



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V MANAGEMENTU



ZDRAVSTVENI MENEDŽMENT – QUO VADIS?

Zbornik prispevkov

Maribor, 20. oktober 2010

ZDRAVSTVENI MENEDŽMENT – QUO VADIS?

Uredniki

mag. Boris Miha Kaučič
Nataša Vidnar
Suzana Majcen Dvoršak

Recenzentka

doc. dr. Bojana Filej

Programsko organizacijski odbor

mag. Boris Miha Kaučič, predsednik
Nataša Vidnar
Suzana Majcen Dvoršak
Peter Požun
doc. dr. Bojana Filej
mag. Hilda Maze
Daniela Mörec
Duška Drev
Irma Antončič

Izdala in založila

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester v managementu

Oblikovanje in tisk

Založba Pivec, Maribor

Jezikovni pregled

Milena Pivec

Naklada

200 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:005.6(082)

ZDRAVSTVENI menedžment - quo vadis? : zbornik prispevkov / [uredniki Boris Miha Kaučič, Nataša Vidnar, Suzana Majcen Dvoršak]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, 2010

ISBN 978-961-273-014-7

1. Kaučič, Boris Miha 2. Vidnar, Nataša 3. Majcen Dvoršak, Suzana

COBISS.SHD 65646337

KAZALO

PROGRAM SEMINARJA	7
NAGOVORI	10
I. VODITELJSTVO KOT DEJAVNIK ODLIČNOSTI	
Vodenje organizacije nove generacije: Avtentično vodenje – kdo so avtentični vodje in kako vzpodbudimo njihov razvoj? <i>Leading the organizations of the new generation: authentic leadership – who are the authentic leaders and how do we stimulate their development?</i>	
doc. dr. Sandra Penger, asist. Judita Peterlin, mag. posl. ved.	29
Rotacija in prerazporejanje kadrov v sektorju zdravstvene nege – primer na dokazih podprtega menedžmenta zdravstvene nege <i>Staff rotation and re-assigning in nursing care – an evidence-based case of nursing care management</i>	
mag. Jožica Peterka Novak	40
Kako ne uničiti lastne kariere – najpogostejše napake, ki jih delajo vodje <i>How not to destroy your career – the most common mistakes leaders make</i>	
pred. mag. Suzana Štular	53
II. KAKOVOST V ZDRAVSTVU IN ZDRAVSTVENI NEGI	
Z merjenjem do izboljšav zdravstvene prakse – vloga zdravstvenega tima <i>Healthcare improvement through measurement – the role of the clinical team</i>	
izr. prof. dr. Andrej Robida	60

Izkušnje nadzornih komisij Zbornice – Zveze s strokovnimi nadzori s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege <i>Experience of supervisory committees of The Nurses and Midwives Association of Slovenia with counselling in the fields of nursing and midwifery care</i>	
Irena Buček Hajdarević, pred. Peter Požun	71
Izkušnje nadzorovanca – primer Splošna bolnišnica Celje <i>A supervised experience – A case from General Hospital of Celje</i>	
pred. mag. Hilda Maze	79
III. UČINKOVITO UPRAVLJANJE S SAMIM SEBOJ	
Delovni stili in učinkovito upravljanje s časom <i>Working styles and time management</i>	
Sandi Kofol	82
SPONZORJI	90

PROGRAM SEMINARJA

PROGRAM SEMINARJA

- 07.30 – 08.30 Registracija udeležencev seminarja
- 08.30 – 08.45 **Uvodni pozdravi organizatorja in informacije za udeležence seminarja**
mag. Boris Miha Kaučič, predsednik Sekcije medicinskih sester v managementu

I. VODITELJSTVO KOT DEJAVNIK ODLIČNOSTI

Moderatoriki: doc. dr. Bojana Filej, pred. Nataša Vidnar

- 08.45 – 09.35 **Vodenje organizacije nove generacije**
Avtentično vodenje: kdo so avtentični vodje in kako vzpodbudimo njihov razvoj?
doc. dr. Sandra Penger, asist. Judita Peterlin, mag. posl. ved., Ekonomska fakulteta UL
- 09.35 – 10.10 **Rotacija in prerazporejanje kadrov v sektorju zdravstvene nege – primer na dokazih podprtega menedžmenta zdravstvene nege**
mag. Jožica Peterka Novak, Psihiatrična klinika Ljubljana
- 10.10 – 10.50 **Kako ne uničiti lastne kariere – najpogostejše napake, ki jih delajo vodje**
pred. mag. Suzana Štular, Vaš partner
- 10.50 – 11.10 **Razprava**
- 11.10 – 11.40 **Neformalno mreženje – odmor**

II. KAKOVOST V ZDRAVSTVU IN ZDRAVSTVENI NEGI

Moderatoriki: pred. Duška Drev, Daniela Mörec

- 11.40 – 12.25 **Z merjenjem do izboljšav zdravstvene prakse – vloga zdravstvenega tima**
izr. prof. dr. Andrej Robida, Medicinska fakulteta UM, Fakulteta za zdravstvene vede UM, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave – CEPSAR

- 12.25 – 12.50 **Javno pooblastilo – strokovni nadzori s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege**
Darinka Klemenc, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
- 12.50 – 13.20 **Izkušnje nadzornih komisij Zbornice – Zveze s strokovnimi nadzori s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege**
Irena Buček Hajdarević, pred. Peter Požun, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
- 13.20 – 13.50 **Izkušnje nadzorovanca – primer Splošna bolnišnica Celje**
pred. mag. Hilda Maze, Splošna bolnišnica Celje, Visoka zdravstvena šola v Celju
- 13.50 – 14.10 **Razprava**
- 14.10 – 14.40 **Neformalno mreženje – odmor**

III. UČINKOVITO UPRAVLJANJE S SAMIM SEBOJ

Moderatorica: Irma Antončič

- 14.40 – 16.10 **Delovni stili in učinkovito upravljanje s časom**
Sandi Kofol
- 16.10 – 16.30 **Razprava in povabilo na srečanje v letu 2011**

UVODNI NAGOVORI



Preteklost, sedanost, prihodnost – 10 let delovanja Sekcije medicinskih sester v managementu

V letu 2010 praznujemo 10-letnico delovanja **Sekcije medicinskih sester v managementu**. Ustanovni občni zbor sekcije je potekal 15. septembra 2000. Strokovna sekcija za področje menedžmenta je bila ustanovljena kot devetindvajseta strokovna sekcija Zbornice – Zveze. Ves čas svojega delovanja sekcija deluje pod okriljem nacionalnega strokovnega združenja **Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**.

Praznujemo pomembno obletnico, do katere ohranjamo spoštljiv odnos. Obletnice so dnevi, ko v nek datum projiciramo svoje misli in občutke glede pomena zgodovinskega dogodka. Da lahko danes praznujemo, se je potrebno spomniti preteklosti. Deset let nazaj so gospod **Peter Požun**, gospa **Ana Ladi Škerbinek** in gospa **Petra Kersnič** ustanovili Sekcijo medicinskih sester v managementu. Takrat so ob ustanovitvi sekcije zapisali, *da se organizacija dela v institucijah, kjer se opravljajo zdravstvene storitve, počasi, a vztrajno prilagaja sodobnim trendom managementa. Za začetek svojega delovanja so si zastavili nalogo posredovanja managerkam in managerjem zdravstvene nege sodobna znanja, vedenja, veščine s področja vodenja organizacije ter vodenja ljudi* (vir: arhiv Sekcije medicinskih sester v managementu, 2000).

Jubilej je pomembna priložnost za predstavitev dosežkov preteklega desetletja, kot tudi za razmislek o ciljih in poslanstvu za prihodnost. Skozi svoje delovanje smo organizirali naslednja izpopolnjevanja in izobraževanja:

- **Ustanovni občni zbor in strokovno srečanje**, Ljubljana 15. september 2000 – Predstavitve menedžmenta zdravstvene nege v Avstriji, gostja: direktorica zdravstvene nege Dunajske ortopedske bolnišnice.

- **»Tudi slovenska zdravstvena nega gre v EU«**, Ljubljana, 8. marec 2001 – gost Walter Bear, Komisija EU – Urad za zdravje in varstvo potrošnikov. Predstavitev zdravstvene politike EU ter prostega pretoka ljudi znotraj držav članic.
- **»Management smo ljudje«**, Radenci, 5.–6. april 2001: okrogla miza o trenutnem stanju menedžmenta zdravstvene nege v slovenskih zavodih, etika v menedžmentu – gostja Werena Tschudin, Velika Britanija.
- **»Upoštevajmo novosti«**, Portorož, 10.–11. april 2002: uvajajmo spremembe in timsko delo, predstavitev sprememb delovne in plačne zakonodaje, srečanje s predsednikom Zdravstvenega sveta Republike Slovenije.
- **»Komuniciranje sprememb«**, Ljubljana, 5. december 2002: uvajanje sprememb ter pomen komunikacij z vsemi udeleženci in deležniki sprememb, predstavitev projekta *Razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva RS* – gost prof. Don Hindle.
- **»Uvajajmo spremembe«**, Maribor, 9.–10. april 2003: čustvena inteligenca v procesu sprememb, krizni menedžment, »Case management« – gostja Wilma MacPherson, Velika Britanija.
- **»Stres na delovnem mestu, aktualnosti v managementu«**, Čatež, 1.–2. april 2004: Stres na delovnem mestu s poudarkom na zdravstveni dejavnosti. Plačni sistem v javnem sektorju, s poudarkom na zdravstveni dejavnosti, katalog delovnih mest in orientacijska delovna mesta v zdravstveni negi, Case manager – koordinator zdravstvene dejavnosti, vodnik pacienta skozi zdravstveni sistem, povezovalac institucij v praksi, negovalni oddelek kot oblika neakutne obravnave pacienta.
- **»Ali in kako varujemo v slovenskih zdravstvenih ustanovah pacientove podatke«**, Ljubljana, 7. oktober 2004: Sistem pravice do zasebnosti, zasebnost osebnih podatkov v zdravstvenem sistemu, slovenska ureditev pravice do zasebnosti – varovanje podatkov, varovanje podatkov kot pravica pacienta, model varovanja podatkov v zavodu in njihovo posredovanje drugim osebam.
- **»Manager/ka zdravstvene nege – javni/a uslužbenc/ka v odnosu do organizacije in sodelavcev«**, Dolenjske Toplice, 24.–25. november 2005: zakon o javnih uslužbencih, manager v zdravstveni negi in mediji, letni razgovor z uslužbenci.
- **»Privatizacija javnega sektorja«**, Moravske toplice, 23.–24. oktober 2006.
- **»Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi«**, Podčetrtek, 5.–6. november 2008.

- **»Preprečimo, da nas stresse stres na delovnem mestu«,** Ljubljana, 16. oktober 2009 – v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- **»Od besed k dejanju: opolnomočenje managementa zdravstvene nege za uspešno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov«,** Ljubljana, 20. april 2010.
- **»Zdravstveni menedžment – quo vadis?«,** Maribor, 20. oktober 2010.

Od začetka delovanja sekcije do danes smo organizirali *štirinajst strokovnih srečanj* po različnih krajih Slovenije z namenom, da bi opolnomočili menedžment zdravstvene/babiške nege s sodobnimi znanji s področja zdravstvenega menedžmenta in vodenja.

Odličen vodja v zdravstveni/babiški negi mora znati vključevati znanja in sposobnosti posameznika v organizacijsko strukturo, ker pozna moč znanja, zna z njim upravljati, ga spodbujati in razvijati. Odličen vodja mora spoštovati svoje sodelavce, njihove sposobnosti in prispevke. Da pa vodja zna pravilno ravnati s sodelavci, potrebuje znanja in veščine sodobnega vodenja. Danes ni dovolj, da je nekdo strokovnjak na strokovnem področju, potrebuje tudi znanja s področja menedžmenta in vodenja, komunikacijske sposobnosti. Največji izziv, ki je pred nami in o katerem bodo govorili na enem od naslednjih srečanj, je prav gotovo upravljanje različnosti, izvirajoče iz medgeneracijskih razlik. Od tega je odvisna uspešnost timov v organizaciji.

V bodočnosti nas čakajo še drugi izzivi, zato je ta čas primeren, da pogledamo tudi v prihodnost. V naslednjem desetletju želimo, da sekcija ohrani in krepí povezovanje menedžmenta zdravstvene in babiške nege na vseh nivojih zdravstvene dejavnosti. V številu je moč, zato se mora menedžment redno sestajati na strokovnih srečanjih, nedvomno štejejo profesionalne mreže, ki se lahko še bolj trdno spletejo z neposredno komunikacijo in druženji. Od leta 2008 dalje ponovno opažamo, da iz srečanja v srečanje beležimo večje število udeležencev. Programi, ki jih ponujamo, so odraz aktualnega časa. Tudi tokratni seminar je oblikovan na vsebinah, s katerimi želimo opolnomočiti menedžment zdravstvene/babiške nege za uspešno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov. Zatorej opravičilo, ker zaradi številnih prijavljenih nismo mogli omogočiti vsem tega dogodka. Zaradi velikega interesa planiramo ponovitev seminarja.

V številnih zdravstvenih zavodih potekajo pomembni razvojni projekti, ki jih (so)ustvarja zdravstvena/babiška nega. Primere dobrih praks želimo prikazati na naših strokovnih srečanjih. Želimo, da se primeri dobrih praks pre-

našajo v zdravstvene zavode v slovenskem prostoru in izven njega. Ne skrivajmo svojega znanja, delimo ga z drugimi in dopustimo, da se prenaša in uporablja. Odlični bomo takrat, ko bo celoten zdravstveni sistem deloval kakovostno. Uporabljajmo spiralo znanja.

V strokovni sekciji planiramo nove razvojne projekte. Poleg strokovnih srečanj za opolnomočenje medicinskih sester in babic s področja menedžmenta in vodenja želimo razvijati raziskovanje (na dokazih podprt menedžment zdravstvene/babiške nege), organizirati znanstvene posvete in aktivno pristopiti k oblikovanju nove organiziranosti menedžmenta zdravstvene/babiške nege v zdravstvenih zavodih, kar bo tudi zapisano v zakonu. Jasno je potrebno opredeliti in razviti inovativni model kompetenc vodilnih medicinskih sester.

Odgovore na te in tudi druge izzive bo morala sekcija iskati v danih razmerah. Pri tem pa ne sme pozabiti, da mora nadaljevati tradicijo, ki se je danes spominjamo, in izpolnjevati že omenjeno temeljno poslanstvo – skrbeti za strokovno izpopolnjevanje menedžerk, menedžerjev in razvoj menedžmenta zdravstvene/babiške nege na Slovenskem. Koliko lahko vidimo v prihodnost, bo to poslanstvo pomembno in skrb zanj je nadaljevanje tradicije Sekcije medicinskih sester v managementu.

Ob koncu mi dovolite, da se zahvalim vsem, ki ste v teh desetih letih sodelovali pri ustvarjanju Sekcije medicinskih sester v managementu. Opravili ste veliko in pomembno delo. Zahvaljujem se vam za vaš trud in doprinos k razvoju menedžmenta zdravstvene/babiške nege.

Hvala vsem, ki ste danes z nami. Na svidenje na prihodnjem strokovnem srečanju.

*mag. **Boris Miha Kaučič**
predsednik Sekcije medicinskih sester v managementu*



Deset let delovanja strokovne Sekcije medicinskih sester v managementu

pomeni lepo obdobje združevanja, izobraževanja, mreženja, spodbujanja in opolnomočenja srednjega in vršnega menedžmenta zdravstvene (in babiške) nege v slovenskih zdravstvenih, socialno varstvenih in izobraževalnih institucijah, ki izobražujejo za zdravstveno in babiško nego. Če seštejemo bolnišnice, zdravstvene domove, socialno varstvene in posebne zavode, zasebne zavode, srednje in visoke strokovne šole in obe fakulteti, dobimo med dvesto in tristo medicinskih sester, ki se pri svojem vsakodnevnem delu soočajo z izzivi vodenja in upravljanja z različnimi viri, gotovo največ s človeškimi, tako z izvajalci zdravstvene (in babiške) nege, drugimi sodelavci in sodelavkami v zdravstvenih timih, pacienti, dijaki, študenti, svojci in drugimi. Dovolj torej izzivov, da je potrebno za vodenje imeti dodatna znanja, vedenja in usposobljenost s tega področja.

Sekcija medicinskih sester v managementu deluje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornici – Zvezi). Skozi desetletje je udeležence in udeleženke opremljala prav z vsebinami, ki (smo) jih najbolj potrebujemo (potrebovali). Spomin seže do ustavitvenega srečanja; imela sem privilegij biti zraven, spremljati torej nastanek te strokovne sekcije; imena in obrazi prvih menedžerk (in kakšnega menedžerja) so še živi,

celo obrobne podrobnosti, kot je bila npr. razprava, ali je v izvršni odbor sekcije mogoče vključiti predstavnico zasebnega zavoda ali ne. Zanimive strokovne vsebine, ki jih je sekcija ponujala skozi izobraževalne programe prvo desetletje, so nedvomno prispevale k opolnomočenju slovenskih menedžerk in menedžerjev na področju zdravstvene in babiške nege. Tako smo se udeleženci strokovnih srečanj, ki so se selila po različnih krajih po Sloveniji, srečevali s SWOT analizo, pravnimi, ekonomskimi, etičnimi vsebinami, se učili, kako lobirati, komunicirati, se pogajati, proučevali kolektivne pogodbe in drugo zakonodajo, se spraševali, kaj in kako s sponzorji, se dotaknili etike v menedžmentu in še mnogo tega; iz teh srečanj so nastajali zborniki, v začetku skromni, a vendarle. Tudi novi predsednik je z vso vnemo v jadra strokovne sekcije usmeril veliko novega, svežega vetra. V dveh letih se zavidljivo dviga število udeleženk in udeležencev na strokovnih seminarjih; očitno so ljudje spoznali, da so vsebine, ki jih ponuja sekcija, dovolj uporabne za njihovo zahtevno delo. Sekcija skrbi tudi za nenehen razvoj, za prepoznavnost, ne le skozi sveže strokovne vsebine. Dodelala je lastno celotno podobo, se dvignila iz pepela, ko število udeležencev ni bilo ravno razveseljujoče. Prav pred kratkim smo z njihovo pomočjo na Zbornici – Zvezi postavljali vizijo, poslanstvo in zbirali vrednote krovne organizacije Zbornice – Zveze. Poleg strokovnih vsebin, ki so jih ponujali vsakoletni programi strokovne sekcije, so ostala nepozabna neformalna druženja, kjer so se nekateri menedžerji in menedžerke (hvala, Flory) dobesedno izkazali v praksi. Dolga nočna plovba v malem Piranskem zalivu je pred leti trajala in trajala, kot da smo sredi oceana. In na drugem koncu Slovenije smo ob podobnem srečanju občudovali Ferija Lainščka in njegove pesmi (hvala, Danica in Martina) vpijali v živo; občuteno so se nas dotikale nekega spokojnega večera tam v Pomurju v vsej svoji subtilni melodiki, ki so jo dodatno pričarali še romski glasbeniki. Ob tem je Feri Lainšček prekršil lastno načelo in osebno prebral svojo pesem »Ne bodi kot drugi«, kar res šteje. Naj bo zapisano, ko že pišemo zgodovino, da ne gre v pozabo.

Združevanje v omenjeni strokovni sekciji je gotovo pripomoglo, da smo spremljali in se seznanjali s sodobnimi trendi menedžmenta, torej vodenja in upravljanja z različnimi viri. Istočasno smo lahko sami sebi nastavljali ogledalo, prediskutirali najbolj zanimive primere, s katerimi smo se soočali; med temi so se že pojavljali nesrečni dogodki, kjer smo opredeljevali vlogo menedžmenta, včasih smo jo skoraj redefinirali, in iskali nove rešitve za stare probleme. Včasih je bilo čutiti, da slovenskemu menedžmentu zdrav-

stvene (in babiške) nege manjka nekaj več poguma, več samozavesti in avtonomnosti pri so/odločanju v vršnem menedžmentu, čeprav smo v zgodovini imeli celo dve direktorici zdravstvene nege: Marino Velepič na Onkološkem inštitutu in Ladi Škerbinek na Psihiatrični kliniki, oboje v Ljubljani.

Nekaj dobrih desetletnih izkušenj je za nami tudi zaradi združevanja, pretoka informacij, iskanja skupnih rešitev, spodbujanja k večji samozavesti in opolnomočenju, ki jih je ponujala strokovna sekcija v tem času. Nekaj izzivov bo prav gotovo ostalo za prihodnost tudi tej strokovni sekciji. Da bi jih uspešno reševala, da bi iskala novih poti, sodobnih, prijaznih »prijemov«, še tesnejših stikov s kolegicami in kolegi, ki potrebujejo/mo te povezave, tudi na Zbornici – Zvezi, to si močno želimo. Prepričani smo, da se mnoge stvari pričnejo, potekajo in se končajo odvisno od tega, kako se vključuje menedžment. In če kaj, je potrebno ceniti in krepiti te povezave, mrežo, ki smo jo uspeli ustvariti, da lažje delujemo. Upamo, da bo tako tudi v prihodnje. Več kot potrebovali se bomo, enotno organizirani v enoviti organizaciji. V tem je naša prednost. In potem bo lažje reševati tudi kakšen hujši izziv ...

Srečno torej, še veliko let!

Darinka Klemenc

*predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije*



Menedžerski premik na prehodu stoletja – ustanovitev Sekcije medicinskih sester v managementu

Kot novopečeni diplomant prve generacije študentov takratne Visoke šole za management v Kopru (danes Fakulteta za management) sem dobil nalogo, da pristopim k ustanovitvi sekcije medicinskih sester v managementu. Idejo je že dolgo pred tem gojila gospa Petra Kersnič, ki je opravila prve korake v smeri ustanovitve, ter razgovore z možnimi članicami izvršilnega odbora. Tako sva se družno lotila tega projekta in za redno letno skupščino Zbornice – Zveze v aprilu 2000 pripravila predlog za ustanovitev. Skupščina je soglasno sprejela sklep o ustanovitvi Sekcije medicinskih sester v managementu, kot 29. sekcije v okviru Zbornice – Zveze.

Ustanovili smo jo konec dvajsetega stoletja.

