

**DIE BEPALING VAN STANDAARDE  
VIR DIE EENHEIDSBESTUURDER  
IN GESELEKTEERDE HOSPITALE**

**ANNELINE LYNETTE VAN DYK**

**TESIS INGELEWER TER GEDEELTELIKE VOLDOENING  
AAN DIE VEREISTES VAN DIE GRAAD  
MAGISTER IN VERPLEEGKUNDE  
IN DIE DEPARTEMENT VERPLEEGKUNDE, FAKULTEIT GENEESKUNDE  
AAN DIE  
UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH**



**STUDIELEIER: PROF. E.B. WELMANN**

**DESEMBER 2000**

**VERKLARING**

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is wat nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander Universiteit ter verkryging van 'n meestersgraad voorgelê is nie.

Desember 2000

**HANDTEKENING**

**DATUM**



## OPSOMMING

Die tradisionele bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder het oor die afgelope dekade dramaties verander. Sy is verantwoordelik vir die verskaffing van verpleegdienste in 'n omgewing wat gekenmerk word deur kleiner operasionele begrotings, vinnige vooruitgang en veranderinge op alle gebiede. Die navorser het leemtes in die bestuursproses van die eenheidsbestuurder geïdentifiseer. Dit het gelei tot die evaluering van die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder in 'n geselekteerde groep hospitale.

'n Kwantitatiewe, nie-eksperimentele beskrywende navorsingsbenadering is gebruik met 'n vraelysopname as navorsingsontwerp. Standaard is gestel waarteen die bestuursaktiwiteite geëvalueer is.

Die belangrikste bevindinge was dat:

- Die eenheidsbestuurder nie 100% betrokke was by haar omvangryke bestuurstaak nie
- Die eenheidsbestuurder nie oor die nodige opleiding beskik wat haar bemagtig om hierdie bestuurstaak effektief te verrig nie.

Die navorser beveel aan dat die eenheidsbestuurder bemagtig moet word deur middel van indiensopleidingsprogramme maar ook deur formele bestuursopleiding aan 'n erkende tersiêre opvoedkundige instansie moet te volg.

Sleutelwoorde: Eenheidsbestuur/standaard formulering

## SUMMARY

The traditional management practice of the unit manager has changed dramatically in the past decade. She is responsible to supply nursing services in an environment which is characterized by smaller operational budgets, rapid developments and changes in every sphere. The researcher has identified deficiencies in the management process of the unit manager. This led to the evaluation of the management activities of the unit manager in a selected group of hospitals.

A quantitative, non-experimental, descriptive approach was followed with a questionnaire survey as research design. Standards were set and the management activities were evaluated against these standards.

The main findings were:

- The unit manager was not 100% involved in her comprehensive management task
- The unit manager did not have the necessary training to empower her to manage effectively.

The researcher recommends that the unit manager should be empowered by inservice education programmes but should also follow the formal management programmes at a recognized tertiary education institution.

Keywords: Unit management / Standard formulation

## DANKBETUIGINGS

Hiermee wil ek graag my opregte dank en waardering teenoor elk van die volgende persone betuig:

- My studieleier, prof. Barene Welmann vir die geleentheid om formele begeleiding van haar te ontvang.
- Mev. Rose-Maré Kreuser vir die ontleding van die vraelys en die tegniese versorging van die tesis.
- Mev. Joan Steel vir taalversorging.
- My man, Phillip, en kinders Phillip, Janke, Christiaan en Adriaan vir hulle bystand, geduld en liefde.
- My kollegas en ander familie vir hul volgehoue onderskraging tydens my studiejare.
- Aan my Skepper vir krag en bystand om alles moontlik te maak.



<b>INHOUDSOPGAWE</b>
----------------------

Bladsy

**HOOFSTUK 1 ..... 1-12****INLEIDING TOT DIE STUDIEGEBIED**

1.1	INLEIDING .....	1
1.2	UITEENSETTING VAN DIE STUDIEVELD.....	4
1.3	PROBLEEMSTELLING.....	5
1.4	DOEL VAN DIE NAVORSING .....	5
1.5	NAVORSINGSMETODOLOGIE.....	6
1.5.1	Navorsingsbenadering .....	6
1.5.2	Navorsingsontwerp .....	6
1.5.3	Steekproefneming .....	7
1.5.4	Data-insameling .....	7
1.5.5	Data-analise en datavoortelling.....	7
1.6	BEGRIPSVERKLARINGS.....	8
1.7	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE .....	10
1.8	UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE .....	11
1.9	SAMEVATTING .....	11

**HOOFSTUK 2 ..... 13 - 47****DIE ROL EN BESTUURSFUNKSIES VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER**

2.1	INLEIDING .....	13
2.2	BESTUURSVLAKKE EN VAARDIGHEDE.....	14
2.3	KOMPONENTE VAN BESTUURSPRAKTYK.....	16
2.4	KERNDIENSAREAS.....	18
2.5	BEPLANNING .....	20
2.5.1	Basiese hulpbronne .....	20
2.5.2	Strategiese beplanning/langtermyn beplanning.....	22

2.5.3	Finansiële beplanning .....	23
2.5.4	Daaglikse beplanning .....	25
2.5.5	Personeel beplanning .....	26
2.6	ORGANISERING .....	27
2.6.1	Tydsbestuur .....	29
2.6.2	Delegering.....	31
2.6.3	Spanbou/Spanwerk.....	32
2.7	LEIDING.....	33
2.7.1	Leierskap .....	34
2.7.1.1	Gesag .....	36
2.7.1.2	Mag .....	36
2.7.2	Motivering.....	38
2.7.3	Kommunikasie.....	40
2.7.4	Konflikhantering .....	40
2.7.5	Kreatiwiteit.....	41
2.8	BEHEER OF KONTROLE.....	42
2.8.1	Finansiële beheer.....	43
2.8.2	Toerustingbeheer .....	44
2.8.3	Vorraadbeheer .....	45
2.9	MENSLIKE HULPBRONNE .....	45
2.10	SAMEVATTING .....	47

### **HOOFSTUK 3 .....** 48 - 79

#### **STANDAARDSTELLING EN KRITERIASTELLING**

3.1	INLEIDING .....	48
3.2	STANDAARDSTELLING.....	48
3.2.1	Algemene definisies .....	48
3.2.2	Die proses van standaardstelling .....	49
3.2.3	Vereistes vir standaardstelling .....	51
3.2.4	Konseptuele raamwerk vir standaardstelling.....	55
3.2.5	Standaarde vir die eenheidsbestuurder .....	65



3.3	KRITERIASTELLING .....	66
3.3.1	Algemene definisie.....	66
3.3.2	Die proses van kriteria-ontwikkeling.....	67
3.3.3	Die vereistes waaraan kriteria moet voldoen .....	70
3.3.4	Tegniese versorging van kriteria .....	71
3.4	HOOFSTANDAARD, SUBSTANDAARD EN KRITERIA.....	73
3.4.1	Hoofstandaard .....	74
3.4.2	Substandaarde en kriteria .....	74
3.4.2.1	Beplanning .....	74
3.4.2.2	Finansiële bestuur.....	75
3.4.2.3	Organisasie.....	75
3.4.2.4	Leierskap .....	76
3.4.2.5	Kontrole.....	77
3.4.2.6	Menslike hulpbronne/Werksverhouding .....	77
3.5	SAMEVATTING .....	79

## **HOOFSTUK 4..... 80 - 92**

### **DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE**

4.1	INLEIDING .....	80
4.2	NAVORSINGSBENADERING.....	80
4.3	NAVORSINGSONTWERP .....	81
4.4	POPULASIE EN STEEKPROEFBEPALING .....	82
4.4.1	Populasie .....	82
4.4.2	Steekproefbepaling .....	82
4.5	DATAVERSAMELING.....	85
4.5.1	Instrumente .....	85
4.5.1.1	Identifisering van aspekte waarvoor standarde geformuleer moet word .....	85
4.5.1.2	Validering van konsepstandaarde.....	86
4.5.2	Die navorsingsinstrument wat gebruik is om die data in te samel .....	87

4.5.3	Die individu wat die data ingesamel het.....	88
4.6	GELDINGHEID EN BETROUBAARHEID .....	88
4.7	METODE VAN DATAVERSAMELING .....	90
4.7.1	Etiese aspekte .....	90
4.7.2	Verspreiding van vraelyste.....	90
4.8	LOODSSTUDIE .....	91
4.9	DATA-ANALISE EN INTERPRETASIE.....	91
4.10	SAMEVATTING .....	92

## **HOOFSTUK 5 ..... 93 - 184**

### **DATA-ANALISE**

5.1	INLEIDING .....	93
5.2	VOORSTELLING VAN RESULTATE.....	93
5.3	RESPONSKOERS .....	93
5.4	DATAVERWERKING .....	94
5.5	AFDELING A: BIOGRAFIESE GEGEWENS .....	95
5.5.1	Professionele basiese kwalifikasies .....	95
5.5.2	Professionele na-basiese kwalifikasies.....	97
5.5.3	Aandiensure per week .....	100
5.5.4	Oortyd .....	101
5.5.5	Ure oortyd gewerk.....	102
5.5.6	Neem van werk huis toe.....	103
5.5.7	Afwesigheid van werk en redes .....	105
5.5.8	Saal/eenheid werksaam en persentasie bedsettings per maand .....	106
5.5.9	Jare werksaam in spesifieke saal/eenheid.....	108
5.5.10	Aantal jare werksaam as eenheidsbestuurder .....	110
5.5.11	Bestuursopleiding ontvang.....	111
5.5.12	Bestuursopleiding se bydrae tot verbetering in bestuur .....	113
5.5.13	Verdere studies .....	115



5.5.14	Vereiste minimum kwalifikasies en jare ondervinding vir 'n eenheidsbestuurder .....	116
5.5.15	Beskikbaarheid van posbeskrywing .....	117
5.5.16	Eenheidsbestuurder se spanwydte van beheer .....	118
5.5.17	Samevatting van biografiese gegewens .....	120
5.6	AFDELING B: BESTUURSAKTIWITEITE .....	121
5.6.1	Beplanning .....	123
5.6.1.1	Strategiese beplanning .....	124
5.6.1.2	Eenheid/saal se doelwitte .....	125
5.6.1.3	Verpleegsorg doelwitte.....	126
5.6.1.4	Aksieplanne/programme .....	127
5.6.1.5	Verpleegsorgstandaarde.....	128
5.6.1.6	Kerndiensareas .....	129
5.6.1.7	Personeel evalueringstelsel .....	130
5.6.1.8	Samevatting van beplanning.....	131
5.6.2	Begroting.....	131
5.6.2.1	Begrotingsvoorstelle.....	132
5.6.2.2	Kapitaaluitgawes .....	133
5.6.2.3	Bedryfsuitgawes.....	134
5.6.2.4	Besparingsmaatreëls .....	136
5.6.2.5	Adverteer van beskikbare dienste.....	137
5.6.2.6	Samevatting van begroting .....	138
5.6.3	Organisasie .....	138
5.6.3.1	Taaktoewysing .....	139
5.6.3.2	Hulpbronbestuur.....	141
5.6.3.3	Samevatting van organisasie .....	144
5.6.4	Leidinggewende aktiwiteite .....	144
5.6.4.1	Leierskap .....	145
5.6.4.2	Motivering.....	149
5.6.4.3	Kommunikasie.....	152
5.6.4.4	Konflikhantering/Probleemoplossing.....	154
5.6.4.5	Samevatting van leidinggewende aktiwiteit.....	158



5.6.5	Bestuurskonferensies/seminare .....	158
5.6.6	Bywoning van konferensies/seminare.....	160
5.6.7	Kontrole.....	161
5.6.7.1	Finansiële beheer.....	161
5.6.7.2	Hulpbronbeheer .....	162
5.6.8	Werkverhoudings .....	166
5.6.9	Bevordering van spanwerk.....	170
5.6.10	Motivering vir bevordering van spanwerk.....	171
5.6.11	Bestuurskundigheid en vaardigheid .....	172
5.6.12	Motivering van bestuurskundigheid en vaardigheid .....	173
5.6.13	Bestuursopleiding.....	173
5.6.14	Formele bestuursopleiding.....	180
5.6.15	Motivering vir formele bestuursopleiding.....	181
5.6.16	Ervaring van die funksies van die eenheidsbestuurder.....	182
5.6.17	Motivering van ervaring van die eenheidsbestuurder se funksies .....	183
5.6.18	Daaglikse aktiwiteite.....	183
5.7	SAMEVATTING .....	184

## **HOOFSTUK 6 .....** 185 - 196

### **BEVINDINGS EN AANBEVELINGS**

6.1	INLEIDING .....	185
6.2	METODE VAN STUDIE .....	185
6.3	BEVINDINGE EN AANBEVELINGS .....	186
6.3.1	Afdeling A: Biografiese gegewens .....	186
6.3.1.1	Professionele kwalifikasies .....	186
6.3.1.2	Diensure.....	188
6.3.1.3	Werksondervinding en vereiste minimum kwalifikasies.....	189
6.3.1.4	Bestuursopleiding.....	190
6.3.2	Afdeling B: Bestuursaktiwiteite.....	191
6.3.2.1	Beplanning .....	191

6.3.2.2	Begroting.....	192
6.3.2.3	Organisasie.....	193
6.3.2.4	Leiding.....	194
6.3.2.5	Kontrole.....	195
6.3.2.6	Werkverhoudings.....	195
6.4	SAMEVATTING.....	196
	BRONNELYS.....	197
BYLAE A:	VRAELYS AAN DIE EENHEIDSBESTUURDER.....	206
BYLAE B:	VRAELYS AAN DIE GEREGEREERDE VERPLEEGKUNDIGE.....	223
BYLAE C:	VRAELYS AAN DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER.....	240

<b>LYS VAN TABELLE</b>
------------------------

**Bladsy**

TABEL 2.1:	BASIESE HULPBRONNE .....	21
TABEL 2.2:	KOMPONENTE VAN DIE LEIDINGGEWENDE TAAK VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER .....	34
TABEL 3.1:	'N VOORBEELD VAN 'N SRUKTUUR-, PROSES- EN RESULTAATKRITERIA VIR DIE EENHEIDS- BESTUURDER.....	58
TABEL 3.2:	'N VOORBEELD VAN PROSESBEHEER IN DIE CROSBY BENADERING.....	63
TABEL 5.1:	RESPONSKOERS .....	94
TABEL 5.2:	BASIESE KWALIFIKASIES.....	96
TABEL 5.3:	NA-BASIESE KWALIFIKASIES.....	98
TABEL 5.4:	AANTAL WERKSURE PER WEEK.....	101
TABEL 5.5:	OORTYD .....	101
TABEL 5.6:	AANTAL URE OORTYD.....	102
TABEL 5.7:	WORD WERK HUIS TOE GENEEM.....	104



TABEL 5.8:	DIE AARD VAN DIE WERK WAT HUIS TOE GENEEM WORD .....	104
TABEL 5.9:	AFWESIGHEID VAN WERK .....	106
TABEL 5.10:	SAAL/EENHEID WAAR WERKSAAM.....	107
TABEL 5.11	AANTAL JARE IN SPESIFIEKE SAAL/EENHEID.....	109
TABEL 5.12:	AANTAL JARE AS EENHEIDSBESTUURDER.....	110
TABEL 5.13:	BESTUURSOPLEIDING .....	111
TABEL 5.14:	WANNEER BESTUURSOPLEIDING ONTVANG IS .....	112
TABEL 5.15:	TIPE BESTUURSOPLEIDING .....	114
TABEL 5.16:	BYDRAE VAN BESTUURSOPLEIDING .....	115
TABEL 5.17:	VERDERE STUDIES.....	116
TABEL 5.18:	POSBESKRYWING ONTVANG.....	118
TABEL 5.19:	SPANWYDTE VAN BEHEER.....	119
TABEL 5.20(a):	FORMULERING VAN STRATEGIESE BEPLANNING .....	125
TABEL 5.20(b):	FORMULERING VAN DIE EENHEID/SAAL SE DOELWITTE .....	126
TABEL 5.20(c):	FORMULERING VAN VERPLEEGSORG DOELWITTE....	127

TABEL 5.20(d): FORMULERING VAN AKSIEPLANNE/PROGRAMME OM DOELWITTE TE BEREIK .....	128
TABEL 5.20(e): FORMULERING VAN VERPLEEGSORG- STANDAARDE .....	128
TABEL 5.20(f): FORMULERING VAN KERNDIENSAREAS.....	129
TABEL 5.20(g): HERSIENING VAN PERSONEEL EVALUERING- SISTEEM.....	130
TABEL 5.21(a): OPSTEL VAN BEGROTINGSVOORSTELLE .....	132
TABEL 5.21(b): BEPLANNING VAN KAPITAALUITGAWES VIR DIE VOLGENDE BOEKJAAR .....	133
TABEL 5.21(c): BEPLANNING VAN BEDRYFSUITGAWES .....	135
TABEL 5.21(d): INSTEL VAN BESPARINGSMATREëLS .....	136
TABEL 5.21(e): ADVERTEER VAN BESKIKBARE DIENSTE .....	137
TABEL 5.22(a): TAAKTOEWYSING .....	140
TABEL 5.22(b): HULPRBONBESTUUR .....	142
TABEL 5.23(a): LEIERSKAP .....	146
TABEL 5.23(b): MOTIVERING.....	150
TABEL 5.23(c): KOMMUNIKASIE .....	153

TABEL 5.23(d): PROBLEEMOPLOSSING/KONFLIKHANTERING .....	155
TABEL 5.24: BESTUURSKONFERENSIES/SEMINARE .....	159
TABEL 5.25: BYWONING VAN KONFERENSIES OF SEMINARE .....	160
TABEL 5.26(a): FINANSIËLE BEHEER .....	162
TABEL 5.26(b): HULPBRONBESTUUR .....	163
TABEL 5.27: WERKSVERHOUDINGS.....	167
TABEL 5.28: BEVORDERING VAN SPANWERK .....	171
TABEL 5.29: BESTUURSKUNDIGHEDE EN VAARDIGHEDE .....	172
TABEL 5.30: BESTUURSOPLEIDING .....	174
TABEL 5.31: FORMELE BESTUURSOPLEIDING .....	180
TABEL 5.32: ERVARING VAN EENHEIDSBESTUURDERS SE FUNKSIES .....	182
TABEL 5.33: DAAGLIKSE AKTIWITEITE.....	183



**LYS VAN FIGURE**

	<b>Bladsy</b>
FIGUUR 2.1: BESTUURSWAARDIGHEDE VAN ONDERSKEIE BESTUURSVLAKKE.....	14
FIGUUR 2.2: LYNFUNKSIE POSISIE .....	16
FIGUUR 2.3: GEÏNTEGREERDE BESTUURSPROSES.....	17
FIGUUR 2.4: ORGANISATORIESE VAARDIGHEDE VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER.....	29
FIGUUR 2.5: ASPEKTE VAN LEIERSKAP .....	35
FIGUUR 3.1 DIAGRAMATIESE VOORSTELLING VAN 'N KONSEPTUELE RAAMWERK .....	50
FIGUUR 3.2 VEREISTES VIR STANDAARDSTELLING.....	52
FIGUUR 3.3 DONABEDIAN RAAMWERK .....	57
FIGUUR 3.4 CROSBY SE PROSESMODELWERKSKAART .....	60
FIGUUR 3.5 DIE VIER Tipes KLIËNTE VAN DIE CROSBY PROSESMODEL .....	61

# HOOFSTUK 1

## INLEIDING TOT DIE STUDIEGEBIED

### 1.1 INLEIDING

Die mens se soeke na orde in sy lewe kan teruggevoer word na die Ou Testament van die Bybel. In Daniel 2: 48 en 49 word verduidelik hoe Daniel die koning versoek het om Sadrag, Mesag en Abednego in beheer te plaas van die administrasie van die provinsie Babel. Hierdie soeke na orde het ook, soos op ander gebiede, in gesondheidsdienste in die ontwikkeling van bestuur of administrasie gerealiseer.

Gedurende die tydperk 1500 NC is hospitale deur die kerk beheer. Hierdie beheer is egter na 1500 NC deur staatsorganisasies oorgeneem. Goed georganiseerde inrigtings en hospitale is waar moontlik gestig om toegewyde pasiëntsorg te verskaf na gelang van siekes se behoeftes en die beskikbare kennis. Verpleegsorg op sigself was egter nie merkwaardig georganiseer nie (Mellish, 1985).

Florence Nightingale het in 1845 al besef dat verpleegkundiges opgelei moet word, en dat vrouens nie net instinktief goeie verpleegkundiges is nie (Potgieter, 1992). Volgens Schuyler (1975) is ... *verpleging van siekes 'n kuns, en 'n kuns vereis georganiseerde, praktiese en wetenskaplike opleiding*. Wetenskaplike opleiding het bygedra tot die wetenskaplike eienskappe van verpleging. Florence Nightingale se organisasievermoë, aanleg vir statistiek, haar vermoë om 'n situasie te ontleed en hervorming teweeg te bring, is in verskeie militêre hospitale op die proef gestel (Mellish, 1985). Haar invloed het egter veel verder gestrek as net verpleegkunde. Sy was 'n higiënis, 'n statistikus, 'n skrywer, sowel as 'n baie doeltreffende



administrateur wat vir baie hervormings buite die veld van verpleegkunde verantwoordelik was (Potgieter, 1992). Simms *et al.* 1994) beskryf haar soos volg:

*Florence Nightingale was an extraordinary person and the first nurse executive to appreciate the importance of linking care provision and care management. Modern nursing and hospital administration emerged from her work and she was never content to provide only nursing care without tackling the physicians and the environment to improve patient care. It is important to note that Florence Nightingale managed patient care and the environment.*

In 1977 het die Wêreldgesondheidsorganisasie 'n omvattende doelwit gestel, naamlik *the attainment of health for all citizens of the world by the year 2000*. Hierdie doelwit vereis egter 'n geïntegreerde bestuursproses vir nasionale gesondheidsontwikkeling en gesondheidsdienslewering. Dit beklemtoon ook beleidsformulering en die skakeling tussen kliniese kennis, beplanning en bestuur (Simms *et al.*, 1994).

Simms *et al.* (1994) beklemtoon die belangrikheid van die verpleegkundige ten opsigte van bestuur in gesondheidsdienste soos volg:

*Nurses should be running nursing and health services around the world, not participating only in illness services.*

Searle (1980) bevestig bogenoemde stelling met die volgende:

*The concept of nursing practice and nurse practitioner was undermined by matrons in the organisational hierarchy and it is only the nurse manager who can restore nursing practice to its rightful status in health care institutions. The quality of the nurse managers and their insight into the management of professionals can resolve this contentious issue. If she continues to negate this vitally important dimension of her work, the end result will be, that it will not be necessary that a professional nurse should hold the post of nurse manager, for nurses will not be concerned with professional practise,*



*but only with carrying out the rules of the institution and the orders of the doctor.*

Bogenoemde stelling beklemtoon die impak wat doeltreffende bestuur in die verpleegpraktyk het. Daar word al hoe meer aanvaar dat die prestasie en sukses van 'n onderneming, hetsy dit 'n groot of klein, privaat- of publieke onderneming is, van die gehalte van sy bestuur afhang (Cronje *et al.*, 1996). Bestuur is nodig om die onderneming na sy doelwitte te lei. Die bestaansrede van die onderneming kan nie sonder bestuur bereik of gehandhaaf word nie. Doelwitte word bereik deur bestuur, wat die regte ewewig handhaaf tussen hulpbronne, belange en doelwitte in die interne omgewing. Die ekonomiteitsbeginsel, naamlik om met die laags moontlike toevoer (inset) van produksiemiddele die hoogs moontlike opbrengs (uitset) te bereik, is die bestaansrede van die bestuurwese (Cronje *et al.*, 1996).

Indien die verpleegkundige in 'n ontwikkelende gesondheidsorgsisteem haar verpleegpraktyk wil beheer, sal sy in staat moet wees om te kan voorspel hoe die sisteem in die toekoms gaan lyk. Sou die verwagte veranderinge nie geïdentifiseer word nie, sal verpleging nie in die posisie wees om beheer uit te oefen oor sy toekomstige ontwikkeling nie. Hier word spesifiek gedink aan die snelle vooruitgang in die rekenaarwêreld. Die verpleegkundige kan dit as 'n uitdaging beskou om die rekenaar konstruktief en produktief in haar werksomgewing te gebruik.

Die tradisionele bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder het die afgelope tien jaar dramaties verander. Hierdie veranderinge voorsien geleenthede wat nie voorheen moontlik was nie en skep moontlikhede wat die moeite werd is om na te vors.

Die bestuurder in verpleging is reeds verantwoordelik vir die verskaffing van verpleegdienste in 'n omgewing wat gekenmerk word deur kleiner operasionele begrotings, snelle vooruitgang en verandering in tegnologie en dinamiese gesondheidsverskaffingsisteme. Wiltse en Spooner (1993) stel voor dat die konsep van beleidsriglyne gebruik moet word as 'n bestuursinstrument om die werknemers

se praktyk- en werkverrigting te standaardiseer en te koördineer.

Veranderinge in die tradisionele hiërargiese bestuurstyle, en die beweging na deelnemende doelwitbestuur, het die behoefte laat ontstaan aan meer dinamiese en toepaslike riglyne. Hierdie riglyne kan doeltreffend in die vorm van standarde gestel word (Wiltse en Spooner, 1993).

## **1.2 UITEENSETTING VAN DIE STUDIEVELD**

Vir 'n periode van vyf jaar het die navorser in noue skakeling met verskeie eenheidsbestuurders gewerk. Die navorser het waargeneem dat oneffektiewe bestuursaktiwiteite, soos byvoorbeeld swak toesighouding en ondoeltreffende handhawing van standarde, tot gevolg gehad het dat die personeel se moraal en motivering gedaal het en dat personeel wat jare lank in diens van die instansie was, bedank het. Ook is waargeneem dat ongemotiveerde personeel onproduktiewe werkverrigting lewer. 'n Toename dus in die oneffektiewe werksverdeling van personeel het die handhawing van 'n hoë standaard van pasiëntsorg in gevaar gestel. Swak finansiële beheer het gevolg en is deur maandelikse finansiële verslae bevestig.

Die situasie is vererger deur 'n toename in klagtes vanaf die ontvangers van die dienste, naamlik die pasiënte. Waar gesondheidsorg blootgestel word aan nuwe ontwikkelinge, soos byvoorbeeld bestuurde gesondheidsorg, het goeie bestuursvaardighede dringend noodsaaklik geword indien eenheidsbestuurders in die nuwe millenium effektief wil funksioneer.

Na aanleiding van bogenoemde het dit noodsaaklik geword dat die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurders as 'n probleemgebied gesien word, en aan die hand van bestaande of nuutgestelde standarde geëvalueer word.



### 1.3 PROBLEEMSTELLING

Ten einde te bepaal of die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder toepaslik en aanvaarbaar geskied, moet die bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder dringend geëvalueer word. Met verwysing na wat in die rasionaal genoem is, het die volgende vrae as indikasie vir die navorsing ontstaan:

- a) Is daar bestaande standarde wat gebruik kan word in die evaluering van die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder?
- b) Indien daar wel standarde bestaan, kan dit net so toegepas word, en indien nie, wat is die waarneembare gebreke en watter regstellings moet gedoen word?
- c) Indien dit nodig is om nuwe standarde te formuleer, hoe vertoon die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder gemeet aan hierdie nuutgestelde standarde?

### 1.4 DOEL VAN DIE NAVORSING

Die navorser het deur middel van 'n literatuurstude bepaal dat daar geen bestuurspraktykstandarde vir die eenheidsbestuurder bestaan nie. Die doelwitte van die navorsing is dus om:

- a) 'n Situasië-analise te doen rakende die bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder en bestaande standarde.
- b) Standarde waaraan die bestuurspraktyk van 'n eenheidsbestuurder gemeet kan word, te formuleer.
- c) Die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder aan die hand van gestelde standarde te evalueer.
- c) Aanbevelings wat op die navorsingsbevindings gebaseer is, te maak.

Die formulering van standarde en die ervaring van die bestuursfunksies aan die hand van die gestelde standarde, is 'n voorvereiste om te verseker dat hierdie

evaluasie uiteindelik 'n bydrae tot die verbetering van die gehalte van die eenheidsbestuurder se bestuurspraktyk kan maak.

## **1.5 NAVORSINGSMETODOLOGIE**

### **1.5.1 Navorsingsbenadering**

'n Nie-eksperimentele, beskrywende benadering word gebruik. Die navorsingsprosedure wat gevolg is, het eerstens 'n probleem- en doelwitformulering van die navorsing uiteengesit. 'n Literatuuroorsig van die rol en bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder word in hoofstuk 2 gedoen, gevolg deur 'n literatuurstudie in hoofstuk 3 wat op standaardstelling en kriteriastelling fokus. 'n Empiriese ondersoek volg in hoofstuk 4 met bevindings, samevatting en aanbevelings in hoofstukke 5 en 6.

### **1.5.2 Navorsingsontwerp**

Die gebruik van 'n vraelysopname as 'n navorsingsontwerp impliseer dat die studie eienskappe soos kwantitatief, self-moniterend, verteenwoordigend en eietyds vertoon (Uys, 1991).

'n Vraelysopname word as 'n geskikte metode vir hierdie navorsing beskou aangesien dit 'n opnamemethode is wat in die teenswoordige tyd uitgevoer word, om te ondersoek wat tans bestaan (Brink, 1996). Die navorser is dus in staat om dit wat bestudeer word, op 'n ekonomiese wyse in die natuurlike omgewing waar te neem.

In hierdie spesifieke opname is van een navorsingsgroep gebruik gemaak, terwyl van twee verwysings kontrolegroepe gebruik gemaak is om die data te verifieer.



### 1.5.3 Steekproefneming

Die eenheidsbestuurders, geregistreerde verpleegkundiges en adjunk-verpleegdiensbestuurders óf verpleegdiensbestuurders verteenwoordig die populasie van 'n geselekteerde groep privaathospitale in die Wes-Kaap. Nie-waarskynlikheidsseleksie is benut in terme van die spesifieke inrigtings wat vir die navorsing gebruik word. Binne die inrigtings word egter van waarskynlikheidsseleksie gebruik gemaak aangesien die navorser nie doelbewuste seleksie doen of die insluiting van bepaalde persone manipuleer nie. Die data word deur middel van vraelyste ingesamel. 'n Vraelys wat poog om vas te stel in watter mate die geïdentifiseerde leemtes voorkom, is saamgestel vir

1. Eenheidbestuurders(navorsingsgroep).
2. Geregistreerde verpleegkundiges (kontrolegroep).
3. Adjunkverpleegdiensbestuurders óf verpleegdiensbestuurders (kontrolegroep).

### 1.5.4 Data-insameling

Data-insameling is oor 'n tydperk van twee maande gedoen. Vraelyste is deur die navorser aan die respondente gegee waar die nodige prosedure verduidelik is. Die navorser het die voltooide vraelyste na 'n vasgestelde tydsperiode versamel. Waar werksdruk dit nie vir respondente moontlik gemaak het om vraelyste dadelik te voltooi nie, is vraelyste in geadresseerde koeverte aan die navorser gestuur. Vraelyste is onafhanklik deur die respondente voltooi. Die navorser was beskikbaar indien respondente probleme met vraelyste ervaar het.

### 1.5.5 Data-analise en datavoorstelling

Die vraelys is ontleed met behulp van die SAS (Statistical Analysing System) op die

VAX-hoofraamrekenaars van die Universiteit van Stellenbosch.

Die bevindings van die vraelys word in dieselfde volgorde gehanteer as wat die vrae in die vraelys gevra is. Omdat sekere vrae by al drie groepe ooreenkom, word data gelyktydig in frekwensies en persentasies voorgestel. Waar sekere vrae in 'n spesifieke afdeling by een van die drie groepe verval, sal daardie gegewens se blokkies grys gekleur wees. Anders sal die betrokke groep respondente (gewoonlik een van die verwysings kontrolegroepe) se gegewens heeltemal weggelaat word.

## 1.6 BEGRIPSVERKLARINGS

Die volgende begrippe kom gereeld in die navorsing voor, en verdien die nodige begripsverklarings:

**BESTUUR** kan eenvoudig omskryf word as 'n proses wat deur die bestuurders gevolg word om die onderneming of organisasie se doelwitte te bereik (Cronje, 1996).

**BESTUURSPRAKTYK/TAAK** is beplanning, organisering, leiding en beheer (Cronje *et al.*, 1996).

**BETROKKE** wees beteken uitvoer/formuleer/identifiseer. Cronje (1996) bevestig dat die fundamentele handeling van bestuur en die doelwitte en hulpbronne van die onderneming nie los van mekaar staan nie, maar 'n geïntegreerde geheel vorm.

**BEPLANNING** behels die bepaling van die eenheidsbestuurder se posisie op 'n tydstip in die toekoms, asook die riglyne of planne wat gebruik gaan word om daardie posisie te bereik (Cronje *et al.*, 1996).



**ORGANISERING** is die toedeling van die menslike en fisiese hulpbronne van die onderneming aan afdelings of individue. Pligte word afgebaken en prosedures bepaal (Cronje *et al.*, 1996).

**LEIDING** kan verdeel word in opdragte aan en die motivering van die menslike hulpbronne (in hierdie geval die verpleegpersoneel wat werksaam is in die afdeling). Die manier waarop leiding geneem word, met ander woorde die op-dreef-bring van bestuursaktiwiteite, die motivering en beïnvloeding van personeel en die kommunikasie met en tussen personeel het 'n deurslaggewende invloed op die gehaltesdiens wat in die onderneming gelewer word.

**BEHEER** is om prestasie en optrede met die planne te laat strook. Afwykinge van die planne kan bepaal en reggestel word (Cronje *et al.*, 1996).

**BESTUURSPRAKTYK** word volgens die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal omskryf as toepassing, uitoefening van voorskrifte of teoretiese reëls (HAT, 1979).

**STANDAARDE** verwys na 'n grondige en duidelike beskrywing van die verlangde gehaltewerksprestasie en bevat kriteria of aanwysers om die gehalte van take te bepaal (Booyens, 1996). Oorspronklik het Donabedian (1969) drie tipes van standarde beskryf, naamlik struktuur-, proses- en uitkomdimensies (Booyens, 1993).

**EENHEIDSBESTUURDER** is 'n geregistreerde verpleegkundige in beheer van 'n eenheid wat toesien dat die pasiënte en kliënte die beste moontlike sorg kry (Mellish, 1993). In die navraag word na die eenheidsbestuurder as haar/sy verwys.

**EENHEID** word in die Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal omskryf as onderdele wat saam 'n geheel vorm (HAT, 1979). Daar



is verskillende faktore in elke eenheid wat spesiale aandag vereis. Die verantwoordelike, geregistreeerde verpleegkundige moet kennis dra van spesifieke behoeftes, probleme en sorg in die eenheid (Mellish, 1993).

KONSEPTUELE RAAMWERK kan beskryf word as 'n versameling van al die verskillende komponente, wat benodig word om die standaard te bereik. Verskillende raamwerke kan gebruik word om standarde te stel.

KRITERIA kan beskryf word as 'n spesifieke stelling wat meetbaar is ten einde te bepaal of 'n standaard bereik is, al dan nie.

## 1.7 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Beperkinge van die studie was die volgende:

- Dat die studie net op eenheidsbestuurders in die privaatsektor gedoen is.
- Die feit dat die navorser nie 'n deelnemende observasiedata-insamelingstegniek oor 'n langer tydspanne gebruik het nie.

Die navorser is egter van mening dat die bevindings van die studie veralgemeningswaarde vir die publieke sektor het omdat die eenheidsbestuurders, ongeag waar hulle werk, dieselfde opleiding ondergaan. Hulle is ook by dieselfde Beroepsraad geregistreeer en bestuursverantwoordelikhede van die eenheidsbestuurder in die openbare sektor is die afgelope jaar besig om in lyn te kom met die van die privaatsektor.

Laastens kon die navorser nie deelnemende observasie uitvoer nie weens gebrek aan tyd en finansies. Dit is egter 'n aanvaarde beginsel om hierdie beperking uit te skakel deur gebruik te maak van 'n vertikale bestuursevaluering.

## 1.8 UITEENSETTING VAN HOOFSTUKKE

Hoofstuk een bevat 'n algemene oriëntering ten opsigte van die navorsing. Die doel van die navorsing word uiteengesit en 'n kort beskrywing word van die navorsingsmetodologie gegee. Belangrike begrippe word verklaar.

Hoofstuk twee behels 'n literatuuroorsig van die rol en bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder.

In hoofstuk drie word 'n literatuurstudie onderneem met die doel om standaardstelling en kriteriastelling in perspektief te plaas.

Hoofstuk vier sit die navorsingsprosedure vir die ondersoek uiteen en beskryf die navorsingstegnieke wat aangewend is vir hierdie studie.

Hoofstuk vyf word gewy aan die ontleding en bespreking van data wat verkry is.

Hoofstuk ses is die finale hoofstuk waarin 'n oorsig, beperkinge, die gevolgtrekking en aanbevelings van die studie uiteengesit word.

## 1.9 SAMEVATTING

Die omvattende doelwit wat in 1977 deur die Wêreldgesondheidsorganisasie gestel is, vereis 'n geïntegreerde bestuursproses vir nasionale gesondheidsontwikkeling en gesondheidsdienslewering. Hierdie doelwit beklemtoon die belangrikheid van bestuursaspekte in verpleging soos deur Simms (1994) uiteengesit: *Nurses should be running nursing and health services around the world, not participating only in illness services.*

Die gehalte van verpleegbestuur en hulle insig in bestuur het 'n groot impak op

gesondheidsdienslewering en daarom moet eenheidsbestuurders in verpleging veranderinge as 'n geleentheid vir nuwe uitdagings sien.

Hierdie veranderinge noop eenheidsbestuurders om dringend te kyk na standarde van bestuursaspekte wat noodsaaklik vir die verpleegkundige geraak het omdat dit haar in beheer plaas van dinamiese gesondheidsverskaffingsisteme.

Die navorser beskou dit dus as uiters noodsaaklik dat die standarde wat by die bestuur van die eenheidsbestuurder, geld juis op hierdie tydstip in die geskiedenis van Suid-Afrika se bestuur van gesondheidsorg, deeglik in oënskou geneem moet word.



## HOOFSTUK 2

# DIE ROL EN BESTUURSFUNKSIES VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER

## 2.1 INLEIDING

Vir 'n sinvolle bespreking van die rol en bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder is dit nodig om haar bestuurspraktyk te bestudeer.

Searle (1980) omskryf die rol en funksies van die eenheidsbestuurder as eerste-liniebestuurder; klinikus; opvoeder; voorspraker en versorger van die pasiënt; professionele kollega; en spanmaat van die geneesheer en ander lede van die gesondheidspan. Die hedendaagse eenheidsbestuurder is te alle tye deel van minstens drie aaneengeskakelde spanne, bykomend tot enige spesiale projekspan waarvan sy lid is. Hierdie aaneengeskakelde spanne sluit in die departementele span, wat deur die hospitaalbestuurder gelei word, die middelbestuurspan wat saamgestel is uit eenheidsbestuurders en die interdisciplinêre pasiëntsorgspan. Bogenoemde omskrywing van die eenheidsbestuurder se rol deur Searle (1980) ten opsigte van die derde span, naamlik die interdisciplinêre pasiëntsorgspan, bevestig die omvattendheid van die werksaamhede van die eenheidsbestuurder. Volgens Mills, Louw en Barnes (in Searle, 1980) beklee die eenheidsbestuurder die mees kritieke posisie in die hospitaalsisteem. Searle (1980) beskryf die eenheidsbestuurder se bestuursposisie as uniek, met dimensies wat eie is aan die posisie en 'n gespesialiseerde omvang van beheer het.

Die volgende ten opsigte van die eenheidsbestuurder se bestuurspraktyk word in

hierdie hoofstuk bespreek:

- bestuursvlakke en vaardighede van die eenheidsbestuurder;
- komponente van bestuurspraktyk;
- kerndiensareas;
- beplanning;
- organisering;
- leiding ;
- beheer;
- menslike hulpbronne.

## 2.2 BESTUURSVLAKKE EN VAARDIGHEDE

Daar is verskillende bestuursvlakke in die privaathospitaal, naamlik topbestuur, tussenbestuur (byvoorbeeld Eenheidsbestuur) en onderbestuur (byvoorbeeld toesig). Die bestuursvaardighede wat op hierdie genoemde bestuursvlakke nodig is, kan soos volg uitgebeeld word:

**FIGUUR 2.1**  
**BESTUURSVAADIGHEDE VAN ONDERSKEIE BESTUURSVLAKKE**

Topbestuur	15% Tegniese vaardighede	35% Konseptuele vaardighede	15% Interper- soonlike vaardighede	35% Diagnostiese en analitiese vaardighede
Tussenbestuur	25% Tegniese vaardighede	25% Konseptuele vaardighede	25% Interper- soonlike vaardighede	25% Diagnostiese en analitiese vaardighede
Onderbestuur	35% Tegniese vaardighede	15% Konseptuele vaardighede	35% Interper- soonlike vaardighede	15% Diagnostiese en analitiese vaardighede

(Cronje *et al.*, 1996)



Tabel 2.1 dui aan dat die persoonlike vaardighede wat vir die uitvoering van die bestuursproses nodig is, op elke vlak verskil. Die topbestuurder moet oor ander vaardighede as die onderbestuurder beskik om die funksie van algemene bestuur uit te voer. Cronje *et al.* (1980) sonder die volgende drie sleutelvaardighede uit as voorvereistes vir 'n goeie bestuurder:

- Konseptuele vaardighede verwys na die vermoë van 'n bestuurder om die kompleksiteit van 'n organisasie as geheel te verstaan en te weet waar sy inpas in die funksionering van die organisasie. Die eenheidsbestuurder behoort te beseef waar sy in die multidissiplinêre span inpas, asook wat haar funksies in hierdie span behels.
- Interpersoonlike vaardigheid of die vermoë om met mense te werk, is daardie vaardigheid wat benodig word om doeltreffend met ander individue saam te werk ter bereiking van die doelwitte van die organisasie. Die eenheidsbestuurder is daaglik betrokke by verskeie kliënte (pasiënte, personeel, geneeshere) en moet dus oor die vermoë beskik om te kommunikeer, om mense se gedrag te verstaan en om bogenoemde te motiveer.
- Mediese vaardighede of die vermoë om tegnieke, instrumente en prosedures op 'n gespesialiseerde wyse in die werksituasie aan te wend, is vaardighede wat belangrik is vir die eenheidsbestuurder in haar rol as mentor. Sy moet vaardig wees in die hantering van verskillende aparate sowel as van die verskillende prosedures wat daaglik uitgevoer word in die versorging van pasiënte.

Diagnostiese en analitiese vaardighede word daaglik deur die eenheidsbestuurder gebruik om holistiese verpleegsorg te lewer. Inligting wat vinnig en akkuraat geanaliseer moet word, word deurlopend deur die eenheidsbestuurder versamel.

Die bestuursvlak van die eenheidsbestuurder kan duidelik uitgebeeld word in 'n lynfunksiediagram soos uiteengesit in figuur 2.2.

**FIGUUR 2.2**  
**LYNFUNKSIEPOSISIE**



Die eenheidsbestuurder funksioneer direk onder die adjunkverpleegdiensbestuurder en vorm die skakel tussen al die ander kategorieë personeel en die adjunkverpleegdiensbestuurder en of verpleegdiensbestuurder.

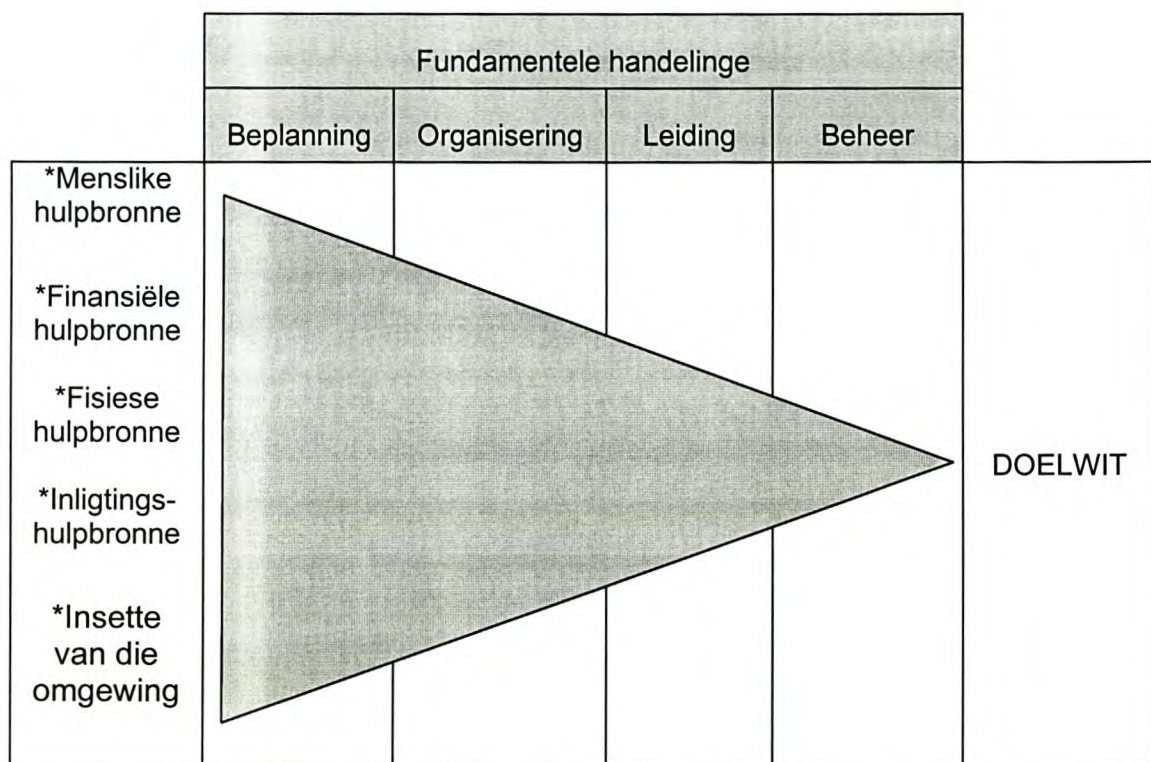
### **2.3 KOMPONENTE VAN BESTUURSPRAKTYK**

Die mees toepaslike metode om goeie bestuur te konstrueer, is deur die verlangde bestuursaktiwiteite te identifiseer (Standards of Nursing Care RCN, 1980). Vestel (1995) bevestig bogenoemde deur die volgende: *Management is a key to success in the professional nursing job. The issue becomes one of managing many aspects of the job - clinical, managerial, educational, and research - with overall consistency.* Aansluitend by bogenoemde sê Vestel



(1995): *the increasing complexity of delivering patient care requires a multifaceted role for the professional nurse that includes managerial responsibilities. These managerial activities differ ..., but they always include effective communication, delegation, human relations, and the management of people, time and resources.*

**FIGUUR 2.3**  
**GEÏNTEGREERDE BESTUURSPROSES**



Volgens Cronje *et al.* (1996) word verskillende hulpbronne, naamlik menslike, finansiële, fisiese en inligtingshulpbronne deur bestuursaksies gebruik om 'n doelwit te bereik. Menslike hulpbronne, byvoorbeeld verpleegpersoneel, word deur middel van beplanning in afdelings gebruik om die spesifieke pasiëntsorgdoelwitte te bereik. Organisering, leiding en beheer van die verpleegpersoneel is egter ook nodig om die spesifieke doelwit te bereik. Doelwitte, hulpbronne en fundamentele handeling staan dus nie los van mekaar



nie, maar vorm 'n geïntegreerde geheel.

## 2.4 KERNDIENSAREAS

Booyens(1993) sê: *key performance areas represent the specific areas for which the employee is held accountable for producing results. For each key performance area, the specific end result which the employee plans to accomplish should be indicated.*

Hierdie kerndiensareas het verskeie ondervertakkings wat almal bydra tot die groot geheel. Volgens Duffield *et al.* (1993) is die primêre kerndiensareas van 'n eenheidsbestuurder die volgende:

- (a) Administrasie
- (b) Beplanning
- (c) Kommunikasie
- (d) Gehalteverbetering
- (e) Personeelontwikkeling
- (f) Arbeidsverhoudings
- (g) Finansiële bestuur
- (h) Leierskap
- (i) Professionele ontwikkeling
- (j) Organisatoriese beleid

Schurr (1975) verdeel die kerndiensareas slegs in drie kategorieë:

- Verpleegsorg van die pasiënt
- Opleiding en ontwikkeling van die totale verpleegsorgspan
- Verpleegadministrasie

Die verpleegsorg van die pasiënt word deur Schurr (1975) omskryf as 'n veilige omgewing waar hoë verpleegstandaarde gehandhaaf word en goeie kommunikasie plaasvind. Schurr (1975) beskou opleiding en ontwikkeling van die totale

verpleegsorgspan as 'n leersituasie waar die verpleegpersoneel op datum bly met nuwe verwickelinge. Schurr (1975) verdeel verpleegadministrasie in twee kerndiensareas:

- (a) Die eenheidsbestuurder moet in staat wees om besluite te neem.
- (b) Dit is die eenheidsbestuurder se verantwoordelikheid om spangees te bou.

Searle (1980) beklemtoon die belangrikheid van die eenheidsbestuurder omdat sy primêr verantwoordelik is om die belange van die pasiënt te beskerm deur koördinasie en kontrolering van alle aktiwiteite wat nodig is om die pasiënt holisties te verpleeg. Hierdie stelling word ondersteun deur die verpleegkundige se Bestek van Praktyk, Regulasie nr. 2598, wat die wetenskaplik gefundeerde handeling of prosedures uitspel om die pasiënt in totaliteit te verpleeg.

Na aanleiding van die verskillende sienings van bogenoemde skrywers kan die rol en funksies van die eenheidsbestuurder verder verdeel word in die volgende kerndiensareas:

- beplanning
  - ▶ strategies
- finansiële bestuur
  - ▶ finansiële
  - ▶ daaglik
  - ▶ personeel
- organisering
  - ▶ tydbestuur
  - ▶ delegering
  - ▶ spanbou
- leiding
  - ▶ leierskap
  - ▶ gesag
  - ▶ mag



- ▶ motivering
- ▶ kommunikasie
- ▶ konflikthantering
- ▶ kreatiwiteit
- beheer
  - ▶ finansieel
  - ▶ voorraad
- menslike hulpbronne

## 2.5 BEPLANNING

Cronje *et al.* (1996) beskryf beplanning as die volgende handeling van die bestuur:

- bepaling van die organisasie se missie en doelwitte;
- bepaling van die aksies om doelwitte te bereik;
- identifisering van hulpbronne om doelwitte te bereik.

