

## MANAGEMENT ZDRAVSTVENE NEGE V KLINIČNEM CENTRU

MANAGEMENT IN NURSING CARE IN A CLINICAL CENTER

*Peter Požun*

UDK/UDC 614.253.52:616-082-083

DESKRIPTORJI: *bolnišnice univerzitetne; medicinske sestre vodstvene*

DESCRIPTORS: *hospitals university; nurse administrators*

Izvleček – *Management v zdravstvu in v zdravstveni negi postaja v sodobnem času ključna naloga vodilnih zdravstvenih delavcev. Vodilne medicinske sestre se vedno bolj vključujejo v zahtevne procese in kompleksne sisteme zdravstva. Članek obravnava management zdravstvene nege v Kliničnem centru v Ljubljani, teoretična izhodišča managementa, dejavnost in uredjenost zdravstvene nege v Kliničnem centru. Povzema predloge sprememb v letu 1999, ki jih bi moral management Kliničnega centra okrepiti ali na novo začeti, da bo management zdravstvene nege dobil ustrezno vlogo in mesto, ter analizo stanja danes.*

Abstract – *Management in health care and nursing care has become the leading task of middle and top management. Nurses are being increasingly involved in demanding and complex systems of health care. The article deals with the management in nursing in the Clinical Center in Ljubljana, theoretical premises, activities and organisation of nursing care. The article also summarizes propositions formed in 1999 which should have been dealt with again if the management in nursing should get its proper role; it also brings the analysis of the state of the art today.*

### *Uvod*

V članku obravnavam management zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana (KC), ter primerjam ugotovitve in zaključke, izpostavljene v diplomskem delu z enakim naslovom (Požun, 1999; mentor: Mitja Tavčar, somentor: Polona Zupančič, VSM, Koper) z današnjim stanjem.

Informacije za članek sem črpal iz strokovne literature s področja managementa, strokovnih revij, aktov Kliničnega centra, raziskave med managerkami zdravstvene nege v KC, ugotovitev diplomskega dela, v pomoč pa so mi bili razgovori s kolegicami – vodilnimi medicinskimi sestrami ter člani managementa Kliničnega centra. Črpal pa sem tudi iz lastnih izkušenj petnajstletnega dela v Kliničnem centru in sedemletnega aktivnega delovanja v managementu zdravstvene nege ter sodelovanja v Evropski zvezi direktoric/direktorjev zdravstvene nege (ENDA).

Namen članka je primerjava ugotovitev v diplomskem delu z današnjim stanjem.

Zavedam se, da je ocenjevanje stanja managementa v tako velikem zavodu, kot je Klinični center, ki je organizacija z močno diferencirano dejavnostjo ter bogatimi in trdnimi, zgodovinsko ukoreninjenimi načini razmišljanja, lahko zelo subjektivno in preozko zasnovano, in ga je zato v članku nemogoče zajeti v celoti.

### **Teoretična izhodišča**

#### *Zdravstvena nega kot organizacija*

Organizacija predstavlja na interesni osnovi nastalo skupino ljudi, z željo doseči zastavljene cilje, ki jih kot posamezniki ne bi mogli doseči. Pri tem je pomembno sistemsko mišljenje, ki od managerja zahteva zavedanje o mrežni povezavi med sestavinami organizacije, torej med ljudmi, sredstvi in viri.

Osnovna delitev razcepi organizacije na pridobitne, katerih najpomembnejši smoter je ustvarjanje dobička, in nepridobitne organizacije, katerih temeljni smotri običajno niso pridobitni.

Vsaka organizacija deluje v okolju, ki se spreminja, in organizacija se na te spremembe odziva – deluje reaktivno ali pa spremembe v okolju celo povzroča – deluje proaktivno. Organizacije so torej živi organizmi. Zaradi njene kompleksnosti se v managementu kot temeljna naloga pojavlja obvladovanje organizacije. »Najbolj splošen pristop k obvladovanju kompleksnosti nasploh je splošna teorija sistemov – in v obravnavanje organizacij in podjetij usmerjena teorija o organizacijskih sistemih.« (Tavčar, 1997)

Lastniki, ki ustanovijo organizacijo, vodenje največkrat zaupajo managerjem. Le-ti izvajajo poslovanje organizacije in vodenje ljudi, zato je manager v bistvu »poslovodnik in vodja« (Tavčar, 1997).

## Management

Lastniki predajo oblast nad organizacijo managementu na osnovi zaupanja, ki temelji predvsem na znanju in izkušnjah managerjev. Le-ti po Tavčarjevem mnenju to zaupanje »*nenehno upravičujejo s strokovno učinkovitim in etično neoporečnim delovanjem*« (Tavčar, 1997: 9).

