

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

BARBARA DUŠAK

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**VZPOSTAVITEV CELOVITEGA PROCESA ZAGOTAVLJANJA
DELOVNE USPEŠNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI V SPLOŠNI
BOLNIŠNICI TRBOVLJE**

Ljubljana, september 2015

BARBARA DUŠAK

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Barbara Dušak, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Vzpostavitev celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Trbovlje, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Nado Zupan.

Izrecno izjavljam, da skladno z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v zaključni strokovni nalogi/diplomskem delu/specialističnem delu/magistrskem delu/doktorski disertaciji, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene zaključne strokovne naloge/diplomskega dela/specialističnega dela/magistrskega dela/doktorske disertacije dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 7.10.2015

Podpis avtorice: Barbara Dušak

KAZALO

UVOD	1
1 ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE KOT DEL ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	4
1.1 Organiziranost zdravstvene dejavnosti	6
1.2 Organiziranost v sekundarni zdravstveni dejavnosti	7
1.3 Zdravstvena nega v sekundarnih zdravstvenih organizacijah.....	8
1.3.1 Zdravstvena nega na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva	10
1.3.2 Izobrazbena struktura zaposlenih v zdravstveni negi na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva.....	13
1.3.3 Lastnosti in kompetence medicinske sestre v timu zdravstvene nege.....	14
2 MANAGEMENT ČLOVEŠKIH VIROV	17
2.1 Opredelitev managementa človeških virov.....	17
2.2 Aktivnosti managementa človeških virov.....	19
2.2.1 Uravnavanje zunanjega in notranjega okolja.....	19
2.2.2 Analiza in oblikovanje delovnih mest	20
2.2.3 Načrtovanje in izbor kadrov	21
2.2.4 Razvoj in izobraževanje.....	22
2.2.5 Ustvarjanje primerne organizacijske klime in kulture.....	23
2.2.6 Ocenjevanje delovne uspešnosti.....	23
2.2.7 Plače, nagrajevanje in ugodnosti zaposlenih	24
2.3 MČV v zdravstvenih organizacijah.....	25
3 CELOVIT PROCES ZAGOTAVLJANJA DELOVNE USPEŠNOSTI .	28
3.1 Proces zagotavljanja delovne uspešnosti	29
3.2 Povratne informacije o uspešnosti	31
3.2.1 Letni razvojni pogovor	32
3.2.2 Ocenjevalni pogovor.....	32
3.3 Aktivnosti zagotavljanja delovne uspešnosti	33
3.4 Razlika med merjenjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti	34
3.5 Merila zagotavljanja delovne uspešnosti	36
3.6 Metode spremljanja delovne uspešnosti	37
3.7 Vloga vodje pri zagotavljanju delovne uspešnosti	37

4 ANALIZA CELOVITEGA PROCESA ZAGOTAVLJANJA DELOVNE USPEŠNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI TRBOVLJE	39
4.1 Predstavitev Splošne bolnišnice Trbovlje	39
4.2 Opis obstoječega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti z vidika študije primera.....	41
4.3 Analiza ocenjevanja delovne uspešnosti na podlagi podatkov z ocenjevalnih listov	43
4.4 Mnenje strokovnih vodij in zaposlenih o procesu zagotavljanja uspešnosti	47
4.4.1 Intervju s strokovnimi vodji ZN	47
4.4.1.1 Opis izvajanja zdajšnjega procesa ocenjevanja delovne uspešnosti – strokovne vodje	48
4.4.1.2 Ocena pomanjkljivosti obstoječega procesa zagotavljanja uspešnosti – strokovne vodje	49
4.4.1.3 Zelena merila za spremljanje uspešnosti – strokovne vodje	50
4.4.2 Intervju s člani tima ZN v SBT.....	51
4.4.2.1 Opis izvajanja zdajšnjega procesa ocenjevanja delovne uspešnosti - člani tima ZN.....	52
4.4.2.2 Ocena pomanjkljivosti obstoječega procesa zagotavljanja uspešnosti - člani tima ZN.....	53
4.4.2.3 Zelena merila za spremljanje uspešnosti - člani tima ZN	53
4.5 Povzetek ugotovitev o obstoječem in zelenem sistemu zagotavljanja delovne uspešnosti	55
5 PREDLOG CELOVITEGA PROCESA ZAGOTAVLJANJA DELOVNE USPEŠNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI SPLOŠNE BOLNIŠNICE TRBOVLJE	57
5.1 Predlog celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti.....	57
5.2 Predlog ocenjevanja delovne uspešnosti.....	61
5.3 Predlog za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v prakso	64
SKLEP.....	67
LITERATURA IN VIRI.....	71

KAZALO SLIK

Slika 1: Organiziranost zdravstvene dejavnosti	7
Slika 2: Proces analize delovnih mest	21
Slika 3: Proces zagotavljanja delovne uspešnosti	31
Slika 4: Demingov krog zagotavljanja delovne uspešnosti.....	34
Slika 5: Vizija SBT	41
Slika 6: Ocenjevanje delovne uspešnosti zaposlenih v ZN po oddelkih v letu 2011	44
Slika 7: Izbrana merila delovne uspešnosti	56
Slika 8: Proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT.....	59

KAZALO TABEL

Tabela 1: Razlike med javnim in zasebnim sektorjem.....	8
Tabela 2: Število zaposlenih v zdravstvu	9
Tabela 3: Modeli organiziranja zdravstvene nege.....	11
Tabela 4: Managerske kompetence vodji zdravstvene nege	16
Tabela 5: Posamezni deli MČV	18
Tabela 6: McKinseyeva globalna raziskava o motiviranju	25
Tabela 7: Primerjava ocen po merilih na oddelkih v letu 2011 (% zaposlenih)	45
Tabela 8: Osnovni podatki o strokovnih vodjih ZN SBT	47
Tabela 9: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril – strokovni vodje	51
Tabela 10: Osnovni podatki o članih tima ZN SBT	52
Tabela 11: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril – člani tima	54
Tabela 12: Predlagane aktivnosti MČV v ZN SBT.....	57
Tabela 13: Cilji in aktivnosti za zagotavljanje delovne uspešnosti v SBT	59
Tabela 14: Vedenjska lestvica merila odnos do pacientov.....	64
Tabela 15: Vidik notranjih procesov v Strateškem planu SBT	65

UVOD

Uspešnost ljudi v organizaciji je odvisna od zunanjih in notranjih dejavnikov. Zunanji dejavniki se odražajo v splošni družbeno-politični klimi, trenutni ekonomski situaciji in v socialni klimi. Notranje dejavnike pa organizacija usmerja in izboljšuje sama in so odraz načina vodenja zaposlenih, organizacijske klime ter načinov pridobivanja in uporabe znanja. Enako velja za zdravstvene organizacije, ki se danes soočajo s številnimi izzivi. Priča smo velikim spremembam na področju zdravstvenega varstva prebivalstva, ki so posledica pomanjkanja sredstev, demografskih sprememb in velikega tehnološkega napredka. Vse to zahteva nove pristope k delovanju in organiziranju zdravstva. Setnikar Cankarjeva in Petkovšek (2012, str. 229) poudarjata, da se večja uspešnost ter učinkovitost zahtevata od celovitega sistema zdravstvenega varstva in tudi od organizacij. Na uspešnost pa predvsem vpliva način vodenja zdravstvenih organizacij. Management zdravstvenih zavodov se težko prilagaja kriznim razmeram, predvsem zaradi uravnavanja javnofinančnega primanjkljaja, zato so nujne spremembe za doseganje dolgoročne finančne vzdržnosti.

Za doseganje dobrih rezultatov v zdravstvenih organizacijah, tako ekonomskih kot z vidika kakovostno opravljenih zdravstvenih storitev in zadovoljnih zaposlenih, so potrebni motivirani zaposleni, zaposleni, ki hočejo in znajo. Zdravstvena nega predstavlja v zdravstvenih organizacijah pomembno dejavnost; vanjo je vključena velika poklicna skupina zaposlenih. Od zaposlenih v zdravstveni negi je v veliki meri odvisno, kako so storitve opravljene in navsezadnje tudi uspešnost celotne organizacije. Zato je pomembno, da se vodje aktivno ukvarjajo s procesom zagotavljanja uspešnosti zaposleni v zdravstveni negi.

Proces zagotavljanja uspešnosti (angl. *Performance management*) je aktivnost managementa človeških virov in ena od funkcij managementa oz. menedžerjev. Definiramo ga lahko kot sistematični proces izboljševanja uspešnosti organizacije z razvijanjem uspešnosti posameznikov in timov ter kot sredstvo za pridobivanje boljših rezultatov z razumevanjem in usmerjanjem človeških zmogljivosti v dogovorjenem okviru načrtovanih ciljev, standardov in zahtev glede na pristojnosti zaposlenih (Armstrong, 2006b, str. 495).

Delovna uspešnost je odvisna od posameznikove usposobljenosti in motivacije za delo, na njegov delovni rezultat pa v pozitivnem ali negativnem smislu vplivajo tudi njegove osebnostne lastnosti in delovna situacija, pogosto pa tudi zasebno življenje (Huč & Jereb, 2001, str. 10). Zato morajo vodje z ustreznim načinom vodenja zagotavljati celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti z jasno zastavljenimi cilji zaposlenih ter na drugi strani jasnih in strukturiranih meril ocenjevalcev, po katerih bodo ocenjevali delovno uspešnost. Takšen proces je tudi osnova za kadrovske odločitve, kot so napredovanje, nagrajevanja in usposabljanje (Zupan, 2009). S tem pa pomembno vplivamo tudi na razvijanje zmožnosti in motivacijo zaposlenih ter prek teh na uspešnost njihovega dela. Trenutno zunanji dejavniki

negativno vplivajo na motiviranje zaposlenih znotraj javnega sektorja. Ekonomske razmere se namreč odražajo tudi v omejitvah v sistemu nagrajevanja, tako da motiviranje z materialnimi dejavniki ni več učinkovito, s tem pa pridejo v ospredje nematerialni dejavniki. Torej se iz nekega splošnega načina nagrajevanja, ki je določeno s pravilniki in odločbami, obračamo bolj k neformalnim ter socialnim vidikom, kar pa zahteva dobro poznavanje socialnega in tudi psihološkega delovanja zaposlenih ter strokovnosti na strani procesnega dela.

Delovna uspešnost se v sistemu javnega zdravstva po mojem mnenju ocenjuje s popolnoma nepravilnim pristopom, saj ni določenih meril delovne uspešnosti, zato je ocenjevanje zgolj subjektivno in temelji na togi točkovni metodi. Na voljo so sicer standardni obrazci, ki vključujejo pet meril, a si znotraj teh meril vsebino lahko ocenjevalec določi sam, kar seveda onemogoča objektivno ocenjevanje. Prav tako ni vzpostavljenega celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v javnem sektorju, kamor spadajo tudi bolnišnice in posledično zdravstvena nega oziroma zaposleni v njej. Bolnišnice kot javni zavodi nimajo izdelane strategije, ki bi vključevala zagotavljanje celovitega sistema delovne uspešnosti zaposlenih.

Namen magistrskega dela je zato predstaviti pomen vzpostavitve celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Trbovlje in njegovo povezavo z uspešnostjo pri delu. Cilj je najprej predstaviti teoretična izhodišča vzpostavitve celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v zdravstveni negi, specifično za javni sektor, kamor spada tudi področje zdravstvene nege v javnih zdravstvenih zavodih. S pomočjo domače in tuje strokovne literature želim vzpostaviti ustrezen celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti, predvsem s primernimi, merljivimi in z objektivnimi merili uspešnosti. Pomembno je tudi, da so vse aktivnosti zagotavljanja celovitega sistema delovne uspešnosti v zdravstveni negi (v nadaljevanju ZN) Splošne bolnišnice Trbovlje (v nadaljevanju SBT) v strateški povezavi s cilji bolnišnice in ena od glavnih nalog vodstva. Predstavila bom predlog, kako vključiti omenjene aktivnosti v strategijo vodenja SBT. Predvsem pa želim preprečiti, da se delovna uspešnost zaposlenih v zdravstveni negi ocenjuje na zdajšnji način, ki bo natančno opisan in predstavljen v magistrskem delu, a je po mojem mnenju neustrezen. Zato postavljam temeljno tezo: Zdajšnji sistem zagotavljanja delovne uspešnosti na področju ZN v SBT ni ustrezen in potrebuje systemske izboljšave.

Konkretni cilji magistrskega dela so:

- na podlagi teoretičnih temeljev in praktičnih izkušenj podati predloge za izboljšave načina ocenjevanja delovne uspešnosti v ZN, ki bi imeli rezultate v praksi;
- vzpostaviti celovit proces ocenjevanja delovne uspešnosti v ZN v SBT s poudarkom na izdelavi meril uspešnosti v zdravstveni negi;
- narediti študijo primera, v kateri bodo predstavljene prednosti in slabosti obstoječega procesa ocenjevanja delovne uspešnosti v ZN SBT;

- opraviti kvalitativno raziskavo, ki bo temeljila na intervjujih strokovnih vodji s področja zdravstvene nege in nekaterih zaposlenih;
- standardizirati proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT glede na merila delovne uspešnosti;
- vključiti celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN v poslovno strategijo SBT.

Magistrsko delo v prvem delu vsebuje poglobljen teoretično-analitični pregled strokovne literature, raziskav in člankov s področja obravnavane teme. Osnovni uporabljeni metodi sta splošna raziskovalna metoda spoznavnega procesa, s pomočjo katere so zbrane informacije in ugotovljena dejstva o zagotavljanju celovitega procesa delovne uspešnosti, ter metoda analize vsebin relevantnih pisnih virov.

Pri izdelavi magistrskega dela je teoretični del povezan z empiričnim. V empiričnem delu so v sklopu študije primera analizirani standardni ocenjevalni obrazci, ki so podlaga za ocenjevanje delovne uspešnosti v javnem sektorju, za zaposlene v ZN SBT. O ustreznosti sistema ocenjevanja sem naredila tudi kvalitativno raziskavo, ki temelji na intervjujih z vodji področja ZN in nekaterimi zaposlenimi. Na tej osnovi sem opredelila prednosti oziroma slabosti zdajšnjega procesa. Na podlagi ugotovitev sem oblikovala model celovitega zagotavljanja delovne uspešnosti zaposlenih v ZN in predlog uvajanja modela v prakso. Na koncu so predstavljeni glavni predlogi za izboljšave, in sicer s poudarkom na motiviranju zaposlenih z nefinančnimi motivatorji, ki so trenutno edini na voljo.

Magistrsko delo je sestavljeno iz več poglavji. Uvodu sledi prvo poglavje, v katerem so opisane značilnosti zdravstvene organizacije kot izvajalca zdravstvene dejavnosti. Predstavljene so posebnosti delovanja zdravstvenega sektorja, zaradi katerih je potrebno zdravstvene organizacije voditi na drugačen način, saj cilj ni dobiček organizacije, temveč kakovost storitve ter smotrno in umno gospodarjenje z razpoložljivimi viri, med katere lahko na prvo mesto uvrstimo zaposlene, saj so ti s svojimi zmožnostmi in z motivacijo ključni za uspešnost organizacije. Podrobneje je predstavljena organizacijska struktura v sekundarni zdravstveni dejavnosti (javni management) ter razlike med javnim in zasebnim sektorjem. Sledi predstavitev pojma zdravstvena nega, ki je sestavni del zdravstvenih organizacij. Predstavila sem tudi osnovne modele organiziranja zdravstvene nege. Pomemben del tega poglavja so lastnosti in kompetence medicinske sestre v timu zdravstvene nege, kajti iz določitve kompetenc lahko izhajamo tudi pri oblikovanju modela celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti.

V drugem poglavju se osredinim na management človeških virov. Začnem z opredelitvijo pojma, nadaljujem s predstavitvijo aktivnosti managementa človeških virov, od uravnavanja zunanega in notranjega okolja, analize in oblikovanja delovnih mest, načrtovanja in izbora kadrov, izobraževanja, ocenjevanja delovne uspešnosti ter do nagrajevanja. To poglavje se

konča z managementom človeških virov v zdravstvenih organizacijah, v katerem so opredeljene pomembne posebnosti managementa človeških virov v zdravstvenih organizacijah. Tretje poglavje je zadnje teoretično poglavje, v njem pa opredelim celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti. V okviru tega poglavja je poleg opredelitve pojma delovna uspešnost predstavljen proces zagotavljanja delovne uspešnosti z natančnim opisom pridobivanja povratnih informacij v samem procesu, opisom letnega razvojnega pogovora in ocenjevalnega pogovora. Podrobneje je opisan t. i. Demingov krog zagotavljanja delovne uspešnosti, nakazana je povezava med zaposlenimi v ZN in uspešnostjo organizacije. Opisana je razlika med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem uspešnosti, sledijo merila delovne uspešnosti in metode spremljanja delovne uspešnosti. Na koncu je opisana vloga vodje pri zagotavljanju delovne uspešnosti.

Empirični del mojega magistrskega dela se začne z analitičnim poglavjem, v katerem najprej predstavim Splošno bolnišnico Trbovlje, nato pa sledi analiza standardnih ocenjevalnih obrazcev v moji organizaciji. Osrednji del so rezultati kvalitativne raziskave oziroma analiza zdajšnjega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti na podlagi ugotovitev iz intervjujev strokovnih vodji v ZN in nekaterih zaposlenih. V sklepu predstavim izgradnjo celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT. Predlagam tudi obrazec Razvojno-ocenjevalni razgovor s sodelavcem, v katerem so zajete vse aktivnosti, izvedene v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti med vodjo in zaposlenim v enem ocenjevalnem obdobju. Podam še predlog za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v prakso, ki predstavlja pomemben del naloge, to je vključevanje procesa v poslovno strategijo SBT. Na koncu naloge sta sklepna beseda in uporabljena literatura.

1 ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE KOT DEL ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Po Zakonu o Zdravstveni dejavnosti Republike Slovenije (Ur. l. RS, št. 9/1192, UPB2, 23/2005, v nadaljevanju ZZDej) pravi, da zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini ter ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju ter zdravljenju pacientov in poškodovancev.

ZZDej ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev oziroma delavk v zbornice in združenja. Zdravstveno dejavnost lahko opravljajo na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravje, domače in tuje pravne ter fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje. Javna zdravstvena služba mora biti organizirana tako, da je vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč,

vključno z nujnimi reševalnimi prevozi in preskrbo z nujnimi zdravili, čim prej ter čim bližje njihovem nastanku in med transportom.

Po ugotovitvah Štručeve (2006, str. 19) je delovanje zdravstvenega sektorja specifično, ker nanj vplivajo naslednje značilnosti, ki veljajo le za to področje.

Opredelila sta jih Kornai in Eggelston (2001, str. 48–65):

- **Vrednost zdravja**

Zdravje je dobrina, ki je veliko vredna šele takrat, ko posameznik občuti njeno pomanjkanje. Prav tako je težko določiti pravo tržno vrednost te dobrine, vredna je namreč toliko, kot je v danem trenutku posameznik (zavarovalnica) pripravljen zanj plačati.

- **Dostopnost**

V slovenskem zdravstvenem sistemu je dostopnost zdravstvenih storitev enaka za vse ljudi, ne glede na njihovo plačilno sposobnost.

- **Negotovost in nepredvidljivost**

Potreba po zdravstvenih storitvah je nepredvidljiva, zato se ljudje rajši zavarujemo pri zdravstveni zavarovalnici, s čimer si zagotovimo dostopnost zdravstvenih storitev ne glede na količino storitev, ki jih potrebujemo.

- **Asimetrija informacij**

Pojavi se zato, ker je pacient vedno slabše obveščen kot izvajalec zdravstvenih storitev.

- **Selekcija**

Pojavi se zaradi asimetrije informacij. Poznamo nasprotno selekcijo, ko se ljudje razlikujejo po tem, kakšne potrebe imajo po zdravstvenih storitvah, in tvegano selekcijo, kjer zavarovalnica želi odgnati bolne zavarovance in ohraniti zdrave.

- **Moralni hazard**

Ker zavarovalnica krije vse stroške zdravljenja pri določenem pacientu, se lahko pojavi neekonomičnost, ker so stroški zdravljenja previsoki, preobsežni.

- **Monopol na ponudbeni strani**

Zdravstvene storitve se opravljajo samo v določenih ustanovah, ker zaradi drage tehnologije ne bi imelo smisla opravljati te storitve v več ustanovah. Posledično država usmerja zdravstveni sektor z regulativo.

- **Nemoč pacientov**

V zdravstvenem sektorju ne more priti do popolne konkurence, pacient se zaradi svoje neinformiranosti in podrejenega položaja ne more enakovredno odločati o procesu svojega zdravljenja.

- **Veliki stroški**

Stroški zdravstvene oskrbe neprestano naraščajo zaradi napredka tehnologije in zahtev prebivalstva.

Z opravljanjem zdravstvene dejavnosti želimo doseči dva cilja (Česen, 1988, str. 14). Prvi je vzdrževati delovno sposobnost prebivalstva (predvsem aktivnega) na ravni, ki omogoča

nemoten potek proizvodnih procesov, drugi pa prispevati k blaginji in h kakovosti življenja posameznika.

Zdravstvene organizacije so ustanove, kjer se zdravstvena dejavnost opravlja. Seveda pa so zdravstvene ustanove nek sistem, organizacija, v katerem s skupnimi močmi delujejo vsi zaposleni za doseg ciljev. Obstoječe stanje v okolju in bolnišnicah zahteva sodobne aktivnosti managementa, ki mora z ustreznimi instrumenti poskrbeti za boljšo organiziranost (Maze, 2008, str. 8).

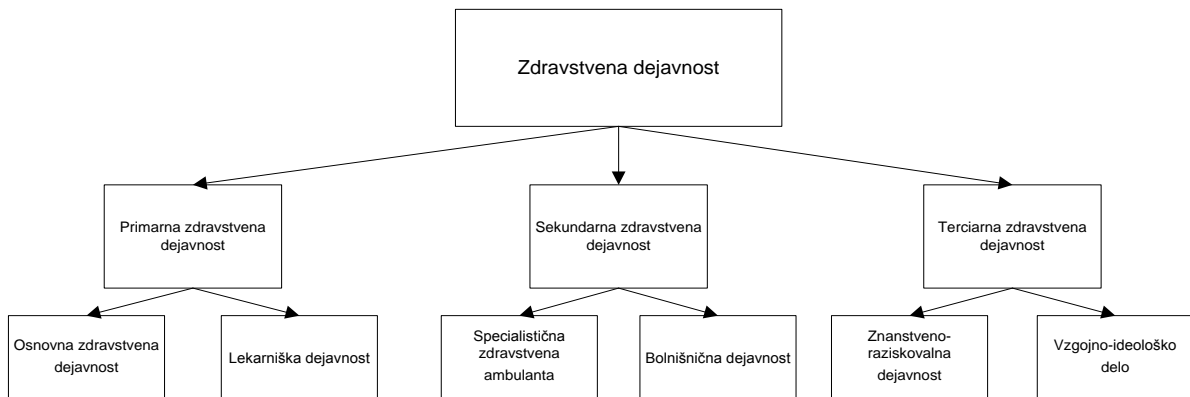
1.1 Organiziranost zdravstvene dejavnosti

Zdravstvena dejavnost se opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni (Tasič, 2005, str. 86–88). Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni se izvaja v javnem in zasebnem sektorju; javno primarno zdravstveno varstvo v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in v javnih lekarnah, zasebno primarno zdravstveno varstvo pa izvajajo zasebni zdravstveni delavci in zasebne lekarne.

Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistična ambulantna dejavnost se opravlja v bolnišnici, zdravilišču ali pri zasebnem zdravniku specialistu, obsega pa kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti, poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni in bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov in kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Zajema znanstvenoraziskovalno delo in vzgojno-ideološko delo ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni in bolnišnični ravni, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni mogoče opravljati na nižjih ravneh. Shematsko je organiziranost zdravstvene dejavnosti prikazana na Sliki 1.

Slika 1: Organiziranost zdravstvene dejavnosti



1.2 Organiziranost v sekundarni zdravstveni dejavnosti

Organiziranost v zdravstveni dejavnosti sledi načelom javnega managementa. S tem pojmom razumemo oblike upravljanja in vodenja, ki po svojih značilnostih razlikujejo javni management od zasebnega. V širšem smislu so za delovanje managementa pridobitnih organizacij najbolj pomembni notranji dejavniki organizacije (notranje spremenljivke), za nepridobitne organizacije (javne) pa zunanji dejavniki (zunanje spremenljivke), (Česen, 2003, str. 23–43).

Prav pritiski slednjih omejujejo poslovno avtonomijo managerjev v javnih zdravstvenih zavodih. Zunanji dejavniki obvladujejo tako organizacijsko zgradbo kot tudi tekoče in razvojno delovanje. V nadaljevanju je omenjenih nekaj dejavnikov, ki določajo naravo managementa javne zdravstvene službe (Česen, 2003, str. 23–43):

- vnaprej določeno okolje,
- delovanje nepridobitnega zdravstvenega zavoda,
- značilnosti opravljanja zdravstvenih storitev,
- standardizirana zdravstvena oskrba,
- vodena ponudba in poraba zdravstvenih storitev.

Po Tavčarju (2005, str. 13) je temeljna razlika med pridobitnimi in nepridobitnimi (javnimi) organizacijami pravzaprav v ciljih. Cilji prvih so usmerjeni k ustvarjanju dodane vrednosti, ki se meri z ustvarjenim dobičkom, cilji drugih pa k dodani vrednosti, ki se ne meri z dobičkom, temveč z ustvarjenimi vrednotami, ki se posledično pojavljajo v sami organizaciji in širši skupnosti. Obe vrsti organizacij pa za svoje delovanje potrebuje materialna in nematerialna sredstva, pametno morajo gospodariti in usmerjati del sredstev ter prizadevanj zaposlenih v prihodnje priložnosti organizacije. Lahko bi tudi rekli, da si nepridobitne organizacije niso konkurenčne, čeprav se v zadnjem času vedno bolj »briše« meja med pridobitnimi in nepridobitnimi organizacijami. Ravno sodoben management javnih organizacij (novi javni

management) poziva h konkurenčnosti. Razlike med pridobitnimi (zasebnimi) in nepridobitnimi (javnimi) organizacijami so predstavljene v Tabeli 1.

Tabela 1: Razlike med javnim in zasebnim sektorjem

Javno	Zasebno
zakonitost in izpolnjevanje več ciljnega poslanstva (enak dostop, pravičnost, varnost)	dobiček, tržni delež
alokacija in redistribucija sredstev proračuna	zaračunavanje produktov in storitev strankam, ki jih je treba poiskati
racionaliziranje	prodaja
spoštovanje zakonov in pravil, normativni okvirji delovanja	strateški management
ranljivost delovanja zaradi vplivov politike, ni uveljavljanja dolgoročnih ciljev zaradi menjave političnih sil	interes delničarjev
zelo kompleksno okolje	spremenljiva kompleksnost okolja
zunanjí finančni in politični pritiski	notranji tržni pritiski
nedefinirani cilji in uspešnost	uspešnost, določena z dobičkonosnostjo
ni merjenja uspešnosti	merjenje uspešnosti s posledičnimi stimulacijami
javna kolektivna odgovornost	individualna odgovornost
težko določljive ciljne skupine	določanje ciljne skupine s prodajo ali z nakupom
centralizirana kadrovska politika	management človekovih virov
težavnost investicij zaradi omejenega kapitala in nepredvidljivega obsega prihodnjih javnih potreb	redno investiranje, skladno s strategijo
ljudje delajo pretežno zaradi nekega cilja, ne samo za zaslužek	motiv zaposlenih je pretežno le zaslužek
nagrajevanje po izenačevanju	nagrajevanje po rezultatih
oteženo odpuščanje	odpuščanje ob neuspešnosti
napredovanje po sistemu kariere	napredovanje glede na uspešnost

Vir: S. Kralj, Uvajanje novega javnega managementa v svetu in pri nas, 2011, str. 11.

Novi javni management (v nadaljevanju NJM) je neoliberalističen koncept, ki je nastal zaradi težnje po posodobitvi in zaježitvi preobsežnih in predragih javnih organizacij. Bistvo je v uvajanju tržnih načel, ki so do zdaj veljala le za pridobitne organizacije, v javni sektor in ključnih ciljih, ki so usmerjeni k uporabniku, učinkovitosti in k uspešnosti (Kralj, 2011, str. 7).

1.3 Zdravstvena nega v sekundarnih zdravstvenih organizacijah

Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo ter sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih ter zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo,

promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje. Poslanstvo zdravstvene nege je obravnavati človeka, zdravega ali bolnega (pacient, pacient, varovanec, stanovalec, uporabnik, klient ...), ki je enkraten in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre (Zbornica zdravstvene nege, 2008a).

Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje medicinska sestra s svojimi znanji, z izkušnjami in s sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, drugih in do okolice (Zbornica zdravstvene nege, 2008b).

V definiciji zdravstvene nege vidimo, da je sodelujoči člen v managementu zdravstvenih organizacij. V zdravstvenih organizacijah so zaposleni številni profili ljudi glede na izobrazbo in njihove kompetence. Poleg zdravnikov, ki se jih označuje kot nosilce dejavnosti, fizioterapevtov, laborantov, farmacevtskih tehnikov, administratorjev, delovnih terapevtov, raznih inženirjev, kuharjev in negovalcev se v največjem številu pojavljajo ravno medicinske sestre s srednjo in z visoko izobrazbo. V Sloveniji je po podatkih (NJIZ, 2014) v zdravstvu zaposlenih 6219 zdravnikov, 3930 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, 1185 višjih medicinskih sester/tehnikov in 12902 srednjih medicinskih sester. Natančneje si lahko pogledamo število zaposlenih v zdravstvu v Tabeli 2. Glede na številčnost in velik obseg dela se v zadnjih letih vedno močneje pojavljajo težnje po strokovnih ter organizacijskih spremembah in po aktivnem sodelovanju pri oblikovanju ter vodenju zdravstvene politike.

Tabela 2: Število zaposlenih v zdravstvu

Naziv poklicne skupine	Število	V %	Naziv poklicne skupine	Število	V %
01 – zdravnik	6219	17,8	28 – biolog	114	0,3
02 – zobozdravnik	1476	4,2	29 – inženir elektrotehnike	43	0,1
03 – farmacevt	1389	4,0	30 – matematik	9	0,0
04 – dipl.medicijska sestra/zdravstvenik	3930	11,2	31 – kemik	118	0,3
05 – diplomirani sanitarni inženir	145	0,4	32 – fizik	16	0,0
06 – višja med.sestra/višjizdr.tehnik	1185	3,4	33 – profesor zdravstvene vzgoje	40	0,1
07 – inženir radiologije	43	0,1	34 – dipl.fizioterapevt	616	1,8
08 – višji fizioterapevt	548	1,6	35 –dipl.inženir radiologije	353	1,0
09 – inženir radiologije	233	0,7	36 – dipl.delavni terapevt	324	0,9
10 – višji delovni terapevt	108	0,3	37 – dipl. inženir ortotike in protetike	21	0,1
11 – sanitarni inženir	67	0,2	38 – dipl.inženirlab.biomedicine	198	0,6

se nadaljuje

nadaljevanje

Naziv poklicne skupine	Število	V %	Naziv poklicne skupine	Število	V %
12 – dentist	6	0,0	39 – dipl.babica/babičar	148	0,4
13 – biokemik	28	0,1	40 – živilski tehnik	18	0,1
14 – inženir zobne protetike	11	0,0	41 – mikrobiolog	49	0,1
15 – inženir ortotike in protetike	3	0,0	44 – mag.zdravstvene nege	33	0,1
16 – višji zobni tehnik	7	0,0	45 – mag.laboratorijske biomedicine	3	0,0
17 – višji laboratorijski tehnik	34	0,1	50 – tehnik zdr.nege	12902	36,9
18 – organizator dela v zdravstvu	59	0,2	51 – laboratorijski tehnik	608	1,7
19 – organizator dela (druge smeri)	212	0,3	52 – zobotehnik	770	2,2
20 – defektolog	86	0,2	53 – farmacevtski tehnik	674	1,9
21 – logoped	96	0,3	54 – dietni tehnik	2	0,0
22 – veterinar	15	0,0	55 – babica	98	0,3
23 – ekonomist	375	1,1	56 – sanitarni tehnik	5	0,0
24 – pravnik	93	0,3	57 – ustni higienik	11	0,0
25 – profesor	61	0,2	60 – bolničar	81	0,2
26 – socialni delavec	144	0,4	90 – drugo	980	2,8
27 – psiholog	267	0,8	Skupaj	34983	100

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov (IVZ,16),2014.

1.3.1 Zdravstvena nega na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva

S sekundarnim zdravstvenim varstvom so mišljene bolnišnice, ki so stacionarne ustanove, ki nudijo 24-urno oskrbo in nego, diagnostiko, zdravljenje ter rehabilitacijo bolnih in poškodovanih, običajno za bolezenska ter kirurška stanja. Poznamo več tipov bolnišnic, od splošnih do specializiranih. Splošne bolnišnice so opredeljene kot večje bolniške ustanove, ki so opremljene za oskrbo internih, kirurških, ginekoloških in (ponekod) psihiatričnih pacientov, specializirane bolnišnice pa kot ustanove za zdravstveno oskrbo pacientov s specifičnimi boleznimi (npr. duševne bolezni, ginekološke bolezni in porodništvo, rak, tuberkuloza itn.). Zdravstvena nega je podsistem zdravstvenega varstva in igra pomembno vlogo pri doseganju ciljev celotnega zdravstvenega sistema (Lorber, 2010, str. 16–20).

