

# IZZIV IN PRILOŽNOST ZA REINŽENIRING

## CHALLENGE AND OPPORTUNITY OF REENGINEERING FOR NURSING

Cheryl A. Reade

UDK/UDC 616-083:614.253.5

DESKRIPTORJI: *negovalna služba-trendi; nega bolnika-raziskava*

DESCRIPTORS: *nursing services-trends; nursing research*

Izveček – Reinženiring, ki so ga uvedli leta 1993, je vseobsegajoč in temeljit poslovni proces za preoblikovanje institucij. Zda si z reinženiringom pomagamo tudi pri razvoju zdravstvene nege. Natančno opredeljene strategije in menedžerska orodja vodilnim medicinskim sestram dajejo osnovne informacije, na podlagi katerih lahko hote sodelujejo pri razvoju zdravstvene nege in niso, kar bi se zgodilo v nasprotnem primeru, izrinjene iz njege.

Abstract – Reengineering, introduced in 1993, is a comprehensive, radical business process for reinventing organizations. Now, reengineering is evolving in health care delivery. Identified strategies and management tools provide basic information for nurse leaders to participate willingly in health care evolution, rather than suffer the alternative, to be reengineered out of health care.

### Reinženiring ali propad

Darwinova predpostavka o preživetju vrst iz leta 1859 (Leaky, 1979) je motiv, ki medicinske sestre danes sili k samospreminjanju skozi reinženiring. Potreba po reinženiringu zdravstvene nege je na prvem mestu: »Če se zdravstvene organizacije v prihajajočem obdobju ne bodo same od sebe lotile dramatičnih in radikalnih sprememb, bodo odmrle.« (Flarey & Blacett, 1995, str. 21). Vprašanja, ki si jih morajo vodilne medicinske sestre zastaviti pred in med reinženiringom ter po njem, so naslednja: Zakaj je potreben reinženiring? Katere spretnosti so potrebne? Kako bomo kos kulturni revoluciji sestrinstva? Kakšno vlogo medicinske sestre bomo ustvarili?

Namen pričujočega sestavka je opis razlike med reinženiringom in drugimi metodami spreminjanja, spoznavanje odgovornosti, ki jih imajo vodilni, in pozitivnih rezultatov za sestrinstvo v kontekstu reinženiringa zdravstvene nege. Poznamo definicijo reinženiringa. Poznamo pomisleke iz pripravljalne faze, rezultate zdravljenja in profesionalne opcije. Literatura o drugačnem načrtovanju, katerega cilj je izboljšanje, opisuje vse od visoko kvalitetnega menedžmenta do na bolnika osredičene zdravstvene nege. Literatura o reinženiringu in metodologija tega, katere cilj so nova odkritja, pa se začne s Hammerjem in Champyjem (1993), ki sta uvedla koncept reinženiringa.

### Evolucija reinženiringa v zdravstvu

Leta 1993 so uvedli pojem reinženiringa in ga opredelili kot »temeljno spremembo v mišljenju in radikalno spremembo v načrtovanju delovnih procesov, s čimer dosežemo dramatične izboljšave na področju sodobnih meril izvedbe, kot so cena, kakovost, servisi in hitrost« (Hammer & Champy, 1993, str. 32). Ključne besede definicije: radikalna sprememba načrtovanja, procesi in dramatično so sestavine, ki v praksi omogočajo kvantumske skoke (Hammer & Stanton, 1995). Kvantumski skok omogoča neposredno lotevanje nalog, ki za uporabnike pomenijo vrednoto (se pravi, procesov), in spremenjeno načrtovanje (se pravi, da naredimo nov načrt) dela; prvotna sestavina je vodenje, drugotna pa tim. Večino spodrsrljajev povzroči en sam problem: ljudje, vpleteni v reinženiring, ne vedo, kaj delajo (Hammer & Stanton, 1995). Spodaj je naštetih deset napak, ki se jim je treba izogibati:

