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine, zlasti pa bivanje, organizirana prehrana in varstvo ter zdravstveno varstvo. Zdravstveno varstvo v socialno varstvenem zavodu se izvaja po zakonu o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 23/2005, uradno prečiščeno besedilo – ZZDej – UPB2), ki v 7. členu navaja, da osnovna zdravstvena dejavnost obsega... »zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialno varstvenih zavodih«. 8. člen pa navaja, da »opravljajo socialno varstveni zavodi ... zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo za svoje oskrbovance«.

Zdravje prebivalstva je odvisno od kakovosti življenja in obratno, zato se zdravstvena in socialna dejavnost močno prepletata in dopolnjujeta.

4.1.2 Bolnišnična dejavnost

Po zakonu o zdravstveni dejavnosti obsega specialistična bolnišnična dejavnost poglobljeno diagnostiko, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah. Za to dejavnost mora imeti bolnišnica v svoji sestavi:

- potrebne posteljne zmogljivosti in enote za:
- specialistično ambulantno zdravljenje,
- nujno medicinsko pomoč,
- anesteziološko dejavnost z reanimacijo,
- laboratorijsko, rentgensko in drugo diagnostiko v skladu s svojo strokovno usmeritvijo,
- preskrbo z zdravili,

ter imeti zagotovljeno:

- reševalno službo,
- ambulantno medicinsko rehabilitacijo,
- preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki (oddelek za transfuzijo krvi), če to zahteva narava njenega dela,
- patoanatomska dejavnost.

Bolnišnica je javni zdravstveni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni. In sicer opravlja specialistično hospitalno in specialistično ambulantno zdravstveno varstvo prebivalstva. Bolnišnica je v vsej svoji dejavnosti specialistični zdravstveni zavod.

Bolnišnica sprejema na hospitalno zdravljenje paciente, ki jim je potrebno stalno zdravstveno nadzorstvo, v svojih specialističnih ambulantah pa obravnava »notranje«, tj. hospitalizirane paciente za potrebe bolnišnice ter »zunanje« paciente, ki jih izbrani zdravniki z napotnico pošljejo v specialistično ambulanto bolnišnice – da da strokovno mnenje in navodilo za nadaljnje zdravljenje.

Po svojem namenu so bolnišnice:

- splošne bolnišnice – za zdravljenje več vrst bolezni,
- specialne bolnišnice – za zdravljenje posameznih vrst bolezni ali bolezni določenih bioloških skupin.

Splošna bolnišnica mora imeti najmanj štiri oddelke – kirurški, interni, ginekološko porodniški in pediatrični. V Sloveniji je 11 splošnih bolnišnic.

Zakon je notranjo organizacijo bolnišnic določil le okvirno. V teh okvirih določijo svojo notranjo organizacijo bolnišnice same, vendar je pri tem organizacija vedno ločena na medicinski sektor z zdravstvenimi enotami (oddelki, ambulante itd.), ki opravljajo zdravstvene storitve in nemedicinski sektor, ki opravlja drugo dejavnost (finančno ekonomsko, administrativno in kadrovsko ter tehnično oskrbovalno). Za skupne potrebe bolnišnice služijo naslednje dejavnosti: laboratorijska, rentgenološka, anesteziološka z reanimacijo, preskrba z zdravili, fizioterapija z medicinsko rehabilitacijo, transfuzija krvi, prosektura, higienska služba, sterilizacija, socialna služba in druge (povzeto po Mally, 1993).

Bolnišnica lahko opravlja tudi dispanzersko dejavnost s področja pulmologije, nevropsihiatrije, dermatovenerologije in ginekologije, če te dejavnosti niso organizirane v osnovni zdravstveni dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992).

4.1.3 Osnovna zdravstvena dejavnost

Skladno z zakonsko opredelitvijo osnovne zdravstvene dejavnosti kot področja zdravstvenega varstva in dejavnosti zdravstvenega doma zajema notranja strokovna organizacija zdravstvenega doma obvezne dejavnosti:

- splošno medicino,
- zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine,
- medicino dela, prometa in športa s fizioterapijo,
- pnevmoftizilogijo,
- mladinsko in splošno zobozdravstvo,
- patronažno varstvo,
- laboratorijsko in drugo diagnostiko,
- nujno medicinsko pomoč z reševalno službo (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992).

V osnovni zdravstveni dejavnosti se izvajajo tudi učne delavnice za odraslo populacijo (moški v starosti od 35 do 65 let, ženske v starosti 45 do 65 let). Zdravstveno vzgojni program se izvaja v naslednjih učnih delavnicah: promocija zdravja in dejavniki tveganja, zdravo hujšanje, zdrava prehrana, da, opuščam kajenje. V nekaterih zdravstvenih domovih so diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre in profesorice zdravstvene vzgoje edine organizatorice in izvajalke navedenih zdravstveno vzgojnih programov.

V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti se izvaja tudi patronažna zdravstvena nega, ki obsega aktivno zdravstveno socialno varstvo posameznikov in družin, ki so zaradi svojih bioloških posebnosti posebej občutljive na vplive iz svojega okolja. Deluje na domovih pacientov in v lokalni skupnosti. Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni (zdravstvena nega bolnika na domu). Nosilka patronažne zdravstvene nege je patronažna medicinska sestra (diplomirana ali višja medicinska sestra), ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in obnašanja ter opozarja na rizične faktorje, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in s stresom. Ocenjuje kdo, kdaj in kaj je sposoben posameznik ali družina storiti zase in česa ne. »Patronažna medicinska

sestra je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom« (Obrazložitev dejavnosti patronažne zdravstvene nege, 2003).

Naloga zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju je tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter socialno-varstvenimi, vzgojno izobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja.

Zdravstveni dom je javni zdravstveni zavod, ki se ustanovi za območje občine, več občin ali mesta ob upoštevanju zbolewnosti prebivalstva, naseljenosti in prometnih povezav. V organizaciji zdravstvenega varstva je temeljni zdravstveni zavod in je prvi v sklopu zdravstvenih zavodov, saj opravlja dejavnost na primarni ravni in sicer vso izvenbolnišnično dejavnost. Je ljudem najbližji in le-ti lahko z njegovo napotnico – napotnico izbranega zdravnika - pridejo v strokovno višje organizirane zavode.

V skladu z zakonom opravlja zdravstveni dom naslednje naloge: preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalstva; nujno medicinsko pomoč; splošno ambulantno in dispanzersko zdravstveno varstvo; varstvo žensk, dojenčkov, malih otrok, predšolskih otrok in mladine; zagotavlja družinsko medicino; izvaja zdravstveno varstvo delavcev pri delu; preventivno in kurativno zobozdravstveno varstvo; preprečuje in zatira nalezljive in druge bolezni in daje predloge za izboljšanje splošne higijene; organizira in izvaja patronažno službo; zdravstveno vzgojno dejavnost; zagotavlja reševalno službo.

Poleg zdravstvenih domov opravljajo zdravstveno dejavnost na primarni ravni še zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci (povzeto po Mally, 1993).

4.2 Zdravstvena nega kot podsistem

»Splošna teorija sistemov predstavlja interdisciplinarno področje, v katerem se vsak objekt, vsak pojav in vsak proces obravnavajo kot del širše medsebojno odvisne celote« (Kersnič, 1997:11). Zato lahko dejavnost zdravstvene nege v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih opredelimo kot podsistem, prav tako tudi v sistemu zdravstvenega varstva, v katerem zdravstvena nega »skrbi za svoje usklajeno in organizirano delovanje. Namen organiziranja

zdravstvene nege tam, kjer so negovalne intervencije sestavni del zdravstvenih storitev, je zagotavljanje najvišje možne kakovosti teh storitev, holistična obravnava bolnikov/varovancev, racionalna in učinkovita poraba finančnih sredstev in vseh drugih resursov, potrebam in zahtevam prilagojeno razporejanje strokovnih kadrov, krepitev delovanja in sodelovanje negovalnega in zdravstvenega tima ter doseganja osebnih in profesionalnih potreb izvajalcev zdravstvene nege (Kersnič, 1997:4).

Burke (2002) meni, da je kakršnakoli človeška organizacija boljše razumljena kot odprt sistem. Organizacija je odprta zaradi njene odvisnosti in kontinuiranih interakcij z okoljem v katerem deluje. Zaprti sistemi obstajajo le v neživem svetu. Za preživetje organizacija jemlje iz okolja energijo, ki je širše definirana in lahko vključuje denar, neobdelan material ali delo ljudi. Ta energija se nato transformira v produkt ali storitev, ki jo nato organizacija vrne v okolje.

Zato dejavnost zdravstvene nege lahko opazujemo tudi kot odprt sistem, na katero vpliva okolje. Zaradi tradicionalnega videnja medicinskih sester dejavnost zdravstvene nege v praksi »še vedno ni strokovno in organizacijsko samostojna dejavnost in tako tudi ni primerljiva z razvitim svetom« (Skela Savič, 2003:216). Dejavnost zdravstvene nege in »menedžment zdravstvene nege ni avtonomen na kadrovskega področju, pri vodenju ter razpolaganju s sredstvi« (Požun, 2003:10). To pomeni, da je dejavnost zdravstvene nege iz systemskega vidika omejena pri odločanju o vrsti inputov. Problem vsekakor predstavljajo kadri, ki jih v nobenem zdravstvenem, niti socialno varstvenem zavodu ni dovolj.

»Eden izmed kritičnih elementov vložka (inputa) za podjetja je denar« (Burke, 2002:43). Tako kot za celoten zdravstveni kot tudi socialno varstveni sistem so omejena finančna sredstva tudi za sistem zdravstvene nege. Ne glede na to, da se »po podatkih nekaterih držav (Anglija) namenja za potrebe dejavnosti zdravstvene nege do 60% vseh sredstev, ki so namenjena za delovanje zdravstvenih zavodov« (Stališča Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije do zdravstvene reforme, 2003:17), v Sloveniji ne spremljamo porabe finančnih sredstev za dejavnost zdravstvene nege. Drugače je v socialno varstvenih zavodih, kjer so porabljena sredstva za dejavnost zdravstvene nege vidna, saj temelji sistem financiranja s strani zdravstvene zavarovalnice na kategorizaciji nege in oskrbe, to je opravljenih storitev izvajalcev zdravstvene nege.

V transformacijskem procesu se spreminjajo inputi – sredstva, energija, delo, znanje v outpute – končno stanje zdravja pacienta, njegovo zadovoljstvo, pridobljeno znanje. Žal, doprinos medicinskih sester k doseženim outputom ni viden, niti v zdravstvenem, niti v socialno varstvenem zavodu. Oba sistema sta naravnana tako, da sta usmerjena k procesom (izvajanje storitev, realizacija programov) in ne k doseženim rezultatom obravnave pacienta.

Kersnič (1997) tudi navaja, da je »v strokovnih krogih nastala potreba in zahteva po pravno formalnih podlagah za opredelitev samostojne službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Leta 1995 je delovna skupina izdelala projektno delo Služba zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Pri pripravi projekta je skupina upoštevala zglede iz evropskih držav, kjer zdravstvena nega že deluje po sodobnih načelih menedžmenta in organiziranja, predvsem pa je upoštevala številne sugestije in pripombe slovenske strokovne javnosti«. V dokumentu je zaslediti »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« (Kamenšek, 2004:64).

Organizacija dejavnosti zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih pa s strani stroke ni bila nikoli opredeljena, zato so razlike, predvsem na kadrovske in strokovnem področju velike. Vodje služb zdravstvene nege in oskrbe v socialno varstvenih zavodih »so morale organizacijo zdravstvene nege prilagoditi stanju in potrebam varovancev ter zdravstveno zavarovalniški politiki« (Prosen, Bohinc, 2002).

Kersnič (1997) ugotavlja, da je organizacija zdravstvene nege v zavodih različna, ker zdravstvena nega v organizacijskih procesih nima pravno formalnih podlag, ki bi ji omogočale enakopravno vključevanje v organizacijske procese. Glede na objektivne okoliščine in subjektivne aktivnosti vodilnih delavcev v zdravstveni negi so v zavodih različno opredeljene naloge, pristojnosti in načini vključevanja v procese managementa.

Ne glede na to, pa se »trendi razvijanja in uveljavljanja samostojnih služb zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnih zavodih počasi, a vztrajno nadaljujejo v pozitivni smeri« (Kersnič, 2002; Skela Savič, 2003).

Kamenškova (2004) meni, da je sodobna organizacija procesna organizacija, ki omogoča večji pretok idej, krajše čase opravljanja aktivnosti in hitrejše prilagajanje na spremembe. Navaja tudi, da se moramo zavedati omejenih pristojnosti odločanja menedžerjev v zdravstveni negi glede vprašanja zaposlovanja, nagrajevanja, odpuščanja zaradi centraliziranega zakonsko urejenega sistema. Obstoječ sistem organiziranosti zdravstvene nege ne ustreza povsem zahtevam okolja, je premalo učinkovit, ker se strukture v sistemu ne uspejo prilagajati kvalitativnim in kvantitativnim spremembam, ki jih zahteva proces zdravstvene nege.

4.3 Organizacijska kultura

Socialna organizacija za razliko od naravne »je sestavljena iz najmanj dveh posameznikov. Združevanje v skupnost ali organizacijo zahteva od vsakega posameznika prilagajanje. Posameznik sicer ohranja svoje individualne lastnosti, vendar se mora s svojim delovanjem prilagoditi nekim skupnim obrazcem obnašanja, če se ne, ga ta skupnost ali organizacija izloči iz svojih vrst. V skupnosti se ustvari neke vrste skupinski način razmišljanja vseh posameznikov v njej, ki je pogojen z okoljem (širšo družbeno skupnostjo), v kateri se le ta nahaja« (Pucelj, 2002:100). Skupinski način razmišljanja posameznikov v organizaciji poimenujemo organizacijska kultura. Ovsenik in Ambrož (2000) prav tako ugotavljata, da je osnovna značilnost organizacijske kulture njena kolektivna narava, saj je proizvod skupinskega življenja v organizaciji, je posledica skupnih vrednotnih usmeritev.

Poznane so številne definicije:

- Kultura je združevalna sila v organizaciji.
- Kultura je vzorec prepričanj in pričakovanj članov organizacije.
- Kultura je skupna filozofija članov organizacije.
- Kultura je to, v kar skupno verjamejo člani organizacije.
- Kultura je sistem mišljenja in načina razmišljanja, ki je skupen ljudem v neki organizaciji in razlikuje eno organizacijo od druge (povzeto po Šalamon, Ovsenik, 2002).

- Kultura je način razmišljanja in obnašanja vseh članov organizacije, ki se ga morajo naučiti in sprejeti tudi tisti, ki se na novo zaposlujejo v organizaciji. Kulture se je potrebno naučiti in jo širiti (Tomey, 1992; 2000).
- Kultura je vzorec temeljnih podmen, ki jih je kaka skupina iznašla, odkrila ali razvila, ko se je soočala s prilagajanjem navzven in povezovanjem navznoter (Možina et al, 2002).

»Kulturo prepoznamo po pojavnih znakih. Kar neverjetno je, koliko razlik zaznavamo v stikih z drugimi ljudmi, skupinami in organizacijami. Na kratko pravimo, da gre za način obnašanja ljudi v organizaciji med seboj in do drugih, za vzornike in simbole, za navade in obrede – v širšem pomenu pa za vse značilnosti vedenja v podjetju, ustanovi, javni službi, kakršni koli organizaciji« (Možina et al, 2002:177).

Pojavlja se vprašanje zakaj se ljudje tako obnašajo in ne drugače, zakaj nekaj cenijo in drugo zavračajo. Možina et al (2002) odgovarja, da je to zaradi vrednot. Vsak posameznik ima torej svoje vrednote, vrednote posameznikov pa bolj ali manj vplivajo na vrednote družbe. Vrednote družbe pa delujejo tudi v nasprotno smer in spodbujajo enake ali sorodne vrednote posameznikov. Organizacija z močno kulturo ima kompleksen sistem vrednot (Tomey, 2000).

Vrednote nastajajo postopoma: nekaj jih ljudje prevzamejo iz okolja, nekaj jih ustvarijo sami, ko preskušajo, kakšno obnašanje jim prinaša koristi. »Organizacijska kultura predstavlja članom organizacije »zemljevid«, s katerim si pomagajo pri razlaganju realnosti v organizaciji in njenem okolju. Ker je organizacijska kultura tvorba preteklih generacij, je življenje v organizaciji močno pogojeno z njihovo dediščino« (Ovsenik, Ambrož, 2000:143).

Spreminjati kulturo pomeni spreminjati prevladujoče vrednote, kar je zahtevno, dolgotrajno in tudi tvegano početje. Spremembe organizacijske kulture so mogoče samo ob velikih spremembah v okolju. Management ima pri tem pomembno vlogo z osebnim zgledom in nagrajevanjem vedenja sodelavcev, ki podpirajo zaželeno kulturo organizacije.

Organizacije potrebujejo vedno več energije v obliki informacij in vedno manj energije v materialnih virih, da se svojemu okolju lahko prilagodijo. Pri zbiranju in selekciji informacij, se v organizaciji razvija določeno vodenje pri reševanju problemov – oblikujejo se skupne

paradigme reševanja problemov. Če se skupne paradigme dalj časa potrjujejo kot uspešne, nastane dobro utečen model, ki ga organizacija uporablja za spoj s svojim internim in zunanjim okoljem. Ta model je jedro organizacijske kulture. Organizacijska kultura je večplasten pojav, ki ima več dimenzij (Ovsenik, Ambrož, 2000).

Pozornost menedžmenta se je danes preusmerila od kapitala k bitki za ljudi, za pridobitev in ohranitev vrhunskih kadrov. Najbolj je pomemben socialni kapital, saj ne štejejo zares in največ le ljudje sami po sebi, ampak odnosi med njimi. Postavljanje ljudi in odnosov med njimi v osrčje organizacijske uspešnosti terja fundamentalne spremembe v menedžerski filozofiji. V ospredju so vprašanja medsebojnih odnosov, zaupanja, kohezivnosti na osnovi skupno prepoznanih vrednot, ustvarjalne klime in ozračja, pripravljenosti deliti znanja (<http://www.dialogos.si/slo/objave/clanki/organizacijska-kultura>).

Odnosi med različnimi strokovnjaki v zdravstvu so specifični, še zlasti med zdravniki kot nosilci zdravstvene dejavnosti in medicinskimi sestrami kot nosilkami zdravstvene nege. Filej (2002) navaja, da so medicinske sestre prepričane, da se slabi odnosi pojavljajo predvsem zaradi nerazumevanja in nepoznavanja poklica in stroke zdravstvene nege. Medicinske sestre se v času izobraževanja, pa tudi kasneje, veliko učijo o medicini, zdravniki pa nič o zdravstveni negi. Zato je njihovo prepričanje, da mora medicinska sestra opravljati le tiste naloge, ki jih naroči zdravnik, poleg tega pa morajo paciente še okopati, umiti, oskrbeti z nočno posodo. In tukaj se poznavanje zdravstvene nege konča.

Med poklicema gre za medicinsko nadvlado, kar prav tako vpliva na neustrezne odnose med poklicema. Delež zdravstvene nege v procesu zdravljenja ostaja bolj ali manj neviden in tudi neovrednoten. Reševanje življenj je v rokah zdravnikov, čeprav pri tem sodelujejo tudi medicinske sestre.

Jakost negativnega odnosa do druge največje profesije v zdravstvu, s katero medicinske sestre najpogosteje sodelujejo, je pravzaprav presenetljiv zato, ker oboji delajo v korist pacientov. Razlag za takšno stanje je lahko sicer več, vsekakor pa gre za zakoreninjene razlike med poklicema in s tem pretirano podrejenim položajem medicinskih sester, ter v močni hierarhiji, ki še vedno vlada v zdravstvenem sistemu.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se povezujejo v negovalni tim, ki ga vodi diplomirana ali višja medicinska sestra, vsi pa so člani zdravstvenega tima, ki ga vodi zdravnik. Odnosi med člani zdravstvenega tima so po mnenju mnogih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vsak dan znova na preizkušnji. Premalo se poslušajo, da bi spoznali drug drugega, to pa je tudi posledica slabe komunikacije v zdravstvenem timu. Po mnenju nekaterih medicinskih sester zdravniki nimajo časa za pogovor, preveč cenijo svoje znanje in svoj čas. Zaradi statusa, ki so ga dosegli, gre »nedvomno za precenjen položaj, ki ga spremlja pridih nedotakljivosti, nezmotljivosti in mistifikacije« (Grah, 2002).

Na medsebojne odnose in konfliktno situacije v zdravstvenih zavodih vpliva tudi vedno večji razkorak med zahtevami medicinske stroke in finančnimi možnostmi, ki ga opredeljujeta doktrina in obvladovanje stroškov, kakor tudi visoka stopnja avtonomije pri zahtevnejših delih, kar se kaže v specifičnih vedenjskih vzorcih obnašanja.

Pomen organizacijske kulture kot enega izmed orodij za uspešno in učinkovito vodenje je v zdravstvenem zavodu velik. Izjemna pestrost interesov tako po vsebini kot intenziteti povzroča neprestano konfliktnost, ki jo je možno nadzorovati le s spretnim in učinkovitim vodenjem s pomočjo čvrste organizacijske kulture v zavodu.

»Organizacijska kultura so prepričanja, stališča in scenariji vodstva in članov organizacije o tem:

- kaj je središčnega pomena za organizacijo (poslanstvo organizacije),
- kakšne so njene prednosti (strategija organizacije),
- kako se razlikuje od drugih organizacij (sposobnost izbire pravih povezav z okoljem).

Kultura služi dvema osrednjima funkcijama v organizaciji:

- socialnemu spoju med člani organizacije (razvoj skupne identitete, ki jim omogoča učinkovito sodelovanje),
- socialnemu spoju organizacije z okoljem (uresničevanje poslanstva, vizije in ciljev z izborom pravih povezav).

»Vez med organizacijsko kulturo in slogom vodenja nam lahko pomaga osvetliti način delovanja organizacije« (Ovsenik, Ambrož, 2000:145).

Skela Savič, Pagon, Lobnikar (2006) so v raziskavi organizacijske kulture, ki je bila izvedena v štirinajstih slovenskih bolnišnicah ugotovili, da je najbolj prisotna kultura hierarhije, ki jo zaznamujejo naslednje značilnosti: anketirane bolnišnice so predvsem usmerjene v ustvarjanje stabilnosti in kontrole ter so notranje usmerjene, kar se kaže s formaliziranim in strukturiranim okoljem. Postopki določajo delovanje ljudi. Vodje so ponosni na svoj status, menijo, da so dobri in učinkoviti usklajevalci in organizatorji. Današnji organizacijski kulturi v slovenskih bolnišnicah torej manjka usmerjenost navzven v smislu povezovanja, primerjanja, tekmovanja in inovativnosti, ter spodbujanje dela posameznika in tima, razvoj zaposlenih in zaupanje do ljudi in nalog, ki jih izvajajo. Kultura hierarhije ne bo prinesla spreminjanje procesov dela na nivoju posameznika, tima, organizacije in celotnega sistema.

4.4 Uspešnost in učinkovitost organizacije

Pojmovnik izrazov, ki ga uporablja Evropska komisija za notranji nadzor javnih financ je definiral izraz »uspešnost« (effectiveness) kot stopnjo, do katere so doseženi cilji določene dejavnosti, t.j. razmerje med predvidenim in dejanskim vplivom določene dejavnosti; in »učinkovitost« (efficiency) kot največje učinke ali najboljše rezultate dejavnosti glede na vložke (porabljene vire).

»Uspešnosti ni težko ugotoviti, če primerjamo rezultate (stanje, ki smo ga dosegli) s cilji (stanje, ki smo ga nameravali doseči)« (Možina et al, 2002:483).

Iz definicije torej sledi, da je zdravstveni zavod uspešen, če napreduje k zastavljenim ciljem. Zato si moramo, predno začnemo z neko aktivnostjo, postaviti cilj, oblikovati moramo pričakovanje o tistem, kar želimo doseči. Primerjava ciljev in rezultatov je torej zelo preprosto in splošno merilo uspešnosti. Na ta način se problem merjenja uspešnosti prenese na problem postavljanja ciljev. Kolikor natančneje so postavljeni cilji, toliko natančneje lahko spremljamo rezultate.

Rezultate ugotovljene uspešnosti uporabljamo v različne namene, na primer: kdo se mora še česa naučiti, kdo naj napreduje, koga je treba premestiti na drugo delovno mesto, kdo naj dobi višjo plačo in podobno. Ugotavljanje uspešnosti se zato ne nanaša samo na primerjavo cilj –

rezultat, ampak gre za širši sistematični postopek evalvacije vseh človekovih prednosti in slabosti, ki so povezane z delom. Na splošno bi lahko rekli, da je učinkovit sistem ugotavljanja uspešnosti sodelavcem tudi v pomoč pri ugotavljanju njihovih zmožnosti za opravljanje določenega dela. Mnogi teoretiki zatrjujejo, da je uspešnost možno meriti na veliko načinov, izbrati moramo le prave kriterije, to je tista sodila, s katerimi lahko merimo uspešnost (Možina et al, 2002).

Uspešnost izhaja iz vrste kriterijev, ki jih je lahko toliko, kolikor si jih lahko izmislimo. Uspešnost torej označujejo kvantitativni kazalci (na primer produktivnost, ekonomičnost) in kvalitativni kazalci (fleksibilnost, image organizacije, zadovoljstvo zaposlenih, kakovost proizvodov). Kvalitativni kazalci se ocenjujejo opisno - odlično, dobro, slabo. Učinkovitost (efikasnost, efficiency) pa se izrazi v nizu kvantitativnih kazalcev, torej merljivih količin (produktivnost, rentabilnost). Veliko število navedenih kriterijev ima finančni pomen.

Uspešnost v zdravstveni negi pomeni vpliv zdravstvene nege na paciente oziroma učinke negovalnih intervencij na pacientovo dobro počutje. Uspešnost lahko opredelimo tudi kot najboljše možno znanje, ki izhaja iz raziskovanja, kot klinično ekspertizo in pacientovo pravico do optimalne obravnave, s katero se dosežejo najboljši rezultati. Klinično uspešnost predstavljajo tudi različna merila za izboljšanje kakovosti, na primer standardi in klinične smernice. Klinično uspešnost lahko tudi definiramo kot »delati prave stvari na pravi način«. Medicinske sestre, tako kot drugi zdravstveni strokovnjaki, morajo zagotoviti, da je zdravstvena nega, ki jo izvajajo, najboljša in vredna cene.

V zdravstveni negi je torej potrebno »definirati cilje, na primer: pacientovo zadovoljstvo z obravnavo, zadovoljstvo družine z obravnavo, zadovoljstvo zaposlenih z delom, z nagradami, s strokovnim razvojem (kariernim, osebnim in izobraževalnim), z organizacijo, zadovoljstvo menedžmenta z osebjem, medsebojnimi odnosi, zdravjem organizacije. Te dimenzije organizacijske uspešnosti nadzira medicinska sestra« (Swansburg, 1990:293).

Uspešnost ne more obstajati brez kakovosti in kakovost ne brez pozitivnih rezultatov. Če so pozitivni rezultati, je kakovost nujno že prisotna (Marquis, Huston, 2003).

Postavlja se vprašanje, komu pripišemo uspešnost v organizaciji – ljudem, organizaciji, človeškim zmožnostim ali vsemu skupaj.

Uspešno vodenje zahteva sposobnost razreševanja problemov, ohranjanja uspešnosti skupine, dobrega komuniciranja, zahteva poštenost vodje, njegove ustrezne kompetence, zanesljivost, kreativnost in razvoj identifikacije s skupino (Marquis, Huston, 1996; 2003).

Harrington Emerson je definiral 12 načel uspešnosti. Pet jih je v povezavi z medosebnimi odnosi in sedem s sistemi menedžmenta: (1) cilji morajo biti dobro definirani - osnovni cilj je proizvajati najboljše produkte čim hitreje za čim manjše stroške; (2) rezultati sprememb morajo biti ocenjeni; (3) za doseganje ciljev je potreben kompetentni svetovalec; (4) menedžment lahko okrepi disciplino in zahteva upoštevanje vseh pravil; (5) pravica in možnost uveljavljanja vseh zaposlenih; (6) evidentiranje vseh stroškov opreme in delovne sile, ki so osnova za odločanje; (7) priporoča se načrt izdelave in izdobe; (8) standardni urniki; (9) standardni pogoji; (10) standardne operacije, (11) napisana navodila; (12) ustrezno nagrajevanje za uspešno opravljeno delo (Tomey, 1992).

Potočan (2005) meni, da lahko učinkovitost razumemo predvsem kot koncept delne obravnave organizacije, ki se osredotoča na notranje delo organizacije in uspešnost kot poslovanje, ki temelji na opredeljevanju in razumevanju ciljev in strategij organizacije. Učinkovitost lahko opredelimo kot razmerje med količino virov uporabljenih za enoto pridobitev rezultata in uspešnost kot stopnjo doseganja ciljev. Navaja tudi, da lahko opredelimo učinkovitost in uspešnost kot sinergijsko celoto v okviru integralne obravnave organizacije, kar pomeni, da sta uspešnost in učinkovitost le dva navidezno različna vidika obravnave organizacije, ki pa sta vsebinsko enotna, sinergijsko povezana in soodvisna pri delovanju in obnašanju organizacije.

Oprelitev uspešnosti v poslovnem svetu torej nikakor ni enostaven postopek. S pojmom uspešnost, so bili vedno povezani pojmi, kot so produktivnost, kakovost, pravočasnost, zadovoljstvo delavcev in podobno. Organizacija je uspešna, če je sposobna, da se spremembam v okolju prilagodi in da v njem preživi. To pa pomeni, da pri svojem delovanju uporabi razpoložljive inpute iz okolja (materialne, informacijske, kadrovske, finančne...) ter jih v svojem procesu proizvede v takšne outpute, ki jih je to okolje pripravljeno sprejeti. Če

temu dodamo še časovno dimenzijo, potem lahko ločimo med kratkoročnimi, srednjeročnimi in dolgoročnimi kriteriji organizacijske uspešnosti. Kratkoročni kriteriji uspešnosti so produktivnost (zmožnost organizacije, da zagotovi količino in kakovost outputa v skladu z zahtevami okolja), učinkovitost (razmerje med inputom in outputom) ter zadovoljstvo delavcev. Srednjeročna kriterija sta prilagodljivost in razvoj. Prvo razumemo kot stopnjo uspešnega reagiranja na spremembe v notranjem in zunanjem okolju, razvoj pa razumemo kot zmožnost organizacije, da povečuje svojo sposobnost za obvladovanje zahtev iz okolja. Dolgoročni kriterij uspešnosti organizacije pa je preživetje, t.j. sposobnost organizacije, da obstane v konstantno spreminjajočem se okolju (Lobnikar, Pagon, 2002).

Robida (2004) navaja, da uspešnosti delovanja zdravstvenih zavodov ne merimo, razen uspešnosti dela in odgovornost direktorjev javnih zdravstvenih zavodov in sicer s spremljanjem dveh kazalcev – to je finančnega poslovanja in izpolnjevanja letnega pogodbeno dogovorjenega programa. Uspešnost drugega vrhnjega in srednjega vodstva pa se sploh ne meri in ne ugotavlja.

4.5 Organizacijsko spreminjanje

»Organizacija je živa, sestavljajo jo ljudje, brez njih bi bila prazna lupina; deluje v okoljih, ki so spet ljudje. Organizacija je uspešna, če tem ljudem – posameznikom, skupinam, drugim organizacijam – daje primerne koristi in prejema od njih v menjalnih razmerjih zadostno povračilo« (Možina et al, 2002:739).

Vsaka organizacija ima svoj organizacijski razvoj. Za mlajše organizacije je značilno, da imajo veliko energije, se stalno spreminjajo in hitro adaptirajo. Za starejše organizacije pa je značilna večja kontrola in koordinacija; funkcionira na urejen in napovedljiv način in je usmerjena k pravilom in predpisom; spremembe so omejene.

Organizacija ni zaprt sistem, je odprta in fleksibilna entiteta. Organizacija je odvisna od aktivnosti ljudi in je popolnoma odvisna od okolja. Vsi deli organizacije morajo biti v soodvisnosti in harmoniji in vsi elementi delujejo za dobrobit celote (Burke, 2002). Če se spremeni del organizacije, se prav tako spremenijo preostali deli. Okolje se spreminja hitreje kot organizacije same.

Organizacija se odziva na spremembe, ki jih povzročajo drugi. Te spremembe so lahko ugodne, če podpirajo učinkovito in uspešno delovanje organizacije ter neugodne. Neugodne spremembe povzročajo tekmeči, konkurenti in nasprotniki organizacije. »Organizacija tudi sama povzroča spremembe« (Možina et al, 2002:739), ki so prav tako lahko ugodne ali neugodne. Tomey (2000) prav tako navaja, da so spremembe pogojene zaradi notranjih ali zunanjih dejavnikov. Notranji dejavniki so lahko pogojeni zaradi zunanjih sprememb in vključujejo povečanje produktivnosti, potrebo po obvladovanju stroškov, spremembe načina kadrovanja, spremembo filozofije, spremembe delovnega procesa, potrebo po kakovosti življenja na delovnem mestu. Zunanji dejavniki vključujejo zdravstveno ekonomiko, tehnologijo, spremembe strukture, demografske spremembe.

Možina et al (2002) trdi, da so spremembe vselej skrite v prihodnosti, Drucker (2001) pa, da sprememb ni moč obvladovati in, da jih je možno predvideti. Bukovec (2006) je mnenja, da spremembe in spreminjanje postajajo konstanta.

Izvedba sprememb je zahtevna in tvegana naloga, včasih celo boleča. Toda, če želi organizacija preživeti, mora celo spodbujati spremembe. Paradoks je v tem, da so potrebne spremembe, ko je organizacija na vrhu svojega uspešnega delovanja. Menedžment lahko predvideva le tiste spremembe, ki jih sam načrtuje, čeprav ne more zanesljivo vedeti, kako bodo uspele. »Težje je predvidevati vplive iz okolja; nekateri so enkratni, drugi se ciklično ponavljajo. Enkratne vplive je pogosto mogoče napovedati iz trendov dogajanja v okoljih, zato mu menedžment skuša pozorno slediti. Menedžment ne more zaobjeti vseh dejavnikov, ki vplivajo na potek in uspešnost spreminjanja, zato je vsako spreminjanje tvegano. Velike in hitre spremembe so mnogokrat bolj tvegane kot omejene in počasnejše« (Možina et al, 2002:740).

Naloga menedžmenta je obvladovati organizacijo tako, da deluje učinkovito in da uspešno dosega cilje. Spreminjanje je večinoma prvi pogoj za uspešno delovanje organizacije v prihodnosti, zato je naloga menedžmenta, da strokovno in zavzeto snuje in izbira možne vsebine in poteke spreminjanja, jih dobro pripravlja in udejanja. Če menedžment spreminjanja ne pripravlja v naprej, se lahko zgodi, da se mora organizacija nevedeno odzivati na vplive, ki jo zadevajo, ali pa bolj ali manj naključno vpliva na udeležence v notranjih in zunanjih

okoljih. Nevedeno odzivanje ali vplivanje je seveda tvegano, le srečno naključje nanese, da so izidi za organizacijo ugodni. Menedžment skuša sistematično pripravljati, to je načrtovati odzivanje in vplivanje.

Spreminjanje je nepogrešljiva sestavina učinkovitega in uspešnega delovanja organizacije in menedžerjev – vendar vedno znova naleti na odpore. Sprememba, ki ne naleti na nikakršen odpor, ponavadi sploh ni sprememba, ampak nadaljevanje stanja, kakršno trenutno ustreza večini. »Ker sprememba prekine obstoječe stanje, se pričakuje odpor. Nivo odpora zavisi od vrste spremembe. Tehnološke spremembe povzročijo manj odpora, kot pa socialne in tiste, ki uvajajo določene norme« (Marquis, Huston, 1996:88).

Menedžerji ne obsojajo odporov, saj ti izvirajo iz legitimnih interesov posameznikov, skupin in organizacij. Odpore skušajo analizirati in ocenjevati – kako močni so in kako nujno se jih je lotiti. Odpori nastajajo tudi na ravni menedžerjev. Vzroke zanje je iskati v interesih, ti pa izhajajo iz bolj ali manj očitnih potreb in iz praviloma malo vidnih vrednot – to je iz kulture ljudi v organizaciji in njenem okolju (Možina et al, 2002). Burke (2002) poudarja, da so še posebno zahtevne spremembe organizacijske kulture.

Najpogosteje spremembe temeljijo na klasični teoriji spreminjanja Kurta Lewina, ki je identificiral tri faze spreminjanja. Te faze so: odmrznitev, ukrepanje, zamrznitev. Faza odmrznitev pomeni, da se odmrznejo sile, ki ohranjajo status quo. Ljudje postanejo namreč nezadovoljni in se zavedajo potrebe po spremembi. Druga faza je ukrepanje, ko se ugotavlja, načrtuje in izvaja ustrezne strategije, ki bodo zagotovile, da bodo gonilne sile premagale zaviralne sile. Sprememba se naj uvede postopno. Za spremembo je potrebno dovolj časa, da se vsi privadijo nanjo. Tretja faza je zamrznitev, kar pomeni, da se sistem, ki se je spremenil, ponovno stabilizira in postane integriran v obstoječe stanje. Sicer pa Bukovec (2006) navaja, da ne obstaja enotna teorija razumevanja organizacijskih sprememb in posledično tudi ne enoten pristop.

Burke (2002) pravi, da obstaja še en paradoks, saj spremembe ne potekajo v korakih kot je načrtovano. Načrtovanje procesa organizacijskih sprememb je sicer linearno, toda proces uvajanja je v neredu. Stvari se ne odvijajo po načrtu, nekateri ljudje delajo po svoje in ne v

skladu z načrtom, drugi nasprotujejo ali celo sabotirajo proces in nekateri se obnašajo prav v nasprotju z načrtovanim.

Ločimo več tipov organizacijskih sprememb, na primer revolucijske, transformacijske, občasne; in evolucijske, transakcijske, kontinuirane. Revolucijske spremembe ali transformacijske zahtevajo drugačno orodje in tehnike, da bi dosegli uspešne organizacijske spremembe, kot pa evolucijske oziroma transakcijske ali kontinuirane. Transformacijske spremembe zahtevajo takojšnjo pozornost vseh članov organizacije, med tem ko kontinuirane zahtevajo pozornost samo določenega segmenta populacije ali le v določeni fazi pozornost celotne populacije. Transformacijske spremembe so bolj v povezavi z vodenjem in transakcijske spremembe z managementom (povzeto po Burke, 2002). Pojav transformacijskih sprememb je bolj redek in praviloma sledi daljšemu obdobju nenehnega transakcijskega spreminjanja, ki pa po določenem obdobju povzroči prebojno razmišljanje oziroma paradigmatičen premik. Pomembno se je zavedati dejstva, da če je bila dramatična sprememba v okolju povzročena s paradigmatičnim premikom, da obvladovanje takih korenitih sprememb zahteva tudi spremembe sistema vrednot in obnašanja, torej organizacijske kulture (Bukovec, 2005).

Pri obvladovanju transakcijskih sprememb je v središče postavljen motiviran posameznik. Bukovec (2006) poudarja, da na sproščanje posameznikove ustvarjalnosti izredno močno vpliva obnašanjem vodilnega osebja. Posameznik to obnašanje nenehno presoja, tako da je izraženi stil vodenja vodilnega osebja stalno na tehtnici kot protiutež deklariranemu stilu vodenja.

Organizacijske spremembe zajamejo različne nivoje: posameznika, skupino, delovno enoto ali celoten sistem. Na nivoju posameznika je potrebno usmeriti pozornost pri spremembah na rekrutiranje, nadomeščanje in premeščanje; usposabljanje in razvoj; inštruiranje in svetovanje. Na nivoju skupine je potrebna graditev tima in samsmerjanje skupine. Na nivoju celotnega sistema pa je poudarek na različnih zaporedjih sprememb.

Ker so organizacijske spremembe zahteven proces je jasno, da so za spremembe potrebna znanja managementa in vodenja, obvladovanja metode razreševanja problema in odločanja, znanja o medsebojnih odnosih in komuniciranju ter znanja obvladovanja človeških emocij.

Strategija spremembe je odvisna od moči tistega, ki vrši spremembo in od velikosti odpora podrejenih. Te strategije so: racionalno empirična strategija, normativno reedukativna strategija, strategija moči in prisile. Mnogo lažje je spremeniti posameznikovo obnašanje, kot skupine. Lažje je spremeniti nivo znanja kot pa navade.

Litwin je ugotavljal kako različni stili vodenja vplivajo na različno klimo v organizaciji. Marquis in Huston (1996) pa navajata, da zgodovinsko pogojeno, managerji uporabljajo, da bi eliminirali odpor, avtorski stil vodenja s specifičnimi usmeritvami dela, številnimi pravili, pristopom prisile k disciplini. To seveda povzroči pri zaposlenih veliko frustracijo.

Organizacija in posamezniki se upirajo tistemu, ki želi izvesti spremembe in ki prihaja od zunaj, ker menijo, da ne pozna dovolj dobro obstoječe situacije in mu ne zaupajo. Manj je odpora do nekoga, ki prihaja znotraj organizacije. Toda oseba od zunaj je običajno bolj objektivna v oceni stanja. Vsi ljudje, ne glede na kateri organizacijski ravni se nahajajo, želijo vedeti, kakšno bo končno stanje, čeprav menedžment v celoti ne ve, kakšna bo končna pojavljena struktura. In ravno tu je kritična točka spreminjanja, saj se veliko menedžerjev v tej fazi raje vrne na staro stanje, kot da bi komunicirali z ljudmi, ter s tem preprečili nezaupanje v trenutno stanje.

Da bi omilili odpor, je najbolje, da so zaposleni od samega načrtovanja organizacijske spremembe vključeni v proces spreminjanja, saj bodo razumeli nujnost in pomen spremembe ter bodo seznanjeni z njenimi posledicami, ki bodo vplivale na njih kot posameznike.

»Bushy in Kamphuis (1993) sta na osnovi Rodgers-ovega dela (1983) identificirala šest vzorcev obnašanja ljudi glede spremembe: inovatorji, zgodnji sprejemniki, zgodnja večina, pozna večina, zamudniki in tisti, ki zavračajo spremembo« (Marquis, Huston, 1996:88).

Danes so spremembe v mnogih organizacijah usmerjene v spremembo strukture, izboljšanje kakovosti in v usposabljanje zaposlenih. V zdravstveni dejavnosti prihaja do sprememb organizacij zaradi razvoja zdravstvenih strok, nove tehnologije, dostopa do informacij in staranja populacije.

Zdravstvene organizacije so izredno togi sistemi, ki se težko prilagajajo spremembam v okolju. Zato je v večini zavodov vprašljiva med drugim tudi njihova uspešnost poslovanja. Ne glede na pojav konkurence (zasebna dejavnost) na trgu zdravstvenih storitev, so spremembe počasne. Skela Savič, Pagon, Lobnikar (2006) navajajo, da je potrebno v zdravstvenih ustanovah vzpostaviti pogoje za uspešno uvajanje sprememb, da se bodo zaposleni na vseh nivojih čutili spodbujeni, da lahko in morajo razmišljati kreativno; zdravstvene organizacije se morajo premakniti iz »spreminjanja kot projekt« v »spreminjanje kot navada«.

Zdravstveno dejavnost zadevajo predvsem programi, s katerimi se organizacija uveljavlja v menjalnih razmerjih na trgu zdravstvenih storitev in so v glavnem določeni z zdravstveno zakonodajo. Program obsega storitve, namenjene zdravi in/ali bolni populaciji. Redko prihaja do snovanja novih storitev in do trženja, predvsem zaradi načina financiranja programov in zaradi »sposobnosti in možnosti kupca (pacienta), da svobodno sam izbere in kupi zdravstveno storitev ali izdelek (zdravstveni pregled, operacijo, zdravilo, tehnični pripomoček in podobno)« (Česen, 2003:20). Organizacija bi morala z zagotavljanjem in izboljševanjem kakovosti iskati nova menjalna razmerja (nove odjemalce, uporabnike) za obstoječe storitve ali nove storitve.

Obseg zdravstvene dejavnosti, s katero si organizacija v menjalnih razmerjih zagotavlja preživetje in uspešnost običajno ostaja na enaki ravni, le redko se povečuje ali zmanjšuje. Vsaka izmed teh treh usmeritev – rast, vztrajanje in krčenje ima prednosti in slabosti, vsaka lahko prinaša spremembe v delovanje organizacije ter ljudi v njej. Spreminjata se torej vsebina in obseg delovanja organizacij. Pri tem ne smemo pozabiti na uporabnike zdravstvenih in socialno varstvenih storitev. Njihov vpliv se je povečal zaradi porasta storitvenih kapacitet in tako uporabnik ni več prosilec v pomanjkanju storitev, temveč postajajo zdravstveni in socialno varstveni zavodi prosilci v pomanjkanju uporabnikov. Uporabnik je bolj informiran, sofisticiran, ima izbiro, sodobna informacijska in komunikacijska tehnologija mu daje možnost optimalnega izbora ob tehtanju različnih ponudb, odločilno pomemben pa je tudi pojav skokovitih sprememb tehnologije, ki podaljšujejo življenjski cikel posameznikov.

4.5.1 Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja

Model temelji na odprtem sistemu in je sestavljen iz dvanajstih elementov (slika 9). Element »zunanje okolje« predstavlja input (vložek) v sistem in element »individualni in organizacijski rezultati« output (izložek) iz sistema. Vsi ostali elementi predstavljajo throughput (proces). Zelo pomembna v modelu je povratna zanka, ki povezuje input z outputom. Njena povezava je obojesmerna, kar pomeni, da zunanje okolje vpliva na organizacijske outpute – produkte in storitve, na primer na uporabnikovo zadovoljstvo in obratno - na primer uporabnikovo zadovoljstvo in kakovost storitev vpliva na okolje.

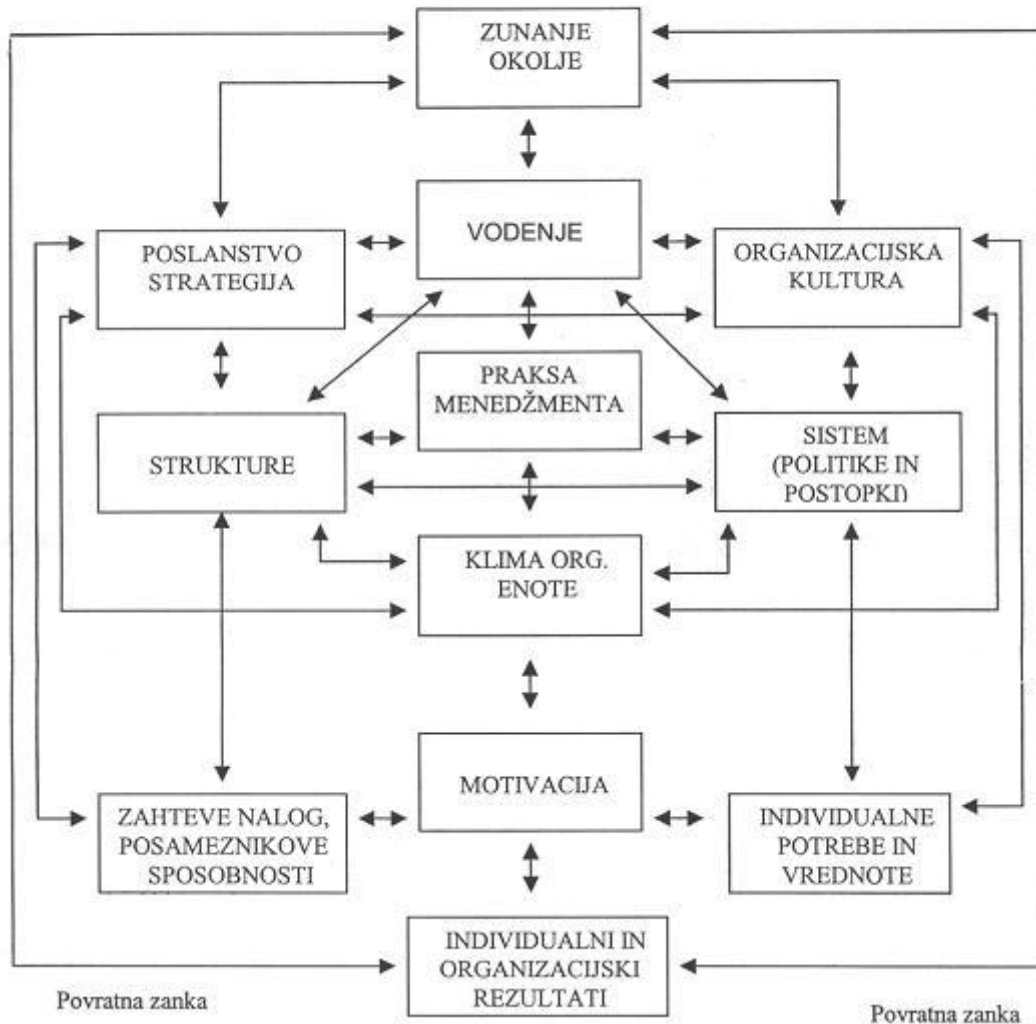
Vseh dvanajst elementov, ki sestavljajo model, predstavljajo naše izbire glede tega, kaj mora biti najprej analizirano in kako spremenjeno. Čeprav smo se odločili glede prioritete oziroma naše izbire, moramo tudi upoštevati dimenzije večjega sistema s spremenljivkami kot so poslanstvo, strategija, vodenje in kultura; na nivoju skupine ali delovne enote moramo upoštevati klimo in na nivoju posameznika njegove potrebe in vrednote, zahteve nalog in posameznikove spretnosti in motivacijo.

