

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER
Univerzitetni študijski program Management

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
UNIVERSITÀ DEL LITORALE
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER
FACOLTÀ DI MANAGEMENT DI CAPODISTRIA

Datum: 29 -12- 2006

Sektor	Številka	Priloge	Vredn.
REF.	16500	1	

Diplomska naloga
REORGANIZACIJA REHABILITACIJE V BOLNIŠNICI

Mentor: doc.dr. Drago Dubrovski

Obravnavana organizacija: Klinični center Ljubljana

Strokovni sodelavec iz organizacije: Jelka Mlakar VMS

KOPER, 2006

JANKO RAKEF

POVZETEK

Dejavnost rehabilitacije, ki je ena od štirih temeljnih dejavnosti v bolnišnici, je popolnoma neorganizirana in razdrobljena. V nalogi prikažem problematiko ter postopke možnih rešitev. Veliko število kliničnih oddelkov zahteva dobro organizirano službo rehabilitacije, saj ta omogoča enako hiter in kvaliteten dostop do vseh storitev vsem uporabnikom na kliničnih oddelkih. Te storitve izvaja Centralna rehabilitacijska služba. Prikazana rešitev v diplomski nalogi je le ena od možnih. Narejena je bila s pomočjo ankete. Rezultati so bili osnova za postopke in metode, kako te spremembe realizirati. Storitve vseh posameznih strok znotraj Centralne rehabilitacijske službe bodo imele svoje strokovne standarde, ki bodo primerljivi z evropskimi.

Ključne besede: bolniki, bolnišnice, rehabilitacija, reorganizacija rehabilitacije, rehabilitacijska služba

ABSTRACT

The rehabilitation activity, which is one of four main streams of activities in a hospital, is disorganized and divided between sectors in the hospital. In this dissertation, I am showing you the problems and some possible solutions for them. Many of the clinical departments demand a well organized rehabilitation unit, which provides quality and fast access to all users, for all services. These services are under the jurisdiction of the Central Rehabilitation Unit (CRU). The solution shown in this dissertation is only one of many possibilities. It was made with the help of a questionnaire. The results were the basis for procedures and methods how to realize these changes. The services of all individual departments within the CRU will have its own professional standards, which could be compared with the European standards as well.

Key words: patients, hospitals, rehabilitation, reorganization of rehabilitation, the rehabilitation service

UDK 615.851.3: 613.81(043.2)

ZAHVALA

Želim se zahvaliti mentorju docentu Dragu Dubrovskem, dr.sci., za pomoč in potrpežljivost pri pripravi diplomske naloge.

Posebna zahvala pa gre moji družini: ženi Jani, otrokom Primožu, Jerneji in Domnu, ki so bili mnogokrat prikrajšani za družinske ure in dneve v času študija in ob pripravi diplomske naloge.

Vsem skupaj še enkrat hvala!

VSEBINA

1	Uvod.....	1
2	Organiziranost bolnišnice in kaj je rehabilitacija.....	3
2.1	Organiziranost bolnišnice.....	3
2.2	Kaj je rehabilitacija.....	5
3	Organizacija rehabilitacije v bolnišnici danes in jutri.....	7
3.1	Rehabilitacija v bolnišnici danes.....	8
3.1.1	Zaposleni v bolnišnici po dejavnostih, pomembnih za rehabilitacijo.....	11
3.1.2	Zaposleni v dejavnosti po posameznih SPS-ih in KO-ih.....	11
3.1.3	Število postelj na posameznih SPS-ih po kategorijah	13
3.2	Analiza stanja dejavnosti rehabilitacije	14
3.2.1	Rezultati ankete.....	14
3.2.2	Rezultati odgovorov na vprašanja iz prvega dela ankete.....	15
3.2.3	Rezultati odgovorov na vprašanja iz drugega dela ankete.....	17
3.2.4	Rezultati odgovorov na vprašanja iz tretjega dela ankete.....	18
3.2.5	Rezultati odgovorov na vprašanja iz četrtega dela ankete.....	20
3.2.6	Analiza rezultatov ankete.....	22
3.3	Organizacija in spreminjanje organizacije.....	26
3.4	Spremembe v organizaciji rehabilitacije v bolnišnici.....	28
3.4.1	Poslanstvo, vizija in cilji CRS.....	28
3.4.2	SPIN analiza.....	29
3.4.3	Primerjava SPIN analize pred in po reorganizaciji.....	30
3.4.4	Politika CRS.....	31
3.5	Nova organiziranost rehabilitacije kot CRS.....	33
3.5.1	Kontroliranje.....	35
3.5.2	Organiziranje.....	38
3.5.3	Motiviranje.....	39
3.5.4	Planiranje / načrtovanje.....	40
3.5.5	Informiranje / informacijski sistem.....	41
3.6	Shema organiziranosti CRS	42
4	Sklep.....	43
	Literatura.....	47
	Priloge.....	49

SLIKE

Slika 3.1 SPIN analiza stanja v rehabilitaciji danes	9
Slika 3.2 Graf prikaza števila odgovorov posameznih anketirancev po spolu	15
Slika 3.3 Graf prikaza števila odgovorov za in proti glede na stopnjo izobrazbe v obeh skupinah.....	16
Slika 3.4 Graf prikaza poznavanja organiziranosti rehabilitacije v bolnišnici.....	17
Slika 3.5 Graf prikaza št. odgovorov po posameznih dejavnostih.....	18
Slika 3.6 Graf prikaza ocen kvalitete dela rehabilitacijskega tima.....	19
Slika 3.7 Graf prikaza ocen odzivnosti rehabilitacijskega tima.....	20
Slika 3.8 Graf prikaza št. odgovorov po skupinah o predlaganih spremembah organiziranosti.....	21
Slika 3.9 Graf prikaza potreb po spremembah v organiziranosti ter več strokovnosti in izobraževanja.....	22
Slika 3.10 SPIN analiza za snovanje politike CRS.....	30
Slika 3.11 Sestavine storitve »inhalacije bolnika na bolniškem oddelku« (procesni diagram).....	37
Slika 3.12 Organigram CRS.....	42

TABELE

Tabela 3.1 Pregled števila zaposlenih skupaj po posameznih profilih (poklicih).....	11
Tabela 3.2 Primerjalni prikaz zaposlenih po posameznih kl. oddelkih ali SPS-ih.....	12
Tabela 3.3 Število postelj po SPS-ih.....	13
Tabela 3.4 Primerjava med št.postelj in št.zaposlenih na SPS-ih.....	13
Tabela 3.5 Rezultati za in proti spremembam v obeh skupinah anketirancev.....	15
Tabela 3.6 Odgovori glede na del. mesto oziroma vodstveni položaj zaposlenih.....	16
Tabela 3.7 Razlogi za spremembo organiziranosti rehabilitacije.....	18
Tabela 3.8 Ocene organiziranosti rehabilitacijskega tima.....	19
Tabela 3.9 Ocene strokovnosti rehabilitacijskega tima.....	19
Tabela 3.10 Ocene prijaznosti rehabilitacijskega tima.....	20
Tabela 3.11 Spremembe v organiziranosti in kvaliteta storitev.....	21
Tabela 3.13 Vprašanja in odgovori v procesu načrtovanja sistema CRS.....	41



KRAJŠAVE

SPS – samostojna poslovna skupnost

KO – klinični oddelek

Št. – število

Fth – fizioterapija

St. – stopnja

CRS – centralna rehabilitacijska služba

Npr. – na primer

Itd. – in tako dalje

Org. - organizacijske



1 UVOD

V diplomski nalogi želim prikazati trenutno stanje na področju rehabilitacije bolnikov v bolnišnici, v kateri sem zaposlen 25 let. Pomen rehabilitacije je velik, saj lahko z ustrezno organizirano, usmerjeno in vodeno službo bistveno pripomoremo k višji kvaliteti zdravljenja bolnikov v celoti.

Problem, ki ga v nalogi prikazujem, je v zastarelem razmišljanju, kako voditi rehabilitacijo v bolnišnici. Trenutno je ta dejavnost popolnoma nepovezana in deluje strokovno in organizacijsko nepovezano.

Vsak klinični oddelek ali strokovno poslovna skupnost ima organizirano svojo rehabilitacijo. Ta organiziranost temelji na neenakih strokovnih, organizacijskih, kadrovskih in materialnih standardih. Sama rehabilitacija, ki ne pomeni samo fizioterapije, mora povezovati tudi nekatere druge stroke, kot so: socialna služba, delovna terapija, logopedija in klinična psihologija v tesni povezanosti z zdravstveno nego. Rehabilitacija, ki bo združevala vse te posamezne stroke v celoto, bo celostna rehabilitacija in kot takšna je v nalogi tudi prikazana.

Glavni cilji reorganizacije so:

- izboljšati kakovost storitve,
- zmanjšati materialne stroške,
- povečati storilnost,
- posledično skrajšati ležalno dobo,
- s krajšanjem ležalne dobe se krajšajo tudi čakalne dobe,
- poenotiti kadrovsko politiko,
- uvesti enoten informacijski sistem,
- izboljšati izobraževanje zaposlenih,
- vpeljati enotno nagrajevanje zaposlenih,
- hitrejše napredovanje zaposlenih,
- hitrejša in celostna obravnava bolnika,
- bolj prijazno in dostopno osebje.

Brez korenitih sprememb v razmišljanju zaposlenih, drugačne organiziranosti, boljše povezanosti na vseh strokovnih in organizacijskih nivojih ter dobre koordiniranosti posameznih služb seveda naštetih ciljev in celostne rehabilitacije ne bi dosegli. Celotna

reorganizacija bi morala biti podprta z dobrim informacijskim sistemom.

V jedru diplomske naloge je prikazana groba struktura organiziranosti bolnišnice, iz katere je dobro razvidno, da ni možno nikjer zaslediti konkretne rehabilitacije bolnika. V tem delu je pomembna tudi razlaga besede »rehabilitacija«, ki je zelo široka in zajema mnogo različnih področij in strok.

V nadaljevanju naloge je prikazana trenutna situacija na področju rehabilitacije, iz katere se jasno vidi, kako je ta dejavnost po posameznih kliničnih oddelkih razdrobljena in nepovezana, zato ne zadosti zahtevam načel kompleksnosti, koordiniranosti in kontinuitete. Na posameznih kliničnih oddelkih določene stroke niso prisotne - v tabeli 1 in 2 vidimo, kako neenakomerno so kadri razporejeni in glede na takšno kadrovsko razporeditev lahko s pomočjo tabele 3, ki kaže število posameznih postelj, ugotovimo, da so razporeditve kadra nesorazmerne.

Nato je prikazana anketa, rezultati in analiza. Anketni vprašalnik je sestavljen iz štirih delov. Na najpomembnejše vprašanje »ali ste za spremembe ali ne?«, je velika večina vprašanih bila za spremembe. Bistvo analize ankete je v tem, da sem lahko ugotovil, kako pomembno je vpeljati spremembe na tem področju, saj je ta želja pri uporabnikih še posebej izražena. Posebnih omejitev v izpeljavi nisem zasledil. Velika večina anketirancev ima različne stopnje izobrazbe in je zaposlena na vseh posameznih področjih rehabilitacije.

Iz analize rezultatov ankete in delno intervjujev sem ugotovil, da se rehabilitacija v bolnišnici lahko reorganizira na način, kot je predstavljen na začetku tega uvoda. To pomeni, da se poveže v enotno samostojno organizacijsko enoto, ki bo imele enotne strokovne, kadrovske, organizacijske ter materialne standarde.

2 ORGANIZIRANOST BOLNIŠNICE IN KAJ JE REHABILITACIJA

2.1 Organiziranost bolnišnice

Bolnišnica je po svojem statutu razdeljena na posamezne strokovno poslovne skupnosti, le te pa so naprej razdeljene na posamezne klinične oddelke. Po statutu je javni zavod, njen ustanovitelj je vlada Republike Slovenije in je največja tovrstna ustanova v državi. Organizacijsko je razdeljena v strokovno poslovne skupnosti, delujejo kot samostojne enote. Le-te se delijo na manjše organizacijske enote, ki se imenujejo klinični oddelki. Dejavnosti, ki niso povezane v strokovno poslovne skupnosti so pa skupnega pomena so povezane v obliki samostojnih organizacijskih enot.

Organizacijska struktur je:

- SPS Kirurške klinike, ki jo sestavljajo:
 - KO za kirurgijo srca in ožilja
 - KO za abdominalno kirurgijo
 - KO za nevrokirurgijo
 - KO za plastično kirurgijo in opeklino
 - KO za travmatologijo
 - KO za torakalno kirurgijo
 - KO za urologijo
 - KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo
 - KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok
 - KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo
 - Center za splošno kirurgijo(Službi skupnega pomena za SPS Kirurška klinika)
 - Operacijski blok
 - Urgentni kirurški blok.
- SPS Interne klinike, ki jo sestavljajo:
 - KO za kardiologijo
 - KO za žilne bolezni
 - KO za pljučne bolezni in alergijo
 - KO za nefrologijo
 - KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni

- KO za gastroenterologijo
- KO za hematologijo
- KO za revmatologijo
- KO za hipertenzijo
- KO za intenzivno interno medicino
- (Službe skupnega pomena za SPS interne klinike)
- Center za zastrupitve,
- Internistična prva pomoč
- Center za vojne veterane.
- SPS Pediatrična klinika, ki jo sestavljajo:
 - KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni
 - KO za nevrologijo
 - KO za nefrologijo
 - Služba za kardiologijo
 - Služba za alergologijo in revmatske bolezni
 - Služba za gastroenterologijo
 - Služba za neonatologijo
 - Služba za pljučne bolezni
 - Služba za onkologijo in hematologijo
 - Služba za otroško psihiatrijo
- SPS Nevrološka klinika, ki jo sestavljajo:
 - KO za nevrologij
 - KO za nevrofiziologijo
- SPS Ginekološka klinika, ki jo sestavljajo:
 - KO za ginekologijo
 - KO za perinatologijo
 - KO za reprodukcijo
- SPS Stomatološka klinika, ki jo sestavljajo:
 - Center za zobne bolezni
 - Center za fiksno protetiko
 - Center za snemno protetiko
 - Center za zobno in čeljustno ortopedijo

- Center za ustne bolezni in parodontopatije
- Center za otroško in preventivno zobozdravstvo
- Inštitut za pred klinično protetiko
- Dejavnosti skupnega pomena za bolnišnico:
 - Center za medicinsko rehabilitacijo
 - Lekarna
 - Služba bolniške prehrane in dietoterapije
 - Tehnično vzdrževalna služba
 - Upravno administrativne službe
 - Služba za čiščenje prostorov in opreme
 - Kurirsko gospodinjska služba
 - Služba za spremstvo bolnikov
- Strokovne organizacije, ki niso povezane v strokovne poslovne skupnosti, so:
 - Klinika za otorinolaringologijo in cervikalno kirurgijo
 - Očesna klinika
 - Ortopedska klinika
 - Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
 - Dermatovenerološka klinika
 - Klinični inštitut za klinično kemijo in biokemijo
 - Klinični inštitut za radiologijo
 - Klinika za nuklearno medicino
 - Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Vir: Statut bolnišnice 1996, 3-6. Priloga 1

2.2 Kaj je rehabilitacija?

Kaj pomeni rehabilitacija? Razlag in definicij je več. Pod besedo rehabilitacija v bolnišnici ne razumemo takšne rehabilitacije, kot jo poznamo v posebnih zavodih za invalidne osebe ali zdraviliščih. V bolnišnici je pomembna neka druga, tista, ki se prične izvajati tisti trenutek, ko bolnik postane del procesa zdravljenja, katere koli bolezni in se konča na stopnji, ko bolnik zapusti bolnišnico. Glavni cilj, ki ga skušamo z rehabilitacijo doseči, je vzpostavitev prejšnjega stanja ali njegovo izboljšanje in priprava mo-

žnosti za nadaljevanje začete rehabilitacije doma ali v kateri koli drugi ustanovi za rehabilitacijo.

Rehabilitacija je lahko preventivna ali pa poizkuša izpeljati različne postopke za vzpostavitev prejšnjega stanja. Vsem vrstam rehabilitacije je skupno programiranje ciljev, ki morajo biti načrtovani po načelih kompleksnosti, koordiniranosti in kontinuitete. Pomembno je timsko delo in vsi člani tima morajo po vsebini in znanju izpolnjevati različna področja rehabilitacije, kot so: poklicna, medicinska in psihosocialna rehabilitacija.