Die volgende aspekte is deur die navorser uit die literatuur as sleutelaspekte van beplanning geïdentifiseer en word aangespreek:

- basiese hulpbronne
- strategiese beplanning/langtermynbeplanning
- finansiële beplanning
- daaglikse beplanning
- personeelbeplanning

### 2.5.1 Basiese hulpbronne

Daar is verskeie basiese hulpbronne in die eenheid/saal wat deur die

eenheidsbestuurder aangewend word. Hierdie hulpbronne word grafies soos volg uitgebeeld:

**TABEL 2.1**  
**BASIESE HULPBRONNE**

	<b>Menslike hulpbronne</b>	<b>Finansiële hulpbronne</b>	<b>Fisiese hulpbronne</b>	<b>Inligtings hulpbronne</b>
Eenheid / saal in hospitaal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleegpersoneel</li> <li>• Skoonmaakpersoneel</li> <li>• Saalsekretaresse</li> <li>• Tegnieerspersoneel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wins</li> <li>• Aandeelhouderskapitaal</li> <li>• Lenings</li> <li>• Mediese fondse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediese apparaat</li> <li>• Beddens</li> <li>• Badkamers</li> <li>• Werkstasie</li> <li>• Kombuis</li> <li>• Ruskamer</li> <li>• Store</li> <li>• Kantoor</li> <li>• Spoelkamer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maandverslae</li> <li>• Pasiëntterugvoering</li> <li>• Insidente</li> <li>• Verslae</li> </ul>

(Eie ontwerp)

Die basiese hulpbronne in die eenheid/saal word in vier groepe ingedeel, naamlik menslike, finansiële, fisiese en inligtingshulpbronne. Die menslike hulpbronne bestaan uit 'n saamgestelde komponent van mense wat nie net almal direk deur die eenheidsbestuurder bestuur word nie, maar wat ook 'n ondersteunende diens lewer. Elke eenheid/saal word as 'n stelsel in eie reg beskou, en bestuur is nodig om hierdie afdeling se hulpbronne so te kombineer en op mekaar af te stem dat die afdeling sy doelwitte so goed moontlik bereik, al het elke eenheid/saal 'n ander doelwitte.

Die finansiële hulpbronne behels komponente soos wins, aandeelhouderskapitaal, lenings en mediese fondse. Die eenheidsbestuurder is ten nouste betrokke by mediese fondse aangesien bestuurde gesondheidsorg direk gekoppel is aan die pasiënt en sy mediese fonds. Inligting omtrent die pasiënt wat deur die eenheidsbestuurder aan die mediese fondse deurgegee word, is dus baie belangrik in die verdere beplanning van sy sorg.

Die fisiese hulpbronne in die eenheid/saal bestaan uit mediese apparaat, beddens, werkstasie, ruskamers, store, ensovoorts. Die eenheidsbestuurder is



daarvoor verantwoordelik dat die fisiese hulpbronne korrek gehanteer word, asook veilig en in 'n werkende toestand is. Fisiese hulpbronne is kapitaal-intensief en behoeftebepalings, beplanning ten opsigte van nuwe apparaat en kontrole moet nougeset geskied.

Inligtingshulpbronne verwys onder meer na die maandverslae; pasiënt-terugvoering en insidentverslae. Die eenheidsbestuurder voltooi maandeliks 'n verslag oor die aktiwiteite van die eenheid/saal. Hierdie verslag is 'n opsomming van doelwitte wat bereik is, asook doelwitte wat vir die volgende maand gestel word.

Effektiewe beplanning kan plaasvind indien die eenheidsbestuurder vertrou is met die basiese hulpbronne wat beskikbaar is. Doelwitte word dus bereik deur die bestuur, wat in die interne omgewing die regte ewewig tussen hulpbronne, belange en doelwitte handhaaf.

Die belangrikheid van beplanning moet nooit onderskat word nie, aangesien dit die grondslag lê vir ander bestuursaktiwiteite.

Naas basiese hulpbronne is die volgende nog sleutelaspekte van die beplanning in 'n eenheid/saal deur die eenheidsbestuurder:

- strategiese beplanning/langtermynbeplanning;
- finansiële beplanning;
- daaglikse beplanning; en
- personeelbeplanning.

Hierdie vier punte word nou aan die hand van die literatuur bespreek.

### **2.5.2 Strategiese beplanning/langtermynbeplanning**

Enige beplanning op eenheidsvlak wat oor 'n periode van twaalf maande strek,

kan as strategiese/langtermynbeplanning beskou word. Daar bestaan egter verskeie definisies vir strategiese beplanning. Thomas (in Marquis *et al.*, 1996) beskryf strategiese beplanning as ... *a long-range plan (including objectives) that identifies a department's environmental factors, while establishing its purpose, mission, philosophy and goals* .

Die grootste algemene fout wat deur eenheidsbestuurders gemaak word, is om onvoldoende langtermynbeplanning te ontwikkel (Marquis *et al.*, 1996). Baie eenheidsbestuurders beheer hulle saal/eenheid deur krisisbestuur toe te pas. Hulle maak nie gebruik van beskikbare data wat hulle kan help in die beplanning van al die aktiwiteite van die saal/eenheid nie, byvoorbeeld om beskikbare leidrade te ondersoek en vooruitskattings te maak om toekomstige behoeftes te bepaal (Marquis *et al.*, 1996).

Ten einde effektief te bestuur, is dit nodig dat die eenheidsbestuurder ten minste op 'n jaarlikse basis strategies beplan. Tydens hierdie beplanning word doelwitte, missies, filosofie en doelstellings geëvalueer om vas te stel of dit nog relevant en toepaslik is en die doel en funksies van die eenheid beïnvloed. Doelgerigte beplanning volg dan.

### **2.5.3 Finansiële beplanning**

Finansiële beplanning is gemoeid met:

- die verkryging van fondse;
- die aanwending van fondse;
- die administrasie daarvan; en
- die verslagdoening oor finansiële aangeleenthede.

Die eenheidsbestuurder in beheer van die saal/eenheid se deelname aan die finansiële beplanningsproses is van kardinale belang. Muller (1993) onderskryf hierdie stelling en noem dat die bestuur van gesondheidsdienste in Suid-Afrika in



die toekoms op gesonde bestuursbeginsels behoort te berus as gevolg van die steeds stygende gesondheidskoste. Troskie (1991) sluit aan by Muller (1993) en Booyens (1991) deur daarop te wys dat die verpleegkundige wat in beheer (die eenheidsbestuurder) van 'n saal/eenheid is, finansiële aanspreeklikheid vir alle onkoste behoort te aanvaar. Sodoende sal hulle begrip toon vir uitgawes en inkomstes en goeie finansiële beplanning en beheer toepas.

Cloete (1995) meen dat 'n eenheidsbestuurder nie net in staat moet wees om 'n belangrike rol in die beplanning van beraamde kostes te speel nie, maar ook finansiële voordeel-ontledings moet kan doen. Die eenheidsbestuurder moet uitgawes en voorrade beheer, en verantwoording kan doen aan hoër gesag. McCloskey (1985) ondersteun Cloete (1995), maar is egter van mening dat die verpleegkundige toegelaat het dat hierdie bestuursaspek in die hande gelaat word van nie-verpleegkundige personeel, soos byvoorbeeld hospitaalbestuurders en administratiewe bestuurders, en dat die verpleegkundiges slegs passiewe deelnemers is.

Dit is belangrik dat die eenheidsbestuurder vaardig moet wees in finansiële bestuur. Volgens Marquis *et al.* (1996) word finansiële beplanning gereeld as die moeilikste van al die vorms van beplanning ervaar, en word dus deur die eenheidsbestuurder vermy. Alhoewel die eenheidsbestuurder bekend is met die basiese aspekte van finansiële beplanning, kan die eenheidsbestuurder probleme ervaar met vooruitskattings van huidige en geprojekteerde behoeftes.

Tradisioneel het die verpleegbestuurders (eenheidsbestuurders) 'n beperkte rol in die allokasie van hulpbronne gespeel. Hulle het begrotings ontvang sonder enige rasionaal en insette van hulle kant af en dit terwyl die verpleegkundige 'n kritiese rol speel in die vooruitskatting van tendense ten opsigte van sensus, aktiwiteite en verskaffing van voorraadbehoefte in die saal/eenheid, juis omdat hulle by die daaglikse werksaamhede betrokke is (Marquis *et al.*, 1996). Gedurende die laaste tien jaar word die insette van die verpleegafdeling in die finansiële beplanning van die hospitaal erken.

Dit is egter die navorser se ervaring dat die eenheidsbestuurder geen formele opleiding ontvang het ten opsigte van die voorbereiding van begrotings en finansiële beplanning nie.

#### **2.5.4 Daaglikse beplanning**

Daaglikse beplanning is essensieel vir die eenheidsbestuurder indien sy effektief wil bestuur en nie krisisbestuur wil toepas nie.

Die navorser se ervaring is dat die eenheidsbestuurder voel sy is onproduktief wanneer sy by 'n lessenaar sit en die daaglikse beplanning vir die verpleegsorg in haar eenheid/saal doen. Daaglikse beplanning in die eenheid/saal verseker dat:

- daar voldoende personeel teenwoordig is om verpleegsorg te lewer;
- die werkprogram van verpleegsorg maksimum produktiwiteit sal verseker;
- bedplasing van nuwe opnames ooreenkomstig hospitaalbeleid is;
- voorraad bestel word (byhou van minimum/maksimum voorraadpeiling);  
en
- praktykgerigte en toegepaste indiensopleiding plaasvind.

Indien daaglikse beplanning nie gedoen word nie, sal take lukraak voltooi word, en krisisbestuur sal plaasvind (Marquis *et al.*, 1996).

Twee kenmerkende foute wat deur 'n nuweling-bestuurder begaan word, is dat daaglikse beplanning onderskat word en onvoldoende tyd toegelaat word vir hierdie beplanning. Dit dra by tot ongeorganiseerde verpleging in die eenheid (Marquis *et al.*, 1996).



## 2.5.5 Personeelbeplanning

Organisasies benut verskillende stelsels ten opsigte van personeelaanwending. Die verpleegafdelings van organisasies maak gebruik van die stelsel van sentralisering of desentralisering van personeel. In privaathospitale waar desentralisering van personeel toegepas word, is die eenheidsbestuurder verantwoordelik om

- te reël vir fleksiepersoneel indien geskeduleerde personeel afwesig is;
- te reël vir vermindering van personeel gedurende periodes van verminderde pasiëntgetalle;
- te reël vir toevoeging van personeel gedurende die skielike toevloei van pasiënte;
- maandelikse eenheidskedules te beplan; en
- vakansieskedules te beplan.

Helmer en McKnight (1988) beskryf bogenoemde soos volg ... *that decentralized scheduling and staffing lead to increased autonomy and flexibility, thus decreasing nurse attrition.*

Die stelsel van desentralisasie van personeel gee dus aanleiding tot groter bestuursselfstandigheid by die personeel van die eenheid/saal, asook meer buigsaamheid. Die gevolg hiervan is minder onenigheid onder personeel rakende byvoorbeeld vakansiebeplanning.

Effektiewe personeelbeplanning het tot gevolg:

- 'n werkprogram van verpleegsorg wat maksimum produktiwiteit lewer;
- die vermindering van regsgeneeskundige risiko's;
- maksimale personeelbenutting en optimale pasiëntsorg;
- koste-effektiewe personeelbestuur; en
- die ontwikkeling van 'n kwaliteitverpleegkomponent, dit wil sê personeel- en verpleegsorg, aangesien ruimte geskep word vir praktykgerigte,

toegepaste indiensopleiding.

Die grondslag vir die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder lê in beplanning. Die eenheidsbestuurder bepaal deur middel van strategiese beplanning wat die missie, filosofie en doelwitte van die eenheid/saal gaan wees. Teen die agtergrond van 'n sterk kompeterende mark en bestuurde gesondheidsorg word die eenheidsbestuurder al hoe meer betrek by finansiële beplanning aangesien die toerusting wat die afdeling gebruik, die kapitale begroting beïnvloed. Om te voorkom dat krisisbestuur voortdurend toegepas word, is daaglikse beplanning 'n baie belangrike funksie wat deur die eenheidsbestuurder uitgevoer moet word.

Beplanning in die eenheid/saal deur die eenheidsbestuurder is dus die vertrekpunt vir effektiewe bestuur wat tot die organisering van die eenheid/saal lei.

## 2.6 ORGANISERING

Die proses van organisering word omskryf as die wyse waarop take en hulpbronne toegewys word aan individue of afdelings om 'n plan ten uitvoer te bring. Dit is hoofsaaklik op twee beginsels gegrond:

- spesialisasie of werkverdeling en afdelingsvorming; en
- logiese groepering van aktiwiteite wat bymekaar hoort (Cronje *et al.*, 1996).

'n Kernkomponent in die bestuur van 'n eenheid/saal is organisering. Organisering word voorafgegaan deur 'n omvattende ontleding van die werk wat gedoen moet word en die hulpbronne wat nodig is om die eenheid/saal se doelwitte te bereik. Deur organisering kan die verskeidenheid take, hulpbronne, metodes of prosedures gesistematiseer en georden word.

Die eenheidsbestuurder en haar personeel moet bewus wees van hulle



- pligte;
- gesag en verantwoordelikheid; en
- die metodes wat hulle moet volg en/of die prosedures wat hulle kan gebruik.

Duidelike riglyne ten opsigte van bogenoemde is saamgevat in die *Bestek van praktyk van die Verpleegkundige, Regulasie 2598*. Sodoende word daar verseker dat die resultaat van die gesamentlike en gekoördineerde bestuurspogings veel groter as die som van die individuele, ongeordende pogings sal wees (Cronje *et al.*, 1996).

Deur middel van organisering word die totale werkslading in die eenheid/saal verdeel in aktiwiteite wat gerieflik deur 'n verpleegkundige of 'n span verpleegkundiges verrig kan word. Dit beteken enersyds dat take toegedeel word aan verpleegkundiges op grond van hul vermoë of kwalifikasies vir die taak, en andersyds dat niemand in die eenheid/saal te veel of te min doen nie. Die toekenning van take aan personeel behels ook die toekenning van verantwoordelikheid en gesag. Sodoende word 'n organisatoriese verhouding in die saal/eenheid geskep wat aantoon watter persone opdragte gee, wie terugvoering moet kry en watter persone die verantwoordelikheid dra.

Die uiteindelige uitwerking hiervan is verbeterde diens aan die pasiënt, sy familie, die geneesheer en besoekers. Organisering bevorder ook die produktiewe aanwending en gebruik van hulpbronne. Suksesvolle organisering maak dit dus vir 'n eenheid/saal moontlik om sy doelwitte te bereik (Cronje *et al.*, 1996). Deur middel van organisering word die werksaamhede van die eenheidsbestuurder en die verpleegkundiges in die saal/eenheid gekoördineer om onnodige duplisering van take te voorkom. Die kans op konflik, twyfel en misverstande by personeel word ook met goeie organisering verminder.

Die eenheidsbestuurder in beheer van die afdeling moet die dag-tot-dag-aktiwiteite van haar eenheid organiseer, dit wil sê die eenheidsbestuurder moet

'n raamwerk waarvolgens die werk gedoen moet word om die doelwitte te bereik, saamstel. Hierdie organisering vereis 'n balans van tegniese, konseptuele, interpersoonlike en diagnostiese vaardighede. Die organisatoriese vaardighede waarvoor die eenheidsbestuurder moet beskik, word in figuur 2.4 saamgevat.

**FIGUUR 2.4**  
**ORGANISATORIESE VAARDIGHEDE VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER**



Tydbestuur, delegering en spanbou is organisatoriese vaardighede wat noodsaaklik is vir die eenheidsbestuurder om gehaltepasiëntsorg in die eenheid te lewer. Hierdie organisatoriese vaardighede word vervolgens bespreek.

### 2.6.1 Tydsbestuur

Tydbestuur beteken volgens Booyens (1993) die effektiewe en doeltreffende gebruik van tyd.

Lakein (in Booyens, 1993) stel voor dat tydsverbruik deur 'n individu, byvoorbeeld die eenheidsbestuurder, verbeter kan word deur die stel van persoonlike en eenheid-/saaldoelwitte. Dit geskied vanuit drie tydsperspektiewe:

- daaglikse doelwitte;
- sesmaandelikse doelwitte; en
- doelwitte wat die persoon of eenheid/saal binne vyf jaar wil bereik.

Die aktiwiteite waaraan die eenheidsbestuurder tyd spandeer, kan beskryf word



as

- tydverbruikers (daardie aktiwiteite wat 'n bydrae lewer om die eenheid/saal se doelwitte te bereik); en
- tydverkwisters (daardie aktiwiteite wat 'n persoon se tyd in beslag neem , maar nie 'n bydrae lewer om die eenheid/saal se doelwitte te bereik nie) (Booyens,1993).

Lakein (in Booyens, 1993) het ook voorgestel dat persoonlike en organisatoriese doelwitte gekategoriseer word volgens

- A - hoogste prioriteit (moet bereik word)
- B - redelike prioriteit ( wenslik dat dit bereik word)
- C - nie belangrik nie ( kan uitgestel word vir tyd en wyl)

Die eenheidsbestuurder moet ook daagliks voorsiening maak vir onverwagte gebeurtenisse met krisisaftmetings. Dit het tot gevolg dat beplande aktiwiteite deur die eenheidsbestuurder laat vaar moet word om die krisis te hanteer.

Om langer ure te werk om die werk afgehandel te kry, is nie die regte oplossing nie. Die eenheidsbestuurder raak oormoeg, en swak besluite is die resultaat. Die oplossing vir die effektiewe gebruik van tyd moet gesoek word in effektiewe organisering. Die eenheidsbestuurder moet konsentreer op enkele kritieke take/ probleme wat werklike resultate sal lewer. Onbelangrike take moet uitgeskakel word. Kategorisering van doelwitte moet dus plaasvind. Die eenheidsbestuurder sal byvoorbeeld toesien dat daar daagliks voldoende personeel aan diens is om pasiëntsorg te lewer aangesien dit 'n hoogste prioriteit is en bereik moet word.

Verantwoordelikheid en gesag moet volgens Booyens (1993) so ver as moontlik gedelegeer word. Ten slotte kan gesê word dat die wyse waarop 'n eenheidsbestuurder haar tyd gebruik, die gehalte beïnvloed van alle aktiwiteite in haar eenheid wat pasiëntsorg insluit.

## 2.6.2 Delegering

Volgens Smit en Cronje (1992) is dit die proses waar die bestuurder 'n gedeelte van die totale werkslading aan verskillende persone toewys. Deur hierdie toewysing verkry die werknemer gepaardgaande gesag en verantwoordelikheid. Die proses van delegering is 'n manier waarop die eenheidsbestuurder meer tyd kry om ander bestuursaktiwiteite te verrig. Delegering is een metode om werknemers se bestuursvaardighede te verbeter, asook om hulle te leer hoe om op te tree in situasies waar probleemoplossing moet plaasvind en besluite geneem moet word (Hart, 1992). Die delegeringsproses berus op drie pilare:

- toewysing van verantwoordelikheid;
- verlening van gesag; en
- omskrywing van verantwoordelikheid (Hart, 1996).

Delegering kan verbeter word deur:

- die stel van standarde en doelwitte;
- die aandui van gesag en verantwoordelikheid;
- die betrokkenheid van ondergeskiktes;
- die voltooiing van take te vereis;
- opleiding te verskaf; en
- voldoende beheermaatreëls te verskaf (Hart, 1996).

Volgens Hart (1996) kom die volgende struikelblokke voor wat effektiewe delegering benadeel:

- Die eenheidsbestuurder is bang dat haar eie prestasie-evaluasie swak sal vertoon indien die personeel nie die opdrag behoorlik uitvoer nie, dit wil sê faal.
- Die eenheidsbestuurder dink dat sy die werk self beter kan doen.
- Die eenheidsbestuurder het min of geen vertroue in haar ondergeskiktes nie.
- Die eenheidsbestuurders glo dat te veel tyd in beslag geneem word om



die opdrag aan die ondergeskiktes oor te dra (Hart, 1996).

Die manier om hierdie struikelblokke uit die weg te ruim, is deur deurlopende opleiding en motivering. Gesag en verantwoordelikheid moet egter altyd duidelik gedefinieer word. Indien die eenheidsbestuurder nie daarin slaag om gesag en verantwoordelikheid te definieer nie, faal delegering as proses (Hart, 1996).

### **2.6.3 Spanbou/Spanwerk**

'n Eenheidsbestuurder wat 'n demokratiese leierskapstyl handhaaf, is 'n spanbouer wat 'n deurlopende hoë vlak van produktiwiteit handhaaf. Hierdie tipe eenheidsbestuurder konsulteer met haar personeel voordat sy 'n besluit neem. Bereikbare standarde word in samewerking met die personeel bepaal. Die eenheidsbestuurder verseker dat die personeel die werksaamhede verstaan, en moedig personeel aan om voorstelle te maak ten opsigte van werksaamhede in die eenheid. Die personeel ontvang erkenning van die eenheidsbestuurder wanneer take volledig voltooi word. Personeel wat op sodanige wyse deur die eenheidsbestuurder gehanteer word, handhaaf in die afwesigheid van die eenheidsbestuurder nog steeds 'n hoë standaard pasiëntsorg. Die personeel is in staat om noodgevalle soos wat van hulle verwag word, te hanteer en tree lojaal op teenoor die eenheidsbestuurder. Hierdie tipe eenheidsbestuurder hanteer die werwing van nuwe personeel relatief maklik aangesien die afdeling deur die bestaande personeel verkoop word. Personeel beskryf die werksituasie as een waar hulle as 'n span wat 'n goeie diens lewer, saamwerk. Hierdie personeel ervaar 'n gevoel van betrokkenheid en dat hulle deur middel van hulle goeie pasiëntsorg iets waardevols bereik. Die personeel is bereid om verantwoordelikheid te aanvaar, juis omdat hulle waarde erken word. Pasiëntsorg word met vertroue deur die personeel gelewer. Die personeel weet ook dat daar geleenthede is om te ontwikkel (Jooste, 1996).

Die bestuursproses in die saal/eenheid word deur bogenoemde fundamentele elemente geaktiveer.

## 2.7 LEIDING

Cronje *et al.* (1996) beskryf leiding, 'n fundamentele element van bestuur, as ... *die leiding wat deur iemand geneem moet word om die onderneming se aktiwiteite ter bereiking van die doelwitte aan die gang te sit en aan die gang te hou.*

Vir die eenheidsbestuurder om leiding te kan gee, dit wil sê, om die verpleegpersoneel se gedrag en optrede te beïnvloed en te orden, moet die eenheidsbestuurder kennis dra van die belangrike komponente van leidinggewing.

Hierdie komponente behels:

- leierskap
- motivering van ondergeskiktes
- goeie kommunikasie met ondergeskiktes
- konflikthantering
- kreatiwiteit

Bogenoemde komponente stel die eenheidsbestuurder in staat om sodanig leiding te gee aan die personeel in die eenheid/saal dat die eenheid/saal se doelwitte bereik word. Hierdie komponente word soos volg grafies uitgebeeld:



**TABEL 2.2**  
**KOMPONENTE VAN DIE LEIDINGGEWENDE TAAK VAN DIE**  
**EENHEIDSBESTUURDER**

KOMPONENTE VAN DIE LEIDING- GEWENDE TAAK		BEÏNVLOED PERSONEEL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leierskap</li> <li>• Motivering</li> <li>• Groepswerking</li> <li>• Kommunikasie</li> <li>• Konflikhantering</li> <li>• Kreatiwiteit</li> </ul>	<p>Stel eenheidsbestuurder in staat om leiding te gee</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beïnvloed personeel se gedrag om doelwitte vrywillig na te streef.</li> <li>• Rig ondergeskiktes se optrede en aktiwiteite op die doelwitte van die saal/eenheid.</li> </ul>

Komponente soos leierskap, motivering, kommunikasie, konflikhantering en kreatiwiteit stel die eenheidsbestuurder in staat om leiding te gee. Leiding deur die eenheidsbestuurder beïnvloed personeel se gedrag om doelwitte na te streef.

### 2.7.1 Leierskap

Ten einde die begrip leierskap te verduidelik, is enkele opmerkings nodig oor die verskil tussen bestuur en leierskap. Bestuurders is die draers van gesag wat deur die organisasie aan hulle toegeken word, dit wil sê, gesag om te dwing en die reg om die aktiwiteite van ander te orden en te lei (Cronje *et al.*, 1996).

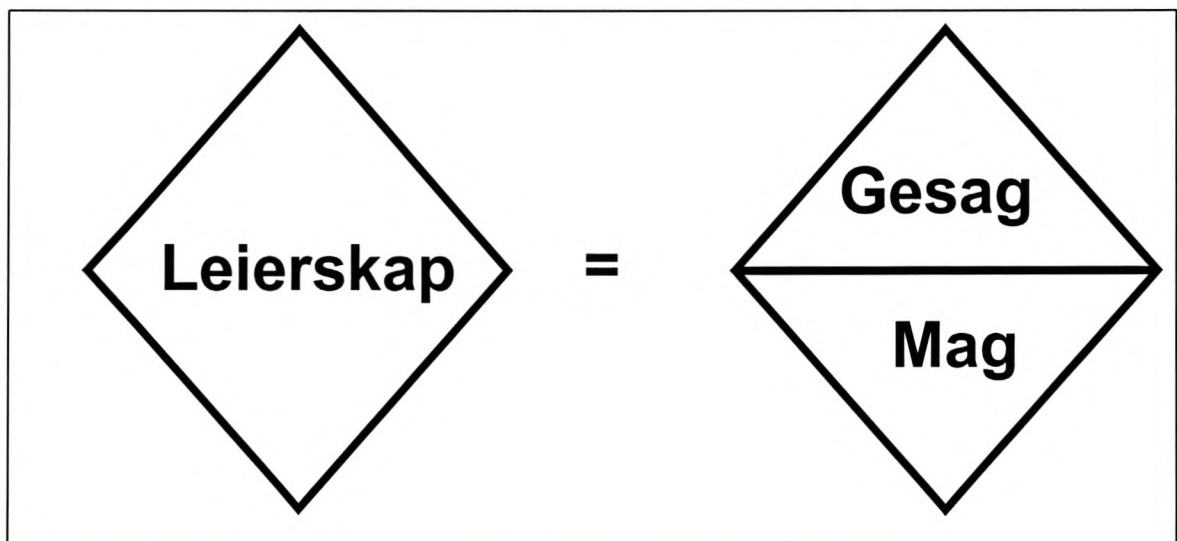
'n Leier daarenteen kry resultate sonder dwang. Sy is 'n leier omdat sy bepaalde eienskappe besit, omdat sy haar personeel in 'n saak ken, motiveer, en hulle uit vrye wil tot samewerking beweeg (Cronje *et al.*, 1996). Leierskap by 'n eenheidsbestuurder kan omskryf word as die vermoë van die eenheidsbestuurder om verpleegpersoneel en groepe verpleegpersoneel in haar saal/afdeling so te beïnvloed, dat hulle gewillig daarna streef om die saal/eenheid se doelwitte te bereik. 'n Eenheidsbestuurder met leierskap beskik oor die

vermoë om haar personeel te beïnvloed om gewillig saam te werk.

Om die werking van leierskap by die eenheidsbestuurder beter te verstaan, moet bepaalde aspekte van leierskap aandag verkry.

Volgens Cronje *et al.*, (1996) dui gesag op die reg van 'n leier om bevele te gee en om sekere optredes van ondergeskiktes te eis. Mag hierteenoor dui op die vermoë van 'n leier om die gedrag van andere te beïnvloed. Hierdie twee aspekte van leierskap is dus ten nouste saamgeweef en word soos in figuur 2.5 grafies deur die navorser voorgestel.

**FIGUUR 2.5**  
**ASPEKTE VAN LEIERSKAP**



Die twee aspekte van leierskap, naamlik gesag en mag, word vervolgens bespreek.



### 2.7.1.1 Gesag

Gesag is die verkryging van die reg om

- binne sekere riglyne bepaalde handeling te verrig;
- te sê wie, wat sal doen;
- die nakoming van pligte af te dwing; en
- versuim te straf (Cronje *et al.*, 1996).

Gesag is gesetel in die eenheidsbestuurder wat dit aan die personeel van die saal/eenheid oordra. Die eenheidsbestuurder kan aandrang op aksie deur haar verpleegpersoneel. Die eenheidsbestuurder delegeer bevoegdheid aan verpleegpersoneel sodat hulle take kan uitvoer en aksie in die saal/eenheid afdwing.

### 2.7.1.2 Mag

Mag is die vermoë om die gedrag van andere te beïnvloed (Cronje *et al.*, 1996). Mag word verwerf en nie gekoppel aan 'n hiërargiese posisie wat die eenheidsbestuurder beklee nie. Navorsing deur French en Raven (in Cronje *et al.*, 1996) sonder die volgende soorte mag uit:

- (a) regmatige mag
- (b) mag van beloning
- (c) mag van dwang
- (d) referentemag
- (e) deskundige mag

In die volgende paragrafe word kortliks verwys na die vyf soorte mag.

#### (a) regmatige mag

Dit verwys na die gesag wat deur die hospitaal aan die eenheidsbestuurder toegeken word. Die eenheidsbestuurder het dus die reg om die uitvoering van

pligte van die personeel in die eenheid/saal te eis. Regmatige mag en gesag loop hand aan hand, maar dit beteken nie dat 'n eenheidsbestuurder 'n goeie leier is as sy regmatige mag besit nie.

**(b) mag van beloning**

Die mag van beloning behels byvoorbeeld salarisverhogings, bonusse, erkenning of interessante take. Die eenheidsbestuurder se betrokkenheid by jaarlikse salarisverhogings gee dus aan haar beloningsmag. Die getal belonings, asook die belangrikheid van die belonings vir die ondergeskiktes, bepaal die beloningsmag van die eenheidsbestuurder.

**(c) mag van dwang**

Sielkundige of fisieke vrees wat ervaar word, is 'n voorbeeld van dwangmag. Die sielkundige of emosionele vrees van personeel vir ontslag of sosiale uitsluiting van 'n groep in die eenheid/saal verteenwoordig mag wat deur die eenheidsbestuurder uitgeoefen kan word om dwang op ondergeskiktes uit te oefen.

**(d) referentemag**

Referentemag is die persoonlike mag wat die eenheidsbestuurder besit. Die personeel in die eenheid/saal volg die eenheidsbestuurder omdat hulle van haar hou, haar respekteer en met haar identifiseer.

**(e) deskundige mag**

Kennis en vakkundigheid is deskundige mag. Die eenheidsbestuurder moet oor kennis en vakkundigheid beskik aangesien die mediese wetenskap voortdurend verder ontwikkel.

Indien 'n eenheidsbestuurder al vyf hierdie soorte mag uitoefen, is sy 'n sterk leier. Nie slegs die eenheidsbestuurder beskik oor mag nie, maar ook die verpleegpersoneel in die saal/eenheid. Die verpleegpersoneel verskaf aan die eenheidsbestuurder waardevolle inligting ten opsigte van die verpleegsorg van die pasiënte. Die eenheidsbestuurder moet oor die vermoë beskik om deur alle beskikbare faktore te sif en dan te besluit op 'n plan wat gebaseer is op die



behoefte van die pasiënt en die situasie waarin hulle manifesteer. Die eenheidsbestuurder moet oor voldoende teoretiese en praktiese kennis beskik om in haar spesifieke afdeling kwaliteitpasiëntsorg te verskaf. Die eenheidsbestuurder moet in staat wees om besluite wat gegrond is op waargenome behoeftes van pasiënte en kliënte in die spesifieke situasie, te neem.

Leierskap is nie die enigste instrument wat by leidinggewende take van die eenheidsbestuurder betrek word nie, motivering speel eweneens 'n vername rol.

### 2.7.2 Motivering

*Cronje et al. (1996) beskryf motivering in die bestuurswese as ... die kennis wat bestuurders oor die innerlike behoeftes van ondergeskiktes moet hê, en die bevrediging van daardie behoeftes op so 'n wyse dat hulle gedrag in die rigting en ter bereiking van die ondernemingsdoelwitte beïnvloed word.*

Die eenheidsbestuurder het 'n onbetwisbare invloed op die motiveringsvlakke van ander personeellede. Puth (1994) noem dat dit vir individue in beheerposisies noodsaaklik is om oor genoegsame kennis van motiveringstrategieë te beskik sodat hulle in staat kan wees om ander rondom hulle te motiveer om die gestelde doelwitte te bereik. Bogenoemde stelling kan van toepassing gemaak word op alle verpleegkundiges in beheerposisies. Hulle behoort oor gevorderde opvoedkundige kwalifikasies te beskik om hulle in staat te stel om metodes waarmee hulle hul personeel kan motiveer, te kan identifiseer. Die eenheidsbestuurder is daaglik in noue kontak met hoofde, 'n verskeidenheid kollegas en kliënte en behoort dus deeglik kennis te hê van die motiverings-teorieë, anders sal hulle nie in staat wees om ander rondom hulle te motiveer nie (Harris, 1996).

Die eenheidsbestuurder moet in staat wees om die behoeftes van die personeel wat werksaam is in die eenheid/saal, te bepaal. Dit sluit in aspekte soos:

- leerbehoefte
- behoefte aan erkenning
- werksbevreëdiging
- sekerheid
- leiding en leierskap

Motivering is ineengestremel met leierskap en leiding wat aan personeel gegee word.

Verskillende teorieë van motivering is bekend waarvan Maslow se rangorde van behoeftes seker die bekendste is. Maslow het aangevoer dat individue vyf soorte behoeftes het:

- fisiologiese behoeftes
- sekuriteitsbehoefte
- sosiale agting
- selfaktualisering
- transendensie (Louw en Edwards, 1998)

Hoe beter die eenheidsbestuurder die gedrag, motief of beweegrede vir die gedrag verstaan, des te beter kan sy die gedrag van die personeel beïnvloed sodat dit tot die bereiking van die eenheid se doelwitte lei. Hoe beter die personeel in die saal/eenheid as 'n groep kan funksioneer, hoe groter is die moontlikheid dat hulle die gemeenskaplike doelwit van die saal/eenheid sal bereik. Die optrede van die eenheidsbestuurder teenoor haar span, pasiënte of kliënte moet gekenmerk word deur regverdige, billike besluite en handeling. Die span in die afdeling moet in staat wees om die eenheidsbestuurder te volg omdat hulle haar integriteit, oordeel, kennis en versindheid vertrou. Hulle moet weet dat hulle erkenning sal ontvang waar dit toekom en blaam sal kry wanneer dit nodig is. Hierdie terugvoering moet nie in 'n gees van vitterige kritiek wees nie, maar gemotiveerd deur die begeerte om te help en werkverrigting te bevorder. Die werksaamhede van die afdeling se verpleegkundiges moet deur die eenheidsbestuurder gekoördineer word, sodat die verlangde doelstellings



vinnig en bekwaam bereik kan word. Personeelmotivering en -stimulering om as span optimaal saam te werk, moet deurlopend deur die eenheidsbestuurder gedoen word.

### 2.7.3 Kommunikasie

Kommunikasie is die oordrag van inligting of 'n boodskap van een persoon na 'n ander (Cronje *et al.*, 1996). Goeie kommunikasie tussen die eenheidsbestuurder en personeel kan lei tot:

- gunstige verhoudings tussen die eenheidsbestuurder en personeel, personeel en multi-dissiplinêre span;
- groter werksbevrediging; en
- hoër produktiwiteit.

Die eenheidsbestuurder moet deurlopend op hoogte wees van nuwe aangeleenthede in die hospitaal en moet dus alle toepaslike vergaderings bywoon en die nodige inligting aan haar kollegas deurgee. Dit kan mondelings of skriftelik oorgedra word. Die eenheidsbestuurder verseker dat die korrekte kommunikasiekanale deurlopend volgens die riglyne gevolg word. Swak kommunikasie moet voorkom word aangesien dit kontra-produktief is. Aansluitend tot kommunikasie is konflikhantering.

### 2.7.4 Konflikhantering

Konflik is deel van die mens se alledaagse bestaan en is in die werkslewe van die eenheidsbestuurder geen uitsondering nie. Daar is verskeie oorsake van konflik in werksverband soos:

- verskil in status van individue;
- perseptuele verskille tussen eenheidsbestuurders van verskillende eenhede/sale;

- veranderinge in 'n organisasie; en
- uiteenlopendheid van die rolle en behoeftes van die eenheidsbestuurder en personeel (Gerber *et al.*, 1995).

Daar bestaan uiteenlopende standpunte oor die noodsaaklikheid van konflik in die werksituasie. Poggenpoel (1992) is van mening dat konflik bydra tot sekere positiewe aspekte in die werkslewe van individue soos:

- die bewuswording van die probleme van ander mense;
- beter besluitneming;
- beter selfbegrip; en
- verdieping en verryking van werksverhouding.

Bezuidenhout (1994) bevestig ook die positiewe funksie van konflik en noem dat verpleegkundiges moet aanvaar dat daar in alle verhoudings konflik teenwoordig is.

Daar word van 'n eenheidsbestuurder verwag om konflik in die eenheid/saal konstruktief te hanteer. Hierdie bestuursvaardigheid is essensieel vir die eenheidsbestuurder, en haar effektiewe aanwending daarvan is baie belangrik.

### **2.7.5 Kreatiwiteit**

Sullivan & Decker (1992) beskou kreatiwiteit as 'n belangrike vaardigheid by bestuurders. Indien kreatiwiteit funksioneel, konstruktief en pro-afktief deur 'n eenheidsbestuurder benut word, kan dit lei tot nuwe en verbeterde metodes, asook die effektiewe en optimale werkverrigting van personeel in die eenheid/saal (Cilliers, 1995).

Kreatiwiteit kan ook help met suksesvolle probleemoplossing, besluitneming en opleiding van personeel. Direkte hoofde behoort die gebruik van kreatiewe bestuursvaardighede deur eenheidsbestuurders aan te moedig.



Samevattend kan genoem word dat personeel beïnvloed word om gewillig saam te werk wanneer 'n eenheidsbestuurder oor sterk leierskap beskik. Mag en gesag is twee aspekte van hierdie leierskap wat ten nouste saamgeweef is om die resultaat te verkry. Onderliggende kennis van motiveringsteorieë kan die eenheidsbestuurder help om verpleegpersoneel in die eenheid/saal te motiveer om gestelde doelwitte te bereik. Goeie kommunikasie bly egter nog die wagwoord vir groter werksbevrediging en hoër produktiwiteit.

## 2.8 BEHEER OF KONTROLE

Verskeie outeurs bevestig dat beheer die proses is waar die bestuur toesien dat die werklike aktiwiteite of prestasie met die vooropgestelde doelwitte en beplande aktiwiteite strook (Smit en Cronje, 1992; Cronje *et al.*, 1996).

Die eenheidsbestuurder beheer, voorspel en koördineer 'n reeks komplekse gebeure in die konteks van menslike dramas van siekte, herstel of sterfte. Hierdie aktiwiteite word selde erken of waargeneem deur hulle kollegas wat bestuur waarneem as slegs 'n beperkte reeks van administratiewe aktiwiteite (Chapman, 1979). Baie van die eenheidsbestuurders het deur jare se ondervinding goeie administratiewe tegnieke bemeester. Chapman (1979) beklemtoon dat die bemeestering van goeie administratiewe tegnieke goeie bestuur fasiliteer, maar dat dit nie die essensie van bestuur is nie.

'n Primêre doel van die eenheidsbestuurder is om te verseker dat die verpleegkundige wat gesondheidsorg aan 'n pasiënt verskaf, die veiligheid en die welstand van die pasiënt eerste stel. Dit kan alleen verseker word as doeltreffende beheer uitgeoefen word. Die uitoefening van beheer na voltooiing van 'n handeling is egter onvoldoende, omdat dit dikwels in verpleging moeilik of selfs onmoontlik is om 'n verkeerde handeling reg te stel. Beheer moet dus deurlopend geskied om doeltreffend te wees. In elk van die volgende prosesse, naamlik organisering, finansiering, personeelvoorsiening en benutting, beleidbepaling, bepaling van werksmetodes en prosedures, word beheer

uitgeoefen sodat uitvalle aangemeld sal word voordat skade berokken kan word. Beheer moet dus ingebou word as 'n basiese komponent van elke stap van elke aksie.

Die proses van beheer bestaan uit die volgende stappe:

- stel van standarde;
- vergelyking van die handeling met die standarde om te beoordeel of daar enige afwykings is; en
- toepassing van regstellende stappe om die afwykings van die standaard reg te stel.

Die eenheidsbestuurder beoefen deurlopende beheer oor die volgende aspekte:

- finansies
- toerusting
- voorraad

### **2.8.1 Finansiële beheer**

Aangesien hospitale vandag as 'n besigheid funksioneer, speel finansiële beheer 'n baie belangrike rol. Gedurende die laaste twee jaar het die navorser waargeneem dat die eenheidsbestuurder al hoe meer gekonfronteer word met finansiële aspekte. Hierdie druk word hoofsaaklik uitgeoefen deur mediese fondse wat bestuurde gesondheidsorg begin implementeer het. Dit behels aspekte soos:

- Die verkryging van 'n magtigingsnommer voordat die pasiënt toegelaat mag word.
- Kontrole oor periode van hospitalisasie. Die eenheidsbestuurder moet daaglik inligting verskaf aan mediese fondse wanneer periode oorskry word.
- Navrae van hospitaalrekening ten opsigte van voorraad wat gebruik is.



Die eenheidsbestuurder moet dus voortdurend beheer toepas om die finansiële aspekte van die eenheid op 'n gesonde grondslag te hou. Ten einde laasgenoemde te verseker, moet die eenheidsbestuurder bekend wees met die inhoud van die goedgekeurde kapitaalebegroting, en afwykings moet deur haar/hom aan die verpleegdiensbestuurder of hospitaalbestuurder geïdentifiseer en verklaar word. So ook moet die eenheidsbestuurder bekend wees met die inhoud van die bedryfsbegroting, omdat waardevolle insette aan die bestuur gelewer kan word. Dit is ook belangrik dat die eenheidsbestuurder kennis moet dra van haar afdeling se personeelbegroting of -toewysing aangesien alle afdelings arbeidintensief is. Hierdie begroting moet nie oorskry word nie en addisionele personeel moet volgens bedbesetting gemotiveer word. Insette moet aan die bestuur gelewer word aangesien die eenheidsbestuurder direk by haar afdeling en sy aktiwiteite betrokke is.

## **2.8.2 Toerustingbeheer**

Hierdie beheer word toegepas deur middel van 'n inventarisstelsel.

Die inventarisopname moet deur die eenheidsbestuurder gedoen word soos deur die maatskappyriglyne bepaal word. Bestellings van items vind plaas volgens voorgeskrewe riglyne, en rekord word gehou van alle uitgawes. Noukeurige rekord van beweging van toerusting moet gehou word. Apparate is duur items en moet dus nie op 'n ongekontroleerde wyse tussen afdelings gehanteer word nie. Noukeurige rekord moet gehou word van toerusting wat aan ander instansies geleen word of wat weggestuur word na die verskaffer vir herstel. Dit is die eenheidsbestuurder se verantwoordelikheid om opleiding aan personeel aan te bied ten opsigte van koste, werking, hantering en versorging van toerusting.

### 2.8.3 Voorraadbeheer

'n Baie belangrike vertakking van finansiële beheer deur die eenheidsbestuurder is voorraadbeheer. Dit sluit in apteekvoorraad, skryfbehoeftes, linnevoorraad en breekware.

Die eenheidsbestuurder ontvang maandelikse verslae vanaf die apteek waarin onder- en oorverhalings uiteengesit word. Die apteker en eenheidsbestuurder identifiseer leemtes ten opsigte van onder- en oorverhalings en 'n aksieplan word opgestel om uitvalle te verbeter. Nie-verhaalbare items moet binne die begroting deur die eenheidsbestuurder bestuur word en afwykings moet verklaar word. Afwykings kom voor wanneer die voorraadvlak by die daaglikse telling afwyk van die vasgestelde norm. Die eenheidsbestuurder bepaal die eenheid se voorraadvlakke en pas dit aan volgens behoeftes. Gedurende die oriëntasiefase van nuwe personeel in 'n afdeling moet die eenheidsbestuurder personeel ten opsigte van voorraadbeheer oplei.

Beheer is een van die komponente van bestuur wat deur die eenheidsbestuurder deurlopend toegepas moet word om gestelde doeltwitte te bereik. Goeie beheer oor finansies, toerusting en voorraad sluit aan by die nuwe tendens in gesondheidsorg, naamlik bestuurde gesondheidsorg waar beheer 'n belangrike rol speel.

## 2.9 MENSLIKE HULPBRONNE

Die eenheidsbestuurder is die hoof van 'n span mense in 'n afdeling. Die bestuur van menslike hulpbronne vorm dus die basis van die eenheidsbestuurder se daaglikse funksies. Die personeel moet die eenheidsbestuurder vertrou. Pasiënte, kliënte sowel as lede van die span moet altyd die vrymoedigheid hê om die eenheidsbestuurder te nader. Die personeel moet die eenheidsbestuurder ervaar as 'n volwasse, professionele mens wat gemotiveerd is om die beste moontlike professionele verpleegsorg te verskaf.



Die eenheidsbestuurder moet betrokke wees by onderhoudvoering van nuwe personeel vir die afdeling. Die diensrooster en personeelafwesigheid in die eenheid/saal moet daaglik deur die eenheidsbestuurder gekontroleer en opgevolg word. Akkurate rekordhouding van afwesigheid kan die eenheidsbestuurder help om afwesigheidspatrone te bevestig of te weerlê. Siektepatrone van personeel moet met omsigtigheid gehanteer word. Personeel moet egter optimaal, binne die voorgeskrewe begroting, benut word. Oortyd en die aanvraag van fleksiepersoneel moet bestuur word en maandeliks ontleed word. Die eenheidsbestuurder moet toesien dat personeel binne hul bestek van praktyk en volgens die riglyne van hul posbeskrywing werk.

Die eenheidsbestuurder het 'n deurlopende taak om gehaltdiens aan al haar kliënte te lewer. Evaluasie van kliënttevredenheid deur middel van pasiëntvraelyste, saalrondte en doktersrondtes moet deurlopend plaasvind. Indien probleemareas geïdentifiseer is, moet daar so gou as moontlik terugvoering aan die kliënt gegee word. Die eenheidsbestuurder moet opgelei wees in die maatskappy se hantering van dissiplinêre stappe. Die dissiplinêre beleid moet konsekwent deur haar toegepas word. Die Wet op Verpleging (Wet 50 van 1978), maatskappybeleid, hospitaalbeleid, saalbeleid sowel as Bestek van Praktyk (Regulasie 2598) bepaal hoe, waar en wanneer 'n eenheidsbestuurder kan optree. Hierdie beleidstukke en wette moet skriftelik beskikbaar wees vir alle personeel.

Die eenheidsbestuurder het die belangrike funksie om toe te sien dat alle personeel wat werksaam is in die afdeling, klinies vaardig is. Hiervoor moet die eenheidsbestuurder 'n bevoegde mentor wees. Opleiding moet deurlopend in die afdeling plaasvind. Die afdeling moet beskik oor 'n spesifieke prosedure-handleiding wat toeganklik is vir alle personeel. Opleiding moet gegee word om personeellede se werksprestasie te verbeter. Daar moet skriftelik rekord gehou word van alle prestasieterugvoering. Hierdie rekords moet akkuraat, objektief en vertroulik wees.

Navorsing deur Lelean, Pebrug en Rucina (in Chapman, 1979) oor die

bestuursvaardighede van die eenheidsbestuurder bevestig hoe kompleks en verskillend die rolle van die eenheidsbestuurder en die ander bestuurders ten opsigte van take, kommunikasie en interaksie is.

## 2.10 SAMEVATTING

Omdat die eenheidsbestuurder die skakel tussen die verpleegdiensbestuurder en die ander kategorieë personeel vorm, beïnvloed die rol en bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder die gehalte van pasiëntsorg wat gelewer word.

Die rol en bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder sluit aan by fundamentele handeling van bestuur, en die doelwitte, hulpbronne en fundamentele handeling vorm 'n geïntegreerde geheel. Uiteenlopende opinies ten opsigte van die kerndiensareas van die eenheidsbestuurder beklemtoon hoe omvattend die rol en bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder is.

Die kerndiensareas van die eenheidsbestuurder wat bespreek is, is die volgende:

- beplanning
- organisering
- leiding
- beheer
- menslike hulpbronne

Hierdie kerndiensareas is weer onderverdeel en bespreek.



## HOOFSTUK 3

# STANDAARDSTELLING EN KRITERIASTELLING

## 3.1 INLEIDING

Die uiteenlopende menings oor standaardstelling en kriteriastelling spruit voort uit die verskillende benaderings tot die proses. Standaardstelling en kriteriastelling word voorts aan die hand van verskillende benaderings gedoen. Standaardstelling sal onder die volgende hoofde bespreek word:

- Algemene definisies
- Die proses van standaardstelling
- Vereistes vir standaardstellings
- Konseptuele raamwerke vir standaardstelling
- Standaarde vir die eenheidsbestuurder

Die volgende hoofde is gebruik in die bespreking van kriteriastellings:

- Algemene definisies
- Die proses van kriteria-ontwikkeling
- Vereistes waaraan kriteriastelling moet voldoen
- Tegnieese versorging van kriteria

## 3.2 STANDAARDSTELLING

### 3.2.1 Algemene definisies

Standaarde is 'n skriftelike beskrywing of stelling van die verwagte vlak van

werkverrigting. Die wye verskeidenheid definisies wat in die literatuur voorkom, gebruik begrippe soos standaarde en kriteria as verwant. Die *Federal Department of Health, Education and Welfare* van die Verenigde State van Amerika beskou standaarde as 'n professioneel-ontwikkelde en ooreengekome vlak van bekwaamheid wat beskou kan word as maatstaf vir toerekenbaarheid (Bruwer, 1986). Cantor (in Bruwer, 1986) beskryf dit as 'n bekwaamheidsvlak of 'n stel voorwaardes wat deur owerhede of individue as aanvaarbaar beskou word. Die *American Nursing Association (ANA)* beskryf dit as 'n professioneel-ontwikkelde, aanvaarbare graad van afwyking van 'n norm of maatstaf, as 'n ooreengekome vlak van voortreflikheid, 'n vasgestelde norm (Bruwer, 1986). Die *Commission of Professional and Hospital Activities* omskryf dit as die gewenste bereikbare, eerder as waarneembare vlak van dienslewering of waarde met betrekking tot 'n gegewe parameter (Bruwer, 1986). Vir die doel van hierdie studie word 'n standaard beskryf as 'n vasgestelde verwagting, met tersaaklike waardes wat as aanwysers vir die eenheidsbestuurder kan dien. Standaarde waaraan die werkverrigting van die eenheidsbestuurder gemeet kan word, sal in hierdie literatuurstudie bespreek word. Standaarde vorm die platform waarvandaan die daaglikse aktiwiteit plaasvind. Gedurende die afgelope 30 jaar het die stel van standaarde om gehalte in verpleegsorg te verseker, toegeneem (Wright, 1984).