Povezave med posameznimi elementi so dvosmerne in predstavljajo princip odprtega sistema z možnimi večimi vplivi na posamezni element. To pomeni, da bo sprememba enega elementa lahko vplivala na vse ostale elemente in da so nekatere povezave pomembnejše, ko pričnemo z načrtovanjem in uvajanjem organizacijskih sprememb. Na primer organizacijska kultura ima močnejši vpliv na sistem (politike in postopki), kot druge povezave.

Ključno za razumevanje sprememb z ozirom na model so transformacijski in transakcijski faktorji. Transformacijski faktorji so: zunanje okolje, poslanstvo in strategija, vodenje, organizacijska kultura in individualni organizacijski rezultati. Transakcijski faktorji pa so: praksa managementa, strukture, sistem (politike in postopki), klima organizacijske enote, motivacija, zahteve nalog in posameznikove sposobnosti, individualne potrebe in vrednote ter individualni in organizacijski rezultati.

Slika 2: Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja

Burke - Litwin-ov model organizacijskega spreminjanja



Vir: Burke, 2002: 199

Transakcijski vodje si bolj prizadevajo ohraniti obstoječe stanje, če pa so spremembe že potrebne, potem zagovarjajo postopne – evolucionarne spremembe in ne hitrih - revolucionarnih sprememb. Spremembe transformacijskih faktorjev so povzročene z direktno interakcijo z zunanjim okoljem in bodo posledično zahtevale novo obnašanje članov organizacije. Sprememba katerega koli elementa med transformacijskimi faktorji pomeni, da je vpliv na celotno organizacijo ali sistem in da je sprememba diskontinuirana in revolucionarne narave, kar pomeni vpliv na globlje strukture sistema in zahteva vizionarsko

vodenje. Transakcijski faktorji se nanašajo na vsakodnevna opravila in če jih želimo spremeniti, bomo uporabili izraze kontinuirano izboljševanje, evolucija. Transformacijske spremembe so bolj v povezavi z vodenjem, transakcijske spremembe pa z menedžmentom. Transakcijske spremembe zahtevajo menedžerje, katerih delo je konstantno usmerjeno k izboljševanju in kakovosti in to bolj, kot pa k natančnemu vpogledu v celoten sistem.

Zunanje okolje so spremenljivke zunaj organizacije, ki vplivajo ali pa bodo kratak čas vplivale na organizacijsko delo. Ti vplivi vključujejo spremenljivke kot so obnašanje in zadovoljstvo uporabnikov, pogoji trga, politika, vladni predpisi, finančni in ekonomski pogoji, spremembe tehnologije.

Poslanstvo in strategija. Poslanstvo se nanaša na to, zakaj organizacija obstoja, kakšen je njen namen in kakšni so njeni osnovni cilji. Strategija se nanaša na to, kako bo poslanstvo doseženo. Uporabimo lahko tudi izraz vizija. Vizija je bolj v povezavi z vodenjem. Poslanstvo je bolj povezano s sedanostjo in vizija s prihodnostjo.

Vodenje je povezano z obnašanjem vodij. Vodenje pomeni prepričevanje, vplivanje, sledenje in je v povezavi z vizijo. Menedžment je v povezavi z vlogo, dovršitvijo naloge, postavljanjem ciljev in uporabo organizacijskih virov, uspešnostjo in učinkovitostjo ter nagrajevanjem ljudi.

Organizacijska kultura je način obnašanja ljudi v neki organizaciji. V organizacijsko kulturo spadajo tudi vrednote, pravila, norme, obnašanje zaposlenih, način oblačenja, delovni čas.

Struktura pomeni organizacijsko shemo, ki grafično prikazuje sestavo organizacije in nam pove, koliko organizacijskih nivojev je v organizaciji in koliko je enot / oddelkov / služb / timov na posameznem nivoju. Prikaže nam tudi nivo odgovornosti, odločanja, avtoritete in poti komuniciranja ter povezav, ki vodijo k izvajanju organizacijskega poslanstva, ciljev in strategije.

Praksa menedžmenta nam pove, kakšna so vsakodnevna opravila menedžerja in kakšne so njegove kompetence izvajanja menedžmentskih funkcij.

Sistemi so povezani s politiko in postopki, ki so v pomoč članom organizacije pri njihovem delu in odgovornosti. Sem spadajo podsistemi, kot na primer informacijski sistemi in tehnologija, sistem nagrajevanja, sistemi različnih kontrol, sistem razporejanja kadrov.

Klima pomeni kolektivno sprejemanje članov znotraj neke enote. Na primer, ali jim je jasno, kaj se od njih pričakuje; kako so vključeni v odločanje; koliko pomoči jim je potrebne.

Zahteve nalog in posameznikove sposobnosti je možno najti v opisu del in nalog, iz katerega so razvidne zahteve glede izobrazbe, kompetenc, spretnosti, sposobnosti, opredeljene pa so tudi naloge.

Individualne potrebe in vrednote močno vplivajo na motivacijo, prav tako kot zahteve nalog in posameznikove sposobnosti. V organizaciji se pojavljajo vrednote kot so potreba po varnosti, način obravnave strank.

Motivacija je za vsakega posameznika povsem naravno stanje. Kot motivacijski faktor avtor navaja: povezovanje z drugimi, potreba po moči, potreba doseči cilj. Ti faktorji so usmerjeni k ciljem in pomagajo zadovoljiti naše potrebe, če so doseženi. Stopnja zadovoljitve potreb je povezana s stopnjo zadovoljstva. Primarna naloga vodij in menedžerjev je postavitve ustreznih ciljev, pomembnih za organizacijo, ki bodo hkrati zadovoljili tudi posameznikove potrebe.

Individualni in organizacijski rezultati ali output (izložek) so v sistemski teoriji rezultati vseh aktivnosti v sistemu (throughput) in so pomembni za zunanje okolje (input). Zunanje okolje lahko direktno vpliva na rezultate. V ta element spadajo produktivnost, zadovoljstvo strank / uporabnikov, kakovost proizvoda / storitve / službe, dobiček.

5 MENEDŽMENT – NOVA PARADIGMA

Pojav menedžmenta v 20. stoletju je morda ključni trenutek v novejši človeški zgodovini. Sporoča nam veliko preobrazbo družbe posameznikov v družbo združb ali organizacij, ki jih uravnavajo menedžerji« (Rozman, 2002). Prvi je identificiral menedžmentske funkcije načrtovanja, organiziranja, ukazovanja, koordiniranja in kontroliranja Henry Fayol (1841-1925). Po Tomey (2000) je menedžmentski proces načrtovanje, organiziranje, kadrovanje, usmerjanje in kontroliranje. Možina et al (1994, 2002) definira menedžment kot planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji in s tem v zvezi vseh nalog in aktivnosti, ki jih zaposleni opravljajo. Navaja tudi, da je menedžment mentalna (miselna, intuitivna, občutena) dejavnost ljudi v organizacijskem sistemu in je ključni podsistem v organizaciji, ker povezuje in usmerja vse druge podsisteme. Marquis in Huston (1996) sta zapisala, da so se te funkcije ali aktivnosti skozi čas spreminjale in da jih teoretiki označujejo kot menedžmentski proces. Omenjata tudi, da so lahko te funkcije modificirane, da se lahko vključijo nove ali pa se obstoječe preimenujejo. Tomey (2000) je na primer vključila novo funkcijo – kadrovanje. Po Swansburgu (1990) se menedžment v zdravstveni negi nanaša na izvajanje funkcij načrtovanja, organiziranja, kadrovanja, vodenja (usmerjanja) in kontroliranja (evalviranja) aktivnosti služb, oddelkov in enot zdravstvene nege. Luther Gulick (1937) je npr. razširil Fayolov menedžmentski proces na sedem aktivnosti menedžmenta – načrtovanje, organiziranje, kadrovanje, usmerjanje, koordiniranje, poročanje in financiranje (Marquis, Huston, 1996).

Pojem »menedžment« je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1996) definiran kot umetnost in sposobnost vzpostavljanja nadzovanja, upravljanja in doseganja ciljev. Med drugim zajema: poslovno politiko, planiranje, posloводство, poslovne povezave, računovodstvo, financiranje, marketing, statistiko, po potrebi glede na okolje in konkurenco pa tudi specialno literaturo poslovne ekonomike. Sodobne definicije menedžmenta vključujejo doseganje vnaprej določenih organizacijskih ciljev, organizacijo dela, motivacijo sodelavcev in oceno dosežkov. Pojem »menedžment« večina ljudi povezuje s poslovnim menedžmentom, ki je bil do 2. svetovne vojne le eden izmed notranjih razdelkov menedžmenta. Avtor pojma »znanstveni menedžment« F. W. Taylor (1856-1915) je »menedžment« sprva povezal z neprofitno dejavnostjo (z neposlovnim svetom). Prav tako je bil prvi Menedžment kongres leta 1922 v Pragi, namenjen ne-poslovnim dejavnostim. Šele

velika gospodarska kriza v Ameriki (okoli leta 1930) je pojem »menedžment« povežala s poslovnim svetom oziroma poslovnimi sistemi (Kern, Ovsenik M., Ovsenik J., 2001).

»Menedžment je družbena veda, ki se ukvarja z vedenjem ljudi in ustanovami« (Drucker, 2001:15), za katerega veljajo zakonitosti družbenega okolja, ki pa je podvrženo nenehnemu spreminjanju in kar je včeraj držalo kot pribito, lahko čez noč postane neveljavno ali celo zavajujoče.

V novejšem času, različni avtorji podajajo različne definicije menedžmenta. Tako na primer Jurina (1999, v Gorenak, 2002:579) trdi, da je »menedžment večpomenski izraz, ki se nanaša na opravljanje funkcij podjetja ali organizacije v pogojih delujočega trga«. Isti avtor tudi navaja, da je menedžment »najracionalnejši način vodenja regulacijskih procesov v organizacijah; proces usmerjanja k doseganju ciljev organizacije; proces katerega temeljna naloga je uspešnost in učinkovitost organizacije«.

Vsebine, ki jih menedžment zajema in obravnava, s svojo kompleksnostjo in raznovrstnostjo praktično onemogočajo povsem natančno opredelitev, kaj menedžment pravzaprav je. Morda ga še najbolj opisuje stavek, da je menedžment hkrati umetnost in znanost, precej bolj podobne pa so si definicije, ki menedžment obravnavajo kot proces. Procesno gledanje na menedžment temelji na procesu izvrševanja določenih funkcij, kot so planiranje, organiziranje, vodenje in nadziranje (Vrčkovnik, Divjak, 2003).

Temeljni dejavnik uspešnosti poslovanja sodobne organizacije je menedžment. Menedžment obsega proces planiranja ciljev, organiziranja virov in aktivnosti, upravljanja s človeškimi potenciali in materialnimi viri, potrebnimi za delovanje in učinkovito doseganje ciljev v spremenjenem okolju. Menedžer organizira proizvodnjo, uvaja nove ideje, izdelke in postopke, sprejema poslovne odločitve in je odgovoren za uspeh ali propad organizacije. Sodobna organizacija se mora prilagajati spremembam poslovnega okolja. Poslovno okolje sodobne organizacije, ki se globalizira, označujejo nepredvidljivi poslovni dogodki in hitrejše spremembe, kot pa je sposobnost prilagajanja organizacije tem spremembam. To dejstvo terja od organizacije spremenjeno obnašanje, ki je bilo usmerjeno v pretekle izkušnje organizacije, v inovativno podjetniško obnašanje, ki mora biti usmerjeno v novosti, nekontinuiranost in večja tveganja. Takšna transformacija terja od organizacije, da poleg razvijanja sodobne

proizvodne in informacijske tehnologije, razvija tudi sodobne upravljalne tehnologije. Upravljanje sodobne organizacije ne more biti več umetnost, ki se lahko obvladuje z malo naravnega talenta in zadostnimi izkušnjami, temveč postaja vse bolj znanost. Informacije in znanje so instrumenti sodobnega menedžmenta; pripravljenost za prevzemanje podjetniškega tveganja pa postaja pogoj za obstanek organizacije, s katero upravlja (povzeto po Ivanko, 2003).

Menedžment označuje funkcijo, pa tudi ljudi, ki jo izvajajo. Označuje družbeno pozicijo in nivo, pa tudi stroko in področje študija (Drucker, 1985). Menedžment je organ vodenja, usmerjanja in odločanja v institucijah, še posebej v podjetjih; je splošna funkcija, ki se sooča z enakimi osnovnimi nalogami v vsaki deželi in je nujna v vsaki družbi. Menedžment daje usmeritve institucijam, ki jih upravljajo. Mora upoštevati poslanstvo institucije, postavljati cilje, organizirati vire za doseganje rezultatov institucije (ibid, 1985).

5.1 Neprofitni menedžment

V obdobju zadnjih nekaj desetletij so besede menedžment in menedžer vedno več v uporabi in to ne samo med strokovnjaki, temveč tudi v vsakodnevni praksi. Veliko je govora tudi o različnih vrstah menedžmenta, v zadnjem obdobju tudi o menedžmentu v javnem sektorju. Menedžment v javnem sektorju se prav gotovo razlikuje od menedžmenta v proizvodnih oziroma profitnih organizacijah. Temeljna karakteristika, ki to pogojuje, je seveda ustvarjanje dobička, ki v javnem sektorju ni cilj delovanja menedžerjev, prav tako pa je v javnem sektorju, vsaj pri nas, še popolnoma odsotna konkurenca. Splošno gledano pa zgledov najboljšega načina vodenja v javnem sektorju dejansko ni veliko. Javni sektor si pogosto izposoja ideje privatnega sektorja. V zvezi s tem številne vlade uvajajo Druckerjevo »ciljno vodenje«, ki obsega opis poslanstva, fiksne pogodbe in merila uspešnosti. Zelo splošna je ideja, ki trenutno kroži v javnem sektorju, da je »stranka kralj« (Gorenak, 2002).

O nalogah menedžerjev v neprofitnih oziroma javnih organizacijah, ki naj bi se nekoliko razlikovale od nalog menedžerjev v podjetjih razmišlja več avtorjev. Avtorja Gulick in Urwick (1973) sta naloge menedžerjev v javni upravi opisala takole:

- Planiranje, ki okvirno določa prednostno lestvico za realizacijo programov in ki opredeljuje metode s katerimi bodo uresničene.

- Organiziranje, ki pomeni oblikovanje organizacijske strukture zavoda, njegovih oddelkov in kompetenc in njim ustrezno distribucijo moči in odgovornosti.
- Kadriranje, ki pomeni zaposlitev ustreznih ljudi, njihovo razporeditev, usposabljanje in napredovanje.
- Vodenje, ki pomeni odločanje v skladu s splošnimi normami in usmerjanje zaposlenih v realizacijo teh odločitev.
- Koordiniranje, ki pomeni usklajevanje dejavnosti med posameznimi enotami in integriranje zaposlenih v zavod.
- Poročanje nadrejenim o opravljenem delu.
- Financiranje, ki pomeni oblikovanje finančnih planov, tekočo računovodsko likvidnost in finančno kontrolo.

Z nalogami menedžerjev v neprofitnih organizacijah se je ukvarjal tudi Drucker (1995), ki med drugimi funkcijami menedžerjev v neprofitnih organizacijah poudarja predvsem naslednje tri:

- merjenje uspešnosti, ki se nanaša na merjenje uspešnosti v smislu razlik med profitnimi in neprofitnimi organizacijami;
- upravljanje s človeškimi resursi, ki je v neprofitnih organizacijah bolj kompleksno in tudi bolj kritično;
- osebni razvoj menedžmenta, ki je v neprofitnih organizacijah zaradi pestrih kontaktov po eni strani lažji, po drugi strani pa tudi bolj nujen.

Menedžment v javni upravi je pri nas proučeval Pretnar (2000), ki ugotavlja, da »menedžment skuša z različnimi sredstvi in metodami doseči dvig kakovosti. Metode in sredstva niso dosti drugačni od tistih, ki jih menedžment uporablja za doseg drugih ciljev. V osnovi morajo biti po njegovem mnenju izvedeni naslednji koraki:

- opredelitev vizije;
- opredelitev načinov za doseganje ciljev;
- okrepitev in odpiranje novih komunikacijskih poti;
- opredelitev zelenih stanj in ciljev;
- vzpostavitev organizacijskih struktur in komuniciranja med njimi;
- aktiviranje procesov sprememb;
- preverjanje učinkov preko sistema napake – izboljšave«.

Splošno lahko ugotovimo, da nekateri avtorji, kot na primer Gulick in Urwick (1973) ter Pretnar (2000), zagovarjajo tezo, ki pravi, da med menedžmentom v proizvodnih in javnih organizacijah ni bistvenih razlik, da splošno veljajo enaki principi in načela delovanja menedžmenta z nekaterimi posebnostmi, kot je odsotnost konkurence in neustvarjanje dobička v javnem sektorju. Drugi so spet prepričani, da med menedžmentom v proizvodnih in javnih organizacijah ni kaj veliko povezav in to dokazujejo s tem, kako mnogi menedžerji, ki so iz proizvodnih organizacij prišli v organizacije javne uprave, niso bili uspešni. Skupna pa je lahko ugotovitev, »da modelov uspešnega menedžmenta v javnih organizacijah ni veliko, vsaj ne takih, ki bi lahko služili za primer« (Gorenak, 2002:584).

Leta 1922 se je neposlovni menedžment preimenoval v »public administration« (v javno upravo). Istočasno se je tedaj razvijajoči se bolnišnični menedžment preimenoval v »hospital administration« (v bolnišnično upravo). Izraz administration danes zasledimo predvsem pri vodenju vladnih in upravnih organizacij, včasih pa tudi pri vodenju zavodov kot so šole in ostale neprofitne ustanove. Ta termin je prisoten predvsem v angleški in ameriški literaturi, pri nas pa se tudi v teh organizacijah srečujemo s pojmom »menedžment« oziroma upravljanje in vodenje. Znotraj menedžmenta obstajajo velike razlike pojmov v terminologiji, ki jo posamezni menedžerji uporabljajo. Razlike so bolj na strani aplikacij, kot v principih samih (Kern, Ovsenik M., Ovsenik J., 2001).

5.1.1 Menedžment v zdravstvu

Zaradi svojega vpliva na okolje in družbo ima menedžment v zdravstvu strateški pomen, saj zdravstveno varstvo predstavlja splet vseh družbenih aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov in skupin, ki so usmerjeni v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja. Vendar pa raziskave, opravljene v slovenskem prostoru na področju menedžmenta v zdravstvu (Bohinc, 1997; Ritonja, 1996/a; Skela Savič, 2002) govorijo prav nasprotno, saj v slovenskem zdravstvu ni razvitega zdravstvenega menedžmenta. Direktorji zdravstvenih ustanov so v večini primerov zdravniki, saj v Sloveniji nimamo zdravstvenih menedžerjev, ampak vrhunske zdravnike specialiste, ki opravljajo tudi funkcijo upravljanja in vodenja zdravstvenih ustanov (Ritonja, 1996/a), nimajo ustreznih znanj iz menedžmenta in vodenja (Skela Savič, 2004; Kamenšek, 2004) in se tudi malo izobražujejo (Skela Savič, 2004). Tudi Ivanko (2003)

meni, da mora v sodobnem nestabilnem okolju upravljanje organizacije temeljiti na znanju, biti mora aktivno in prilagodljivo novim razmeram.

Bohinc (1997 v Skela Savič, 2000) tudi navaja, da vodje v zdravstvu niso ustrezno pripravljene za vodenje in za prevzemanje odgovornosti za delovne rezultate. Vzrok je v tem, ker nismo imeli dovolj specializiranih šol, niti zadostnega števila programov izobraževanja vodij, zato se srečujemo s specifično zastarellostjo vodenja, ki nastane zato, ker vodje ne poznajo specifičnosti metod vodenja, značilnih za posamezno organizacijo.

Žal, v slovenskem zdravstvu še vedno prevladuje koncept menedžmenta, ki je povezan s filozofijo, da zdravnik z medicinsko fakulteto obvlada tudi menedžersko delo in je lahko direktor bolnišnice, zdravstvenega doma ali drugega zavoda (povzeto po Skela Savič, 2000).

Menedžerji v javnih zavodih so odgovorni državi, vendar svojo odgovornost v številnih primerih razumejo zelo ohlapno in brez jasne zavezanosti družbenemu interesu (Zdravstvena reforma, 2003). Direktorjeva najbližja sodelavca sta strokovni direktor, ki pokriva strokovno področje medicine in drugih strok ter glavna medicinska sestra, ki pokriva dejavnost zdravstvene nege. »Pri zdravnikih in medicinskih sestrah se lahko pojavi razkorak med njihovimi interesi in načinom delovanja in menedžmentom v njihovih zdravstvenih organizacijah. Ta razkorak se nato prenaša tudi v razkorak med menedžmentom in državo« (ibid, 2003:190).

5.2 Naloge in lastnosti menedžerjev

Mintzberg (1997, v Gorenak, 2002) pravi, da, če vprašate menedžerje kaj je njihovo delo, vam bo večina odgovorila, da načrtujejo, organizirajo, koordinirajo in kontrolirajo delo svojih podrejenih. Kralj (2003) pa k navedenim štirim temeljnim nalogam menedžerjev dodaja še snovanje zamisli o poslovanju in razvoju z vidika vlog menedžerjev in jih povezuje v programirano usmerjanje k uresničevanju ciljev politike podjetja ter tekoče odločanje. Drucker (1999) meni, da bi morale menedžerjevo delo temeljiti na težnji po večji produktivnosti in učinkovitosti. Le to doprinese k uspehu meni omenjeni avtor, ki hkrati ocenjuje, da obstajajo organizacije, ki so enostavno prevelike za enega samega človeka, takrat se nam po njegovem mnenju odpreta dve poti, prva in verjetno boljša od druge je, da se v delo

vkluči skupina menedžerjev, ki so vsi v enakovrednem položaju, druga pa je takšna, da imamo enega glavnega menedžerja in več podrejenih. Menedžerji se med seboj razlikujejo po svojih lastnostih oziroma osebnih značilnostih. Seveda na to ne vplivajo le osebne značilnosti posameznikov, temveč in morda zlasti tudi okolje kjer delajo, ter naloge, ki jih opravljajo.

Menedžerji vplivajo na uspešnost organizacij, ki jih vodijo. Osebne značilnosti menedžerjev so: sposobnost medosebnega vplivanja, konceptualne sposobnosti, komunikacijske sposobnosti, profesionalna znanja, delovne navade, sposobnost sprejemanja novih izzivov, osebni vzgled. Možina (1994) navaja komunikacijske sposobnosti, zaupanje do podrejenih, motiviranost za delo, vztrajnost, znanje, jasna vizija. Vedenjski dejavniki menedžerjev se nanašajo na delo in aktivnosti, ki jih menedžerji izvajajo v organizacijah, ki jih vodijo: komuniciranje s podrejenimi, vplivanje na podrejene, motiviranje podrejenih, vzpostavljanje pozitivnega zaupanja podrejenih, izbor kadrov, nadzor podrejenih, dajanje navodil podrejenim, reševanje problemov s podrejenimi, napredovanje podrejenih, spoštovanje kulturnega okolja, materialne vzpodbude delavcev, načrtovanje in planiranje dela, organizacija dela, upoštevanje inovacij, doseganje ciljev organizacije, predstavljanje dela organizacije (Gorenak, 2002).

Spoznanja na osnovi pregleda literature in na osnovi rezultatov raziskav v svetu in pri nas so pokazala, da hierarhična organizacijska struktura ovira vrhnji menedžment pri razvijanju nove vizije, pri uresničevanju temeljnega poslanstva, pri spremljanju procesov in pri merjenju ter vrednotenju izidov oziroma rezultatov. Rezultati številnih raziskav so pokazali, da se zaposleni počutijo nezadovoljne in nemočne, čutijo manjšo organizacijsko pripadnost, ker njihovi potenciali niso izkoriščeni in so premalo vključeni v procese odločanja. Tudi osebna prizadevanja za kakovost storitev oz. izidov niso priznana in razvidna. Sodobna organizacijska znanost omogoča vnašanje preglednosti in obvladljivosti sistemov, procesov in izidov – rezultatov, tudi v zdravstvenih sistemih. Organizacije, ki se ne bodo lotile sprememb na področju upravljanja, bodo postale nekonkurenčne. Raziskave pri nas so pokazale, da obstaja v zdravstvu in v zdravstveni negi zaostanek na področju posodabljanja organizacijske strukture, procesov, organizacijskega razvoja in procesa odločanja za doseganje boljših izidov in organizacijske uspešnosti. Zdajšnji zdravstveni sistemi so preveč kompleksni in multidisciplinarni. Organizacijske strukture v zdravstvu pa niso ustrezno prilagojene novim potrebam uporabnikov, izvajalcem in zahtevam okolja (Bohinc, Gradišar, 2003).

Sodobni menedžment mora aktivno iskati možnosti in priložnosti, premišljeno tvegati, uvajati spremembe in izboljšave, naslanjati se na ljudi in ne na stvari, da bi zagotavljal uspešnost poslovanja organizacije. Menedžerji tako postajajo vodje, ki morajo misliti in delovati kot podjetniki. Sposobnost organizacijskega prilagajanja spremenjenim zahtevam, ciljem in nalogam poslovanja, opredeljuje podjetniško vlogo sodobnega menedžmenta. Zaposleni v organizaciji predstavljajo dinamično substanco organizacije. Upravljanje s človeškimi potenciali in njihovo vključevanje v upravljanje organizacije postaja najvažnejša funkcija menedžmenta in strateška usmeritev sodobne organizacije (Ivanko, 2003).

Skela Savič (2004) ugotavlja, da je za uvajanje izboljšav na področju menedžmenta in vodenja v zdravstvu potrebno pristopiti h kontinuiranim izobraževalnim programom za menedžerje in vodje v zdravstvu. Izobraževalni programi naj posegajo na področje podiplomskega študija in rednih letnih obnovitvenih izobraževanj, kjer so predstavljene novosti na področju menedžmenta in vodenja. Ugotavlja tudi, da je v zdravstvenih zavodih potrebno pričeti s kariernim razvojem vodij. Vedeti moramo, da dober strokovnjak še ne pomeni biti tudi dober vodja. Danes se od vodje v zdravstvu pričakuje, da zna zaposlene (strokovnjake na različnih področjih) voditi, usmerjati in motivirati za doseganje skupnih ciljev. Le z znanjem iz menedžmenta in vodenja bo vodja izkoristil zmogljivosti in sposobnosti zaposlenih v prid organizacije in dosegel zadovoljstvo zaposlenih in uspešnost organizacije.

V slovenskem zdravstvu potrebujemo menedžerje / vodje, ki se bodo zavedali, da je vodenje ljudi znanost in stroka, tako kot njihovo delo s pacienti, za kar so izobraženi in nihče ne pomisli, da bi k pacientu spustil zdravnika ali medicinsko sestro brez diplome. Pri postavljanju vodij na vseh nivojih zdravstvenega zavoda redkokdaj pomislimo o potrebnih znanjih, ki jih mora imeti posameznik, da lahko managerira, vodi, analizira svoje delo, spreminja sebe, svoje vedenje in uvaja spremembe. Program izobraževanja vodilnih v zdravstvu naj bi zajel različne poklice (zdravnike, medicinske sestre), torej vse tiste, ki se ukvarjajo z vodenjem.

Medicinska sestra – menedžerka mora imeti osnovno znanje o zdravstveni ekonomiki, financiranju, organizacijskem menedžmentu, menedžmentu kadrovskih virov, kakor tudi

znanje o raziskovanju (evidence-based outcome). Poleg tega pa mora imeti kompetence, samozavest, pogum in kreativnost (Mahoney, 2001). Na osnovi raziskav je ugotovljeno, da so menedžerji v zdravstveni negi poklicna skupina, ki najbolj podpira modernizacijo zdravstvenega sistema, medtem ko zdravniki niso podporniki sprememb (Skela Savič, 2005).

Menedžment se je razvijal skozi stoletja človeške zgodovine, pravi razcvet pa je dosegel v ZDA po drugi svetovni vojni ter se v drugi polovici 20. stoletja prenesel tudi na vse ostale celine. Če je bil menedžment v začetku rezerviran za industrijo, je bila predvsem v ZDA že kmalu spoznana potreba po celovitem obvladovanju tudi nepridobitnih organizacij. Prve strokovne prispevke in modele so povzeli po organizaciji bolnišnic. Temu razvoju je nujno sledil tudi razvoj menedžmenta zdravstvene nege, ki je predvsem v zahodnem svetu dosegel zavidljivo raven (Požun, 2001/b).

5.3 Menedžment ali vodenje v zdravstveni negi

Mnogokrat je zaslediti vprašanje ali glavne medicinske sestre zdravstvenih zavodov potrebujejo znanja menedžmenta, ali vodenja, ali obojega. Na primer Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) poudarja pomen sodelovanja medicinskih sester v menedžmentu zdravstvenih služb. Od njih pričakuje, da bodo sodelovale v zdravstveni politiki na lokalnem, nacionalnem in mednarodnem nivoju z menedžmentom in vodenjem. ICN tudi poudarja potrebo po stalnem promoviranju potrebnosti menedžmenta v zdravstveni negi in v službah zdravstvene nege ter medicinske sestre - menedžerje zavezuje, da morajo biti neposredno odgovorne za upravljanje služb zdravstvene nege, da se morajo zavzemati za enako plačilo in za enake možnosti usposabljanja za menedžment, kot je to opredeljeno za ostalo zdravstveno osebje v zdravstvenem sektorju. Vloge in funkcije medicinskih sester - menedžerjev so bile stalno spreminjane z ozirom na spremembe zdravstvenega sistema. Medicinske sestre so lahko menedžerji tudi drugih služb v zdravstvenem sistemu in svetujejo drugim menedžerjem, katerega osebje vključuje medicinske sestre in to v zadevah, ki se našajo na stroko zdravstvene nege.

Znanja menedžmenta so za medicinske sestre prav tako pomembna kot klinično znanje in spretnosti. V zgodnjih 60-tih je bil v izobraževanju za zdravstveno nego poudarek na kliničnih znanjih in tiste medicinske sestre, ki so imele interes pridobiti si znanja za vodenje in

menedžment, so se morale usmeriti v druge discipline. Spremembe so se dogodile v 80-tih zaradi bolj izobraženega osebja in računalniške tehnologije, ki je v pomoč menedžmentu.

Ob predhodnem ustreznem prilagajanju znanj, sposobnosti, veščin in stališč vodstvenih kadrov novim pogojem in zahtevam, je možno obvladati tudi zdravstvene organizacije, ki trenutno delujejo v spremenljivem okolju (tržnost, zdravstvena reforma, omejevanje finančnih sredstev). »Uspešnost in učinkovitost vsake organizacije je v tesni povezavi z učinkovitostjo njenih vodstvenih kadrov – menedžmenta, torej tudi glavnih medicinskih sester zdravstvenih zavodov« (Skela Savič, 2000:651).

Skela Savič (2000) ugotavlja, da se v praksi – tudi v zdravstvu - termina menedžment in vodenje pogosto ne uporabljata pravilno, zato je potrebno poznati njuno razliko. Menedžment je osredotočen na usklajevanje v organizaciji in vključuje planiranje, organiziranje, kadrovanje in kontroliranje v skladu z opredeljenimi organizacijskimi cilji. Vodenje je sposobnost vplivati, spodbujati in usmerjati sodelavce k želenim ciljem. Pogost je tudi termin leadership. Po Možini (1994) povzema, da vodenje kot menedžment obstaja za zagotavljanje ciljev organizacije, medtem ko se vodenje kot leading pojavi, ko kdo želi vplivati na vodenje posameznika ali skupine v organizaciji. Vsi menedžerji so tudi vodje, medtem ko vsi vodje niso menedžerji. Vendar zaradi tega, ker organizacija zagotavlja menedžerjem več formalne oblasti, še ti niso dobri vodje.

Tudi Sullivan (1995) navaja, da vodenje in menedžment nista sinonimna terminusa. Opredeljuje, da vodja uporablja specifične spretnosti, s katerimi vsposodbuja delo drugih in da menedžer koordinira delo drugih ter da vodje niso menedžerji in da ni nujno, da so menedžerji vodje.

Sullivan (1995) definira dve funkciji medicinske sestre – kot vodje in kot menedžerja ter navaja, da so funkcije medicinske sestre – vodje naslednje:

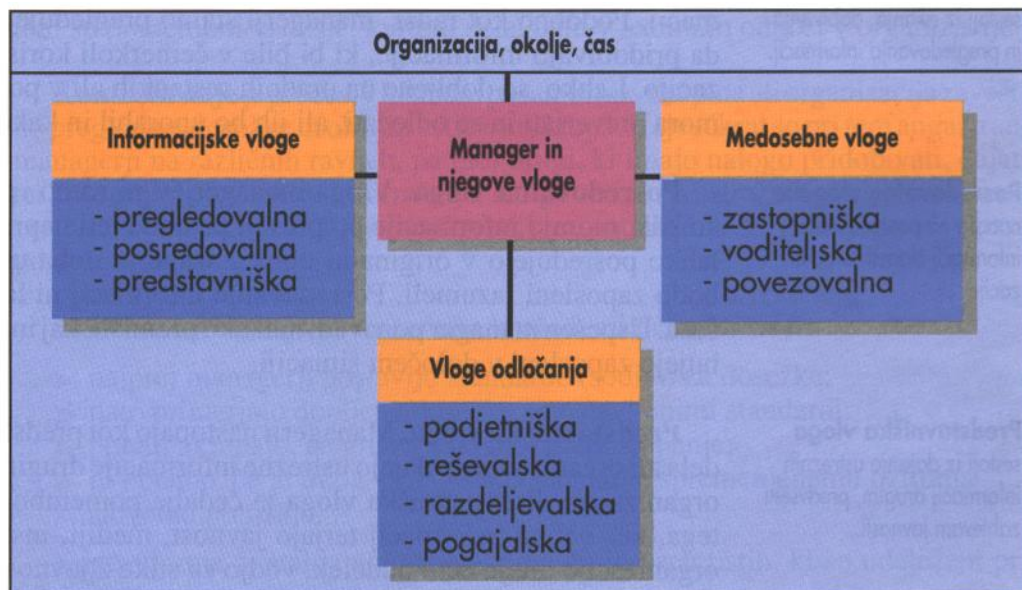
- deluje kot vzor drugim,
- izvaja zdravstveno nego na osnovi teorije in raziskovalnih ugotovitev,
- vpliva na politiko organizacije s pomočjo znanja o teoriji organizacije,
- sodeluje z drugimi za izvajanje optimalne zdravstvene oskrbe,
- prevzema odgovornost za informiranje in podporo pacientom,

- zagovarja učinkovite spremembe pri pacientih in zdravstvenih institucijah,
- opira se na etični kodeks in standarde ter smernice prakse in prevzema individualno in strokovno odgovornost.

Funkcije medicinske sestre – menedžerja so:

- ocenjuje stanje, da bi določila optimalno smer delovanja,
- postavlja cilje za paciente in osebje, določa prioritete in ugotavlja potrebne vire za doseganje ciljev,
- skrbi za enakomerno delovno obremenitev in organizacijo osebja, da bi porabili čim manj časa in potrebnih virov za doseganje ciljev,
- usmerja in vzpodbuja paciente ali osebje, da bi dosegli načrtovane cilje,
- meri in dokumentira učinke pri pacientih in učinke osebja v napredovanju k ciljem,
- uporablja nagrade in disciplinske ukrepe kot komponente evalvacijskega procesa.

Slika 3: Vloga menedžerjev



Vir: Možina et al, 1994:22

Tomey (1992) je mnenja, da je potrebna jasna definicija vlog. Vloga namreč pojasnjuje zaposlenim samim, kaj se od njih pričakuje, komu poročajo in komu pomagajo, ko je to

potrebno. V nasprotju nejasna vloga vodi v strah, frustracijo, nezadovoljstvo, negativno vedenje in zmanjšanje produktivnosti.

Dramatične spremembe v zdravstvenih institucijah narekujejo potrebo po združevanju spretnosti vodenja in menedžmenta. Zato mora medicinska sestra – menedžer imeti vizijo in sposobnost razmišljanja o spremembah ter o politični in ekonomski stvarnosti. Njena primarna funkcija je oblikovanje okolja zaupanja na osnovi kompetenc.

»Celovito menedžersko obvladovanje organizacije obsega vodenje poslov (poslovođenje) in vodenje ljudi k izidom / ciljem. Izhajajoč iz tega je bilo na 5. evropski konferenci direktorjev zdravstvene nege (2003) slišati skoraj heretične misli: »Menedžment smo prerasli, usmerjamo se v leadership – vodenje ljudi«. Seveda to izhaja iz okolja, v katerem delujejo direktorji zdravstvene nege. V skoraj vseh članicah Evropske unije so uvedli direktorje zdravstvene nege kot člana vrhovnega menedžmenta – bodisi kot člana uprave ali pa izvršnega direktorja s svojimi pristojnostmi in odgovornostmi. Tako je v vseh angleških bolnišnicah, ki so v lasti njihove nacionalne zavarovalnice (NHS Trust), predpisana vodstvena struktura, ki jo poleg poslovnega in medicinskega direktorja sestavlja še direktor za zdravstveno nego, direktor za oskrbo, tehnični direktor, v nekaterih velikih bolnišnicah pa še finančni direktor« (Požun, 2001/b:230).

Vodenje in menedžment v zdravstveni negi sta tesno povezana. Vzrok je v potrebah po spremembah, da bi razvili nove sisteme in strukture, ki pa poudarjajo potrebo po vodenju (Martin, 2006).

Ker pri nas profesionalne menedžerske strukture in razvoja profesionalnega zdravstvenega menedžmenta ni, torej tudi na področju zdravstvene nege ne, je za delovanje medicinskih sester, ne glede na organizacijski nivo nujno, da združujejo znanja menedžmenta in vodenja, saj mora na primer na operativnem nivoju vsaka medicinska sestra sistematično pristopiti k obravnavi pacienta, kar pomeni načrtovati, organizirati, voditi in vrednoti svoje delo, na strateškem nivoju pa morajo glavne medicinske sestre načrtovati, organizirati, voditi in vrednotiti dejavnost ali službo zdravstvene nege.

Jasno je, da mora menedžer poudarjati potrebo po znanju vodenja in menedžmenta, če želi svojo funkcijo opravljati uspešno, v hitro spreminjajoči se zdravstveni industriji. Avtorja Marquis in Huston (2003) celo združujeta »dva zelo pomembna elementa: vodenje in menedžment. Vodenja ne vidita le kot funkcijo menedžmenta, niti menedžmenta le kot vlogo vodenja. Oba elementa vidita v simbiozi. Poskušata prikazati njuno soodvisnost z definiranjem komponent vodenja in funkcij menedžmenta v vseh fazah menedžmentskega procesa«.

Prihodnja vloga direktoric zdravstvene nege, kot navaja Faugier (2004), naj ne bi bila v prevzemanju menedžmenta in vodenja, kot sta definirana sedaj, temveč v redefiniciji zdravstvenega menedžmenta in menedžmenta v zdravstveni negi ter samega vodenja. Mlajši kadri v zdravstveni negi cenijo tiste vodje, ki motivirajo druge, so dovetni za ljudi, imajo pozitiven izgled in dobre komunikacijske sposobnosti ter so pošteni (Swearingen, 2004). Baggett M. in Baggett F. (2005) sta prepoznala znanja, ki jih potrebujejo medicinske sestre za vodenje in menedžment in sicer: kadrovanje in tehnike razporejanja, financiranje, strateško načrtovanje in razmišljanje, merila za tekoče poslovanje, obvladovanje stroškov, produktivnost in uspešnost, kakovost, ležalne dobe.

5.3.1 Medicinska sestra – menedžerka

Vsak zdravstveni zavod – bolnišnica ali zdravstveni dom ter socialno varstveni zavodi imajo najpogosteje sistemizirano delovno mesto glavne medicinske sestre. Požun (2001/b) navaja, da se v Sloveniji še le borimo za uveljavitev enakopravnega položaja zdravstvene nege v zavodih, za imenovanje direktorjev zdravstvene nege, za njihovo soodgovornost za celostno delovanje zavoda - izvajanje namena in poslovanja, kar pa je v evropskem prostoru že uveljavljena norma.

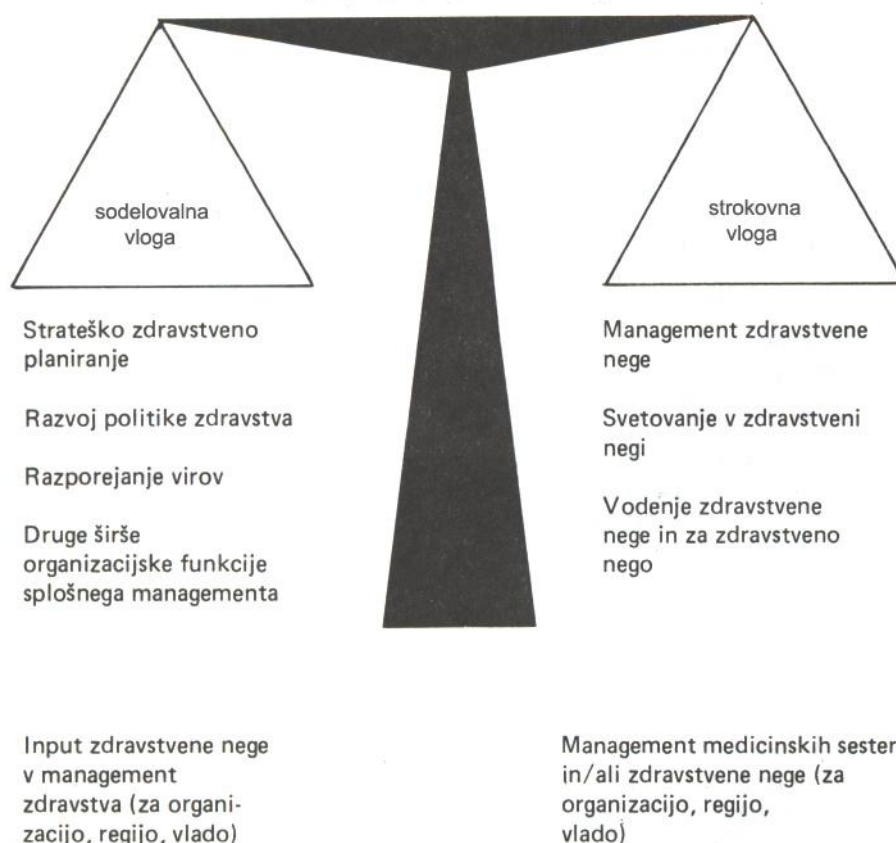
Za zasedbo navedenih delovnih mest ni enotnih kriterijev. Soočamo se z veliko pomanjkljivostjo, ko so za vodje postavljeni ljudje samo na osnovi svojih odličnih sposobnosti za klinično delo. Ali kot je to morda prisotno v našem okolju, glede na simpatije s strani predstojnika? Tem vodjem žal ni bila dana možnost, da bi se učili vodenja ljudi na sistematičen način in ne samo z vzgledom starejših kolegic ali prek dela. Model menedžmenta z učenjem na napakah je samo še predmet zgodovine (Požun, 2001/b).

Prav gotovo je, da se vloge in naloge medicinskih sester – menedžerjev razlikujejo, kar zavisi od večih faktorjev, kot na primer od velikosti zavoda, dejavnosti, ki jih le-ta izvaja, organizacije itd. Menedžerji imajo različne naloge in vloge v podjetju. Običajno se piše o štirih temeljnih nalogah menedžerjev: načrtovanju, organiziranju, nadziranju in vodenju. Te naloge jim pomagajo, da lažje dosegajo uspešnost organizacije (Markič, 2002).

Vloga medicinske sestre – menedžerja, ki obravnava paciente, je zelo pomembna v vsaki organizaciji. Posamezniki, ki izvajajo navedeno vlogo, morajo poskrbeti za koordinacijo obravnave, povezovati administracijo in osebje, zagotavljati kakovost zdravstvene nege, zaposlovati in razvijati osebje - vse v finančnih okvirih. Ta vloga je najtežja zaradi povečanega pritiska na bolnišnice, da izboljšajo obravnavo, izboljšajo službe, zmanjšajo neustrezne rezultate z izboljšanjem procesov, zmanjšajo stroške in zagotavljajo okolje, ki bo atraktivno za medicinske sestre. Naloge so lahko preobremenjujoče (http://www.monursing.org/education/edu_mlinm.htm).

V vsakem zdravstvenem zavodu pa je nekaj vlog in nalog enakih, ne glede na specifičnost zavoda. Mednarodni svet medicinskih sester (1991) navaja, da medicinske sestre – menedžerji opravljajo dve vlogi – strokovno in sodelovalno (slika 2). Strokovna vloga medicinske sestre – menedžerja je v povezavi z zdravstveno nego, sodelovalna pa je v povezavi z inputom zdravstvene nege v zgornji nivo menedžmenta organizacije kot celote. Kot so različne naloge menedžmenta in vodenja, so tudi različne naloge v strokovni in sodelovalni vlogi z ozirom na različne pozicije medicinskih sester – menedžerjev v zdravstvenih zavodih.

Slika 4: Vloga medicinske sestre menedžerja



Vir: Mednarodni svet medicinskih sester, 1991:26

Naloge v strokovni vlogi medicinske sestre – menedžerja so:

- vodenje in usmerjanje zdravstvene nege in službe zdravstvene nege, oblikovanje politike zdravstvene nege ter vključevanje ciljev zdravstvene nege v širše cilje organizacije;
- oblikovanje ciljev in filozofije zdravstvene nege ter standardov prakse;
- pospeševanje raziskovanja v zdravstveni negi, izvajanje in sodelovanje v raziskovalnih projektih, razvijanje teoretičnega znanja in prenos v prakso;
- zagotavljanje učinkovite delovne sile (število, usposabljanje, razporejanje, izkoriščenost, kakovost);
- razvijanje, uvajanje in vrednotenje standardov zdravstvene nege;
- upravljanje s službami zdravstvene nege;
- svetovanje v zdravstveni negi in razreševanje problemov;

- interpretiranje zakonskih in strokovnih zadev, ki se nanašajo na zdravstveno nego.

Naloge v sodelovalni vlogi medicinske sestre – menedžerja so:

- sodelovanje in svetovanje v strateškem načrtovanju zdravstva, razvoju zdravstvene politike in v upravljanju virov za: menedžment služb, menedžment vodilnih timov v organizaciji, za lokalne, regionalne in nacionalne potrebe;
- pomoč pri ohranjanju okolja za kakovostno zdravstveno nego;
- sodelovanje v ali pri prevzemanju vloge vodenja v skupinah ali projektih, ki se nanašajo na cilje organizacije kot celote.

Medicinska sestra – menedžer izvaja naloge, ki so primarno povezane z zdravstveno nego in/ali službami zdravstvene nege. To pozicijo mora zasedati medicinska sestra z znanjem zdravstvene nege. Pozicija je pomembna tudi za doseganje ciljev organizacije. Beseda »medicinska sestra« se pogosto pojavi v nazivu pozicije (delovnega mesta). Medicinska sestra – menedžer je odgovorna za izvajanje menedžerskih nalog, ki se nanašajo na zdravstveno nego in na medicinske sestre. Medicinska sestra – menedžer:

- je odgovorna za neposredni menedžment v službi zdravstvene nege in pogosto za aktivnosti, ki se nanašajo na medicinske sestre;
- zastopa medicinske sestre in službo zdravstvene nege ter daje nasvete s področja zdravstvene nege. Po svoji funkciji pogosto sodeluje v vršnem menedžmentu pri oblikovanju politike in pri načrtovanju za organizacijo;
- pogosto je odgovorna za nekatere podporne službe ali za zagotavljanje kakovosti organizacije.

Avtorica Narinen (2000) je v svoji raziskavi ugotavljala, katere naloge izvajajo medicinske sestre – menedžerke na Finskem v bolnišnični in izven bolnišnični dejavnosti. Ugotovila je, da so odgovorne za naloge v povezavi s kadri, financami in administracijo, kakor tudi za sodelovanje in razvoj, supervizijo in menedžmentom ter kliničnim delom. Medicinske sestre – menedžerke so vključene v operativno delo v približno 50 % njihovih delovnih ur. Izobraževanje in delovne izkušnje so pozitivno povezane z njihovimi spretnostmi in sposobnostmi pri delu. Rezultati raziskave niso upravičili ideje o ločenem izobraževalnem programu za medicinske sestre – menedžerke (http://ssn-nnf.org/vard/vard1_03/103_3.html).

Medicinska sestra pa je lahko vključena tudi v splošni zdravstveni menedžment, kjer opravlja naloge, ki so primarno usmerjene k širšemu področju zdravstvenega menedžmenta. Ni nujno, da to pozicijo zaseda medicinska sestra. Menedžer tukaj ne deluje kot medicinska sestra, vendar lahko kljub temu veliko prispeva k delu s svojim specifičnim znanjem (povzeto po ICN, 1991). Avtorici Bohinc (1997) in Ritonja (1996/b) menita, da moramo v Sloveniji zdravstveni menedžment šele vzpostaviti. Sistem zdravstvenega varstva je zaradi svojih številnih notranjih in zunanjih povezav ter vplivov eden najbolj zapletenih socialnih sistemov, vendar je bila skrb za ustrezno vodenje in upravljanje dolgo časa preveč zapostavljena naloga. Večina vodilnih medicinskih sester tozadevnega znanja nima.