1. O reinženiringu samo govorimo, v praksi pa ga ne izvajamo.
2. Ne osredičamo se na sam proces.
3. Veliko časa porabimo za analizo položaja.
4. Dela se lotimo brez dovolj močne izvršilne sile.
5. Pri spreminjenem načrtovanju smo preveč plašni.
6. Konceptualni načrt neposredno prenesemo v prakso.
7. Pri spreminjenem načrtovanju smo počasni.
8. Nekateri vidiki posla pustimo ob strani.
9. Izvedbe se lotimo na konvencionalen način.
10. Ne menimo se za pomisleke sodelavcev. (Hammer & Stanton, 1995, str. 33).

Pred uvedbo reinženiranja je do takšnih napak prihajalo predvsem pri vsakomesečnem »modnem« spreminjanju strategij menedžmenta, saj je uporabniško telo pogosto prezrlo enačbo o stroških in kvaliteti. Do teh napak je prihajalo iz dveh razlogov: stroški so bolj opazni kot kvaliteta, spremembe pa so pogosto izvajali svetovalci, ki so bili uspešnejši pri prodaji svojih uslug kot pri ugotavljanju kazalcev zadovoljstva uporabnikov. Pritisk zavarovalnic, ki so zahtevale večjo donosnost, je silil zdravstvene delavce, da so se osredičili na znižanje stroškov. V resnici je precej zdravnikov podleglo privlačnosti dobička, tako da so pozabili na poklicno etiko in so začeli sklepati poslovne dogovore, v okviru katerih so plačani za svoje usluge, poleg tega pa služijo še na račun stavb in farmacevtskih družb, kjer so delni lastniki ali investitorji (Relman, 1994).

V zdravstveni negi ne smemo prezreti merjenja kakovosti. Zagotavljanje čimboljše kakovosti je skladno z zaobljubo medicinskih sester, da ne bomo nikomur in nikoli škodovali. Tudi zdravnike etični imperativ zavezuje k sodelovanju pri reformah: »Kakovost in učinkovitost naše zdravstvene nege sta v odločilni meri odvisni od vedenja in vrednot njenih izvajalcev« (Relman, 1994, str. 77). Reinženiring velik poudarek namenja izidu in poklicni etiki in je torej sprejemljiva alternativa spremembe menedžmenta.

Leta 1994 se je 75–80 % največjih ameriških podjetij lotilo reinženiranja; za osebje, ki je vodilo reinženiranje, je za svetovanje porabilo 7 milijard dolarjev; sem ni všteti 30 milijard za investicije v tehnologijo (Hammer & Stanton, 1995). Sistemi zdravstvene nege so bili prav tako med tistimi, ki so se lotili reinženiranja.

Medicinske sestre, ki so bile vključene v reinženiranje izvajanja zdravstvene nege, navajajo različne razloge za začetek le-te. Sistemi zdravstvene nege so se začeli preobražati med drugim zato, da bi bili kos zapletom, ki so bili povezani s prehodom iz enega na drug sistem plačevanja storitev; v prihodnje bo povračilo stroškov odvisno predvsem od izvedbe in ne več od števila opravljenih uslug, postopkov ali dni, ki jih bolnik prebije v bolnišnici (Kerfoot & Freeman, 1993). Uporaba minimalno invazivnih operacijskih tehnik je znižala število sprejemov v bolnišnico, porušila stare paradigme in prihodnost se je pokazala v drugačni luči (Guder, 1994). Naraščajoči pritisk uporabnikov, vse višji stroški in potreba po ohranjanju vodilne vloge v zdravstveni negi so tisti splošni dejavniki, ki poganjajo reinženiranje v zdravstveni negi (Curran, 1994). Sistemi zdravstvene nege, ki se osredičajo na neprekinjeno zdravstveno nego, ki je na voljo v različnih okoljih, poleg tega pa se osredičajo tako na zdravje in preprečevanje bolezni kot na bolezni same, so razlog za razpad stare in nastajanje na novo zasnovane, drugačne, v skupnosti integrirane zdravstvene nege (Kerfoot, 1994). »Jedro reinženiranja je prepričanje, da lahko tehnologija odpravi številne pomanjkljivosti, ki spod-

kopavajo tako zdravstveno nego kot dobiček.« (Simpton, 1995, str. 31).