Management je vodenje organizacij in ljudi k ciljem. To uresničuje prek izvajanja osnovnih nalog. Manager **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 usmerjanja dela drugih.

### Ravni managementa

**Upravljalec – lastnik** opredeli temeljno politiko organizacije, njeno vizijo in poslanstvo.

**Vršni management** določa smotre, cilje ter strategije za doseganje teh ciljev za celotno organizacijo. Zadolžen je za strateški management. V zdravstveni negi KC vršni manager službe zdravstvene nege v zavodu predstavlja in zastopa službo zdravstvene nege, oblikuje njeno strokovno filozofijo, razvoj ter usklajuje raziskovalno delo v zdravstveni negi.

Vršni management postavlja **srednji management** ter mu določa naloge in odgovornosti, njemu pa srednji management tudi odgovarja. Sicer pa ta management odloča, katere storitve opravljajo posamezni deli organizacije in kako jih posredujejo uporabnikom. V zdravstveni negi KC managerji na srednji ravni organizirajo, vodijo, koordinirajo in nadzirajo delo službe zdravstvene nege na klinikah.

**Nižji management** je neposredno odgovoren za izvajanje storitev. Predstavlja zvezo med izvajalci in preostalim managementom, usklajuje delo svojih sodelavcev in poskuša sprotno reševati probleme, ki nastajajo pri izvajanju storitev. Na tej ravni se zdravstvena nega KC odvija na bolniškem oddelku, tako da management zajema vodenje, organiziranje in nadzorovanje dela negovalne enote, poleg tega pa še koordiniranje dela na področju zdravstvene nege in izvajanje negovalnih in medicinskotehničnih posegov.

### Ravni managementa v Kliničnem centru Ljubljana

**Vršni management** sestavljajo:

**Generalni direktor KC** organizira in vodi delo ter poslovanje KC, ga predstavlja in zastopa ter odgovarja za zakonitost poslovanja in poslovni uspeh; **strokovni direktor KC** vodi, usklajuje in odgovarja za strokovno dejavnost KC. Tako je odgovoren za uravnotežen strokovni razvoj in strokovno povezovanje; **glavna medicinska sestra** vodi zdravstveno nego in odgovarja za učinkovito, kakovostno in uspešno delovanje zdravstvene nege v KC.

Vsi navedeni imajo še svoje pomočnike s statusom delavcev s posebnimi pooblastili izjema so pomočnice glavne medicinske sestre KC, ki tega statusa nimajo.

**Management na srednji stopnji** predstavljajo:

**Strokovni direktorji SPS**, ki vodijo in odgovarjajo za strokovno delo SPS, **direktorji strokovno-poslovnih skupnosti (SPS)** – poslovni direktorji ki organizirajo in vodijo poslovanje SPS ter odgovarjajo za zakonitost poslovanja in v okviru pooblastil tudi za poslovni uspeh; **glavna medicinska sestra SPS**, ki vodi in odgovarja za zdravstveno nego in oskrbo v SPS.

**Nižji management** je organiziran na naslednji način:

Klinike, klinične inštitute, centre in službe vodijo **predstojniki ali vodje**, ki so odgovorni za strokovno, pedagoško in raziskovalno delo, za smotno organizacijo poslovanja, ustrezno strokovno usposobljenost osebja in strokovni razvoj ter za poslovni uspeh v okviru svojih pooblastil; **glavne medicinske sestre** klinik, kliničnih inštitutov, centrov in služb vodijo zdravstveno nego na posamezni enoti.

**Izvajalni management** pa predstavljajo **oddelčni zdravniki in timske medicinske sestre**.

### Urejenost KC – strukture

**Navpično** členjenje prikazuje delitev pristojnosti in odgovornosti. Odraža oblast in obvladovanje organizacije; v zdravstvenih sistemih je to tradicionalna hierarhična lestvica. Ta se bo v prihodnosti spremenila glede na predvideno delitev dela ter delegiranje nalog in s tem povezano odgovornostjo.

Organizacijska struktura Kliničnega centra je bila postavljena po odloku Vlade Republike Slovenije in je glede na organigram funkcionalna. Če pa pojmuje organizacijo, kot sestav razmerij med ljudmi, potem bi lahko organizacijsko strukturo opredelili kot sektorski linijski tip. Za ta tip velja, da je delovna naloga razdeljena po opravilih na delne naloge in za vsako delno nalogo je pooblaščen drug izvajalec.