Za učinkovito vodenje javnih zdravstvenih zavodov so potrebni usposobljeni menedžerji, to so ljudje, ki imajo ustrezna nova znanja ter poznajo in obvladujejo potrebne veščine dobrega timskega sodelovanja, komuniciranja, gospodarjenja in drugih aktivnosti, ki lahko pripomorejo k odpravi spremljajočih težav zdravstvenih zavodov. Potreba po ustreznem šolanju oziroma dodatnem usposabljanju vodilnih kadrov v zdravstvu v Sloveniji je že dalj časa močno prisotna, zlasti ob dejstvu, da je na vodilnih in vodstvenih mestih pretežno kader z medicinsko in zdravstveno predizobrazbo (Bohinc, 1997). Že desetletja v svetu in v Evropi sistematično potekajo različni fakultetni in magistrski ter doktorski študijski programi s tega področja, ker se zavedajo, da je v znanju skrit močan razvojni potencial.

Pri pregledu literature o usposabljanju vodilnih kadrov iz menedžmenta v zdravstvu in zdravstveni negi v Sloveniji zasledimo nekatere raziskave Ritonja (1996/b), Filej (1994, 1996), Bohinc (1997), Kersnič (1997, 2002), Skela Savič (2000, 2001), Skela Savič in Kersnič (2005). Ritonja poudarja nujno potrebo po organiziranju fakultetnega študija za menedžmenta v zdravstvu. Filej ocenjuje, da ima od 59 vodilnih medicinskih sester v bolnišnicah in zdravstvenih domovih le 8 (13,56 %) visoko izobrazbo, za katere lahko predvidevamo, da so si pridobile nekatera znanja menedžmenta na Fakulteti za organizacijske vede. Kar 50 ali 84,74 % jih ima le višjo izobrazbo, kar pomeni, da so si pridobile znanja le v času dodiplomskega študija pri predmetu Organizacija zdravstvene nege. Avtorica tudi ugotavlja, da 26,08 % anketiranih glavnih medicinskih sester želi dopolniti znanje iz menedžmenta v zdravstveni negi. Avtorici Bohinc in Cibic (1995/a) sta predstavili prvi model funkcionalnega izobraževanja za vodilne medicinske sestre v zdravstvenih zavodih iz menedžmenta. Kersničeva (1996) ugotavlja, da ima od 122 anketiranih vodilnih in vodstvenih

medicinskih sester v vseh zdravstvenih in tudi v socialnih zavodih 20 medicinskih sester opravljen podiplomski študij iz menedžmenta v zdravstveni negi in da je v letu 2002 imelo 93 % medicinskih sester višjo in visokošolsko strokovno izobrazbo in 3 % fakultetno izobrazbo ter 4 medicinske sestre magisterij. Skela Savič in Kersnič (2005) ugotavljata, da se je od leta 2002 izboljšala stopnja izobrazbe glavnih medicinskih sester, saj jih ima kar 23,6 % fakultetno izobrazbo. V navedeno raziskavo so bile vključene glavne medicinske sestre bolnišnic, zdravstvenih domov in socialno varstvenih zavodov. Avtorici pa izražata zaskrbljenost, da se je od 84 glavnih medicinskih sester, ki so bile vključene v raziskavo le 13 v zadnjih petih letih izobraževalo iz menedžmenta in vodenja v obliki funkcionalnega izobraževanja. Skela Savič (2001) navaja, da mora biti razvoj vodstvenih kadrov v zdravstveni negi močno povezan s pozitivno kadrovsko selekcijo, ki zagotavlja ustrezno menedžersko kariero predvsem sposobnim, inovativnim in motiviranim ljudem. Seleksijski mehanizem ne sme prepuščati nesposobnih, nekompetentnih, nemotiviranih in premalo izobraženih kadrov, kajti naj bodo cilji in naloge organizacije še tako dobro zastavljeni, s takšnimi kadri ne bomo uspešni in učinkoviti.

Številne študije, s katerimi so skušali odkriti ključne lastnosti uspešnih vodij, kažejo nizko skladnost rezultatov. To pomeni, da je vodenje zelo kompleksen proces, v katerem se nenehno, glede na spremenljive okoliščine, spreminjajo deleži in intenziteta posameznih lastnosti konkretne osebe. Kot tipične lastnosti uspešnih vodij v praksi so naslednje: inteligentnost, osebnost v ožjem pomenu vključuje karakterne lastnosti (gospodovalnost, čustvena stabilnost, odprtost, poštenost, odgovornost, zanesljivost), ustvarjalnost (je tudi ena najpomembnejših komponent karizmatične osebnosti), izraznost, sposobnost vživljanja v doživljanje drugega (empatija), pozitivna samopodoba, odločnost, etična načela, altruizem in filantropija (Mayer, 2003).

Menedžerji so pomemben, lahko odločilen dejavnik za uspešnost delovanja organizacije. Uspešnost menedžerjev je zato tesno povezana z uspešnostjo organizacije. Uspešnost menedžerjev pa v veliki meri temelji na obvladovanju sodelavcev in drugih udeležencev organizacije. Zato je pomembno snovati modele, ki lahko povečujejo učinkovitost in uspešnost menedžerjev pri tem obvladovanju (Tavčar, 2002).

Vodenje zdravstvenih zavodov postaja v novih družbenih razmerah vedno težje in zahtevnejše, saj so različni viri omejeni. Medicinske sestre na vseh ravneh morajo osvojiti nova znanja iz poslovnih, ekonomskih in marketinških sistemov o sestavi timov in multidisciplinarni trening za upoštevanje različnosti (Bohinc, Gradišar, 2001). Zato nujno potrebujemo fakultetni in podiplomski študij za menedžment tudi za področje zdravstvene nege. Dejstvo je, da smo na začetku procesa, ki bo še le pripeljal do izoblikovanja ustreznih profesionalnih menedžerskih vlog v zdravstveni negi.

5.3.1.1 Moč in avtoriteta

Tomey (2000) navaja, da sta moč in avtoriteta sorodna izraza. Definicije različnih avtorjev so si podobne. Tako na primer Tomey (2000) definira moč kot »sposobnost vplivanja na druge«, Možina et al (1994) kot »zmožnost vplivati in usmerjati posameznika, skupino, organizacijo proti željenim rezultatom«, Kralj (2001) kot »zmožnost vplivanja in izražanja z uspešnim vplivom«, Swansburg (1990) pa povzema Gardnerjevo definicijo in sicer »moč je sposobnost zagotoviti rezultate, ki so željeni in preprečiti tiste, ki niso zaželeni«.

Različni avtorji navajajo različne oblike moči. Tomey (2000) navaja osebno moč, kot na primer skrb zase – zdrava prehrana, počitek, relaksacija, gibanje, odnosi, hobiji in interesi, zabava in drugo; medosebno moč – informacijska moč, moč skupinskega odločanja, moč povezav z močnimi osebami ali tistimi, od katerih lahko vodja prejme pomembne informacije; moč pozicije – centralizacija, fleksibilnost, kritičnost, pomembnost, vidnost in moč spola. Še zlasti je pomembna moč spola v dejavnosti zdravstvene nege, saj so zgodovinsko obstajale težnje socializirati ženske, da opravljajo družinske in socialne vloge, s katerimi omogočajo uspeh drugim. Moški so bili socializirani za doseganje statusa. Medicinske sestre so na splošno stereotipi »super žensk«, »železnih deklic« ali »mater«. V poklicu bo več moških še le takrat, ko bo družba izgubila prepričanje, da je poklic medicinske sestre v glavnem le ženski poklic.

Možina et al (1994) in Swansburg (1990) navajata pet vrst moči – legitimna moč, moč nagrajevanja, referenčna moč, moč pritiska (kaznovalna moč) in ekspertna moč.

Legitimna moč izvira iz uradnega položaja, ki ga ima vodja v organizacijski hierarhiji (Možina et al, 1994). Avtorja Ovsenik in Ambrož (2000) navedeno moč poimenujeta kot statusno moč in jo definirata kot «moč, ki jo je vodji podelila organizacija». Vodji daje možnost, da igra vodstveno vlogo, ne glede na to ali se člani skupine, ki jo vodi, s tem strinjajo ali ne.

Moč nagrajevanja izvira iz možnosti vodje, da svoje sodelavce nagraduje. Sodelavci torej sprejemajo navodila vodje, ker pričakujejo, da bo njihovo delo in vedenje potem nagrajeno. Vodja jih lahko nagraduje z materialnimi in nematerialnimi oblikami, kot so: ustrežnejše delovno mesto, dopust v skladu z željami sodelavca, napredovanje, dodatki pri plači in drugo. V nekaterih državah Evropske unije imajo direktorji zdravstvene nege, managerji in koordinatorji pacientove obravnave veliko moč po poziciji s pravico nagrajevanja, povišanja z ozirom na položaj in urejanja plač (Tomey, 2000).

Moč pritiska je moč, ki izhaja iz bojzani in straha sodelavcev pred kaznijo. Vodja, ki dobiva pristanek sodelavcev na tak način, uporablja razne vrste pritiska in sankcij. Kazni so lahko različne: manj zeleno delo, različni očitki, odtegljaji pri prejemkih in podobno. Ta vrsta moči je običajno manj učinkovita, kot so motivacijski dejavniki, ki izvirajo iz moči nagrajevanja.

Referenčna moč izhaja iz identifikacije sodelavcev z vodjo. Sodelavci bi bili radi podobni vodji, ker so jim namreč všeč njegove osebne lastnosti. Zato jim sledijo in ga posnemajo. Takšni vodje so ponavadi karizmatične osebnosti, ki imajo precejšen ugled in ki se odlikujejo vsaj v nekaterih zelenih značilnostih vodenja.

Ekspertna moč izvira iz specializiranega, strokovnega znanja vodij. To je lahko omejeno na ozko strokovno področje dela ali pa je široko in zajema dejavnost določenega področja ali celotne organizacije. Če vodja nima ustreznega znanja, prihaja do motenj, napak pri delu ali celo do poloma v vodenju.

Navedeni tipi moči so medsebojno odvisni in se lahko uporabljajo v različnih kombinacijah. Vsak tip moči lahko vpliva na drugega. Vodje uporabljajo vse vrste moči v različnem času, pač glede na okoliščine. Npr. glavna medicinska sestra lahko izgubi referenčno moč, če kaznuje osebje z zmanjšanjem zaslužene plače. Ljudje uporabljajo moč, da dosežejo cilje in

da okrepijo svojo pozicijo v organizaciji. Uporaba moči je legitimna, če se uporablja na pošten in etični način, da se dosežejo organizacijski, skupinski in posamezni cilji. Dobri managerji uporabljajo moč, da vplivajo na obnašanje zaposlenih za dobro organizacije in ne za osebno korist.

Uspešnost vodje je odvisna od tega, koliko zna presoditi, kdaj naj upošteva eno ali drugo moč oz. kombinacije moči. Samo po sebi se razume, da prevzema vodja vso odgovornost, da uporablja posamezne oblike moči v praksi. Moč lahko prihaja tudi od sodelavcev, to se pravi, je odvisna od tega, koliko so člani pripravljeni slediti vodji in koliko zna vodja ustreči njim. Če člani podpirajo vodjo, raste njegova moč. Najlažje je pridobiti moč članov, če jim vodja omogoča svobodo v odločanju, če jim daje priznanja in če so njihovi dosežki v skladu z organizacijskimi cilji in pričakovanji članov (Možina et al, 1994).

Uporabljanje ekspertne in referenčne moči vodi k temu, da sodelavci naloge uresničujejo, legitimna moč in moč nagrajevanja vodita k temu, da sodelavci nanjo pristajajo, uporaba moči pritiska pa povzroča, da se sodelavci upirajo. Sodelavci, ki jih spodbujata ekspertna moč in moč nagrajevanja, so najboljši v delovnih dosežkih. Uspešen vodja bo potemtakem uporabljal ekspertno, referenčno moč in moč nagrajevanja, medtem ko bo uporabljal legitimno moč in moč pritiska le malokdaj.

Moč v organizacijah se spreminja, kadar nastajajo nove ali posebne organizacijske strukture. Medicinske sestre menedžerke imajo pozitiven pogled na moč. Marquis in Huston (2003) navajata, da je moč pogojena z izobrazbenim nivojem menedžerja, ki bi naj imel magisterij.

Odzivi na uveljavljanje moči so lahko, kot navaja Kralj (2001), uklonitev (udeleženec sprejme vpliv, ker mu tako kaže, ni pa s tem zadovoljen), istovetenje (enačenje z vzornikom) ter privzetje (udeleženec sprejme ponujeno zamisel). Razpolaganje z virom moči še ni dovolj za učinkovito vplivanje, to je treba tudi znati. Najbolj naravna pot je moč – vpliv – odziv.

Moč se torej izraža s vplivom. Lahko rečemo, da moč pojmujeemo kot potencialni vpliv in vpliv kot aktualizirano moč. Vpliv bi razložili kot proces, v katerem posameznik (vodja) povzroči spremembo v stališčih in ravnanju (odziv) drugega posameznika (skupine). Viri, iz

katerih vodja črpa moč, veliko povedo o tem, zakaj podrejeni sprejemajo navodila nadrejenega, če jih ne, zakaj jih ne sprejemajo in zakaj ne sodelujejo.

Avtoriteta je legitimna moč vodje, da usmerja podrejene, da izvedejo aktivnosti (Tomey, 2000). Organizacijska struktura daje okvir za formalno razporeditev avtoritete.

Avtoriteta pomeni ugled ali veljavo osebe, skupine, ustanove, nauka, nazora; vpliv, ki izhaja iz fizične, psihične, družbeno gospodarske, politične, intelektualne ali npravstvene (pre)moči, superiornosti določenega subjekta oz. dejavnika; veljava ali oblast, ki jo daje določen položaj oz. funkcija (starši v družini, vodstvo ali funkcionar v politični organizaciji); vsakršna uveljavljenost in oblast (še posebej zakonita) (Sruk, 1999). Avtor tudi navaja, da ima beseda več pomenov – psihološki pomen (razmerje med dvema ali več osebami, za katero je značilno, da zapovedi, prepovedi, nasveti ene vplivajo na druge. Tako v socialni psihologiji govorimo o avtoritativni osebi, ki z močjo svoje vloge, statusa ali superiornosti v določenih sposobnostih vpliva na druge posameznike v razmerjih, ki jih lahko označimo kot razmerja avtoritete. Od individualne avtoritete razlikujemo socialno avtoriteto: to je razmerje, v katerem je izvor avtoritete družbena grupacija ali ustanova; družbena avtoriteta se kaže tudi tako, da posamezniki sprejmejo določen kodeks vedenja ali vrednotenja, ki ga zastopa skupina, s katero se posamezniki istovetijo); sociološki pomen (medtem ko psihologa zanima v prvi vrsti osebna ali subjektivna avtoriteta, ki je odvisna od subjektivnih lastnosti posameznih oseb, pa sociologa zanimajo objektivni pogoji avtoritete, ki so pogojeni z družbeno delitvijo dela, z vsakokratnimi razrednimi in drugimi družbenimi razmerji). Na avtoriteti hierarhično višje stoječih osebnosti, organov in ustanov je zasnovana struktura posameznih družb.

»Avtoriteta je moč, ki izhaja iz pozicije« (Tomey, 2000:142). Moč nekoga je lahko večja ali manjša kot avtoriteta pozicije. Avtoriteta je moč odločanja, ki usmerja aktivnosti vodje in lastnikov organizacije. Lahko se deli na dva tipa: formalno in funkcionalno. Avtoriteta je »zakonita moč« dana osebi s pomočjo vloge in pozicije v družbenem sistemu (Katz in Kahn, 1966, v King, 1981).

5.4 Menedžment kot proces načrtovanja, organiziranja, vodenja in preverjanja

»Menedžment kot proces je univerzalen« (Tomey, 1992). Uporablja se v osebnem kakor tudi v profesionalnem življenju. Uporablja ga posameznik zase, za pacienta, skupino pacientov ali skupino delavcev.

Različni avtorji navajajo različno število funkcij menedžmentskega procesa. V nadaljevanju bodo predstavljene štiri osnovne funkcije: načrtovanje, organiziranje, vodenje in preverjanje v zdravstveni negi.

5.4.1 Načrtovanje

Obstajata dva tipa načrtovanja: dolgoročno ali strateško in kratkoročno ali operativno. Strateško načrtovanje poteka za obdobje treh do petih let. Prične se s poglobljeno analizo pozitivnih in negativnih dogajanj v okolju, da bi lahko bili postavljeni realni cilji. Določa usmeritve organizacije, lokacijo virov, odgovornosti in časovni okvir. Cilji strateškega načrtovanja so bolj splošni in manj specifični kot pa pri operativnem načrtovanju.

Strateško načrtovanje pojasnjuje vrednote organizacije: kaj je moč organizacije in katere so njene slabosti, kakšne so njene možnosti in kakšne so grožnje, kam je organizacija usmerjena in kako je možno tja priti. Strateško načrtovanje daje organizaciji usmeritve, izboljšuje njeno uspešnost, izloča slabe programe, eliminira podvajanje naporov in koncentracijo virov, izboljša komunikacijo in koordinacijo aktivnosti, omogoča prilagajanje v spreminjajočem se okolju, postavlja realne in dosegljive cilje ter zagotavlja njihovo doseganje. Swansburg (1990) navaja, da je v analizo stanja potrebno vključiti proučevanje notranjega in zunanjega okolja, nove tehnologije, finančnih sredstev namenjenih za delovanje zdravstvene nege, kadrovskih in materialnih virov ter oceno vrhnega menedžmenta in druge faktorje.

Pomembno je, da glavne medicinske sestre zdravstvenih zavodov sodelujejo v strateškem načrtovanju, o katerem morajo biti ustrezno poučene, predvsem o pomembnosti in načinu dolgoročnega načrtovanja. Še zlasti je potrebno proučiti stanje v dejavnosti zdravstvene nege, pri tem se lahko uporabi SWOT analiza, s katero se proučujejo moč, slabost, možnost in

nevarnost za zdravstveno nego. Med slabosti oziroma prednosti v dejavnosti zdravstvene nege na primer spada: razvoj menedžmenta, kvalifikacijska struktura izvajalcev zdravstvene nege, strokovnost kadra, kadrovski manjki ali viški, finančna situacija, negovalni pripomočki, kakovost zdravstvene nege. Nevarnost je na primer: pomanjkanje medicinskih sester, nezadovoljstvo pacientov, tekmovalnost, spori, zakonodajne spremembe, izguba akreditacije. K možnostim prištevamo: rekrutiranje negovalnega kadra, nove programe, raznolikosti, izboljšanje tehnologije, nove pripomočke (povzeto po Tomey, 1992).

Tudi pri nas je bila narejena SWOT analiza, v kateri Požun (2001/a) ugotavlja, da se med prednostmi največkrat pojavi »medoddelčno in medsektorsko sodelovanje«, ki lahko nakazuje visoko zrelost in vseobsežnost odgovornosti direktorjev zdravstvene nege. Pri tem pa se pojavljajo nekatera vprašanja: zakaj so direktorji zdravstvene nege tiste osebe, ki delujejo medsektorsko, povezovalno, ki vodijo več različnih služb? Je to vezano na njihove sposobnosti ali zato, ker se zdravstvena nega pojavlja v vseh kliničnih področjih? Ali zato, ker so edini profesionalni vodje, ki so pripravljeni »zagrabit to delo« za večjo korist pacientov? Je to razširjeno področje odgovornosti dobro za zdravstveno nego, ali pa nas odvrča od vodenja zdravstvene nege? Kot slabosti so bile zaznane naslednje: težave z negovalnim osebjem, pomanjkanje komunikacije med zdravniki in medicinskimi sestrami, pritiski na direktorje zdravstvene nege s strani medicinskega osebja in pomanjkanje zmožnosti vpliva na poslovodne odločitve. Priložnosti pa so videne kot sodelovanje z ostalimi institucijami na področju raziskovanja in izkoriščanje vpliva na najširšo bolnišnično in politično upravo. Pomanjkanje investiranja v kadre in zmanjševanje razpoložljivih virov ter redukcije kadra v zdravstveni negi pa so prepoznane nevarnosti za dejavnost zdravstvene nege.

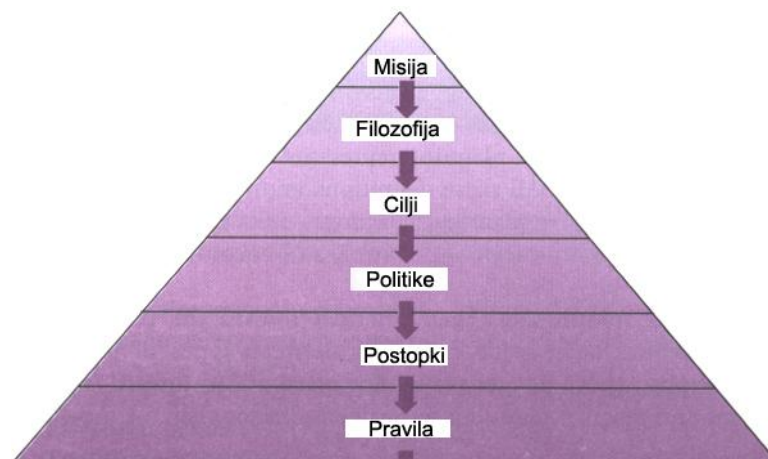
Strateško načrtovanje v zdravstveni negi se nanaša na dejavnost zdravstvene nege v celoti v zdravstvenem zavodu ali na službo zdravstvene nege, če je le-ta v zdravstvenem zavodu organizirana. Namen strateškega načrtovanja je izboljšanje razporeditve virov, vključno z denarjem in časom, ter izvajanje zdravstvene nege. V strateško načrtovanje so vključene glavne medicinske sestre zavoda, lahko pa so vključene vodilne medicinske sestre iz vseh organizacijskih nivojev.

Tomey (1992) meni, da je medicinska sestra menedžer bolj vključena v operativno ali kratkoročno načrtovanje, ki je v povezavi s financiranjem in se običajno prične nekaj mesecev

pred novim proračunskim letom. Swansburg (1990) navaja, da operativno načrtovanje poteka na primer na nivoju specifičnega oddelka ali enote. Odgovorna medicinska sestra oddelka ali enote je lahko vključena tudi v strateško načrtovanje, istočasno pa mora pripraviti tudi operativne načrte, na primer načrt razvoja kadrov na nivoju oddelka ali enote. Med operativne načrte spadajo tudi vsakodnevni delovni načrti.

Poznamo več vrst načrtovanja, ki v organizaciji tvorijo hierarhijo. Z načrti na vrhu organizacijske strukture vplivamo na vse ostale načrte na različnih organizacijskih nivojih (Marquis in Huston, 2003).

Slika 5: Hierarhija načrtovanja



Vir: Marquis, Huston, 2003:58

Organizacija obstaja zaradi določenega namena. Razjasnitev namena je prva prioriteta načrtovanja. Namen vpliva na filozofijo in cilje. Povezava med namenom, filozofijo in cilji mora biti občasno revidirana, zato, da odraža realno stanje. Filozofija obsega vizijo in oblikuje stališča, prepričanja in vrednote. Cilji določajo aktivnosti za doseganje namena in filozofije.

Ker je dejavnost zdravstvene nege samostojno strokovno področje je lahko dejavnost organizirana v samostojni službi, ki prav tako definira namen in oblikuje lastno filozofijo in cilje.

Možina (1994) meni, da je načrtovanje ena najpomembnejših funkcij menedžmenta.

5.4.2 Organiziranje

Organiziranje je druga menedžmentska funkcija. Z organiziranjem členimo dejavnosti na potrebne delne naloge oziroma operacije in postavljamo logično zaporedje njihovega izvajanja. Vsako logično zaporedje operacij oblikuje proces. Po Tomey (1992) je proces organiziranja smotrno zaporedje izvajanja delnih nalog oziroma operacij. Potek delnih procesov v skupnem poslovnem procesu mora biti zasnovan na načelih racionalizacije.

Poznamo formalno in neformalno organizacijsko strukturo. Neformalna organizacija obsega osebne in socialne povezave, ki niso prikazane v organizacijski shemi, formalna struktura pa omogoča koordinacijo virov za doseganje ciljev, oblikovanje politike in postopkov ter določa kvalifikacijo in opis pozicije. Organizacijska struktura je formalni okvir, v katerem poteka managementski proces. Zagotavlja uspešni sistem dela, mrežo komuniciranja, identiteto posameznika z organizacijo in posledično pospešuje zadovoljstvo z delom. Formalna organizacijska struktura v obliki diagrama prikazuje povezave med ljudmi in njihovimi pozicijami, opisuje položaj, odgovornost do nalog in odnose. Možina et al (1994) pa navaja, da je organizacijska struktura formalni sistem razčlenitve in razporeditve delnih nalog po izvrševalcih in organizacijska ureditev njihovih medsebojnih odnosov v celotni organizaciji. Po Marquis in Huston (1996) vzpostavitev formalne strukture omogoča najboljšo možno koordinacijo ali uporabo virov za doseganje postavljenih ciljev.

Možina et al (1994) tudi meni, da je pomembna funkcija menedžerjev organiziranje odnosov med nosilci potrebnih nalog.

Organizacijska struktura je dinamična in jo moramo prilagajati nenehnim spremembam v organizaciji. Je sredstvo za uresničevanje organizacijskih ciljev. Cilji se sčasoma spreminjajo, zato moramo organizacijske strukture prilagajati spremenjenim ciljem. Cilji oblikujejo organiziranost organizacije in ne nasprotno. »Vsaka organizacija je v stalni interakciji z okoljem, v katerem deluje. Interakcija povzroča določeno neravnovesje med organizacijo in okoljem. Okolje vpliva na organizacijo, pa tudi organizacija bolj ali manj uspešno vpliva na okolje. Organiziranje je neprekinjen proces, ki ga opravljajo menedžerji v organizaciji« (Možina, 1994:397).

Organizacijska struktura je kot zemljevid, ki pove, s kom komuniciramo in kdo ima avtoriteto v organizaciji; pokaže pot po kateri pride vodja / menedžer uspešno in hitro do cilja. Brez organizacijske strukture bi ljudje delali v kaotičnem okolju. Organizacijska struktura je pomembno orodje za vspostavitve reda in povečanja produktivnosti. Vodja / menedžer je odgovoren, da podrejeni prav tako razumejo celotno organizacijsko strukturo kakor tudi strukturo oddelka ali enote na kateri so zaposleni.

Swansburg (1990) navaja, da pomeni organiziranje skupinske aktivnosti za doseganje ciljev. Za enoto to pomeni organizacijo in način dela za izvajanje direktne zdravstvene nege in nadzor menedžmenta.

Zelo pomembno pri organiziranju dela v zdravstveni negi je delitev dela z ozirom na različno izobrazbeno strukturo izvajalcev zdravstvene nege in s tem v povezavi z različnimi kompetencami. S pravilno delitvijo dela dosežemo tudi enakomerno obremenitev vseh izvajalcev, s čimer preprečimo izgorevanje posameznikov na delovnem mestu; dosežemo večjo kakovost dela in tudi večje zadovoljstvo pacientov.

5.4.3 Vodenje

Po načrtovanju in organiziranju je potrebno vodenje ljudi, da bi dosegli cilje organizacije. Možina et al (1994) navaja, da je vodenje sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja drugih za doseganje želenih ciljev.

Ne glede na to, da so znani primeri vodij, ki so bili zaradi izrazitih osebnostnih lastnosti vodje, državniki ali menedžerji v pravem pomenu besede, na splošno velja, da se človek kot vodja ne rodi, ampak vodja postane. »Toda organizacije velikokrat ne morejo čakati na to, da se bodo vodje izoblikovali pri opravljanju dela. Zato iščejo med svojimi zaposlenimi ljudi, ki morda imajo sposobnost za vodenje, in jih načrtno vzgajajo« (Možina et al, 1994:525). Pozitivni princip vodenja se kaže v zadovoljstvu zaposlenih, njihovi kreativnosti, uspešnosti in produktivnosti pri delu.

Vloga vodje se precej razlikuje glede na velikost podjetja. Vodstvena funkcija v velikem podjetju je stvar menedžerjev, v manjšem se funkcije menedžmenta prepletajo. Sposobnost vodenja in usmerjanja je pogosto pomankljiva v stroki zdravstvene nege. Vzrokov zato je seveda več. Medicinske sestre privlačijo ranljivi ljudje bolj kot druge poklice. V šolah so bile poučevane kot »vajenci«, ki sledijo drugim in ne, da mislijo. Večina medicinskih sester je žensk, ki niso agresivne, med tem ko je vodenje povezano z agresivnostjo. Da bi bile medicinske sestre pri vodenju uspešne jih je potrebno ustrezno izobraziti (povzeto po Tomey, 1992). Kandidata, ki ga vključimo v ta proces, moramo najprej oceniti, ali njegovo strokovno znanje iz zdravstvene nege ustreza za vodstveno mesto, prav tako mora imeti nakazane sposobnosti za vodenje in usmerjanje ljudi ter pozitivne človeške lastnosti. V tem obdobju kandidat razvije tudi lastne interese in potrebe. Obdobje pridobivanja menedžerskih znanj, sposobnosti in veščin naj traja dve leti do tri leta (Skela Savič, 2001).

Izoblikovale so se številne teorije o vodenju, vsaka izmed teorij skuša pojasnjevati vlogo vodje ali vodenja na svoj način, pri čemer nekatere bolj druge slabše pojasnjujejo njegov doprinos k boljšemu poslovanju organizacije.

V osemdesetih letih je velik kakovosten preskok nakazala transformacijska teorija. Vzroke za pojav transformacijskega vodenja lahko iščemo predvsem v valu sprememb, ki so pričenjale kroititi razvoj. Spremembe so bile usmerjene tako v željo po dvigu količine ali kakovosti outputa in v spremembo ciljev, kot tudi v preusmeritev pozornosti na novo tržišče ter na spremembe v prepričanjih, zaupanju, vrednotah ter nenazadnje tudi potrebah človeka.

Transformacijska teorija o vodenju pomeni nov kakovosten preskok v razumevanju uspešnega vodenja. Gradi na zaupanju vodje v zaposlene, na spodbujanju in usmerjanju zaposlenih k idealom in moralnim vrednotam, s čimer presegajo težave pri delu, na razširjanju koristi zaposlenih ter razvijanju njihove sprejemljivosti za namene in poslanstvo skupine. Transformacijski vodje so za uresničevanje novih ciljev sposobni izvajati korenite spremembe, oblikovati in izražati vizijo ter navdihovati ljudi. Tovrstno obnašanje kakovostno spreminja organizacijo.

»Transformacijsko vodenje je lahko ukazovalno ali participativno, demokratično ali avtoritativno, elastično ali egalitarno« (Ovsenik, Ambrož, 2000:289).

Uporaba transformacijskega principa vodenja je možna tudi v povezavi s transakcijskim principom vodenja. Slednji je v primerjavi s transformacijskim bolj podoben klasičnemu odnosu med vodjo in podrejenimi, ki ureja poslovanje in vodenje tako, kot je predpisano, in zaposlenimi, ki dobivajo plačilo v zameno za opravljeno delo

(<http://najdi.si/search.jsp?q=transformacijskih+faktorji%2C+transakcijski+faktorji>). Avtorica Tomey (2000) meni, da je transakcijsko vodenje izmenjava stanja, ki identificira potrebe tistih, ki sledijo in poskrbi za nagrade za zadovoljitev teh potreb. Je kontrakt za obojestransko korist. Vodja postavlja cilje za zaposlene, usmerjen je na vsakodnevne operacije in uporablja menedžment le izjemoma. Je tekmovalni, k nalogam usmerjeni pristop.

»Transformacijsko vodenje ni nujno sinonim za učinkovito vodenje; tudi transakcijsko vodenje ni nujno sinonim za neučinkovito vodenje« (Ovsenik, Ambrož, 2000: 290).

»Transformacijska teorija poleg karizme upošteva še tri druge transformacijske faktorje in sicer posameznika, inspiracijo zaposlenih ter intelektualno stimulacijo«

(<http://najdi.si/search.jsp?q=transformacijskih+faktorji%2C+transakcijski+faktorji>).

Bass (1985, v Tomey, 1992) je opisal transformacijske vodje s podobnimi izrazi in sicer karizma, inspiracijsko vodenje, individualna pozornost in intelektualna stimulacija. Ovsenik in Ambrož (2000) predstavljata enake faktorje iz različnih raziskav transformacijskega vodenja in sicer: karizma, navdihnjena motivacija, intelektualna stimulacija, individualizirana uvidevnost.

Transformacijsko vodenje pospešuje razvoj zaposlenih, vodja je pozoren na potrebe in motive tistih, ki mu sledijo, navdušuje jih z optimizmom, vpliva na spremembe s percepcijo, izvaja intelektualno stimulacijo in vzpodbuja h kreativnosti. Vodja uporablja individualno pozornost. Je kooperativni proces, ki je usmerjen na mrežno delo (Tomey, 2000).

Burns je klasificiral transformacijske vodje kot tiste, ki prinašajo spremembe; nikoli ne zapustijo stanja, kot so ga našli, ko pa ga, je stanje drugačno. Odnosi med transakcijskimi vodji in tistimi, ki mu sledijo temeljijo na: »če boste naredili to in to za mene, vas bom na nek način nagradil«. Tak način vodenja lahko prinese spremembe, vendar ne takšnih kot transformacijsko. Transakcijski vodje se bolj zanimajo za ohranjanje stanja, vendar če so

spremembe potrebne, se bodo potegovali za postopne in evolucijske spremembe in ne za nenadne, revolucijske. Transformacijskim faktorjem pripadajo: zunanje okolje, poslanstvo, strategija, vodenje in organizacijska kultura. Na spremembe navedenih faktorjev direktno vpliva zunanje okolje in ima za posledico pomembno novo obnašanje članov organizacije. Sprememba kateregakoli faktorja pomeni spremembo celotne organizacije ali sistema. Spremembe so nekontinuirane in revolucionarne narave in vplivajo na strukturo sistema ter zahtevajo vizionarsko vodenje. Transakcijski faktorji pa so: menedžment, sistemi (politika in postopki), struktura, delovna klima, motivacija, posameznikove potrebe in vrednote, zahteve nalog in posameznikove sposobnosti. Ti faktorji se nanašajo bolj na vsakodnevno delovanje organizacije. Pri spremembah gre za kontinuirano izboljševanje, za evolucijo in za selektivnost. Transformacijske spremembe so bolj povezane z vodenjem in transakcijske bolj z menedžmentom (povzeto po Burke, 2002).

Bennis in Nanus (1985) sta navedla, da vodje delajo prave stvari, med tem ko menedžerji delajo stvari prav. Vodje so usmerjeni v uspešnost, menedžerji v učinkovitost (Tomey, 1992).

Definicij vodenja je veliko, med njimi je tudi Stogdil-ova, ki definira vodenje kot »proces vplivanja na aktivnosti organizirane skupine v njenih naporih za postavljanje ciljev in njihovo doseganje« (Swansburg, 1990:349). Razlike so med odgovornostmi članov skupine in vsak posameznik vpliva na aktivnost skupine. Eden je vodja, drugi mu sledijo prostovoljno. Ta definicija se lahko prenese v zdravstveno nego. V praksi zdravstvene nege so postavljeni cilji zdravstvene nege za pacienta. Vsak pacient ima načrt zdravstvene nege, ki prikazuje probleme, ki ovirajo doseganje psihičnih, fizičnih in socialnih potreb. Za vsak problem je postavljen cilj in določene so negovalne intervencije. Problem lahko ugotovi interdisciplinarni tim, postavi cilje in določi intervencije za njegovo razreševanje. Najbolj usposobljena medicinska sestra koordinira zdravstveno nego. Vsak član interdisciplinarnega tima prevzame različne odgovornosti v izvajanju vseh funkcij tima.

Enak princip velja za vodjo zdravstvene nege v instituciji. Vodja se imenuje »assistant administrator, vice president, director of nursing services«. Ta oseba je odgovorna, da vsi zaposleni v zdravstveni negi, dosegajo namen in cilje institucije. Nanjo vplivajo predpisana filozofija in vrednote. V celotno kadrovsko strukturo je vključeno osebje različnih vodstvenih

kategorij – vodja izmene, odgovorna medicinska sestra, timska medicinska sestra ter drugo osebe, vsak z različnimi odgovornostmi.

V literaturi je zaslediti, da teorije o vodenju vključujejo razprave o glavnih značilnostih tistih, ki vzpodbujajo in motivirajo druge, da jim sledijo. Razprave so tudi živahne z ozirom na kakovost podedovanega in naučenega vodenja. Na razvoj kakovosti vodenja vplivajo tudi pojmi, kot so karizma, moč, spol in družbeni razred ter tradicionalno neizgovorjena predpostavka o »naravnem vodenju moških in družbeno privilegiranih« (Lorentzon, Bryant, 1997). Avtorja tudi menita, da je dobre vodje potrebno usposobiti z ustreznim izobraževanjem.

V interesu vsake organizacije je tudi učinkovita uporaba virov, zato so posamezne raziskave o vodenju usmerjene tudi v vlogo vodje, ko le-ta ne razpolaga z optimalnimi viri. Avtorici Prenkert in Ehnfors (1997) sta preučevali značilnosti najučinkovitejšega vodje, ter ugotovili, da aktivnosti vodenja temeljijo na izmenjavi različnih virov. Avtorici se opirata na Bass-ovo (1985) teorijo vodenja, ki upošteva transformacijsko vodenje in mu dodaje transakcijsko vodenje. Transakcijsko in transformacijsko vodenje izvirata iz Burns-ove (1978) teorije transformacijskih vodij in Weber-ove (1923, 1963) teorije karizmatične nadvlade. Po Burns-u (1978) je naloga vodje, da motivira ljudi v organizaciji, da opravijo svoje delo in, da vložijo dodatne napore, če so potrebni. Da bi bilo to možno, morajo vodje transformirati potrebe tistih, ki jim sledijo, iz nižjega nivoja na višji, z ozirom na Maslowovo hierarhično teorijo potreb. Ta višji nivo se nanaša na priznanje in samoaktualizacijo. Po Bass-u transformacijske komponente pomagajo vodjem, da motivirajo tiste, ki jim sledijo. Navajata tudi, da so drugi avtorji dodali še lastnost karizme.

Moss in Rowles (1997) sta v svoji raziskavi ugotovili, da stil vodenja vpliva na zadovoljstvo pri delu, ki je največje pri participativnem stilu vodenja.

Mahoney (2001) navaja, da zaradi bolj bolnih pacientov v bolnišnicah in zaradi hitrejšega odpuščanja, institucije iščejo vodilne medicinske sestre, ki bodo sposobne nadzirati delovno obremenitev izvajalcev zdravstvene nege in voditi druge, zaposleni pa iščejo medicinsko sestro - vodjo, ki bo sposobna izvajati supervizijo, ki bo obvladala menedžment, razvoj, administracijo in koordinacijo služb za paciente in zaposlene. Avtor je tudi prepričan, da

morajo vse medicinske sestre razviti sposobnosti vodenja, ne glede na to ali gre za vodilno medicinsko sestro na multidisciplinarnem področju, ali za medicinsko sestro vodjo negovalnega tima, ki izvaja zdravstveno nego za paciente. V literaturi je veliko definicij vodenja, toda tista, ki se nanaša na vodenje zdravstvene nege poudarja komunikacijski proces, ki vpliva na aktivnosti posameznika ali skupine za doseganje ciljev. Ker se je spremenilo okolje, ostajajo potrebe po močnih vodjih stalne. Vodje zdravstvene nege potrebujejo znanje zdravstvene ekonomike, financiranja, organizacijskega menedžmenta in menedžmenta človeških virov, kakor tudi razvoja in raziskovanja. Vodja mora imeti določene kompetence, pogum in biti mora kreativen.

5.4.4 Preverjanje

Preverjanje je zadnja funkcija menedžmenta. Vključuje merjenje in/ali primerjanje z ozirom na oblikovane standarde, poročanje o rezultatih in predloge za korektivne aktivnosti. Preverjanje se lahko izvede za določeno situacijo in lahko ugotavlja potencialna in/ali aktualna odstopanja. Korektivne akcije morajo biti takojšnje, da so učinkovite. Preverjanje mora biti časovno omejeno, preverljivo in fleksibilno. Sistem preverjanja tudi ugotavlja posameznikovo odgovornost.

S funkcijo preverjanja tudi ugotavljamo, kako dobro medicinska sestra izvaja svoje dolžnosti v določenem času. Namen preverjanja je: določiti kompetence, povečati razvoj osebja in motivirati osebje za večji uspeh, proučiti prizadevanja zaposlenih in prepoznati njihovo znanje, izboljšati komunikacijo med menedžerjem in osebjem za doseganje ciljev organizacije, izboljšati učinke z vspodbujanjem boljših odnosov med medicinskimi sestrami, pomagati menedžerjem pri inštruiranju in svetovanju, prepoznati potrebe medicinskih sester po usposabljanju in razvoju, izbrati talente znotraj organizacije in ponovno oceniti naloge, izbrati medicinske sestre za napredovanje in povišanje plače in prepoznati neučinkovite delavce (Tomey, 1992).

Swansburg (1990:482) je definiral končni element menedžmenta po Fayolu kot: »kontrola je verificiranje, ali se je vse zgodilo z ozirom na sprejeti plan«.

Možina et al (1994:677) uporablja izraz kontrola in kontroliranje ter ga definira kot »zbiranje in sporočanje informacij o uspešnosti in učinkovitosti delovanja organizacije odločevalcem, da ti primerjajo dosežene izide z načrtovanimi ter odločajo o morebitnih ukrepih«. Kontroliranje je potrebno smatrati kot pozitiven proces, ki meri doseganje ciljev organizacije in ne kot prisilo, manipulacijo ali vohlaštvo.

Kontroliranje obsega učinkovitost izvajanja, poslovanja ali delovanja organizacije. To pomeni, da menedžment vedno znova primerja doseženo razmerje med izidi izvajanja (količina, kakovost, pravočasnost proizvodov in storitev) ter vložki v izvajanje (poraba resursov za izvajanje – denarja in znanja, dela in opreme, materiala in energije). Kontroliranje zadeva učinkovitost in uspešnost delovanja organizacije.

Da bi mogli meriti, moramo vedeti, s kakšnim merilom bomo merili ter kako bomo presojali rezultate - izide meritev. Zanima nas, kaj je zadovoljiv izid (standard) pri doseganju ciljev organizacije. Možina et al (1994:679) definira standard kot »zadovoljivo vrednost pri doseganju smotrov in ciljev organizacije«. Sekavčnik (1997) definira standard kot dokument, ki precizira norme, ki jih mora izpolnjevati kak proizvod. Te dogovorjene mere zagotavljajo stalno kakovost proizvoda in ščitijo potrošnika. Tudi za zdravstveno dejavnost in zdravstveno nego so strokovnjaki definirali »standard«. Avedis Donabedian (1982) je definiral standarde v zdravstvu kot »strokovno oblikovane specifične kvantitativne zahteve, ki definirajo nekaj dobrega« (Sekavčnik, 1997:11). Enostavno bi lahko rekli, da je standard želeni nivo opravljanja nekega dela, ki ga želimo doseči in ga primerjamo s trenutnim stanjem. »Na splošno velja, da standardi največkrat določajo količine, kakovost, stroške in čas« (Možina et al, 1994:679).

Marquis in Huston (2003) navajata, da je faza preverjanja v menedžmentskem procesu merjenje izvajanja in/ali učinkov zdravstvene nege ter primerjanja z vnaprej določenimi standardi in aktivnostmi za zmanjšanje razkoraka med standardom ter izvedbo in/ali učinkom. Avtorja tudi menita, da preverjanje ni ugotavljanje uspešnosti ali neuspešnosti, temveč način učenja ter osebne in profesionalne rasti. Pravzaprav preverjanje ni le zadnja faza menedžmentskega procesa, temveč poteka v vseh predhodnih fazah menedžmenta. Menedžmentska funkcija preverjanje vključuje občasno preverjanje filozofije, poslanstva in ciljev organizacije zdravstvene nege; merjenje kakovosti izvajanja zdravstvene nege

posameznika ali skupine z ozirom na postavljene standarde; preverjanje prihodkov in odhodkov; preverjanje zadovoljstva pacientov.

V zdravstveni negi je še zlasti pomembna kontrola kakovosti kot specifičnega načina preverjanja. Kakovost zdravstvene nege pa je seveda odvisna od organizacije službe zdravstvene nege, kakor tudi od posameznih izvajalcev.

Odmiki od avtoritativnega načina vodenja imajo za posledico tudi spremembe v sistemu kontrole zaposlenih. Uvajanje sistema avtokontrole se je prvič pojavilo v proizvodnji kot najvišja oblika sistema kontrole kakovosti. Danes, ko govorimo o celovitem menedžmentu kakovosti (TQM – Total Quality Management) poslovanja, se sistem avtokontrole ne usmerja samo na proizvodnjo, ampak na celotno poslovanje podjetja.

V zdravstvu poznamo več vrst preverjanja, govorimo o nadzorih. Strokovni nadzor s svetovanjem izvajajo zbornice za posamezno dejavnost (zdravniška zbornica za dejavnost medicine, zbornica zdravstvene in babiške nege za dejavnosti zdravstvene in babiške nege). Z navedenim nadzorom se preverja strokovnost izvajanja dejavnosti v skladu z doktrino in sprejetimi standardi. Strokovni nadzor s svetovanjem se opravlja z namenom, da se:

- nadzoruje strokovno delo ter uporaba strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti,
- ugotavlja izvajanje strokovnih navodil strokovnih kolegijev,
- ugotavlja uporaba metod kakovosti pri delu,
- na temelju ugotovitev strokovnega nadzora svetuje izvajalcem

(<http://www.zzs-mcs.si/psns>).

Upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje, je »nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev. Nadzor je lahko reden ali izreden. Redni nadzor načrtuje minister za zdravje. Izredni nadzor pa se opravi na podlagi zahteve ali pobude bolnika, bolnikovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji»

(<http://www.mz.gov.si/index.php?id=6592>).

Zavod za zdravstveno zavarovanje pa izvaja nadzor nad izvajanjem programov zdravstvenih storitev in uresničevanjem pogodb.

V zdravstvu in zdravstveni negi je izredno pomemben še samonadzor in interni strokovni nadzor, katerega namen je: »nuditi strokovno pomoč in nadzorovati proces dela v organizacijskih enotah, nadzorovati zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe pacientov v bolnišnični in ambulantno specialistični obravnavi, nadzorovati racionalno porabo materialnih in človeških virov, izvajati nadzor v primeru incidentov in zdravstvenih napak, povezovanje in sodelovanje službe zdravstvene nege z drugimi službami bolnišnice in zaposlenimi različnih profilov, strokovno in usklajeno sodelovanje službe zdravstvene nege in medicine v izvajanju strokovnega nadzora« (Koban, 2004).

5.5 Stili vodenja

»Stile vodenja opredelimo kot vedenjske vzorce, s katerimi vplivamo na druge. Le-ti lahko naše vzorce vedenja prepoznavajo; ta zaznava pa se razlikuje od lastne zaznave načina vodenja, ki je usmerjeno v to, kakšne vzorce vedenja prepoznavamo pri sebi, ko vidimo druge. Spoznavanje stila vodenja in lastne zaznave omogočajo posamezniku kompleksen vpogled v lasten način dela s skupino« (Zabukovec, Boben, 2000:8).

Stil pomeni način, kako neko stvar delamo. Za vodilnega pomeni stil določen vzorec vedenja, ki ga uporablja, ko dela z ljudmi (Kavčič, 1991).

Različni avtorji ločujejo med različnimi načini oziroma stili vodenja - nekateri ukazujejo, se odločajo brez posveta z ostalimi člani skupine ali celo v nasprotju z mnenjem skupine ter zahtevajo poslušnost, drugi so pozorni in uvidevni ter prosijo člane skupine za sodelovanje in se z njimi posvetujejo ter jih vprašajo za mnenje. Zato lahko rečemo, da je stil vodenja pomemben za dinamiko skupine.

Stili temeljijo na modelih, ki predstavljajo določene vzorce oziroma predloge. Možina et al (1994) navaja naslednje modele vodenja: modeli osebnih značilnosti vodje, modeli vedenja vodij in situacijski modeli. Glavna pomanjkljivost modelov osebnih značilnosti vodij je, da preveč poudarjajo fizične in osebnostne značilnosti. Fizične značilnosti le naznačujejo

vodjevo sposobnost, osebnostne in socialne značilnosti (komunikativnost, analitičnost, samostojnost, pogajalstvo) pa so povezane z uspešnim delom vodje in v povezavi z drugimi, prispevajo delež k učinkovitemu izpolnjevanju nalog vodje. Vedenjski modeli vodenja poudarjajo in razlikujejo vedenjske značilnosti uspešnega in neuspešnega vodje, kamor prištevamo k nalogam in k ljudem usmerjeni stil vodenja; situacijski modeli pa predstavljajo, da so situacijski dejavniki kritični pri določanju primerne načina vodenja. »Situacijski dejavniki, ki vplivajo na uspešno vodenje so: zrelost članov skupine, potrebe zaposlenih, odločanje v skupini, odnosi med člani in vodjo, vir moči vodje, zapletenost dela in nalog ter osebne značilnosti vodje« (Možina et al, 1994:535).