## Primerjava strategij spreminjanja

Reinženiring se bistveno razlikuje od drugih oblik prestrukturiranja, kot so visokokvalitetni menedžment, na bolnika osredičena zdravstvena nega in prestrukturiranje. Pri reinženiringu gre za dramatične, radikalne spremembe, pri visokokvalitetnem menedžmentu za postopne spremembe, pri zdravstveni negi, osredičeni na bolnika, pa gre za reorganizacijo bolnišničnih virov in delovnega osebja glede na bolnika (Bergman, 1994). Čeprav imata visokokvalitetni menedžment in reinženiring precej skupnih elementov, je med njima vendarle bistvena razlika: »... pri visokokvalitetnem menedžmentu gre za izboljšanje organizacije, pri reinženiringu za drugačno organizacijo« (Carefoote, 1995, str. 53). Pri zdravstveni negi, ki se osrediča na bolnika, sta načrtovanje in organizacija usmerjena k temu, kar je najboljšo za bolnika, ne za osebje in oddelek. Prestrukturiranje se osrediča na notranje spremembe, na dobiček ali upravičenost stroškov in za bolnika ne pomeni kakšne neposredne koristi (Simpton, 1995).

Odločitev za to, kateri program bomo uporabljali, je odvisna od ciljev, ki jih je treba doseči. Cilje identificiramo s pomočjo organizacijske analize, ki vključuje vnos različnih profilov zaposlenih in upošteva tudi zunanje dobavitelje, uporabnike in včasih tudi predstavnike lokalne izvršilne oblasti. S pomočjo visokokvalitetnega menedžmenta dosežemo 10-odstotno izboljšanje izvedbe. Reinženiranja pa se lotimo, kadar obstaja potreba po »radikalnih spremembah, ko je treba razrušiti staro in zgraditi novo« (Carefoote, 1995, str. 59). Enako pomembno je, da vemo, kateri program bomo uporabljali, kot tudi, kdaj bomo začeli. Zmanjševanje dobička, nezadovoljstvo uporabnikov in neuspešnost pri sklepanju pogodb so glavni kazalci za čim hitrejši reinženiringi (Flarey & Blancett, 1995). Napredne vodilne medicinske sestre kot razlog za reinženiranje vselej navajajo tudi upadanje kakovosti zdravstvene nege.

## Odločilni ukrepi in orodja reinženiranja

Kadar se odgovorni odločijo za reinženiranje zdravstvenega sistema, ne glede na motiv, sta uspeh in zadovoljstvo zaposlenih odvisna od nekaterih odločilnih potoz. Najbolje je, da na mestu direktorja reinženiranja zaposlimo izurjenega strokovnjaka za sistemske spremembe ali pa sklenemo pogodbo z zunanjim svetovalcem, ki sodeluje z menedžerjem, ki vodi reinženiranje od znotraj. Ta ključna oseba reinženiranja posebej privrženost sistemu, ohranja osredičenost in spodbuja sodelujoče k dinamičnim spremembam. Med prve bistveno pomembne korake, ki jih mora narediti osebje, sodi učenje novih spretnosti, ne le urjenje že osvoje-

nih. Medicinske sestre na vseh ravneh morajo osvojiti nova znanja tako iz poslovnih ekonomskih in marketinških sistemov, kakor tudi iz znanja o sestavi timov in multidisciplinarnega treninga različnosti. Ker številne nove spretnosti pripadajo različnim strokam, si morajo medicinske sestre razširiti obzorje. Ko menedžerjem uspe priklicati skupno vizijo in uslužbenke spodbujajo k rasti in razvoju, se zadovoljstvo z delom pri medicinskih sestrah poveča (McNeese-Smith, 1995).

