

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**UPORABA TEORIJE IZMENJAVE VODJA-SLEDILEC
NA PRIMERU IZBRANIH BOLNIŠNIC V SLOVENIJI**

Ljubljana, september 2019

TJAŠA BORŠNAK

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Tjaša Boršnak, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Uporaba teorije izmenjave vodja-sledilec na primeru izbranih bolnišnic v Sloveniji, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko doc. dr. Alešo Sašo Sitar.

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 VODENJE.....	4
1.1 Opredelitev vodenja.....	4
1.1.1 Vloga vodje	4
1.1.2 Moč in vpliv	6
1.1.3 Stili vodenja.....	6
1.1.4 Teorije vodenja	7
1.2 Teorija izmenjave vodja-sledilec	9
1.2.1 Umestitev in pregled razvoja teorije.....	9
1.2.2 Opredelitev odnosa vodja-sledilec.....	12
1.2.3 Stopnje razvoja odnosa vodja-sledilec	13
1.2.4 Prvine izmenjave v odnosu vodja-sledilec	13
1.2.5 Koristi kakovostnega odnosa vodja-sledilec	18
2 VODENJE V ZDRAVSTVU	19
2.1 Zdravstvo in njegova vloga v družbi.....	19
2.2 Zdravstveni zavodi v Sloveniji.....	20
2.3 Vodenje zaposlenih v zdravstvu	21
2.3.1 Vodenje strokovnjakov.....	24
2.3.2 Strokovnjak kot vodja.....	25
2.3.3 Izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu	25
3 RAZISKAVA.....	27
3.1 Opredelitev metode raziskovanja.....	27
3.2 Polstrukturirani poglobljeni intervju	28
3.3 Predstavitev intervjuvancev.....	29
3.4 Potek in izvedba intervjujev	30
3.5 Predstavitev vprašalnika	30
3.6 Potek analize podatkov.....	33
3.7 Rezultati raziskave.....	34
3.7.1 Vodenje zaposlenih v zdravstvu z vidika odnosa med vodjo in zaposlenimi	34
3.7.2 Koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu.....	40

3.7.3	Ključne prvine izmenjave v odnosu med vodjo in podrejenimi v zdravstvu	42
3.7.4	Izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu	44
3.7.5	Predlogi za izboljšave na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu	48
4	DISKUSIJA	50
4.1	Odgovori na raziskovalna vprašanja in interpretacija rezultatov raziskave	50
4.2	Omejitve raziskave	56
4.3	Predlogi in priporočila za prihodnje raziskovanje	57
	SKLEP	57
	LITERATURA IN VIRI	59
	PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pristopi k vodenju	9
Tabela 2: Vprašanja za analizo sklop I	31
Tabela 3: Vprašanja za analizo sklop II	32
Tabela 4: Vprašanja za analizo sklop III	32
Tabela 5: Vprašanja za analizo sklop IV	33
Tabela 6: Ključne prvine izmenjave po mnenju intervjuvancev	43

KAZALO SLIK

Slika 1: Vrste znanj po nivojih ravnanja	5
Slika 2: Ohajski vodstveni kvadrat	7
Slika 3: Stopnje razvoja teorije izmenjave vodja-sledilec	11
Slika 4: Prvine izmenjave v odnosu vodja-sledilec	16

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Vprašanja za poglobljeni intervju s predstojnikom oddelka	1
Priloga 2: Vprašanja za poglobljeni intervju s podrejenim	2
Priloga 3: Dodatek k vprašalniku za intervju	3

UVOD

Vodenje avtorji različno opredeljujejo (Rozman & Kovač, 2012). Če povzamemo opredelitve, ki so nastale tekom različnih obdobj raziskovanja tega področja, lahko vodenje opredelimo kot razmerje in proces vplivanja vodje na ostale člane združbe z glavnim namenom, da dosežejo vnaprej določene cilje (Rozman & Kovač, 2012).