Ovsenik in Ambrož (2000) menita, da je vodstveni slog hkrati življenjski slog, ki postaja prevladujoč zaznavni model razlikovanja med ljudmi. Oseba sama je vir lastnega vedenja in doživljanja. Gledano sistemsko je osebnost samo-nanašajoča struktura, ki je v zaprto / odprti interakciji z okoljem. Teorije osebnostnih lastnosti in vedenjske teorije so enodimenzionalno pojasnjevale učinkovito vodenje. Izidi te enodimenzionalnosti nimajo dovolj razlagalne moči. Pojasnile so nam dvoplastno vlogo vodje v vodstvenih procesih: strukturo osebnosti, ki je izid delovanja vrojenih sposobnosti in okolja ter vedenje, ki je posledica strukturnega in socialnega spoja osebnosti z okoljem. Okolje, v katerem živi vodja, v marsičem določa naravo njegovega življenjskega sloga. Izvorno socialno okolje in življenjski slog, ki je hkrati osnova sloga vodenja postanejo sestavine njegove identitete ali samopodobe. Vodja je oseba, ki se rodi v pozitivno se razlikujoči status. Razlikovanje od drugih temelji zlasti na prirojeni socialni inteligenci, zaradi katere se lahko takoj prilagodi okoliščinam in neizrečenim zahtevam socialne in kulturne igre. Avtorja tudi navajata, da je po Fiedlerju »slog vodenja posameznika izid interakcij med osebnostno strukturo in okoliščinami«, podobno navaja tudi Možina et al (1994:536) in sicer, da »Fiedlerjev kontingenčni model poudarja, da je uspešno vodenje odvisno od tega, koliko se dejavniki situacije skladajo z načinom dela vodje«.

Fiedler zagovarja stališče, da je posameznikov slog vodenja pogojen s strukturo osebnosti in je sestavina identitete vodje. Ker je produkt interakcij podedovanih lastnosti in vpliva okolja, je relativno nespremenljiv v različnih okoliščinah. Osnovna podmena modela temelji na tej predpostavki. Če je slog vodenja relativno nespremenljiv, potem je potrebno spremeniti okoliščine tako, da bo vodja s svojim slogom vodenja lahko učinkovito deloval. Že sedaj lahko ugotovimo, da je model nastal v času, ko je bila kompleksnost vodstvenih okoliščin

nizka in ko so bili pogoji poslovanja relativno stabilni. V današnjih časih si je težko zamisliti možnost za izbiro vodstvenega okolja. Je pa mogoče v določenem okolju vzpostaviti ustrezno klimo, v kateri določeno vodenje v skladu z okoliščinami daje boljše izide (Ovsenik, Ambrož, 2000).

V preteklosti je prevladovalo prepričanje, da je za menedžerje ustrezen hierarhični stil vodenja, v katerem delujejo menedžerji od zgoraj navzdol in pogosto ne dajejo zaposlenim dovolj informacij o procesih in dnevnem odločanju. Menedžmentski stil poznan kot tradicionalno vodenje, ni bil dolgo uporaben. Transformacijsko vodenje je bilo prepoznano za boljše v času hitrih sprememb. Za medicinske sestre, ki so prevzele pozicije vodenja za učinkovite spremembe delovnega okolja, je bolje, da uporabljajo transformacijsko vodenje. Po Smith, Hood, Piland (1994) je za transformacijskega vodjo značilno, da:

- so vizionarji in imajo sposobnost prenesti njihovo videnje prihodnosti;
- so pozorni za posameznike, ki jih vodijo, spodbujajo organizacijsko okolje tako, da sodeluje produktivno vsak posameznik;
- učinkovito obravnavajo negotovost, kompleksnost in spremenljivost;
- so sposobni definirati svojo vlogo in vlogo drugih pri doseganju ciljev;
- so spoštljivi in upoštevajo ideje drugih;
- organizirajo in preiskujejo situacijo z ozirom na tiste, ki delajo za njega (Bashor, 2000).

Kakorkoli že, samo spretnosti in značilne lastnosti niso dovolj za transformacijskega vodjo. Potrebne so tudi osebne vrednote, ki so skladne s transformacijskim stilom vodenja. Močne vrednote vodenja predstavljajo osebno integriteto in ostajajo enake ne glede na to kakšni so zunanji vplivi. Lažje je, če imaš v času velikih sprememb svoje lastne vrednote. Če se to dogodi, vodje pogosto nadomestijo transformacijsko vodenje z bolj reakcionarnim (nazadnjaškim) stilom vodenja in izvajajo vodenje z ozirom na hierarhično pozicijo.

Bashor (2000) tudi meni, da si transformacijski vodja postavi osebne vrednote vnaprej. Te vrednote izhajajo iz izkušenj in sistema osebnih prepričanj, ki omogoča menedžerjem in vodjem spopasti se z drugimi. To so notranje vrednote, ki prispevajo k stilu vodenja in osebni viziji in lahko pomagajo menedžerju skozi številne vznemirljive čase. Ko se vodja zave

osebnih vrednot, ki ga vodijo, postanejo moralni imperativ pri vodenju. Prav tako je tudi pomembno, da vodja pozna vrednote tistih, ki jih vodi.

Tudi organizacija ima svoje vrednote, to so organizacijske vrednote. Del vloge vodenja je tudi ponazarjati organizacijske vrednote v delovnem okolju. Zato je največji interes transformacijskega vodje, da dela za organizacijo, katere vrednote so v skladu z njegovimi osebnimi vrednotami.

Transformacijsko vodenje je spodbujanje zaposlenih k idealom in moralnim vrednotam, ki naj bi zaposlene navduševale za reševanje problemov pri delu. Transformacijski vodje vodijo podrejene z motiviranjem. Transformacijski vodja deluje na podlagi:

- karizme: predstavi vizijo in smisel poslanstva, izzove ponos, doseže 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, uvaja, svetuje (Možina et al, 1994).

Transakcijsko vodenje je sporazumevanje med vodjo in zaposlenimi o materialnih, kadrovskih in drugih ugodnostih. Precej je podobno klasičnemu načinu vodenja, v katerem je vodja nadrejeni, ki ureja stvari tako, kot so predpisane. Transakcijski vodja deluje na podlagi:

- nagrajevanja: pogaja se o nagrajevanju za prizadevno delo, obljublja nagrade za uspehe, daje priznanje za dosežke;
- vodenja z izjemami (aktivno): spremlja dogajanja in išče odmike od pravil in standardov, se odloča za korektivne akcije;
- vodenja z izjemami (pasivno): v dogajanje posega le, če standardi niso doseženi;
- vodenje brez vajeti (laissez faire): odpoveduje se odgovornosti in se izogiba tinskemu odločanju (Možina et al, 1994).

Tudi Skela Savič (2004) povzema, da transformacijsko vodenje označuje vodenje z motiviranjem, karizmo in upoštevanjem posameznika, medtem ko ima transakcijsko vodenje

značilnosti klasičnega vodenja, kjer so v ospredju nagrajevanje za dosežke in iskanje napak pri podrejenih.

Tavčar (2004) meni, da naj stil vodenja menedžer prilagaja značilnostim udeležencev, ki naj odločitve izvajajo. Med najpomembnejšimi značilnostmi sta zmožnost udeleženca, da odločitev izvede in zavzetost udeleženca za izvajanje odločitve. Zmožnost in zavzetost sta vsaka lahko velika ali majhna; tako nastanejo štiri stili obvladovanja, ki jih obsega uveljavljeni model situacijskega vodenja. Stili obvladovanja so le široka vodila. Menedžer more udeležence obvladovati le, če lahko nanje učinkovito in primerno vpliva; temelj vplivanja je moč – ta pa sledi interesom udeležencev, ki izhajajo iz njihovih potreb in vrednot. Menedžerji so pomemben, lahko odločilen dejavnik za uspešnost delovanja organizacije. Uspešnost menedžerjev je zato tesno povezana z uspešnostjo organizacije in v veliki meri temelji na obvladovanju sodelavcev in drugih udeležencev organizacije. Zato je pomembno snovati modele, ki lahko povečujejo učinkovitost in uspešnost menedžerjev pri tem obvladovanju.

Vsakega izmed štirih slogov obvladovanja (spodbujanje, delegiranje, naročanje, poučevanje) kaže pred uporabo kritično presoditi glede na okoliščine, v katerih poteka obvladovanje (Tavčar, 2002).

Fiedler je v svojih raziskavah o vodenju določil dva glavna stila. Prvi stil predstavlja vodje, ki so motivirani za medsebojne odnose in si želijo dobre odnose z drugimi. Vzpodbujajo podrejene, da sodelujejo in prispevajo svoje ideje. Temu nasprotni pa so taki vodje, ki so osredotočeni le na naloge in jih hočejo vedno uspešno izvesti. Le-ti strogo nadzirajo svoj tim, z natančnimi zahtevami in ustaljenimi postopki vodijo podrejene, ki so zadovoljni s takim nadzorom (Lahiff, 1998).

V naloge usmerjeni slog vodenja – vodje imajo močno izraženo potrebo po uspešnem dokončanju naloge. Svoje samospoštovanje črpajo iz merjene zmogljivosti delovne skupine in iz lastnih delovnih dosežkov. Zelo močno so motivirani, da uspešno dokončajo katerokoli nalogo, ki so si jo zadali, tudi če jih zanjo ne čaka nobena nagrada. Pogosto se jim zgodi, da so jim člani skupine sredstvo za izpolnitev naloge (Ovsenik, Ambrož, 2000).

Stabilne vodstvene okoliščine zahtevajo vodjo, ki se takoj usmeri v izpeljavo naloge. Njegova vodstvena naloga je podrobno podprta s pravili, ki jih je v enostavnih okoliščinah mogoče učinkovito uporabljati. Njegov smisel za akcijo, enostavnost, ciljna usmerjenost in tehnična inteligenca mu omogočita hitro prilagajanje tehničnim in tehnološkim zahtevam naloge. Izkušnje različnih vodstvenih šol (MBA) kažejo, da vodje kljub svojim odličnim ekonomskim in tehničnim znanjem niso kos problemom, ki zahtevajo sodelovanje večjega števila ljudi z različnimi znanji, motivi in vrednotami. V kaotičnih vodstvenih okoliščinah, ko pravil ni več, ko skupina deluje brez skupnega cilja, je učinkovit vodja, ki je s svojim slogom vodenja usmerjen v naloge. Njegov občutek za enostavnost, za organizacijo v konkretnih okoliščinah in njegovo tehnično znanje in še zlasti njegova usmerjenost v dosežke, mu dajeta možnosti, da hitro prevzame nadzor nad aktivnostmi skupine in si pridobi dovolj vpliva, da ohrani njeno ciljno delovanje (povzeto po Ovsenik, Ambrož, 2000).

Za k nalogam usmerjeni slog vodenja je značilno aktivno planiranje, organiziranje, kontroliranje in usklajevanje nalog zaposlenih. Vodja zaposlenim natančno določi naloge, postavi delovne standarde, ki jih vsakdo mora doseči, informira zaposlene o zahtevah dela, delo načrtuje skupaj s člani, spodbuja člane k ravnanju po enotnih postopkih. Zaposleni pa s takim stilom vodenja niso najbolj zadovoljni.

V ljudi usmerjeni slog vodenja zahtevajo kompleksne vodstvene okoliščine. Vodja ima dobro razvito socialno čustveno inteligenco in se znajde v različnih kompleksnih in hitro spremenljivih okoliščinah. Sposobnost hitrega prilagajanja in ustvarjalna komunikacija z drugimi mu dajeta dovolj avtonomije, da motivira člane skupine k skupnemu cilju. Pogosto teži k temu, da izrablja svoje komunikativne sposobnosti, da zadovoljuje lastne interese na škodo interesov članov skupine. »K ljudem usmerjeni slog vodenja – poudarja način dela z ljudmi, omogoča participacijo pri odločanju in skrb za zadovoljstvo zaposlenih pri delu« (Možina et al, 1994:533).

Lahiff (1998) navaja, da je Fiedler v svojem kasnejšem delu raziskoval pomembnost intelektualnih sposobnosti vodje kot dodatnega dejavnika pri vplivanju na učinkovitost skupine. Ugotovil je, da je stil, ki je usmerjen le na izvajanje nalog, uspešen le, če je vodja zelo inteligenčen in mu je okolje v podporo. Vodje, ki so manj inteligentni, morajo glede na skupino uporabljati način, ki je usmerjen k vzpostavljanju dobrih medsebojnih odnosov z

namenom, da tudi podrejeni prispevajo svoje znanje. Ta pristop je tudi pomembnejši za vodje v monodisciplinarnih timih in v situacijah, ki nastanejo v zdravstveni negi. Avtorica navaja štiri stile vodenja: avtokratski, demokratični, participativni in anarhični; Marquis in Huston (2003) govorita o avtokratskem, demokratskem in laissez-faire stilu vodenja; prav tako tudi Sullivan (1995).

Avtokratsko vodenje – vodja je oseba, ki je osredotočena na izvajanje nalog, uporablja moč pozicije in svojo osebno moč na avtoritativen način, prevzema odgovornost za uresničevanje ciljev in za odločanje. Podrejeni so motivirani z manipulativno pohvalo, grajo in nagrado. Avtokratsko vodenje je učinkovito v kriznih situacijah, ker morajo biti odločitve hitre in hitro izvedene. Kjer so delovni pritiski veliki, potrebujejo delavci vodjo, ki jim da informacije in usmeritve, zato lahko avtokratsko vodenje zmanjša stres, hkrati pa lahko povzroči odvisnost, kar lahko poveča strah in izzove agresivnost.

Demokratično vodenje – vodja ceni vrednote in sposobnosti podrejenih posameznikov, uporablja osebno moč in moč svojega položaja, podrejene motivira, da izrazijo svoje ideje in da si zastavijo svoje lastne cilje, razvijajo svoje lastne načrte in nadzirajo svoje delo. Slaba stran demokratičnega vodenja je v tem, da je zanj potrebnega več časa in je zato predrago, še zlasti, kadar so sredstva omejena.

Participativno vodenje - je kompromis med avtokratskim in demokratičnim vodenjem, kjer predstavljajo vodje svoje lastne analize problemov in predloge aktivnosti in vzpodbujajo podrejene, da jih ocenjujejo in dajejo pripombe. Po tehtnem premisleku sprejme vodja dokončno odločitev.

Anarhično vodenje – vodja se odreče odgovornosti vodenja in pusti osebje brez usmerjanja, nadzora in sodelovanja.

Tomey (2000) meni, da je laissez faire vodenje zelo svobodno, neusmerjevalno, pasivno in neprizadevno. Člani lahko delajo neodvisno, brez cilja, ker ni načrtovanja ali koordinacije in je malo sodelovanja. Pri takem vodenju se pojavi kaos, razen, če se pojavi neformalni vodja. Ta stil deluje le z zelo zreliimi, avtonomnimi delavci, vendar je bolj neučinkovit in neproduktiven.

Vodenje »brez vajeti« ali laissez-faire je odrekanje odgovornosti za vodenje oziroma prepuščanje odločitev drugim. Skela Savič (2004) ugotavlja, da vodje v medicini ne uporabljajo transformacijskega vodenja, niti ne transakcijskega, temveč laissez-faire vodenje. Pri vodjih v zdravstveni negi ugotavlja, da je najmanj prisotno vodenje »brez vajeti«. Ugotavlja tudi, da lahko za vodenje v zdravstvu rečemo, da vsebuje premalo vizije za razvoj organizacije, motivacije, usmerjenosti k spremembam in upoštevanje posameznika, kar je osnovno vodilo transformacijskega vodenja. Čeferin Kveder (2005), ki je proučevala stil vodenja glavnih medicinskih sester Kliničnega centra, pa je ugotovila, da je zanje najbolj značilen združevalni (strnjeni) stil vodenja, za katerega je značilna visoka usmerjenost, tako k odnosom kot tudi k nalogam. Glavne medicinske sestre so s tem stilom vodenja usmerjene v prihodnost, naklonjene so timskega delu in se enačijo celo s podrejenimi. Cenijo ustvarjalnost in se izogibajo rutinskim opravilom.

Razlike v stilu vodenja so pogojene tudi s spolom. Ženske težijo k bolj demokratičnemu in participativnemu vodenju, z delitvijo moči in informacij, s vzpodbujanjem in konzultacijami ter večjo veljavo članov skupine. Uporabljajo svoje osebne spretnosti, karizmo in mrežno delo, da bi vplivale na druge za doseganje ciljev. Moški so bolj direktni in avtorski. Uporabljajo formalno organizacijsko strukturo avtoritete in moč pozicije.

Možina (2002) navaja načine vodenja z vidika čustvene inteligentnosti vodje, ki jih lahko razvrstimo po čustvenih vidikih. Tako identificiramo naslednje načine vodenja in vodij: vodenje s prisilo, usmerjevalno vodenje, očetovski način vodenja, sodelovalni način, perfekcionistični, mentorski.

V literaturi je najpogosteje zaslediti še naslednje stile vodenja (povzeto po Čeferin Kveder, 2005):

Prilagodljivi stil vodenja – vodje se lažje prilagodijo različnim okoliščinam, so bolj stabilne in celovite osebnosti. Njihovo vedenje je izid različnih dejavnikov: socialni izvor, jasno oblikovan in prilagodljiv sistem vrednot, raznolikost socialnih izkušenj in sposobnost slediti lastni viziji.

Ukazovalni stil vodenja – vodja oblikuje naloge in ukaže ljudem kaj, kako in kdaj naj opravijo. Poudarja zlasti v nalogo usmerjeno vodenje, ki temelji na kakovostni izpeljavi. Ne vključuje aktivne vloge članov skupine, ker sta njihova psihološka in strokovna zrelost na nizki stopnji.

Prepričevalni stil vodenja – vodja usmerja aktivnosti podrejenih sodelavcev in jih hkrati spodbuja za kakovostno delo. Vključuje socialno interakcijo, katere cilj je utrditi cilje in odpraviti nejasnosti. Vodja ima v tem odnosu še vedno prevladujočo vlogo.

Odposlanski stil vodenja – vodja je hkrati opazovalec in vključen v dinamiko skupine samo takrat, ko podrejeni sodelavci potrebujejo pomoč ali nasvet. Sodelavci delajo samostojno in se povezujejo v skladu z okoliščinami.

Podporni stil vodenja – vodja kaže iskreno zanimanje za podrejene. Je v ljudi usmerjeni stil, ki temelji na prijaznem vedenju in na uvidevnem reševanju.

Sodelujoči stil vodenja – vodja se posvetuje s sodelavci, ni več samo opazovalec, je vključen v delovni proces. Upošteva njihove predloge pri odločitvah in pri reševanju problemov.

Storilnostni stil vodenja – vodja je izrazito usmerjen v dosežke, postavlja zanimive cilje, ima visoka pričakovanja glede zmogljivosti svojih sodelavcev in dosledno izpeljuje svoje cilje.

Direktivni stil vodenja – vodja daje jasne instrukcije in navodila za delo, predvsem kadar novinec v organizaciji še ne pozna pravil in ne dela.

Zavzeti stil vodenja – je močno usmerjen k odnosom, manj k nalogam. Vodja je odprt do sodelavcev, jih spodbuja, da govorijo. Spore skuša spretno ublažiti. Primeren je zlasti za vodenje strokovnih del, pri katerih vsak delavec sam najbolje pozna svoje delo in kjer prevladujejo profesionalni standardi.

Združevalni (strnjeni) stil vodenja – je močno usmerjen tako k odnosom kot tudi k nalogam. Vodja je usmerjen v prihodnost in je zagovornik timskega dela in se enači celo s podrejenimi, ki jih ocenjuje po pripravljenosti za sodelovanje v timskem delu.

Zadržani stil vodenja – je zelo šibko usmerjen tako k nalogam kot tudi k odnosom. Vodja predvsem popravlja napake podrejenih, je zelo konzervativen in verjame v moč pravil in postopkov.

Prizadevni stil vodenja – je usmerjen k delovnim nalogam, zelo malo pa k odnosom. Vodja je gospodovalen, druge ocenjuje predvsem po sposobnostih in po delovnih rezultatih.

Mentorski stil vodenja – pride v poštev, ko je novinec že nekaj časa v organizaciji, pa še vedno potrebuje navodila za delo, vendar ga lahko vodja polagoma že prepušča k samostojnemu delu. Pri tem mora vodja precej svetovati in pomagati, saj je odgovoren za celotno izvajanje nalog.

Sodelovalni stil vodenja – ko zaposleni čuti, da je že dovolj samostojen pri delu in da zna opravljati delo, vodi ni več potrebno uporabljati direktivnega načina. Namesto tega je bolje, da posluša zaposlenega, z njim sodeluje v odločanju in mu pomaga, da kar najbolje uporablja svoje sposobnosti in pridobljeno znanje.

Način vodenja s pooblastili – ko član skupine doseže samostojnost pri delu, je prav, če mu vodja dodeli delovne naloge, se pravi, da mu preda ustrezen del odgovornosti ter mu prepusti, da sam odloča o tem, kako, kje in kdaj bo opravil svoje delo.

Direktivni, mentorski in sodelovalni stil vodenja pridejo v zdravstveni negi v poštev v času pripravništva, ko se medicinska sestra usposablja za samostojno izvajanje zdravstvene nege, ali pa pri usposabljanju za izvedbo določene negovalne intervencije, za katero si v času izobraževanja ni pridobila dovolj spretnosti.

Teorija navaja veliko različnih stilov vodenja, vendar v praksi, kot navaja Tomey (1992, 2000), ne moremo govoriti le o enem najboljšem stilu vodenja. Vodje so le redko popolnoma usmerjeni k ljudem ali k nalogam. Na uspešnost vodenja vpliva vodja, tisti, ki mu sledijo in situacija. Vodja se mora zavedati svojega lastnega obnašanja in vplivanja na druge, zavedati se mora razlik med posamezniki, ki jih vodi, poznati značilnosti skupine, znati motivirati,

poznati mora strukturo naloge, faktorje okolja ter situacijske spremenljivke in temu mora prilagoditi svoj stil vodenja.

5.6 Motivacija v sodobnem vodenju

Različni avtorji različno definirajo kaj je motivacija. Na primer:

Motivacija je zbir procesov, ki usmerjajo osebo k cilju

(http://ollie.dcccd.edu/mgmt1374/book_contents/4directing/motivatg/motivate.htm).

Motivacija je naraven proces, ki poteka v osebi. Posledica tega procesa je, da sili osebo k dejavnosti. Zaradi naravnosti procesa nanjo ni mogoče neposredno vplivati, vpliv je mogoč posredno s sprožanjem samega procesa, ki vodi do aktivnosti. Razmišljati bi torej morali o povzročeni aktivnosti in ne o motivaciji (Možina, 2002).

Motivacija je sila znotraj posameznika, ki vpliva na jakost in smer obnašanja (Marquis in Huston, 2003).

Motivacija je tisto, zaradi česar ljudje ob določenih sposobnostih in znanju delajo. Brez motivacije človek ne more storiti nobene aktivnosti, ne more zadovoljiti svojih potreb (Možina, 1994).

Motivacija je koncept, ki opisuje zunanje pogoje, ki spodbujajo določeno obnašanje in notranje reakcije, ki predstavljajo obnašanje človeških bitij (Swansburg, 1990).

Motivacija je zbujanje hotenj (motivov) človeka, da bi z delovanjem zadovoljeval (svoje) potrebe oziroma dosegal cilje (Florjančič, Novak, 2002).

Vsem definicijam motivacije so skupni naslednji elementi:

- proces, sila, hotenje, dejavnost, aktivnost, delovanje, obnašanje, reakcija;
- potrebe, cilji.

Vsak človek ima določene potrebe oziroma želi doseči cilje. Sullivan (1995) navaja, da morajo biti ljudje motivirani, da dosežejo cilje, kajti »ljudje se močno razlikujejo po potrebah

in načinu njihove zadovoljitve. Ljudje z močno potrebo po dosežkih je lažje motivirati kot tiste, pri katerih je ta potreba manjša. Uspeh je odvisen od številnih dejavnikov, katerih vpliv je težko natančno izmeriti. Znanje, veščine, sposobnost in vloženi napor so pomembni dejavniki uspeha. Motivi, ki spodbujajo dejavnike uspeha, so prav tako številni, med njimi je tudi strah do neuspeha. Poleg večdimenzionalnih potreb po uspehu so še: prirojene, pridobljene in družbene potrebe, ki so neizčrpni motivatorji uspeha« (Andrejčič et al, 1996:130).

Da bi lahko ljudi motivirali je potrebno poznati njihove lastnosti, saj je »notranja motivacija v povezavi z osebnim nivojem prizadevanj« (Marquis in Huston, 2003). Velik vpliv na to imajo starši, pa tudi kulturno okolje (delovna mobilnost, uspešnost pri delu, priznanje). Ljudi pa motivira tudi okolje - zunanja motivacija, ki izhaja iz delovnega okolja ali zunanjih nagrad, ki jih delavec prejme, ko opravi delo. Vsi ljudje so do neke mere zunanje motivirani in vsak ima svoj nivo zunanje motivacije za doseganje organizacijskih ciljev. Zato mora organizacija zagotavljati klimo, ki stimulira notranje in zunanje težnje. Vodja / menedžer mora ustvariti tako delovno okolje, v katerem se lahko srečajo organizacijske in osebne potrebe. Če delavci dosežejo osebne cilje, so doseženi tudi organizacijski.

Motivacija je povezana s človekovim delom in z vso človekovo aktivnostjo. Ni človekove aktivnosti, ki ne bi bila motivirana. Eni delajo zato, da bi sebi in tistim, ki so od njega odvisni, preskrbeli sredstva za življenje oziroma, da bi pridobili denar, drugi pa zato, da bi se uveljavili. Uveljavijo pa se lahko tisti, ki se trudijo in uspevajo. Vendar je takšnih, ki za svoj trud dobivajo posebna priznanja okolice, mnogo manj kot tistih, ki se nenehno trudijo, vendar se nikoli posebno ne uveljavijo in ne dobivajo posebnih priznanj. Niti ena sama človekova aktivnost ni nikoli spodbujena samo z enim, temveč s številnimi zelo zapletenimi, znanimi in neznanimi dejavniki. Možina et al (2002) tudi meni, da univerzalne resnice o motivaciji človekovega dela, ali vedenja nasploh, ni.

Če bi poznali vse vzgibe in gibala, ki so posameznika privedli do določene aktivnosti, bi si znali razložiti, zakaj človek dela prav tisto, kar dela. Hkrati bi vedeli, zakaj ne dela nečesa drugega. Posamezni vodje ugotavljajo nekatere delavčeve težnje, kot na primer:

- da nekateri delavci raje delajo po svoje, kakor po njihovih navodilih,
- da imajo nekateri veliko idej za izboljšanje organizacije in vodenja,

- da nekatere sodelavce ponavljajoče se delo dolgočasi,
- da nekateri sodelavci kar nenadoma postanejo neproduktivni, ker jih nihče ali nič ne spodbuja k delu,
- da nekateri ne želijo delati za svoje »neorganizirane« vodje,
- da nekateri sodelavci niso zadovoljni z delom, ker ne vidijo končnih rezultatov svojega dela,
- da nekateri na delo zamujajo in z njega odhajajo predčasno,
- da sodelavci zahtevajo, da jih kdo posluša, če imajo probleme ali predloge za izboljšanje proizvodnje,
- da so nekateri sodelavci nezadovoljni, če delajo s slabim orodjem ali s slabo opremo,
- da si sodelavci želijo pestro delo itd.

Navedene težnje so povezane s človekovo motivacijo.

Vodje so z izkušnjami razvili prepričanje, da karkoli gre narobe in sodelavci ne opravijo svojega dela, je za to kriva slaba motivacija. Marquis in Huston (2003) pa menita, da motivacija prihaja iz notranjosti osebe, zato managerji ne morejo direktno motivirati podrejene. Humanistični manager lahko oblikuje okolje, ki maksimira razvoj človeškega potenciala. Podpora menedžmenta, vpliv kolegov in interakcija osebnosti v delovni skupini ima lahko sinergistični učinek na motivacijo.

Motivacijski faktorji, ki so povezani z delom, so predvsem: zanimivo delo, primerno delovno okolje, možnost strokovnega usposabljanja, možnosti napredovanja, odnosi s sodelavci, plača, priznanje za uspešnost pri delu, stalnost zaposlitve. V določeni organizaciji se v različnih obdobjih spreminja pomembnost posameznih motivacijskih faktorjev, zato jih je potrebno ugotavljati in ustrezno ukrepati. Le tako se bo ob optimalnem delovanju motivacijskih faktorjev lahko dosegala optimalna delovna učinkovitost v danih razmerah delovnega procesa (Jan, 2002).

Delavcev ni več mogoče spodbujati z grožnjami, temveč le z inoviranim načinom komuniciranja med vodjem in delavci (Andrejčič et al, 1996; Florjančič, Novak, 2002). Avtoritativno vodenje delavca motivira, da zavestno ne izpolnjuje zahtev. Kadar hočemo ljudi pripraviti, da delajo, moramo najprej aktivirati notranjo pripravljenost (motivacijsko) za

akcijo in šele potem delovno (organizacijsko) angažiranost. Čim močnejša je zavest, da je treba nekaj narediti, tem več se bo naredilo.

V okviru ekonomskega sistema ljudi najpogosteje motivira za proizvodnjo in uspeh denar. Metode plačevanja dela, napora, znanja, uspeha zlasti delujejo na motivacijo in etične vrednote. To pomeni, da ni univerzalnih metod stimuliranja, ampak se kombinirajo glede na ljudi in razmere.

Drucker (2001) meni, da denar ni zadostna spodbuda za delovno uspešnost. Res pa je tudi, da premajhno plačilo zelo zmanjša motiviranost. To, kar motivira – zlasti umske delavce – je enako tistemu, kar motivira prostovoljce. Prostovoljci, kot je znano, morajo imeti več zadovoljstva od plačanih zaposlenih – iz preprostega razloga, ker ne delajo za plačilo. Prostovoljci delajo predvsem zaradi izziva, ki jim ga ponuja delo. Hočejo poznati poslanstvo organizacije in vanj verjeti. Hočejo se tudi nenehno usposablјati. Navsezadnje pa hočejo tudi videti rezultate svojega dela.

»Če metoda plačevanja ne motivira in ne spodbuja proizvodnje, lahko dosežemo uspeh z drugimi metodami nefinančnega značaja, kot npr. pohvale, poznavanje ciljev in tekmovanje« (Andrejčič et al, 1996:130).

Motiviranje določa stopnjo človekove storilnosti, ki vpliva na učinkovitost doseganja organizacijskih ciljev. Motivacija je sredstvo in razlog, s katerim je mogoče uresničiti takšno koordinacijo, da zaposleni v organizaciji opustijo svoje lastne cilje in bolj ali manj prizadevno zasledujejo cilje organizacije. To je možno uresničiti na več načinov (po Galbraithu):

- s prisilo, ko podrejenim enostavno razdelijo delovne naloge,
- z denarno spodbudo, kjer z denarjem kupujejo delovne naloge,
- z identifikacijo, ko zaposleni sprejemajo delovne naloge za svoje glede na oceno lastnega položaja in
- z adaptacijo, ki pomeni, da cilji zaposlenih vplivajo na cilje organizacije skozi sprejemanje delovnih nalog (Jan, 2002).

Vodje se usmerijo na potrebe in želje posameznih delavcev in uporabljajo motivacijsko strategijo, ki ustreza vsakemu posamezniku in situaciji. Vodja je tudi vzornik, poslušalec, podpornik in vzpodbujevalec za demotivirane zaposlene.

Organizacije imajo, tako kot posamezniki, svojo kulturo in vrednote. Motivatorji so različni med organizacijami in celo med oddelki in organizacijo. Motivacija je zelo kompleksna, zato si vodje prizadevajo prepoznati osebne in kolektivne motivatorje.

Možina et al (2002) navaja, da je motivacija proces, ki poteka po naravnih zakonitostih v človeku in ga ne znamo v celoti pojasniti. Da bi bil proces motivacije bolj razumljen, so bile razvite številne teorije, ki so želele pojasniti dogajanje v času motivacije. Za motiviranje pa ni dovolj, da motivacijske teorije poznamo. Iz njih se naučimo razumeti motivacijo in si ustvarimo pregled nad dejavniki, ki nanjo vplivajo. S tem znanjem zmoremo oblikovati modele motiviranja, ki predstavljajo našo predstavo o tem, kakšno vedenje želimo spodbuditi pri zaposlenih in kakšne cilje želimo doseči.

Motivacijske teorije pojasnjujejo tudi povezavo med delom in delovno uspešnostjo ter zadovoljstvom z delom. Zgodovina razvoja motivacijskih teorij sega v obdobje klasične organizacije. Teoretiki, med njimi je najpomembnejši Frederick Taylor, so menili, da je najboljši način za povečanje produktivnosti izboljšanje tehnik ali metod, ki so jih uporabljali delavci. Opravili so vrsto raziskav na področju časa in gibov, preuredili so delovna mesta, vodje so postavljali delovna merila za doseganje organizacijskih ciljev, vse z namenom izboljšanja delovnih rezultatov. Drug pomemben prispevek k teoriji motivacije je Hawthorne eksperiment, katerega rezultati so pokazali, da so za povečanje storilnosti bistveni medčloveški odnosi. Elton Mayo je menil, da mora vodstvo podjetja spremeniti odnos in obnašanje do podrejenih, njihovih problemov in teženj. To je zahtevalo nov tip organizacije. Menedžment bi moral pri oblikovanju dela obravnavati zaposlene kot osebnosti, upoštevati njihove potrebe, uporabljati neavtoritativne oblike vodenja in delo oblikovati v delovnih skupinah (Jan, 2002).

Najbolj znani motivacijski teoriji sta Maslowova teorija potreb in Herzbergova higienska teorija.

Maslowova teorija potreb. Maslow je identificiral pet nivojev potreb, ki jih je razvrstil v hierarhičnem zaporedju od najbolj osnovnih fizioloških potreb do najbolj sofisticiranih potreb. Potrebe si sledijo v naslednjem vrstnem redu: fiziološke potrebe, potrebe po varnosti, potrebe po pripadnosti in ljubezni, potrebe po ugledu in samospoštovanju, potrebe po samopotrjevanju. Najprej naj bi človek težil k temu, da bi zadovoljil primarne biološke motive (fiziološke potrebe), ker mu omogočajo preživetje. Nato se pojavijo višje potrebe, ki prav tako sledijo določenemu zaporedju. »Kadar je človek že zelo na vrhu svoje »piramide«, pa se njegova aktivnost spet začne na dnu, če je ogrožena njegova ohranitev« (Možina et al, 1994:498). Ljudje se torej pomikajo po hierarhičnih nivojih v določenem času. Ko so zadovoljene potrebe enega nivoja se aktivirajo potrebe naslednjega. Človekova aktivnost je torej usmerjena navzgor k bolj privlačnim ciljem.

Maslowova teorija je pomagala managerjem prepoznati, da so posamezniki kompleksna bitja z mnogimi potrebami, ki jih motivirajo v določenem času. Postalo je tudi jasno, da je motivacija notranja in, če je potrebno povečati produktivnost, mora menedžment pomagati zaposlenim zadovoljiti potrebe na najnižjem nivoju (Marquis in Huston, 1996).

Herzbergova motivacijsko higienska teorija. Gre za dvofaktorsko teorijo, v kateri avtor govori o higienikih in motivatorjih. Higieniki so dejavniki okolja, ki povzročajo nezadovoljstvo, če niso prisotni, a ne povzročajo zadovoljstva, če so prisotni – denar, položaj, varnost, politika, delovne razmere in organizacija. Motivatorji so potrebe, ki izvirajo neposredno iz dela in direktno spodbujajo ljudi k delu – uspeh pri delu, priznanje za dosežene rezultate, odgovornost, osebni razvoj, strokovno usposabljanje in zanimivo delo. Herzberg je verjel, da so zaposleni lahko motivirani z samim delom in da obstajajo notranje ali osebne potrebe za doseganje organizacijskih ciljev. Prepričan je, da je možno ločiti osebne motivatorje od tistih, ki povzročajo nezadovoljstvo pri delu. Na primer plača je higienik in sama po sebi ne motivira. Če pa je v povezavi z drugimi motivatorji kot na primer priznanje ali napredovanje, je pa lahko močan motivator. »Herzberg pri tem razlikuje dve vrsti motivacije (negativno in pozitivno), za eno je značilna strogost, za drugo stimulansi. Pozitivna metoda, če imamo prave motivatorje, omogoča optimalne učinke s tendenco, da prerastejo v navade, ker so se ljudje prostovoljno odločili za dinamiko in ritem dela brez prisiljevanja. Seveda je treba pri tem misliti na to, da motivatorji izražajo realne želje delavcev, ne vodij, razen če le-ti ne želijo priti do uspeha na osnovi zadovoljstva delavcev. V takih primerih so osebni cilji povezani s

cilji podjetja, zato je možno, da so motivacije delavcev in vodij skladne« (Andrejčič et al, 1996).

Motivirati za večje uspehe in večje zadovoljstvo pri delu pomeni: usklajevati cilje podjetja in sodelavcev, informirati vse udeležence o strategiji, spremembah, novih namenih, ustvariti pogoje, da bodo ljudje svobodno razmišljali, soodločali in delovali, ustvariti ustvarjalno klimo in skupno zadovoljstvo z uspehom, nagrajevati uspešno delo, ne samo z denarjem, temveč s promocijo, napredovanjem, priznanjem, pohvalo (Andrejčič et al, 1996).

Herzbergova dvofaktorska teorija opisuje potrebe tudi v izrazih zadovoljstvo in nezadovoljstvo. Motiviranje zaposlenih je dvostopenjski proces, ki poteka preko higienikov in motivatorjev. Zadovoljstvo prihaja od motivatorjev, nezadovoljstvo pa s strani higienikov. Higieniki so faktorji preventivne narave. Ne proizvajajo motivacije, vendar lahko preventivno vplivajo na sprožitev motivacije

(http://ollie.dcccd.edu/mgmt1374/book_contents/4directing/motivatg/motivate.htm).

Sullivan (1995) navaja, da je ključna naloga menedžerja, ki prepoznava človekove potrebe, da zaposleni dosegajo cilje. Prepoznava tudi situacijo, ker so človekove potrebe različne v različnih situacijah. Vse motivacijske teorije imajo skupne značilnosti: ukvarjajo se s proučevanjem vplivov na človekovo obnašanje in kaj usmerja obnašanje k določenim ciljem.

Stopnja motiviranosti delavcev v posamezni organizaciji neposredno vpliva na njihovo delovanje in s tem učinkovitost. Poslovni uspeh je edino merilo sposobnosti menedžmenta. Motivacija je za menedžerja trojna vodilna misel, kako spodbujati: sebe kot glavnega vodjo, delavca v procesih dela in ustvarjalnost delavcev.

Povsem jasno je že, da ni lahka naloga zvečati motivacijo zaposlenih, ker zaposleni na različne načine reagirajo na delo in prakso v organizaciji. Zato je motivacijsko obnašanje kontrolirano s strani posameznega zaposlenega. Vodja (motivator) želi vplivati na faktorje, ki motivirajo zaposlene za večjo produktivnost. Faktorji, ki vplivajo na motivacijo za delo vključujejo posameznikovo različnost, značilnosti dela in organizacijsko prakso. Posameznikove razlike se nanašajo na osebne potrebe, vrednote in vedenje, interese in sposobnosti, ki ljudi pripeljejo do njihovega dela. Značilnosti dela so vidiki pozicije, ki determinirajo omejitve in izzive. Organizacijska praksa so pravila, politika človeških virov,

menadžmentska praksa, sistem nagrajevanja. Vodja mora proučiti kako ti faktorji vplivajo na zaposlene. Vsebina obnašanja je zadovoljitev potreb. Potreba je karkoli, kar je zahtevano, želeno ali uporabljivo. Želja je zavedno prepoznanje potrebe. Potreba narašča, če so razlike v samokonceptu (način kot ga vidim sam) in percepciji (način kako vidim svet okoli sebe) (http://ollie.dcccd.edu/mgmt1374/book_contents/4directing/motivatg/motivate.htm).

Zdravstveni zavodi uporabljajo motivacijo za doseganje organizacijskih ciljev. Medicinska sestra – menedžer uporablja motivacijo pri vsakodnevnem delu. Uporablja motivacijsko strategijo pri vodenju negovalnega tima ali pri obravnavi skupine pacientov. Da lahko motivira paciente, mora ugotoviti njihove lastne potrebe in pričakovanja. V negovalnem timu pa postavlja delovne cilje in nagraduje osebje za dobro opravljeno delo. Motivirana delovna skupina ima jasno definirane naloge in predstavlja prijateljsko in podporno atmosfero.

Iz tega lahko sklepamo, da je z različnimi skupinami pacientov potrebno ravnati različno, ter da moramo z isto skupino v različnih situacijah prav tako ravnati različno.

Osebni in motivacijski cilji skupaj vplivajo na to, da je medicinska sestra motivirana, da je ambiciozna in odgovorna, da je iniciativna, ponosna, da je član negovalnega tima in institucije, da sprejema spremembe in predstavlja osebne sposobnosti (Swansburg, 1990).

6 KAKOVOST SISTEMA MENEDŽMENTA

Če opredelimo sistem kot urejeno množico elementov za doseganje ciljev, kakovost kot skladnost z zahtevami ter menedžment kot dejavnost ljudi in funkcij v organizacijskem sistemu, potem je kakovost sistema menedžmenta urejen način doseganja skladnosti z zahtevami in pričakovanji ljudi ter vseh funkcij v organizaciji. Govorimo torej o TQM (total quality management – celovito upravljanje kakovosti), ki je »filozofija menedžmenta« (Sullivan, 1995) in jo je razvil Edwards Deming. Uvedena je bila na Japonskem po 2. svetovni vojni. Temeljno načelo TQM filozofije se skriva v istočasnosti upoštevanja ljudi, procesov in rezultatov. Glavna dolžnost menedžmenta je doseči, da bodo zaposleni pripravljani v čim večji meri s svojimi sposobnostmi in znanjem prispevati k realizaciji ciljev organizacije. Glavni ključ za sodelovanje zaposlenih pa se skriva v timsko zasnovani organiziranosti, ki omogoča hitrejše izboljševanje procesov ter s tem boljšo kakovost in boljše poslovne rezultate (Marolt, Leskovar, 1999). Ustvarjanje timsko zasnovane organiziranosti organizacije je potrebno razumeti kot poslovno strategijo, ki naj bi predvsem izboljšala operativni nivo poslovanja organizacije. Time moramo gledati kot sredstvo, ki omogoča, da se zaposleni bolj tvorno vključijo v upravljanje svojega področja poslovanja.

Definicij TQM je veliko. Na primer:

- TQM pomeni zbir konceptov, ki jih uporablja vodstvo, da vzpostavi tako organizacijsko kulturo, v kateri se spremembe vedno izvedejo korektno in kjer vladajo odlični odnosi med zaposlenimi, dobavitelji in kupci. To je odgovornost vodstva (Crosby, 1996 v Bukovec, 2003).
- TQM je zbir konceptov. Vodstva uporabljajo različne zbirke, ki morajo ustrezati dejavnosti organizacijskega sistema in njegovi organizacijski kulturi (Bukovec, 2003).
- TQM je razvijajoči se sistem, ki je osredotočen na stalno izboljševanje kakovosti izdelkov in storitev, da bi se tako povečalo zadovoljstvo kupcev v vse bolj zahtevnih pogojih trga in da bi se na ta način dosegla tudi uspešnost poslovanja podjetja oz. ustanove (Marolt, Leskovar, 1999).
- TQM je način vodenja, ki temelji na kakovosti kot osnovni vrednoti (Bukovec, 2003).

V Evropski viziji kakovosti je zapisana in utemeljena trditev, da je celovito vodenje kakovosti (TQM) ena najpomembnejših organizacijskih inovacij 20. stoletja. V nadaljevanju je

zapisano, da je celovito vodenje kakovosti omogočilo učinkovito industrijsko proizvodnjo, izboljšalo življenje ljudi, ustvarilo blaginjo in vrednost, dvignilo zavest o potrebah odjemalcev (kupcev) ter navdihnilo sodelovanje in moč zaposlenih. Kot koncept, ki opisuje razmerje med pričakovanji in rezultati, je bila kakovost vedno del ekonomske transakcije, vendar pa je sistematično vodenje spremenilo kakovost iz predindustrijskega načina dela v znanstveno metodologijo, ki črpa iz teorije statistike, sistemske dinamike, učenja, strategij in obnašanja organizacij. Kakovost je močan koncept, ker v boju za odličnost v vseh oblikah povezuje neutruden inženiring s koncepti vrednot, vrednosti in človeškega zadovoljstva. Po navedbah v Evropski viziji kakovosti je kakovost razmerje med zahtevami in dejanskimi rezultati, razlika med tem, kar pričakujemo in tistim, kar dobimo. Kakovost nam pomaga razlikovati dobro od slabega, sprejemljivo od nesprejemljivega, delovno neučinkovite od učinkovitih. Kakovost temelji na vrednotah in se izraža v možnosti izbire. Je nagnjenost k vsestranski odličnosti, ki od vsakega zahteva najboljše in pričakuje najboljše pri vrednotenju strokovnosti in veščin. Kakovost je vrednota, katere sinonim je stalno izboljševanje.

Markič (2002) meni, da v svetu prevladuje usmeritev, da naj se upoštevajo vse strožje zahteve kupcev glede kakovosti in da se skušajo v največji meri izpolniti njihova pričakovanja. Do uspešnosti organizacije vodi veliko poti, ki pa so vedno bolj soodvisne in le njihovo celovito obvladovanje daje jamstvo za uspeh. Celovito obvladovanje kakovosti se začne ob zavezanosti in prizadevanju vršnega menedžmenta, nadaljuje se s povezanostjo in neposredno vključenostjo kupcev ali odjemalcev v organizacijo in s snovanjem novega izdelka oziroma storitve. Med oblike celovitega obvladovanja kakovosti umestimo še skupinsko delo (usposabljanje zaposlenih, krožki kakovosti).

V storitveni dejavnosti ima kupec (naročnik) možnost izbire med več izvajalci podobnih storitev. Posebno pozornost je potrebno nameniti naročnikovim željam, potrebam oziroma pričakovanjem in standardom kakovosti storitev, ki morajo zahteve in želje naročnika tudi zadovoljiti. Stalno zagotavljanje ustreznega nivoja kakovosti storitev je zelo zahtevno delo, zato je potrebno usklajeno in skupno delovanje vseh, ki v procesu na kakršenkoli način sodelujejo. Prav vsak posameznik, ki v procesu sodeluje, mora zagotavljati kakovost svojega dela. Kakovost ne pomeni najboljše v absolutnem smislu, temveč najboljše glede na zahteve, želje ali pričakovanja določenega naročnika oz. uporabnika storitve (povzeto po Sever, 2002).

Odlična kakovost izdelkov ali storitev je ena izmed ključnih sestavin poslovnih strategij organizacij. Razumevanje pojma kakovost je zelo težavno, predvsem zaradi zmešnjave, kaj vse razumemo s to besedo. Po uveljavljeni definiciji je kakovost sposobnost izdelka ali storitve, da zadovolji izražene ali pričakovane potrebe kupca. Zasledimo tudi druge definicije kot: dobra lastnost, vrednostna stopnja, zlasti v nasprotju s kvantiteto. Med drugim se pojem kakovosti opredeljuje kot bistveni dejavnik za uspešno poslovanje organizacije (Markič, 2002).

Poslovna uspešnost je vedno bolj odvisna od upoštevanja svetovnih standardov kakovosti, opremljenosti podjetja s sodobno tehnologijo in hitrega prilagajanja tržnim spremembam. Večkrat nepredvidljive spremembe v okolju in na trgu zahtevajo veliko fleksibilnost tako podjetij kot tudi delavcev. Ti postajajo kreativni nosilci uresničevanja poslovne politike in doseganja strateških ciljev. Lahko rečemo, da je človek ključni faktor za povečanje produktivnosti in učinkovitosti, tehnologija pa le pripomoček, da opravi delo hitreje in bolj kakovostno, seveda, če jo je pripravljen uporabljati.

Kakovost je v najširšem smislu »odličnost« oziroma »značilnost« človeka v smislu proizvodnje izdelkov in storitev in tudi potrošnja istega; je rezultat človekovega dela, znanja, sposobnosti, vzgoje in motivacije za kakovost. Ustrezen motiviran človek je namreč sposoben narediti veliko stvari kakovostno, toda neprimerno več je sposoben narediti, če ustrezno deluje s svojimi sodelavci, zato je pri kakovosti dan velik poudarek na osebnem in še posebej na skupinskem razvoju.

Po Sullivanu (1995) temelji ključni koncept TQM na:

- večjem vplivu zaposlenih nad svojim delom;
- posameznikovi avtonomiji odločanja;
- usposabljanju zaposlenih za sprejemanje odločitev, ki izboljšajo kakovost dela in produktivnost;
- premiku od spremljanja kakovosti z zbiranjem podatkov h kontinuiranemu merjenju kakovosti z ozirom na človekovo odgovornost;
- strateškem načrtovanju dolgoročne realizacije produktivnosti in kakovosti;
- produktivnosti in kakovosti ob upoštevanju notranjih (zaposleni) in zunanjih (klienti) uporabnikov, timskem delu in individualni odgovornosti;

- končnih rezultatih in ne na dnevnih aktivnostih.