Ključna poteza pri vzdrževanju zagona reinženiranja je tudi obvladovanje odporov. Odpor, pričakovan pojav, ki spremlja spremembe, lahko premagamo z iznajdljivostjo: razvijte specifične, merljive, natančne, razumne in časovno opredeljene načrte (Simpson, 1995). Reinženiranje mora biti dobro načrtovan, zahteva aktivno vodenje, zavzetost celotne ustanove, izobraževanje in nove investicije v delovno silo ter odkrito in pošteno komunikacijo (Smeltzer, Formella & Beebe, 1995). Vodilnim medicinskim sestram lahko pri izvajanju reinženiranja pomagajo naslednji nasveti: »Zapustite pisarno ... naj odločitve sprejema osebe ... uživite se v vizijo organizacije ... spremljajte odzive in zadovoljstvo uporabnikov ... (in) dopustite, da se reinženiranje zgodi« (Flarey, 1995, str. 13).

Kritična analiza poteka je bistvenega pomena za uspešno izvajanje vodene nege in je ekonomska nuja, ki se ji izvajanje zdravstvene nege ne more ogniti. Zdravstvena zahteva premislek o vsem, ker je drugačna, kot je bila nekdanj; kritična analiza poteka je absolutno potrebna za izvajanje vodene nege (Kerfoot & Freeman, 1993). »Ključnega pomena za vse to je sposobnost vodilnih medicinskih sester, da ustvarjalno preiščajo v okvirih reinženiranja in izrabijo vsako priložnost za ponovni razmislek o tem, kako izvajati zdravstveno nego« (Kerfoot & Freeman, 1993, str. 372). Raziskovalci zdravstvene nege se strinjajo v naslednjem: »Spremembo se da doseči na različne načine, predvsem pa je potrebna zavzetost zanj« (LoBiondo-Wood & Haber, 1994, str. 72).

Orodje, ki ga potrebujemo in je bistvenega pomena, je enotna taksonomija in enotno izrazoslovje zdravstvene nege, brez katerih bi se zdravstvena nega spreminjala zunaj zdravstva (Simpson, 1995). V nasprotju z zdravstveno nego, osredičeno na bolnika, ki se opira na znanje osebja, multidisciplinarno izobrazbo, decentralizacijo, time za zdravstveno nego bolnikov in uporabo računalnikov, se mora reinženiranje oprijeti napredne informacijske tehnologije pri razvoju sistema podatkov za kvantitativno merjenje zdravstvene nege (Simpson, 1995). Strokovnjaki za menedžment opozarjajo: »... če vodilni delavci informacijskih sistemov v reinženiranju ne postavijo na prvo mesto, je vse prizadevanje obsojeno na propad« (Martinez, 1995, str. 51).

Clemons (1995) meni, da se nepredvidenim zapletom izognemo tako, da med načrtovanjem analiziramo scenarij; bistvenega pomena namreč je, da obvladamo pasti reinženiranja, tako da predvidimo šibke plati organizacije, tako v okolnem kot operativnem smislu, in

da dosežemo soglasje glede potrebnih sprememb. »Karkršnakoli sprememba vizije in strategije podjetja ter procesov in postopkov zahteva obsežne spremembe sistemskih aplikacij in infrastrukture (Clemons, 1995, str. 67). Analiza scenarija (se pravi, ustvarjanje več strategij za prihodnost, ne le ene same) prispeva k temu, da ne postanemo preveč samozavestni, intelektualno arogantni in priklenjeni na sedanjost (Clemons, 1995).

## Organizacijska kultura

Med reinženiranjem ali po njem je treba oceniti in spremeniti kulturo vodenja in organizacije. Razumevanje institucionalne kulture lahko olajša številne organizacijske cilje, kot so na primer najemanje delavcev, orientacija, spremembe tehnološkega in delovnega procesa in spajanje z drugimi podjetji (Coeling, 1994).