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

V navpičnem členjenju zdravstvene nege glavna medicinska sestra Kliničnega centra, kot statutarni vodja zdravstvene nege v KC, nima formalnega vpliva na imenovanje strokovno podrejenih managerjev zdravstvene nege na ravni strokovno-organizacijskih enot. Imenovanje glavnih medicinskih sester strokovno-poslovnih skupnosti in strokovno-organizacijskih enot (kliničnih oddelkov, centrov in služb) je v pristojnosti strokovnega direktorja Kliničnega centra (Požun, 1999). Tako vršnemu managerju zdravstvene nege, ki po Statutu odgovarja za uspešno in učinkovito delovanje organizacije zdravstvene nege, ni dan instrument

obvladovanja – kadrovsko obvladovanje, »ki določa pooblaščenca za odločanje, managerje« (Tavčar, 1997). Vršni manager zdravstvene nege je torej omejen v zagotavljanju strokovnosti odločanja v ožjem smislu (uspešnost organizacije), etičnosti odločanja, pravočasnosti ter vseobsežnosti in celovitosti odločanja – strateškem managementu.

Ta omejitve je še močnejša na nižjih nivojih managementa zdravstvene nege, kajti tam so glavne medicinske sestre neposredno podrejene predstojnikom (zdravnikom) in strokovnim direktorjem.

Takšna delitev pristojnosti in odgovornosti je neustrezna, saj naj bi obsegu dolžnosti ustrežal tudi obseg odgovornosti ter oblasti. »Zdi se namreč, da imajo v KC kadri na višjih poslovdstvenih položajih zelo veliko oblasti in v neskladju s tem premalo dolžnosti in odgovornosti, kadri na nižjih poslovdstvenih položajih in zaposleni pa veliko več dolžnosti in odgovornosti kot pa oblasti.« (Vrhunc, 1997).

### Zdravstvena nega v Kliničnem centru

V Statutu KC je zdravstvena nega opredeljena kot dejavnost zavoda na sekundarni ter terciarni ravni (izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev), to je specialistično ambulantna in bolnišnična dejavnost, ter razvijanje dejavnosti zdravstvene nege v državi, oblikovanje doktrine zdravstvene nege, uvajanje novih metod ter posredovanje novega znanja in veščin drugim zdravstvenim zavodom. Zdravstvena nega je vključena tudi v izobraževalno ter raziskovalno dejavnost. Po statutu obsega dejavnost službe zdravstvene nege tudi druge dejavnosti, kot so prevozi z reševalnimi vozili ter oskrbovalne službe zdravstvene nege.

**Vizijo** zdravstvene nege so v vršnem managementu zdravstvene nege Kliničnega centra opredelili kot »**prijazna bolnišnica**«. **Smoter** zdravstvene nege v Kliničnem centru izhaja iz vizije KC, prizadeva pa si biti vrhunska in vodilna, ljudem prijazna bolnišnica v državi. Zdravstveno nego na vseh specialnih dejavnostih bodo izvajalci izvajali po sodobnih metodah, individualno, po procesu zdravstvene nege ter v sodelovanju z ostalimi člani zdravstvenega tima (Zupančič, 1995)

Doseganje smotrov je potrebno meriti in v ta namen se poslužujemo **meril uspešnosti** zdravstvene nege, ki so jim podrejena vsa druga merila doseganja smotrom podrejenih ciljev.

### Naloge managerjev zdravstvene nege Kliničnega centra

V Statutu KC so na področju managementa zdravstvene nege navedena mesta glavne medicinske sestre zavoda kot članice vršnega managementa, glavnih medicinskih sester strokovno-poslovnih skupnosti ter glavnih medicinskih sester strokovno-organizacijskih enot (klinični oddelki, centri in službe).

Naloge glavne medicinske sestre Kliničnega centra so (59. člen Statuta KC):

Predstavlja in zastopa stroko zdravstvene nege v Kliničnem centru, vodi, organizira in usklajuje izvajanje zdravstvene nege z vsemi strokovnimi enotami in dejavnostmi v KC, odgovarja za učinkovito, kakovostno in smotno delovanje zdravstvene nege in oskrbe, spremlja obseg dejavnosti zdravstvene nege KC v skladu z dogovorjenim planom dejavnosti KC in kadrovsko zasedbo ter predlaga ustrezne spremembe, predlaga smernice kadrovske politike zdravstvene nege v KC, izvršuje sklepe ustanovitelja, Sveta KC, generalnega direktorja KC, Strokovnega sveta in Strokovnega sveta za zdravstveno nego KC, vodi Strokovni svet za zdravstveno nego KC, vodi, predlaga in usklajuje strokovno izobraževanje in raziskovalno dejavnost za področje zdravstvene nege KC, usklajuje delo servisnih dejavnosti zdravstvene nege, skrbi za obstoj in razvoj aktivnosti na področju neprekinjene zdravstvene nege izven KC, skrbi za strokovno povezovanje zdravstvene nege v KC z visokimi in srednjimi zdravstvenimi šolami, vodi interni strokovni nadzor na področju zdravstvene nege, skrbi za strokovno povezovanje zdravstvene nege KC z drugimi zdravstvenimi zavodi in poklicnimi organizacijami doma in v tujini.