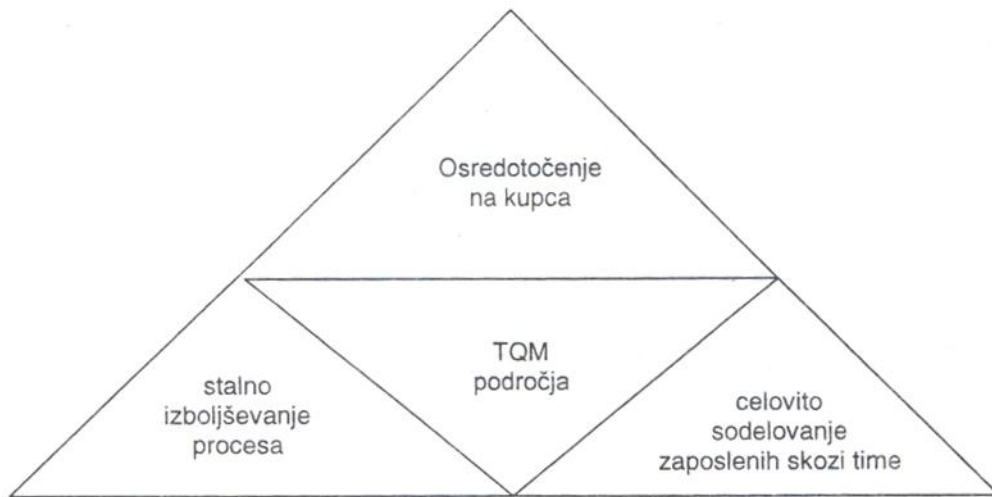
Načela TQM je možno realizirati s temeljito spremembo menedžmentskega razmišljanja in prakse, vključno s ponovnim načrtovanjem dela, redefinicijo vloge menedžerjev, spremembo organiziranosti podjetja / ustanove, izobraževanjem zaposlenih na vseh nivojih in celo ponovnim premislekom o ciljih podjetja. Filozofija TQM zagovarja mnogo večjo vključenost posameznika v odločanje, inovativnost in izboljševanje njegovega dela, a tudi prevzem večje odgovornosti. Zaposleni lahko opravlja nove naloge le, če organizacija skrbi za njegovo stalno izobraževanje in usposabljanje. Obstaja nekaj ključnih področij, o katerih mora menedžment korenito spremeniti svoje dosedanje mišljenje in od katerih je odvisna uspešnost uvedbe TQM-a:

- osredotočenje na kupca,
- stalno izboljševanje procesa,
- celovito sodelovanje zaposlenih skozi time (Marolt, Leskovar, 1999) (slika 6).

Osredotočanje na kupca pomeni razumevanje in izpolnjevanje pričakovanj kupcev in je edino trajno sredstvo za doseganje poslovnega uspeha v tržnem gospodarstvu. Edini pravi razlog za obstoj vsake organizacije je, da ustvarja izdelke ali storitve, ki imajo neko vrednost in zadovoljujejo potrebe in pričakovanja kupcev.

Stari koncept osredotočanja na izdelek, ki sloni na Taylorjevi teoriji delitve dela (na načrtovalno in izvajalno), zagovarja načelo, da naj del zaposlenih načrtuje delo, drugi del pa naj le izvršuje delo, kot jim je bilo določeno. TQM se zavzema za načelo, da mora vsakdo opravljati dve funkciji, to je, da mora dobro opravljati tako svoje standardno delo, kot tudi skrbeti za izboljševanje svojega dela.

Slika 6: Tri najpomembnejša področja TQM



Vir: Marolt, Leskovar, 1999:90

Vsaka organizacija se mora zavedati, da bo kupec tisti, ki bo končno odločil, ali bo organizacija imela delo ali ne. Obnašanje kupca je kritičen faktor pri odločanju uspeha ali neuspeha neke organizacije v tržnem gospodarstvu. Kupec je praviloma oseba ali skupina ljudi, ki sprejema rezultate dela druge osebe ali skupine. Rezultati dela so lahko izdelki ali storitve.

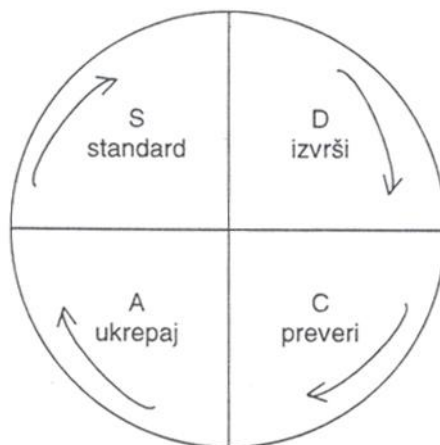
Izboljševanje kakovosti in doseganje kupčevega zadovoljstva dosegamo skozi izboljševanje procesa. Ideja osredotočenja na proces temelji na postavki, da bistvo ni rezultat, ker je rezultat le odvisna spremenljivka, temveč proces. Rezultat je torej odvisen od procesa.

TQM imenuje osredotočenje na proces kar menedžment s procesom. Načelo menedžmenta s procesom je, da moramo izgraditi procese, ki bodo producirali željene rezultate. Menedžment s procesom ima določeno zaporedje. Najprej postavimo cilj procesa in nato naredimo več planov. Prvi je plan izvedbe za doseg cilja, ki obvezno upošteva ljudi, in nato še plan za preverjanje izvedbe poteka doseganja cilja. Sledi stopnja nadziranja skladnosti rezultatov s planom izvedbe. Na osnovi informacij iz nadzora lahko analiziramo, zakaj je prišlo do odstopanj od plana izvedbe ali zakaj plan ni primeren. Na osnovi ugotovitev lahko izvršimo revizijo cilja, plana izvedbe ali plana nadzora. Spreminjati je potrebno proces in spreminjati inpute, da bi dosegli željene rezultate.

Proces moramo nadzirati, da se prepričamo o tem, ali proces deluje, kot je bilo predvideno oziroma če gre iz predvidenih okvirjev, da ga vrnemo v predvidene okvirje. Ko ugotovimo, da

je rezultat procesa iz predvidenega okvirja, to je zunaj toleranc oz. specifikacij, izvršimo korekcijo, ki naj vrne rezultate procesa v zahtevani okvir. Ta cikel je poznan pod imenom SDCA (standard, do, check, act – standard, izvrši, preveri, ukrepaj) cikelus (slika 7).

Slika 7: SDCA cikelus



Vir: Marolt, Leskovar, 1999:94

TQM ima standardno metodologijo za izboljšavo neustreznega procesa. Ta sestoji iz sedmih stopenj:

- izbrati temo (eksplicitno določimo željeno izboljšavo, npr. zmanjšati število reklamacij kupcev);
- zbrati in analizirati podatke (da ugotovimo vrste in pogostnost reklamacij);
- analizirati vzroke (odkriti temeljne vzroke najbolj pogostnih ali kritičnih reklamacij);
- planirati in izvršiti rešitev problema (preprečiti temeljne vzroke, da bi se reklamacije ponovno pojavile v takem številu);
- oceniti učinke izboljšave (preveriti podatke po izvršenih aktivnostih, da se prepričamo o pravilnosti rešitve);
- standardizirati rešitev (formalno zamenjati star proces z izboljšanim procesom);
- razmisliti o izvršenem procesu izboljšave in predvideti prihodnji problem (proučiti, če je proces reševanja problema ustrezno potekal in razmisliti o možnih boljših pristopih ter odločiti, kateri problem bo naslednji na vrsti).

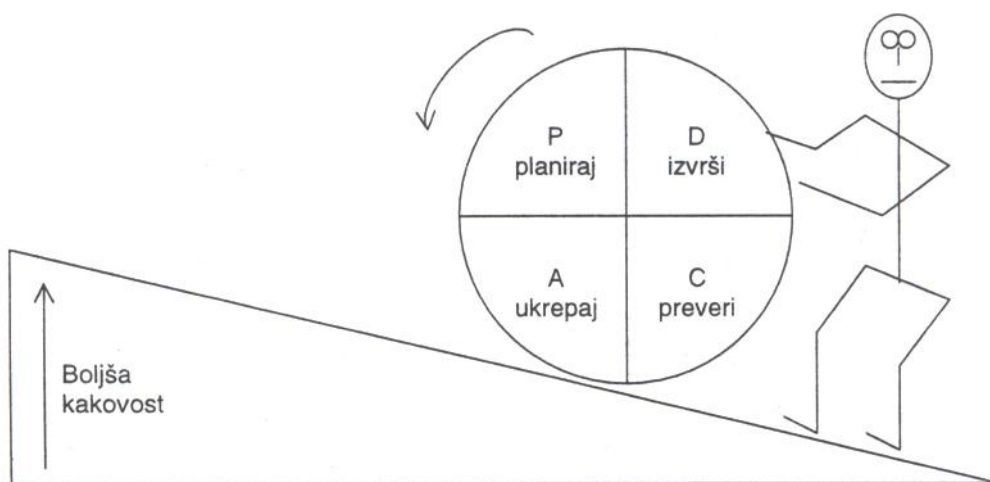
Slika 8: Komponenti stalnega izboljševanja



Vir: Marolt, Leskovar, 1999:97

Stalno izboljševanje je vsota sistematičnosti in ponavljanja (Marolt, Leskovar, 1999) (slika 8) ter vključuje načelo ponavljanja izboljšav (slika 9). Ponavljanje se nanaša na reševanje vedno novih problemov, ki v času nastajajo.

Slika 9: Ideja ponavljanja izboljšav



Vir: Marolt, Leskovar, 1999:98

Ljudje, zaposleni v organizaciji, so glavni vir konkurenčne prednosti. Dolžnost vsake organizacije, ki želi uspešno poslovati, je doseči, da so zaposleni pripravljene s svojim znanjem in sposobnostmi v čim večji meri prispevati k uspešnosti poslovanja.

Mnoge organizacije, ki imajo zasnovano svojo organiziranost na načelu timskega dela, so nadpovprečno uspešne, saj timsko delo omogoča največjo aktivno sodelovanje zaposlenih pri zniževanju stroškov, doseganju boljše kakovosti izdelkov in storitev, pri izvajanju stalnih izboljšav in doseganju večjega zadovoljstva kupcev.

Pri timsko zasnovani organiziranosti je potrebno upoštevati nekatera pomembna načela in sicer, da mora vsak od zaposlenih sodelovati vsaj v enem timu. Vključenost v tim ni prostovoljno, temveč je obvezno. Tim predstavlja pomembno socialno skupino, ki nudi občutek pripadnosti ter večje varnosti in daje priznanje posamezniku za prispevek, ki ga ta daje timu, kar poveča samospoštovanje in razvoj osebnosti vsakega člana tima. Tim naj stalno izboljšuje svoj delovni proces tako, da ga proučuje, analizira in spreminja. Prikaz rezultatov delovanja tima vodi k večji motiviranosti članov tima. Brez povratnih informacij člani tima ne vedo, kako delajo. Kadar ne vedo, kako delajo, ne obstaja evidenten razlog za izboljšanje dela. Ne moremo tudi pričakovati, da bo tim uspešno reševal probleme ali opravljal svoje delo, če člani tima ne bodo imeli dovolj informacij o problemih in dovolj znanja za njihovo reševanje.

Osnovno načelo tima je doseči visoko kakovost outputa, s katerim bo kupec zadovoljen. Tim še ne pomeni, da bo skupina izboljšala output. Da se dosežejo resnično boljši rezultati s skupnimi napor, ni dovolj, da se ljudem da naziv tim. Nekatere skupine ljudi ne bodo nikoli dosegle vseh lastnosti pravega tima.

Razlike v idejah, razmišljanjih in mnenjih zaposlenih lahko prispevajo k dodani vrednosti končnega izdelka / storitve. Vsakdo mora sodelovati v spremembi dosedanje kulture podjetja. Kultura podjetja je vsota navad in ustaljene prakse delovanja vseh zaposlenih. Sprememba kulture podjetja je povezana s spremembo navad zaposlenih, kar pomeni spreminjanje obnašanja zaposlenih.

Ljudje, ki opravljajo določeno delo, so običajno najboljši vir za izboljšanje tega dela. Čeprav bodo vedno obstajala dela, pri katerih bo primerno, da specialisti svetujejo in rešujejo probleme, pa mnoge rešitve lahko izvršijo zaposleni, ki so najbližji tistemu delu. Ljudje želijo čutiti, da je njihovo delo koristno. Delo, ki nikomur in ničemur ne služi, nima dodane vrednosti in naj se preneha izvajati.

Menedžment naj dovoli, da tim izbere lastne cilje, mora pa preveriti, da ti izbrani cilji niso v nasprotju z vrednotami in cilji organizacije.

Ljudje delajo praviloma bolje in kvalitetneje, če za tako delo dobijo primerno priznanje.

»Uvedba TQM načel v organizacijo je povezana z veliko spremembo mišljenja vseh zaposlenih, od vrhnjega menedžmenta navzdol. Brez sistematičnega planiranja predvidenih sprememb obstoječe organiziranosti, brez pripravljenosti menedžerjev na vseh nivojih, da se odrečejo delu svojih pristojnosti in odgovornosti, brez razširitve informacijskih tokov, brez novih znanj in brez pripravljenosti vseh zaposlenih da izboljšujejo kulturo podjetja / ustanove, bo vpeljava TQM dala vprašljive rezultate« (Marolt, Leskovar, 1999:117).

6.1 Kakovost sistema menedžmenta v zdravstveni dejavnosti in zdravstveni negi

TQM prihaja v javno zdravstveno službo iz gospodarstva, z vsemi svojimi zakonitostmi. Je načrtovan pristop zdravstvene ustanove, ki ima za cilj na najboljši način opraviti storitev in nenehno izboljševati kakovost. Celovito upravljanje kakovosti in nenehno izboljševanje kakovosti zahtevata, da vodstvo zdravstvene organizacije poskrbi za vse uporabnike z oblikovanjem politike kakovosti na ravni zdravstvene ustanove, z nenehnim izboljševanjem večšin osebja, procesov in izidov ter vgrajevanjem odličnosti v vse oblike delovanja zdravstvene ustanove (Robida, 2004).

Tudi v zdravstvu naj bi izvajalci maksimirali kakovost zdravstvenih storitev oziroma zdravstvene oskrbe pacienta, čeprav to ni prvenstveni cilj zdravstvene oskrbe na javni račun. Hkrati pa morajo zadovoljiti tudi zdravstvene potrebe, zahteve in pričakovanja pacientov kot kupcev zdravstvene oskrbe. Zdravstvenih storitev, ki se opravljajo v javni zdravstveni službi, praviloma ne kupujejo posamezni pacienti. V glavnem so pri nas vsi ljudje vključeni v javno zdravstveno zavarovanje, ki zanje kupuje zdravstvene storitve. Seveda pa lahko pacient zadovoljuje zdravstvene potrebe tudi na račun lastnih sredstev.

Zdravstveni izidi niso vselej odvisni le od prizadevanj zdravstvenega osebja, pač pa tudi od mnogih drugih dejavnikov, ki jih prinašajo pacienti v procese zdravljenja in so zunaj nadzora zdravstvenega osebja. Gre za posebne biološke lastnosti pacientov, njihovo pripravljenost na sodelovanje z zdravnikom v procesih zdravljenja in za upoštevanje zdravnikovih navodil, za odnos do lastnega zdravja in še kaj. Posebne biološke in značajske lastnosti pacientov močno

vplivajo na uspeh zdravljenja. Včasih pa so tudi hvaležen razlog za prikrivanje posledic nepazljivosti in napak, ki jih naredijo zdravstveni delavci pri delu.

Zadovoljstvo pacientov, ki jo Česen (2003) označuje kot »laična kakovost« temelji na skladnosti med pričakovanji pacienta glede zdravstvene oskrbe ter resničnostjo, kot jo sam doživlja in dojema. Kaže se kot zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom ter z odnosi med njim in izvajalci v času zdravljenja.

O kakovosti v zdravstvu vsi radi govorimo. Vsi se domnevno tudi nanjo spoznamo, čeprav jo morda različno razumemo in dojemamo. Iščemo jo v odločitvah zdravstvene politike, medicinske stroke, financiranju zdravstvenih programov in zadovoljstvu pacientov. Značilno pa je še nekaj. Vsi raje ocenjujemo kakovost pri drugih, manj pa pri sebi.

Kakovost zdravstvene oskrbe ima mnoge dimenzije - uspešnost, učinkovitost, enakost, dostopnost, sprejemljivost in ustreznost z ozirom na potrebe.

O TQM v zdravstvenem zavodu ne moremo govoriti, če v navedeno filozofijo niso vključene vse dejavnosti znotraj zdravstvenega zavoda, torej tudi zdravstvena nega. Ni vseeno, kako je ta dejavnost organizirana, saj je vanjo vključenih največ zdravstvenih strokovnjakov in izvajalci zdravstvene nege obravnavajo paciente 24 ur na dan. Zato se pojavlja vprašanje, kako organizirati zdravstveno nego kot sistem, katerega vsi elementi delujejo v smeri zastavljenih ciljev organizacije.

Mnogi avtorji, med njimi tudi Donabedian, so priporočili, da je pri kakovosti potrebno upoštevati tri vidike: tehnični vidik (učinkovitost, strokovno znanje, sposobnost, varnost, skrbnost, kazalci nege in zdravljenja), medosebni vidik (spoštovanje posameznika, zaupnost, posredovanje ustreznih informacij, navezovanje odnosov, osebni interes, avtonomnost uporabnika, enakost) in organizacijski vidik (vidiki okolja: varnost, udobnost, oprema, kontinuiteta, učinkovitost).

TQM je doslej najuspešnejši način uveljavljanja trajnega izboljševanja kakovosti tudi zdravstvene dejavnosti. Pomemben del filozofije TQM je popolna predanost kakovosti in dolgoročno soglasje vseh članov organizacije za uspešnejše izboljševanje kakovosti vseh

delovnih procesov, vključno tistih, katerih izvajalci niso v neposrednem stiku z uporabniki zdravstvenih storitev. Njegova vodilna ideja je trajno izboljševanje kakovosti zdravstvene dejavnosti v vseh njenih dimenzijah. Teorija TQM poudarja, da sodi uvajanje struktur in procesov za izboljševanje kakovosti, zagotavljanje ustreznih virov za njihovo delovanje in skrb za smotrno porabo teh virov v področje pristojnosti in odgovornosti menedžmenta. To pomeni, da so predvsem menedžerji na vseh ravneh menedžmenta v vsaki zdravstveni organizaciji in v celoti sistema zdravstvenega varstva tisti dejavniki, ki naj zagotavljajo ustrezne pogoje za izboljševanje kakovosti, ki omogočajo njim in njihovim sodelavcem, da trajno izboljšujejo kakovost lastnega dela in namenjajo pri tem posebno skrb dimenziji kakovosti za uporabnike zdravstvenih storitev.

Naloga vodenja pomeni predvsem motiviranje zaposlenih, nadzor delovnih procesov in koordiniranje le-teh znotraj sistema in z njegovim okoljem. Uspešno izvajanje nalog vodenja zahteva poznavanje sodobnih menedžerskih pristopov in metod, kot so: metode identificiranja problemov in odkrivanje rešitev, metode motiviranja sodelavcev, metode merjenja in izboljševanja kakovosti delovnih procesov, metode optimiranja porabe virov, metode določanja prioritete problemov itd.

Te naloge so v času, ki ga živimo, še posebej zahtevne zaradi konfliktnosti ciljev, ki jih zdravstvu postavljajo njegovi uporabniki (zahtevajo višjo kakovost zdravstvenih storitev), izvajalci (zahtevajo boljše delovne pogoje), in plačniki (znižujejo realen obseg finančnih virov).

6.2 Standardi strukture, procesa in rezultata

Avedis Donabedian je leta 1966 določil tri področja v oceni kakovosti: struktura (structure) - pogoji za delo, proces (process) - izvedba dela in izid (outcome) - rezultat. Z njimi lahko preverimo, ali obstoječi sistem, organizacija in obravnava pacienta vodijo v želeno kakovost.

Pogoji za delo so okolje in viri, ki vstopajo v zdravstveni sistem. To so materialni in človeški viri in jih lahko merimo ter strokovne smernice, struktura zaposlenih, njihova izobrazba in usposobljenost, navodila dobre prakse, organizacijske strukture in organizacija dela ter dejavniki okolja, ki so povezani z varnostjo in udobjem pacientov. Med pogoji za delo in izidi

ni vedno jasne meje. Na primer nekateri zdravstveni zavodi dosegajo dobre rezultate in njihovi pacienti so zadovoljni, kljub slabši opremljenosti ali slabši preskrbljenosti s potrebnim materialom.

Izvedba oziroma proces dela so opredeljeni načini izvedbe postopkov v zdravstvenem sistemu: zdravljenje, zdravstvena nega, raziskovanje, svetovanje, pa tudi organiziranje, vodenje in menedžment.

Izid predstavlja učinke izvedbe oziroma procesa dela. Iz vidika menedžmenta in organizacije je to uspešnost in učinkovitost organizacije in tudi zadovoljstvo pacientov iz vidika obravnave in pogojev, njihovega zdravstvenega stanja, povečanja njihovega znanja, sposobnosti za samooskrbo, servisnih in drugih storitev. Tradicionalno so merili rezultat le s podatki o obolevnosti in umrljivosti, vendar sta to parametra, ki nista preveč uporabna za določanje kakovosti.

Strukture vzpostavimo za uresničitev vizije. Eno od najpomembnejših struktur zdravstvenega zavoda je vodstvo. Kako se bo kultura zdravstvenega zavoda spreminjala, je odvisno v mnogem od načina vodenja, kako se odloča, kako je definirana odgovornost, kako je urejeno podeljevanje moči in pooblastil, kako se delo opravi, kako so urejene informacije in njihovo razpečevanje, kako je s vspodbudami. Veščine vodstva, zdravstvenega in nezdravstvenega osebja so bistvo zagona za strategijo, strukture in kulturo zdravstvenega zavoda. Kultura obnašanja se ustvarja z načinom opravljanja dela. Ključni vzorci vedenja, o katerih velja razmisliti so:

- narava odnosov – odnosi med različnimi deli sistema tvorijo energijo in inovativne ideje za spremembe ali pa uničujejo ustanovo;
- kako prihaja do odločitve – ali do odločitve za spremembe prihaja hitro in od ljudi, ki o stvari največ vedo, ali pa se zatrejo v verigi hierarhije in položajne avtoritete;
- kdo ima moč, kako jo dobi in kako jo uporablja – ali posamezniki in skupine pridobijo in izvajajo moč v pozitivnem smislu, na ustvarjalen način za doseganje skupnih ciljev ali pa je moč pridobljena zaradi pohlepa po njej in uporabljena v glavnem za doseganje svojih ciljev in ohranitev položaja;
- kako se rešujejo spori – ali se o sporih in razlikah v mišljenju razmišlja kot o priložnostih za odkrivanje novih načinov dela, ali pa vplivajo negativno in uničujoče;

- kako se podpira izobraževanje in usposabljanje osebja – ali se upošteva »učecho se ustanovo«, ki se želi čimveč naučiti o sebi, in kaj se lahko izboljša, ali pa so nove ideje lahko tvegane in ogrožajo status quo (Robida, 2004).

Vodstvo se mora zavedati, da je kakovost delo vsakogar in mora pri nenehnem izboljševanju kakovosti sodelovati vsakdo. Kakovost pomeni zadovoljevanje potreb in pričakovanj uporabnikov. Popravljanje slabe kakovosti stane mnogo več, kot njeno preprečevanje (npr. podvajanje preiskav, zdravstvene napake). Stroški slabe kakovosti lahko zavzamejo dobršen del virov zdravstvene ustanove. Potrebno je odstraniti neproduktivno delovanje in ponavljanje nekih dejanj zaradi slabe kakovosti in moramo opraviti stvari pravilno že prvič.

Spremembe se morajo začeti pri vodstvu. Za uspešno uvajanje kakovosti v zdravstvene zavode moramo najprej vzpostaviti strukturo za kakovost na ravni zavoda. Hkrati pričnemo oblikovati veščine za kakovost. Osebje izobrazimo za delovanje na področju kakovosti, z metodami in orodji kakovosti. Poskrbimo za vire (človeške, materialne in finančne). Brez podpore menedžmenta nam vsi načrti nenehnega izboljševanja kakovosti padejo v vodo. Potrebno je oblikovati jasno poslanstvo, vizijo in strategijo pri uvajanju sprememb in ustvariti mrežo za komuniciranje.

Standardi strukture, procesa in rezultata lahko ugotovimo tudi kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov. Določiti je potrebno le strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke.

V raziskavo so bile zajete glavne medicinske sestre zdravstvenih zavodov – bolnišnic in zdravstvenih domov ter socialno varstvenih zavodov. Velikost proučevanega vzorca je bila omejena s številom zavodov - 24 bolnišnic, 59 zdravstvenih domov, 72 socialno varstvenih zavodov.

II. Empirični del

1 PROBLEM IN METODA

1.1 Problem

Zdravstvena nega je eden izmed podsistemov v zdravstvenem in socialno varstvenem zavodu, pri čemer je zelo pomembno, da so »vzpostavljene jasne meje med podsistemi«, ki jih lahko definiramo le, če so »jasno razmejene hierarhične stopnje« (Čačinovič – Vogrinčič, 1998:183).

Zaradi hierarhične organiziranosti glavne medicinske sestre v večini zdravstvenih zavodov niso uspele v celoti uveljaviti strokovno organizacijskih izhodišč za organiziranje službe zdravstvene nege, kakor jih je pripravila Zbornica zdravstvene nege Slovenije že leta 1996. Medicinske sestre so namreč že takrat zaznale obseg sprememb zdravstvenega sistema, ki med drugim zahteva tudi racionalno, stroškovno učinkovito in konkurenčno poslovanje zdravstvenih zavodov. Dokument je obsegal naslednja izhodišča: namen organiziranja samostojne službe zdravstvene nege, zakonske in regulativne opredelitve službe zdravstvene nege, organizacijsko strukturo, funkcijsko strukturo, vodenje službe zdravstvene nege, organe službe zdravstvene nege in povezovanje službe z drugimi dejavnostmi. Čeprav so bila izhodišča predstavljena direktorjem slovenskih bolnišnic in zdravstvenih domov ter načelno dobro sprejeta, nikoli niso bila prenesena v celoti v prakso. Tako je organizacija zdravstvene nege še nadalje različna in neučinkovita.

Organizacija v socialno varstvenih zavodih pa s strani stroke ni bila nikoli opredeljena, zato so razlike, predvsem na kadrovskem in strokovnem področju velike. Na primer negovalni timi so drugače sestavljeni kot v zdravstvenih zavodih. V negovalni tim je namreč vključen bolničar – negovalec za izvajanje storitev oskrbe, ki jo v bolnišnicah in zdravstvenih domovih izvajajo zdravstveni tehniki, pa tudi medicinske sestre, odvisno od zahtevnosti stanja pacienta. V zdravstvenih zavodih je oskrba del zdravstvene nege, v socialno varstvenih zavodih pa ločijo nego in oskrbo zaradi finančnega vrednotenja. Kadrovski normativi niso določeni, poudarek je na nižje izobraženem kadru, ne glede na zdravstveno stanje stanovalcev, ki jih

obravnavajo. Filozofija, da dom starejših občanov stanovalcem nadomesti dom, je zgrešena, saj v domsko varstvo najpogosteje prihajajo tisti, ki v domačem okolju ne morejo več funkcionirati zaradi bolezni ali starosti in potrebujejo pomoč. Redki so tisti, ki pridejo v dom zaradi osamljenosti in potrebe po druženju.

Nazivi delovnega mesta so v različnih delovnih okoljih različni: glavna medicinska sestra, pomočnica glavnega direktorja za zdravstveno nego, direktorica službe zdravstvene nege. Različne nazive delovnega mesta zasledimo tudi v literaturi: vice president of nursing or patient care services, nurse administrator, director of nursing, chief nurse, assistant administrator of patient care services, chief nurse administrator (Marquis in Huston,1996), president, vice president, director (Tomey, 2000).

Vloga medicinske sestre, kot menedžerja ni natančno definirana, odvisna je od opisa delovnih mest. Nekateri zavodi imajo opise delovnih mest napisane v nekaj alinejah, drugi bolj podrobno. Wildman in Reeves (1997) menita, da je vloga medicinske sestre menedžerja zelo kompleksna, King (1981) pa, da je dinamična in se spreminja z ozirom na situacijo. Vloga je tudi način obnašanja, ki se pričakujejo z zasedbo pozicije v socialnem sistemu in je odnos z enim ali večimi posamezniki v specifični situaciji. Koncept vloge zahteva komuniciranje drugega z drugim za doseganje ciljev. V konceptu vloge je tudi element recipročnosti, ko je oseba dajalec v interakciji v določenem času in istočasno prejemnik v drugem trenutku časa.

O uspešnem vodenju v zdravstveni negi še ne moremo govoriti, saj vodilne medicinske sestre nimajo ustrezne izobrazbe za vodenje in menedžment. Skela Savič (2003) namreč ugotavlja, da bi vodje zdravstvene nege morale biti univerzitetno izobražene, z dodatnimi znanji menedžmenta in raziskovanja. Imeti bi morale tudi vizijo in strategijo, kako razvijati in izkoriščati potencialne zaposlenih, da bi le-ti bili zadovoljni in motivirani za svoje delo in razvoj. Bohinc (1997) je zapisala, da že desetletja sistematično potekajo v svetu in v Evropi različni fakultetni in magistrski ter doktorski študijski programi s področja menedžmenta. To je morda še bolj pomembno za socialno varstvene zavode, kjer je kadrovska struktura slabša kot na primer v bolnišnicah, pa čeprav gre za obravnavo težko bolnih, nepomičnih in umirajočih ljudi, ki jim je potrebno zagotavljati enako kakovost obravnave ne glede na mesto, kjer se zagotavlja zdravstvena nega. Kadrovske normativi niso postavljeni z ozirom na dejanske obremenitve negovalnega kadra.

Zdravstvena nega kot služba je v instituciji kompleksna entiteta (Schroeder, 1991). Nadzoruje največje število kadra, ki mu je namenjen največji delež finančnih virov. Zato zdravstvena nega ne more biti omejena le na obravnavo pacientov; njen pomen je veliko bolj sofisticiran, saj gre za več dimenzionalno entiteto.

Tudi zdravstvena nega potrebuje dobro organizacijo, s katero prispeva k učinkovitemu in uspešnemu poslovanju ustanove. Postavlja se vprašanje, v kolikšni meri so glavne medicinske sestre vključene v omenjene procese, čeprav so »delavci kreativni nosilci uresničevanja poslovne politike in doseganja strateških ciljev. Lahko rečemo, da je človek ključni faktor za povečanje produktivnosti in učinkovitosti« (Florjančič, Novak, 2002/b:3).

Sposobnost vodenja in usmerjanja je torej pomanjkljiva v stroki zdravstvene nege. Vzrokov zato je seveda več. Medicinske sestre so bile v šolah poučevane kot »vajenci«, ki sledijo drugim in ne, da mislijo. Večina medicinskih sester je žensk, ki niso agresivne, med tem ko je vodenje povezano z agresivnostjo.

Mahoney (2001) meni, da vodje zdravstvene nege potrebujejo znanje ekonomike, financiranja, organizacijskega menedžmenta in menedžmenta človeških virov, kakor tudi razvoja in raziskovanja. Imeti mora določene kompetence, pogum in biti mora kreativen.

Še vedno pri nas medicinske sestre nimajo profesionalne avtonomije, da bi lahko same v celoti načrtovale, organizirale, vodile in kontrolirale lastno stroko – zdravstveno nego. Kot ugotavlja Požun (2003), menedžment zdravstvene nege ni avtonomen niti na kadrovskem področju, niti pri vodenju in razpolaganju s sredstvi. Zato lahko tudi trdimo, da glavne medicinske sestre, če izhajamo iz strokovne literature o funkcijah menedžmenta, le-teh ne izvajajo v celoti.

Namen raziskovanja v doktorski disertaciji je naslednji:

- proučiti obstoječe stanje sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih v Sloveniji ter
- predlagati model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege, ki bo sprejemljiv tako za zdravstvene kot tudi za socialno varstvene zavode.

Z raziskovanjem želimo doseči naslednje cilje:

- ugotoviti, katere menedžmentske funkcije glavne medicinske sestre izvajajo;
- opredeliti strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke, ki definirajo kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester;
- ugotoviti na osnovi Burke – Litwinovega modela, katere elemente modela je potrebno spremeniti v sistemu menedžmenta glavnih medicinskih sester in kako spremembe enega elementa vplivajo na druge elemente, da bi dosegli optimalno kakovost sistema;
- oblikovati model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege s pomočjo sinusoidalnega modela človeško akcijske reflektivnosti.

1.2 Hipoteze

Iz opredeljenega problema, namena in ciljev doktorske disertacije postavljamo naslednje hipoteze:

1. hipoteza: Kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester je večja v tistih zavodih, kjer imajo glavne medicinske sestre dodatna znanja organizacije in menedžmenta.
2. hipoteza: Kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester je večja v tistih zavodih, v katerih glavne medicinske sestre izvajajo menedžmentske funkcije v večjem obsegu.
3. hipoteza: V sistemu menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov so potrebne organizacijske spremembe.
4. hipoteza: Standardi strukture in procesa vplivajo na standard izida kakovosti sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov.

1.3 Metode

1.3.1 Vrsta raziskave

Raziskava ima značilnost kvantitativne raziskave, saj temelji na zanesljivih številčnih in statističnih meritvah celotne ciljne populacije. Ciljna populacija v naši raziskavi so glavne medicinske sestre bolnišnic, zdravstvenih domov in socialno varstvenih zavodov Slovenije.

Kvantitativno raziskavo smo izvedli s vprašalnikom, ki nam je služil kot instrument za pridobivanje informacij o stališčih in mnenjih glavnih medicinskih sester o stanju sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester, o potrebnih spremembah v sistemu ter za izbor strukturnih, procesnih in rezultatnih standardov za definiranje kakovosti sistema. Elementi oziroma vprašanja in trditve v vprašalniku so usmerjeni v doseganje namena in postavljenih ciljev raziskave.

Velikost vzorca proučevanja je bila 99 glavnih medicinskih sester, kar nam "omogoča 95% točne rezultate" (<http://www.vrc.gr:8080/npd-net/si/npd/page.html>).

Celotno raziskovanje temelji na neeksperimentalnem raziskovanju. Za opisovanje dejstev, odnosov in procesov ter za proučevanje domače in tuje literature smo uporabili deskriptivno metodo.

1.3.2 Spremenljivke

Tabela 2: Vpliv odvisnih in neodvisnih spremenljivk

odvisna spremenljivka	neodvisna spremenljivka	statistična metoda	vpliv spremenljivk
H 1: kakovost sistema menedžmenta	dodatna znanja organizacije in menedžmenta	Spearmanov rho korelacijski test	spremenljivki pozitivno korelirata
H 2: kakovost sistema menedžmenta	izvajanje menedžmentskih funkcij v večjem obsegu	Spearmanov rho korelacijski test	spremenljivki pozitivno korelirata
H 3: sistem menedžmenta	organizacijske spremembe	enostranski T-test srednja ocena 3	hipoteza se sprejme
H 4: rezultatne spremenljivke	strukturne spremenljivke procesne spremenljivke	Spearmanov koeficient korelacije	spremenljivki pozitivno korelirata
izvajanje menedžmentskih funkcij	delovna doba na sedanji funkciji	Spearmanov rho korelacijski test	ni statistično pomembnega vpliva
timsko delovanje vodstva	najavljanje na razgovor pri nadrejenih	Spearmanov rho korelacijski test	spremenljivki pozitivno korelirata
kakovost sistema	timsko delo	linearna regresija	ni statistično pomembnega vpliva
sodelovanje med MS/ZT in zdravniki	dobri medosebni odnosi	Spearmanov rho korelacijski test	spremenljivki pozitivno korelirata

1.3.3 Merski instrument

Za potrebe raziskave smo razvili strukturiran vprašalnik z 82 vprašanji, od tega so bila tri odprtega tipa, preostala pa zaprtega tipa. Vprašanja so temeljila na teoretičnih izhodiščih in so bila porazdeljena v sklope, ki se nanašajo na naslednja področja: menedžment, organiziranost

dejavnosti zdravstvene nege, najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja, stili vodenja, naloge, motivacija, kakovost, organizacijska kultura, okolje, vodenje. Za sklop »menedžment« smo oblikovali 13 trditev; za sklop »organiziranost dejavnosti zdravstvene nege« 5 trditev; za sklop »najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja« 11 trditev; za sklop »stili vodenja« 7 trditev; za sklop »naloge« 4 trditve; za sedmi sklop »motivacija« 10 trditev; za osmi sklop »kakovost« 5 trditev; za deveti sklop »organizacijska kultura« 7 trditev; za sklop »okolje« 5 trditev; za sklop »vodenje« 3 trditve. V celotnem vprašalniku smo za enajst sklopov oblikovali 82 trditev.

Odgovore na trditve je bilo možno podati na osnovi tehnike, ki temelji na Likertovi lestvici in omogoča oceno strinjanja ali nestrinjanja s postavljenim stališčem. Pri tem je 1 pomenila sploh se ne strinjam in 5 popolnoma se strinjam.

Vprašalnik je obsegal tudi tri odprta vprašanja - naziv delovnega mesta, namen razpolaganja s finančnimi sredstvi, potrebna znanja za uspešno opravljanje funkcije glavne medicinske sestre. Odgovore na odprta vprašanja so glavne medicinske sestre podale opisno in smo jih v analizi razporedili v sklope z ozirom na podobnost odgovorov.

Vprašalnik je obsegal tudi sklop splošnih vprašanj, s katerimi smo želeli dobiti podatke o udeležencih raziskave – glavnih medicinskih sestrah socialno varstvenih in zdravstvenih zavodov. V tem sklopu smo pridobili podatke o njihovi izobrazbi, starosti, skupni delovni dobi, delovni dobi v zavodu in delovni dobi na sedanji funkciji glavne medicinske sestre. Zanimal nas je tudi naziv delovnega mesta ter vrsta zavoda. S podatki o številu zaposlenih v zavodu, številu zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege ter s podatkom o pomočnicah smo dobili uvid v velikost službe oziroma dejavnosti zdravstvene nege v zavodu.

1.3.4 Populacija

Proučevano populacijo predstavljajo glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov, torej 24 glavnih medicinskih sester iz bolnišnic, 59 glavnih medicinskih sester iz zdravstvenih domov in 72 glavnih medicinskih sester iz socialno varstvenih zavodov (N = 155).

Vrnjenih je bilo 99 vprašalnikov (63,87 %) in sicer iz bolnišnic 20 vprašalnikov (83,33 %), zdravstvenih domov 41 (69,49 %) in socialno varstvenih zavodov 38 (52,77 %). Velikost vzorca za analizo podatkov je bila 99 vprašalnikov.

1.3.5 Zbiranje podatkov

Anketa je bila izvedena najprej med glavnimi medicinskimi sestrami bolnišnic in zdravstvenih domov in sicer v času marec - april 2006 in v mesecu oktobru istega leta še med glavnimi medicinskimi sestrami socialno varstvenih zavodov. Za razširitev raziskave smo se odločili, ker se dejavnost zdravstvene nege lahko izvaja v različnih okoljih (bolnišnica, zdravstveni dom, dom starejših občanov, šola, drugi zavodi), kjer se nahajajo ljudje, ki so pomoči potrebni. Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 36/2004) v 16. členu opredeljuje, da institucionalno varstvo obsega vse oblike pomoči v zavodu, zlasti pa bivanje, organizirano prehrano in varstvo ter zdravstveno varstvo. Zdravstveno varstvo v socialno varstvenem zavodu se izvaja po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS, št. 23/2005), ki v 7. členu navaja, da osnovna zdravstvena dejavnost med drugim obsega tudi zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialno varstvenih zavodih. 8. člen pa navaja, da opravljajo socialno varstveni zavodi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo za svoje oskrbovance.

Zbiranje vprašalnikov je potekalo po časovnem načrtu raziskave. Sledila je faza analize podatkov z različnimi statističnimi metodami ter njihovo preverjanje in urejanje.

1.3.6 Statistična obdelava in analiza

Podatke smo pridobili s pomočjo vprašalnika in so bili logično kontrolirani. Izločeni so bili nepopolni odgovori. Pri tem smo uporabili SPSS 12.0 računalniški program. Kvantitativne podatke smo uredili v tabele oziroma sklope v vprašalniku.

V tabelah smo podatke strukturirali po vrsti zavoda (bolnišnica, zdravstveni dom, socialno varstveni zavod). Za vsak zavod je bilo izračunano povprečje oziroma srednja vrednost, prav tako tudi za posamezno trditev.

Srednja vrednost je numerična vrednost nekega pojava ali statistične vrste in izraža vrednost nekega pojava, ki predstavlja statistično vrsto. Od srednjih vrednosti smo uporabili aritmetično sredino ali povprečje. Aritmetična sredina predstavlja težišče podatkov, saj je vsota odklonov posameznih vrednosti spremenljivke od povprečja navzgor enaka vsoti odklonov navzdol (Komadina, 2003).

Za vsako trditev je bil izračunan standardni odklon in Spearmanov koeficient korelacije.

Standardni odklon je statistični kazalec, največkrat uporabljen za merjenje statistične razpršenosti enot. Z njim je moč izmeriti, kako razpršene so vrednosti določenega podatka (http://sl.wikipedia.org/wiki/Standardni_odklon).

Spearmanov koeficient korelacije je statistični kazalec, ki prikazuje neparametrsko stopnjo povezanosti dveh spremenljivk oziroma predstavlja kakovost opisa povezanosti med spremenljivkama, ki jo napravi določena funkcija. Ne predpostavlja linearne povezanosti spremenljivk in enakomernosti frekvenčne porazdelitve, prav tako pa je z njim moč računati stopnjo povezanosti nezveznih spremenljivk. Zaradi slednjega je Spearmanov koeficient primeren za izračun odvisnosti ordinalnih spremenljivk (http://sl.wikipedia.org/wiki/Spearmanov_koeficient_korelacije). Spearmanov koeficient smo uporabili za prikaz statistično pomembnih razlik ($p < 0,005$) določenega podatka med posameznimi zavodi.

Navedene statistične metode smo uporabili v tabelah 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24.

Za ugotavljanje vpliva ene spremenljivke na drugo smo uporabili *Spearmanov rho korelacijski test*, ki je neparametrična različica Spearmanovega korelacijskega testa in meri korelacijo glede na vrstni red podatkov (od najmanjše do največje vrednosti) in ne primerja dejanskih vrednosti. Spearmanov rho korelacijski test smo uporabili za ugotavljanje vpliva ene spremenljivke na drugo.

Navedena statistična metoda je bila uporabljena v tabelah:

9: vpliv spremenljivke "delovna doba na sedanji funkciji" na spremenljivko "izvajanje menedžmentskih funkcij";

14: vpliv spremenljivke "vodstvo deluje timsko" na spremenljivko "za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno v naprej najaviti";

22: vpliv spremenljivke "v zavodu so dobri medosebni odnosi" na spremenljivko "sodelovanje med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobro";

34: vpliv spremenljivke "pred zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje" na spremenljivko "kakovost sistema menedžmenta";

35: vpliv spremenljivke "kakovost sistema menedžmenta" na spremenljivko "izvajanje menedžmentskih funkcij".

V tabeli 20 smo uporabili statistično metodo *Linearne regresije*, ki je metoda analize podatkov dveh spremenljivk pri istih enotah (Komadina, 2003). Z metodo smo želeli ugotoviti, kako posamezne trditve ene spremenljivke vplivajo na drugo spremenljivko, na primer kako kakovost (več trditev) vpliva na timsko delo.

Hipoteze 1, 2 in 4 smo preverjali s Spearmanovim rho korelacijskim koeficientom, saj smo ugotavljali vpliv ene spremenljivke na drugo:

- v hipotezi 1: kakovost sistema menedžmenta (odvisna spremenljivka) / dodatna znanja organizacije in menedžmenta (neodvisna spremenljivka: II/1);

- v hipotezi 2: kakovost sistema menedžmenta (odvisna spremenljivka) / izvajanje menedžmentskih funkcij (neodvisne spremenljivke: načrtovanje, organiziranje, vodenje preverjanje na ravni zavoda in za potrebe zdravstvene nege; samostojno načrtovanje in odločanje v zvezi s strokovnim izpopolnjevanjem; kadrovanje: II/6/a,b,c,d; II/7/a,b,c,d; II/8; II/9; II/10);

- v hipotezi 4: standardi izida (odvisne spremenljivke) / standardi strukture, standardi procesa (neodvisne spremenljivke).

Za testiranje hipoteze 3 smo izbrali enostranski (one sample) T-test in za testno vrednost srednjo oceno 3.

2 REZULTATI IN UGOTOVITVE

2.1 Podatki o udeležencih raziskave – glavnih medicinskih sestrah zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov

V analizo podatkov je bilo vključenih 99 vprašalnikov (tabela 2).

Tabela 3: Število anketirancev po zavodih

Vrsta zavoda	število	%
bolnišnica	20	20,2
zdravstveni dom	41	41,4
socialno varstveni zavod	38	38,4
Skupaj	99	100,0

40 % glavnih medicinskih sester v bolnišnicah ima fakultetno izobrazbo, sledi višješolska in visokošolska izobrazba; v zdravstvenih domovih in socialno varstvenih zavodih pa prevladuje visokošolska strokovna izobrazba. Le 11 glavnih medicinskih sester v vseh zavodih ima fakultetno izobrazbo; ena glavna medicinska sestra v bolnišnični dejavnosti in dve v socialno varstvenih zavodih imata akademsko izobrazbo (magisterij, doktorat) (tabela 4).

Skela Savič (2003) navaja, da bi morale biti vodje zdravstvene nege univerzitetno izobražene, Bohinc in Gradišar (2001) menita, da potrebujemo fakultetni in podiplomski študij za menedžment tudi za področje zdravstvene nege, Marquis in Huston (2003) pa celo menita, da bi menedžer naj imel magisterij. Podatki v naši raziskavi pa kažejo, da smo tem priporočilom še oddaljeni. Je pa razveseljivo, da se je zvišalo število fakultetno izobraženih glavnih medicinskih sester od 23,6 % (Skela Savič, Kersnič, 2005) na 47,5 %, predvsem v bolnišnični dejavnosti.

Tabela 4: Izobrazba glavnih medicinskih sester po zavodih

		Vrsta zavoda					
		bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod	
		število	%	število	%	število	%
Izobrazba	srednješolska	0	,0	1	2,4	0	,0
	višješolska	6	30,0	14	34,1	9	23,7
	visokošolska	5	25,0	24	58,5	26	68,4
	strokovna	8	40,0	2	4,9	1	2,6
	fakultetna	1	5,0	0	,0	2	5,3
	akademska (magisterij, doktorat)	20	100,0	41	100,0	38	100,0
Skupaj							

Povprečna starost glavnih medicinskih sester je najvišja v bolnišnicah (51,23 let), prav tako povprečna skupna delovna doba (29,8 let). V zdravstvenih domovih in v socialno varstvenih zavodih sta povprečna starost in skupna delovna doba skoraj enaki. Najdaljša delovna doba v zavodu je v bolnišnicah, sledijo zdravstveni domovi. Največ let delovne dobe na sedanji funkciji izkazujejo glavne medicinske sestre v socialno varstvenih zavodih, nato v bolnišnicah in najmanj v zdravstvenih domovih. Iz analize podatkov je razvidno, da so glavne medicinske sestre iz bolnišnic in zdravstvenih domov bile zaposlene v drugem zavodu krajši čas – 4,38 let iz bolnišnic in 2,43 let iz zdravstvenih domov. Glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov so bile zaposlene v drugem zavodu kar 12,32 let. Povprečna starost glavnih medicinskih sester ob prevzemu funkcije je bila v bolnišnicah 43,11 let, v zdravstvenih domovih 37 let in v socialno varstvenih zavodih 34,74 let (tabela 5).

Tabela 5: Starost, skupna delovna doba, delovna doba v zavodu, delovna doba na sedanji funkciji

	Vrsta zavoda					
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod	
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon
Starost	51,23	4,81	44,63	6,10	44,45	7,69
Skupna delovna doba	29,80	4,83	23,62	6,50	23,66	8,36
Delovna doba zavodu	25,42	6,91	21,19	7,96	11,34	8,32
Delovna doba na sedanji funkciji	8,12	7,05	7,63	5,70	9,71	8,27

Nazivi delovnega mesta so v zavodih različni. V zdravstvenih zavodih se pojavljajo naslednji nazivi: glavna medicinska sestra (30), nato glavna medicinska sestra zavoda (10), glavna sestra zavoda (2), glavna sestra zdravstvenega doma (2), glavna medicinska sestra bolnišnice (2), pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege (2), pomočnica strokovnega direktorja za področje zdravstvene nege (1), direktorica (1), direktorica zdravstvene nege (1), glavna sestra (1), glavna sestra bolnišnice (1), diplomirana medicinska sestra v patronaži – glavna medicinska sestra zavoda, diplomirana medicinska sestra v negovalni enoti, patronaža, glavna medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra v dispanzerju za žene, glavna medicinska sestra in patronažna medicinska sestra, medicinska sestra v splošni ambulanti, svetovalec direktorja za organizacijo dela – glavna medicinska sestra, vodilna sestra zavoda.

V socialno varstvenih zavodih so nazivi delovnega mesta naslednji: vodja zdravstveno negovalne službe (13), vodja zdravstvene nege in oskrbe (9), vodja zdravstvene nege (5), vodja službe zdravstvene nege in oskrbe (4), sledijo strokovni vodja, vodilna medicinska sestra, pomočnica direktorja za zdravstveno področje, vodja domskega varstva, vodja, vodja zdravstvene nege in zdravstvene službe, glavna sestra.