### **3.2.2 Die proses van standaardstelling**

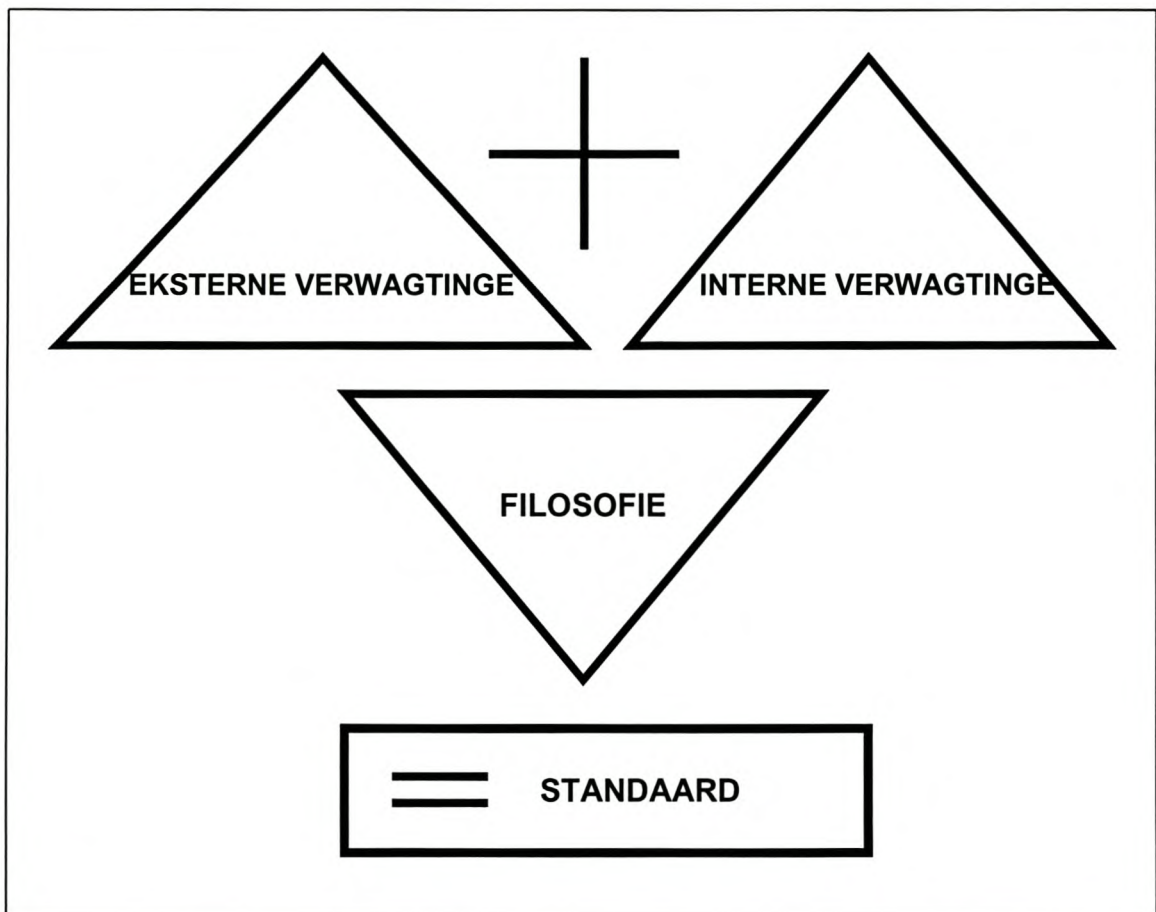
Die eerste aspek by die formulering van 'n skriftelike standaard is die omskrywing van die standaardstelling, wat die doelwitte van die standaard beskryf (Parsley *et al.*, 1994).

Elke standaardstelling moet 'n duidelike, gedefinieerde teikengroep hê op wie die standaard gefokus is. Die standaardstelling moet ook spesifiseer watter individue of groep individue verantwoordelik is om die standaard te handhaaf. Indien die terrein van verantwoordelikheid nie in die standaardstelling gemeld word nie, kan probleme ontstaan om die standaard te bereik. In die praktyk lei dit



tot 'n situasie waar personeel aanneem dat die verantwoordelikheid om die standaard te bereik, by ander berus (Parsley *et al.*, 1994). 'n Konseptuele raamwerk van standaardstelling word soos volg diagrammaties deur die navorser voorgestel:

**FIGUUR 3.1**  
**DIAGRAMMATIESE VOORSTELLING VAN 'N KONSEPTUELE RAAMWERK**



'n Standaard vereis 'n konseptuele raamwerk - dit verwys na die verwagtinge van die verpleegpersoneel ten opsigte van dit wat as ideaal gestel word of bereik wil word. In hierdie navorsing verwys dit na die eenheidsbestuurder se ideale ten opsigte van die bestuurspraktyk wat in die eenheid/saal bereik moet word. Hierdie verwagtinge word interne verwagtinge genoem. Die konseptuele

raamwerk verwys ook na die eksterne verwagtinge van individue buite die eenheid/saal, naamlik die verpleegprofessie (nasionaal en internasionaal), hoofbestuur, aandeelhouders en ander rolspelers. Dit beteken dat die standaard wat gestel word, gebaseer moet word op dit wat deur die betrokke persone binne en buite die eenheid/saal as reg beskou word. Die algemene waardesisteen soos uiteengesit in die filosofie van die eenheid/saal, dui die rigting aan van wat as reg of verkeerd beskou word. Wanneer 'n standaard volgens die toepaslike praktyk in die eenheid/saal gestel word, moet dit met eksterne bronne en literatuur gevalideer word.

Wanneer standarde volgens nasionale of internasionale bronne gestel word, moet dit gekontroleer word met die wenslikheid daarvan in die eenheid/saal. Die standaard word dan in die eenheid getoets en gefinaliseer.

Die standaardstelling moet binne die gesagsterrein wees van die individu wat die standaard opstel, anders kan die standaard nie bereik word nie. In die ontwikkeling van standarde, moet die samewerking van ander personeel verkry word.

Laastens moet die standaard in 'n duidelike stelling uiteensit wat die oogmerk/bedoeling van die standaard is.

### **3.2.3 Vereistes vir standaardstellings**

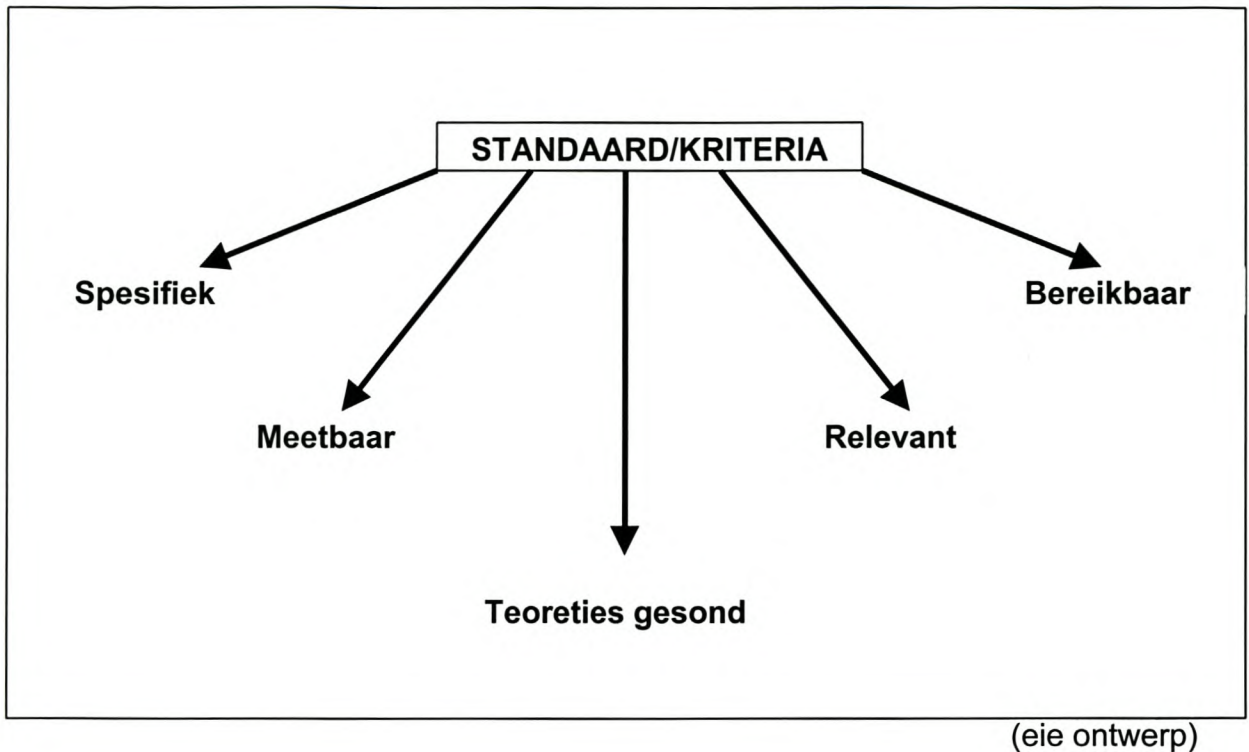
Volgens Parsley *et al.* (1994) moet standaardstellings die volgende komponente bevat:

- (a) Spesifiek
- (b) Meetbaar
- (c) Bereikbaar
- (d) Teoreties gesond
- (e) Relevant

Grafies word dit soos volg deur die navorser in figuur 3.2 voorgestel:



**FIGUUR 3.2**  
**VEREISTES VIR STANDAARDSTELLING**



Die vyf komponente van standaardstellings kan soos volg verklaar word:

**(a) Spesifiek**

Standaarde moet duidelik, verstaanbaar en ondubbelsinnig wees. Wanneer spesifieke stellings gemaak word, moet die volgende vrae in gedagte gehou word:

**(i) *Waarom word die standaard geskryf?***

Standaarde word gewoonlik gestel wanneer die personeel 'n probleem geïdentifiseer het. Ander redes sluit in die moontlikheid van verbetering of 'n nuwe idee wat toegepas moet word. Die eenheidsbestuurder kry byvoorbeeld terugvoering vanaf die pasiënte dat hulle swak verpleegsorg ontvang. 'n Standaard-verpleegsorgplan bestaan wel, maar die

eenheidsbestuurder bepaal dat toesighouding dalk ontbreek. Die verpleegsorgprobleem moet dan reggestel word deur die opstel van 'n standaard vir toesighouding met werklike evaluasie van die verpleegsorg aan die hand van die gestelde standaard.

**(ii) *Waarna verwys die standaard?***

Die standaard moet in spesifieke terme gestel word. Indien 'n standaard vir toesighouding geskryf word, moet die verpleegkundige wat daarby betrokke is, presies verstaan wat van haar verwag word.

**(iii) *Wie is betrokke?***

Die standaardstelling moet verwys na die individu of groep vir wie die standaard geskryf, asook die groep of individu wat die aksies moet uitvoer om die standaard te bereik. Die standaard vir byvoorbeeld toesighouding moet spesifiseer dat die verpleegkundige, skofleier en/of eenheidsbestuurder betrokke is.

**(vi) *Wanneer moet die spesifieke standaard bereik word?***

Daar word tussen twee kategorieë onderskei:

- 'n Gespesifiseerde tydspanne vir aksie. Omdat toesighouding oor verpleegsorg byvoorbeeld baie belangrik is, moet dit dus so gou as moontlik reggestel word en sal 'n tydspanne van een week gestel word.
- Tydspanne vir die implementering van die standaard. 'n Sperdatum moet deur die individue wat die standaard formuleer, gestel word. Die eenheidsbestuurder sal dus bepaal wanneer die standaard vir toesighouding geïmplementeer word.

**(v) *Hoe moet die standaardstelling bereik word?***

Struktuur-, proses- en resultaatkriteria is noodsaaklik om die standaardstelling te bereik. Die eenheidsbestuurder sal byvoorbeeld die nodige kriteria, wat die verpleegkundiges kan help om 'n hoë standaard van toesighouding te bemeester, opstel.



**(vi) Waar word die standaard toegepas?**

Die standaard kan betrekking hê op een spesifieke saal of die hele hospitaal. Die eenheidsbestuurder evalueer die verpleegkundiges en kan 'n aanbeveling maak dat hierdie standaard van toesighouding ook in ander sale/eenhede toegepas word.

**(b) Meetbaar**

Indien die standaardstelling nie meetbaar is nie, is daar geen manier waarop vasgestel kan word of die standaard bereik is, al dan nie. Indien die standaardstelling meetbaar is, maar die kriteriastelling is onmeetbaar, is dit onmoontlik om vas te stel wat die rede is waarom die standaard nie bereik is nie (Parsley *et al.*, 1995).

**(c) Bereikbaar**

Daar bestaan verskeie opinies oor wat die doelwit vir standarde moet wees. Die skryf van minimum standarde word deur sommige outeurs as byvoorbeeld die laagste aanvaarbare standaard wat vasgestel word, voorgestel.

Ander skrywers is van mening dat die standaard sekere praktykaktiwiteite moet uitbeeld. 'n Derde outeur meen dat die standaard wat gebruik word, die optimale vlak moet definieer. Parsley *et al.* (1994) is egter van mening dat 'n standaard gestel moet word om die vereistes van die gebruiker ten opsigte van die standarde, te meet. Hierdie standarde sluit in die mandaatvereistes (soos bepaal deur die deskundiges) vir aanvaarbare praktyk. Professionele insette is nodig om die tegniese aspekte van byvoorbeeld bestuur te identifiseer. In hierdie navorsing is Parsley se benadering gebruik, deurdat die vereistes vir die eenheidsbestuurder se bestuursbetrokkenheid in die eenheid/saal gestel is en die betrokkenheid dan bepaal is deur verskillende kategorieë personeel.

**(d) Relevant**

Alle kriteriastellings ten opsigte van 'n standaard moet relevant wees vir die standaardstelling. Irrelevante kriteria kan in standarde voorkom indien die standaardstelling dubbelsinnig is (Parsley *et al.*, 1994).

Kriteriastellings wat in die navorsing gebruik is, is almal relevant vir die bestuur van die eenheid/saal deur die eenheidsbestuurder.

**(e) Teoreties gesond**

Die standaardstelling en kriteriastelling moet teoreties gesond wees. Dit behels dat:

- kliniese kriteria op geldige navorsingsbevindings gebaseer moet word;
- die professionele gedragskode, soos voorgeskryf deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, gereflekteer word;
- die wetlike en wetsregtelike vereistes verenig word; en
- dit eties moet wees.

**3.2.4 Konseptuele raamwerke vir standaardstelling**

'n Konseptuele raamwerk kan beskryf word as 'n versameling van al die verskillende komponente, wat benodig word om die standaard te bereik. Verskillende raamwerke kan gebruik word om standarde te stel. Die volgende raamwerke word kortliks bespreek:

- Donabedian benadering
- Crosby prosesmodelwerkskaart
- Maxwell se ses dimensies van gehalte
- Standaardskrywing deur middel van kriterialyste



Hierdie benaderings word alreeds in die verpleegprofessie op verskillende terreine toegepas. Donabedian se proses-, struktuur- en resultaatbenadering is deurlopend waarneembaar in verpleegaktiwiteite wat uitgevoer word. Crosby se prosesmodelwerkskaart word deurlopend gebruik in omvattende gehaltebeheer, soos byvoorbeeld vloekaarte. Maxwell se ses dimensies van gehalte kan suksesvol op makro-skaal gebruik word, soos byvoorbeeld in die beplanning van 'n nuwe eenheid/saal.

### (a) Donabedian benadering

In die verpleegprofessie word Donabedian se struktuur-, proses- en resultaatbenadering die meeste gebruik (Parsley *et al.*, 1994).

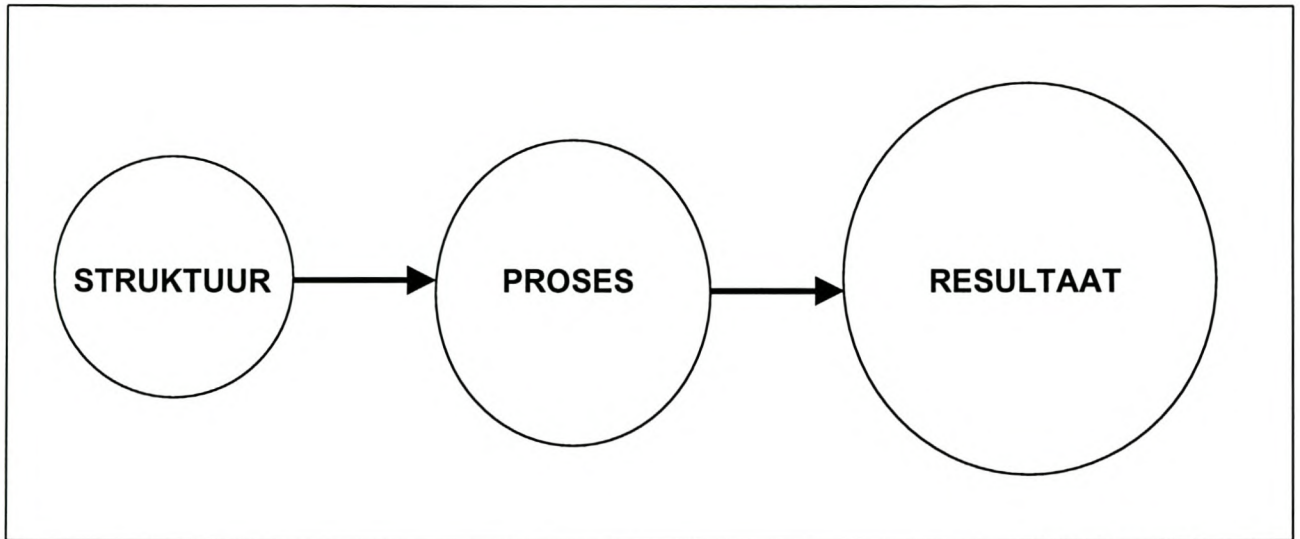
Sentrale koördinerings is belangrik in Donabedian se raamwerk aangesien duplisering, wat aanleiding gee tot teenstrydige standaarde, kan plaasvind. Die eenheidsbestuurder moet byvoorbeeld toesien dat die beplanning wat deur die eenheidsbestuurder gedoen word, nie deur die geregistreerde verpleegkundige, in haar afwesigheid, herhaal word nie.

Die voordele van standaardstelling volgens Donabedian se raamwerk is soos volg:

- Eienaarskap word aanvaar deur die personeel wat betrokke is by die opstel van 'n standaard, byvoorbeeld 'n multidissiplinêre span wat saamgestel word om insette oor 'n spesifieke probleem te lewer.
- Verbeterde vloei van kommunikasie vind plaas na samesprekings met die multidissiplinêre span waar hulle verskillende insette verkry is.
- Die verskillende komponente wat nodig is om die standaard te bereik, kan deur middel van die raamwerk noukeurig oorweeg word. Komponente soos byvoorbeeld kennis van personeel en inligting, asook aparate kan oorweeg word.

Donabedian se raamwerk word grafies in figuur 3.3 voorgestel:

**FIGUUR 3.3**  
**DONABEDIAN RAAMWERK**



(eie ontwerp)

In die literatuur wat bestudeer is, is verskillende woordspelings waargeneem ten opsigte van struktuur-, proses- en resultaatstandaarde en/of kriteria. Sommige skrywers maak deurlopend gebruik van die term standaard terwyl ander onderskei tussen standaard en kriteria.

Donabedian verwys na drie verskillende tipes kriteria wat nodig is om standaard te bereik, naamlik struktuur-, proses- en resultaatkriteria. Tabel 3.1 is 'n voorstelling van hoe hierdie drie verskillende tipes kriteria bymekaar aansluit.



**TABEL 3.1**  
**'N VOORBEELD VAN STRUKTUUR-, PROSES- EN**  
**RESULTAATKRITERIA VIR DIE EENHEIDSBESTUURDER**

STRUKTUURKRITERIA	PROSESKRITERIA	RESULTAATKRITERIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• apparaat</li> <li>• geboue</li> <li>• personeel</li> <li>• beleid en prosedures</li> <li>• ondersteunende dienste</li> <li>• voorraad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beplanning, organisasie, bestuur en evaluering van die bestuursproses</li> <li>• beramingstegnieke en prosedures</li> <li>• opleiding en ontwikkeling</li> <li>• metodes</li> <li>• evalueringsaksies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• georganiseerde verpleegsorg</li> </ul>

(eie ontwerp)

### (1) Struktuurkriteria

Struktuurkriteria verwys na die hulpbronne in die sisteem wat nodig is om die standaard te bereik. Die eenheidsbestuurder sal byvoorbeeld die volgende benodig:

- **apparaat:** verskillende apparate om omvattende verpleegsorg te lewer soos bloeddrukapparaat, koorspenne, ensovoorts
- **geboue:** diensstasie/kantoor om administratiewe take te voltooi
- **personeel:** verpleegpersoneel en huishoudelike personeel om gedeelgeerde take uit te voer
- **beleid en prosedures:** riglyne waarvolgens take uitgevoer moet word, byvoorbeeld die Wet op Verpleging (No. 50 van 1978)
- **ondersteunende dienste:** fisioterapeute, maatskaplike werkers, ensovoorts
- **voorraad:** mediese voorraad, linne, ensovoorts

## (2) Proseskriteria

Proseskriteria beskryf die aksies waarvolgens die individu die standaard bereik. Enkele voorbeelde van die aksies waarmee die eenheidsbestuurder die eenheid kan bestuur, is

- aksies vir die implementering en monitering van standarde, byvoorbeeld beplanning, organisasie, bestuur en evaluering van die bestuursproses;
- beramingstegnieke en prosedures, byvoorbeeld beraming van begrotings vir die eenheid/saal ten opsigte van personeel en kapitaal;
- opleiding, ontwikkeling en kennis om standaard te bereik, naamlik 'n mentor vir nuwe aanstellings in die eenheid/saal;
- metodes om inligting oor te dra, naamlik die maandelikse terugvoer van die eenheidsbestuurder aan die personeel ten opsigte van die vergaderings;
- evalueringsaksies wat uitgevoer word deur individue wat by die bereiking van gestelde standarde betrokke is, soos die eenheidsbestuurder wat prestasiebestuur toepas.

## (3) Resultaatkriteria

Resultaatkriteria beskryf die verlangde effek van die resultaat in terme van gedrag, respons, vlak van kennis en tevredenheid. Die eenheidsbestuurder beplan en organiseer die personeel daaglik sodat daar omvattende verpleegsorg oor 'n periode van 24 uur plaasvind.

Resultaatkriteria bestaan uit drie komponente:

- die verwagte uitkoms/resultaat;
- wanneer die resultaat sal plaasvind; en
- hoe die uitkoms vasgestel sal word.

Alle resultaatkriteria moet duidelik omskryf word en positiewe stellings wees ten

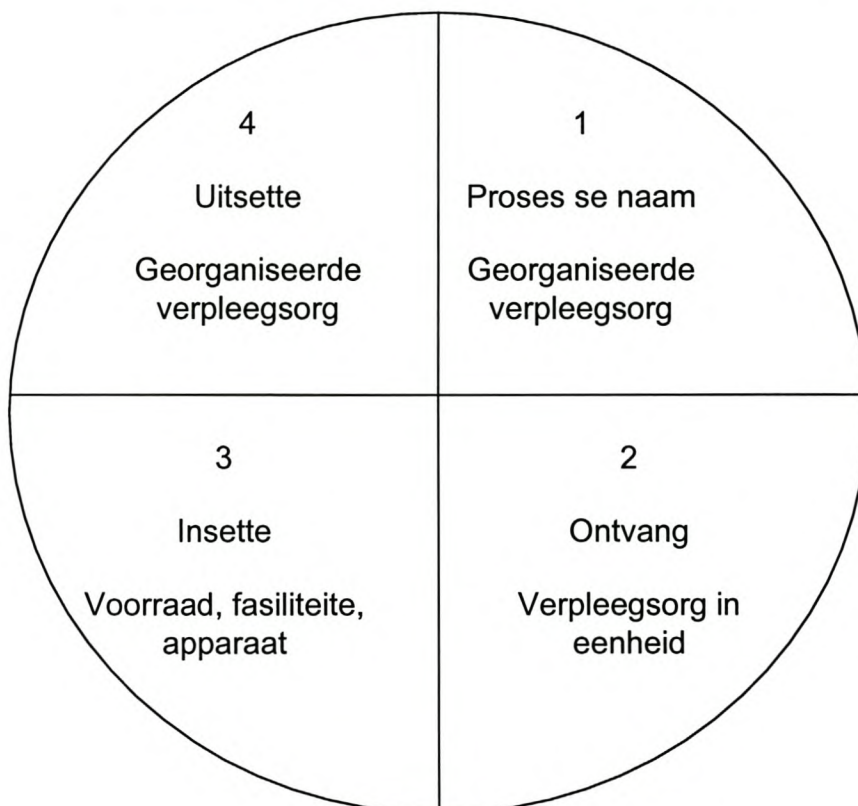


opsigte van die verlangde resultaat (Mason, 1994).

**(b) Crosby prosesmodelwerkskaart**

Die tweede raamwerk wat gebruik kan word om standarde te stel, is die Crosby prosesmodelwerkskaart (Parsley *et al.*, 1994). Hierdie model ondersteun die gebruik van vloeikaarte omdat Crosby na vereistes in plaas van standarde verwys. Die kern van hierdie benadering is dat alle werk 'n proses is, dit wil sê, 'n reeks aksies wat 'n resultaat lewer. Hierdie prosesmodel is ontwerp om die vereistes vir 'n spesifieke proses vas te stel, en word in die volgende figuur voorgestel.

**FIGUUR 3.4**  
**CROSBY SE PROSESMODELWERKSKAART**

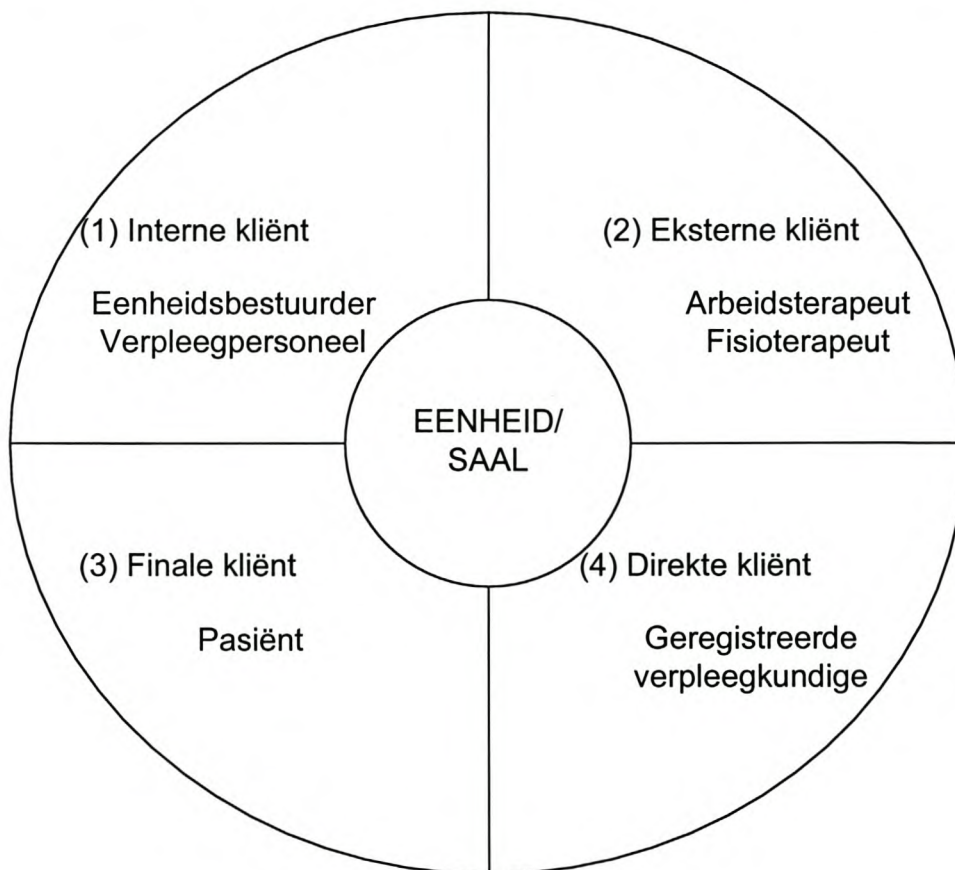


(eie ontwerp)

Volgens Crosby se prosesmodelwerkskaart beteken dit dat daar vir alle werksprosedures 'n inset en 'n uitset sal wees, asook kliënte en verskaffers. Verskeie benaderings ten opsigte van gehaltebestuur maak gebruik van die benadering: kliënt en verskaffer. Die eenheidsbestuurder sal byvoorbeeld in die organisasieproses van die eenheid/saal die uitset lewer van georganiseerde verpleegsorg deur middel van personeel. Die insette wat die eenheidsbestuurder benodig, is voorraad, inligting, fasiliteite, apparaat, opleiding en kennis om die verlangde resultaat te bereik.

In figuur 3.5 word die vier tipes kliënte van die Crosby prosesmodel uiteengesit.

**FIGUUR 3.5**  
**DIE VIER TIPES KLIËNTE VAN DIE CROSBY PROSESMODEL**



(eie ontwerp)



Crosby se prosesmodel maak gebruik van vier tipes “kliënte”:

**(1) interne kliënte**

Dit sluit in alle individue wat intern in die organisasie funksioneer. In die proses van organisasie in die eenheid/saal sal dit die eenheidsbestuurder en personeel insluit.

**(2) eksterne kliënte**

Dit verwys na alle individue wat buite die organisasie funksioneer en dienste ontvang as deel van die proses. Die eenheidsbestuurder voorsien die arbeids- en fisioterapeute van inligting ten opsigte van die behandeling van die pasiënt, en organiseer die oefensessie.

**(3) finale kliënte**

Die finale kliënte is die individue aan wie die diens gelewer word. Die pasiënt in die eenheid/saal is dus die finale kliënt van die eenheidsbestuurder.

**(4) direkte kliënte**

Die direkte kliënt verwys na die ontvanger van diens gedurende die tussenstadium van die proses. In die proses van organisasie deur die eenheidsbestuurder sal die geregistreerde verpleegkundige die direkte kliënt wees wat die proses van pasiëntsorg begin.

Alle prosesse het ook verskaffers. Verskaffers verwys na die individu of departement wat essensiële dienste wat noodsaaklik is vir die proses, lewer. Die wassery in die hospitaal is byvoorbeeld 'n verskaffer van linne aan die saal/eenheid wat noodsaaklik is vir georganiseerde verpleegsorg deur die eenheidsbestuurder.

TABEL 3.2

**'N VOORBEELD VAN PROSESBEHEER IN DIE CROSBY BENADERING**

Opleiding en Kennis	Deur wie verskaf?	Vereistes
Georganiseerde verpleegsorg	Eenheidsbestuurder	Alle personeel dra kennis en volg prosedure

Wanneer 'n proses wat die Crosby benadering gebruik, ondersoek word, is dit noodsaaklik om alle kliënte en verskaffers te identifiseer aangesien alle deelnemers saam moet stem oor die nodige vereistes om die proses te laat werk. Die geregistreerde verpleegkundige moet dus oor die nodige kennis beskik om georganiseerde verpleegsorg te lewer. Die eenheidsbestuurder moet toesien dat die geregistreerde verpleegkundige opleiding ontvang om in die proses haar bydrae te lewer.

Wanneer vereistes opgestel word, moet dit vooraf tussen die kliënt en verskaffer ooreengekom word. Vereistes sal nie bereik word wanneer, of die kliënt, of die verskaffer nuwe vereistes stel nie.

Dit is belangrik om uitsette van die proses te oorweeg voordat enige insette gemaak word. Indien die eenheidsbestuurder nie weet wat sy met die organisasie in die eenheid/saal wil bereik nie, sal sy nie weet wat sy nodig het om dit te bereik nie.

**(c) Maxwell se ses dimensies van gehalte**

Volgens Parsley *et al.* (1994) is Maxwell se dimensies van gehalte in 1984 gepubliseer. Maxwell het ses komponente wat bygedra het tot standarde van gehalte, geïdentifiseer:

- 1) toegang tot diens
- 2) toepaslikheid ten opsigte van behoefte
- 3) doeltreffendheid



- 4) billikheid
- 5) sosiale aanneemlikheid
- 6) doeltreffendheid en ekonomie

By die praktiese toepassing van Maxwell se dimensies word twee areas wat nie in die vorige modelle in aanmerking geneem is nie aangespreek, naamlik billikheid en die toepaslikheid ten opsigte van die behoefte.

Hierdie model kan veral op 'n makro-skaal gebruik word, byvoorbeeld om organisasiestandaarde vir 'n nuwe eenheid/saal te evalueer. Die nadele van hierdie model is dat dimensies kan oorvleuel en dieselfde kriteria in verskillende dimensies herhaal kan word.

#### **(d) Standaardomskrywing deur middel van kriterialyste**

Daar is baie min literatuur beskikbaar ten opsigte van hierdie benadering, alhoewel kriterialyste in verskeie areas gebruik word om standaarde te omskryf. Lyste met standaardkriteria word byvoorbeeld vir beraming gebruik. Derhalwe is die standaard vanselfsprekend ingesluit in die kliniese of organisatoriese audit. Die riglyne wat in die Donabedian model gebruik word om standaardkriteria saam te stel, naamlik dat dit spesifiek, meetbaar, bereikbaar, relevant en teoreties moet wees, is ook hier van toepassing (Parsley *et al.*, 1995).

Die voordele van kriterialyste:

- Dit is maklik om te gebruik.
- Dit is maklik om te verstaan.
- Dit is maklik vir personeel om te audit.

Probleme wat ervaar word met kriterialyste:

- Dit is 'n oppervlakkige toetsing van 'n aantal kriteria wat belangrik/nie belangrik is, om sekere standaarde te bereik.

- Die verhouding met ander kriteria word nie ondersoek nie.
- In die geval waar die kriteria nie bereik word nie, word geen verduideliking daarvoor gegee nie.

In hierdie navorsing word kriterialyste gebruik om die bestuursfunksie van die eenheidsbestuurder vanuit verskeie posvlakke sinvol te evalueer. Die verskillende posvlakke het die kriterialyste maklik verstaan en maklik voltooi. Ten opsigte van die organisasie-standaard vir die eenheidsbestuurder is byvoorbeeld die volgende kriteria saamgestel:

- organisering van personeel se afdienstye;
- organisering van personeel se indiensopleiding;
- integrasie met ander dienste in die hospitaal om die holistiese versorging van pasiënte te verseker; en
- toesighouding deur 'n geregistreerde verpleegkundige.

### **3.2.5 Standaarde vir die eenheidsbestuurder**

Standaarde vir die bestuurspraktyk van 'n eenheidsbestuurder word onderskei van prosedurehandleidings, en daar moet 'n toepaslike instrument wees om elke standaard te monitor. Hierdie standaard moet die belangrikste bestuursinteraksie in die eenheid reflekteer. Effektiewe bestuur vind nie net per ongeluk op 'n lukraak basis plaas nie, dit verg beplanning en evaluering aan die hand van 'n stel standaard wat die eenheidsbestuurder in staat stel om effektiewe bestuur te identifiseer en te herhaal, asook om foute in die toekoms te voorkom (Mc Farlane, 1979). Die belangrikste rede vir die stel van standaard is egter om die gehalte van diens te verbeter.

Standaarde is 'n dinamiese instrument om gehaltesdiens te bereik (Parsley *et al.*, 1994). Die stel van standaard alleen is onvoldoende om verandering in persepsies en houdings te laat plaasvind. Die vermoë van die eenheidsbestuurder om standaard te kommunikeer, en die objektiewe meting van



prestasie ten opsigte van die aanvaarde standaard is essensieel om die sirkel van gehalteverbetering te begin (Parsley *et al.*, 1994).

Die bestuurder stel dus eerstens doelwitte wat bereik moet word. Dan bepaal sy hoe dit bereik moet word. Ten einde die gehalteversekeringsirkel te begin, stel sy 'n standaard(e) ten opsigte van haar bestuursaksies en interaksies met kriteria. Hierdie standaard(e) met kriteria word dan gebruik om die bestuursaktiwiteite/ interaksies te evalueer.

### **3.3 KRITERIASTELLING**

#### **3.3.1 Algemene definisie**

Die *American Nursing Association* (in Bruwer, 1986) definieer kriteria as spesifieke meetbare verklarings of stellings ten opsigte van gesondheidsdienslewering wat verpleegwaardes weerspieël. Bruwer (1986) bevestig dat Mayers dit sien as 'n gedrag, toestand of manifestasie wat 'n doel meetbaar maak. Bruwer (1986) beskryf Cantor se definisie van kriteria as 'n maatstaf wat gebruik word om 'n program of sisteem te vestig of om die gehalte van 'n program, sisteem of prestasie te beoordeel.

Vir die doel van hierdie navorsing word 'n kriteria beskryf as 'n spesifieke stelling wat meetbaar is ten einde te bepaal of 'n standaard bereik is al dan nie. Die daarstelling van standaard vir die eenheidsbestuurder impliseer dat die aard en omvang van die bestuursaktiwiteite afgebaken word. Een van die dilemmas is egter juis dat hierdie veld moeilik is om af te baken en te orden. 'n Konseptuele raamwerk wat die bestuursaktiwiteite weerspieël, moet geïdentifiseer word, voordat evaluering kan plaasvind. Horn (1980) sluit hierby aan en sê: *Determination of a conceptual frame-work is one of the first essential steps in the process of developing reliable and valid criteria.* Die keuse van 'n konseptuele raamwerk word beïnvloed deur die vraag:

- of die kriteria struktuur-, proses- of resultaatgeoriënteerd moet wees;
- of die kriteria spesifiek of globaal moet wees (Horn,1980).

Laastens is kriteria verfynde punte van belang wat gemeet kan word wanneer 'n standaard gefinaliseer en geïmplementeer word.

### 3.3.2 Die proses van kriteria-ontwikkeling

Die ontwikkeling van kriteria is 'n tydsame proses. Dit bied leer- en vormingsgeleenthede vir diegene wat aan die proses deelneem. Navorsers beskou die proses van kriteria-ontwikkeling vanuit verskillende oogpunte. Kriteria-ontwikkeling uit die oogpunt van die volgende navorsers word vervolgens bespreek:

- (a) Lang se kriteria-ontwikkeling
- (b) Kline, Tracy en Davis se kriteriaformaat
- (c) Kriteria-ontwikkeling volgens Diddie

#### (a) Lang se kriteria-ontwikkeling

Bruwer (1986) beskryf Lang se ontwikkeling van kriteria soos volg:

- 'n komitee word saamgestel uit lede wat die omvang en diepte van die verpleegpraktyk verteenwoordig. In hierdie navorsing sou hierdie lede byvoorbeeld die eenheidsbestuurder, senior verpleegkundiges en verpleegdiensbestuurder wees.
- Konsultasie-meganismes wat spesialiteitsareas kan betrek, word geïdentifiseer. Opleidingskonsultante in hospitale kan verdere opleidingsinstansies identifiseer wat byvoorbeeld kursusse in eenheidsbestuur kan aanbied.
- By die opstel van 'n formaat waarvolgens kriteria bepaal gaan word, kan een van die verskillende raamwerke, soos byvoorbeeld Donabedian se



konseptuele raamwerk gebruik word.

- Wanneer 'n konseptuele raamwerk opgestel gaan word, kan aspekte soos beplanning, beraming, organisering, evaluering en personeelaangeleenthede deur die eenheidsbestuurder gebruik word.
- Die deurslaggewende kriteria vir elke faset van die geïdentifiseerde konseptuele raamwerk word hierna geselekteer. Kriteria wat byvoorbeeld vir beplanning gebruik word, moet aan al die vereistes voldoen om 'n bydrae te lewer vir die bereiking van die standaard wat gestel is.
- Om die geldigheid en betroubaarheid van kriteria te bepaal, moet metodes geïdentifiseer word.
- Die geldigheid en betroubaarheid van kriteria behoort getoets te word. Die betroubaarheid van kriteria is die mate van akkuraatheid en konstantheid waarmee dit meet, dit wil sê, die kriteria behoort met herhaalde gebruik in soortgelyke situasies dieselfde te meet. Die geldigheid van kriteria word bepaal deur die mate waarin die kriteria daarin slaag om die spesifieke element waarvoor dit ontwerp is, te evalueer. Die kriteria wat byvoorbeeld deur die eenheidsbestuurder vir beplanning opgestel is, moet dus alle aspekte van beplanning evalueer.
- 'n Proses word daargestel om voortgesette evaluasie of wysiging van kriteria te bewerkstellig. Kriteria moet bepaal word deur die eenheidsbestuurder te evalueer, en daarvolgens te wysig aangesien sy aktief betrokke is by die implementering van die kriteria.

#### **(b) Kline, Tracy en Davis se kriteriaformaat**

Volgens Bruwer (1986) maak Kline, Tracy en Davis se formaat voorsiening vir die volgende prosedure:

- Eerstens word die resultaatkriteria geformuleer. Die eenheidsbestuurder beplan en organiseer die personeel sodat daar oor 'n periode van 24 uur omvattende verpleegsorg plaasvind.
- Proseskriteria word bepaal (sodoende word verseker dat die proses

doelgerig is). Dit behels 'n uiteensetting van byvoorbeeld die aksies wat die eenheidsbestuurder benodig om bestuur toe te pas.

- Metodes en hulpmiddels vir evaluering word geïdentifiseer. Vraelyste ten opsigte van verpleegsorg wat deur pasiënte voltooi word, kan deur die eenheidsbestuurder gebruik word vir evaluering.
- 'n Keerderdatum vir elke kriterium word bepaal (sodoende word geldigheid en betroubaarheid van kriteria verhoog). Die eenheidsbestuurder moet 'n tydspanne bepaal waarbinne die kriteria bereik moet word, sodat personeel seker kan wees wat van hulle verwag word. Elke kriterium is slegs vir 'n sekere tydspanne geldig.

### **(c) Kriteria-ontwikkeling volgens Diddie**

Diddie (1976) was van mening dat dit wenslik is dat kundige praktisyns self standaarde moet stel ten einde aanvaarding in die praktyk te bevorder. Dit sal byvoorbeeld beteken dat die eenheidsbestuurders wat in verskillende eenhede/sale werksaam is, bestuurstandaarde moet opstel.

Die gehalte van kriteria wat gebruik word, beïnvloed die sukses van die evalueringsproses. Die volgende riglyne word verskaf:

- kriteria moet realisties en uitvoerbaar wees;
- elke kriteria moet optimale of maksimale, prestasie of sukses beskryf;
- kriteria moet spesifiek wees met 'n duidelike aanduiding van wanneer dit gebruik moet word;
- kriteria moet meetbaar wees;
- kriteria moet so geformuleer word, dat 'n ja- of nee-antwoord gegee kan word;
- kriteria moet in positiewe terme geskryf word;
- kriteria moet van toepassing wees op 'n spesifieke groep verpleegkundiges, byvoorbeeld eenheidsbestuurders, en dan slegs ook op relevante aspekte;



- kriteria moet objektief wees en elke eenheidsbestuurder moet oor 'n gelyke kans beskik om aan die kriteria te voldoen (Diddie,1976).

### 3.3.3 Die vereistes waaraan kriteria moet voldoen

Daar is verskillende opinies ten opsigte van die vereistes waaraan kriteria moet voldoen. Hierdie vereistes stem egter baie ooreen met mekaar en kan gebaseer word op Donabedian se vereistes vir standarde en kriteria.

Parsley *et al.* (1994) ondersteun Donabedian se vereistes waaraan kriteria moet voldoen, naamlik dat dit:

- spesifiek;
- meetbaar;
- bereikbaar;
- relevant; en
- teoreties gefundeer moet wees.

Donabedian se vereistes vir standarde en kriteria is vroeër in die studie volledig bespreek.

Volgens Bruwer (1986) stel Mayers, Norby en Watson die volgende vereistes waaraan kriteria moet voldoen:

- bereikbaar
- spesifiek
- presies
- verstaanbaar

Hierdie vereistes stem ooreen met Donabedian se vereistes.

Die navorser ondersteun Bruwer (1986) se stelling dat uitsonderings ten opsigte

van kriteria alleenlik geldig is indien dit voorspelbaar is.

### 3.3.4 Tegniese versorging van kriteria

Bruwer (1986) beveel aan dat die tegniese versorging van kriteria deur eksterne praktisyns gedoen moet word om sodoende te verseker dat die kriteria toepaslik is. In hierdie navorsing is die kriteria voorgelê aan eksterne praktisyns vir goedkeuring. Aspekte wat verbeter is, is

- die eliminerings van kriteria wat nie maatstawwe van bestuur was nie;
- die eliminerings van nie-deurslaggewende kriteria.

Navorsers beskou die tegniese versorging van kriteria vanuit verskillende oogpunte. Vervolgens word die benaderings van

- (1) Deiman;
- (2) Horn; en
- (3) Michnich bespreek.

Die navorser het hierdie benaderings gekies omdat dit volgens haar baie prakties en toepaslik is.

#### (1) Deiman se tegniese vereistes vir kriteria

Deiman stel die volgende vier vereistes:

- **stel van kriteria**

Dit moet 'n beskrywing wees van die toestand wat moet heers (vir struktuur- en resultaatkriteria) of handeling (vir proseskriteria) wat plaasvind. Die kriteria vir byvoorbeeld leidinggewende aktiwiteite deur die eenheidsbestuurder kan soos volg geformuleer word: *die implementering van die hospitaal en saal/eenheid se induksieprogram vir nuut*



*aangestelde personeel.*

- **rasionaliteit**

Die insluiting van die kriteria moet regverdigbaar wees.

- **omstandighede**

Dit behels 'n lys van faktore wat bepalend is vir die implementering van die kriteria.

- **evalueringsfaktore**

Die maatstawwe waarvolgens die kriteria gekontroleer kan word, moet gelys word (Bruwer, 1986).

**(d) Tegniese vereistes volgens Horn**

Volgens Horn (1980) moet kriteria vir geldigheid en betroubaarheid getoets word.

Horn (1980) beskou die betroubaarheid van kriteria soos volg:

*The extent to which measurements are repeatable by the same person over time and by different persons determines the reliability of measure.*

Horn (1980) bevestig die belangrikheid van die tegniese versorging van kriteria ter verhoging van betroubaarheid. Ook kan die konstantheid van die kriteria deur noukeurige hertoetsing bepaal word. Horn (1980) beskryf die geldigheid van kriteria soos volg: *An instrument is valid if, it does what it's suppose to do and is useful.* Die geldigheid van kriteria wat deur die eenheidsbestuurder gebruik word, moet volgens Horn (1980) alleenlik deur kundige praktisyns beoordeel word. Die probleem is egter dat hoe meer generies toepaslik/ geldig die kriteria raak, hoe moeiliker is dit om kundiges te vind om op die paneel te dien. Horn (1980) sê tereg: *Content validity can only be assumed, proof cannot be obtained. At best, usage over time will demonstrate the utility of the measures to differentiate*

*subjects in the given concept.*

**(e) Michnich se omskrywing van tegniese vereistes vir kriteria**

Michnich stel die volgende vereistes ten opsigte van kriteria en standaarde:

- Kriteria moet aanvaarbaar wees vir kundiges (eenheidsbestuurders) en 'n oppervlakkige geldigheid verskaf.
- Dit moet gebaseer word op huidige wetenskaplike teorieë, en geldigheid verskaf.
- Dit behoort onderskryf te word deur ervare, kundige praktisyns, en normatiewe geldigheid bevat.
- Dit moet ondersteun word deur empiriese navorsing wat eksperimentele geldigheid bied (Bruwer, 1986).

### **3.4 HOOFSTANDAARD, SUBSTANDAARD EN KRITERIA**

Die navorser het in die literatuurstudie (hoofstuk 2) die volgende ses kritiese bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder geïdentifiseer:

- Beplanning
- Finansiële bestuur
- Organisasie
- Leierskap
- Kontrole
- Menslike hulpbronne/werksverhoudinge (wat bv. interpersoonlike verhoudings en kommunikasie insluit)

Gebaseer op die literatuurstudie, soos bespreek in hoofstuk 2 en 3, is die hoofstandaard, substandaarde en toepaslike kriteria geformuleer. Hierdie standaarde met kriteria is as basis gebruik vir die formulering van vrae en samestelling van die data-versamelingsinstrument.



### **3.4.1 Hoofstandaard**

Die bestuur van die eenheid vind op so 'n wyse plaas dat die organisasie se doelwitte bereik word, hulpbronne effektief bestuur word asook 'n hoë standaard van omvattende pasiëntsorg gehandhaaf word.

### **3.4.2 Substandaarde en kriteria**

Die ses substandaarde (sien paragraaf 3.4) met gepaardgaande kriteria word nou afsonderlik bespreek.

#### **3.4.2.1 *Beplanning***

##### **(a) Substandaard**

Beplanning vind plaas in die eenheid ter bereiking van die eenheidsdoelwitte en pasiëntsorgdoelwitte.