### Sistemi zdravstvene nege v Kliničnem centru

Sistemi so orodja, ki pomagajo managementu pri obvladovanju organizacije. Obvladovanje je predpogoj za načrtovanje, organiziranje, usmerjanje in nadzorovanje. Sistemi so prepleteni skozi vse dele, dejavnosti in vse udeležence organizacije.

**Sistema za načrtovanje in nadzorovanje** sta v KC po svojih značilnostih bližji stopnji administriranja kot snovanja. Zanj je značilno, da »trdi« cilji (zmanjševanje stroškov) prevladujejo nad »mehkimi«, da družbeni in interesni vidiki zdravstvene nege niso dovolj upoštevani, časovno bližji vidiki so bolj poudarjeni, načrtovanje poteka centralizirano, pri tem pa prevladuje načrtovanje »z vrha navzdol« nad načrtovanjem »od spodaj navzgor«.

Učinkovit **informacijski sistem** je nujen predpogoj za sprejemanje odločitev in opora strateškemu managementu. Informacijski sistem zdravstvene nege v zavodu je še v razvojni fazi, zbiranje podatkov poteka na ravneh strokovno organizacijskih enot in se združuje v vršnem managementu zdravstvene nege, zajema pa predvsem podatke o številu kadra in potrebah bolnikov po zdravstveni negi, stroških porabljenega materiala, stroških porabe sredstev za izobraževanje, stroških dela idr. Opremljenost s strojno opremo je nezadostna.

**Sistem za management zaposlenih v zdravstveni negi** (human resources management – HRM) mora po Tavčarjevem (Tavčar, 1997) mnenju upoštevati, da je

samo človek tisti, ki lahko snuje organizacijo, kreativno in učinkovito kombinira vire in zmožnosti, ter da človekova dejavnostna moč ustvarja vrednost, in iz tega izhajajočo premiso, da postajajo ljudje najpomembnejša zmožnost organizacije.

Na splošno tudi na izvajanje HRM-ja v zdravstveni negi v Kliničnem centru pomembno vplivajo *demografski dejavniki* (spolna /večinoma ženske/ in starostna struktura zaposlenih – predvsem zakonsko podaljševanje delovne dobe), *tehnološki dejavniki* (tehnologija ter novejši pristopi v obravnavi bolnikov sili v večjo diferenciacijo med visoko in nizko kvalificiranimi sodelavci – potrebe po visoko izobraženih medicinskih sestrah s širokim naborom znanj /psihologija, komunikacija, holistična vedenja, sociologija/) ter *sociokulturološki dejavniki* (zapiranje v lastni krog, zanimanje za nove trende, duhovnost, ekologijo...). Pri zaposlenih v zdravstveni negi se vse pogosteje srečujemo s *sindromom izgorevanja*, ki je posledica prekoračitve lastnih zmožnosti medicinskih sester ali zdravstvenih tehnikov, delo prek polnega delovnega časa, delo ob nedeljah in praznikih, stres itn. HRM v zdravstveni negi je še v razvoju. Žal je v nekaterih enotah bližje *uporabljanju* (cilj sistema je produktivnost posameznika in učinkovitost na posameznem delovnem mestu; razvijanje sodelavcev in razvijanje organizacije potekata ločeno, prečno usklajevanje je redko), saj nimamo izdelanih programov preprečevanja izgorevanja, delovne obremenitve medicinskih sester se ne zmanjšujejo, medicinskim sestram pa so naložena celo dela, ki sodijo v delokrog drugih (zdravnikov, administracije).

### *Ocena položaja managementa zdravstvene nege v Kliničnem centru med glavnimi medicinskimi sestrami v zavodu*

Z raziskavo med glavnimi medicinskimi sestrami sem želel ugotoviti ocenjevanje vloge managementa zdravstvene nege v Kliničnem centru s poudarkom na avtonomnosti managementa ter viziji tega razvoja v bodoče, skladnost poznavanja vizije zdravstvene nege v zavodu z opredeljeno vizijo, ki jo je postavil vršni management zdravstvene nege. Nadalje obvladovanje managementa z vidika znanj iz managementa, s katerim razpolagajo glavne medicinske sestre ter potrebna dodatna znanja, ki bi jih želele usvojiti, uporabo konceptov odločanja na različnih nivojih managementa zdravstvene nege, načrtovanje na različnih nivojih managementa zdravstvene nege v modelu politike organizacije.