Ob ustanovitvi sem zapisal, da *postaja management v zdravstvu in v zdravstveni negi v sodobnem času ključna naloga vodilnih zdravstvenih delavcev. Vodilne medicinske sestre se vedno bolj vključujejo v zahtevne procese in kompleksne sisteme zdravstva. Naloga managementa je vodenje organizacij in ljudi k ciljem. To uresničuje preko izvajanja osnovnih nalog. Manager zdravstvene nege načrtuje, organizira, vodi in nadzoruje delovanje organizacije na poti k zastavljenim ciljem. Manager je oseba, ki je bila postavljena na določeno*

mesto v organizacijski strukturi in ima zato moč, da izvaja proces vodenja in usmerja delo drugih.

Sekcija je bila ustanovljena v aprilu 2000 kot 29. strokovna sekcija ožjega delovnega področja slovenskih medicinskih sester. Zavedajoč se pomena in problema (ne)ustreznega menedžmenta na vseh področjih delovanja zdravstvene nege in njenih izvajalcev, smo ob utemeljitvi ustanovitve sekcije zapisali:

Organizacija dela v institucijah, kjer se opravljajo zdravstvene storitve, se počasi, a vztrajno prilagaja sodobnim trendom managementa. Le ta mora upoštevati značilnosti zdravstvene nege tega prostora:

- *zdravstvena nega je prisotna in udeležena v procesu dela v večini dejavnosti v zdravstvu;*
- *spremembe demografske slike Slovenije nakazujejo trend naraščanja po zdravstveni negi;*
- *številčnost poklicne skupine, ki se sicer v številu zaenkrat ne spreminja, se pa spreminjajo zahtevnost delovnih mest, izobrazbena struktura in organizacija dela;*
- *management je v sedanjem času izpostavljen hitrim spremembam in nujnemu prilagajanju, še posebej ob globalizaciji, ki tudi na področju zdravstva ne pozna meja.*

Za začetek svojega delovanja smo menedžerkam in menedžerjem zdravstvene nege zastavili nalogo posredovanja sodobnih znanj, vedenja in veščin s področja vodenja organizacije ter vodenja ljudi, zato je menedžer v bistvu »poslovodnik in vodja«.

Prvo strokovno srečanje medicinskih sester v menedžmentu, ki smo ga združili z volilnim občnim zborom, smo člani Iniciativnega odbora strokovne sekcije, Ladi Šerbinek, Petra Kersnič in Peter Požun, pripravili 15. septembra 2000 v Srebrnem salonu hotela Union v Ljubljani. Na srečanju se nas je zbralo dobrih sto medicinskih sester in medicinskih tehnikov, ki delujemo kot menedžerji na različnih nivojih in področjih delovanja v zdravstvu, še posebej v zdravstveni negi.

Gospa Veronika Kunstek Pretnar, predsednica Zbornice – Zveze, je v svojem nagovoru poudarila pomen ustanovitve te 29. strokovne sekcije, ki bo pomembno prispevala h kakovostnejši zdravstveni negi ter vidnejši vlogi njenih izvajalcev v zdravstvenem varstvu.

Zbrane je pozdravil tudi takratni minister za zdravstvo, gospod Andrej Bručan, ki je v svojem uvodnem govoru izrazil veselje ob ustanovitvi strokovne sekcije za menedžment, saj se Ministrstvo za zdravstvo zaveda pomena in vloge vodilnih medicinskih sester v vodenju in upravljanju zdravstvenih zavodov. Ministrstvo za zdravstvo ter on osebno bo posvetil posebno pozornost in tudi sredstva izobraževanju in usposabljanju menedžmenta zdravstvenih zavodov, saj je bilo v preteklosti to področje vse preveč zapostavljeno. Po njegovem prepričanju bo tudi ustanovitev te strokovne sekcije prispevala k temu, da bomo menedžerji lahko bolje in uspešneje izvajali svoje naloge. Udeležencem srečanja je zaželel prijetno delo, novoizvoljenim organom pa veliko uspeha v vodenju strokovne sekcije.

Gostja srečanja je bila gospa Margarete Strümpf, podpredsednica ENDA, ki je predstavila cilje, vsebino delovanja, organiziranost ENDA – Evropske zveze direktorjev in direktoric zdravstvene nege, v nadaljevanju je predstavila menedžment zdravstvene nege v Avstriji. Temeljno spoznanje je bilo, da je menedžment zdravstvene nege v Avstriji avtonomen, da so vodstva bolnišnic sestavljena iz treh članov, poslovnega direktorja, ki je po izbrazbi ekonomist ali menedžer, strokovnega direktorja in direktorice za ZN. Vodenje bolnišnice poteka po načinu kolegijskega vodstva – participativni model vodenja, in zajema vodenje celotne bolnišnice.

Na volilnem občnem zboru, ki je sledil strokovnim vsebinam, smo izvolili vodstvo strokovne sekcije in prvi izvršilni odbor. Tako smo nalogo aktivnega delovanja in vodenja strokovne sekcije za prihodnja štiri leta prevzeli: Peter Požun – predsednik, Ladi Škerbinek – podpredsednica, Petra Kersnič – tajnica ter člani IO: Polona Zupančič, Brigita Putar, Darinka Čarni Dobovišek, Brigita Skela Savič, Vlasta Mlekuž, Flory Banovac, Ljubomira Steblovnik, Jože Matjašec, Helena Peric, Duška Drev, Daniela Morec in mag. Marija Bohinc.

Ob ustanovitvi smo v izvršilnem odboru med naloge zapisali naslednje: *»IO bo v delovanju strokovne sekcije medicinskih sester v managementu dal temeljni poudarek predvsem strokovnemu izobraževanju managerjev zdravstvene nege, prilagojenemu nivojem managiranja, nadalje si bo prizadeval za pridobitev specializacije iz managementa zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani. Poseben poudarek bomo namenili liku managerja zdravstvene nege v slovenskem prostoru ter si pri tem pomagali tudi s tujimi izkušnjami. Nadalje bomo na strokovnih srečanjih v okviru delavnic izmenjevali izkušnje dobre prakse managiranja. Okrepili bomo mednarodno povezovanje.«*

V tem obdobju smo organizirali več strokovnih srečanj s pestro udeležbo, tako predavateljev iz Slovenije kot tudi iz tujine, izvajalcev ter udeležencev. Že sama navedba naslovov in vsebin posameznih srečanj in prispevkov kaže na pestrost področja in namen, da menedžerjem v zdravstveni in babiški negi posredujemo pestro paleto sodobnih znanj, vodenj, usmeritev, predlogov in namigov, kako uspešno krmariti zdravstveno in babiško nego v izzivih sodobnega časa.

Mnenja sem, da smo del zadanih ciljev dosegali in dosegli, nekatere več, druge manj in ker gre pri menedžmentu za dinamični proces, vedno ostane nekaj nedokončanega, neuresničenega, nedoživetega, nekateri cilji se na poti spremenijo. To priložnost prepuščamo prihodnjemu času, času, ki bo izrazilo naklonjen VODITELJEM LJUDI (leadershipu), ki bodo znali, zmogli in hoteli voditi organizacijo zdravstvene nege k novim, višjim dosežkom, vse v službi človeka in človeštva. Zadovoljen sem, da sem bil pomemben del te zgodovine.

Peter Požun



Pogled nekdanje direktorice za zdravstveno nego in prve podpredsednice Sekcije medicinskih sester v managementu

Medicinske sestre, ki smo v zdravstvu delale na vodilnih delovnih mestih, smo bile že pred letom 2000 kar učinkovito organizirane. Srečevale smo se na kolegiju glavnih medicinskih sester slovenskih bolnišnic v Kliničnem centru Ljubljana, nekatere na razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego in seveda na Zbornici. Izmenjevale smo predvsem delovne izkušnje, pogrešale pa smo strokovno izobraževanje iz menedžmenta in dozorela je ideja o ustanovitvi sekcije. Še vedno mislim, da je bila to zelo pametna ideja.

Če pomislim na menedžment zdravstvene nege v tistem obdobju, je bil v slovenskih zdravstvenih zavodih več ali manj kar uspešen. Seveda so bile razlike med posameznimi zavodi, razlike predvsem v tem, koliko je smel samostojno odločati. Osebnostno sem imela srečo, saj sem zadnja leta svojega poklicnega dela zasedala mesto direktorice zdravstvene nege v Psihiatrični kliniki v Ljubljani. To je pomenilo za zdravstveno nego na kliniki samostojno odločanje tako o kadrovanju, razporejanju dela in nalog in izobraževanju medi-

cinskih sester, seveda v okviru finančnih možnosti. Pomenilo je tudi tesno in dobro sodelovanje s strokovno in poslovno direktorico o vseh odločitvah vodenja klinike.

V takih razmerah je bil strokovni napredek zdravstvene nege v psihiatrični kliniki omogočen v polni meri, kar smo jaz sama ter moje kolegice in kolegi dodobra izkoristili. Bil je ustvarjalen, navdušujoč in izjemno naporen čas.

Ana Ladi Škerbinek



Vzponi in padci menedžmenta zdravstvene nege

V življenju ne moremo govoriti le o ravni cesti uspehov in zadovoljstva, temveč je ta običajno zavita in spremljana tudi z neuspehi. To misel lahko prenesemo na področje menedžmenta zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Kljub temu, da smo doživeli, moramo priznati, napredek, ne moremo biti z njim zadovoljni, še zlasti, če se primerjamo z drugimi evropskimi državami. Vse, kar zadeva medicinske sestre, je povezano, še vedno, z vpetostjo v družbene razmere, v vmesni in nejasen status v odnosu med zdravnikom in pacientom, iz česar izhajajo tipični organizacijski problemi v smislu teze: organizacija so razmerja med ljudmi.

Imamo meje, ki jih največkrat želimo preiti, ker nas omejujejo, na drugi strani pa nam na nek način omogočajo določeno mero varnosti. Svoboda izbire, prevzemanje odgovornosti in obvladovanje sprememb imajo lahko v sebi nekaj zastrašujočega in včasih je »varneje biti v verigah, kot pa biti prost«. Včasih izberemo eno, drugič drugo, kar je v nekem trenutku ugodneje. Tako vodilne medicinske sestre, kot so pokazale nekatere raziskave, nimajo izrazitega stila vodenja, temveč ga prilagajajo določeni situaciji.

Stroka ima znanje, vrednote, sposobnost, možnost in odgovornost za samouravnavanje. Vseeno pa je v praksi tako, da se v določenem trenutku osredotočimo bolj na eno kot na drugo področje. Trenutno so vsekakor v ospred-

ju plače in drugi delovni pogoji izvajalcev zdravstvene nege, pa kompetence z ozirom na pretekle dogodke, ki so se tragično končali. Menedžment je trenutno prepuščen sam sebi. Nanj se vrstijo pritiski zaradi vsesplošne recesije – gospodarske, razvojne, družbene, moralne.

V devetdesetih smo veliko govorili o službi zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih, pripravljena so bila izhodišča za njeno organiziranje, z izhodišči so bili seznanjeni direktorji. Predlog je sicer padel na plodna tla, vendar so pri realizaciji nastale ovire. Preteči je moralo kar nekaj let, da so smela biti vsaj nekatera postavljena izhodišča, uporabljena.

Zavedamo se, da je eden izmed kritičnih elementov vložka za zdravstvene zavode denar in spremenljivo okolje. Toda menedžment ni odvisen le od okolja in njegovih vplivov, temveč tudi od samega sebe. Menedžment mora sam spoznati, da je najprej potrebno uspešno vodenje samega sebe, šele nato sodelavcev in dejavnosti zdravstvene nege.

Vse prevečkrat se oziramo navzven v okolje, kjer iščemo krivce za določeno stanje. V zavest nam mora priti, da moramo v vsaki situaciji opraviti refleksijo s samim seboj in se vprašati »Kaj pa lahko JAZ sam naredim in kako lahko JAZ sam pripomorem k izboljšanju stanja?« Soočiti se moramo s svojim lastnim notranjim svetom in vedno preiti iz zunanjega sveta prostora v notranji svet duha. Vsaka vodilna medicinska sestra nastopa v sebi lastni vlogi izvajalca in opazovalca ter si tako nenehno, v procesu uresničevanja lastne identitete, s sproščanjem svojih ustvarjalnih možnosti 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.

doc. dr. Bojana Filej

Sekcija medicinskih sester v managementu skozi deset let delovanja

Vodstvo in izvršni odbor 2000–2004

Peter Požun, predsednik sekcije
Ana Ladi Škerbinek, podpredsednica sekcije
Petra Kersnič, tajnica sekcije
Flory Banovec
dr. Marija Bohinc
Darinka Čarni Dobovišek
Duška Drev
Jože Matjašec
Daniela Mörec
Vlasta Mlekuž
Helena Perić
Brigita Putar
Ljubomira Steblovnik
mag. Brigita Skela Savič
Polona Zupančič

Vodstvo in izvršni odbor 2004–2008

Peter Požun, predsednik sekcije
Duška Drev, podpredsednica sekcije
Petra Kersnič, tajnica sekcije
Irma Antončič
Darinka Klemenc
Saša Kotar
Zdenka Mrak
Stanka Košir
Brigita Putar
Flory Banovec
Daniela Mörec
doc. dr. Marija Bohinc
Irena Vidmar

Vodstvo in izvršni odbor 2008–2012

mag. Boris Miha Kaučič, predsednik sekcije
Nataša Vidnar, podpredsednica sekcije
Suzana Majcen Dvoršak, sekretarka sekcije
Peter Požun
doc. dr. Bojana Filej
mag. Hilda Maze
Duška Drev
Irma Antončič
Daniela Mörec

VABLJENA PREDAVANJA

Vodenje organizacije nove generacije: avtentično vodenje – kdo so avtentični vodje in kako vzpodbudimo njihov razvoj?

Leading the organizations of the new generation: authentic leadership – who are the authentic leaders and how do we stimulate their development?

doc. dr. **Sandra Penger**

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani
sandra.penger@ef.uni-lj.si

asist. **Judita Peterlin** mag. posl. ved.

Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani
judita.peterlin@ef.uni-lj.si

IZVLEČEK

Zaposleni v zdravstvenih organizacijah potrebujejo pozitiven način vodenja. Avtentični vodje so samozavestni ljudje z optimizmom, miselno prožnostjo in (za)jupanjem v odličnost doseganja skupnih ciljev skupaj s svojimi opolnomočenimi sodelavci. Avtentično vodenje v učeči se zdravstveni organizaciji ima dolgoročno naravnano, saj vključuje zapletene procese, ki jih ne moremo skrčiti na preprosto usposabljanje v okviru organizacije, ampak moramo k razvoju pristopiti celostno, vključujoč širšo okolico posameznika in organizacije. Ker se proces učenja nikoli ne zaključi, je zavezanost avtentičnih vodij vrednoti učenja strateškega pomena za organizacijo. V prispevku izpostavljam priporočene metode razvoja avtentičnih vodij in sicer: mentorstvo, akcijsko učenje, 360-stopinjsko vodenje, sistem nasledstva in učeče se time.

Izsledki humanistične psihologije predstavljajo intelektualno dediščino in vir za razmišljanje o razvoju avtentičnega vodenja v sodobni veji menedžmenta in organizacije.

Ključne besede: vodenje, avtentičnost

ABSTRACT

Employees in the health care organizations need a positive form of leadership. Authentic leaders are self confident people, full of optimism, flexible and possess hope. They strongly believe in the excellence of achivieng common goals together with their empowered coworkers. Authentic leadership in a learning health care organization has a long term tendency as it includes complicated processes that can

not be reduced to merely training in the organizational environment. The development of authentic leadership requires an integrated accession that includes wider organizational and personal environment. As we know that the process of learning is never concluded we see the engagement of authentic leaders to the value of learning of strategic importance for the organization. In the paper we are exposing the recommended methods for development of authentic leadership: mentorship, action learning, 360 degree leadership and succession system.

Key words: leadership, authenticity

1 Vodenje zdravstvene organizacije nove generacije

Osnovni vrednoti vodenja sta razvoj in zaupanje. Koncept avtentičnega vodenja v zdravstvu je odgovor na klic zaposlenih po pristnem načinu vodenja, ki bi ustrezal potrebam zaposlenih v sodobnih organizacijah (Dimovski idr., 2009). Nova paradigma odgovarja na mnoge kritike pomanjkanja etičnosti in integritete v poslovnem svetu in skuša ponuditi antipod zavajajočemu načinu vodenja prek osredotočenja na osebne konkurenčne prednosti posameznika in razvijanje pozitivnega organizacijskega vedenja, ki vključuje samozavest, (za)upanje, optimizem in (miselno) prožnost.

Za avtentično vodenje je vse več zanimanja tako v praksi kot tudi v akademski literaturi (Avolio in Gardner, 2005; Avolio idr., 2004; Gardner idr., 2005; Gardner in Schermerhorn, 2004; George, 2003; Luthans in Avolio, 2003; May idr., 2003). Razlog za zanimanje praktikov in akademikov za avtentično vodenje je vpliv avtentičnih vodij, ki sega čez prvolinijsko raven menedžmenta, torej do celotnega osebja organizacije. Takšni vodje imajo hkrati tudi širšo družbeno vlogo, saj upoštevajo organizacijske in družbene probleme (George, 2003). Edinstveni dejavniki stresa in pritiski, s katerimi se soočajo današnje organizacije, kličejo po novem pristopu k vodenju, katerega cilj je povrniti oziroma vzpostaviti temeljno zaupanje, upanje, optimizem, prožnost, pomembnost in smiselnost ter prek vodenja oblikovati ustrezno identiteto organizacije (Penger, 2008; Peterson in Luthans, 2003).

2 Avtentično vodenje v učeči se zdravstveni organizaciji

Za sodobni čas so značilne nenehno porajajoče se spremembe, ki so komaj zaznavne, a ravno njihova stalnost in razpršenost od nas zahtevata največ

aktivnosti. Spričo vsega naštetega se kot ključni izziv učeče se organizacije v primerjavi s klasičnim podjetjem kaže potreba po zavedanju menedžmenta, da je potrebno vlogo zaposlenega s pomočjo avtentičnega vodenja postaviti na osrednje mesto organizacijske mreže znanj. Avtentični vodja mora skrbeti za stalno izmenjavo izkušenj med zaposlenimi v okviru učeče se organizacije, ki jo Peter Senge (1990) opredeli kot organizacijo, v kateri ljudje nenehno izboljšujejo sposobnosti za doseganje rezultatov, ki si jih resnično želijo, gojijo nove in raztegljive načine mišljenja, so svobodni v skupnih prizadevanjih in se nenehno učijo, kako se učiti skupaj.

2.1 Konstrukt avtentičnosti

Konstrukt avtentičnosti so obravnavali že starogrški filozofi s frazama 'poznati sebe' in 'tvoj resnični jaz' (Harter, 2002). Bistvo avtentičnosti je poznati sebe, sprejeti in se ohranjati takšne, kot smo. Bolje kot sprejemati avtentičnost kot konstrukt je spoznati, da je avtentičnost element kontinuuma, kar pomeni, da čim bolj ko zaposleni ljudje ohranjajo svoje resnične vrednote, identitete, preference in čustva, tem bolj avtentični so (Copper idr., 2005; Erickson, 1995). Koncept avtentičnosti ima korenine v grški filozofiji (*»Tvoj resnični jaz«* - *angl. To thine own self be true«*). Odličen pregled izvorov in zgodovine avtentičnosti na področju psihologije in filozofije predstavita Harter (2002) in Erickson (1995). Pomembna in relevantna za področje organizacijske psihologije so dela humanističnega psihologa Maslowa (1968, 1971), ki se je osredotočil na razvoj popolno delujočih ali samosprožilnih oseb, posameznikov, ki so v harmoniji s svojo temeljno naravo in identiteto ter imajo natančen vpogled v sebe in v svoje delovanje ter življenje. Ker so ljudje, ki polno funkcionirajo, neovirani s pričakovanji drugih, lahko bolje izbirajo zase, za svoj osebni razvoj in delovanje. Zanimivo je, da Maslow (1971) samosprožilne posameznike razume kot ljudi z močnimi etičnimi prepričanji. Predstavljene ideje iz humanistične psihologije predstavljajo intelektualno dediščino in vir za razmišljanje o razvoju avtentičnega vodenja v sodobni veji menedžmenta in organizacije. **Pojem avtentičnosti**, ki ga razvijamo, **se navezuje na posedovanje osebnih izkušenj**, najsi bodo to misli, čustva, potrebe, zahteve, želje, preference ali prepričanja, to pa so procesi, preko katerih spoznamo sebe, in pomeni, da nekdo deluje v skladu z resničnim jazom, izraža sebe na načine, ki so konsistentni z notranjimi mislimi in občutki, torej **izraža lastno identiteto** (Harter, 2002; Hartel idr., 2005).

2.2 Avtentični vodje in vodenje v zdravstvu

Avtentični vodja sodobne organizacije zagotavlja razpršitev vrednot, ki izvirajo iz pozitivnega vodenja, in sicer vse od osebne identifikacije članov z organizacijo, ustvarjanja skupnih simbolov, zglede, do spodbujanja pozitivnega modeliranja, prožnosti, zaupanja, optimizma in razvoja samozavesti. Avtentično vodenje razumemo kot temeljni konstrukt, ki lahko ponotranji transformacijsko in etično vodenje, oblikovano za razvoj vodenja v sodobnih podjetjih.

Avolio et al (2004) definirajo avtentične vodje kot tiste, ki se globoko zavedajo svojega razmišljanja in vedenja, in ki jih drugi zaznavajo, kot da se zavedajo lastnih in tujih vrednot, moralnih vidikov, znanja in prednosti; sočasno se zavedajo tudi konteksta, v katerem delujejo, so samozavestni, polni upanja, optimistični, prožni ter visoko moralnega značaja. S tem povezani konstrukt avtentičnega vodenja v organizaciji **Luthans in Avolio (2003) definirata** kot **proces**, ki črpa iz pozitivnih psiholoških zmožnosti in visoko razvitega organizacijskega konteksta, kar pripelje v večje samozavedanje in samoobvladljivo pozitivno obnašanje na strani vodij in drugih udeležencev, vse skupaj pa spodbuja pozitiven, samostojen razvoj. Georgeva definicija **(2003)** določa, da imajo avtentični vodje pristno željo po streženju drugim s svojim vodenjem, se bolj zanimajo za opolnomočenje ljudi, ki jih vodijo, njihove kvalitete pri vodenju pa so srčnost, občutek za delo (zagon in strast), sočutje in razum. Luthans in Avolio (2003) pravita, da avtentični vodje prepoznajo in cenijo individualne razlike ter so sposobni in motivirani za identificiranje talentiranih posameznikov in za to, da bi tem pomagali nadgraditi njihove talente v osebne, razlikovalne konkurenčne prednosti.