##### **(b) Kriteria**

Kriteria wat daarmee gepaard gaan, is:

- Strategiese beplanningsformulering
- Doelwitformulering
- Die opstel van aksieplanne
- Verpleegstandaardformulering
- Kerndiensareasformulering
- Hersiening van personeevaluerings

### **3.4.2.2 Finansiële bestuur**

#### **(a) Substandaard**

Finansiële bestuur vind op so 'n wyse plaas dat finansiële doelwitte in die eenheid bereik word.

#### **(b) Kriteria**

Kriteria is die volgende:

- Opstel van begrotingsvoorstelle
- Beplanning van kapitaaluitgawes
- Beplanning van bedryfsuitgawes
- Die instel van besparingsmaatreëls
- Advertering van beskikbare dienste

### **3.4.2.3 Organisasie**

#### **(a) Substandaard**

Die aktiwiteite in die eenheid word op so 'n wyse georganiseer dat effektiewe verpleegsorg en hulpbronbestuur plaasvind.

#### **(b) Kriteria**

Die organisasie se kriteria word in twee kategorieë verdeel, naamlik taaktoewysing en hulpbronbestuur, wat elk afsonderlik bespreek word.

#### **Taaktoewysing**

- Werksverdeling deur middel van pasiënt-/taaktoewysing
- Toepassing van gehalteversekeringsprogramme
- Toesighouding deur geregistreerde verpleegkundiges

#### **Hulpbronbestuur**

- Reël van toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte
- Aanbieding van indiensopleidingsprogramme vir personeelontwikkeling



- Bestel van voorraad/toerusting
- Toepassing van deelnemende/outokratiese bestuurstyl
- Kommunikasie volgens organogram
- Versorging van pasiënte op 'n holistiese wyse
- Reël van toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte
- Reël van aandienstye vir personeel
- Doen van maandelikse statistieke

### **3.4.2.4 Leierskap**

#### **(a) Substandaard**

Die eenheidsbestuurder bestuur die eenheid op so 'n wyse dat effektiewe personeelbestuur en ontwikkeling plaasvind.

#### **(b) Kriteria**

Kriteria is die volgende

- Toepassing van beleidsveranderinge
- Aanbevelings vir personeelbevordering
- Betrokkenheid by navorsingsaktiwiteite
- Implementering van relevante navorsingsbevindings
- Selfhandhawende gedrag teenoor geneeshere en personeel
- Toetsing van veiligheidsprogram
- Implementering van oriëntasieprogram
- Personeelbetrokkenheid by opleiding en ontwikkelingsprogram
- Toepassing van infeksiebeheer
- Skep van opleidingsgeleenthede vir personeel
- Identifisering van potensiële leierskapontwikkeling
- Kommunikasie: verspreiding van vorderingsverslae en nuwe inligting

### **3.4.2.5 Kontrole**

#### **(a) Substandaard**

Die eenheidsbestuurder pas 'n pro-aktiewe kontrolebenadering toe in die bestuur van die eenheid.

#### **(b) Kriteria**

Die kriteria by kontrole word net soos by organisasie in dieselfde twee kategorieë verdeel, naamlik taaktoewysing en hulpbronbestuur, wat elk afsonderlik bespreek word.

#### **Taaktoewysing**

- Evaluering van pasiëntsorg
- Verpleegsorg deur verpleegkundiges binne Bestek van Praktyk
- Oudit van verpleegrekords

#### **Hulpbronbestuur**

- Maandelikse finansiële kontrole
- Daaglikse voorraadkontrole
- Onderhoudvoering met nuwe aanstellings
- Bepaling van prestasiebestuur en bevoegdheidsvlakke
- Mentorskapprogram

### **3.4.2.6 Menslike hulpbronne/Werksverhouding**

Hierdie substandaard sluit in interpersoonlike werkverhouding en kommunikasie.

#### **(a) Standaard**

Die eenheidsbestuurder bestuur die eenheid op so 'n wyse dat interpersoonlike verhoudinge en kommunikasie van inligting bevorder word.



**(b) Kriteria**

Die kriteria ten opsigte van menslike hulpbronne of werksverhoudinge is in vyf kategorieë verdeel.

**Probleemoplossing**

- Uitvoer van dissiplinêre aksies
- Insameling van data oor probleemoplossing
- Outokratiese metode van bestuur ten opsigte van probleemoplossing
- Groepdeelname aan probleemoplossing
- Daaglikse probleemoplossing

**Taaktoewysing**

- Delegering van take aan verskillende kategorieë verpleegkundiges

**Werksverhoudings**

- Wedersydse werksverhoudings van personeel
- Beskikbaarstelling van ondersteuningstelsels

**Konflik**

- Die hantering van konflik tussen verskillende kategorieë verpleegkundiges
- Verwysing van konflikhantering na hoër gesag

**Bestuurskonferensies**

- Bywoning van konferensies
- Frekwensie van bywoning

Bogenoemde ses substandaarde en kriteria is die beginsels waarvolgens die vrae in die vraelys ontwerp en gevra is, en waarop die data-analise en bespreking berus.

### 3.5 SAMEVATTING

Die ontwikkeling van standarde is aan die hand van verskeie navorsers se metodes bespreek. Van al die metodes wat geïdentifiseer is, blyk Donabedian se prosesmetode die mees omvattende metode in die verpleegomgewing te wees.

Kriteria is bespreek as spesifieke riglyne waarvolgens standarde bereik kan word. Die rangskikking van kriteria word sterk beïnvloed deur die konseptuele raamwerk waarop besluit word, veral die proses- en resultaatkriteria. Net soos by die formulering van standarde sal die aard van die bestuurspraktyk grootliks die metode bepaal vir die ontwikkeling van kriteria asook die ordening daarvan.



## HOOFSTUK 4

### DIE NAVORSINGSMETODOLOGIE

#### 4.1 INLEIDING

Die doel van hierdie studie was om standarde waaraan die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder geëvalueer kan word, te formuleer.

Die metodologiese beskrywing van navorsing vorm die kern van enige navorsingsprojek. In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodologie uiteengesit.

#### 4.2 NAVORSINGSBENADERING

Vir die doeleindes van hierdie navorsing word van 'n kwantitatiewe, nie-eksperimentele, beskrywende navorsingsbenadering gebruik gemaak.

Nie-eksperimentele studie word duidelik onderskei van eksperimentele studies deurdat die onafhanklike veranderlikes nie gemanipuleer word nie en die milieu nie beheer word nie. Brink (1996) en Polit en Hungler (1993) bevestig bogenoemde stelling en voeg by dat die navorser in 'n nie-eksperimentele studie inligting versamel sonder om te poog om byvoorbeeld 'n nuwe behandeling of verandering bekend te stel. Waarnemings of meting vind plaas ten opsigte van bestaande toestande of gedrag (Polit *et al.*, 1993).

Polit en Hungler (1993) omskryf die kwantitatiewe navorsingsbenadering soos volg:

*Research studies that have as their main objective the accurate portrayal of the characteristics of individuals, situations, or groups, and the frequency with which certain phenomena occur.*

In hierdie navorsing is kwantitatiewe data verkry ten opsigte van die eenheidsbestuurder se bestuurspraktyk, deur middel van die evaluering van hierdie bestuurspraktyk aan die hand van gestelde standaarde.

Die belangrikste metodologiese oorweging in beskrywende studies is om akkurate data in te samel oor die domeinverskynsel onder bestudering (Uys, 1991). In hierdie navorsing is “*dit wat is*” ten opsigte van die eenheidsbestuurders se bestuurspraktyk, akkuraat en noukeurig beskryf.

Hierdie metode word deur navorsers beskou as ‘n betroubare en geldige wyse om aspekte waar te neem en te klassifiseer.

Bronne wat geraadpleeg is, strek vanaf 1971 tot en met 1998 (dus ‘n tydperk van 27 jaar). Die navorser moet self ‘n rasionele besluit neem ten opsigte van die duur van die literatuurstudie. As algemene beginsel moet die navorser teruggaan na vorige literatuur totdat geen nuwe of ander perspektiewe geïdentifiseer word nie (Bester, 1995). Die navorser se rasionaal was dat die kernbegrippe van die navorsingsprojek, naamlik standaarde, bestuur en die eenheidsbestuurder, nie nuwe konsepte is nie. Enersyds is dus op nuwe literatuur gekonsentreer, terwyl die navorser andersyds van mening was dat die literatuurstudie ruimte moes laat om die evolusie van konsepte te identifiseer en die bydraes van vroeëre pioniers in te sluit.

### **4.3 NAVORSINGSONTWERP**

‘n Vraelysopname is as navorsingsontwerp gebruik. Hierdie vraelys is deur die



navorsers self opgestel. Verskeie deskundiges in bestuur en onderwysgeledere is gekonsulteer. Oop en geslote vrae is in die vraelys gebruik. Die kundiges het insette gelewer en die nodige veranderinge is aangebring.

Volgens Huysamen (1994) is die vraelys-opnamemetode baie geskik in nie-eksperimentele navorsing waar daar geen direkte intervensies plaasvind nie.

## **4.4 POPULASIE EN STEEKPROEFBEPALING**

'n Beskrywing van die populasie en steekproefbepalingsmetodes is essensieel vir enige navorsingsprojek. Dit reflekteer die wetenskaplike aard van die navorsing.

### **4.4.1 Populasie**

Die populasie dui op alle elemente (individue, objekte, subjekte, gebeure of substansie) wat aan die kriteria voldoen om in die studie ingesluit te word (Burns and Grove, 1993).

Die populasie in hierdie studie bestaan uit:

- al die privaathospitale van een maatskappy in die Wes-Kaap streek, waar eenheidsbestuurders in diens is;
- die eenheidsbestuurders;
- geregistreerde verpleegkundiges; en
- verpleegdiensbestuurders wat werksaam is in genoemde hospitale.

### **4.4.2 Steekproefbepaling**

*The sample defines the process for selecting a group of people, events, behaviours*

*or other elements with which to conduct the study. There are mainly two types of sampling methods available, namely probability and non-probability sampling (Burns and Grove, 1993).*

Die Wes-Kaap is egter gerieflikheidshalwe as teikenstreek vir die navorsing geïdentifiseer. Weens beperkte tyd en finansies was die navorser nie in staat om ander streke in te sluit nie.

Die navorser het bepaal dat 16 hospitale van die betrokke maatskappy onder die Wes-Kaap streek ressorteer. Een hospitaal is uitgesluit, omdat daar geen eenheidsbestuurder op die stadium van studie in diens was nie.

'n Verdere vier hospitale is uitgesluit as gevolg van die lang afstande na Namibië en die Noord-Kaap, en die tyd en finansies wat 'n deurslaggewende rol gespeel het. Alhoewel hierdie hospitale in genoemde areas geleë is, ressorteer dit onder die Wes-Kaap streek soos deur die maatskappy geïdentifiseer.

Die name van die hospitale is in 'n hoed gegooi en die naam van 'n hospitaal waarby die loodsstudie gedoen is, is getrek. Die hospitaal en respondente van die loodsstudie het nie deel uitgemaak van die finale studie nie.

Die oorblywende 10 hospitale is in die steekproef opgeneem. Die navorser het in die navorsing standaarde vir die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder gestel. Daarna is die eenheidsbestuurder se bestuurspraktyk aan die hand van die gestelde standaarde geëvalueer.

Aangesien die bestuurspraktyk 'n proses is wat oor dae en weke kan strek en die navorser beperk was ten opsigte van tyd en finansies, is besluit om die evaluasie soos volg te doen:

- 'n Vraelys is opgestel waarin 'n standaard met sy kritiese kriteria ten opsigte van die kritiese bestuursfunksies, soos uiteengesit in paragraaf 2.4, gestel



is.

- Die eenheidsbestuurder moes haarself aan die hand van die gestelde standaard evalueer.
- Die geregistreerde verpleegkundige wat op die dag van opname die skofleier was, en saam met die eenheidsbestuurder gewerk het, moes die eenheidsbestuurder aan die hand van die gestelde standaard evalueer. Hierdie evaluasie is gebruik om die eenheidsbestuurder se respons te bevestig, en nie om as 'n vergelyking te dien nie.
- Die verpleegdiensbestuurder wat in beheer was van die betrokke eenheidsbestuurder, moes die eenheidsbestuurder aan die hand van die gestelde standaard evalueer. Net soos by die geregistreerde verpleegkundige is hierdie respons ook gebruik om die eenheidsbestuurder se antwoord te verifieer.

Na konsultasies met statistici is besluit dat:

- die navorser die opname op 'n dag wat vir die verpleegdiensbestuurder van die hospitaal geskik is, sal doen;
- 45% van alle eenheidsbestuurders (navorsingsgroep) wat op daardie dag in die hospitaal werksaam is, ewekansig gekies word;
- die geregistreerde verpleegkundige (verwysings kontrolegroep) wat op daardie stadium saam met die eenheidsbestuurder (soos bo geselekteer) as skofleier werk, in die steekproef ingesluit word; asook
- die verpleegdiensbestuurder(s) (verwysings kontrolegroep) onder wie die ewekansig geselekteerde eenheidsbestuurder ressorteer.

Die steekproef het dus bestaan uit:

- ▶ 10 hospitale (doelbewus geselekteer).
- ▶ 42 eenheidsbestuurders (ewekansig geselekteer). Hierdie groep respondente het elkeen een vraelys voltooi, en staan bekend as die navorsingsgroep.
- ▶ 42 geregistreerde verpleegkundiges (ewekansig geselekteer). Hierdie groep

respondente het elkeen een vraelys voltooi, en staan bekend as 'n verwysings kontrolegroep, omdat hulle die eenheidsbestuurders se data moet kan verifieer.

- ▶ 18 verpleegdiensbestuurders (ewekansig geselekteer). Hierdie groep respondente kon meer as een vraelys voltooi omdat meer as een eenheidsbestuurder onder haar beheer ressorteer. Hierdie groep dien ook as 'n verwysings kontrolegroep om die eenheidsbestuurder se response te verifieer.

## 4.5 DATAVERSAMELING

### 4.5.1 Instrumente

Standaard vorm die kern of basis van gehaltesorg of bestuur. Die navorser het soos volg te werk gegaan om die standaard waarteen die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder geëvalueer kan word, te stel.

#### ***4.5.1.1 Identifisering van aspekte waarvoor standaard geformuleer moet word***

Tradisionele standaard is vir die onderskeie bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder gestel. Kriteria ten opsigte van die betrokke bestuursfunksies is geformuleer.

Die instrument wat gebruik word om standaard te meet, moet verbruikersvriendelik wees (Bester, 1995). Dit impliseer dat dit sistematies uiteengesit moet word en nie so ekstensief en tydrowend moet wees dat dit evaluering binne 'n aanvaarbare en realistiese tydgleuf onmoontlik maak nie.



In die lig van bogenoemde beredenering, het die navorsing die volgende kritiese aspekte in die bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder geïdentifiseer ten opsigte waarvan standarde en kriteria geformuleer moes word:

- Die beplanning van bestuursfunksies.
- Die organisering van alle hulpbronne wat lei tot holistiese pasiëntsorg.
- Die bevordering en handhawing van leidinggewende komponente.
- Die bevordering en handhawing van beheer/kontrole om vasgestelde doelwitte te bereik.
- Die bestuur van menslike hulpbronne.

#### **4.5.1.2 Validering van konsepstandaarde**

Validering van konsepstandaarde is nodig vir:

- die bepaling van die geloofwaardigheid en geldigheid van die standarde en kriteria;
- die evaluering van verskillende semantiese interpretasies wat die geldigheid en betroubaarheid van die navorsing negatief kan beïnvloed;
- die daarstel van standarde en kriteria wat realisties, bruikbaar en bereikbaar uit 'n diens- en opvoedkundige oogpunt is (Bester, 1995).

Alhoewel die navorsing hoofsaaklik perspektief op die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuur bied, moet hierdie bestuursaktiwiteite nie in isolasie gesien word nie, maar as deel van die omvattende bestuursaktiwiteite van die inrigting.

Met hierdie uitgangspunt het onbetrokke spesialis-verpleegbestuurders die standarde en kriteria noukeurig bestudeer en gevalideer. Die volgende stap was om 'n loodsstudie en items wat nie deur die loodsstudie aanvaar is nie, in die finale meetinstrument aan te pas. Die volgende veranderinge is aangebring:

- Taalkundige veranderinge om moontlike verwarrende interpretasie uit te skakel.

- Sekere kriteria is bygevoeg om evaluasie te vergemaklik.
- 'n *Nie-van-toepassing*-kategorie is bygevoeg, omdat dieselfde vraelys deur drie verskillende soort respondente voltooi is, en voorsiening gemaak moes word vir 'n navorsingsgroep sowel as twee verwysings kontrolegroepe.

#### **4.5.2 Die navorsingsinstrument wat gebruik is om die data in te samel**

Die vraelys is as navorsingsinstrument gebruik. By die opstel van die vraelys moet in ag geneem word dat die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder omvangryk en integrerend van aard is. Die aktiwiteite strek ook normaalweg oor 'n lang periode van tyd en vind nie noodwendig op een of slegs twee dae plaas nie. As gevolg van hierdie realiteit, asook finansiële en tydsbeperkinge, is met navorsingskundiges en statistici gekonsulteer.

Na aanleiding van die standarde en kriteria wat die navorser ontwikkel het, word die eenheidsbestuurder soos volg geëvalueer:

- Die eenheidsbestuurder evalueer haarself aan die hand van gestelde standarde en kriteria.
- Die eenheidsbestuurder se direkte toesighouer wat die adjunkverpleegdiensbestuurder/verpleegdiensbestuurder is, evalueer die eenheidsbestuurder aan die hand van gestelde standarde en kriteria.
- Die senior geregistreerde verpleegkundige wat direk onder die eenheidsbestuurder se beheer is, evalueer die eenheidsbestuurder aan die hand van gestelde standarde en kriteria.

Die navorsingsinstrument het uit twee afdelings bestaan:

- **Afdeling A**  
Hierdie afdeling bestaan uit vrae wat hoofsaaklik konsentreer op die



kwalifikasies van die eenheidsbestuurder, aantal ure wat gewerk word, oortyd, die spesifieke afdeling waar die eenheidsbestuurder werk, haar ondervinding en bestuursopleiding. Die doel van hierdie afdeling is om 'n algemene beeld van die eenheidsbestuurder betreffende die professionele kwalifikasies en jare ondervinding in die privaathospitaal te verkry. Hierdie deel van die vraelys konsentreer hoofsaaklik op inligting rakende die navorsingsgroep, en hier en daar vrae rakende die verwysings kontrolegroepe.

- **Afdeling B**

In hierdie afdeling is 'n standaard met kriteria ten opsigte van die kritiese bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder gestel. Hierdie vrae moes meestal deur die eksperimentele sowel as die twee verwysings kontrolegroepe voltooi word.

### **4.5.3 Die individu wat die data ingesamel het**

Die navorser het geselekteerde hospitale besoek nadat afsprake met die verpleegdiensbestuurder gereël is.

Weens die aard van die steekproef, het die navorser die vraelyste persoonlik aan die eenheidsbestuurder gegee. Nadat die vraelyste aan die eenheidsbestuurders verduidelik is, is die vraelyste deur die eenheidsbestuurders voltooi. Vraelyste is onafhanklik deur die respondente voltooi. Die navorser was beskikbaar indien die respondente probleme met die invul van die vraelys ondervind het. Waar respondente as gevolg van werksdruk nie die vraelyste onmiddellik kon voltooi nie, is hierdie vraelyste in 'n selfgeadresseerde kovert aan die navorser gestuur.

## 4.6 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

Die gebruik van navorsingsinstrumente is onlosmaaklik verbind aan die konsepte van geldigheid en betroubaarheid. By navorsing verwys geldigheid na die mate waarin die data tot sekere insig lei, onder andere kennis en begrip van betekenis, terwyl betroubaarheid verwys na die mate waarin die bevindings veralgemeen kan word (Bester, 1995).

Brink (1996) stel dit duidelik dat geldigheid en betroubaarheid kwantitatiewe kriteria is, wat op kwantitatiewe navorsing toegepas kan word.

Om die gehalte van die kwantitatiewe data te bepaal, is dit nodig om die betroubaarheid van die meetinstrument vas te stel, want dit is noodsaaklik dat die meetinstrument akkurate inligting van die onderwerp wat ondersoek word, moet weergee (Polit and Hungler, 1993). Die meetinstrument moet ook die inligting wat dit versamel, konsekwent en korrek aandui (Treece and Treece, 1986).

'n Loodsstudie is uitgevoer om enige leemtes in die metodologiese benadering, insluitende die instrumente te bepaal. Geringe aanpassings wat nodig geag is, is aan die instrumente aangebring. Die loodsstudie het dus daartoe bygedra om die geldigheid van die navorsing te bevestig.

Respondente wat aan die loodsstudie deelgeneem het, is by die finale studie uitgesluit.

Daar kan op geldigheid en betroubaarheid aanspraak gemaak word, indien die navorser voortdurend beskryf, verduidelik en aannames maak, asook prosedures, stellings en praktyke regverdig (Brink, 1996). Brink (1996) beklemtoon ook dat betroubaarheid verhoog wanneer die navorser persoonlike kennis en ervaring in die studiegebied het en ook met die navorsingsomgewing bekend is. Die navorser het jare ervaring as 'n eenheidsbestuurder en is bekend met die navorsingsomgewing.



Volgens Lincoln en Guba (in Brink, 1996) moet enige ander navorser of leser die verloop van die gebeure in die studie kan volg en die logika daarin kan verstaan.

Ten opsigte van die geldigheid en betroubaarheid van die standaard en kriteria, is daar tydens die generering- en formuleringstadiums van die standaard van ander kundiges binne die bestuurskundige terrein gebruik gemaak, om die relevansie van die aspekte te bepaal.

Opsommenderwyse kan gesê word dat geloofwaardigheid vir hierdie studie verkry word deur:

- die identifisering van studie-aannames en vertrekpunte;
- die gebruik van ondersteunende literatuur wat as teoretiese onderbou dien.

## **4.7 METODE VAN DATAVERSAMELING**

### **4.7.1 Etiese aspekte**

Skriftelike toestemming vir die uitvoer van die studie is van die onderskeie Streek Verpleegdiensbestuurders verkry (sien bylae A).

Daarna het die navorser skrywes aan al die verpleegdiensbestuurders van die betrokke hospitale gerig, en is toestemming gevra om die vraelyste aan die eenheidsbestuurders, geregistreerde verpleegkundiges en adjunkverpleegdiensbestuurders of verpleegdiensbestuurders te mag gee (sien bylae B). Die doel van die navorsingstudie is volledig in die skrywes uiteengesit. In die skrywes is bevestig dat vertroulikheid en anonimiteit te alle tye gehandhaaf sou word. Respondente het verbaal ingestem om aan die navorsing deel te neem.

### 4.7.2 Verspreiding van vraelyste

Die vraelyste is deur die navorser aan die verpleegdiensbestuurders, eenheidsbestuurders en geregistreerde verpleegkundiges uitgedeel. Alhoewel dit 'n baie tydrowende en duur metode is, het die navorser gevoel dat minder tyd verlore sou gaan en die respondent in staat sou wees om moontlike vrae ten opsigte van die vraelyste direk aan die navorser te stel.

Die volgende aspekte is aan elke deelnemer voorgehou:

- die doel, belang en bruikbaarheid van die navorsing;
- die beginsel van vertroulikheid en anonimiteit wat gehandhaaf sal word ten opsigte van inligting wat verkry word; en
- die objektiviteit van die navorser by die spesifieke hospitaal omdat die navorser nie daar is om die respondent of die hospitaal te "oordeel" nie.

Respondente is versoek om nie hul respons op vrae met ander respondente te bespreek nie en om die vraelyste na voltooiing aan die navorser terug te gee.

Deurdadige toestemming van elke respondent verkry is om aan die navorsingsprojek deel te neem, en die vertroulikheid van inligting streng deur die navorser toegepas is, is hoë etiese standaarde gehandhaaf ten opsigte van self-gedadministreerde vraelyste.

## 4.8 LOODSSTUDIE

Soos reeds genoem, is 'n loodsstudie gedoen ten einde moontlike probleme met die ontwerp, instrument en data-analise te identifiseer en te korrigeer soos nodig. Geringe verstellings was nodig. Hierdie hospitaal en respondente is nie in die finale studie ingesluit nie.



## 4.9 DATA-ANALISE EN INTERPRETASIE

Data-analise word gedoen om betekenis aan data te gee. Die analisetegnieke word primêr bepaal deur die navorsingsdoelwitte, -ontwerp en vlak van meting wat deur die navorsing bereik is (Burns and Grove, 1993). In hierdie studie is tabelle, grafieke en persentasies in verkennende data-analise gebruik.

Interpretasie verwys na die proses van interpretering en ondersoek na die implikasies van die bevindinge. Dit is die navorser se poging om die resultate te verduidelik (Polit and Hugler, 1993).

Analise en interpretasie van data is met behulp van 'n statistikus gedoen.

## 4.10 SAMEVATTING

In Hoofstuk 4 is 'n gedetailleerde uiteensetting gegee ten opsigte van die spesifieke metodologie wat in hierdie navorsingsprojek gevolg word. Teoretiese konsepte van akkurate navorsingsmetodologie is voortdurend in die hoofstuk geïntegreer.

Aandag is gegee aan komponente soos die studietydperk, die omvang van die studie, navorsingsinsette, betroubaarheid en geldigheid van die vraelys.

Die volgende hoofstuk hanteer die empiriese ondersoek. Daarin word die resultate van die empiriese ondersoek sistematies gehanteer, waarna 'n samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings volg.

## HOOFSTUK 5

# DATA-ANALISE EN BESPREKING

## 5.1 INLEIDING

Die voorstelling en bespreking van resultate vorm 'n kritiese deel van enige projek. Dit is noodsaaklik dat hierdie voorstelling sistematies en logies gedoen word. Dit moet ook 'n presiese weergawe wees van die geanaliseerde data om die navorsingsprobleem doeltreffend aan te spreek (Burns and Grove, 1993).

## 5.2 VOORSTELLING VAN RESULTATE

Grafieke en of tabelle word gebruik om die resultaat van die kwantitatiewe analise toe te lig, waarna 'n kort beskrywing volg. Die rapportering van resultate op hierdie wyse bevorder die begrip en gebruik van navorsingsbevindings. Die meeste resultate word in persentasies uitgedruk om bespreking en bevestiging van 'n datapatroon te vergemaklik.

## 5.3 RESPONSKOERS

Die responskoers van die totale ondersoekvraelys was 92,8%. Die individuele gegewens kan in tabel 5.1 gesien word.



**TABEL 5.1**  
**RESPONSKOERS**

	<b>Uitgegee</b>	<b>Terug ontvang</b>	<b>Responskoers</b>
Eenheidsbestuurders (navorsingsgroep)	42	40	95,2%
Geregistreeerde verpleegkundiges (kontrole groep)	42	35	83,3%
Verpleegdiens bestuurder (kontrole groep)	42	42	100,0%
<b>Totaal</b>	<b>128</b>	<b>117</b>	<b>92,8%</b>

Soos in tabel 5.1 waargeneem kan word, het die verdeling soos volg gelyk:

- (a) 42 eenheidsbestuurders moes hulself aan die hand van die vraelyste evalueer. Van die 42 vraelyste wat uitgegee is, is 40 (95,2%) terugontvang. Hierdie groep vorm die navorsingsgroep, omdat die ondersoek oor hulle bestuursfunksies gaan.
- (b) 42 geregistreeerde verpleegkundiges moes die eenheidsbestuurders aan die hand van die vraelys evalueer. 35 vraelyste (83,3%) is terugontvang. Hierdie groep het gedien as 'n verwysings-kontrolegroep en het as verifikasie gedien om die eenheidsbestuurder se response te bevestig en nie te bevraagteken nie.
- (c) 18 verpleegdiensbestuurders moes 42 eenheidsbestuurders aan die hand van die vraelyste evalueer. 'n Verpleegdiensbestuurder kon dus meer as een eenheidsbestuurder evalueer. Hierdie vraelys is as verdere kontrole gebruik en moes as verifikasie van die geregistreeerde verpleegkundige sowel as die eenheidsbestuurder se response dien. Al hierdie vraelyste is terugontvang (100,0%).

## 5.4 DATAVERWERKING

Die vraelys is opgestel om ontleed te word met die SAS-pakket (Statistical

Analysing System) wat op die VAX-hoofraamrekenaars van die Universiteit van Stellenbosch beskikbaar is. Die nodige frekwensiegegevens met gepaardgaande persentasies is verkry, en word so voorgestel.

Die bevindings in die vraelys word in dieselfde volgorde gehanteer as wat die vrae in die vraelys gevra is. Waar sekere vrae by een van die drie groepe verval, of waar 'n addisionele vraag by een van die drie groepe ingevoeg is, word dit so aangetoon. Resultate word hoofsaaklik in frekwensies weergegee.

## **5.5 AFDELING A: BIOGRAFIESE GEGEWENS**

Hierdie afdeling bestaan uit vrae wat hoofsaaklik konsentreer op kwalifikasies, aantal ure wat gewerk word, oortyd, aard van werk wat huis toe geneem word, die eenheid/saal waar respondente werksaam is, ondervinding en bestuursopleiding wat ontvang is.

### **5.5.1 Professionele basiese kwalifikasies**

Verpleegkundiges in Suid-Afrika word, volgens Herbst (1996), wêreldwyd as van die bes opgeleide verpleegkundiges beskou. Die vier basiese kwalifikasies waarmee by die Suid-Afrikaanse Verpleegkundige Raad (SAVR) geregistreer kan word, naamlik algemene verpleegkunde, psigiatrisse verpleegkunde, gemeenskapsverpleging en vroedvrou, word sedert 1984 geïntegreerd in 'n vierjarige diploma of graad aangebied. Voor 1984 sou dit 'n verpleegkundige 'n minimum van 6 jaar geneem het om al vier basiese kwalifikasies te voltooi en by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging te registreer. Die verandering is in die program aangebring om aan die verpleegkundige 'n omvattende opleidingsprogram wat haar akademies en klinies toerus om die kliënt/pasiënt in totaliteit te sien, te bied. Sodoende kan 'n omvattende gesondheidsorg van 'n hoë standaard gelewer word.



Die data rakende die professionele kwalifikasies is verkry ten einde seker te maak dat die verwysings-kontrolegroepe, naamlik die verpleegdiensbestuurder en geregistreerde verpleegkundige, oor die nodige kennis beskik om as verifiëring vir die navorsingsgroep, naamlik die eenheidsbestuurder, se response te dien.

Die aantal respondente in elke groep wat 'n graad of diploma verwerf het, word aangetoon. Die program waarin hulle die basiese kwalifikasies voltooi het, word ook aangedui. Resultate word in tabel 5.2 aangetoon.

**TABEL 5.2**  
**BASIESE KWALIFIKASIES**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Algemene verpleegkunde</b>						
Graad	7	17,5	5	14,3	3	7,1
Tydperk voltooi – tussen	1977 – 1992		1984 – 1995		1982	
Diploma	33	82,5	29	82,9	39	92,9
Tydperk voltooi – tussen	1961 – 1993		1960 – 1997		1962 – 1988	
<b>GEKWALIFISEERDES</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>97,1</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>
<b>b) Verloskunde</b>						
Graad	7	17,5	4	11,4	13	31,0
Tydperk voltooi – tussen	1977 – 1979		1987 – 1995		1979	
Diploma	29	72,5	28	80,0	29	69,0
Tydperk voltooi – tussen	1965 – 1993		1996 – 1997		1965 – 1988	
<b>GEKWALIFISEERDES</b>	<b>36</b>	<b>90,0</b>	<b>32</b>	<b>91,4</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>
<b>c) Psigiatrisie verpleegkunde</b>						
Graad	6	15,0	5	14,3	13	31,0
Tydperk voltooi – tussen	1979 – 1999		1984 – 1995		1979	
Diploma	9	22,5	14	40,0	3	7,1
Tydperk voltooi – tussen	1973 – 1993		1981 – 1997		1973 – 1988	
<b>GEKWALIFISEERDES</b>	<b>15</b>	<b>37,5</b>	<b>19</b>	<b>54,3</b>	<b>16</b>	<b>38,1</b>
<b>d) Gemeenskapsgesondheid</b>						
Graad	8	20,0	6	17,1	4	9,5
Tydperk voltooi – tussen	1979 – 1996		1983 – 1995		1982 – 1992	
Diploma	4	10,0	12	34,3	6	14,3
Tydperk voltooi – tussen	1985 – 1993		1991 – 1997		1988 – 1994	
<b>GEKWALIFISEERDES</b>	<b>12</b>	<b>30,0</b>	<b>18</b>	<b>52,9</b>	<b>10</b>	<b>23,8</b>



Volgens tabel 5.2 het die meeste respondente hoofsaaklik die basiese diploma-program voltooi. Die redes hiervoor mag wees dat toelating tot die diplomaprogram makliker is en dat kleiner getalle tot die graadprogram toegelaat word. Tabel 5.2 dui verder aan dat die geregistreerde verpleegkundige groep oor die meeste basiese kwalifikasies beskik. 54,0% van die geregistreerde verpleegkundiges beskik bykomend tot die algemene verpleegkunde en verloskunde ook oor 'n psigiatrisiese en gemeenskapsverpleegkundekwalifikasie. Slegs 37,5% van die eenheidsbestuurders beskik naas algemene verpleegkunde en verloskunde oor die psigiatrisiese verpleegkundekwalifikasie en 30% van die eenheidsbestuurders beskik ook oor 'n gemeenskapsverpleegkundekwalifikasie.

Dit is verblydend dat 54% van geregistreerde verpleegkundiges oor al vier kwalifikasies beskik want dit kan net bydra tot 'n hoër standaard van omvattende gesondheidsorg aan die pasiënt/kliënt.

'n Verdere positiewe faktor is dat 37,5% van die eenheidsbestuurders oor 'n psigiatrisiese verpleegkundekwalifikasie beskik. Hierdie kennis en ervaring kan met positiewe resultate in die daaglikse bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder toegepas word.

Slegs 38,1% van die verpleegdiensbestuurders beskik addisioneel oor die psigiatrisiese verpleegkundekwalifikasie en 23,8% van die verpleegdiensbestuurders beskik ook oor 'n gemeenskapsverpleegkundekwalifikasie. Hierdie lae persentasie kan daaraan toegeskryf word dat die geïntegreerde kursus eers sedert 1984 aangebied is, en 'n groot persentasie verpleegdiensbestuurders reeds op daardie stadium 'n diploma-/graadprogram wat nie op 'n geïntegreerde basis aangebied was nie, voltooi het.

### **5.5.2 Professionele na-basiese kwalifikasies**

Verpleegkundig gesien word die Algemene, Psigiatrisiese, Gemeenskapsverpleegkunde en Vroedvrou registrasies by die Suid-Afrikaanse Raad op



Verpleging as basiese registrasies beskou. Verpleegbestuur, verpleegonderwys en die ander kliniese spesialiteitsprogramme word beskou as na-basiese programme wat tot na-basiese registrasies by die SARV lei.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie (1996) wys daarop dat hoër kwalifikasies in bestuur 'n voorvereiste vir verpleegkundiges in bestuursposisies behoort te wees. Die Wêreldgesondheidsorganisasie meld ook dat addisionele kwalifikasies in bestuur die verpleegkundige toerus vir haar bestuurstaak, maar ook help om meer invloed uit te oefen in bestuurspanne. By hierdie vraag moes al drie groepe respondente aantoon watter na-basiese kwalifikasies hulle het en in watter jaar die kwalifikasie verwerf is. Die vraag is spesifiek gevra om te bepaal hoeveel respondente oor 'n bestuurskwalifikasie beskik.

Twee na-basiese/nagraadse programme, naamlik verpleegadministrasie/bestuur en onderwys, is gelys. Ruimte is gelaat vir respondente om enige ander na-basiese kwalifikasies wat hulle verwerf het, aan te dui. Resultate word in tabel 5.3 aangetoon.

**TABEL 5.3**  
**NA-BASIESE KWALIFIKASIES**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Onderwys</b>						
Graad	2	5,0	3	8,6	3	7,1
Tydperk voltooi – tussen	1990 – 1998		1986 – 1995		1993 – 1998	
Diploma	1	2,0	0	0,0	2	4,8
Tydperk voltooi – tussen	1981		-		1992	
<b>GEKWALIFISEERDES</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>	<b>3</b>	<b>8,6</b>	<b>5</b>	<b>11,9</b>
<b>b) Admin</b>						
Graad	5	12,5	1	2,9	15	35,7
Tydperk voltooi – tussen	1991 – 1998		Nie gespesifiseer		1982 – 1999	
Diploma	3	7,5	1	2,9	14	33,3
Tydperk voltooi – tussen	1984 – 1999		1994		1984 – 1999	
<b>GEKWALIFISEERDES</b>	<b>8</b>	<b>20,0</b>	<b>2</b>	<b>5,7</b>	<b>29</b>	<b>69,0</b>

Tabel 5.3 toon 'n verspreiding van die bestuurs- en onderwyskwalifikasies van die kategorieë respondente aan. Die kernbelangrike bevinding is dat slegs 20% (8) van die eenheidsbestuurders oor 'n na-basiese bestuurskwalifikasie beskik.

Dit is ook kommerwekkend dat 80% (32) van die eenheidsbestuurders wat gemiddeld 13 jaar gelede reeds opleiding voltooi het en so 'n kernbestuursposisie beklee, geen formele gevorderde bestuurskwalifikasie verwerf het nie.

Ruimte is gelaat vir respondente om enige andere kwalifikasies wat hulle verwerf het, te lys. Veertien eenheidsbestuurders (35,0%), sewe geregistreerde verpleegkundiges (20,0%) en elf verpleegdiensbestuurders (61,1%) het ander na-basiese/na-gradse kwalifikasies/programme gelys.

Eenheidsbestuurders het die volgende na-basiese kwalifikasies wat hulle verwerf het, aangetoon:

- Verloskunde en neonatologiese verpleegkunde
- Intensiewe sorg
- Operasiesaalverpleegkunde
- Gemeenskapsverpleegkunde
- Pediatrie
- Kardioraks
- Neurologie
- Farmakologie

Geregistreerde verpleegkundiges het die volgende aangetoon:

- Primêre gesondheidsorg
- Beroepsgesondheid
- Neonataal-intensief
- Operasiesaalverpleegkunde
- Intensiewe sorg



Verpleegdiensbestuurders het die volgende aangetoon:

- Gemeenskapsgesondheid
- Operasiesaalverpleegkunde
- Intensiewe sorg
- MBA
- Pediatrie
- Genetika

'n Positiewe gevolgtrekking is dat dit blyk asof die personeel klinies goed gekwalifiseerd is en direkte pasiëntsorg dus effektief behoort te geskied. Dit blyk egter dat 80,0% (32) van die eenheidsbestuurders wat die eenheid moet bestuur, nie die nodige bestuursprogramme voltooi het nie. Dit mag hul bestuurspraktyk negatief beïnvloed.

### **5.5.3 Aandiensure per week**

In hierdie vraag moes net die eenheidsbestuurders en geregistreerde verpleegkundiges aantoon hoeveel ure hulle gewoonlik per week werk. Volgens die nuwe Wet op Basiese Diensvoorwaardes van 1997 (Artikel 9, 11 en 12) mag die maksimum ure, wat 'n skofwerker in enige week mag werk, nie 48 uur oorskry nie. Die ooreenkoms met die hospitaal bepaal dat die verpleegpersoneel 42 uur per 7-dae-werksweek moet werk. Dit sluit etenstye in. Resultate word in tabel 5.4 aangetoon.

Tabel 5.4 toon aan dat 80,0% (32) van die eenheidsbestuurders en 62,9% (22) van die geregistreerde verpleegkundiges tussen 42 en 45 uur per week werk. Die maksimum ure deur wetgewing vasgestel, word wel nie oorskrei nie, maar meer as 50,0% van die respondente werk meer ure as wat formeel ooreengekom is. Indien dit as geïsoleerde insident voorkom, mag dit nie noodwendig die verpleegkundiges se produktiwiteit en effektiwiteit beïnvloed nie. Indien dit egter op 'n kontinue basis voorkom, mag dit die produktiwiteit en effektiwiteit van die

verpleegkundiges nadelig beïnvloed.

**TABEL 5.4**  
**AANTAL WERKSURE PER WEEK**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
38 uur	0	0,0	2	5,7
40 uur	3	7,5	5	14,3
42 uur	31	77,5	22	62,9
45 uur	1	2,5	0	0,0
Ander ure	5	12,5	5	14,3
Geen respons	0	0,0	1	2,9
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

#### 5.5.4 Oortyd

By hierdie vraag moes die eenheidsbestuurders en geregistreeerde verpleegkundiges aantoon of hulle oortyd werk. Met oortyd word bedoel die ure wat hulle werk, bo en behalwe die ure waarvoor hulle dienskontrak voorsiening maak. Volgens die Wet op Basiese Diensvoorwaardes (wet nr. 75 van 1997) mag 'n persoon nie meer as 10 ure oortyd per week werk nie. Resultate volg in tabel 5.5.

**TABEL 5.5**  
**OORTYD**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Ja	16	40,0	7	20,0
Nee	7	17,5	10	28,6
Van tyd tot tyd	17	42,5	18	51,4
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>



40,0% (16) van die eenheidsbestuurders het aangedui dat hul oortyd werk, terwyl 'n verdere 42,5% (17) aangedui het dat hulle van tyd-tot-tyd oortyd werk. Die redes hiervoor was werksdrukte, personeeltekorte en probleemsituasies soos pasiëntklagtes wat tydrowend is om op te los.

Sewe (20,0%) van die geregistreerde verpleegkundiges het aangetoon dat hulle oortyd werk en 51,4% (18) van hulle werk van tyt-tot-tyd oortyd. Hierdie respondente skryf dit ook toe aan werksdrukte.

Die nuwe Wet op Basiese Diensvoorwaardes van 1997 het meegebring dat oortydbetaling groot finansiële implikasies vir enige maatskappy inhou. Verpleging wat arbeidsintensief is, kan dus 'n groot uitgawe vir 'n maatskappy beteken.

### 5.5.5 Ure oortyd gewerk

Tabel 5.6 sluit aan by tabel 5.5 deurdat die respondente die aantal ure wat hulle per week oortyd werk, aantoon. Respondente wat op hierdie vraag moes reageer, is dus die wat in tabel 5.5 “ja” en “van tyd-tot-tyd” geantwoord het. In tabel 5.6 word slegs die gemiddelde aantal ure wat respondente per week oortyd werk, aangetoon.

**TABEL 5.6**  
**AANTAL URE OORTYD**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Aantal respondente	33	82,5	25	71,4
Gemiddelde getal ure wat per week oortyd gewerk word	5½ uur		7½ uur	

Bogenoemde tabel dui aan dat altwee groepe oortyd werk. Die eenheidsbestuurder werk gemiddeld vyf en 'n halwe ure per week oortyd en die geregistreerde verpleegkundige sewe en 'n half ure. Dit het finansiële, maar ook organisatoriese implikasies, veral wanneer die tyd gedurende die week aan die eenheidsbestuurder teruggegee word, wanneer die eenhede normaalweg die besigste is.

Die werk van oortyd kom voor ten spyte daarvan dat die beleid van die betrokke werkgewende instansie is dat geeneen van die eenheidsbestuurders veronderstel is om oortyd te werk nie, tensy 'n krisissituasie, soos byvoorbeeld 'n ramp, ontstaan.

Oneffektiewe tydsbestuur of bestuur in die algemeen mag die oorsaak wees dat die respondente oortyd werk. Indien die werk van oortyd geïsoleerd voorkom, mag dit moontlik nie bestuur en ander aktiwiteite van die eenheid nadelig beïnvloed nie. Indien dit egter op 'n kontinue basis voorkom, kan dit tot uitbranding van personeel lei en werksomstandighede in die eenheid nadelig beïnvloed.

### **5.5.6 Neem van werk huis toe**

Hierdie vraag moes slegs deur die eenheidsbestuurders en die geregistreerde verpleegkundiges beantwoord word omdat die standaard van bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder in hierdie navorsing ondersoek word en nie die van die verpleegdiensbestuurder nie. Indien laasgenoemde werk huis toe neem, het dit geen direkte invloed op die bestuurspraktyk van die eenheidsbestuurder nie.



**TABEL 5.7**  
**WORD WERK HUIS TOE GENEEM**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Ja	22	55,0	4	11,4
Nee	6	15,0	25	71,4
Van tyd-tot-tyd	12	30,0	5	14,3
Geen respons	0	0,0	1	2,9
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.7 toon aan dat 85,0% (34) van die eenheidsbestuurders en 25,7% (9) van die geregistreeerde verpleegkundiges werk huis toe neem.

Die tipe/aard van werk wat huis toe geneem word, word in tabel 5.8 aangetoon.

**TABEL 5.8**  
**DIE AARD VAN DIE WERK WAT HUIS TOE GENEEM WORD**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Administratief	23	57,5	6	17,1
Opleiding	0	0,0	2	5,7
Administratief en opleiding	13	32,5	0	0,0
Geen respons	4	10,0	27	77,1
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.8 dui aan dat die tipe of aard van werk wat huis toe geneem word, vir beide kategorieë administratief van aard is.

Onder die kategorie "ander" het die eenheidsbestuurder die volgende gemeld:

- Voorsitter van beroepskomitee
- Bemerkingsprojekte
- Artikels
- Oorsigte
- Prestasiebestuur
- Diensbeplanning

Die redes waarom die respondente werk huis toe neem, word soos volg aangedui:

- Kan maklik by huis voltooi word.
- Ruimte in eenheid is beperk om ongestoord te werk.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat alle tipes werk aspekte van administrasie/ bestuur bevat. Dit blyk dus asof die eenheidsbestuurder nie al haar bestuurstake in 'n normale werksdag kan afhandel nie.

### **5.5.7 Afwesigheid van werk en redes**

In hierdie vraag moes slegs die eenheidsbestuurder en die geregistreerde verpleegkundige aantoon hoeveel dae hulle gedurende die laaste ses maande van die werk afwesig was. Hierdie vraag is nie aan die verpleegdiensbestuurder gevra nie, aangesien haar aan- of afwesigheid geen direkte impak op die bestuursaktiwiteite in die eenheid/saal het nie. Afwesigheid van die eenheidsbestuurder sowel as die geregistreerde verpleegkundige beïnvloed egter die sterkte van die personeelkomponent, volume van werkslading en dus ook pasiëntsorg.



**TABEL 5.9**  
**AFWESIGHEID VAN WERK**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Nooit	13	32,5	8	22,9
Een dag (1 dag)	5	12,5	10	28,6
Tussen 2 en 5 dae	15	37,5	8	22,9
Tussen 6 en 10 dae	3	7,5	7	20,0
Tussen 11 en 15 dae	1	2,5	1	2,9
Meer as 15 dae	2	5,0	1	2,9
Geen respons	1	2,5	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.9 toon aan dat 32,5% van die eenheidsbestuurders en 22,9% van die geregistreeerde verpleegkundige nooit gedurende die afgelope ses maande afwesig was nie. Volgens hierdie tabel blyk dit verder dat die meeste respondente in beide die groepe eenheidsbestuurders (65,0%) en geregistreeerde verpleegkundiges (77,1%) meer as een dag van die werk weg was.

Die respondente moes ook die rede vir afwesigheid aandui. Die belangrikste rede wat verskaf is, was siekte, maar dit was nie moontlik om te bepaal of dit 'n gewone algemene siekte of stresverwante siekte was nie.

Hierdie hoë afwesigheid van beide kategorieë wat direk by die bestuur van en direkte pasiëntsorg betrokke is, mag die gehalte daarvan beïnvloed omdat dit die werkslading en druk op medekollegas verhoog.

### **5.5.8 Saal/eenheid waar werksaam en persentasie bedbesetting per maand**

In hierdie bespreking word die response op vraag 10, 11 en 12 van die vraelys

saambesprek. Slegs die eenheidsbestuurders moes aantoon in watter saal of eenheid hulle werkzaam is. Die doel van hierdie vraag was om 'n algemene beeld betreffende die verskillende afdelings waar die respondente werkzaam is, te kry.

In tabel 5.10 word slegs die aantal respondente wat aangetoon het dat hulle in 'n betrokke saal werkzaam is, aangedui, met ander woorde slegs die aantal ja-response. Omdat daar respondente is wat meer as een saal op 'n slag aangetoon het, sal hierdie tabel nie tot 100,0% sommer nie.

**TABEL 5.10**  
**SAAL/EENHEID WAAR WERKSAAM**

	Eenheids- bestuurder	
	N	%
a) Medies	10	25,0
b) Chirurgie	17	42,5
c) Intensief/trauma afdeling	5	12,5
d) Pediatrie	3	7,5
e) Verloskunde	5	12,5
f) Dagsaal	6	15,0
g) Teater	3	7,5

Tabel 5.10 dui aan dat die meeste eenheidsbestuurders in 'n chirurgiese afdeling werkzaam is. Hierdie afdeling vereis effektiewe bestuursvaardighede van die eenheidsbestuurder aangesien die chirurgiese afdelings gemiddeld 30 tot 40 beddens en 'n groot personeelkomponent van 20 tot 40 personeellede het, asook 'n gemiddelde bedbesettingsyfer van 67,7%. 'n Vinnige pasiëntomset vind plaas en die groot variasie van chirurgieprosedures, van ortopedie tot algemene chirurgie, vereis effektiewe bestuur. Die eenheidsbestuurder moet dus:

- nie alleen klinies paraat wees om die variasie van kliniese pasiëntsorg effektief te bestuur nie; maar



- sy moet ook paraat wees om die spesifieke, gevorderde bestuurseise effektief te bestuur.

Die eenheidsbestuurder sowel as die geregistreerde verpleegkundiges het aangetoon dat die gemiddelde bedbesetting 67,7% per maand is. Die geregistreerde verpleegkundige bevestig hierdeur die eenheidsbestuurder se respons. Hierdie persentasie is 'n indikasie van hoe bedrywig die eenheid/saal waarin die respondent funksioneer, is.

'n Bedbesetting van 67,7% word nie in die literatuur en deur deskundiges as hoog beskou nie. 'n Verswarende faktor mag egter die vinnige omset van pasiënte wees. Die eenheidsbestuurder behoort egter in staat te wees om die basiese bestuursfunksies effektief uit te voer, naamlik beplanning, organisasie, beheer en evaluasie. Dit sluit ook in effektiewe personeelbestuur. Dan alleen kan 'n hoë standaard van verpleegsorg verseker word.