Zdravstvena nega v bolnišnicah deluje kot popolnoma samostojno strokovno področje, na čelu katerega je pomočnica direktorice za zdravstveno nego, t. i. glavna medicinska sestra. Poleg nje ima vsako področje oziroma oddelek še strokovnega vodjo zdravstvene nege, ki pa je odgovoren za strokovnost in organizacijo omenjenega področja. Strategija managementa človeških virov s področja zdravstvene nege mora biti vpeta v samo poslovno strategijo bolnišnice, skupaj z jasno vizijo in s cilji. Za doseganje ciljev managementa zdravstvene nege moramo v bolnišnici izbrati model organiziranja zdravstvene nege, po katerem bomo delovali. Pri načrtovanju in izbiri modela izvajanja zdravstvene nege moramo upoštevati spremembe

pri pacientih, izvajalcih, napredek v medicini, informacijski tehnologiji in spremembe v financiranju (Wolf & Greenhouse, 2007, str. 382).

Model izvajanja zdravstvene nege mora biti strateška orientacija v organizaciji. Model ZN je pravzaprav opis načina izvajanja ZN v bolnišnici. Skozi zgodovino se je pojavljalo mnogo različnih modelov, vsak pa mora vsebovati strukturo, kjer je opredeljeno, kdo in kaj dela, proces dela, torej, kako bo to opravljeno, izide ter ali je uporaben v prihodnosti in osnovan na znanstvenih dokazih.

V sodobni ZN poznamo naslednje modele organiziranja zdravstvene nege, kot jih vidimo v Tabeli 3, ki jo je pripravila Mazejeva na podlagi avtorjev Decker in Sullivan (1997, str. 34) ter Marquis in Huston (2003, str. 116).

Tabela 3: Modeli organiziranja zdravstvene nege

<p>Funkcionalni model zdravstvene nege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naloge so razdeljene medicinskim sestram glede na njihovo izobrazbo in spretnosti. • Potrebe pacienta zadovoljuje več medicinskih sester. • Prednosti: stroškovno učinkovit, vsi zaposleni so lahko zelo uspešni pri izvajanju dodeljene naloge, so pa manj uspešni in učinkoviti pri izvajanju drugih nalog. • Pomanjkljivosti: nestanovitna kontinuiteta zdravstvene nege, odsotnost holističnega pogleda na pacienta, časovno omejena komunikacija, problemi s sledljivostjo. • V slovenskih bolnišnicah še vedno prisoten.
<p>Timski model zdravstvene nege</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tim izvajalcev zdravstvene nege izvaja popolno oskrbo skupine pacientov. Na dogovorjen način je timu dodeljeno določeno število pacientov. • Demokratično vodenje. • Člani tima imajo veliko avtonomije pri izvedbi nalog, • Pomanjkljivosti timskega modela so: vodja tima porabi veliko časa za vzdrževanje uspešne timske komunikacije pri načrtovanju, nadziranju in koordiniranju izvajanja zdravstvene nege vseh članov tima, kontinuiteta zdravstvene nege je lahko omejena, članom tima so dodeljene specifične naloge pri pacientu, kar onemogoča celovit pregled nad njegovimi potrebami, vodje tima so bolj osredinjeni na papirno delo kot usmerjeni na fizične oz. realne potrebe pacientov, težave v delegiranju in komuniciranju so velikokrat razlogi za manjšo uspešnost timskega modela. • V timu ZN je odgovorna diplomirana medicinska sestra, ki skupaj s sodelavci zagotavlja najboljšo mogočo oskrbo pacienta.

se nadaljuje

nadaljevanje

Model celovite zdravstvene nege (angl. <i>Total patient care</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Diplomirane medicinske sestre so odgovorne za vse vidike zdravstvene nege pri enem ali več pacientih.• Ena medicinska sestra izvaja vso zdravstveno nego v eni izmeni.• Uporablja se na področjih, kjer je zahtevana visoka stopnja izkušenj, kot npr. v intenzivnih terapijah.• Prednosti tega modela so: kontinuirana, celovita in strokovna zdravstvena nega, popolna odgovornost za izvajanje zdravstvene nege pri dodeljenem pacientu, kontinuirana komunikacija s pacientom, z družino, zdravniki in z osebjem drugih oddelkov.• Pomanjkljivosti tega modela so: diplomirana medicinska sestra porabi veliko časa za naloge, ki bi jih lahko opravilo manj izobraženo osebje, npr. zdravstveni tehniki, stroški modela so zelo visoki.
Model primarne zdravstvene nege	<ul style="list-style-type: none">• Ena medicinska sestra je odgovorna za zdravstveno nego določenih pacientov.• Decentralizirano sprejemanje odločitev je glavni princip primarne zdravstvene nege.• Temelj profesionalne prakse zdravstvene nege je znanje, ne samo aktivnost za izvrševanje nalog.• Prednosti: model strokovne prakse je osnovan na znanju, decentralizacija odločanja v zdravstveni negi, avtoriteta in odgovornost medicinskih sester, ena medicinska sestra odgovarja za 24-urno zdravstveno nego pacienta, povečajo se kontinuiteta in koordinacija zdravstvene nege ter zadovoljstvo medicinskih sester, zdravnikov in pacientov, ki menijo, da je takšna zdravstvena nega bolj osebna.• Pomanjkljivosti: koncept 24-urne odgovornosti je dober, vendar je nemogoče zagotoviti legalno odgovornost primarne medicinske sestre izven delovnega časa, nepripravljenost sodelavcev sprejemati navodila primarne medicinske sestre, organizacije, ki so uvedle primarno zdravstveno nego, so zahtevale le diplomirane medicinske sestre, je dražje in neučinkovito, saj lahko precej dela opravi manj izobraženo osebje.
Koordiniranje primera (angl. <i>Case management</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Daje možnost zdravstvenim organizacijam za izvajanje kakovostnih in stroškovno učinkovitih storitev ne glede na področje delovanja ali finančne vire.• Fleksibilna struktura.• Nastal je kot posledica primarnega modela v smeri kakovosti, k izidom usmerjeni zdravstveni negi in obvladovanju stroškov.• Omogoča prepoznavanje, koordinacijo in nadziranje izvajanja služb, ki so potrebne za doseganje želenih izidov zdravstvene nege pri pacientu v določenem časovnem obdobju.

se nadaljuje

nadaljevanje

Koordiniranje primera (angl. <i>Case management</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Pomembni elementi za izvajanje modela so: sodelovanje vseh udeležencev zdravstvenega sistema, predvsem je pomemben interes pri negovalnem kadru in zdravnikih, prepoznavanje pričakovanih izidov pacienta v časovnih okvirih (skrajševanje ležalne dobe...), uporaba principov kontinuiranega izboljševanja kakovosti, pospeševanje strokovne prakse, izboljšanje zadovoljstva pacientov, izboljšanje zadovoljstva zaposlenih.
---	--

Vir: H. Maze, *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici*, 2008, str. 19–27.

V slovenskem prostoru prevladuje timski model zdravstvene nege, model pa podpira tudi stroka zdravstvene in babiške nege, kajti s strani stroke je prepoznan kot strokovno utemeljen, varen, uspešen in racionalen (Zbornica zdravstvene nege, 2011).

Tudi strategija razvoja ZN in zdravstvene oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji od leta 2011 do 2020 je podkrepljena s timskim načinom dela, kar je lepo vidno v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence ZN (Zbornica zdravstvene nege, 2008 b).

1.3.2 Izobrazbena struktura zaposlenih v zdravstveni negi na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva

Področje zdravstvene nege zajema več profilov zaposlenih, glede na njihovo izobrazbo in kompetence (Zbornica zdravstvene nege, 2011):

- **Bolničar negovalec** je oseba, ki je končala triletni poklicni izobraževalni program za področje pomoči in oskrbe. Bolničar negovalec nudi pomoč varovancu pri tistih življenjskih potrebah, ki jih oskrbovanec ne more opraviti sam in potrebuje pomoč druge osebe. Bolničar negovalec je sodelavec negovalnega tima. Po zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno delo opravljanja pomoči in oskrbe opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit. Na seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti je bolničar v zdravstveni dejavnosti umeščen med zdravstvene sodelavce.
- **Srednja medicinska sestra**, tehnik zdravstvene nege ali zdravstveni tehnik je oseba, ki je končala srednješolski strokovni program zdravstvene nege in je usposobljena za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je članica negovalnega tima in je po navodilu medicinske sestre izvajalka postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno opravljanje zdravstvene nege opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev, strokovni izpit in biti vpisana v register izvajalcev ter imeti veljavno licenco.
- **Diplomirana medicinska sestra** ali višja medicinska sestra je oseba, ki je končala najmanj dvanajstletno splošno in/ali strokovno izobraževanje in končala visoko (višjo) strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezen organ podelil

pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost. Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali k mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico do pobude in nadzora. Sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora biti za samostojno opravljanje zdravstvene nege vpisana v register izvajalcev in imeti veljavno licenco.

- **Magistrica zdravstvene nege** je nosilka sistematičnega spremljanja kliničnega dela, vodenja timov za izboljševanje klinične prakse, pobudnica sprememb in izboljšav, ki jih neposredno uvaja v proces zdravstvene nege in oskrbe. Je nosilka in/ali izvajalka znanstvenoraziskovalne dejavnosti za področje zdravstvene nege in oskrbe, ki aktivno vključuje člane negovalnega in zdravstvenega tima. Je mentorica študentom in visokošolska učiteljica na prvi bolonjski stopnji. Podlago za delo predstavlja program druge stopnje zdravstvene nege po bolonjski deklaraciji.

Medicinske sestre so »stalnica« v zdravstvenih organizacijah. So v prvih vrstah, 24 ur na dan in 7 dni v tednu. So najbolj vidne v kompleksni organizaciji zdravstva, kjer so izidi mnogokrat kritični in kjer se opravljajo storitve pod zelo težkimi in nepredvidljivimi pogoji. Zagotavljajo kritičen nadzor v zdravstvenih organizacijah, predvsem v bolnišnicah z intenzivno nego in zagotavljanjem varnosti pacientov. Dobro uigran, motiviran, pravilno usposobljen tim medicinskih sester ima močan vpliv na sposobnost zdravstvene organizacije, da zagotovi kakovostno in učinkovito oskrbo pacienta. Resen problem zdravstvene organizacije se je odločiti, kako razporediti medicinske sestre glede na kakovost in stroške (Fried & Fottler, 2008, str. 393–94).

Predvsem v današnjem času se v zdravstvenih organizacijah pojavlja veliko pomanjkanje kadra zdravstvene nege, s strani Ministrstva za zdravje pa je onemogočeno kakršno koli zaposlovanje, razen v primeru predvidenih upokojitev in odpovedi delovnega razmerja. Posledično so delodajalci primorani reorganizirati delovne procese tako, da se uvaja nadurno delo, prerazporeja zaposlene v zdravstveni negi in da se izvajajo delovni procesi s pomočjo pripravnikov, dijakov, študentov.

1.3.3 Lastnosti in kompetence medicinske sestre v timu zdravstvene nege

Mednarodno društvo medicinskih sester navaja (International Council of Nursing, 2005), da mora biti medicinska sestra telesno in duševno zdrava ter duhovno in socialno zrela oseba. Za

svoje zdravje skrbi tako, da njena zmožnost zagotavljanja zdravstvene nege ni ogrožena. Osebnostno podobo sestavljajo njene temeljne lastnosti, kot so človekoljubnost, dostojanstvo, dobrohotnost, pravičnost, zaupnost, preudarnost, vztrajnost, optimizem, spoštljivost, poštenost in strpnost. Dopolnjujejo jo sposobnost sožitja z ljudmi, humanost ter profesionalno vživljanje v sočloveka. Medicinsko sestro odlikujejo osebnostna kultura z izraženo komunikacijsko kulturo, s sposobnostjo zaznavanja, kritičnega mišljenja, samoocenjevanja, z ustvarjalnostjo in razvojno raziskovalno usmerjenostjo. Medicinska sestra spoštuje temeljne človekove vrednote in pacientove pravice. S svojim vedenjem in ravnanjem vedno in povsod vzdržuje pozitivno podobo svojega poklica in povečuje zaupanje javnosti vanj. Prizadeva si za ustvarjanje prijaznega, spoštljivega delovnega okolja. Pripadnost poklicu izkazuje s spoštovanjem profesionalne dediščine, tradicije in s tem povezanih vrednot, z vključevanjem v stanovska združenja ter s krovno stanovsko organizacijo, ki skrbi za celosten razvoj in odličnost delovanja stroke.

Na uspešnost ali neuspešnost zdravstvene organizacije vpliva tudi način vodenja. Pri izobraževanju, izbiri in usposabljanju vodje zdravstvene nege je potrebno uporabiti nove metode, saj se tudi pred vodje v zdravstveni negi postavljajo drugačne naloge kot v preteklosti. Novi koncepti vodenja vključujejo dodatne vsebine, ki so bile do zdaj zanemarjene. Eden od v zadnjem obdobju najpogosteje uporabljenih pristopov je raziskovanje kompetenc, kompetenčnih modelov in na njihovi osnovi oblikovanih kompetenčnih profilov (Kvas, 2013, str. 8–17).

Ameriško združenje vodilnih medicinskih sester je leta 2005 opredelilo kompetence za vodje v zdravstveni negi v 21. stoletju (Schirey 2007, 167):

- komunikacija in odnosi – management,
- profesionalizacija,
- vodenje,
- poslovne veščine in principi,
- znanje o zdravstvu in okolju.

V modelu je prepoznanih pet ključnih kompetenc, centralno točko predstavlja odlično vodenje.

V nadaljevanju so v Tabeli 4 predstavljene managerske kompetence, ki naj bi jih imeli vodje v zdravstveni negi (Lorber, 2010, str. 16–20).

Tabela 4: Managerske kompetence vodji zdravstvene nege

Socialna moč	Sodelovanje z ljudmi, zaupanje vase, samospoštovanje, uspešno sporazumevanje, skladnost besed in dejanj, osebna avtoriteta.
Vizija in cilji	Opredelevanje ciljev, poti za doseg ciljev in komuniciranje, seznanitev zaposlenih s cilji in vizijo, usklajevanje ciljev in nalog, zastavljanje in doseganje ciljev.
Komunikacija	Na način, da prejemnik prejme informacije tako, kot je nameraval pošiljatelj, opredelitev načina komunikacije v timu, poslušanje sogovornikov, poznavanje empatičnega komuniciranja, uspešno reševanje konfliktov.
Motivacija	Motiviranje s pravičnostjo in enakostjo ter po pričakovanjih zaposlenih, uporabljamo spodbude, tako finančne kot nefinančne, pomembnost pohvale, spodbujanja, poznavanje motivatorjev pri zaposlenih.
Reševanje problemov	Sposobnost hitrega spoznavanja problemov, opazovanje dogajanja, optimističen pogled na probleme in ustrezno reševanje problemov.
Medosebni odnosi	Sposobnost razumevanja drugih, predvsem občutkov, razpoloženj, vedenj in usmerjanje v dobre medosebne odnose, sprotno reševanje konfliktov, prenos znanj na sodelavce, vedenje vodje mora biti odprto, prijazno, pristno.
Odločanje	Pravilno in pravočasno odločanje, v katerega enakopravno vključi sodelavce, izbere z njimi najboljšo rešitev in jo tudi predstavi. Zna sprejemati odgovornost za svoje odločitve.
Delegiranje	Pri delegiranju vodja sodelavcem zaupa, vključuje jih v odločanje, s tem se plošči hierarhična struktura organizacije, delegirane naloge člani tima izvajajo z lastno kreativnostjo, kar poveča njihovo zavzetost in izboljša rezultate.
Timsko delo	Posameznik je v timu bolj učinkovit, uspešen, v timu se povezujejo psihološki, socialni in delovni vidiki, zadovoljstvo in uspešnost pri delu sta večja, boljše je komuniciranje.
Obvladovanje in uvajanje sprememb	Odprtost in sprejemljivost za spremembe, nove spretnosti in znanja zaposlenih, premik od znanega k neznanemu, izboljševanje procesov, kar vpliva na boljše izide zdravljenja, manj stroškov, večje zadovoljstvo v timu. Vodja spodbuja in nakaže načine izvajanja sprememb.
Čustvena inteligenca	Socialna spretnost, sestavljena iz samozavedanja pri odločitvah, samoobvladanja, samomotiviranja, socialnega zavedanja in obvladovanja odnosov.
Razvoj kadrov	Sistematičen in načrtovan proces, ki je namenjen strokovnemu in delovnemu razvoju posameznikov. Vodja izdelava načrt, posameznike spodbuja in skrbi za vseživljenjsko učenje.
Vodje in razvoj	Neprestano obnavljanje znanja, predvsem znanja iz organizacije in managementa.
Kakovost	Nenehno izboljševanje kakovost z namenom izboljšati zdravstveno oskrbo. Vodja k temu spodbuja tudi sodelavce.

Vir: M. Lorber, Vedenje, značilnosti in kompetence vodji v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi, 2010, str. 16-20.

Podrobneje so managerske kompetence vodji zdravstvene nege (Lorber, 2010, str. 16–20), opisane v Prilogi 1.

Raziskava glede kompetenčnega modela vodenja zdravstvene nege v Sloveniji, narejena v Sloveniji (Štamberger, 2011, str. 123–26), je pokazala, da v praksi še nimamo oblikovanega kompetenčnega profila vodji, s katerim bi preverjali njihovo kompetenčnost. Posledice se kažejo v pomanjkanju znanja in usposobljenosti na področju vodenja, v podrejanju močnejšim profesionalnim skupinam v zdravstvu (zdravnikom) in avtokratskem vodenju znotraj lastne profesionalne skupine.

2 MANAGEMENT ČLOVEŠKIH VIROV

V zadnjih desetletjih se vedno bolj uveljavlja pojem management človeških virov (v nadaljevanju MČV), angleško *Human Resource Management*. Vodstva organizacij, profitnih in vedno bolj tudi neprofitnih, ugotavljajo, da so izmed vseh virov, ki so potrebni za delovanje organizacije, ravno človeški viri najpomembnejši. Od zaposlenih je odvisen uspeh organizacije, od njihove motiviranosti, ustvarjalnosti, znanja, sodelovanja, odnosov in od uspešnosti.

2.1 Opredelitev managementa človeških virov

Management je miselna intuitivna dejavnost ljudi v organizacijskem sistemu in je ključni podsistem v organizaciji, ker povezuje in usmerja vse druge podsisteme. Vsebuje koordinacijo človeških, materialnih in finančnih virov s cilji organizacije, povezovanje organizacije z zunanjim okoljem in odzivanje na potrebe družbe, razvijanje organizacijskega razpoloženja, učinkovito opravljanje nalog in izpeljavo različnih poslovnih dejavnosti razvojne, informacijske in odločitvene narave (Možina et al., 2002 c, str. 15).

MČV je strateško usmerjena dejavnost nosilcev MČV (predvsem managerjev in kadrovske strokovnjakov), ki jo sestavljajo medsebojno usklajene aktivnosti pridobivanja in povečevanja človeških zmožnosti ter spodbujanja njihove uporabe, tako da skladno z opredeljenim namenom (ciljem) organizacije in ob upoštevanju ciljev ter interesov zaposlenih dosežemo čim boljše rezultate (Svetlik & Zupan, 2009, str. 28).

MČV ima naslednje značilnosti (Svetlik & Zupan, 2009, str. 27–28):

- za MČV je značilen odvisnostni pristop, pri katerem so kadrovske aktivnosti odvisne od okolja (notranjega in zunanjega), v katerem MČV deluje;
- pri MČV je poudarjen strateški vidik, ki terja medsebojno usklajenost aktivnosti MČV ter njihovo usklajenost s strategijo organizacije in z ostalimi značilnostmi;
- odgovornost za uspešnost ljudi je pri MČV v rokah managerjev na različnih ravneh, ki tudi sprejemajo ključne odločitve v okviru MČV;

- kadrovski managerji so bolj vključeni v strateški management podjetja in morajo zato odigrati vlogo poslovnega partnerja managementa;
- poudarek je na spremljanju učinkovitosti MČV v povezavi z uspešnostjo organizacije.

MČV lahko razumemo kot današnjo stopnjo v razvoju kadrovske funkcije, do katere je prišlo zaradi prilagajanja spremembam v delovnem okolju, ki je čedalje bolj zahtevno in kompleksno. V tem smislu management človeških virov razumemo na dveh ravneh (Svetlik& Zupan, 2009, str. 26), za učinkovito delovanje in uspešnost pa je pomembna usklajenost med njima:

- MČV kot filozofija managementa, ki ljudem pripisuje ključno vlogo pri zagotavljanju konkurenčnosti in je podlaga za konkretne aktivnosti MČV;
- MČV kot razviti model izvajanja kadrovske funkcije, pri katerem je poudarek na strateški vlogi človeških virov, ki presega funkcijsko obravnavo, zato postaja MČV sestavni del managementa podjetji.

MČV lahko v ožjem smislu opredelimo kot medsebojno povezane aktivnosti in naloge managementa ter organizacije, usmerjene v zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih, ki imajo primerna znanja, interes in motivacijo, delujejo v primerni organizacijski kulturi, s ciljem ustvarjati aktualne, razvojne in strateške cilje organizacije. V širšem smislu pa je MČV znanstvena disciplina, managerska aktivnost in naloga, poslovna aktivnost, specifična filozofija ter pristop k managementu (Sikavica&Bahtijarević, 2008, str. 595). Posamezni deli MČV-ja v širšem smislu so opisani v Tabeli 5.

Tabela 5: Posamezni deli MČV

Znanstvena disciplina	Področje raziskovanja in organiziranja usmerjenega na razumevanje, predvidevanje, usmerjanje, razvoj človeškega obnašanja in potenciala v institucijah.
Managerska aktivnost,naloga	Cilj je zagotavljanje kakovostnih zaposlenih, njihova motivacija, izobraževanje in razvoj, tako da dosežejo visoke rezultate in posledično doprinesejo k doseganju ciljev organizacije.
Poslovna aktivnost	V njej se iz skupnih nalog organizacije diferencirajo in združujejo naloge in aktivnosti, vezane na zaposlene, na njihovo pridobitev, izbor, usposabljanje in na druge aktivnosti razvoja zaposlenih.
Specifična filozofija,pristop k managementu	Zaposlene vidi kot najpomembnejši resurs in potencial ter ključno konkurenčno prednost. Filozofija je usmerjena na mehke elemente organizacijske uspešnosti, v kateri so zaposleni na osrednjem mestu.

Vir: P. Sikavica & Š. F. Bahtijarević, Temelji menadžmenta, 2008, str.595.

Po Armstrongu (2006b, str. 3–4) je management človeških virov opredeljen kot strateški in usklajen pristop k upravljanju organizacije glede najbolj cenjenih sredstev k ljudem, ki tam delajo in ki posamično in kolektivno prispevajo za doseganje njihovih ciljev.

Vlogo ljudi v sodobnem podjetju lepo ponazori že Druckerjev citat (1985, str. 123): »Podjetje je človeška organizacija, katere uspeh ali poraz temelji na kakovosti ljudi, ki sodelujejo pri njenem poslovanju. Znanje kot sposobnost, da informacije prenesemo v svoje delo in s tem dosežemo uspešnost, je izključno človeška zmožnost.«

2.2 Aktivnosti managementa človeških virov

Ključna funkcija managementa človeških virov je pridobivanje konkurenčne prednosti na osnovi zaposlenih v podjetju. Iz tega se posledično lahko razvijajo vse preostale dejavnosti v podjetju, ki tovrstno konkurenčno prednost omogočijo. Management človeških virov je dejavnost, ki je usmerjena k uresničevanju strategije podjetja, reševanju poslovnih problemov, h kakovosti, k zadovoljstvu porabnikov ter splošni uspešnosti in k razvoju podjetja. Ta dejavnost vključuje vrsto različnih aktivnosti, ki pripomorejo k soočanju in ustreznem odzivanju podjetja na izzive v okolju ter s tem vplivajo tudi na pridobivanje in ohranjanje njegove konkurenčne prednosti. Med takšne aktivnosti spada predvsem spodaj navedeno (Možina & Svetlik, 2002 c, str. 47–53, 293–94; Dunn, 2007, str. 327–28; DuBrin, 2000, str. 210–212, Svetlik & Zupan, 2009; Armstrong, 1988; Rejc, 2002, str. 27; Stupan, 2008, str. 24; Sikavica & Bahtijarević, 2008, str. 596, 413–14; Svetlik, 2002, str. 104; Bruce, 2011, str. 163–167; Kragelj, 2010, str. 23).

2.2.1 Uravnavanje zunanjega in notranjega okolja

V procesu strateškega načrtovanja človeških virov, ki sestavljajo ogrodje za izdelavo trdnega strateškega načrta organizacije, je bistvenih šest ključnih stopenj.

- Analiza okolja organizacije se nanaša na sistematično ugotavljanje in analizo ključnih trendov in vplivov v okolju (npr. gospodarskih, tehnoloških, družbenopolitičnih), ki lahko vplivajo na management človeških virov v organizaciji.
- Povezovanje poslovnih ciljev in strategij s strategijo managementa človeških virov.
- Notranja analiza človeških virov vsebuje dve pomembni dimenziji. Prva vključuje analizo sedanjega števila zaposlenih, njihovih poklicnih kompetenc, socialne sestave, produktivnosti, opravljanja dela, zadovoljstva sodelavcev. S tem se določijo prednosti in slabosti obstoječih ter smernice za nadaljnji razvoj človeških virov. Druga dimenzija pa podarja analizo na ravni organizacije, in sicer analizo organizacijske kulture ter klime, pripadnosti organizaciji, kakovost življenja zaposlenih, izostajanje od dela, spremembe v tehnologiji dela in nenazadnje tudi učinkovitosti kadrovskega sistema.

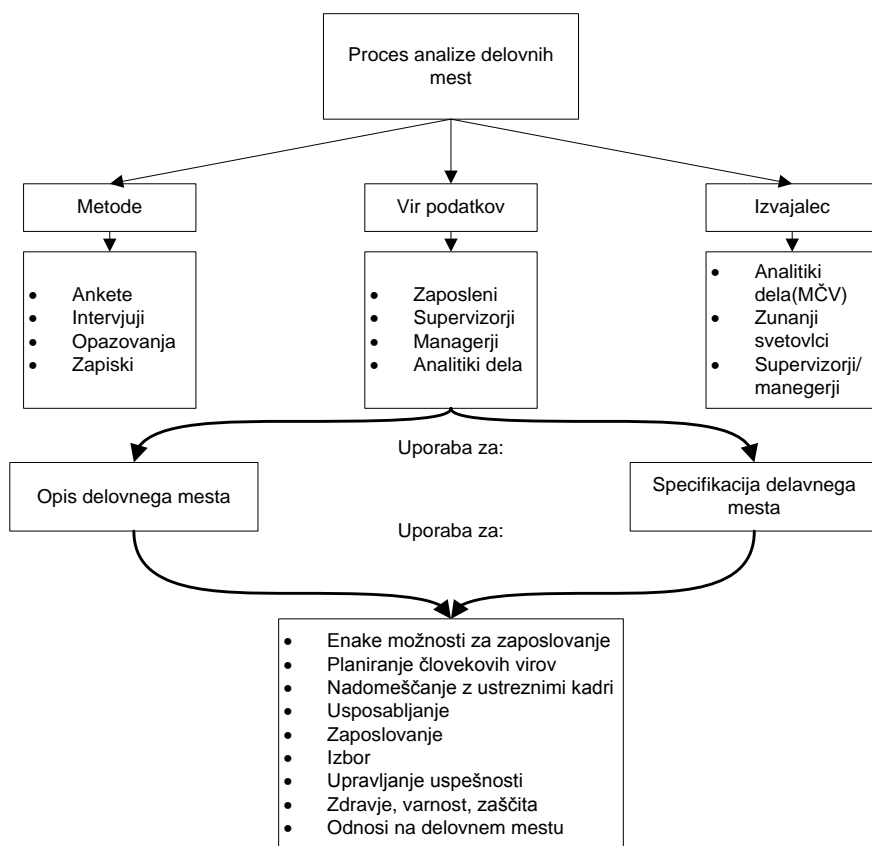
- Napoved potreb po človeških virih vključuje dinamično analizo delovnih mest, kjer je potrebno neprestano pregledovati spretnosti, znanja, sposobnosti, vrednote, ki so navzoče pri zaposlenih, oziroma tiste, ki bodo potrebne v prihodnosti.
- Razvijanje poti in programov za zagotavljanje potrebnega obsega in kakovosti človeških virov. Ta stopnja zajema opredeljevanje želenega stanja glede človeških virov v organizaciji in ukrepe za doseg tega stanja.
- Vrednotenje in ocena uresničevanja začrtanih ciljev.

2.2.2 Analiza in oblikovanje delovnih mest

Analiza dela je proces določanja tistih značilnosti dela, ki so nujne za njegovo uspešno opravljanje in proces ugotavljanja razmer, v katerih delo poteka. Je vsak sistematičen postopek pridobivanja podrobnih in objektivnih informacij o delu, delovnih nalogah ali delovnih vlogah, ki se ali se bodo izvajale. Je logični postopek za določitev namena, razloga za obstoj nekega delovnega mesta, njegovih bistvenih funkcij, pa tudi delovnih dolžnosti, ki so temeljnega pomena za opravljanje nekega dela, lokacije opravljanja delovnih nalog in poklicnih kvalifikacij oziroma znanj in spretnosti, ki jih mora imeti posameznik za opravljanje določenih delovnih nalog (Human Resource management activities,2014).

Analiza dela je temelj managementa človekovih virov, ker informacije, zbrane med analiziranjem dela, služijo vsem preostalim funkcijam managementa človeških virov. Je proces pridobivanja informacij o delu, ki ga analiziramo, oziroma o nalogah, aktivnostih, ki so potrebne za opravljanje tega dela. Na Sliki 2 je prikazan celotni proces s predstavitvijo mogočih metod, virov podatkov in izvajalcev. Vidimo lahko tudi, da sta opis delovnega mesta in specifikacija uporabna za vrsto kadrovskega aktivnosti.

Slika 2: Proces analize delovnih mest



Vir: *Job Analysis, HR Guide to internet, 2014.*

Ta proces vključuje sistematičen pristop v več korakih. Začnemo z določitvijo namena analize dela in obrazložitve, zakaj je analiza potrebna, pri čemer mora biti namen smiselno povezan s strategijo organizacije. Nato določimo, katera dela bodo analizirana (če organizacija še nima analiziranih vseh delovnih mest, se analizirajo vsa, v nasprotnem primeru pa le tista, katera želi organizacija reorganizirati, izboljšati). V tretjem koraku moramo proces razložiti zaposlenim in določiti, v koliki meri bodo zaposleni vključeni v ta proces analize. Sledi zbiranje informacij za analizo dela, pri čemer se moramo odločiti, katera metoda ali kombinacija metod je najbolj primerna za zbiranje informacij. Nato vse zbrane informacije organiziramo in zapišemo v dokument, kar je uporabno tako za managerje kot za zaposlene, ta dokument pa vključuje opis dela in specifikacijo potrebnih kvalifikacij. Zadnji korak je pregled in obnavljanje analiziranih informacij, kar moramo početi vsaka tri leta, če ni večjih reorganizacij.

2.2.3 Načrtovanje in izbor kadrov

MČV se začne z načrtovanjem in izborom kadrov za sedanost in za prihodnost organizacije. Načrtovanje je proces, v katerem opredelimo, kakšne kadre potrebujemo. Izbor pa je naslednji proces, v katerem izberemo primeren kader. Ta aktivnost tudi omogoča, da so zaposleni v

organizaciji primerno usposobljeni, sledijo razvoju in so ključni za ustvarjanje dodane vrednosti. Načrtovanje in izbor kadrov (angl. *staffing*) sta težki nalogi, ki v zadnjem času pridobivata na pomenu. Aktivnost načrtovanja in izbora kadrov lahko opredelimo kot strateško načrtovanje človekovih virov (angl. *Strategic human resource planning*). Strateško načrtovanje človeških virov je proces, v katerem predvidevamo in zagotavljamo pretok zaposlenih v in izven organizacije, s ciljem podpreti strategijo organizacije. Medtem ko je glavno področje poslovne strategije dobiček, se strategija načrtovanja človeških virov sprašuje, katera znanja in veščine oziroma kompetence so potrebne za uspeh poslovanja organizacije. Planiranje (načrtovanje) pomaga določiti vrzeli med trenutnimi kompetencami in obnašanjem zaposlenih ter kompetencami in obnašanjem v prihodnosti. Tako strateško načrtovanje človeških virov vključuje naslednje elemente:

- načrtovanje za potrebe prihodnosti: ocena, koliko zaposlenih in s kakšnimi lastnostmi organizacija potrebuje v prihodnosti;
- načrtovanje za prihodnji prihodek: določiti je potrebno, koliko zaposlenih ima namen ostati v organizaciji; razlika med ugotovljenim številom in številom potreb v prihodnosti privede do naslednjega koraka;
- načrtovanje za izbor, zaposlovanje, odpuščanje: organizacija mora določiti ustrezno število zaposlenih glede na izbor, ki ga namerava izvesti, zaposlovanje in odpuščanje;
- načrtovanje za usposabljanje in razvoj: organizacija vedno potrebuje strokovne in kompetentne zaposlene. V tem koraku določi programe za izobraževanje, usposabljanje in razvoj, s katerimi si zagotovi zaposlene s pravimi veščinami.