V teoriji se pojavlja tudi skrb glede širine začetnih pojmovanj avtentičnega vodje, avtentičnega vodenja in razvoja avtentičnega vodenja (Shamir in Eilam, 2005). Avtorja s svojimi definicijami zožita osredotočenost. **Avtentični vodje imajo naslednje štiri značilnosti** (Shamir in Eilam, 2005): prvič, pri vodenju se ne pretvarjajo in so takšni, kot so (a se tudi ne prilagajajo pričakovanjem drugih); drugič, motivirajo osebna prepričanja, ne pa doseganje statusa, časti in drugih osebnih koristi; tretjič, so originalni, ne kopije; to pomeni, da vodijo iz osebnega prepričanja; četrtič, njihova dejanja temeljijo na njihovih osebnih vrednotah, prepričanjih in identiteti. Gardner idr. (2005) uvede koncept avtentičnega sledenja, ki odseva razvojne procese avtentičnega vodenja in so zanj značilne višje ravni samozavedanja sodelavcev in samoregulacije, kar pripelje do pozitivnega razvoja in rezultatov.

Avtentični vodje so osebe z visoko ravni avtentičnosti, vedo, kdo so, v kaj verjamejo in kaj cenijo, ter pri interakciji z drugimi ves čas delujejo v skladu s svojimi vrednotami in prepričanji (Avolio in Gardner, 2005). Avolio idr. (2004) definirajo avtentične vodje kot posameznike, ki se dobro zavedajo svojega razmišljanja in obnašanja ter jih tudi drugi zaznavajo in sprejemajo kot ljudi, ki se zavedajo lastnih in tujih vrednot, znanja in kreposti, prednosti; ki se zavedajo konteksta, okolja, v katerem delujejo; ki so samozavestni, polni upanja, optimistični, prožni in visoko moralni (Kark in Shamir, 2002). Tako kot velja za transformacijsko vodenje, so tudi avtentični vodje lahko direktivni, participativni ali celo avtoritarni. Stil avtentičnega vodenja nujno neposredno ne ločuje avtentičnega vodje od neavtentičnega. Avtentični vodje delujejo v skladu z globokimi osebnimi vrednotami in prepričanji, s katerimi gradijo verodostojnost in si pridobijo spoštovanje ter zaupanje sodelavcev, kar pomeni, da vodijo na način, ki ga sodelavci prepoznajo kot avtentičnega (Avolio in Gardner, 2005). Ker proces prehaja na sodelavce, ti posledično delujejo podobno, to pa vpliva na vodjo, sodelavce, paciente in druge zainteresirane deležnike učeče se zdravstvene organizacije.

3 Razvoj avtentičnih vodij v zdravstvu

V preteklem stoletju je večina teorij vodenja nastala brez osredotočanja na bistvene temeljne procese, ki privedejo v razvoj ciljnega vodenja. Zato je treba izpostaviti, da je proučevanje razvoja teorije avtentičnega vodenja v razvoju teorij organizacijskega vodenja zelo novo področje, ki se je intenzivno pričelo širiti z razvojem Luthansove šole pozitivnega organizacijskega vodenja v letu 2004. Vsekakor ne gre prezreti tudi prvih izsledkov raziskav in objav o razvoju t. i. upajočih (drznih) vodij in pomenu pozitivnega vpliva vodje (Peterson in Luthans, 2003). Izsledki teh raziskav so se v zadnjem obdobju prelevili v porajajočo se šolo organizacijskega vodenja avtentičnega vodenja (Cooper idr., 2005; May idr., 2003; Sparrowe, 2005).

Najsodobnejši empirični in kvalitativni raziskovalci organizacijskega vodenja in področja vodenja poudarjajo, da se je treba koncentrirati na temeljni konstrukt vseh pozitivnih oblik vodenja in njegovega razvoja, kar označimo kot razvoj avtentičnega vodenja. Zato v turbulentnih časih 21. stoletja, ki so polni izzivov učenja, akademiki, teoretiki (Luthans in Avolio, 2003; May idr., 2003; Seligman, 2002) in praktiki (George, 2003) vse bolj spoznavajo, da je za doseganje zelenih rezultatov poslovanja nujno potrebna strategija razvo-

ja avtentičnega vodenja (Gardner in Schermerhorn, 2004). Razvoj teorije avtentičnega vodenja vključuje kompleksne procese, teorijo je moč v praksi udejanjiti le s programom usposabljanja. Razvoj avtentičnega vodenja vključuje stalne procese, preko katerih vodje in sodelavci pridobijo samozavedanje in vzpostavijo odprte, zaupne in pristne odnose, na katere je delno mogoče vplivati in jih oblikovati z usposabljanjem (Avolio in Gardner, 2005).

3.1 Akcijsko učenje

Dejavno oz. akcijsko učenje pomeni obravnavanje stvarnih problemov in iskanje rešitev znotraj organizacijskega okolja ter zagotavlja možnost nenehnega izboljševanja. Organizacijski problemi so najboljše izhodišče za proces akcijskega učenja v organizaciji (Teare in Monk, 2002, str. 338). Ta proces ima dva dopolnjujoča se cilja. Dejanski cilj je soočanje zaposlenih z resničnimi delovnimi problemi, nalogami ali projekti v povezavi s specifičnimi metodami in oblikami učenja. Primarni namen dejavnega učenja je torej naučiti se učiti, sekundarni cilj pa je učiti se na konkretnem problemu in ga hkrati tudi rešiti. Takšen model učenja, ki je pretežno namenjen usposabljanju vodstvenih delavcev, pomeni učni in delovni izziv, povečuje motivacijo in nudi možnost preoblikovanja organizacijskega problema v priložnost za razvoj organizacije. Čeprav so načini dejavnega učenja številni, je temeljna metoda delovna skupina posameznikov z istim ali podobnim problemom, ki jim pri snovanju procesa učenja in dela pomaga svetovalec (mentor). Dejavno učenje omogoča tudi širjenje učenja zunaj skupine na ostale člane organizacije. Uspešna rešitev problema dviguje samozavest sodelujočih in je ključni motivacijski dejavnik prihodnjega učenja.

3.2 360-stopinjsko vodenje

Vodja, ki želi izboljšati svoj način vodenja, mora odpraviti »informativno karanteno« (Armstrong, 1994; Goleman idr., 2002, str. 154), ki so jo ustvarili okrog njega sodelavci, da bi mu ustregli ali zamolčali (neprijetne) informacije. Metoda ima lahko razvojno ali ocenjevalno osredotočenost (Cacioppe in Albrecht, 2000, str. 391), kar je odvisno od organizacije, saj v primeru ocenjevalnega poudarka organizacija na podlagi rezultatov te metode deluje v smeri nagrajevanja ali kaznovanja ocenjevanega (napredovanje, znižanje ali zvišanje plače ipd.), če pa je poudarek metode na razvoju sodelujočih, so aktivnosti le v smeri izboljševanja pomanjkljivosti, ki so se izkazale pri po-

sameznem sodelujočem. Praktiki in raziskovalci (Turk, 2006, str. 19) priporočajo na začetku uporabo metode v namene razvoja zaposlenih in šele, ko se izvajanje metode izkaže za uspešno, jo lahko začnemo uporabljati tudi za ocenjevanje delovne uspešnosti zaposlenih in njihovo nagrajevanje. Glavna prednost te metode je možnost načrtovanja izobraževanja ter usposabljanja posameznikov na področjih, kjer je to potrebno. Izkazalo se je tudi, da je ocenjevanje s strani več opazovalcev bolj zanesljivo in nepristransko kot zgolj ocenjevanje s strani neposredno nadrejenega. Čeprav je primarni cilj te metode odkrivanje razvojnih možnosti ocenjevanega, se je izkazalo, da ob pravilni uporabi pozitivno vpliva na komunikacijo med zaposlenimi in njihove medosebne odnose.

3.3 Sistem mentorstva

Avtentični vodje v učečih se organizacijah morajo za ključno vrednoto postaviti znanje in ga tudi sami ceniti. Odnos mentor - varovanec temelji na obojestranskem spoštovanju. Ta odnos ni enak odnosu šef – podrejeni, saj gre v odnosu med mentorjem in varovancem za sočasen razvoj, ki poteka med skupnim učenjem. Mentor varovancu s svojimi izkušnjami in znanjem pomaga k velikopoteznemu mišljenju in ga spodbuja k uresničevanju zastavljenih ciljev. Ker varovanec mentorju zaupa, tudi prisluhne njegovemu nasvetu. Mentorjeve vrednote, usmeritve in vedenjski vzorci so varovancu za zgled in mu predstavljajo ideal, ki bi ga tudi sam rad privzel in dosegel s pomočjo mentorjevih nasvetov. Hkrati pa se v tem procesu uči tudi mentor, saj v odnosu obojestranske izmenjave nadgrajuje svoja izkustva s pogledi svojega varovanca. Vodji mentorstvo pomeni strateško dejavnost, saj na ta način pripomore h konkurenčnosti organizacije. Če namreč vodja ne vlaga v ključne mentorske odnose, se razvoj organizacije upočasni (Kyle, 2000, str. 164–166).

3.4 Sistem nasledstva

Eden od prvih proučevalcev sistema nasledstva Grusky je opredelil dva temeljna razloga (Giambatista idr., 2005, str. 964), zakaj se mora organizacija pozorno posvetiti iskanju in usposabljanju naslednikov obstoječih vodij, in sicer zato, (1) ker je iskanje naslednikov neizogibno za organizacijo, ki razmišlja dolgoročno, in (2) hkrati (lahko) povzroča nestabilnost v delovanju, če se razvoju sistema nasledstva ne posvetimo dovolj zgodaj. Bolj ko orga-

nizacija posveča pozornost socialnemu kapitalu (Tymon in Stumpf, 2003, str. 18), lažji bo proces izbire naslednika, saj imajo vodje široko mrežo potencialnih naslednikov.

V organizaciji, ki razvija svoje zaposlene, obstaja velik voditeljski potencial, zato je pomembno, da obstaja jasna komunikacija o kariernih možnostih posameznikov. Posredovanje informacije javnosti o določitvi naslednika ima strateški učinek v tem, da lahko povzroči odhod ključnih kadrov, ki niso bili izbrani in se čutijo prikrajšane, zato mora predhodno vodja opraviti zasebne pogovore z vsemi potencialnimi nasledniki in opredeliti svojo izbiro, da se izogne konfliktni situaciji. Izbira in vzgoja naslednika ne sme biti prepuščena mnenju enega samega človeka, ampak širšemu krogu obstoječega voditeljstva. Načrtno vzgajanje obsega pridobivanje najnovejšega znanja in tkaenje novih poslovnih vezi v tujini in doma. Pomemben del priprave naslednika (posebej, če prihaja iz druge organizacije) je prenašanje vrednot in nenapisanih pravil organizacije. Hkrati moramo prek dela na konkretnih projektih sodelavcem omogočiti, da spoznajo način vodenja izbranega naslednika.

3.5 Učeči se timi

Jedro učeče se organizacije so timi. Posamezniki se v okviru učečih se timov spontano učijo drug od drugega in znanje se prosto pretaka. Prav tako se v okolju učeče se organizacije najlažje prenaša tudi t. i. tacitno (skrito) znanje, ki ga zaposleni pridobijo z izkušnjami in v medosebnih odnosih. Z avtentičnim vodenjem in odprto komunikacijo sprožimo v učečih se timih odmik od rutinskega dela k strateškemu velikopoteznemu razmišljanju, kar Mayer (2008) opredeli kot spodbujanje ustvarjalnosti vodilnih timov. Vsak zaposleni naj bi vsak dan namenil ustvarjalnemu snovanju vsaj eno uro, ki vključuje: (1) sprostitvev, miselni preklon, kar je možno doseči z različnimi metodami sproščanja, sprehodom, poslušanjem glasbe, branjem ipd.; (2) študiranje, pregled skrbno izbranih klipingov iz dnevnega strokovnega časopisja; (3) zapis ustvarjalnih prebliskov, ki jih na ta način iztrgamo pozabi; (4) najmanj eno uro na teden nameniti ustvarjalnemu srečanju celotnega vodilnega tima, na katerem naj bi predstavili ustvarjalne prebliske in snovali nove ideje; (5) skrbno izbrane skupne izobraževalne in športne aktivnosti ter umetniška doživetja lahko spodbudijo nastajanje novih idej.

4 Sklep

V osnovi vse avtentične vodje v zdravstvu povezuje njihova nenehna težnja k izpopolnjevanju svojih sposobnosti, skladno z razvojem organizacije in nje-nega okolja. Naučijo se razmišljati o sebi, a hkrati so manj osredotočeni na-se, kot pa na tiste, ki so jih pritegnili, da zanje delajo. Zavezani so trajnemu razvoju svojih pozitivnih osebnostnih značilnosti. Trajna zavezanost k na-predku in razvoju, začeni pri sebi, deluje kot močan zgled za zaposlene in tako ustvari učeče se koncentrične kroge, kjer se znanje stalno pretaka. Sen-ge (1990) pri tem poudarja, da je v učečih se organizacijah pojem vodenja razpršen po celotni organizaciji in ni omejen le na vrhnji menedžment, vsak zaposleni ima namreč določeno znanje, ki ga lahko posreduje drugim, in tako se nenehno prepletata vlogi učenec – učitelj/sledilec - vodja. Horner izpostavlja, da se meja med vodjo in sledilcem v sodobnih organizacijah vse bolj izgublja (Torpman, 2004).

V učečih se zdravstvenih organizacijah se hierarhična avtoriteta izkaže po-gosto kot neustrezna za vodenje sprememb, ki zahtevajo domišljijo, dialog, prilagodljivost in željo po spremembi pri vseh zaposlenih. Izzivi takih spre-memb spodbujajo nastanek novih pogledov na vodenje, ki so osnovani na novih načelih. Te spremembe namreč zahtevajo edinstveno mešanico sode-lavcev na različnih položajih, ki vodijo na različne načine. V novi paradigmi avtentičnega vodenja poglobitna naloga vodij ni več odločanje, temveč ustvarjanje zaupanja, sodelovanja in sposobnosti učenja po celotni organi-zaciji. Zaposleni v zdravstvu na vseh ravneh so pooblaščen za sprejemanje odločitev in doseganje skupne vizije.

Literatura

Armstrong M. How to be an even better manager. London: Kogan Page; 1994.

Avolio BJ, Gardner WL. Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*. 2005; 16: 315–338.

Avolio BJ, Luthans F, Walumbwa FO. Authentic leadership: Theory-building for veritable sustain-ed performance. Lincoln: Gallup Leadership Institute, University of Nebraska; 2004.

Cacioppe R, Albrecht S. Using 360°C Feedback and the Integral Model to Develop Leadership and Management Skills. 2000. *Leadership & Organization Development Journal*; 2000: 8: 390–404.

- Cooper CD, Scandura TA, Schriesheim CA. Looking forward but learning from our past: Potential challenges to developing authentic leadership theory and authentic leaders. *The Leadership Quarterly*; 2005: 16: 475–493.
- Dimovski V, Penger S, Peterlin J. Avtentično vodenje v učeči se organizaciji. Ljubljana: Planet GV; 2009.
- Erickson RJ. The importance of authenticity for self and society. *Symbolic Interaction*; 1995: 2: 121–144.
- Fields DL. Determinants of Follower Perceptions of a Leader's Authenticity and Integrity. 2007. *European Management Journal*; 2007: 25: 195–206.
- Gardner WI, Schermerhorn JR. Unleashing individual potential: Performance gains through positive organizational behaviour and authentic leadership. *Organizational Dynamics*; 2004: 3: 270-281.
- Gardner WL, Avolio BJ, Luthans F, May DR, Walumbowa F. Can you see the real me? A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*; 2005: 16: 343–372.
- George W. World Business Forum. New York; 23.- 24. September; 2008.
- George W. Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.
- Giambatista RC, Rowe GW, Riaz S. Nothing Succeeds Like Succession: A Critical Review of Leader Succession Literature Since 1994. *The Leadership Quarterly*, Greenwich; 2005: 6: 963–991.
- Goleman D, Boyatzis R, McKee A. Prvinsko vodenje: spoznajmo moč čustvene inteligence. Ljubljana: GV Založba; 2002.
- Hartel CEJ, Zerbe WJ, Ashakanasy NM. Organizational behaviour: An emotions perspective. In: Hartel CEJ, Zerbe WJ, Ashakanasy NM, eds. *Emotions in organizational behaviour*. London: Lawrence Publishers; 2005: 1–9.
- Harter S, Authenticity. In: Snyder C, Lopez S, eds. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002: 382–394.
- Kark R, Shamir B. The dual effect of transformational leadership: Priming relational and collective selves and further effects on followers. In: Avolio BJ, Yammarino FJ, eds. *Transformational and charismatic leadership: The road ahead*. Oxford: Elsevier; 2002.
- Kyle DT. Štiri moči voditeljstva: navzočnost, namen, modrost, sočutje. Ljubljana: Amalietti & Amalietti; 2000.
- Luthans F, Avolio BJ. Authentic leadership: A positive developmental approach. In: Cameron KS, Dutton, JE, Quinn RE, eds. *Positive organizational scholarship*. San Francisco: Barrett-Koehler; 2003: 241–261.
- Maslow A. *Motivation and personality* (3rd ed.). New York: Harper; 1968.
- Maslow A. *The farther reaches of human nature*. New York: Viking; 1971.

- May DR, Chan AYL, Hodges TD, Avolio BJ. Developing the moral component of authentic leadership. *Organizational Dynamics*; 2003: 32: 247–260.
- Mayer J. Spodbujanje ustvarjalnosti vodilnih timov. *Revija Kadri*. Ljubljana: Zveza društev za kadrovske dejavnosti Slovenije; 2008: 12: 43–47.
- Penger S. Učeha se organizacija in oblikovanje pozitivne organizacijske identitete: študija primera slovenskega podjetja [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.
- Peterlin J. Razvoj voditeljstva v učeči se organizaciji Šmagistrsko deloČ. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2007.
- Peterson SJ, Luthans F. The positive impact and development of hopeful leaders. *Leadership and Organizational Development Journal*; 2003: 24: 26–31.
- Seligman MEP. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. New York: Free Press; 2002.
- Senge PM. *The fifth discipline. The art and practice of the learning organization*. London: Random House; 1990.
- Shamir B, Eilam G. »What's your story?«: A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*; 2005: 3: 395–417.
- Sparrowe RT. Authentic leadership and the narrative self. *The Leadership Quarterly*; 2005: 16: 419–439.
- Teare R, Monk S. Learning From Change. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*; 2002: 7: 334–341.
- Torpman J. The Differentiating Function of Modern Forms of Leadership. *Management Decision*; 2004: 7: 892–906.
- Turk D. Izogibamo se ocenjevanju šefov in sodelavcev. *Finance*. 2006: 17–19.
- Tymon WG, Stumpf SA. Social Capital in the Success of Knowledge Workers. *Career Development International*; 2003: 1: 12–20.

Rotacija in prerazporejanje kadrov v sektorju zdravstvene nege – primer z dokazi podprtega menedžmenta zdravstvene nege

Staff rotation and re-assigning in nursing care – an evidence-based case of nursing care management

mag. **Jožica Peterka Novak** viš. med. ses., prof. soc. ped.
Psihiatrična klinika Ljubljana
jozica.peterka@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Proučitev in vrednotenje dosedanjih praks/modelov, iskanje modela, ki bo omogočal optimiziranje obremenjenosti kadrov.

Cilj: Poiskati metodo, ki bo pomagala optimalno in učinkovito razporejati zaposlene ob doseganju kakovosti in zadovoljstva.

Metoda: Deskriptivne, kvalitativne, kvantitativne statistične metode s poudarkom na opisu trenutne situacije v zavodu in iskanju statistično pomembnih zvez med posameznimi opazovanimi kategorijami in zadovoljstvom zaposlenih v zavodu, ki smo jih dokazovali s statističnim SPSS 9.0 for Windows programom.

Rezultati: Anketiranci se bolj strinjajo s trditvijo, da se v okviru delovne kariere zgodi ustrezno število premestitev, kot s trditvijo, da jih je preveč. Pri izbiri delovnega mesta v primeru, ko bi zaposleni lahko izbirali, bi se anketiranci odločali najbolj glede na občutek koristnosti za paciente in zanimivost dela, najmanj pa bi vplival obstoj možnosti kariere in dela brez časovnih pritiskov.

Razprava: Pri rotaciji in prerazporejanju je treba upoštevati potrebe pacientov, zavoda, notranjo motivacijo in zadovoljstvo zaposlenih, na katerega zelo pomembno vplivajo pripadnost, možnost izobraževanja, upoštevanje želja in potreb zaposlenih, zanesljivost delovnega mesta.

Ključne besede: zdravstvena nega, menedžment, rotacija, prerazporejanje, zadovoljstvo, racionalizacija.

ABSTRACT

Theoretical background: Study and evaluation of the existing practices/models; searching for a model that would enable optimisation of staff burden.

Aim: Finding a method that would enable optimal and efficient staff re-assignment to ensure both quality and satisfaction.

Methods: Descriptive, qualitative, and quantitative statistical methods were used. Special emphasis was put on the description of the present situation in our institution and on finding statistically significant co-relations between the studied categories and staff satisfaction. The statistical programme SPSS 9.0 for Windows was used.

Results: The participants more agreed with the statement that during a working career there is an appropriate number of re-assignments than with the statement that there are too many re-assignments. If the employees could choose, they would base their decision mostly on how useful they are to patients and on how interesting the work is; the least influential factor proved to be the possibility of advancing one's career and working without time pressure.

Discussion: Staff rotation and re-assignment should be based both on the needs of the patients and of the institution, and on the employees' inner motivation and satisfaction that are profoundly influenced by the sense of loyalty, the education possibilities, the consideration for their wishes and needs, and by the reliability of the job.

Key words: nursing care, management, rotation, re-assignment, satisfaction, rationalisation.

1 Uvod

V sodobnem času je postalo znanje o kakovostni, visoko strokovni, stroškovno sprejemljivi, varni, varčni zdravstveni negi in oskrbi zelo pomembno. Marušič (2005, str. 55) meni, da je za dosego cilja, ki je ključen za področje izboljšav na področju zdravstva, delo usmerjeno predvsem »v zagotavljanje večje učinkovitosti, produktivnosti in kakovosti celovitega zdravstvenega sistema«. Vendar je vse te zahteve potrebno izpeljati in doseči cilj »z boljšim menedžmentom in z enakimi sredstvi« (Končina, 2006, str. 21). Ob tem je pomembno to, da se največ zahtev v zvezi z racionalizacijo poslovanja nanaša na vodilne strukture v zavodih, ki naj bi po načrtih Ministrstva za zdravje imeli menedžerska znanja in sposobnosti. Prav tako pa bodo taka znanja potrebovali tudi na srednjem nivoju vodenja (Končina, 2006, str. 21, Jooste, 2004, str. 217), ki v zavodu organizirajo, razporejajo in vodijo zaposlene. Medicinska sestra, ki bo obenem menedžerka, je po mnenju Klemenčeve (2008, str. 27) usmerjena v prihodnje obdobje, z vizijo in strategijo, da le to udejani in tudi pridobi, navduši sodelavce za dosego planov. Zaveda se, da je realizacija skupen uspeh oziroma dosežek tima, ima zaupanje sodelavcev, da ji sledijo k razvoju, spoštovanje ter odlične komunikacijske in pogajalske spretnosti.