### **5.5.9 Jare werksaam in spesifieke saal/eenheid**

Die vraag is slegs aan die eenheidsbestuurder en die geregistreerde verpleegkundige gestel omdat die verpleegdiensbestuurder se jare van ondervinding in 'n spesifieke saal/eenheid nie 'n direkte impak op die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder het nie.

Die eenheidsbestuurder en geregistreerde verpleegkundige werk egter ten nouste saam. Die aantal jare wat die geregistreerde verpleegkundige in 'n spesifieke saal/eenheid werksaam is, is 'n aanduiding of die werksomstandighede aan haar bekend is. Dit kan haar in staat stel om alle aktiwiteite en in besonder die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder effektief te beoordeel of evalueer.

Deskundiges wat in bestuur geraadpleeg is, is almal van mening dat drie jaar 'n goeie indikasie is van die tydspanne van ervaring wat nodig is vir die

geregistreeerde verpleegkundige om alle aktiwiteite in 'n eenheid/saal te kan evalueer.

Blootstelling van drie jaar of meer word ook deur die deskundiges beskou as 'n redelike ervaringstydperk wat die eenheidsbestuurder benodig om haarself te oriënteer en bestuursvaardig te maak. Kreatiwiteit en eie inisiatief begin na drie jaar sterker na vore kom aangesien die eenheidsbestuurder meer selfvertroue ontwikkel.

Die navorser is van mening en word ondersteun deur deskundige bestuurders dat, indien 'n eenheidsbestuurder vyf jaar of langer 'n eenheid/saal bestuur, sy oor die nodige ervaringsvaardighede behoort te beskik om effektief te bestuur.

Resultate van die jare werksaam in 'n spesifieke saal of eenheid word in tabel 5.11 aangetoon.

**TABEL 5.11**  
**AANTAL JARE IN SPESIFIEKE SAAL/EENHEID**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Minder as 5 jaar	18	45,0	26	74,3
Tussen 6 en 10 jaar	13	32,5	7	20,0
Tussen 11 en 15 jaar	5	12,5	1	2,9
Meer as 15 jaar	2	5,0	1	2,9
Geen respons	2	5,0	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

45,0% (18) van die eenheidsbestuurders en 74,3% (26) van die geregistreeerde verpleegkundiges is minder as vyf jaar in die spesifieke eenheid. 50,0% (20) van die eenheidsbestuurders is tussen ses en vyftien jaar werksaam in die spesifieke afdeling. 25,8% (9) van die geregistreeerde verpleegkundiges is tussen ses tot vyftien jaar in die spesifieke afdeling werksaam. As gevolg daarvan dat die



geregistreerde verpleegkundiges al soveel jare in 'n spesifieke afdeling werksaam is, sou verwag kon word dat hulle oor 'n baie goeie vermoë sou beskik om die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder te kon beoordeel.

### 5.5.10 Aantal jare werksaam as eenheidsbestuurder

In hierdie vraag moes slegs die eenheidsbestuurder aantoon hoeveel jare hulle al as eenheidsbestuurder werk.

**TABEL 5.12**  
**AANTAL JARE AS EENHEIDSBESTUURDER**

	Eenheids- bestuurder	
	N	%
Minder as 5 jaar	25	62,5
Tussen 6 en 10 jaar	9	22,5
Tussen 11 en 15 jaar	2	5,0
Meer as 15 jaar	1	2,5
Geen respons	3	7,5
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Die persoon in beheer van 'n eenheid het tot en met 1996 'n senior geregistreerde verpleegkundige pos beklee. Gedurende 1996 het hierdie posbenaming na eenheidsbestuurder verander. Die navorser is van mening dat die 25 (62,5%) eenheidsbestuurders wat in tabel 5.12 aangedui het dat hulle minder as 5 jaar as eenheidsbestuurders funksioneer, in werklikheid langer in die pos is, maar nie in die spesifieke pos nie, en dat hulle op die benaming eenheidsbestuurder gereageer het. Dit word ondersteun in paragraaf 5.5.11 waar aangetoon word dat 50,0% van die eenheidsbestuurders ses tot vyftien jaar ervaring as geregistreerde verpleegkundiges in eenhede/sale het. Dit blyk dus asof die eenheidsbestuurders wel beskik oor die nodige ondervinding, wat haar in haar bestuursfunksie kan ondersteun.

### 5.5.11 Bestuursopleiding ontvang

Die response op vrae 14, 15 en 17 in die vraelys word in hierdie afdeling bespreek. Die Wêreldgesondheidsorganisasie (1996) stel dit dat hoër kwalifikasies in bestuur 'n voorvereiste vir verpleegkundiges in bestuursposisies behoort te wees. 'n Professionele gesondheidsagtergrond volgens Biscoe (1989) beteken egter nie noodwendig dat 'n individu oor die toepaslike en geskikte kennis beskik om as 'n bestuurder van 'n eenheid te funksioneer nie. Biscoe (1989) beklemtoon verder dat addisionele bestuursopleiding individue in beheerposisies beter toerus vir hul bestuurstaak. Sy ondersteun die Wêreldgesondheidsorganisasie en sê dat dit wenslik is dat hierdie individue in beheerposisies bestuursopleiding moet deurloop. Response word in tabel 5.13 aangetoon.

**TABEL 5.13**  
**BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Ja	33	82,5	10	28,6
Nee	6	15,0	25	71,4
Geen respons	1	2,5	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.13 dui aan dat 82,5% van die eenheidsbestuurders interne bestuursopleiding ontvang het. Tien (28,6%) geregistreeerde verpleegkundiges het bestuursopleiding ontvang. Dat min geregistreeerde verpleegkundiges aangetoon het dat hulle enige addisionele bestuursopleiding ontvang het, word as 'n leemte beskou, want hulle is die individu wat voorberei moet word om as eenheidsbestuurder te kan funksioneer wanneer nodig.

Geeneen van die geregistreeerde verpleegkundiges het aangetoon dat hulle tans



met verdere studies besig is nie. 5,7% (twee respondente) van die geregistreerde verpleegkundiges het 'n na-basiese bestuurskwalifikasie wat in 1994 verwerf is. (Tabel 5.3). Die geregistreerde verpleegkundiges het volgens tabel 5.2 hulle studies vanaf 1960 tot 1997 voltooi. 33 (94,2%) werk dus die afgelope vyf jaar sonder om enige kursusse te doen om hul bestuursmatig te bekwaam. Eksterne faktore mag verdere studies rem, soos byvoorbeeld gebrek aan finansies, geen bevorderingsgeleenthede nie en botsings tussen klasroosters en diensroosters.

Ten einde professioneel te ontwikkel, is dit nodig dat die geregistreerde verpleegkundiges bestuursopleiding ontvang, aangesien hulle die eenheidsbestuurders en verpleegdiensbestuurders van die toekoms is.

**TABEL 5.14**  
**WANNEER BESTUURSOPLEIDING ONTVANG IS**

	Eenheidsbestuurder		Geregistreerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Voor 1996	10	25,0	4	11,4
1997	14	35,0	4	11,4
1998	23	57,5	4	11,4
1999	18	45,0	3	8,6

Die agt eenheidsbestuurders (20%) wat met verdere studies besig was, het aangetoon dat hulle studies op die bestuurslyn fokus. Dit kan dus daartoe bydra om hul bestuursvaardighede te verbeter. Dit bly kommerwekkend dat 80,0% van die eenheidsbestuurders geen bestuurskwalifikasies het nie en dat net 20% van hulle besig is met verdere studies in bestuur.

Die snelle veranderinge in die lewing van gesondheidsdienste en die uitdagings wat dit aan die verpleegkundige bied, veral op die terrein van gesondheidsbestuur, dwing die verpleegbestuurder om formele bestuurs-

programme te volg ten einde op hoogte te bly met nuwe bestuursontwikkelinge en ook haar bestuursvaardighede te verbeter. Die eenheidsbestuurder en die verpleegdiensbestuurder word as die sleutelpersone geïdentifiseer om koste-effektiewe pasiëntsorg deur te voer. Dit noodsaak bestuursopleiding soos bevestig deur Vestel (1995): *Management is a key to success in die professional nursing job ... the increasing complexity of delivering patient care requires a multifaceted role for the professional nurse that includes managerial responsibilities.*

### 5.5.12 Bestuursopleiding se bydrae tot verbetering in bestuur

Hierdie vraag moes net deur die eenheidsbestuurders en die verpleegdiensbestuurders beantwoord word. Die navorser het drie tipes bestuursopleiding geïdentifiseer:

- Interne bestuursopleiding deur die werkgewer.
- Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting as deel van 'n graadprogram.
- Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting as deel van 'n diplomaprogram.

Resultate word in tabel 5.15 aangetoon. Volgens hierdie resultate is dit duidelik dat die meeste eenheidsbestuurders en verpleegdiensbestuurders interne bestuursprogramme gedoen het, naamlik 80% (32) en 72,2% (13) onderskeidelik. Die rede hiervoor is dat interne bestuursopleiding bekostigbaar is. Dit bly egter noodsaaklik vir die professionele ontwikkeling van die verpleegkundige dat sy blootgestel word aan meer formele bestuursopleidingsprogramme soos aangebied deur tersiêre onderwysinstansies. Laasgenoemde bestuursopleiding is ook meer omvattend en nie net spesifiek diensgerig soos 'n werkgewer se interne program nie.



**TABEL 5.15**  
**TIPE BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%
<b>a) Interne bestuursopleiding deur die werkgewer aangebied</b>				
Ja	32	80,0	13	72,2
Nee	1	2,5	0	0,0
N.v.t.	1	2,5	5	27,8
Geen respons	6	15,0	0	0,0
<b>b) Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting die die vorm van 'n "graad"</b>				
Ja	5	12,5	18	100,0
Nee	8	20,0	0	0,0
N.v.t.	3	7,5	0	0,0
Geen respons	24	60,0	0	0,0
<b>c) Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting in die vorm van 'n "diploma"</b>				
Ja	3	7,5	0	0,0
Nee	6	15,0	0	0,0
N.v.t.	4	10,0	18	100,0
Geen respons	27	67,5	0	0,0

Al die respondente wat aangetoon het dat hulle bestuursopleiding ondergaan het, moes ook aantoon of hulle van mening is dat die bestuursopleiding hulle gehelp het om die bestuur van die eenheid/saal te verbeter. Die rede daarvoor is dat dit te wagte is dat bestuursopleiding dit behoort te verbeter, en respondente sal toerus. Resultate volg in tabel 5.15. Die leser moet daarop let dat die totale aantal respondente waarop die persentasies bereken is, die getal respondente is wat aangetoon het dat hulle bestuursopleiding ondergaan het (sien tabel 5.12).

**TABEL 5.16**  
**BYDRAE VAN BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	30	90,9	10	100,0	40	100,0
Nee	3	9,1	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.16 dui aan dat die meerderheid van respondente van mening is dat die bestuursopleiding wat hulle deurloop het, wel bygedra het tot die verbetering van die bestuur van hulle saal/eenheid. Dit reflekteer in die volgende motiverings van respondente:

- *Beter insigte en benadering van bestuur.*
- *Beter probleemoplossingsvaardighede.*
- *Bestuursfunksies verbeter.*
- *Personeelbegroting beter hanteer.*
- *Bestuursaspekte kan geïmplementeer word in die werksituasie.*
- *Selfontwikkeling het plaasgevind.*

Geen volgorde van belangrikheid is aan die antwoorde gekoppel nie, maar soortgelyke antwoorde is saamgegroepeer.

### 5.5.13 Verdere studies

By hierdie vraag moes die respondente aantoon of hulle tans besig is met verdere studies. Met die nuwe uitdagings in gesondheidsorg, en toenemende eise wat aan bestuurders gestel word, is dit noodsaaklik dat veral eenheidsbestuurders en geregistreeerde verpleegkundiges studies in die bestuursrigting moet aanpak, ten einde effektief te kan bestuur en/of op hoogte met die nuutste ontwikkelinge te bly.



**TABEL 5.17**  
**VERDERE STUDIES**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	8	20,0	0	0,0	1	5,5
Nee	31	77,5	34	97,1	17	94,5
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Dit is duidelik dat geen geregistreeerde verpleegkundige tans met verdere studies besig is nie. Daar kan 'n verskeidenheid van redes hiervoor wees soos 'n tekort aan finansies en tyd, asook min of geen aansporing ten opsigte van finansies of bevorderings nie. Kursusse is duur en indien die kursus klasbywoning vereis, kan bestaande wisselende diensroosters verdere studies onmoontlik maak. Slegs een verpleegdiensbestuurder is besig met verdere studie. Die waarskynlikste rede daarvoor is dat hierdie groep respondente ouer is; hulle reeds bereik het wat hulle wou; daar nie meer relevante kursusse is om te volg nie; of dat die tyd andersins net ontbreek. Motivering vir die eenheidsbestuurder om verdere studies aan te pak, ontbreek ook aangesien geen finansiële voordele aan kwalifikasies gekoppel word nie, al word die addisionele kennis in die daaglikse werksituasie gebruik.

#### **5.5.14 Vereiste minimum kwalifikasies en jare ondervinding vir 'n eenheidsbestuurder**

'n Eenheidsbestuurder moet oor sekere minimum kwalifikasies beskik voordat sy in die pos aangestel kan word. Die minimum kwalifikasies wat vereis word, is 'n diploma of graad in Verpleegkunde met registrasie by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as professionele verpleegkundige. Registrasie as algemene

verpleegkundige is die absolute minimum vereiste. Vyf jaar ervaring in 'n soortgelyke eenheid is 'n aanbeveling.

Die respondente moes in hierdie vraag aangetoon het, wat hierdie minimum kwalifikasies behels om as eenheidsbestuurder aangestel te word. 10% (4) van die eenheidsbestuurders het aangetoon dat die eenheidsbestuurders oor geen addisionele kwalifikasies hoef te beskik nie. Dit is kommerwekkend dat 38% van die eenheidsbestuurders aangetoon het dat hulle nie weet wat die vereistes behels nie. Die oorblywende 62,5% (25) van die eenheidsbestuurders het verskeie kwalifikasies genoem, naamlik algemene verpleegkunde, verloskunde, gemeenskapsgesondheid, bestuursondervinding, administratiewe kwalifikasies en teater tegniek. Dis duidelik dat die respondente net geraai het.

10% (4) van die eenheidsbestuurders het bykomend aangedui dat ervaring ook benodig word. Die navorser ondersteun Chapman (1979) wat beklemtoon dat die bemeestering van goeie administratiewe tegnieke na jare se ondervinding goeie bestuur fasiliteer, maar dat dit nie die essensie van bestuur is nie.

### **5.5.15 Besikbaarheid van posbeskrywing**

'n Posbeskrywing is belangrik vir al drie groepe respondente, maar veral vir die eenheidsbestuurder aangesien dit 'n riglyn is waarvolgens haar bestuurs-aktiwiteite moet plaasvind.

Booyens(1994) bevestig dit met die stelling dat die doelwit van 'n posbeskrywing is om:

- verhoudings tussen poste aan te dui;
- kommunikasiekanale tussen verskillende departemente asook in die lynstruktuur aan te dui;
- as basis vir menslike hulpbronbeplanning te dien.



**TABEL 5.18**  
**POSBESKRYWING ONTVANG**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige	
	N	%	N	%
Ja	12	30,0	22	62,9
Nee	23	57,5	8	22,9
Kan nie spesifiek onthou nie	1	2,5	5	14,2
Geen respons	4	10,0	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Die data in tabel 5.18 toon aan dat slegs twaalf (30%) van die eenheidsbestuurders 'n posbeskrywing ontvang het. Van die 35 geregistreeerde verpleegkundiges het 22 (62,9%) aangedui dat hulle 'n posbeskrywing ontvang het.

Dat slegs 62,9% van die geregistreeerde verpleegkundiges 'n posbeskrywing ontvang het, dui daarop dat die betrokke eenheidsbestuurders nie 'n bestuurstaak uitgevoer het nie. Die eenheidsbestuurder kan nie verwag dat die geregistreeerde verpleegkundige maksimaal funksioneer as sy nie weet wat van haar verwag word nie.

Dat slegs 30,0% van die eenheidsbestuurders 'n posbeskrywing het, kan die bestuurseffektiwiteit van die eenheidsbestuurder negatief beïnvloed. Sy het 'n posbeskrywing nodig om haar in haar bestuursaktiwiteite te rig ten einde effektief te bestuur.

### **5.5.16 Eenheidsbestuurder se spanwydte van beheer**

In hierdie vraag moes die eenheidsbestuurder en die geregistreeerde verpleegkundige aantoon hoeveel verpleegpersoneel, asook personeel vanuit ander

dissiplines, onder hulle toesig werk. Alle kategorieë van personeel moes ingesluit word. Die doel was om hul spanwydte van beheer te bepaal. Slegs die gemiddelde syfers word in tabel 5.19 aangetoon. Die verpleegdiensbestuurder moes aantoon hoeveel eenheidsbestuurders tans onder haar toesig werk. Die gemiddelde syfer word in dieselfde tabel aangetoon.

**TABEL 5.19**  
**SPANWYDTE VAN BEHEER**

	<b>Eenheids- bestuurder</b>	<b>Geregistreeerde verpleegkundige</b>	<b>Verpleegdiens- bestuurder</b>	
	<b>Gemiddeld</b>	<b>Gemiddeld</b>	<b>Gemiddeld</b>	
Geregistreeerde verpleegkundiges	11	3		
Ingeskrewe verpleegkundiges	7	2		
Ingeskrewe verpleeghulp	7	2		
Eenheidsbestuurders			11	
Ander	7	3		

Volgens tabel 5.19 funksioneer die meeste, naamlik 'n gemiddelde van 25 verpleegpersoneellede, onder die beheer van die eenheidsbestuurder. Ander personeel wat onder die eenheidsbestuurder se beheer ressorteer, was die volgende:

- Portiere
- Algemene assistente
- Saalsekretaresses
- Kombuispersoneel

Die kategorieë van personeel wat onder die beheer van die eenheidsbestuurder ressorteer, varieer dus vanaf professionele individue tot onprofessionele, laag geskoolde werkers. Dit stel 'n verskeidenheid van eise aan die eenheidsbestuurder se bestuursaktiwiteite en vaardighede. Die eise varieer van vakbond-



skakeling en arbeidsverhoudinge tot die handhawing van professionele geheimhouding en voorspraak maak vir pasiënte. Omdat verskillende vlakke van bestuur dus moet plaasvind, verg dit besondere bestuurskundigheid van die eenheidsbestuurder.

### **5.5.17 Samevatting van biografiese gegewens**

Afdeling A van die vraelys het hoofsaaklik oor die biografiese gegewens van die respondente gehandel. Die literatuur bevestig dat 'n gevorderde kwalifikasie in bestuur 'n voorvereiste vir verpleegkundiges in bestuursposisies behoort te wees, maar die navorsing het aangetoon dat slegs 20% van die eenheidsbestuurders oor sodanige nabasiese kwalifikasies beskik.

82,5% van die eenheidsbestuurders het interne bestuursprogramme gevolg. Die rede hiervoor kan wees dat interne bestuursopleiding bekostigbaar is. 90,9% van die eenheidsbestuurders was van mening dat die bestuursopleiding bygedra het tot die verbetering van hul bestuur van die saal/eenheid.

82,5% van die eenheidsbestuurders werk egter oortyd, wat finansiële en of organisatoriese implikasie tot gevolg het. 85% van die eenheidsbestuurders neem ook werk van bestuursaard huis toe om daar te voltooi. Oneffektiewe tydsbestuur of bestuur in die algemeen mag 'n oorsaak wees.

57,5% (23) van die eenheidsbestuurders het nie 'n posbeskrywing ontvang nie en riglyne ten opsigte van bestuur ontbreek dus. Die eenheidsbestuurder se spanwydte van beheer is ook van al drie kategorieë respondente die grootste wat spesiale bestuurseise aan haar stel. Samevattend kan dus gesê word dat die eenheidsbestuurder oor die nodige opleiding moet beskik om effektief te kan bestuur.

## 5.6 AFDELING B: BESTUURSAKTIVITEITE

Voortspruitend uit die literatuurstude en na konsultasie met kundiges in die bestuurs- en onderwysinstansies is vyf kritiese bestuursfunksies of aktiwiteite wat geëvalueer moes word, geïdentifiseer.

Die ses funksies of aktiwiteite is:

- Beplanning
- Finansiële bestuur
- Organisasie
- Leiding/leierskap
- Beheer of kontrole
- Menslike hulpbronne (o.a. werksverhoudinge, interpersoonlike verhoudinge, kommunikasie en personeelbestuur)

Verdere konsultasie het gelei tot verfyning van bogenoemde indeling:

1. Beplanning
2. Begroting
3. Organisasie
4. Leidinggewende aktiwiteite
5. Probleemoplossings
6. Bestuurskonferensies/seminare
7. Kontrole
8. Werksverhoudings
9. Bestuursopleiding

'n Standaard is gestel met kriteria (of indikatore) waaraan die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder moet voldoen. Elke groep respondente moes die bestuursaktiwiteite van die eenheidsbestuurder volgens die standaard met kriteria beoordeel. Die evaluering het soos volg plaasgevind:

- Die eenheidsbestuurder wat haarself aan die hand van gestelde standaarde met kriteria evalueer, vorm die navorsingsgroep.



- Die eenheidsbestuurder se direkte toesighouer wat die adjunkverpleegdiensbestuurder/verpleegdiensbestuurder is, evalueer ook die eenheidsbestuurder aan die hand van gestelde standarde met kriteria, en word as verwysings-kontrolegroep gebruik om die eenheidsbestuurder se respons vanaf die topstruktuur te verifieer.
- Die geregistreerde verpleegkundige direk onder die eenheidsbestuurder se beheer evalueer die eenheidsbestuurder aan die hand van gestelde standarde met kriteria, en word ook as verwysings-kontrolegroep gebruik om die eenheidsbestuurder se respons van die ondergeskikte se kant te verifieer.

As gevolg van die kennis wat die geregistreerde verpleegkundige en die verpleegdiensbestuurder van die eenheidsbestuurder se verantwoordelikhede het, kan hulle beskou word as die twee betroubaarste verwysings-kontrolegroepe om die eenheidsbestuurder se evaluering oor haarself te verifieer. Dit is belangrik om daarop te let dat die doel van die navorsing nie is om die drie groepe met mekaar te vergelyk vir verskille of ooreenkomste nie, maar eerder om die eenheidsbestuurder se respons te versterk.

Die navorser het na konsultasie met kundiges besluit dat 'n persentasie van 100,0% sal geld vir alle standarde ten einde effektief te bestuur.

Die beste manier waarop die interpretasie gevolglik kan plaasvind, is deur vir elk van die funksies 'n totale indeks te verkry. Dit word bereken deur elke responsgroep se positiewe persentasies op elke spesifieke vraag te neem, en dit deur die aantal items wat in die funksie/aktiwiteit val, te deel. So word daar dan 'n indeks vir die eenheidsbestuurder, die verpleegdiensbestuurder sowel as die geregistreerde verpleegkundige ten opsigte van elke funksie of aktiwiteit bereken. Die verwagting is dat die indeks van die eenheidsbestuurder altyd die hoogste sal wees, waarna dié van die geregistreerde verpleegkundige en die verpleegdiensbestuurder.



Die doel met die evaluering van al die spesifieke vrae in bepaalde kategorieë is om 'n norm te verkry. Besprekings van die individuele vrae sal die norms verklaar. Die norms word verkry deur al drie groepe (die navorsingsgroep en beide verwysings-kontrolegroepe) se positiewe response bymekaar te tel om 'n gemiddelde telling te verkry. Daar word dan gekyk in watter mate individuele groeptellings van die gemiddelde persentasie afwyk, asook van die totale telling soos bereken vir die funksie of aktiwiteit. Indien die afwyking groot is, sal daar geprobeer word om dit te verklaar.

Daar moet in ag geneem word dat by die evaluering van die persoon se eie werk aangaan, verwag kan word dat hy/sy meestal hul eie pos hoër evalueer as wat 'n kollega dit sal doen, bloot omdat elke werknemer van mening is dat hy sy beroep met die grootste verantwoordelikheid beoefen. Hierdie neiging kan as normaal beskou word, en response verifieer mekaar solank die toegekende persentasie nie meer as 10% na weerskante van die norm fluktueer nie.

Indien 'n vraag op 'n sekere groep nie van toepassing was nie, is dit uitgelaat en word die blokkies in die aanbieding van data met grys ingekleur. Validasie van standarde met kriteria is deur kundiges gedoen. Die data-analise en bespreking van die evaluasie van die eenheidsbestuurder se bestuursaktiwiteite volg nou.

### **5.6.1 Beplanning**

Beplanning is 'n noodsaaklike voorvereiste vir die suksesvolle bestaan, sowel as voortbestaan van 'n onderneming op die kort en lang termyn (Cronje *et al.*, 1996).

Die eenheidsbestuurder moes self aandui of sy van oordeel is dat sy by beplanning betrokke is al dan nie. Die geregistreerde verpleegkundige en verpleegdiens-bestuurder moes ook volgens hul oordeel aandui of die eenheidsbestuurder by beplanning betrokke is al dan nie. Weens die belang van



beplanning het die navorser bepaal dat alle eenheidsbestuurders (100%) by beplanning en al die fasette daarvan betrokke moet wees.

Paragraaf 2.4 bevestig ook die belang van beplanning omdat die eenheidsbestuurder primêr verantwoordelik is om deur middel van goeie beplanning die belang van die pasiënt en instansie te beskerm.

Kritiese kriteria wat onder beplanning ressorteer, was die uitvoer/formulering/identifisering van die volgende:

- Strategiese beplanning
- Eenheid-/saaldoelwitte
- Verpleegsorgdoelwitte
- Aksieplanne/programme
- Verpleegstandaarde
- Kerndiensareas
- Personeevalueringsstelsel

Alhoewel al sewe die vrae onder die opskrif: **beplanning** in die vraelys verskyn het, word dit in die navorsingskrywe apart bespreek volgens die ses kritiese kriteria.

Die totale evaluering van die afdeling **beplanning** volgens die eenheidsbestuurder is 86,8%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 83,8% en volgens die verpleegdiensbestuurder 71,4%. Die norm vir al sewe die items by beplanning is 80,7%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grens (70,7% tot 90,7%) van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die data van die eenheidsbestuurder verifieer.

### 5.6.1.1 *Strategiese beplanning*

Die norm vir strategiese beplanning is 68,6%. Die geregistreerde verpleegkundige moes hierdie vraag nie voltooi het nie, en die groep se gegewens is buite rekening gelaat. Individuele response volg in tabel 5.20(a).

**TABEL 5.20(a)**  
**FORMULERING VAN STRATEGIESE BEPLANNING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	32	80,0			24	57,1
Nee	6	15,0			17	40,5
Nie van toepassing	2	5,0			0	0,0
Geen respons	0	0,0			1	2,4
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>			<b>42</b>	<b>100,0</b>

Van al die eenheidsbestuurders is 80,0% (32) van mening dat hulle by *formulering van strategiese beplanning* betrokke is. Die verwysingskontrolegroep (verpleegdiensbestuurders) se respons van 57,1% (24) kom nie ooreen met dié van die navorsingsgroep nie. Die rede vir dié groot verskil van 22,9% (meer as 10% aan weerskante) in evaluasie kan daaraan toegeskryf word dat verskillende betekenis aan die begrip strategiese beplanning geheg word. Daar kan aanvaar word dat die verpleegdiensbestuurder se evaluasie meer korrek mag wees, want sy is die individu met ervaring en formele na-basiese bestuurskwalifikasies (sien tabel 5.14), en verstaan die konsep strategiese beplanning. Sy werk ook in die verband nou saam met die eenheidsbestuurder. Dit is 'n leemte dat die eenheidsbestuurders nie 100%-betrokke is by langtermynbeplanning nie. Dit lei tot krisisbestuur en ander probleme soos in par. 2.5.2 bespreek.



### 5.6.1.2 Eenheid/saal se doelwitte

Die norm ten opsigte van die eenheid/saal se doelwitte is bereken op 82,1%. In tabel 5.20(b) word die spesifieke response aangetoon.

**TABEL 5.20(b)**  
**FORMULERING VAN DIE EENHEID/SAAL SE DOELWITTE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	39	97,5	33	94,3	38	90,5
Nee	1	2,5	1	2,9	4	9,5
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Volgens die data in tabel 5.20(b) dui 97,5% (39) van die eenheidsbestuurders aan dat hulle eenheidsdoelwitte gestel of geformuleer het. Beide verwysingskontrolegroepe verifieer hierdie persentasies. Volgens die geregistreeerde verpleegkundiges is dit 94,3% (33), terwyl dit volgens die verpleegdiensbestuurders 90,5% (38) is. Die afleiding wat hier gemaak kan word, is dat die standaard van 100,0% vir betrokkenheid nie behaal is nie. Die eenheidsbestuurder en die geregistreeerde verpleegkundige werk gewoonlik nou saam om hierdie doelwitte te stel. Die verpleegdiensbestuurder word betrek omdat die eenheidsbestuurder terugvoer aan haar moet gee ten opsigte van die doelwitformulering en verwesenliking daarvan.

### 5.6.1.3 Verpleegsorgdoelwitte

Die norm van verpleegstandaarde is bereken op 82,1%. Tabel 5.20(c) dui aan

dat 90,0% (36) van die eenheidsbestuurders van mening is dat hulle verpleegsorgdoelwitte stel. Beide die verwysings-kontrolegroepe verifieer dit, maar beskou dit nie as so belangrik nie. Die geregistreerde verpleegkundiges se beoordeling is 80,0%, terwyl die verpleegdiensbestuurders s'n 76,7% is. Resultate volg in tabel 5.20(c).

**TABEL 5.20(c)**  
**FORMULERING VAN VERPLEEGSORGDOELWITTE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	36	90,0	28	80,0	32	76,2
Nee	4	10,0	4	11,4	10	23,8
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Na aanleiding van die persoonlike ervaring van die navorser blyk dit dat die eenheidsbestuurder se betrokkenheid by die pasiënt self en by die formulering van verpleeg-sorgdoelwitte gestrem word deur administratiewe take wat deur klerke/administratiewe beamptes verrig kan word. Dit is 'n leemte dat al die eenheidsbestuurders nie by hierdie bestuursaktiwiteite betrokke is nie. Dit kan lei tot oneffektiewe bestuur van pasiëntsoorg wat tot nadeel van die pasiënt strek.

#### **5.6.1.4 Aksieplanne/programme**

Die norm ten opsigte van die formulering van aksieplanne of programme om doelwitte te bereik, is 81,3%. Volgens tabel 5.20(d) het 85,0% (34) van die eenheidsbestuurders aangetoon dat hulle by die *formulering van aksieplanne om bogemelde doelwitte te bereik* betrokke is. Die twee verwysings-kontrolegroepe verifieer in 'n groot mate hierdie persentasie. Die geregistreerde



verpleegkundiges het die norm bevestig met 82,9% (29), terwyl die verpleegdiensbestuurders 'n persentasie van 76,2% hieraan toegeken het. Aangesien hier nie 'n telling van 100% behaal is nie, word die afleiding gemaak dat nie al die eenheidsbestuurders eenheid- en pasiëntsorgdoelwitte stel nie. Indien hierdie taak nie verrig word nie, kan doelwitte nie realiseer nie en word die organisasie se voortbestaan bedreig.

**TABEL 5.20(d)**  
**FORMULERING VAN AKSIEPLANNE/PROGRAMME**  
**OM DOELWITTE TE BEREIK**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	34	85,0	29	82,9	32	76,2
Nee	5	12,5	4	11,4	10	23,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

### **5.6.1.5 Verpleegsorgstandaarde**

Die berekende norm waaraan die formulering van verpleegsorgstandaarde voldoen, is 78,2%.

Tabel 5.20(e) toon aan dat 85,0% (34) van die eenheidsbestuurders positief geantwoord het op die vraag of die eenheidsbestuurder wel verpleegsorgstandaarde formuleer. Die geregistreeerde verpleegkundiges verifieer hierdie evaluering. Die verpleegdiensbestuurders verskil egter van die norm deurdat slegs 66,7% (28) met die gegewens saamstem. Die verskil van 11,5% tussen die verpleegdiensbestuurders en die norm bevestig dat al die eenheidsbestuurders nie by die formulering van verpleegstandaarde betrokke is nie. 'n Hoë standaard van pasiëntsorg kan dus nie deurgaans bevorder en

gehandhaaf word nie. Die formulering van standaarde is van kritiese belang in die proses van gehalteverbetering. Die betrokkenheid van die eenheidsbestuurder by hierdie proses is van groot belang.

**TABEL 5.20(e)**  
**FORMULERING VAN VERPLEEGSORGSTANDAARDE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	34	85,0	29	82,9	28	66,7
Nee	5	12,5	4	11,4	14	33,3
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

### 5.6.1.6 Kerndiensareas

In paragraaf 2.4 is die belang van formulering/identifisering van kerndiensareas deur die eenheidsbestuurder bespreek. Dit is die areas waarvoor die eenheidsbestuurder verantwoordelik gehou word en waar positiewe resultate gelewer moet word. Die eenheidsbestuurder moet hierdie kerndiensareas identifiseer/formuleer. Hierdie kerndiensareas asook die eindresultaat wat bereik moet word, moet aan die personeel gekommunikeer word. Die norm vir die formulering van kerndiensareas is op 76,3% bereken.

Wat eenheidsbestuurders betref, het 85,0% aangedui dat hulle die kerndiensareas formuleer/identifiseer. Die verpleegdiensbestuurders (66,7%) en geregistreeerde verpleegkundiges (77,1%) verifieer die gegewens. Omdat die eenheidsbestuurder 'n gebrekkige formele bestuursopleiding het, mag dit daartoe lei dat sy nie kennis dra van die omvang van kerndiensareas nie. Die navorser is van mening dat die eenheidsbestuurder 100% vertrouwd moet wees met



kerndiensareas, en indien dit nie die geval is nie, sy nie in staat is om die volle omvang van haar bestuursaktiwiteite te verrig nie.

**TABEL 5.20(f)**  
**FORMULERING VAN KERNDIENSAREAS**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	34	85,0	27	77,1	28	66,7
Nee	5	12,5	5	14,3	14	33,3
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

### 5.6.1.7 *Personeel-evalueringsstelsel*

Aan die personeel-evalueringsstelsel is 'n norm van 79,1% toegeken.

**TABEL 5.20(g)**  
**HERSIENING VAN PERSONEEL-EVALUERINGSSTELSSEL**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	34	85,0	30	85,7	28	66,7
Nee	5	12,5	2	5,7	13	31,0
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	1	2,4
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Volgens tabel 5.20(g) is 85,0% van die eenheidsbestuurders van mening dat hulle betrokke is by die *hersiening van die personeel-evalueringsstelsel*. Die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder verifieer hierdie bevinding, alhoewel die persentasies in totaal voorkom of mag verskil. Die navorser is van mening dat die verpleegdiensbestuurder miskien nie heeltemal oor die nodige kennis of ervaring beskik om 'n personeel-evalueringsstelsel te hersien nie as gevolg van 'n gebrek aan opleiding en blootstelling om dit te doen. 'n Personeel-evalueringsstelsel is 'n belangrike bestuursinstrument by die effektiewe bestuur van menslike hulpbronne. 'n 100%-betrokkenheid word van die eenheidsbestuurder verwag ten einde haar personeel effektief te kan bestuur.

#### **5.6.1.8 Samevatting van beplanning**

Die kritiese kriteria wat onder beplanning geklassifiseer word, toon duidelik dat die eenheidsbestuurder nie 100% by alle afdelings/aspekte van hierdie bestuursfunksie betrokke is nie. Die vereiste standaard van 100% is nie behaal nie, en dit word geverifieer deur die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder. Omdat beplanning 'n noodsaaklike voorvereiste vir suksesvolle bestaan op die kort en lang termyn is, word aanbeveel dat aandag aan hierdie aspek geskenk word.

#### **5.6.2 Begroting**

Die belangrikheid van effektiewe finansiële bestuur wat die begrotingsproses insluit, is in par. 2.5.3 bespreek. Weens die kritiese belang van hierdie bestuursaktiwiteit is die navorser van mening dat alle eenheidsbestuurders betrokke moet wees. Die noodsaaklikheid dat die eenheidsbestuurder vaardig moet wees in finansiële bestuur ten einde 'n koste-effektiewe diens te lewer, is ook beklemtoon. 'n Standaard is gestel ten opsigte van finansiële bestuur en spesifiek die begroting. Die kritiese kriteria wat onder begroting klassifiseer, is



die opstel/beplan/instel van:

- Begrotingsvoorstelle
- Kapitaalluitgawes
- Bedryfsuitgawes
- Besparingsmaatreëls
- Adverteer van beskikbare dienste

Die totale evaluering van begroting volgens die eenheidsbestuurder is 71,9%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 76,3% en volgens die verpleegdiensbestuurder 81,4%. Die norm vir al vyf die items by begroting is 76,5%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grens (66,5% tot 86,5%) van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die data van die eenheidsbestuurder se data verifieer.

### 5.6.2.1 *Begrotingsvoorstelle*

'n Norm van 89,4% is hier bereken.

**TABEL 5.21(a)**  
**OPSTEL VAN BEGROTINGSVOORSTELLE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	34	85,0	30	85,7	41	97,6
Nee	4	10,0	1	2,9	1	2,4
Nie van toepassing	2	5,0	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	2	5,7	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

85,0% (34) van die eenheidsbestuurders het aangetoon dat hulle begrotingsvoorstelle opstel. Beide verwysings-kontrolegroepe verifieer hierdie bevinding. Van die geregistreerde verpleegkundiges het 85,7% (30) aangedui dat die eenheidsbestuurders begrotingsvoorstelle opstel, terwyl 97,4% van die verpleegdiensbestuurders dit bevestig het [sien Tabel 5.21(a)]. Die "nee"- en "nie van toepassing"-response kan as geen aktiwiteitsverrigting beskou word. Die standaard van 100% wat hier gestel is, is nie bereik nie.

### 5.6.2.2 Kapitaaluitgawes

Die norm vir die beplanning van kapitaaluitgawes is bereken op 85,9%. Die beplanning van kapitaaluitgawes vir die volgende boekjaar is belangrik omdat dit die werksaamhede in die eenheid bevorder en dus 'n positiewe impak op die finansiële omset het. Tabel 5.21(b) dui weereens aan dat die eenheidsbestuurders nie almal aan hierdie aktiwiteit deelneem nie.

TABEL 5.21(b)

#### BEPLANNING VAN KAPITAALUITGAWES VIR DIE VOLGENDE BOEKJAAR

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	33	82,5	28	80,0	40	95,2
Nee	4	10,0	3	8,6	1	2,4
Nie van toepassing	2	5,0	2	5,7	1	2,4
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Ten opsigte van die eenheidsbestuurder se betrokkenheid by die *beplanning van kapitaaluitgawes vir die volgende boekjaar* het 82,5% van die eenheidsbestuurders aangetoon dat dit wel die geval is. Beide verwysings-kontrolegroepe bevestig hierdie gegewens, met 80,0% van die verpleegkundiges en 95,2% van



die verpleegdiensbestuurders. Beplanning van kapitaaluitgawes is 'n baie belangrike bestuursfunksie aangesien dit die werksaamhede van die eenheid/saal beïnvloed en dus 'n impak op die finansiële omset het. Volgens die navorser behoort dit 100% aan die standaard te voldoen.

### **5.6.2.3 Bedryfsuitgawes**

Die eenheidsbestuurder is die individu wat kennis dra van die behoeftes van haar eenheid ten opsigte van skryfbehoeftes, toerusting en medisyne. Sy is die individu wat moet beplan en begroot ten opsigte van genoemde aspekte, wat as bedryfsuitgawes beskou word. Hierdie items is noodsaaklik, omdat pasiëntsorg daarsonder nie effektief sal geskied nie. Medies-regstrisiko's kan ook nie effektief beperk of voorkom word nie en voldoende rekordhouding sal byvoorbeeld ook nie kan geskied nie.

Omdat toerusting 'n groot kapitale uitgawe is, is goeie beplanning vir die instandhouding daarvan baie belang. Die navorser beskou 'n standaard van 100%-deelname aan hierdie begrotingsfunksie as noodsaaklik. Tabel 5.21(c) dui aan dat geeneen van die drie kategorieë respondente 'n 100%-deelname aangedui het nie. Die deelname het gevarieer van 66,7% tot 85,7%.

By die bepaling van die norm is eers 'n gemiddelde vir elke afsonderlike groep bereken, waarna die norm bepaal is. Die gemiddelde telling van die eenheidsbestuurder ten opsigte van die beplanning van bedryfsuitgawes is 69,5%, vir die geregistreerde verpleegkundige 73,2% en die verpleegdiensbestuurder 66,7%. Die norm is 69,8%. Die belangrikste afleiding wat hier gemaak kan word, is dat al drie groepe se gegewens grootliks met mekaar ooreenstem, behalwe ten opsigte van medisyne. Daar kan dus aanvaar word dat die twee verwysings kontrolegroepe die navorsingsgroep se data verifieer.

Die tabelle tel elkeen apart op na 100,0%, maar word weens die lengte van die tabel uitgelaat.

**TABEL 5.21(c)**  
**BEPLANNING VAN BEDRYFSUITGAWES**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>c1) skryfbehoeftes</b>						
Ja	31	77,5	26	74,3	28	66,7
Nee	8	20,0	4	11,4	13	31,0
Nie van toepassing	1	2,5	3	8,6	1	2,4
Geen respons	0	0,0	2	5,7	0	0,0
<b>c2) toerusting</b>						
Ja	32	80,0	28	80,0	36	85,7
Nee	6	15,0	3	8,6	5	11,9
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	1	2,4
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>c3) medisyne</b>						
Ja	23	57,5	25	71,4	16	38,1
Nee	11	27,5	4	11,4	15	33,3
Nie van toepassing	5	12,5	4	11,4	12	28,6
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>c4) personeeldiensstaat</b>						
Ja	26	65,0	26	74,3	34	81,0
Nee	11	27,5	3	8,6	7	16,7
Nie van toepassing	2	5,0	4	11,4	1	2,4
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>c5) salarisaanpassing van personeel</b>						
Ja	27	67,5	23	65,7	26	61,9
Nee	11	27,5	5	14,3	15	35,7
Nie van toepassing	1	2,5	6	17,1	1	1,4
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>69,5</b>		<b>73,2</b>		<b>66,7</b>	
<b>NORM</b>	<b>69,8</b>					



Volgens tabel 5.21(c) geniet toerusting die meeste aandag, soos aangedui deur al drie die groepe. Die norm van 81,9% bevestig hierdie afleiding. Die item tweede op die lys volgens die normtabel is personeeldienst met 73,4%, waarna skryfbehoeftes met 'n norm van 72,8%. Salaris en aanpassing van personeel is volgens die normtabel vierde op die lys (65,0%) met medisyne heel laaste (55,6%). Dit is belangrik om daarop te let dat die verskil tussen die grootste en die kleinste norm 26,3% is, en dat die afleiding gemaak kan word dat bedryfsuitgawes nie na behore beplan word nie. Die belangrikste afleiding wat hier gemaak word, is dat daar nie naastenby 100% aan hierdie standaard voldoen word nie, en dat dit as 'n groot leemte in eenheidsbestuur beskou kan word. Indien enigeen van hierdie funksies nie genoegsaam aangespreek word nie, kan dit ernstige finansiële implikasies inhou, sowel as die beeld van die eenheid of instansie ernstige skade berokken.

#### 5.6.2.4 Besparingsmaatreëls

Die norm by besparingsmaatreëls is bereken op 88,7%.

**TABEL 5.21(d)**  
**INTEL VAN BESPARINGSMAATREËLS**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	35	87,5	30	85,7	39	92,9
Nee	3	7,5	2	5,7	2	4,8
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	1	2,4
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Volgens bogenoemde tabel is 87,5% van die eenheidsbestuurders van mening dat hulle betrokke is by *die instel van besparingsmaatreëls*. Die twee

verwysings-kontrolegroepe bevestig hierdie resultate. Streng besparings-maatreëls is noodsaaklik, veral by bestuurde gesondheidsorg wat baie streng uitgevoer word. Weereens word 'n 100%-betrokkenheid vereis ten einde effektief en ekonomies te bestuur.

### 5.6.2.5 Adverteer van beskikbare dienste

'n Norm van 49,0% is hier bereken.

**TABEL 5.21(e)**  
**ADVERTEER VAN BESKIKBARE DIENSTE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	14	35,0	20	57,1	23	54,8
Nee	17	42,5	5	14,3	15	35,7
Nie van toepassing	8	20,0	9	25,7	4	9,5
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Volgens bogenoemde tabel is 35,0% van die eenheidsbestuurders van mening dat hulle by die *adverteer van beskikbare dienste* betrokke is. Volgens die twee verwysings-kontrolegroepe word in 'n groter mate van advertering gebruik gemaak. Daar kan aanvaar word dat respondente fisiese advertensie in gedagte het. Die beste vorm van advertensie is egter om goeie diens te lewer. Dienslewering in die eenheid/saal is die kernfunksie van die personeel. 100%-betrokkenheid van die eenheidsbestuurder is nodig om die eenheid/saal maksimaal te bemark. Hierdie bemarkingsaksie is noodsaaklik vir die generering van 'n potensiële mark.



### **5.6.2.6 Samevatting van begroting**

Die kritiese kriteria wat onder begroting geklassifiseer word, toon duidelik dat die eenheidsbestuurder nie 100% by alle afdelings/aspekte van die begrotingsfunksie betrokke is nie. Die vereiste standaard van 100% is nêrens behaal nie. Dit word deur die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder geverifieer. Omdat begroting van kritiese belang is in die effektiewe finansiële bestuur van die organisasie ten einde 'n koste-effektiewe diens te lewer, word aanbeveel dat aandag ook aan hierdie aspek verleen word.

### **5.6.3 Organisasie**

Organisering is in paragraaf 2.6 omskryf as die wyse waarop take en hulpbronne toegewys word ten einde 'n plan ten uitvoer te bring. Die navorser het na deeglike konsultasie met kundiges en gesteun deur die literatuur, taaktoewysing en hulpbronbestuur as die twee kritiese en kernkomponente van organisasie geïdentifiseer. Evaluering van die eenheidsbestuurder het rondom hierdie twee komponente plaasgevind.

Kritiese kriteria wat onder taaktoewysing ressorteer, is die volgende:

- Werksverdeling deur middel van taaktoewysing.
- Werksverdeling deur middel van pasiënte-toewysing.
- Toepassing van gehalteversekeringsprogramme.
- Toesighouding oor pasiëntsorg deur geregistreerde verpleegkundige.

Kritiese kriteria wat onder hulpbronbestuur ressorteer, is die volgende:

- Organiseer van afdienstye vir personeel.
- Bestel van voorraad.
- Bestel van toerusting.

- Deelnemende bestuurstyl.
- Outokratiese bestuurstyl.
- Integrasie van ander dienste.
- Kontinuiteit in pasiënt-gesentreerde verpleegsorg.
- Toepaslike ondersteuningsdienste.
- Voorlegging van maandelike statistiek.
- Organisering van indiensopleidingsprogramme.

Die tweede hoofbestuursaktiwiteit is organisasie. Kriteria is geïdentifiseer en onder die opskrif organisasie gelys. Die kriteria het die twee kritiese kernkomponente van organisasie gedek, naamlik taakoms krywing en hulpbronbestuur. Die data-analise van organisasie word dus volgens hierdie twee komponente gedoen, en nie volgens die itemplasing in die vraelys nie.

Die totale evaluering van organisasie (taaktoewysing en hulpbronbestuur) is volgens die eenheidsbestuurder 90,0%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 79,1% en volgens die verpleegdiensbestuurder 90,1%. Die norm vir die afdeling is 86,3%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grense van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die data van die eenheidsbestuurder se data ten opsigte van organisasie verifieer.

### **5.6.3.1 Taaktoewysing**

Taaktoewysing bestaan uit vyf items. 'n Norm van 85,2% is hier bereken. Die eenheidsbestuurder het 'n persentasie van 90,5% in totaal aan taaktoewysing toegeken. Dit word geverifieer deur die verpleegdiensbestuurder met 88,1% sowel as die geregistreerde verpleegkundige met 77,9%. Die belangrikste afleiding wat hier gemaak kan word is dat die standaard van 100% wat deur die navorser gestel is, nie behaal is nie. In tabel 5.22(a) word die vyf items se individuele tellings aangetoon.



**TABEL 5.22(a)**  
**TAAKTOEWYSING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>b) Werksverdeling deur middel van taaktoewysing</b>						
Ja	34	85,0	27	77,1	37	88,1
Nee	5	12,5	6	17,1	4	9,5
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	1	2,4
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>c) Werksverdeling deur middel van pasiënttoewysing</b>						
Ja	35	87,5	24	68,6	40	95,2
Nee	2	5,0	7	20,0	1	2,4
Nie van toepassing	2	5,0	2	5,7	1	2,4
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>d) Organisering van indiensopleidingsprogramme</b>						
Ja	34	85,0	24	68,6	36	85,7
Nee	4	10,0	8	22,9	6	14,3
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>j) Pas gehalteversekeringsprogramme toe</b>						
Ja	39	97,5	30	85,7	31	73,8
Nee	1	2,5	3	8,6	11	26,2
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>m) Toesighouding deur geregistreeerde verpleegkundige vir pasiëntsorg</b>						
Ja	39	97,5	31	88,6	41	97,6
Nee	1	2,5	2	5,7	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>90,5</b>		<b>88,1</b>		<b>77,9</b>	
<b>NORM</b>	<b>85,2</b>					

Volgens tabel 5.22(a) is die item wat die hoogste telling gemeet aan die norm, (94,6%) verkry het, die laaste item, naamlik toesighouding deur geregistreerde verpleegkundige vir pasiëntsorg. Daarna volg die toepas van gehalteversekeringsprogramme met 85,7%, werksverdeling deur middel van pasiënttoewysing (83,8%), werksverdeling deur middel van taaktoewysing (83,4%) en organisering van indiensopleidingsprogramme (79,8%).