2.2.4 Razvoj in izobraževanje

Koncept razvoja kadrov se razvija skupaj z razvojem področja MČV. Razvoj kadrov mora biti del strategije organizacije, pomagati mora oblikovati kulturo organizacije skladno z zelenimi vrednotami. Hkrati podjetju lahko zagotavlja dovolj kadra z ustreznimi veščinami, znanji, s sposobnostmi in z vrednotami. Izobraževanje pa lahko opredelimo kot pridobivanje potrebnega znanja. Dr. Franz J. (b.l.), znani poslovni psiholog in *coach* je pojasnil: »Razvoj kadrov je več kot le strokovni in osebni napredek zaposlenih. Tudi najbolj uspešna podjetja so odvisna od ekonomskih pogojev in le tista obstanejo, ki zmorejo najti motivirane in kompetentne zaposlene, prepoznati njihove potenciale ter jih integrirati in razvijati sistematično. Zadovoljstvo na delovnem mestu je mogoče le tam, kjer uspemo preseči nasprotja med željami podjetja in željami posameznikov ter se usmerimo proti skupnim ciljem.«

Razvoj in izobraževanje vključujeta analizo potreb na ravni posameznika in organizacije ter na podlagi potreb organizirane oblike pridobivanja znanja in veščin oziroma razvijanja kompetenc, ki posamezniku pomagajo bolj opravljati obstoječe delo ali pa ga pripravljajo na

prevzemanje novih in morda celo bolj zahtevnih nalog v prihodnosti. Del programa pa je lahko usmerjen tudi na razvoj osebnih veščin in vodenja, ki je eno od ključnih razvojnih področij.

2.2.5 Ustvarjanje primerne organizacijske klime in kulture

Koncept organizacijske kulture postaja vedno bolj dominanten, kadar analiziramo uspešnost in razvoj organizacije. Organizacijska kultura zavzema osrednje mesto v managementu in podpira uspešnost ter razvijanje konkurenčnih prednosti. Razlog za to je moč najti v vse večji globalizaciji in predpostavki, da je uspešnost organizacije odvisna od vrednot in lastnosti zaposlenih. Močna organizacijska kultura ima pomembno vlogo pri uspešnosti in manager lahko z aktivnim obvladovanjem organizacijske kulture laže doseže želene cilje. Definicijo organizacijske kulture lahko ponazorimo s primerom »ledene gore«, ki ima formalni in neformalni del. Formalni del je viden in znaša približno 10 %, neformalni del pa obsega 90 % in predstavlja skriti del organizacije. Predstavljajo ga mehki nevidni elementi, ki jih lahko prepoznamo šele, ko nekaj časa delamo v organizaciji. Formalni del predstavljajo strategija, procesi, organizacijska struktura organizacije, javno dostopni podatki, javni pisni materiali. Neformalni del pa predstavljajo skrita pravila, norme obnašanja, dogme, razmerje moči, vrednote, medsebojni odnosi, status, občutki, motivacija, tabuji, predsodki. Poudariti je potrebno tudi dinamično kulturno prilagodljivost, predvsem v današnjem svetu hitrih sprememb.

Po Scheinu (1992, str. 128) organizacijska kultura predstavlja tri med seboj tesno povezane ravni: raven fizičnega sveta, ki je viden, vendar ne vedno dobro in do konca razumljen. Sestavljajo ga fizični objekti v okolju in vidni ter slušni vedenjski vzorci. Sledijo vrednote in norme, ki razlagajo, racionalizirajo in dajejo smisel fizičnemu svetu. To so ponotranjena merila posameznika za presojanje, katera vedenja so pravilna in katera napačna. Nazadnje pa vključuje še temeljne predpostavke oziroma prepričanja, neke vrste nevprašljive vrednote, ki so nevidne in delujejo podzavestno. So same po sebi umevne in nastanejo na podlagi kulturnih paradigem.

2.2.6 Ocenjevanje delovne uspešnosti

Ocenjevanje uspešnosti (angl. *Performance appraisal*) sodi med najstarejše kadrovske prakse in ga tudi danes najdemo v organizacijah. Vendar pa vse bolj prihaja v ospredje pojem sistem zagotavljanja uspešnosti (angl. *Performance management*). Poudarek torej ni več na tem, kako bomo ocenili uspešnost, temveč kako bomo zagotovili proces nenehnega izboljševanja uspešnosti zaposlenih. Ocenjevanje delovne uspešnosti uporabljamo zlasti za tista opravila, katerih učinkov ne moremo natančno izmeriti. Pri ocenjevanju delovne uspešnosti bi lahko rekli, da spremljamo tista vedenja, s katerimi posamezniki ali skupine dosegajo določene

rezultate. Tipična merila ocenjevanja delovne uspešnosti so npr. odnos do dela, odnos do sodelavcev, odnos do uporabnikov, inovativnost, kreativnost, prenos znanja na sodelavce. Za tradicionalne pristope k ocenjevanju delovne uspešnosti so značilni ocenjevanje od zgoraj navzdol, obdobja ocenjevalna srečanja, uporaba ocen, monoliten sistem, osredinjenost na kvantificirane cilje in dokumentiranje.

2.2.7 Plače, nagrajevanje in ugodnosti zaposlenih

Določanje plač zaposlenih je ena izmed najbolj zahtevnih aktivnosti MČV. Poleg osnovne plače, ki jo zaposleni dobi za svoje delo in je določena s pogodbo o zaposlitvi, v mnogih organizacijah zaposlene spodbujajo k boljšemu delu tudi z različnimi nagradami za delovno uspešnost. Pojem plačilo (nagrada) za delovno uspešnost je orodje za povezovanje delovne uspešnosti in plačila. Glavni namen je nagraditi uspešne posameznike ali time in tako motivirati zaposlene, da izboljšajo svojo delovno uspešnost. V Sloveniji nimamo primernega izraza, s katerim bi lahko zajeli oboje, plačevanje in nagrajevanje zaposlenih, tako kot to ponazori angleški izraz *compensation*. Ta vključuje plače, ugodnosti in nagrade, ki jih delavec dobi v zameno za svoj vložek. Zato je potrebno razlikovati med plačo, ki vključuje vse prejemke, ki jih zaposleni dobi (tudi v plačo vgrajeno plačilo za delovno uspešnost), in nagradami za dobro delo, ki jih zaposleni dobijo poleg plače. Kadar govorimo o nagrajevanju uspešnosti na splošno, mislimo na vse troje: plačilo za uspešnost, nagrade in ugodnosti.

Med aktivnosti MČV bi lahko šteli tudi **socialno in zdravstveno zaščito**, kajti dandanes postaja status, »biti zaposlen, prejemati redno plačo in imeti socialno ter zdravstveno zavarovanje«, velik privilegij. Socialna in zdravstvena zaščita zaposlenega v različnih državah sveta pomeni različne stvari. V Republiki Sloveniji zaposlenim organizacija, v kateri delajo, plača prispevke za zdravstveno in socialno varnost, natančneje zavarovanje. Na podlagi teh prispevkov imajo pravico do koriščenja različnih ugodnosti iz naslova socialnih pravic, npr. plačilo v primeru bolniške odsotnosti ali porodniškega dopusta. Današnje sodobne organizacije namreč oblikujejo programe, s katerimi svojim zaposlenim ponujajo posebne ugodnosti za dobro opravljeno delo. To so tako imenovane nefinančne nagrade, ki so po raziskavah, kot je razvidno iz McKinseyeve raziskavi v Tabeli 6, uspešnejše in večji motivatorji kot finančne nagrade.

Tabela 6: McKinseyeva globalna raziskava o motiviranju

	Učinkovitost nagrade (% anketirancev, ki so odgovorili z izjemno ali zelo učinkovit način motiviranja.)	Pogostost uporabe nagrade (% anketirancev, ki so odgovorili z vedno ali večino časa se uporablja.)
Denarne nagrade		
Bonus	60	68
Povečanje plače	50	61
Možnost odkupa delnic	32	24
Nedenarne nagrade		
Pohvale in priznanja	67	63
Pozornost vodilnih	63	41
Možnost vodenja projektov	62	54

Vir: V. Trtnik, *Nedenarno motiviranje in nagrajevanje*, 2011, str. 19.

Glavni namen vseh aktivnosti managementa človeških virov je zagotoviti, da te aktivnosti prispevajo k uspehu organizacije. Ključnega pomena je torej, da aktivnosti MČV omogočijo podporo organizaciji s poudarkom na uspešnosti, in sicer z vidika ekonomskih učinkov in kakovosti. Ob merjenju uspešnosti zaposlenega je postalo nenehno izboljševanje uspešnosti še bolj pomembno, prav tako je potrebno nenehno ohranjati ugled organizacije glede kakovosti opravljenih storitev, kar organizacije skušajo doseči z uvajanjem sprememb in izboljšav delovnih procesov. Vse naštetu vključuje managerje in vse zaposlene, mnogokrat pa je za doseg ciljev potrebno spremeniti tudi slog in načine managementa človeških virov.

2.3 MČV v zdravstvenih organizacijah

Tudi v Sloveniji se šele zadnja leta razpravlja o uspešnosti in managementu javnih zdravstvenih organizacij, kar so povzročile okoliščine, med katere sodijo naraščajoče zdravstvene potrebe uporabnikov, večje zahteve in pričakovanja uporabnikov glede zdravstvenih storitev, vedno višji stroški materiala, dela in storitev. Javni izdatki za socialno varnost v zadnjih desetletjih vse bolj ogrožajo uravnoteženost ekonomskega in socialnega razvoja države, zato so nujno potrebne spremembe. Pojavljajo se managerji, ki naj s svojim strokovnim znanjem pomagajo blažiti omenjene finančne stiske. Njihova naloga je organizirati in voditi delovne procese tako, da bo mogoče ohraniti doseženo raven socialnega varstva tudi ob objektivno omejenih javnih finančnih virih (Česen, 2003, str. 9–10).

Ena od funkcij vodstva je tudi management človeških virov, zato je naloga »zdravstvenega managerja«, da v zdravstveni organizaciji, ki jo vodi, to funkcijo izvaja na ustrezen način. Le s pridobivanjem ustreznih kadrov bo manager lahko dosegel cilje, ki si jih je zastavil v svoji strategiji. Nendlova (2008) v svojem članku navaja, da globalna gospodarska kriza zahteva hitro prilagajanje novim zahtevam trga ter s tem samega načina dela in ciljev delovne organizacije. V takšni situaciji je še toliko bolj pomembno, da managerji vodijo delovno organizacijo tako, da v njej vlada kultura, usmerjena k doseganju novih ciljev. Zavedati se

morajo, da delovni dosežek vsakega posameznika močno vpliva na dosežke celotne organizacije. Enako je v javnih zdravstvenih zavodih. Gospodarska kriza močno vpliva tudi na področje delovanja v javnem sektorju. Zmanjšanje realnih sredstev ter uvajanje varčevalnih ukrepov, kamor sodi tudi zmanjšanje zaposlovanja, zahtevata večje razumevanje vsakega zaposlenega za nastalo situacijo in skrb vodstva, da v takih razmerah ohrani delovno učinkovitost.

Eno izmed mnogih definicij javnega sektorja je podala Setnikar Cankarjeva (2002), da je javni sektor zbir vseh javnih organizacij, ki opravljajo družbene in gospodarske javne dejavnosti, pri čemer gre za dejavnost netržnih načel, kar se v prvi vrsti kaže s proračunskim financiranjem. Vsaka organizacija, bodisi profitna ali neprofitna, obstaja in deluje zaradi ljudi, ki jo sestavljajo. Za javne uslužbence je značilno, da jih je večina zaposlenih za nedoločen čas, da so zaposleni za daljše obdobje, s čimer se izkazuje tudi njihova velika pripadnost organizaciji, v kateri so zaposleni, da se financirajo iz javnih sredstev, da delujejo za javno dobro, za uspešnost pri njihovem niso posebej nagrajeni, ni nadzora nad njihovim delom.

Vsak javni uslužbenec mora po Zakonu o javnih uslužbencih (Zakon o javnih uslužbencih Ur. l. RS, št. 56/2002) delovati po načelih: enakopravne dostopnosti, zakonitosti, strokovnosti, častnega ravnanja, zaupnosti, odgovornosti za rezultate, omejitve in dolžnosti v zvezi s prejemanjem daril, dobrega gospodarjenja in varovanja poklicnih interesov.

V današnjem času, ko je sistem javnega zdravstva nujno potrebno spremeniti oz. reformirati, se pojavljajo tudi težnje po spremembah managementa zdravstvenih organizacij. MČV zaradi zavedanja, da je človek gonilna sila zdravstvene organizacije, doživlja hitre razvojne spremembe. V ospredju ni več klasična kadrovska funkcija, temveč MČV, ko je strategija MČV vpeta v strategijo zdravstvene organizacije. Pridobivanje, koordinacija, organizacija in razvoj zaposlenih so glavne aktivnosti MČV. S pravilnim izvajanjem MČV si lahko organizacija zagotovi konkurenčno prednost pred drugimi organizacijami. Tudi v javnih zdravstvenih organizacijah ni več pravilo, da je uporabnikov za storitve dovolj, ravno nasprotno, zaradi vedno večje osveščenosti in izobraženosti uporabnikov se pojavlja tržno pravilo, da organizacije iščejo uporabnike in ne uporabniki izvajalce storitev.

Ob vsem tem je potrebno poznati in upoštevati pomembne posebnosti MČV v zdravstvenih organizacijah, ki so bistvene za uspešnost omenjenih organizacij. Povzeto po Stropniku (2014, str. 42–55) omenjam nekaj najpomembnejših posebnosti MČV v zdravstvenih organizacijah.

- Visoka stopnja izobraženosti večine zaposlenih v organizaciji na eni strani vpliva na visoko strokovnost in tudi zahtevano avtonomnost pri delu in strokovnem odločanju na drugi strani.

- Posebnosti so v vodenju (tudi kot posledica visoke stopnje izobraženosti, visoko diferenciranega znanja zaposlenih in avtonomnosti) ob upoštevanju poslanstva zdravstvene organizacije, ki mora po zakonodaji zagotavljati kakovostne zdravstvene storitve za uporabnike, neprekinjeno zdravstveno varstvo, nujno medicinsko pomoč. To se ne sklada z vedno bolj omejenimi denarnimi in kadrovskimi viri, s katerimi razpolagajo zdravstvene organizacije.
- Vsi strokovnjaki se morajo neprestano izobraževati, za zagotavljanje kakovosti storitev potrebna tudi najboljša tehnologija, ki omogoča napredek stroke.
- Delovni čas zaposlenih v zdravstvenih organizacijah je neugoden, saj neprekinjeno zdravstveno varstvo za zdravstveno organizacijo pomeni, da mora zagotoviti določeno število zaposlenih vse dni v letu na vnaprej določenih delovnih mestih, ki zahtevajo specifično izobrazbeno strukturo, znanja, zmožnosti in veščine.
- V zdravstvu se pojavljajo deficitarni poklici, kar povzroča, da morajo zaposleni opravljati nadurno delo, delo izven zakonskih omejitev. To vodi v absentizem, izgorelost, stres, navsezadnje pa tudi slabša organizacijsko klimo in negativno vpliva na družinsko življenje zaposlenih.
- Timi so heterogeni, saj so si člani timov v zdravstveni organizaciji med seboj lahko zelo različni, za vse pa velja, da so strokovnjaki svojega področja. Ti mnogokrat ne priznavajo svojega vodje tima, in sicer v smislu, da ne pozna njihove stroke. Za dobro delovanje timov v zdravstveni organizaciji je nujno potrebno dobro medsebojno sodelovanje vseh članov, med timi in v posamičnem timu, predvsem pa priznavanje vodje, ki s svojim zgledom in z organizacijskimi sposobnostmi, s poznavanjem organizacijske kulture ter vseh članov tima dosega uspehe.
- Proces izvajanja storitev se deli na dve veliki poklicni skupini: na zdravnike in na zdravstveno nego. Za to »dihotomno« organiziranost po mojem mnenju zdravstveni sistem še ni dovolj zrel, kar nakazuje tudi raziskava Chaboyerja in Pattersonove, kakor navaja Stropnik (2014, str. 42–55). Tudi glede na lastne izkušnje mislim, da bo preteklo še veliko časa, da se bodo vsi člani timov v zdravstvenih organizacijah zavedali pomembnosti spoštovanja kompetenc, znanj, veščin drugega. Do takrat pa je tovrstna razdeljenost bolj komunikacijski problem kot prednost.
- Usmerjenost na stranke, pri čemer so s pojmom stranke v procesu izvajanja zdravstvenih storitev v zdravstvenih organizacijah mišljeni vsi udeleženci, ki v tem procesu sodelujejo: pacienti, napotni zdravniki, država, zdravstvena blagajna oz. zavarovalnice, sodelavci, javnost, rehabilitacijske ustanove. Najpomembnejša stranka je vsekakor pacient, ki se na podlagi svoje izkušnje v zdravstveni obravnavi odloči, ali bo obiskal ustanovo še kdaj ali ne. Najpomembnejše za paciente je doživljanje organizacijske kulture v sami obravnavi, ki se kaže v komunikaciji med njim in preostalimi udeleženci. Če povzamem, pacient doživlja tako organizacijsko kulturo kot komunikacijo pozitivno, v kolikor so udeleženci v tem procesu zadovoljni. Posledično je zadovoljen tudi pacient.

- Neravnovesja na trgu dela, saj je za zdravstvene ustanove eden večjih problemov pridobivanje in ohranjanje sodelavcev deficitarnih poklicev (npr. zdravnikov specialistov), kajti na trgu dela za realizacijo programa dela omenjenih specialistov ni dovolj, zato morajo sprejemati zunanje sodelavce, kar pa nedvomno povečuje stroške dela v organizaciji. Deficitarni so tudi poklici na področju zdravstvene nege, vendar ne na trgu dela, temveč v omejitvah zaposlovanja zaradi ZUJF-a (Zakon o uravnoteženju javnih financ, Ur. l. RS, št. 40/2012).
- Zdravstvene organizacije so zaradi svoje narave dela primorane sodelovati s številnimi društvi, strokovnimi združenji, kot so Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege, z zdravstvenimi šolami kot učnimi bazami in medicinskimi fakultetami, vse z namenom pridobivanja ustreznega zdravstvenega kadra.
- Feminizacija na področju zdravstvene nege, saj po strukturi zaposlenih nedvomno prevladujejo ženske. Zadnja leta pa se ta struktura spreminja, ker se za poklice v zdravstveni negi odloča vedno več moških, kar po ugotovitvah Strokovne zdravstvene organizacije vodi v večji napredek in razvoj stroke.

3 CELOVIT PROCES ZAGOTAVLJANJA DELOVNE USPEŠNOSTI

Celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti (angl. *Performance management*) pomeni sistematičen proces izboljševanja uspešnosti organizacije z razvijanjem uspešnosti posameznika in tima. Je sredstvo za pridobivanje boljših rezultatov v organizaciji, timih in pri posameznikih, seveda z razumevanjem delovnega okolja, načrtovanjem ciljev, standardov in kompetenc (Armstrong, 1988, str. 1–2). Po Waltersu (v Armstrong, 1988, str. 2) je proces zagotavljanja delovne uspešnosti usmerjanje in podpiranje zaposlenih, da delajo čim učinkovitejše v povezavi s potrebami organizacije.

Bruce in Fottler (2008, str. 258–259) pravita, da je zagotavljanje uspešnosti nabor orodji in praks, ki obsega postavitev ciljev uspešnosti in oblikovanje strategij skupaj z zaposlenimi z namenom izboljšav, merjenja napredka zaposlenih skozi doseganje ciljev in merjenja uspešnosti posameznikov. Pregovor, da »ne moreš upravljati tistega, kar ne moreš meriti«, je zelo uporaben za celovit proces zagotavljanja uspešnosti.

Zagotavljanje delovne uspešnosti je neprekinjen proces (Bruce & Fottler, 2008, str. 261), ki vključuje odgovornost in aktivno delovanje managerja. Manager najprej postavi cilje uspešnosti in pripravi razvojne načrte za zaposlene, sledi zagotavljanje neprekinjenega usmerjanja in vodenja k napredku (*coaching*), usposabljanje in izobraževanje. Naslednji korak je merjenje napredka zaposlenih glede na zastavljene cilje, vodenje letnega ocenjevanja delovne uspešnosti glede na zastavljene cilje, razvojni načrt ter na koncu izdelava razvojnega načrta za naslednje leto (za naslednji ocenjevalni pregled).

Po Armstrongu (1988, str. 2–3) je potrebno za učinkovito delovanje procesa zagotavljanja delovne uspešnosti pooblastiti, motivirati in nagraditi zaposlene, da delajo najboljše, usmeriti njihove naloge na prave stvari in na prave načine izvajanja, uskladiti cilje posameznika s cilji organizacije, proaktivno uporabljati zmožnosti posameznika, povezovati uspešnost z dosežki oziroma s strategijo organizacije; vsakemu posamezniku mora biti jasno, kaj želi doseči in kakšne standarde mora spoštovati ter kako lahko prispeva k uspehu organizacije. Posameznik mora redno prejemati kakovostne povratne informacije o svojem delu. Na koncu pa sledi še sistematičen pregled uspešnosti celotne organizacije.

3.1 Proces zagotavljanja delovne uspešnosti

Delovno uspešnost lahko v prvi vrsti opredelimo kot rezultat dela oziroma poslovanja (Uhan, 2000, str. 51–52). Pri podrobnem pregledu organizacijskega procesa vidimo, da to področje pokriva veliko več kot rezultat opravljenega dela. Na delovno uspešnost namreč vplivajo tudi proizvodnost in ekonomičnost dela, uspeh oziroma učinek dela, osnovna sredstva podjetja ter usposobljenost in motiviranost delavca. Uhan (2000, str. 53) pri opredelitvah delovne uspešnosti izpostavi kot glavno merilo, ki opredeljuje uspešno delo, predvsem motiviranega delavca.

Delovna uspešnost je odvisna od posameznikove usposobljenosti in motivacije za delo, na njegov delovni rezultat pa v pozitivnem ali negativnem smislu vplivajo njegove osebne lastnosti in delovna situacija, pogosto pa tudi zasebno življenje (Huč & Jereb, 2001, str. 10). Proces ugotavljanja uspešnosti je sistematičen postopek evalvacije človekovih prednosti in slabosti, ki so povezane z delom, ter načrtovanje in izvajanje izboljšav. Po Hellrieglovem mnenju lahko proces zagotavljanja uspešnosti doseže splošne cilje po treh poteh (Lipičnik, 1998, str. 107–108):

- z jasnimi povratnimi informacijami o tem, kako dobro ljudje opravljajo svoje delo;
- s posredovanjem informacij zaposlenim o njihovem napredovanju in razvoju kot tudi z aktualnim vedenjem;
- s pomočjo managerjev, da lahko odločajo o napredovanju pri plači, v karieri in pri premestitvah na osnovi uspešnosti.

Zagotavljanje uspešnosti je proces (Zupan, 2009, str. 418), ki ga sestavljajo vsakodnevne aktivnosti, ki so usmerjene k izboljšanju uspešnosti. Pri tem je pomembno, da vodja pri vseh sodelavcih doseže jasno razumevanje o tem, kaj želijo doseči kot posamezniki in kot tim ter tudi kako bodo to dosegli. Lahko bi tudi rekli, da je za proces zagotavljanja uspešnosti značilen tudi drugačen slog vodenja, ki je usmerjeno predvsem na ljudi in na njihovo sodelovanje pri doseganju skupnih ciljev. V tem procesu so managerji odgovorni za to, da zaposlenim pomagajo doseči pričakovane rezultate, vendar pa je to mogoče le ob

odgovornosti in hkratnem prizadevanju vsakega posameznika za čim večjo lastno uspešnost (Zupan, 2009, str. 418).

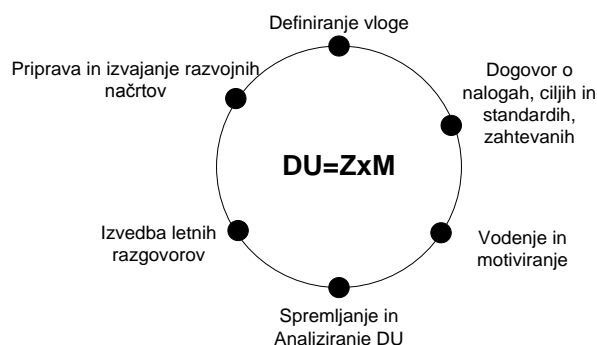
Proces delovne uspešnosti je v bistvu po naravi povsem enak splošnemu procesu managementa. Sestavljen je iz naslednjih osnovnih aktivnosti (Armstrong, 2006 a, str 15–16):

- načrt – določa, kaj delati in kako delati;
- dejavnost – izvajanje načrta;
- merjenje – izvajanje kontinuiranega nadzora o tem, kaj je bilo narejeno, in merjenje izidov (doseženega);
- pregled in ukrepanje – odločitev, kaj je bilo doseženo, določitev, kaj je še potrebno narediti.

Po Armstrongu (2006a, str. 5–16) gre pri zagotavljanju uspešnosti za proces z vhodi in izidi, kjer so vhodi mišljeni kot znanje, kompetence in spretnosti zaposlenih, izidi pa kot dosežki, ki so doseženi na podlagi upravljanja uspešnosti. Sledi načrtovanje, ki mora biti usmerjeno proti prihodnjim uspehom in mora imeti točno določena pričakovanja glede ciljev in poslovnih načrtov. Pomembno je tudi merjenje in pogled nazaj, da razumemo, zakaj smo prišli do posameznih izidov. Sledi kontinuirano izboljševanje, ki temelji na nenehnem prizadevanju doseči čedalje bolj zahtevne standarde v vsakem delu organizacije. Nujen je tudi kontinuiran razvoj, ki vključuje razvoj kulture v organizaciji in izobraževanje posameznikov. Komunikacija med managerjem in člani kolektiva zavzema zelo pomembno mesto pri zagotavljanju uspešnosti, predvsem v smislu deljenja informacij, vrednot in dejstev. Vsi udeleženci procesa morajo biti seznanjeni s pričakovanji – zaposleni, stranke, člani vodstva in lastniki. Zaposleni morajo biti obravnavani kot partnerji, njihovi interesi morajo biti upoštevani, poslušati je treba njihova mnenja in spodbujati njihove prispevke. Navsezadnje sta kot del zagotavljanja uspešnosti omenjena poštenost in transparentnost.

V smislu izvedbe procesa je najpomembnejši vsekakor pogovor med vodjo in zaposlenim, ki je orodje za pridobivanje povratnih informacij o uspešnosti in načrtovanje izboljšav. Celotni proces dogovarjanja med vodjo in zaposlenim prikazuje Slika 3, v središču pa so prizadevanja za zagotavljanje delovne uspešnosti (DU) prek povečevanja zmožnosti (Z) in motivacije (M) zaposlenih. Po Zupanovi (2009, str. 441) je spremljanje delovne uspešnosti najučinkovitejše, če gre za celoletni proces. Večina organizacij ima znotraj procesa spremljanja uspešnosti postavljene tudi formalne procese merjenja oziroma ocenjevanje, ki vključujejo tudi dokumentiranje uspešnosti na posebnih obrazcih. Kako pogosto se izvaja formalni proces merjenja, je odvisno predvsem od zastavljenih ciljev. Najboljše je občasno sprotno pregledovanje doseženega in celovitejši pregled na koncu leta.

Slika 3: Proces zagotavljanja delovne uspešnosti



Vir: B.Gruban, *Uvajanje modelov kompetenc*, 2007, str.4.

3.2 Povratne informacije o uspešnosti

Po Zupanovi (2009, str. 444) morajo biti povratne informacije utečen proces med vodjo in zaposlenim. Naj ne bodo le formalni enkratni dogodek, kot je ocenjevalni pogovor. V pogovor o uspešnosti (Meyer, 2002, str. 23) se ne smejo mešati administrativni in razvojni nameni. Med njima lahko povzročajo nelagodje, posebej, če so informacije negativne.

Učinkovite povratne informacije imajo naslednje značilnosti (Zupan, 2009, str. 444–447):

- so dialog, kjer oba udeleženca enakopravno sodelujeta, med pogovorom lahko uskladita mnenja in morebitna nesoglasja; naloga vodje je, da ohranja odprt tip pogovora;
- pogovor naj poteka v dobrem ozračju, k čemur lahko pripomore tudi nevtralen prostor;
- pri posredovanju negativnih informacij se poslužujemo t. i. »sendvič pristopa«, kjer začnemo in končamo s pozitivnim, vmes pa vključimo negativne informacije;
- uravnoteženje pozitivnih in negativnih informacij, tako da podamo tako pohvale kot graje, če so slednje potrebne;
- zasebnost negativne informacije, pohvala je lahko javna, graja pa mora biti vedno zasebna, le na tak način je lahko konstruktivna;
- podrobnost povratne informacije, saj so priložnosti za izboljšavo mogoče le, če smo dovolj natančni, katere stvari so dobre in katere ne;
- povratna informacija se nanaša na vedenje in ne na osebnost posameznika;
- povratna informacija je sprotna, takoj po nekem dogodku;
- iskrenost, ko povratna informacija temelji na dejstvih (ne le na občutkih);
- osredinjenost na dve ali tri najpomembnejše stvari, saj si preveč povratnih informacij hkrati ne moremo natančno zapomniti, zato tudi ni izboljšav;
- dogovor o konkretnih ukrepih, o roku, do kdaj bodo ukrepi izvedeni.

3.2.1 Letni razvojni pogovor

Letni razvojni pogovor je pomemben sestavni del celovitega procesa zagotavljanja uspešnosti in je daljši pogovor, praviloma enkrat letno (Zupan, 2009, str. 448–449). Gre za pogovor med vodjo in zaposlenim, ki traja do dve uri in naj vsebuje pregled rezultatov v preteklosti, načrtovanje ciljev in aktivnosti z namenom povečevanja uspešnosti v prihodnjem obdobju in opredeljevanja aktivnosti, povezanih z delovnim, strokovnim in osebnostnim razvojem zaposlenega. Koristi od tovrstnih letnih razgovorov imajo (Majcen, 2001, str. 54–56) zaposleni (lahko izrazijo mnenje, ideje, pridobijo jasne povratne informacije, prepoznajo smer lastnega razvoja), vodja (razume razmišljanja zaposlenih, pridobi ideje za izboljšanje procesov, posreduje povratne informacije, dobi vpogled v interesna področja in potencialne zaposlenega, načrtuje izobraževanja, pridobi informacije za določanje delovne uspešnosti), kadrovska služba (lahko bolje izvaja kadrovske politike) in organizacija, ki nenehno izboljšuje kakovost dela zaposlenih, izboljša komuniciranje, zadovoljstvo zaposlenih in medsebojne odnose. Pobudo za letni pogovor lahko podata tako zaposleni kot vodja, za oba pa je potrebna dobra priprava na pogovor. Pripraviti se morata tako glede vsebine pogovora kot glede načina komuniciranja. Pri pripravi mora sodelovati tudi kadrovska služba. Konkreten čas in prostor uskladiata vodja in zaposleni.

Omeniti je potrebno tudi razliko med letnim razvojnim in ocenjevalnim razgovorom, saj se zelo pogosto pojavlja mnenje, da med omenjenima pojmomoma ni razlike, kar se kaže tudi v praksi. Vendar pa letni razvojni razgovor ni ocenjevalni razgovor (Majcen, 2001, str. 54–56). Kljub podobnosti med razvojnim in ocenjevalnim razgovorom je razlika precejšnja.

Letni razvojni razgovor je usmerjen v razvojne perspektive sodelavca, v izboljševanje njegovih zmožnosti, v usmerjanje njegove karijerne poti. Z ocenjevalnim razgovorom pa vodja sodelavčevo delovno uspešnost primerja s pričakovanji in določi oceno. Ocenjevalni razgovor se tako osredinja na oceno, ki je formalna podlaga za pridobitev naziva, višjega plačnega razreda ali dela plače za uspešnost.

3.2.2 Ocenjevalni pogovor

Dobro orodje managementa za spremljanje delovne učinkovitosti je ocenjevalni letni razgovor. To je sistematičen pogovor in ocena sodelavčevega dozdajšnjega dela, realizacije ciljev in nalog znotraj organizacije ter skupna ocena uspešnosti zaposlenega in vodje (Majcen, 2001, str. 45). Merila za ocenjevanje delovne uspešnosti javnih uslužbencev, ki veljajo danes, so bila opredeljena že v Zakonu o javnih uslužbencih leta 2002. Natančnejšo opredelitev meril za ocenjevanje delovne uspešnosti najdemo v Prilogi III Uredbe o napredovanju javnih uslužbencev (v nadaljevanju Uredba). V tem aktu je tudi opredeljena ocenjevalna lestvica (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, Ur. l. RS, št. 95/2007).

Posledica ocenjevanja delovne uspešnosti je običajno denarna nagrada za delovno uspešnost in možnost napredovanja ob koncu napredovalnega obdobja. Pogostost ocenjevanja je odvisna

od izbrane metode ocenjevanja dosežkov in od razvojne faze same delovne organizacije. V kriznih razmerah, ko se organizacije prestrukturirajo, je priporočljivo pogosteje ugotavljati delovno uspešnost. Tako vodja ohranja boljši stik s sodelavci in hitreje spozna posledice in učinkovitost dejavnosti, ki jih izvaja (Jamšek, 1998, str. 213–44). Z uveljavitvijo novega sistema plač v javnem sektorju in z Uredbo so letni ocenjevalni razgovori pridobili na pomenu, saj prek njih lahko vplivamo na motiviranost sodelavcev. Na področju zdravstva je še kako pomembno, da se kljub restriktivnim ukrepom ohranja zavest, da je delo z bolnimi ljudmi posebna kategorija dela in da je nenehno izboljševanje kakovosti dela nujno.