Zanima nas področje razporejanja kadrov v psihiatrični zdravstveni negi na intenzivnih in navadnih oddelkih, na podlagi katerega bomo poiskali sodobne modele rotiranja kadrov, kar bo izboljšalo počutje na delovnem mestu, zmanjšalo izgorevanje, enakomerneje razporejalo obremenitve in upoštevalo notranjo motivacijo za delo in spremembe. Ob tem bo treba spomniti posamezne delavce v zdravstveni negi, da je motiviran in karierno orientiran delavec bolj zadovoljen z delom in izbrano profesijo (Kovner in sod. 2006 v Skela Savič, 2008a, str. 37) kot ostali. Poleg zavedanja in volje posameznika pa je po mnenju Skela Savičeve potrebno »prilagajanje organizacijskim spremembam«, saj to pomeni tudi priložnost za izpopolnjevanje strokovnega znanja in razvoja. Oboje pa omogoča pridobivanje izkušenj, večje možnosti za zaposlovanje, širjenje možnosti na področju strokovnega, privatnega in tudi političnega udejstvovanja. Vse skupaj je podlaga raziskovanju, ki ga je v zdravstveni negi (še posebno na področju rotacije kadra) premalo, je pa zelo pomembno (Kiger, 2008, str. 44, Skela Savič, 2008 c, str. 40, Peternelj, 2006, str. 70).

Analiza rezultatov raziskave bo pomagala spoznati načine razporejanja zaposlenih v štiriindvajseturnem zdravstvenem varstvu, s ciljem oblikovati model razporejanja (rotiranja) kadra na podlagi zahtevnosti ocene zdravstvenega stanja bolnikov, absentizma na posameznih delovnih mestih in upoštevanjem lastne motivacije, specializacije in kariere posameznika za delo na različnih področjih, saj je pričakovati, da nenehne specializacije ne vplivajo le na kakovost storitve, pač pa tudi na razvoj zaposlenih (Štular, 2008, str. 48). Pričakujemo nadgradnjo obstoječih smernic planiranja razporedov dela z uvajanjem sprememb ter izboljšav v sistem razporejanja in organiziranja zaposlenih v zdravstveni negi, kar omenja Peterneljeva (2006, str. 70) kot nujno potrebno, če želimo v profesionalnih okoljih skrbeti za potrebe pacientov in kakovost le-tega ob partnerskih odnosih med sodelavci in bolniki.

2 Predstavitev problema

V preteklosti so pri vodenju prihajale do izraza hierarhične karakteristike, avtoriteta, formalizem, centralna kontrola, stabilno delovno okolje, nefleksibilne strukture, manjše kompetence. Današnji organizacijski pristopi so bolj elastični in odprti, začrtane meje so manj znane, saj so drugačne od tistih v preteklosti. Opazno vplivajo ekonomsko politične spremembe, naraščanje in staranje prebivalstva, tehnološki napredki, ki hitro naraščajo (Jooste, 2004, str. 218, Peternelj, 2006, str. 70).

Kakor koli, danes uspešno vodenje ni preprosta formula (Jooste, 2004, str. 218), pač pa se je potrebno seznaniti z novostmi na področju menedžmenta, obdržati dober in boljši odnos z zaposlenimi, ki na spremembe in zahteve niso pripravljeni ali jih težje sprejemajo, spremljati kazalnike uspešnosti, ki potrjujejo (ne)pravilnosti odločitev. Poleg tega je po mnenju Končine (2005, str. 11) nujno potrebno poznati vizijo in poslanstvo zavoda, čemur je namenjen poudarek v uspešnem menedžmentu. Nenazadnje je potrebno upoštevati tudi potrebe in zahteve bolnikov (Jooste, 2004, str. 219), zahteve sodobne družbe in evropskega okolja, ki jih lahko izpolnimo z zadovoljnimi delavci. Te zahteve pomenijo nenehno učenje (Jarvi, 2004, str. 337), kar poleg operativnega dela vodje v zdravstveni negi pomeni tudi prepoznavanje interesov in sposobnosti sodelavcev, in jih strateško usklajevati z vizijo in strategijo zavoda (Štular, 2008, str. 51)

Sodobni menedžment se ukvarja tudi s posledicami absentizma na delovnem mestu. Začasna odsotnost z dela predstavlja izziv za organizacijo dela v različnih zavodih zaradi posledic, ki jih povzroča zaposlenim, zavodom in gospodarstvu. Začasna odsotnost z dela zahteva nadaljnje raziskave na tem področju, ker pomembno kaže varnostno situacijo pri delu in tudi zdravje, prav tako pa finančno obremenitev za zaposlenega in zavod (Živoder, 2004, str. 1). Na tem področju ne moremo mimo ugotovitve Brečkove (2008, str. 71), da je za vsestranski uspeh zavodov pomembno tudi čustveno razpoloženje zaposlenih, saj se pozitivna čustvena naravnost odraža v odgovornosti za doseganje ciljev, medtem ko se negativna čustva odražajo z absentizmom ter nižjo produktivnostjo. V Psihiatrični kliniki Ljubljana se v sektorju zdravstvene nege srečujemo z nekaterimi posledicami začasne odsotnosti z dela, kot so večje obremenitve posameznikov ob težkih delovnih pogojih v psihiatriji, pogosta nadomeščanja in spreminjanja planov dela, iskanja ustreznih nadomestil, izplačevanja nadurnega dela, vsakodnevne intervencije vodij pri pregledu planov in realizacije dela. Največji izziv trenutno predstavlja odsotnost do 30 dni, saj za čas take odsotnosti nimamo nadomeščanja, razen možnosti zaposlovanja preko študentskega servisa. Skladno s pisnim dogovorom za take vrste presežkov ur izplačujemo nadure. Zdravstveni absentizem vpliva na posameznika in druge zaposlene, njegove bližnje, zavod ter družbo kot celoto. Začasna odsotnost istočasno vpliva na sodelavce, saj je treba opraviti dodatno količino dela v obliki nadomeščanja in prevzemanja nalog odsotnega delavca. Tako so sodelavci izpostavljeni večjim pritiskom od običajnih. Kot posledica takšnega stanja je možna slabša

učinkovitost tima, slabši medsebojni delovni odnosi, napetosti in nezadovoljstva tako delavcev kot vodij, ki so odgovorni za načrtovanje enakomernih obremenitev in realizacijo delovnih obveznosti. Ker pa so omejitve zaposlovanja v zdravstvu že dalj časa realnost, je treba poiskati načine oziroma modele rotiranja kadra, ki bi omogočali razbremenjevanje zaposlenih na delovnih mestih, sledenje notranji motivaciji zaposlenega, racionalizaciji poslovanja in podobno. Treba je omeniti tudi spretnosti in strokovno znanje zaposlenih v kliničnem okolju, saj bo njihovo strokovno znanje zelo omejeno, če bodo delovali samo v matičnih oddelkih (Jarvi, 2004, str. 337-338). Ob tem pa je treba skrbeti tudi za stalnost timov, ki po mnenju sodelujočih v raziskavi pomenijo dodatno varnost.

Do zdravstvenega absentizma prihaja med drugim tudi zaradi preobremenjenosti na delovnih mestih. Zaposleni v zdravstveni negi delajo v eni, dveh in treh izmenah, kar vpliva na zdravje in počutje zaposlenih (Škrbina, 2010, str. 249). Delo z bolniki z duševno motnjo predstavlja za zaposlene težje delovne pogoje. Poleg vpliva omenjenih težkih delovnih pogojev na zaposlene pa so vzroki za začasno odsotnost z dela lahko tudi številni drugi, med njimi: bolezen zaposlenega ali družinskega člana, poškodbe, spremstvo družinskega člana, nosečnost, nega družinskega člana, incidenti na delovnem mestu itd. Zahtevnost dela zaradi naraščajočega števila in zahtevnosti bolnikov je v praksi večkrat omenjen dejavnik. Delovne razmere se razlikujejo glede na področje dela, položaj posameznika, zato smo izvedli raziskavo med zaposlenimi v zvezi z rotacijo delovnih mest, iskanjem ugodnejših delovnih razmer za posameznika ob nezmanjšani kakovosti za bolnike, svojce in zaposlene. Zavedamo se pomembnosti, da se z ustreznimi ukrepi (tehnični, organizacijski, pravno-upravni) delavcem zagotovi takšne delovne razmere, da bodo obremenitve in škodljivosti čim manjše. Ocenjujemo, da bo s takim pristopom možno zmanjšati bolniško odsotnost in zvečati motivacijo za delo ter vplivati na zadovoljstvo pri delu, s tem pa seveda vplivati na zmanjšanje stresa, ki se lahko kaže pri posamezniku kot fizična ali psihična reakcija, v obliki incidentov pri delu, manj primernem vedenju in podobno. Vse skupaj bistveno doprinese k uspešnosti, finančni učinkovitosti zavoda in zadovoljstvu zaposlenih. Zaposleni običajno sodelujejo v rotaciji z namenom pokriti odsotnosti sodelavcev, z razliko od rotacije v intervalih, ki doseže vse zaposlene, na primer rotacija na petletno obdobje, ki je razumljena kot sprememba zaradi preprečevanja dolgočasenja na delovnem mestu. Taka vrsta

rotacije mora biti v oddelčnem planu, njegovi politiki in v posameznikovi poklicni strategiji. Je pot k spremembi v karieri, dviga posameznikov mentalni odskok na službeni poti. Z vidika zaposlenega in z vidika orodja menedžmenta rotacija delovnih mest omogoča izvrševanje zahtev učeče se organizacije (Jarvi, 2004, str. 339).

2.1 Utemeljitev pomembnosti raziskovalnega problema

Tudi za naše okolje velja, da se vodenje in ravnanje vodij v zdravstveni negi vztrajno odmika od tistih obdobj, ko je bilo vodenje razumljeno zgolj kot kontroliranje zaposlenih. Pomembno prihaja do izraza vodenje z vizijo, skladno z delovno organizacijo, s sodelovanjem zaposlenih pri doseganju ciljev, vodenje z zgledom in optimizmom. Zaposleni tudi želijo priložnosti, pravice in sredstva za kontrolo na delovnih mestih (Jarvi, 2004, str. 337). Današnji čas pred vodje zdravstvene nege postavlja izzive tudi zaradi sprememb zdravstvenega sistema, ekonomske in politične aktualnosti (Jooste, 2004, str. 219, 222) in nenazadnje tudi zaradi sprememb v izobraževalnem sistemu in vplivov okolja. Prav tako že dalj časa opozarjamo in dokazujemo, da je v zdravstveni negi iz različnih razlogov premalo medicinskih sester (Skela Savič, 2008 a, str. 38). Ekonomske usmeritve zavodov ne spodbujajo zaposlovanja na področju zdravstvene nege, kar dodatno dokazuje, da je potrebno poiskati modele organiziranja in razporejanja obstoječih kadrov, prav tako pa s tem nuditi možnost kariernega razvoja, čeprav Skela Savič (2008 c, str. 45) poudarja, da je treba ozavestiti pri celotnem menedžmentu zdravstvenega zavoda potrebo po povečanju kadrovske zasedbe na področju visoko izobraženih medicinskih sester. Občasno prihaja zaradi težkih delovnih pogojev v psihiatriji tudi do incidentov pri zaposlenih, kar poveča bolniško odsotnost. Ob takih primerih še bolj zavzeto razmišljamo o izboljšavah. Zaposleni pričakujejo konkretne rešitve in aktivnosti, kar je obveza in dolžnost menedžerjev (Skela Savič, 2006, str. 195).

Rotacija in prerazporejanje kadra znotraj in izven organizacijske enote je ob tem bolj prišla do izraza, ker smo ob uvedbi Akta o sistemizaciji delovnih mest v letu 2007 izenačili delovna mesta po zahtevnosti v zdravstveni negi in s tem upoštevali sklep Strokovnega sveta, da so vsa delovna mesta v Psihiatrični kliniki enako intenzivna. To pomeni enako plačilo in enako število dni letnega dopusta za posebne delovne pogoje v psihiatriji. Z vidika organizacije in rotacije kadrov zaradi potreb delovnega procesa je bil tak način bolj

primeren. Sčasoma so zaposleni začeli opozarjati, da se v praksi tak način ne obnese najbolje, saj je po mnenju večine treba upoštevati določene razlike med t. i. zaprtimi in odprtimi oddelki oz. intenzivnimi in navadnimi oddelki. Trenutno potekajo aktivnosti za uvedbo določenih kriterijev, ki bi oboje med seboj ločevali. S pomočjo anketnega vprašalnika med zaposlenimi v zdravstveni negi na temo rotacije kadrov smo pridobili mnenja, ki jih bomo upoštevali pri načrtovanju dela in pripravi modelov rotiranja kadrov, poleg drugih kazalnikov.

Dolgoletno delo na istem oddelku pripelje do strokovne izolacije, pomanjkanja profesionalne komunikacije in izmenjave izkušenj, rigidnosti in rutinskega dela, regresa strokovnega znanja in motenj pri uvajanju izboljšav ter nefleksibilnosti pri načrtovanju aktivnosti zdravstvene nege, neučinkovitosti tima in izgorelosti. Zato pomeni rotacija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov načrtno prerazporejanje notranjih rezerv in prispeva k optimalni izkoriščenosti delovnega časa ter ob tem tudi upošteva pričakovanja zaposlenih, kot so na primer možnost osebnega uspeha, dodatnega znanja in s tem posledično osebnega zadovoljstva, kar po mnenju strokovnjakov vodi v učinkovito vodenje. (Hersey, Blanchard 1988 v Skela Savič 2008 d, str. 46). S tem menedžment sledi notranji motivaciji zaposlenih po širitvi strokovnega znanja, potrebam delovnega procesa, racionalizaciji poslovanja in optimalni organizaciji dela in zmanjšanju posledic absentizma, do katerega prihaja po mnenju strokovnjakov in zaposlenih tudi zaradi izgorelosti. Zaradi teh značilnosti je rotacija sodoben pristop pri vodenju, ki upošteva zadovoljstvo zaposlenega in pacienta. V tradicionalnem vidiku je mišljen kot kazen, nesposobnost za opravljanje določenih del, nepripadnost kolektivu in podobno. V preteklem obdobju so vodje najbolj pogosto rotirali oziroma prerazporejali tiste kadre, ki niso dosegali zahtev delovnega procesa in zaradi disciplinskih prekrškov, manj zaradi zgoraj opisanih dejstev oziroma sledenja potencialov zaposlenih, kar je danes koncept dela na področju sodobnega načrtovanja kariere posameznikov (Brečko, 2008, str. 69).

3 Namen raziskave

Osnovni namen je pridobiti mnenja zaposlenih in poiskati model organiziranja, rotiranja in prerazporejanja kadrov za zagotavljanje smotrnega poslovanja in zadovoljstva zaposlenih.

3.1 Cilj raziskave

Poiskati metodo, ki bo pomagala optimalno in učinkovito razporejati zaposlene v psihiatrični zdravstveni negi. Cilj dela je raziskati obstoječe načine razporejanja osebja v psihiatrični zdravstveni negi in na podlagi analize pridobljenih podatkov oblikovati strokovno podprt model za rotiranje kadrov na intenzivnih in navadnih oddelkih, ki bi temeljil na zahtevnosti bolnikov, motivaciji zaposlenih in danih ekonomskih izhodiščih. S tem bi dosegli optimalno obremenjenost zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi in bi znali odkriti različno zahtevnost delovnih mest. Ugotovili bi vrste rotacij na makro (med OE) in mikro (med oddelki) nivoju. Glavni cilj je oblikovanje kvantitativnega modela, ki nudi optimalno razporejanje delavcev v zdravstveni negi, upošteva spol, stališča, odnos, psihofizične sposobnosti in druge lastnosti delavcev, lastnosti delovnih mest in potrebe zavoda.

3.2 Opis metodologije

V raziskavi smo uporabili deskriptivne, kvalitativne in kvantitativne statistične metode s poudarkom na opisu trenutne situacije v zavodu in iskanju statistično pomembnih zvez med posameznimi opazovanimi kategorijami in zadovoljstvom zaposlenih v zavodih. S pomočjo metod in modelov želimo priti do orodja za izvajanje rotacije zaposlenih v zdravstveni negi.

3.3 Vzorec

V raziskavo smo vključili 65 zaposlenih v zdravstveni negi Psihiatrične klinike Ljubljana.

3.4 Zbiranje podatkov

Novembra 2009 smo izvedli anketo med zaposlenimi s pomočjo anketnega vprašalnika, prevedenega iz Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Nursing Management*, 2004, 12, 337–347.

3.5 Statistična obdelava podatkov

Podatki so bili obdelani z računalniškimi programi za statistične obdelave podatkov, SPSS 9.0 for Windows.

4 Rezultati in povzetek analize vprašalnika o rotaciji (menjavi delovnega mesta)

Povprečna delovna doba vzorca delavcev zdravstvene nege v Psihiatrični kliniki Ljubljana znaša 11,3 leta ($\pm 7,6$ leta).

- Povprečna starost anketirancev je bila 35,5 let ($\pm 9,4$ let).
- Večina anketirancev so bile ženske (52, 82,8 %) in so bile v povprečju 3,7 let starejše od moških.
- Oddelka E in G sta glede na vzorčno oceno o trajanju delovne dobe zelo mlada: v oddelku E je imela polovica anketirancev delovno dobo krajšo od enega leta in hkrati ni bilo nikogar, ki bi imel delovno dobo daljšo od 20 let. Večina anketirancev (87 %), ki so delali v oddelku G, je imela delovno dobo krajšo kot 5 let.
- Anketiranci se bolj strinjajo s trditvijo, da se v okviru delovne kariere zgodi ustrezno število premestitev kot s trditvijo, da je v okviru delovne kariere preveč premestitev.
- Pri izbiri delovnega mesta, v primeru ko bi zaposleni lahko izbirali, bi se anketiranci odločali najbolj glede na občutek koristnosti za paciente in zanimivost dela.
- Na prosto izbiro novega delovnega mesta bi najmanj vplival obstoj možnosti kariere in obstoj dela brez časovnih pritiskov.
- Povprečna ocena sprejema v novo delovno okolje po izkušnjah anketirancev je prav dobro.
- Najbolj zaželeni oddelki po seznamu oddelkov, ki bi jih anketiranci najraje izbrali za kroženje, so tisti, ki so jih ocenili za srednje obremenjene, pa tudi zelo obremenjene oddelke.
- Najvišjo oceno postavk zadovoljstva na delovnem mestu so anketiranci dali odnosom s kolegi in odnosom s predpostavljenimi.
- Med zelo pomembnimi dejavniki zadovoljstva so pripadnost kolektivu, možnost izobraževanja, upoštevanje želja in potreb zaposlenih in zanesljivost delovnega mesta.

5 Razprava

Iz razgovorov z zaposlenimi ugotavljamo potrebo po redefiniranju izkustvenih kadrovskega normativov in določitvi sodobnejših, temelječih na analizi aktualnega okolja v zavodu. Rotacija?! V raziskavi so zaposleni izražali pozi-

tivna in negativna mnenja o rotaciji in prerazporejanju. Med pozitivnimi so najpogosteje omenjali znanje, izkušnje, izzive, možnost prepoznavanja in opazovanja različnih pacientov, dajanje prednosti pomembnim stvarim, navezovanje stikov s sodelavci, spoznavanje različne patologije, zadovoljstvo bolnikov, osebnostna rast, kvalitetnejše delo, boljši zgled mladim, sposobnost timskega dela.

Med negativnimi izkušnjami so najpogosteje omenjali slabe odnose s sodelavci, »razbitje« dobrih timov, menjavanje oddelkov proti volji oziroma nezmožnost izbire oddelka, slabše poznavanje bolnikov, necenjen poklic občasno, nesprejetost na drugem oddelku, način prerazporeditve, večkrat hospitalizirani bolniki težje vzpostavljajo odnos s kadrom, ki ga iz prejšnje hospitalizacije ne poznajo, neplačilo nadurnega dela, vodja tima je vedno manj pomemben, saj je zaradi racionalizacije postavljen pred dejstva.

Na vprašanje o odnosu do rotacije se veliki večini zdi rotacija primerna, vendar mora biti usklajena s potrebami, željami, sposobnostmi posameznika, izpeljana na primeren način ob upoštevanju notranje motivacije posameznika in ob enakih pravilih za vse zaposlene. Po mnenju anketirancev z rotacijo in prerazporeditvami pridobijo novo znanje, izkušnje, nove sodelavce in nove načine dela. S tem postanejo po njihovem mnenju bolj prilagodljivi, univerzalni, samozavestnejši, da »ne zaspiš na delovnem mestu, ko postane delo rutina«.

Majhen del anketirancev (devet od 56 odgovorov) je mnenja, da rotacije in prerazporeditve niso primerne zaradi naslednjih razlogov: koristnosti na trenutnem oddelku, osebje je s tem preobremenjeno, bolniki pa nezadovoljni, ustaljen tim deluje strokovno, učinkovito in le tako pripomore k dobremu počutju bolnikov, kar je najbolj pomembno. Če se osebje menjava, postanejo bolniki nezaupljivi in težje sodelujoči. Z rotacijo se povzroča splošno nezadovoljstvo, slaba klima, delavce se spravlja v stiske, ki se izražajo v obliki bolniškega staleža. Delavci so obremenjeni s strahom, če ne vedo, kje bodo delali jutri. Tako kratkotrajne in neplanirane rotacije niso dobra rešitev tako za zaposlene kot za paciente, saj je prilagajanje eden drugemu prezahtevno in prenaporno (večja možnost incidentov). Predlagajo model rotacije, ki bi se razlikoval glede na intenzivnost oddelkov in števila zaposlenih, ki bi bili vključeni v model rotiranja naenkrat. Nekateri pa rotacije ne želijo, saj so se potrudili za dober tim, ki lahko najbolj uspešno pomaga bolnikom in se mu ni treba ukvarjati s slabimi medsebojnimi odnosi.