3 ORGANIZACIJA REHABILITACIJE V BOLNIŠNICI DANES IN JUTRI

Razdrobljenost in širok obseg dela, ki ga opravljajo različni profili strokovnjakov na posameznih kliničnih oddelkih bolnišnice, je tisto vodilo, ki mi je pokazalo potrebo po reorganizaciji rehabilitacije, ki je danes razdrobljena in nepovezana. Z naštevanjem posameznih kliničnih oddelkov, služb, centrov in inštitutov sem želel jasno prikazati popolno odsotnost centralne rehabilitacijske službe, ki naj bi delovala enotno in celotno za celotno bolnišnico. Bolnišnica ima preko tisoč petsto bolniških postelj in samo v enem segmentu te strukture je prisotna služba rehabilitacije, ki je organizirana kot Center za medicinsko rehabilitacijo. Vendar le ta deluje samo znotraj SPS Kirurška klinika in opravlja storitve lokomotorne fizioterapije in delovne terapije. Po vseh ostalih KO so ali pa niso organizirane posamične službe, ki izvajajo različne dejavnosti iz posameznih segmentov rehabilitacije.

Z reorganizacijo vseh teh služb, v centralno rehabilitacijsko službo, želim doseči naslednje cilje:

- celostno obravnavo bolnika od sprejema do odpusta iz bolnišnice
- ponuditi vse storitve na vseh kliničnih oddelkih enakovredno
- izboljšati ponudbo in kvaliteto storitev
- lažje spremljanje razvoja vseh strok s področja rehabilitacije
- več izobraževanja za zaposlene.

Z doseganjem teh ciljev bi pridobili vsi udeleženci v procesu rehabilitacije. Udeleženci so:

- bolniki in njihovi svojci
- zaposleni
- bolnišnica oziroma njen lastnik (država)
- lokalna skupnost.

Želim jo prestrukturirati tako, da bo modernejša, sodobno organizirana in stalno učeča se organizacija, ter organizacijsko in strokovno povezana v celoto. Tako bo tudi podoba in urejenost rehabilitacije bistveno pripomogla k večjemu zadovoljstvu uporabnikov.

3.1 Rehabilitacija v bolnišnici danes

V bolnišnici, katere problematiko rehabilitacije opisujem in jo želim osvetliti na podlagi opravljene ankete in izkušenj, takšna celostna rehabilitacija ni organizirana. Bistveni problem rehabilitacije v bolnišnici danes je, da je izredno razdrobljena, deluje nekoordinirano, nepovezano in na trenutke zmedeno. Razlogov za takšno stanje je več, glavni razlog za to pa vidim v popolni decentralizaciji posameznih služb, ki so odgovorne za izvajanje rehabilitacije naših bolnikov. Te službe so:

- Medicinska rehabilitacija z delovno terapijo
- Respiratorna fizioterapija
- Socialna služba
- Služba za klinično psihologijo
- Logopedska služba
- Nevrofizioterapija
- Ambulantne dejavnosti.

Naštete dejavnosti so sedaj izredno razdrobljene po posameznih SPS (samostojne poslovne skupnosti) ali KO (kliničnih oddelkih). To pomeni, da danes nekatere dejavnosti obstajajo in so na voljo bolnikom samo na posameznih SPS ali KO. Na vseh ostalih teh storitev praktično ni ali pa je dostop do njih težak ali celo nemogoč kljub temu, da so s strani zdravnikov naročeni ali celo zahtevani.

Zakaj je temu tako? Odgovor na to vprašanje bom poizkušal prikazati v diplomski nalogi. Te posamezne dejavnosti/službe so tako organizirane od nekdanje razdrobljenosti in nepovezanosti posameznih služb pa imata tudi veliko drugih pomanjkljivosti, kot na primer:

- nekoordinirana rehabilitacija,
- podvajanje storitev,
- dražje storitve,
- nekatere storitve niso enako dostopne vsem bolnikom,
- malo ali skoraj nič izobraževanja za zaposlene,
- strokovni napredek je počasen in velikokrat zaostaja za Evropo,
- storitve se ne izvajajo po standardih, ki bi morali biti enotni za celotno bolnišnico in za vse službe,
- na koncu zdravljenja v bolnišnici za bolnike ne vemo, v kakšnem rehabilitacij-

skem statusu so odpuščeni v nadaljnje zdravljenje oziroma v domačo oskrbo.

Pomembno je poudariti, da so se znotraj bolnišnice razvile posamezne specialne dejavnosti, ki imajo za podlago enako strokovno izobrazbo, po obsegu in načinu dela pa so si zelo različne. Ta razvoj predstavlja pozitivno smer, ki jo želim v nadaljevanju in sami reorganizaciji centralne rehabilitacijske službe vsekakor obdržati in jo še dodatno izboljšati.

Danes je pogled na delovanje posameznih služb, ki naj bi bile sestavni del celostne rehabilitacije bolnika, zelo nepregleden in deluje zmedeno. Obstoječa rehabilitacija je organizirana v obliki centrov ali pa samostojno kot sestavni del posameznih kliničnih oddelkov. V sliki 3.1 je prikazana SPIN analiza stanja rehabilitacije (Tavčar 1999, 74).

Slika 3.1 SPIN analiza stanja v rehabilitaciji danes

		SPIN ANALIZA	
		+PRILOŽNOSTI	- TEŽAVE
ZNOTRAJ	Prednosti:	Slabosti:	
	<ul style="list-style-type: none"> - visoko usposobljeni kadri, - veliko izkušenj. 	<ul style="list-style-type: none"> - nepovezanost, razdrobljenost, - strokovna nepovezanost, - nekoordinirana rehabilitacija, - slabša kvaliteta storitev, - nizka produktivnost, - obstoj in nastajanje »vrtičkov«. 	
ZUNAJ	Izzivi:	Nevarnosti:	
	<ul style="list-style-type: none"> - uvajanje novih metod dela, - izvajanje novih storitev. 	<ul style="list-style-type: none"> - diktiranje cen dobaviteljev, - korupcija, - konkurenca iz EU. 	

V bolnišnici obstaja množica posameznih služb za medicinsko rehabilitacijo, katere izvajajo samo del celostne rehabilitacije in še to samo na svojih matičnih KO.

Takšne službe ali centri so:

- *Centralna medicinska rehabilitacija*, ki zaposluje zdravnike specialiste fizikalne terapije, fizioterapevte in delovne terapevte. Njihovo delo medicinske rehabilitacije se nanaša samo na SPS Kirurška klinika. Pomembno je pouda-

riti, da je ta center v statutu bolnišnice umeščen kot dejavnost skupnega pomena za celotno bolnišnico.

- *Respiratorna fizioterapija*, ki se je razvila kot specialnost za bolnike s težavami pri dihanju, deluje pod okriljem KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok. Svoje storitve izvaja samo za bolnike na SPS Kirurška klinika.
- *Fizioterapija SPS Pediatrične klinike* izvaja predvsem storitve lokomotorne in nevrofizioterapije, v manjšem obsegu pa tudi storitve respiratorne fizioterapije, vendar za te storitve nima posebej izšolanih fizioterapevtov, kar pomeni, da vsi izvajajo vso fizioterapijo samo za svoje bolnike.
- *Fizioterapija SPS Ortopedska klinika* izvaja samo storitve lokomotorne fizioterapije za svoje bolnike na kliničnem oddelku in v svoji ambulanti.
- *Fizioterapija SPS Infekcijska klinika* ima večino storitev na področju lokomotorne fizioterapije, le 20% časa ena od zaposlenih izvaja storitve respiratorne fizioterapije. Vso fizioterapijo izvajajo samo za svoje bolnike.
- *Fizioterapija SPS Nevrološka klinika* izvaja predvsem storitve s področja lokomotorne in nevrofizioterapije. Ostale postopke, predvsem respiratorne fizioterapije, pa izvaja en zaposlen, vendar le v dopoldanskem času. Vse storitve opravijo samo za svoje bolnike.
- *Fizioterapija SPS Interna klinika* zajema vse svoje klinične oddelke, vsi fizioterapevti opravljajo storitve lokomotorne in respiratorne fizioterapije. Delovni terapevti opravljajo storitve na vseh kliničnih oddelkih.
- Tudi na ostalih strokovnih org., ki niso povezani v SPS-ih, izvajajo posamezne postopke rehabilitacije, so pa po številu storitev bistveno manjši. To pa ne pomeni, da ostali storitev celostne rehabilitacije ne potrebujejo. Tudi število zaposlenih je bistveno manjše kot na ostalih SPS-ih.

Ostale službe, ki sodelujejo pri rehabilitaciji bolnika, so izvzete iz timske obravnave bolnika, se pa v obravnavo vključujejo, ko jih nekdo iz medicinske ekipe obvesti. Velikokrat pride ta poziv prepozno, zato se hospitalizacija in potek rehabilitacije podaljšata.

Takšne službe so:

- Služba za socialno delo, ki deluje na različnih področjih v posameznih SPS ali kliničnih oddelkih. Med seboj niso povezani v enotno službo, ki bi bila skupnega pomena za celotno bolnišnico.
- Služba za klinično psihologijo je na posameznih KO prisotna še manj kot socialna služba. Njihovo delovanje je usmerjeno predvsem na bolnike, ki so v programu za transplantacije organov. Prisotnost te stroke bi bila potrebna tudi na mnogih drugih KO, zlasti pomembno bi bilo preventivno delovanje in pogovori s svojci bolnikov.
- Logopedska služba je organizirana samo na eni kliniki, vendar bi bila po mnenju strokovnjakov za logopedijo potrebna tudi na nekaterih drugih KO.

3.1.1 Zaposleni v bolnišnici po dejavnostih, pomembnih za rehabilitacijo

Zaposleni, ki delujejo na vseh področjih rehabilitacije, imajo vsaj višješolsko izobrazbo, veliko jih je tudi z visoko strokovno ali univerzitetno izobrazbo, pa tudi z magistriranjem ali doktoratom. Strukturo zaposlenih po posameznih profilih in številom le teh prikazuje tabela 3.1.

Tabela 3.1 Pregled števila zaposlenih skupaj po posameznih profilih (poklicih)

Stopnja izobrazbe Poklic	Višješolska izobrazba	Visokošolska izobrazba	Univerzitetna izobrazba
Fizioterapevt	116	52	
Delovni terapevt	9	6	
Klinični psiholog			14
Logoped			3
Socialni delavec	5	10	
Zdravnik			6+1

Vir: Gradivo za svet zavoda 2005, 23.

3.1.2 Zaposleni v dejavnosti po posameznih SPS-ih in KO-ih

V tabeli 3.1 izgleda sistem in razporeditev zaposlenih v bolnišnici urejen in pregleden. Da pa temu ni tako in da je dejansko v razporeditvi zaposlenih zmeda in posledično temu tudi slaba kadrovska politika, prikazuje tabela 3.2.

Tabela 3.2 Primerjalni prikaz zaposlenih po posameznih kliničnih oddelkih ali SPS-ih

Poklic SPS ali KO	Logoped	Socialni delavec	Klinični psiholog	Fizio- terapevt	Resp. fizio- terapevt	Del. terapevt	Zdravnik
SPS Interna							
Klinika-vodenje		1	1	9			
Kl. inšt. za med. dela, prometa in športa			2	2			
KO za nevrologijo	1	1	2	12		3	
SPS Kirurška kl. vodenje			1				
SPS Ginekološka klinika		2	1	5			
SPS Pediatrične klinike		1	6	8			
Klinika za ORL	2		1				
Upravno admin. sl.		3					
Oskrbovalne sl. zdr. nege		6					
Center za med.reh				45		11	6
KO za revmatologijo				4		1	
KO za anest. in int. ter. kirurških strok					36		1
KO za žilne bolezni				3			
Kl.za dermatovene- rologijo				1			
Kl. za inf. bolezni in vročinska stanja				6			
Očesna klinika				1			
Ortopedska klinika				24			

Vir: Gradivo za svet zavoda 2005, 27.

Iz navedenega je razvidna trditev, da posamezni profili niso zastopani ne samo na navedenih klinikah, temveč tudi na KO, kjer bolniki dejansko nimajo dostopa do nekaterih storitev rehabilitacije.

3.1.3 Število postelj na posameznih SPS-ih po kategorijah

V bolnišnici imajo vsi SPS-i in KO razvrščene kategorije postelj po težavnosti oskrbe bolnikov. Običajni oddelki imajo negovalne postelje, kjer so v oskrbi »najlažji bolniki«. Druga stopnja so postelje v intenzivnih negah, ki so sicer razvrščene v več kategorij, vendar za samo razumevanje prikaza problema niso pomembne. Enako velja za postelje v intenzivni terapiji. Prikaz števila postelj je v tabeli 3.3.

Tabela 3.3 Število postelj po SPS-ih

Št.postelj SPS	Negovalni oddelek	Intenzivna nega	Intenzivna terapija	Skupaj
Interna klinika	332	123	18	473
Kirurška klinika	437	277	69	783
Pediatrična klinika	155	86	12	253
Nevrološka klinika	63	60	10	133
Ginekološka klinika	280	43	3	326
Ostale strokovno org. enote, ki niso povezane v SPS	422	47	10	479

Vir: Gradivo za svet zavoda 2005, 34.

Opomba: Služba, center ali SPS, ki nima posteljnih kapacitet je iz tabele izpuščen

Za dodatno osvetlitev problema pa je pomembna primerjava števila vseh postelj s številom zaposlenih po posameznih dejavnostih za rehabilitacijo. Ta primerjava je prikazana v tabeli 3.4.

Tabela 3.4 Primerjava med št.postelj in št.zaposlenih v SPS-ih

SPS	1 število postelj	2 št.zaposlenih	Indeks 1:2
Interna klinika	473	28	16,9
Kirurška klinika	783	100	7,8
Pediatrična klinika	253	15	16,8
Nevrološka klinika	133	17	7,8
Ginekološka klinika	326	8	40,75
Ostale str. org. enote, ki niso povezane	479	39	12,3

Vir: Gradivo za svet zavoda 2005, 33.

Opomba: V št. zaposlenih na SPS Interne kl. So šteti tudi zaposleni v upravno administr. službah in iz oskrbovalnih enot zdr.nege; v št. zaposlenih na SPS Kirurške kl. so šteti zaposleni v Centru za med.rehabilitacijo.

Kot rečeno, tabela 3.4 prikazuje primerjavo med številom zaposlenih vseh profilov v posameznem SPS- u, ki so v procesu rehabilitacije na tem področju zaposleni in vseh posteljnih kapacitet, ni pa upoštevana težavnostna stopnja posameznih bolnikov. Pomembno je to, da naj bi na težje bolnike prišlo tudi večje število vseh profilov zaposlenih.

3.2 Analiza stanja dejavnosti rehabilitacije

Analizo stanja rehabilitacije v bolnišnici sem opravil s pomočjo ankete, ki sem jo izpeljal med 10.3.2006 in 24.4.2006.

Zaradi obsežnega problema, ki sem ga želel analizirati, je anketni list obsegal štiri strani. Področje analize je izredno široko, vendar sem bil zaradi preglednosti ankete omejen s številom vprašanj. Že pri tem omejenem obsegu je bila vsaj pri nekaterih anketirancih izkazana slabost, da so zaradi obsega ankete na navzkrižna vprašanja odgovarjali različno.

Anketni vprašalnik je sestavljen iz štirih delov. V prvem delu so zahtevani splošni podatki anketiranca, v drugem delu sledijo vprašanja s področja rehabilitacije, v tretjem delu anketiranci ocenjujejo delo, strokovnost, organiziranost, prijaznost zaposlenih in odzivnost v takšni rehabilitaciji, kot jo vidijo zaposleni, bolniki in njihovi svojci danes. V četrtem, zadnjem delu pa anketiranci odgovarjajo na vprašanja, ki se nanašajo na bodočo ureditev rehabilitacije in njen vpliv na organiziranost in kvaliteto storitev ter strokovnost.

Anketne vprašalnike sem razdelil med sodelavce, ki imajo različno stopnjo izobrazbe in zasedajo različna delovna mesta ter med bolnike in njihove svojce. To sta bili tudi dve osnovni skupini, ki sem ju preučeval. Skupaj sem med obe skupini razdelil 120 anketnih vprašalnikov. V šestih tednih raziskave mi je bilo vrnjenih 99 anketnih vprašalnikov, 21 vprašalnikov ni bilo vrnjenih.

3.2.1 Rezultati ankete

80 anketnih vprašalnikov sem razdelil med zaposlene in 40 med bolnike oziroma njihove svojce. V času raziskave sem prejel 78 vrnjenih vprašalnikov od zaposlenih in 21 od bolnikov ali njihovih svojcev. Iz skupine zaposlenih nista bila vrnjena 2 vprašalnika, iz skupine bolniki-svojci ni bilo vrnjenih 19 vprašalnikov.

Obe glavni skupini sem razdelil na dve podskupini in sicer na tiste, ki so ZA spremembe in na tiste, ki so PROTI spremembam rehabilitacije v bolnišnici. Rezultati so prikazani v tabeli 3.5.