Področje vodenja sodi med najbolj raziskovana področja (Daft, 2015). Skozi zgodovino proučevanja področja vodenja so se oblikovale različne teorije. Ene izmed prvih so bile teorije, ki so temeljile na vrednotenju lastnosti vodij ter vedenjske teorije vodenja, ki so uspešno vodenje opisovale s ključnimi ravnanji posameznika v tej vlogi. Sledil je razvoj situacijskih teorij vodenja, ki predpostavljajo, da je način vodenja določen s situacijo in da je uspeh vodenja odvisen od razmerja med situacijo, vodjo in vodenimi (Yukl, 2010). Kasneje so se razvile teorije vplivanja, ki proces vodenja razumejo kot proces vplivanja med vodjo in sledilci, ter relacijske teorije, ki izpostavljajo dvosmernost procesa vodenja, ki deluje ne le od vodje k sledilcu, ampak tudi v obratni smeri. V zadnjem času v ospredje prihaja teorija izmenjave vodja-sledilec (angl. leader-member exchange theory), ki za uspešno vodenje izpostavlja pomen odnosov med vodjo in njegovimi sledilci (Daft, 2015).

Teorija izmenjave vodja-sledilec je teorija individualiziranega vodenja, ki temelji na predpostavki, da vodja s svojimi posameznimi sledilci tvori individualne odnose, pri čemer ne oblikuje enakovrednih odnosov z vsemi svojimi posameznimi sledilci. Vodja glede na stopnjo kakovosti odnosa s posameznim sledilcem izbira primeren način vodenja, ki temelji na individualiziranem stilu vodenja do vsakega posameznika (Daft, 2015). Teorija opisuje razvoj odnosa preko posameznih faz, pri čemer stopnja izmenjave med vodjo in sledilcem postopno narašča in vodi do izgradnje odnosa na višjem nivoju z visoko stopnjo medsebojnega vpliva. Cilj je namerno razvijati čim višjo stopnjo povezanosti med vodjo in njegovimi sledilci za učinkovitejše doseganje skupnih ciljev (Bauer & Erdogan, 2015). Teorija se je sprva nanašala predvsem na razlike v kakovosti odnosa vodij do svojih sledilcev in ločevanje sledilcev na dve skupini, na bolj oziroma na manj kakovostne odnose, kasnejše študije pa so se začele osredotočati na vpliv stopnje kakovosti odnosov med vodjo in sledilci na rezultate vodenja posameznih sledilcev in tudi širše na vodenje skupin sledilcev (Anand, Hu, Liden & Vidyarthi, 2011). Študije kažejo, da je razvoj odnosa odvisen od načina in uspešnosti izmenjave t.i. prvin med vodjo in sledilcem (Maslyn & Uhl-Bien, 2001) in pomembno vpliva na uspešnost vodenja (Wilson, Sin & Conlon, 2010) ter na uspešnost sledilcev pri opravljanju njihovih delovnih nalog, to pa posledično vpliva na uspešnost pri doseganju ciljev celotnih združb (Dhir & Shukla, 2013).

Teorijo izmenjave vodja-sledilec lahko uporabimo pri analizi vodenja v različnih združbah, tudi združbah na specifičnih strokovnih področjih, kot je zdravstvo. Številni avtorji opozarjajo, da se določenim strokovnim področjem z vidika vodenja v današnjem času