Poleg poslovne kompetentnosti in prenikavosti morajo vodilne medicinske sestre za uspešno vodenje imeti tudi naslednje osebne lastnosti: spoštljiv odnos do drugih, biti morajo dosledne, vztrajne, obvladane; te lastnosti človek najlažje razvije s pomočjo programov netradicionalnega vodenja, kjer učijo o obvladovanju in porabijo precej časa prav za učenje samoobvladovanja (Strasen, 1995). Samoobvladovanje, potrebno za izvajanje sprememb, se sklada s petimi bistvenimi strokovnimi usmeritvami učnih organizacij (Senge, 1990) in s transformacijskim modelom za profesionalno prakso zdravstvene nege, ki ustvarja okolje za reinženiranje (Wolf, 1994a, 1994b; Wolf, 1995).

Reinženiranje je treba načrtovati glede na dva parametra: prvič, reinženiranje mora potekati v skladu s spremenjenimi paradigmi, kar je potrebno za prihodnji uspeh; drugič, vodja mora ustvariti delovno okolje, ki spodbuja reinženiranje (Wolf, 1994a, 1994b; Wolf, 1995). Štiridelni model, ki vključuje transformacijsko vodenje, sistem izvajanja zdravstvene nege, poklicno rast in sodelovanje v praksi podpira institucionalno kulturo zdravstvene nege, ki raste iz reakcionarnega timskega vzdušja prek odzivnega in ustvarjalnega do visoko učinkovitega (Wolf, 1994a, 1994b; Wolf, 1995). Rezultati tega so primarni in sekundarni: primarni rezultati so kakovostna zdravstvena nega, zadovoljstvo tistih, ki jo izvajajo, in zadovoljstvo bolnikov; sekundarni rezultati so uporabniško, organizacijsko in poklicno zdravje (Wolf, 1994a, 1994b; Wolf, 1995). Zaradi teh pozitivnih rezultatov je reinženiranje mogoče vključiti v klinično okolje.

## Klinične aplikacije za vodilne medicinske sestre

Rezultati kažejo, da so pozitivni klinični rezultati, ki jih dosežemo s pomočjo reinženiranja, precej boljši kot tisti, ki jih dosežemo prek drugih metod spreminjanja. Predvsem se izboljša kakovost zdravstvene nege bolnikov. Medtem ko produktivni rezultati na bolnika osredičene zdravstvene nege vključujejo pomemb-

nejšo vlogo medicinskih sester – menedžerk, sodelovanje med oddelki, ki izboljša kakovost menedžmenta in prospektivno načrtovanje zdravstvene nege (se pravi, načrtovanje odpusta ob sprejemu), pa reinženiring prispeva k razvoju vloge medicinske sestre, da lahko bolje služi ustanovi in bolje izvaja zdravstveno nego (Kerfoot, 1994). Poleg drugega reinženiring tudi v temeljih zamaje osnovna prepričanja, kaj sodi v izvajanje zdravstvene nege (Kerfoot, 1994). Odgovornost vodilnih medicinskih sester je, da s pomočjo reinženiringa poskrbijo za izboljšanje kakovosti. V naslednjem odstavku so naštetih bistveni koraki reinženiringa, ki pomagajo k doseganju pozitivnih rezultatov.

Če hočemo imeti od reinženiringa kar največ koristi, morajo vodilne medicinske sestre poskrbeti za: a) oceno trendov med uporabniki in na tržišču, systemske vire, zavzetost vodilnih in obstoječe paradigme; b) opredelitev ciljev, standardov kakovosti in vrednot, identifikacijo paradigme, ki jih je treba spremeniti, ter za odločitev o tem, ali je reinženiring res tisti proces, prek katerega želimo doseči določene spremembe; c) če se odločimo za reinženiring, moramo izbrati ustreznega človeka, ki jo bo vodil in sestaviti tim ter poiskati potrebna sredstva, in d) začeti razmišljati drugače in graditi nov sistem. Zavedajte se pravila, ki pravi: »Vsak koristen nov proces se sprva zdi skrajno nepraktičen« (Hammer & Stanton, 1995, str. 103), kajti domače in praktično se zdi le tisto, kar se sklada z obstoječimi modeli. Čeprav strukturalnih končnih produktov reinženiringa ne moremo predvideti, lahko izboljšamo kakovost, če je bil to eden od ciljev reinženiringa.