Tabela 3.5 Rezultati za in proti spremembam v obeh skupinah anketirancev

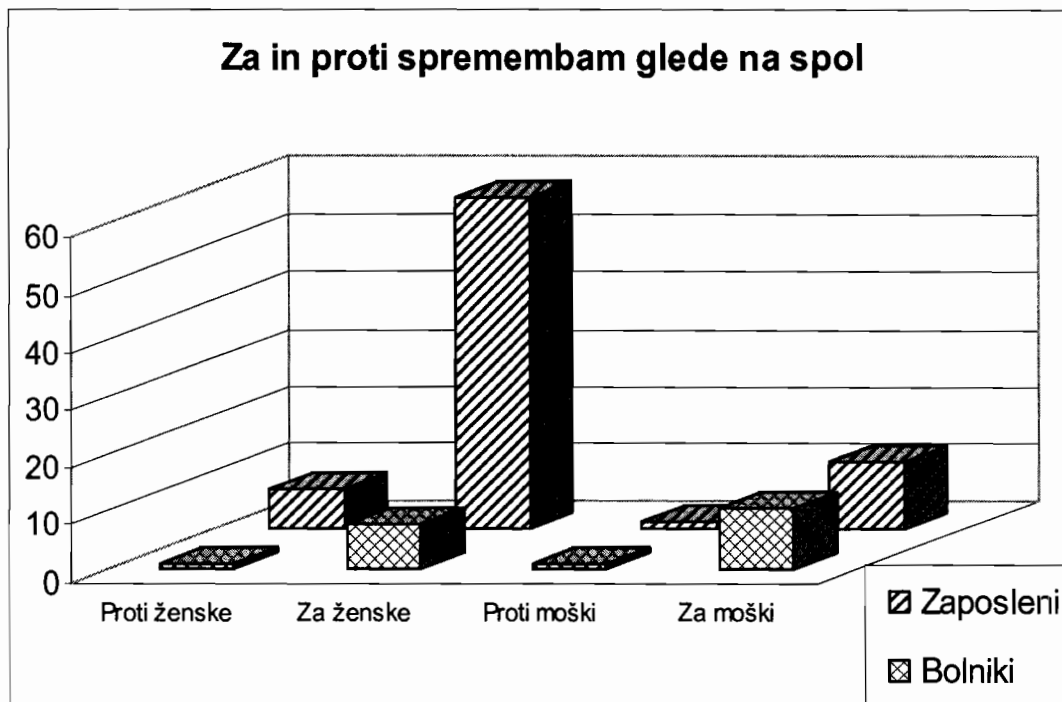
Anketiranci	Zaposleni	Bolniki in svojci	Skupaj
ZA	70	19	89
PROTI	8	2	10
NI BILO VRNJENO	2	19	21
SKUPAJ	80	40	120

3.2.2 Rezultati odgovorov na vprašanja iz prvega dela ankete

V prvem delu ankete je vidna struktura anketirancev po spolu, izobrazbi, vodstvenem položaju in poznavanju organiziranosti oziroma načinu delovanja rehabilitacije.

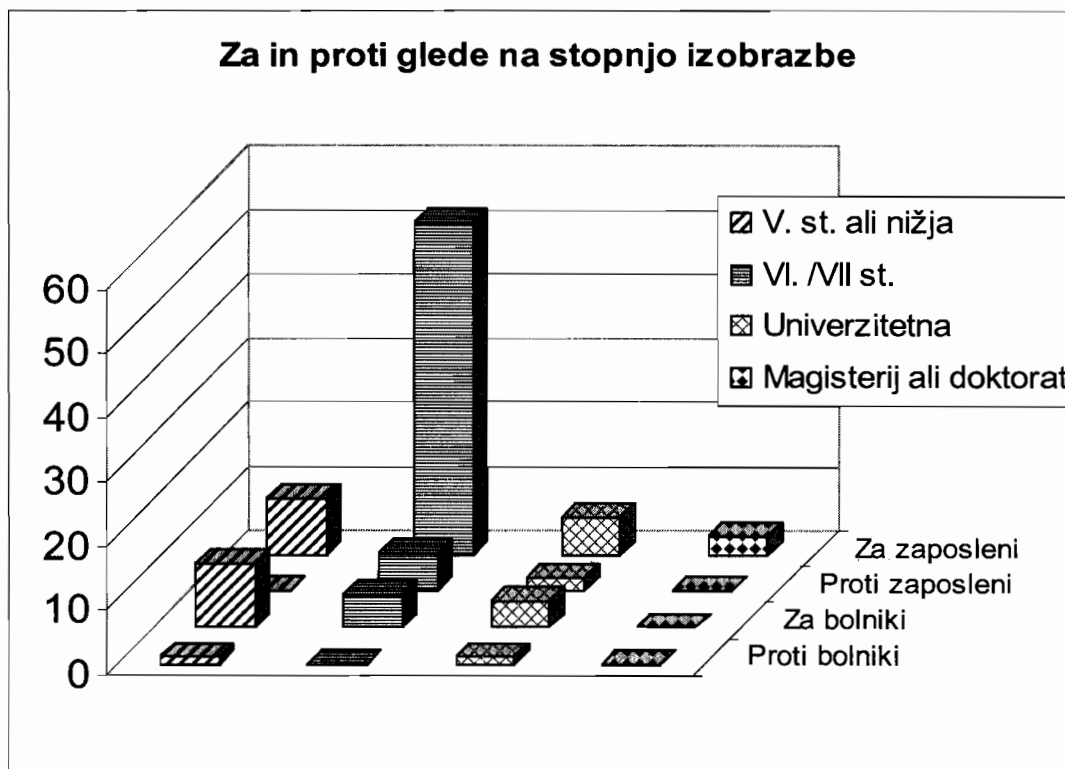
V sliki 3.2 je prikazano število odgovorov »za« in »proti« po spolu. Ker je v bolnišnici v večini zaposlena ženska populacija, je tudi temu primerno število anketirancev ženskega spola večje.

Slika 3.2 Graf prikaza števila odgovorov posameznih anketirancev po spolu



Druga pomembna primerjava je primerjava med stopnjo izobrazbe v obeh skupinah med ZA in PROTI. Število posameznih odgovorov je prikazano v sliki 3.3.

Slika 3.3 Graf prikaza števila odgovorov za in proti glede na stopnjo izobrazbe v obeh skupinah



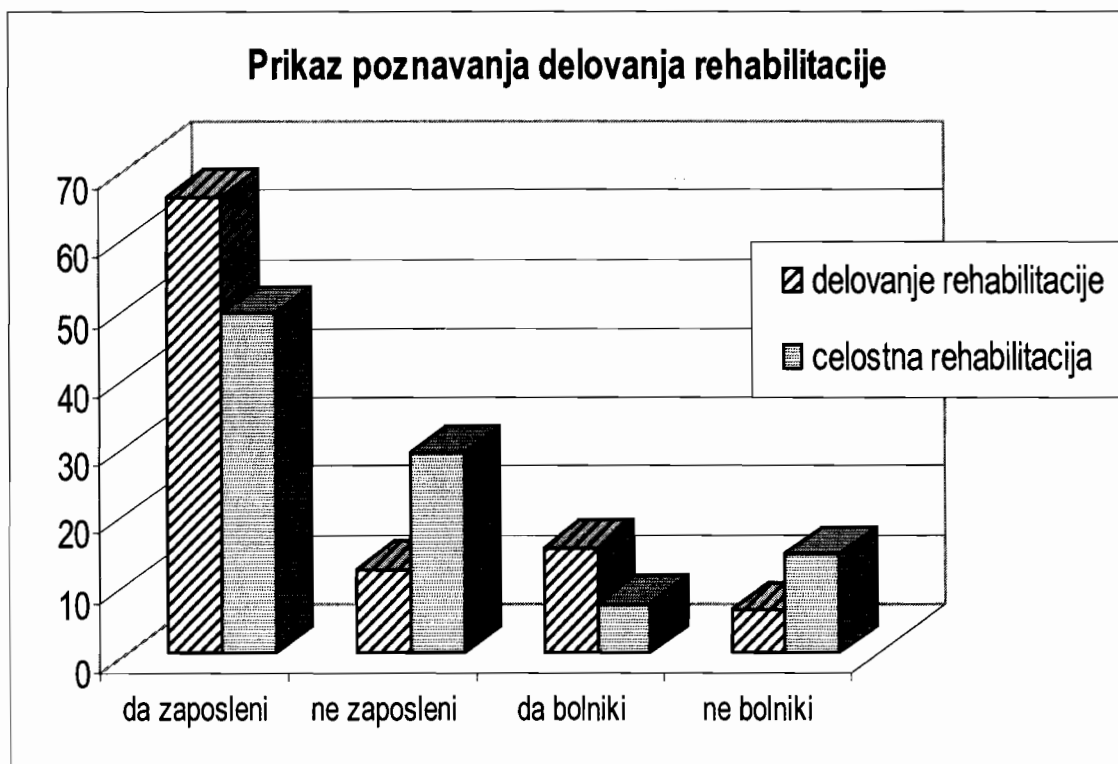
Podatke glede na vodstveno delovno mesto prikazuje tabela 3.6.

Tabela 3.6 Odgovori glede na delovno mesto oziroma vodstveni položaj zaposlenih

Delovno mesto	ZA	PROTI
1. Timski vodja	16	0
2. Vodja manjšega ali večjega oddelka	9	4
3. Nadzorni vodja	1	0
4. Vodja kliničnega oddelka	3	0
5. Vodja SPS	0	0
6. Ne zasedam mesta vodje	41	4

V sliki 3.4 je prikazano število odgovorov o poznavanju organiziranosti rehabilitacije v bolnišnici danes.

Slika 3.4 Graf prikaza poznavanja organiziranosti rehabilitacije v bolnišnici

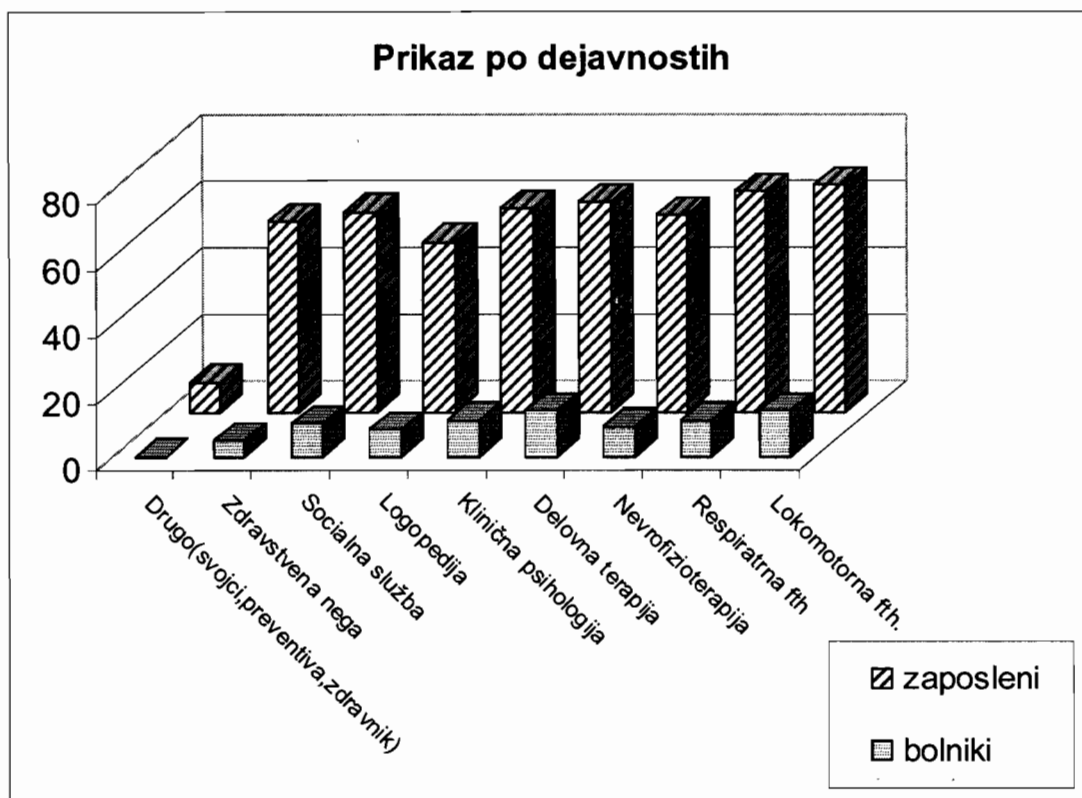


3.2.3 Rezultati odgovorov na vprašanja iz drugega dela ankete

V tem delu vprašalnika so lahko anketiranci na vprašanja odgovorili z več odgovori. V prvem vprašanju me je zanimalo, ali bi našteje dejavnosti lahko bile tiste, ki bi sestavljale celostno rehabilitacijo po reorganizaciji, v drugem in tretjem vprašanju pa sem želel izvedeti, zakaj so bili za oziroma proti spremembam.

V sliki 3.5 je prikazano število posameznih dejavnosti, ki naj bi bile vključene v celostno rehabilitacijo.

Slika 3.5 Graf prikaza št. odgovorov po posameznih dejavnostih



V tabeli 3.7 so prikazani razlogi, za katere so anketiranci menili, da so bistven vzrok sprememb v organiziranosti rehabilitacije.

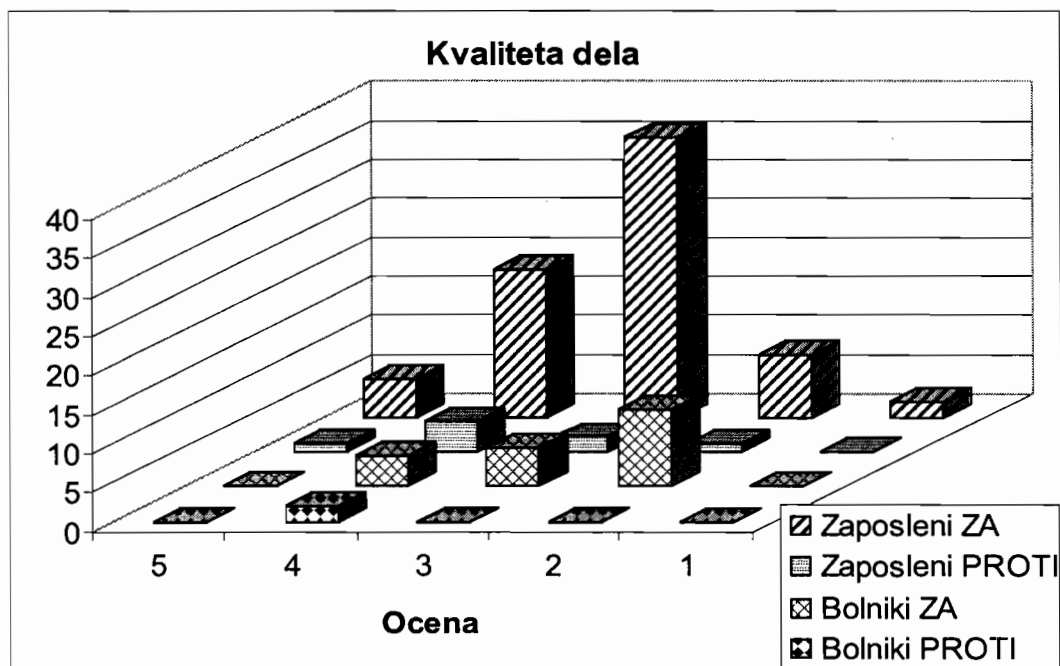
Tabela 3.7 Razlogi za spremembo organiziranosti rehabilitacije

Kriteriji/ razlogi	Zaposleni	Bolniki
Slabo organizirana	17	12
Ne enak dostop do storitev	53	10
Slaba kvaliteta storitev	8	5
Razdrobljenost po bolnišnici	44	10
Pomanjkanje kadra	42	7
Premalo izobraževanja	20	2
Pomanjkanje in zastarela oprema	37	8
Nepovezanost dejavnosti	51	11

3.2.4 Rezultati odgovorov na vprašanja iz tretjega dela ankete

V tem delu so anketiranci ocenjevali posamezne parametre z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni ocena 1 slabo, 5 zelo dobro. Ocenjevali so kvaliteto dela, organiziranost, strokovnost, prijaznost in odzivnost rehabilitacijskega tima. V nadaljevanju so prikazani rezultati po posameznih kriterijih za obe glavni skupini in njuni podskupini. V sliki 3.6 so prikazani rezultati ocene za kvaliteto dela rehabilitacijskega tima.