Tudi strokovna literatura navaja, da so nazivi delovnega mesta različni (Marquis, Huston, 1996; Tomey, 2000). Potrebno bi bilo v nazivih delovnega mesta dosledno navajati »medicinska sestra« in ne le »sestra«, saj je navedeni izraz, kot navaja Pahor (1997) dediščina verskih redov, ko so se usmiljene sestre ukvarjale z nego pacientov. Nazivi delovnega mesta odsevajo tudi, da so medicinske sestre vključene v operativno delo s pacienti (49,2 % v

zdravstvenih domovih, 44,4 % v socialno varstvenih zavodih, 6,3 % v bolnišnicah), ter da so razporejene na operativno delovno mesto in da so jim naloge vodenja dejavnosti zdravstvene nege le dodane. Poimenovanje delovnega mesta s tem odseva status medicinske sestre iz česar izhaja tudi plačilo za opravljanje vodenja dejavnosti. Glavne medicinske sestre bi si morale prizadevati za upoštevanje priporočil Mednarodnega sveta medicinskih sester in sicer za »enako plačilo in enake možnosti usposabljanja za menedžment, kot je to opredeljeno za ostalo zdravstveno osebje«. Prav tako bi si morale prizadevati, da naloge glavne medicinske sestre niso dodane operativnim nalogam dela s pacienti, temveč obratno.

V bolnišnicah in zdravstvenih domovih je zaposlenih večina zdravstvenih tehnikov, le, da je razmerje med diplomiranimi in višjimi medicinskimi sestrami ter tehnikami zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti večje (1:2,6) kot v zdravstvenih domovih (1:2,3). V socialno varstvenih zavodih je večina zaposlenih bolničarjev (tabela 6).

V 15 bolnišnicah glavnim medicinskim sestram pomagajo pri opravljanju njihove funkcije pomočnice, najpogosteje na pedagoškem področju in področju higiene; podobno je tudi v socialno varstvenih zavodih in sicer za področje higiene, informatike ter za kadrovske področje. V zdravstvenih domovih le štiri glavne medicinske sestre navajajo pomoč pomočnic za področje higiene in kadrovske področje. Vzrok za to je v velikosti zavoda in/ali v številu zaposlenih.

Tabela 6: Število zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege po zavodih

Število zaposlenih	Vrsta zavoda								
	bolnišnica			zdravstveni dom			socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	skupaj	povprečje	odklon	skupaj	povprečje	odklon	skupaj
zdravstveni tehnik	274,89	432,69	5223	33,95	28,08	1256	17,43	13,33	645
višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik	55,61	113,38	1001	9,72	9,14	350	4,29	7,38	103
dipl. medicinska sestra/dipl. zdravstvenik	50,11	71,03	952	5,38	4,08	183	2,41	2,63	77
profesorica zdravstvene nege	2,67	3,68	32	1,00	,00	2	2,25	1,26	9
medicinska sestra z drugo fakultetno izobrazbo	7,89	17,00	71	4,43	6,92	31	2,50	2,12	5
medicinska sestra z magisterijem	1,20	,45	6	1,00	.	1	1,00	,00	2
medicinska sestra z doktoratom	.	.	.	.	.	.	.	.	.
bolničar/bolničar negovalec	.	.	.	.	.	.	28,11	18,94	1068

2.2 Podatki o stanju sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester

2.2.1 Menedžment

Za ugotavljanje stanja menedžmenta v zdravstveni negi smo v vprašalniku postavili enajst trditev, na katere je bilo možno izraziti stopnjo soglasja s trditvijo na pet stopenjski Likertovi lestvici. Višja vrednost na lestvici je pomenila višje soglasje s trditvijo in nižja vrednost nižje soglasje s trditvijo.

Trditve za ugotavljanje stanja menedžmenta (tabela 7) se nanašajo na pozicijo glavne medicinske sestre zdravstvenega ali socialno varstvenega zavoda, torej menedžerke, ki predstavlja "oblast nad drugim človekom v modernih organizacijah" (Ovsenik J., Ovsenik M., 2000: 929), oziroma gre za "vladajoči menedžment" (ibid, 2000: 931). Trditve v tabeli 8 se

nanašajo na menedžment kot "proces oziroma vodenje poslovanja podjetja k doseganju ciljev" (Kralj, 2005: 19) na osnovi funkcij "načrtovanja, organiziranja, vodenja in kontroliranja, kot jih je definiral Fayol in so bile sprejete kot osnovne funkcije menedžerjev" (Swansburg, 1990: 2). V tabeli 10 pa so navedene trditve, ki se nanašajo na naloge menedžerjev, ki so osredinjene na ljudi, kot "socialni sistem, enoto ali skupino ljudi, ki deluje skupaj za doseg skupnega namena oziroma cilja" (Ovsenik J., Ovsenik M., 2000: 929), s čimer je možno vplivati na "izide organizacije in kakovost poslovanja, na njen uspeh in ugled" (Kralj, 2005: 16).

Ugotovljeno je bilo, da se večina glavnih medicinskih sester pred zasedbo delovnega mesta ni funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje. Najslabša priprava je bila v zdravstvenih domovih, najboljša pa v bolnišnicah. Z deli in nalogami glavne medicinske sestre so bile najbolj seznanjene tiste, ki so prevzele delovno mesto glavne medicinske sestre v bolnišnicah. Večina glavnih medicinskih sester je prepričana, da jim vodstvo zaupa in da vodilni kadri ustrezno delegirajo naloge. Najbolj vodstvo deluje timsko v socialno varstvenih zavodih (tabela 7).

Statistično pomembna razlika ($p=0,003$) med zavodi (tabela 7) je v trditvi »pred zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje«. Eden izmed vzrokov je prav gotovo ta, da so bolnišnice veliki in visoko strukturirani sistemi, ki zahtevajo večjo pripravo za prevzem funkcije glavne medicinske sestre iz vidika funkcionalnega usposabljanja za menedžment in vodenje. Zdravstveni domovi pa so sistemi, ki imajo zaradi razpršenosti ambulant, dispanzerjev in zdravstvenih postaj po terenu, z namenom približanja zdravstvenih storitev uporabnikom, razpršeno organizacijo vodenja, kar velja tudi za zdravstveno nego. Iz nazivov delovnega mesta je tudi ugotoviti, da je v zdravstvenih domovih mnogokrat funkcija glavne medicinske sestre dodana k nalogam drugega delovnega mesta, najpogosteje operativnega delovnega mesta, to je neposrednega dela s pacienti, ki ne more biti nikoli časovno omejeno, ali preloženo. To pomeni, da se glavne medicinske sestre zdravstvenih domov manj posvečajo managementu in vodenju.

Tabela 7: Menedžment (I)

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Pred zasedbo delovnega mesta glavne MS sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje Dela in naloge glavne MS sem poznala že ob zasedbi delovnega mesta	2,79	1,51	1,53	1,09	1,78	1,38	,003
Vodstvo mi zaupa Vodilni kadri ustrezno delegirajo naloge sodelavcem	4,40	,75	4,46	,71	4,37	,67	,833
Vodstvo deluje timsko	3,45	,76	3,69	,86	3,71	,93	,516
Skupaj	3,60	,82	3,61	,95	4,22	,93	,008
	3,55	,68	3,22	,72	3,39	,77	,241

Glede na vključevanje v izvajanje menedžmentskih funkcij na ravni zavoda ugotavljamo, da so v vseh zavodih glavne medicinske sestre v enaki meri vključene v funkcijo načrtovanja in organiziranja. Nekoliko slabše so vključene glavne medicinske sestre zdravstvenih domov v funkcijo vodenja in preverjanja. Za potrebe zdravstvene nege jih večina samostojno opravlja vse menedžmentske funkcije, nekoliko manj samostojno jih izvajajo v zdravstvenih domovih. Statistično pomembna razlika med zavodi je v trditvi »za potrebe zdravstvene nege samostojno opravljam funkcijo načrtovanja« ($p=0,026$), najnižja je povprečna vrednost za zdravstvene domove (tabela 8). Predvidevamo, da je razlog v razpršenem vodenju, ko vsaka odgovorna medicinska sestra ambulante oziroma dispanzerja načrtuje za potrebe navedenega organizacijskega nivoja.

Podatki so nas presenetili, saj nismo pričakovali tako pozitivnega rezultata glede izvajanja menedžmentskih funkcij. Z ozirom na trditve v literaturi, bi bilo potrebno proučiti naloge znotraj posamezne menedžmentske funkcije, da bi potrdili domnevo, da glavne medicinske sestre menedžmentskih funkcij ne izvajajo v celoti. Arnold et al (2006) navaja, da so glavne medicinske sestre odgovorne za kontrolo v najširšem smislu, za finančni menedžment, za kakovost zdravstvene nege, za pritožbe pacientov in morajo sodelovati pri doseganju

organizacijske uspešnosti. Glavne medicinske sestre morajo biti pravične pri postavljanju prioritet in pri odločanju.

Tabela 8: Menedžment (II) – izvajanje menedžmentskih funkcij na ravni zavoda in za potrebe zdravstvene nege

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Na ravni zavoda sem vključena v izvajanje menedžmentskih funkcij							
- načrtovanje	3,95	,89	3,68	1,04	4,00	1,16	,381
- organiziranje	4,10	,64	4,12	,95	4,21	1,09	,887
- vodenje	4,05	,83	3,88	,95	4,16	1,17	,476
- preverjanje	4,05	,78	3,83	1,00	4,11	1,09	,444
Za potrebe ZN samostojno opravljam funkcije							
- načrtovanje	4,60	,75	4,20	,71	4,59	,69	,026
- organiziranje	4,50	,69	4,46	,67	4,59	,72	,702
- vodenje	4,55	,69	4,39	,67	4,63	,63	,261
- preverjanje	4,60	,60	4,37	,70	4,63	,67	,179
Skupaj	4,30	,54	4,12	,70	4,37	,75	,256

Zanimalo nas je tudi, ali delovna doba na sedanji funkciji glavne medicinske sestre vpliva na izvajanje menedžmentskih funkcij, kajti pričakovati je, da z daljšo delovno dobo glavne

medicinske sestre pridobivajo izkušnje in svoje delo bolje opravljajo, torej tudi menedžmentske funkcije.

Pri tem smo uporabili metodo Spearmanovega korelacijskega testa, ki nam pokaže, da spremenljivki ne pogojujeta druga drugo in da delovna doba na sedanji funkciji glavne medicinske sestre ne vpliva statistično pomembno na izvajanje managementskih funkcij ($p=0,248$) (tabela 9).

Tabela 9: Spearmanov korelacijski test med »delovna doba na sedanji funkciji« in »izvajanje menedžmentskih funkcij«

			Delovna doba na sedanji funkciji	Izvajanje managementskih funkcij
Spearman's rho	Delovna doba na sedanji funkciji	korelacijski koeficient	1,000	,117
		p	.	,248
		N	99	99
	Izvajanje menedžmentskih funkcij	korelacijski koeficient	,117	1,000
		p	,248	.
		N	99	99

Tabela 10: Menedžment (III)

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Samostojno načrtujem strokovno izpopolnjevanje zaposlenih	4,45	,83	3,71	1,03	3,84	1,00	,022
Samostojno odločam o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja	4,25	1,02	3,78	1,01	4,08	,91	,169
Samostojno izbiram kader, ko gre za novo zaposlitev	4,20	,83	3,27	1,12	3,24	1,24	,004
Za delovanje zdravstvene nege v zavodu razpolagam s finančnimi sredstvi	2,65	1,35	2,00	1,22	2,73	1,24	,027
Skupaj	3,89	,73	3,19	,84	3,48	,76	,006

V bolnišnicah imajo glavne medicinske sestre tudi večje kompetence samostojnega načrtovanja strokovnega izpopolnjevanja zaposlenih kot v socialno varstvenih zavodih in zdravstvenih domovih. V tej trditvi ne obstajajo statistično pomembne razlike med zavodi ($p=0,022$). Podobno je s trditvijo glede samostojnega odločanja o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja in glede samostojne izbire kadrov, ko gre za novo zaposlitev. Pri trditvi »samostojno izbiram kader, ko gre za novo zaposlitev« pa obstajajo statistično pomembne razlike ($p=0,004$) med zavodi (tabela 9).

Z ozirom na to, da so glavne medicinske sestre bolnišnic bolj izobražene (fakultetna izobrazba) in da so se v večji meri funkcionalno usposabljevale za menedžment in vodenje, so si s tem pridobile večje kompetence. Odločanje o novih zaposlitvah je v zdravstvenih domovih in socialno varstvenih zavodih v rokah direktorjev, ki z omejitvijo zaposlovanja v zdravstveni negi regulirajo finančno poslovanje zavodov. Večina glavnih medicinskih sester pa ne razpolaga s finančnimi sredstvi ne glede na zavod, tiste, ki pa imajo to kompetenco, jih uporabljajo za izobraževanje in nabavo. Podatki potrjujejo trditev, da »menedžment zdravstvene nege ni avtonomen na kadrovskem področju, pri vodenju ter razpolaganju s sredstvi« (Požun, 2003).

Za uspešno opravljanje svoje funkcije glavne medicinske sestre menijo, da bi najbolj potrebovale naslednja znanja: upravljanja in organizacije, komunikacije, prava in tujih jezikov. Največjo potrebo po dodatnem znanju so izrazile glavne medicinske sestre zdravstvenih domov, ki so se tudi najmanj funkcionalno usposabljevale za menedžment in vodenje. V literaturi je zaslediti naslednja znanja, ki bi jih glavne medicinske sestre potrebovale: ekonomika, financiranje, organizacijski menedžment, menedžment človeških virov, raziskovanje (Mahoney, 2001); kadrovanje in tehnike razporejanja, financiranje, strateško načrtovanje in razmišljanje, merila za tekoče poslovanje, obvladovanje stroškov, produktivnost in uspešnost, kakovost, ležalne dobe (Baggett M., Baggett F., 2005); timsko sodelovanje, komuniciranje, gospodarjenje (Bohinc, 1997); poslovni, ekonomski in marketinški sistem, multidisciplinarni trening za upoštevanje različnosti (Bohinc, Gradišar, 2001). Baillie (1999) pa navaja naslednja znanja za upravljanje s službami zdravstvene nege - spremljanje kakovosti, spremljanje zdravja in varnosti zaposlenih; za upravljanje z informacijami - priprava poročila; za upravljanje z ljudmi - vodenje, motivacija.

Primerjava odgovorov glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov ter odgovorov iz strokovne literature nam pove, da si glavne medicinske sestre ne predstavljajo obsega nalog znotraj menedžmentskih funkcij, zato so njihove potrebe po dodatnih znanjih zelo omejeno izražene.

2.2.2 Organiziranost dejavnosti zdravstvene nege

Z navedenimi trditvami v vprašalniku smo ugotavljali, ali je dejavnost zdravstvene nege organizirana v samostojni službi in kako je s statutarnimi določili glede organizacije dejavnosti in funkcijami glavne medicinske sestre. Za ugotavljanje organiziranosti dejavnosti zdravstvene nege smo postavili pet trditev. Iz tabele 11 je razvidno, da je v večini socialno varstvenih zavodih dejavnost zdravstvene nege organizirana v samostojni službi in da je služba zdravstvene nege opredeljena v statutu. Nekoliko nižje so ocene glede statutarne opredeljenih nalog službe. Tako v socialno varstvenih zavodih kot tudi v bolnišnicah so kompetence glavnih medicinskih sester zapisane v opisu delovnega mesta. V vseh trditvah so statistično pomembne razlike med zavodi, saj je $p=0,005$. Največji vpliv na spremembo opisa delovnega mesta imajo glavne medicinske sestre bolnišnic, kar je povezano z njihovimi večjimi kompetencami.

Organizaciji samostojnih služb zdravstvene nege bi morali pri nas nameniti večjo pozornost, saj kot navaja Schroeder (1991) je zdravstvena nega kot služba v instituciji kompleksna entiteta, ki nadzoruje največje število kadra, ki mu je namenjen največji delež finančnih sredstev. Kot ugotavlja Kersnič (1997) je organizacija zdravstvene nege v zavodih različna, ker zdravstvena nega v organizacijskih procesih nima pravno formalnih podlag. Zato je v strokovnih krogih nastala potreba in zahteva po pravno formalnih podlagah za opredelitev službe zdravstvene nege. Kot meni Drucker (2001) bi morale odgovornost za produktivnost prevzeti medicinske sestre same, ki bi morale voditi same sebe in dana bi jim morala biti avtonomija. V različnih raziskavah, ki so bile opravljene pri nas v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih pa je ugotoviti počasen trend razvijanja in uveljavljanja samostojnih služb zdravstvene nege (Skela Savič, Kersnič, 2005).

Tabela 11: Organizacija

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Dejavnost zdravstvene nege je organizirana v samostojni službi	3,82	1,29	2,13	1,36	4,29	1,21	<,001
Služba zdravstvene nege je opredeljena v statutu	3,78	1,70	2,24	1,48	4,08	1,38	<,001
Naloge službe zdravstvene nege so zapisane v statutu	3,06	1,53	2,16	1,46	3,47	1,61	,001
Moje kompetence za vodenje dejavnosti zdravstvene nege so zapisane v opisu delovnega mesta	4,45	,83	3,39	1,41	4,50	,76	<,001
Imam vpliv na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre	4,05	,89	3,05	1,22	3,44	1,25	,010
Skupaj	3,90	,93	2,63	1,07	3,97	,90	<,001

2.2.3 Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja

Glavne medicinske sestre imajo zaradi opisa delovnega mesta formalno moč, vendar pa za izvajanje svoje funkcije uporabljajo skoraj v enaki meri tudi neformalno moč (tabela 12). V zdravstvenih domovih glavne medicinske sestre uporabljajo celo več neformalne kot formalne moči, kar pomeni, da so njihovi opisi delovnega mesta pomanjkljivi in da za svoje delo nimajo ustreznih kompetenc. Z opisom delovnega mesta in s tem opredeljenimi nalogami, ki jih morajo glavne medicinske sestre izvajati, imajo »vpliv na druge« (Tomey, 2000) in kot navaja Možina et al (1994) so zmožne vplivati in usmerjati zaposlene proti željenim rezultatom. Natančno definiranje nalog je v pomoč glavnim medicinskim sestram da vedo, kaj se od njih pričakuje, komu poročajo in komu so odgovorne (Tomey, 1992). Za razliko od nas, imajo v nekaterih državah Evropske unije direktorji zdravstvene nege veliko moč po poziciji s pravico nagrajevanja, povišanja z ozirom na položaj in urejanja plač (Tomey, 2000).

Glavne medicinske sestre tudi menijo, da jih spoštujejo tako nadrejeni kot podrejeni in v večji meri zaupajo podrejenim (tabela 12).

Tabela 12: Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja (I)

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Opis delovnega mesta mi daje formalno moč	3,95	,89	3,18	1,26	3,58	1,11	,041
Za izvajanje svoje funkcije uporabljam neformalno moč	3,72	1,27	3,35	1,00	3,47	1,23	,522
Nadrejeni me spoštujejo	4,05	,60	4,07	,65	4,32	,70	,191
Podrejeni me spoštujejo	4,00	,56	4,17	,50	4,21	,78	,469
Podrejenim zaupam	4,25	,64	4,15	,62	3,95	,81	,244
Skupaj	4,02	,53	3,79	,50	3,91	,51	,250

Tabela 13: Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja (II)

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Skrbim za lastno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje	4,68	,48	4,27	,87	4,50	,83	,145
Sem sposobna hitrega ukrepanja v kritičnih situacijah	4,35	,59	4,27	,67	4,37	,67	,779
Za svoje delo prevzemam polno odgovornost	4,90	,31	4,80	,40	4,84	,37	,644
Pri svojem delu sem vztrajna	4,70	,47	4,66	,48	4,66	,53	,946
Moje mnenje v zavodu nekaj velja	4,10	,55	4,07	,72	4,24	,71	,549
Za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno vnaprej najaviti	4,45	1,05	4,39	1,22	4,37	1,02	,965
Skupaj	4,52	,37	4,41	,50	4,50	,42	,572

Vse glavne medicinske sestre skrbijo za lastno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje, so sposobne hitrega ukrepanja v kritičnih situacijah, za svoje delo prevzemajo polno odgovornost, pri delu so vztrajne, njihovo mnenje v zavodu nekaj velja in pri nadrejenih se jim ni potrebno za razgovor v naprej najaviti (tabela 13).

Korelacijska analiza med trditvijo »pri nadrejenih se mi ni potrebno za razgovor v naprej najaviti« in trditvijo, da "vodstvo deluje timsko" je pozitivna ($p = 0,022$), a ni ravno močna. Ker spremenljivki nista normalno porazdeljeni, smo napravili Spearmanov neparametrični korelacijski test, s čimer smo ugotovili, da spremenljivki pogojujeta druga drugo, oziroma vplivata druga na druga (tabela 14).

Tabela 14: Spearmanov korelacijski test med trditvama »vodstvo deluje timsko« in »za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno v naprej najaviti«

			Za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno v naprej najaviti	Vodstvo deluje timsko
Spearman's rho	Za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno v naprej najaviti	Correlation Coefficient	1,000	,232(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,022
		N	99	97
	Vodstvo deluje timsko	Correlation Coefficient	,232(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,022	.
		N	97	97

V zadnjih dveh desetletjih se je pokazalo, da so mnoge ustanove, ki imajo zasnovano svojo organiziranost po načelu timskega dela, nadpovprečno uspešne. Razlog je v dejstvu, da timsko zasnovana organiziranost ustanove omogoča največje aktivno sodelovanje zaposlenih pri zniževanju stroškov, doseganju boljše kakovosti storitev, pri izvajanju stalnih izboljšav in doseganju večjega zadovoljstva uporabnikov. Timsko zasnovana organiziranost ustanove se smatra kot organizacijski pristop, ki bo prevladoval v 21. stoletju (Marolt, Leskovar, 1999).

2.2.4 Stili vodenja

Za ugotavljanje stilov vodenja smo v anketnem vprašalniku oblikovali sedem trditev, iz katerih smo ugotavljali naslednje stile: avtokratski, demokratski, participativni in anarhični stil vodenja.

Tabela 15: Stili vodenja

	Vrsta zavoda						p
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Ljudje, ki so mi podrejeni me upoštevajo	4,30	,57	4,30	,52	4,26	,64	,954
O vsem odločam sama	2,15	,93	2,88	,81	2,13	1,02	,001
Podrejene vzpodbujam, da izrazijo mnenje in predloge, odločitev sprejem sama	3,10	1,21	3,78	1,06	3,74	1,08	,061
V krizni situaciji se raje umaknem in odločanje prepustim nadrejenim	1,40	1,10	2,21	1,32	1,97	1,28	,072
Upoštevam potrebe podrejenih	3,85	,49	4,39	,59	4,34	,63	,003
Najpomembnejša je realizacija nalog	3,70	,92	4,28	,72	3,79	,99	,018
Nadrejeni upoštevajo moje predloge za izboljšave	3,90	,85	4,10	,71	4,13	,70	,501
Skupaj	3,20	,53	3,71	,47	3,49	,41	<,001

Statistično pomembna razlika med zavodi je v trditvah »o vsem odločam sama« (p=0,001), kar je trditev, ki definira avtokratski stil vodenja in kot je razvidno iz analize podatkov, je leta najbolj prisoten pri glavnih medicinskih sestrah zdravstvenih domov in bolnišnic ter v trditvi »upoštevam potrebe podrejenih« (p=0,003), ki definira demokratski stil vodenja. Slednja trditev je prav tako najbolj prisotna pri glavnih medicinskih sestrah zdravstvenih domov in socialno varstvenih zavodov. To pomeni, da glavne medicinske sestre zdravstvenih domov uporabljajo pri vodenju dva skrajna stila vodenja – demokratskega in avtokratskega. Ostale glavne medicinske sestre v bolnišnicah in socialno varstvenih zavodih pa pri svojem delu najpogosteje uporabljajo demokratski in participativni stil vodenja (tabela 15).

Navedene ugotovitve so v skladu s trditvijo avtorice Tomey (1992, 2000), da ne moremo govoriti le o enem najboljšem stilu vodenja, temveč se medicinske sestre prilagajajo situaciji. Skela Savič (2004) je v svoji raziskavi ugotovila, da je pri vodjih v zdravstveni negi najmanj prisotno vodenje »brez vaje« (laissez – faire), kar lahko enačimo z anarhičnim stilom. Tudi Čeferin Kveder (2005) potrjuje dobljene rezultate v naši raziskavi, saj je ugotovila, da je za glavne medicinske sestre Kliničnega centra najbolj značilen združevalni stil vodenja, za katerega je značilna tudi visoka usmerjenost k nalogam.

2.2.5 Naloge

Večina bolnišnic ima oblikovano organizacijsko filozofijo, in večina socialno varstvenih zavodov ima svoje poslanstvo zapisano v aktih zavoda. Glede oblikovane filozofije zdravstvene nege in opredeljenih ciljev za svoje delovanje so v ospredju bolnišnice, sledijo socialno varstveni zavodi (tabela 16).

Marquis in Huston (1996) navajata, da imajo vse glavne medicinske sestre – menedžerke nekaj skupnih nalog, to je oblikovanje organizacijske filozofije, postavljanje politike, oblikovanje ciljev in prioritet za lociranje virov. Najnižje strinjanje s trditvama glede oblikovanja filozofije in ciljev v dejavnosti zdravstvene nege so izrazile glavne medicinske sestre zdravstvenih domov. Prav gotovo je to povezano z dejstvom, da je večina glavnih medicinskih sester zdravstvenih domov razporejena na operativno delo v neposredni praksi s pacienti in da so jim naloge vodenja dodane. Zaradi pomanjkanja časa se ne poglobljajo v naloge, ki so skupne vsem glavnim medicinskim sestram ne glede na vrsto zavoda.

Tabela 16: Nekatere skupne naloge glavnih medicinskih sester

	Vrsta zavoda						p
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
V zavodu imamo oblikovano organizacijsko filozofijo	4,00	1,08	3,10	1,08	3,70	1,05	,005
Poslanstvo zdravstvenega zavoda je zapisano v aktih zavoda	3,90	1,41	3,85	1,15	4,14	,98	,535
Dejavnost zdravstvene nege ima v zavodu oblikovano lastno filozofijo ZN	4,20	1,01	2,44	1,12	3,65	1,01	<,001
Dejavnost zdravstvene nege ima opredeljene cilje za svoje delovanje	4,30	,92	2,80	1,08	3,94	,89	<,001
Skupaj	4,10	,89	3,05	,87	3,86	,81	<,001

2.2.6 Motivacija

Za ugotavljanje motivacije smo v anketnem vprašalniku oblikovali deset trditev oziroma izpostavili deset motivacijskih faktorjev. Iz tabele je razvidno, da sta v vseh zavodih najpomembnejša motivacijska faktorja, da lahko glavne medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo lastno znanje in da je njihovo delo zanimivo in raznovrstno. Plača, kot motivacijski faktor, je v bolnišnicah in v zdravstvenih domovih šele na devetem mestu, v socialno varstvenih zavodih pa na sedmem mestu. Glavne medicinske sestre so v vseh zavodih označile, kot najmanj pomemben faktor, čas za osebno življenje (tabela 17, tabela 18).

Rezultati so sorazmerno skladni z ugotovitvami avtorja Jan (2002), ki ugotavlja, da so motivacijski faktorji zanimivo delo, primerno delovno okolje, možnost strokovnega usposabljanja, možnosti napredovanja, odnosi s sodelavci, plača, priznanje za uspešnost pri delu. Prav tako so rezultati potrdili Druckerjevo (2001) mnenje, da denar ni zadostna spodbuda za delovno uspešnost. Motiviranje zaposlenih ter sproščanje ustvarjalnosti stopajo v ospredje funkcij menedžerjev (Musič, 2007).

Tabela 17: Motivacija

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Kot glavna medicinska sestra zavoda sem zadovoljna s plačo	3,30	1,22	2,90	1,07	3,63	1,20	,022
Imam možnosti strokovnega izpopolnjevanja	4,55	,83	4,29	,81	4,39	,75	,493
V zavodu so dobri medosebni odnosi	3,45	,60	3,61	,80	3,76	,85	,345
V zavodu so zagotovljeni dobri delovni pogoji	3,45	,69	3,61	,86	3,53	1,06	,804
Moje delo je zanimivo in raznovrstno	4,60	,60	4,34	,69	4,66	,48	,055
Pri svojem delu lahko uporabljam lastno znanje	4,63	,50	4,44	,55	4,66	,63	,203
Pri svojem delu sem samostojna	4,30	,57	4,32	,69	4,37	,67	,913
Nadrejeni me pohvalijo za dobro opravljeno delo	3,47	1,02	3,53	1,22	3,61	1,20	,913
Sodelujem pri odločanju v zavodu	4,00	,73	3,83	,80	4,29	,80	,038
Ostaja mi veliko časa za moje osebno življenje	2,40	,82	2,54	1,00	2,63	,94	,674
Skupaj	3,81	,51	3,74	,53	3,95	,54	,199

Tabela 18: Razvrstitev motivacijskih faktorjev po pomembnosti in po zavodih

motivacijski faktorji	bolnišnica	zdravstveni dom	socialno varstveni zavod
plača	9	9	7
strokovno izpopolnjevanje	3	4	3
medosebni odnosi	7	6	6
delovni pogoji	7	6	9
zanimivo in raznovrstno delo	2	2	1
uporaba lastnega znanja	1	1	1
samostojnost pri delu	4	3	4
pohvala	6	8	8
soodločanje v zavodu	5	5	5
čas za osebno življenje	10	10	10

2.2.7 Kakovost

Za ugotavljanje kakovosti smo oblikovali pet trditev. Podatki kažejo na to, da imajo bolnišnice in socialno varstveni zavodi opredeljeno strategijo kakovosti v večji meri in da je v strategijo kakovosti vključena tudi zdravstvena nega. Motivacija za kakovost je ustrezna. V vseh zavodih poteka izobraževanje za kakovost, zaposleni v zavodu pa so prevzeli odgovornost za izboljšanje kakovosti v večji meri v socialno varstvenih zavodih in zdravstvenih domovih (tabela 19).

Tabela 19: Kakovost

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Zavod ima opredeljeno strategijo kakovosti	3,25	,79	2,92	1,18	3,34	1,21	,246
V strategijo kakovosti zavoda je vključena tudi zdravstvena nega	3,60	,88	2,85	1,28	3,61	1,26	,012
Motivacija za kakovost v zavodu je ustrezna	3,00	,56	2,95	1,09	3,11	1,09	,791
Izobraževanje za kakovost je stalno	3,15	,93	3,17	1,20	3,38	1,32	,692
Zaposleni v zavodu so prevzeli odgovornost za izboljšanje kakovosti	2,95	,83	3,02	1,19	3,16	1,12	,756
Skupaj	3,19	,67	2,98	1,05	3,30	1,07	,350

Organizacije se vse bolj zavedajo, da mora biti njihova dejavnost usmerjena k pacientu oziroma stanovalcu in da je potrebno zadovoljiti njihova pričakovanja in potrebe. Zato večina zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov pristopa k ustanavljanju delovnih skupin in komisij za vzpostavljanje sistema kakovosti ter za izboljševanje kakovosti (Robida, Yazbeck, Kociper, Mate, Marušič, 2006). Sistemi kakovosti ugodno vplivajo na delovanje organizacij. Poročajo predvsem o izboljšavah na naslednjih področjih:

- izboljšanje zadovoljstva odjemalcev (pacientov in organizacij, ki naročajo storitve pri zdravstvenih organizacijah);
- standardiziranje postopkov;
- povečanje pretoka (in posledično skrajševanja čakalnih vrst);
- znižanje stroškov;
- obvladovanje dokumentacije;
- komunikacija s pacienti in svojci.

Ker pa so uvedeni sistemi kakovosti v zgodnji fazi delovanja, še ni poročil o izkušnjah in doseženih rezultatih, ki bi nedvomno pokazali prednosti in slabosti uvedenih sistemov (Trebar, Accetto, 2006).

V literaturi je zaslediti, da je za kakovost sistema pomembno, da je organiziranost timsko zasnovana. Z metodo linearne regresije smo želeli ugotoviti, ali v naši raziskavi obstajajo povezave med timskim delom in kakovostjo sistema. Linearna regresija je pokazala, da timsko delo ne vpliva odločilno na nobeno postavko kakovosti (vrednosti p kažejo, da nobena postavka ni statistično pomembna), ko jih opazujemo vse hkrati (tabela 20).

Tabela 20: Povezava med timskim delom in kakovostjo

Model	koeficienti				
	B	napaka	Beta	t	p
konstanta	2,545	,307		8,291	,000
Zavod ima opredeljeno strategijo kakovosti	-,112	,153	-,133	-,737	,463
V strategijo kakovosti zavoda je vključena tudi zdravstvena nega	,177	,119	,230	1,484	,141
Motivacija za kakovost v zavodu je ustrezna	-,092	,168	-,097	-,547	,586
Izobraževanje za kakovost je stalno	,180	,129	,226	1,392	,167
Zaposleni v zavodu so prevzeli odgovornost za izboljšanje kakovosti	,237	,165	,272	1,439	,154

2.2.8 Organizacijska kultura

Za ugotavljanje organizacijske kulture smo oblikovali sedem trditev, na katere je bilo možno odgovoriti prav tako s stopnjo strinjanja v Likertovi petstopenjski lestvici. Iz rezultatov je ugotoviti, da so glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov na vse trditve odgovorile z največjo stopnjo strinjanja, sledijo glavne medicinske sestre zdravstvenih domov. Torej lahko zaključimo, da je najvišja stopnja organizacijske kulture prisotna v socialno varstvenih zavodih in najnižja v bolnišnicah (tabela 21).

Rezultate bi lahko potrdili z dejstvom, da so socialno varstveni zavodi v večji meri odvisni od neposrednega financiranja posameznikov kot ostali zavodi. Stanovalci socialno varstvenih zavodov za svoje bivanje prispevajo lastna finančna sredstva, zato so tudi njihove zahteve do izvajalcev zdravstvene nege, kakor tudi do drugih zaposlenih, večje. Socialno varstveni zavodi so tudi bolj odprti v okolje in s tem izpostavljeni večjemu nadzoru.

Tabela 21: Organizacijska kultura

	Vrsta zavoda						p
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	Povprečje	Odklon	Povprečje	Odklon	Povprečje	Odklon	
Komunikacija med vodstvom in podrejenimi je dobra	3,55	,60	3,56	,87	3,73	,87	,604
Sodelovanje med MS / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobra	3,20	,70	3,66	,73	4,08	,86	<,001
Posebnim dogodkom (uspehi, obletnice...) namenjamo v zavodu pozornost	3,20	,89	3,32	1,27	3,86	1,25	,065
Zaposleni upoštevajo formalne poti komuniciranja	3,45	,60	3,49	,64	3,62	,92	,638
Zaposleni spoštujejo zapisana pravila	3,50	,61	3,56	,63	3,73	,69	,363
Organizacija spoštuje vrednote (odgovornost, pravičnost, pogled v prihodnost, etiko odnosov...)	3,65	,75	3,76	,73	4,14	,63	,018
Odnos zaposlenih do dela je ustrezen	3,45	,51	3,68	,65	3,70	,66	,308
Skupaj	3,43	,48	3,57	,59	3,84	,63	,028

Statistično pomembna razlika med zavodi je v trditvi »sodelovanje med medicinskimi sestrami/zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobra« ($p=0,001$) (tabela 20). Najnižje strinjanje je v bolnišnicah, morda zato, ker je število zdravnikov največje, zato je tudi hierarhija odnosov največja. Poleg tega so interakcije med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki pogostejše kot v zdravstvenih domovih, pa tudi čas prebit na delovnem mestu je daljši. Prisotnost zdravnika v socialno varstvenih zavodih je različna, odvisna od števila stanovalcev, njegova prisotnost je možna tudi le na klic.

Zanimalo nas je tudi, ali obstaja povezanost med medosebnimi odnosi v zavodu in sodelovanjem med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki. Korelacija kaže s $p=0,001$ statistično pomembnost. Spearmanov koeficient je z vrednostjo 0,373 pozitiven, kar pomeni, da dobri medosebni odnosi v zavodu vplivajo na dobro sodelovanje med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki (tabela 22).

Tabela 22: Spearmanov korelacijski test med trditvama »v zavodu so dobri medosebni odnosi« in »sodelovanje med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobro«

			V zavodu so dobri medosebni odnosi	Sodelovanje med MS / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobra
Spearman's rho	V zavodu so dobri medosebni odnosi	korelacijski koeficient	1,000	,373
		p	.	,000
		N	99	98
	Sodelovanje med MS / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobra	korelacijski koeficient	,373	1,000
		p	,000	.
		N	98	98

2.2.9 Okolje

Naslednji sklop trditev v anketnem vprašalniku se je nanašal na okolje. Oblikovali smo pet trditev. Najbolj se zavedajo vpliva potreb in zahtev pacientov na njihovo delo glavne medicinske sestre bolnišnic, najmanj pa glavne medicinske sestre zdravstvenih domov (tabela 23). Jasno je, da bi morala biti filozofija slehernega zavoda usmerjena v paciente, kot osrednjega subjekta v zdravstveni in socialno varstveni dejavnosti. Socialno varstveni zavodi so še posebej izpostavljeni kritični oceni stanovalcev in okolja (svojcev, prijateljev, občanov). Glavne medicinske sestre bi morale razumeti, da se morajo prilagajati potrebam in zahtevam pacientov in stanovalcev ter dejavnost zdravstvene nege in njeno organizacijo čim bolj prilagoditi, da bo možna individualizirana in kakovostna obravnava.

Enaki rezultati so na trditev, da delo glavnih medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo pacientov (tabela 23). Skoraj v enaki meri so prepričane, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno nego glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov in bolnišnic ter najmanj glavne medicinske sestre zdravstvenih domov. Seveda se pri tej trditvi pojavlja vprašanje, ali bi tudi pacienti tako pozitivno ocenili zadovoljstvo z zdravstveno nego. Najvišje strinjanje na trditev, da so v zavodu potrebne spremembe so podale glavne medicinske sestre bolnišnic in nato zdravstvenih domov, ki se tudi zavedajo, da so spremembe organiziranosti zdravstvene nege nujne. Statistično pomembna razlika med zavodi je prav v slednji trditvi »spremembe organiziranosti zdravstvene nege so nujne« ($p=0,003$). Zanimiva je ugotovitev, da so glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov podale najnižje strinjanje z navedeno trditvijo.

Žal, organizacije zdravstvene nege, ki se vplivom okolja ne bodo prilagodile in ki ne bodo zagotovile ustrezno podprtih podsistemov organiziranosti zdravstvene nege, bodo postale organizacijsko nestabilne. Vplive iz okolja je potrebno pravočasno zaznati in se nanje pravočasno prilagoditi. Med pogostejše vplive iz okolja, ki vplivajo na »organizacijo zdravstvene nege starejših ljudi lahko uvrstimo spremembe na tržišču, v smislu spremenjenega vedenja in odnosa uporabnikov, močnejše konkurence in podobno; spremembe v stroki, predvsem primanjkovalje ustrezno kvalificiranega kadra; spremembe v makroekonomski politiki in spremembe v pravni ureditvi socialnega in zdravstvenega varstva« (Prosen, Bohinc, 2002:649).

Tabela 23: Okolje

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Na moje delo vplivajo potrebe in zahteve pacientov	4,45	,51	4,12	,78	4,32	,82	,235
Moje delo vpliva na zadovoljstvo pacientov	4,35	,59	4,27	,67	4,38	,76	,770
Pacienti so zadovoljni z zdravstveno nego	4,15	,37	3,88	,52	4,16	,55	,029
V zavodu so potrebne spremembe	4,05	,97	3,54	1,03	3,46	1,12	,122
Spremembe organiziranosti zdravstvene nege so nujne	4,15	,93	3,51	1,08	3,03	1,30	,003
Skupaj	4,23	,41	3,86	,49	3,87	,52	,014

2.2.10 Vodenje

Za ugotavljanje vodenja smo postavili tri trditve ter ugotovili, da so pri vodenju najuspešnejše glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov, saj jim podrejeni sledijo k zastavljenim ciljem v večji meri kot v zdravstvenih zavodih (tabela 24). Predvidevamo, da zato, ker je izobrazbena struktura slabša kot v zdravstvenih zavodih, saj so v večini zaposleni le bolničarji. Podrejeni imajo največjo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti v bolnišnicah, sledijo zdravstveni domovi in nato socialno varstveni zavodi. To je seveda povezano s trditvami: samostojno načrtujem strokovno izpopolnjevanje zaposlenih (bolnišnice: $x = 4,45$; zdravstveni domovi: $x = 3,71$; socialno varstveni zavodi: $x = 3,84$), samostojno odločam o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja (bolnišnice: $x = 4,25$; zdravstveni domovi: $x = 3,78$; socialno varstveni zavodi: $x = 4,08$) in razpolagam s finančnimi sredstvi (bolnišnice: $x = 2,65$; zdravstveni domovi: $x = 2,00$; socialno varstveni zavodi: $x = 2,73$). Najbolj je vizija delovanja zdravstvene nege v zavodu jasna glavnim medicinskim sestram bolnišnic. Pri tej trditvi obstajajo statistično pomembne razlike med zavodi ($p=0,001$). Najnižje strinjanje s trditvijo so podale glavne medicinske sestre zdravstvenih domov, morda zato, ker je trenutna zdravstvena politika usmerjena v prehod

večine zdravstvene dejavnosti na primarni ravni v zasebništvu, zato glavne medicinske sestre nimajo vizije delovanja zdravstvene nege v javnem zavodu. Da je vizija delovanja zdravstvene nege najbolj jasna v bolnišnicah je razumljivo, saj so se glavne medicinske sestre za prevzem funkcije najbolj pripravljale, imajo najvišjo stopnjo izobrazbe, so najdlje na navedeni poziciji in imajo največje kompetence. To je le nekaj kriterijev, ki vplivajo na oblikovanje vizije.

Tabela 24: Vodenje

	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Podrejeni mi sledijo k zastavljenim ciljem	3,90	,55	3,95	,45	4,11	,66	,313
Podrejeni imajo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti	4,20	,52	4,15	,65	4,14	,82	,943
Vizija delovanja zdravstvene nege v zavodu je jasna	4,55	,51	3,34	,94	4,11	,74	<,001
Skupaj	4,22	,41	3,81	,49	4,12	,60	,007

2.3 Kakovost sistema menedžmenta

Kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov smo proučevali na osnovi strukturnih, procesnih in rezultatnih spremenljivk, ki smo jih izbrali med posameznimi trditvami v vprašalniku.

Strukturne spremenljivke se nanašajo na razmere oziroma pogoje delovanja dejavnosti zdravstvene nege v zdravstvenem in socialno varstvenem zavodu. Ti pogoji so na primer število kadra, kvalifikacijska struktura kadrov, znanje, finančna sredstva, pravno formalne podlage za delovanje dejavnosti. Procesne spremenljivke se nanašajo na samo delovanje dejavnosti zdravstvene nege, na primer kaj izvajajo glavne medicinske sester (menedžmentske funkcije) in na druge aktivnosti za delovanje sistema (usposabljanje kadrov, načrtovanje usposabljanja, izbor kadrov). Rezultatne spremenljivke definirajo pričakovane spremembe

oziroma rezultate v sistemu menedžmenta glavnih medicinskih sester in se nanašajo na primer na zaupanje, spoštovanje, medosebne odnose, delegiranje nalog, timsko delovanje.

Iz vprašalnika smo izločili naslednje strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke:

Tabela 25: Strukturne spremenljivke

funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje
poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre
razpolaganje s finančnimi sredstvi
organiziranost dejavnosti zdravstvene nege v samostojni službi
opredeljenost službe zdravstvene nege v statutu
naloge službe zdravstvene nege zapisane v statutu
kompetence glavne medicinske sestre za vodenje dejavnosti zdravstvene nege zapisane v opisu delovnega mesta
vpliv na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre
filozofija zdravstvene nege
formalne poti komuniciranja
pravila
vrednote organizacije (odgovornost, pravičnost, pogled v prihodnost, etika odnosov...).

Tabela 26: Procesne spremenljivke

izvajanje menedžmentskih funkcij na ravni zavoda
a. Načrtovanje
b. Organiziranje
c. Vodenje
d. Preverjanje
izvajanje menedžmentskih funkcij za potrebe zdravstvene nege
a. Načrtovanja
b. Organiziranja
c. Vodenja
d. Preverjanje
načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja zaposlenih
odločanje o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja
samostojnost pri izboru kadra, ko gre za novo zaposlitev
kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje

Tabela 27: Rezultatne spremenljivke

zaupanje vodstva
delegiranje nalog sodelavcem
timsko delovanje vodstva
spoštovanje podrejenih
upoštevanje podrejenih
zadovoljstvo s plačo
dobri medosebni odnosi
strategija kakovosti zavoda
zdravstvena nega v strategiji kakovosti zavoda
motivacija za kakovost
izobraževanje za kakovost
odgovornost zaposlenih za izboljšanje kakovosti
komunikacija med vodstvom in podrejenimi
sodelovanje med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki
odnos zaposlenih do dela
zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego

Strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke smo pregledali z ozirom na povprečno vrednost spremenljivke. Čim nižja je povprečna ocena strinjanja s trditvijo v vprašalniku, tem manj je spremenljivka prisotna v praksi. To pa pomeni, da je za uravnoteženje kakovosti sistema pomembnejša od tiste z višjo oceno, ki je v praksi že prisotna.

Tabela 28: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami za strukturne spremenljivke

	N	minimum	maksimum	povprečje	odklon
Pred zasedbo delovnega mesta glavne MS sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje	96	1	5	1,87	1,363
Dela in naloge glavne MS sem poznala že ob zasedbi delovnega mesta	96	1	5	2,91	1,315
Za delovanje zdravstvene nege v zavodu razpolagam s finančnimi sredstvi	98	1	5	2,41	1,291
Dejavnost zdravstvene nege je organizirana v samostojni službi	95	1	5	3,29	1,630
Služba zdravstvene nege je opredeljena v statutu	95	1	5	3,23	1,710
Naloge službe zdravstvene nege so zapisane v statutu	92	1	5	2,86	1,635
Moje kompetence za vodenje dejavnosti zdravstvene nege so zapisane v opisu delovnega mesta	99	1	5	4,03	1,208
Imam vpliv na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre	96	1	5	3,41	1,219
Dejavnost zdravstvene nege ima v zavodu oblikovano lastno filozofijo ZN	98	1	5	3,26	1,271
Zaposleni upoštevajo formalne poti komuniciranja	98	1	5	3,53	,749
Zaposleni spoštujejo zapisana pravila	98	2	5	3,61	,652
Organizacija spoštuje vrednote (odgovornost, pravičnost, pogled v prihodnost, etiko odnosov...)	98	2	5	3,88	,722

Tabela 29: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami za procesne spremenljivke

	N	minimum	maksimum	povprečje	odklon
Na ravni zavoda sem vključena v izvajanje menedžmentskih funkcij - načrtovanje	99	1	5	3,86	1,060
Na ravni zavoda sem vključena v izvajanje menedžmentskih funkcij - organiziranje	99	1	5	4,15	,952
Na ravni zavoda sem vključena v izvajanje menedžmentskih funkcij - vodenje	99	1	5	4,02	1,020
Na ravni zavoda sem vključena v izvajanje menedžmentskih funkcij - preverjanje	98	1	5	3,98	,995
Za potrebe ZN samostojno opravljam funkcije - načrtovanje	98	2	5	4,43	,732
Za potrebe ZN samostojno opravljam funkcije - organiziranje	98	3	5	4,52	,692
Za potrebe ZN samostojno opravljam funkcije - vodenje	99	3	5	4,52	,660
Za potrebe ZN samostojno opravljam funkcije - preverjanje	99	3	5	4,52	,676
Samostojno načrtujem strokovno izpopolnjevanje zaposlenih	99	1	5	3,91	1,011
Samostojno odločam o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja	99	1	5	3,99	,985
Samostojno izbiram kader, ko gre za novo zaposlitev	99	1	5	3,44	1,171
Skrbim za lastno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje	98	1	5	4,44	,800

Tabela 30: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami za rezultatne spremenljivke

	N	minimum	maksimum	povprečje	odklon
Vodstvo mi zaupa	99	3	5	4,41	,700
Vodilni kadri ustrezno delegirajo naloge sodelavcem	97	1	5	3,65	,867
Vodstvo deluje timsko	97	2	5	3,84	,954
Ljudje, ki so mi podrejeni, me upoštevajo	98	2	5	4,29	,574
Kot glavna medicinska sestra zavoda sem zadovoljna s plačo	99	1	5	3,26	1,183
V zavodu so dobri medosebni odnosi	99	1	5	3,64	,788
Zavod ima opredeljeno strategijo kakovosti	97	1	5	3,15	1,130
V strategijo kakovosti zavoda je vključena tudi zdravstvena nega	99	1	5	3,29	1,247
Motivacija za kakovost v zavodu je ustrezna	99	1	5	3,02	1,000
Izobraževanje za kakovost je stalno	98	1	5	3,24	1,193
Zaposleni v zavodu so prevzeli odgovornost za izboljšanje kakovosti	98	1	5	3,06	1,092
Komunikacija med vodstvom in podrejenimi je dobra	98	1	5	3,62	,819
Sodelovanje med MS / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobra	98	1	5	3,72	,835
Odnos zaposlenih do dela je ustrezen	98	2	5	3,64	,630
Pacienti so zadovoljni z zdravstveno nego	97	3	5	4,04	,519

Tabela 31: Rangiranje strukturnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema managementa glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov

strukturne spremenljivke	rang
funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje	1
poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre	4
razpolaganje s finančnimi sredstvi	2
organiziranost dejavnosti zdravstvene nege v samostojni službi	7
opredeljenost službe zdravstvene nege v statutu	5
naloge službe zdravstvene nege zapisane v statutu	3
kompetence glavne medicinske sestre za vodenje dejavnosti zdravstvene nege zapisane v opisu delovnega mesta	12
vpliv na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre	8
filozofija zdravstvene nege	6
formalne poti komuniciranja	9
pravila	10
vrednote organizacije (odgovornost, pravičnost, pogled v prihodnost, etika odnosov...).	11

Tabela 32: Rangiranje procesnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema

procesne spremenljivke	rang
izvajanje menedžmentskih funkcij na ravni zavoda	
a. Načrtovanje	2
b. Organiziranje	7
c. Vodenje	6
d. Preverjanje	4
izvajanje menedžmentskih funkcij za potrebe zdravstvene nege	
a. Načrtovanja	8
b. Organiziranja	10
c. Vodenja	10
d. Preverjanje	10
načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja zaposlenih	3
odločanje o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja	5
samostojnost pri izboru kadra, ko gre za novo zaposlitev	1
kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje	9

Tabela 33: Rangiranje rezultatnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema

rezultatne spremenljivke	rang
zaupanje vodstva	13
delegiranje nalog sodelavcem	9
timsko delovanje vodstva	11
spoštovanje podrejenih	6
upoštevanje podrejenih	5
zadovoljstvo s plačo	8
dobri medosebni odnosi	3
strategija kakovosti zavoda	6
zdravstvena nega v strategiji kakovosti zavoda	1
motivacija za kakovost	1
izobraževanje za kakovost	4
odgovornost zaposlenih za izboljšanje kakovosti	2
komunikacija med vodstvom in podrejenimi	7
sodelovanje med medicinskimi sestrami / zdravstvenimi tehnikami in zdravniki	10
odnos zaposlenih do dela	8
zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego	12

Iz tabel (31, 32, 33) je razvidna razporeditev strukturnih, procesnih in rezultatnih spremenljivk po pomembnosti za kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov. Najpomembnejše tri strukturne spremenljivke so:

- funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje,
- razpolaganje s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege,
- zapisanost nalog službe zdravstvene nege v statutu.