6 Zaključek

S kakšnimi orodji vodenja doseči spremembe, ki pomenijo kakovost, varnost in učinkovitost za zaposlene (in bolnike) (Jooste, 2004, str. 218).

Vodje v zdravstveni negi in oskrbi se pogosto znajdejo v dilemi, kako voditi in razporejati zaposlene, da se obremenitve enakomerno porazdelijo. Mnenja različnih strokovnjakov (Jooste, 2004, str. 219, Upenieks, 2003, str. 87, Skela Savič, 2006, str. 193), je hierarhično vodenje manj uspešno, saj slednja avtorica (Skela Savič, 2006, str. 195) trdi, »da je v slovenskih bolnišnicah preveč kulture hierarhije, ki je negativno povezana z uvajanjem sprememb«. Po njenem mnenju je med zaposlenimi v zdravstveni negi v domačem okolju v primerjavi s tistimi iz tujine opaziti manjšo fleksibilnost, manj timskega dela in inovativnosti. Meni, da organizacijsko kulturo ustvarjajo vodje, zato predlaga začetek spreminjanja zavodov pri najvišje odgovornih. Bolj ugodne izide lahko doseže vodja s sposobnostmi motiviranja, pregovarjanja, ocenjevanja, razumevanja in pogajanja. Bistvene lastnosti za tako delo so avtoriteta, moč in vpliv oziroma ugled (Jooste, 2004, str. 219). Prav tako lahko vodje v zdravstveni negi uporabijo pri vodenju tri osnovne kategorije vplivanja na delovno okolje: vodenje z zgledom, z gradnjo skrbnih medsebojnih delovnih odnosov in s poučevanjem. Ali in kdaj postaviti v osrednji plan zadovoljstvo bolnikov, zaposlenih ali zahteve sodobnega okolja (racionalizacija, optimizacija), predstavlja izziv pri vodenju, motiviranju, spodbujanju, spremembi konceptov dela, usmerjanju in določanju vrednosti dela vodjem v zdravstveni negi v sodobnem času (Jooste, 2004, str. 219). Lažje gre ob jasni viziji in programu dela. Izdelana lista perspektivnega kadra, ki je pripravljen sodelovati, slediti, raziskovati ipd., je nujna podlaga za uspešno delo in kratkoročne oziroma dolgoročne načrte dela v stroki in menedžmentu, ob tem pa je potrebno ostati v stiku z zaposlenimi zaradi povratnih informacij z namenom izboljševanja, izpopolnjevanja in spremljanja sodelovanja ter zadovoljstva zaposlenih (Upenieks, 2003, str. 87, Jarvi, 2004, str. 337).

Zaradi vsega tega je treba pripraviti modele rotacije, ki bi vključevali lastnosti delovnih mest, zaposlenih in bolnikov. Zaposleni bi bili že ob sprejemu v delovno razmerje seznanjeni z možnostmi in obliko modelov rotiranja in kariernega razvoja, kar bi ohranjalo možnosti profesionalnega razvoja, nudilo varno delovno okolje in dobro počutje na delovnem mestu. Priprava modelov je predmet nadaljnjih raziskav in vključevanja odgovorov zaposlenih in znanja strokovnjakov.

Literatura

- Brečko D. Načrtovanje kariere je dialog med posameznikom in organizacijo. Planning Career is a Dialogue between an Individual and an Organization. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi: zbornik z recenzijo / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, (strokovno srečanje), Podčetrtek, 5.in 6. november 2008; (uredniki Boris Miha Kavčič... (e tal.). – Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester v managementu, 2008: 67–76.
- Jarvi M, Uusitalo T. Job rotation in nursing: a study of job rotation among nursing personnel from literature and via a questionnaire. *Journal of Nursing Management*, 12, 2004: 337–347.
- Jooste K. Leadership: a new perspective. *Journal of Nursing Management*, 12, 2004: 217–223.
- Kiger A. The importance of research in the development of career in nursing. V Jaz in moja kariera: zbornik predavanj/ seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25.01.2008; ur. Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk, Boris Miha Kavčič, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2008; 43–46.
- Klemenc D. Položaj in vloga menedžmenta v zdravstveni negi v zadnjih desetih letih s strani Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. The Position and Role of Management in Nursing in the last Decade as Seen by the Nurses and Midwives Association of Slovenia. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi: zbornik z recenzijo / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, (strokovno srečanje), Podčetrtek, 5.in 6. november 2008; (uredniki Boris Miha Kavčič... (e tal.). – Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester v managementu, 2008: 25–32.
- Končina M. The Role of management in Healthcare Reform Process in Slovenia. *European papers on the new welfare, The Counter-Ageing Society*, No. 1, May, 2005; 149–159.
- Končina M. Zasebno in javno v zdravstvu – večje potrebe, enake možnosti. V Denar&Svet nepremičnin, Dnevnik, časopisna družba d.d., februar, letnik 8, 2006; 3: 21–22.
- Marušič D. Predlog vladnih reform, ki se nanašajo na področje zdravstva. V *Neprofitni management*, december, letnik 3, 2005; 5–6, 55–6.
- Peternelj A. Kako pripravljene smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 69–70.
- Skela Savič B. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. V Jaz in moja kariera: zbornik predavanj/ seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25.01.2008; ur. Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk, Boris Miha Kavčič, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2008 a; 75-76.
- Skela Savič B. Teorija, raziskovanja in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. V Theory, research and practice – the three pillars of contemporary nursing care: proceedings of lectures with peer review = Teorija, raziskovanja in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo / 1st International Scientific Conference, September 25-26, 2008,

- Bled, Slovenia = 1. mednarodna znanstvena konferenca; (editors: Brigita Skela Savič...(et al)). Jesenice: College of Nursing = Visoka šola za zdravstveno nego, 2008 c: 38–46.
- Skela Savič B., Lokar K. Karierni razvoj – eden izmed glavnih dejavnikov napredka profesije zdravstvene nege. V Jaz in moja kariera: zbornik predavanj/ seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25.01.2008; ur. Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk, Boris Miha Kavčič, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2008 a; 31–42.
- Skela Savič B. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege. Obzr N 2006; 40: 187–96.
- Skela Savič, B. Spremembe na področju vodenja v zdravstvu niso več vprašanje, temveč dejstvo. V Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi: zbornik z recenzijo / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija v managementu, (strokovno srečanje), Podčetrtek, 5. in 6. november 2008; (uredniki Boris Miha Kavčič ... (et al.). – Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, 2008 d:43–50.
- Škrbina V, Skela Savič B, Zurc J. Življenjski slog medicinskih sester, ki opravljajo večizmensko in enoizmensko delo na Onkološkem inštitutu. Lfestyle of nurses who work one and three shift at the Oncological institute. V Sustainable Development of Nursing in Today's Society – Research – Based Development of Nursing. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: Zbornik predavanj z recenzijo / 3rd International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care = 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, September 16–17, 2010, Ljubljana, Slovenia; (editors Brigita Skela Savič...et al.). Jesenice: College of Nursing = Visoka šola za zdravstveno nego, 2010: 247–255.
- Štular S. Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? V Jaz in moja kariera: zbornik predavanj/ seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25.01.2008; ur. Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk, Boris Miha Kavčič, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2008; 47–52.
- Živoder A. Analiza vzrokov absentizma. Primerjava Slovenije in evropske unije. Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, diplomsko delo, 2004.

Kako ne uničiti lastne kariere – najpogostejše napake, ki jih delajo vodje

How not to destroy your career – the most common mistakes leaders make

pred. mag. **Suzana Štular**

Vaš Partner, poslovno in kadrovsvo svetovanje
suzana@vas-partner.si

IZVLEČEK

Vodenje je kompleksna naloga, ki je marsikje zapostavljena ali celo prezrta. Večina vodij v zdravstvu poleg vodenja opravlja tudi strokovne naloge, ki jim pogosto vzamejo več časa kot vodenje. Poleg tega se večina vodij še vedno večino časa ukvarja s procesi in precej manj z ljudmi. Vloga vodje tako poteka med strokovnjakom, vodjem in voditeljem.

Najpogostejše napake, ki jih vodje in voditelji naredijo in jih lahko pripeljejo na rob uničenja lastne kariere, so lahko izhodišča, na katerih se učimo in svoj stil vodenja prilagodimo situaciji.

Ključne besede: vodenje, upravljanje, voditelj, stili vodenja, upravljanje procesov, vodenje ljudi

ABSTRACT

Leadership is a complex and often neglected or even ignored task. Most leaders in health-care professions also work as experts. Those tasks often take more of their time as leading employees. Beside that a lot of managers devote more time to managing processes than to coordinating people. The role of a manager is therefore torn between the role of an expert, manager and leader.

The most common mistakes that managers and leaders do and that can ruin their career as a manager can be a useful starting point for us to learn and act accordingly.

Key words: leading, managing, leader, management styles, managing processes, leadership

Vodenje je kompleksna naloga, ki je marsikje zapostavljena ali celo prezrta. Večina vodij naloge vodenja namreč opravlja poleg drugih strokovnih za-dolžitvev, ki vzamejo včasih tudi več kot 80 % delovnega časa. Načeloma naj bi vodja opravljal v svojem delovnem času do 20 % časa strokovne naloge in 80 % delovnega časa naj bi vodil. V večini slovenskih organizacij, zlasti v zdravstvu, je situacija obrnjena.

Poleg pomanjkanja časa vodje pesti še ena težava. Včasih težko ločimo med vodenjem (*angl. »lead«*) in upravljanjem (*angl. »manage«*). V slovenskem jeziku imamo na tem področju oviro, saj v pogovornem jeziku ne ločimo poj-mov voditeljstvo, vodenje in upravljanje. Za vse oblike navadno uporabljamo besedo vodenje in vodja. In včasih se zdi razlika med upravljanjem in vodenjem tako majhna, da ne vidimo smisla v ločevanju. V resnici pa je raz-lika med posledicami, ki jih imata za podjetje, za njegove ljudi, in za njegove rezultate, ogromna (Musek Lešnik, 2010).

Razliko med tistimi, ki upravljajo in tistimi, ki vodijo, vidi Musek Lešnik pred-vsem kot razliko med koordiniranjem procesov in koordiniranjem ljudi (ibid.). V sedanji nestabilni situaciji se je veliko vodij še bolj zateklo k »trdim« dejavnikom vodenja – procesom, podatkom, oprijemljivim dejavni-kom. Prav »mehki« dejavniki pa so tisti, ki nam pomagajo ustvarjati dodano vrednost. In ta je v zdravstvu še bolj pomembna kot v gospodarstvu.

Od procesov ...

Spremembe na globalnem trgu so z vzpostavljanjem konkurenčnega okolja zahtevale drastične spremembe organizacije dela. V visoko konkurenčnem okolju so namreč preživele le organizacije, ki so se bile sposobne hitro prilagajati trgu. V zdravstvu je potrebo po odzivnosti namesto konkurenčnosti prevzela potreba po nenehnem zagotavljanju vrhunskih storitev, ki so v koraku z napredkom stroke. Z globalizacijo so strokovni dosežki dosegljivi kjer koli v svetu in napredek stroke je hitrejši kot kdaj koli prej. Uspešne organizacije so bile tiste, katerih zaposleni so vestno in natančno izpolnjevali zadane naloge, skratka, so bili »pridni« in ubogljivi delavci. Procesi in njihova optimizacija so bili pomemben dejavnik pri zagotavljanju uspešno-sti organizacije in od zaposlenih se je pričakovalo, da skrbijo za nemoten potek procesov. Vodenje je bilo v okolju toge hierarhije na ravni seta »ukazov in navodil«.

... k ljudem

V okolju intenzivne konkurence so na globalnem ekonomskem trgu uspešna podjetja, katerih zaposleni so prilagodljivi, proaktivni in inovativni. Dosežke in spoznanja stroke je treba čim hitreje prenesti v delovno okolje in tako pacientom zagotoviti vrhunske storitve. Za zagotovitev ustreznih pogojev za to pomembno spremembo je potreben popoln preobrat v pristopu: gre za pristop od spodaj navzgor, namesto ubogljivosti spodbujamo zavezo, proaktivnost, inovativnost. Zaposleni so vse manj »podrejeni« in vse bolj sodelavci, partnerji, celo strateški partnerji. Tako tudi funkcija vodje ni več nadzorna, ampak postaja motivator.

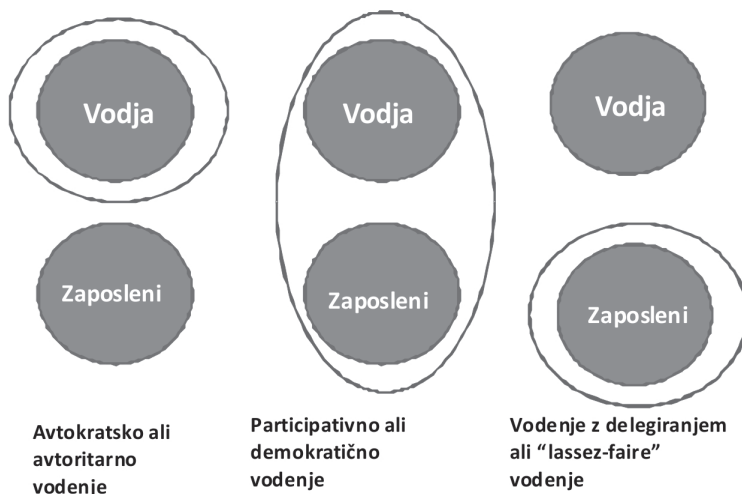
Tabela 1: *Razlike med strokovnjakom, vodjem in voditeljem*

Strokovnjak	Vodja (»Manager«)	Voditelj (»Leader«)
Izvaja osnovne naloge	Nadzira, kontrolira	Ustvarja
Izvaja ponavljajoče dejavnosti	Sledi	Spreminja
Izvaja	Je konzervativen, previden	Upravlja s tveganjem
Kontaktira z zunanjimi (pacienti, strankami, izvajalci ...)	Vzdržuje obstoječ sistem	Navdušuje sodelavce
Dela s pacienti, strankami	Dodeljuje naloge	Usklajuje, usmerja sodelavce

Pomanjkanje časa ter nihanje med vodenjem in upravljanjem so tako tri najpogostejša spolzka področja, kjer kot vodja lahko naredimo napako. Napake načeloma niso nič drugega kot priložnost za učenje in izboljšanje. Konec koncev je prav psihološko dovoljenje za (občasne) napake eden od temeljev inovativne organizacijske kulture. Pogoj pa je, da napake prepoznamo kot takšne in jih ne ponavljamo.

Stili vodenja

Zelo pogosto se predvideva, da mora vsak vodja izbrati določen stil vodenja in se ga držati.

Slika 1: *Stili vodenja in moč odločanja*

Najpogostejše pasti vodenja

Stili vodenja. Zelo pogosto se predvideva, da mora vsak vodja izbrati določen stil vodenja in se ga držati. Med večino vodij prevladuje mnenje, da je najbolj učinkovito demokratično vodenje. Izkušnje in praksa pa kažejo, da je dober vodja tisti, ki zna stil vodenja prilagoditi trenutni situaciji. Kadar imate vse informacije za rešitev problema, malo časa in so vaši sodelavci motivirani ali v kriznih situacijah, je najbolj učinkovit avtoritaren stil vodenja. In obratno, kadar imate na razpolago dovolj časa in želite doseči večjo pripadnost in motivacijo zaposlenih, omogočiti njihov razvoj in razvoj stroke, boste uporabili vodenje z delegiranjem.

Uporaba zgolj enega stila v različnih situacijah vam onemogoča prilagodljivost in ne glede na to, kateri stil vodenja ste izbrali, bo v marsikateri situaciji neprimeren in neučinkovit.

Dober vodja uporablja vse stile – odvisno od okoliščin. Na izbor stila vplivajo dejavniki kot:

- čas, ki je na voljo,
- odnosi (spoštovanje, zaupanje),
- vir informacij,

- usposobljenost vaših sodelavcev,
- interni konflikti,
- tip naloge (glede na strukturo, kompleksnost),
- interna pravila, zakoni, procedure.

Nehali ste spraševati in se učiti ter mislite, da ste najboljši strokovnjak, najboljši vodja, najboljši tim ali najboljši oddelek z najboljšimi storitvami. Razmišljate in se vedete, kot da vse že veste. Mislite, da ste se že vse naučili in da ste »na vrhu sveta«. Ne samo, da na tak način izgubite stik s svojimi sodelavci in stroko, postali ste »upravljalec« in ne vodja. Pri današnjem hitrem tempu uvajanja novosti in sprememb lahko v kratkem času strokovno zakrnete, kot »upravljalec« pa boste hitro izgubili avtoriteto vodje.

Mikromenedžment. Kadar svojim sodelavcem poleg cilja predpišete tudi natančno pot, kako morajo do njega priti, ste padli na dveh frontah: vaši sodelavci bodo počasi postali nesposobni, nemotivirani in neambiciozni, obenem pa ste v vašem timu zavrli inovativnost (Stillman, 2010). Že res, da ste morda dober strokovnjak, vendar je matematično skoraj nemogoče, da ste boljši, imate več dobrih idej in lahko vedno poiščete boljšo rešitev kot dober tim. In kadar se vodje pritožujejo nad nezainteresiranimi, brežvoljnimi, nemotiviranimi zaposlenimi, skoraj vedno ugotovimo, da so si takšen tim vzpostavili kar sami.

Zaposlujete sebi podobne sodelavce, ki jih lahko nadzorujete. Če nismo usposobljeni za izbor sodelavcev in nimamo vzpostavljenega sistema zaposlovanja, ki temelji na sodobnih spoznanjih kadrovanja, zelo verjetno zaposlujemo sodelavce, ki so nam podobni in se z nami strinjajo. Na ta način kot organizacija ali oddelek izgubljate pestrost in različne poglede na probleme, s katerimi se soočate. Čeprav se vam na prvi pogled morda zdi, da v krogu sebi enakih naredite več in hitreje, pa izgubljate dragocene zorne kote in drugačne poglede. Ni naključje, da v nekaterih multinacionalkah zaposlujejo različne sodelavce po vnaprej določenem ključu glede na starost, osebne značilnosti, spol, rasno in etično pripadnost itd. Če zaposlujete »po intuiciji« in »občutku«, zelo verjetno zaposlujete pretežno sebi podobne sodelavce, kar na dolgi rok ni produktivno in vas lahko pokoplje. Izdelajte si model zaposlovanja, vključite (zunanje) strokovnjake in zberite okoli sebe pester in učinkovit tim. Orodij za krmarjenje timov je dovolj in vodenje takšnega tima je lahko tudi zabavno!

Dobro veste, kaj hočejo vaši zaposleni. Vse prepogosto vodje mislijo, da zelo dobro vedo, kaj hočejo njihovi zaposleni. Opazila sem, da gre za obratno sorazmerje: bolj ko so prepričani v svoj prav, dlje so od resnice. To se pokaže vedno, kadar jih kljub vsemu uspem prepričati, da izvedemo vsaj kako fokusno skupino ali raziskavo z vprašalniki. Ne predvidevajte, saj ste lahko zelo daleč od resnice in boste zato vlekli napačne poteze.

Bijete preveč bitk na preveč frontah. Zlasti vodje, ki so v podjetje prišli pred kratkim, se (pre)hitro znajdejo na preveč frontah naenkrat. Dobro premislite prioritete in si izberite toliko bitk, kot jih še zmorete. Poskrbite tudi za zaveznike, premislite strategijo in taktike ter preverite zalogo streliva.

Jemljete stvari osebno. Zlasti, če ste se spustili v bitke, preverite, ali ste poskrbeli za neprebojni jopič: ne jemljite stvari osebno. Posel je posel in večina kritik leti na vašo vlogo vodje – ne na vas osebno. Seveda to ne pomeni, da kritike in ugovore enostavno ignorirate. Vzemite jih resno in jih pretehtajte, če so upravičeni, ustrezno odreagirajte. Ne vzemite pa jih kot napad na vašo osebnost.

Vsak dober vodja se mora zavedati, da vloga vodje že sama po sebi pomeni, da vas ljudje v neposrednem okolju ne bodo imeli radi. Seveda pa to ne pomeni, da ni potrebno, da vas spoštujejo.

Ne strinjate se z vodstvom in o tem razpravljate s svojimi sodelavci. Situacija, da se kot vodja ne strinjate z odločitvami ali nameni vodstva, ni nenavadna, niti redka. Možno je, da (še) nimate vseh podatkov ali ne poznate vseh posledic določene odločitve vodstva, in se nekatere odločitve iz vašega zornega kota zdijo nesmiselne. Svoje nestrinjanje in konstruktivne predloge lahko podate svojemu nadrejenemu. Največja napaka, ki jo v taki situaciji lahko naredite, pa je, da odločitve vodstva kritizirate pred svojimi sodelavci. Na ta način boste v zelo kratkem času izgubili spoštovanje in avtoriteto vodje, saj svojim sodelavcem na ta način sporočate, da:

- nimate hrbtenice: če bi jo imeli, bi odšli tja, kjer bodo vaše mnenje spoštovali;
- vaše mnenje vodstva ne zanima: če bi jih zanimalo, se vi ne bi pritoževali;
- niste vredni zaupanja: verjetno se na podoben način vodstvu pritožujete čez svoje sodelavce;

- niste (dober) vodja.;
- bolj kot to, da ste njihov vodja, vas zanima biti prijatelj svojih sodelavcev (Hayden, 2010).

Zelo verjetno pa bo prej ali slej do vaših nadrejenih prišla informacija, da ste se pritoževali nad odločitvami vodstva, kar vas dejansko lahko stane vaše kariere.

Uspešno krmarjenje kariere med čermi vaše kariere!

Literatura

Hayden D. Supervisor: You can disagree with company policy and not destroy your career. The CNC Project. 14. 5. 2010. Dostopno na <http://cnctips.wordpress.com/2010/05/14/supervisor-1/> (20. 9. 2010)

Lantz G. Take the Bull by the Horns: The Busy Leader's Action Guide to Growing Your Business...and Yourself. Birmingham: WorkMatters Press; 2009.

Musek Lešnik, K. Nekateri psihološki vidiki vodenja. V: Izbrani članki na temo psiholoških vidikov vodenja. Dostopno na: <http://www.ipsos.si/web-data/Templates/menu-podjetje-vodenjeupravljanjesspremembamiklima.html> (20. 9. 2010)

Rath, T. Strengths-Based Leadership. New York: Gallup Press; 2008.