Slika 3.6 Graf prikaza ocen kvalitete dela rehabilitacijskega tima



V tabeli 3.8 so prikazani rezultati ocenjevanja organiziranosti rehabilitacijskega tima.

Tabela 3.8 Ocene organiziranosti rehabilitacijskega tima

Skupine Ocena	Zaposleni ZA	Zaposleni PROTI	Bolniki ZA	Bolniki PROTI
1	4	0	6	0
2	19	1	6	0
3	31	2	3	1
4	16	4	3	1
5	0	1	1	0

V tabeli 3.9 so prikazane ocene za kriterij strokovnosti rehabilitacijskega tima

Tabela 3.9 Ocene strokovnosti rehabilitacijskega tima

Ocena	Skupine	Zaposleni ZA	Zaposleni PROTI	Bolniki ZA	Bolniki PROTI
1		0	0	0	0
2		1	0	3	0
3		20	0	9	0
4		37	5	4	2
5		12	3	3	0

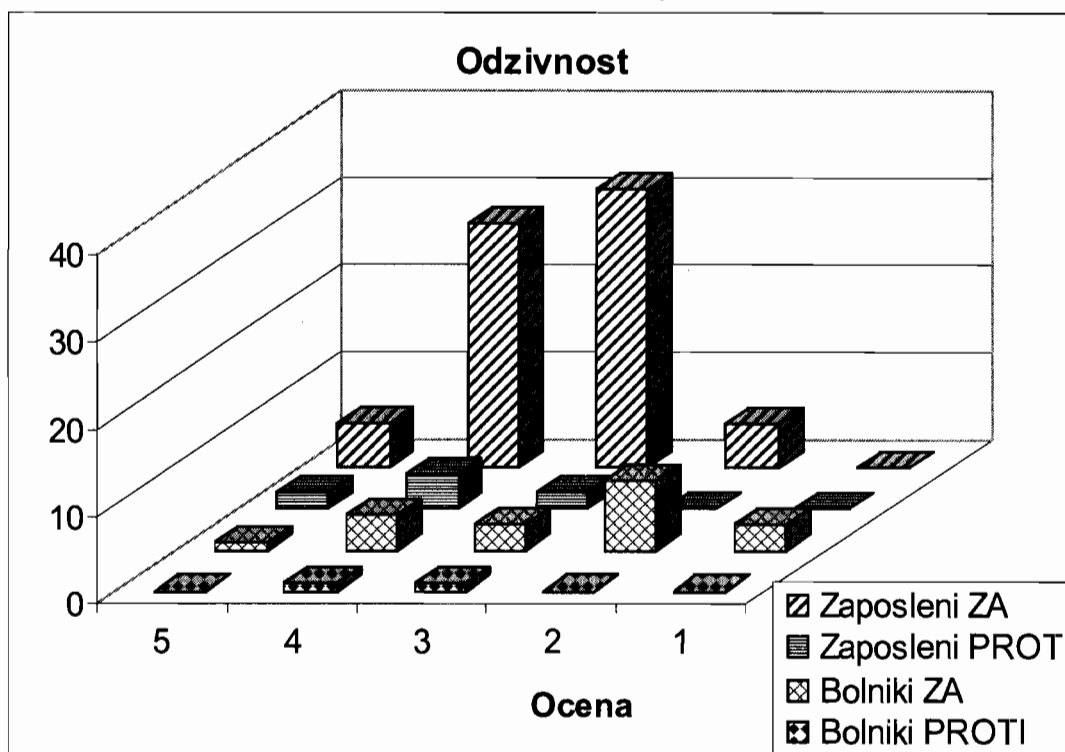
Za četrti kriterij ocenjevanja prijaznosti v rehabilitacijskem timu so ocene prikazane v tabeli 3.10.

Tabela 3.10 Ocene prijaznosti rehabilitacijskega tima

Ocena	Skupine	Zaposleni ZA	Zaposleni PROTI	Bolniki ZA	Bolniki PROTI
1		0	0	0	0
2		1	0	2	0
3		9	1	5	0
4		42	3	10	2
5		18	4	2	0

Zadnji kriterij v tem delu, ki so ga anketiranci ocenjevali, je bil kriterij odzivnosti rehabilitacijskega tima. Ocene so prikazane v sliki 3.7.

Slika 3.7 Graf prikaza ocen odzivnosti rehabilitacijskega tima

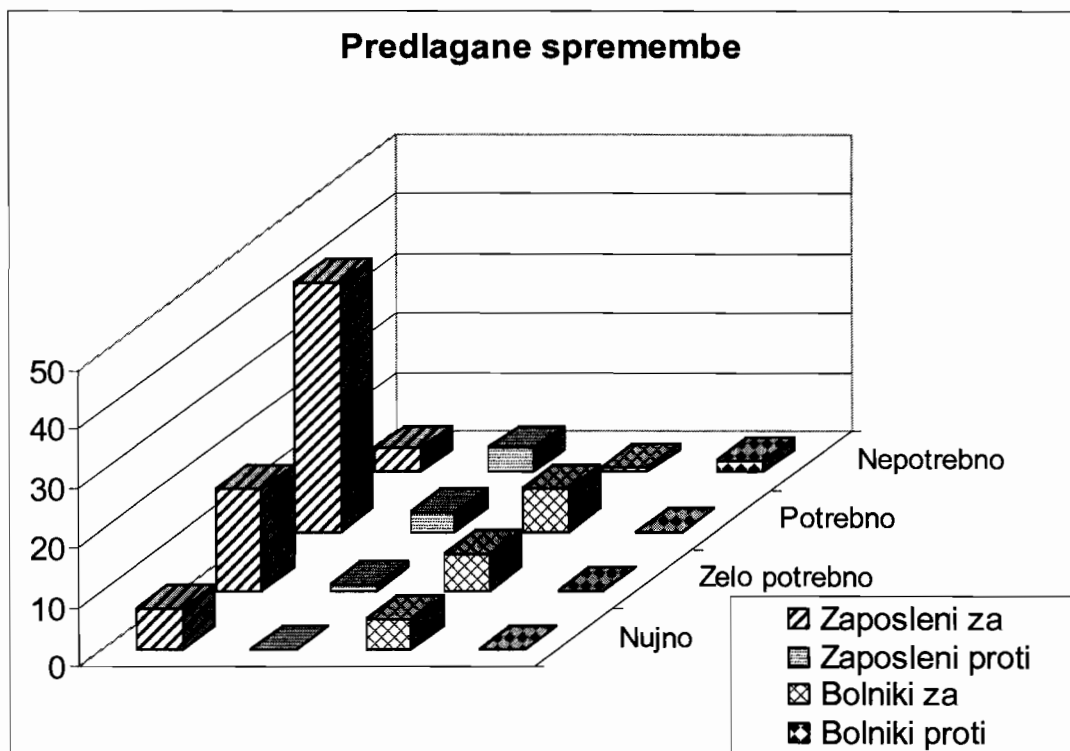


3.2.5 Rezultati odgovorov na vprašanja iz četrtega dela ankete

V zadnjem, četrtem delu anketnega vprašalnika so anketiranci odgovarjali na vprašanja ali je potrebno spremeniti organiziranost tako, kot je zapisano v uvodu četrtega dela vprašalnika in ali bo takšna sprememba izboljšala kvaliteto storitev, strokovnost ter dala več možnosti za izobraževanje.

V sliki 3.8 so prikazani rezultati odgovorov o predlaganih spremembah organiziranosti rehabilitacije.

Slika 3.8 Graf prikaza št. odgovorov po skupinah o predlaganih spremembah organ



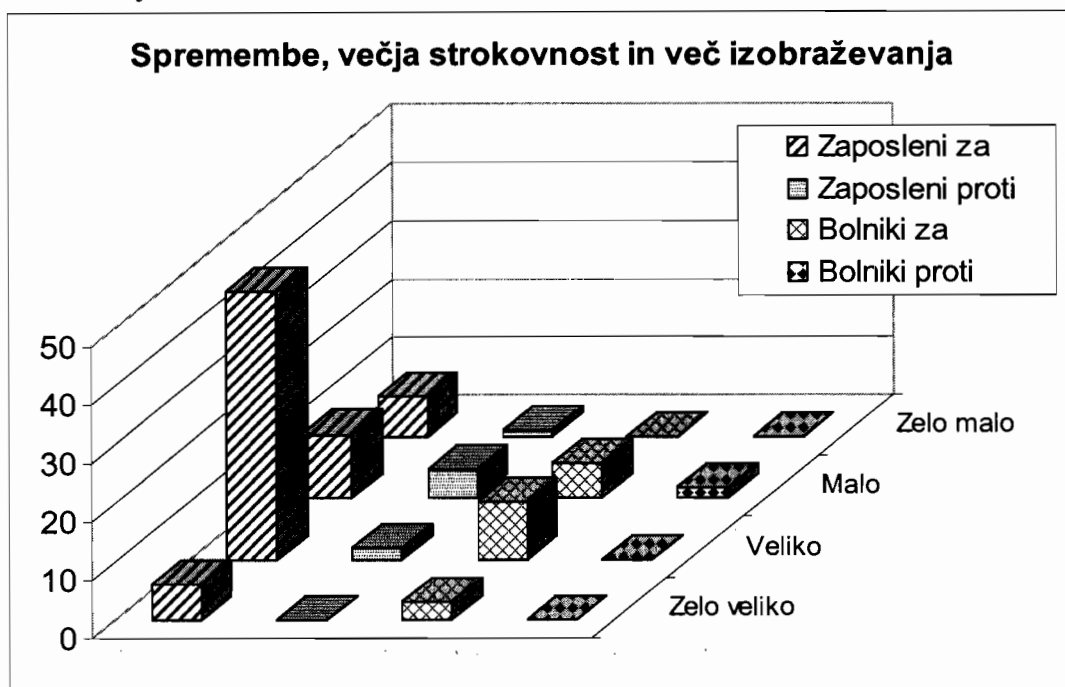
V tabeli 3.11 je prikazano število odgovorov na vprašanje, ali bi predlagane spremembe vplivale na boljšo kvaliteto storitev.

Tabela 3.11 Spremembe v organiziranosti in kvaliteta storitev

Trditve	Skupine	Zaposleni ZA	Zaposleni PROTI	Bolniki ZA	Bolniki PROTI
Zelo malo		5	2	0	0
Malo		10	4	4	2
Veliko		45	1	11	0
Zelo veliko		10	1	4	0

V sliki 3.9 je prikazano, koliko pomembnosti anketiranci pripisujejo povezavi med spremembami v organiziranosti rehabilitacije in večji strokovnosti ter večji možnosti za izobraževanje.

Slika 3.9 Graf prikaza potreb po spremembah v organiziranosti, ter več strokovnosti in izobraževanja



3.2.6 Analiza rezultatov ankete

Iz prikazanih rezultatov ankete je razvidno, da so nekateri odgovori na zastavljena vprašanja signifikantni. To pomeni, da tako zaposleni kot uporabniki storitev vidijo in si želijo sprememb, ki bi vodile v hitrejšo, kakovostnejšo in bolj učinkovito rehabilitacijo, ki ji lahko rečemo tudi celostna rehabilitacija. V nadaljevanju analiziram samo odgovore ZA spremembe, ker ti odgovori izstopajo in so za prikaz reorganizacije rehabilitacije v bolnišnici bistvenega pomena. Odgovorov, ki so PROTI spremembam, ne bom podrobneje analiziral, saj je njihovo število zelo nizko (samo 8%).

Velika večina anketirancev je odgovorila na anketni vprašalnik in ga vrnila. To pomeni, da je bila tematika zanimiva in da večina, kar 74% vprašanih meni, da so spremembe potrebne. Visok odstotek odgovorov ZA spremembe kaže, da si velika večina močno želi, da bi do sprememb na področju dejavnosti prišlo, kaže pa tudi na to, da si spremembe želijo tako zaposleni kot uporabniki.

Iz prvega dela anketnega vprašalnika bi po številu odgovorov izpostavil naslednjo povezavo med odgovori:

- povezava v obeh skupinah anketirancev med starostjo, delovno dobo in stopnjo izobrazbe,
- od skupaj 89-ih anketirancev je bilo v anketo zajeto po starostni strukturi ze-

lo podobno število anketirancev od mladih do 30 let pa do tistih nad 50 let, ki so bili tudi po delovni dobi enakomerno porazdeljeni v vse skupine,

- nekoliko manj jih je bilo samo v skupini od 11 do 15 let delovne dobe,
- po stopnji izobrazbe je izstopala skupina s VI in VII stopnjo izobrazbe, kar je logično, saj ima velika večina zaposlenih v bolnišnici, ki sodelujejo pri rehabilitaciji, doseženo ravno ti dve stopnji izobrazbe.

Iz tega dela lahko tako ugotovim, da je bil vzorec reprezentativen in da odraža trenutno stanje v bolnišnici, hkrati pa to pomeni, da so bili med anketiranimi tako mladi kot starejši, bolj izkušeni in da so visoko izobraženi strokovnjaki.

Signifikantni del analize rezultatov predstavlja primerjava glede na stopnjo izobrazbe. Odgovore v tej primerjavi sem razdelil v tri skupine, v katerih so upoštevani odgovori anketirancev iz skupine zaposlenih in bolnikov ter njihovih svojcev. Dodatno sem vsako od teh treh skupin razdelil še na dve podskupini.

Te skupine so:

1. Anketiranci s peto stopnjo izobrazbe: podskupina anketirancev, ki ima vodstveni položaj in druga podskupina, ki vodstvenega položaja ne zaseda.
2. Anketiranci s šesto in sedmo stopnjo izobrazbe: podskupina anketirancev, ki ima vodstveni položaj in druga podskupina, ki vodstvenega položaja ne zaseda.
3. Anketiranci z univerzitetno izobrazbo, magisterijem ali doktoratom: podskupina anketirancev, ki ima vodstveni položaj in druga podskupina, ki vodstvenega položaja ne zaseda.

Glede na omenjeno delitev sem ob analizi odgovorov iz drugega, tretjega in četrtega dela anketnega vprašalnika dobil naslednje rezultate:

Podrobni rezultati iz vseh treh skupin so prikazani v tabeli 3.12, ki je v prilogi 2.

1. Na prvo vprašanje je velika večina iz vseh skupin ne glede na to, ali je ali ni na vodstvenem položaju odgovorila, da pozna delovanje rehabilitacije v bolnišnici in da s takim delovanjem ni zadovoljna. Ta večina pomeni kar 82% anketirancev.
2. Pri drugem vprašanju o celostni rehabilitaciji izstopa z večino samo druga skupina. Za prvo in tretjo skupino lahko rečem, da v trenutnem načinu delo-

vanja rehabilitacije niso bistveno vključeni in angažirani. Delujejo bolj kot zunanji izvajalci in so prisotni samo na poziv. V prvi skupini so to zdravstveni tehniki, ki sicer so pomembni del procesa zdravljenja, vendar je njihovo delo usmerjeno bolj k negovanju bolnika. Pri rehabilitaciji sodelujejo le kot pomočniki pri izvajanju določenih postopkov. Druga skupina pomeni jedro sedanjega načina izvajanja rehabilitacije v bolnišnici in je zato bistvenega pomena za uspeh reorganizacije. Ta odstotek je presenetljivo visok in je takšen ne glede na vodstveni položaj, kar 65,5%. V tretji skupini pa so to socialni delavci, klinični psihologi, logopedi in celo zdravniki, ki pa so tu v vlogi naročnika in nadzornika izvajanja rehabilitacije.

3. Glede na predlagane strokovne službe, ki naj bi sestavljale novo reorganizirano rehabilitacijo, je bilo iz odgovorov na tretje postavljeno vprašanje možno potegniti samo en zaključek. Ogromna večina je za to, da se te dejavnosti povežejo in vključijo v novo prestrukturirano rehabilitacijo v naši bolnišnici. Ta večina predstavlja ob upoštevanju odgovorov vseh skupin kar 91%.
4. Med razlogi, zaradi katerih naj bi se izvedla reorganizacija v bolnišnici, izstopajo naslednji odgovori po skupinah:
 - Ne glede na vodstveni položaj v prvi skupini izstopajo odgovori: pomanjkanje kadra, neenak dostop bolnikov do storitev, zastarela in dotrajana oprema in razdrobljenost – nepovezanost po bolnišnici.
 - V drugi skupini so najpogostejši odgovori: nepovezanost na strokovnem področju, neenak dostop bolnikov do storitev, razdrobljenost-nepovezanost po bolnišnici ter zastarela in dotrajana oprema.
 - Iz tretje skupine lahko izpostavim naslednje odgovore: nepovezanost na strokovnem področju, neenak dostop bolnikov do storitev, zastarela in dotrajana oprema, ter razdrobljenost – nepovezanost po bolnišnici.