Najpomembnejše tri procesne spremenljivke so:

- samostojnost pri izboru kadra, ko gre za novo zaposlitev,
- vključenost v izvajanje menedžmentske funkcije načrtovanje na ravni zavoda,
- samostojnost pri načrtovanju strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene.

Najpomembnejše tri rezultatne spremenljivke so:

- motivacija za kakovost v zavodu,
- odgovornost zaposlenih za izboljšanje kakovosti,
- strategija kakovosti zavoda.

Iz rezultatov je razvidno, da je za zagotavljanje kakovosti sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester pomembno, da se za prevzem funkcije glavne medicinske sestre ustrezno usposablja. Le z ustreznim znanjem bodo suvereno upravljale službo zdravstvene nege. Zaradi transparentnosti je pomembno, da so naloge službe zdravstvene nege zapisane v statutu, da bo jasno, kaj se od službe pričakuje in za katere naloge je glavna medicinska sestra pristojna. Za večjo suverenost pa so pomembna tudi finančna sredstva, saj je služba zdravstvene nege največja enota tako po številu, kot tudi po finančnih sredstvih, ki jih za svoje delovanje potrebuje. Žal, se finančna sredstva, ki se namenjujejo službi zdravstvene nege v nobenem zavodu trenutno še ne spremljajo. Za kakovost sistema je potrebna tudi večja samostojnost na kadrovskem področju, torej pri izbiranju kadra, ko gre za nove zaposlitve. Izbor kadra mora potekati po določenih kriterijih, ki morajo biti enaki za vse kandidate. Tako bo možno zagotoviti le najboljše kadre, z ustreznim znanjem. Glavnim medicinskim sestram pa je potrebno dati tudi samostojnost pri načrtovanju strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene, saj same lahko najboljše ocenijo, katera znanja ali spretnosti posamezniki

potrebujejo. Samostojnost pri načrtovanju strokovnega izpopolnjevanja je povezana seveda s finančnimi sredstvi. Če so službi zdravstvene nege dodeljena sredstva za strokovno izpopolnjevanje, je v zavodu dano večje zagotovilo, da se bodo le-ta namenila za izobraževanje negovalnega kadra in ne le zdravnikov, ali drugega kadra. Rezultat sistema je seveda kakovost njegovega delovanja in zagotavljanja kakovostne obravnave pacientov oziroma stanovalcev. Vendar pa je nujno, da je kakovost opredeljena v strategiji, ki mora upoštevati možnosti zavoda, na primer finančne ali kadrovske zmožnosti. Nikakor si zavodi ne smejo postaviti take strategije, ki je ne bo možno nikoli doseči, prav zaradi nekaterih omejitev zavoda. Seveda pa so za kakovost v zavodu zadolženi vsi, od vodstvenih kadrov, do slehernega zaposlenega.

2.4 Analiza vpliva spremenljivk v Burke – Litwinovem modelu

Glavne medicinske sestre so izrazile potrebo po organizacijskih spremembah tako v zavodu ($x=3,68$), kot tudi v organiziranosti zdravstvene nege ($x=3,56$). Za ugotavljanje potrebnih sprememb smo uporabili Burke - Litwinov model.

Vsako trditev v vprašalniku, ki predstavlja spremenljivko, smo ocenili z ozirom na definicije v literaturi in jih razporedili v elemente Burke – Litwinovega modela kot spremenljivke. Tako smo v element »zunanje okolje« vključili naslednje spremenljivke: funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje, poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre ter potrebe in zahteve pacientov.

V element »poslanstvo« smo vključili: organizacijska filozofija zavoda, poslanstvo zavoda, filozofija zdravstvene nege, cilji dejavnosti zdravstvene nege, vizija delovanja zdravstvene nege.

Element »vodenje« predstavljajo naslednje spremenljivke: formalna moč, neformalna moč, ukrepanje v kritičnih situacijah, prevzemanje odgovornosti, vztrajnost pri delu, veljavnost mnenja glavne medicinske sestre v zavodu, odločanje, odločanje v krizni situaciji, upoštevanje potreb podrejenih, možnosti strokovnega izpopolnjevanja, pohvala nadrejenih, sledenje podrejenih k zastavljenim ciljem, pridobivanje novih znanj in spretnosti podrejenih.

V »organizacijsko kulturo« je vključenih šest spremenljivk in sicer: medosebni odnosi, pozornost posebnim dogodkom, formalne poti komunikacije, spoštovanje zapisanih pravil, spoštovanje vrednot organizacije, odnos zaposlenih do dela.

V element »strukture« smo razporedili spremenljivke: komunikacija med vodstvom in podrejenimi, sodelovanje med medicinskimi sestrami /zdravstvenimi tehnikami in zdravniki, upoštevanje predlogov za izboljšave, delegiranje nalog vodilnih kadrov sodelavcem, timsko delovanje vodstva.

»Praksa menedžmenta« vključuje spremenljivke: izvajanje menedžmentskih funkcij (načrtovanje, organiziranje, vodenje, preverjanje) na ravni zavoda, izvajanje menedžmentskih funkcij za potrebe zdravstvene nege, načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja zaposlenih, odločanje o udeležbi na strokovnem izpopolnjevanju, izbor kadra za zaposlitev, zadovoljstvo s plačo, sodelovanje pri odločanju v zavodu.

Spremenljivke: razpolaganje s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege, organiziranost dejavnosti zdravstvene nege v samostojni službi, opredeljenost službe zdravstvene nege v statutu, zapisanost nalog službe zdravstvene nege v statutu, zapisanost kompetenc glavne medicinske sestre za vodenje dejavnosti zdravstvene nege v opisu del in nalog, vpliv na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre, vnaprejšnje najavljanje nadrejenim za razgovor, delovni pogoji, strategija kakovosti zavoda, vključenost zdravstvene nege v strategijo kakovosti zavoda predstavljajo element »sistem (politike in postopki)«.

»Klima organizacijske enote« je definirana s spremenljivkami: zaupanje vodstva, spoštovanje nadrejenih, spoštovanje podrejenih, zaupanje podrejenim, upoštevanje podrejenih ter »zahteve nalog, posameznikove sposobnosti« z izobraževanjem za kakovost.

V element »motivacija« smo vključili spremenljivke: vzpodbujanje podrejenih, da izrazijo mnenje in predloge, motivacija za kakovost v zavodu in v element »individualne potrebe in vrednote«: skrb za kontinuirano strokovno izpopolnjevanje glavne medicinske sestre, zanimivost in raznovrstnost dela glavne medicinske sestre, uporaba lastnega znanja, samostojnost pri delu, čas za osebno življenje glavne medicinske sestre.

Element »individualni in organizacijski rezultati« je opredeljen s spremenljivkami: pomembnost realizacije nalog, odgovornost zaposlenih za izboljšanje kakovosti, zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego, potrebnost sprememb v zavodu, nujnost sprememb v organiziranosti zdravstvene nege.

Tabela 34: Ocena elementov Burke-Litwinovega modela

	N	minimum	maksimum	povprečje	odklon
Zunanje okolje	99	1,33	5,00	3,0354	,83138
Poslanstvo strategija	99	1,20	5,00	3,6444	,90545
Voditeljstvo	99	2,77	4,83	3,8286	,36699
Organizacijska kultura	99	2,33	5,00	3,6448	,60452
Praksa menedžmenta	99	2,46	5,00	4,0490	,63194
Strukture	99	1,80	5,00	3,7855	,61653
Sistem (politike in postopki)	99	1,60	4,70	3,3768	,81308
Klima organizacijske enote	99	2,80	5,00	4,2222	,47741
Motivacija	99	1,00	4,50	3,3232	,72602
Zahteve nalog, posameznikove sposobnosti	98	1,00	5,00	3,2449	1,19329
Individualne potrebe in vrednote	99	2,80	4,80	4,0753	,45839
Individualni in organizacijski rezultat	99	2,20	4,50	3,6298	,45535

Z analizo podatkov ugotavljamo (tabela 34), da je najnižja povprečna vrednost odgovorov v vseh zavodih za element »zunanje okolje«, sledi element »zahteve nalog posameznikove sposobnosti« in »motivacija«. Najvišja ocena je podana za element »klima organizacijske enote«. Če upoštevamo celoten Burke – Litwinov model oziroma vseh dvanajst elementov, je najnižja povprečna ocena za zdravstvene domove, kar resnično dokazuje narušeno stabilnost zaradi strateških in političnih sprememb zdravstvenega sistema. Sledijo bolnišnice. Najbolje je ocenjen model za socialno varstvene zavode (tabela 35). Vzrokov za to je seveda več in izhajajo iz narave socialno varstvenih zavodov, njihove organiziranosti in odprtosti v okolje.

Tabela 35: Ocena elementov Burke-Litwinovega modela po zavodih

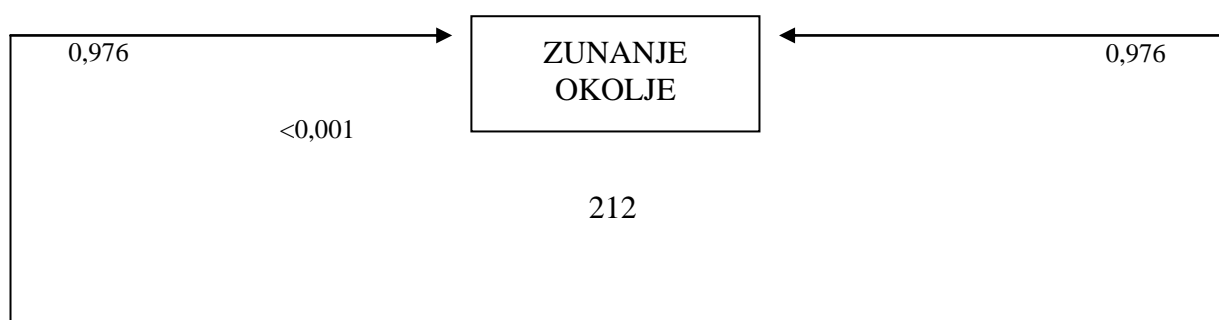
	Vrsta zavoda						P
	bolnišnica		zdravstveni dom		socialno varstveni zavod		
	povprečje	odklon	povprečje	odklon	povprečje	odklon	
Zunanje okolje	3,57	,72	2,81	,77	2,99	,85	,003
Poslanstvo strategija	4,19	,75	3,10	,84	3,94	,74	,000
Voditeljstvo	3,80	,39	3,83	,39	3,84	,34	,902
Organizacijska kultura	3,45	,47	3,57	,58	3,83	,65	,042
Praksa menedžmenta	4,20	,56	3,88	,61	4,15	,66	,073
Strukture	3,54	,50	3,73	,63	3,98	,61	,027
Sistem (politike in postopki)	3,67	,64	2,89	,74	3,74	,71	,000
Klima organizacijske enote	4,20	,48	4,23	,44	4,22	,52	,969
Motivacija	3,05	,78	3,37	,81	3,42	,56	,161
Zahteve nalog, posameznikove sposobnosti	3,15	,93	3,17	1,20	3,38	1,32	,692
Individualne potrebe in vrednote	4,10	,35	3,98	,48	4,16	,48	,201
Individualni in organizacijski rezultat	3,80	,36	3,64	,47	3,53	,47	,106
Skupaj	3,72		3,51		3,76		

Če bi vzeli mejno vrednost tri v petstopenjski Likertovi lestvici kot tisto, pod katero so potrebne organizacijske spremembe, potem ugotavljamo, da v bolnišnicah v nobenem elementu organizacijske spremembe niso potrebne, so pa nujne tako v zdravstvenih domovih, kot tudi v socialno varstvenih zavodih in sicer v elementu "zunanje okolje" ter v elementu »sistem (politike in postopki)« v zdravstvenih domovih. To pomeni, da so v zdravstvenih domovih potrebne spremembe naslednjih spremenljivk: funkcionalno usposabljanje glavnih medicinskih sester za menedžment in vodenje, poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre pred zasedbo delovnega mesta ter vpliv potreb in zahtev pacientov na delo glavnih medicinskih sester, razpolaganje s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege, organiziranost dejavnosti zdravstvene nege v samostojni službi, opredeljenost službe zdravstvene nege v statutu, zapisanost nalog službe zdravstvene nege v statutu ter zapisanost kompetenc glavne medicinske sestre za vodenje dejavnosti zdravstvene nege v opisu del in

nalog, vplivu na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre, vnaprejšnje najavljanje nadrejenim za razgovor, zagotavljanje ustreznih delovnih pogojev, strategija kakovosti zavoda in vključenost zdravstvene nege v strategijo kakovosti zavoda. V socialno varstvenih zavodih so potrebne organizacijske spremembe pri funkcionalnem usposabljanju za management in vodenje, pri poznavanju del in nalog glavne medicinske sestre pred zasedbo delovnega mesta ter pri vplivu potreb in zahtev pacientov na delo glavnih medicinskih sester.

Ker model deluje kot odprti sistem, v katerem so določene povezave med posameznimi elementi, bomo s spremembo zunanjega okolja direktno vplivali na spremembo elementa »individualni in organizacijski rezultati«, vendar povezava ni močna ($p = 0,976$), torej tudi vpliv ni močan (slika 10). Najmočnejša je povezava oziroma vpliv zunanjega okolja na poslanstvo ($p < 0,001$), nato na organizacijsko kulturo ($p = 0,005$) in na vodenje ($p = 0,013$). To pomeni, da bomo s spremembami spremenljivk - funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje, poznavanje del in nalog glavne medicinske sestre ter potrebe in zahteve pacientov najbolj vplivali na spremembe organizacijske filozofije zavoda, poslanstva zavoda, filozofije zdravstvene nege, cilje dejavnosti zdravstvene nege ter na vizijo delovanja zdravstvene nege. Sprememba elementa »sistem (politike in postopki)« bo vplivala na šest elementov: organizacijska kultura, praksa menedžmenta, klima organizacijske enote, vodenje, strukture in individualne potrebe in vrednote. Vpliv na vse navedene elemente je enako močan ($p < 0,001$). To pomeni, da so v zdravstvenih domovih potrebne velike spremembe, saj bodo potrebne spremembe v kar devetih elementih modela od dvanajstih.

Slika 10: Statistična pomembnost povezav med elementi Burke - Litwinovega modela



V zdravstvenih domovih so potrebne spremembe vodenja in menedžmenta, v socialno varstvenih zavodih le spremembe vodenja.

Potrebe po velikih spremembah v dejavnosti zdravstvene nege v zdravstvenih domovih so zagotovo posledica zdravstvene politike do zdravstvenega varstva na primarni ravni, saj le-ta teži k zasebni dejavnosti v večji meri. Tako se zdravstveni domovi soočajo z nejasno prihodnostjo in velikim odhodom zdravnikov, zobozdravnikov in patronažnih medicinskih sester v zasebnost ter s tem s težavami, kako zagotoviti kakovostno obravnavo pacientov in enakost dostopa do zdravstvenih storitev.

Kljub temu, da so bili socialno varstveni zavodi sorazmerno dobro ocenjeni, ko smo ugotavljali stanje menedžmenta glavnih medicinskih sester, še zlasti iz vidika organizacijske kulture, pa je Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja nakazal potrebo po spremembah vodenja. Tukaj pa prihaja do paradoksa, saj so rezultati raziskave pokazali, da so se glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov ocenile kot najuspešnejše pri vodenju, ko jim podrejeni sledijo k zastavljenim ciljem. Iz vidika izobrazbene strukture zaposlenih prevladujejo v socialno varstvenih zavodih bolničarji s triletno srednješolsko strokovno izobrazbo, ki jih usmerja v izvajanje oskrbe in ne v kritično razmišljanje. Zato izpolnjujejo navodila nadrejenih brezpogojno, so zadovoljni, da imajo zaposlitev, ne glede na delovne in druge pogoje. Imajo najmanjšo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti, vizija delovanja zdravstvene nege v zavodu pa tudi ni povsem jasna. Glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov so tudi najbolj prepričane, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno nego in da v zavodih, kakor tudi v organiziranosti zdravstvene nege spremembe niso potrebne.

Burke - Litwinov model organizacijskega spreminjanja je torej nakazal potrebo po povsem novem obnašanju članov organizacije

3 Sprejem oziroma zavrnitev hipotez

1. hipoteza glasi: Kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester je večja v tistih zavodih, kjer imajo glavne medicinske sestre dodatna znanja organizacije in menedžmenta.

Hipoteza je bila preverjana s spremenljivko, ki se nanaša na funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje (trditve v vprašalniku II/1) in je bila potrjena z vrednostjo $p=0,001$ (neparametrični Spearmanov korelacijski koeficient). Spearmanov koeficient je z vrednostjo 0,494 pozitiven, kar pomeni, da večji obseg dodatnih znanj organizacije in menedžmenta pripelje do boljše kakovosti sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester (spremenljivki pozitivno korelirata) (tabela 36). Hipoteza 1 se sprejme.

Tabela 36: Spearmanov korelacijski test med trditvama "pred zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje" in "kakovost sistema menedžmenta"

		Pred zasedbo delovnega mesta glavne MS sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje	Kakovost sistema menedžmenta
Spearman's rho	Pred zasedbo delovnega mesta glavne MS sem se funkcionalno usposabljala za menedžment in vodenje	1,000	,494(**)
		p	,000
		N	96
	Kakovost sistema menedžmenta	,494(**)	1,000
		p	,000
		N	96

2. hipoteza glasi: Kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester je večja v tistih zavodih, v katerih glavne medicinske sestre izvajajo menedžmentske funkcije v večjem obsegu.

Hipoteza je bila preverjana s spremenljivkami, ki se nanašajo na izvajanje menedžmentskih funkcij (načrtovanje, organiziranje, vodenje, preverjanje) na ravni zavoda in za potrebe zdravstvene nege, na samostojno načrtovanje in odločanje v zvezi s strokovnim izpopolnjevanjem ter kadrovanjem (trditve v vprašalniku II/6a,b,c,d, 7a,b,c,d, 8, 9, 10). Hipoteza je bila potrjena s $p=0,001$, Spearmanov korelacijski koeficient je z vrednostjo 0,645 pozitiven, kar pomeni, da večji obseg izvajanja menedžmentskih funkcij pripelje do boljše

kakovosti sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester (spremenljivki pozitivno korelirata) (tabela 37). Hipoteza 2 se sprejme.

Tabela 37: Spearmanov korelacijski test med trditvama "kakovost sistema menedžmenta" in "izvajanje menedžmentskih funkcij"

		Kakovost sistema menedžmenta	Izvajanje funkcij menedžmenta
Spearman's rho	kakovost sistema menedžmenta	1,000	,645(**)
		p	,000
		N	99
	Izvajanje funkcij menedžmenta	,645(**)	1,000
		p	,000
		N	99

Kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester smo opredelili v poglavju II/2.3 in izpostavili po tri najpomembnejše strukturne spremenljivke (funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje, razpolaganje s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege, zapisanost nalog službe zdravstvene nege v statutu), procesne spremenljivke (samostojnost pri izboru kadra, ko gre za novo zaposlitev, vključenost v izvajanje menedžmentske funkcije načrtovanje na ravni zavoda, samostojnost pri načrtovanju strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene), in rezultatne spremenljivke (motivacija za kakovost v zavodu, odgovornost za izboljšanje kakovosti, strategija kakovosti zavoda). Navedene spremenljivke izhajajo iz trditve v vprašalniku (II/1, 11; III/3; II/6a, 8, 10; VII/1, 3, 5), ki smo jih uporabili v tabelah 34 in 35 za ugotavljanje korelacij med trditvami.

3. hipoteza glasi: V sistemu menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov so potrebne organizacijske spremembe.

Hipoteza je bila preverjana s spremenljivkami, ki se nanašajo na mnenje o potrebah po spremembah tako v zavodu kot tudi v zdravstveni negi (trditve v vprašalniku X/4, 5). Za testiranje hipoteze smo izbrali enostranski (one-sample) T-test in za testno vrednost srednjo oceno pri evalvaciji potreb po spremembah, oceno 3. Enostranski T-test je s $p < 0,001$ potrdil

hipotezo. Glavne medicinske sestre so s povprečno oceno 3,57 potrdile, da so organizacijske spremembe potrebne (tabela 38). Hipoteza 3 se sprejme.

Tabela 38: Potreba po organizacijskih spremembah

	Testna vrednost = 3					
	t	df	p	razlika v povprečjih	95% interval zaupanja	
					spodnji	zgornji
V sistemu menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov so potrebne organizacijske spremembe	5,143	97	,000	,53571	,3290	,7424

Glavne medicinske sestre so potrdile hipotezo, da so tako v zavodu kot tudi v zdravstveni negi potrebne organizacijske spremembe.

Da bi ugotovili kako je potrebno spremeniti sistem, smo uporabili Burke Litwinov model organizacijskega spreminjanja, s pomočjo katerega smo ugotovili, tiste elemente, pri katerih so potrebne spremembe.

4. hipoteza glasi: Strukturne in procesne spremenljivke vplivajo na rezultatne spremenljivke.

Strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke smo opredelili v poglavju I/6.2. Hipoteza je bila preverjana s Spearmanovim korelacijskim testom, ki je s $p < 0,001$ hipotezo potrdil. Spearmanov korelacijski koeficient je pozitiven in znaša pri strukturnih spremenljivkah 0,552 in pri procesnih spremenljivkah 0,544. Boljša struktura in procesi vodijo do boljših rezultatov (tabela 39, tabela 40). Hipoteza 4 se sprejme.

Tabela 39: Spearmanov korelacijski test med strukturnimi in rezultatnimi spremenljivkami

			Strukturne spremenljivke	Rezultatne spremenljivke
Spearman's rho	Strukturne spremenljivke	korelacijski koeficient	1.000	.552(**)
		p	.	.000
		N	99	99
	Rezultatne spremenljivke	korelacijski koeficient	.552(**)	1.000
		p	.000	.
		N	99	99

Tabela 40: Spearmanov korelacijski test med procesnimi in rezultatnimi spremenljivkami

			Procesne spremenljivke	Rezultatne spremenljivke
Spearman's rho	Procesne spremenljivke	korelacijski koeficient	1.000	.544(**)
		p	.	.000
		N	99	99
	Rezultatne spremenljivke	korelacijski koeficient	.544(**)	1.000
		p	.000	.
		N	99	99

III. Razprava in sklepi

1 SINUSOIDALNI MODEL ČLOVEŠKO AKCIJSKE REFLEKSIVNOSTI KOT OSNOVA ZA OBLIKOVANJE MODELA KAKOVOSTI SISTEMA MENEDŽMENTA ZDRAVSTVENE NEGE

Kot osnovo za oblikovanje modela kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege smo uporabili Ovsenikov sinusoidalni model človeško - akcijske refleksivnosti.

Ovsenik (2006) navaja, da je bila leta 1998 napisana študija o novem raumevanju menedžmenta in organizacijskega obnašanja, ki je proizvedla tudi novo razumevanje fenomena organizacija, ki da obstaja na vseh ravneh našega sveta. Fenomen organizacija se kot povezujoča komponenta pojavlja kot menedžment, kot ustanova, človeško delo, civilizacija, svet žive narave in kot splošno načelo organizacije. Iz sociološkega vidika predstavlja organizacija razmerja med ljudmi. Fenomen organizacije razlaga tudi kot naravno, spontano samoorganizacijo, ki povezuje zaporedje dogodkov v naravi. Če pa gre za dogodke, ki so v resnici zavestno hotena človeška dejanja (akcije), pa te iste dogodke v svojstvu človeških dejanj (akcij) povezuje dodatno tudi miselni proces kot menedžment, ki ga je avtor prikazal kot sinusoidalni val, ki se nenehno ponavlja kot algoritem (model) človeško akcijske refleksivnosti (premišljevalnosti) (slika 11).

Ovsenik (2004, 2005, 2006) navaja, da sinusoidalni val sestoji iz "hriba" in "doline". V območju hriba se človek ozre navzven iz sebe in je v dialogu z okoljem. V območju doline pa se človek ozre navznoter v samega sebe in v tem območju opravi svojo refleksijo s samim seboj. Koliko visoko/navzven, toliko moramo v akciji poseči tudi globoko/navznoter. To uravnavanje akcije in premisleka je pravilo sinusoide za standardno valovanje.

Slika 11: Sinusoidalni model človeško akcijske refleksivnosti (premišljevalnosti)

V območju hriba je potrebno odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kaj nas zadeva zdaj? Kdo nas zadeva oziroma zanima pri vstopu v novo relacijo? (Y1);
- Kako je sedaj opredeljeno naše/moje mesto/položaj? (Y2);
- Kaj moramo znati, da bi mogli prispevati k izboljšanju? Kaj in kako lahko naredimo? Katera znanja potrebujemo za svojo vlogo v tej situaciji? (Y3).

V območju doline pa je potrebno odgovoriti še na naslednja vprašanja:

- Kaj nas sili v temeljito preišljevalnost o samem sebi? Zakaj bi to storili? Kakšen motiv imamo za to početje? (Y5);
- Kako naj si obogatimo smisel samega sebe? Kaj mi pravijo moj duh, moje srce, moja vest? (Y6);
- Za kakšno dejavno interpretacijo obstoječe situacije smo se pripravljene odločiti ob vstopu v naslednje aktivno dejanje izhajajoč iz naših vrednot in motivov? Ali naj potrdim, ali zavrnem akcijo? (Y7).

Na prehodu iz hriba v dolino, se soočamo s svojim lastnim notranjim svetom - jazom. To je točka premika iz zunanjega sveta prostora v notranji svet duha. (Y4).

Vprašanja predstavljajo korake v sinusoidnem valu - od Y1 do Y7.

Avtor predstavlja odgovore na posamezno vprašanje in sicer:

Y1: Treba je, da se poboljšamo na ravni človeške vrste - tudi jaz sam.

Y2: Gospodarski in pravno kulturni način našega bivanja za človeško vrsto ne ustreza stvarnosti, nič nam ni svetega in neprekršljivega.

Y3: Kritično moramo premisliti o človeških potrebah, da bi si jih znali zadovoljevati kompetentno.

Y4: Razumneje se moramo uvrstiti v celotno skupnost živih sistemov.

Y5: Kontekst razvoja v našem času je dosegel kozmološko zgodovinske razsežnosti, ko se moramo vprašati, kdo sploh smo mi v tem svetu in si priznati, da za naše ravnanje veljajo tri osnovna načela: diferenciacija, subjektivnost in skupnost.

Y6: Naučiti se moramo razločevati med vrednim in nevrednim v artikulaciji svoje lastne notranjosti, dotipati se do svetih globin lastne individualnosti, da bi nam od tod rasla vsestranska identiteta v enoviti spontanosti volje za dobro.

Y7: Priznati si moramo, da se vsakdo nahaja na poti velike zgodbe potovanja skozi makrofaze identitete v večjih razsežnostih smisla in potreb in skozi mikrofaze človeške izpolnitve svojega lastnega bitja in ob čemer si medsebojno delimo sanje izkušnje ustvarjalnega delovanja (Ovsenik, 2006: 1551).

Ko gre za akcijo moramo enakomerno poseči "visoko" in "navzven" (sinusoidni hrib), kakor tudi "globoko" in "navznoter" (sinusoidna dolina). Valovni hrib pomeni človekovo vstopanje v interakcijo z zunanjim svetom in valovna dolina pomeni človekovo miselno spoznavanje resnice sveta v smeri notranjosti.

Sinusoidalni model človeško akcijske refleksivnosti bomo prenesli v primer našega proučevanja in na tej osnovi oblikovali model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege.

Na osnovi našega raziskovanja smo proučili sedanje stanje sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester (Sx). Ugotovili smo naslednje stanje:

- glavne medicinske sestre predstavljajo po starosti "zrelo generacijo" (44,45 - 51,23 let), za katere je značilna stalnost v zavodu in opravljanje funkcije že drugi oziroma tretji štiriletni mandat;
- izobrazbena struktura glavnih medicinskih sester je slaba, saj jih večina ima visoko strokovno izobrazbo, ob prevzemu funkcije pa se niso ustrezno funkcionalno izobraževale za menedžment in vodenje;
- njihove kompetence z ozirom na delovno mesto so omejene (na primer omejitve na kadrovskem in finančnem področju);
- na nivoju zavoda so sicer vključene v izvajanje menedžmentskih funkcij, vendar so jim naloge znotraj posamezne funkcije malo poznane, zato ne izražajo potreb po dodatnih znanjih;
- zavedajo se pomena dejavnosti za doseganje ciljev organizacije in za uspešno ter učinkovito poslovanje zavoda, ne zavedajo pa se, da so pacienti najpomembnejši subjekti v vsakem zavodu;

- kot glavni motivacijski faktor navajajo možnost uporabe lastnega znanja pri svojem delu ter zanimivo in raznovrstno delo, ki ga opravljajo.

Z ozirom na sinusoidalni model želimo priti v naslednje stanje S_{x+1} , kar v našem primeru pomeni kakovost sistema menedžmenta zdravstvene nege, ki je definirana s strukturnimi, procesnimi in rezultatnimi spremenljivkami, kot izhaja iz rezultatov raziskave. Tako moramo doseči:

- da se bodo glavne medicinske sestre ob prevzemu funkcije funkcionalno usposabljele za menedžment in vodenje, da bodo razpolagale s finančnimi sredstvi za delovanje zdravstvene nege in da bodo naloge službe zdravstvene nege zapisane v statutu;
- da bodo glavne medicinske sestre samostojne pri izboru kadra in pri načrtovanju strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene, ter da bodo vključene še zlasti v menedžmentsko funkcijo načrtovanja na ravni zavoda;
- da bo jasna strategija kakovosti zavoda ter ustrezna motivacija zaposlenih za kakovost in zavedanje slehernega zaposlenega glede individualne odgovornosti za izboljšanje kakovosti.

Glavne medicinske sestre si morajo najprej priznati potrebo po obstoju uspešnega in učinkovitega vodenja samega sebe kot predhodnega pogoja za uspešno in učinkovito vodenje sodelavcev oziroma dejavnosti zdravstvene nege. Pri iskanju osebne odličnosti pa je pomembno tudi prepoznavati, razvijati in sproščati svoje lastne osebne lastnosti, kot na primer: ambicije, samozavest, tekmovalnost, samokritičnost in voditeljske sposobnosti.

Vsaka glavna medicinska sestra nastopa v sebi lastni vlogi izvajalca in opazovalca ter si tako nenehno, v procesu uresničevanja lastne identitete, s sproščanjem svojih ustvarjalnih zmožnosti kot odziv na impulze iz okolja, obnavlja in nadgrajuje sebi lasten proces spoznavanja. Nenehne spremembe v okolju ponujajo nove priložnosti, ki jih lahko izkoristijo le ljudje, ki nenehno skrbijo za razvoj svojega znanja (Bukovec, 2006).

1.1 Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege kot aplikacija in dograditev sinusoidalnega modela človeško akcijske refleksivnosti

Da bi lahko glavne medicinske sestre prešle iz obstoječega stanja (Sx) v željeno stanje (Sx+1) je potreben miselni proces premišljevalnosti oziroma refleksivnosti pri njih samih, kar pomeni, da morajo preiti sedem miselnih korakov, ki so označeni na sinusoidi.

Y1: Zdravstvena nega je profesija, za katero so značilne intelektualne operacije z veliko individualne odgovornosti. Z razvojem zdravstvene nege se je spreminjalo tudi razumevanje človeka in pogledi nanj. Na človeka se danes gleda kot na celoto, kot na dinamično silo, in ne le kot na skupek delov. Pacient postaja kralj. Zdravstveni sistem je tog in zelo hierarhičen, zato je spreminjanje zelo težko, pa naj gre za organizacijo, ali za odnose, ki so s strani zdravnikov do medicinskih sester še vedno dokaj avtoritarni. Njihovo spreminjanje v demokratične odnose je zelo težka naloga, saj odnosi temeljijo na tradicionalni avtoriteti norm in vrednot.

Pomemben je vpliv okolja ne le iz vidika potreb in zahtev pacientov, temveč iz vidika organiziranja dejavnosti zdravstvene nege. Odločilnega pomena je torej zavedanje obstoja specifičnega in kot pravi Bukovec (2006:120) "z osebno paradigmo pogojevanega pogleda na okolje, po katerem je percepcija stvarnosti odvisna od sposobnosti gledanja" tudi glavnih medicinskih sester z ozirom na njihove osebne izkušnje in miselne procese.

Y2: Pozicija glavnih medicinskih sester je v zavodih različna, pa naj gre za organizacijo dejavnosti zdravstvene nege, za statutarno dorečenost organizacije zdravstvene nege znotraj sistema v samem zavodu, za izobrazbo glavnih medicinskih sester, za njihove skupne naloge, ne glede na vrsto zavoda, ali za izvajanje menedžmentskih funkcij. Njihove kompetence za vodenje niso dorečene in dovolj jasne, saj, kot je pokazala raziskava, pri izvajanju svoje funkcije uporabljajo tudi neformalno moč. Glavne medicinske sestre imajo tudi različno vlogo v sistemu kakovosti zavoda, zavedajo pa se, da so potrebne spremembe tako na ravni zavoda, kot tudi v dejavnosti zdravstvene nege.

Y3: Glavne medicinske sestre se zavedajo, da bi se za zasedbo delovnega mesta morale funkcionalno usposablјati za vodenje in menedžment, če bi želele uspešno in učinkovito

voditi dejavnost zdravstvene nege in s tem prispevati k doseganju ciljev celotnega zavoda. Znanje je potrebno za obvladovanje čedalje kompleksnejših organizacijskih sistemov oziroma organizacijskega spreminjanja, ko je le-to potrebno.

Y4: V tem koraku se mora vsaka glavna medicinska sestra zavedati, da je možno preiti v novo stanje tudi s spremembami nje same, ali s spremembami njenega razmišljanja, ali njenega hotenja. Z znanjem se razvija stroka, razvija pa se tudi samozavest in samopodoba vsake posameznice, kar je bistveno za napredek in spremembe. Torej od nje same zavisijo premiki v smeri željenega stanja. Da bi uspešno spreminjala sebe in svoje vedenje ter uvajala spremembe, potrebuje znanja, ki jih mora kot glavna medicinska sestra imeti. "Znanje je last posameznika, njegova ustvarjalnost in inovativnost pa sta pogoj za njegov osebni in s tem tudi organizacijski razvoj" (Bukovec, 2006:120).

Y5: Miselni proces v tem koraku sili glavne medicinske sestre v temeljito premišljevanje o sami sebi, kaj je smisel oziroma razlog, da preide korake na sinusoidi, da preide iz sedanje situacije v naslednjo situacijo in/ali ji je sploh do tega. Odgovor je preprost. Funkcija glavne medicinske sestre, še zlasti večjega zdravstvenega ali socialno varstvenega zavoda je na nek način "prestižna". Mnoge medicinske sestre, si jo želijo. Zato si tista, ki je zasedla delovno mesto glavne medicinske sestre, prizadeva, na sebi lasten način, doseči izboljšanje stanja oziroma doseči višjo kakovost dejavnosti zdravstvene nege v svojem štiri letnem mandatu, saj nato obstajajo večje možnosti ponovnega imenovanja. Iz delovnega mesta izhaja višja plača in druge ugodnosti, kot na primer: možnost udeležb na različnih strokovnih srečanjih, poznanstva, različnost delovnih nalog. To so osebni razlogi, ki posamezno glavno medicinsko sestro silijo k spremembam in izboljšanju stanja. Pri nekaterih pa obstajajo tudi strokovni razlogi, kot so na primer: razvoj stroke zdravstvene nege, kakovost, timsko in interdisciplinarno sodelovanje, dobri medosebni odnosi, boljša obravnava pacientov.

Delovanje glavnih medicinskih sester v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih je odvisno od njihove motiviranosti. S svojim delovanjem želijo najprej zadovoljiti svoje potrebe. Motiv lahko enačimo z določenim dejanjem oziroma ravnanjem. Pod motivacijo razumemo torej vse tisto, kar človeka vspodbudi k neki aktivnosti. Smer aktivnosti je opredeljena s cilji in potrebami, intenzivnost motivacije pa se v glavnem manifestira kot sposobnost premagovanja ovir in kot vztrajanje pri odločitvi za izvedbo določene aktivnosti.

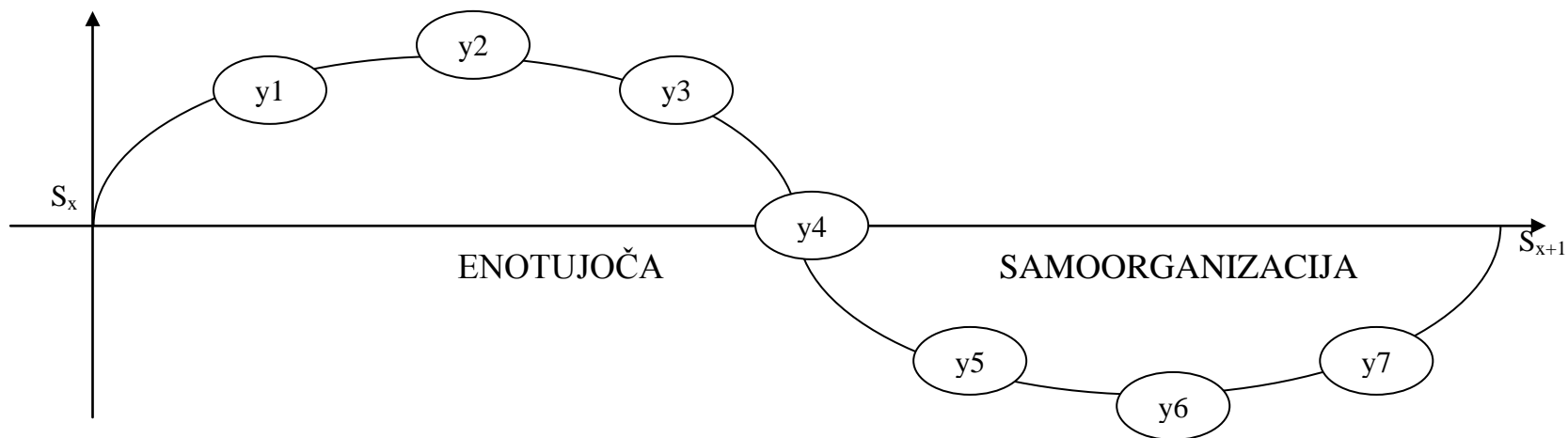
Rezultati raziskave so jasno pokazali kateri motivatorji so za glavne medicinske sestre zavodov najpomembnejši.

Y6: Čim globlje razmišljanje o sami sebi glavnim medicinskim sestram omogoča večjo ustvarjalnost v smislu graditve in oblikovanja njihove osebnosti. Tu je še zlasti pomembna osebna kot tudi profesionalna samopodoba in predvsem osebne vrednote, na katerih se oblikujejo tudi profesionalne. Stroka zdravstvene nege temelji tudi na etičnih načelih, ki jih določa etični kodeks. Razkoraka med osebnimi in profesionalnimi vrednotami, pri tako občutljivem poklicu, naj nebi bilo, pa čeprav je to včasih težko doseči.

Y7: V tem koraku morajo glavne medicinske sestre na osnovi lastne refleksije spoznati nove vrednote, nove motive, nove cilje, ki jih želijo doseči na višjem nivoju, kot so bile njihove vrednote, motivi in cilji v začetni fazi. Menedžment je mentalna (miselna) dejavnost ljudi v organizacijskem sistemu, zato mora menedžer imeti vizijo in sposobnost razmišljanja. Ljudje v vsakem zavodu predstavljajo največji kapital, ki ga je potrebno krepiti. Zato je še kako pomembno vodenje oziroma menedžeriranje ljudi kot socialnega sistema. Za kakovost v zavodu so zadolženi vsi, od vodstvenih kadrov, do slehernega zaposlenega.

Povečati je potrebno pomen posameznika ob istočasnem zmanjšanju pomena organizacije kot strukture. Prihodnost pripada posamezniku, saj le prilagodljiv posameznik lahko odkriva in ustvarja nove priložnosti. Vloga glavnih medicinskih sester se bo okrepila, če bodo le-te sposobne uresničevati cilje organizacije, presojati njihovo družbeno koristnost in pri tem vrednotiti lastno uspešnost. Clark (2003, v Bukovec, 2006) navaja, da morajo organizacije oblikovati tako mrežo kompetentnih sodelavcev, ki bodo zagotavljali sproščanje vzajemnega delovanja srca, možganov vsakega in vseh. Medicinsko sestro velikokrat ponazorimo z možgani (znanje), s srcem (empatičnost) in rokami (spretnost).

Slika 12: Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih



Sx	y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	Sx+1
obstoječe stanje menedžmenta zdravstvene nege	zdravstvena nega kot profesija individualna odgovornost glavnih medicinskih sester razumevanje človeka potrebe in zahteve pacientov togost in hierarhičnost zdravstvenega sistema tradicionalna avtoriteta norm in vrednot	v zavodih različna: pozicija glavnih medicinskih sester organizacija zdravstvene nege statutarna opredeljenost zdravstvene nege izobrazba kompetence vloga v sistemu kakovosti zavoda	potreba po funkcionalnem usposabljanju za vodenje in menedžment	potreba po spremembi: glavne medicinske sestre same njenega razmišljanja hotenja samozavesti samopodobe	premišljevanje o sami sebi smisel akcije: individualni razlogi strokovni razlogi motivacija sposobnost premagovanja ovir	graditev in oblikovanje osebnosti profesionalna samopodoba osebne in profesionalne vrednote etična načela	nove vrednote, motivi, cilji sposobnost vizije in razmišljanja vodenje in menedžeriranje ljudi kot socialnega sistema sposobnost uresničevanja ciljev organizacije prepoznavanje družbene koristnosti ciljev vrednotenje lastne uspešnosti	strukturne spremenljivke: funkcionalno usposabljanje za menedžment in vodenje, finančna sredstva za delovanje zdravstvene nege, statutarna opredelitev službe zdravstvene nege procesne spremenljivke: izbor kadra, načrtovanje strokovnega izpopolnjevanja za zaposlene, sodelovanje v menedžmentski funkciji načrtovanja na ravni zavoda rezultatne spremenljivke: jasna strategija kakovosti zavoda, ustrezna motivacija zaposlenih za kakovost, individualna odgovornost za izboljšanje kakovosti

S tem sinusoidalnim modelom človeško akcijske refleksivnosti (slika 12) se zagotavlja kakovost sistema menedžmenta zdravstvene nege v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih, saj vsaka glavna medicinska sestra kot posameznica nastopa v vlogi izvaajalca in opazovalca ter uresničuje lastno identiteto s sproščanjem svoje ustvarjalne miselne zmogljivosti, kot odziva na impulze iz okolja, ter nadgrajuje sebi lasten proces spoznavanja. Ko govorimo o uspešnosti organizacijskega sistema, govorimo o njegovi kakovosti in da te ni možno doseči brez stalnega organizacijskega spreminjanja in s tem osrediščenja na ustvarjalne zmogljivosti glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov.

2 SKLEPNO RAZMIŠLJANJE S PREDLOGI

Danes, ko so spremembe stalnica našega življenja, le-te zahtevajo spremembe še tako hierarhičnega in rigidnega sistema kot je zdravstveni, ki se s svojo kompleksnostjo težko prilagaja spremenjenim potrebam pacientov, trga in okolja. S socialno varstvenimi zavodi je nekoliko drugače, saj so se ti, zaradi drugačne filozofije obravnave stanovalcev in drugačnega načina financiranja, morali prilagoditi zakonitostim trga in zahtevam stanovalcev, svojcev in okolja.

Zdravstvena nega je dejavnost, ki je prisotna v socialno varstvenih zavodih, bolnišnicah in zdravstvenih domovih in v kateri je zaposlenega največ kadra. Dejavnost šele v zadnjem času pridobiva na pomenu in moči, saj se je število diplomiranih medicinskih sester povečevalo, kar pomeni vdor novih znanj in načel sodobne zdravstvene nege v zavode. Iz visokih zdravstvenih šol prihajajo vedno bolj prodorni mladi ljudje, z novo samopodobo poklica, ki vedo kaj želijo, kaj so njihove kompetence in odgovornosti. Zaradi tega se "maje" sistem v smislu uveljavljanja zdravstvene nege kot dejavnosti in vsakega posameznega izvajalca. Organizacije se morajo zavedati, da k uspešnosti in učinkovitosti ter kakovosti doprinesejo vsi zaposleni in ne le dominantne stroke.

Dejavnost zdravstvene nege je v zdravstvenih kot v socialno varstvenih zavodih iz systemskega vidika element ali podsistem celotnega organizacijskega sistema. Zato sprememba kateregakoli elementa ali podsistema vpliva na druge. Zdravstvena nega se mora, ne glede na vrsto zavoda, spreminjati. Cilj vsake spremembe so individualni in organizacijski rezultati, kar pomeni tudi zadovoljstvo pacientov in stanovalcev. V zdravstvenih zavodih se dejavnost zdravstvene nege najpogosteje povezuje z medicinsko dejavnostjo in v socialno varstvenih zavodih s socialno dejavnostjo, kjer socialni delavci skrbijo prvobitno za zagotavljanje kakovosti življenja stanovalcev. Vsekakor pa ne smemo in ne moremo spregledati dejstva, da na kakovost obravnave in življenja pacientov ter stanovalcev vplivajo zadovoljni zaposleni, kar pa je v veliki meri odvisno od vodenja in menedžeriranja.

Ker je zdravstvena nega kot dejavnost del celotnega organizacijskega sistema, mora biti dobro organizirana, menedžment, ki dejavnost vodi, pa dobro izobražen in usposobljen, da upravlja učinkovito s kadrovskimi in drugimi viri.

V doktorski disertaciji smo raziskovanje usmerili na menedžment glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov, na kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester ter na potrebe po organizacijskih spremembah.

V raziskavo so bile vključene glavne medicinske sestre slovenskih bolnišnic, zdravstvenih domov in socialno varstvenih zavodov, skupaj 99 glavnih medicinskih sester. V vseh zavodih se izvaja zdravstvena nega kot ena izmed pomembnih dejavnosti, ki pa je na različne načine organizirana, služba kot organizacijska oblika, pa ima različne pravno formalne osnove.

Sistem menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov smo proučevali s vprašalnikom. Glavnim medicinskim sestram so bile podane trditve, same pa so izrazile stopnjo strinjanja na pet stopenjski Likertovi lestvici. Pri tem smo želeli tudi ugotoviti, katere menedžmentske funkcije glavne medicinske sestre sploh izvajajo, pridobili pa smo tudi nekaj splošnih podatkov o udeležencih raziskave.

Ugotovili smo, da so glavne medicinske sestre v povprečju stare med 44,45 let in 51,23 let. Torej gre za izkušene medicinske sestre, ki imajo od 23,62 let do 29,80 let skupne delovne dobe. Podatek o delovni dobi v zavodu, ki je med 11,34 let in 25,42 let kaže na to, da je za medicinske sestre značilna stalnost v zavodu. Delovna doba na funkciji glavne medicinske sestre znaša od 7,63 let do 9,71 let in pove, da so glavne medicinske sestre na tej funkciji že drugi oziroma tretji štiri letni mandat.

Izobrazbena struktura glavnih medicinskih sester je sorazmerno slaba, saj jih ima večina visoko strokovno izobrazbo zdravstvene nege. Za prevzem funkcije pa se tudi niso ustrezno usposabljevale s funkcionalnim izobraževanjem iz menedžmenta in vodenja, kar seveda odseva v njihovih kompetencah za vodenje službe zdravstvene nege. Omejene so tako na kadrovskem področju, kot tudi pri upravljanju s finančnimi sredstvi. Tiste, ki pa so jim finančna sredstva zaupana, pa jih upravljajo le za strokovno izpopolnjevanje zaposlenih, nekatere tudi za

nabavo negovalnih pripomočkov. Na kadrovskem področju le redke samostojno odločajo o osebah, ki jih bodo zaposlile.