Stillman, J. 3 Ways to Break Out of a Career Rut. The BNET Report. 14. 9. 2010. Dostopno na <http://www.bnet.com/blog/entry-level/3-ways-to-break-out-of-a-career-rut/3187?promo=713&tag=nl.e713> (20. 9. 2010)

Z merjenjem do izboljšav zdravstvene prakse – vloga zdravstvenega tima

Healthcare improvement trough measurement – the role of the clinical team

izr. prof. dr. **Andrej Robida**

Medicinska fakulteta Univerza v Mariboru
Fakulteta za zdravstvene vede Univerza v Mariboru
Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
andrej.robida@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Menedžment zdravstvene prakse je sistem nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in zagotavljanja, da prejmejo pacienti varno in najvišjo kakovost zdravstvene oskrbe. Da bi opravičil svoje poslanstvo, mora menedžment podpreti zdravstvene timе pri merjenju zdravstvene prakse z namenom ugotavljanja vrzeli med prakso, ki se trenutno izvaja, in standardi ali najboljšimi praksami. Osebjе, ki dela v prvi liniji s pacienti, najboljše pozna svoje sisteme in procese dela in igra ključno vlogo pri njihovem izboljševanju. Opisan je model za izboljšave s poudarkom na zbiranju podatkov, njihovi analizi s pomočjo analitične statistike in primer sporočanja napak pri ravnanju z zdravili.

Ključne besede: menedžment zdravstvene prakse, model za izboljšave, merjenje, časovna karta, večpoklicni zdravstveni tim

ABSTRACT

Clinical governance consists of a system of continuous quality and patient safety improvement ensuring patients health care that is safe and of the highest quality. To live up to their mission management must support healthcare teams in measuring their practice with the aim of detecting gaps between the current practice and the best practice or standards. Staff working in the first line know their systems and processes well and play a key role in their improvement. In this article a model of improvement with emphasis on data collection and data analysis using methods of analytical statistics and a case of a self-reported medication errors is described.

Key words: clinical governance, model for improvement, measurement, run chart, multi-professional clinical team

1 Uvod

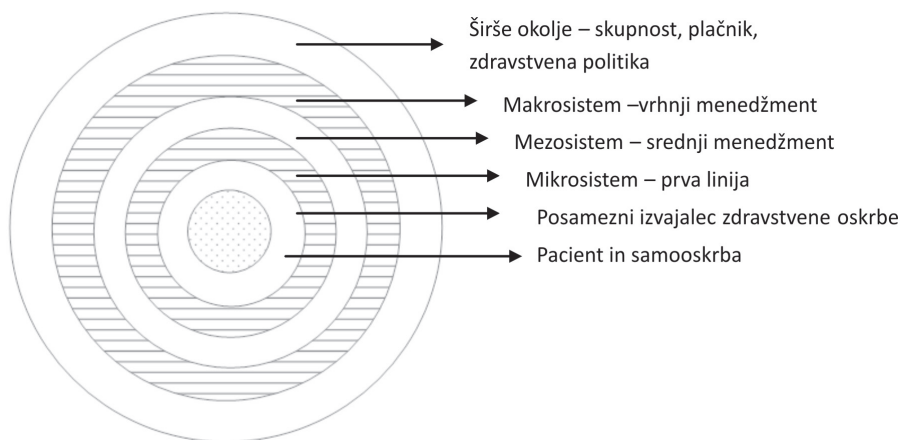
Menedžment zdravstvene prakse je sestavljen iz štirih prvin:

1. varnosti pacientov,
2. nenehnega izboljševanje kakovosti,
3. profesionalne odgovornost in odgovornosti ustanove ter
4. kulture in učenja (McSherry in Pearce, 2007).

Menedžment zdravstvene prakse se osredotoči na to, kaj se dogaja na oddelkih, enotah in v ambulantah, kjer se izvajajo zdravstvene storitve. Nekaj stvari v zvezi s kakovostjo in varnostjo se pri nas že dogaja v posameznih ambulantah, oddelkih, enotah, posameznih zdravstvenih timih in posameznih poklicnih skupinah, a gre za razdrobljenost dela, brez skupnih ciljev zdravstvene organizacije in za mentaliteto »vrtičkov«. Tako ni čudno, da se dobre prakse na enem oddelku ali v ambulanti iste zdravstvene organizacije redno izvajajo, na drugih oddelkih ali v ambulantah iste zdravstvene ustanove pa sploh ne vedo zanje. Manjka povezovanje aktivnosti na področju kakovosti in varnosti, ki ga ponuja prav menedžment zdravstvene prakse.

Menedžment zdravstvene prakse mora biti dosleden, veljati mora za celo zdravstveno ustanovo, biti mora odgovorno in razvojno usmerjen. Odgovornost za odličnost zdravstvene prakse je deljena, kar ne pomeni, da potem nihče ni odgovoren. Porazdeljeno odgovornost dosežemo lahko s skladnim delovanjem vodstva zdravstvene organizacije in vsega osebja. Gre za skladno delovanje makrosistema, mezosistema in mikrosistema v zdravstveni organizaciji (slika 1).

Vrhnje vodstvo zdravstvene organizacije predstavlja makrosistem in daje usmeritve za menedžment zdravstvene prakse. Uvedba in spremljanje menedžmenta zdravstvene prakse je odgovornost vrhnjega vodstva in poročilo o izvajanju in rezultatih mora imeti enako težo kot poročilo o finančnem poslovanju. Če si ogledate letna poročila svetom zavodov in ustanoviteljem, boste hitro ugotovili, da tako imenovana »strokovna poročila« redko dosežejo po kakovosti pripravo finančnih poročil. Srednje vodstvo – mezosistem, mora cilje oddelkov uskladiti s cilji celotne ustanove in je odgovorno za izvajanje letnih programov menedžmenta zdravstvene prakse. Zdravstveni strokovnjaki v mikrosistemu imajo dolžnosti poleg »neposrednega« dela s pacienti svoje delo tudi izmeriti in ga nenehno izboljševati skladno s programom menedžmenta zdravstvene prakse. To seveda zahteva, da vsakdo v zdrav-



Slika 1. *Umestitev mikrosistema v zdravstveni oskrbi (prirejeno po Nelson idr., 2008).*

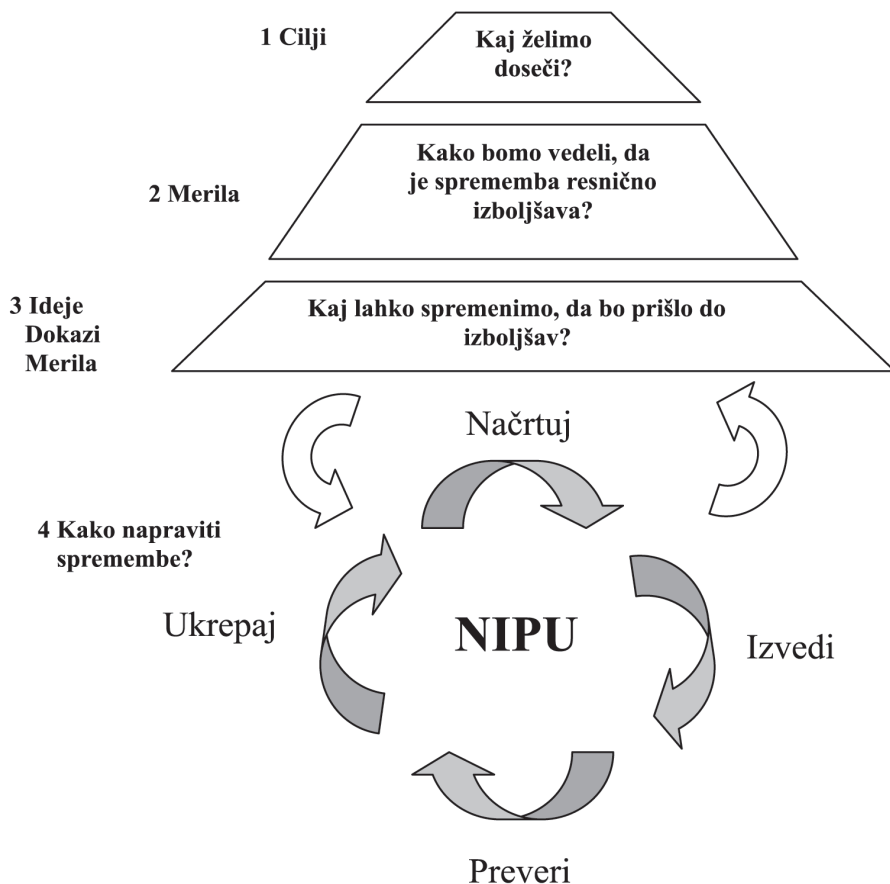
stveni organizaciji sprejme transparentno odgovornost za delo v zdravstvenih timih. Zdravstveni strokovnjaki pa morajo imeti visoko stopnjo odgovorne avtonomije na področjih, kjer so eksperti.

2 Model za izboljšave

Bistvenih izboljšav ne moremo narediti, če se še tako trudimo. Preoblikovati ali ponovno zasnovati moramo procese ali sisteme. Rezultati (uspešnost delovanja) sistema zdravstvene obravnave, kot sta umrljivost ali hitrost dostopnosti zdravstvene oskrbe, so lastnost našega sistema zdravstvene oskrbe. Enako velja za del zdravstvene obravnave – za zdravstveno in babiško nego – samo s spremembami lahko dosežemo boljše rezultate, na primer, z uporabo standardizirane komunikacije lahko zmanjšamo število napak, s standardizirano predajo pacientov se izognemo izgubi pomembnih informacij in rešimo marsikaterega pacienta pred škodo za zdravje zaradi napak. Če se bolj potrudimo, lahko dosežemo le zelo majhne izboljšave, a take izboljšave niso bistvene, ker ne pomenijo nove ravni sposobnosti sistema (Berwick, 1996).

Če se nam sedanja raven uspešnosti delovanja ne zdi ustrezna (dokažemo jo lahko z merjenjem), moramo izbrati med spremembo in nezadovoljstvom

(Batalden in Stoltz, 1993). Jasno moramo razločevati med obremenitvijo sedanjega sistema, zanašajoč se na več istega (na primer več osebja), in vpeljavo novega sistema (drugačen način dela).



Slika 2: *Model za izboljšave. Štiri osnovna vprašanja (prirejeno po Langley GK, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL in Provost LP, 2009).*

Za odlično zdravje moramo ustvariti odličen sistem zdravstvenega varstva. Izboljšave se začno z voljo do sprememb, a da bi jih dosegli, potrebujemo metode za sistemske spremembe, model za izboljšave (slika 2).

Da bi dobili odgovor na prvo vprašanje, kaj hočemo doseči, zapišemo temo za izboljševanje, globalni in specifični cilj za izboljšavo. Zastavimo si jasne cilje. Nato si moramo odgovoriti na drugo vprašanje, kako bomo vedeli, da je sprememba resnično izboljšava. Na to vprašanje je odgovor nemogoč, če ne uporabimo merjenja.

Uvedemo merila, ki nam bodo povedala, ali spremembe privedejo do izboljšav. Spremembo, ki smo jo uvedli, testiramo v krogu NIPU in jo izmerimo. Ponavadi napravimo veliko kratkih testiranj v več NIPU krogih in to delamo tako dolgo, dokler ne zapremo vrzeli med našo sedanjo prakso in standardom ali najboljšo prakso. Brez merjenja tega ne moremo napraviti.

3 Splošno o merjenju

Merjenje je ključnega pomena pri izboljševanju zdravstvene prakse in tudi njenega dela – zdravstvene in babiške nege. Merjenje zdravstvenemu timu pove, ali uvedene spremembe pripeljejo do izboljšav ali ne. Merjenja za izboljšave ne smemo zamenjati za merjenje pri raziskavah. Razlike so prikazane v tabeli 1.

Tabela 1: *Razlike med merjenjem pri raziskavah in izboljševanju procesov.*

	Merjenje pri raziskavah	Merjenje za izboljšave procesov
Namen	Odkrivanje novega znanja	Vpeljava novega znanja v vsakdanjo prakso
Testiranje	Velik »slepi« test	Mnogo majhnih opazovalnih testiranj
Priistranosti	Kontrola za kar se da veliko priistranosti	Stabiliziranje priistranosti od testa do testa
Podatki	Zbiranje veliko podatkov zaradi statističnega izračuna	Zbiranje dovolj podatkov za vstop v drugi ciklus testov
Trajanje	Lahko traja dolgo, zlasti zbiranje podatkov	Majhni testi za klinično signifikantnost pospešijo hitrost izboljševanja

Pri izboljševanju kakovosti in varnosti pacientov lahko merimo veliko stvari. Osredotočil se bom na izboljševanje zdravstvene prakse v zdravstvenem timu in zato tudi na merjenje, povezano z izboljševanjem vsakdanje prakse

v zdravstvenem timu. Ko govorim o zdravstvenem timu, imam v mislih večpoklicen zdravstveni tim. Enaka načela, metode in orodja veljajo tudi za negovalne in babiške time.

Lastno zdravstveno prakso presojamo za izboljšanje oskrbe pacientov, za zagotavljanje, da so pacienti deležni najboljše mogoče oskrbe (osnovane na dokazih), da zadostimo standardom, da izboljšamo večpoklicno timsko sodelovanje in komunikacijo in da najboljše izrabimo vire, ki jih imamo na voljo.

Ciklus presoje ima 10 faz: izbira širše teme, določanje in sprejem namena in specifičnih ciljev, pregled dokazov, postavljanje standardov/meril, določanje načina zbiranja podatkov in izvedba pilotne presoje, zbiranje podatkov, analiziranje podatkov, razpravljanje o rezultatih, uvedba spremembe in ponovna presoja (Robida, 2009, str. 114).

Pogledali si bomo tiste faze ciklusa presoje, ki imajo opraviti z merjenjem. To so način zbiranja podatkov, njihova analiza in razprava o rezultatih.

3.1 Podatki

Podatki so nerazložena dejstva in opazovanja, informacije pa preobraženi podatki na podlagi analize in tolmačenja v obliko, ki pomaga pri odločitvah.

Obstajajo štiri osnovne strategije zbiranja podatkov: uporaba podatkov, ki se že rutinsko zbirajo, zbiranje podatkov za analizo trenutnega procesa, zbiranje podatkov posameznih faz trenutnega procesa in zbiranje podatkov za raziskavo (Balestracci, 2009, str. 116).

Pri zboljševanju zdravstvene prakse ali zdravstvene/babiške nege bomo merili nek proces in zbrali podatke o tem, kako proces deluje sedaj, podatke analizirali, primerjali z najboljšo prakso, ugotovili vrzel, spremenili proces, če je potrebno glede na analizo zbranih podatkov, in ponovno zbrali podatke, da bomo ugotovili, ali je sprememba pripeljala do izboljšave.

V začetku potrebujemo *izhodiščne podatke* katerih analiza nam pove, kako deluje naš sedanji proces.

3.2 Zbiranje podatkov

Slabi podatki pomenijo, da bo informacija, ki jo dobimo z analizo podatkov, nekoristna ali zavajajoča. Za uspešno zbiranje podatkov moramo odgovoriti na nekaj vprašanj:

1. Zakaj zbiramo podatke? Kaj je naš namen?
Osredotočiti se moramo na specifične informacije, ki jih hočemo dobiti s projektom.
Določimo, kaj hočemo meriti, recimo kolikokrat medicinska sestra dvigne telefon v eni izmeni, koliko časa porabi za odgovarjanje na telefon, delež pacientov, ki so dobili pljučnico na respiratorju, delež poškodb sosednjih organov pri določeni operaciji.
2. Katere metode bomo uporabili za analizo podatkov?
3. Katere podatke bomo zbrali in kje v procesu, ki ga presojava? Kako bomo zagotovili čim manjšo porabo časa za zbiranje?
4. Kako bomo podatke merili? Kako jih bomo zapisovali? Kakšne podatke potrebujemo, da bomo meritve lahko ovrednotili? Ker hočemo primerjavo s standardom, nam standard pove, v kakšnih enotah bomo izrazili meritve, recimo v razmerju števil, odstotkih, celih številih. Ali na primer »takoj« pomeni v 5 minutah, v eni uri ali enem dnevu? Ali se je neki dogodek zgodil ($x = 1$) ali ne ($x = 0$)?
5. Kako pogosto bomo zbirali podatke? To je odvisno od procesa, ki ga merimo. Morda bo potrebna meritev vsako uro, vsak dan, teden, mesec, denimo število padcev na 1.000 oskrbnih dni lahko merimo vsak dan, odstotek nedokončanih popisov bolezni vsakih 30 dni.
6. Kdaj bomo zbirali podatke? Kdaj bo motnja pri delu najmanjša?
7. Kdo bo zbiral podatke?
8. Kakšno usposabljanje je potrebno za zbiralce podatkov? Ali je zbiranje podatkov stabilno?

Pripravimo obrazec za zbiranje podatkov, ki mora biti enostaven in nedvoumen, da zagotovi dosledno zbiranje podatkov. Pri njegovem oblikovanju naj sodelujejo tisti, ki bodo podatke zbirali in ga uporabljali. Za vsak standard, ki ga izberemo za presojo, mora biti najmanj eno vprašanje ali trditev na obrazcu. Zagotoviti moramo pojasnilo, na kateri cilj ali standard se vprašanje nanaša. Pri sestavi obrazca si zapomnimo:

- obrazec mora imeti naslov in datum presoje;
- vključiti je treba ime osebe, ki vodi presojo, in navodila, kam je treba vrniti obrazec;
- vključiti je treba navodila za izpolnjevanje obrazca;
- izogibati se je treba prostega besedila.

Izobrazimo zbiralce podatkov in jim dajmo natančna pisna navodila. Zbiralci morajo biti seznanjeni s cilji presoje, s tisto zdravstveno prakso, ki se presoja in s strukturo medicinske dokumentacije ali drugih medijev, na katerih so informacije. Če podatke zbira več oseb, moramo natančno opredeliti njihovo odgovornost. Osebi ali osebam, ki bodo zbirali podatke, moramo zagotoviti dovolj časa.

3.3 Analiziranje podatkov

Kako bomo podatke analizirali, moramo vedeti, preden zberemo prvi podatek. Zavedati se moramo dejstva, da če podatkov za presojo ne zbiramo ciljno, lahko anketirance »mučimo«, dokler ne bodo »priznali« tistega, kar želimo (Balestracci, 2009, str. 117).

Predn se lotimo analize, pogledjmo podatke še enkrat:

1. Kaj je namen teh podatkov?
2. Ali je delovna definicija nejasna?
3. Kako smo zbrali podatke?
4. Ali je načrtovana analiza primerna glede na način, kako smo podatke zbrali?
5. Kaj bomo storili, če sploh kaj, s temi podatki?

Pomembno izboljšavo lahko dosežemo, če statistično analizo uporabljamo v okviru razumevanja variabilnosti in sistema. Seznaniti se moramo s statistiko, osredotočeno na procese, na statistično kontrolo procesov.

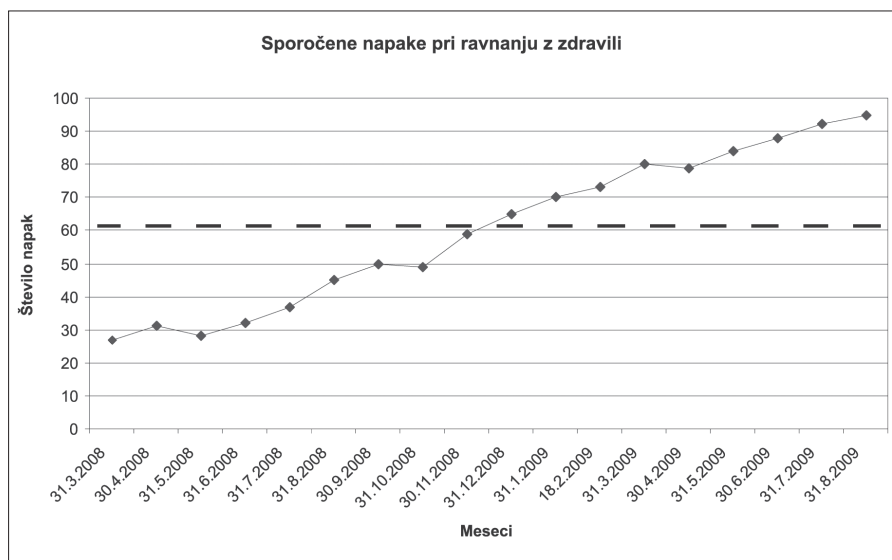
Statistična kontrola procesov se osredotoča na *časovno spremljanje procesov*, usmerja primerno delovanje za njihovo izboljšanje, je metoda, s katero podatke »vidimo«, pomaga razumeti doseganje zastavljenih ciljev, je orodje za reševanje problemov:

- določanje sprememb,
- zmanjševanje variabilnosti,
- doseganje stabilnosti procesov.

Najpreprostejša je časovna karta. Pomeni časovni zapis procesa. Zato moramo podatke v karto vnašati v sosledju, kot so nastajali (denimo, če zbiramo podatke vsak mesec, jih moramo tudi vnašati zaporedno po mesecih). Časovna karta ni kontrolna karta, saj nima kontrolnih mej. Uporabljamo jo lahko za kateri koli proces (finančni, klinični ...) in za kakršen koli tip podatkov (numerične, odstotke, razmerja ...). Narišemo jo enostavno ročno ali z uporabo računalnika, na primer s programom excel.

Primer časovne karte: Največ napak nastane pri ravnanju z zdravili. Koliko napak pri ravnanju z zdravili se zgodi, se ne da ugotoviti, če ljudje, ki delajo v procesu ravnanja z zdravili, napak ne sporočajo. V neki bolnišnici je bilo sporočeno število napak glede na podatke iz literature majhno. Vodstvo je izvedlo več aktivnosti, da bi se povečalo število sporočanj. Zavedalo se je, da mora osebje razpoznati, kdaj se zgodi napaka zaradi zdravil, da je treba uvesti sistem sporočanja, ki bo prijazen do sporočevalcev, ne bo zahteval veliko časa in bo lahek za uporabo. Kultura mora biti v bolnišnici pravična, kar pomeni, da ni osredotočena na obtoževanje in kaznovanje posameznika, pač pa da spodbuja sporočanje in pohvali sporočevalce ter se osredotoči na sistem ravnanja z zdravili.