Die belangrikste afleiding wat hier gemaak kan word, is dat geeneen van die taaktoewysing aan die gestelde standaard van 100,0% voldoen nie, en dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data verifieer. Omdat die eenheidsbestuurder nie 100%-betrokke is nie word daar nie aan die standaard voldoen nie.

### **5.6.3.2 Hulpbronbestuur**

Ten opsigte van hulpbronbestuur is tien kritiese kriteria of indikators geïdentifiseer. 'n Norm van 87,3% is vir hulpbronbestuur bereken. Die eenheidsbestuurder het 'n gemiddelde persentasie van 89,5% aan hierdie afdeling toegeken, terwyl die geregistreerde verpleegkundige 'n gemiddelde persentasie van 80,3% en die verpleegdiensbestuurder 'n gemiddelde van 92,1% aan hulpbronbestuur toegeken het. Tabel 5.22(b) dui die individuele frekwensietabelle van die vrae aan.



**TABEL 5.22(b)**  
**HULPBRONBESTUUR**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Organisering van afdienstye vir personeel</b>						
Ja	38	95,0	31	88,6	40	95,2
Nee	2	5,0	1	2,9	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>e) Bestel van voorraad</b>						
Ja	38	95,0	28	80,0	41	97,6
Nee	2	5,0	3	8,6	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	3	8,6	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>f) bestel van toerusting</b>						
Ja	36	90,0	29	82,9	40	95,2
Nee	4	10,0	2	5,7	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	1	2,4
Geen respons	0	0,0	2	5,7	0	0,0
<b>g) Pas 'n deelnemende bestuurstyl toe</b>						
Ja	40	100,0	31	88,6	37	88,1
Nee	0	0,0	2	5,7	5	11,9
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>h) Pas 'n outokratiese bestuurstyl toe</b>						
Ja	8	20,0	15	42,9	15	35,7
Nee	20	50,0	15	42,9	27	64,3
Nie van toepassing	5	12,5	3	8,6	0	0,0
Geen respons	7	17,5	2	5,7	0	0,0
<b>i) Kommunikasie na hoofde volgens organogram</b>						
Ja	40	100,0	32	91,4	40	95,2
Nee	0	0,0	2	5,7	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0



**TABEL 5.22(b) [vervolg]**  
**HULPBRONBESTUUR**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>k) Integrasie van ander dienste in hospitaal om holistiese versorging van pasiënte te verseker (bv. X-strale)</b>						
Ja	38	95,0	29	82,9	42	100,0
Nee	2	5,0	2	5,7	0	0,0
Nie van toepassing	0	0,0	3	8,6	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>l) Kontinuiteit in pasiëntgesentreerde verpleegsorg</b>						
Ja	40	100,0	32	91,4	41	97,6
Nee	0	0,0	1	2,9	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>n) Reël toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte, bv. fisioterapie, dieetkundige</b>						
Ja	33	82,5	24	68,6	40	95,2
Nee	6	15,0	4	11,4	1	2,4
Nie van toepassing	1	2,5	6	17,1	1	2,4
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>o) Voorlegging van toepaslike maandelikse statistiek</b>						
Ja	35	87,5	30	85,7	39	92,9
Nee	5	12,5	2	5,7	3	7,1
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>89,5</b>		<b>80,3</b>		<b>92,1</b>	
<b>NORM</b>	<b>87,3</b>					

Volgens die navorser word 'n persentasie van 100,0%-betrokkenheid van eenheidsbestuurders by hulpbronbestuur vereis. Volgens tabel 5.22(b) is die item wat die hoogste norm gekry het, kontinuïteit wat in pasiëntgesentreerde verpleegsorg gehandhaaf word (96,3%). Die item wat die tweede hoogste



persentasie vertoon, was kommunikasie na hoofde volgens organogram (95,5%), waarna organisering van afdienstye vir personeel (92,9%), integrasie van ander dienste in die hospitaal om holisitese versorging van pasiënte te verseker (92,6), en die toepassing van 'n deelnemende bestuurstyl (92,2%). Sesde was die bestel van voorraad (90,9%), waarna die bestel van toerusting (89,4%), die voorlegging van toepaslike maandelikse statistiek (88,7%), die reël van toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte (82,1%) en laaste 'n outokratiese bestuurstyl (52,4%).

Hulpbronbestuur is 'n belangrike organisatoriese funksie en oneffektiewe bestuur daarvan kan voorkom dat doelwitte bereik word en pasiëntsorg nie effektief geskied nie. Weereens kan dit negatiewe implikasies vir die organisasie inhou. Die belangrikste afleiding wat hier gemaak kan word, is dat geeneen van hulpbronbestuursitems aan die gestelde standaard van 100,0% voldoen het nie, en dat die verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data verifieer.

### **5.6.3.3 Samevatting van organisasie**

Die kritiese kriteria wat onder organisasie geklassifiseer word, toon duidelik dat die eenheidsbestuurder nie 100% by alle afdelings/aspekte van organisasie nie betrokke is. Die vereiste standaard van 100% is nêrens behaal nie, en dit word geverifieer deur die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder. Omdat organisasie van die taaktoewysing en hulpbronbestuur van die eenheid van kritiese belang is, word daar aanbeveel dat aandag aan hierdie aspek verleen word.

### **5.6.4 Leidinggewende aktiwiteite**

Leidinggewende aktiwiteite is as die derde hoofbestuursfunksie geïdentifiseer. Leiding word deur Cronje *et al.* (in paragraaf 2.7) beskryf as 'n fundamentele

element van bestuur waar 'n individu leiding neem om 'n aksieplan te begin en in stand te hou ten einde die onderneming se doelwitte te bereik.

Die eenheidsbestuurder moet dus self aandui of sy van oordeel is dat sy is by leiding betrokke al dan nie. Die geregistreerde verpleegkundige en verpleegdiensbestuurder moes ook volgens hul oordeel aandui of die eenheidsbestuurder by leidinggewende aktiwiteite betrokke is al dan nie.

Die navorser het die volgende vier kritiese kernkomponente van leiding by die evaluering van die eenheidsbestuurders geïdentifiseer:

- Leierskap
- Motivering
- Kommunikasie
- Konflikhantering

Vrae is rondom hierdie vier komponente gestel.

Die totale evaluering van leidinggewende aktiwiteite is volgens die eenheidsbestuurder 86,3%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 82,5% en volgens die verpleegdiensbestuurder 77,8%. Die norm vir die afdeling is 82,2%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grense van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data ten opsigte van leidinggewende aktiwiteite verifieer.

#### **5.6.4.1 Leierskap**

Ten opsigte van leierskap is agt kritiese kriteria of indikatore geïdentifiseer. 'n Norm van 76,5% is vir leierskap bereken. Die eenheidsbestuurder het 'n gemiddelde persentasie van 75,0% aan hierdie afdeling toegeken, terwyl die geregistreerde verpleegkundige 'n gemiddelde persentasie van 78,2% en die



verpleegdiensbestuurder 'n gemiddelde van 76,2% aan hulpbronbestuur toegeken het.

Kritiese kriteria wat onder leierskap ressorteer, is die uitvoer of toepassing van of deelname aan die volgende:

- Beleidsveranderinge;
- aanbevelings vir personeel;
- navorsingsaktiwiteite ;
- navorsingsbevindings in eenheid/saal;
- data/bevindings wat gedurende konferensiebywoning verkry is;
- organisatoriese beleid;
- selfhandhawende gedrag teenoor geneeshere;
- selfhandhawende gedrag teenoor personeel.

Mag en gesag is twee aspekte van leierskap wat ten nouste saamgeweef is. (sien paragraaf 2.7.1). Die eenheidsbestuurder moet oor die vermoë beskik om personeel te beïnvloed, sodat hulle gewillig sal wees om die saal/eenheid se doelwitte te verwesenlik. Tabel 5.23(a) dui die individuele frekwensietabelle van die vrae aan.

**TABEL 5.23(a)**  
**LEIERSKAP**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>c) Toepassing van beleidsveranderinge word stiptelik uitgevoer in eenheid/saal</b>						
Ja	37	92,5	29	82,9	34	81,0
Nee	0	0,0	4	11,4	8	19,0
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	0	0,0
Geen respons	2	5,0	1	2,9	0	0,0

TABEL 5.23(a) [vervolg]

## LEIERSKAP

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>d) Doen u aanbevelings vir personeelbevorderings?</b>						
Ja	29	72,5	24	68,6	26	61,9
Nee	5	12,5	6	17,1	15	35,7
Nie van toepassing	4	10,0	3	8,6	1	2,4
Geen respons	2	5,0	2	5,7	0	0,0
<b>g) Is die eenheidsbestuurder betrokke by navorsingsaktiwiteite ten opsigte van relevante onderwerpe in bestuur van verpleegpraktyk?</b>						
Ja	12	30,0	22	62,9	15	35,7
Nee	24	60,0	11	31,4	27	64,3
Nie van toepassing	4	10,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>h) Word relevante navorsingsbevindings om beplanning en aktiwiteite van eenheid te bevorder, geïmplementeer?</b>						
Ja	21	52,5	23	65,7	24	57,1
Nee	14	35,0	9	25,7	14	33,3
Nie van toepassing	4	10,0	2	5,7	3	7,1
Geen respons	1	2,5	1	2,9	1	2,4
<b>j) Word data/bevindings deur die eenheidsbestuurder toegepas in eenheid/saal wat gedurende bywoning van konferensie/seminare verkry is?</b>						
Ja	36	90,0	31	88,6	41	97,6
Nee	2	5,0	2	5,7	1	2,4
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>k) Pas die eenheidsbestuurder organisatoriese beleid konsekwent toe?</b>						
Ja	33	82,5	29	82,9	37	88,1
Nee	3	7,5	5	14,3	5	11,9
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	3	7,5	1	2,9	0	0,0



TABEL 5.23(a) [vervolg]

## LEIERSKAP

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>l) Tree die eenheidsbestuurder selfhandhawend op teenoor geneeshere?</b>						
Ja	36	90,0	30	85,7	39	92,9
Nee	2	5,0	3	8,6	3	7,1
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	2	5,7	0	0,0
<b>m) Tree die eenheidsbestuurder selfhandhawend op teenoor personeel?</b>						
Ja	36	90,0	31	88,6	40	95,2
Nee	2	5,0	3	8,6	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>75,0</b>		<b>78,2</b>		<b>76,2</b>	
<b>NORM</b>	<b>76,5</b>					

Die eenheidsbestuurder moet leiding neem en rigting gee aan verskeie aktiwiteite soos geïdentifiseer. Die navorser vereis weer 'n 100,0%-betrokkenheid by leierskapsaktiwiteite.

Volgens tabel 5.23(a) is aan die item wat handel oor die toepassing van data wat vanaf konferensies/seminare verkry is, die hoogste norm toegeken, naamlik 92,1%. Dit is gevolg deur selfhandhawende optrede van die eenheidsbestuurder teenoor personeel (91,3%), waarna selfhandhawende optrede van die eenheidsbestuurder teenoor geneeshere (89,5%), en die toepassing van beleidsverandering (85,5%). Konsekwente toepassing van organisatoriese beleid (84,5%) volg dan en laastens die betrokkenheid van die eenheidsbestuurder by relevante navorsingaktiwiteite (42,9%).

Weereens is die standaard van 100,0% nie bereik nie. Die eenheidsbestuurder moet 'n effektiewe leier wees ten einde haar personeel so te lei en te motiveer dat die eenheid en ook uiteindelik die instansie se doelwitte verwesenlik word.

#### **5.6.4.2 Motivering**

Ten opsigte van motivering is nege kritiese kriteria of indikators geïdentifiseer. 'n Norm van 86,5% is vir motivering bereken. Die eenheidsbestuurder het 'n gemiddelde persentasie van 90,8% aan hierdie afdeling toegeken, terwyl die geregistreerde verpleegkundige 'n gemiddelde persentasie van 87,9% en die verpleegdiensbestuurder 'n gemiddelde van 80,9% aan motivering toegeken het.

Kritiese kriteria wat onder motivering ressorteer, was die volgende:

- deelname aan die hospitaal en saal/eenheid se induksie of oriëntasie-program;
- inskakeling van alle personeel by opleiding en ontwikkeling;
- toepassing van veiligheidsprogram en infeksiebeheer;
- skep van leergeleenthede soos seminare;
- deelname aan informele opleidingsgeleenthede;
- leierskapontwikkeling;
- identifisering van potensiële leiers.

Tabel 5.23(b) dui die individuele frekwensietabelle van die vrae ten opsigte van motivering aan.



TABEL 5.23(b)

## MOTIVERING

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>g) Vind enige motivering van personeelontwikkeling deur enige van die volgende plaas?</b>						
<b>i) Implementering van hospitaal en saal/eenheid se induksieprogram vir nuut aangestelde personeel</b>						
Ja	39	97,5	32	91,4	40	95,2
Nee	1	2,5	2	5,7	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>ii) Implementering van saal/eenheid se oriëntasieprogram</b>						
Ja	39	97,5	32	91,4	39	92,9
Nee	1	2,5	2	5,7	3	7,1
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>iii) Betrokkenheid van alle personeel in saal/eenheid by opleidings- en ontwikkelingsprogramme</b>						
Ja	38	95,0	33	94,3	37	88,1
Nee	2	5,0	1	2,9	5	11,9
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>iv) Saal/eenheid se verpleegpersoneel toets veiligheidsprogram van spesifieke eenheid</b>						
Ja	26	65,0	25	71,4	22	52,4
Nee	11	27,5	8	22,9	20	47,6
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	3	7,5	1	2,9	0	0,0
<b>v) Deurgee van inligting oor infeksiebeheer aan personeel</b>						
Ja	40	100,0	32	91,4	40	95,2
Nee	0	0,0	2	5,7	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0



TABEL 5.23(b) [vervolg]

## MOTIVERING

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>vi) Skep van leergeleenthede soos seminare vir personeel</b>						
Ja	35	87,5	31	88,6	26	61,9
Nee	4	10,0	2	5,7	16	38,1
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>vii) Skep van leergeleenthede soos informele opleidingsgeleenthede vir personeel</b>						
Ja	40	100,0	31	88,6	37	88,1
Nee	0	0,0	3	8,6	5	11,9
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>viii) Leierskapontwikkeling van personeel in saal/eenheid te fasiliteer</b>						
Ja	34	85,0	30	85,7	30	71,4
Nee	2	5,0	4	11,4	12	28,6
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	4	10,0	1	2,9	0	0,0
<b>ix) Identifiseer van potensiele leiers</b>						
Ja	36	90,0	31	88,6	35	83,3
Nee	1	2,5	3	8,6	7	16,7
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	3	7,5	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>90,8</b>		<b>87,9</b>		<b>80,9</b>	
<b>NORM</b>	<b>86,5</b>					

Dit is duidelik in tabel 5.23(b) dat die hoogste norm toegeken is aan die deurgee van inligting oor infeksiebeheer aan personeel (95,5%), gevolg deur die implementering van hospitaal en saal/eenheid se induksieprogram vir nuut aangestelde personeel (94,7%). In die derde plek was die implementering van die saal/eenheid se oriëntasieprogram (93,9%), gevolg deur betrokkenheid van



alle personeel in die saal/eenheid by opleidings- en ontwikkelingsprogramme. Vyfde was die skep van leergeleenthede soos informele opleidingsgeleenthede vir personeel (92,2%), waarna identifisering van potensiële leiers (87,3%), die fassilitering van leierskapontwikkeling van personeel in die saal/eenheid (90,7%), en skep van leergeleenthede soos seminare vir personeel (79,3%). Laastens was die toets van die veiligheidsprogram deur die saal/eenheid se personeel (62,9%).

Dit is kommerwekkend dat die standaard van 100,0% weereens nie bereik is nie. Die motivering van personeel is 'n kritiese aspek van die bestuursfunksie van die eenheidsbestuurder en leemtes hier kan tot demotivering van personeel lei; die sosialiseringproses van nuwe personeel beperk, en tot gevolg hê dat potensiële leiers nie geïdentifiseer word nie.

#### **5.6.4.3 Kommunikasie**

Kritiese kriteria wat onder kommunikasie ressorteer, was die voorlê/terugvoer van:

- formele verslae
- vorderingsverslae
- nuwe inligting

'n Norm van 82,2% is vir bogenoemde drie kommunikasie-aspekte bereken. Die eenheidsbestuurder het 'n gemiddelde persentasie van 88,8% aan hierdie afdeling toegeken. Die geregistreerde verpleegkundige het 'n gemiddelde persentasie van 82,9% aan kommunikasie toegeken, terwyl die verpleegdiensbestuurder se gemiddelde persentasie 75,0% was. Die leser moet daarop let dat die laaste item nie op die eenheidsbestuurder en die verpleegdiensbestuurder van toepassing was nie.

Goeie kommunikasie tussen die eenheidsbestuurder en personeel lei tot gunstige interpersoonlike verhoudings, groter werksbevrediging en hoër produktiwiteit (sien paragraaf. 2.7.5).

**TABEL 5.23(c)**  
**KOMMUNIKASIE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Voorlegging van formele verslae aan verpleegdiensbestuur, bv. maandverslae, ouditverslag</b>						
Ja	38	95,0	30	85,7	41	97,6
Nee	2	5,0	2	5,7	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>b) Voorlegging van vorderingsverslae ten opsigte van strategiese plan van saal/eenheid aan personeel tydens maandelikse vergaderings</b>						
Ja	33	82,5	28	80,0	22	52,4
Nee	6	15,0	4	11,4	20	47,6
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>i) Word terugvoering aan personeel van die eenheid/saal ten opsigte van nuwe kennis verkry gedurende bywoning van konferensie/ seminare deur die eenheidsbestuurder gedoen?</b>						
Ja			29	82,9		
Nee			5	14,3		
Nie van toepassing			0	0,0		
Geen respons			1	2,9		
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>88,8</b>		<b>82,9</b>		<b>75,0</b>	
<b>NORM</b>	<b>82,2</b>					

Volgens tabel 5.23(c) is die item wat die hoogste telling volgens die norm (92,8%) verkry het, die voorlegging van formele verslae aan die



verpleegdiensbestuur. Daarna volg die item oor terugvoering van kennis verkry gedurende die bywoning van konferensies of seminare aan personeel met 82,9%. Die item wat laaste lê, is die voorlegging van vorderingsverslae ten opsigte van strategiese beplanning van die saal/eenheid aan personeel tydens maandelikse vergaderings, en wel met 71,6%.

Die belangrikste afleiding wat ook hier gemaak kan word, is dat geen aspek van kommunikasie aan die gestelde standaard van 100,0% voldoen nie, en dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data verifieer. Die eenheidsbestuurder is dus nie 100%-betrokke nie, en daarom word nie aan die standaard voldoen nie. Die navorser ondersteun die evaluasie van die verpleegdiensbestuurder en die geregistreerde verpleegkundiges omdat sy uit ervaring weet dat personeel nie oor strategiese planne ingelig word nie.

#### **5.6.4.4 Konflikhantering/Probleemoplossing**

Kritiese kriteria wat onder konflikhantering geklassifiseer word, was:

- die toepassing van dissiplinêre aksies;
- die identifisering van probleme waarmee eenheidsbestuurder gekonfronteer word;
- die verkryging van probleemoplossing data;
- die deelname van personeel in probleemoplossing;
- die toepassing van outokratiese probleemoplossing;
- daaglikse probleemoplossing.

Probleemoplossing (konflikhantering) is een van die besondere vaardighede wat van 'n bestuurder vereis word (sien paragraaf. 2.7.7). Ses items is in hierdie afdeling gelys. 'n Norm van 83,5% is vir probleemoplossing bereken. Die eenheidsbestuurder se gemiddelde persentasie is 90,4%, terwyl die geregistreerde verpleegkundige se persentasie 81,0% is en die

verpleegdiensbestuurder 79,0%. Individuele items se persentasies word in tabel 5.23(d) aangetoon.

**TABEL 5.23(d)**  
**PROBLEEMOPLOSSING/KONFLIKHANTERING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>e) Word dissiplinêre aksies toegepas teen alle kategorieë personeel?</b>						
Ja	36	90,0	31	88,6	32	76,2
Nee	1	2,5	0	0,0	10	23,8
Nie van toepassing	2	5,0	3	8,6	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>b) Word data deur die eenheidsbestuurder versamel oor hoe probleemoplossing toegepas word?</b>						
Ja	29	72,5	28	80,0	26	61,9
Nee	7	17,5	4	11,4	15	35,7
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	3	7,5	3	8,6	1	2,4
<b>c) Word personeeldeelname in probleemoplossing deur die eenheidsbestuurder toegepas?</b>						
Ja	39	97,5	31	88,6	35	83,3
Nee	1	2,5	2	5,7	7	16,7
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>d) Gebruik die eenheidsbestuurder 'n outokratiese metode om probleme op te los?</b>						
Ja	4	10,0	16	45,7	13	31,0
Nee	34	85,0	15	42,9	29	69,0
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	0	0,0
Geen respons	1	2,5	3	8,6	0	0,0



**TABEL 5.23(d) [vervolg]**  
**PROBLEEMOPLOSSING/KONFLIKHANTERING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>e) Is probleemoplossing deel van die eenheidsbestuurder se dagtaak?</b>						
Ja	39	97,5	34	97,1	42	100,0
Nee	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>f) Is groepdeelname in probleemoplossing belangrik vir die eenheidsbestuurder?</b>						
Ja	40	100,0	31	88,6	35	83,3
Nee	0	0,0	2	5,7	4	9,5
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	3	7,1
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>90,4</b>		<b>81,0</b>		<b>79,0</b>	
<b>NORM</b>	<b>83,5</b>					

Volgens die navorser word 'n persentasie van 100,0% in probleemoplossing of konflikhantering vereis. Volgens tabel 5.23(d) is die item wat die hoogste norm verkry, die item wat aantoon dat probleemoplossing deel is van die eenheidsbestuurder se dagtaak (98,7%). Die tweede hoogste item was die kwessie van of groepdeelname aan probleemoplossing (90,6%), waarna die kwessie van of personeeldeelname aan die oplossingsproses (89,8%). In die vierde plek lê die toepassing van dissiplinêre aksies teen alle kategorieë personeel (84,9%) waarna dataversameling deur die eenheidsbestuurder oor die toepassing van probleemoplossing, en laastens die gebruik van outokratiese metodes deur die eenheidsbestuurder om probleme op te los (65,6%).

Probleemoplossing en konflikhantering is 'n belangrike funksie van personeelbestuur wat lei tot die effektiewe bestuur van die saal/eenheid waarin die persoon werksaam is. Die belangrikste afleiding wat hier gemaak kan word, is

dat geen probleemoplossings/konflikhanterings item aan die gestelde standarde van 100,0% voldoen het nie, en dat die verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data verifieer. Leemtes in die probleemoplossing-/konflikhanteringsaktiwiteit van die eenheidsbestuurder kan tot ernstige probleme met personeelbestuur en interpersoonlike werksverhoudinge lei.

Al drie groepe respondente het dieselfde tipe probleme waarmee die eenheidsbestuurder gekonfronteer word, geïdentifiseer. Die gemeenskaplike probleme was:

- personeeltekort
- afdienstye en verlof
- afwesigheid van personeel
- foutiewe toerusting
- indiensopleiding van personeel
- konflik tussen personeel en konflikhantering
- motivering van personeel
- swak kommunikasie
- handhawing van standarde
- pasiëntklagtes
- swak administrasie

Hierdie probleme kan herlei word na die basiese bestuursfunksies - beplan, organiseer, beheer en evalueer. Na aanleiding van data wat uit die navorsing verkry is, is verskeie areas waar die eenheidsbestuurder nie aan die gestelde standaard voldoen nie, geïdentifiseer.

Die navorser is van mening dat die eenheidsbestuurders probleme sal ervaar om geïdentifiseerde probleme op te los, en hierdie toedrag van sake kan 'n nadelige invloed hê op gehalteslewing in die eenheid/saal.



#### **5.6.4.5 Samevatting van leidinggewende aktiwiteit**

Die kritiese kriteria wat onder leidinggewende aktiwiteit ressorteer, toon duidelik dat die eenheidsbestuurder nie 100% is by alle afdelings/aspekte van die aktiwiteite betrokke nie. Die vereiste standaard van 100% is nêrens behaal nie, en dit word geverifieer deur die response van die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder. Omdat leidinggewende aktiwiteit van kritiese belang in personeelbestuur is, word aanbeveel dat aandag ook aan hierdie aspek verleen word.

#### **5.6.5 Bestuurskonferensies/seminare**

Die bywoning van bestuurskonferensies/seminare vorm deel van die eenheidsbestuurder se selfontwikkeling. Die rede vir die vrae in hierdie gedeelte is om die tendens van bywoning van bestuurskonferensie/seminare te bepaal.

Die totale evaluering van bestuurskonferensies/seminare is volgens die eenheidsbestuurder 70,0%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 81,4% en volgens die verpleegdiensbestuurder 66,7%. Die norm vir die afdeling is 72,7%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grense van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data ten opsigte van bestuurskonferensies/seminare verifieer.

Volgens die navorser word 'n persentasie van 100,0% vir die bywoning van bestuurskonferensies/seminare vereis. Volgens tabel 5.24 is die item wat die hoogste norm gekry het, kliniese seminare (82,3%), waarna bestuursseminare met 78,4%), kliniese konferensies met 66,1% en bestuurskonferensies met 63,9%.

**TABEL 5.24**  
**BESTUURSKONFERENSIES/SEMINARE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Kliniese konferensies</b>						
Ja	25	62,5	25	71,4	27	64,3
Nee	11	27,5	4	11,4	12	28,6
Nie van toepassing	0	0,0	4	11,4	0	0,0
Geen respons	4	10,0	2	5,7	3	7,1
<b>b) Bestuurskonferensies</b>						
Ja	24	60,0	32	91,4	17	40,5
Nee	12	30,0	0	0,0	21	50,0
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7	0	0,0
Geen respons	3	7,5	1	2,9	4	9,5
<b>c) Kliniese seminare</b>						
Ja	31	77,5	26	74,3	40	95,2
Nee	4	10,0	4	11,4	2	4,8
Nie van toepassing	1	2,5	3	8,6	0	0,0
Geen respons	4	10,0	2	5,7	0	0,0
<b>d) Bestuursseminare</b>						
Ja	32	80,0	31	88,6	28	66,7
Nee	6	15,0	1	2,9	12	28,6
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	2	5,0	2	5,7	2	4,8
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>70,0</b>		<b>81,4</b>		<b>66,7</b>	
<b>NORM</b>	<b>72,7</b>					

Die belangrikste afleiding wat hier gemaak kan word, is dat geen item ten opsigte van bestuurskonferensies/seminare aan die gestelde standaard van 100,0% voldoen het nie, en dat die verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data verifieer. Die navorser bevestigte verder die nut van bestuurskonferensies/seminare indien dit nie bygewoon word nie. Beide bestuurskonferensies en -seminare is belangrik vir die bestuur van



die professionele ontwikkeling van die personeel en die gehalteverbeteringsproses.

### 5.6.6 Bywoning van konferensies/seminare

Hierdie vraag is een van die min vrae wat in formaat van die ander vrae verskil het, omdat dit nie anders gestel kon word nie. Indien respondente aangetoon het dat hulle kliniese konferensies of seminare, of bestuurskonferensies of seminare bywoon, moes hulle aantoon wanneer dit bygewoon word.

**TABEL 5.25**  
**BYWONING VAN KONFERENSIES OF SEMINARE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Maandeliks	5	12,5	13	37,1	1	2,4
Sesmaandeliks	9	22,5	9	25,7	16	34,1
Jaarliks	19	47,5	8	22,9	18	42,9
Tweejaarliks en meer	3	7,5	0	0,0	7	16,7
Geen respons	4	10,0	5	14,3	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Die grootste persentasie eenheidsbestuurders, naamlik 47,5%, is volgens tabel 5.25 van mening dat hulle jaarliks konferensies of seminare bywoon. Dit word deur die verpleegdiensbestuurder bevestig. Hierdie vraag is gevra om die mate van blootstelling aan konferensies/seminare te bepaal omdat dit 'n impak mag hê op die effektiwiteit van die eenheidsbestuurder se bestuursfunksie. Die navorser het geen standaard met persentasie daaraan gekoppel nie omdat sy bewus is van beperkende faktore wat 'n rol speel in hierdie bywoningsfrekwensie, naamlik finansies, verlov en tyd.

### 5.6.7 Kontrole

Die primêre doel van die eenheidsbestuurder is om te verseker dat die verpleegkundige wat gesondheidsorg aan 'n pasiënt verskaf, die veiligheid en die welstand van die pasiënte eerste stel. Dit vind plaas deur middel van beheer of kontrolemaatreëls.

Kontrole of beheer is onderverdeel in

- finansiële beheer; en
- hulpbronbeheer.

Die norm vir die afdeling in geheel is bereken op 76,8%. Die totale evaluering van kontrole is volgens die eenheidsbestuurder 79,2%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 74,2% en volgens die verpleegdiensbestuurder 77,2%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grense van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data ten opsigte van aspekte rakende kontrole verifieer.

#### 5.6.7.1 *Finansiële beheer*

Kriteria of indikatore vir bogenoemde twee onderverdelings is geïdentifiseer en vrae daaromtrent gestel. Kritiese kriteria ten opsigte van finansiële beheer was:

- die verlang van maandelikse finansiële state met toegekende begroting;
- voorraadverhaling deur daaglikse voorraadtellings.

Die norm vir finansiële beheer is bereken op 77,9%. Die totale evaluering van kontrole volgens die eenheidsbestuurder is 71,3%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 88,6% en volgens die verpleegdiensbestuurder 73,8%. In tabel 5.26(a) volg die individuele frekwensies en persentasies van die twee items onder finansiële beheer.



**TABEL 5.26(a)**  
**FINANSIËLE BEHEER**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Vergelyk die eenheidsbestuurder die maandelikse finansiële state met die toegekende begroting?</b>						
Ja	27	67,5	32	91,4	31	73,8
Nee	10	25,0	2	5,7	10	23,8
Nie van toepassing	2	5,0	0	0,0	1	2,4
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>b) Pas die eenheidsbestuurder voorraadverhaling (onder- en oorverhalings) binne finansiële riglyne toe deur daaglikse voorraad-tellings?</b>						
Ja	30	75,0	30	85,7	34	81,0
Nee	5	12,5	4	11,4	7	16,7
Nie van toepassing	2	5,0	0	0,0	1	2,4
Geen respons	3	7,5	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>71,3</b>		<b>88,6</b>		<b>73,8</b>	
<b>NORM</b>	<b>77,9</b>					

### 5.6.7.2 Hulpbronbeheer

Kritiese kriteria onder hulpbronbeheer was:

- onderhoude vir aanstelling van nuwe personeel;
- die evaluering van verpleegpersoneel (prestasiebeoordeling);
- implementering van mentorskap;
- monitering van negatiewe insidente;
- evaluering van pasiëntsorg na werksverdeling;
- evaluering van verpleging met betrekking tot bestek van praktyk;
- oudit van rekords.

Die norm vir hulpbronbeheer is bereken op 77,2%. Die totale evaluering van kontrole volgens die eenheidsbestuurder is 79,3%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 75,1% en volgens die verpleegdiensbestuurder 77,2%. In tabel 5.26(b) volg die individuele frekwensies en persentasies van die sewe items onder hulpbronbeheer.

**TABEL 5.26(b)**  
**HULPBRONBEHEER**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>c) Voer die eenheidsbestuurder gesamentlike onderhoude met die verpleegdiensbestuurder/adjunk vir aanstelling van nuwe verpleegpersoneel in die eenheid/saal.</b>						
Ja	26	65,0	27	77,1	26	61,9
Nee	10	25,0	5	14,3	16	38,1
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	0	0,0
Geen respons	3	7,5	2	14,3	0	0,0
<b>d) Evalueer die eenheidsbestuurder sy verpleegpersoneel aan die hand van 'n stelsel van prestasie-bestuur om bevoegdheidsvlakke te bepaal?</b>						
Ja	30	75,0	29	82,9	30	71,4
Nee	7	17,5	4	11,4	12	28,6
Nie van toepassing	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Geen respons	3	7,5	1	2,9	0	0,0
<b>e) Implementeer die eenheidsbestuurder die beginsel van mentorskap in die saal/eenheid om opleiding en ontwikkeling te bevorder?</b>						
Ja	39	97,5	30	85,7	40	95,2
Nee	0	0,0	4	11,4	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0



**TABEL 5.26(b) [vervolg]**  
**HULPBRONBEHEER**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>f) Monitor die eenheidsbestuurder negatiewe insidente en los dit toepaslik op.</b>						
Ja	38	95,0	31	88,6	36	85,7
Nee	0	0,0	3	8,6	6	14,3
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>g) Evalueer die eenheidsbestuurder pasiëntsorg na toepaslike werksverdeling gedoen is?</b>						
i) Drie uurliks	13	32,5	7	20,0	16	38,1
ii) Ses uurliks	13	32,5	9	25,7	26	61,9
iii) Twaalf uurliks	9	22,5	13	37,1	0	0,0
Geen respons	5	12,5	6	17,1	0	0,0
<b>h) Die eenheidsbestuurder monitor dat verpleegsorg wat gelewer word deur verskillende kategorieë verpleegkundiges binne die bestek van hul praktyk plaasvind.</b>						
Ja	37	92,5	30	85,7	40	95,2
Nee	1	2,5	4	11,4	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	1	2,9	0	0,0
<b>i) Oudit van verpleegrekords sodat wetenskaplik gefundeerde verpleegsorg beoefen word.</b>						
Ja	39	97,5	28	80,0	39	92,9
Nee	0	0,0	6	17,1	3	7,1
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>79,3</b>		<b>75,1</b>		<b>77,2</b>	
<b>NORM</b>	<b>77,2</b>					

Die eenheidsbestuurder verseker deur middel van beheer of kontrolemaatreëls



dat die verpleegkundige wat die omvattende sorg aan 'n pasiënt verskaf, altyd hierdie pasiënt se welstand en versorging eerste stel. Die navorser is van mening dat, om effektiewe bestuur te kan handhaaf, 'n persentasie van 100,0% vir die beheer of kontrole van enige aspek vereis word.

Volgens tabel 5.26(b) is die item wat die hoogste norm gekry het, die implementering van die beginsel van mentorskap in die saal/eenheid om opleiding en ontwikkeling te bevorder, naamlik 92,8%. Daarna volg die monitering van die verpleegsorg wat gelewer word deur verskillende kategorieë verpleegkundiges binne die bestek van hul praktyk, met 91,1%, gevolg deur die oudit van verpleegrekords sodat wetenskaplik gefundeerde verpleegsorg beoefen word, met 90,1%. Vierdens is die monitor van negatiewe insidente en die toepaslike oplossing daarvan (89,7%), met die voorraad verhalings binne finansiële riglyne deur daaglikse voorraadtellings (89,5%) in die vyfde plek. Daarna volg die vergelyking van maandelikse finansiële state met die toegekende begroting (77,5%), waarna die evaluering van verpleegpersoneel aan die hand van 'n prestasie-bestuurstelsel om bevoegdheidsvlakke te bepaal (76,4%). Die tweede laaste kategorie verwys na die gesamentlike onderhoude wat die eenheidsbestuurder met die verpleegdiensbestuurder of adjunkverpleegdiensbestuurder voer vir die aanstelling van verpleegpersoneel in die eenheid/saal (68,0%) en laastens is die evaluering van pasiëntsorg deur die eenheidsbestuurder nadat toepaslike werksverdeling gedoen is met 30,2%.

Die belangrikste afleiding wat ook by kontrole of beheer gemaak kan word, is dat geen item ten opsigte van kontrole of beheer aan die gestelde standaard van 100,0% voldoen het nie, en dat die verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data verifieer. Ook is die neigings na meer positief of negatief by spesifieke stellings dieselfde. Die navorser bevraagteken die gehalte van kontrole of beheer wat in die eenhede uitgeoefen word. Dit word as belangrik beskou vir die effektiewe bestuur van 'n eenheid wat uiteindelik gehaltepasiëntsorg en bestuur tot gevolg het.



### 5.6.8 Werksverhoudings

Effektiwiteit in organisasies hang in 'n groot mate af van gesonde interpersoonlike verhoudings. Gehalteverhoudings in die eenheid/saal lei tot wedersydse vertroue en respek wat resulteer in goeie werksverhoudinge. Onnodige konflik kan die gehalte van dienslewering in 'n organisasie negatief beïnvloed en verhoed dat die organisasie se doelwitte bereik word. Kriteria of indikatore wat geïdentifiseer is, is die aanwesigheid van 'n wedersydse vertrouensverhouding en respek wat reflekteer in:

- die kennis van en respek vir die respondent se rol, funksies en vaardighede; en
- ervaring asook hantering van konflik.

Die navorser het 'n aanvaarbare standaard van 75,0% gestel weens die persoonlike en psigologiese aard van hierdie aspek. 'n 100%-betrokkenheid is onmoontlik omdat persoonlikhede en emosionele omstandighede werksverhoudinge beïnvloed.

Die norm vir die afdeling is bereken op 78,6%. Die totale evaluering van werksverhoudings volgens die eenheidsbestuurder is 72,3%. Volgens die geregistreerde verpleegkundige is dit 74,5% en volgens die verpleegdiensbestuurder 89,0%. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grense van die norm. Daar kan aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data ten opsigte van aspekte by werksverhoudings verifieer. In tabel 5.27 volg die individuele frekwensies en persentasies van elk van die 13 items by werksverhoudings. In hierdie tabel moet daarop gelet word dat item (e), (f), (g) en (h) negatief gevra is, en die "nee"-response 'n positiewe reaksie beteken. Die leser moet ook daarop let dat nie al die vrae aan die geregistreerde verpleegkundige of verpleegdiensbestuurders gestel is nie, omdat dit nie op hulle van toepassing is nie. Persentasies en norms is volgens die werklike aantal ingevulde items bereken.



**TABEL 5.27**  
**WERKVERHOUDINGS**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Daar heers 'n wedersydse werksverhouding tussen die eenheidsbestuur en geregistreeerde verpleegkundiges/verpleegdiensbestuurders</b>						
Ja	39	97,5	31	88,6	40	95,2
Nee	0	0,0	3	8,6	2	4,8
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>b) Daar heers 'n wedersydse respek tussen die eenheidsbestuur en geregistreeerde verpleegkundiges/verpleegdiensbestuurders</b>						
Ja	39	97,5	33	94,3	38	90,5
Nee	0	0,0	1	2,9	4	9,5
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>c) Die verpleegpersoneel dra kennis van wat die rol en funksies van die eenheidsbestuurder behels</b>						
Ja	37	92,5	30	85,7	42	100,0
Nee	2	5,0	4	11,4	0	0,0
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>d) Personeel respekteer die eenheidsbestuurder se vaardighede en omgekeerd</b>						
Ja	38	95,0	33	94,3	39	92,9
Nee	1	2,5	1	2,9	3	7,1
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>e) 'n Gevoel van konflik word ervaar tussen verpleegpersoneel en die eenheidsbestuurder</b>						
Ja	5	12,5	6	17,1	7	16,7
Nee	34	85,0	27	77,1	35	83,3
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0



**TABEL 5.27 (vervolg)**  
**WERKSVERHOUDINGS**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>f) 'n Gevoel van konflik word ervaar tussen die eenheidsbestuurder en die ingeskrewe verpleegkundige</b>						
Ja	5	12,5	5	14,3		
Nee	34	85,0	27	77,1		
Nie van toepassing	1	2,5	2	5,7		
Geen respons	0	0,0	1	2,9		
<b>g) 'n Gevoel van konflik word ervaar tussen die eenheidsbestuurder en die ingeskrewe verpleeghulp</b>						
Ja	3	7,5	2	5,7		
Nee	35	87,5	28	80,0		
Nie van toepassing	2	5,0	4	11,4		
Geen respons	0	0,0	1	2,9		
<b>h) Dit is dikwels vir die eenheidsbestuurder nodig om indien daar konflik is, dit na hoër gesag te verwys</b>						
Ja	6	15,0			16	38,1
Nee	32	80,0			26	61,9
Nie van toepassing	2	5,0			0	0,0
Geen respons	0	0,0			0	0,0
<b>i) Die eenheidsbestuurder deleger maklik take aan die geregistreeerde verpleegkundiges</b>						
Ja	38	95,0	30	85,7		
Nee	1	2,5	3	8,6		
Nie van toepassing	1	2,5	0	0,0		
Geen respons	0	0,0	2	5,7		
<b>j) Die eenheidsbestuurder deleger maklik take aan die ingeskrewe verpleegkundiges</b>						
Ja	39	97,5	1	2,9		
Nee	1	2,5	31	88,6		
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7		
Geen respons	0	0,0	1	2,9		



**TABEL 5.27 (vervolg)**  
**WERKSVERHOUDINGS**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>k) Die eenheidsbestuurder deleger maklik take aan die ingeskrewe verpleeghulp</b>						
Ja	35	87,5	30	85,7		
Nee	2	5,0	1	2,9		
Nie van toepassing	3	7,5	3	8,6		
Geen respons	0	0,0	1	2,9		
<b>l) Die eenheidsbestuurder is betrokke by die beskikbaarstelling van ondersteuningstelsel vir personeel wat blootgestel word aan etiese probleme, bv. aborsies</b>						
Ja	27	67,5	15	42,9	41	97,6
Nee	4	10,0	7	20,0	1	2,4
Nie van toepassing	9	22,5	12	34,3	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>m) Die eenheidsbestuurder verleen hulp aan die instel van aksies om personeel se moraal te verbeter.</b>						
Ja	33	82,5	28	80,0	38	90,5
Nee	3	7,5	5	14,3	3	7,1
Nie van toepassing	2	5,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	2	5,7	1	2,4
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>72,3</b>		<b>74,5</b>		<b>89,0</b>	
<b>NORM</b>	<b>78,6</b>					

Die belangrikste afleiding wat uit tabel 5.27 gemaak kan word, is dat die neigings by die meeste items dieselfde is, en dat persentasies baie naby aan mekaar is. Slegs drie van die dertien items voldoen nie aan die gestelde standaard van 75,0% nie. Die eerste vraag wil vasstel of dit dikwels vir die eenheidsbestuurder nodig is om indien daar konflik is, dit na hoër gesag te verwys (71,0%). Slegs die verpleegdiensbestuurder moes hierdie vraag voltooi. Die ander vraag wat nie aan die vereiste standaard voldoen het nie, handel oor die eenheidsbestuurder



se betrokkenheid by die beskikbaarstelling van 'n ondersteuningstelsel vir personeel wat blootgestel word aan etiese probleme, byvoorbeeld aborsies (69,3%). Daar is veral 'n groot aantal geregistreerde verpleegkundiges wat hierdie item as nie van toepassing beskou nie.

Die item waar die meeste verskil voorgekom het, was die vraag of die eenheidsbestuurder maklik take aan die ingeskrewe verpleegkundiges delegeer. Die meeste eenheidsbestuurders (97,5%) het met hierdie item saamgestem, terwyl die meeste geregistreerde verpleegkundiges (88,6%) met die vraag verskil het. Dit kan wees dat die eenheidsbestuurder haar nie met die take vertrou nie. Die spesifieke rede is nie bepaal nie.

Die afleiding wat oor die algemeen uit die response ten opsigte van werkverhoudings gemaak kan word, is daar vertroue en respek tussen die groepe blyk te bestaan. Dit maak dit moontlik dat delegering van take effektief kan plaasvind.

### **5.6.9 Bevordering van spanwerk**

Die suksesvolle bestuur van 'n hospitaal vereis dat alle departemente as 'n span moet funksioneer. Die eenheidsbestuurder moet voortdurend met die verskillende departemente skakel om gehaltepasiëntsorg te verseker. In hierdie vraag moes respondente aantoon of hulle van mening is dat die wyse waarop die afdeling georganiseer word, spanwerk tussen die onderskeie eenhede of sale en ander nie-verpleegkundige afdelings bevorder. Resultate volg in tabel 5.28.

Hierdie vraag is gestel juis omdat die suksesvolle bestuur van 'n hospitaal en eenheid vereis dat alle departemente as 'n span moet funksioneer. Aangesien die verpleegafdeling met al die ander afdelings/departemente in die hospitaal skakel, is dit noodsaaklik om vas te stel of die eenheidsbestuurder hierdie funksie verrig.

**TABEL 5.28**  
**BEVORDERING VAN SPANWERK**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	37	92,5	28	80,0	34	81,0
Nee	1	2,5	3	8,6	3	7,1
Onseker	1	2,5	3	8,6	5	11,9
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Uit bogenoemde tabel is dit verblydend dat die twee verwysings-kontrolegroepe die navorsingsgroep se gegewens positief verifieer. Daar kan dus aanvaar word dat die wyse waarop die afdeling georganiseer is, spanwerk tussen die onderskeie afdelings/departemente sal bevorder.

### 5.6.10 Motivering vir bevordering van spanwerk

In hierdie vraag moes respondente in 'n oop vraag aantoon waarom hulle reken dat die wyse waarop hulle afdeling georganiseer is, spanwerk bevorder. Response van al drie groepe respondente was hoofsaaklik die volgende:

- Afdelings goed georganiseerd.
- Geen probleme ervaar nie.
- Hou alle personeel betrokke.
- Goeie menseverhoudings word gehandhaaf.
- Kommunikasie goed.
- Positiewe benadering en gesindheid by personeel.
- Goeie spanwerk.
- Personeel is behulpsaam.

Bogenoemde kommentaar dui op positiewe persepsies by al drie groepe



respondente.

### 5.6.11 Bestuurskundigheid en vaardigheid

In hierdie vraag moes die eenheidsbestuurder aantoon of sy van mening is dat haar bestuurskundigheid en vaardigheid voldoende is om haar daaglikse bestuurstake te verrig. Die verpleegdiensbestuurder en geregistreerde verpleegkundige moes hierdie data verifieer.

Response volg in tabel 5.29

**TABEL 5.29**  
**BESTUURSKUNDIGHEDE EN VAARDIGHEDE**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	37	92,5	28	80,0	27	64,3
Nee	1	2,5	2	5,7	12	28,6
Onseker	1	2,5	4	11,4	3	7,1
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Volgens tabel 3.29 is dit verblydend dat die eenheidsbestuurders hulself as kundig beskou en die geregistreerde verpleegkundige hierdie data verifieer. Die verpleegdiensbestuurder wat egter nou met die eenheids-bestuurder as bestuurders saamwerk, bevestig dit in 'n mindere mate deurdat 64,3% van hulle van mening is dat die eenheidsbestuurder oor die nodige bestuurskundigheid en vaardigheid beskik.

### 5.6.12 Motivering van bestuurskundigheid en vaardigheid

In hierdie vraag moes die respondente in 'n oop vraag motiveer waarom hulle van mening is dat die eenheidsbestuurder se bestuurskundigheid en vaardigheid voldoende is om haar daaglikse bestuurstake te verrig. Response van die verskillende groepe was soos volg:

- Bevoeg genoeg.
- Goeie verhouding met personeel.
- Ekstra hulpmiddels/opleiding/ondersteuning word verskaf.
- Kommunikasie goed.
- Positieweit word ervaar.
- Goeie terugvoer van relevante sake/gebeure.
- Funksionering van sake goed.
- Min pasiënteklagtes.
- Goeie administrasie.
- Grondige kennis.
- Personeelontwikkeling.

Bogenoemde kommentaar is hoofsaaklik positief. Dit kom dus voor asof die eenheidsbestuurder se bestuurskundighede en vaardighede deur ander personeel gerespekteer word, wat die vorige bevinding effens weerspreek.

### 5.6.13 Bestuursopleiding

Booyens (1994) beklemtoon dat verpleegkundiges in beheerposisies deeglik voorbereide personeel behoort te wees. Die Wêreldgesondheidsorganisasie (1996) bevestig dit deur opleiding as die sleutel tot die ontwikkeling van uitnemendheid in die verpleegpraktyk te beskou. In Suid-Afrika poog na-basiese bestuursopleiding om verpleegkundiges met bestuurskundigheid en vaardighede toe te rus. Twintig kritiese kriteria ten opsigte van bestuursopleidingsaspekte is saamgestel, en die drie groepe respondente moes aantoon watter aspekte in die



bestuursopleiding van eenheidsbestuurders belangrik blyk te wees. Geen standaard is hier gestel nie. Die navorser wou weet of respondente kennis dra van die kritiese elemente van 'n bestuursopleidingsprogram.

Alhoewel geen standaard hier gestel is nie, is 'n norm van 88,0% vir bestuursopleiding bereken, wat as positief beskou kan word. Die eenheidsbestuurder het 'n gemiddelde persentasie van 88,0% aan hierdie afdeling toegeken, terwyl die geregistreerde verpleegkundige 'n gemiddelde persentasie van 86,7% en die verpleegdiensbestuurder 'n gemiddelde van 89,2% toegeken het. Al drie genoemde persentasies val binne die 10%-grense van die norm. Daar kan dus aanvaar word dat die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder die eenheidsbestuurder se data ten opsigte van bestuursopleiding verifieer. Tabel 5.30 dui die individuele frekwensietabelle van die vrae aan.