Iz navedenega lahko zaključim, da so vsem skupinam skupni naslednji razlogi:

- nepovezanost na strokovnem področju,
- neenak dostop bolnikov do storitev,
- razdrobljenost-nepovezanost dejavnosti po bolnišnici,
- zastarela in dotrajana oprema.

Odgovora, da je rehabilitacija slabo organizirana ni med prvimi tremi, kar ne preseneča, saj so anketiranci v pogovoru dejali, da so ocenjevali predvsem organiziranost svoje službe katere del so in da je ta po njihovem mnenju dobra.

5. Zanimive so tudi ocene posameznih kriterijev o delovanju rehabilitacije, takšne kot jo poznamo danes. V analizi so prikazane povprečne ocene za posamezen kriterij ocenjevanja, pri čemer ocena 1 pomeni slabo, 2 zadostno, 3 dobro, 4 prav dobro in 5 zelo dobro. Rezultati glede na skupine in podskupine odstopajo. Najbolj enotna ocena je ocena kriterija za prijaznost osebja, ki je od 3,6 do 4,3. Najnižjo oceno je v vseh skupinah in podskupinah prejel kriterij organiziranosti rehabilitacije. Tako lahko ugotovim, da kljub vsemu anketiranci menijo, da organiziranost rehabilitacije v bolnišnici ni ravno dobra, saj je povprečna ocena iz vseh skupin le 2,6; ostali trije kriteriji, ki so se ocenjevali, pa imajo po skupinah in podskupinah podobne ocene.
6. V zadnjem delu so navedene povprečne trditve o potrebnih spremembah in kaj bi te spremembe prinesle. Pri prvem vprašanju ocena 1 pomeni nepotrebno, 2 potrebno, 3 zelo potrebno in 4 nujno. Tu najbolj izstopa podskupina na vodstvenem položaju iz tretje skupine, ki meni, da so spremembe v organiziranosti zelo potrebne. V prvi skupini anketiranci, ki so na vodstvenem položaju menijo, da so spremembe potrebne. Ostale podskupine so nekje vmes. Pri drugem in tretjem vprašanju ocena 1 pomeni zelo malo, 2 malo, 3 veliko in 4 zelo veliko. Pri drugem vprašanju najbolj izstopata oceni prve skupine anketirancev, ki so na vodstvenem položaju in tretje skupine anketirancev, ki niso na vodstvenem položaju. Obe menita, da bodo spremembe v organiziranosti veliko pripomogle k boljši kvaliteti dela. Na tretje vprašanje v vseh skupinah menijo, da bodo spremembe veliko pripomogle k strokovnosti in omogočile več izobraževanja.

Za zaključek analize lahko rečem, da so rezultati ankete potrdili moja pričakovanja. Tako zaposleni kot izvajalci in bolniki kot uporabniki se zavedajo, da je potrebno na področju rehabilitacije nekaj spremeniti, seveda pa to, kaj je potrebno spremeniti, bolj vedo zaposleni, kot bolniki ali njihovi svojci. Predvsem pri vprašanju, ali naj bi nov način organizirane rehabilitacije vključeval vse naštetе strokovne službe, si je bila veli-

ka večina anketirancev enotna, da so to tiste službe, ki morajo biti povezane. V pogovoru so mi vsi anketiranci predvsem za zdravstveno nego dejali, da je to dejavnost, ki deluje na samostojnem področju in je tesno, vendar posredno povezana z rehabilitacijo bolnika in zato so jo tudi dodali kot potrebno, da sodeluje pri rehabilitacijski obravnavi bolnika. Nekateri anketiranci so poudarili, da je potrebno v celostno rehabilitacijo vključiti tudi sorodnike in vpeljati delovanje preventivne službe. Druga pomembna ugotovitev je ta, da so v tretjem in četrtem delu ankete z ocenami potrdili, da je to dejavnost v bolnišnici potrebno reorganizirati-povezati v enotno centralno službo, ki bo delovala za celotno bolnišnico. Glavni razlogi, ki govorijo takšni odločitvi v prid so: danes je rehabilitacija neučinkovita, razdrobljena, organizacijsko in strokovno nepovezana, marsikje slabo organizirana in ne omogoča celostne obravnave bolnika.

3.3 Organizacija in spreminjanje organizacije

Organizacijo ustanovijo lastniki, da bi dosegli smotre in cilje, ki ustrezajo njihovim interesom. Vsaka organizacija je torej instrument za doseganje ciljev in interesna združba udeležencev. Poslovanje organizacije lastniki poverijo managerjem, katerih izidi dejavnosti so odločitve, ki morajo zagotavljati učinkovito in uspešno delovanje organizacije. Same odločitve so rutinske, analizne in intuitivne; delež rutinskih je največji v izvajalnem managementu, delež intuitivnih pa v vršnem managementu. Tri temeljne vloge v organizaciji so upravljanje, poslovanje in izvajanje. Na vsako organizacijo delujejo vplivi zunanjih in notranjih udeležencev, torej vseh, ki imajo v organizaciji svoje interese in jih zmorejo uveljaviti. Rezultanta interesov vplivnih udeležencev je vizija organizacije, ki obsega temeljno zamisel o organizaciji in videnje organizacije v prihodnosti. Za uresničevanje vizije ima organizacija postavljene temeljne cilje, to so smotri organizacije, njim pa je podrejena hierarhija ciljev organizacije. Dobri cilji so skladni s smotri in sami med seboj, merljivi, dosegljivi in vzpodbudni. Za uspešno izpeljavo vizije je potrebno imeti tudi dobro politiko organizacije, ki jo tvorijo smotri (le ti pa izhajajo iz vizije) in cilji ter strategije za doseganje teh ciljev. Strategijo organizacije tvorijo usklajene sestavine dejavnosti in urejenosti. Za uspešno delovanje organizacije so bistvenega pomena vrednote posameznih udeležencev in kultura organizacije. Vrednote udeležencev so osnova kulture organizacije, ki jo tvorijo še navade, vzorniki in medsebojna interesna razmerja sodelavcev v organizaciji.

Če želimo spremeniti organiziranje organiziranosti organizacije, moramo računati predvsem na to, da moramo spremeniti kulturo organizacije (Tavčar 1999, 8), kar pa je zahteven in dolgotrajen proces. Z drugimi besedami- kultura je »način, kako se stvari v podjetju dogajajo«, da obstoječa kultura ni skladna s cilji organizacije in kot takšna ne omogoča doseganja dolgoročnih ciljev organizacije. Zato je potrebno začeti spreminjati obstoječo raven kulture po njenih sestavinah, kar pomeni, od »zastrupljene« kulture k ozdravljeni, v kateri so cilji posameznika in cilji organizacije skladni. Spreminjanje kulture v organizaciji je dolgotrajen proces; proces, ki je soočen z izjemno močnimi odpori do sprememb; proces, ki ga ni mogoče izvesti radikalno in naenkrat, temveč stalno in postopno; proces, ki ga je mogoče izvesti šele po končanih drugih metodah radikalnega spreminjanja, npr. prestrukturiranja. Razlogi za spremembe so lahko:

- *Osamosvajanje*: z izločanjem oziroma prestrukturiranjem dejavnosti pričakujemo boljše gospodarjenje z javnimi sredstvi.
- *Stroški*: vedno večja rast stroškov zadeva tudi nepridobitne organizacije, ki dokazujejo učinkovitost svojega delovanja in posebej porabljanja dodeljenih sredstev z varčnim in umnim gospodarjenjem.
- *Odvisnost od javnih sredstev*: ne glede na vir in obliko financiranja občutijo nepridobitne organizacije krčenje javne porabe.
- *Konkurenca*: predvsem tiste organizacije, ki oskrbujejo s storitvami druge ljudi, se srečujejo z vso večjo konkurenco pridobitnih organizacij, ki opravljajo isto ali podobno dejavnost.
- *Profesionalizacija*: vsi zaposleni so poklicni sodelavci, imajo veliko prednost strokovne storitve, za katero pa se zahteva vedno višja poklicna strokovnost, ki pajo lahko pridobijo le s stalnim učenjem (Širca, Tavčar, Abrahamsberg 2003, 59).

Spreminjanje je lahko »trdo« ali »mehko«. Ker je obravnavana organizacija javni zavod, je kulminacija interesov in kultur zelo pestra. V obravnavanemu primeru uporabimo postopek mehkega spreminjanja, ki je sicer daljši, je pa glede na situacijo ustrenejši in dolgoročno ugodnejši. Mehko spreminjanje lahko storimo s prehodi, ki temeljijo na ustvarjalnem snovanju novih zamisli in možnosti, lahko pa tudi z načinom učeče se organizacije in celovitim obvladovanjem kakovosti. Učeča se organizacija je izrazito mehka metoda, saj govori o nenehnem pridobivanju in snovanju znanj in izkušenj, ki jih

potem preišljeno in sistematsko uvaja v svojo dejavnost. Tako naj bi organizacija omogočala sodelavcem, da kar najboljše razvijejo in izrabijo svoje zmožnosti in ustvarjalnost. Tako je mogoče povečati sposobnost in uspešnost organizacije kot celote. Organizacija se naj uči znotraj in zunaj, sama o sebi, o konkurentih, odjemalcih in vseh drugih zunanjih okoljih. Na ta način prihaja do postopne prenovne in razvoja nove kulture organizacije. Ker želim, da nova Centralna rehabilitacijska služba postane organizacija, ki bo vitka in agilna, dinamična in virtualna, mrežna in adaptivna in inteligentna in nenehno učeča, predlagam naslednje spremembe (Dubrovski 2004,160-162).

3.4 Spremembe v organizaciji rehabilitacije v bolnišnici

Predlagam, da se Centralna rehabilitacijska služba oblikuje in organizira kot samostojna strokovna organizacijska enota (SOE), tako kot to določa in omogoča statut bolnišnice sprejet leta 1996 in kasneje tudi večkrat dopolnjen, nazadnje leta 2005 (Statut bolnišnice 1996, 3-6).

Naštete strokovne službe se združijo pod enotno centralno službo, ki se imenuje Centralna rehabilitacijska služba ali s kratico CRS. Te strokovne službe so:

- Lokomotorna fizioterapija z nevrofizioterapijo
- Respiratorna fizioterapija
- Delovna terapija
- Klinična psihologija
- Logopedija
- Socialna služba (stiki s svojci in organiziranje preventivne dejavnosti)

Pravno formalno se organiziranost uredi s sklepom sveta zavoda in spremembo statuta, s to spremembo pa prenehajo obstajati posamezne naštete strokovne službe znotraj bolnišnice po posameznih KO ali SPS in drugi samostojni centri ali službe. Vsi kadri, oprema in ostalo se prenese na CRS in ker je to popolnoma nova služba opredelimo tudi njeno poslanstvo, vizijo in cilje.

3.4.1 Poslanstvo, vizija in cilji CRS

Poslanstvo

Zaposleni v Centralni rehabilitacijski službi bolnišnice ponujamo bolnikom in dru-

gim uporabnikom najkakovostnejšo raven rehabilitacijskih storitev. S svojim znanjem in prizadevanjem zadovoljujemo njihove potrebe ter skrbimo za njihovo zadovoljstvo in dobro počutje.

Zaposlenim in študentom dajemo dostop do informacij in dela, ki jim omogoča dopolnjevanje znanja in osebni strokovni razvoj.

Vizija

Vizija Centralne rehabilitacijske službe bolnišnice je postati in ostati sodobna služba skupnega pomena za bolnišnico, ki bo v ponudbi in strokovnem znanju na področju rehabilitacije enakovredna podobnim službam v svetu.

Cilji

Cilji Centralne rehabilitacijske službe so.:

- Kakovostne storitve na vseh področjih rehabilitacijskih dejavnosti, tako za bolnike v bolnišnici in za tiste, ki obiskujejo rehabilitacijo ambulantno.
- Izvajanje storitev po najvišjih standardih.
- Uvajanje novih storitev in postopkov rehabilitacije.
- Znanstveno raziskovalno delo.
- Izobraževanje zaposlenih, študentov in izvajanje preventivnih dejavnosti za zdravo življenje.
- Organiziranje in vodenje seminarskih in kongresnih dejavnosti z vseh področij rehabilitacije.
- Spremljanje in uvajanje novih načinov in metod dela.

Da bi v CRS dosegli zastavljene cilje ali jih celo presegli, bi bilo potrebno vse strokovne službe povezati na organizacijskem in strokovnem nivoju. Z uvedbo takšne spremembe bi dosegli določene prednosti v zunanjem in notranjem okolju bolnišnice ter zmanjšali vpliv slabosti in nevarnosti notranjega in zunanjega okolja na samo dejavnost.

3.4.2 SPIN analiza

V sliki 3.10 so prednosti in slabosti notranjega okolja ter izzivi in nevarnosti zunanjega okolja prikazane v SPIN ali SWOT analizi.

Slika 3.10 SPIN analiza za snovanje politike CRS (Tavčar 1999, 74)

SPIN ANALIZA	
+PRILOŽNOSTI	
- TEŽAVE	
ZNOTRAJ	<p>Prednosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visoko usposobljeni kadri, - veliko izkušenj - velika podpora za spremembe, - podpora vršnega managementa, - soglasje ustanovitelja/vlada RS, - enotna kadrovska politika, - sodoben informacijski sistem, - ustrezno nagrajevanje zaposlenih.
ZUNAJ	<p>Izzivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uvajanje novih standardov storitev, - izvajanje novih storitev, - ugled bolnišnice, - nove metode dela, - izobraževanje in mentorsko delo, - trženje svojih storitev navzven.
	<p>Slabosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - novo nastala služba, - nasprotniki sprememb, - začetne organizacijske težave.
	<p>Nevarnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konkurenca iz EU, - neugodna pogodba z zdravstveno zavarovalnico

3.4.3 Primerjava SPIN analize pred in po reorganizaciji

Spremembe se kažejo v pridobivanju prednosti, ki ob visoki podpori s strani zaposlenih, managementa in ustanovitelja prinesejo pomembne premike:

- enotno kadrovsko politiko,
- ustrezen in kvaliteten informacijski sistem,
- nagrajevanje zaposlenih

Istočasno pomeni reorganizacija navzven določene večje izzive za bolnišnico:

- uvajanje novih in enotnih standardov izvajanja storitev,
- trženje svojih storitev navzven,
- izobraževalno in mentorsko delo tudi navzven,
- dvig ugleda bolnišnice

Hkrati se z reorganizacijo odpravijo določene notranje težave:

- nepovezanost in razdrobljenost,
- strokovna nepovezanost,
- nekoordinirana rehabilitacija,
- nizka produktivnost,

- odprava in preprečevanje nastajanja »osebnih vrtičkov«

Do določene mere zmanjšamo tudi vpliv nevarnosti, ki pretijo od zunaj, kjer mislim predvsem na korupcijo in enoten nastop nasproti dobaviteljem opreme in potrošenega materiala. Pojavi pa se nova nevarnost, ki je možna predvsem s strani zdravstvene zavarovalnice zaradi sklepanja pogodbe.

Pomembna je ugotovitev, da boljša organiziranost in prestrukturiranje prineseta ne samo več prednosti in izzivov oziroma zmanjšan vpliv nevarnosti in slabosti v bolnišnici, temveč to pomeni višjo kvaliteto storitev za naše uporabnike in večje zadovoljstvo zaposlenih, managementa zavoda in ustanovitelja.

3.4.4 Politika CRS

Pogosta je dilema ali voditi politiko, ki je centralno obvladovana in togo formalizirano strateško načrtovana ali pa jo popolnoma decentralizirati. Menim, da nobena od navedenih skrajnosti ni prava. V poslovni praksi je resnica nekje vmes med obema skrajnostma. Pomembno je, da je organizirana prožno in z ustvarjalnim snovanjem politike povezana v učinkovito in uspešno ustanovo.

CRS bo imela tri nivoje vodenja.:

- vodenje CRS kot celote v smislu poslovanja in strokovnega vodenja
- vodenje v posameznih službah
- tretji, najnižji nivo vodenja, je vodenje v timih.

Strokovni svet bo usmerjal in opredeljeval smernice strokovnega razvoja službe skupaj z vodstvom CRS. Ožje vodstvo CRS je sestavljeno dvopartitno in sicer iz poslovnega in strokovnega dela. Poslovni del vodi poslovni direktor (člani poslovnega sveta so vsi vodje posameznih služb); strokovni direktor vodi strokovni svet CRS (člani strokovnega sveta so vsi pedagoški vodje posameznih služb). Tretji nivo vodenja je najštevilčnejši, to so timski vodje.

V pomoč vsem trem nivojem vodenja je ustrezno organizirana administrativna služba CRS. Vse ostale potrebne službe, ki so nujne za delovanje so že organizirane na nivoju bolnišnice, kot npr. računovodstvo, kadrovska in pravna služba, nekateri informacijski sistemi, tehnično vzdrževalne službe, itd.