Nazivi delovnega mesta so različni, tako kot navaja strokovna literatura, je to prisotno tudi v drugih državah. Ne glede na to, pa bi morale medicinske sestre, ki so vključene v operativno delo s pacienti, zasedati delovno mesto glavne medicinske sestre in ne obratno. Zaradi izvajanja operativnega dela s pacienti se funkciji glavne medicinske sestre ne posvečajo tako, kot bi bilo to tudi potrebno.

Podatki so pokazali, da so glavne medicinske sestre vključene v izvajanje menedžmentskih funkcij na nivoju zavoda, opravljajo pa tudi menedžmentske funkcije za potrebe zdravstvene nege. Rezultati so nas presenetili, saj nismo pričakovali tako pozitivnega rezultata. Iz nekaterih drugih podatkov pa lahko sklepamo, da vsem glavnim medicinskim sestram niso povsem jasne naloge znotraj posamezne menedžmentske funkcije, ki bi jih naj izvajale. Zato tudi ne navajajo potreb po dodatnih znanjih, ki bi jih morale imeti za opravljanje svoje funkcije, temveč so njihove potrebe zelo omejeno izražene v primerjavi s potrebnimi dodatnimi znanji iz strokovne literature. Večina se jih tudi ni ustrezno funkcionalno usposabljala ob zasedbi delovnega mesta glavne medicinske sestre, zato je stanje še bolj zaskrbljujoče, še zlasti zato, ker se glavne medicinske sestre zavedajo, da je dejavnost pomembna za doseganje ciljev celotne organizacije in za uspešno ter učinkovito poslovanje zavoda.

Dejavnost zdravstvene nege je v različnih zavodih različno organizirana. Na nivoju države ni enotnih usmeritev glede statutarne opredelitve službe zdravstvene nege v zavodu in njenih nalog. Glavne medicinske sestre so vsaka na svoj način uspele glede pravno formalne ureditve dejavnosti. Zato ne moremo govoriti o enotnem modelu sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester. Organizaciji samostojnih služb zdravstvene nege bi morali nameniti večjo pozornost po vzoru iz drugih držav. Glavne medicinske sestre bi morale biti tiste, ki bi prevzele odgovornost za uspešno in učinkovito delovanje službe, s čimer bi doprinesle k uspešnemu doseganju ciljev celotne organizacije.

Pri svojem delu glavne medicinske sestre nimajo izrazitega stila vodenja, temveč ga prilagajajo z ozirom na situacijo. Ugotovitev je skladna z ugotovitvami drugih raziskav. Prav

tako so skladni z drugimi raziskavami tudi motivacijski faktorji, ki motivirajo glavne medicinske sestre za delo na njihovi funkciji. Predvsem jih motivira, da lahko pri svojem delu uporabljajo svoje znanje in da je delo zanimivo in raznovrstno. Plača ni najpomembnejši motivacijski faktor in na najnižje mesto so razvrstile čas za osebno življenje, ki ga zaradi zahtevnosti delovnega mesta imajo le malo.

Zanimive so ugotovitve v zvezi z organizacijsko kulturo. Še vedno se vse glavne medicinske sestre ne zavedajo, da so pacienti najpomembnejši subjekti v vsakem zavodu, ki jim je potrebno nameniti največjo pozornost. Da bi bile zadovoljene njihove potrebe in želje, je potrebno prilagoditi tudi organizacijo dejavnosti zdravstvene nege, pri čemer bi morali biti bolj fleksibilni. Same ocenjujejo, da so pacienti zadovoljni z zdravstveno nego, čeprav nasprotnega mnenja nismo pridobili in vprašanje je, ali bi ocena pacientov bila enaka.

Tudi odnose med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami ter zdravniki ocenjujejo glavne medicinske sestre za sorazmerno dobre. Postavlja pa se vprašanje, kakšna bi bila ocena tistih, ki imajo dejansko največ medosebnih stikov na operativni ravni pri neposrednem delu s pacienti. Nekateri raziskave izpred nekaj let so namreč ugotovljale, da so odnosi slabi, najnovejši podatki pa kažejo na to, da so se odnosi med medicinskimi sestrami in zdravniki nekoliko izboljšali, poslabšali pa so se odnosi med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami.

Navedli smo le nekaj najpomembnejših rezultatov in ugotovitev v proučevanju stanja sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester in o potrebah po organizacijskih spremembah v zdravstveni negi. Zato predlagamo:

- obvezno funkcionalno izobraževanje iz menedžmenta in vodenja pred zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre zavoda, ne glede na velikost zavoda. Funkcionalno izobraževanje naj bo pogoj za zasedbo delovnega mesta, kar mora biti razvidno tudi v razpisnih pogojih. Kader je potrebno za prevzem vodstvenih funkcij strokovno razvijati, predvsem pa ga je potrebno najprej prepoznati, še zlasti posameznikove organizacijske sposobnosti in sposobnosti vodenja.
- Znanje menedžmenta in vodenja je potrebno nenehno izpopolnjevati, zato predlagamo redno kontinuirano izpopolnjevanje v določenih časovnih presledkih.

- Izobraževalne institucije (visoke zdravstvene šole) naj pripravijo specialistične in/ali magistrske programe izobraževanja s vsebinami menedžmenta, vodenja in organizacije dela za medicinske sestre. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki že vrsto let skrbi za kontinuirano strokovno izpopolnjevanje svojih članov na specialnih področjih, pa naj pripravi programe funkcionalnega in kontinuiranega izobraževanja, da bodo glavne medicinske sestre sprotno seznanjene z novostmi na organizacijskem in menedžmentskem področju in da si bodo za opravljanje funkcije pridobile ustrezne spretnosti.
- Za uspešnejše in učinkovitejše menedžeriranje in vodenje službe zdravstvene nege je potrebno jasno definirati naloge znotraj posamezne menedžmentske funkcije, ki jih naj glavne medicinske sestre izvajajo. Naloge seveda dependirajo od vrste in velikosti zavoda.
- Glavne medicinske sestre se morajo osrediniti na paciente ter njihovim potrebam in zahtevam prilagoditi tudi organizacijo zdravstvene nege, še zlasti v socialno varstvenih zavodih.
- Potrebno je skrbeti za dobre medosebne odnose med medicinskimi sestrami, zdravstvenimi tehniki, bolničarji in zdravniki. Prizadevati si je potrebno, da bodo načela timskega dela zaživelata tudi v praksi. Eden izmed možnih načinov je, da bi študentje medicine, socialnega dela in zdravstvene nege v rednem dodiplomskem študijskem programu imeli nekaj skupnih predmetov, kot na primer: etika, komunikacija, timsko delo. S tem bi se vzpostavil partnerski odnos med različnimi poklici.

Glavne medicinske sestre so se tudi opredelile, da so potrebne spremembe v zavodih in organizacijske spremembe v dejavnosti zdravstvene nege. Najnižje strinjanje so izrazile glavne medicinske sestre socialno varstvenih zavodov. Zanimalo nas je, kako spremeniti sistem menedžmenta glavnih medicinskih sester, da bi dosegli individualne in organizacijske rezultate oziroma cilje. Pri tem smo uporabili Burke – Litwinov model organizacijskega spreminjanja, ki sestoji iz dvanajstih elementov. Model deluje kot odprti sistem, pri katerem vplivajo spremembe enega elementa na spremembe drugih elementov. Ugotovili smo, da so potrebne organizacijske spremembe v elementu »zunanje okolje« v zdravstvenih domovih in socialno varstvenih zavodih ter v elementu »sistem (politike in postopki)« v zdravstvenih domovih. Posledice sprememb dveh elementov v modelu so seveda večje, saj gre za

posamezne povezave in vplive med elementi. Ugotovljeno je bilo, da je v zdravstvenih domovih potrebno spremeniti devet od dvanajstih elementov. Zato predlagamo:

- da glavne medicinske sestre v zdravstvenih domovih bolj aktivno sodelujejo v politiki prehajanja zdravstvenega varstva na primarni ravni v zasebno dejavnost zaradi zaščite stroke in posameznih izvajalcev zdravstvene nege. V tem primeru ne bo možna skromnejša zasedba timov v zasebni dejavnosti, tako po številu kot tudi po izobrazbeni strukturi. Glavne medicinske sestre se lahko povezujejo preko Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki zastopa interese stroke in posameznikov.
- V socialno varstvenih zavodih si naj glavne medicinske sestre prizadevajo za ustrežnejšo strukturo zaposlenih, saj je večina stanovalcev odvisna od tuje pomoči pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih aktivnostih. S tem bi zagotovile enako kakovost obravnave pacientov, ne glede na to, ali je pacient obravnavan v bolnišnici, ali v socialno varstvenem zavodu.

V doktorski disertaciji smo s pomočjo glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov opredelili strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke, ki definirajo kakovost sistema menedžmenta glavnih medicinskih sester. Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege pa smo oblikovali s pomočjo sinusoidalnega modela človeško akcijske reflektivnosti. Pri tem smo ugotovili, da kakovost sistema ni odvisna le od okolja in zunanjih vplivov, temveč v veliki meri tudi od glavnih medicinskih sester samih, ki vodijo sistem. Same morajo spoznati, da je najprej potrebno uspešno in učinkovito vodenje samega sebe, šele nato sodelavcev in dejavnosti zdravstvene nege. Vsaka glavna medicinska sestra mora razvijati svoje lastne osebne lastnosti, uresničevati svojo lastno identiteto in si krepiti samozavest. Zavedati se mora smiselnosti organizacijskih sprememb in potrebnih akcij iz vidika stroke, osebnih hotenj in motivacijskih faktorjev. Postaviti si mora nove vrednote, motive in cilje ter vizijo delovanja dejavnosti zdravstvene nege. Sposobna mora biti vodenja ljudi kot socialnega sistema ter uresničevanja ciljev organizacije. Šele na osnovi navedenega bo sposobna doseči spremembe in novo željeno stanje.

Na prehodu zdravstvene nege v profesijo, v času, ko pacient v obravnavi dobiva partnerske pravice, je potrebno oblikovati čimbolj kakovosten model sistema menedžmenta zdravstvene nege ob upoštevanju okolja in njegovih vplivov, ob priznavanju potrebnih individualnih

sprememb glavnih medicinskih sester in razviti menedžerje z ustreznim znanjem, sposobnostmi in osebnostjo.

Za teorijo model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege predstavlja konceptualno rešitev, podkrepljeno z analizo strokovne literature in z empirično kvantitativno raziskavo. Model je možno v prihodnje nadgrajevati in raziskovati, še zlasti posamezne korake pri organizacijskih spremembah, oziroma pri prehajanju iz obstoječega stanja v željeno stanje.

Predlog modela v praksi lahko omogoča kakovostnejše, učinkovitejše in uspešnejše delovanje in menedžeriranje zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov. Dejavnost zdravstvene nege je namreč največja po številu izvajalcev in po finančnih sredstvih, ki se tej dejavnosti namenjujejo. Zato je pomembno, da zdravstvena nega kot sistem dobro deluje, kar posledično vpliva na delovanje celotnega zavoda.

Pomembna je tudi ugotovitev, da morajo glavne medicinske sester poznati katere strukturne, procesne in rezultatne spremenljivke definirajo kakovost sistema in si prizadevati, da jih uveljavijo. Zavedati se morajo, da so potrebe po spremembah stalno prisotne in da se morajo odzivati na potrebe po spremembah ter jih izvajati. Organizacijske spremembe v dejavnosti zdravstvene nege ne bodo izvajali drugi, vsaj ne v smislu izboljšanja, temveč jih morajo glavne medicinske sestre izvajati same. Pri tem se morajo zavedati, da potrebujejo ustrezna znanja, da morajo najprej znati voditi sebe, šele nato druge.

Vrednost modela pa vidimo tudi za paciente oziroma za stanovalce, ki se pojavljajo v sistemu zdravstvene nege. Z večjo kakovostjo sistema menedžmenta zdravstvene nege bo zagotovljena večja kakovost obravnave pacientov, saj osredotočenje na njih pomeni razumevanje in izpolnjevanje njihovih pričakovanj. Edini pravi razlog za obstoj zdravstvenih in socialno varstvenih zavodov je, da izvajajo take storitve, ki zadovoljujejo potrebe in pričakovanja pacientov.

IV. Literatura

Ambrož M. Alternative humane paradigme post-industrijske organizacije. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za organizacijske vede, 2002.

Ambrož M., Ovsenik M. Humana paradigma vodenja sprememb v post-industrijski organizaciji. *Socialno delo* 2002; 41: 127-139.

Andrejčič et al. Globalni in kadrovski management. Kranj: Moderna organizacija, 1996.

Arnautovič S., Škrabl N. Teoretična izhodišča kakovosti v storitveni dejavnosti in primerjava s kakovostjo v bolnišnicah. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna, Ljubljana, 10. –11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 281-287.

Baggett M., Baggett F. Move from management to high – level leadership. *Nursing Management* 2005; 12: 12.

Baillie L. Preparing adult branch students for their management role as staff nurses: an action research project. *Journal of Nursing Management* 1999; 7: 225-234.

Bashor SA. Transformational Leadership and Personal Values for Managers in the New Millennium. *Home healthcare nurse manager* 2000; 4: 21-23.

Bohinc M., Cibic D. Funkcionalno izobraževanje za management v zdravstveni negi. *Organizacija* 1995/a; 28: 127-128.

Bohinc M., Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didakta, 1995/b.

Bohinc M. Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 247-252.

Bohinc M., Gradišar M., Cibic D. Management izidov zdravstvene nege. V: Vukovič G (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo: Management in Evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 1405-1410.

Bohinc M., Gradišar M. Nove vloge medicinskih sester managerjev. V: Zbornik 20. znanstvenega posvetovanja o razvoju organizacijskih ved z mednarodno udeležbo. Management in globalizacija, Portorož, 29.-30. marec 2001. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2001: 622-629.

Bohinc M., Gradišar M. Model odločanja v zdravstveni negi. *Organizacija* 2003; 36: 422-424.

Brus. A. Organizacijsko – ekonomski in informacijski procesi v zdravstveni dejavnosti. Moderna organizacija, 1994.

Brus A., Zupančič P. Vzpostavljanje pogojev za izvajanje zdravstvene nege varovancev – bolnikov na zadovoljivi kakovostni ravni. *Bilten* 1997; 13: 119-125.

Bukovec B. Izboljšanje kakovosti izobraževanja. *Organizacija*, 2003; 36: 376-383.

Bukovec B. Pomen voditeljstva v procesu obvladovanja sprememb. *Organizacija* 2005; 38: 39-45.

Bukovec B. Management človeških virov in obvladovanje organizacijskih sprememb. *Organizacija* 2006; 39: 117-123.

Burke W. W. Organization Change: Theory and Practice. Foundations for organizational science. California: Thousand Oaks, 2002.

- Cibic D., Filej B., Grbec V. et al. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
- Cibic D. Izzivi in možnosti za sodobno zdravstveno nego. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 1-2.
- Cijan R. Osnove zdravstvene zakonodaje. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1999.
- Cijan V., Cijan R. Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2003.
- Cushway B. Human Resource Management. London: Kogan Page Limited, 1994.
- Cvetek S. Profesionalnost in profesionalizacija v zdravstveni negi v spreminjajočem se kontekstu zdravstvenega varstva. *Obzor Zdr N* 1999; 33:19-23.
- Čačinovič – Vogrinčič G. Psihologija družine. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1998.
- Čačinovič – Vogrinčič G. Jezik socialnega dela. *Socialno delo* 2003; 42: 199-203.
- Čeferin Kveder M. Ustvarjalnost in stili vodenja glavnih medicinskih sester v Kliničnem centru Ljubljana. *Neprofitni management* 2005; 5-6: 3-11.
- Česen M. Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998.
- Česen M. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, 2003.
- Direktiva sveta, ki se nanaša na usklajevanje zakonskih določb, predpisov ali upravnih ukrepov glede na dejavnost medicinskih sester, odgovornih za splošno nego (77/453/EGS), 27.6.1977.
- Direktiva 2005/36/ES evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Evropska unija. Evropski parlament. Strasbourg, 7. september, 2005.
- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press, 1973.
- Donabedian A. The criteria and standards of quality. Health Administration Press, 1981.
- Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring. Health Administration Press, 1985.
- Dornik E., Žumer M. Raziskovalno delo medicinskih sester: vsebinska analiza objav v Obzorniku zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 13-20.
- Drucker P.F. Management: Tasks, Responsibilities, Practices. New York: Harper Business, 1985.
- Drucker P.F. Managing in a time of Great Change. Oxford: Butterworth Heinemann, 1995.
- Drucker P.F. Managerski izzivi v 21. stoletju. Ljubljana: GV Založba, 2001.
- Evers G. Razvoj znanosti zdravstvene nege v Evropi. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 199-204.
- Faugier J. Managing to care? The nurse director s dilemma. *Nursing Management* 2004; 11: 18-22.
- Filej B. Izobraževanje medicinskih sester za management - razkorak med teorijo in prakso. *Zdrav Obzor* 1994; 28:42-43.
- Filej B. Raziskovanje v zdravstveni negi kot osnova za razvoj stroke. *Obzor Zdr N* 1996/a; 30: 77-78.

- Filej B. Management v zdravstveni negi kot faktor kakovosti. Magistrska naloga. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru, 1996/b.
- Filej B., Kadivec S., Zupančič P. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2000.
- Filej B. Slovenska zdravstvena nega – quo vadis. Obzor Zdr N 2001/a; 35: 65-68.
- Filej B. Izzivi zdravstveni negi danes za jutri. Obzor Zdr N 2001/b; 33: 235-238.
- Filej B. Profesionalna načela v zdravstveni negi: Obzor Zdr N 2001/c; 35: 71-74.
- Filej B. Odnos med samostojnimi poklici v zdravstvu. V: Posvet “Etika v belem”. Portorož: Agencija za management, 2002.
- Filej B. Sodobni trendi v zdravstveni negi. V: Trampuž R. (ur.). Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso. Nova Gorica, 3. april 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2004/a: 5-11.
- Filej B. Položaj medicinskih sester v slovenskem zdravstvu. Tradicionalni seminar na temo: Pravni položaj medicinskih sester v EU, Portorož: Legalia in Iustica, 2004/b.
- Filej B. Quantity and quality in nursing care. V: Mičetić – Turk d (ur.), Kokol P (ur.). Raziskovanje v zdravstveni negi s poudarkom na gerontološki zdravstveni negi. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2004/c: 46-50.
- Flaker V. Odpiranje norosti: vzpon in padeč totalnih ustanov. Ljubljana: Založba/cf. 1998.
- Flaker V. Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. Socialno delo 2003; 42: 237-257.
- Flaker V. Socialno delo – dejavna veda (2006, članek v pripravi za tisk).
- Florjančič J., Vukovič G. Kadrovska funkcija – management. Kranj: Moderna organizacija, 1999.
- Florjančič J., Novak V. Vloga motivacijskih dejavnikov v kontekstu zagotavljanja boljše kakovosti v podjetju. V: Florjančič J. (ur.), Paape B. (ur.) Organizacija in management. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002.
- Florjančič J., Novak V. Z motivacijo kadrov do boljše kakovosti v podjetju. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo - Management in evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 3-10.
- Glossary of labor market terms and standard and curriculum development terms, 1997.
- Gorenak V. Management v javnem sektorju in v policiji. Organizacija 2002; 35: 579 – 588.
- Grah M. Zbogom, bogovi v belem. Ljubljana: Delo: Sobotna priloga, 2. novembra 2002.
- Hajdinjak G., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006.
- Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997.
- Hočevar F. Management zdravstvenih storitev in zavodov danes in v prihodnje. Bilten 2007; 23: 1.
- Hoyer S. Pomen permanentnega izobraževanja za zdravstveno nego. V: Trampuž R. (ur.). Kakovost zdravstvene nege – kako jo prenesti v prakso. Nova Gorica, 3. april 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2004: 21-29.
- ICN Framework of Competences for Generalist Nurse. Geneva: International Council of Nurses, 2003.

- Ivanko Š. Težnje v razvoju, poslovanju in organiziranosti sodobnega podjetja. *Organizacija* 2003; 36: 425-429.
- Jan I. Motivacija zaposlenih v upravnih enotah. *Organizacija*, 2002; 35: 114 – 123.
- Kamenšek P. Sodobni pristopi k organiziranosti zdravstvene nege: procesna organizacija. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 61-66.
- Kavčič B. *Sodobna teorija organizacije*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1991.
- Kern B, Ovsenik M., Ovsenik J. *Osnove organizacije za socialno delo*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo. Študijsko gradivo, 2001.
- Kersnič P. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzor Zdr N* 1997; 31: 3-23.
- Kersnič P. Vloga Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. V: Kersnič P (ur.), Filej B (ur.). *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Metode, meritve, management in načini za doseganje ciljev*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2002: 20-23.
- King I.M. *A Theory for Nursing - systems, concepts, process*. A Wiley Medical Publication, 1981.
- Klančnik Gruden M. Sociološki vidiki položaja in vloge medicinskih sester v Sloveniji. *Socialno delo* 2003; 42: 1-17.
- Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obzor Zdr N* 2003; 37:99-106.
- Koban B. Projekt zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. V: Lahe M. (ur.), Kaučič BM. (ur.). *Zbornik - Sodobni pristopi v zdravstveni negi*. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor, 2004: 2-8.
- Komadina D. *Statistika v zdravstvu za visoko zdravstveno šolo*. Ljubljana: DZS, 2003.
- Končina M. Zasebno in javno v zdravstvu - večje potrebe, enake možnosti. *Denar in svet nepremičnin* 2006; 8: 21-22.
- Kralj J. *Temelji managementa in naloge managerjev*. Koper: Visoka šola za management, 2001.
- Kralj J. *Temelji managementa, odločanje in ostale naloge managerjev*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, 2003.
- Kvas A. Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. *Obzor Zdr N* 2003; 37:23-27.
- Kvas A., Seljak J. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004.
- Lahiff M. *Leading change in nursing*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
- Leksikon Cankarjeve založbe*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1973.
- Letica S., Letica G. Medicinska sestra kot profesionalka: družbeni položaj in etični problemi. *Zdrav Obzor* 1991; 25:23-30.
- Lipič Baligač M. Izkušnje na področju vodenja za zagotavljanje kakovosti in učinkovitosti v praksi zdravstvene nege. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur.). *Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna*, Ljubljana, 10. –11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 567-572.

- Lobnikar B., Pagon M. Dejavniki uspešnosti v poslovnem svetu malih in srednje velikih podjetjih v Sloveniji. V: Vukovič G (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo: Management in Evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 467-475.
- Lorentzon M., Bryant J. Leadership in British nursing: a historical dimension. *Journal of Nursing Management*, 1997; 5: 271-278.
- Mahoney J. Leadership skills for the 21st century. *Journal of Nursing Management* 2001; 9: 269-271.
- Mally M. Organizacija zdravstvenega varstva. Center za permanentno izobraževanje Cene Štupar, 1993.
- Markič M. Sodobni vidiki managementa za obvladovanje organizacijskih sistemov. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo - Management in evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 78-84.
- Marolt J., Leskovar R. Kakovost kot osrednji element sodobne organiziranosti. V: Kovač J. (ur.). Sodobne oblike in pristopi pri organiziranju. Kranj: Založba Moderna organizacija, 1999: 87-118.
- Marquis B. L, Huston C. J. Leadership roles and management functions in nursing. Philadelphia: Lippincott, 1996.
- Marquis B. L, Huston C. J. Leadership Roles and Management Functions in Nursing. Theory and application. Philadelphia: Lippincott, 2003.
- Martin V. Learning to lead. *Nursing Management* 2006; 12: 34-37.
- Marušič D. Predlog vladnih reform, ki se nanašajo na področje zdravstva. *Neprofitni management* 2005; 3: 5-6.
- Mayer J. Lastnosti uspešnih vodij. *Organizacija* 2003; 36: 368-375.
- Mc Phail G. Management of change: an essential skill for nursing in the 1990s. *Journal of Nursing Management* 1997; 5: 199-205.
- Mednarodni svet medicinskih sester. Management in zdravstvena nega, Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1991.
- Mednarodni svet medicinskih sester. Z raziskovanjem v zdravstveni negi do boljšega zdravja. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 49-64.
- Mednarodni svet medicinskih sester. Definicija zdravstvene nege. Ljubljana: Utrip 2002: X: št. 9: 10.
- Mednarodni svet medicinskih sester. Usmeritve o globalnih kompetencah medicinskih sester. Ljubljana: Utrip 2004: XII: št. 7-8: 11-24.
- Milošević Arnold V., Postrak M. Uvod v socialno delo. Ljubljana: Študentska založba, 2003.
- Moss R., Rowles C.J., Staff Nurse Job Satisfaction and Management Style. *Nursing management* 1997; 28: 32-34.
- Može M. Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 2005; 39: 39-46.
- Možina S. et al. Management. Didakta, 1994.
- Možina S. et al. Management nova znanja za uspeh, Radovljica: Didakta, 2002.
- Musič D. Timsko delo v zdravstvu. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna, Ljubljana, 10. –11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 593-601.

Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005. Republika Slovenija. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2000.

Obrazložitev dejavnosti patronažne zdravstvene nege z analizo ustreznih podatkov. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, dopis Ministrstvu za zdravje, 15.12.2003.

Ovsenik J., Ovsenik M. Razmerijsko re-interpretiranje managementa za 2000+: algoritem (človeško - akcijske) reflektivnosti. V: Vukovič G (ur.). 19. posvetovanje organizatorjev dela z mednarodno udeležbo - Management v novem tisočletju. Portorož, 29.-31. marec 2000. Kranj: Moderna organizacija, 2000: 929-941.

Ovsenik J. Kaj je v organizacijskih vedah organizacija: struktura, proces in/ali princip (sila)?. V: Florjančič J. et al (ur). Zbornik 23. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved - Management, znanje in EU. Portorož, 24.-26. marec 2004. Kranj: Moderna organizacija, 2004: 600-610.

Ovsenik J. O konceptu samo-organizacije v organizacijskih vedah. V: Kaluža J. et al (ur.). Zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti - Sinergija metodologij. Portorož, 16.-18. marec 2005. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2005: 982-992.

Ovsenik J. Nova obzorja človeka in organizacijskih ved v kontekstu nove znanosti. V: Rajkovič V (ur) et al. Zbornik predavanj 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti – Management sprememb, Portorož, 15. – 17. marec 2006. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2006: 1547-1556.

Ovsenik M., Ambrož A. Ustvarjalno vodenje poslovnih procesov. Portorož: Turistica, Visoka šola za turizem, 2000.

Pahor M. Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, 1997.

Pahor M. Izzivi novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego: vzpostavitev znanstvene osnove dejavnosti. Obzor Zdr N 2000; 34: 173-175.

Peterka Novak J. Spremembe pri vodenju v zdravstveni negi v sodobnem času. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur). Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege – Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna, Ljubljana, 10. –11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007: 541-547.

Peternej A., Zupančič P., Ribič T., Berložnik M., Ambrožič I. Projekt potreb in organiziranosti negovalnih oddelkov in zavodov v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2000.

Podoba medicinske sestre. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Utrip 2003. XI: št. 3: 6-7.

Potočan V. Učinkovitost ali uspešnost organizacije: navidezni ali dejanski konflikt. Organizacija 2005; 38: 570-576.

Požun P. Analiza SWOT v managementu zdravstvene nege – primerjava EU in Slovenije. V: Kersnič P (ur.), Filej B (ur.) Zbornik predavanj in posterjev 3. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 12.-14. september 2001. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2001/a: 31-35.

Požun P. Slovenski management zdravstvene nege v izzivih sodobnega časa. Obzor Zdr N 2001/b; 35: 229-230.

Požun P. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru. Obzor Zdr N 2003; 37: 5-11.

Prenkert F, Ehnfors M. A measure of organizational effectiveness in nursing management in relation to transactional and transformational leadership: a study in a Swedish county hospital. Journal of Nursing Management 1997; 5: 279-287.

Program pripravništva za poklic zdravstveni tehnik. Uradni list RS št. 47/1995.

Prosen M., Bohinc M. Organizacija zdravstvene nege starejših ljudi v okolju socialno varstvenih zavodov. Organizacija 2002; 35: 643 – 651.

Pucelj M. Formalizacija odgovornosti v odvisnosti od stopnje osebne odgovornosti za uspešnejše doseganje ciljev organizacije. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo - Management in evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 97-106.

Razmejitev zdravstvene nege. Ljubljana: Razširjeni strokovni kolegij in Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Utrip, december 1997: 21-40.

Ritonja S. Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev. Organizacija in kadri 1994; št. 6: 585-596.

Ritonja S. Zdravstveni management kot faktor kakovosti dela v zdravstvu. V: Florjančič J (ur.). Globalni in kadrovski management. Kranj: Moderna organizacija, 1996/a: 357-366.

Ritonja S. Organizacija in razvoj sistema zdravstvenega managementa. Doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 1996/b.

Robida A. Vodstva zdravstvenih zavodov in kakovost v zdravstvu. Organizacija – bilten 2004; 20: 78-84.

Robida A., Yazbeck A. M., Kociper B., Mate T., Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje, 2006.

Rozman R. Pojmovanje in razvoj managementa. V: Možina S (ur.). Management nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta, 2002.

Salvage J. Nove usmeritve v razvoju zdravstvene nege. Maribor: Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego, 1995.

Schroeder P. Approaches to Nursing Standards. USA: Aspen Publishers, 1991.

Sekavčnik T. Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1997.

Sever D. Vpliv certificiranega sistema kakovosti in sistema ravnanja z okoljem na konkurenčno prednost v storitvenem podjetju. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo - Management in evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 145-151.

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS št. 82/2004; 110/2004; 40/2006.

Skela Savič B. Razvoj in usposabljanje vodstvenih kadrov v zdravstveni negi. Organizacija 2000; 33: 651-659.

Skela Savič B. Kako razvijati vodstvene kadre v zdravstveni negi? V: Kersnič P (ur.), Filej B (ur.) Zbornik predavanj in posterjev 3. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 12.-14. september 2001. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2001: 135-141.

Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu. Magistrska naloga. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2002.

Skela Savič B. Zdravstvena nega in uspešno vodenje v slovenskih bolnišnicah. V: Kersnič P (ur.), Filej B (ur.) Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege, Portorož, 1.-3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2003: 215-228.

Skela Savič B. Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje? Organizacija 2004; 37: 5-15.

- Skela Savič B. Zakaj se spremembe v zdravstvu odvijajo (pre)počasi. *Neprofitni management* 2005; 3: 31-35.
- Skela Savič B., Kersnič P. Organiziranost službe za zdravstveno nego kot vplivni dejavnik razvoja stroke. V: Filej B (ur.), Kvas A (ur.), Kersnič P (ur). Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege – Skrb za človeka, Ljubljana, 12. –14. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 81-88.
- Skela Savič B., Pagon M., Lobnikar M. Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah. V: Rajkovič V (ur) et al. Zbornik predavanj 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti – Management sprememb, Portorož, 15. – 17. marec 2006. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 2006: 1145-1153.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. Knjižna polica 4. DZS d.d. Založništvo literature, 1996.
- Stališča Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije do zdravstvene reforme. *Utrip*, november 2003: 16-20.
- Sullivan M. P. *Nursing leadership and management*, Pennsylvania: Springhouse, 1995.
- Swansburg R. *Management and leadership for nurse managers*. Boston: Jones and Bartlett, 1990.
- Swearingen S. Nursing leadership. Serving those who serve others. *The Health Care Management* 2004; 23: 100-109.
- Šorli J. Kakovost v zdravstvu: predlog politike kakovosti v zdravstvu. *Novis* 1996; 18-24.
- Tavčar M. Vloge managerjev pri obvladovanju organizacij. V: Vukovič G. (ur.). Zbornik konference z mednarodno udeležbo - Management in evropska unija, Portorož, 27.-29. marec 2002. Kranj: Založba Moderna organizacija, 2002: 85-89.
- Tomey A. M. *Guide to nursing management*. Mosby, 1992.
- Tomey A. M. *Guide to nursing management and leadership*. Mosby, 2000.
- Toth M. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Knjižnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003.
- Trebar A., Accetto R. Uporaba sistemov vodenja kakovosti v zdravstvu v skladu z zahtevami mednarodnega standarda ISO 9001:2000. *ISIS* 2006; XV: 24-26.
- Ule M. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzor Zdr N* 2003/a; 37: 243-249.
- Ule M. Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej, 2003/b.
- Urbančič K. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 21-28.
- Vrčkovnik S., Divjak M. Management in vodja v fizioterapiji. *Organizacija* 2003; 36: 613-619.
- Vrhunec S. Poklicna (socialna) segregacija. *Socialno delo* 2002; 41: 221-232.
- Wildman S., Reeves M. The value of simulations in the management education of nurses: students perceptions. *Journal of Nursing Management* 1997; 5: 207-215.
- Zabukovec V., Boben D. *Učitelji in stili vodenja*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva, 2000.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS št. 9/1992; 2/2004; 36/2004; 23/2005.
- Zakon o socialnem varstvu. Uradni list RS št. 36/2004.
- Zaviršek D. *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1994.

Zdravstvena reforma – osnutek. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, 2003.

Zupanič M. Solidarnost da, enakost ne. Pogovor z ministrom za zdravje Dušanom Kebrom. Ljubljana: Delo: Sobotna priloga, 12. julij 2003: 4-6.

<http://www2.gov.si/mz/hsmp/hsmp.nsf>: Projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. 15.9.2004.

<http://www.sola.vzdr.uni-mb.si>: Podatki o programu. 10.10.2004.

<http://www.kadrovanje.com>: Zakaj potrebujemo sistematizacijo. 22.7.2004.

<http://www.delavska-participacija.com>: Zakon o delovnih razmerjih. 22.7.2004.

http://www.bf.uni-lj.si/iae/udovc/sis_teorija.doc: Sistemska teorija. 10.7.2004.

http://www.accel-team.com/business_process/systems_analysis_06.html: Open systems – general analysis of the organisations as a system. 20.7.2004.

<http://www.dialogos.si/slo/objave/clanki>: Organizacijska kultura. 10.6.2004.

<http://www.dialogos.si/slo/storitve/izobrazevanja>: Organizacijska kultura. 10.6.2004.

<http://www.icn.ch/psmanagement00.htm>: Management of Nursing and Health care services. 6.3.2004.

<http://najdi.si/search.jsp?q=transformacijskih+faktorji%2C+transakcijski+faktorji>: Tatjana Šter. Transformacijsko vodenje ter njegova vloga v malih podjetjih. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani. Ekonomska fakulteta, 2002. 17.7.2003.

<http://www.zzs-mcs.si/psns>: Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem. 7.4.2005.

http://www.monursing.org/education/edu_mlinm.htm. Midwest leadership Institute for nurse managers. 15.8.2005.

http://ollie.dcccd.edu/mgmt1374/book_contents/4directing/motivatg/motivate.htm: Management modern. Motivation. 24.8.2004.

<http://www.idbsu.edu/socwork/dhuff/history/chapts/1-2.htm>: History. 7.12.2005.

<http://www.webster.edu/~woolfm/richmond.html>: Mary Ellen Richmond. 5.12.2005.

<http://www.mz.gov.si/index.php?id=6592>: Pritožbene poti in nadzor v zdravstvu ter reševanje kršitev pravic bolnikov. 11.11.2004.

http://ssn-nnf.org/vard/vard1_03/103_3.html: Narinen A., Kekki P. The content of the nurse manager 's work in Finland. 5.9.2004.

http://sl.wikipedia.org/wiki/Spearmanov_koeficient_korelacije: Spearmanov koeficient korelacije. 17.7.2006.

<http://sl.wikipedia.org/wiki/Korelacija>: Korelacija. 17.7.2006.

http://sl.wikipedia.org/wiki/standardni_odklon. 17.7.2006.

http://www.arntl.nf.ca/PDF/Betty/ARNNL_Nursing_Leadership_Strategy.pdf. Conceptual Model Nursing Leadership Development. 14.6.2007.

<http://www.healthcareleadershipalliance.org>. HLA Competency Directory User s Guide. 14.6.2007.

V. Priloge

1 Vprašalnik

I. Splošna vprašanja

1. Izobrazba

- _____ srednješolska izobrazba
- _____ višješolska izobrazba
- _____ visokošolska strokovna izobrazba
- _____ fakultetna izobrazba
- _____ akademska izobrazba (magisterij, doktorat)

2. Starost _____ let

3. Skupna delovna doba _____ let

4. Delovna doba v zavodu _____ let

5. Naziv delovnega mesta _____

6. Delovna doba na sedanji funkciji glavne medicinske sestre _____ let

7. Vrsta zavoda _____

8. Število zaposlenih v zavodu _____

9. Število zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege

- _____ bolničar (bolničar negovalec)
- _____ zdravstveni tehnik (tehnik zdravstvene nege)
- _____ višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik
- _____ diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
- _____ profesor / ica zdravstvene vzgoje
- _____ medicinska sestra z drugo fakultetno izobrazbo
- _____ medicinska sestra z magisterijem
- _____ medicinska sestra z doktoratom

10. Ali ste vključeni v operativno delo s pacienti? _____ da _____ ne

11. Ali vam pri opravljanju vaše funkcije pomaga / jo pomočnica / e?
___ da ___ne

12. Katera področja pokriva / jo pomočnica / e?

- _____ kadrovsko področje
- _____ pedagoško področje
- _____ raziskovalno in razvojno področje
- _____ področje kakovosti
- _____ področje informatike
- _____ higiensko področje

Prosim, označite vrednost posamezne trditve. Višja vrednost na lestvici pomeni višje soglasje s trditvijo in nižja vrednost na lestvici pomeni nižje soglasje s trditvijo:

II. Management

	1	2	3	4	5
2. Pred zasedbo delovnega mesta glavne medicinske sestre sem se funkcionalno usposabljala za management in vodenje.					
3. Dela in naloge glavne medicinske sestre sem poznala že ob zasedbi delovnega mesta.					
4. Vodstvo mi zaupa.					
5. Vodilni kadri ustrezno delegirajo naloge sodelavcem.					
6. Vodstvo deluje timsko.					
7. Na ravni zavoda sem vključena v izvajanje managementskih funkcij:					
a. Načrtovanje					
b. Organiziranje					
c. Vodenje					
d. Preverjanje					
8. Za potrebe zdravstvene nege samostojno opravljam funkcije:					
a. Načrtovanja					
b. Organiziranja					
c. Vodenja					
d. Preverjanje					
9. Samostojno načrtujem strokovno izpopolnjevanje zaposlenih					
10. Samostojno odločam o osebah, ki se bodo udeležile strokovnega izpopolnjevanja					
11. Samostojno izbiram kader, ko gre za novo zaposlitev					
12. Za delovanje zdravstvene nege v zavodu razpolagam s finančnimi sredstvi					

13. Če ste na zadnje vprašanje (10) odgovorili s 3, 4, ali 5, prosim, navedite v katere namene razpolagate s finančnimi sredstvi

14. Katera znanja bi potrebovali za uspešno opravljanje svoje funkcije?

III. Organiziranost dejavnosti zdravstvene nege

	1	2	3	4	5
1. Dejavnost zdravstvene nege je organizirana v samostojni službi.					
2. Služba zdravstvene nege je opredeljena v statutu.					
3. Naloge službe zdravstvene nege so zapisane v statutu.					
4. Moje kompetence za vodenje dejavnosti zdravstvene nege so zapisane v opisu delovnega mesta.					
5. Imam vpliv na spremembe opisa delovnega mesta glavne medicinske sestre.					

IV. Najpogosteje uporabljeni dejavniki vodenja

	1	2	3	4	5
1. Opis delovnega mesta mi daje formalno moč.					
2. Za izvajanje svoje funkcije uporabljam neformalno moč.					
3. Nadrejeni me spoštujejo.					
4. Podrejeni me spoštujejo.					
5. Podrejenim zaupam.					
6. Skrbim za lastno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje.					
7. Sem sposobna hitrega ukrepanja v kritičnih situacijah.					
8. Za svoje delo prevzemam polno odgovornost.					
9. Pri svojem delu sem vztrajna.					
10. Moje mnenje v zavodu nekaj velja.					
11. Za razgovor pri nadrejenih se mi ni potrebno vnaprej najaviti.					

V. Stili vodenja

	1	2	3	4	5
1. Ljudje, ki so mi podrejeni, me upoštevajo.					
2. O vsem odločam sama.					
3. Podrejene vzpodbujam, da izrazijo mnenje in predloge, odločitev sprejem sama.					
4. V krizni situaciji se raje umaknem in odločanje prepustim nadrejenim.					
5. Upoštevam potrebe podrejenih.					
6. Najpomembnejša je realizacija nalog.					
7. Nadrejeni upoštevajo moje predloge za izboljšave.					

VI. Naloge

	1	2	3	4	5
1. V zavodu imamo oblikovano organizacijsko filozofijo.					
2. Poslanstvo zdravstvenega zavoda je zapisano v aktih zavoda.					
3. Dejavnost zdravstvene nege ima v zavodu oblikovano lastno filozofijo zdravstvene nege.					
4. Dejavnost zdravstvene nege ima opredeljene cilje za svoje delovanje.					

VII. Motivacija

	1	2	3	4	5
1. Kot glavna medicinska sestra zavoda sem zadovoljna s plačo.					
2. Imam možnosti strokovnega izpopolnjevanja.					
3. V zavodu so dobri medosebni odnosi.					
4. V zavodu so zagotovljeni dobri delovni pogoji.					
5. Moje delo je zanimivo in raznovrstno.					
6. Pri svojem delu lahko uporabljam lastno znanje.					
7. Pri svojem delu sem samostojna.					
8. Nadrejeni me pohvalijo za dobro opravljeno delo.					
9. Sodelujem pri odločanju v zavodu.					
10. Ostaja mi veliko časa za moje osebno življenje.					

VIII. Kakovost

	1	2	3	4	5
1. Zavod ima opredeljeno strategijo kakovosti.					
2. V strategijo kakovosti zavoda je vključena tudi zdravstvena nega.					
3. Motivacija za kakovost v zavodu je ustrezna.					
4. Izobraževanje za kakovost je stalno.					
5. Zaposleni v zavodu so prevzeli odgovornost za izboljšanje kakovosti.					

IX. Organizacijska kultura

	1	2	3	4	5
1. Komunikacija med vodstvom in podrejenimi je dobra.					
2. Sodelovanje med medicinskimi sestrami / Zdravstvenimi tehnikami in zdravniki je dobra.					
3. Posebnim dogodkom (uspehi, obletnice...) namenjamo v zavodu pozornost.					
4. Zaposleni upoštevajo formalne poti komuniciranja.					
5. Zaposleni spoštujejo zapisana pravila.					
6. Organizacija spoštuje vrednote (odgovornost, pravičnost, pogled v prihodnost, etiko odnosov...).					
7. Odnos zaposlenih do dela je ustrezen.					

X. Okolje

	1	2	3	4	5
1. Na moje delo vplivajo potrebe in zahteve pacientov.					
2. Moje delo vpliva na zadovoljstvo pacientov.					
3. Pacienti so zadovoljni z zdravstveno nego.					
4. V zavodu so potrebne spremembe.					
5. Spremembe organiziranosti zdravstvene nege so nujne.					

XI. Vodenje

	1	2	3	4	5
1. Podrejeni mi sledijo k zastavljenim ciljem.					
2. Podrejeni imajo možnost pridobivanja novih znanj in spretnosti.					
3. Vizija delovanja zdravstvene nege v zavodu je jasna.					

HVALA ZA SODELOVANJE!

VI. Povzetek

V doktorski disertaciji smo proučevali sedanje stanje sistema managementa zdravstvene nege v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih v Sloveniji. V raziskavo je bilo vključenih 99 glavnih medicinskih sester slovenskih bolnišnic, zdravstvenih domov in socialno varstvenih zavodov. Ugotovljeno je bilo, da stanje sistema managementa ni ugodno, saj večina glavnih medicinskih sester ni ustrezno izobraženih in usposobljenih za opravljanje navedene funkcije in da je dejavnost različno organizirana ter ima različne pravno formalne podlage v aktih zavodov. Zaradi tega so glavne medicinske sestre omejene v managementskih kompetencah in v upravljanju tako s kadrovske kot tudi finančnimi viri. Vse glavne medicinske sestre se še vedno ne zavedajo, da so pacienti najpomembnejši subjekti v vsakem zavodu, ki jim je potrebno namenjati največ pozornosti.

Zdravstvene in socialno varstvene organizacije so predstavljene kot odprti sistemi, na katere močno vpliva okolje, ki zahteva nenehne spremembe. S pomočjo Burke - Litwinovega modela smo ugotavljali katere elemente modela moramo spremeniti in kakšne so njihove medsebojne povezave in vplivi. Rezultati raziskave so pokazali, da v bolnišnicah organizacijske spremembe niso potrebne, so pa nujne tako v zdravstvenih domovih, kot tudi v socialno varstvenih zavodih. V zdravstvenih domovih so potrebne spremembe vodenja in managementa, v socialno varstvenih zavodih le spremembe vodenja.

Kakovost sistema managementa smo definirali z najpomembnejšimi strukturnimi, procesnimi in rezultatnimi spremenljivkami ter jih uporabili pri definiranju željenega stanja v modelu, ki smo ga oblikovali na osnovi sinusoidalnega modela človeško akcijske reflektivnosti avtorja J. Ovsenika.

Model kakovosti sistema managementa zdravstvene nege je oblikovan na spoznanju, da le-ta ni odvisen samo od okolja in njegovih vplivov temveč od glavnih medicinskih sester samih, ki vodijo sistem. Same morajo spoznati, da je najprej potrebno uspešno in učinkovito vodenje samega sebe, šele nato sodelavcev in dejavnosti zdravstvene nege. Vsaka glavna medicinska sestra mora razvijati svoje lastne osebne lastnosti, uveljavljati svojo lastno identiteto in si krepiti samozavest.

Model je pomemben za obe dejavnosti, tako za socialno delo, kot tudi za zdravstveno nego. Obe dejavnosti, vsaka na sebi lasten način, delujeta tako, da pomagata ljudem, da dosežejo čimboljšo socialno pozicijo in čim višjo kakovost življenja, še zlasti, ko so v institucionalni obravnavi. Iz managementskega vidika si glavne medicinske sestre prizadevajo za čimboljše delovanje sistema, za dobre medosebne odnose, za zadovoljstvo zaposlenih in s tem za čimvišjo kakovost sistema. Bolnišnice, zdravstveni domovi, socialno varstveni zavodi se sicer razlikujejo po vsebini dejavnosti, po zakonskih opredelitvah in po organizacijski strukturi, ne glede na to, pa je model kakovosti sistema managementa glavnih medicinskih sester uporaben tako v zdravstvenih kot tudi v socialno varstvenih zavodih, saj kriteriji podobnosti prevladajo. V vseh zavodih deluje dejavnost zdravstvene nege kot organizacijska struktura, ki jo vodi glavna medicinska sestra in je največja dejavnost po številu izvajalcev zdravstvene nege v zavodih, ki je osredinjena na zadovoljevanje potreb pacientov in stanovalcev.

Ključne besede: model kakovost sistema menedžmenta, glavna medicinska sestra, zdravstveni zavod, socialno varstveni zavod

VII. Summary

In the doctoral dissertation we studied the present state of the management system of nursing in health and social institutions in Slovenia. Ninety-nine head nurses from social institutions, hospitals and health centres in Slovenia were included in the research. It was ascertained that the state of the management system was not favourable, as the majority of head nurses are not suitably educated and qualified for performing the stated functions and that the activity is organised differently and the legal formal basis of the acts in the institutions are varied. Due to this the head nurses are limited in their management competences and in managing cadre as well as financial sources. All head nurses are still not aware that patients are the most important subjects in every institution and that it is necessary to devote them the most attention.

Health and social care organisations are presented as open systems, on which the environments have a strong impact and demand continuing changes. With the help of the Burke – Litwin model ascertained which elements of the model must be changed and what their mutual connections and impacts are. The results of the research showed that organizational changes are not needed in hospitals, but they are urgent in health centres as also in social institutions. In health centres the leadership and management changes are needed and in the social institutions only in leadership.

We defined the quality system of management with the most important structures, processes and results variables and used in defining the desired state in the model which was designed on the base of the sinusoidal model of human action reflectiveness by the author J. Ovsenik.

The model of a quality system of the management in nursing care is formed on the understanding that it is not only dependent on the environment and its impacts but on the head nurses themselves who manage the system. They must be aware that it is necessary to first successfully and effectively manage themselves, only after that can they manage their co-workers and nursing care activities. Each head nurse must develop her own personal characteristics, enforce her personal identity and strengthen her self-confidence.

This model is important for both activities, thus for social work as well as nursing care. Both activities, each in their own way, function in such a manner that they help people, that they achieve as good a social position as possible and an ever higher quality of life, especially when institutionally treated. From a management standpoint the head nurses aspire for even better activity of the system, for good mutual relations, for the satisfaction of the employees and with that for as high a quality system as possible. Hospitals, health centres and social institutions are different in the content of activities, as also in organisational structure. Irrespective of this the model of the quality system of the management of head nurse is useful for health as also for social institutions, because the criteria of similarity prevail. In all institutions the activity of nursing care as an organisational structure is present and it is managed by head nurse and it is patient oriented.

Key words: model of quality system management, head nurse, health institution, social care institution