**TABEL 5.30**  
**BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Politieke stelsels</b>						
Ja	17	42,5	15	42,9	25	59,5
Nee	17	42,5	11	31,4	11	26,2
Nie van toepassing	3	7,5	6	17,1	5	11,8
Geen respons	3	7,5	3	8,6	1	2,4
<b>b) Ekonomiese beginsels</b>						
Ja	37	92,5	32	91,4	40	95,2
Nee	1	2,5	1	2,9	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	2	5,7	0	0,0

**TABEL 5.30 (vervolg)**  
**BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>c) Relevante wetgewing</b>						
Ja	38	95,0	32	91,4	41	97,6
Nee	1	2,5	1	2,9	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>d) Verskillende leierskapstyle</b>						
Ja	39	97,5	32	91,4	41	97,6
Nee	1	2,5	2	5,7	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>e) Interaksie met vakbonde</b>						
Ja	28	70,0	23	65,7	38	90,5
Nee	8	20,0	6	17,1	2	4,8
Nie van toepassing	1	2,5	5	14,3	2	4,8
Geen respons	3	7,5	1	2,9	0	0,0
<b>f) Besluitnemingsvaardighede</b>						
Ja	39	97,5	33	94,3	41	97,6
Nee	1	2,5	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	2	5,7	0	0,0
<b>g) Kommunikasimetodes</b>						
Ja	39	97,5	34	97,1	41	97,6
Nee	1	2,5	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	0	0,0	1	2,9	0	0,0
<b>h) Statistiese ontledings</b>						
Ja	36	90,0	29	82,9	31	73,8
Nee	1	2,5	3	8,6	7	16,7
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	3	7,1
Geen respons	3	7,5	3	8,6	1	2,4



**TABEL 5.30 (vervolg)**  
**BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>i) Onderhoudvoeringstegnieke</b>						
Ja	38	95,0	32	91,4	36	85,7
Nee	0	0,0	1	2,9	6	14,3
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	2	5,7	0	0,0
<b>j) Implementering van effektiewe verandering</b>						
Ja	39	97,5	34	97,1	41	97,6
Nee	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>k) Selfhandhawingsvaardighede</b>						
Ja	39	97,5	33	94,3	41	97,6
Nee	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	2	5,7	0	0,0
<b>l) Onderhandelingsvaardighede</b>						
Ja	35	87,5	33	94,3	41	97,6
Nee	2	5,0	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	3	7,5	2	5,7	0	0,0
<b>m) Indiensnemingspraktyke</b>						
Ja	31	77,5	28	80,0	30	71,4
Nee	3	7,5	2	5,7	8	19,0
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	1	2,4
Geen respons	6	15,0	3	8,6	3	7,3
<b>n) Personeevalueringsprosedures</b>						
Ja	39	97,5	34	97,1	40	95,2
Nee	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	1	2,4



**TABEL 5.30 (vervolg)**  
**BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>o) Hantering van konflik</b>						
Ja	39	97,5	34	97,1	41	97,6
Nee	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>p) Skryf van verslae</b>						
Ja	38	95,0	33	94,3	40	95,2
Nee	1	2,5	1	2,9	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	1	2,9	0	0,0
<b>q) Werkskontrakte opstel</b>						
Ja	24	60,0	19	54,3	22	52,4
Nee	11	27,5	8	22,9	16	38,1
Nie van toepassing	1	2,5	7	20,0	3	7,1
Geen respons	4	10,0	1	2,9	1	2,4
<b>r) Inligtingstelsels</b>						
Ja	32	80,0	29	82,9	37	88,1
Nee	2	5,0	2	5,7	4	9,5
Nie van toepassing	2	5,0	1	2,9	1	2,4
Geen respons	4	10,0	3	8,6	0	0,0
<b>s) Risikobeheer</b>						
Ja	39	97,5	34	97,1	42	100,0
Nee	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	1	2,5	0	0,0	0	0,0
<b>t) Mentorskap</b>						
Ja	38	95,0	34	97,1	40	95,2
Nee	0	0,0	0	0,0	2	4,8
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	2	5,0	1	2,9	0	0,0
<b>GEMIDDELDE TELLING VAN ITEMS</b>	<b>88,0</b>		<b>86,7</b>		<b>89,2</b>	
<b>NORM</b>	<b>88,0</b>					



Die belangrikste afleiding wat ten opsigte van kritiese kriteria rondom bestuursopleiding gemaak kan word, is dat die eenheidsbestuurder, die geregistreerde verpleegkundige sowel as die verpleegdiensbestuurder dieselfde verwagtings omtrent bestuursopleidingsaspekte openbaar.

Die meeste kritiese kriteria het 'n persentasie van meer as 90,0% as norm gekry.

Die volgende 14 van die 20 items (70%) het meer as 90,0%:

Risikobeheer	98,2%
Kommunikasiemetodes	97,4%
Implementering van effektiewe verandering	97,4%
Hantering van konflik	97,4%
Personeelvalueringsprosedures	96,6%
Besluitnemingsvaardighede	96,5%
Selfhandhawingsvaardighede	96,5%
Mentorskap	95,8%
Verskillende leierskapstyle	95,5%
Skryf van verslae	94,8%
Relevante wetgewing	94,7%
Onderhandelingsvaardighede	93,1%
Ekonomiese beginsels	93,0%
Onderhoudvoeringstegnieke	90,7%

Slegs twee kriteria het norms van tussen 80,0% en 89,9% verkry, en is die volgende:

Inligtingstelsels	83,7%
Statistiese ontledings	82,2%

Beide hierdie items het met die gebruik van gerekenariseerde programmatuur te doen. Die laer persentasie wat toegeken is, mag daarop dui dat die verpleegkundige nog nie die belangrikheid en noodsaaklikheid van die rekenaar in die hedendaagse bestuur besef nie.

Slegs twee kriteria het norms van tussen 70,0% en 79,9% gekry:

Indiensnemingspraktyke	76,3%
------------------------	-------

Interaksie met vakbonde 75,4%

Dit is kommerwekkend dat hierdie twee kritiese aspekte nie hoër beoordeel is nie, want die hedendaagse bestuurder is op 'n feitlik daaglikse basis by hierdie bestuursaktiwiteite betrokke.

Items wat minder as 50% gekry het, is die volgende twee:

Werkskontrakte opstel 55,6%

Politiese stelsels 48,3%

Bogenoemde twee kritiese kriteria het duidelik geen onmiddellike bestuurswaarde vir die respondente nie.

Dit blyk asof die respondente 'n goeie begrip het van die kritiese elemente van 'n bestuursopleidingsprogram.

Respondente het die geleentheid gehad om enige “*ander*” aspekte wat hulle onder bestuursopleiding het, en wat nie in ag geneem is nie, neer te skryf. Vyf eenheidsbestuurders en een verpleegdiensbestuurder het die volgende genoem:

- Bedryfsielkunde
- Navorsing en statistiek
- Interpersoonlike verhouding
- Vergaderingsprosedures
- Verpleegoudit
- Dissiplinering
- Personeelvoorsiening
- Hospitaalbeplanning
- Beplanning van verpleegstandaarde
- Inspeksie van verpleegeenheid
- Opleidingsvaardighede
- Kliniese vaardighede
- Algemene kliëntediens
- Kommunikasie



Objektief beoordeel, kan al genoemde "ander" aspekte onder die veertien kritiese elemente ressorteer, soos aangedui deur die respondente.

#### 5.6.14 Formele bestuursopleiding

In hierdie vraag moes respondente aantoon of die privaathospitaal waarin hulle werksaam is, die geleentheid skep vir die eenheidsbestuurder om 'n formele bestuursopleidingskursus aan 'n tersiêre opvoedkundige instansie te volg. Die rede hiervoor was om te bepaal of die instansie voorsiening maak vir formele opleiding aan 'n tersiêre opvoedkundige instansie, aangesien dit 'n komponent is van die werkgewer se personeelopleidings- en ontwikkelingsprogram. Hierdie verantwoordelikheid van die werkgewer word wêreldwyd as baie belangrik geag. Indien die werkgewer die verantwoordelikheid nakom, word gehaltdiens verseker. Resultate volg in tabel 5.31.

**TABEL 5.31**  
**FORMELE BESTUURSOPLEIDING**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
Ja	19	47,5	22	62,9	34	81,0
Nee	18	45,0	11	31,4	3	7,1
Onseker	0	0,0	0	0,0	5	11,9
Geen respons	3	7,5	2	5,7	0	0,0
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Net minder as die helfte van die eenheidsbestuurders (47,5%) het aangetoon dat privaathospitale beslis 'n geleentheid bied om 'n formele bestuursopleidingskursus aan 'n tersiêre instansie te volg. Geregistreeerde verpleegkundiges is van mening dat dit meer is (62,9%), terwyl verpleegdiensbestuurder nog 'n groter persentasie daaraan toeken (81,0%).

Alhoewel die verpleegdiensbestuurders en die geregistreerde verpleegkundiges van mening is dat die privaathospitale wel die geleentheid vir formele bestuursopleidingskursusse skep, is daar verskeie faktore wat dit bemoeilik. Personeel is op hulself aangewese om klasbywoning tussen dienste te akkommodeer en personeel wat hulself verder wil bekwaam, kry geen addisionele byvoordele soos studieverlof en finansiële ondersteuning nie. Dit is dus moeilik om bestuursopleiding te laat realiseer.

### **5.6.15 Motivering vir formele bestuursopleiding**

Dit is noodsaaklik dat 'n werkgewer geleenthede vir die persoonlike en akademiese ontwikkeling van sy personeel moet skep en daarstel. Ten einde effektiewe bestuurders daar te stel, is dit noodsaaklik dat dié in bestuursposisies bemagtig moet word. Ander personeel moet ook vroegtydig geïdentifiseer en voorberei word om die bestuursposisie in te neem wanneer dit nodig is. Sodoende word verseker dat bestuur effektief en ook op 'n kontinue basis geskied. Dit dra dan by tot gehalteversekering in bestuur en pasiëntsorg.

Slegs die respondente wat aangedui het dat die geleenthede nie bestaan nie, het redes gegee waarom die eenheidsbestuurder nie voldoende geleentheid kry om formele bestuursopleiding aan 'n tersiêre opvoedkundige instansie te volg nie. Die redes is soos volg gerapporteer:

- Studieverlof word nie toegestaan nie.
- Slegs een dag studieverlof voor die skryf van 'n vak word toegestaan, maar nie konsekwent toegepas nie.
- Geen finansiële hulp word toegestaan nie.

Dit is duidelik dat die verpleegdiensbestuurder bewus is van geleenthede vir verdere bestuursopleiding, maar dit blyk asof dit nie doeltreffend aan die eenheidsbestuurders en geregistreerde verpleegkundiges gekommunikeer word nie.



### 5.6.16 Ervaring van die funksies van die eenheidsbestuurder

Die bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder is baie uiteenlopend en stel fisiese en psigiese eise aan die eenheidsbestuurder. Na die bestudering van literatuur en bespreking met kundiges is vier komponente waarop die respondent moes reageer, geïdentifiseer, naamlik: stimulerend, geroetineerd, psigies en fisies vermoeiend. Resultate volg in tabel 5.32. Die doel van die vraag was nie om 'n standaard te bepaal nie, en gevolglik word geen norm bepaal nie.

**TABEL 5.32**  
**ERVARING VAN EENHEIDSBESTUURDER SE FUNKSIES**

	Eenheids- bestuurder		Geregistreeerde verpleegkundige		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%	N	%
<b>a) Stimulerend</b>						
Ja	31	77,5	26	17,1	37	88,1
Nee	2	5,0	3	8,6	4	9,5
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	7	17,5	6	17,1	1	2,4
<b>b) Geroetineerd</b>						
Ja	10	25,0	12	34,3	17	40,5
Nee	8	20,0	10	28,6	18	42,9
Nie van toepassing	1	2,5	1	2,9	1	2,4
Geen respons	21	52,5	12	34,3	6	14,3
<b>c) Psigies vermoeiend</b>						
Ja	19	47,5	14	40,0	27	64,3
Nee	5	12,5	6	17,1	11	26,6
Nie van toepassing	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geen respons	16	40,0	15	42,9	4	9,5
<b>d) Fisies vermoeiend</b>						
Ja	10	25,0	11	31,4	27	64,3
Nee	10	25,0	6	17,1	10	23,8
Nie van toepassing	0	0,0	2	5,7	1	2,4
Geen respons	20	50,0	16	45,7	4	9,5

Dit is verblydend dat die data in tabel 5.32 aantoon dat die meerderheid eenheidsbestuurders hul funksies as stimulerend ervaar.

### 5.6.17 Motivering vir ervaring van die eenheidsbestuurder se funksies

Slegs die respondente wat aangedui het dat die ervarings fisies en psigies vermoeiend is, het redes gegee. Die redes is gegroepeer en het op probleme met hulpbronbestuur gedui:

- Vakbonde bemoeilik die taak.
- Tevere kliënte te waarborg.

### 5.6.18 Daaglikse aktiwiteite

In hierdie vraag moes slegs die eenheidsbestuurder en die verpleegdiensbestuurder aantoon wat die aard van die eenheidsbestuurder se daaglikse aktiwiteite is. Die fokuspunt van die eenheidsbestuurder beïnvloed die daaglikse bestuursaktiwiteite in die saal/eenheid. Die fokuspunt van die eenheidsbestuurder se aktiwiteite is dus beide bestuursgerig sowel as pasiënt- of kliëntgesentreerd. Gegewens volg in tabel 5.33.

**TABEL 5.33**  
**DAAGLIKSE AKTIWITEITE**

	Eenheids- bestuurder		Verpleegdiens- bestuurder	
	N	%	N	%
Bestuursgerig	8	20,0	10	23,8
Pasiënt-/kliëntgesentreerd	19	37,5	14	33,3
Bestuursgerig sowel as pasiënt-/kliënt- gesentreerd	10	25,0	17	40,5
Geen respons	3	7,5	1	2,4
<b>TOTAAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>



Wanneer gekyk word na die response in bogenoemde tabel, is dit kommerwekkend dat slegs 25,0% van die eenheidsbestuurders en 40,5% van die verpleegdiensbestuurders van mening is dat die eenheidsbestuurder se fokus bestuursgerig sowel as pasiënt-/kliëntgesentreerd is.

## 5.7 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die gegewens van die empiriese ondersoek voorgestel en bespreek. Afdeling B van die vraelys het hoofsaaklik gehandel oor die bestuursfunksies van die eenheidsbestuurder.

Simms(1994) beklemtoon die belangrikheid van die verpleegkundige ten opsigte van bestuur in gesondheidsdienste soos volg: *Nurses should be running nursing and health services around the world, not participating only in illness services.*

Kritiese bestuursaspekte is geïdentifiseer en geëvalueer soos in die literatuur bespreek. Alhoewel 'n standaard van 100%-betrokkenheid deur die eenheidsbestuurders ten opsigte van alle bestuursaspekte gestel is, blyk dit nie teenwoordig te wees nie.

In die volgende hoofstuk volg die bevindings, aanbevelings en samevatting.

## HOOFSTUK 6

# BEVINDINGS EN AANBEVELINGS

## 6.1 INLEIDING

In 1977 het die Wêreldgesondheidsorganisasie 'n omvattende doelwit gestel, naamlik *the attainment of health for all citizens of the world by the year 2000*. Hierdie doelwit vereis 'n geïntegreerde bestuursproses vir nasionale gesondheidsontwikkeling en gesondheidsdienslewering. Die Wêreldgesondheidsorganisasie (1996) wys daarop dat 'n gevorderde kwalifikasie in bestuur 'n voorvereiste vir verpleegkundiges in bestuursposisies behoort te wees, omdat dit die verpleegkundige vir haar bestuurstaak toerus, maar ook help om meer invloed in bestuurspanne uit te oefen.

Indien die eenheidsbestuurder in 'n ontwikkelende gesondheidsorgsisteem haar verpleegpraktyk wil beheer, sal sy in staat moet wees om die kompleksiteit van 'n organisasie as geheel te verstaan en te weet waar hy/sy in die funksionering van die organisasie inpas.

In hierdie hoofstuk word die belangrikste bevindinge en aanbevelings van die ondersoek gegee. Dit word in twee afdelings verdeel soos in die vraelys uiteengesit. Die twee afdelings is biografiese gegewens en bestuursaktiwiteite.

## 6.2 METODE VAN STUDIE

Nadat die drie vraelyste ontwikkel is, is dit versprei tussen die eenheidsbestuurders in beheer van 'n eenheid/saal, hulle direkte hoofde en die



geregistreerde verpleegkundige wat op daardie stadium as skofleier onder hulle gewerk het. Privaathospitale in die Wes-Kaap is by die studie betrek. Die responskoers van die vraelys was goed, naamlik 95,2% vir eenheidsbestuurders, 88,3% vir geregistreerde verpleegkundiges en 100,0% vir verpleegdiensbestuurders. Die bevindinge en aanbevelings word vervolgens aangebied.

## **6.3 BEVINDINGE EN AANBEVELINGS**

Die bevindinge en aanbevelings word op die basis van hierdie twee hoofopskrifte gedoen.

### **6.3.1 Afdeling A: Biografiese gegewens**

#### **6.3.1.1 *Professionele kwalifikasies***

##### **(a) Bevindinge**

Dit is verblydend om te sien dat 54,0% van die geregistreerde verpleegkundiges oor al vier basiese kwalifikasies beskik, omdat dit net kan bydra tot 'n hoë standaard van omvattende gesondheidsorg aan die pasiënt/kliënt. 'n Verdere positiewe faktor is dat 37,5% van die eenheidsbestuurders oor 'n psigiatrisse verpleegkundekwalifikasie beskik want hierdie kennis en ervaring kan met positiewe resultate in haar daaglikse bestuursfunksie toegepas word.

Uit die data wat verkry is, het dit geblyk dat 80,0% van die eenheidsbestuurders wat gemiddeld 13 jaar gelede reeds hul opleiding voltooi het en 'n kern-bestuursposisie beklee, geen formele gevorderde bestuurskwalifikasie verwerf het nie. Die data wys duidelik daarop dat die eenheidsbestuurder wat haarself in 'n kern-bestuursposisie bevind, nie professioneel en akademies voorberei is vir

haar bestuurstaak nie.

## **(b) Aanbevelings**

Daar word aanbeveel dat die eenheidsbestuurder wat in beheer van 'n eenheid/saal is, oor vier basiese kwalifikasies moet beskik sodat sy klinies toegerus is om die kliënt/pasiënt in totaliteit te kan sien en omvattende gesondheidsorg van 'n hoë standaard te kan beplan en lewer.

Die eenheidsbestuurder moet ook oor formele na-basiese/nagraadse kwalifikasies in bestuur beskik. Die verwerwing van genoemde kwalifikasie stel die eenheidsbestuurder in staat om aan die eise van die huidige gesondheidsbedeling, byvoorbeeld bestuurde gesondheidsorg, te voldoen.

Werkgewers van eenheidsbestuurders is verplig om die ontwikkeling van laasgenoemde se professionele loopbaan te ondersteun. Die werkgewers moet dus alles moontlik doen om eenheidsbestuurders te motiveer en te ondersteun (finansiëel of studietyd) in hul pogings om hulself bestuursmatig te ontwikkel.

'n Gesamentlike opleidingstrategie wat die instansie, die eenheidsbestuurder en geregistreerde verpleegkundige insluit, behoort beplan en geïmplementeer te word om hierdie twee kategorieë respondente by verdere bestuursopleiding en ontwikkeling te betrek.

Die geleentheid om 'n kwalifikasie in Verpleegbestuur deur middel van afstand- en gedesentraliseerde onderrig aan tersiêre onderwysinrigtings te bekom, is beskikbaar en behoort ten volle deur eenheidsbestuurders benut te word. Dit word aanbeveel dat die werkgewer finansiële bystand in die vorm van studiebeurse of studielenings en of studietyd as 'n diensvoordeel beskikbaar behoort te stel.

Laastens beveel die navorser aan dat die werkgewer die volgende vereiste stel



by die aanstelling van 'n eenheidsbestuurder: Die voorgename eenheidsbestuurder moet oor 'n verpleegbestuurkwalifikasie beskik of dit binne 'n vasgestelde tyd verwerf voordat die aanstelling bekragtig word.

### **6.3.1.2 Diensure**

#### **(a) Bevindinge**

Die studie toon aan dat die eenheidsbestuurder nie die vereiste ure per week, soos deur die Wet op Basiese Diensvoorwaardes van 1997 bepaal word, oorskrei nie. Sy werk egter meer ure per week as wat formeel ooreengekom is.

40% van die eenheidsbestuurders werk oortyd en volgens die bepaling in die nuwe Wet op Basiese Diensvoorwaardes van 1997 kan oortyd uitbetaal word en hou dit groot finansiële implikasies vir enige maatskappy in. Verpleging wat arbeidsintensief is, is dus baie sensitief vir hierdie situasie. Bo en behalwe die finansiële implikasies hou dit ook organisatoriese implikasies in, wanneer die oortyd in die vorm van tyd/ure aan die eenheidsbestuurder teruggegee moet word.

Oneffektiewe tydsbestuur of bestuur in die algemeen mag die oorsaak daarvan wees dat die eenheidsbestuurder oortyd werk. Ook is aangetoon dat 85,0% van die eenheidsbestuurders werk wat hoofsaaklik administratief van aard is, huis toe neem. Dit dui daarop dat die eenheidsbestuurder nie haar bestuurstake in die normale werksdag kan afhandel nie.

#### **(b) Aanbevelings**

Die eenheidsbestuurder in beheer van die eenheid/saal vervul 'n sleutelposisie. Sy moet haar tyd en eenheid so bestuur dat sy haar take binne die voorgeskrewe en toegelate diensure kan verrig. Die navorser beveel aan dat 'n situasie-analise

gedoen word om vas te stel waarom die eenheidsbestuurder oortyd moet werk asook werk huis toe neem. Kort indiensopleidingsessies moet byvoorbeeld in effektiewe tydsbestuur aangebied word om die probleme aan te spreek.

### **6.3.1.3 Werksondervinding en vereiste minimum kwalifikasies**

#### **(a) Bevindinge**

Blootstelling van drie jaar of meer word deur deskundiges beskou as 'n redelike ervaringstydperk vir die eenheidsbestuurder om haarself te vergewis van, te oriënteer en te vereenselwig met die bestuursaktiwiteite/taakvereistes van 'n eenheid. 'n Werkplek-/omstandighedsosialiseringsproses kan dus effektief binne drie jaar geskied. Die helfte van die eenheidsbestuurders (50,0%) is volgens die data tussen ses en 15 jaar in die spesifieke afdeling werksaam. Die navorsing toon aan dat 45,0% van die eenheidsbestuurders die posisie minder as vyf jaar beklee. Die rede daarvoor is deur die navorser in paragraaf 5.5.10 uitgespel. Daar kan dus aanvaar word dat die eenheidsbestuurders oor die nodige ervaring beskik.

'n Eenheidsbestuurder moet oor ondervinding beskik voordat sy in die pos aangestel word. Chapman (1979) beklemtoon egter dat die bemeestering van goeie administratiewe tegnieke as gevolg van jare se ondervinding goeie bestuur fasiliteer, maar dat dit nie die essensie van bestuur is nie.

In die navorsing het 38,0% (15) van die eenheidsbestuurders aangetoon dat hulle nie weet oor watter minimum kwalifikasie 'n eenheidsbestuurder moet beskik nie. Volgens die resultate het 58,0% (23) van die eenheidsbestuurders verskeie kwalifikasies genoem wat duidelik aantoon dat hulle nie oor die vraag gedink het nie. Dit was duidelik dat die eenheidsbestuurders nie seker was wat die minimum vereistes is om as eenheidsbestuurder aangestel te word nie. Dit mag daartoe lei dat hulle onrealistiese eise aan hulself stel asook onrealistiese verwagtinge aan die pos koppel.



'n Posomskrywing is dus belangrik vir 'n eenheidsbestuurder, aangesien dit 'n riglyn is waarvolgens haar bestuursaktiwiteite moet plaasvind, asook riglyne verskaf ten opsigte van die standaard wat aanvaarbaar is vir hierdie bestuursaktiwiteite. Slegs 30,0% (12) van die eenheidsbestuurders het 'n posomskrywing ontvang. Dit kan die bestuurseffektiwiteit van die eenheidsbestuurder negatief beïnvloed, want sy moet weet wat van haar in die bestuursposisie verwag word en wat die verlangde standaard van werk of bestuur is.

#### **(b) Aanbevelings**

Die navorser beveel aan dat die posomskrywings van eenheidsbestuurders, asook die van die ander personeel, in 'n werkwinkelsituasie geëvalueer en aangepas word. Die eenheidsbestuurder se pos is nie staties nie en uitbreiding van take vind voortdurend plaas. Sodoende word deelname van alle betrokkenes verseker en 'n posomskrywing word deur almal aanvaar. Dit bevorder nie net die werksverhoudinge tussen alle gesondheidspanlede nie, maar verseker optimale benutting van personeel.

### **6.3.1.4 Bestuursopleiding**

#### **(c) Bevindinge**

Hierdie studie het getoon dat 82,5% (33) van die eenheidsbestuurders interne bestuursopleiding ontvang het. Slegs 20% van die eenheidsbestuurders het interne bestuursopleiding ontvang het, terwyl slegs 20% van die eenheidsbestuurders tans besig is met verdere studies in die bestuurslyn. Dit bly kommerwekkend dat 80,0% van die eenheidsbestuurders geen formele bestuurskwalifikasies het nie en dat net 20,0% van hulle besig is met verdere formele bestuursopleiding.

Die eenheidsbestuurder word as die sleutelpersoon geïdentifiseer om koste-effektiewe pasiëntsorg te waarborg, en dit noodsaak bestuursopleiding soos bevestig deur Vestel (1995): *Management is a key to success in the professional nursing job ... the increasing complexity of delivering patient care requires a multifaceted role for the professional nurse that includes managerial responsibilities.*

#### **(d) Aanbevelings**

Dit blyk egter noodsaaklik vir die professionele ontwikkeling van die verpleegkundige dat sy blootgestel word aan meer formele bestuursopleiding soos aangebied deur tersiêre onderwysinstansies. Laasgenoemde bestuursopleiding is ook meer omvattend en nie net spesifiek diensgerig soos 'n instansie se interne program nie.

'n Opleidingstrategie soos in paragraaf 6.3.1 uiteengesit, is ook hier ter sprake, asook verskillende insentiewe wat ingebou kan word. Die navorser beveel aan dat spesifieke eenheidsbestuurders deur die werkgewer geïdentifiseer en gemotiveer moet word om formele bestuursopleiding te deurloop. Daar word aanbeveel dat die opleiding so beplan word dat alle eenheidsbestuurders na verloop van tyd oor 'n formele bestuurskwalifikasie beskik. Dit kan net hul bestuursuitsette verbeter soos hulle ook in paragraaf 5.5.12 aangedui het

### **6.3.2 Afdeling B: Bestuursaktiwiteite**

#### **6.3.2.1 Beplanning**

##### **(a) Bevindinge**

Die data het aangedui dat 100% van die eenheidsbestuurders nie betrokke is by



die verskeie aktiwiteite wat by beplanning as kriteria gestel is nie. Hierdie beplanningsaktiwiteite sluit die formulering van verpleegdoelwitte en aksieplanne om hierdie doelwitte te bereik, uit. Aansluitend by bogenoemde is die formulering van verpleegstandaarde. Die eenheidsbestuurder moet by hierdie aktiwiteite betrokke wees ten einde 'n hoë standaard van 'n omvattende gesondheidsdiens in haar eenheid te verseker. Al die eenheidsbestuurders (100%) was ook nie by die identifisering van kerndiensareas en hersiening van die personeel evalueringstelsel betrokke nie. Die eenheidsbestuurder kan dus nie al haar bestuursaktiwiteite verrig nie, en meer belangrik nog, nie haar menslike hulpbronne effektief bestuur nie.

### **(b) Aanbevelings**

Dit blyk asof die eenheidsbestuurder weens gebrek aan bestuurspligte nie betrokke is by die beplanningsaksies, soos aangedui nie. Die navorser beveel aan dat die bestuur van die instansies strategies moet beplan om 'n opleidingsprogram daar te stel, wat dan spesifiek aandag aan die kritiese aspekte van beplanning skenk.

### **6.3.2.2 Begroting**

#### **(a) Bevindinge**

Die eenheidsbestuurder wat by begrotingsvoorstelle, kapitaaluitgawes, bedryfsuitgawes (skryfbehoeftes en toerusting) en besparingsmaatreëls betrokke is, het gevarieer van 87,5% tot 65%. Dit is kommerwekkend dat die eenheidsbestuurders nie 100% betrokke is nie, want hierdie bestuursaktiwiteite, indien wel gedoen, laat die bestuurder toe om effektief en ekonomies te bestuur. Die eenheidsbestuurders is ook nie almal by twee kernbelangrike funksies betrokke nie, naamlik finansiële beplanning ten opsigte van personeeldiensstaat en mediese voorraad. Indien hierdie bestuursaktiwiteite nie gedoen word nie kan

dit ernstige finansiële, regs- en beeldimplikasies vir die instansies inhou. Die eenheidsbestuurders is ook nie almal by bemarking van hul eenheid/instansie betrokke nie en word 'n potensiele mark dus nie gegenerereer nie.

### **(c) Aanbevelings**

Die eenheidsbestuurder in beheer behoort meer finansiële verantwoordelikheid te ontvang, omdat sy en haar personeel sekere spesiale voorrade en toerusting benodig vir die uitvoering van hul take. Die eenheidsbestuurder in beheer behoort die gesag en beheer te hê oor die aankoop van hierdie voorrade en toerusting, omdat sy weet wat die eenheid se besondere behoeftes in hierdie verband is. Ook moet die eenheidsbestuurder in staat wees om die toegewysde fondse aan haar afdeling, in samewerking met haar personeel, volgens die finansiële riglyne en beplanning aan te wend.

In die lig van bogenoemde en die toenemende klemverskuiwing na koste-effektiewe bestuur van gesondheidsdienste, is finansiële vaardighede noodsaaklik vir die eenheidsbestuurder wat in beheer van die eenheid/saal. Sy behoort kennis te hê van alle aspekte van finansiële bestuur, ekonomiese beginsels, koste-effektiwiteit, begrotingsprosedures en kostebeheer.

Die betrokkenheid van die eenheidsbestuurder by die bemarking van die eenheid/saal is belangrik aangesien die eenheid/saal as 'n besigheid bestuur word en goeie bemarking 'n positiewe invloed op die finansiële insette sal hê. Finansiële bestuursopleiding is dus van kardinale belang. Die navorser beveel aan dat bo en behalwe formele bestuursprogramme, kort finansiële beheer- en beplanningskursusse op 'n gereelde basis aangebied word. Die geregistreerde verpleegkundiges wat die eenheidsbestuurder van die toekoms is, moet ook hierdie kort kursusse bywoon.



### **6.3.2.3 Organisasie**

#### **(a) Bevindinge**

Taaktoewysing en hulpbronbestuur is in die studie geïdentifiseer as kritiese en kernkomponente om die eenheidsbestuurders ten opsigte van organisasie te evalueer. Weereens het die data getoon dat die eenheidsbestuurders nie almal by hierdie bestuursaktiwiteite betrokke was nie.

#### **(b) Aanbevelings**

Dit is noodsaaklik dat die eenheidsbestuurder effektief organiseer, dit wil sê taaktoewysing en hulpbronbestuur effektief geskied. Dit het goeie interpersoonlike werksverhoudings en die lewering van gehaltesorg tot gevolg. Die navorser beveel aan dat kort kursusse in hulpbronbestuur beplan en geïmplementeer word, sodat die eenheidsbestuurders en geregistreerde verpleegkundiges dit kan bywoon.

### **6.3.2.4 Leiding**

#### **(a) Bevindinge**

In die studie is leierskap, motivering, kommunikasie en konflikthantering as die kernkomponente geïdentifiseer. Die norm is bereken op 82,2%. Weereens is 'n 100%-betrokkenheid nie bereik by een van die kritiese aktiwiteite, naamlik leiding, nie.

#### **(b) Aanbevelings**

Die eenheidsbestuurder is die persoon wat haar personeel moet motiveer en lei

om die eenheid en organisasie se doelwitte te verwesenlik. Die navorser beveel aan dat 'n situasie-analise gedoen word om spesifieke behoeftes en leemtes by elke eenheidsbestuurder te identifiseer. Daarna moet indiensopleiding beplan word om hierdie behoeftes en leemtes aan te spreek. Dit blyk uit die data asof die volgende aspekte/onderwerpe spesifiek aandag moet geniet:

- Die belang van navorsing en toepassing van navorsingsbevindings
- Probleemoplossing en konflikhantering
- Bestuurstyle

### **6.3.2.5 Kontrole**

#### **(d) Bevindinge**

Finansiële en hulpbronbeheer is geïdentifiseer as die kritiese komponente van kontrole. Die norm is bereken op 76,5%. Weereens is nie aan die standaard van 100% voldoen nie. Indien kontrole of beheer nie baie presies uitgeoefen word nie, kan gehaltebestuur en pasiëntsorg nie gewaarborg word nie en medies-regstrisiko's kan voorkom. Dit kan ook ernstige finansiële implikasies vir die organisasie inhou.

#### **(b) Aanbevelings**

Daar word aanbeveel dat kort interne finansiële beheerkursusse aangebied word, ten minste twee keer per jaar. Dit moet aspekte van hulpbronbeheer insluit.



### **6.3.2.6 Werksverhoudings**

#### **(a) Bevindinge**

Die navorser het 'n aanvaarbare standaard van 75,0% gestel (sien paragraaf 5.6.9). Dit was positief dat wedersydse vertrouwe en respek wel bestaan. Uit die data verkry, was dit duidelik dat ondersteuningstelsels aan personeel ontbreek, veral op die terrein van etiese probleemhantering.

#### **(b) Aanbevelings**

Die navorser beveel aan dat die organisasie spesifiek indiensopleidingsprogramme moet beplan om die positiewe werksverhoudings te versterk en verder uit te bou. Laastens moet spesifieke kort kursusse aangebied word vir die hantering en oplossing van etiese probleme. Volgens nasionale en internasionale navorsing blyk dit dat die gesondheidsdienswerker in toenemende mate met etiese probleemsituasies gekonfronteer gaan word.

## **6.4 SAMEVATTING**

Samevattend word bevind dat die eenheidsbestuurder nie al haar bestuursaktiwiteite verrig nie. Die navorser is van mening dat formele tersiêre bestuursopleidingsprogramme asook interne informele indiensopleidingsprogramme die probleem kan aanspreek. 'n Kundige en vaardige eenheidsbestuurder wat verpleging as wetenskap en kuns beoefen, is op alle gebiede net 'n bate vir haar organisasie.

<b>BIBLIOGRAFIE</b>
---------------------

African National Congress, 1994. **A National Health Plan for South Africa.**  
Johannesburg: Umanyano Printers.

African National Congress, 1994. **The Reconstruction and Development Plan.**  
Johannesburg: Umanyano Printers.

Andrews, Y., 1991. **Geneeskundiges en verpleegkundiges as openbare bestuurders. Tweede uitgawe.** Pretoria-Wes: Gutenberg.

Bennis, W., Parikh, J., Lessen, R., 1994. **Beyond Leadership.** Massachusetts: Blackwell.

Bestek van Praktyk, Regulasie nr. 2598. **Regulasie betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens diie Wet op Verplegin, 19778 Geregistreer of Ingelyf is.** Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. No. R. 2598 soos gewysig deur No. R. 1469, No. R. 2676. No. R. 260.

Bester, E.M., 1995. Die Bepaling van standarde vir die Verloskundige Verpleegpraktyk. (D. Cur.) Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch.

Bezuidenhout, M.C., 1994. The Contribution of the Nurse Manager to Industrial Relations in Selected Hospitals. (D.Litt.) Pretoria: UNISA.

Biscoe, G., 1989. *The Changing Scene in Health Care Management.* **International Nursing Review, 36(4):113**



- Bittel, L.R. and Neustrom, J.W., 1990. **What Every Supervisor should know. Sixth Edition.** New York: Mc. Graw-Hill.
- Booyens, S.W., 1991. *The future nursing service manager.* **Nursing R.S.A. Verpleging.** 6(8):39-41.
- Booyens, S.W., 1993. **Dimensions of Nursing Management.** Kenwyn: Juta.
- Booyens, S.W., 1996. **Introduction to Health Services Management.** Cape Town: Juta & Co. Ltd.
- Botes, P., 1994. **Aspects of Supervision. A Guide for the Contemporary Public Manager.** Halfweg House: Southern.
- Brink, H., 1996. **Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals.** Cape Town: Juta.
- Brink, H.I.L., 1990. **Statistics for Nurses.** Pretoria:Academica.
- Brink, H.I.L., 1996. **Grondslae van Verpleegnavorsing. Enigste Studiegids vir NUR.** Pretoria: Unisa.
- Bruwer, A., 1986. **Gehalteversekering in Verplegingsdienste. 'n Doctor Curationis.** Port Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth.
- Burns, N., Gove, S.K., 1993. **The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. Second Edition.** Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burns, N., Grove, S.K.,1993. **The practice of nursing research. Second Edition.** Philadelphia: Saunders.

- Charlotte, S. 1980. *The word sister - Some Aspects of her Role and Function*.  
**Curationis, June 1980, 1(1):4-8.**
- Chapman, G.E., 1979. **What is Management?** Pretoria: Kagiso Tersiêr.
- Cilliers, F.v.N in Kroon J. 1995. **Algemene Bestuur. Derde Uitgawe.**  
Pretoria: Kagiso-Tersiêr.
- Cloete, J.J.N., 1995. **Public Administration and Management. New  
Constitutional Dispensation.** Pretoria: J.L. van Schaik.
- Crosby, P. 1989. **Quality Education System for the Individual. The Creative  
Factory.** London: Crosby Quality College.
- Cronje. G.J., Hugo, W.M.J., Neulang, E.W., en van Reenen, M.J., 1996.  
**Inleiding tot die Bestuurswese. Derde Uitgawe.** Halfweghuis:  
Southern.
- De Bruyn, P.J., 1991. *Tradisionele Bestuurder: 'n Bedreigde Spesie. Publico.*  
**11(2):26.**
- Departement van Gesondheid, 1978. **Wet op Verpleging, No 50, 1978.**  
Pretoria: Staatsdrukker.
- Diddie, P.J., 1976. *Quality Assurance - a general hospital meets the challenge.*  
**Journal of Nursing Administration, 6(6): 6-16.**
- Dienemann, J., 1994. **Nursing Administration. Strategic Perspectives and  
Application.** Norwalk: Appleton and Lange.



- Dienemann, J.A., 1998. **Nursing Administration. Managing Patient care. Second Edition.** Stamford: Appleton and Lange.
- Donabedian, A., 1969. *Some issues in Evaluating the Quality of Nursing Care.* **American Journal of Public Health**, 59(10):1833-1836.
- Douglass, L.M., 1992. **The Effective Nurse Leader and Manager. Fourth Edition.** St. Louis: Mosby.
- Duffield, C., Pelletier, D. and Donagbue, J., 1994. *Role overlap between clinical nurse specialists and nursing unit managers.* **Jona**, 24(10):54-63.
- Dunne, L.M. 1980. **The Ward Sisters Survival Guide.** Albany: Delmar.
- Fonteyn, M.E., 1998. **Thinking Strategies for Nursing Practice.** Philadelphia: Lippincott.
- Fox, D.J., Leeser, I., 1981. **Readings on the research Process in Nursing.** New York: Appleton-Century.
- French, P., 1994. **Social Skills for Nursing Practice. Second Edition.** London: Chapman and Hall.
- Gerber, P.D., Nel, P.S. and Van Dyk, P.S., 1995. **Human Resources Management. Third Edition.** Johannesburg: Southern Publishers.
- Gillies, D.A., 1989. **Nursing Management. A Systems Approach. Second Edition.** Philadelphia: W.B. Saunders.

- Gillies, D.A., 1989. **Nursing Management: a Systems Approach. Second Edition.** Philadelphia: Saunders.
- Harris, A.N. 1996. **Tools for valueing diversity: a practical guide to techniques for capitalizing on team diversity.** California: Irvine.
- Hart, M.H., 1995. *Group Dynamics.* In Booyens, S.W., 1996. . **Introduction to Health Services Managent.** Cape Town: Juta & Co. Ltd.
- Hart, M.H., 1992. *Unit Organization.* In Booyens, S.W., 1993. . **Dimensions of Nursing Management.** Kenwyn: Juta.
- HAT Verklarende Woordeboek van die Afrikaanse Taal,** 1994. Johannesburg: Perskor.
- Hellriegel, D., Slocum, J.W. 1996. **Management. Seventh Edition.** Ohio:South-Western College.
- Helmer, O. en McKnight, T., 1988 in Marquis, B.L., and Huston, C.J., 1996 **Leadership Roles and Management functions in Nursing. Second Edition.** Philadelphia: Lippincott.
- Herbst, M., 1996. *Editorial.* **Nursing News, 20(20):3.**
- Hersey, P., Blanchard, K.H., Johnson, D.E., 1996. **Management of Organizational Behavior.** New Jersey: Prentice Hall.
- Holm, K., Llewellyn, J.G. 1986. **Nursing Research for nursing Practice.** Philadelphia: W.B. Saunders.



- Horn, B.J. 1980. *Establishing Valid and Reliable Criteria: a Researchers' Perspective*. **Nursing Research**, 29(2):88-90.
- Horne, E.M. 1990. **The ward Sister's Survival Guide**. London: Austen Cornish.
- Human, L. 1993. A Practical Guide. **Affirmative Action and the Development of People**. Cape Town: Juta.
- Huysamen, G.K. 1994. **Methodology for the Social and Behavioural Sciences**. Johannesburg : Southern Book Publishers.
- Johnson, M. 1988. **Series on Nursing Administration. Volume 1**. California: Addison-Wesley.
- Jooste, K. 1996. *Die Bestuursbemaatting van Verpleegkundiges in Gesondheidsdienste*. **Verpleegnuus**. Mei 1996:12-14.
- Kline, M.M., Tracy, M.L. and Davis, S.L. 1980. *Quality Assurance in Public Health*. **Nursing and Health Care**. 1(4):192-207.
- Kotze, W.J., Findley, H.M., Searle, C. en I Venter. 1980. **Standards of Nursing Care RCN, 1980. SARV Beleidstandpunte. Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Beleid oor etiese oorwegings in verpleging**. Pretoria : Staatsdrukkery.
- Kroon, J., 1995. **Algemene Bestuur. Derde Uitgawe**. Pretoria: Kagiso-Tersiêr.
- Lemin, B., 1978. **First line nursing Management**. Johannesburg: Pitman.

Louw, D.A. en D.J.A. Edwards, 1998. **Sielkunde. 'n Inleiding vir studente in Suider-Afrika. Tweede uitgewing.** Johannesburg: Heinemann.

Manion, J., 1990. **Change from within: Nurse intrapreneurs as Health Care Innovators.** Missouri: American Nurses Association.

Marquis, B.L., and Huston, C.J., 1996 **Leadership Roles and Management functions in Nursing. Second Edition.** Philadelphia: Lippincott.

Marriner-Tomey, A. 1988. **Guide to Nursing Management.** Third edition. Missouri: Mosby.

Mason, E.J., 1994. **How to Write Meaningful Standards of Care. Third Edition.** New York: Delmar.

McCloskey, J.C. and Grace, H.M. 1985. **Current Issues in Nursing. Second Edition.** Boston: Blackwell.

McFarlane, M.C. 1979 in Dunne, L.M. **The Ward Sisters Survival Guide.** Albany: Delmar.

Mellish, J.M., 1980. **Unit Teaching and Administration for Nurses.** Durban: Butterworths.

Mellish, J.M., 1985. **'n Elementêre Geskiedenis van Verpleegkunde.** Durban: Butterworth.

Mellish, J.M., and Lock, M.V.L.H., 1993. **Administering the Practice of Nursing. Second Edition.** Durban: Butterworth.



- Muller, M., 1993. *Dinamiese Verpleegdiensbestuur*. **Nursing RSA Verpleging**, 8(3):26-43.
- Munhall, P.L., and Boyd, C.O. 1993. **Nursing Research. A Qualitative Perspective. Second Edition**. New York: National League.
- Naude, M., 1996. *Change: A Challenge or a burden?* **Verpleegnuus**. April 1996:40.
- Notter, L.E., 1979. **Essentials of nursing research. Second edition**. London: TA Vistock.
- Oermann, M.H., 1991. **Professional Nursing Practice. A Conceptual Approach**. Philadelphia: Lippincott.
- Parsley, K. and Corrigan, P., 1994. **Quality Improvement in Nursing and Health Care**. London: Chapman and Hall.
- Pera, S.A., 1985. Nursing in die Private Health Services in the Republic of South Africa: A Profile of Professional Practice. (D. Cur.) Port Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth.
- Perley, M.J. and Raab, A., 1994. *Beyond shared governance: Restructuring care delivery for self-managing ward teams*. **19(1):12-20**.
- Poggenpoel, M., 1992. *Konflikhantering*. **Nursing RSA Verpleging**, 7(8):24-26.
- Polit, D.F. en B.P. Hungler, 1993. **Essentials of Nursing Research Methods. Appraisal and Utilization. Third Edition**. Philadelphia: J.B. Lippincott.

- Potgieter, E., 1992. **Professional Nursing Education 1860 - 1991**. Pretoria: J.L. van Schaik.
- Puth, G. 1994. **The Communicating Manager**. Pretoria: J.L. van Schaik.
- Schoeman, E., 1994. **Sake Sukses Styl**. Pretoria: Van Schaik.
- Schurr, M.C. 1975. **Nurses and Management. What is it all about?** Edinburgh: T & A Constable Ltd.
- Schuyler, C.B. 1975 in E. Potgieter. 1992. **Professional Nursing Education - 1960 - 1991**. Pretoria: Academica.
- Searle, C., 1980. **Enigste Studiegids vir NUA CO3/3**. Pretoria: UNISA.
- Searle, C., 1978. *The Criteria for Professionalism in Nursing in South Africa*. **Curationis**, 1(1):4-8.
- Searle, C., 1987. **Professionele Praktyk. 'n Suid-Afrikaanse Verpleegperspektief**. Durban: Butterworths.
- Simms, L.,M., Price, S.A., and Ervin, N.E., 1994. **The professional practice of nursing administration. Second Edition**. Albany: Delmar.
- Smith, P.J. and Cronje, G.J. 1992. **Management Principles. A Contemporary South African Edition**. Kenwyn: Juta & Kie.
- Smith, G.B., Danforth, D.A., and Owens, P.J. 1994. *Role Restructuring. Nurse, Case Manager, and Educator*. **19(1):21-32**.



- Smith, H.L., Reinow, F.D. and Reid, R.A. 1984. *Japanese Management: Implications for Nursing Administration*. **Journal of Nursing Administration**. Vol. 14(9):33-39.
- Stevens, G.H. 1991. **The Strategic Health Care Manager**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strassen, L. 1987. **Key Business Skills for Nurse Managers**. Philadelphia: Lippincott.
- Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. 1983. **Direktief vir die Diploma in Verpleegadministrasie**. Pretoria: SARV.
- Sullivan, E.J. and Decker, P.J., 1992. **Effective Management in Nursing. Third Edition**. California: Addison-Wesley.
- Tappen, R.M., 1995. **Nursing Leadership and Management. Third Edition**. Philadelphia: Davis.
- Tomey, A.M., 1988. **Guide to Nursing Management. Third Edition**. St. Louis: C.V. Mosby.
- Treece, E.W. and Treece, J.W. (Jr), 1986. **Elements of Research in nursing. Second Edition**. Saint Louis C.V. Mosby Company.
- Troskie, R., 1991. *Shrinking Resources. A Nursing Management Persepctive*. **Nursing RSA Verpleging**, 6(6):14-15, 18-20.
- Uys, H.H.M. 1991. **Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde. Tweede uitgawe**. Durban: Colorgraphic.

- Van Tonder, S., 1987. Die Omvang van Nie-verplegingstake deur Geregistreerde Verpleegkundiges in geselekteerde Akademiese en Opleidings-hospitale van die Republiek van Suid-Afrika. (D.Cur.) Port Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth.
- Vestal, K.W. 1995. **Nursing Management. Concepts and Issues. Second Edition.** Philadelphia: Lippincott.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L. en Lenz, W.R. 1991. **Measurement in Nursing Research. Second Edition.** Philadelphia: F.A. Davis.
- Wenzel, R.P., 1992. **Assessing Quality Health Care. Perspectives for Clinicians.** Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Wet op Basiese Diensvoorwaardes, Wet nr. 75 van 1997. Opsomming wat kragtens artikel 30 deur 'n werkgewer gehou moet word. BCRA IB. Pretoria : Lex Patria Uitgewers.
- White, L., 1985. Beheer oor verpleegdienste met besondere verwysing na die rol van die hoofverpleegdiensbestuurder. (MPA) Port Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth.
- Wiltse, K. en Spooner, S., 1993. In Cronje. G.J., Hugo, W.M.J., Neulang, E.W., en van Reenen, M.J., 1996. **Inleiding tot die Bestuurswese. Derde Uitgawe.** Halfweghuis: Southern.
- World Health Organization, 1988. **From Alma-Ata to the Year 1000. Reflections at the Midpoint.** Geneva: World Health Organization Printers.



World Health Organization, 1996. **Education for Nursing - A World Health Organization Peerspective Nursing News, 20(10):50-51.**

Wright, C., 1984. *How do we set Nursing Standards.* **Nursing RSA, 9(3):457.**

Young, L.C., Hayne, A.N. 1988. **Nursing Administration. From Concept to Practice.** Philadelphia: W.B. Saunders.

Zeelie, S. 1994. *'n Oefening in kwalitatiewe Navorsing.* **RSA Verpleging. 9(4):27.**

**BYLAE A**

**TOESTEMMING VIR DIE UITVOER VAN DIE STUDIE BY  
STREEK VERPLEEGDIENSBETUURDERS**



Me. A.L. van Dyk  
Generaal Hertzogrylaan 67  
Wellington  
7655  
Tel. 021: 8722330 (w)  
8731060 (h)

Die Streeksverpleegbestuurder (Wes-Kaap)  
Medi-Clinic  
Trumali  
Stellenbosch  
7600

Geagte mnr

**Insake die bepaling van standarde vir eenheidsbestuurders in die privaat  
praktyk**

Bogenoemde navorsing word deur my onderneem as deel van die studie vir die graad M.A. Cur. Aan die Universiteit van Stellenbosch.

Goedkeuring word hiermee gevra om die eenheidsbestuurder, senior verpleegkundiges en verpleegdiensbestuurders by hierdie ondersoek te betrek. Daar sal ten alle tye vertroulikheid en anonimiteit gehandhaaf word en geen respondent óf werkgewer se name sal bekend gemaak word nie.

U hulp en samewerking is van onskatbare waarde vir die suksesvolle voltooiing van hierdie studie.

Die uwe  
Mev. A.L. van Dyk

**BYLAE B**

**TOESTEMMING VIR DIE UITVOER VAN DIE STUDIE BY  
EENHEIDSBESTUURDERS, GEREGISTREERDE  
VERPLEEGKUNDIGES EN  
ADJUNKVERPLEEGDIENSBESTUURDERS**



Me. A.L. van Dyk  
Generaal Hertzogrylaan 67  
Wellington  
7655  
Tel. 021: 8722330 (w)  
8731060 (h)

Die Eenheidsbestuurder  
Geregistreerde Verpleegkundige  
Adjunkverpleegdiensbestuurder  
Verpleegdiensbestuurder,  
Medi-Clinic-groep

Geagte dame

**Insake die bepaling van standarde vir eenheidsbestuurders in die privaat  
praktyk**

Bogenoemde navorsing word deur my onderneem as deel van die studie vir die  
graad M.A. Cur. aan die Universiteit van Stellenbosch.