Ocenjevalni pogovori so periodični, praviloma naj se izvedejo po koncu ocenjevalnega obdobja in pred začetkom novega (Zupan, 2009, str. 447–448). Namen ocenjevalnih pogovorov je predvsem povratna informacija o uspešnosti in dogovor o kratkoročnih ukrepih. Z njim pridobimo oceno o sodelavcih, kar je v nadaljevanju podlaga za napredovanja, usposabljanja. Majcnova (2001, str. 45) kot sestavne dele ocenjevalnega pogovora opredeljuje:

- sistematičen pregled in oceno dozdajšnjega dela,
- oceno uresničitve ciljev in nalog,
- skupno oceno uspešnosti zaposlenega in vodje,
- dogovor o izboljšanju uspešnosti v prihodnje.

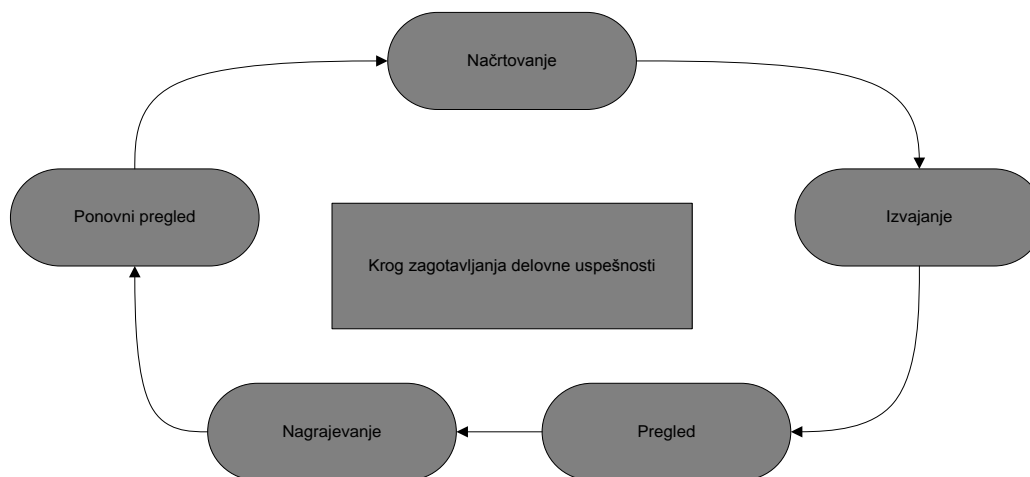
3.3 Aktivnosti zagotavljanja delovne uspešnosti

Zagotavljanje delovne uspešnosti lahko po Demingu (Slika 4) opredelimo kot neprekinjen krog z naslednjimi aktivnostmi (Armstrong, 1988, str. 15–16):

- Načrtovanje je prva faza kroga zagotavljanja delovne uspešnosti, v tej fazi skupaj z zaposlenimi načrtujemo njihovo delo in ugotovimo, kakšna pričakovanja ima glede naslednjega obdobja. V tej fazi se ovrednoti vloga zaposlenega v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti, njegova učinkovitost, prav tako pa se skupaj z zaposlenim pridobijo nove ideje za izboljšanje delovne uspešnosti, postavijo se cilji.
- Izvajanje je druga faza, v kateri se naredi načrt, na podlagi informacij s prvega kroga. Načrt nudi podporo tako zaposlenim kot managerjem pri samem procesu zagotavljanja delovne uspešnosti. Sledi izvajanje načrta.
- Spremljanje je tretja faza kroga, namenjena spremljanju izvajanja načrta zagotavljanja delovne uspešnosti. Gre za nekakšen pregled predvsem ovir v samem sistemu, ki bi neposredno vplivale na poslovanje organizacije. V tej fazi se s spremljanjem izvajanja načrta in skozi pogovor z zaposlenimi ugotavljajo omenjene ovire in dejavniki tveganja. Ugotavlja se tudi, ali so cilji doseženi.

- Nagrajevanje zaposlenih, če so bili doseženi cilji, postavljeni v prvi fazi. Prav tako je pomembno, da se o vrsti in količini nagrad skupaj z zaposlenim natančno opredelimo že v prvi fazi.
- Obnavljanje je zadnja faza v krogu zagotavljanja delovne uspešnosti. Vključuje analizo doseženih ciljev in ugotavlja izboljšave za izvajanje naslednjega cikla.

Slika 4: Demingov krog zagotavljanja delovne uspešnosti



Vir: P.Jocou, & F.Lucas, V vrtincu sprememb, 1995, str. 37.

3.4 Razlika med merjenjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti

Razlika med splošnim pomenom pojmov merjenja (angl. *measurement*) in ocenjevanja (angl. *evaluation*) je v merilu, s katerim merimo oz. ocenjujemo (Rejc, 2002). Če je enota mere natančno določena in imamo orodje, s katerim merimo, govorimo o merjenju. V primeru, da orodja nimamo, govorimo o ocenjevanju. Ocenjevanje je vedno subjektivno, medtem ko je merjenje objektivno, vendar ogroženo z vrsto dejavnikov. Takšno ocenjevanje je vedno deležno precejšnjih kritik in nezadovoljstva tako pri vodjih, ki ocenjujejo, kot pri zaposlenih, ki so ocenjeni.

Glede na to, s čim primerjamo doseženo, poznamo tri skupine metod spremljanja delovne uspešnosti (Zupan, 2009):

- Primerjava dosežkov s cilji – na začetku obdobja postavimo merljive cilje, na koncu obdobja pa ugotavljamo dosežene rezultate in primerjamo doseženo s postavljenimi cilji. Metoda je posebej uporabna v hitro spreminjajočem se okolju, saj ne upošteva vnaprej opredeljenih vedenj in rezultatov, temveč jih v vsakem obdobju prilagodi situaciji.
- Primerjava dosežkov s standardi oziroma pričakovanji – opredeliti moramo želeno oziroma pričakovano uspešnost in potem pri posamezniku ocenimo, do kakšne mere je

izpolnil pričakovanja. Po navadi za oceno uspešnosti glede na standarde in pričakovanja uporabljamo različne tehnike ocenjevanja, najpogosteje pa ocenjevalne lestvice.

- Primerjava dosežkov med delavci – pri tej metodi gre za primerjavo med delavci na podlagi skupne ocene uspešnosti posameznikov. To oceno lahko oblikujemo na podlagi splošnega vtisa ali pa bolj analitično, tako da najprej posameznikovo uspešnost ocenimo glede na dosežene cilje, standarde in pričakovanja.

Ocenjevanje delovne uspešnosti je opredeljeno kot formalno ocenjevanje posameznikov s strani njihovih vodji, največkrat ob letnih razgovorih. Pogosto je ocenjevanje delovne uspešnosti precej neprijazno, saj poteka le kot visoko birokratizirana aktivnost kadrovske službe in se ne uporablja kot učinkovito orodje neposrednih vodij za zagotavljanje uspešnosti njihovih sodelavcev. Vodje tudi niso dovolj usposobljeni za uporabo pravilnega sistema zagotavljanja delovne uspešnosti, predvsem za formiranje meril, po katerih bi lahko ocenjevali, precej pa se tudi bojijo odziva svojih zaposlenih. Posledično se pojavljajo slabosti ocenjevanja delovne uspešnosti (Armstrong, 1988, str. 9–10):

- osredinjane na neuspehe,
- prevladuje analiza uspešnosti v preteklosti,
- nepovezanost s programi uspešnosti,
- nepovezanost s strategijo,
- vodje zavračajo programe ocenjevanja delovne uspešnosti zaradi zamudnosti in nerelevantnosti,
- zaposleni ne odobravajo načina ocenjevanja.

Ugotovljeno je torej, da je edini pravi način za zagotavljanje zadovoljstva obeh strani, tako vodji kot zaposlenih, da se vzpostavi proces zagotavljanja delovne uspešnosti, kjer hkrati uresničujemo strateške, administrativne ter razvojne cilje in kjer se zagotovijo ustrezni pogoji za učinkovito izvajanje (Grum, 2009, str. 25). Ti vključujejo pošteno okolje, kjer se obravnavajo vsi zaposleni enakovredno s primernim načinom komunikacije. Pomembno je spoštovanje vseh zaposlenih, saj to vodi tako k večji uspešnosti kot k boljši komunikaciji med zaposlenimi in vodji. Programi morajo biti usmerjeni v prihodnost, saj namen zagotavljanja delovne uspešnosti zaposlenih ni v tem, da se jih kaznuje za neuspešno delo v preteklosti, temveč da se jih usmerja in se skupaj z njimi poiščejo rešitve za izboljšanje njihovega dela v prihodnosti. Zaposlene je treba ves čas procesa v proces vključevati – pri oblikovanju strategije, ciljev, meril uspešnosti. S tem, ko se čutijo kot del procesa, se tudi bolj potrudijo, ne prihaja do sporov zaradi napačno interpretiranih informacij, ciljev ... Zelo pomembno je, da so povratne informacije v smeri zaposleni – vodja – zaposleni aktivne vse leto, le na tak način proces lahko »živi«. Dejstvo je, da kar ni zapisano, ni opravljeno, torej je potrebno ves proces dokumentirati.

3.5 Merila zagotavljanja delovne uspešnosti

Merila zagotavljanja delovne uspešnosti nam služijo za spremljanje doseženih ciljev ter pridobivanje podatkov o posameznih zaposlenih, na osnovi katerih jih lahko prerazporejamo, v skrajnem primeru odpuščamo, usmerjamo na dodatna izobraževanja, služijo nam tudi za izboljšanje komunikacije v delovnem timu in večjo motiviranost zaposlenih. Po Zupanovi (2009, str. 429) pri oblikovanju meril delovne uspešnosti lahko upoštevamo rezultate dela, kamor se štejejo zadovoljstvo uporabnikov, kakovost storitev, stroški uporabljenega materiala. Sledijo vedenja, ali so naloge opravljene, ali zaposleni upošteva navodila, predlaga izboljšave, kako pomaga sodelavcem. Kot zadnje pa so zmožnosti, v kar se uvršča znanje, sposobnost vodenja, odgovornost, komunikativnost ... Rezultate dela bi lahko poimenovali izhodna merila uspešnosti, zmožnosti in vedenja pa kot vhodna merila uspešnosti. Raziskave kažejo, da je po navadi najboljša kombinacija obeh vrst meril.

Merila delovne uspešnosti morajo biti uravnotežena med (Armstrong, 2006 b, str. 510):

- dosežki in cilji,
- stopnjo znanja, veščinami in kompetencami,
- vedenjem v delovnem okolju in vplivom le-tega na uspešnost,
- vedenjem in stopnjo vedenja, ki še ohranja temeljne vrednote,
- vsakodnevno učinkovitostjo in želeno učinkovitostjo.

Merila morajo ustrezati tudi merskim značilnostim (Noe et al., 2003, str. 333–335), kot so veljavnost, ki je stopnja, do katere merilo uspešnosti vrednoti vse relevantne in zgolj relevantne vidike uspešnosti. Sledi zanesljivost, ki se nanaša na konsistentnost vrednosti oziroma ocen, ki jih dobimo z merjenjem. Sprejemljivost pove, ali je merilo ustrezno in ali ga uporabniki sprejmejo. Specifičnost pa se nanaša na stopnjo, do katere neko merilo zaposlenim natančno sporoča, kaj se od njih pričakuje in kaj morajo storiti, da bodo izpolnili pričakovanja.

Bruce in Fottler (2008, str. 262–263) navajata, da morajo biti merila oziroma standardi, ki jih v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti določijo vodja in zaposleni:

- usklajena s strategijo celotne organizacije;
- povezana z obsegom del in nalog zaposlenih;
- takšna, da nanje ne vplivajo zunanji dejavniki, ki niso merljivi;
- zanesljiva in veljavna.

3.6 Metode spremljanja delovne uspešnosti

Podobno kot je za spremljanje delovne uspešnosti odločilno, da dobro izberemo ustrezna merila, moramo v nadaljevanju izbrati tudi primerno metodo spremljanja delovne uspešnosti. V osnovi poznamo tri glavne načine spremljanja delovne uspešnosti (Zupan, 2009):

- **Primerjava dosežkov s cilji**

Pri tej metodi na začetku obdobja postavimo merljive cilje, na koncu obdobja pa ugotavljamo dosežene rezultate in primerjamo doseženo s postavljenimi cilji. Metoda je posebej uporabna v hitro spreminjajočem se okolju, saj ne upošteva vnaprej opredeljenih vedenj ali rezultatov, temveč jih v vsakem obdobju lahko prilagodi situaciji. Če so cilji postavljeni za daljše obdobje (na primer eno leto), potem je pogosto med letom nekaj vmesnih kontrolnih točk, da lahko napredek spremljata tako delavec kot njegov vodja. Metoda je primerna predvsem za delovna mesta, kjer je razmeroma enostavno postaviti merljive cilje, spremljanje dosežkov pa ne zahteva veliko dodatnega dela.

- **Primerjava dosežkov s standardi oziroma pričakovanji**

Tu moramo opredeliti želeno oziroma pričakovano uspešnost in potem pri posamezniku ocenimo, do katere mere je izpolnil pričakovanja. Po navadi za oceno uspešnosti glede na standarde in pričakovanja uporabljamo različne tehnike ocenjevanja, najpogosteje pa ocenjevalne lestvice. Prednost tega pristopa je, da lahko s pravilnim oblikovanjem meril in ocenjevalnih lestvic dobro povežemo vedenje zaposlenih z uspešnostjo in na tako delavec dobi kakovostno povratno informacijo o tem, kaj bi še lahko izboljšal pri svojem delu.

- **Primerjava dosežkov med delavci (rangiranje)**

Pri tej metodi gre za primerjavo med delavci na podlagi skupne ocene uspešnosti posameznikov. To oceno lahko oblikujemo na podlagi splošnega vtisa ali pa bolj analitično, tako da najprej posameznikovo uspešnost ocenimo glede na dosežene cilje, standarde in pričakovanja.

3.7 Vloga vodje pri zagotavljanju delovne uspešnosti

Vodja je tisti zaposleni v podjetju, ki ni neposredni oziroma končni izvajalec delovnih nalog. Pretežni rezultati njegovega dela so odločitve, medtem ko je bistvo njegovega dela usklajevanje in prav v tem se razlikuje od delovanja drugih zaposlenih (Uhan, 1989, str. 306). Murn (2011, str. 84) po različnih avtorjih, ki skupno opredeljujejo vlogo vodje pri zagotavljanju delovne uspešnosti v organizaciji, našteva naslednje ključne naloge uspešnega vodje:

- imeti mora znanje o vodenju;
- oblikuje vizijo in zna postaviti jasne cilje;
- poskrbi, da zaposleni prepoznajo ključne vrednote;
- pridobi in vzdržuje zaupanje zaposlenih;

- zna motivirati in navduševati;
- koordinira, načrtuje, delegira naloge in prave ljudi postavi na pravo mesto;
- skrbi za učenje, izobraževanje in razvoj zaposlenih;
- skrbi za ustrezno informiranje in pretok informacij;
- ocenjuje, nadzira, nadzor gradi na zaupanju;
- uspešno rešuje spore;
- nagnjen je k spremembam.

Specifično v zdravstveni negi poznamo tri tipe vodji (Filej, 1992, str. 292):

- vodje, ki se ukvarjajo s pacienti/varovanci; ti sprejemajo klinične odločitve oziroma odločitve na področju zdravstvene nege;
- vodje, ki se ukvarjajo z zdravstvenimi institucijami; ti sprejemajo odločitve vodenja in managementa na nivoju institucij in služb zdravstvene nege;
- vodje, ki se ukvarjajo s sistemom zdravstvenega varstva in so orientirani v sistem zdravstvenega varstva ali na področje zdravstvene nege kot dela celotnega sistema.

Če natančno pogledamo vse tri omenjene tipe vodji, vidimo, da so v prvi skupini t.i. linijski vodje, vodje prve linije, ki neposredno sodelujejo v samem procesu dela, s pacienti in neposrednimi izvajalci, predstavniki zdravstvene nege. Le-ti so tudi odgovorni za doseganje zastavljenih ciljev organizacije. Poročajo in sodelujejo s srednjimi vodji, ki so nekakšen most med linijskimi vodji in top vodji, t.i. vrhnjimi managerji, ki so v samem upravnem vrhu zdravstvene organizacije.

Za neposredno izvajanje kakovostne zdravstvene nege, dobro vzdušje v timu in uspešnost so najpomembnejši linijski vodje, seveda z vso podporo srednjega in vrhnjega managementa. Linijski vodja mora biti v zdravstveni negi čustveno stabilen, pošten, odločen, inovativen, komunikativen, zanesljiv, ustvarjalen in empatičen.

Vse te lastnosti mu lahko pridejo prav tudi v procesu zagotavljanja uspešnosti, kjer mora opraviti vsaj pet medsebojno povezanih nalog (Zupan, 2009, str. 421–422): zagotavljanje potrebnih sredstev, načrtovanje, vodenje, spremljanje uspešnosti in nagrajevanje. S temi petimi aktivnostmi vodja ustvari pogoje, da so zaposleni lahko uspešni in jih usmerja pri njihovem delu. Bolj natančno pa te naloge vodje vključujejo mnoge aktivnosti, kot so načrtovanje in razporejanje dela, postavljanje ciljev in standardov, motiviranje, komuniciranje, reševanje sporov, svetovanje in usposabljanje zaposlenih, postavljanje meril uspešnosti, spremljanje doseganja meril, ukrepanje ob odstopanjih, na koncu pa še povratne informacije, tudi v obliki nagrajevanja in konstruktivnih kritik.

4 ANALIZA CELOVITEGA PROCESA ZAGOTAVLJANJA DELOVNE USPEŠNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI TRBOVLJE

Celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Trbovlje sem analizirala z dveh vidikov. Prvi je kakovost dejanskega ocenjevanja, kar sem ugotavljala z analizo dejanskih ocenjevalnih listov. Drugi pa so mnenja vodij in zaposlenih v zdravstveni negi o tem, kakšen je obstoječi sistem in kakšnega bi si želeli imeti. Tako sem pridobila ustrezne informacije za oblikovanje predloga modela zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN v SBT.

Kakovost ocenjevanja delovne uspešnosti je bila tema študije primera, ki sem jo izvedla v okviru svojih študijskih obveznosti v letu 2011–2013 (Dušak, 2013). Namen študije je bil predstaviti in analizirati sistem ocenjevanja delovne uspešnosti v SBT in predlagati izboljšave na tem področju. V okviru študije primera sem analizirala izpolnjene standardne ocenjevalne obrazce, ki so jih v procesu ocenjevanja za leto 2011 izpolnili strokovni vodje v ZN na naslednjih bolnišničnih oddelkih: Interni oddelek (33 zaposlenih), Ginekološko porodni oddelek (32 zaposlenih), Kirurški oddelek (33 zaposlenih), Dializni oddelek (13 zaposlenih), Pediatrični oddelek (10 zaposlenih) ter Oddelek za anestezijo, reanimacijo in intenzivno nego (21 zaposlenih). Analiza je potekala tako, da sem s privolitvijo direktorice zavoda in na osnovi izjave o varovanju osebnih podatkov zaposlenih pregledala in analizirala vse ocenjevalne liste zaposlenih v ZN za leto 2011. Zanimalo me je, kako so se razlikovale ocene po posameznih merilih med oddelki in kako so se razlikovale ocene med merili. Analizo sem v magistrskem delu nadgradila z izvedbo strukturiranih intervjujev, s katerimi sem neposredno od zaposlenih v ZN, tako strokovnih vodji kot sodelavcev, pridobila informacije o izvajanju procesa zagotavljanja delovne uspešnosti. V letu 2015 sem intervjuvala deset zaposlenih v ZN naše bolnišnice, od tega pet strokovnih vodji ZN in pet naključnih sodelavcev v ZN, in sicer z vsakega oddelka po enega.

4.1 Predstavitev Splošne bolnišnice Trbovlje

Splošna bolnišnica Trbovlje je bila zgrajena daljnega leta 1925 na pobudo zasavske premogokopne družbe, ki je z bratovsko skladnico skrbela za bolne, invalidne in starostno onemogle rudniške delavce in njihove svojce. Bolnišnica je imela 80 bolniških postelj in enega samega zdravnika, primarija dr. Toneta Cizeja. Po vojni se je obseg dela povečeval in prišlo je do ustanavljanja strokovnih oddelkov: Ginekološko porodniški, Interni, Kirurški in Otroški oddelek. Nato se razvijejo rentgen, laboratorij, lekarna, transfuzijska postaja, specialistične ambulante in EKG-postaja. Bolnišnica je imela takrat tudi najvišjo vlogo pri strokovnem razvoju in organiziranju zdravstvene službe v Zasavju. V naslednjih desetletjih so

se bolnišnični oddelki razvijali tako strokovno kot prostorsko, zato dandanes SBT spada v skupino slovenskih splošnih bolnišnic in v svojem okolju izpolnjuje poslanstvo, ki ji ga nalaga ustanovitelj. Je javni zavod, neprofitna organizacija. Lastnik je država, njen namen oziroma poslanstvo pa je v preprečevanju obolevnosti in ohranjanju zdravja (zdravstvena vzgoja, preventiva) in zdravljenju občanov, kar je v predpisih opredeljeno kot opravljanje zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni ter delno primarni dejavnosti z upoštevanjem sodobnih terapevtskih in diagnostičnih postopkov.

V letu 2014 je bilo v SBT zaposlenih 297 javnih uslužbencev, od tega 267 za nedoločen čas in 30 za določen čas. Zdravstvenih delavcev in sodelavcev je bilo 217, nezdravstvenih pa 80 (Splošna bolnišnica Trbovlje, 2015, str. 7).

S statutom je določeno (Splošna bolnišnica Trbovlje, 2014, str. 7–8), da se zdravstvena dejavnost izvaja na oddelkih, enotah in službah, nezdravstvena pa se opravlja v enotah in službah. Za izvajanje akutne in neakutne bolnišnične dejavnosti imamo organiziranih pet oddelkov: Interni oddelek, Kirurški oddelek, Pediatrični oddelek, Ginekološko porodni oddelek in Negovalni oddelek. V okviru Ginekološko porodnega oddelka je od novembra 2014 organiziran tudi donorski center. Druge zdravstvene dejavnosti se izvajajo na Oddelku za anestezijo in reanimacijo, Oddelku za dializo, Oddelku za radiologijo, v laboratoriju za klinično kemijo, na Oddelku za fizikalno rehabilitacijo in v bolnišnični lekarni.

Samostojno je organizirano področje zdravstvene nege, imenovano Služba zdravstvene nege, ki se deli na enoto za zdravstveno nego (ki vključuje enoto za nego, to je oskrba in zdravstvena nega pacienta, enoto za porodno in obporodno nego, enoto za intenzivno nego in AR in enoto za dializo), zdravstveno oskrbo v ambulantah in funkcionalni diagnostiki ter centralno instrumentarsko službo s sterilizacijo.

V letu 2008 je Transfuzijski oddelek prešel pod okrilje Zavoda za transfuzijsko medicino Ljubljana. Za potrebe zdravstvenih oddelkov je organizirana tudi patoanatomska dejavnost, ki se od leta 2009 naprej izvaja v Splošni bolnišnici Celje. V okviru temeljnih oddelkov delujejo tudi specialistične ambulante: kirurške, internistične, ginekološke in pediatrične.

Nezdravstvene dejavnosti pa se opravljajo v dveh enotah: administrativni (zdravstvena administracija, upravno računovodska služba) in oskrbovalni enoti (oskrbovalna služba, služba za higieno, prehrambna služba in tehnična služba).

Vizija bolnišnice se nanaša na interese, cilje oziroma smotre ključnih deležnikov, kot je vidno na Sliki 5.

Slika 5: Vizija SBT



Vir: Splošna bolnišnica Trbovlje, Poslanstvo in vizija, 2015.

4.2 Opis obstoječega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti z vidika študije primera

V SBT poteka zagotavljanje delovne uspešnosti po predpisanem načinu za javne uslužbenke, ki vključujejo enotna merila za ocenjevanje delovne uspešnosti zaposlenih in se nanaša na Zakon o sistemu plač v javnem sektorju. Glede na izkušnje z ocenjevanjem v SBT lahko ocenim, da splošno predpisana merila (Priloga 2) in kompetence za ocenjevanje delovne uspešnosti nikakor ne ustrezajo področju zdravstva v Republiki Sloveniji, posledično tudi ne področju zdravstvene nege v SBT. Že naslov priloge temu zakonu »Ocenjevalni list« nam pove, da se v javnem sektorju delovna uspešnost zgolj ocenjuje in ne meri. Takšen način ocenjevanja se izvaja tudi v SBT. Vsako leto se do predpisanega roka izvede zgolj ocenjevanje delovne uspešnosti javnega uslužbenca, in sicer brez predhodnega merjenja njegove uspešnosti. Tako pridobljena ocena je subjektivna in navadno previsoka. Ocenjujejo strokovni vodje ZN posameznih področji oziroma oddelkov. V SBT se delovna uspešnost v ZN ocenjuje na Oddelku za anestezijo in reanimacijo in intenzivno nego, na Kirurškem oddelku, na Internem oddelku, na Ginekološko porodnem oddelku, na Dializnem področju in na Pediatričnem oddelku. V letu 2011 se je ustanovil tudi nov oddelek neakutne bolnišnične obravnave –Negovalni oddelek.

Po končanem ocenjevanju zaposlenih v ZN strokovni vodje vrnejo ocenjevalne liste v kadrovske službe SBT, kjer jih shranjujejo v osebnih mapah. Vodja kadrovske službe za vse, ki lahko po določenem obdobju napredujejo, pregleda ocenjevalne liste in izda sklep o napredovanju zaposlenega v višji plačilni razred. Če je bil zaposleni v zadnjih treh ali več ocenjevalnih obdobjih ocenjen z odlično, napreduje za dva plačilna razreda, v nasprotnem primeru pa za enega oziroma ne napreduje, če je v bil v zadnjih treh ocenjevalnih obdobjih ocenjen z zadostno oceno.

Podrobnejša opredelitev elementov delovne uspešnosti javnega uslužbenca se deli na pet sklopov meril (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, Ur. l. RS, št. 95/2007).

1. Rezultati dela so izhodno merilo uspešnosti. Upoštevamo:

- **strokovnost** – izvajanje nalog zlasti skladno z veljavnimi standardi oziroma s pravili stroke;
- **obseg dela** – izvajanje nalog zlasti glede na količino opravljenega dela, dodatno delo;
- **pravočasnost** – izvajanje nalog zlasti skladno s predvidenimi roki in z veljavnimi standardi oziroma s pravili stroke.

2. Samostojnost, ustvarjalnost in natančnost pri opravljanju dela so merila, pri katerih zaposleni vložijo v svojo delovno uspešnost svoje zmožnosti, torej vhodna merila delovne uspešnosti:

- **Samostojnost** – izvajanje nalog zlasti glede na potrebo po dajanju natančnih navodil, po nadzorovanju.
- **Ustvarjalnost** – izvajanje nalog zlasti glede na razvijanje novih uporabnih idej, dajanje koristnih pobud in predlogov.
- **Natančnost** – izvajanje nalog zlasti glede na pogostost napak, kakovost dela. Napake je v ZN zelo težko meriti, razen v izrednih okoliščinah, ko pacient utrpi zaradi napak resne posledice. Napake se v SBT opazijo v timskem delu, ko nekdo opazi napako zaposlenega, vendar je uradno ne zabeleži, zaradi strahu, zaradi kolegialnosti ali pa se javi napaka kot nevarni dogodek.

3. Zanesljivost pri opravljanju dela upošteva izpolnjevanje dogovorjenih obveznosti ter popoln in točen prenos informacij. Gre za oceno zanesljivosti zaposlenega, da bo določeno dodeljeno nalogo tudi opravil, koliko mu lahko zaupamo. To merilo bi opredelila kot vhodno merilo delovne uspešnosti, kot vedenje zaposlenega.

4. Kakovost sodelovanja in organizacija dela, **ki je sestavljena iz dveh elementov:**

- **sodelovanje** – izvajanje nalog zlasti v smislu medsebojnega sodelovanja in skupinskega dela, odnosa do sodelavcev, prenosa znanja in mentorstva;

- **organizacija dela** – izvajanje nalog zlasti v smislu organiziranega in načrtovanega izkoriščanja delovnega časa glede na vsebino nalog in postavljene roke, prilagoditve nepredvidenim situacijam.

Tudi pri tem merilu gre za vhodno merilo delovne uspešnosti, povezano predvsem z vedenjem zaposlenih, delno tudi z razpoložljivimi vhodnimi materialnimi resursi.

5. Druge sposobnosti v zvezi z opravljanjem dela so prav tako pretežno vedenjsko opisano vhodno merilo, saj vključujejo naslednje elemente:

- **interdisciplinarnost** – izvajanje nalog zlasti v smislu povezovanja znanja z različnih delovnih področij, pregleda nad svojim delovnim področjem;
- **odnos do uporabnikov, storitev** – izvajanje nalog zlasti v smislu sodelovanja in servisiranja uporabnikov storitev;
- **komuniciranje** – izvajanje nalog zlasti glede na pisno in ustno izražanje, ustvarjanje notranjega in zunanjega socialnega omrežja;
- **drugo** – izvajanje nalog zlasti glede na posebnosti, ki so značilne za posamezno dejavnost oz. stroko v javnem sektorju.

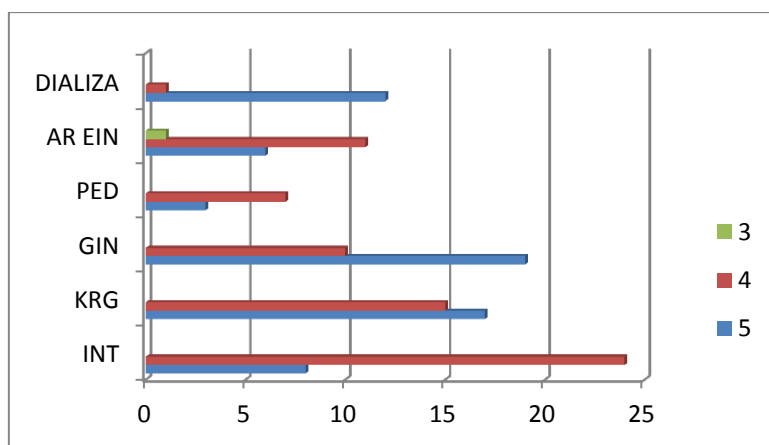
4.3 Analiza ocenjevanja delovne uspešnosti na podlagi podatkov z ocenjevalnih listov

Ocenjevanje delovne uspešnosti poteka na petstopenjski lestvici, ki je predpisana v Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju (Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, Ur. l. RS, št. 95/2007):

- **odlična ocena** delovne uspešnosti pomeni odlično opravljeno delo, to je visoko nad pričakovanji glede na merilo ocenjevanja v ocenjevalnem oziroma napredovalnem obdobju;
- **zelo dobra ocena** delovne uspešnosti pomeni zelo dobro opravljeno delo, to je nad pričakovanji glede na merilo ocenjevanja v ocenjevalnem oziroma napredovalnem obdobju;
- **dobra ocena** delovne uspešnosti pomeni dobro opravljeno delo, to je skladno s pričakovanji glede na merilo ocenjevanja v ocenjevalnem oziroma napredovalnem obdobju;
- **zadovoljiva ocena** delovne uspešnosti pomeni zadovoljivo opravljeno delo, to je delno pod pričakovanji glede na merilo ocenjevanja v ocenjevalnem oziroma napredovalnem obdobju;
- **nezadovoljiva ocena** delovne uspešnosti pomeni nezadovoljivo opravljeno delo, to je v celoti pod pričakovanji glede na merilo ocenjevanja v ocenjevalnem oziroma napredovalnem obdobju.

Na sliki 6 je vidno ocenjevanje delovne uspešnosti zaposlenih v ZN skupno in po oddelkih v letu 2011. Opazimo lahko, da je bila na Dializnem oddelku večina ocenjenih z odlično oceno, tudi na Ginekološko porodnem oddelku so prevladovala odlične ocene, medtem ko je bilo na Kirurgiji le nekaj malega več odličnih ocen ko prav dobrih. Na Internem oddelku so prevladovala prav dobre ocene, podobno na Pediatričnem in Oddelku za AR in EIN, kjer je bil med vsemi zaposlenimi eden ocenjen z oceno dobro.

Slika 6: Ocenjevanje delovne uspešnosti zaposlenih v ZN po oddelkih v letu 2011



Takšna razporeditev ocen pokaže, da strokovni vodje svoje sodelavce ocenjujejo z ocenami nad pričakovanji in se izogibajo ocenjevanju delovne uspešnosti z oceno dobro, čeprav ta pomeni oceno skladno s pričakovanji. Zelo različno ocenjevanje med oddelki po vsej verjetnosti ne odraža dejanskih razlik v uspešnosti zaposlenih, temveč je rezultat drugačnega razumevanja meril in ocen s strani strokovnih vodij.

Zanimiva je tudi analiza razporeditve ocen delovne uspešnosti pri vsakem od petih meril, ki so standardna za celotni javni sektor. Ravno to je razlog, da je ocenjevanje s pomočjo teh meril tako težko, saj niso dovolj specifična za ZN. Rezultati analize so prikazani v Tabeli 7. Opazimo lahko, da so pri vseh merilih in na vseh oddelkih prevladovala odlične in prav dobre ocene. V praksi na žalost temu ni tako, kar nakazuje, da je ocenjevanje delovne uspešnosti za strokovne vodje v zdravstveni negi zgolj neprijetno opravilo, ki ga odredijo nadrejeni in zakonodaja, ne vidijo pa pravega smisla ocenjevanja kot orodja za dvig uspešnosti.