Vprašalnik je bil poslan trem medicinskim sestram na štabni ravni A – pomočnice glavne medicinske sestre Kliničnega centra, 15 medicinskim sestram na ravni B – glavnim medicinskim sestram strokovno-poslovnih skupnosti in samostojnih strokovno organizacijskih enot Kliničnega centra, 49 medicinskim sestram na ravni C – glavnim medicinskim sestram kliničnih oddelkov, centrov in služb.

Vrnjenih je bilo 22 vprašalnikov, in sicer: 0 vprašalnikov ravni A<sup>1</sup>, 8 vprašalnikov ravni B (53 %) in 14 vprašalnikov ravni C (29 %).

#### *Iz analize odgovorov na vprašalnik na ravni B sledi:*

Da glavne medicinske sestre na ravni srednjega managementa zdravstvene nege v Kliničnem centru kljub trenutnemu premalo priznanemu statusu managementa, ki je na njihovi ravni premalo samostojen in odvisen od managementa zdravnikov, predvidevajo, da se bo vloga v naslednjih letih spreminjala v avtonomno smer. To izraža optimističen pogled v prihodnost kot upoštevanja vredno mehko variabla. Kljub oceni o premalo priznanem statusu pa je veliko na glavnih medicinskih sestrah samih, da dosežejo želeno raven statusa managementa zdravstvene nege. Samo ena medicinska sestra je navedla enako opredeljeno vizijo, kot jo je postavil vršni management zdravstvene nege v zavodu. Znanja, ki bi jih managerke zdravstvene nege na ravni B želele dopolniti ali usvojiti, so predvsem temeljna znanja s področja managementa. Medicinske sestre z odgovori izražajo visoko motiviranost za pridobivanje novih znanj. V analizi načinov odločanja je razvidno, da se glavne medicinske sestre največ odločajo na podlagi analize, manj odločitev pa sprejmejo na osnovi intuicije. Razlog je najverjetneje v tem, da morajo glavne medicinske sestre, ko predstojnikom ali direktorjem podajo predlog sprememb ali izboljšav, predlagano vedno podkrepiti z zbranimi podatki in analizami stanja in učinkov, ki bi jih prinesla sprememba. Manj pa je upoštevana vrednost intuitivne odločitve, ki izhaja iz osebnostnih zmožnosti glavnih medicinskih sester. Področje, na katerem bi medicinske sestre najprej lahko prevzele avtonomnost, je kadrovska. Po mnenju glavnih medicinskih sester je izravnana spolna struktura v managementu zdravstvene nege pomemben dejavnik uspešnosti. V načrtovanju je premalo zajeto področje osebnega razvoja glavnih medicinskih sester, ostalo načrtovanje je omejeno predvsem na tekoče leto (tekoča politika), premalo pa je strateškega načrtovanja (dolgoročna – temeljna politika).

#### *Iz analize odgovorov na vprašalnik na ravni C sledi:*

Glavne medicinske sestre na ravni C slabše poznajo teorijo in terminologijo managementa, za kar je vzrok v pomanjkljivem znanju s področja managementa. Glavne medicinske sestre na ravni nižjega managementa so prepričane, da se bo vloga managementa zdravstvene nege v naslednjih letih spreminjala na bolje. Nobena medicinska sestra ni navedla vizije, ki bi bila podobna opredeljeni viziji vršnega managementa

<sup>1</sup> Medicinske sestre na ravni A (pomočnice glavne medicinske sestre KC – štabna enota) po njihovem mnenju niso mogle odgovorjati na anketni vprašalnik, ker se ne vidijo v vlogi managerk zdravstvene nege. Nimajo enakih nalog, pristojnosti in odgovornosti. Bolj kot managerji zdravstvene nege delujejo kot supervizorke v zdravstveni negi (Požun, 1999).

zdravstvene nege v zavodu. Znanja, ki bi jih managerke zdravstvene nege na ravni C želele usvojiti, so tudi v tej skupini predvsem temeljna znanja s področja managementa. V analizi načinov odločanja razberem, da so razlogi za posamezne deleže načinov odločanja enaki kot pri glavnih medicinskih sestrah ravni B. Prvo področje, na katerem bi medicinske sestre najprej lahko prevzele avtonomnost, je kadrovsko področje. Tudi po mnenju anketiranih glavnih medicinskih sester ravni C je izravnana spolna struktura v managementu zdravstvene nege pomemben dejavnik uspešnosti. V načrtovanju ni pri nobeni zajeto področje osebnega razvoja, večina glavnih medicinskih sester načrtuje kratkoročno, delno tudi srednjeročno.