Bistvene spremembe v organiziranosti rehabilitacije bodo:

1. Pomembno je, da bodo timi delovali pri bolniku, kar pomeni, da so fizično pri-

sotni in vključeni v tok dogajanj na bolniških oddelkih. Tako bodo lahko delovali hitro in učinkovito ter izvajali vse potrebne storitve rehabilitacije na posameznih KO. Sestavili bomo dve vrsti timov, od katerih bodo prvi tako imenovani stalni timi. Njihova prisotnost bo na KO, zaradi velikih potreb po stalni in nepretrgani obravnavi bolnikov, neprekinjena. Z njimi bodo sodelovale in se vključevale po potrebi ali na klic posamezne strokovne službe CRS, ki na teh oddelkih ne bodo stalno prisotne. Druga oblika bodo timi, ki ne bodo imeli točno določenih KO, za katere bi organizacijsko in strokovno odgovarjali. Delovali bodo po potrebi na vseh tistih KO, ki ne zahtevajo ali ne potrebujejo stalne prisotnosti rehabilitacijskega tima. Znotraj njih bodo oblikovani tudi timi za tako imenovane posebne storitve rehabilitacije (npr. neinvazivna ventilacija in CPAP ventilacija) in ker te storitve zahtevajo posebno strokovno izurjenost, ter so posebnega pomena za celotno bolnišnico, bodo takšne time sestavljali posebej izšolani strokovnjaki.

2. Vse službe bodo zagotavljale 14-urno prisotnost rehabilitacijskih timov na KO od ponedeljka do petka. V soboto bo prisotnost 12-urna, ob nedeljah in praznikih pa 11-urna. To pomeni, da se uvede delo v dveh izmenah med tednom in dežurstvo ob sobotah, nedeljah in praznikih.
3. V CRS se vpelje enotni informacijski sistem, s katerim bo možno evidentirati rehabilitacijske storitve, spremljati bolnika od prihoda v bolnišnico do odpusta iz bolnišnice, voditi enotno statistiko, obračunavati storitve, naročati in nadzirati porabo potrošnih in drugih materialov, voditi evidenco prisotnosti zaposlenih, posredovati informacije s področja izobraževanja po posameznih strokah in informirati zaposlene o dogodkih.
4. Za preprečevanje korupcije se ustanovi poseben sklad, v katerega se zbirajo sredstva raznih dobaviteljev, ki imajo politiko izplačevanja provizij za naročila potrošnega materiala in opreme. Ta provizija se nakazuje na poseben račun CRS, denarna sredstva iz tega sklada pa se uporabljajo izključno za izobraževanje in šolanje zaposlenih. Za kontrolo nad temi sredstvi se imenuje komisija, ki vodi evidenco sredstev in njihovo porabo.
5. Pri strokovnem svetu CRS se ustanovi komisija za izobraževanje, v katero vsaka strokovna služba predlaga enega predstavnika, ki izmed sebe izvolijo predsedni-

- ka komisije. Komisija je zadolžena za pripravo programov izobraževanja, za usklajevanje kontinuiranega internega izobraževanja po posameznih službah, za evidenco izobraževanja vseh zaposlenih. Obe komisiji skupaj koordinirata porabo denarja za izobraževanje, ki ga po pravilniku bolnišnice o izobraževanju nakazuje zavod, iz sklada dobaviteljev in iz drugih sredstev.
6. V organizacijski shemi je predviden tudi strokovni svet CRS, v katerega se iz vsake strokovne službe imenuje en predstavnik, vodi ga strokovni direktor CRS.
 7. Vpelje se permanentno interno izobraževanje zaposlenih: tedensko na določen dan izmenično vsaka od strokovnih služb pripravi strokovno predavanje.
 8. Pripravi se program za preventivno izobraževanje bolnikov in svojcev: koordinira in vodi ga strokovni svet CRS.
 9. Strokovni svet s pomočjo ostalih posameznikov, zaposlenih v CRS, pripravi in poenoti standarde storitev ter opiše postopke izvajanja teh storitev.
 10. Poslovni direktor za vse zaposlene s pomočjo kadrovske službe pripravi opis del in nalog za vsa delovna mesta.
 11. Na podlagi opisa del in nalog vsakemu posamezniku ustrezne službe v bolnišnici izdajo nove sklepe o zaposlitvi.
 12. V fazi ustanavljanja CRS se skupaj s strokovnim svetom CRS pripravi nova kadrovska politika, katere namen in glavni cilj je zagotovitev ustreznega števila strokovnjakov po posameznih področjih oziroma strokah. Del pomanjkanja kadra se zagotovi s prerazporeditvijo že zaposlenih, razliko manjkajočega kadra pa se nadomesti z novo zaposlitvijo, tako pripravnikov kot tudi delavcev, ki že imajo ustrezne izkušnje.

3.5 Nova organiziranost rehabilitacije kot CRS

Nova organiziranost rehabilitacije temelji na naslednjih konceptih prestrukturiranja:

Programsko-tržno prestrukturiranje pomeni, da se bodo znotraj CRS programi razširili tudi na KO, ki sedaj nimajo tistih storitev v takšni obliki, kot jih imajo nekateri drugi KO. Razširijo se programi respiratorne terapije, delovne terapije, klinične psihologije in v določenih segmentih storitve socialnega dela. CRS se tako s svojimi storitvami odpre tudi trgu izven bolnišnice, predvsem na področju izobraževanja (Dubrovski 2004, 101).

Za uspešno trženje teh storitev na zunanjih trgih se bo uporabljal trženjski splet 7P. Trženjski splet 7P sestavljajo naslednje prvine:

- P-1 storitev, ki je glavni igralec ne samo v trženjskem spletu, temveč sploh v trženjski filozofiji.
- P-2 cena, ki je denarni izkaz izdelka v našem primeru storitve. Na oblikovanje cene vplivata predvsem konkurenca (ponudba in povpraševanje).
- P-3 distribucija, kar pomeni organizirano izvajanje storitve po ustreznih prodajnih poteh oziroma mest.
- P-4 promocija predstavlja enega od načinov komuniciranja s potrošnikom, da se hitreje odloči za našo storitev.
- P-5 ljudje, so tisti, ki imajo pri izvajanju storitev izredno pomembno vlogo. Tu nastopajo ljudje kot kupci ali potrošniki na eni in ljudje kot izvajalci na drugi strani.
- P-6 izvajanje predstavlja bistvo storitve. Pri tem mora biti poskrbljeno za varnost, kakovost in ustrezno hitrost pri opravljanju storitev.
- P-7 fizični dokazi predstavljajo vse tisto, kar kupec-potrošnik vidi, sliši ali občuti (Devetak 2000, 4-7).

Razvojno in tehnološko prestrukturiranje bo usmerjeno predvsem k doseganju ciljev na področju integriranosti področij in procesov, relativnemu zniževanju stroškov in povečevanju produktivnosti in fleksibilnosti z uporabo sodobnih metod, kot so investicije v osnovna sredstva, kadre in trg (Dubrovski 2004, 115).

Kadrovsko in organizacijsko prestrukturiranje pomeni, da bomo postavili nove strukture, ki se nanašajo na zaposlene kot sedanje posamezne dele organizacije zavoda. Namen kadrovskega prestrukturiranja je postavitvev takšne strukture kadrov v CRS, ki bo omogočala doseganje zastavljenih ciljev. Tu ne bo zmanjševanja števila zaposlenih »downsizing«, ampak bo zaradi povečanega obsega poslovanja potrebno celo povečati število zaposlenih. Pri prestrukturiranju te organizacije ne gre za primarni cilj sprememb, temveč gre za ponovno integracijo dela, spremembo obstoječega načina dela, določanje pristojnosti in odgovornosti, večanje ustvarjalnosti, večanje motiviranosti sodelavcev, zmanjševanje nadzora in spremembo stila vodenja (Dubrovski, 2004: 130).

Informacijsko prestrukturiranje bo potrebno izpeljati zaradi notranjih sprememb, ki bodo nastale zaradi reorganizacije rehabilitacije. Enoten informacijski sistem bo omo-

gočil izvedbo ostalih korakov. Hkrati je spodbujen tudi zaradi neposrednih zahtev v neposrednem okolju ustanove (potrošniki, dobavitelji, konkurenca, itd) in dosežki razvoja same informacijske tehnologije. Za naš bolnišnico oziroma CRS je prestrukturiranje informacijskega sistema ključnega pomena za učinkovito in konkurenčno delovanje (Dubrovski 2004, 134).

Ker želim ustvariti sodobno organizirano službo znotraj obstoječe organizacije, menim, da je potrebno spremeniti tudi kulturo te službe. Najprimernejši način, ki zajema vse značilnosti CRS, je način »Učeče se podjetje«. Ta način označuje podjetje, katerega kultura temelji na neprestanem pridobivanju novega znanja, ki bo podlaga tudi za spreminjanje vedenja članov podjetja. V to učenje vključujem dve vrsti učenja: prvo je generativno učenje, ki je povezano z ustvarjalnostjo, drugo pa je adaptivno učenje, ki je povezano s posnemanjem. Sedanja kultura obsega v podjetju prevladujoče vrednote, vzorce in navade ter značilnosti neformalnih razmerij med sodelavci. V posameznih službah se danes kultura odraža kot prepričanje in predstava o vrednotah, iz česar izhajajo določene norme in pravila obnašanja, te pa se udejanjajo v stvarno vedenje zaposlenih v službah. Zavedam se, da je spreminjanje kulture v bolnišnici dolgotrajen proces, ki bo soočen z izjemno močnimi odpori do sprememb in proces, ki ga ni mogoče izvesti radikalno in naenkrat, temveč stalno in postopno (Tavčar 1999, 234).

Za uspešno izpeljavo prestrukturiranja bom upošteval načela KOMPI (kontroliranje, organiziranje, motiviranje, planiranje, informiranje) (Markič 2003, 6-15). Ta načela so značilna z vidika managementa proizvodnje, vendar menim, da se lahko s pridom uporabijo tudi pri managementu storitev.

3.5.1 Kontroliranje

V CRS kontroliranje pomeni nadziranje poteka izvajanja vseh storitev znotraj CRS (Eigler in drugi 1977, 16). Sistem izvajanja storitev, ki sodelujejo pri izvajanju storitve, sestoji iz več delov. Te glavne sestavine so:

1. tri sestavine, ki so deli sistema »ponujanje/izvajanje« storitve:
 - »fizična podpora« storitvam
 - kontaktno osebje
 - sistem notranje organiziranosti,
2. odjemalec (kupec in/ali uporabnik), lahko jih je tudi več (posameznik ali organi-

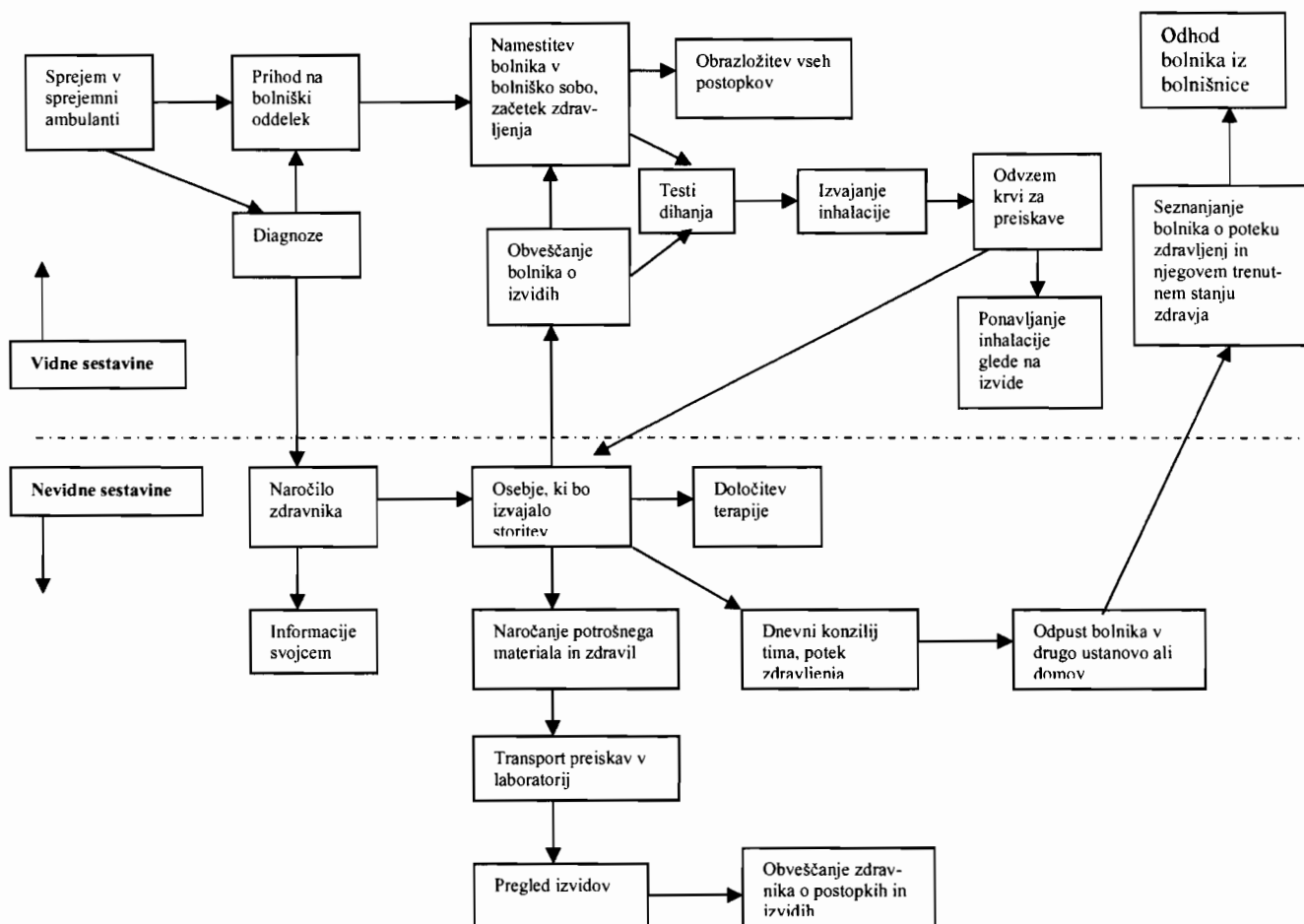
zacija),

3. ravni storitve, ki je izid medsebojnega vplivanja med odjemalcem(ci) in sistemom.

Da bi bila storitev ustrezno izvedena, je potrebno oblikovati storitev kot proces. Pomemben je predvsem tisti del, ki ga odjemalec zazna, seveda pa je delovanje sestavin sistema storitve, ki jih odjemalec lahko zaznava, odvisen od podpornih sestavin, ki jih odjemalec ne zaznava.

Za ustrezno kontroliranje izvajanja storitev se lahko uporabi metoda snemanja procesov. Z njo identificiramo aktivnosti, njihove tokove, odnose, stroške, zaloge (rezerve) in ozka grla. Snemanje procesov omogoča nadzor logičnega sosledja stopenj v procesu, hkrati pa lahko uporabimo snemanje procesov tudi za ugotavljanje sestavin storitev, ki se dogajajo za sceno in jih odjemalci ne zaznavajo, ter tistih sestavin, ki jih odjemalci zaznavajo in so stične točke med njimi in izvajalci storitev. Z ustreznim oblikovanjem nadzora okoliščin, v katerih odjemalci sprejemajo storitev, lahko izničimo njihov občutek negotovosti o delovanju sistema. V sliki 3.11 prikazujem primer strukture sestavin storitve inhalacije bolnika na bolniškem oddelku, kjer črtkana črta loči sestavine za sceno od tistih na sceni. Prikaz storitve je narejen s pomočjo procesnega diagrama (Mudie, Cottam 1993, 53).

Slika 3.11 Sestavine storitve »inhalacije bolnika na bolniškem oddelku« (procesni diagram)



Pri izvajanju storitev je zelo pomemben človeški dejavnik, saj se storitev izvaja neposredno na samem mestu, kontaktno osebje pa je bistvenega pomena za kvaliteto storitev in zadovoljstvo odjemalcev. Ker se bo večina storitev v CRS izvajala timsko, bo potrebno opredeliti ne samo kaj kdo dela, ampak tudi kdaj, kje, komu, na kakšen način in zakaj. Potrebno je torej opredeliti odnose med posamezniki, ki bodo sodelovali pri izvajanju posameznih storitev.