Tabela 7: Primerjava ocen po merilih na oddelkih v letu 2011 (% zaposlenih)

	Ocene	Interni oddelek	Kirurški oddelek	Oddelek za AR in EIN	Pediatrični oddelek	Gin. porodni oddelek	Dializni oddelek
Rezultati dela	Ocena 5	87	51	53	80	76	92
	Ocena 4	13	46	41	20	24	8
	Ocena 3	0	3	6	0	0	0
Samostojnost, ustvarjalnost in natančnost	Ocena 5	17	44	12	30	76	92
	Ocena 4	80	56	76	70	24	8
	Ocena 3	3	0	6	0	0	0
	Ocena 2	0	0	6	0	0	0
Zanesljivost	Ocena 5	22	38	59	40	50	92
	Ocena 4	75	62	30	60	50	8
	Ocena 3	3	0	11	0	0	0
Sodelovanje, organizacija dela	Ocena 5	17	32	33,3	40	14	92
	Ocena 4	80	62	33,3	60	76	8
	Ocena 3	3	6	33,3	0	0	0
Druge sposobnosti	Ocena 5	17	38	50	10	10	77
	Ocena 4	83	56	37,5	60	52	23
	Ocena 3	0	6	12,5	30	38	0

Primerjava ocen po merilih nam pokaže, da so najboljše ocenjeni zaposleni po merilu rezultati dela, kjer kar v štirih oddelkih prevladujejo odlične ocene. Nasploh pa so v Dializnem oddelku pri vseh merilih zaposleni ocenjeni odlično. Najslabše so ocene pri drugih sposobnostih ter pri sodelovanju in organizaciji dela.

Pri merilu rezultati dela, kjer se ocenjujejo strokovnost, obseg dela in pravočasnost, je v ZN zelo težko ocenjevati. Težko namreč določimo, kdaj nekdo ne postopa dovolj strokovno, ker ni izdelanih in uradno priznanih standardov strokovnosti za vse postopke in intervencije. V ZN so sicer opredeljeni in zapisani standardni operativni postopki (v nadaljevanju SOP-i), po katerih je potrebno izvajati vse intervencije zdravstvene nege. Vendar pa ni izdelanih meril, ki bi določala uspešnost zaposlenega glede doseganja strokovnosti. Niti ni določena oseba, ki bi strokovnost ves čas nadzorovala oziroma merila.

Največ ugibanj je glede obsega dela, kajti zakon na področju delovne zakonodaje in v kolektivnih pogodbah določa zgolj to, da delavec dela 40 ur tedensko, vse drugo pa predstavlja delo prek rednega delovnega časa in mora delavec za takšno delo podati soglasje. Potemtakem so vsi zaposleni na tem področju odlični, ker vsi naredijo 40 ur in še mnogo več. Težko je določiti tudi obseg dela z vidika obsega dela v eni izmeni, ker je področje zdravstvene nege zelo interdisciplinarno in pestro področje. Lahko bi uporabili kadrovske normative, ki bi bili povezani s kategorizacijo ZN. Tako kadrovske normative kot kategorizacija ZN še niso uradno potrjeni, zato pravne podlage za merjenje obsega dela v ZN ni mogoče uporabiti. Pojem dodatno delo je še težje opredeliti, kajti nimamo izdelanih natančnih opisov del in nalog za posamezne profile zaposlenih v ZN, v pogodbah o zaposlitvi

pa je opredeljeno, da je javni uslužbenec dolžan opravljati tudi dodatna dela in naloge po navodilu delodajalca, ni pa opredeljeno, katere naloge in v kakšnem obsegu.

Predvidenih rokov v ZN ni, obstaja samo nujna intervencija, srednje hitra intervencija in intervencija, ki jo je potrebno opraviti v času delovne izmene. Glede pravočasnosti je torej skoraj popolnoma nemogoče opredeliti oceno uspešnosti, kajti resnično pravočasen moraš biti samo na urgentnem področju, vsi drugi postopki so narejeni v eni delovni izmeni in časovna dimenzija ni odločilna.

Pri ocenjevanju samostojnosti, ustvarjalnosti in natančnosti pri opravljanju dela moramo upoštevati, da zdravstveni delavec v zdravstveni negi ne sme delati samostojno, dokler nima ustrezne uvajalne dobe, po opravljeni dobi uvajanja oziroma usposabljanja pa mu z razporeditvijo na samostojno delovno mesto tudi pokažemo, da ga smatramo za samostojnega. Morda bi lahko ocenjevali ustvarjalnost in natančnost pri delu, vendar pa ustvarjalnost v ZN lahko pride do izraza šele takrat, ko zaposleni doseže visoko stopnjo samostojnosti. Pri natančnosti bi potrebovali ocenjevalne lestvice, predvsem pa neprestan in celovit nadzor nad tem merilom, kar pri zdajšnjem načinu dela ni zagotovljeno.

Podobno lahko rečemo za ocenjevanje tretjega merila – zanesljivosti pri opravljanju dela. Starejši zaposleni v zdravstveni negi, kar v SBT tudi nedvomno so, so navadno zelo zanesljivi, ker imajo mnogo delovnih izkušenj. Vendar pa tudi pri tem merilu ni jasno oblikovanih pričakovanj in standardov, da bi lahko zanesljivost tudi objektivno ocenili.

So pa manj uspešni pri četrtem merilu – pri kakovosti sodelovanja in organizaciji dela. V ZN je potrebno skupinsko delo, nujno je tudi sodelovanje z drugimi službami, zdravniki, radiologi, z laboratorijem idr. SBT ima naziv učne bolnišnice, izvajajo redno delovno prakso za dijake Srednje zdravstvene šole Zagorje in za študente visokih zdravstvenih šol. Ni pa izdelanih meril, s katerimi bi mentorje in tiste, ki vsakodnevno prenašajo znanje, tudi ocenili. Pojavlja se ravno nasprotno mišljenje, da tisti, ki se ukvarja z dijaki in s študenti, nič ne dela. Ob merilu organizacija dela bi bilo potrebno poznati natančne delovne načrte, torej vodja bi moral zaposlenemu opredeliti, kdaj naj kaj izvede, stori. To je ob našem načinu dela, kadrov nam primanjkuje, skoraj nemogoče.

Mnogo vprašanj se pojavi tudi pri zadnjem merilu, elementu druge sposobnosti v zvezi z opravljanjem dela: interdisciplinarnost, odnos do uporabnikov, storitev, komuniciranje, drugo. ZN je po naravi dela interdisciplinarna. Kdor ne deluje interdisciplinarno, ne povezuje različnih znanj pri svojem delu in ne more biti delovno uspešen. Zaposleni v ZN mora imeti nedvomno zelo dober odnos do pacientov, varovancev. V kolikor tega odnosa nima, se pojavljajo ustne in pisne pritožbe pacientov, svojcev, sodelavcev, ki pa na žalost niso vedno upoštevane, tudi pri oceni uspešnosti zaposlenega ne. Tu se lahko beležijo in upoštevajo edino

razne pritožbe s strani uporabnikov, torej pacientov in svojcev, ter s strani sodelavcev, kjer pa moramo biti pazljivi, ker ne vemo, kje je jabolko spora.

4.4 Mnenje strokovnih vodij in zaposlenih o procesu zagotavljanja uspešnosti

V letu 2015, natančneje v aprilu in maju, sem izvedla 10 strukturiranih intervjujev med zaposlenimi v ZN Splošne bolnišnice Trbovlje, in sicer pet intervjujev s strokovnimi vodji ZN na Kirurškem, Negovalnem, Pediatričnem, Internem oddelku in intervju s strokovnim vodjo ZN Centralne instrumentarske službe s sterilizacijo ter pet intervjujev z naključno izbranimi zaposlenimi, člani tima v ZN na bolnišničnih oddelkih SBT. Za izvedbo intervjuja sem imela pisni odobritvi pomočnice direktorice za ZN in direktorice zavoda. Sodelavce sem na intervju predhodno povabila s pisnim vabilom, ki sem mu priložila vprašanja. Naknadno sem se z njimi uskladila za termin. Na mojo prošnjo se je pozitivno odzvalo vseh deset sodelavcev, pet strokovnih vodji in pet zaposlenih v ZN.

4.4.1 Intervju s strokovnimi vodji ZN

Intervju s strokovnimi vodji ZN SBT omenjenih oddelkov (priloge 3 do 7) je bil razdeljen na prikaz osnovnih podatkov in na tri osnovne tematske sklope. Iz osnovnih podatkov (Tabela 8) lahko vidimo, da je ena (z najdaljšim časom na položaju vodje) višja medicinska sestra, medtem ko so preostale štiri diplomirane medicinske sestre. Glede na čas na položaju vodje imajo tri vodje že dolg staž (več kot 15 let), medtem ko sta dve na teh položajih pet oziroma dve leti. Glede na število zaposlenih v zdravstveni negi se oddelki kar precej razlikujejo, saj je največ zaposlenih na Internem oddelku (29), Kirurški in Instrumentarska služba sta približno enako velika (15 oziroma 14), podobno tudi Negovalni in Pediatrični oddelek (10 in 9 zaposlenih).

Tabela 8: Osnovni podatki o strokovnih vodjih ZN SBT

	Oseba A	Oseba B	Oseba C	Oseba D	Oseba E
Oddelek	Kirurški	Negovalni	Pediatrični	Interni	Instrumentarska služba s sterilizacijo
Izobrazba	višja medicinska sestra	diplomirana medicinska sestra	diplomirana medicinska sestra	diplomirana medicinska sestra	diplomirana medicinska sestra
Čas na položaju vodje (v letih)	27	17	5	2	25

se nadaljuje

nadaljevanje

Število vseh zaposlenih znotraj oddelka	15	10	9	29	14
---	----	----	---	----	----

4.4.1.1 Opis izvajanja zdajšnjega procesa ocenjevanja delovne uspešnosti – strokovne vodje

Po vseh obravnavnih oddelkih je izobrazbena struktura zaposlenih precej podobna, največ je tehnikov zdravstvene nege (srednjih medicinskih sester), sledijo višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, na Internem oddelku pa je v timu ZN zaposlenih tudi nekaj bolničark. Na vprašanje, ali je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu, so strokovni vodje odgovarjali zelo različno. Dve zaposleni sta pritrdili (oseba B in C), dve sta se delno soglašali (oseba A in E), ena (oseba D) je menila, da izobrazba zaposlenih ni povezana z uspešnostjo pri delu. Osebi A in E sta razložili, da je izobrazba delno povezana z uspešnostjo pri delu v določenih merilih, npr. pri strokovnosti, nikakor pa ne pri merilih, ki so povezana z osebnostnimi lastnostmi zaposlenega, npr. odnos do uporabnikov, komunikativnost, sodelovanje. Osebi B in C mislita, da je izobrazba povezana z uspešnostjo, ker se zaposleni lahko v procesu izobraževanja nauči strokovnega dela in pridobi druge veščine za opravljanje svojih nalog. Oseba D je svoj odgovor utemeljila, da zaposlenemu pri njegovi uspešnosti izobraževanje ne pomaga, če kot oseba ni dovolj motiviran za svojo uspešnost.

Pri vprašanju, kakšno mesto si kot strokovni vodja določa v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti, so imele osebe precej težav, saj ga niso povsem razumele. Po razlagi, da je »mesto strokovnega vodje« mišljeno kot način dela, ali strokovni vodja v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti sodeluje z zaposlenimi ali ne (je popolnoma pasivna, opravi svojo nalogo izpolnjevanja ocenjevalnih listov in potem celo leto ne sodeluje več v procesu). Na to vprašanje so vse osebe odgovorile, da si v tem procesu vsekakor določajo sodelujoče mesto, torej da vse leto aktivno sodelujejo v procesu. Oseba A je omenila, da se sicer trudi, vendar lahko zaradi prevelikega obsega dela sodeluje le takrat, kadar so njeni zaposleni motivirani za medsebojno sodelovanje oziroma da izkoristi vsak trenutek, ko so pripravljeni na sodelovanje. Prav tako je oseba D povedala, da je sodelovanje v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti predvsem odvisno od zaposlenih. Vsi niso pripravljeni sodelovati. Oseba E pa kot aktivna v tem procesu ves čas svoje zaposlene opozarja, spodbuja, naproša, da so bolj delovno uspešni.

Pri opisu svojega sloga vodenja so ga tri od vprašanih (oseba A, B, C) opredelile kot demokratičnega, pri vodenju ZN na svojem oddelku sodelujejo z zaposlenimi, jim prisluhnejo, upoštevajo njihove želje. Oseba D je včasih demokratična, v primeru nujnosti neke odločitve pa uporabi avtokratski stil vodenja. Oseba E pa vodi oddelek situacijsko,

prednost daje usmerjanju zaposlenih, in sicer s ciljem uspešno opraviti nalogo, pri čemer se ne ozira toliko na odnos z zaposlenimi.

Pri opisu zdajšnjega načina ocenjevanja delovne uspešnosti so vse razložile, da najprej prejmejo ocenjevalne liste za svoje zaposlene s strani kadrovske službe. Sledi njihovo razmišljanje »v glavi«, kakšno oceno si posameznik zasluži, pri čemer upoštevajo celostno sliko zaposlenega. Ocenjevalne liste izpolnijo tako, da dodelijo ocene posameznim merilom, na sprednji strani ocenjevalnega lista pa z nekaj stavki opredelijo oziroma utemeljijo svojo oceno. Sledi soočenje z vsakim zaposlenim posebej, na razgovor zaposlenih ne povabijo, temveč jim dajo ocenjevalne liste v podpis kar na koncu ali začetku delovne izmene.

Po podpisu ocenjevalnih listov jih strokovni vodje oddajo v kadrovsko službo. Večinoma je razlika le v točkovanju, kar je bilo prikazano že v študiji primera. Med zaposlenimi, ki so ocenjeni s skupno odlično oceno, sicer tudi znotraj te skupine obstajajo razlike. Zanimiva je izjava osebe E, ki vsem svojim zaposlenim med ocenjevanjem pove, da si po njenem osebnem mnenju »nihče ne zasluži ocene odlično, niti ona ne«. Kljub temu podaja odlične ocene, kar utemeljuje s tem, da je njihov obseg dela v eni izmeni tako velik in naporen, da nima srca ravnati drugače, dokler ne bo jasno določenih meril in upoštevanja delovne zakonodaje.

4.4.1.2 Ocena pomanjkljivosti obstoječega procesa zagotavljanja uspešnosti – strokovne vodje

Na vprašanje o pomanjkljivostih obstoječega procesa so podale naslednje odgovore: merila, po katerih se trenutno ocenjuje uspešnost zaposlenega, so presplošna, neustrezna in nespecifična za področje ZN, z njimi so zelo nezadovoljni, so neuporabna, ohlapna, podan sistem je popolnoma neprimeren za ZN, ocenjevalni list je pomanjkljiv, nekonkreten, posledica so subjektivne in nerealne ocene. Oseba E je nekaj let nazaj sama pripravljala svoja merila, ker s temi ni bila zadovoljna.

Že iz opisanega pri splošnem vprašanju o pomanjkljivostih lahko vidimo, da so vodje z merili zelo nezadovoljni. Sicer uspešnost zaposlenih spremljajo skozi celotno leto, vendar pri tem nimajo v mislih meril, temveč zgolj opazujejo njihovo delo, vedenje, odzivanje v raznih situacijah, oseba E tudi ob izidu zdravljenja (število okužb operativnih ran). Nekatere (oseba D in B) se neposredno vključujejo v proces zdravstvene nege na oddelku, tako da lahko zaposlene spremljajo neposredno pri njihovem delu. Osebe A, B in D niso poznale razlike med pojmom ocenjevanje in zagotavljanje uspešnosti. Oseba C misli, da razliko pozna, to utemeljuje z razlago, da je ocenjevanje trenutna ocena, zagotavljanje delovne uspešnosti pa poteka vse leto. Podobno meni tudi oseba E.

Na vprašanje, ali pri zdajšnjem načinu z zaposlenim opravijo razvojni pogovor, ki mu sledi razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerega namen je tudi podana ocena, sta le dve osebi

odgovorili pritrdilno. Osebe A, C in D omenjenega ne opravijo, osebi B in E pa se večkrat tekom leta sestanejo z zaposlenimi, se z njimi pogovorijo, vendar si tega ne zapisujejo. Mislijo torej, da lahko na to vprašanje odgovorijo: delno. Zato tudi zaposlenim ne postavijo ciljev in meril, z izjemo osebe E, ki zaposlenim na pogovoru pove, kaj od njih pričakuje.

Vse osebe rešujejo nesoglasja ob dodelitvi ocene s pogovorom, raze osebe E, ki nesoglasji ne rešuje. Oceno dodeli in se z zaposlenim v primeru nezadovoljstva z oceno ne pogovarja, ker misli, da se je prav odločila.

4.4.1.3 Želena merila za spremljanje uspešnosti – strokovne vodje

Intervjuvancem sem ponudila nabor meril, med katerimi so lahko izbrali tista, ki bi bila po njihovem mnenju smiselna. Nabor meril je razdeljen na štiri vidike, ki skupno tvorijo uravnotežen sistem meril, in sicer: finančni vidik, vidik poslovanja s strankami, vidik notranjih poslovnih procesov ter vidik učenja in rasti. V Tabeli 9 so predstavljena merila, ki so jih posamezne osebe izbrale kot primerna.

Ugotovimo lahko, da sta pri finančnem vidiku največkrat izbrani merili gospodarna raba materiala in učinkovita raba delovnega časa. Pri vidiku poslovanja s strankami sta na prvem mestu odnos do pacientov in odnos do sodelavcev, sledita pa odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja in ohranjanje podobe in ugleda bolnišnice. Pri vidiku notranjih poslovnih procesov je vseh pet izbralo merilo zagotavljanja kakovosti, sledita pa še komunikativnost in izboljševanje delovnih procesov. Pri zadnjem vidiku, vidiku učenja in rasti, sta v ospredju motiviranost za delo in želja po informiranosti.

Zanimivo je, da usposobljenost in samostojnost (ki je eno od meril obstoječega sistema) nista prejeli nobenega glasu. Oseba A je podala tudi nekaj svojih predlogov za merila spremljanja delovne uspešnosti v ZN, ki so naslednji:

- strokovnost: npr. preveza rane po standardu, kateterizacija po standardu;
- obseg dela: število več opravljenih ur;
- obseg aktivnosti in nalog v eni delovni izmeni;
- pravočasnost: hitrost opravljanja dodeljenih nalog;
- samostojnost: pogostost vprašanj glede izvajanja intervencij, nalog.

Omenjena merila bi spremljala nekajkrat letno, in sicer naključno med opravljanjem dela.

Tabela 9: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril – strokovni vodje

	Oseba A	Oseba B	Oseba C	Oseba D	Oseba E	Skupaj
Finančni vidik						
Gospodarna raba materiala	*	*	*		*	4
Učinkovita raba delovnega časa	*	*	*	*		4
Opravljanje nadurnega dela						0
Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN				*	*	2
Vidik poslovanja s strankami						
Odnos do pacientov	*	*	*	*	*	5
Odnos do sodelavcev	*		*	*	*	4
Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja		*	*	*		3
Odnos do preostalih udeležencev v zdr. ustanovi (sindikati, dobavitelji, ustanovitelji, konkurenti)						0
Ohranjanje podobe in ugleda organizacije	*	*			*	3
Vidik notranjih poslovnih procesov						
Inovativnost		*				1
Komunikativnost			*	*		2
Izboljševanje delovnih procesov	*				*	2
Delo, skladno s standardi						0
Zagotavljanje kakovosti	*	*	*	*	*	5
Obvladovanje pomembnih delovnih procesov						0
Vidik učenja in rasti						
Usposobljenost						0
Strokovni napredek	*				*	2
Samostojnost pri delu						0
Motiviranost za delo	*		*	*	*	4
Sposobnost prilagajanja	*			*		2
Sprejemanje sprememb						0
Želja po informiranosti		*	*	*		3
Skrb za kakovostno delovno klimo		*			*	2
Točnost podajanja in sprejemanja informacij			*			1
Interni prenos znanja						0

4.4.2 Intervju s člani tima ZN v SBT

Intervju s člani tima ZN oddelkov SBT ima podobno strukturo kot intervju s strokovnimi vodji (priloge 8 do 12). Razlikuje se le v tem, da so vprašanja zastavljena z namenom ugotovitve, kako strokovni vodja pri njih spremlja delovno uspešnost. Najprej pogledjmo prikaz (Tabela 10) osnovnih podatkov o intervjuvancih.

Tabela 10: Osnovni podatki o članih tima ZN SBT

Član tima ZN	Oseba F	Oseba G	Oseba H	Oseba I	Oseba J
Oddelek	Kirurški	Ginekološko porodni	Dializni	Interni oddelek	Oddelek za anestezijo in intenzivno nego
Izobrazba	srednja medicinska sestra	diplomiran babičar	srednja medicinska sestra – magistrica javne uprave	srednja medicinska sestra	diplomiran zdravstvenik
Čas zaposlitve (v letih)	17	3,5	34	16	22

4.4.2.1 Opis izvajanja zdajšnjega procesa ocenjevanja delovne uspešnosti - člani tima ZN

Na vprašanje, ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu, sta dve osebi, in sicer oseba F in H, odgovorili negativno, ostale tri osebe pa mislijo, da je bolj izobražen zaposleni tudi uspešnejši pri svojem delu.

Vse osebe so seznanjene z načinom zagotavljanja delovne uspešnosti na njihovem oddelku. Mislijo, da je to izpolnjen ocenjevalni list, katerega jim enkrat letno njihov strokovni vodja predstavi in izroči v podpis. Zanimivo pa je, da nihče od vprašanih ne pozna strateških ciljev SBT.

Osebe F, G, I in J so odgovorile, da si določajo sodelujoče, aktivno mesto v procesu zagotavljanja uspešnosti. Oseba H je odgovorila še bolj določno, in sicer pri tem procesu sodeluje s svojimi predlogi za spremembe, predlogi glede organiziranosti dela, kar bi ponudilo večjo uspešnost nje same in celotnega kolektiva, ter s predlogi, kako zagotoviti ustrezne resurse, nujne za uspešnost. Misli, da je zelo pomembno tudi samoizobraževanje, ne glede na osnovno izobrazbo zaposlenega.

Vse osebe so zdajšnji način ocenjevanja uspešnosti opisale podobno kot strokovni vodje: enkrat letno prejmejo v podpis svoj ocenjevalni list, ki ga preberejo, pogledajo število točk, ga podpišejo in ocenjevanje je končano. Oseba H za razliko od drugih navaja, da je ta postopek izredno subjektiven, da pogreša objektivnost. Pravi, da si zaradi pomanjkanja kadra vsi zaposleni v ZN na njenem oddelku zaslužijo odlično oceno, ker je delo kljub temu opravljeno strokovno, pravočasno in varno. Osebi I se zdi edini od vseh oseb ta način primeren, pogreša le možnost »palice in korenčka«, torej nagrajevanje in sankcioniranje.

4.4.2.2 Ocena pomanjkljivosti obstoječega procesa zagotavljanja uspešnosti - člani tima ZN

Osebama F in I se obstoječ proces niti ne zdi pomanjkljiv, druge osebe pa pojasnjujejo, da so merila nekonkretna, določene pogrešajo razgovor z vodjo, v tem procesu ocenjevanja je preveč subjektivnosti. Oseba H misli, da bi bila nujna druga merila, bolj specifična za ZN, oseba J pa, da je najbolj pomanjkljivo to, da strokovni vodja ne spremlja meril ter da ni sprotnega nadzora nad njegovim delom, ni določenih ciljev, katerih doseganje bi mu nadrejeni omogočil z razpoložljivimi resursi.

Vsi, razen osebe I, niso zadovoljni z zdajšnjimi merili. Mislijo seveda tudi, da ni ustreznega spremljanja meril. Le oseba I je zadovoljna z merili, ki so trenutno v veljavi, in pove, da jih njen vodja spremlja z opazovanjem, s pogovorom, prek oskrbljenih pacientov in prek sodelavcev.

Po njihovem mnenju razliko med ocenjevanjem in zagotavljanjem uspešnosti poznajo vsi vprašani. Mislijo, da je ocenjevanje podajanje ocene, in sicer na subjektiven način, zagotavljanje delovne uspešnosti pa je pomoč skozi leto, vendar tega niso deležni prav v veliki meri.

Vsi so odločno zanikali, da strokovni vodja z njimi opravi razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerega namen je tudi podana ocena. Prav tako jim vodja ne postavi ciljev, meril. Morebitna nesoglasja glede ocen pa skušajo rešiti s pogovorom.

4.4.2.3 Želena merila za spremljanje uspešnosti - člani tima ZN

V tem sklopu predstavljam merila, ki so jih posamezne osebe izbrale iz nabora meril. Nabor meril je enak kot pri strokovnih vodjih. Analiza odgovorov (Tabela 11) pokaže, da sta pri finančnem vidiku največkrat izbrani merili gospodarna raba materiala in učinkovita raba delovnega časa, pojavlja pa se tudi merilo znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN. Pri vidiku poslovanja s strankami sta na prvem mestu odnos do pacientov in odnos do sodelavcev, sledita pa odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja ter ohranjanje podobe in ugleda bolnišnice, druga merila pa niso bila izbrana. Pri vidiku notranjih poslovnih procesov je merilo zagotavljanje kakovosti izbralo vseh pet članov ZN, kar pomeni, da je merjenje kakovosti ZN njihova prioriteta, sledita pa še delo, skladno s standardi, in komunikativnost. Pri zadnjem vidiku, vidiku učenja in rasti, sta v ospredju strokovni napredek in sprejemanje sprememb, izbrali pa so tudi motiviranost za delo in točnost podajanja informacij.

Tabela 11: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril – člani tima

	Oseba F	Oseba G	Oseba H	Oseba I	Oseba J	Skupaj
Finančni vidik						
Gospodarna raba materiala	*	*	*	*	*	5
Učinkovita raba delovnega časa	*	*	*			3
Opravljanje nadurnega dela						0
Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN				*	*	2
Vidik poslovanja s strankami						
Odnos do pacientov	*		*	*	*	4
Odnos do sodelavcev	*		*	*	*	4
Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja		*		*		2
Odnos do preostalih udeležencev v zdr. ustanovi (sindikati, dobavitelji, ustanovitelji, konkurenti)						0
Ohranjanje podobe in ugleda organizacije	*	*	*		*	4
Vidik notranjih poslovnih procesov						
Inovativnost						0
Komunikativnost				*	*	2
Izboljševanje delovnih procesov						0
Delo, skladno s standardi	*	*	*		*	4
Zagotavljanje kakovosti	*	*	*	*	*	5
Obvladovanje pomembnih delovnih procesov						0
Vidik učenja in rasti						
Usposobljenost						0
Strokovni napredek		*	*	*	*	4
Samostojnost pri delu						0
Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami	*		*			2
Motiviranost za delo	*	*			*	3
Sposobnost prilagajanja						0
Sprejemanje sprememb		*		*	*	3
Želja po informiranosti						0
Skrb za kakovostno delovno klimo						0
Točnost podajanja in sprejemanja informacij			*	*		2
Interni prenos znanja	*					1

4.5 Povzetek ugotovitev o obstoječem in želenem sistemu zagotavljanja delovne uspešnosti

Z analizo ocenjevalnih listov iz leta 2011 sem ugotavljala, s kakšnimi ocenami so strokovni vodje ocenjevali svoje zaposlene, z intervjuji pa sem skušala ugotoviti, kaj mislijo strokovni vodje in zaposleni o obstoječem načinu zagotavljanja delovne uspešnosti, katerega del je tudi ocenjevanje, kako so zadovoljni s trenutnimi merili in sistemom.

Rezultati vseh desetih intervjujev so zelo zanimivi, predvsem pa pričakovani. Navajam skupne značilnosti obeh skupin, strokovnih vodji in zaposlenih v ZN:

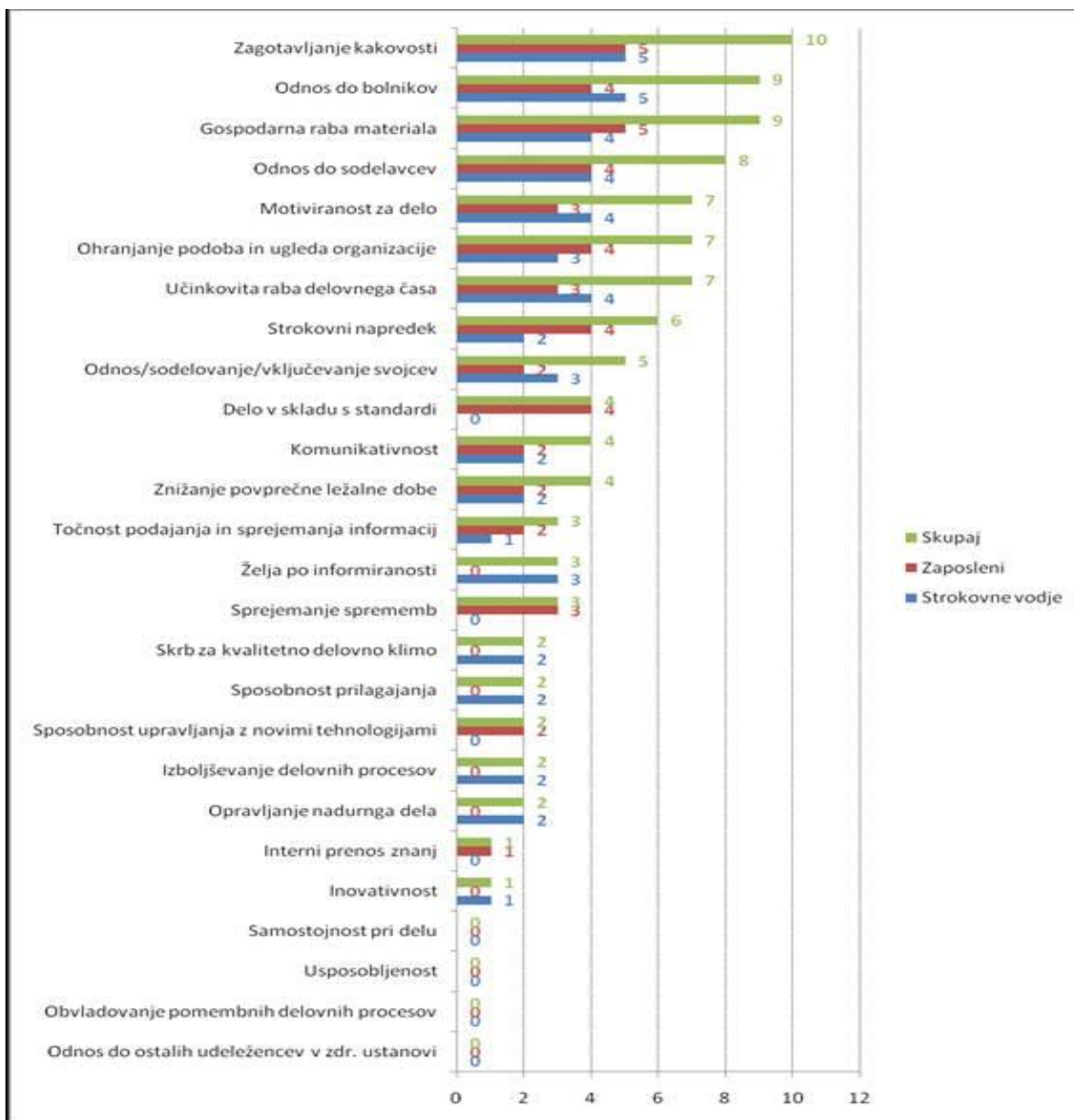
- V procesu zagotavljanja delovne uspešnosti si večinoma dodeljujejo aktivno, sodelujoče mesto.
- Vsem se zdijo trenutna merila za ocenjevanje delovne uspešnosti pomanjkljiva, nespecifična, neprimerna za področje ZN.
- Podane ocene vodij so subjektivne.
- Ni kontinuiranega spremljanja delovne uspešnosti pri zaposlenih.
- Ni dokumentiranja procesa zagotavljanja delovne uspešnosti.
- Za zagotavljanje delovne uspešnosti ni dovolj časa s strani strokovnih vodji in zaposlenih.
- Trenutni proces zagotavljanja delovne uspešnosti je neustrezen, ker se poda ocena, ni pa ustrezne povratne informacije, ni ocenjevalnih in razvojnih pogovorov.
- Cilji in merila uspešnosti niso določeni.
- Nihče od zaposlenih ne pozna strateških ciljev SBT.
- Nesoglasja ob dodelitvi ocene se rešujejo s pogovorom.

Na podlagi obeh vrst informacij pa lahko sklenem, da podane ocene v obstoječem sistemu niso objektivne in ne temeljijo na celovitem spremljanju uspešnosti. Tega se zavedajo tako vodje kot zaposleni. Merila ocenjevanja so nejasna in niso dovolj specifična za ZN. To je verjetno tudi eden od razlogov, zakaj so ocene previsoke. Trenutni proces zagotavljanja uspešnosti je pomanjkljiv, saj ne temelji na postavljenih ciljih in jasno opredeljenih merilih, prav tako pa v sistem niso vključene ustrezne povratne informacije v obliki ocenjevalnih in razvojnih pogovorov. Izpolnjevanje meril uspešnosti se ne spremlja sistematično, strokovni vodje pa raje podajo višje ocene, da ne bi prihajalo do sporov z zaposlenimi.