### *Predlogi*

V zaključku diplomskega dela sem navedel naslednje predloge s katerimi bi lahko dosegli učinkovitejše in uspešnejše delovanje zdravstvene nege v KC:

V zdravstveni negi v KC skušajmo razviti sodoben koncept navpične členjenosti, ki bo temeljil na usklajevanju zmožnosti managerjev z obsegom dela pri načrtovanju, organiziranju, izvajanju in nadzorovanju podrejenih. Taka hierarhična členjenost upošteva načelo »enotnosti vodenja« (vsak zaposleni naj ima samo enega nadrejenega) ter načelo »omejenosti obvladovanja« (vsak manager lahko obvlada le določeno število podrejenih).

Predlagam **spremenbo v Statutu KC**, ki bo usklajil obseg odgovornosti vršnega managerja zdravstvene nege v KC z obsegom pooblastil. Vršni manager zdravstvene nege v zavodu naj imenuje srednji in nižji management zdravstvene nege v Kliničnem centru. Z ustreznimi spremembami in popravki statuta Kliničnega centra se naloga imenovanja glavnih medicinskih sester na ravni strokovno poslovnih skupnosti in strokovno organizacijskih enot prenese na glavno medicinsko sestro Kliničnega centra, ki imenovanje izvede na osnovi soglasja direktorja te ravni in mnenja kolegija zdravstvene nege organizacijske enote. S tem bo vršni manager zdravstvene nege dejansko lahko izpolnjeval statutarne zahteve po vodenju zdravstvene nege (kompetence – odgovornost). S spremembo statutarne določil bi bilo potrebno spremeniti tudi akt o sistemizaciji delovnih mest, ki opredeljuje delokrog glavnih medicinskih sester.

Čim prej bi bilo potrebno pristopiti k pripravi smernic **dokumenta o organizaciji in delovanju službe zdravstvene nege**, ki naj poleg organigrama službe zdravstvene nege v Kliničnem centru vsebuje še način nadzora nad učinkovitostjo in uspešnostjo zdravstvene nege – na podlagi določenih smotrov določiti tudi merila uspešnosti, s katerimi nato merimo doseganje smotrov.

Menim, da **vizija** »prijazna bolnišnica« daje odgovore na vprašanja kot **kdo smo, kaj smo, zakaj smo in kam gremo**. Je enostavna, spodbudna in izzivna za

izvajalce zdravstvene nege. Da pa bo ta vizija tudi usmeritev za delovanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v KC, naj vršni management zdravstvene nege z aktivnostmi na področju informiranja in izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi zagotovi transparentnost in prevzem vizije »prijazna bolnišnica« na vse nižje ravni managementa ter vse izvajalce zdravstvene nege.

Za oblikovane smotre, cilje in strategije zdravstvene nege je potrebno čim prej **oblikovati natančna merila in standarde uspešnosti**. Ob tem moramo upoštevati, da morajo biti cilji izzivni, dosegljivi in merljivi. Zaradi pomanjkanja kvantitativnih podatkov s področja zdravstvene nege lahko za oblikovanje standardov uporabimo izkustvene norme ali modificiramo standarde in merila, ki jih uporabljajo v zdravstveni negi v podobnih bolnišnicah.

V **informacijskem sistemu zdravstvene nege** je potrebno uvesti celovit računalniško podprt informacijski sistem. Predlagam, da se pri glavni medicinski sestri KC organizira kot štabna funkcija »*informacijski center zdravstvene nege KC*«.

V programu nabav je potrebno zagotoviti sredstva, tako da bo vsaka glavna medicinska sestra imela svoj računalnik, ki bodo med seboj povezani v mrežo.

V **sistemu za management zaposlenih v zdravstveni negi** bi bilo potrebno operativno kadrovsko funkcijo prepustiti organizacijskim enotam samim (do zdaj se je o novi zaposlitvi posameznega delavca odločalo na ravni generalnega direktorja). Še posebno pozornost pa naj bi vršni management zdravstvene nege posvetil skrbi za pridobivanje, usposabljanje, razporejanje in motiviranje podrejenih managerjev. V ta namen lahko v managementu zdravstvene nege izvajamo naloge, ki po Tavčarju (Tavčar, 1997: 261) zajemajo naslednje aktivnosti: spremljanje obstoječih managerjev; vsak nadrejeni izdelava letno oceno dosežkov/slabosti podrejenih managerjev ter na osnovi ocene izglednosti podrejenih managerjev zdravstvene nege pripravi načrt izobraževanja in usposabljanja, predvidevanje potreb po managerjih na osnovi razvojne politike organizacije, izdelava načrta zaposlovanja in napredovanja, upoštevanje interese namestnikov za zasedbo ključnih delovnih mest, načrta osebnega razvoja, sistema nagrajevanja in motiviranja managerjev.