Pri nadziranju človeškega faktorja bo velik poudarek na obnašanju kontaktnih oseb, ki lahko bistveno pripomorejo k zadovoljstvu odjemalcev. Samo obnašanje osebja se lahko nanaša na zamujanje pri izvajanju, reagiranje na potrebe ali želje odjemalcev in na (ne)primerne/(ne)potrebne geste ali aktivnosti osebja. Pomembno je tudi povezovanje kontaktnega osebja z okoljem, kjer ima le-to dve temeljni vlogi: informiranje in zastopanje. Seveda se pri opravljanju takšnih storitev pojavljajo tudi razni konflikti, ki jih bomo reševali na strokoven in priložnosti primeren način. Ker običajno pri konfliktu ne gre samo za dva udeleženca, kontaktno osebo in odjemalca, temveč tudi za tretjo osebo,

to je storitvena organizacija, bomo v CRS uporabili pri reševanju konfliktov in nadziranju le teh vsa pravila, standarde in postopke, kot so določeni s pravili bolnišnice (Snoj 2000, 65).

3.5.2 Organiziranje

V skladu s postavljenimi cilji CRS bo organizirana tudi celotna služba. Sprememba organiziranosti bo prisotna na vseh ravneh sestavljenosti CRS, usmerjena pa bo predvsem na zmanjševanje stroškov poslovanja in povečanje produktivnosti. Za doseganje teh dveh ciljev bo potrebno:

- analizirati sedanje ravnanje vseh zaposlenih,
- oblikovati odgovornosti in pristojnosti po delovnih mestih,
- povezati delovna mesta med seboj,
- preprečiti prekrivanja del in postopkov,
- ustrezno razporejati proste kadre,
- preprečiti oblikovanje »lastnih vrtičkov«,
- upoštevati obseg nadzora, vodenja in odgovornosti v okviru posameznega vodje,
- vzpostaviti stabilno organiziranost, ki bo hkrati prilagodljiva spremembam, ki jih narekuje razvoj in okolje.

Ker je strogo centralizirana shema organiziranosti preživel način usmerjanja zaposlenih, bo CRS organizirana na nov, kombiniran način, ki bo združil prednosti centralizirane in decentralizirane organizacijske sheme. To pomeni, da bo CRS imela izvajalne sisteme organizirane po enotah, torej po KO, funkcije kadrovanja novih ljudi, izobraževanja, naročanja opreme in potrošenega materiala pa zaradi učinkovitosti centralizirane. Ob tem je zelo pomemben pristop k realizaciji takšne organiziranosti, zato je pristop, ki povečuje vključenost vseh zaposlenih pomemben v tem, da izhaja iz predpostavke, da so vsi zaposleni sposobni razmišljanja, usklajevanja in povezovanja dela ter nadzora svojega dela in dela sodelavcev. Takšen pristop poudarja samo nadzor in samoupravljanje, ki ju podpirata participiranje vseh zaposlenih v managementu organizacije in njihovo nenehno usposabljanje. Tako bo poslovodstvo CRS dejansko distribuiralo moč informacije, znanja in nagrade po vsej organizaciji. Seveda mora biti vse skupaj nadzorovano ob upoštevanju mavrice možnosti obeh skrajnosti, tako na eni strani popolnega

nadzora in na drugi strani najvišje stopnje samoupravljanja.

3.5.3 Motiviranje

Za doseg ciljev reorganizacije bo potrebno premagati določene odpore. Največ jih pričakujem pri posameznikih/sodelavcih, kar je bilo do določene mere potrjeno tudi v anketi. Ti razlogi so lahko:

- pričakovanje zahtev po bistvenih spremembah navad zaradi strahu pred ogroženimi koristmi posameznika,
- občutek ogroženosti, ker sprememba prinaša določeno tveganje, strah pred novim in neznanim,
- dojemanje samo tistih informacij, ki so v skladu s posameznikovimi navadami in predstavami o koristih (Robbins 1991, 640-642).

Da zmanjšam odpor, bom pri prestrukturiranju rehabilitacije uporabljal mehke pristope uvajanja sprememb. Že v začetni fazi priprav na spremembe bom skušal pridobiti iz vseh posameznih služb po nekaj sodelavcev, da bodo pomagali snovati politiko in strategijo sprememb, pri tem jih bom usmerjal. Natančno in celovito bom o poteku in postopkih sprememb informiral vse sodelavce, katerih se reorganizacija tiče. V največji možni meri bom poizkušal upoštevati vse zakonitosti in navade posameznih formalnih in neformalnih skupin, ki obstajajo ob takšni razdrobljenosti rehabilitacije, kot je v bolnišnici danes, saj bo tako zadoščeno v največji meri vsem interesom zaposlenih. Glede na to, da spremembe sodelavce obremenjujejo, se bodo le-te uvajale postopoma in selektivno v razumnih časovnih obdobjih. Nasprotja interesov bom obvladoval s pomočjo pogajanj med posamezniki in med posameznimi skupinami, znotraj skupin in med skupinami in interesom bolnišnice, ki jo v postopku sprememb tudi zastopam.

Skupaj s temi koraki pa bom postopno pripravil tudi pravila za nagrajevanje uspešnih posameznikov. Nagrajevanje bo materialno in nematerialno. Iz posebnega sklada, ki je ustanovljen pri komisiji za izobraževanje in se financira iz provizijskih sredstev in sredstev, ki so po zakonodaji določena za izobraževanje, bomo pošiljali najboljše na seminarje, kongrese in šolanja, za uspehe in kvalitetno delo pa se bodo izplačevale tudi denarne stimulacije. Za nematerialne nagrade pa bodo uporabljene javne pohvale, plakete, diplome in priznanja.

3.5.4 Planiranje / načrtovanje

Z ustreznim načrtovanjem sistema storitev CRS želim doseči, da se povečajo možnosti za obvladovanje dogajanj v notranjem in zunanjem okolju ter okolju, od katerega bo CRS v bodoče odvisna. Za obvladovanje spreminjanja v okolju bo potrebno:

- dobro poznavanje interesov udeležencev,
- poznavanje poslanstva, vizije, njenih smotrov oziroma temeljnih ciljev,
- poznavanje strategij, njim podrejenih ciljev oziroma meril in standardov,
- ocenjevanje uspešnosti ter temeljnih zmožnosti organizacije ter možnosti njihovega kombiniranja,
- pripraviti celoten strateški načrt ob projekciji gibanj potreb in interesov.

Ta strateški načrt bo vseboval več posebnih načrtov za posamezna pomembna področja uspešnosti CRS. Ta področja uspešnosti so:

- področje prodaje storitev,
- področje po prodajnih storitev,
- področje strategije strokovnega razvoja,
- področje raziskav in izobraževanja,
- področje razvoja storitev,
- področje strategije kadrov.

Da bi se v procesu načrtovanja čim bolj približal temeljnemu cilju in njim podrejenim ciljem bolnišnice, bom v pripravi teh strategij uporabil proces načrtovanja sistema vprašanj in odgovorov po korakih (Snoj 2000, 93). Koraki so prikazani v tabeli 3.13.

Tabela 3.13 Vprašanja in odgovori v procesu načrtovanja sistema CRS

Koraki	Vprašanja	Odgovori
1	Kje je CRS sedaj?	Analiza stanja oziroma dogajanja v zvezi s trgi, izdelki, stroški, konkurenti in drugi dejavniki v okolju CRS.
2	Kakšna bo prihodnost?	Analiza trendov, prihodnji pogoji za delovanje CRS; ocena enakih dejavnikov kot v prvem koraku z vidika predvidevanja oziroma predpostavk, priložnosti in nevarnosti in možnosti presenečenj.
3	Kam je CRS namenjena?	Cilji in strategije, ki so potrebni pri reagiranju na priložnosti in nevarnosti.
4	Kako priti tja?	Akcijski programi v CRS (taktika) v zvezi z uresničevanjem ciljev in strategij iz koraka 3.
5	Kdo bo kaj naredil in kdaj bo to naredil?	Opredelevanje odgovornosti in postavljanje rokov za izvedbo.
6	Koliko bo uresničenje načrtov stalo? Kaj vse bodo stroški zajeli?	Priprava proračunov delovanja organizacije (službe CRS)
7	Kakšni bodo izidi?	Zbiranje in analiza podatkov, ki so potrebni za spremljanje strategij delovanja CRS in njenega udejanjanja.
8	Kakšne spremembe bodo potrebne?	Določitev poslanstva in ciljev. Spremeniti strategije, politiko in navade zaposlenih.

Vir: Johansen, Kurtz, Scheuing 1994, 174.

3.5.5 Informiranje / informacijski sistem

Spremembe v organizaciji rehabilitacije zahtevajo spremembe tudi v sistemu informiranja in vpeljavi informacijskega sistema, kar bo v največji možni meri omogočilo dostop do vseh potrebnih informacij zaposlenim in uporabnikom. Dostop bo omejen po hierarhičnih nivojih.

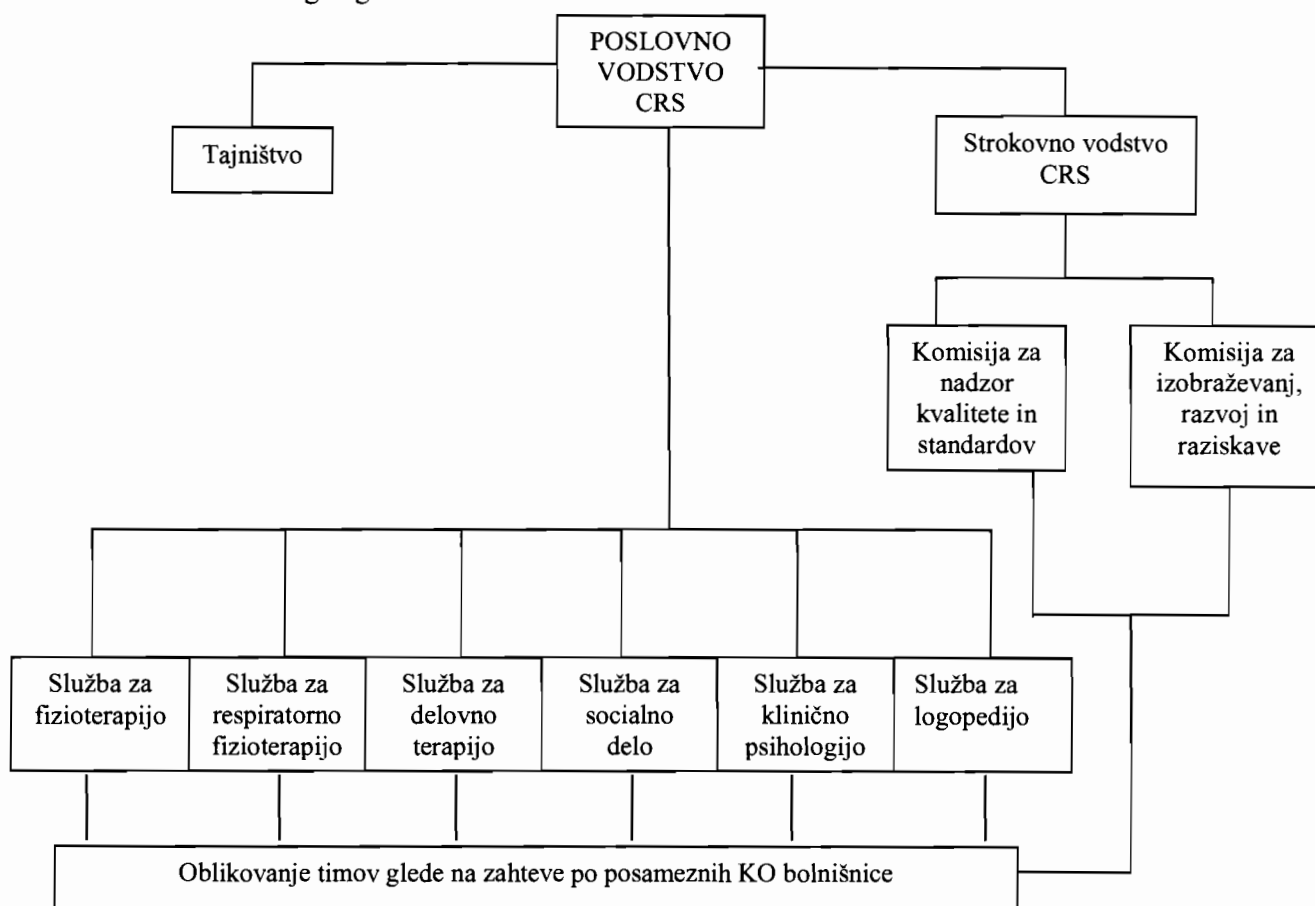
Cilj formiranja informacijskega sistema je formiranje mreže, ki bo sestavljena iz usklajenih ter med seboj povezanih delov znotraj CRS in bo vključena v informacijsko mrežo bolnišnice. Za potrebe vodenja bomo v CRS vzpostavili t.i. managerski informacijski sistem, ki bo nosilec poslovnih odločitev nudil natančne in pravočasne informacije o pomembnih dogodkih v notranjem in zunanjem okolju CRS.

Z ustreznim in kvalitetnim informiranjem ter informacijskim sistemom se bodo v CRS dodatno zmanjšali stroški, povezani z ugotavljanjem stroškov posameznih storitev in posameznih služb znotraj CRS; tako se torej povečujejo možnosti zagotavljanja kakovostnih informacij o stroških. S takšnim sodobnim sistemom informiranja se zmanjša število napačnih odločitev in s tem prispeva k nižjim stroškom poslovanja CRS. Konkurenca na tem področju bo vedno večja in močnejša, s sodobno tehnologijo informiranja bo omogočeno hitrejše prilagajanje na spremembe v okolju CRS.

3.6 Shema organiziranosti CRS

Vsako podjetje, organizacija ali njun del kot organizacijska enota ima svojo strukturo, ki je predpogoj za delovanje. Struktura je nevidna, nanjo kaže le delovanje in vedenje organizacijske enote. Pomemben del te strukture je vzorec formaliziranih razmerij in obveznosti, ki ga prikazujem v shemi organiziranosti CRS. Ker je organigram grafični prikaz zgradbe organizacijske enote CRS, želim z njim prikazati predvsem pristojnosti in odgovornosti (nadrejenosti in podrejenosti), ki so vidne v vertikalni urejenosti, ter delitev dela, ki je vidna iz vsebine prečne členjenosti, hkrati pa tudi vsebino dela in povezanost posameznih dejavnosti. Organigram CRS prikazuje slika 3.12.

Slika 3.12 Organigram CRS



4 SKLEP

Bolnišnica s štirimi temeljnimi usmeritvami:

- diagnostika,
- zdravljenje,
- zdravstvena nega,
- rehabilitacija.

ki nima urejene ene od naštetih temeljnih dejavnosti, ne more nuditi popolne zdravstvene storitve. Z delom na področju rehabilitacije sem te pomanjkljivosti opazil, z diplomsko nalogo pa želim nanje opozoriti. S prikazom prestrukturiranja te dejavnosti, je prikazana možnosti za spremembe in izboljšave.

Danes je rehabilitacija v naši bolnišnici popolnoma razdrobljena. Na številnih kliničnih oddelkih je delo rehabilitacije neorganizirano, nedostopno bolnikom in strokovno neorganizirano. Številne dejavnosti, ki po svetovnih merilih sodijo v okvir rehabilitacije bolnika, niso prisotne na vseh kliničnih oddelkih enako.

To pomeni, da na primer na SPS Kirurške klinike izvajajo rehabilitacijo različne službe, ki med seboj delujejo nepovezano. Nepovezane so na organizacijskem kot tudi na strokovnem področju. Lokomotorna fizioterapija in delovna terapija sta ena centralna služba, ki izvaja storitve samo za ta SPS, imenuje se Center za medicinsko rehabilitacijo.

Respiratorna fizioterapija deluje in je del v okviru drugega KO in je organizirana kot služba za respiratorno fizioterapijo, storitve pa izvaja samo za SPS Kirurške klinike.

Klinična psihologija in socialna služba sta razdrobljeni po posameznih SPS-ih ali pa sta sestavni del neke druge ureditve, ki nima povezave s SPS-om.

Na ostalih SPS-ih, ki imajo enake ali podobne potrebe po teh storitvah, pa se le-te izvajajo po nekih drugih organizacijskih poteh in strokovnih standardih. Delujejo po načelu, da vsi delajo vse, kar pa je glede na razvoj posameznih strok nesprejemljivo, saj so se na področju rehabilitacije razvile specializacije kot samostojne stroke.