Ključnega pomena za preživetje sistema je »... ustvarjanje dinamičnega ravnovesja med stabilnostjo in spremembo: stvari morajo biti dovolj stabilne, da omogočajo predvidevanje in gotovost, a hkrati dovolj prožne, da se ljudje znotraj organizacije lahko hitro spreminjajo« (McKibbin, 1995, str. 40).

Reinženiring poteka uspešno, če je sistem dovolj prožen in hkrati skladen z vizijo izboljšanja kvalitete in z dolgoročnimi, k tržišču usmerjenimi cilji. Dokler tega ni, se vodilne medicinske sestre, vodja reinženiringa in tim za reinženiring soočajo z odpori, problemi v komunikaciji in kulturnimi razlikami, kajti radikalne spremembe ne vzbujajo občutkov gotovosti. Wolf (1995) model za profesionalno prakso zdravstvene nege in strategije Hammerja in Stantona (1995) o obvladovanju komunikacije in odporov lahko odgovorni s pridom uporabijo pri svojem delu. Podeljevanje določene oblasti krepki posameznikovo osebno moč (Byham, 1988). Osebna moč je torej produkt reinženiringa.

## Dejanski rezultati reinženiringa

Poročila že kažejo aktualne rezultate uspešnega reinženiringa; predstavljeni so štirje uspešni primeri. Prvi primer: Ko so s pomočjo reinženiringa poskrbeli za timsko zdravstveno nego bolnikov, se je izboljšala njena kakovost, hkrati pa se je zvišalo tudi zadovolj-

stvo negovalnega osebja in zdravnikov (Manion in Watson, 1995). Drugi primer: Z reinženiringom informacijskega menedžmenta, tako da je podpiral klinično prakso, so sodelujoči v programu razvili uporabnikom prijazno tehnologijo, ki v celotnem medicinskem centru izboljšuje komunikacijo (Adams, Gray, Six & Watkins, 1995). Tretji primer: med reinženiringom so osnovali center za dnevno zdravljenje, ki omogoča alternativno oskrbo bolnikov in hkrati dopolnjuje in spodbuja obstoječe službe ter ustvarja okoliščine, ki spodbujajo poklicni razvoj medicinskih sester in povečujejo njihovo zadovoljstvo z delom. (Lanigan, Bartkowski-Dodds & Mechanic, 1995). Četrti primer: integrirana operacijska služba, ki je rezultat reinženiringa, je postala ključnega pomena za ustanovo z različnimi oddelki ter zahteva od zaposlenih, da se držijo poslovnih načel, se pravi, da prevzamejo vlogo poslovnežev (Moss, Eagen & Russell, 1994).

## Prihodnji potenciali reinženiringa

Ker reinženiring spreminja ustanove, delovne procese in aktivnosti vodilnih medicinskih sester, so spremembe, ki jih lahko v prihodnosti pričakujemo tako na kliničnem kot na izobraževalnem področju, jasne. Na Post Anesthesia Care Units (PACU), prej znanih kot sobe »recovery«, reinženiring omogoča bolj ustvarjalno in obsežnejšo vlogo medicinskih sester: pri posegih, ki jih opravljajo pri zavesti, kot so kateterizacija srca, radiologija in endoskopija; na področju obvladovanja bolečine, pri elektrokonvulzivnem zdravljenju in na oddelkih z intenzivno terapijo (Geuder, 1994). Pri uspešno preobrazenih sistemih se pojavijo naslednje strukture in funkcije: manj izrazita hierarhija spreminja vlogo menedžerjev tako, da le-ti bolj kot vlogo nadzornikov prevzemajo vlogo spodbujevalcev; spreminja se način sprejemanja novih delavcev, zato menedžerje sprejemajo na podlagi njihove sposobnosti za učenje; timska iniciativa nadomesti iniciativo posameznikov (Curran, 1994). V akademskih krogih medicinske sestre-učiteljice spodbujajo reinženiring na svojem področju: »S premislekom o delitvi moči, preskušanjem in uvajanjem v prakso morajo biti medicinske sestre-učiteljice za zgled tistim, ki jih poučujejo. Ne spreminjate le učnega načrta, temveč same sebe.« (Smith, 1994, str. 197).