Odločili so se, da izvedejo pilotno študijo na internističnem oddelku. Defini-rali so, kaj pomeni napaka pri ravnanju z zdravili. Na sestanku osebja, ki



Slika 3. **Podatki do 31. 11. 2008 so podatki pred uvedbo pilotne študije (to so izhodiščni podatki) in podatki od 31. 12. 2008 po njeni uvedbi. Črtnana črta je mediana, 62 napak. Časovna karta je pokazala, da gre za specialne vzroke povečanja števila sporočanj, kar pomeni, da se je proces sporočanja napak ravnanja z zdravili spremenil.**

ravna z zdravili, so razložili namen projekta. Izbrali so time za zbiranje podatkov in jih naučili potek sporočanja napak pri ravnanju z zdravili in tudi simulirali celoten postopek od razpoznavne napake do sporočila v bolnišnični sistem za sporočanje.

Na časovni karti so prikazali podatke za 18 mesecev.

V primeru, da časovna karta ne pokaže specialnih vzrokov za spremembo, pomeni, da sprememba ne deluje. Tako si lahko s statistično kontrolo procesov na znanstven način pomagamo pri odločitvah. Vodstvo je tako vedelo, da spremembe, ki so jih uvedli, delujejo in da so osnovane na analizi podatkov in ne na odločanju »prek palca«, na primer z apeliranjem na osebje, da naj večkrat sporoči napake. Podatke je dobilo tudi osebje in je tako ugotovilo, da se sprememba »splača«. Vodstvo je na podlagi analize pripravilo načrt za izboljšave ravnanja z zdravili in uvedlo posamezne aktivnosti s pilotnimi študijami z uporabo modela za izboljševanje.

Bolnišnica je dosegla na področju ravnanja z zdravili vse štiri prvine menedžmenta zdravstvene prakse. Tako se je v treh letih povečala varnost ravnanja z zdravili in s tem varnost pacientov. Prišlo je do izboljšave kakovosti vsakdanjega dela, povečane profesionalne odgovornosti in osebje ter vodstvo se je naučilo uvajanja izboljšav v vsakdanjo prakso. Na podlagi pozitivnih izkušenj so se odločili tudi za druge projekte, na primer: zmanjševanje padcev, razjed zaradi pritiska, okužb mesta operacije itd.

6 Zaključek

Vodstvo je odgovorno za menedžment zdravstvene prakse. Zdravstveni strokovnjaki so odgovorni za kakovost in varnost vsakdanje zdravstvene prakse. Menedžment zdravstvene prakse mora biti reguliran in politika menedžmenta zdravstvene prakse zapisana v aktih zdravstvene ustanove. Upoštevati mora prvine menedžmenta zdravstvene prakse: varnosti pacientov, nenehno izboljševanje kakovosti, profesionalno odgovornost in odgovornosti ustanove ter kulturo in učenje. Politika mora biti pregledna, etična, upoštevati mora pravično kulturo brez obtoževanja posameznika (razen v redkih, točno vnaprej določenih primerih), zahtevati odgovornost osebja in vodstva in biti osredotočena na pacienta.

Literatura

- Balestracci D. Data sanity. Englewood: Medical Group Management Association, 2009.
- Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care. *Jt Comm J Qual Improv.* 1993; 19 (8): 424–447.
- Berwick D M. A primer on leading the improvement of systems. *Br Med J.* 1996; (5) 312:619–622.
- Langley GK, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide.* San Francisco: Jossey- Bass, 2009.
- McSherry R, Pearce P. *Clinical governance.* Oxford, Blackwell Publishing, 2007.
- Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE Jr., McKinley KE, et al. *Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems.* *Jt Comm J Qual Improv.* 2008; 34(7): 367–378.
- Robida A. *Pot do odlične zdravstvene prakse.* Ljubljana: Planet GV, 2009.

Izkušnje nadzornih komisij Zbornice – Zveze s strokovnimi nadzori s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege

Experience of supervisory committees of The Nurses and Midwives Association of Slovenia with counselling in the fields of nursing and midwifery care

Irena Buček Hajdarević dipl. m. s.

pred. **Peter Požun** viš. med. teh., univ. dipl. ekon.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
podpredsednik@zbornica-zveza.si

IZVLEČEK

Strokovnost dela zaposlenih v zdravstveni in babiški negi zagotavljajo ustrezna izobrazba, strokovna usposobljenost in razpoložljivost ustrezne opreme. Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki ga je izdal minister za zdravje pri posameznem poklicu, predpisuje minimalno kvalifikacijo, opredeljuje raven in delovno področje zdravstvene dejavnosti ter določa delovno področje in kompetence pripadnikov posameznega poklica. Izpolnjevanje predpisanih pogojev zagotavlja optimalno zdravstveno oskrbo. Posameznik za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.

Z izvajanjem strokovnih nadzorov Zbornica – Zveza želi odkriti tista področja v izvajanju zdravstvene nege in babiške nege, kjer bi bilo potrebno vpeljati spremembe. Pomemben namen strokovnega nadzora s svetovanjem je namreč prav svetovanje, kako naj izvajalci zdravstvene in babiške nege izboljšajo kakovost dela na svojem strokovnem področju.

Ključne besede: strokovni nadzor, zdravstvena nega, babiška nega, zbornica

ABSTRACT

The competence of those employed in the nursing and midwifery care is ensured by appropriate education, expert training and availability of appropriate equipment. The catalogue of professions in health care, issued by the minister of health for each profession separately, describes minimal qualification, defines the level and area of work of health

care, and determines the area of work and competence required from each member of an individual profession. When all the prescribed conditions are fulfilled the health care is optimal. Each individual is ethically, professionally, legally and materially responsible for his/her work.

The Nurses and Midwives Association of Slovenia carries out professional supervisions with the aim to find the areas in nursing and midwifery care requiring implementation of changes. The most important aim of a professional supervision with counselling is indeed the counselling on how the providers of nursing and midwifery care will improve the quality of work in their professional field.

Key words: professional supervision, nursing care, midwifery care, nurses and midwives association

1 Uvod

Fraser, Lakhani, Baker (1998) nadzor opredeljujejo kot postopek kritičnega in sistematičnega ocenjevanja lastnega strokovnega dela z namenom, da bi izboljšali lastno delo in nenazadnje kakovost in/ali stroškovno učinkovitost oskrbe bolnikov. Strokovni nadzor tako pomeni zbiranje podatkov o določenih okoliščinah, njegov namen pa je ugotavljanje dejanskega stanja. V glavnem je usmerjen na pregled pogojev dela vključno z usposobljenostjo izvajalcev.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) opredeljuje regulacijo kot sestavino oblik in procesov, s čemer so v poklic in izvajanje poklicne dejavnosti vnešeni ureditev, konsistentnost in nadzor (ICN, 2007).

Skladno z definicijo ICN je torej temeljni namen strokovnega nadzora s svetovanjem zagotavljanje pacientom varne in kakovostne zdravstvene in babiške nege.

Zaposleni v zdravstveni in babiški negi so dolžni svojo dejavnost opravljati v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in etičnim kodeksom. V ta namen služijo strokovne smernice, standardi, algoritmi, protokoli in druga strokovna navodila, ki jih sprejme in potrdi strokovni svet zdravstvene in babiške nege. Z njimi morajo biti seznanjeni vsi zaposleni, dolžnost menedžmenta v zdravstveni negi pa je, da z internimi strokovnimi nadzori zagotavlja, da zaposleni delo opravljajo v skladu s sprejetimi strokovnimi smernicami in navodili.

Strokovnost zaposlenih v zdravstveni in babiški negi je dodatno regulirana s podzakonskimi akti. Tako izvajalec sme samostojno opravljati dejavnost zdravstvene in babiške nege v Republiki Sloveniji, če je vpisan v register, ima veljavno licenco in če izpolnjuje druge predhodno opisane pogoje. Licenca se posamezniku podeli za določen čas – za dobo sedmih let, podaljšati pa jo je možno na podlagi dokazil o strokovni usposobljenosti za nadaljnje delo. Z licenco, ki je javna listina, posameznik dokazuje svojo strokovno usposobljenost.

Za zagotavljanje strokovnosti zaposlenih v zdravstveni in babiški negi je obvezno tudi strokovno izpopolnjevanje, ki obsega stalno, neprekinjeno in sistematično pridobivanje, razširjanje in poglobljanje teoretičnih in praktičnih znanj posameznika, potrebnih za uspešno opravljanje poklicnih dejavnosti (kompetence) in nalog, glede na vrsto dela, ki ga opravlja.

2 Strokovni nadzori s svetovanjem

Nadzorstvo v zdravstveni dejavnosti je opredeljeno v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Uradni list RS, št. 23/05, 15/08, 23/08, 58/08, 77/08 ter v Zakonu o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06, 15/08, 58/08). ZZDej opredeljuje vrste nadzorov in sicer s strokovnega, upravnega in finančnega vidika. Pri strokovnem nadzoru zakon razlikuje notranji strokovni nadzor, ki ga izvajajo zdravstveni delavci in sodelavci s samonadzorom in odgovorni za strokovnost dela v zavodu, ter strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga kot javno pooblastilo izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje. Upravni nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev izvaja Ministrstvo za zdravje, izpolnjevanje pogodb izvajalcev zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe pa nadzira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Člen 87a ZZDej pooblašča ministra, pristojnega za zdravstvo, da lahko posamezno poklicno zbornico ali strokovno združenje iz 87. člena ZZDej pooblasti za izvajanje posameznih nalog iz 34., 35. in 42. člena ZZDej ter za izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezno poklicno skupino (Ustavna odločba U-I-137/01 z dne 11. 12. 2003).

Pomemben element regulacije poklicne dejavnosti je tudi strokovni nadzor, ki ga opredeljuje IX. poglavje zakona o zdravstveni dejavnosti.

Strokovni nadzor s svetovanjem na področju zdravstvene in babiške nege

je zakonska obveznost pristojnega ministrstva, ki pa je to nalogo z javnim pooblastilom preneslo na Zbornico – Zvezo. S strokovnim nadzorom zagotavljamo zaščito uporabnikov pred nekakovostnim izvajanjem dejavnosti ter s svetovanjem pomagamo izvajalcem pri uvajanju izboljšav.

Strokovni nadzor s svetovanjem izvaja pristojna zbornica v skladu s posebnim programom, ki ga sprejme zbornica oziroma strokovno združenje s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

Pristojna zbornica opravi strokovni nadzor s svetovanjem tudi na predlog zavarovane osebe, delodajalca, zdravstvenega delavca oziroma zavoda ali na drug predlog.

Način izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezno poklicno skupino predpiše pristojna zbornica v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje (ZZDej, 2005).

Strokovni nadzor z svetovanjem, ki ga izvaja Zbornica – Zveza, ima namen, da ugotavlja strokovnost dela izvajalcev zdravstvene in babiške nege, kot posameznikov in celotne službe oziroma dejavnosti, poda mnenje o organiziranosti dela v zavodu oziroma pri posameznem izvajalcu, opremljenost in higienski režim, ugotavlja ustreznost kadrovske zasedbe delovnih mest glede na akte organizacije oziroma potrebe pacientov, izvajanje strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja, ugotavlja izvajanje strokovnih navodil, ki veljajo v stroki, ter svetovanje izvajalcem, kako bolje delati.

Ustava RS v 121. členu (Uradni list RS, št. 33/1991) opredeljuje javno pooblastilo kot pravico posameznikov in organizacij, ki niso državni organi, da izvršujejo funkcijo uprave. Gre torej za to, da javno oblast izvršujejo organizacije oziroma subjekti, ki niso del državnega aparata. Te funkcije so različne, podrobneje jih opredeljuje Zakon o državni upravi (Uradni list RS, št. 83/03). Javno pooblastilo se izvršuje na tri načine: z izdajanjem splošnih aktov, z izdajanjem posamičnih aktov oziroma z odločanjem v posamičnih stvareh in z opravljanjem materialnih (realnih) dejanj.

Podelitev javnega pooblastila obsega dva elementa: določitev vsebine javnega pooblastila, tj., katere upravne naloge se zaupajo (dodelijo) kot javno pooblastilo, in določitev nosilca javnega pooblastila, tj., kateri osebi se zaupajo (dodelijo).

Določitev vsebine javnega pooblastila pomeni določanje pristojnosti oziroma določanje nalog (funkcij) državne uprave, ki bo sicer dodeljena v izvrševanje nosilcu javnega pooblastila.

Določitev nosilca javnega pooblastila pa pomeni določanje pogojev, ki jih mora izpolnjevati nosilec javnega pooblastila in postopek za podelitev javnega pooblastila. ZZDej določa, da minister lahko podeli javno pooblastilo poklicni zbornici ali strokovnemu združenju, če izpolnjuje predpisane pogoje.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) je javno pooblastilo za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem kot enega izmed petih sklopov storitev dobila s sklepom Ministrstva za zdravje št. 014-3/2009-1 z dne 14. 1. 2009 in z odločbo, s katero se Zbornici – Zvezi javno pooblastilo podeli za dobo 3 let. Pogoji za izvajanje storitev iz javnega pooblastila se uredijo z medsebojno pogodbo.

Postopek in ukrepe strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege ureja Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Uradni list RS, št. 24/2007).

Strokovni nadzori s svetovanjem se izvajajo z namenom, da se:

- nadzira opravljanje strokovne in poklicne dejavnosti (kompetence);
- preverja izvajanje kakovosti;
- preverja stalno sledenje razvoju stroke;
- svetuje na temelju ugotovitev strokovnega nadzora.

Redni nadzori se opravljajo po letnem programu, ki ga pripravi Zbornica – Zveza in soglasje nanj poda minister, pristojen za zdravje.

Izredni strokovni nadzori se opravljajo izven sprejetega letnega programa po lastni presoji (Zbornice – Zveze) ali na obrazložen predlog ministra, zavarovane osebe, delodajalca, zdravstvenega delavca, zavoda ali na drug predlog. Najpogostejši razlog za uvedbo izrednega strokovnega nadzora je podan sum, da izvajalci zdravstvene nege ali babiške nege pri izvajanju zdravstvene oskrbe niso ravnali v skladu s pravili stroke.

Strokovni nadzor izvaja tričlanska nadzorna komisija, ki jo na predlog upravnega odbora Zbornice – Zveze s sklepom imenuje predsednik Zbornice – Zveze. Člani nadzorne komisije se imenujejo med izvajalci zdravstvene in babiške nege, od tega mora biti vsaj eden z ožjega področja, ki se nadzoruje.

Strokovni nadzor nad posameznim nadzorovancem se lahko opravi le v njegovi navzočnosti. Redni ali izredni strokovni nadzor se lahko izjemoma

opravi tudi v odsotnosti nadzorovanca oziroma odgovorne osebe nadzorovanca, če ta svoje odsotnosti ne opraviči oziroma, če se načrtno izmika izvedbi postopka.

Nadzorovanec ima pravico in dolžnost sodelovati s člani nadzorne komisije, zagotoviti dostop v prostore, omogočiti pregled zahtevane dokumentacije in nemoteno delo nadzorne komisije.

3 Izkušnje Zbornice – Zveze s strokovnimi nadzori s svetovanjem

Avtorja sta pri tej analizi uporabila ugotovitvene zapisnike strokovnih nadzorov s svetovanjem, izdane odločbe ter dokumentarno gradivo posameznega strokovnega nadzora z svetovanjem. Ker gre v delu tega za zaupna gradiva ali gradiva, ki jih je potrebno varovati skladno z določbami zakona, ki ureja področje varovanja osebnih podatkov, so ugotovitve anonimizirane in posplošene.

Zbornica – Zveza je od leta 2006 do sedaj izvedla deset izrednih strokovnih nadzorov s svetovanjem. Pri vseh izvedenih nadzorih so nadzorne komisije ugotovljale vrsto pomanjkljivosti oz. nepravilnosti tako na organizacijskem kot strokovnem področju. Delo v službah zdravstvene in babiške nege je delno ustrezno organizirano.

Skupne ugotovitve kažejo, da število zaposlenih v zdravstveni ali babiški negi pogosto ne ustreza sistemizaciji ter da zaposleni niso ustrezno izobraženi ali dodatno usposobljeni za delo na konkretnem delovnem mestu. Sistemizacije delovnih mest so splošne, pogosto ne vsebujejo želenih znanj za posamezna delovna mesta, niti potrebnih delovnih izkušenj. Sistemizirana delovna mesta diplomiranih medicinskih sester še vedno zasedajo zdravstveni tehniki, zaradi kadrovskega deficita pa delo samostojno opravljajo tudi zaposleni, ki nimajo predpisanih delovnih izkušenj. Zaradi tovrstne organizacije prihaja do preseganja kompetenc, konkretni izvajalci pa nimajo zadostne strokovne podlage za kritično presojo in ustrezno ukrepanje.

Opisi delovnih mest so presplošni, pogosto identični za vse profile, ni upoštevana zahtevnost delovnega mesta.

Dolgotrajne odsotnosti zaposlenih v zdravstveni negi praviloma niso nadomeščene, zato prihaja do preobremenjenosti trenutno prisotnih. Strokovni

vodje, ki razporejajo zaposlene v delovne izmene, ne zagotavljajo enakomernih obremenitev zaposlenih. Razpisovalci službe (strokovni vodje) ne razpolagajo s pisnimi soglasji zaposlenih, zato obremenitev zaposlenih z nadurnim delom pogosto presega zakonsko dovoljeno letno obremenitev.

Navodila za delo, s katerimi so seznanjeni zaposleni, so organizacijskega značaja, pogosto tudi neuskaljena. V službah zdravstvene in babiške nege kljub obilici izdelanih standardov primanjkujejo protokoli/algoritmi obravnave pacientov s specifično patologijo, kar je najbolj očitno v urgentni dejavnosti, kjer imajo napačne odločitve usodne posledice.

Neskladja so bila ugotovljena tudi v zvezi s pravico in dolžnostjo stalnega izobraževanja, strokovnega izpopolnjevanja in usposabljanja, ki je posamezniku zagotovljeno z namenom ohranjanja zaposlitve in napredovanja. Delodajalec pa z navedenim uporabnikom zagotavlja, da zaposleni sledijo razvoju stroke, razširjajo svoja znanja in pridobivajo nova, kar je pogoj za kakovostno in varno delo izvajalcev. Če tako zahtevajo potrebe delovnega procesa ima delodajalec pravico delavca napotiti na izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje, delavec pa ima pravico, da sam kandidira.

Izvajalci zdravstvene in babiške nege niso ustrezno informirani o novostih. Sestanki negovalnih timov so sicer organizirani, vsebine sestankov pa pogosto niso dokumentirane. Izražena je močna hierarhična struktura v negovalnih timih, ki negativno vpliva na organizacijsko kulturo in krepí moč subkultur v negovalnih timih.

4 Zaključek

Strokovni nadzor z svetovanjem, ki ga izvaja Zbornica – Zveza, ima namen, da ugotavlja strokovnost dela izvajalcev zdravstvene in babiške nege kot posameznikov in celotne službe oziroma dejavnosti, poda mnenje o organiziranosti dela v zavodu oziroma pri posameznem izvajalcu, opremljenost in higienski režim, ugotavlja ustreznost kadrovske zasedbe delovnih mest glede na akte organizacije oziroma potrebe pacientov, izvajanje strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja, ugotavlja izvajanje strokovnih navodil, ki veljajo v stroki, ter svetovanje izvajalcem, kako bolje delati. Izkušnje dosedanjih strokovnih nadzorov kažejo, da je njihova vrednost velika, saj izvajalcem pomagajo pri uvajanju sprememb. Da bi lahko opravili celostni vpogled

v izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem, bi morali na delu njih opraviti ponovni nadzor z ugotavljanjem upoštevanja podanih mnenj in odpravljanja pomanjkljivosti, mehke vidike pa ugotoviti z anketo nadzorovancev.

Na podlagi tako pridobljenih informacij, bi morala Zbornica – Zveza uvesti izobraževanje nadzornikov za zagotavljanje kakovosti, strokovnosti ter zakonitosti strokovnih nadzorov s svetovanjem.

Literatura in viri

Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH, eds. Evidence-based audit in general practice. From principles to practice. Oxford: Butterworth & Heinemann: 1998.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ur. l. RS, št. 4/2002.

Model Nursnig Act, ICN Regulation Series, ICN, 2007, Geneva

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. l. RS, št. 24/2007.

Pravilnik o registru izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ur. l. RS, št. 24/2007.

Pravilnik o strokovnem izpolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev Ur. l. RS, št. 92/2006.

Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Ur. l. RS, št. 24/2007.

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ur. l. RS, št. 82/2004 (110/2004 popr.) Spremembe: Ur. l. RS, št. 40/2006, 110/2008.

Ustava RS. Ur. l. RS, št. 33/1991.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2)

Ur. l. RS, št. 23/2005.

Živčec-Kalan G, Kersnik J, Švab I, Dobnikar B. Kakovost v zdravstvu: predpisi in praksa. Zdrav. vestn 2002; 71.

Izkušnje nadzorovanca – primer Splošna bolnišnica Celje

A case from supervised experience – General Hospital of Celje

pred. mag. **Hilda Maze**
Splošna bolnišnica Celje
Visoka zdravstvena šola v Celju
hilda.maze@guest.arnes.si

Pacient B. K. je v noči iz 9. na 10. junij 2007 v bolnišnico prišel po pomoč brez napotnice. Povedal je, da ima pekoče bolečine od grla navzdol in da se zdravi za bronhitisom. Medicinska sestra je pacientu povedala, da bo pregledan takoj, ko bo končana zdravstvena obravnava pacienta, ki se je takrat nahajal v Internistični prvi pomoči. Obenem ga je seznanila s pravili obveznega zavarovanja, ki pravijo, da bo brez napotnice samoplačnik, v koliko bo zdravnik ugotovil, da ne gre za nujno stanje. Pacient ni počakal na pregled, temveč je odšel po napotnico in umrl tako rekoč pred vrati bolnišnice. Ta nesrečni dogodek je zaznamoval vse zaposlene v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Celje.

Dogodku je sledil medijski linč. Število zdravstvenih obravnav na urgentnem oddelku se je močno povečalo in sicer za 18 % na Internistični prvi pomoči in 8 % na Kirurški prvi pomoči. Zaposleni so bili pod velikim pritiskom. Pacienti so velikokrat spraševali, ali bodo pregledani, ali bomo tudi njih poslali po napotnico.

Najprej je bil opravljen izredni interni strokovni nadzor. Komisija je opravila razgovore z vsemi vpletenimi v nesrečni dogodek. Za poročilo so bile uporabljene tudi njihove pisne izjave in posnetki kamere na urgentnem oddelku. Ugotovljeno je bilo, da je smrt pokojnega B. K. bil vsekakor izjemen dogodek in posledica nesrečnega spleta okoliščin. Anamnestični podatki niso bili značilni za akutni koronarni sindrom in zaradi tega niso bili prepoznani. Pacient je bil na videz neprizadet. Prav tako ni bila opravljena strokovna triaža. Stanje je poslabšala njegova fizična aktivnost pred in po prihodu na urgenco.