Na Sliki 7 so prikazana merila delovne uspešnosti, ki so jih strokovni vodje in člani timov ZN izbrali kot najbolj primerna. Merila so razvrščena glede na pogostost izbire pri obeh skupinah. Na prvem mestu je merilo zagotavljanje kakovosti, sledijo odnos do pacientov, gospodarna raba materiala, odnos do sodelavcev, motiviranost za delo, učinkovita raba delovnega časa in strokovni napredek. Druga merila so zastopana malokrat ali sploh nikoli, kot na primer

usposobljenost, samostojnost pri delu, obvladovanje pomembnih delovnih procesov in odnos do preostalih udeležencev v zdravstveni ustanovi.

Slika 7: Izbrana merila delovne uspešnosti



Če pogledamo primerjavo zastopanosti posameznih meril pri strokovnih vodjih in zaposlenih, vidimo, da se v večini zastopanost pojavlja v enakem številu. Edino pri merilu delo, skladno s standardi je zanimivo, da so se za to merilo odločili štirje zaposleni od petih, od strokovnih vodji pa nihče. Izstopa tudi merilo sprejemanje sprememb, vidimo namreč, da se zdi zaposlenim to merilo pomembno, strokovnih vodjem pa ne. To je dokaj presenetljivo, saj bi

pričakovali, da bodo ravno strokovni vodje želeli, da so zaposleni pripravljeni na spremembe. Enako je tudi pri merilu skrb za kakovostno delovno klimo.

Glede na vse zbrane informacije je razvidno, da je potrebno vzpostaviti nov celovit sistem procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v SBT. V naslednjem poglavju zato predstavljam predloge, ki bi se z vključitvijo v prakso lahko izkazali za uspešne, predvsem pa bi z njimi izboljšali obstoječ sistem zagotavljanja delovne uspešnosti. Pri oblikovanju konkretnih predlogov mi bodo v veliko pomoč ravno pri obeh skupinah največkrat zastopana merila delovne uspešnosti, ki jih bom vključila v predlog ocenjevanja delovne uspešnosti v SBT.

5 PREDLOG CELOVITEGA PROCESA ZAGOTAVLJANJA DELOVNE USPEŠNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI SPLOŠNE BOLNIŠNICE TRBOVLJE

Na podlagi teoretičnih dognanj in analize obstoječega procesa zagotavljanja uspešnosti bom v tem poglavju poskušala izdelati predlog celovitega procesa, ki bi ga lahko uvedli v vsakdanjo prakso zagotavljanja delovne uspešnosti v naši ustanovi. Kot sem omenila že v uvodu, je delovna uspešnost zaposlenih v veliki meri odvisna od pogojev, ki jih nudimo, in seveda tudi od same notranje motivacije zaposlenih. Namen izgradnje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti je ustvariti ustrežnejše pogoje, ki bi zaposlenim v ZN SBT skupaj z njihovo notranjo motiviranostjo nudili podlago za večjo delovno uspešnost in posledično tudi uspešnejši zavod z zadovoljnimi uporabniki storitev, torej z zadovoljnimi pacienti.

5.1 Predlog celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti

Delovno uspešnost moramo v bolnišnici celovito zagotavljati glede na aktivnosti managementa človekovih virov, ki jih moramo izvajati sistematično. Pri izvajanju aktivnosti sodelujejo strokovni vodje ZN posameznih oddelkov, pomočnica direktorice za ZN, kadrovska služba, strokovni direktor bolnišnice in poslovni direktor. Predloge aktivnosti managementa človekovih virov prikazujem v Tabeli 12.

Tabela12: Predlagane aktivnosti MČV v ZN SBT

Aktivnost MČV	Ukrepi
Uravnavanje zunanjega in notranjega okolja	<ul style="list-style-type: none">• Sprotno spremljanje zakonskih podlag glede novega zaposlovanja kadrov ZN in nadomeščanja daljših bolniških in porodniških odsotnosti.• Temeljita notranja analiza kadra ZN (kompetentnost, zadovoljstvo z delom, možnost premeščanj idr.), njihovih odlik in slabosti.• Napoved potreb po človeških virih glede na analizo stanja.

se nadaljuje

nadaljevanje

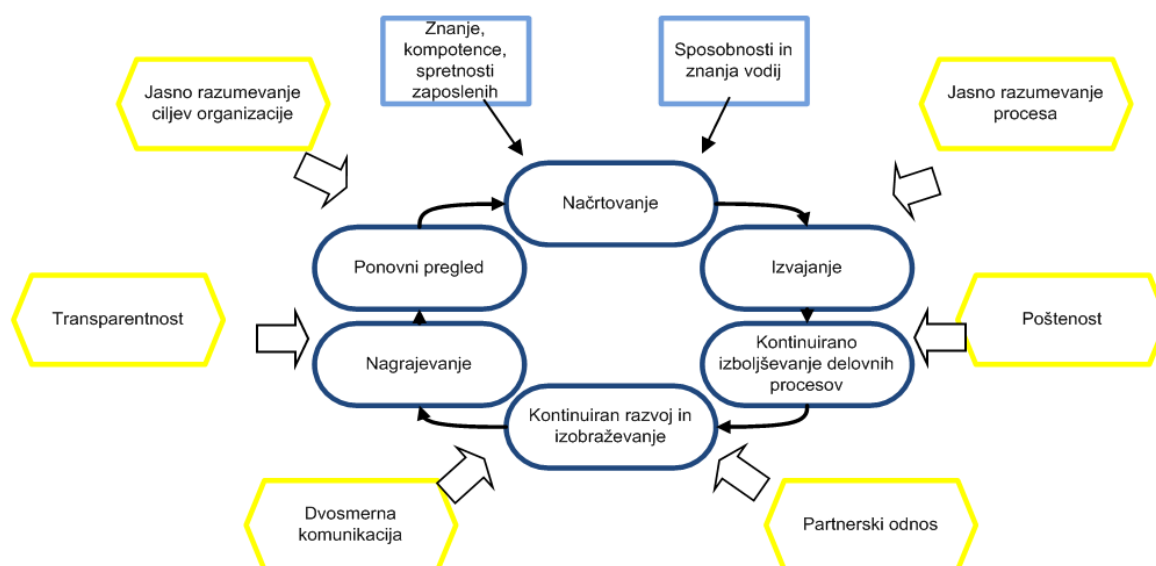
Aktivnost MČV	Ukrepi
Analiza in oblikovanje delovnih mest	<ul style="list-style-type: none"> • Izdelati matrike znanj za vsako delovno mesto posebej.
Načrtovanje in izbor kadrov	<ul style="list-style-type: none"> • Glede na analizo delovnih mest določiti, kakšne kadre potrebujemo. • Pretok kadra ZN v in izven organizacije. • Raziskava trga dela. • Sodelovanje strokovnih vodji ZN pri načrtovanju in izboru kadra. • Načrtovanje kadra za prihodnost.
Razvoj in izobraževanje	<ul style="list-style-type: none"> • Določiti razvoj ključnih kadrov v strategiji organizacije. • Načrtovanje izobraževanj za kader ZN na letni ravni glede na ugotovljene potrebe. • Aktivnosti na učni ravni bolnišnice (mentorstvo dijakom, dodiplomskim in podiplomskim študentom ved ZN). • Interna izobraževanja s področja ZN.«
Ustvarjanje primerne organizacijske kulture in klime	<ul style="list-style-type: none"> • Povečati medsebojno sodelovanje vseh zaposlenih v ZN. • Izboljšati raven komuniciranja med zaposlenimi v ZN in drugimi profili.
Ocenjevanje delovne uspešnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Vsem zaposlenim v ZN predstaviti proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN. • Zagotoviti redne letne razvojne razgovore z zaposlenimi. • Zagotoviti ocenjevalni razgovor z zaposlenimi.
Nagrajevanje zaposlenih	<ul style="list-style-type: none"> • Javne pohvale za dosežke posameznikom. • Omogočiti uspešnejšim posameznikom v ZN nefinančne nagrade (premični delovni čas, dodatna izobraževanja, vodenje projektov ipd.).
Socialna in zdravstvena zaščita	<ul style="list-style-type: none"> • Zaposlenim v ZN prilagoditi urnik dela glede na želje in potrebe domačega okolja, kolikor to urnik dopušča. • Zaposlenim z zdravstvenimi omejitvami omogočiti delo na drugem delovnem mestu.

Prek izvajanja ukrepov, ki sem jih navedla pri posameznih aktivnostih MČV, lahko pridemo do celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti na področju ZN vsakega bolnišničnega oddelka. Po Armstrongu (2006 b, str. 15–16) in Demingu (Jocou, 1995, str. 37) proces poteka neprekinjeno, nujno pa morajo biti prisotni še naslednji dejavniki:

- jasno razumevanje procesa in ciljev.
- dvosmerna komunikacija,
- partnerski odnos,
- poštenost, transparentnost.

Ob upoštevanju teh elementov lahko celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT prikažemo kot krog medsebojno povezanih aktivnosti (Slika 8).

Slika 8: Proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT



Kot vidimo na Sliki 8, moramo pri procesu zagotavljanja delovne uspešnosti najprej zagotoviti sposobne in motivirane vodje, ki imajo ustrezne vodstvene kompetence (Lorber,2010), ter zaposlene, ki imajo ustrezna znanja, kompetence in spretnosti, kar dosežemo z aktivnostmi MČV na področju ZN, kot je prikazano v Tabeli 12. Šele nato se začne **načrtovanje** zagotavljanja delovne uspešnosti, kjer jasno in vsem razumno, transparentno, določimo **cilje** in načine za doseganje delovne uspešnosti. Glede na ugotovljeno stanje trenutnega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v naši bolnišnici v tabeli 13 predlagam cilje in aktivnosti, s katerimi bi v fazi načrtovanja zagotavljali delovno uspešnost pri zaposlenih.

Tabela 13: Cilji in aktivnosti za zagotavljanje delovne uspešnosti v SBT

Cilj	Aktivnost
1. Seznaniti vsakega zaposlenega z zahtevano matriko znanj za njegovo delovno mesto	Matrike znanj, ki smo jih pripravili v fazi analize in oblikovanja delovnih mest predstaviti vsem zaposlenim.
2. Seznaniti vsakega zaposlenega z želenimi normami, zahtevami in z želenimi vedenji (organizacijska kultura SBT)	Določiti (na kolegiju nadzornih MS) želene norme obnašanja, vedenja, komuniciranja s pacienti in sodelavci.
3. Seznaniti vsakega zaposlenega z načinom poteka razvojnih obdobjnih razgovorov	Na kolegiju nadzornih MS določiti, kako naj poteka razvojni pogovor med zaposlenim in vodjo (pogovor naj poteka do dve uri, predvidoma marca, na razgovor je zaposleni vabljen pisno, nanj se pripravi).

se nadaljuje

nadaljevanje

Cilj	Aktivnost
4. Seznaniti vsakega zaposlenega z načinom poteka ocenjevalnega razgovora	Ocenjevalni razgovor poteka dvakrat letno (septembra in marca lahko hkrati z drugim razvojnim razgovorom). Oцени se delo zaposlenega s končno podano oceno, doseganje zastavljenih ciljev.
5. Seznaniti vsakega zaposlenega z merili, s katerimi ocenjujemo delovno uspešnost.	Vsak strokovni vodja seznaniti zaposlene z merili, ki so lahko tudi individualna (strokovni vodja jih določi sam), ali pa uporabi predlagana merila.
6. Seznaniti vsakega zaposlenega z načinom merjenja meril.	Strokovni vodja na razvojnem razgovoru predstavi način, kako bo merila pri zaposlenih spremljal med letom.

Ko smo določili želene cilje, z njimi seznanili zaposlene, seveda v smislu dvosmerne komunikacije, transparentno, jasno, pošteno in v sproščenem, partnerskem odnosu, sledi **izvajanje**, ki je po mojem mnenju najtežji del samega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti. Pri izvajanju se mora strokovni vodja usmeriti predvsem na načrt, ki naj bo dokumentiran. Zgoraj omenjene cilje lahko predstavi na skupnem oddelčnem sestanku, cilje, ki se nanašajo na posameznike, pa v dvosmernem komunikacijskem procesu predstavi zaposlenemu na razvojnem razgovoru. Na tem razgovoru na osnovi dokumentiranja na obrazec Razvojno-ocenjevalni razgovor s sodelavcem (Priloga 14) sproti beleži ugotovitve glede delovne uspešnosti zaposlenega, povezane z njegovim delovnim, strokovnim in osebnostnim razvojem. Skupaj načrtujeta izobraževanja, ugotavljata prednosti, slabosti, vrzeli. Določita cilje, ugotovljene glede na omenjeno. Seveda pa celovito zagotavljanje delovne uspešnosti zaposlenega s tem razgovorom ni končano, vodja mora zaposlenega spremljati vse leto, pomembne ugotovitve (tako dobre kot slabše) dokumentirati in jih tudi sprotno prek krajših razgovorov z zaposlenim analizirati v smislu izboljševanja. Ta člen se mi zdi najtežji, ker v vedno večjem obsegu del in nalog, ki jih zaposlenim v ZN zaradi trenutne krize v javnem zdravstvenem sistemu dodeljujejo, predvsem zmanjkuje časa, motiviranost upada, ker smo izgoreli, preutrujeni. Rešitev je v veliki meri odvisna od pripravljenosti države, na kakšen način in kdaj bo sprostila zaposlovanje v javnem sektorju ter tudi od nas, zaposlenih, kako in na kakšen način si organiziramo delovne procese, da bi jih lažje in uspešnejše izvajali.

Izvajanju torej sledi **kontinuirano izboljševanje delovnih procesov**, kar lahko dosežemo s sprotnim opazovanjem, z analiziranjem obstoječih procesov, s spodbujanjem inovativnosti pri zaposlenih (dobri predlogi se vključijo v spremembe procesov), krepitevijo odprtega in kreativnega sodelovanja v bolnišnici, z odkritim izražanjem svojim misli in predvsem s sprotnim reševanjem problemov. Izboljševanju procesov sledi **kontinuiran razvoj in izobraževanje** zaposlenih, kar je opisano tudi v aktivnostih MČV v Tabeli 12. Predvsem pa je pomembno, da vodja prepozna odlike in slabosti svojih zaposlenih na področju znanj in veščin ter da odlike zaposlenega izkoristi za učenje drugih, pri pomanjkljivostih pa izvede

ukrepe, kot so dodatna izobraževanja – ali v bolnišnici, v drugi bolnišnici, na ciljnem seminarju. Zaposlenemu torej celovito zagotavlja možnost njegove delovne uspešnosti, od njega pa je odvisno, ali bo svoje znanje in veščine izboljšal ali ne. Temu primerno naj sledi tudi končna ocena, podana na ocenjevalnem razgovoru.

Pred zadnjo fazo celovitega zagotavljanja delovne uspešnosti, imenovano **ponovni pregled**, v kateri vse že omenjeno spet pregledamo, preden preidemo znova na načrtovanje, je še faza **nagrajevanje**, ki je največkrat vsaj pri zaposlenih v naši bolnišnici razumljena napačno oziroma zgolj kot finančni stimulator. Nagrade so lahko tudi nefinančne narave, kot sem že omenila pri aktivnostih, so dobrodošle javne pohvale za dosežke posameznikov, uspešnejšim posameznikom lahko v ZN omogočimo premični delovni čas, dodatna izobraževanja, vodenje projektov, dodatne plačane dneve dopusta (npr. za izobraževanje, projektno delo).

5.2 Predlog ocenjevanja delovne uspešnosti

V tem poglavju predstavljam obrazec Razvojno-ocenjevalni razgovor s sodelavcem (Priloga 14), ki naj bi bil podlaga za ocenjevanje delovne uspešnosti in ga predlagam ravno v ta namen. Obrazec je potrebno predstaviti odboru za kakovost naše bolnišnice. Sestavljen je tako, da so v okviru trenutno veljavnega sistema ocenjevanja javnega uslužbenca dodana merila zagotavljanja delovne uspešnosti, ki so bolj specifična in ustrežnejša za področje zdravstvene nege.

Če bi bil obrazec sprejet, bi morali z njim seznaniti vse strokovne vodje ZN. Obrazec po končanem razgovoru shrani strokovni vodja, kopijo pa posreduje v kadrovsko službo v osebno mapo. Vodje ga morajo shraniti, ker proces zagotavljanja delovne uspešnosti ni nikoli dokončen, kot ni dokončen krog. Vedno znova se vračamo k posameznim fazam procesa, obrazec vedno znova dopolnjujemo. Dokončno, za obdobje zagotavljanja delovne uspešnosti (obdobje enega leta), pa končamo obrazec ob podani oceni javnega uslužbenca, takrat ga tudi posredujemo v kadrovsko službo skupaj z zdaj veljavnim in obveznim ocenjevalnim listom (Priloga 2). Nujno je seveda, da nastavimo nov obrazec takoj ob koncu enega obdobja.

Osnova za obrazec je še vedno veljavni ocenjevalni list za oceno delovne uspešnosti javnega uslužbenca v ocenjevalnem obdobju, ki služi tudi kot uradni dokument ob morebitnih napredovanjih v višji plačni razred javnega uslužbenca (Priloga 2). V okviru veljavnega ocenjevalnega lista predlagam specifikacijo meril delovne uspešnosti.

Rezultati

- **Strokovnost;** to merilo se specificira na naslednja merila:
 - zagotavljanje kakovosti – v kakšni meri zaposleni zagotavlja kakovost dela, ki ga opravlja;

- strokovni napredek – ali je zaposleni v ocenjevalnem obdobju dosegel strokovni napredek glede na zastavljene cilje;
- delo, skladno s standardi – ali zaposleni negovalne intervencije in postopke izvaja skladno s sprejetimi standardnimi operativnimi postopki ter z navodili;
- usposobljenost – ali je zaposleni za svoje delo ustrezno usposobljen.
- **Obseg dela:**
 - opravljanje dodatnega dela – koliko dodatnega dela zaposleni opravi v svoji delovni izmeni.

Samostojnost, ustvarjalnost, natančnost pri opravljanju dela

- **Samostojnost:**
 - samostojnost pri delu – ali je zaposleni pri svojem delu samostojen.
- **Ustvarjalnost:**
 - sprejemanje sprememb – v koliki meri zaposleni sprejema spremembe;
 - želja po informiranosti – ali zaposleni kaže željo po informiranosti;
 - inovativnost – v kolikšni meri je zaposleni pripravljen razvijati nove ideje.
- **Natančnost:**
 - znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN – kako zaposleni s svojim kakovostnim delom vpliva na znižanje ležalne dobe uporabnikov.

Zanesljivost pri opravljanju dela:

- točnost podajanja in prejemanja informacij – ali zaposleni prejete informacije točno predaja sodelavcem ter uporabnikom.

Kakovost sodelovanja in organizacija dela

- **Sodelovanje:**
 - odnos do sodelavcev – kakšen je odnos zaposlenega do sodelavcev;
 - skrb za kakovostno delovno klimo – ali se zaposleni s svojim načinom dela in odnosom trudi, da je delovna klima kakovostna;
 - interni prenos znanja – ali zaposleni predaja svoje znanje sodelavcem, dijakom, študentom, drugim sodelavcem.
- **Organizacija dela:**
 - učinkovita raba delovnega časa – ali zaposleni svoj delovni čas učinkovito uporabi;
 - sposobnost prilagajanja – ali se je zaposleni sposoben hitro prilagoditi specifičnim situacijam;
 - sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami – ali je zaposleni sposoben upravljati z novimi tehnologijami.

Druge sposobnosti v zvezi z opravljanjem dela:

- **Interdisciplinarnost:**
 - izboljševanje delovnih procesov – ali se zaposleni trudi izboljševati delovne procese;
 - obvladovanje pomembnih delovnih procesov – ali zaposleni obvladuje pomembne delovne procese, za katere je zadolžen.
- **Odnos do uporabnikov storitev**

- odnos do pacientov – kakšen je odnos zaposlenega do pacientov;
- odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja – kakšen je odnos zaposlenega do svojcev pacienta;
- ohranjanje podobe in ugleda organizacije – ali zaposleni s svojim obnašanjem, videzom in delom ohranja podobo in ugled organizacije;
- odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (sindikati, dobavitelji, ustanovitelji, konkurenti) – kakšen je odnos zaposlenega do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (sindikati, dobavitelji, ustanovitelji, konkurenti).

- **Komuniciranje:**

- komunikativnost – kakšen je način komuniciranja zaposlenega.

Drugo

- gospodarna raba materiala – ali zaposleni z materialom gospodarno upravljajo;
- motiviranost za delo – v kolikšni meri je zaposleni motiviran za delo.

Podrobneje sem opisala in predstavila merila delovne uspešnosti in jih umestila v okvire posameznih meril trenutno veljavnega ocenjevalnega lista. Za vseh 25 meril sem se odločila, ker izbrana merila predstavljajo skupno uravnotežen sistem meril delovne uspešnosti, in sicer finančni vidik, vidik poslovanja s strankami, vidik notranjih poslovnih procesov in vidik učenja in rasti. V kolikor bi se odločila le za tista merila, ki so bila najpogosteje zastopana v okviru intervjujev s strokovnimi vodji in z zaposlenimi, bi se ta uravnotežen sistem porušil. Čisto naključje pa je tudi, da je teh meril 25, kar omogoča ustrezen način seštevanja točk oziroma lažje ocenjevanje glede na pridobljene točke pri posameznih merilih. Pri trenutno veljavnem načinu lahko zaposleni pridobi 25 točk. V primeru mojega predloga bi zaposleni lahko pridobil največ 125 točk, v kolikor bi mu strokovni vodja ocenil vsa merila z odlično. Teh 125 točk se deli s 5 in pridobimo število točk, ki je skladno z zdajšnjim načinom ocenjevanja. Pri točkovanju s 125 točkami je strokovnemu vodji onemogočena tudi manipulacija s točkami, kot je bilo razvidno pri trenutno veljavnem ocenjevanju.

V okviru mojega predloga ocenjevanja delovne uspešnosti predstavljam primer enega merila, in sicer kako ga oceniti pri zaposlenem. Izbrala sem merilo, ki je bilo pri vprašanih med najbolj zastopanimi pri obeh skupinah – merilo **odnos do pacientov** (Tabela 14). Podobne vedenjske ocenjevalne lestvice bi morali izdelati za vsa merila, saj bi s tem povečali objektivnost ocenjevanja. Vedenjski opis meril bi bil sestavni del navodil za ocenjevanje, ki bi jih pripravili ob uvedbi sistema. Pred začetkom ocenjevanja bi morali vodje usposobiti, da bi merila dobro poznali in jih tudi pravilno uporabljali pri ocenjevanju.

Tabela 14: Vedenjska lestvica merila odnos do pacientov

Odnos do pacientov	Jedrnat opis: Do pacientov ima profesionalen, partnerski odnos, je empatična, nasmejana, pozitivna oseba, vliva zaupanje.
5	Do pacienta kaže izredno spoštljiv odnos, rada mu prisluhne, ga motivira, spodbuja, vzpostavi partnerski odnos in osebni kontakt. Vliva mu zaupanje, nikoli ne obsoja njegovega življenjskega stila. Pacienta upošteva celostno, predvsem njegovo dostojanstvo. Vedno uredi pacientovo okolico, pogosto uporabi terapevtski dotik. Pacientu daje toplino in občutek velike vrednosti.
4	Do pacienta kaže spoštljiv odnos, vedno ga posluša, vzpostavi partnerski odnos in osebni kontakt. Vliva mu zaupanje, nikoli ne obsoja njegovega življenjskega sloga. Pacienta upošteva celostno, predvsem njegovo dostojanstvo. Vedno uredi pacientovo okolico, pogosto uporabi terapevtski dotik.
3	Do pacienta kaže spoštljiv odnos, ga posluša, skuša vzpostaviti partnerski odnos in osebni stik. Vliva mu zaupanje, ne obsoja njegovega življenjskega sloga. Upošteva pacientovo dostojanstvo.
2	Do pacienta ne kaže vedno spoštljivega odnosa, delno ga posluša, skuša vzpostaviti partnerski odnos in osebni stik, vendar pacientu ne vliva zaupanja. Občasno kritizira njegov življenjski slog, vedno pa tudi ne upošteva dostojanstva pacienta.
1	Do pacienta je zelo nespoštljiva, z njim se prepira, ga nikoli ne posluša, je osorna, nesramna, žaljiva. Ne vzpostavi partnerskega odnosa in osebnega kontakta. Pacient se je boji, ji ne zaupa. Obsoja njegov življenjski slog, predvsem pa krši njegovo dostojanstvo.

5.3 Predlog za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v prakso

V prejšnjem poglavju sem predstavila svoj predlog za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti, ki pa ga je potrebno uvesti v prakso. Gračnerjeva (2014, str. 54) v svoji doktorski disertaciji navaja po Kotterju (1996, str. 35–36), da zaposleni v organizacijah sprejmejo spremembe šele takrat, ko se jim predstavi analiza, ki premakne njihovo mišljenje. Vzvod je ta, da predstavljena resnica vpliva na njihova čustva.

Ravno tako bi lahko rekli, da se bo predlagan predlog za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti uvedel v prakso šele takrat, ko se jim bo predstavila analiza rezultatov moje naloge. Če poglobim razmišljanje o uvajanju sprememb v organizacijo, bi bilo tako, kot navaja literatura, tudi uvajanje mojega predloga v osmih korakih, ki so po literaturi (Kotter, 1996, str. 21) nujni, da zaposleni sprejmejo spremembo. Če teh osem korakov uporabim pri procesu zagotavljanja uspešnosti, jih lahko tako opišem.

Korak 1: Vzpostavljanje občutka nujnosti. Pri zaposlenih v ZN SBT je potrebno vzpostaviti občutek nujnosti za uvajanje sprememb v samem procesu zagotavljanja delovne uspešnosti, pravzaprav sem z intervjuji že ugotovila, da je ta občutek nujnosti že prisoten. Vsi

so namreč nezadovoljni z zdajšnjim načinom in si želijo sprememb. Pri tem koraku torej ne pričakujem težav.

Korak 2: Oblikovanje vodilne koalicije. Potrebno je oblikovati skupino, ki bi imela dovolj moči za uvajanje, vodenje te spremembe. Skupina naj bo, glede nato, da se proces nanaša na področje ZN in zagotavljanje delovne uspešnosti zaposlenih v ZN, sestavljena iz strokovnih vodij posameznih oddelkov ter pomočnice direktorice za ZN. Tako bi skupina štela 8 članov, vodja bi bila jaz kot avtorica omenjenega predloga za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v prakso. Skupina bi aktivnosti načrtovala na kolegijih ZN, in sicer kontinuirano skozi vse leto. Na omenjenih kolegijih bi predstavila proces, tako da bi se strokovni vodje seznanili z njim.

Korak 3: Razvoj vizije in strategije. Na kolegiju ZN je potrebno najprej določiti vizijo tega področja. Predlog: celovit proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN v SBT bo postal proces, ki ga bodo strokovni vodje ZN uporabljali z namenom izboljšati delovno uspešnost zaposlenih v ZN SBT. Sledi načrtovanje strategije, postavljanje strateških ciljev. Te sem že opisala v poglavju 5.1. Tu bi izpostavila še, da se omenjena strategija vključi v poslovno strategijo naše bolnišnice, natančneje k vidiku notranjih poslovnih procesov (Splošna bolnišnica Trbovlje, 2014, str. 13). Pod vidik notranjih poslovnih procesov so na 3. redno sejo zavoda 13. 5. 2010 v okviru sprejetja Strateškega plana SBT uvrstili naslednje točke:

- prilagoditve na področju spektra storitev,
- standardizacija določenih procesov dela,
- management zdravstvenih storitev,
- verifikacija posameznih dejavnosti.

Predlagam dodatno točko **vzpostavitev celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT** ter v okviru tega cilje in aktivnosti, opisane v petem poglavju. To podrobneje prikazujem v Tabeli 15.

Tabela 15: Vidik notranjih procesov v Strateškem planu SBT

Cilj 3.7.	Vzpostavitev celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN
Aktivnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Izvesti temeljito notranjo analizo kadra ZN (kompetentnost njihovega dela, zadovoljstvo z delom – možnost premeščanj ...) in s tem določiti prednosti ter slabosti obstoječega kadra.
	<ul style="list-style-type: none"> • Izdelati matrike znanj za vsako delovno mesto posebej.
	<ul style="list-style-type: none"> • Vsem zaposlenim v ZN predstaviti proces zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN.
	<ul style="list-style-type: none"> • Zagotoviti redne letne razvojne razgovore z zaposlenimi.
	<ul style="list-style-type: none"> • Zagotoviti ocenjevalni razgovor z zaposlenimi.
	<ul style="list-style-type: none"> • Na kolegiju nadzornih MS določiti zelene norme vedenja, komuniciranja s pacienti in sodelavci.

se nadaljuje

nadaljevanje

	<ul style="list-style-type: none">• Izdelati merila za merjenje delovne uspešnosti za posamezne oddelke.
	<ul style="list-style-type: none">• Vsaka/vsak strokovni vodja seznanj zaposlene z merili, ki jih bo uporabil/-a v obdobju zagotavljanja delovne uspešnosti.

Korak 4: Komunikacija z namenom osveščanja o viziji. V procesu komunikacije, prek katerega zaposlenim podamo informacije o viziji, strategiji, jih obveščamo o želenih spremembah, ciljih, izboljšavah, mora vodja upoštevati deset načel, kakor navaja Jordan (2012, str. 25–26):

- **Taktnost** – pri podajanju informacij zaposlenim glede samega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti moramo biti taktne, to pomeni, da informacije podamo na pravi način in pravočasno, npr. ob oddelčnih sestankih. Pri tem ne smemo biti žaljivi, informacije pa morajo biti podane tako, da jih razumejo vsi udeleženci.
- **Osebnost** – pri podajanju informacije se osredinimo na zaposlene, torej uporabljamo stavke, kot so: na razvojnem letnem razgovoru se bova pogovarjala o ciljih, za katere želim, da jih v ocenjevalnem obdobju dosežeš pri svojem delu.
- **Pozitivnost** – naša sporočila procesa naj bodo zaposlenim podana v pozitivnem vzdušju, npr. videl boš, da bova skupaj skozi vse leto dosegla, da boš uspešnejši.
- **Aktivnost** pri informiranju in komuniciranju kažemo z glagoli, ki izražajo akcijo.
- **Razumljivost** – komunicirajmo jasno in razumljivo, zaposlenemu obrazložimo le področje, ki je namen, nikakor ne vseh drugih perečih problemov.
- **Skladnost** – pri informiranju o procesu zagotavljanja delovne uspešnosti vzdržujemo sosledje; najprej povemo, kaj bomo najprej spremenili, zagotovili.
- **Jasnost** – poskrbimo, da je vse, kar povemo, tudi jasno, razumljivo, da nam zaposleni vrne povratno informacijo, da soglaša in razume.
- **Jedrnatost** – ne uporabljamo odvečnih besed, stavkov. Povemo le to, kar smo se namenili.
- **Berljivost** – nanaša se na to, kar je napisano, da zaposleni razumejo.
- **Slovnična korektnost** – uporabljamo knjižni jezik

Korak 5: Okrepitev široko zastavljenega delovanja. Pri tem koraku se moramo znebiti vseh ovir, ki spodkopavajo našo pot do uvedbe procesa zagotavljanja delovne uspešnosti. Ovire, ki sem jih predvidela pri uvajanju procesa v prakso, so:

- nemotivirani zaposleni zaradi izgorelosti, preobremenjenosti – zaposlene skušamo motivirati s samim usmerjenim, pravilnim načinom komuniciranja, s poudarkom na obrazložitvi, da bo proces dolgoročno vsem skupaj prinesel izboljšave na tem področju, skušamo organizirati delo na oddelkih tako, da ni prevelikih obremenitev posameznikov;
- nemotivirani strokovni vodje zaradi izgorelosti, preobremenjenosti – strokovne vodje motiviramo tako, da jim omogočimo nekaj dodatnega časa za izvajanje procesa zagotavljanja delovne uspešnosti in da jim predstavimo prednosti;

- premalo časa za razgovore – tako zaposlenih kot strokovnim vodjem omogočimo, da imajo čas za izvajanje procesa zagotavljanja delovne uspešnosti (vsaj za razvojne letne razgovore in za ocenjevalni razgovor, torej dvakrat letno);
- premalo časa za spremljanje meril uspešnosti – določimo termine pri strokovnih vodjih, ko spremljajo določene merila;
- nemotiviranost zaradi nezmožnosti izplačevanja stimulacij (ZUJF) – motivirati skušamo z nefinančnimi motivatorji.

Korak 6: Doseganje kratkoročnih ciljev. Pri oblikovanju vodilne koalicije se osredinimo na posameznike, ki kažejo veliko pripravljenost, interes za uvajanje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti. Predlagam najprej eno osebo, s katero poskusno izvedemo proces. Dosežene cilje nato predstavimo vsem preostalim v skupini, predvsem pa osebo, ki je prva dosegla spremembo na svojem oddelku, tudi javno pohvalimo.

Korak 7: Združitev pridobitev in ustvarjanje še večjih sprememb. Po poskusnem uvajanju, predstavitvi uspeha na kolegiju MS, predlagam in verjamem, da bo predlog sprejet, da se uvajanje spremembe uvede na vseh oddelkih.