Goedkeuring is verskaf om u by hierdie ondersoek te betrek. U word gevra om  
die meegaande vraelys in te vul soos die navorser aan u sal verduidelik. Daar  
sal ten alle tye vertroulikheid en anonimiteit gehandhaaf word en geen  
respondent óf werkgewer se name sal bekend gemaak word nie.

U hulp en samewerking word hoog op prys gestel.

Die uwe

Mev. A.L. van Dyk

**BYLAE C**

**VRAELYS AAN DIE EENHEIDSBESTUURDER**



**VRAELYS 1**

**DIE BEPALING VAN STANDAARDE VIR DIE  
BESTUURSPRAKTYK VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER IN  
GESELEKTEERDE HOSPITALE**

Hierdie vraelys moet ingevul word deur die **EENHEIDSBESTUURDER** in beheer van 'n saal of eenheid van 'n privaathospitaal. Alle inligting sal streng vertroulik hanteer word.

Beantwoord asseblief al die vrae deur 'n **kruisie (x)** in die toepaslike blokkie te maak, of skryf, waar van toepassing in die spatie wat daarvoor voorsiening maak.

**AFDELING A: BIOGRAFIESE GEGEWENS**

1. Dui die basiese kwalifikasies waaroor u beskik en die jaar waarin die kwalifikasie verwerf is aan.

	Graad	Diploma	Jaar			
a) Algemene verpleegkunde						
b) Verloskunde						
c) Psigiatriese verpleegkunde						
d) Gemeenskapsgesondheid						

4 - 15

2. Indien u oor enige na-basies kwalifikasies beskik, dui dit in die volgende tabel aan, asook die jaar waarin die kwalifikasie verwerf is.

	Graad	Diploma	Jaar			
a) Onderwys						
b) Admin						
c) Ander (spesifiseer asseblief)						

16 - 24

3. Hoeveel ure per week werk u gewoonlik?

38 uur	1	
40 uur	2	
42 uur	3	
45 uur	4	
Dit wissel weekliks tussen ..... en ..... ure	5	

25

4. Werk u oortyd?

Ja	1	
Nee	2	
Van tyd tot tyd	3	

26

5. Indien "JA" by vraag 4, hoeveel ure per week werk u ongeveer oortyd?  
(Indien dit wissel kan u 'n gemiddeld per maand bereken en dit deur 4  
deel.)

--	--	--

27 - 28

6. Neem u werk huistoe?

Ja	1	
Nee	2	
Van tyd tot tyd	3	

29

7. Indien "JA" by vraag 6, wat is die aard van die werk wat u huistoe  
neem?

Administratief	1	
Opleiding	2	
Ander (spesifiseer asseblief)		

30



8. Hoeveel dae was u gedurende die laaste ses maande van die werk afwesig, hetsy vir watter rede?

Nooit	1	
Een dag (1 dag)	2	
Tussen 2 en 5 dae	3	
Tussen 6 en 10 dae	4	
Tussen 11 en 15 dae	5	
Meer as 15 dae	6	

31

9. Indien u enige dag gedurende die laaste ses maande van die werk afwesig was, wat was die rede(s)?

.....

.....

.....

.....

32

10. In watter saal/eenheid is u tans werksaam?

a) Medies	1	
b) Chirurgie	2	
c) Intensief / trauma afdeling	3	
d) Pediatrie	4	
e) Verloskunde	5	
f) Dagsaal	6	
g) Teater	7	

33

11. Indien u in die **teater** (g in vraag 10) werksaam is, wat is die gemiddelde getal gevalle per maand wat u hanteer?

.....

34

12. Indien u in 'n **saal/eenheid** (enige een van a tot f in vraag 10) werksaam is, wat is die gemiddelde getal bedbesettings per maand

.....

35

13. Hoeveel jare werk u al in bogenoemde saal/eenheid?

Minder as 5 jaar	1	
Tussen 6 en 10 jaar	2	
Tussen 11 en 15 jaar	3	
Tussen 10 en 15 jaar	4	
Meer as 15 jaar	5	

36

14. Hoeveel jaar is u werksaam as eenheidsbestuurder van die saal/eenheid?

Minder as 5 jaar	1	
Tussen 6 en 10 jaar	2	
Tussen 11 en 15 jaar	3	
Tussen 10 en 15 jaar	4	
Meer as 15 jaar	5	

37

15. Het u die afgelope drie (3) jaar enige bestuursopleiding ontvang?

Ja	1	
Nee	2	

38

16. Indien "JA" by vraag 15, wanneer (die jaartal) het u die bestuursopleiding gehad?

Voor 1996	1	
1997	2	
1998	3	
1999	4	

39



17. Indien “**JA**” by vraag 15, wat se tipe bestuursopleiding was dit?

	Ja	Nee	N.v.t
a) Interne bestuursopleiding deur die werkgewer aangebied	1	2	3
b) Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting in die vorm van 'n <b>graad</b>	1	2	3
c) Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting in die vorm van 'n <b>diploma</b>	1	2	3

40-42

18. Indien “**JA**” by vraag 15, het hierdie bestuursopleiding (hetsy intern of ekstern) na u mening, u bestuur van die eenheid/saal verbeter?

Ja	1
Nee	2

43

19. Motiveer u antwoord in vraag 18.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

44

20. Is u tans besig met verdere studies?

Ja	1
Nee	2

45

21. Indien “**JA**” by vraag 20, spesifiseer die kursus asseblief.

.....

.....

46

22. In hierdie vraag moet u die vereistes vir die eenheidsbestuurder pos wat u tans beklee ten opsigte van die minimum kwalifikasies (22.1) en die minimum jare ervaring (22.2) invul.

22.1 Die minimum kwalifikasies (spesifiseer deur u antwoord in die blokkies te skryf asseblief)?

Geen	1	
Weet nie	2	

47

22.2 Die minimum jare ervaring?

Geen	1	
Weet nie	2	

48

23. Het u 'n geskrewe posbeskrywing ontvang met die aanvang van u diens as eenheidsbestuurder?

Ja	1	
Nee	2	
Kan nie spesifiek onthou	3	

49

24. Hoeveel verpleegpersoneel is onder u toesig?

	GETAL		
Geregistreerde verpleegkundiges			
Ingeskrewe verpleegkundiges			
Ingeskrewe verpleeghulp			
Ander			
<b>TOTAAL</b>			

50-59



25. Indien enige “**ANDER**” personeel onder u toesig is (soos gespesifiseer in vraag 24), noem asseblief kortliks die kategorie waaronder hierdie personeel resorteer:

.....

.....

.....

.....

.....

60

**AFDELING B: BESTUURSAKTIVITEITE**

In hierdie vraag word daar ‘n aantal bestuursaktiwiteite aan u as eenheidsbestuurder voorgehou. Dui asseblief aan of u by enige van die bestuursaktiwiteite van die eenheid/saal betrokke is deur **Ja, Nee** of **Nie van toepassing** af te merk. Maak seker dat u by elke vraag ‘n **kruisie (x)** gemaak het.

		2
--	--	---

Vraelys- en kaartnommer 1 - 3

26. Beplanning

	Ja	Nee	N.v.t
a) Formulering van strategiese beplanning	1	2	3
b) Formulering van die eenheid/saal se doelwitte	1	2	3
c) Formlering van verpleegsorg doelwitte	1	2	3
d) Formulering van aksieplanne/programme om gemelde doelwitte te bereik	1	2	3
e) Formulering van verpleegstandaarde	1	2	3
f) Formulering van kerndiensareas	1	2	3
g) Hersiening van personeel evaluering-sisteem	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

4 - 10

## 27. Finansiële bestuur

	Ja	Nee	N.v.t
a) Opstel van begrotingsvoorstelle	1	2	3
b) Beplanning van kapitaaluitgawes vir die volgende boekjaar	1	2	3
c) Beplanning van bedryfsuitgawes ten opsigte van:			
c1) skryfbehoeftes	1	2	3
c2) toerusting	1	2	3
c3) medisyne	1	2	3
c4) personeel diensstaat	1	2	3
c5) salaris aanpassing van personeel	1	2	3
d) Instel van besparingsmaatreëls	1	2	3
e) Adverteer van beskikbare dienste soos bv. diabetiese ondersteuningsgroepe, voorgeboortelike klinieke, ens.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

11 - 19

## 28. Organisasie

	Ja	Nee	N.v.t
a) Organisering van afdienstye vir personeel	1	2	3
b) Werksverdeling deur middel van taaktoewysing	1	2	3
c) Werksverdeling deur middel van pasiënte toewysing	1	2	3
d) Organisering van indiensopleidings-programme	1	2	3
e) Bestel van voorraad	1	2	3
f) Bestel van toerusting	1	2	3
g) Pas 'n deelnemende bestuurstyl toe	1	2	3
h) Pas 'n outokratiese bestuurstyl toe	1	2	3
i) Kommunikasie na hoofde volgens organogram	1	2	3

20 - 28



## 28. Organisasie (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
j) Pas gehalteversekerings programme toe	1	2	3
k) Integrasie van ander dienste in hospitaal om holistiese versorging van pasiënt te verseker (bv. X-strale)	1	2	3
l) Kontinuiteit in pasiënt gesentreerde verpleegsorg	1	2	3
m) Toesighouding deur geregistreerde verpleegkundige vir pasiëntsorg	1	2	3
n) Reël toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte bv. fisioterapie, dieetkundige.	1	2	3
o) Voorlegging van toepaslike maandelikse statistiek	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

29 - 34

## 29. Leidinggewende aktiwiteite

	Ja	Nee	N.v.t
a) Voorlegging van formele verslae aan verpleegdiensbestuurder, bv. maandverslag, ouditverslag	1	2	3
b) voorlegging van vorderingsverslae ten opsigte van strategiese plan van saal/eenheid aan personeel tydens maandelikse vergaderings	1	2	3
c) Toepassing van beleidsveranderinge word stiptelik uitgevoer in eenheid/saal.	1	2	3
d) Doen u aanbevelings vir personeel bevorderings?	1	2	3
e) Word dissiplinêre aksies toegepas teen alle kategorieë personeel	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

35 - 39

## 29. Leidinggewende aktiwiteite (vervolg)

- g) Vind enige motivering van personeelontwikkeling deur enige van die volgende plaas?

	Ja	Nee	N.v.t
i) Implementering van hospitaal en saal/ eenheid se induksieprogram vir nuut aangestelde personeel	1	2	3
ii) Implementering van saal/eenheid se oriëntasie program	1	2	3
iii) Betrokkenheid van alle personeel in saal/ eenheid by opleidings en ontwikkelings- programme	1	2	3
iv) saal/eenheid se verpleegpersoneel toets veiligheidsprogram van spesifieke eenheid	1	2	3
v) Deurgee van inligting oor infeksiebeheer aan personeel	1	2	3
vi) Skep van leergeleenthede soos seminare vir personeel	1	2	3
vii) Skep van leergeleenthede soos informele opleidingsgeleenthede vir personeel	1	2	3
viii) leierskapsontwikkeling van personeel in saal/eenheid te fasiliteer	1	2	3
ix) identifisering van potensiële leiers	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

40 - 48

## 30. Probleemoplossing

- a) Noem drie belangrike probleme waarmee jy gekonfronteer word in die eenheid/saal.

(i) .....

(ii) .....

(iii) .....

49 - 51



## 30. Probleemoplossings (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
b) Word data versameling oor hoe probleemoplossing toegepas word?	1	2	3
c) Word personeeldeelname in probleemoplossing toegepas?	1	2	3
d) Gebruik jy 'n outokratiese metode om probleme op te los?	1	2	3
e) Is probleemoplossing deel van jou dagtaak?	1	2	3
f) is groepdeelname belangrik in probleemoplossing?	1	2	3
g) Is u betrokke by navorsingsaktiwiteite ten opsigte van relevante onderwerpe in bestuur van verpleegpraktyk?	1	2	3
h) Word relevante navorsingsbevindings om beplanning en aktiwiteite van eenheid te bevorder geïmplementeer?	1	2	3
i) Pas u data/bevindings toe in eenheid/saal wat gedurende bywoning van konferensie/seminare verkry is?	1	2	3
j) Pas u organisatoriese beleid konsekwent toe?	1	2	3
k) Tree u selfhandhawend op teenoor geneeshere?	1	2	3
l) Tree u selfhandhawend op teenoor personeel?	1	2	3
m) Ander (spesifiseer asseblief)			

4 - 14

## n) Woon u kliniese en/of bestuurskonferensies/seminare by?

	Ja	Nee	N.v.t
i) Kliniese konferensies	1	2	3
ii) Bestuurskonferensies	1	2	3
iii) Kliniese seminare	1	2	3
iv) Bestuurs seminare	1	2	3

15-17

- o) Indien “**JA**” by (k) wanneer woon u die kliniese en/of bestuurskonferensies/seminare by?

Maandeliks	1	
Sesmaandeliks	2	
Jaarliks	3	
Tweejaarliks en meer	4	

18

## 31. Kontrole

	Ja	Nee	N.v.t	
a) Oefen u maandelikse kontrole van finansiële state teenoor toegekende begroting uit?	1	2	3	
b) Pas u voorraad verhalings (onder en oorverhalings) binne finansiële riglyne toe deur daaglikse voorraad stellings?	1	2	3	
c) Voer u gesamentlike onderhoude met VDB/adjunk VDB vir aanstelling van nuwe verpleegpersoneel in eenheid/saal?	1	2	3	
d) Evaluering van verpleegpersoneel aan die hand van 'n stelsel van prestasiebestuur om bevoegdheidsvlakke te bepaal?	1	2	3	
e) Implimenteer die beginsel van mentor-skap in saal/eenheid om opleiding en ontwikkeling te bevorder?	1	2	3	
f) Monitor negatiewe insidente en los toepaslik op?	1	2	3	
g) Evalueer u pasiëntesorg na toepaslike werksverdeling gedoen is?				
i) 3 uurliks	1	2	3	
ii) 6 uurliks	1	2	3	
iii) 12 uurliks	1	2	3	
h) Monitor dat verpleegsorg wat gelewer word deur verskillende kategorieë verpleegkundiges binne die bestek van hul praktyk plaasvind?	1	2	3	



## 31. Kontrole (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
i) Oudit van verpleegrekords sodat wetenskaplik gefundeerde verpleegsorg beoefen word?	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

29

## 32. Werksverhoudings.

	Ja	Nee	N.v.t
a) Daar heers 'n wedersydse verhouding tussen my en die verpleegpersoneel in die eenheid/saal.	1	2	3
b) Daar is 'n gevoel van wedersydse respek tussen my, en my direkte hoof.	1	2	3
c) Die verpleegpersoneel dra kennis van wat die rol en funksies van die eenheidsbestuurder behels.	1	2	3
d) Ek respekteer die geregistreerde verpleegkundige se vaardighede.	1	2	3
e) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen my en die geregistreerde verpleegkundiges.	1	2	3
f) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen my en die ingeskrewe verpleegkundiges.	1	2	3
g) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen my en die ingeskrewe verpleeghulp.	1	2	3
h) Is dit dikwels vir u nodig om indien daar konflik is, dit na hoër gesag te verwys?	1	2	3
i) Ek deleger maklik take aan die geregistreerde verpleegkundiges.	1	2	3
j) Ek deleger maklik take aan die ingeskrewe verpleegkundiges.	1	2	3
k) Ek deleger maklik take aan die ingeskrewe verpleeghulp.	1	2	3

30-40

32. Werksverhoudings (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
l) Ek verleen hulp in die beskikbaarstelling van ondersteuning-stelsel vir personeel wat plootgestel word aan etiese probleme bv. Aborsies.	1	2	3
m) Ek verleen hulp aan die instel van aksies om personeel se moraal te verbeter.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

41

33. Glo u dat die wyse waarop u afdeling georganiseer is, spanwerk tussen die onderskeie eenhede/sale en ander nie-verpleegkundige afdelings bevorder?

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

42

34. Motiveer u antwoord in vraag 33.

.....  
 .....  
 .....

43

35. Is u van mening dat die eenheidsbestuurder se bestuurskundigheid en vaardigheid voldoende is om haar daaglikse bestuurstake te verrig?

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

44



36. Motiveer u antwoord in **vraag 35**.

.....

.....

.....

45

4

37. Dui aan watter onderstaande aspekte volgens u mening belangrik blyk te wees in die **bestuursopleiding** van eenheidsbestuurder.

Vraelys- en  
kaartnommer  
1 - 3

	Ja	Nee	N.v.t	
a) Politieke stelsels	1	2	3	
b) Ekonomiese beginsels	1	2	3	
c) Relevante wetgewing	1	2	3	
d) Verskillende leierskapstyle	1	2	3	
e) Interaksie met vakbonde	1	2	3	
f) Besluitnemingsvaardighede	1	2	3	
g) Kommunikasimetodes	1	2	3	
h) Statistiese ontledings	1	2	3	
i) Onderhoudsvoering tegnieke	1	2	3	
j) Implementering van effektiewe verandering	1	2	3	
k) Selfhandhawingsvaardighede	1	2	3	
l) Onderhandelingsvaardighede	1	2	3	
m) Indiensnemingspraktyke	1	2	3	
n) Personeevalueringsprosedures	1	2	3	
o) Hantering van konflik	1	2	3	
p) Skryf van verslae	1	2	3	
q) Werkskontrakte opstel	1	2	3	
r) Inligtingstelsels	1	2	3	
s) Risikobeheer	1	2	3	
t) Mentorskap	1	2	3	
u) Ander (spesifiseer asseblief)				

38. Skep die privaathospitaal waarin u werksaam is, die geleentheid vir u om 'n formele bestuursopleidingskursus aan 'n tersiêre opvoedkundige instansie te volg?

Ja	1	
Nee	2	

24

39. Motiveer u antwoord in vraag 38.

.....

.....

.....

.....

25

40. Ek vind my funksie as eenheidsbestuurder in beheer van 'n eenheid/ saal soos volg:

	Ja	Nee	N.v.t	
Stimulerend	1	2	3	
Geroetineerd	1	2	3	
Psigies vermoeiend	1	2	3	
Fisies vermoeiend	1	2	3	

26

41. Motiveer u antwoord in vraag 40.

.....

.....

.....

.....

27

42. My daaglikse aktiwiteite is hoofsaaklik ...

Bestuursgerig	1	
Pasiënt/kliënt gesentreerd	2	

28



**BYLAE D**

**VRAELYS AAN DIE GEREГИSTREERDE  
VERPLEEGKUNDIGE**

**VRAELYS 2**

**DIE BEPALING VAN STANDAARDE VIR DIE  
BESTUURSPRAKTYK VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER IN  
GESELEKTEERDE HOSPITALE**

Hierdie vraelys moet ingevul word deur die **GEREGISTREERDE VERPLEEGKUNDIGE** werksaam in 'n saal of eenheid van 'n privaathospitaal. Alle inligting sal streng vertroulik hanteer word.

Beantwoord asseblief al die vrae deur 'n **kruisie (x)** in die toepaslike blokkie te maak, of skryf, waar van toepassing in die spasie wat daarvoor voorsiening maak.

**AFDELING A: BIOGRAFIESE GEGEWENS**

1. Dui die basiese kwalifikasies waaroor u beskik en die jaar waarin die kwalifikasie verwerf is aan.

	Graad	Diploma	Jaar			
a) Algemene verpleegkunde						
b) Verloskunde						
c) Psigiatrisse verpleegkunde						
d) Gemeenskapsgesondheid						

4 - 15

2. Indien u oor enige na-basies kwalifikasies beskik, dui dit in die volgende tabel aan, asook die jaar waarin die kwalifikasie verwerf is.

	Graad	Diploma	Jaar			
a) Onderwys						
b) Admin						
c) Ander (spesifiseer asseblief)						

16 - 24



3. Hoeveel ure per week werk u gewoonlik?

38 uur	1	
40 uur	2	
42 uur	3	
45 uur	4	
Dit wissel weekliks tussen ..... en ..... ure	5	

25

4. Werk u oortyd?

Ja	1	
Nee	2	
Van tyd tot tyd	3	

26

5. Indien "JA" by vraag 4, hoeveel ure per week werk u ongeveer oortyd?  
(Indien dit wissel kan u 'n gemiddeld per maand bereken en dit deur 4 deel.)

--	--	--

27 - 28

6. Neem u werk huistoe?

Ja	1	
Nee	2	
Van tyd tot tyd	3	

29

7. Indien "JA" by vraag 6, wat is die aard van die werk wat u huistoe neem?

Administratief	1	
Opleiding	2	
Ander (spesifiseer asseblief)		

30

8. Hoeveel dae was u gedurende die laaste ses maande van die werk afwesig, hetsy vir watter rede?

Nooit	1	
Een dag (1 dag)	2	
Tussen 2 en 5 dae	3	
Tussen 6 en 10 dae	4	
Tussen 11 en 15 dae	5	
Meer as 15 dae	6	

31

9. Indien u enige dag gedurende die laaste ses maande van die werk afwesig was, wat was die rede(s)?

.....

.....

.....

.....

32

10. Hoeveel jare werk u al in bogenoemde saal/eenheid?

Minder as 5 jaar	1	
Tussen 6 en 10 jaar	2	
Tussen 11 en 15 jaar	3	
Tussen 10 en 15 jaar	4	
Meer as 15 jaar	5	

36

11. Het u die afgelope drie (3) jaar enige bestuursopleiding ontvang?

Ja	1	
Nee	2	

37



12. Indien “**JA**” by vraag 11, wanneer (die jaartal) het u die bestuursopleiding gehad?

Voor 1996	1	
1997	2	
1998	3	
1999	4	

38

13. Indien “**JA**” by vraag 12, het hierdie bestuursopleiding (hetsy intern of ekstern) na u mening, u bestuur van die eenheid/saal verbeter?

Ja	1	
Nee	2	

39

14. Is u tans besig met verdere studies?

Ja	1	
Nee	2	

40

15. Indien “**JA**” by vraag 14, spesifiseer die kursus asseblief.

.....  
 .....

41

16. Het u 'n geskrewe posbeskrywing ontvang met die aanvang van u diens?

Ja	1	
Nee	2	
Kan nie spesifiek onthou	3	

42

17. Hoeveel verpleegpersoneel is gemiddeld onder u toesig per skof?

	GETAL		
Geregistreerde verpleegkundiges			
Ingeskrewe verpleegkundiges			
Ingeskrewe verpleeghulp			
Ander			
<b>TOTAAL</b>			

43-52

18. Indien enige “**ANDER**” personeel onder u toesig is (soos gespesifiseer in vraag 20), noem asseblief kortliks die kategorie waaronder hierdie personeel resorteer:

.....

.....

.....

.....

.....

53



**AFDELING B: BESTUURSAKTIVITEITE**

2

In hierdie vraag word daar 'n aantal bestuursaktiwiteite aan u as geregistreerde verpleegkundige voorgehou. Dui asseblief aan **of die Eenheidsbestuurder** by enige van die bestuursaktiwiteite van die eenheid/saal betrokke is deur **Ja, Nee** of **Nie van toepassing** af te merk. Maak seker dat u by elke vraag 'n **kruisie (x)** gemaak het.

Vraelys- en  
kaartnommer  
1 - 3

## 19. Beplanning

	Ja	Nee	N.v.t
a) Formulering van die eenheid/saal se doelwitte	1	2	3
b) Formulering van verpleegsorg doelwitte	1	2	3
c) Formulering van aksieplanne/programme om gemelde doelwitte te bereik	1	2	3
d) Formulering van verpleegstandaarde	1	2	3
e) Formulering van kerndiensareas	1	2	3
f) Hersiening van personeel evaluering-sisteem	1	2	3
g) Ander (spesifiseer asseblief)			

4 - 10

## 20. Finansiële bestuur

	Ja	Nee	N.v.t
a) Opstel van begrotingsvoorstelle	1	2	3
b) Beplanning van kapitaaluitgawes vir die volgende boekjaar	1	2	3
c) Beplanning van bedryfsuitgawes ten opsigte van:			
c1) skryfbehoeftes	1	2	3
c2) toerusting	1	2	3
c3) medisyne	1	2	3
c4) personeel diensstaat	1	2	3

## 20. Finansiële bestuur (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
c5) salaris aanpassing van personeel	1	2	3
d) Instel van besparingsmaatreëls	1	2	3
e) Adverteer van beskikbare dienste soos bv. Diabeters ondersteuningsgroepe, voorgeboortelike klinieke, ens.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

11 - 20

## 21. Organisasie

	Ja	Nee	N.v.t
a) Organisering van afdienstye vir personeel	1	2	3
b) Werksverdeling deur middel van taaktoewysing	1	2	3
c) Werksverdeling deur middel van pasiënte toewysing	1	2	3
d) Organisering van indiensopleidings- programme	1	2	3
e) Bestel van voorraad	1	2	3
f) Bestel van toerusting	1	2	3
g) Pas 'n deelnemende bestuurstyl toe	1	2	3
h) Pas 'n outokratiese bestuurstyl toe	1	2	3
i) Kommunikasie na hoofde volgens organogram	1	2	3
j) Pas gehalteversekeringsprogramme toe	1	2	3
k) Integrasie van ander dienste in hospitaal om holistiese versorging van pasiënt te verseker (bv. X-strale)	1	2	3
l) Kontinuiteit in pasiënt gesentreerde verpleegsorg	1	2	3
m) Toesighouding deur geregistreeerde verpleegkundige vir pasiëntsorg	1	2	3
n) Reël toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte bv. fisioterapie, dieetkundige.	1	2	3



## 21. Organisasie (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
o) Voorlegging van toepaslike maandelikse statistiek	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

21 - 36

## 22. Leidinggewende aktiwiteite

	Ja	Nee	N.v.t
a) Voorlegging van formele verslae aan verpleegdiensbestuurder, bv. maandverslag, ouditverslag.	1	2	3
b) voorlegging van vorderingsverslae ten opsigte van strategiese plan van saal/eenheid aan personeel tydens maandelikse vergaderings.	1	2	3
c) Toepassing van beleidsveranderinge word stiptelik uitgevoer in eenheid/saal.	1	2	3
d) Maak aanbevelings vir personeel bevorderings.	1	2	3
e) Word dissiplinêre aksies toegepas teen alle kategorieë personeel?	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

37 - 42

## 22. Leidinggewende aktiwiteite (vervolg)

g) Vind enige motivering van personeelontwikkeling deur enige van die volgende plaas?

	Ja	Nee	N.v.t
i) Implementering van hospitaal en saal/ eenheid se induksieprogram vir nuut aangestelde personeel	1	2	3

## 22. Leidinggewende aktiwiteite (vervolg)

- g) Vind enige motivering van personeelontwikkeling deur enige van die volgende plaas?

	Ja	Nee	N.v.t	
ii) Implementering van saal/eenheid se oriëntasie program	1	2	3	
iii) Betrokkenheid van alle personeel in saal/eenheid by opleidings en ontwikkelingsprogramme	1	2	3	
iv) saal/eenheid se verpleegpersoneel toets veiligheidsprogram van spesifieke eenheid	1	2	3	
v) Deurgee van inligting oor infeksiebeheer aan personeel	1	2	3	
vi) Skep van leergeleenthede soos seminare vir personeel	1	2	3	
vii) Skep van leergeleenthede soos informele opleidingsgeleenthede vir personeel	1	2	3	
viii) leierskapsontwikkeling van personeel in saal/eenheid te fasiliteer	1	2	3	
ix) identifisering van potensiële leiers	1	2	3	
h) Ander (spesifiseer asseblief)				

43 - 52

## 23. Probleemoplossing

- a) Noem drie belangrike probleme waarmee die eenheidsbestuurder gekonfronteer word in die eenheid/saal.

(i) .....

(ii) .....

(iii) .....

53 - 55



## 23. Probleemoplossings (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
b) Word data deur die eenheidsbestuurder versameling oor hoe probleemoplossing toegepas word?	1	2	3
c) Word personeeldeelname in probleemoplossing deur die eenheidsbestuurder toegepas?	1	2	3
d) Gebruik die eenheidsbestuurder outokratiese metodes om probleme op te los?	1	2	3
e) Is probleemoplossing deel van die eenheidsbestuurder se dagtaak?	1	2	3
f) is groepdeelname in probleemoplossing belangrik vir die eenheidsbestuurder?	1	2	3
g) Is die eenheidsbestuurder betrokke by navorsingsaktiwiteite ten opsigte van relevante onderwerpe in bestuur van verpleegpraktyk?	1	2	3
h) Word relevante navorsingsbevindings om beplanning en aktiwiteite van eenheid te bevorder deur die eenheidsbestuurder geïmplementeer?	1	2	3
i) Word terugvoering aan personeel van die eenheid/saal ten opsigte van nuwe kennis verkry gedurende bywoning van konferensie/seminare gedoen deur die eenheidsbestuurder?	1	2	3
j) Word data/bevindings deur die eenheidsbestuurder toegepas in eenheid/saal wat gedurende bywoning van konferensies/seminare verkry is?	1	2	3
k) Word organisatoriese beleid konsekwent deur die eenheidsbestuurder toegepas?	1	2	3
l) Tree die eenheidsbestuurder selfhandhawend op teenoor geneeshere?	1	2	3
m) Tree die eenheidsbestuurder selfhandhawend op teenoor die personeel?	1	2	3
n) Ander (spesifiseer asseblief)			

o) Woon u Eenheidsbestuurder kliniese en/of konferensies/seminare by?

	Ja	Nee	N.v.t
i) Kliniese konferensies	1	2	3
ii) Bestuurskonferensies	1	2	3
iii) Kliniese seminare	1	2	3
iv) Bestuurs seminare	1	2	3

17 - 20

p) Indien "JA" by (k) wanneer woon u eenheidsbestuurderdie kliniese en/of bestuurskonferensies/-seminare by?

Maandeliks	1
Sesmaandeliks	2
Jaarliks	3
Tweejaarliks en meer	4

21

24. Kontrole

	Ja	Nee	N.v.t
a) Kontroleer die eenheidsbestuurder die maandelikse finansiële staat teenoor die toegekende begroting?	1	2	3
b) Pas sy voorraad verhalings (onder en oorverhalings) binne finansiële riglyne toe deur daaglikse voorraad tellings	1	2	3
c) Voer sy gesamentlike onderhoude met VDB/adjunk VDB vir aanstelling van nuwe verpleegpersoneel in eenheid/saal	1	2	3
d) Evaluering sy verpleegpersoneel aan die hand van 'n stelsel van prestasiebestuur om bevoegdheidsvlakke te bepaal.	1	2	3
e) Implimenteer sy die beginsel van mentorskap in saal/eenheid om opleiding en ontwikkeling te bevorder.	1	2	3
f) Monitors sy negatiewe insidente en los dit toepaslik op.	1	2	3



## 24. Kontrole (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
g) Evalueer sy pasiëntesorg na toepaslike werksverdeling gedoen is:			
i) 3 uurliks	1	2	3
ii) 6 uurliks	1	2	3
iii) 12 uurliks	1	2	3
h) Monitor sy gehalteverbeteringsprogramme sodat gehalte verpleegsorg plaasvind.	1	2	3
i) Oudit sy van die verpleegrekords sodat wetenskaplik gefundeerde verpleegsorg beoefen word.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

22-33

## 25. Werksverhoudings

	Ja	Nee	N.v.t
a) Daar heers 'n wedersydse verhouding tussen die eenheidsbestuurder en die verpleegpersoneel in die eenheid/saal.	1	2	3
b) Daar is 'n gevoel van wedersydse respek tussen die eenheidsbestuurder en haar direkte hoof.	1	2	3
c) Die verpleegpersoneel dra kennis van wat die rol en funksies van die eenheidsbestuurder behels.	1	2	3
d) Die eenheidsbestuurder respekteer die geregistreerde verpleegkundige se vaardighede.	1	2	3
e) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen die eenheidsbestuurder en die geregistreerde verpleegkundiges.	1	2	3
f) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen die eenheidsbestuurder en die ingeskrewe verpleegkundiges.	1	2	3

## 25. Werksverhoudings (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
g) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen die eenheidsbestuurder en die ingeskrewe verpleeghulp.	1	2	3
h) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen die eenheidsbestuurder en die ingeskrewe verpleeghulp.	1	2	3
i) Die eenheidsbestuurder delegeer maklik take aan die geregistreerde verpleegkundiges.	1	2	3
j) Die eenheidsbestuurder delegeer maklik take aan die ingeskrewe verpleegkundiges.	1	2	3
k) Die eenheidsbestuurder delegeer maklik take aan die ingeskrewe verpleeghulp.	1	2	3
l) Die eenheidsbestuurder is betrokke by die beskikbaarstelling van ondersteuningstelsel vir personeel wat plootgestel word aan etiese probleme bv. Aborsies.	1	2	3
m) Die eenheidsbestuurder is betrokke by die instel van aksies om personeel se moraal te verbeter.	1	2	3
n) Ander (spesifiseer asseblief)			

34 - 47

## 26. Glo u dat die wyse waarop u eenheidsbestuurder die afdeling organiseer, spanwerk tussen die onderskeie eenhede/sale evn ander nie-verpleegkundige afdelings bevorder?

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

48



1. Motiveer u antwoord in vraag 26.

.....  
 .....  
 .....

49

28. Is u van mening dat die eenheidsbestuurder se bestuurskundigheid en vaardigheid voldoende is om haar daaglikse bestuurstake te verrig?

Ja	1	
Nee	2	
Onseker	3	

50

29. Motiveer u antwoord in **vraag 28**.

.....  
 .....  
 .....

51

4

30. Dui aan watter onderstaande aspekte volgens u mening belangrik blyk te wees in die **bestuursopleiding** van eenheidsbestuurder.

1 - 3

	Ja	Nee	N.v.t	
a) Politieke stelsels	1	2	3	
b) Ekonomiese beginsels	1	2	3	
c) Relevante wetgewing	1	2	3	
d) Verskillende leierskapstyle	1	2	3	
e) Interaksie met vakbonde	1	2	3	
f) Besluitnemingsvaardighede	1	2	3	
g) Kommunikasimetodes	1	2	3	
h) Statistiese ontledings	1	2	3	
i) Onderhoudsvoering tegnieke	1	2	3	
j) Implementering van effektiewe verandering	1	2	3	
k) Selfhandhawingsvaardighede	1	2	3	

Vraag 30 (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
l) Onderhandelingsvaardighede	1	2	3
m) Indiensnemingspraktyke	1	2	3
n) Personeevalueringsprosedures	1	2	3
o) Hantering van konflik	1	2	3
p) Skryf van verslae	1	2	3
q) Werkskontrakte opstel	1	2	3
r) Inligtingstelsels	1	2	3
s) Risikobeheer	1	2	3
t) Mentorskap	1	2	3
u) Ander (spesifiseer asseblief)			

4 - 24

31. Skep die privaathospitaal waarin u werksaam is, die geleentheid vir u eenheidsbestuurder om 'n formele bestuursopleidingskursus aan 'n tersiêre opvoedkundige instansie te volg

Ja	1
Nee	2

25

32. Motiveer u antwoord in vraag 31.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

26



33. Die eenheidsbestuurder ervaar haar funksies van 'n eenheid/saal soos volg:

	Ja	Nee	N.v.t	
Stimulerend	1	2	3	
Geroetineerd	1	2	3	
Psigies vermoeiend	1	2	3	
Fisies vermoeiend	1	2	3	

27 - 30

34. Motiveer u antwoord in vraag 33.

.....

.....

.....

.....

31

**BAIE DANKIE VIR U SAMEWERKING**

**BYLAE E**

**VRAELYS AAN DIE VERPLEEGDIENSBESTUURDER**



## VRAELYS 3

**DIE BEPALING VAN STANDAARDE VIR DIE  
BESTUURSPRAKTYK VAN DIE EENHEIDSBESTUURDER IN  
GESELEKTEERDE HOSPITALE**

Slegs vir  
kantoorgebruik

1

Vraelys- en  
kaartnommer  
1 - 3

Hierdie vraelys moet ingevul word deur die **adjunkverpleegdiensbestuurder/verpleegdiensbestuurder** wat optree as die direkte hoof van die eenheidbestuurder in 'n privaathospitaal. Alle inligting sal streng vertroulik hanteer word.

Beantwoord asseblief al die vrae deur 'n **kruisie (x)** in die toepaslike blokkie te maak, of skryf, waar van toepassing in die spasie wat daarvoor voorsiening maak.

**AFDELING A: BIOGRAFIESE GEGEWENS**

1. Dui die basiese kwalifikasies waaroor u beskik en die jaar waarin die kwalifikasie verwerf is aan.

	Graad	Diploma	Jaar			
a) Algemene verpleegkunde						
b) Verloskunde						
c) Psigiatrisse verpleegkunde						
d) Gemeenskapsgesondheid						

4 - 15

2. Indien u oor enige na-basies kwalifikasies beskik, dui dit in die volgende tabel aan, asook die jaar waarin die kwalifikasie verwerf is.

	Graad	Diploma	Jaar			
a) Onderwys						
b) Admin						
c) Ander (spesifiseer asseblief)						

3. Het u die afgelope drie (3) jaar enige bestuursopleiding ontvang?

Ja	1	
Nee	2	

33

4. Indien “**JA**” by vraag 3, wanneer (die jaartal) het u die bestuursopleiding gehad?

Voor 1996	1	
1997	2	
1998	3	
1999	4	

34

5. Indien “**JA**” by vraag 3, wat se tipe bestuursopleiding was dit?

	Ja	Nee	N.v.t	
a) Interne bestuursopleiding deur die werkgewer aangebied	1	2	3	
b) Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting in die vorm van 'n <b>graad</b>	1	2	3	
c) Eksterne bestuursopleiding deur 'n tersiêre opvoedkundige inrigting in die vorm van 'n <b>diploma</b>	1	2	3	

35-37

6. Indien “**JA**” by vraag 5, het hierdie bestuursopleiding (hetsy intern of ekstern) na u mening, u bestuurswerkverrigtinge verbeter?

Ja	1	
Nee	2	

38

7. Motiveer u antwoord in vraag 6.

.....

.....

.....

.....





**AFDELING B: BESTUURSAKTIVITEITE**

In hierdie vraag word daar 'n aantal bestuursaktiwiteite aan u as adjunk-verpleegsterdiensbestuurder voorgehou. Dui asseblief aan of die eenheidsnbestuurder onder u toesig by enige van die bestuursaktiwiteite van die eenheid/saal betrokke is deur **Ja**, **Nee** of **Nie van toepassing** af te merk. Maak seker dat u by elke vraag 'n **kruisie (x)** gemaak het.

2

Vraelys- en  
kaartnommer  
1 - 3

## 12. Beplanning

	Ja	Nee	N.v.t
a) Formulering van strategiese beplanning	1	2	3
b) Formulering van die eenheid/saal se doelwitte	1	2	3
c) Formlering van verpleegsorg doelwitte	1	2	3
d) Formulering van aksieplanne/programme om gemelde doelwitte te bereik	1	2	3
e) Formulering van verpleegstandaarde	1	2	3
f) Formulering van kerndiensareas	1	2	3
g) Hersiening van personeel evaluering-sisteem	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

4 - 10

## 13. Finansiële bestuur

	Ja	Nee	N.v.t
a) Opstel van begrotingsvoorstelle	1	2	3
b) Beplanning van kapitaaluitgawes vir die volgende boekjaar	1	2	3
c) Beplanning van bedryfsuitgawes ten opsigte van:			
c1) skryfbehoeftes	1	2	3
c2) toerusting	1	2	3



## 13. Finansiële bestuur (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
c3) medisyne	1	2	3
c4) personeel diensstaat	1	2	3
c5) salaris aanpassing van personeel	1	2	3
d) Instel van besparingsmaatreëls	1	2	3
e) Adverteer van beskikbare dienste soos bv. diabetiese ondersteuningsgroepe, voorgeboortelike klinieke, ens.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

11 - 19

## 14. Organisasie

	Ja	Nee	N.v.t
a) Organisering van afdienstye vir personeel	1	2	3
b) Werksverdeling deur middel van taaktoewysing	1	2	3
c) Werksverdeling deur middel van pasiënte toewysing	1	2	3
d) Organisering van indiensopleidings- programme	1	2	3
e) Bestel van voorraad	1	2	3
f) Bestel van toerusting	1	2	3
g) Pas "'n deelnemende bestuurstyl toe	1	2	3
h) Pas "'n outokratiese bestuurstyl toe	1	2	3
i) Kommunikasie na hoofde volgens organogram	1	2	3
j) Pas gehalteversekerings programme toe	1	2	3
k) Integrasie van ander dienste in hospitaal om holistiese versorging van pasiënt te verseker (bv. X-strale)	1	2	3
l) Kontinuiteit in pasiënt gesentreerde verpleegsorg	1	2	3
m) Toesighouding deur geregistreerde verpleegkundige vir pasiëntsorg	1	2	3

## 14. Organisasie (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
n) Reël toepaslike ondersteuningsdienste vir pasiënte bv. fisioterapie, dieetkundige.	1	2	3
o) Voorlegging van toepaslike maandelikse statistiek	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

20 - 34

## 15. Leidinggewende aktiwiteite

	Ja	Nee	N.v.t
a) Voorlegging van formele verslae aan verpleegdiensbestuurder, bv. maandverslag, ouditverslag	1	2	3
b) Voorlegging van vorderingsverslae ten opsigte van strategiese plan van saal/eenheid aan personeel tydens maandelikse vergaderings	1	2	3
c) Toepassing van beleidsveranderinge word stiptelik deur die eenheidsbestuurder uitgevoer in eenheid/saal.	1	2	3
d) Die eenheidsbestuurder doen aanbevelings vir personeel bevorderings?	1	2	3
e) Dissiplinêre aksies word deur die eenheidsbestuurder toegepas teen alle kategorieë personeel?	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

35 - 39



## 15. Leidinggewende aktiwiteite (vervolg)

Vind enige motivering van personeelontwikkeling deur enige van die volgende plaas?

	Ja	Nee	N.v.t
i) Implementering van hospitaal en saal/ eenheid se induksieprogram vir nuut aangestelde personeel	1	2	3
ii) Implementering van saal/eenheid se oriëntasie program	1	2	3
iii) Betrokkenheid van alle personeel in saal/ eenheid by opleidings en ontwikkelingsprogramme	1	2	3
iv) saal/eenheid se verpleegpersoneel toets veiligheidsprogram van spesifieke eenheid	1	2	3
v) Deurgee van inligting oor infeksiebeheer aan personeel	1	2	3
vi) Skep van leergeleenthede soos seminare vir personeel	1	2	3
vii) Skep van leergeleenthede soos informele opleidingsgeleenthede vir personeel	1	2	3
viii) leierskapsontwikkeling van personeel in saal/eenheid te fasiliteer	1	2	3
ix) identifisering van potensiële leiers	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

40 - 48

## 16. Probleemoplossing

a) Noem drie belangrike probleme waarmee u gekonfronteer word deur die eenheidsbestuurder oor haar eenheid/saal.

(i) .....

(ii) .....

(iii) .....

49 - 51

## n) Probleemoplossings (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t	
b) Word data deur die eenheidsbestuurder versameling oor hoe probleemoplossing toegepas word?	1	2	3	
c) Word personeeldeelname in probleemoplossing deur die eenheidsbestuurder toegepas?	1	2	3	
d) Gebruik die eenheidsbestuurder 'n outokratiese metode om probleme op te los?	1	2	3	
e) Is probleemoplossing deel van die eenheidsbestuurder se dagtaak?	1	2	3	
f) Is groepdeelname belangrik vir die eenheidsbestuurder in probleemoplossing?	1	2	3	
g) Is die eenheidsbestuurder betrokke by navorsingsaktiwiteite ten opsigte van relevante onderwerpe in bestuur van verpleegpraktyk	1	2	3	
h) Word relevante navorsingsbevindings om beplanning en aktiwiteite van eenheid te bevorder deur die eenheidsbestuurder geïmplementeer?	1	2	3	
i) Word data/bevindings deur die eenheidsbestuurder toegepas in eenheid/saal wat gedurende bywoing van konferensie/seminare verkry is?	1	2	3	
j) Word organisatoriese beleid konsekwent deur die eenheidsbestuurder toegepas?	1	2	3	
k) Tree die eenheidsbestuurder selfhandhawend teenoor geneeshere op?	1	2	3	
l) Tree die eenheidsbestuurder selfhandhawend teenoor personeel op?	1	2	3	
m) Ander (spesifiseer asseblief)				



- o) Woon u eenheidsbestuurder kliniese en/of bestuurskonferensies/seminare by?

	Ja	Nee	N.v.t
i) Kliniese konferensies	1	2	3
ii) Bestuurskonferensies	1	2	3
iii) Kliniese seminare	1	2	3
iv) Bestuurs seminare	1	2	3

15-17

- p) Indien “**JA**” by (k) wanneer woon u eenheidsbestuurder die kliniese en/of bestuurs-konferensies/seminare by?

Maandeliks	1
Sesmaandeliks	2
Jaarliks	3
Tweejaarliks en meer	4

18

## 17. Kontrole

	Ja	Nee	N.v.t
a) Kontroleer die eenheidsbestuurder die maandelikse finansiële state teenoor die toegekende begroting?	1	2	3
b) Pas die eenheidsbestuurder voorraad verhalings (onder en oorverhalings) binne finansiële riglyne toe deur daaglikse voorraad tellings?	1	2	3
c) Voer die eenheidsbestuurder gesamentlike onderhoude met VDB/adjunk VDB vir aanstelling van nuwe verpleegpersoneel in eenheid/saal?	1	2	3
d) Evaluering sy verpleegpersoneel aan die hand van 'n stelsel van prestasie-bestuur om bevoegdheidsvlakke te bepaal.	1	2	3
e) Implimenteer sy die beginsel van mentor-skap in saal/eenheid om opleiding en ontwikkeling te bevorder.	1	2	3

## 17. Kontrole (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
f) Monitor negatiewe insidente en los toepaslik op.	1	2	3
g) Evalueer sy pasiëntesorg na toepaslike werksverdeling gedoen is?			
i) 3 uurliks	1	2	3
ii) 6 uurliks	1	2	3
iii) 12 uurliks	1	2	3
h) Die eenheidsbestuurder monitor dat verpleegsorg wat gelewer word deur verskillende kategorieë verpleegkundiges binne die bestek van hul praktyk plaasvind.	1	2	3
i) Oudit van verpleegrekords sodat wetenskaplik gefundeerde verpleegsorg beoefen word.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

19 - 29

## 18. Werksverhoudings

	Ja	Nee	N.v.t
a) Daar heers 'n wedersydse verhouding tussen my en die eenheidsbestuurder in die eenheid/sale.	1	2	3
b) Daar is 'n gevoel van wedersydse respek tussen my en die eenheidsbestuurder in die eenheid/sale.	1	2	3
c) Ek dra kennis van wat die rol en funksies van die eenheidsbestuurder behels.	1	2	3
d) Ek respekteer die eenheidsbestuurder se vaardighede.	1	2	3
e) Ek ervaar 'n gevoel van konflik tussen my en die eenheidsbestuurder.	1	2	3



## 18. Werksverhoudings (vervolg)

	Ja	Nee	N.v.t
f) Is dit dikwels vir die eenheidsbestuurder nodig om indien daar konflik is, dit na hoër gesag te verwys?	1	2	3
g) Die eenheidsbestuurder verleen hulp in die beskikbaarstelling van ondersteuningstelsel vir personeel wat plootgestel word aan etiese probleme bv. Aborsies	1	2	3
h) Die eenheidsbestuurder verleen hulp aan die instel van aksies om personeel se moraal te verbeter.	1	2	3
h) Ander (spesifiseer asseblief)			

41

## 19. Glo u dat die wyse waarop u eenheidsbestuurder die afdeling organiseer, spanwerk tussen die onderskeie eenhede/sale en ander nie-verpleegkundige afdelings bevorder?

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

42

## 20. Motiveer u antwoord in vraag 19.

.....

.....

.....

43

## 22. Is u van mening dat die eenheidsbestuurder se bestuurskundigheid en vaardigheide voldoende is om jaar daaglikse bestuurstake te verrig?

Ja	1
Nee	2
Onseker	3

44

22. Motiveer u antwoord in **vraag 21**.

.....

.....

.....

45

4

23. Dui aan watter onderstaande aspekte volgens u mening belangrik blyk te wees in die **bestuursopleiding** van eenheidsbestuurder

Vraelys- en  
kaartnommer  
1 - 3

	Ja	Nee	N.v.t
a) Politieke stelsels	1	2	3
b) Ekonomiese beginsels	1	2	3
c) Relevante wetgewing	1	2	3
d) Verskillende leierskapstyle	1	2	3
e) Interaksie met vakbonde	1	2	3
f) Besluitnemingsvaardighede	1	2	3
g) Kommunikasimetodes	1	2	3
h) Statistiese ontledings	1	2	3
i) Onderhoudsvoering tegnieke	1	2	3
j) Implementering van effektiewe verandering	1	2	3
k) Selfhandhawingsvaardighede	1	2	3
l) Onderhandelingsvaardighede	1	2	3
m) Indiensnemingspraktyke	1	2	3
n) Personeevalueringsprosedures	1	2	3
o) Hantering van konflik	1	2	3
p) Skryf van verslae	1	2	3
q) Werkskontrakte opstel	1	2	3
r) Inligtingstelsels	1	2	3
s) Risikobeheer	1	2	3
t) Mentorskap	1	2	3
u) Ander (spesifiseer asseblief)			



24. Skep die privaathospitaal waarin u werksaam is, die geleentheid vir u eenheidsbestuurder om 'n formele bestuursopleidingskursus aan 'n tersiêre opvoedkundige instansie te volg

Ja	1	
Nee	2	

24

26. Motiveer u antwoord in vraag 24.

.....

.....

.....

.....

25

26. Die eenheidsbestuurder ervaar haar funksies van 'n eenheid/saal soos volg:

	Ja	Nee	N.v.t	
Stimulerend	1	2	3	
Geroetineerd	1	2	3	
Psigies vermoeiend	1	2	3	
Fisies vermoeiend	1	2	3	

26

27. Motiveer u antwoord in vraag 26.

.....

.....

.....

.....

27

28. My daaglikse aktiwiteite is hoofsaaklik ...

Bestuursgerig	1	
Pasiënt/kliënt gesentreerd	2	

28