Temeljni nosilec managementa sodelavcev naj bo linijski manager, ki mu podpora nudijo skupne službe. Linijski manager je v tem primeru glavna medicinska sestra strokovno-organizacijske enote.

S postopnim večjim vključevanjem moških v management zdravstvene nege bi management zdravstvene nege pomagal odstranjevati »*oviro v feminizaciji poklica, kar je tudi po ugotovitvi Svetovne zdravstvene organizacije prepreka razvoju in napredku stroke. Kot žensko delo si deli tudi vse slabosti z ženskimi poklici: nizka plača, nizek socialni status, malo priznanj, slabi izgledi za napredovanje*«. (Filej, 1996).

Predlagam, da vršni management prične z izvajanjem enotnega **izobraževanja** (dodiplomskega in podiplomskega) s **področja managementa** za managerke zdravstvene nege na vseh ravneh, v najkrajšem možnem času pa za raven C. Predvsem je potrebno posvetiti pozornost usvojitvi enotnih strokovnih izrazov za področje managementa. Prav tako naj predlaga uvedbo vsebin managementa v visokošolski študijski program zdravstvene nege na obeh univerzah. Tako izobraženi in usposobljeni diplomanti zdravstvene nege bodo lahko prevzemali naloge avtonomnega managementa zdravstvene nege v zavodu (Požun, 1999).

## Razprava

Ob oblikovanju gornjih priporočil sem izhajal iz managerske teorije in poznavanja procesov in aktivnosti v zavodu. V današnji situaciji lahko ugotovim:

**Sprememba statuta KC:** statutarna določila o obsegu odgovornosti glavne medicinske sestre KC so ostala nespremenjena. Pomemben dosežek pa predstavlja realizacija drugega predloga in sicer izdelava in sprejem *Pravilnika o organizaciji in delovanju zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana*. Pravilnik je nastajal v širši delovni skupini, katere član sem bil tudi sam. Soglasje k pravilniku je podal Strokovni svet KC in pravilnik je bil sprejet na 14. seji Sveta zavoda KC, dne 20. aprila 2000.

Pravilnik *opredeljuje organizacijo in delovanje* službe zdravstvene nege v KC. Službo opredeljuje kot organizacijsko obliko delovanja izvajalcev zdravstvene nege, ki nadzoruje, organizira, vodi, izvaja in nadzira zdravstveno nego (temeljne naloge managementa). *Poslanstvo* službe zdravstvene nege je opredeljeno kot izvajanje kakovostne zdravstvene nege in zagotavljanje učinkovite zdravstvene oskrbe pacientov.

Pravilnik v 24. členu natančneje razčlenjuje *naloge in pristojnosti* glavne medicinske sestre KC in med drugim navaja, da glavna medicinska sestra KC sodeluje pri izbiri kadrov in imenovanju glavnih medicinskih sester SPS, klinike, kliničnega oddelka, inštituta, centra in službe. S tem je delno udeležena možnost izpolnjevanja odgovornosti vršnega managerja zdravstvene nege zavoda po vodenju zdravstvene nege – obvladovanje managementa.

Pravilnik natančno določa *navpično členjenje* organizacije zdravstvene nege, začeni pri negovalnem timu in vse do službe zdravstvene nege na nivoju zavoda. V tem delu določa naloge, sestavo, pristojnosti in odgovornosti organizacijskih struktur ter posameznikov znotraj njih, medsebojno sodelovanje in povezovanje.

Pravilnik tudi izpolnjuje predlog o *spremljanju učinkovitosti in uspešnosti* ter *delovanje sistemov* zdravstvene nege v zavodu, predvsem prek strokovnega sveta zdravstvene nege KC, delovnih teles (strokovni kolegij službe zdravstvene nege SPS in strokovni kolegij službe zdravstvene nege strokovno organiza-

cijske enote) in delovnih skupin. Pravilnik predpisuje stalne delovne skupine za področje razvoja informacijskega sistema, raziskovalno dejavnost, izobraževalno in zdravstveno-vzgojno dejavnost, področje bolnišnične higijene, za področje kakovosti, za razvoj managementa in za področje oskrbe bolnikov.

Prek pravilnika se prenaša na nižje ravni tudi informacija o sprejeti viziji »prijazne bolnišnice«.