Reinženiring je priložnost za spremenjeno vodilno vlogo medicinskih sester in za njihovo zaposlovanje. Med vodji reinženiringa in mečkači so opazne razlike: visoko uspešni vodje zaupajo svojim podrejenim in jim dajejo v roke moč, odkrito izmenjujejo informacije in nagrajujejo uspešnost; nizko produktivni mečkači moč in informacije zadržujejo zase in podcenjujejo tim, kar se kaže tako, da zastavljajo nizke cilje in še te pogosto zgrešijo (Curran, 1994). Medicinske sestre si morajo pridobiti marketinške spretnosti, občutek za politiko in večino povezovanja različnih ljudi, ki sodelujejo znotraj institucije, v mrežo (Kerfoot, 1994).

Na področju zaposlovanja porajajoči se trg delovne sile omogoča svobodo izbire in širi možnosti za osebno in poklicno rast medicinskih sester. »... prisluhni klicu in se ozavesti za zdravstveno nego 21. stoletja« (Moss, 1994, str. 80).

Medtem ko so nekateri prepričani, da je visoko kvaliteten menedžment uporaben za ohranjanje procesov reinženiranja, drugi verjamejo, da reinženiranja pravzaprav nikoli ni konec, ampak se nenehoma udejanja (Bergman, 1994). Vodilne medicinske sestre, izurjene v izvajanju reinženiranja, takšno prakso nenehno uveljavljajo in s tem izboljšujejo sisteme izvajanja zdravstvene nege.

## Sklepi

Pričujoči pregled literature povzema kazalce, veščine, znanje, tehnologijo in modele kulturne evolucije, ki so za medicinske sestre, vključene v procese reinženiranja, zelo koristni. Ugotovitve so pomembne predvsem za medicinske sestre v velikih, raznolikih, integriranih sistemih zdravstva, kajti čim večji je sistem, tem večja je njegova kompleksnost in s tem tudi izzivi za vodje reinženiranja. Klinične aplikacije, ki jih predstavljajo ti primeri, kažejo dejanske rezultate reinženiranja. Ti primeri reinženiranja dajejo kredibilnost in kažejo, da gre za učinkovit proces inovativnih sprememb pri izvajanju zdravstvenih uslug. Potencialni rezultati, ki jih bomo želeli v prihodnosti, so obljuba za razvoj poklica medicinskih sester.

Če so medicinske sestre, ki vodijo reinženiranje, ustrezno pripravljene, lahko spremembe, ki revolucionarno spreminjajo oskrbo bolnika, zdravstveno službo in izvajanje zdravstvenih uslug, dosejajo v kvantumskih skokih. Tako kot so očitne negativne posledice, če zdravstvenega sistema sploh ne spreminjamo, so vidne potencialne koristi reinženiranja. Medicinske sestre-posameznice, ki uspejo razviti potrebne spretnosti in pogumno sodelujejo v reinženiranju, bodo med evolucijo sistema zdravstva ostale v glavnem poklicne, toku zdravstvene nege.

Za pomoč pri pripravi članka se iskreno zahvaljujem Kathleen Ross-Alaolmolki, Ph. D., R. N.