Anketa, ki sem jo izpeljal (med zaposlenimi na različnih KO in SPS, bolniki in njihovi svojci) s področja rehabilitacije, je pokazala veliko zanimanja za navedene spremembe v smislu reorganizacije rehabilitacije iz sedanje oblike v neko centralno rehabi-

litacijsko službo, ki bi vse vpletene povezala v enotno službo in servisirala potrebe celotne bolnišnice. Anketiranci so bili predvsem mnenja, da so spremembe nujne in da bodo prinesle pozitivne učinke tako za zaposlene kot za uporabnike. V anketi je bilo izraženo tudi mnenje, da bodo spremembe izboljšale kvaliteto storitev, odzivnost in organiziranost; znižali bi materialne stroške, dvignili produktivnost, izboljšali strokovne standarde in jih predvsem posodobili in poenotili.

Ker je bolnišnica javni zavod in so kultura in pozicija zelo zakoreninjene v obstoječi sistem, bom navedene spremembe vpeljal tako, da bom o spremembah in postopkih informiral vse vpletene strani, predvsem in najprej zaposlene. Ta korak je izrednega pomena, saj dobro informirati zaposlene pomeni »preskočiti« prvo oviro, tako pridobim tudi prvo podporo in prvo strinjanje z načrtom prestrukturiranja. V naslednjih sestankih še podrobneje seznanim vse vpletene sodelujoče o prednostih in slabostih reorganizacije ter predstavim program in način dela v fazi prestrukturiranja.

Natančneje razložim načine in metode dela, ki bodo pripeljale do sprememb. Pri tem je pomembno, da poizkušamo postopno spremeniti tudi kulturo zaposlenih, da se lahko spremenimo v stalno učečo se organizacijo, ki bo spremljala razvoj posameznih strok, uvajala nove storitve in metode dela.

Dogovorili in uskladili bomo časovno razporeditev prestrukturiranja. Seveda je za uspešno prestrukturiranje pomembna tudi podpora vršnega managementa, ki pa jo ta projekt ima. Sama problematika je bila večkrat obravnavana na strokovnem svetu zavoda in je dobila s strani njihovih članov 100%-no podporo.

Na poti v spremembe bodo nedvomno takšne in drugačne ovire, ki jih bomo premagovali skupaj vsi zaposleni v rehabilitaciji. Tesni sodelavci v fazi prestrukturiranja bodo tisti, ki so za spremembe, so strokovno usposobljeni in imajo organizacijske sposobnosti. Iskali in izbrali jih bomo v bolnišnici. Pomembno je, da so zaposleni pripravljeni delati drugače.

Za kvalitetno prestrukturiranje bo potrebno izpeljati novo kadrovanje in novo zaposlovanje, tako da se iz obstoječega števila zaposlenih posamezniki ponovno razporedijo na delovna mesta, ki jih zasedajo že sedaj. Določeno število se jih glede na potrebe prerazporedi na sorodna delovna mesta, ki ustrezajo njihovi izobrazbi in znanju. Za delovna mesta, kjer bo deficit kadra, se zaposlijo novi kadri, zmanjšalo naj bi se tudi število vodstvenih mest in mest, ki imajo vodstveni dodatek.

Na nekatera vprašanja v diplomskem delu nisem odgovoril, saj bi bilo za odgovore potrebno narediti podrobnejše analize in raziskave. Sem pa mnenja, da bo samo delo na prestrukturiranju odgovorilo na številna vprašanja, ki se bodo tekom prestrukturiranja pojavljala, na mnoga od njih pa bo potrebno najti ustrezne razlage in rešitve v trenutku, ko se bodo pojavila.

V sami raziskavi problematike sem mogoče dal premalo poudarka intervjujem, vendar so mi sami anketiranci v pogovoru zatrjevali, da je zadnji čas, da se v bolnišnici na tem področju zgodijo spremembe.

Osebno menim, da za spremembe ni nikoli prepozno, sem pa prepričan, da bodo navedene spremembe pripomogle k večjemu zadovoljstvu tako zaposlenih, odjemalcev (bolnika) kot tudi lastnikov (v tem primeru države).

LITERATURA

- Devetak, Gabrijel. 2000. *Temelji trženjanja in trženjska zasnova podjetja*. Koper: Univerza na Primorskem Fakulteta za management Koper.
- Dubrovski, Drago. 2004. *Krizni management in prenova podjetij*. Koper: Univerza na Primorskem Fakulteta za management Koper.
- Eigler, Pierre. Langeard, Eric. Loveloch, C.H. Bateson, J.E.G. Young, R.F. 1977. *Marketing Consumer Services*. New insights. Cambridge: MSI Cambridge Mass.
- Gradivo za svet zavoda. 2005. *Poročilo o zasedenosti in ležalnih dobah*. Ljubljana: KC Ljubljana
- Gradivo za svet zavoda. 2005. *Poročilo o kadrovske zasedenosti po posameznih SPS-ih*. Ljubljana: KC Ljubljana.
- Johnson, Eugen. Kurtz, David L., Scheuing, D L. 1994. N.Y. *Sales Management- Concepts, Practices and Cases*: Mc Graw-Hill International Editions.
- Markič, Mirko. 2003. *Management proizvodnje*: Koper.
- Mudie, Peter. Cottam, Angela. 1993. *The Management and Marketing of Services*. Oxford: Butter Worth- Heireman.
- Robbins, Stephen P. 1991. *Organizational Behavior*. 5th ed.: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Snoj, Boris. 2000. *Management storitev*. 2. natis s popravki. Koper: Visoka šola za management v Kopru.
- Statut bolnišnice. 1996. soglasje Vlade 1996: št.022-03/94-19-/12-8: Uradni list RS
- Tavčar, Mitja I. 1999. *Razsežnosti strateškega managementa*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- Trunk, Širca, Nada. Tavčar, Mitja, I. Abrahamsberg, Niko. 2003. Koper: *Management nepridobitnih organizaci.*, tretji natis: Univerza na Primorskem Fakulteta za management.
- Zeithaml, Valarie A. Bitner, Mary Jo. 2003. Boston: *Integrating customer focus across the firm*: McGraw-Hill:Irwin. McGraw-Hill Higher Education, cop.

PRILOGE

Priloga 1 Statut bolnišnice, strani (3,4,5,6)

Priloga 2 Tabela 3.12 Prikaz rezultatov na posamezna vprašanja, razdeljene glede na stopnjo izobrazbe in po podskupinah



- izvajanje podiplomskega izobraževanja zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev;
- zagotavljanje strokovnjakov za komisije za strokovne izpite za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce,
- izpopolnjevanje strokovne, pedagoške in raziskovalne usposobljenosti zaposlenih v KC.

Raziskovalna dejavnost KC obsega:

- izvajanje raziskav v okviru plana zdravstvenega varstva in nacionalnega raziskovalnega programa,
- izvajanje raziskav za domače in tuje naročnike,
- usposabljanje mladih raziskovalcev,
- zagotavljanje mentorjev pri raziskovalnih nalogah,
- zagotavljanje izvedensko-recenzentskega dela predlogov in rezultatov raziskovalnih projektov za različne naročnike,
- organiziranje znanstveno-raziskovalnih in strokovnih srečanj.

Druge dejavnosti, ki so potrebne za delovanje KC (dejavnosti skupnega pomena), obsegajo:

- storitve bolnišničnega zdravstvenega varstva, kot so: nemedicinska oskrba (namestitvev, prehrana),
- druge zdravstvene dejavnosti (dejavnost laboratorijev, prevozi z reševalnimi vozili in druge dejavnosti,
- dejavnost lekarn (bolnišnična lekarniška dejavnost in dejavnost za nehospitalizirane zavarovance),
- upravno-administrativne storitve,
- tehnično vzdrževalne storitve,
- uvoz in izvoz blaga in storitev v okviru registrirane dejavnosti za lastne potrebe,
- trgovina na debelo s farmacevtskimi izdelki, ki se izvaja za potrebe KC, lahko pa tudi za potrebe ostalih bolnišnic v Republiki Sloveniji: Organizacijska enota, ki izvaja dejavnost trgovine na debelo, se organizira kot posebno stroškovno mesto.

8. člen

KC sklene z Medicinsko fakulteto, Visoko šolo za zdravstvo, Fakulteto za farmacijo oziroma drugo zdravstveno šolo pogodbo o sodelovanju, s katero zagotovi izvajanje njihovih študijskih programov.

S pogodbo iz prejšnjega odstavka se določijo tudi pravice in obveznosti visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev, ki lahko glede na obseg pedagoškega dela in strokovnega oziroma zdravstvenega dela v obeh zavodih sklenejo delovno razmerje v skladu z delovnopravnimi predpisi.

III. ORGANIZIRANOST KC

9. člen

Organizacijske enote KC so: klinike, klinični inštituti, klinični oddelki ter strokovno-poslovne skupnosti. Temeljne strokovne enote so: klinike, klinični inštituti in klinični oddelki.

Za določena strokovna področja se lahko oblikujejo centri in službe.

Podrobnejša organizacija z izhodišči za oblikovanje centrov in služb se določi s Pravilnikom o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih ter sistemizaciji delovnih mest v KC, ki ga sprejme generalni direktor po predhodnem mnenju strokovnega sveta KC.



10. člen

Strokovno-poslovno skupnost Interna klinika sestavljajo:

Klinični oddelek za kardiologijo,
Klinični oddelek za žilne bolezni,
Center za pljučne bolezni in alergijo,
Klinični oddelek za nefrologijo,
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni,
Klinični oddelek za gastroenterologijo,
Klinični oddelek za hematologijo,
Klinični oddelek za revmatologijo,
Klinični oddelek za hipertenzijo,
Klinični oddelek za intenzivno interno medicino,

Službe skupnega pomena za strokovno poslovno skupnost Interna klinika so:

Center za zastrupitve,
Internistična prva pomoč,
Center za vojne veterane.

11. člen

Strokovno-poslovno skupnost Kirurška klinika sestavljajo:

Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja,
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo,
Klinični oddelek za nevrokirurgijo,
Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino,
Klinični oddelek za travmatologijo,
Klinični oddelek za torakalno kirurgijo,
Klinični oddelek za urologijo,
Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo,
Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok,
Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo,
Klinični oddelek za kirurške infekcije.

Službe skupnega pomena za strokovno poslovno skupnost Kirurška klinika sta:

Operacijski blok,
Urgentni kirurški blok.

12. člen

Strokovno-poslovno skupnost Nevrološka klinika sestavljata:

Klinični oddelek za nevrologijo,
Klinični oddelek za nevrofiziologijo.

13. člen

Strokovno-poslovno skupnost Ginekološka klinika sestavljajo:

Klinični oddelek za ginekologijo,



Klinični oddelek za perinatologijo,
Klinični oddelek za reprodukcijo.

14. člen

Strokovno-poslovno skupnost Pediatrična klinika sestavljajo:

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni,
Klinični oddelek za nevrologijo,
Klinični oddelek za nefrologijo,
Služba za kardiologijo,
Služba za alergologijo in revmatske bolezni,
Služba za gastroenterologijo,
Služba za neonatologijo,
Služba za pljučne bolezni,
Služba za onkologijo in hematologijo,
Služba za otroško psihiatrijo.

15. člen
(prenehal veljati)

16. člen

Strokovno-poslovno skupnost Stomatološka klinika sestavljajo:

Center za zobne bolezni,
Center za fiksno protetiko,
Center za snemno protetiko,
Center za zobno in čeljustno ortopedijo,
Center za ustne bolezni in parodontopatije,
Center za otroško in preventivno zobozdravstvo,

17. člen

Strokovne organizacijske enote, ki niso povezane v strokovne poslovne skupnosti, so:

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo,
Očesna klinika,
Ortopedska klinika,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja,
Dermatovenerološka klinika,
Klinični inštitut za klinično kemijo in biokemijo,
Klinični inštitut za radiologijo,
Klinika za nuklearno medicino,
Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
Center za medicinsko rehabilitacijo,

18. člen

Dejavnosti skupnega pomena za KC opravljajo:
Oskrbovalne službe,
Lekarna,



Služba bolniške prehrane in dietoterapije,
Reševalna postaja,
Tehnično-vzdrževalna služba,
Upravno-administrativne službe.

19. člen

Strokovno poslovne skupnosti uporabljajo v poslovanju ime zavoda in svoj naziv.

Strokovne organizacijske enote, povezane v strokovno poslovne skupnosti, uporabljajo v poslovanju ime zavoda, naziv strokovno poslovne skupnosti in svoj naziv.

Strokovne organizacijske enote, ki niso povezane v strokovno poslovne skupnosti, in organizacijske enote, ki opravljajo dejavnosti skupnega pomena, uporabljajo v poslovanju ime zavoda in svoj naziv.

IV. ORGANI KC

20. člen

Organi KC so:

- svet KC;
- strokovni svet KC;
- generalni direktor KC;
- strokovni direktor KC.

1. Svet KC

21. člen

KC upravlja svet KC, ki ima 11 članov. Svet KC sestavljajo predstavniki:

- | | |
|--------------------|----------|
| – ustanovitelja: | 6 članov |
| – delavcev: | 3 člani |
| – mesta Ljubljana: | 1 član |
| – zavarovancev: | 1 član. |

Predstavnike ustanovitelja imenuje Vlada Republike Slovenije.

Predstavnike delavcev volijo zaposleni v KC. Za člana sveta KC ne more biti izvoljen delavec s posebnimi pooblastili in pristojnostmi.

Predstavnika mesta Ljubljana imenuje mestni svet Mestne občine Ljubljana.

Predstavnika zavarovancev imenuje ZZSZ.

Predsednika sveta KC se izvoli izmed predstavnikov ustanovitelja, namestnika predsednika pa izmed predstavnikov zaposlenih.

22. člen

Način volitev predstavnikov zaposlenih v Svet KC določa pravilnik o volitvah, ki ga sprejme Svet KC.

23. člen

Člani sveta KC so imenovani ali izvoljeni za 4 leta in so lahko ponovno imenovani ali izvoljeni.



Tabela 3.12 Prikaz rezultatov na posamezna vprašanja, razdeljene glede na stopnjo izobrazbe in po skupinah

VPRŠANJA	STOPNJA IZOBRAZBE		V. stopnja izobrazbe		VI. in VII. stopnja izobrazbe		Univerzitetna izobr. mag.		Dr. sci
	DA	NE	DA	NE	DA	NE	DA	NE	
Zasedate vodstveni položaj?	3	15	24	34	7	7	6		
Poznate delovanje rehabilitacije?	da-3;ne-0	da-10;ne-5	da-21;ne-3	da-30;ne-3	da-5;ne-2	da-4;ne-2			
Veste kaj je celostna rehabilitacija?	da-1;ne-2	da-6;ne-9	da-16;ne-8	da-22;ne-12	da-1;ne-6	da-2;ne-4			
Ali naj bi našete stroke delovale v celostni rehabilitaciji?	da-3;ne-0	da-11;ne-4	da-22;ne-2	da-32;ne-2	da-7;ne-0	da-6;ne-0			
Razlogi zaradi katerih bi bile potrebne spremembe!	št.odg.	št.odg.	št.odg.	št.odg.	št.odg.	št.odg.	št.odg.	št.odg.	št.odg.
Slaba organiziranost.	1	5	6	11	3	2			
Neenak dostop bolnikov do storitev.	3	8	20	19	6	4			
Slaba kvaliteta storitev.	1	3	1	5	2	0			
Razdrobljenost po bolnišnici.	2	7	14	22	3	5			
Pomanjkanje kadra.	2	10	17	12	4	3			
Malo možnosti za izobraževanje.	2	4	4	8	1	2			
Zastarela, dotrajana oprema.	3	7	12	14	2	6			
Nepovezanost na strokovnem področju.	2	4	19	22	6	6			
Ocenite posamezne kriterije delovanja sedanje rehabilitacije!	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena	pov.ocena
Kvaliteta dela	2,6	3	3,25	3,17	2,86	2,8			
Organiziranost rehabilitacije	2	3	3	2,85	2	2,8			
Strokovnost storitev	3,6	3,6	3,8	3,85	3,57	3,6			
Prijaznost osebja.	3,6	4,1	4,1	3,9	4,1	4,3			
Odzivnost rehabilitacijskega tima.	3	3,6	3,5	3,2	2,86	3,3			
Ocenite in opredelite navedene trditve!	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev	pov.trditvev
Je potrebno spremeniti organiziranost tako kot je navedeno? (1-nepotrebno;2-potrebno;3-zelo potrebno;4-nujno)	2	2,2	2,4	2,23	3,14	2,66			
Bi takšna organiziranost izboljšala kvaliteto dela? (1-zelo malo;2-malo;3-veliko;4-zelo veliko)	3	2,6	2,96	2,65	2,86	3			
Bi takšna organiziranost izboljšala strokovnost in dala več možnosti za izobraževanje? (1-zelo malo;2-malo;3-veliko;4-zelo veliko)	3	2,4	2,62	2,5	2,86	2,66			