posveča premalo pozornosti, eno takšnih je tudi zdravstvo (Price-Dowd, 2015). Raziskave kažejo na izredno pomanjkanje zavedanja pomena uspešnega vodenja v zdravstvu in opozarjajo, da se vodenje v tej specifični stroki jemlje kot preveč samoumevno (Imison & Giordano, 2009). Zdravstvo je specifično področje, ki se nenehno razvija, postaja vedno bolj kompleksno in vodjem prinaša vedno več izzivov. Vodenje v zdravstvu je specifično predvsem z dveh vidikov: gre za vodenje visoko strokovnega kadra, hkrati pa je v vlogo vodje postavljen posameznik, ki je tudi sam strokovnjak na področju zdravstvene stroke. Vodja se mora zavedati specifik vodenja v zdravstvenem okolju, zavedati se mora pomena ustreznega delovnega okolja za svoje podrejene in znati to zagotavljati (Peters & King, 2012). Novodobni vodja v zdravstvu mora zato za uspešno doseganje ciljev svoj način vodenja prilagajati spremembam v stroki, pri čemer je potreben premik od tradicionalnega k novim pristopom vodenja (Lee, 2010). Ustrezen pristop k vodenju je ključnega pomena za doseganje ciljev zdravstvenih delavcev (Dorgan in drugi, 2010). Študije kažejo, da vodenje pomembno vpliva na kakovost opravljanja zdravstvenih storitev in posledično to vpliva tudi na zdravstveno stanje in zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev (Rotenstein, Sadun & Jena, 2018).

Problematika vodenja zaposlenih se pojavlja tudi v slovenskih bolnišnicah. Raziskave kažejo, da v slovenskem zdravstvu ni razvitega profesionalnega vodenja (Martinčič & Biloslavo, 2017).

Namen magistrskega dela je opozoriti na izzive pri vodenju sodelavcev, s katerimi se srečajo posamezniki v zdravstvu, ko zasedejo mesto vodje oddelka. S prevzemom te funkcije zdravstveni delavec poleg odgovornosti za opravljanje svojega strokovnega dela sprejme tudi odgovornost za delovanje celotnega oddelka, ki ga prevzema pod svoje vodstvo. Postane odgovoren za vodenje ljudi, prevzame odgovornost za odnose, motiviranost, povezanost, sodelovanje, reševanje konfliktov. Postane odgovoren za delovanje vseh članov oddelka. Zavedanje pomena vloge vodje, specifičnosti izzivov, ki jih ta vloga prinaša (med katerimi se v tem magistrskem delu posvečam medčloveškim izzivom ali vlogam vodje), in posredno potrebnih znanj ter spretnosti je ključ za pripravljenost na vlogo vodje in njeno uspešno opravljanje. Vodjem oddelkov v bolnišnicah želim osvetliti vlogo vodje, njihove izzive in podati predloge, kako se z njimi spopadati, z namenom uspešnejšega vodenja zaposlenih v zdravstvu, večjega zadovoljstva zaposlenih in opravljanja kakovostnih zdravstvenih storitev, kar pa pomembno vpliva na zadovoljstvo in zdravje uporabnikov zdravstvenega sistema ter na kakovostno zdravstveno oskrbo v državi.

Cilj magistrskega dela je s pomočjo teorije izmenjave vodja-sledilec ovrednotiti odnos med vodjami oddelkov v bolnišnicah in njihovimi podrejenimi ter podati smernice za razvoj odnosov med vodjo in njegovimi podrejenimi za uspešno vodenje.

Podporni cilji teoretičnega dela so predstavitev vodenja, stilov vodenja in teorij vodenja, predstavitev teorije izmenjave vodja-sledilec ter prikaz in opredelitev vodenja zaposlenih v zdravstvu. Podporni cilji empiričnega dela so s kvalitativno raziskavo pridobiti vpogled v odnose med vodjami oddelkov v slovenskih bolnišnicah in njihovimi podrejenimi ter podati usmeritve za razvoj odnosov med vodjo in podrejenimi za boljše sodelovanje in učinkovitejše vodenje.

Raziskovalna vprašanja:

- Kako vodje v zdravstvu in njihovi podrejeni gradijo kakovostne odnose in kako vodje v zdravstvu vodijo svoje zaposlene?
- Kakšne so koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu?
- Katere prvine izmenjave so ključnega pomena za kakovosten odnos med vodjo in podrejenimi v zdravstvu?
- Kaj so najpogostejši izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu?
- Kako se spopadati z izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu?