## Literatura

- Adams R, Gray LE, Six E, Watkins T. Reengineering information management to support clinical function. In: S. S. Blancett & D. L. Flarey eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 302–19.
- Bergman R. Reengineering health care. *Hospitals and Health Networks* 1994; 68 (3): 28–36.
- Byham WC & Cox J. *Zapp lightning of empowerment: How to improve productivity, quality, and employee satisfaction*. New York: Fawcett Columbine, 1988.
- Carefoote R. TQM-Reengineering Link. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD, 1995: 50–60.
- Clemons EK. Using scenario analysis to manage the strategic risks of reengineering. *Sloan Management Review* 1995; 36 (4): 61–71.
- Coeling H. Organizational culture. In: Simms LM, Price SA & Ervin NE eds. *The professional practice of nursing administration* (2<sup>nd</sup> ed.). Albany, NY: Delmar, 1994: 120–36.
- Curran CR. On laggards and leaders. *Nursing Economics* 1994; 12 (5): 244, 286.
- Flarey DL. Reengineering management. *Journal of Nursing Administration* 1995; 25 (9): 12–3.
- Flarey DL, Blancett SS. Reengineering: The road best travelled. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 15–36.
- Geuder D. Reengineering: Breaking tradition. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 1994; 19 (4): 244–6.
- Kerfoot K. Nurse managers, managed care, and the external/outward view: A critical success factor. *Nursing Economics* 1994; 12 (6): 340–1.
- Kerfoot K, Freeman M. Managed care: The challenge for nurse managers. *Nursing Economics* 1993; 11 (6), 370–2.
- Hammer M & Champy J. *Reengineering the corporation*. New York: Harper business, 1993.
- Hammer M, Stanton SA. *Reengineering revolution*. New York: Harper Collins, 1995.
- Lanigan JM, Bartkowski-Dodds L & Mechanic J. An update-The ambulatory treatment unit. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 372–9.
- Leakey RE ed. *Illustrated origin of species by Charles Darwin*. New York: Hill and Wang, 1979.
- LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing research* (3<sup>rd</sup> ed.). St. Louis: Mosby, 1994.
- Reengineering Manion J, Watson PM. Developing team-based patient care through reengineering. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 241–61.
- Martinez EV. Successful reengineering demands IS/business partnerships. *Sloan Management Review* 1995; 36 (4): 51–60.
- McKibbin S. Paradox of change. *Hospitals and Health Networks* 1995; 69 (2): 40–2.
- McNeese-Smith D. Job satisfaction, productivity, and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration* 1995; 25 (9): 17–25.
- Moss M. From reengineering to service integration. *Nursing Management* 1994; 25 (8): 80E–0F.
- Moss MT, Eagen M, Russell MB. Service integration in the reform era. *Nursing Economics* 1994; 12 (5): 256–60, 286.
- Relman AS. What market values are doing to medicine. In: Harrington C & Estes CL eds. *Health policy and nursing: Crisis and reform in the U.S. Health Care System*. Boston: Jones & Bartlett, 1994: 70–9.
- Senge PM. *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday, 1990.
- Simpson RL. Reengineering: Embracing technology to improve patient care. *Nursing Management* 1995; 26 (1): 31–3.
- Smith GR. Power and health care reform. *Journal of Nursing Education* 1994; 33 (5): 194–7.
- Smeltzer CH, Formella NM & Beebe H. Process, results, implementation: One hospital's reengineering experience. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational health care*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 320–41.
- Strasen L. Executive leadership attributes for reengineering. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 118–27.
- Wolf G. (Speaker). *A Transformational Model for the Practice of Professional Nursing* (Cassette Recording). Chicago: American Organization of Nurse Executives, 1994.
- Wolf G. *A Transformational Model for the Practice of Professional Nursing*. Presentation at the annual meeting of the American Organization of Nurse Executives; 1994, April.
- Wolf G. Creating an environment for reengineering. In: Blancett SS & Flarey DL eds. *Reengineering nursing and health care: The handbook for organizational transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1995: 100–17.