Na Kolegiju koordinatorok Službe zdravstvene nege so bili 27. 6. 2007 sprejeti trije protokoli:

- sprejem pacienta na urgentnem oddelku – pripeljan z urgentnim vozilom;
- sprejem pacienta na urgentnem oddelku v času od 06.00 do 20.00 ure;
- sprejem pacienta na urgentnem oddelku v času od 20.00 do 06.00 ure.

Namen protokolov je bil, da ne glede na to, ali pacient ima napotnico ali ne, strokovno triažo opravi zdravnik.

4. 7. 2007 je strokovna direktorica vsem predstojnikom oddelkov posredovala povzetek pravil zavarovanja za področje nujnega zdravljenja, s posebnim navodilom, da napotnica ni potrebna v primeru, ko zavarovana oseba uveljavlja nujno medicinsko pomoč.

Temu je sledil upravni nadzor Ministrstva za zdravje, ki je bil izveden 13. 9. 2010. Izsledki so bili identični internemu strokovnemu nadzoru.

Ministrstvo za zdravje je zaprosilo za izvedbo izrednega strokovnega nadzora Zbornico – Zvezo. Predsednica Zbornice je 17. 7. 2007 imenovala komisijo, kateri je predsedoval Peter Požun, viš. med. teh, univ. dipl. ekon., mag., in članici Irena Buček Hajdarevic, dipl. m. s., ter Draga Štromajer, dipl. m. s. Nadzorna komisija nam je 19. 7. 2007 poslala zahtevo za posredovanje podatkov in dokumentacije, ki je zajemala devetnajst točk. Takoj smo poslali odgovore na večino vprašanj. Zapletlo se je pri seznamu vseh, v zavodu zaposlenih izvajalcev zdravstvene in babiške nege, kjer je bilo potrebno navesti osebno ime, poklic, strokovni naslov in delovno mesto v zavodu, ter seznamu zaposlenih v urgentni dejavnosti (potrebno je bilo navesti osebno ime, izobrazbo, poklic, delovno dobo, strokovna izpopolnjevanja, datum zadnjega opravljanja tečaja temeljni postopki oživljanja). Ko se je zadeva tudi s posredovanjem informacijske pooblaščenke pravno uredila, je komisija prejela vse podatke. Zatem so še enkrat zaprosili za dopolnitev dokumentacije v šestih točkah.

Izredni strokovni nadzor je bil opravljen 22. 1. 2008. Nadzorna strokovna komisija se je najprej pogovorila z direktorjem, strokovno direktorico in glavno medicinsko sestro bolnišnice, čemur je sledil ogled organizacije in načina dela urgentnega oddelka, kjer so bili opravljeni razgovori z zaposlenimi v dopoldanski izmeni.

Komisija Zbornice – Zveze se je na nadzor zelo dobro pripravila, tako z vprašanji, kot s pregledom poslani resnično zelo obsežne dokumentacije. Ugotovila je, da je delo v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti Splošne bolni-

šnice Celje delno ustrezno organizirano. V poročilu so navedli dvanajst predlogov tako iz strokovnega kot organizacijskega vidika, ki bi po njihovi oceni spremenili obstoječo organizacijo dela v ustrezno. Takoj po prejemu zapisa smo pristopili k njihovi realizaciji.

Nadzor smo pričakovali z mešanimi občutki, saj nismo vedeli, kaj nas čaka. Člani komisije so svoje delo opravili zelo korektno in profesionalno. Nihče si ne želi izrednega strokovnega nadzora, saj je ta vedno posledica nekega neželenega dogodka v zdravstveni obravnavi pacienta. Bi si pa morali želeti rednega strokovnega nadzora, saj je to pot, da nam odpre oči in pokaže tiste pomanjkljivosti, ki jih sami ne vidimo ali sploh ne vemo zanje.

Ključne besede: izredni strokovni nadzor, Zbornica – zveza, urgentna dejavnost, zdravstvena nega

Delovni stili in učinkovito upravljanje s časom

Working styles and time management

Sandi Kofol univ. dipl. psih.

Sandi Kofol s. p.

sandi.kofol@gmail.com

IZVLEČEK

V samem prispevku obravnavamo delovne stile, ki nam najbolj ležijo in jih ljudje pri svojem delu tudi najpogosteje uporabljamo. Vsak delovni stil ima svoje prednosti in svoje slabosti, kar posledično pomeni, da je vsak izmed njih primeren za nekatere situacije, medtem ko za nekatere drugi ni. Znati uporabljati ustrezen delovni stil v posameznih situacijah je pomembna veščina za bolj učinkovito delo. Prav tako pa je tudi učinkovito upravljanje s časom odvisno od tega, ali uporabimo za situacijo najbolj ustrezen delovni stil. Obravnavali bomo naslednje delovne stile: »pohiti«, »bodi popoln«, »ustrezi drugim«, »ustrezite mi«, »poskusi znova« in »bodi močen«.

Ključne besede: delovni stil, »pohiti«, »bodi popoln«, »ustrezi drugim«, »ustrezite mi«, »poskusi znova«, »bodi močen«

ABSTRACT

In this article we talk about different working styles which are often used at our work. Every working style has some advantages and disadvantages and therefore can be used for different situations. The ability to recognize the working situation and having know how to choose the best working style for this situation leads to more efficient work and consequently better time management. We will talk about different working styles: »hurry up«, »be perfect«, »please you«, »please me«, »try again« and »be strong«.

Key word: working styles, »hurry up«, »be perfect«, »please you«, »please me«, »try again« and »be strong«

Prispevek avtorja S. Kofola je razširjeni povzetek, ki temelji na literaturi, ki je navedena na koncu prispevka.

1 Vrste delovnih stilov

1.1 Pohiti

Oseba z zelo izraženim delovnim stilom »pohiti« dela vse zelo hitro: misli, govori, se giblje. Daje videz, da je hitrejša od večine svojih sodelavcev ter da lahko obvlada ogromno količino dela v kratkem času.

Zgodi pa se, da včasih zaradi hitenja dela napake in porabi kasneje dvakrat toliko časa, da jih odpravi. Ob odkrivanju in odpravljanju napak običajno išče bližnjice namesto natančne analize. Pogosto zamuja na sestanke in se ji zelo mudi na naslednjega. V komunikaciji slabo posluša, pogosto prekinja sogovornika, jasno kaže nepotrpežljivost in ljudje se ob njej pogosto počutijo preganjani oziroma doživljajo, da nad njimi izvaja pritisk.

1.2 Bodi popoln

Oseba z zelo izraženim delovnim stilom »bodi popoln« dela zelo precizno in metodično. Vse ima zelo urejeno, ima pospravljene podatke in dokumente. Dela počasi in pogosto preverja, če je vse v popolnem redu.

Sestanki z njo so umirjeni in usmerjeni na analizo. Vsak najmanjši detajl mora biti prediskutiran. Pomiri se šele, ko je vse pospravljeno v posamezne predale. Vsak predal mora imeti tudi svoje ime in namen.

Sodelavci jo včasih doživljajo kot dlakocepsko in pretirano previdno. Pogosto zamuja z roki zaradi kontinuiranega preverjanja vseh, pogosto nepomembnih, drobnih detajlov. Kot vodja gre lahko »na živce« podrejenim zaradi pretirane natančnosti ob kritiziranju in analizi njihovega dela.

1.3 Ustrezi drugim

Oseba z zelo izraženim delovnim stilom »ustrezi drugim_ab je zelo prijetna oseba, vedno pripravljena pomagati. Zelo jo skrbi, če se vsi okrog nje ne počutijo dobro in udobno. Nase je pripravljena prevzeti delo sodelavcev in včasih naredi to brez njihove prošnje ali zahteve.

Problem ima z določanjem prioritet, bolj pomembno ji je, kaj si bodo drugi mislili o njej, kot realna pomembnost dela. Zaradi takšnega razdajanja se pogosto počuti nemočno in tarna, da je drugi ne razumejo in ne spoštujejo dovolj.

Zelo se boji kritike. Mnenja drugih ji ogromno pomenijo, tako da je od le-teh odvisno, kako se počuti.

1.4 Ustrezite mi

Oseba z zelo izraženim delovnim stilom »ustrezite mi« je rada v centru veselja. Njej pomeni sodelovanje, da jo pazljivo poslušajo in uresničujejo zadane naloge. Je zelo avtoritativna in navidezno samostojna oseba.

Zelo slabo prenaša nasprotovanje, drugačno mnenje, kritiko ali konflikt. Kot vodja je včasih zelo nepriljubljena in opisana kot tiran, preganjalec ali groba oseba, ki ne posluša ali upošteva drugih. Sodelavci ali podrejeni se komunikaciji z njo raje izognejo, ne odpirajo problemov, se izogibajo konfliktom ali dilemam. Nastale napake običajno pripiše slabi kakovosti dela drugih.

1.5 Poskusi znova

Oseba z zelo izraženim delovnim stilom »poskusi znova« je veliki entuziast, zanima jo skoraj vse, kar je povezano z delom na oddelku, posebej novi projekti ali vizije. Pogosto se kot prostovoljka vključuje v posamezne aktivnosti. Je človek izziva. Problem je v tem, da ji je ob izvajanju posameznega dela kmalu dolgčas in ga zaradi tega pogosto ne konča. Zdi se ji, da je naslednji del projekta ali dela vedno bolj zanimiv kot ta, ki naj bi ga trenutno izvajala. Precej pogosto se dogaja, da morajo drugi dokončati njeno delo. Ne prenaša rutinskega in utečenega dela. Sodelavci se pritožujejo, da morajo »pospravljati« za njo.

1.6 Bodi močen

Oseba z zelo izraženim delovnim stilom »bodi močen« je zelo vztrajna oseba, ki navidezno umirjeno dela, kar je treba. Najraje dela sama in zelo zelo redko poišče pomoč. Ne kaže znakov utrujenosti, dolgčasa, zaskrbljenosti, zmede ali treme, znakov bolezní ne kaže niti, ko je resnično bolna. Skupnega tarnanja o težkem stanju na oddelku ali v pisarni se običajno ne udeleži. Pritožbe doživi kot višek komunikacije in ne kaže velikega razumevanja za ljudi, ki imajo težave. Sodelavci jo pogosto doživijo kot hladno, nedosegljivo in nekooperativno. Zdi se, da ji nič »ne pride do živega«.

2 Prednosti in slabosti posameznih delovnih stilov

2.1 Pohiti

Prednosti

- hitra reakcija v določeni situaciji,
- velika količina dela, ki ga oseba lahko opravi v kratkem času,
- dobra iznajdljivost v nabitem urniku,
- ustrezna reakcija na pomanjkanje časa,
- več vrst dela lahko odlično opravlja istočasno,
- ne obremenjujejo se z nepomembnimi drobnarijami.

Pomanjkljivosti

- napake zaradi hitenja,
- površna analiza,
- neustrezno sodelovanje v dolgoročnih projektih,
- trpljenje ob odpravljanju napak,
- bližina z drugimi (ne utegnejo zaradi hitrosti),
- slabo poslušanje.

2.2 Bodi popoln

Prednosti

- natančna analiza,
- doslednost v izvajanju visoko kakovostnega dela brez napak,
- natančno in dosledno odkrivanje in odpravljanje napak,
- doživljanje situacije iz vseh zornih kotov,
- kakovostno izvajanje del, ki zahtevajo potrpežljivost in ukvarjanje s finimi detajli,
- visoka in stabilna organiziranost ob delu.

Pomanjkljivosti

- zamujanje zaradi preverjanja,
- dlakocepstvo ob kritiziranju,
- ukvarjanje z nepomembnimi detajli,
- počasna reakcija v situaciji, ki zahteva hitrost,

- pisanje poročil ali dokumentov, ki so zaradi pretirane natančnosti globalno nerazumljivi,
- ne zaupajo podrejenim ali sodelavcem, da bodo naredili tako popolno kot oni.

2.3 Ustrezi drugim

Prednosti

- visoka in kakovostna skrb za druge ter njihove želje,
- so odlični poslušalci,
- orientiranost na druge člane tima ali skupine in resnično ukvarjanje z njimi,
- visoka skrb za delovno vzdušje,
- negovanje kakovostnih in harmoničnih medsebojnih odnosov,
- natančno »branje misli«.

Pomanjkljivosti

- izogibanje dajanju in sprejemanju kritike,
- drugi so vedno bolj pomembni,
- nesposobnost točnega definiranja prioritet pri delu,
- nespreejemanje tveganja, da bi koga užalili ali razočarali,
- pomanjkanje asertivnosti in ustrezne odločnosti,
- neustrezno dojetje in reševanje konfliktov,
- pasivna pozicija ob reševanju problemov,
- nizka samozavest.

2.4 Ustrezite mi

Prednosti

- odločnost,
- jasni ukazi in navodila,
- pripravljenost na izstopanje,
- visoka samozavest,
- kongurentnost v nastopu,
- ustrezna reakcija v kriznih situacijah.

Pomanjkljivosti

- neustrezno doživljanje in reševanje konfliktov,
- slabo prenašanje kritike,
- neustrezno poslušanje in upoštevanje drugih,
- neuboganje doživljajo kot nespoštovanje, upor ali nesprejemanje,
- vedno nastopajo iz pozicije moči,
- popuščanje je za njih jasen znak slabosti.

2.5 Poskusi znova

Prednosti

- velika količina energije v kratkem času,
- odprtost za novosti in nove izzive,
- dobre globalne ocene situacije,
- vnašanje entuziazma v tim ali skupino,
- sposobnost motivacijskega delovanja na druge.

Pomanjkljivosti

- kmalu jim je dolgčas,
- slabo prenašanje rutinsko utečenega dela,
- pogosto ne dokončajo začetega projekta, ko se že polni energije udeležijo novega,
- kmalu izgubijo interes za znane zadeve,
- zelo naporno jih je poslušati zaradi pogoste zamenjave tem,
- neustrezno določanje prioritet ob delu.

2.6 Bodi močen

Prednosti

- stabilna in dolgotrajna visoka kakovost dela,
- umirjenost in logično razmišljanje v kriznih situacijah,
- stabilen in kakovosten odnos do dela,
- odlična analiza in reševanje problemov,
- ustrezno kritiziranje,
- so dober model pri mentoriranju.

Pomanjkljivosti

- ne prizna in ne sprejme lastne šibkosti ali nemoči,
- neustrezno sprejema pohvalo,
- trema, zmeda ali občutek izgubljenosti so visoko nezaželeni,
- ne upoštevajo signalov utrujenosti ali bolezni,
- ne znajo reči »ne« na zahteve glede kvantitete dela,
- podrejeni in sodelavci jih pogosto doživljajo kot neempatične in sebične.

3 Uporaba delovnih stilov in upravljanje s časom

Večina profesionalcev se sploh ne zaveda lastnega delovnega stila. Zdi se jim samoumevno, da »se tako dela«. Delovni stil je privzgojen vzorec, ki smo ga stabilizirali v zgodnjem otroštvu. To je bil podzavesten odgovor na zahteve okolja, kot tudi upanje, da nas bodo zaradi tega drugi imeli radi, nas spoštovali ali sprejeli. Zaradi tega je zelo pomembno:

- ozaveščanje lastnega delovnega stila ali stilov v posameznih situacijah,
- ugotavljanje notranje logike pri lastnem delovnem stilu,
- spoznavanje z drugimi delovnimi stili,
- definiranje hierarhije delovnih stilov pri sebi,
- ugotavljanje prednosti in pomanjkljivosti različnih delovnih stilov,
- definiranje ustreznosti različnih stilov v različnih delovnih situacijah,
- zavestna izbira ustreznega delovnega stila v posameznih situacijah.

Vse to vodi do ustrezne uporabe posameznih delovnih stilov, kar se bo tudi odražalo v učinkoviti izrabi časa, saj ne bomo po nepotrebnem zaradi uporabe neustreznega delovnega stila v določeni situaciji izgubljali dragocene minute in ure.

Literatura

Harris T. I'm OK, you're OK. London: Pan books; 1969.

Harris A, Harris T. Ostati OK. Beograd: Mono & Manana press; 1997.

Berne E. Šta kažeš posle zdravo? Psihologija ljudske sudbine. Beograd: Nolit; 1989.

Steiner C. Scripts people live. Transactional analysis of life scripts. New York: Grove pres; 1974

SPONZORJI

XEROSTOM

ZA SUHA USTA ALI KSEROSTOMIJO

- ➔ suha usta povečujejo nevarnost virusnih in glivičnih obolenj v ustni votlini, paradontoze ter posledično izgube zob
- ➔ suha usta so najpogostejši razlog za nastanek zobnih oblog in kariesa
- ➔ pomanjkanje sline povzroča težave pri govorjenju, požiranju in okušanju hrane
- ➔ več kot 400 zdravil povzroča suha usta

XEROSTOM učinkovito:

- blaži simptome suhih ust,
- preprečuje izsušitev sluznice ust in žrela,
- pomaga pri zaščiti in remineralizaciji zob.

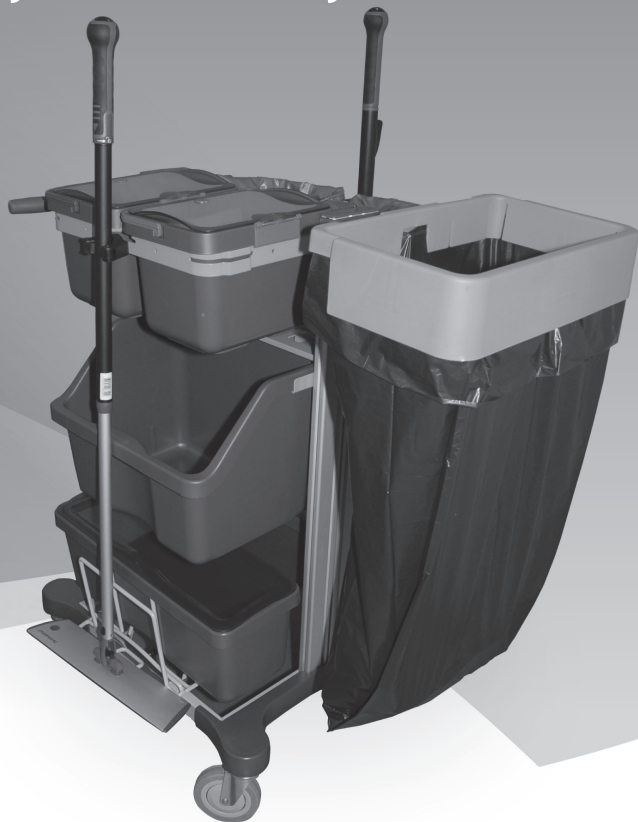
Po enem tednu uporabe vseh proizvodov XEROSTOM, se nivo vlage v ustih poveča do **200%!**



Diversey ponosno predstavlja

Sistem enostopenjskega čiščenja, Jonmaster Ultra Microfibre v kombinaciji z novim sistemom vozičkov TASKI Trolley je nova generacija na področju rešitev v čiščenju.

- Inovativna modularna oblika
- Povečana produktivnost
- Visoka sprejemljivost za končnega uporabnika
- Podpira kontrolo preprečevanja okužb



Za več informacij, pojdite na www.diversey.com

Telefon (02) 320 70 00

Diversey[™]
for a cleaner, healthier future[™]

Hočem več energije



Fidi koencim 10[®] Q10 z antioksidanti

Edini registrirani izdelek s Q10 v Sloveniji:



pomaga pri kronični utrujenosti



spodbuja imunski sistem



krepi srce



FIDIMED

Z roko v roki, že 15 let

Fidimed d.o.o., Brodišče 32, 1236 Trzin, www.fidimed.si

Izdelek je na voljo v lekarnah, specializiranih prodajalnah ter prek povezav na spletni strani www.fidimed.si

Pred uporabo natančno preberite navodilo. O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.



crocs™

Imate stoječe delo ali v službi veliko hodite?
Vas pri delu bolijo noge in hrbet?
Potrebujete antibakterijsko obutev,
ki ustreza delovnim standardom?

Posebna linija "Work" združuje
pregovorno Crocs udobje in obenem
ustreza strogim zahtevam delovnih okolij.
Je prava izbira za vse, ki želijo svojim
nogam le najboljše.

Modele in barve si oglejte na
www.crocs-socks.si



BISTRO



**SPECIALIST
VENT**



SAFFRON



 **Sanolabor 60^{let}**

Dr. Zlatka Rakovec-Felser

Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja

Razumeti in biti razumljen

Dr. Zlatka Rakovec-Felser je pri nas ena prvih, ki se je s področja klinične psihologije podala na nastajajoče področje **zdravstvene psihologije**, ki si pri nas šele utira pot. Knjiga Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja je zato plod njenega zavzetega študija, razvijanja te discipline in njenih bogatih izkušenj iz dela s pacienti. Je izjemno zgoščena na bistvena področja, ki jih avtorica naniza v 9 poglavjih.

Knjiga je pisana privlačno, v lepem jeziku in je dobrodošla ne le za tiste, ki se s področjem seznanjajo pri svojem študiju (predvsem medicinske sestre), ampak tudi za tiste, ki se ne, pa bi se morali (zdravniki), ne nazadnje pa bo dobrodošla tudi vsem nam kot pacientom, ki bi morali sodelovati v procesih zdravljenja kot obveščeni in soodgovorni subjekti. Nismo nasprotniki ampak zavezniki z zdravstvenim osebjem, soodgovorni za napredek zdravstvenega varstva. Avtorica s to knjigo gotovo ponuja dobre možnosti.

Vsa razmišljanja so podprta s **konkretnimi primeri**, v knjigo je premišljeno uvrščenih tudi nekaj **risb, tabel** in **61 reprodukcij** slovenskih in svetovnih mojstrov, ki še dodatno doprinejajo k sporočilnosti napisanega, saj se navezujejo na obravnavano tematiko.

Ciljne skupine: študenti medicine, zdravstveno in negovalno osebje (medicinske sestre, zdravniki, drugi zaposleni v zdravstvenih in negovalnih ustanovah: bolnišnicah, zdravstvenih domovih, domovih za starejše ...), bolniki in njihovi svojci, prijatelji ter sodelavci.

17 x 24 cm, 428 strani, štiribarvni tisk, broširana vezava z zavih. MPC 30 €.

Informacije in naročila:



Založba Pivec

www.zalozba-pivec.com, info@zalozba-pivec.com, t. 02 250 08 28

Zlatka Rakovec-Felser

PSIHOLOGIJA TELESNEGA BOLNIKA in njegovega okolja

Razumeti in biti razumljen