Korak 8: Vpletanje novih pristopov v kulturo organizacije. Če smo dosegli sedmi korak, je naša naloga le še to, da vztrajamo pri uvajanju celovitega procesa oziroma pri izvajanju, da le-to po predlaganem postane stalnica.

Zavedam se, da je zelo težko doseči spremembe, da je včasih za udeležence lažje, če sprememb ni, vendar upam, da bomo z mojim predlogom uvedbe celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN v prakso in s skupnimi močmi dosegli, da bomo uspešnejši ter zadovolnejši v samem procesu zagotavljanja delovne uspešnosti in v službi nasploh. Večje zadovoljstvo nas zaposlenih se namreč kaže tudi pri pacientih, predvsem pa v sami organizacijski klimi, kar pa je, glede nato, da zdravstveni delavci v službi preživimo zelo veliko časa, pozitivno in zaželeno.

SKLEP

V magistrskem delu sem nedvomno dokazala, da **temeljna teza, da zdajšnji sistem zagotavljanja delovne uspešnosti na področju ZN v SBT ni ustrezen, drži.** Z vzpostavitvijo celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT se bo izboljšala delovna uspešnost zaposlenih v ZN, kar pomeni, da se na podlagi prizadevanj zaposlenih usmerjajo tako materialna kot nematerialna sredstva v prihodnje priložnosti bolnišnice. Za doseg tega cilja je predlagan timski model zdravstvene nege, v katerem prevladuje demokratično vodenje. V kvalitativni raziskavi je bilo ugotovljeno, da večina strokovnih vodji vodi oddelek demokratično, kar omogoča zaposlenim aktivno sodelovanje tudi v procesu

zagotavljanja delovne uspešnosti. Zelo pomembne so tudi lastnosti in kompetence zaposlenih v ZN, kar narekuje sestavo organizacijske kulture v naši bolnišnici. Naloga managementa človeških virov (kadrovska služba, poslovna direktorica, pomočnica direktorice za ZN, strokovna direktorica) in predvsem strokovnih vodji ZN na oddelkih je, da s primernimi aktivnostmi zagotovijo pogoje za doseg celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti. V sodelovanju s strokovnimi vodji je treba strateško načrtovati človeške vire. Nadalje ob analizi in oblikovanju delovnih mest (opis delovnega mesta, matrike znanj) zagotoviti uspešnost zaposlenih, prav tako načrtovati, izobraževati kader, ves čas ustvarjati primerno organizacijsko klimo, zaposlene v samem procesu zagotavljanja delovne uspešnosti pravilno objektivno ocenjevati in jih navsezadnje motivirati z motivatorji, ki so trenutno na voljo. Tako bomo vzpostavili ustrezno strategijo celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v ZN SBT. Če razvijemo strategijo, ki bo omogočila doseg zastavljenih ciljev, lahko dosežemo tudi konkurenčno prednost naše bolnišnice. Pri tem predlagam mehki pristop, ki je usmerjen k ustvarjalnosti in znanju zaposlenih, ki ustvarja zadovoljne zaposlene s karierami in z osebnostnim razvijanjem. Takšni zaposleni bodo naredili našo bolnišnico boljše, bolj kakovostno in uspešnejšo. Delovno uspešnost je seveda potrebno izmeriti.

V empiričnem delu magistrskega dela sem ugotovila, da trenutno v naši bolnišnici ni vzpostavljenega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti, ki bi omogočal vse omenjeno in ki bi v fazi ocenjevanja zaposlenim v ZN podal objektivno oceno. Strokovni vodje namreč zaposlenim podajo previsoke, subjektivne ocene in ne postavljajo ciljev, kar ne deluje motivacijsko niti na zaposlene niti na vodje. Brez ciljev namreč ni motiviranosti, če ni motiviranosti pa tudi ni uspešnosti. Smo v začaranem krogu, ki ga je moč presekati s spremembo. Strokovni vodje zdaj nimajo pravega orodja, pa tudi ne znanja in sposobnosti oziroma ustreznih kompetenc, da bi objektivno in argumentirano podali oceno zaposlenim. Sledi vsakoletni odpor, strah pred ocenjevanjem delovne uspešnosti.

V intervjujih s strokovnimi vodji in z zaposlenimi sem ugotovila, da nihče ni zadovoljen z obstoječim procesom in da si vsi želijo spremembe. Želijo si proces zagotavljanja delovne uspešnosti, v katerem sodelujejo kot enakovredni partnerji in ki temelji na objektivnih, poštenih in merljivih merilih uspešnosti. Ta merila morajo preiti iz zdajšnjih, nespecifičnih, splošnih za celoten javni sektor k bolj specifičnim, prepoznavnim in merljivim v stroki ZN. Pri merilih, ki so predlagana v tem delu, se je pri finančnem vidiku največ vprašanih odločilo za gospodarno rabo z materialom, kar kaže interes varčevanja in pametnega gospodarjenja, sledi učinkovita raba delovnega časa, kar kaže na željo, da bi zaposleni v delovnem času naredili čim več nalog in intervencij. Pri vidiku poslovanja s strankami imamo največ odgovorov tako pri strokovnih vodjih kot zaposlenih pri merilu odnos do pacientov in odnos do sodelavcev. Mislim, da je to izredno pozitivno, kajti za strokovno področje ZN so ravno pristop, odnos do pacienta in sodelovanje ter komunikacija s sodelavci bistvenega pomena. V tretjem vidiku, vidiku notranjih procesov, se pojavi na prvem mestu pri obeh skupinah merilo

zagotavljanja kakovosti, očitno so vsi prepričani, da je to merilo najpomembnejše, na drugem mestu pa pri zaposlenih prednjači delo, skladno s standardi; pri strokovnih vodjih pa tega merila ne najdemo. Slednji so za merilo komunikativnost in izboljševanje delovnih procesov. Pri zadnjem vidiku, vidiku učenja in rasti, se strokovni vodje odločijo za merjenje motiviranosti za delo in željo po informiranosti, zaposleni pa za strokovni napredek, kar je spet skladno z željo po strokovnosti in motiviranost za delo, ter za sprejemanje sprememb. Opazimo torej, da se izbor meril pri strokovnih vodjih in zaposlenih ujema pri prvih dveh vidikih, ne ujema pa se popolnoma pri drugih dveh. Potrebno bo torej uskladiti izbor tako, da bo za vsakega nekaj.

V predlogu izgradnje celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti sem se osredotočila na konkretne predloge, predvsem pa na realne predloge, katere bi se lahko vpeljalo v strategijo naše bolnišnice. Ti predlogi so vezani na strokovna izhodišča, ugotovljena iz literature, ob upoštevanju rezultatov empiričnega dela. Nanašajo se na aktivnosti managementa človekovih virov, predvsem, da je potrebno izvesti temeljito notranjo analizo kadra ZN, njihovih delovnih mest, čemur sledijo matrike znanj, potrebno je zagotoviti primeren pretok kadra, tako potrebnih novih zaposlitev kot pretok kadra med oddelki v primeru izpadov. Zaposlene je potrebno kontinuirano izobraževati, kar v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti omogoči, da proces teče. Vsem zaposlenim je treba omogočiti s strani strokovnih vodji letne razvojne razgovore, za kar sem pripravila tudi obrazec, in ocenjevalne razgovore. Ne smemo pozabiti na nagrajevanje, kot sem že večkrat omenila, predvsem v trenutni situaciji zdravstva na nefinančne motivatorje. Uspešnejšim zaposlenim lahko njihov strokovni vodja izreka javne pohvale, kar popolnoma nič ne stane, veliko pa doprinese. Nadalje lahko zaposlenemu omogoči premični delovni čas, v kolikor to dopuščajo delovni procesi na oddelku, nudi mu dodatna izobraževanja kot spodbudo, nagrado. Ni nujno, da je to izobraževanje v obliki seminarja, kongresa, lahko se strokovni vodja osebno posveti zaposlenemu in ga izobražuje, lahko mu priskrbi strokovno literaturo, ga pošlje na izobraževanje v drugo bolnišnico. Ponudi mu lahko zanimivo delo, kar je zaposlenemu izziv, nekemu drugemu pa neko odgovornost ali simpatične sodelavce.

Vse omenjene aktivnosti naj potekajo vse leto, vseskozi je potrebno vzdrževati primerno raven organizacijske kulture, dobro organizacijsko klimo, predvsem pa pravilno komunikacijo na delovnem mestu. Največ odpora pri zaposlenih lahko pričakujemo ravno zaradi neinformiranosti in nepravilne komunikacije, ne pa zaradi velikega obsega dela ali neznanja. Aktivnosti potekajo v smeri načrtuj – izvajaj – kontinuirano izboljšuj delovne procese – kontinuirano razvijaj in izobražuj – nagrajaj – ponovno preglej – spet načrtuj. Takšne aktivnosti torej od strokovnih vodji zahtevajo visoko razvite vodstvene kompetence, predvsem pa motiviranost in željo po uspešnem kolektivu, katerega izid je zadovoljen pacient.

Uspešen posameznik ustvari uspešno organizacijo, na tem področju moramo vsi, zaposleni, strokovni vodje, vrhni management in kadrovska služba, še veliko narediti. Upam, da bo moje magistrsko delo stroki ZN v SBT v pomoč, kajti z uresničitvijo predlaganih predlogov se bodo ustvarili pogoji za izboljšanje delovne uspešnosti zaposlenih v ZN.

LITERATURA IN VIRI

1. Ambrož, M., & Ovsenik, M. (2002). Humana paradigma vodenja sprememb v postindustrijski družbi. *Socialno delo*, (41), 3-4.
2. Armstrong, M. (1988). *Performance Management. Key strategies and practical guidelines*. London: Kogan Page.
3. Armstrong, M. (2006a). *Performance Management: Key strategies and practical guidelines*. London: Kogan Page.
4. Armstrong, M. (2006b). *A handbook of Human Resource Management*. London: Kogan Page.
5. Bohinc, M. (2000). *Model organizacije zdravstvene nege* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
6. Bohinc, M., & Gradišar, M. (2005). Smeri razvoja organizacije zdravstvene nege. V *Sinergija metodologij: zbornik, 24. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti*. Kranj: Moderna organizacija, 183-191.
7. Bruce, A. (2011). *Manager's guide to motivating employess*. New York: Mc Graww – Hill.
8. Bruce, J.F., & Fottler M.D., editors (2008). *Human resources in healthcare: managing for success* (3rd ed.). Chicago: Health Administration Press.
9. Česen, M. (1988). *Zdravje in denar*. Ljubljana: Agencija demokratičnega inozemskega tiska.
10. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
11. Decker, P.J., & Sullivan, E. J. (1997). *Effective leadership and management in nursing*. Sand Hill Road: Adisson Wesley Longman.
12. Drucker F. P. (1985). *Innovation and Entrepreneurship: Practice and Principles*. New York: Harper&Row.
13. DuBrin, A. J. (2000). *The active manager: How to Plan, Organize, Lead and Control. Your way to Success*. London: Thompson Learning.
14. Dunn, R. (2007). *Haimann's Healthcare Management*. Chicago: Health Administration Press.
15. Dušak, B. (2013). *Ocenjevanje delovne uspešnosti na področju ZN Splošne bolnišnice Trbovlje* (študija primera). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
16. Filej, B. (1992). Management v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, (26), 291 – 297.
17. Fried, B. J., & Fottler, M.D. (2008). *Human resources in healthcare: Managing for success*. Chicago: Health Administration Press.
18. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Prvinsko vodenje: spoznajmo moč čustvene inteligence*. Ljubljana: GV Založba.

19. Gračner, A. (2014). *Management sprememb in uspešno uvajanje kulture varnosti pacientov: Študija primera slovenske bolnišnice* (doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
20. Griffin, D. (2006). *Hospitals: What they are and how they work*(3rded.). Sudbury: Jones and Bartlett.
21. Gruban, B. (2007). *Uvajanje modelov kompetenc*. Ljubljana: Dialogos strateške komunikacije.
22. Grum, T. (2009). *Motivacija in ocenjevanje delovne uspešnosti* (diplomsko delo). Ljubljana: Univerze v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
23. Huč, B. & Jereb, J. (2001). Vpliv izobraževanja na produktivnost in poslovne rezultate podjetja. Organizacija: *Revija za management, informatiko in kadre*, 34 (1), 10.
24. Human Resource management activities. Najdeno 14. decembra 2014 na spletnem naslovu [http://bloghresources.blogspot.com/2010/02/hr – management – activities.html](http://bloghresources.blogspot.com/2010/02/hr-management-activities.html).
25. International council of nurses. (2005). Definition of Nursing. Najdeno 4. oktobra 2014 na spletnem naslovu [http://www.icn.ch/about – icn/icn – definition – of – nursing/](http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/)
26. Jamšek, F. (1998). Ocenjevanje delovnih dosežkov. V S. Možina (ur.), *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 213–244.
27. Job Analysis: *HR Guide to internet*. Najdeno 25. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.job – analysis.net/G000.htm](http://www.job-analysis.net/G000.htm)
28. Jocu, P., & Lucas, F. (1995). *V vrtincu sprememb*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
29. Jordan, S. (2012). *Vloga managerjev pri uvajanju sprememb v banko* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.
30. Kizer, K. W. (2002). Quality improvement should be healthcare's essential business Strategy. *Frontier of Health Services Management* 18 (1), 47–50.
31. Kornai, J., & Eggleston, K. (2001). *Welfare, Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
32. Kotter, J. P. (1998). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
33. Kralj, S.(2011). *Uvajanje novega javnega managementa v svetu in pri nas* (diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
34. Kragelj, J.(2010). *Organizacijska kultura zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnici* (magistrska naloga). Koper:Fakulteta za management.
35. Kvas, A., Seljak, J. (2013). Ocena vodstvenih kompetenc na področju etike za vodje v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (1), 8–17.
36. Kukec, B. (2004). Kolektivni delovni spori kot element razvoja kadrovske funkcije managementa. V J. Florjančič & B.Paape (ur.): *Kadri in management* .Kranj: Moderna organizacija, 202–222.

37. Lin, L. - M., Wu, J. - H., Huang, I. - C., Tseng, K. - G., & Lawler, J. (2007). Management development: A study of nurse managerial activities and skills. *Journal of Healthcare Management*, 52 (3), 156–169.
38. Lipičnik, B. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
39. Lorber, M. (2010). *Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi* (magistrsko delo). Koper: Fakulteta za management.
40. Majcen M. (2001). *Redni letni razgovor med vodjo in sodelavci*. Priročnik za boljšo komunikacijo, boljše odnose, uspešnejše delo. Ljubljana: GV Založba.
41. Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2003). *Leadership role and management function in nursing: Theory and Application*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
42. Maze, H. (2008). *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici* (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
43. Meyer M. (2002). *Rethinking Performance Measurement: Beyond the Balanced Scorecard*. Cambridge: University Press.
44. Miglič, G. (2005). *Načrtovanje usposabljanja v javni upravi*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Direktorat za javno upravo, Upravna akademija.
45. Møller, C. (2001). *Organizational smart meter. A TMI tool designed to explore and develop an organization's emotional intelligence*. Hilderød: TMI.
46. Možina, S. (ur.). (2002a). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
47. Možina, S. (2002b). *Vodja in vodenje*. V S. Možina (ur.): *Management, nova znanja za uspeh*, 472–618. Radovljica: Didakta.
48. Možina, S. (ur.) (2002c). *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
49. Murn M., Zaplotnik K T. (2011). *Vloga vodje in kadrovske službe primotiviranju in nagrajevanju zaposlenih* (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
50. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2014). *Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov* (IVZ, 16). Najdeno 14. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.nijz.si/mesecni-izvlecki-iz-evidence-gibanja-zdravstvenih-delavcev-in-mreze-zdravstvenih-zavodov-bpi-podatki>
51. Nendl, T. (2009). *Letni razgovori – izkušnje iz prakse. Zbornik 7. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije: Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč* Ljubljana: Zbornica-Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, 313.
52. Noe, R., Hollenbeck, J., & Gerhart, B. (2008). *Human resource management: gaining a competitive advantage*. New York: Irwin McGraw - Hill.
53. Rejc, A. (2002). *Vloga in pomen nefinančnih informacij v okviru uspešnosti poslovanja podjetja – teorija in empirična preverba* (doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

54. Robida, A. (2006). *Nacionalne smernice za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
55. Schaudy, F. J. (b.l.) *Razvoj kadrov*. Hill International. Najdeno 11. marca 2014 na spletnem naslovu http://www.hillint.si/Personnel_Development.2366.0.html.
56. Schein, H. E. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers.
57. Schirey, M. R. (2007). Competencies and tips for effective leadership. *Journal of Nursing Administration*, 37 (4), 167–168.
58. Setnikar Cankar, S. (2002). *Temelji ekonomije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
59. Setnikar S. C., & Petkovšek V. (2012). Improving The Slovenian Healthcare System By Examining Other European Healthcare Systems. *American journal of Health Sciences*, 3 (4), 229.
60. Sikavica, P., & Bahtijarević, Š. F. (2008). *Temelji menadžmenta*. Zagreb: Školska knjiga.
61. Skela Savič, B. (2002). *Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu* (magistrska naloga). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
62. Skela Savič, B. (2005). *Zakaj se spremembe v zdravstvu odvijajo (pre)počasi? Neprofitni management*, 3 (1), 31–35.
63. Smith, I. (2005). Continuing professional development and workplace. Managing the »people« side of organizational change. *Library Management*, 26 (3), 152.
64. Splošna bolnišnica Trbovlje (2015). *Letno poročilo za leto 2014*. Trbovlje: Splošna bolnišnica Trbovlje.
65. Splošna bolnišnica Trbovlje. *Poslanstvo in vizija*. Najdeno 28. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.sb-trbovlje.si/poslanstvo-in-vizija.html>.
66. Stropnik, U. (2014). *Strateška vloga kadrovske funkcije v bolnišnici: Primer Splošne bolnišnice Celje* (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
67. Stupan, R. (2008). *Model nagrajevanja delovne uspešnosti v podjetju Ključ, d. d.* (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
68. Svetic, A. (2003). Managerski izzivi in dinamično vodenje. V J. Florjančič (ur.): *Management in razvoj organizacije*. Zbornik 22. mednarodne konference o razvoju organizacijskih ved. Kranj: Moderna organizacija , 585–589.
69. Svetlik, I. (2002) *Analiza dela in določanje lastnosti delavcev*. V S. Možina (ur.): *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
70. Svetlik, I., & Zupan, N. (ur.) (2009). *Menadžment človeških virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
71. Štamberger, K.T., & Dvoršak, M.S. (2011). Kompetenčni model vodenja. *Zbornik kongresa zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, prispevkov z recenzijo*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 126-126.

72. Štruc, N.(2006). *Merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma s pomočjo uravnoteženega sistema kazalnikov* (magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
73. Tasič, M.(2005). *Organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji*.(magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
74. Tavčar, M. (2005). *Strateški management nepridobitnih organizacij*. Koper: Fakulteta za management.
75. Trtnik, V. (2011). *Nedenarno motiviranje in nagrajevanje* (diplomsko delo). Ekonomska fakulteta v Ljubljani.
76. Uhan, S. (1989). *Vrednotenje dela*. Kranj: Moderna organizacija.
77. Uhan, S. (2000). *Vrednotenje dela II. Motivacija – Uspešnost – Plača (osebni dohodek)*. Kranj: Moderna organizacija.
78. Wolf, G. A., &Greenhouse, P. K. (2007). Blue print for design: *Journal of nursing administration*, 37 (9), 382.
79. Zakon o Zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št.9/1992-UPB2, 23/2005.
80. Zakon o Javnih uslužbencih. *Uradni list RS* št. 56/2002.
81. Zakon o Sistemu plač v javnem sektorju. *Uradni list RS*, št.95/2007.
82. Zakon za Uravnoteženje javnih financ. *Uradni list RS*, št. 40/12, 96/12 – ZPIZ – 2, 104/12 – ZIPRS1314, 105/12, 25/13 – odl. US, 46/13 – ZIPRS1314 – A, 56/13 – ZŠtip – 1, 63/13 – ZOsn – I, 63/13 – ZJAKRS – A, 99/13 – ZUPJS – C, 99/13 – ZSVarPre – C, 101/13 – ZIPRS1415 in 101/13 – ZDavNepr.
83. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2008a). *Pomen izobrazbe in timskega modela v negovalnih timih v intenzivnih enotah v slovenskih bolnišnicah*. Najdeno na spletnem naslovu, 19. septembra 2014
<http://www.zbornica-zveza.si/sl/pomen-izobrazbe-timskega-modela-dela-v-negovalnih-timih-v-intenzivnih-enotah-v-slovenskih>
84. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2008b). *Poklicne aktivnosti in kompetence ZN*. Najdeno na spletnem naslovu 19. septembra 2014
http://www.zbornica_zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08.pdf.
85. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2011). *Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege*. Najdeno 27. marca 2014 na spletnem naslovu <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu>.
86. Zidar Gale, T. (2005). *Medsebojno komuniciranje na delovnem mestu*. Ljubljana: GV Izobraževanje.
87. Zupan, N. (2009). *Sistem zagotavljanja uspešnosti*. V I. Svetlik in N. Zupan (ur.). *Menedžment človeških virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 413-420.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Managerske kompetence vodji zdravstvene nege	1
Priloga 2: Ocenjevalni list	5
Priloga 3: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba A.....	9
Priloga 4: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba B.....	11
Priloga 5: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba C.....	13
Priloga 6: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba D.....	15
Priloga 7: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba E.....	17
Priloga 9: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba G	21
Priloga 10: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba H	23
Priloga 11: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba I.....	25
Priloga 12: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba J.....	27
Priloga 13: Dovoljenje za intervjuje v SBT	29
Priloga 14: Obrazec: Razvojno-ocenjevalni razgovor s sodelavcem	30

Priloga 1: Managerske kompetence vodji zdravstvene nege

Povzeto po: Lorber, 2010, str. 16–20

1. Socialna moč

Vodja v zdravstveni negi mora biti prijazen in mora sodelovati z ljudmi. Sebe mora zaznati kot učinkovito in sposobno osebo, ki zaupa vase, se spoštuje ter je ponosna nase, saj ga le v tem primeru lahko tako sprejemajo tudi drugi zaposleni. Prav tako mora imeti navade in spretnosti, ki omogočajo uspešno sporazumevanje in dobre medsebojne odnose. Pri vodji mora biti prisotna skladnost besed in ravnanj, saj s tem vodja ravna tako, da ga drugi posnemajo. Za vodjo lahko rečemo, da ima značilnost (osebno avtoriteto), po kateri se sodelavci zgledujejo. Z izraženo socialno močjo (dobronamernost, zanesljivost) vodja vpliva na odzivnost in zaupanje sodelavcev. Bohinc in Gradišar (2003, str. 183-191; po Whyte 1995) navajata, da medicinske sestre, ki zaznavajo osebno moč, vpliv in avtonomijo vodij, poznajo pristojnosti in odgovornosti ter občutijo večje zadovoljstvo pri delu.

2. Vizija in cilji

Móller (2001) opredeli delo managerja kot tri aktivnosti: opredeljevanje ciljev, poti za doseg in odpravljanje ovir na poti do doseganja ciljev in komuniciranje z drugimi. Najnižja raven managementa mora skrbeti, da bodo z vizijo in s cilji seznanjeni vsi zaposleni ter bodo s svojim znanjem prispevali k doseganju skupno zastavljenih ciljev. Srednja raven managementa usklajuje cilje in naloge oddelka, celotne službe in dela predvsem s timi, skupinami in tudi s posamezniki. Vrhnja raven managementa je osredinjena na zastavljanje in doseganje ciljev ter uspešno raven delovanja celotne organizacije.

3. Komunikacija

Pomemben dejavnik komuniciranja je, da prejemnik sporočila razume pošiljatelja tako, kot je bilo to mišljeno s strani pošiljatelja (Móller 2001; Zidar Gale 2002). Razumevanje je osebna stvar med ljudmi, prav tako različni ljudje sporočilo različno interpretirajo. Zato se morajo vodje sami odločiti, kakšen način komuniciranja bo po njihovem mnenju najučinkovitejši za doseg določenega cilja (Zidar Gale 2002). Pomemben element pri komuniciranju je poslušanje sogovornika, vendar je treba k temu dodati še druge spretnosti komuniciranja, kot so razumevanje čustev in govornica telesa. Móller (2001) imenuje prepoznavanje čustev in razpoloženje sogovornika empatično komuniciranje, ki je za vodjo v zdravstveni negi izredno pomembno. Hkrati mora biti vodja sposoben aktivno, sprotno, učinkovito in nepristransko reševati spore, kadar se pojavijo.

4. Motivacija

Motivacija je tisto, zaradi česar ljudje ob določenih spretnostih in znanju delajo. Zelo pomembna je motivacija za delo. Managerji uporabljajo motivacijo, da lahko krmilijo človekove aktivnosti v želeno smer (Lipičnik, 1998). Pri motiviranju moramo biti pozorni na pravičnost, enakost in pričakovanja zaposlenih. Za motiviranje uporabljamo tri skupine spodbud: denarne nagrade, druge oblike nagrad in mehke spodbude (Lipičnik, 1998; Möller, 2001). Posebej se mora vodja zavedati tudi pomena uporabe pohvale in spodbujanja zaposlenih. Prav tako mora biti seznanjen z dejavniki, ki sodelavce motivirajo. Vodjo spodbuja pri motiviranju sodelavcev velikokrat zagretost za doseganje ciljev, zato svojo energijo usmerja v aktivnosti, ki vodijo k rezultatom, ki jih želi doseči.

5. Reševanje problemov

Vodja mora imeti sposobnost hitrega prepoznavanja težav ob neprestanem opazovanju dogajanja, presojanja in kombiniranja različnih znanj s sposobnostjo opazovanja. Hkrati mora imeti sposobnost predstaviti in izpeljati predvideno zamišljeno rešitev. Imeti mora sposobnost ustreznega odzivanja v primerih, ko se je treba odločiti med dvema ali več danimi možnostmi. Na težave mora gledati optimistično, s stališča priložnosti ter prepričanja, da bo probleme rešil na ustrezen način (Lorber, 2010).

6. Medosebni odnosi

Vodja mora imeti sposobnost razumeti potrebe drugih in predvideti razpoloženje, občutke in razmišljanje iz njihovih neizrečenih misli in načinov vedenja, da lahko vzdržuje dobre medosebne odnose. Kukec (2004) navaja, da imajo medosebni odnosi najpomembnejšo vlogo, še posebej tedaj, ko se zaostrijo do sporov. Pomembno je sprotno reševanje konfliktnih situacij in njihovo preprečevanje. Prav tako mora imeti vodja sposobnost hitrega in prijetnega vključevanja ter navezovanja stikov z ljudmi ter sposobnost prenašanja znanj in izkušenj na druge. Za izboljševanje zdravstvene obravnave so potrebni dobri medosebni odnosi. Sodelavci si želijo enakovreden, spoštljiv in prijazen odnos s strani vodij. Zato mora vodja izražati vedenje do sodelavcev na odprt, prijateljski in sprejemljiv način ter pokazati pristno zanimanje za sodelavce in njihove težave.

7. Odločanje

Vodja se mora znati ustrezno in pravočasno odločiti skladno s svojimi predvidevanji. Pred sprejetjem odločitve mora vodja povabiti k podajanju predlogov sodelavce, skupaj z njimi najti najboljšo odločitev ter jih o končni odločitvi seznaniti in ob tem zanj sprejeti tudi odgovornost. Prav tako mora vodja imeti sposobnost oblikovanja pravočasnih in ustreznih odločitev ter sprejemati odločitve tudi v negotovih situacijah. Li - Min in sodelavci (2007)

navajajo, da mora vodja spodbujati enakopravno vključevanje in sodelovanje pri sprejemanju odločitev, saj bodo le tako doseženi pozitivni rezultati pri pacientu ter optimalno izkoriščeni resursi vseh sodelujočih v procesni obravnavi zdravstvene nege.

8. Delegiranje

Delegiranje nalog je eden izmed elementov za izboljšanje delovnega procesa. Z delegiranjem določenih nalog da vodja medicinskim sestram možnost za izvajanje nalog in izražanje lastne kreativnosti, kar poveča njihovo zavzetost za dobro opravljeno delo. Svetic (2003, 587) pravi, da je posledica delegiranja ploščenje hierarhične strukture in zniževanje hierarhične ravni, kar pomeni obenem tudi hitrejši pretok informacij. Prek se večja število tistih, ki sodelujejo pri odločanju. Vodja mora pri delegiranju nalog sodelavcem zaupati in jim dati zadolžitve za delo glede na njihovo znanje in sposobnosti. Delegirane naloge naj sodelavcem predstavljajo izziv in hkrati omogočajo njihov individualni razvoj.

9. Timsko delo

Sodelovanje posameznika v timu je najuspešnejši in najbolj učinkovit način vključevanja v skupinski oziroma organizacijski razvoj. Možina (2002, 669) navaja, da so timi pomembni za organizacijo, ker se trend nagiba k decentraliziranosti in hkrati večji povezanosti. Prav tako se v timu združujejo psihološki, socialni in delovni vidiki, katerih rezultati so sodelovanje, zadovoljstvo pri delu in uspešnost, saj tovrstno delo omogoča boljše medsebojno komuniciranje. Skela Savič(2005) navaja, da lahko le timski pristop okrepi medsebojno povezanost in sodelovanje, poveča razumevanje vodij ter zaposlenih v zdravstvu in razširja uspešno prakso vodenja v organizaciji. Samostojnost pri delu v timu omogoča medicinskim sestram večjo odgovornost, inovativnost in ustvarjalnost pri delu (Bohinc, 2000, 90). Ambrož in Ovsenik (2002, 127-139) mislita, da je zaradi posledic organizacijskih sprememb vdelovanju organizacij mogoče uspešno delovati in dosežati cilje organizacije le s timskim načinom dela.

10. Obvladovanje in uvajanje sprememb

Vodja mora biti sprejemljiv in odprt za spremembe, ki so za organizacijo koristne in uporabne. Stalne spremembe v okolju zahtevajo od zaposlenih vedno nove spretnosti in znanja, saj predstavljajo »premik od znanega stanja k neznanemu« (Smith, 2005, 152), tega se morajo zavedati vodje in zaposleni. Vodja mora imeti sposobnost prilagajanja na spremenjene zahteve, okolje, situacije in na ohranjanje učinkovitosti. Kizer (2002) navaja, da izboljšanje procesov v zdravstvu vodi v boljše izide zdravljenja pacientov, bolj zadovoljne paciente, bolj zadovoljno osebje, prav tako se nižajo stroški za zdravljenje. Hkrati mora vodja spodbujati sodelavce za spremembe ter jim pokazati načine izvajanja potrebnih sprememb in učinkovito voditi njihovo upravljanje.

11. Čustvena inteligenca (EQ)

Čustvena inteligentnost je z drugo besedo izraz za socialne spretnosti. Čustvena inteligenca je sestavljena iz petih med seboj povezanih dejavnikov: prepoznavanje lastnih občutkov pri sprejemanju odločitev (samozavedanje); zavedanje in obvladovanje strahu, dvoma, depresije, ki vplivajo na delovni spomin (samoobvladanje); sposobnost ohranjanja optimizma, vztrajnosti, kadar se srečujemo z na videz nerešljivimi situacijami (samomotiviranje); prepoznavanje neizrečenih občutkov ter sposobnost vživljanja v čustva drugih (socialno zavedanje) in sposobnost prepričevanja, usklajevanja ter vzdrževanje dobrih medsebojnih odnosov (obvladovanje odnosov) (Goleman, Boyatzis in McKee, 2002).

12. Razvoj kadrov

Razvoj kadrov je sistematičen in načrtovan proces priprave, izvajanja in nadzorovanja vseh kadrovske izobraževalnih postopkov in ukrepov, namenjenih strokovnemu, delovnemu in osebnemu razvoju posameznika (Možina, 2002, 56). Vodja mora imeti izdelan načrt in skrb za razvoj vsakega posameznika, prav tako mora spodbujati vseživljenjsko izobraževanje zaposlenih. Temeljni namen izobraževanja zaposlenih je, da ima organizacija primerno usposobljene zaposlene, ki so sposobni dosegati cilje in s svojim delom prispevati k uspešnosti (Miglič, 2005, 271). Znanje postaja v postindustrijski družbi ključni dejavnik uspeha, kar velja tudi za zdravstvene organizacije in zdravstveno nego (Bohinc in Gradišar, 2005, 1374).

13. Vodenje

Vodja se mora zavedati, da mora svoje znanje neprestano obnavljati, širiti, posodabljati in pridobivati tudi znanja mejnih področij. Vodja si mora želeti izobraževati na področju vodenja in managementa zaradi zavedanja hitrih in nepredvidljivih sprememb, prav tako pa mora spremljati vse novosti na strokovnem področju. Skela Savič(2002) poudarja, da je treba medicinske sestre izobraziti tudi za področje organizacije in managementa, da bodo znale pravilno voditi in organizirati delo.

14. Kakovost

Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki posameznikom in prebivalstvu zagotovi izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem (Robida, 2006, 20). Upravljanje zdravstvene prakse je način nenehnega izboljšanja kakovosti zdravstvene prakse in pomeni uspešno uvajanje potrebnih sprememb za doseganje visokokakovostne zdravstvene obravnave (NHS 2008). Nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene prakse je doseganje nove ravni kakovosti ali uspešno delovanje, ki je boljše od prejšnjega (Robida, 2006). Griffin (2006, 188) navaja, da je rezultat izboljševanja kakovosti izboljšana zdravstvena oskrba, ki mora biti

usmerjena na nujno spremembo vedenja vseh udeležencev zdravstvenega tima. Vodja je prvi, ki se mora zavedati, da je treba nenehno izboljševati zdravstvene storitve in k temu spodbuditi tudi sodelavce.