Pravilnik (19. člen) opredeljuje tudi pomočnice glavne medicinske sestre KC, ki delajo po njenem pooblastilu kot vodje posameznega strokovnega področja na ravni KC:

- za izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege, vodenje in izvajanje pripravništva ter izdelavo standardov za celostno izboljševanje sistema kakovosti v zdravstveni negi;
- za obvladovanje bolnišničnih okužb in usposabljanje na področju bolnišnične higijene;
- za vzpostavitev informacijskega in računalniško podprtega sistema zdravstvene nege in raziskovanje v zdravstveni negi.

Pri glavni medicinski sestri KC poleg treh pomočnic kot štabna funkcija (21. člen pravilnika) za področje razvoja zdravstvene nege, meril in standardov uspešnosti, za razvoj kliničnih poti ter HRM, ter standardov opreme in prostorskih pogojev za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe, delujejo štiri svetovalke na samostojnih področjih in sicer:

- svetovalka za razvoj kadrov in karierni razvoj poklicnih skupin v zdravstveni negi in oskrbi,
- svetovalka za razvoj kliničnih poti ter strokovnih standardov postopkov zdravstvene nege,
- svetovalka za razvoj opredeljevanja dejavnosti zdravstvene nege iz vidika kategorizacije bolnikov in obremenitev izvajalcev,
- svetovalka za izdelavo strokovnih kriterijev za tipsko opremo in pripomočke v zdravstveni negi in oskrbi

## Sklep

Zdravstvena nega v Kliničnem centru kot vrhunski zdravstveni ustanovi ima jasno postavljeno vizijo, smotre in cilje ter poslanstvo svojega delovanja. Deluje pa v okolju, kjer sta še vse preveč prisotna moč in vpliv zdravnikov kot najmočnejše skupine v zavodu. Tako je zdravstvena nega kot temeljna dejavnost bolnišnice podrejena medicini. Management zdravstvene nege ni avtonomen na kadrovskem področju, pri vodenju ter razpolaganju s sredstvi. Za vse opredeljene cilje in strategije tudi še niso določena merila in standardi uspešnosti.

Ugotovitve iz leta 1999 so v veliki meri še aktualne, mnogi podani predlogi pa so našli svojo uresničitev predvsem v veljavnem pravilniku o organizaciji in delovanju zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana ter oblikovanju štabnih funkcij vršnega managerja

zdravstvene nege KC. Seveda pa takšen akt sam po sebi ne prinaša sprememb in napredka, če ni udejanjen v okolju, za katerega je bil napisan. S sprejetjem pravilnika je upravljalca zavoda (Svet KC) službo zdravstvene nege v zavodu opredelil kot organizacijsko obliko in ji tako priznal njeno strokovno avtonomnost.

Prav gotovo pa ostaja nadaljnja naloga zagotovitve avtonomnosti stroke zdravstvene nege v zavodu preko statutarnih sprememb in s tem tudi organigram zavoda.

### Literatura

1. Filej B. Management v zdravstveni negi kot faktor kakovosti. Magistrska naloga. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru, 1996.
2. Požun P. Management zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana. Diplomsko delo. Koper: Visoka šola za management, 1999.
3. Snoj B. Management storitev. Koper: Visoka šola za management, 1988.
4. Tavčar IM. Razsežnosti strateškega managementa. Koper: Visoka šola za management, 1997.
5. Vrhunc S. Presoja vodenja politike Kliničnega centra Ljubljana in predlogi ukrepov za razvoj. Seminarska naloga programa Management v zdravstvu. Ljubljana: Gea College, 1998.
6. Zupančič P. Cilji in strategije razvoja zdravstvene nege v KC. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 1995.

### Viri

- Akt o sistematizaciji delovnih mest – prečiščeno besedilo. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 1999.
- Analiza delovišč Kliničnega centra. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 1998.
- Anon. Ljubljana: Interni časopis KC, št. 3, 1999.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.
- Pravilnik o organizaciji in delovanju službe zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 2000.
- Raziskava zadovoljstva zaposlenih v Kliničnem centru. Maribor: SPEM Maribor, 1999.
- Sklep o preoblikovanju javnega zavoda Klinični center Ljubljana. Uradni list Republike Slovenije 13/96.
- Statut Kliničnega centra Ljubljana. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 1996.
- Zapisnik izredne seje Strokovnega sveta Kliničnega centra, 3. 3. 1999. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 1999.
- Zapisnik XII. Seje Strokovnega sveta zdravstvene nege Kliničnega centra, 16. 3. 1999. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 1999.
- Zbirka standardov – postopkov zdravstvene nege in medicinsko tehničnih posegov. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Služba zdravstvene nege, 1995.
- Tavčar IM. Pripombe na prvo branje gradiva za diplomsko nalogo. Ljubljana, 1999.