Priloga 2: Ocenjevalni list

PRILOGA II

SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE

Rudarska cesta 9, 1420 Trbovlje



OCENJEVALNI LIST

za oceno delovne uspešnosti javnega uslužbenca v ocenjevalnem obdobju

- **PODATKI O JAVNEM USLUŽBENCU:**

Ime in priimek javnega uslužbenca: _____

- **OCENA JAVNEGA USLUŽBENCA:** _____

(odlično, zelo dobro, dobro, zadovoljivo, nezadovoljivo)

v ocenjevalnem obdobju od 1.1. do 31.12. 2014 v letu 2015.

SKUPNA UTEMELJITEV OCENE (glede na kriterije ocenjevanja, v povezavi s pričakovanji na delovnem mestu)

Ocenjevalec:

(podpis)

Datum: _____

Izjava o seznanitvi z oceno:

Javni uslužbenec:

(podpis)

Datum: _____

Žig

(na podlagi 4. in 5. člena Navodil)

1. KRITERIJI REZULTATI DELA

STROKOVNOST	Izvajanje nalog zlasti v skladu z veljavnimi standardi oziroma s pravili stroke.	
OBSEG DELA	Izvajanje nalog zlasti glede na količino opravljenega dela ter dodatnega dela.	
PRAVOČASNOST	Izvajanje nalog zlasti v skladu s predvidenimi roki in veljavnimi standardi oziroma s pravili stroke.	
Število točk od 1-5		

2. KRITERIJI PO ELEMENTU SAMOSTOJNOST, USTVARJALNOST IN NATANČNOST PRI OPRAVLJANJU DELA

SAMOSTOJNOST	Izvajanje nalog zlasti glede na potrebo po dajanju natančnih navodil in po nadzorovanju.	
USTVARJALNOST	Izvajanje nalog zlasti glede na razvijanje novih, uporabnih idej, dajanje koristnih pobud in predlogov.	
NATANČNOST	Izvajanje nalog zlasti glede na pogostost napak in kvaliteto dela.	
Število točk od 1-5		

3. KRITERIJI PO ELEMENTU ZANESLJIVOST PRI OPRAVLJANJU DELA

ZANESLJIVOST	Izvajanje nalog zlasti v smislu izpolnjevanja dogovorjenih obveznosti in popolnega in točnega prenosa informacij.	
Število točk od 1-5		

4. KVALITETA SODELOVANJA IN ORGANIZACIJA DELA

SODELOVANJE	Izvajanje nalog zlasti v smislu medsebojnega sodelovanja in skupinskega dela, odnosa do sodelavcev in prenosa znanja in mentorstva.	
ORGANIZACIJA DELA	Izvajanje nalog zlasti v smislu organiziranega in načrtovanega izkoriščanja delovnega časa glede na vsebino nalog in postavljene roke in prilagoditve nepredvidenim situacijam.	
Število točk od 1-5		

5. DRUGE SPOSOBNOSTI V ZVEZI Z OPRAVLJANJEM DELA

INTERDISCIPLINARNOST	Izvajanje nalog zlasti v smislu povezovanja znanja z različnih delovnih področij in pregleda nad svojim delovnim področjem	
ODNOS DO UPORABNIKOV STORITEV	Izvajanje nalog zlasti v smislu sodelovanja in servisiranja uporabnikov storitev.	
KOMUNICIRANJE	Izvajanje nalog zlasti glede na pisno in ustno izražanje ter ustvarjanje notranjega in zunanjega socialnega omrežja.	
DRUGO	Izvajanje nalog zlasti glede na posebnosti, značilne za posamezno dejavnost oz. stroko v javnem sektorju.	
Število točk od 1-5		

SKUPNO ŠTEVILO TOČK: _____

Vsak predpisan kriterij se ovrednoti s točkami. Javni uslužbenec lahko za posamezen kriterij prejme 5 točk, skupaj največ 25 točk.

Javni uslužbenec se oceni z oceno odlično, če je seštevek točk po kriterijih od 22 – 25 točk.

Javni uslužbenec se oceni z oceno zelo dobro, če je seštevek točk po kriterijih od 15– 21 točk.

Javni uslužbenec se oceni z oceno dobro, če je seštevek točk po kriterijih od 7 do 14 točk.

Javni uslužbenec se oceni z oceno zadovoljivo, če je seštevek točk po kriterijih od 2 do 6 točk

Javni uslužbenec se oceni z oceno nezadovoljivo, če je seštevek točk po kriterijih od 0 -1 točk.

Priloga 3: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba A

- Oddelek: *Kirurški oddelek*
- Izobrazba: *višja medicinska sestra*
- Koliko let ste vodja? *27*
- Kolikim zaposlenim ste vodja? *15*
- Kakšne izobrazbene strukture so vaši zaposleni in ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Zaposlene so srednje medicinske sestre, višje medicinske sestre in diplomirana medicinska sestra. Mislim, da je izobrazba delno povezana z uspešnostjo pri delu.*
- Kakšno mesto si kot strokovni vodja določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Določam si sodelujoče mesto. V tem procesu se sicer zelo trudim, vendar zaradi prevelikega obsega dela v procesu sodelujem le takrat, kadar so moji zaposleni motivirani za medsebojno sodelovanje, izkoristim pravzaprav vsak trenutek, ko so pripravljeni na sodelovanje.*
- Kako bi opisali svoj način vodenja (demokratski, avtokratski, svobodni, situacijsko, timsko)? *Demokratsko.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Najprej prejmem ocenjevalne liste za vse svoje zaposlene s strani kadrovske službe, potem v »glavi« razmislim, kakšno oceno si posameznik zasluži, ob tem upoštevam celostno sliko zaposlenega. Pri posameznih merilih dodelim ocene, na prednji strani lista pa oceno utemeljim. Nato se soočim z vsakim zaposlenim posebej, na razgovor jih ne vabim, z njimi se sestanem na hitro pred ali po službi. Zaposleni preberejo, postavijo morebitna vprašanja in se podpišejo. Razlika med njimi je le v številu točk, npr. pri isti oceni.*
- Kaj se vam zdi pri zdajšnjem načinu pomanjkljivo? *Merila so neustrezna za področje ZN, so nespecifična, subjektivna ... Z njimi nisem zadovoljna.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako jih spremljate pri posameznih zaposlenih? *Nisem zadovoljna, spremljam jih subjektivno.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Ne.*
- Ali pri zdajšnjem načinu z zaposlenim opravite razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Tega ne opravljam.*
- Ali med pogovorom zaposlenemu postavite cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi merili pri vaših zaposlenih? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja • Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurenti) • Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
<p>VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inovativnost • komunikativnost • Izboljševanje delovnih procesov • Delo, skladno s standardi • Zagotavljanje kakovosti • Obvladovanje pomembnih delovnih procesov 	<p>VIDIK UČENJA IN RASTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usposobljenost • Strokovni napredek • Samostojnost pri delu • Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami • Motiviranost za delo • Sposobnost prilagajanja • Sprejemanje sprememb • Želja po informiranosti • Skrb za kakovostno delovno klimo • Točnost podajanja in sprejemanja informacij • Interni prenos znanja

Priloga 4: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba B

- Oddelek: *Negovalni oddelek*
- Izobrazba: *diplomirana medicinska sestra*
- Koliko let ste vodja? *17(prej na Pediatričnem oddelku)*
- Kolikim zaposlenim ste vodja? *10*
- Kakšne izobrazbene strukture so vaši zaposleni in ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Zaposlene so srednje medicinske sestre in diplomirana medicinska sestra. Mislim, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu.*
- Kakšno mesto si kot strokovni vodja določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Določam si sodelujoče mesto.*
- Kako bi opisali svoj način vodenja (demokratski, avtokratski, svobodni, situacijsko, timsko)? *Demokratsko. Z zaposlenimi sodelujem, prisluhnem njihovim željam, jih poskušam upoštevati.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Najprej prejmem ocenjevalne liste za vse svoje zaposlene s strani kadrovske službe, potem ugotavljam celostno sliko zaposlenega, njegovo kakovost, sposobnosti, znanja, izkušnje. Spišem vse ocenjevalne liste, podam ocene, tako pri merilih kot skupno, zaposlenim ponudim v branje (med službenim časom), podpišejo, potem oddam.*
- Kaj se vam zdi pri zdajšnjem načinu pomanjkljivo? *Merila so neustrezna za področje ZN, preobširna ... Z njimi nisem zadovoljna.*
- Ali ste s zdajšnjim merili zadovoljni in kako jih spremljate pri posameznih zaposlenih? *Nisem zadovoljna, spremljam jih subjektivno, in sicer sem ves čas prisotna ob sami ZN, takrat tudi skozi vse leto ugotavljam delovno uspešnost posameznikov.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Ne.*
- Ali pri zdajšnjem načinu z zaposlenim opravite razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ob samem podajanju ocene se z njim sestane med službenim časom, z zaposlenimi se pogovorim, jim povem tudi njihove dobre in slabe lastnosti. Podobni neformalni pogovori potekajo tudi med letom. Pogovorov si ne zapisujem, ne dokumentiram.*
- Ali med pogovorom zaposlenemu postavite cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom, argumentiranjem (po spominu).*
- Katera merila uspešnosti bi merili pri vaših zaposlenih? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja • Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent) • Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
<p>VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inovativnost • Komunikativnost • Izboljševanje delovnih procesov • Delo, skladno s standardi • Zagotavljanje kakovosti • Obvladovanje pomembnih delovnih procesov 	<p>VIDIK UČENJA IN RASTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usposobljenost • Strokovni napredek • Samostojnost pri delu • Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami • Motiviranost za delo • Sposobnost prilagajanja • Sprejemanje sprememb • Želja po informiranosti • Skrb za kakovostno delovno klimo • Točnost podajanja in sprejemanja informacij • Interni prenos znanja

Priloga 5: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba C

- Oddelek: *Pediatrični oddelek*
- Izobrazba: *diplomirana medicinska sestra*
- Koliko let ste vodja? *5*
- Kolikim zaposlenim ste vodja? *9*
- Kakšne izobrazbene strukture so vaši zaposleni in ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Zaposlene so srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre. Mislim, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu.*
- Kakšno mesto si kot strokovni vodja določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Določam si sodelujoče mesto.*
- Kako bi opisali svoj način vodenja (demokratski, avtokratski, svobodni, situacijsko, timsko)? *Kot demokratsko, rada se z njimi vse pogovorim.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Najprej prejmem ocenjevalne liste za vse svoje zaposlene s strani kadrovske službe, potem vsi vzamem čas, da sestavim oceno za vsakega zaposlenega. Spišem vse ocenjevalne liste, podam ocene, tako pri merilih kot skupno, z zaposlenim se sestanem na samem, se z njim pogovorim. Sodelavec prebere in podpiše. Nato oddam.*
- Kaj se vam zdi pri zdajšnjem načinu pomanjkljivo? *Merila so zelo nespecifična, neuporabna.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako jih spremljate pri posameznih zaposlenih? *Nisem zadovoljna, spremljam jih vse leto, ob delu, s pogovorom.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da, poznam, ocenjevanje je trenutna ocena, zagotavljanje pa poteka vse leto.*
- Ali pri zdajšnjem načinu z zaposlenim opravite razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne.*
- Ali med pogovorom zaposlenemu postavite cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi merili pri vaših zaposlenih? V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

FINANČNI VIDIK <ul style="list-style-type: none">• Gospodarna raba materiala• Učinkovita raba delovnega časa• Opravljanje nadurnega dela• Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do pacientov• Odnos do sodelavcev• Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja
--	--

se nadaljuje

nadaljevanje

FINANČNI VIDIK	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent)• Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV <ul style="list-style-type: none">• Inovativnost• Komunikativnost• Izboljševanje delovnih procesov• Delo, skladno s standardi• Zagotavljanje kakovosti• Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	VIDIK UČENJA IN RASTI <ul style="list-style-type: none">• Usposobljenost• Strokovni napredek• Samostojnost pri delu• Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami• Motiviranost za delo• Sposobnost prilagajanja• Sprejemanje sprememb• Želja po informiranosti• Skrb za kakovostno delovno klimo• Točnost podajanja in sprejemanja informacij• Interni prenos znanja

Priloga 6: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba D

- Oddelek: *Interni oddelek*
- Izobrazba: *diplomirana medicinska sestra*
- Koliko let ste vodja: *2 (prej pomočnica direktorice za ZN 12 let)*
- Kolikim zaposlenim ste vodja?*29*
- Kakšne izobrazbene strukture so vaši zaposleni in ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Bolničarke, srednje medicinske sestre, višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre. Mislim, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu.*
- Kakšno mesto si kot strokovni vodja določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Sodelujoče, vendar je sodelovanje odvisno predvsem od zaposlenih, ker vsi niso pripravljeni sodelovati.*
- Kako bi opisali svoj način vodenja (demokratski,avtokratski,svobodni, situacijsko, timsko)? *Večinoma sem demokratski vodja, v primeru nujnosti neke odločitve pa sem avtokratski.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Najprej prejmem ocenjevalne liste za vse svoje zaposlene s strani kadrovske službe, potem v »glavi« razmislim, kakšno oceno si posameznik zasluži, ki je vsekakor subjektivna. Pri posameznih merilih dodelim ocene, na sprednjo stran lista pa oceno utemeljim. Nato se soočim z vsakim zaposlenim posebej, na razgovor jih ne vabim, z njimi se sestanem na hitro pred ali po službi. Zaposleni preberejo, postavijo morebitna vprašanja in se podpišejo.*
- Kaj se vam zdi pri zdajšnjem načinu pomanjkljivo? *Sistem je neprimeren, obrazec je pomanjkljiv, nekonkreten, merila so nespecifična, nedoločljiva, ocene so posledično nerealne.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako jih spremljate pri posameznih zaposlenih?*Kot sem že omenila, nisem zadovoljna, spremljam pa jih med letom ob sodelovanju pri ZN.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Ne.*
- Ali pri zdajšnjem načinu z zaposlenim opravite razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne opravi.*
- Ali med pogovorom zaposlenemu postavite cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi merili pri vaših zaposlenih?V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja • Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent) • Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
<p>VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inovativnost • Komunikativnost • Izboljševanje delovnih procesov • Delo, skladno s standardi • Zagotavljanje kakovosti • Obvladovanje pomembnih delovnih procesov 	<p>VIDIK UČENJA IN RASTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usposobljenost • Strokovni napredek • Samostojnost pri delu • Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami • Motiviranost za delo • Sposobnost prilagajanja • Sprejemanje sprememb • Želja po informiranosti • Skrb za kakovostno delovno klimo • Točnost podajanja in sprejemanja informacij • Interni prenos znanja

Priloga 7: Intervju s strokovnim vodjo ZN v SBT – oseba E

- Oddelek: *Oddelek centralne instrumentarske službe s sterilizacijo*
- Izobrazba: *diplomirana medicinska sestra*
- Koliko let ste vodja? *25*
- Kolikim zaposlenim ste vodja? *14*
- Kakšne izobrazbene strukture so vaši zaposleni in ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Čistilke, srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre. Mislim, da je izobrazba delno povezana z uspešnostjo pri delu.*
- Kakšno mesto si kot strokovni vodja določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Sodelujoče, ves čas v tem procesu svoje zaposlene opozarjam, spodbujam, sem aktivna, jih naprošam.*
- Kako bi opisali svoj način vodenja (demokratski, avtokratski, svobodni, situacijsko, timsko)? *Situacijsko, prednost dajem usmerjanju zaposlenih.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Najprej prejmem ocenjevalne liste za vse svoje zaposlene s strani kadrovske službe, potem jih napišem, dodelim ocene. Nato se soočim z vsakim zaposlenim posebej, ta si obrazec v miru prebere, postavi morebitna vprašanja in se podpiše. Prav vsakemu zaposlenemu na tem ocenjevanju povem, da si odlično oceno ne zasluzi nihče, niti jaz sama, da pa jih nimam srca oceniti z nižjo oceno zaradi njihovega velikega obsega dela. Tako jih bom ocenjevala vse do takrat, ko bodo jasneje določena merila.*
- Kaj se vam zdi pri zdajšnjem načinu pomanjkljivo? *Merila so preohlapna, premalo razčlenjena, nekaj let nazaj sem si sama izdelala merila, ki pa jih ne uporabljam.*
- Ali ste s zdajšnjimi merili zadovoljni in kako jih spremljate pri posameznih zaposlenih? *Kot sem že omenila, nisem zadovoljna, spremljam pa jih med letom ob delu, ob presoji, ob izidu zdravljenja.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da, poznam, ocenjevanje je trenutna ocena, zagotavljanje pa poteka vse leto.*
- Ali pri zdajšnjem načinu z zaposlenim opravite razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Da, delno. Večkrat se med letom pogovorim z zaposlenimi o njihovem delu, vendar tega ne dokumentiram.*
- Ali med pogovorom zaposlenemu postavite cilje, merila? *Delno, ob pogovoru jim povem, kaj od njih pričakujem.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *Nesoglasji ne rešujem, tako, kot se odločim, tako je. Mnenja ne spreminjam.*
- Katera merila uspešnosti bi merili pri vaših zaposlenih? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja • Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent) • Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
<p>VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inovativnost • Komunikativnost • Izboljševanje delovnih procesov • Delo, skladno s standardi • Zagotavljanje kakovosti • Obvladovanje pomembnih delovnih procesov 	<p>VIDIK UČENJA IN RASTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usposobljenost • Strokovni napredek • Samostojnost pri delu • Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami • Motiviranost za delo • Sposobnost prilagajanja • Sprejemanje sprememb • Želja po informiranosti • Skrb za kakovostno delovno klimo • Točnost podajanja in sprejemanja informacij • Interni prenos znanja

Priloga 8: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba F

- Oddelek: *Kirurški oddelek*
- Izobrazba: *srednja medicinska sestra*
- Koliko let ste zaposleni? *17*
- Ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Ne.*
- Ali ste seznanjeni z načinom zagotavljanja delovne uspešnosti na vašem oddelku? *Da, zagotavljanje delovne uspešnosti na našem oddelku predstavlja letno ocenjevanje.*
- Ali poznate strateške cilje naše organizacije? *Ne.*
- Kakšno mesto si kot zaposleni določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Sodelujoče.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Enkrat letno prejmem v podpis svoj ocenjevalni list, ki ga preberem, pogledam število točk, ga podpišem in ocenjevanje je končano.*
- Kaj se vam zdi pri trenutnem načinu pomanjkljivo? *Pri tem sistemu se mi ne zdi nič pomanjkljivo.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako mislite, da jih vaš strokovni vodja pri vas spremlja? *Merila so nespecifična, vodja jih ne spremlja.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da, ocenjevanje je podajanje ocene, in sicer subjektivno, zagotavljanje pa je pomoč skozi vse leto.*
- Ali vaš strokovni vodja z vami opravi razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne, ne opravi.*
- Ali vam vodja med pogovorom postavi cilje, merila? *Ne, ne postavi.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi želeli imeti pri zagotavljanju vaše delovne uspešnosti? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

FINANČNI VIDIK <ul style="list-style-type: none">• Gospodarna raba materiala• Učinkovita raba delovnega časa• Opravljanje nadurnega dela• Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do pacientov• Odnos do sodelavcev• Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja
--	--

se nadaljuje

nadaljevanje

FINANČNI VIDIK	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent)• Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV <ul style="list-style-type: none">• Inovativnost• Komunikativnost• Izboljševanje delovnih procesov• Delo, skladno s standardi• Zagotavljanje kakovosti• Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	VIDIK UČENJA IN RASTI <ul style="list-style-type: none">• Usposobljenost• Strokovni napredek• Samostojnost pri delu• Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami• Motiviranost za delo• Sposobnost prilagajanja• Sprejemanje sprememb• Želja po informiranosti• Skrb za kakovostno delovno klimo• Točnost podajanja in sprejemanja informacij• Interni prenos znanja

Priloga 9: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba G

- Oddelek: *Ginekološko porodni oddelek*
- Izobrazba: *diplomiran babičar*
- Koliko let ste zaposleni? *3,5*
- Ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Da, izobrazba je povezana z uspešnostjo pri delu.*
- Ali ste seznanjeni z načinom zagotavljanja delovne uspešnosti na vašem oddelku? *Da.*
- Ali poznate strateške cilje naše organizacije? *Ne.*
- Kakšno mesto si kot zaposleni določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Sodelujoče.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Enkrat letno prejmem v podpis svoj ocenjevalni list, ki ga preberem na nekakšnem snidenju s strokovnim vodjo, ga podpišem in ocenjevanje je končano.*
- Kaj se vam zdi pri trenutnem načinu pomanjkljivo? *Premalo je specifičnih meril, način je pomanjkljiv, subjektiven.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako mislite, da jih vaš strokovni vodja pri vas spremlja? *Nisem zadovoljen, vodja jih ne spremlja.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da, poznam. Ocenjevanje je sama ocena, ki jo dobiš, zagotavljanje pa pri nas ni, pomeni pomoč pri moji uspešnosti.*
- Ali vaš strokovni vodja z vami opravi razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne, ne opravi.*
- Ali vam vodja med pogovorom postavi cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi želeli imeti pri zagotavljanju vaše delovne uspešnosti? V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja
---	--

se nadaljuje

nadaljevanje

FINANČNI VIDIK	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent)• Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV <ul style="list-style-type: none">• Inovativnost• Komunikativnost• Izboljševanje delovnih procesov• Delo, skladno s standardi• Zagotavljanje kakovosti• Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	VIDIK UČENJA IN RASTI <ul style="list-style-type: none">• Usposobljenost• Strokovni napredek• Samostojnost pri delu• Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami• Motiviranost za delo• Sposobnost prilagajanja• Sprejemanje sprememb• Želja po informiranosti• Skrb za kakovostno delovno klimo• Točnost podajanja in sprejemanja informacij• Interni prenos znanja

Priloga 10: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba H

- Oddelek: *Dializni*
- Izobrazba: *srednja medicinska sestra, magistrica javne uprave*
- Koliko let ste zaposleni? *34*
- Ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Ne, ni povezana.*
- Ali ste seznanjeni z načinom zagotavljanja delovne uspešnosti na vašem oddelku? *Da, vodja mi poda enkrat letno ocenjevalni obrazec v podpis.*
- Ali poznate strateške cilje naše organizacije? *Ne.*
- Kakšno mesto si kot zaposleni določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *V tem procesu sodelujem aktivno, in sicer predlagam spremembe, predlagam reorganizacijo dela, s čimer bi bili vsi uspešnejši, predlagam, da je nujno zagotoviti ustrezne resurse. Zelo pomembno je tudi samoizobraževanje.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Zdajšnji sistem nudi le podajanje subjektivne ocene posameznikov, ker ni dovolj kadra, pa si vsi na oddelku zaslužimo najboljšo oceno, ker kljub pomanjkanju opravimo delo v celoti strokovno in varno.*
- Kaj se vam zdi pri trenutnem načinu pomanjkljivo? *Potrebna bi bila druga merila, odstraniti je potrebno tudi subjektivnost.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako mislite, da jih vaš strokovni vodja pri vas spremlja? *Nisem zadovoljna, niso spremljani.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da.*
- Ali vaš strokovni vodja z vami opravi razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne, ne opravi.*
- Ali vam vodja med pogovorom postavi cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi želeli imeti pri zagotavljanju vaše delovne uspešnosti? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja
--	---

se nadaljuje

nadaljevanje

FINANČNI VIDIK	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent)• Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV <ul style="list-style-type: none">• Inovativnost• Komunikativnost• Izboljševanje delovnih procesov• Delo, skladno s standardi• Zagotavljanje kakovosti• Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	VIDIK UČENJA IN RASTI <ul style="list-style-type: none">• Usposobljenost• Strokovni napredek• Samostojnost pri delu• Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami• Motiviranost za delo• Sposobnost prilagajanja• Sprejemanje sprememb• Želja po informiranosti• Skrb za kakovostno delovno klimo• Točnost podajanja in sprejemanja informacij• Interni prenos znanja

Priloga 11: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba I

- Oddelek: *Interni oddelek*
- Izobrazba: *srednja medicinska sestra*
- Koliko let ste zaposleni? *16*
- Ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Da.*
- Ali ste seznanjeni z načinom zagotavljanja delovne uspešnosti na vašem oddelku? *Da, vodja mi poda ocenjevalni list, ki ga preberem, se podpišem.*
- Ali poznate strateške cilje naše organizacije? *Ne.*
- Kakšno mesto si kot zaposleni določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Sodelujoče, kot aktivna udeleženka.*
- Kako bi opisali sedanji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Zdi se mi ustrezen, na žalost pa ni niti nagrad niti sankcij. Pri tem sistemu pogrešam možnost »palice in korenčka«, torej možnost nagrajevanja za uspešnejše in sankcioniranja za neuspešne.*
- Kaj se vam zdi pri trenutnem načinu pomanjkljivo? *Ni pomanjkljivo.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako mislite, da jih vaš strokovni vodja pri vas spremlja? *Z merili sem zadovoljna, vodja jih spremlja z opazovanjem mojega dela, prek pacientov in drugih zaposlenih.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da.*
- Ali vaš strokovni vodja z vami opravi razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne.*
- Ali vam vodja med pogovorom postavi cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi želeli imeti pri zagotavljanju vaše delovne uspešnosti? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

FINANČNI VIDIK <ul style="list-style-type: none">• Gospodarna raba materiala• Učinkovita raba delovnega časa• Opravljanje nadurnega dela• Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do pacientov• Odnos do sodelavcev• Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja
--	--

se nadaljuje

nadaljevanje

FINANČNI VIDIK	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent)• Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV <ul style="list-style-type: none">• Inovativnost• Komunikativnost• Izboljševanje delovnih procesov• Delo, skladno s standardi• Zagotavljanje kakovosti• Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	VIDIK UČENJA IN RASTI <ul style="list-style-type: none">• Usposobljenost• Strokovni napredek• Samostojnost pri delu• Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami• Motiviranost za delo• Sposobnost prilagajanja• Sprejemanje sprememb• Želja po informiranosti• Skrb za kakovostno delovno klimo• Točnost podajanja in sprejemanja informacij• Interni prenos znanja

Priloga 12: Intervju s člani tima ZN v SBT – oseba J

- Oddelek: *Oddelek za anestezijo in intenzivno nego*
- Izobrazba: *diplomiran zdravstvenik*
- Koliko let ste zaposleni? *22*
- Ali ste mnenja, da je izobrazba povezana z uspešnostjo pri delu? *Da, je povezana.*
- Ali ste seznanjeni z načinom zagotavljanja delovne uspešnosti na vašem oddelku? *Da.*
- Ali poznate strateške cilje naše organizacije? *Ne.*
- Kakšno mesto si kot zaposleni določate v procesu zagotavljanja delovne uspešnosti? *Sodelujoče mesto.*
- Kako bi opisali zdajšnji način ocenjevanja delovne uspešnosti? *Enkrat letno me ocenjuje moj strokovni vodja po merilih, ki so določena za javno upravo. Prejemem ocenjevalni list, ga preberem, malo se pogovorim in podpišem.*
- Kaj se vam zdi pri trenutnem načinu pomanjkljivo? *Merila so presplošna, ni sprotnega nadzora mojega dela, ni določenih ciljev, ki bi mi jih nadrejeni omogočili dosežati z razpoložljivimi resursi.*
- Ali ste z zdajšnjimi merili zadovoljni in kako mislite, da jih vaš strokovni vodja pri vas spremlja? *Nisem zadovoljen, jih ne spremlja.*
- Ali poznate razliko med ocenjevanjem delovne uspešnosti in zagotavljanjem delovne uspešnosti? *Da.*
- Ali vaš strokovni vodja z vami opravi razvojni pogovor, ki mu sledita razvojni načrt in ocenjevalni razgovor, katerih namen je med drugim tudi podana ocena? *Ne.*
- Ali vam vodja med pogovorom postavi cilje, merila? *Ne.*
- Kako rešujete nesoglasja ob dodelitvi ocene? *S pogovorom.*
- Katera merila uspešnosti bi želeli imeti pri zagotavljanju vaše delovne uspešnosti? *V pomoč vam je preglednica. Prosim, da pri posameznem vidiku zberete največ tri merila, ki se vam zdijo najpomembnejša za zagotavljanje delovne uspešnosti na vašem področju.*

Tabela: Merila uspešnosti glede na uravnotežen sistem meril

<p>FINANČNI VIDIK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gospodarna raba materiala • Učinkovita raba delovnega časa • Opravljanje nadurnega dela • Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovostne ZN 	<p>VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odnos do pacientov • Odnos do sodelavcev • Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja
--	---

se nadaljuje

nadaljevanje

FINANČNI VIDIK	VIDIK POSLOVANJA S STRANKAMI <ul style="list-style-type: none">• Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (ustanovitelji, dobavitelji, sindikati, konkurent)• Ohranjanje podobe in ugleda organizacije
VIDIK NOTRANJIH POSLOVNIH PROCESOV <ul style="list-style-type: none">• Inovativnost• Komunikativnost• Izboljševanje delovnih procesov• Delo, skladno s standardi• Zagotavljanje kakovosti• Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	VIDIK UČENJA IN RASTI <ul style="list-style-type: none">• Usposobljenost• Strokovni napredek• Samostojnost pri delu• Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami• Motiviranost za delo• Sposobnost prilagajanja• Sprejemanje sprememb• Želja po informiranosti• Skrb za kakovostno delovno klimo• Točnost podajanja in sprejemanja informacij• Interni prenos znanja

Priloga 13: Dovoljenje za intervjuje v SBT



SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE

Rudnikova c. 9, 1420 Trbovlje telefon 035652500 fax 035676177 e-pošta: sb.t@trbovlje.si
ID S 99756660 Metrična številka: 5055121 Področje: K24 SI86-01104603-0279-252

Številka: VI-46/B-5/4
Datum: 24.2.2015

Ga. BARBARA DUŠAK, dipl.m.s.

ZADEVA: izvedba intervjuja


Glede na vašo vlogo o izvedbi intervjujev med sodelavci v zdravstveni negi, katere bi izvedli v okviru vašega magistrskega dela »Vzpostavitev celovitega procesa zagotavljanja delovne uspešnosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Trbovlje« in na podlagi mnenja pomočnice dir. za zdravstveno nego, vam sporočamo, da intervjuje lahko izvedete.

Direktorica
Marina Barovič, univ. dipl. ek. in. *Marina Barovič*


Posredovano:

- naslovu
- pomočnici dir. za zdr. nego
- arhiv

Priloga 14: Obrazec: Razvojno ocenjevalni razgovor s sodelavcem

	OBRAZEC	Oznaka: Stran: Velja od: Izdaja:	SOP SBT 1
	RAZVOJNO OCENJEVALNI RAZGOVOR S SODELAVCEM		

1. Osnovni podatki

- Ime in priimek
- Šifra in ime delovnega mesta
- Organizacijska enota
- Obdobje ocenjevanja

2. Uspešnost sodelavca glede na merila

	Merilo	Število točk ocenjevanja
1. Merila, rezultati dela		
• STROKOVNOST	Zagotavljanje kakovost	
	Strokovni napredek	
	Delo, skladno s standardi	
	Usposobljenost	
• OBSEG DELA	Opravljanje dodatnega dela	
2. Merila po elementu samostojnost, ustvarjalnost, natančnost pri opravljanju dela		
• SAMOSTOJNOST	Samostojnost pri delu	
	Sprejemanje sprememb	
• USTVARJALNOST	Želja po informiranosti	
	Inovativnost	
• NATANČNOST	Znižanje povprečne ležalne dobe zaradi kakovosti ZN	
3. Merila po elementu zanesljivost pri opravljanju dela		
• ZANESLJIVOST	Točnost podajanja in prejemanja informacij	
4. Kakovost sodelovanja in organizacija dela		
• SODELOVANJE	Odnos do sodelavcev	
	Skrb za kakovostno delovno klimo	
	Interni prenos znanja	
• ORGANIZACIJA DELA	Učinkovita raba delovnega časa	
	Sposobnost prilagajanja	
	Sposobnost upravljanja z novimi tehnologijami	
5. Druge sposobnosti v zvezi z opravljanjem dela		
• INTERDISCIPLINARNOST	Izboljševanje delovnih procesov	
	Obvladovanje pomembnih delovnih procesov	
• ODNOS DO UPORABNIKOV STORITEV	Odnos do pacientov	
	Odnos/sodelovanje/vključevanje svojcev v proces zdravljenja	

se nadaljuje

nadaljevanje

	Merilo	Število točk ocenjevanja
5. Druge sposobnosti v zvezi z opravljanjem dela		
<ul style="list-style-type: none">• ODNOS DO UPORABNIKOV STORITEV	Ohranjanje podobe in ugleda organizacije	
	Odnos do drugih udeležencev v zdravstveni ustanovi (sindikati, dobavitelji, ustanovitelji, konkurenti)	
<ul style="list-style-type: none">• KOMUNICIRANJE	Komunikativnost	
<ul style="list-style-type: none">• DRUGO	Gospodarna raba materiala	
	Motiviranost za delo	
SKUPNO ŠTEVILO TOČK		

3. Skupna ocena uspešnosti

4. Predlogi za izboljšanje uspešnosti

5. Mnenje sodelavca

PODPISI:

Vodja:

Sodelavec:

DATUM:

Dokumenti so obvladovani računalniško. Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. Vsi originali dokumentov se nahajajo pri skrbniku sistema za kakovost.