Magistrsko delo je razdeljeno na teoretični in empirični del. Teoretični del temelji na pregledu strokovne literature na področju vodenja s poudarkom na opredelitvi in umestitvi teorije izmenjave vodja-sledilec. Pregledu literature na področju vodenja sledi umestitev te problematike na področje zdravstva s pomočjo pregleda dosedanjih raziskav na področju vodenja v zdravstvu s poudarkom na odnosu vodja-sledilec. Teoretični okvir in pregled strokovne literature na področju vodenja služi kot osnova za empirični del magistrskega dela.

Empirični del temelji na kvalitativni raziskavi vodenja zaposlenih v zdravstvu. Ugotavljanje pristopov vodenja v zdravstvu je bilo z vidika razvoja in kakovosti odnosov med vodji in njihovimi podrejenimi izvedeno s pomočjo poglobljenega polstrukturiranega intervjuja. Izbrana raziskovalna metoda je omogočila vpogled v odnos med vodji in njihovimi podrejenimi, kako razvijajo odnose ter kako stopnja odnosa vpliva na vodenje. Omogočila je razčlenitev odnosov, poglobitev v dojemanje pomena odnosov pri vodenju zaposlenih v zdravstvu. Prva faza raziskovanja je zajemala oblikovanje vprašalnikov na podlagi teoretičnih ugotovitev prvega dela magistrskega dela in na podlagi izsledkov raziskav vodenja v zdravstvu. Sledila je druga faza, faza intervjuvanja. Intervju je bil izpeljan pri izbranih intervjuvancih, pri čemer so intervjuvanci zaposleni na oddelkih v izbranih slovenskih bolnišnicah. Empirični del magistrskega dela zajema opredelitev metode raziskovanja, predstavitev poteka kvalitativne raziskave, analizo podatkov in rezultate raziskave. Sledi interpretacija rezultatov raziskave, predstavitev omejitev raziskave in priporočila za prihodnje raziskovanje. Na koncu so zbrani glavni sklepi celotnega dela, sledi seznam literature in virov ter priloge.

1 VODENJE

1.1 Opredelitev vodenja

Vodenje (angl. leadership) je kompleksen pojav, ki ga avtorji različno opredeljujejo. Terminologija na tem področju je zelo specifična in je opredelitev ter razumevanj vodenja skoraj toliko, kot je avtorjev, ki o njem raziskujejo in pišejo (Rozman & Kovač, 2012). Kljub temu so si opredelitve v veliki meri podobne. Lipovec (1987, str. 286) je vodenje opredelil kot spretnost vplivanja na ostale ljudi s komuniciranjem, da bi sodelovali v smeri doseganja cilja podjetja. Rozman in Koletnik (1993, str. 201) sta vodenje opredelila kot vplivanje na obnašanje in delovanje posameznika ali skupine v podjetju in s tem usmerjanje njihovega delovanja k postavljenim ciljem podjetja. Yukl (2010, str. 12) vodenje opredeli kot proces, v katerem ena oseba vpliva na ostale tako, da dosežejo določen cilj. Podobno Northouse (2003, str. 3) vodenje opredeljuje kot proces, v katerem posameznik vpliva na skupino posameznikom z namenom, da dosežejo skupni cilj.

Če povzamemo opredelitve, ki so nastale tekom različnih obdobij raziskovanja tega področja, lahko vodenje opredelimo kot razmerje in proces vplivanja vodje na ostale člane združbe z glavnim namenom, da dosežejo vnaprej določene cilje (Rozman & Kovač, 2012).

1.1.1 Vloga vodje

Vloga vodje je vplivati na zaposlene, jih usmerjati in motivirati z namenom, da dosežejo zastavljene cilje (Yukl, 2010). Vodja vpliva na interpretacijo dogodkov, izbiro ciljev in strategij za doseg zastavljenih ciljev, organizacijo delovnih aktivnosti, motivacijo ljudi za doseganje ciljev, vpliva na gradnjo in vzdrževanje sodelovanja vodenih, razvoj spretnosti in zaupanja vodenih ter pridobivanje njihove podpore, vse z glavnim namenom, da skupaj dosežejo zastavljene cilje (Yukl, 2010).

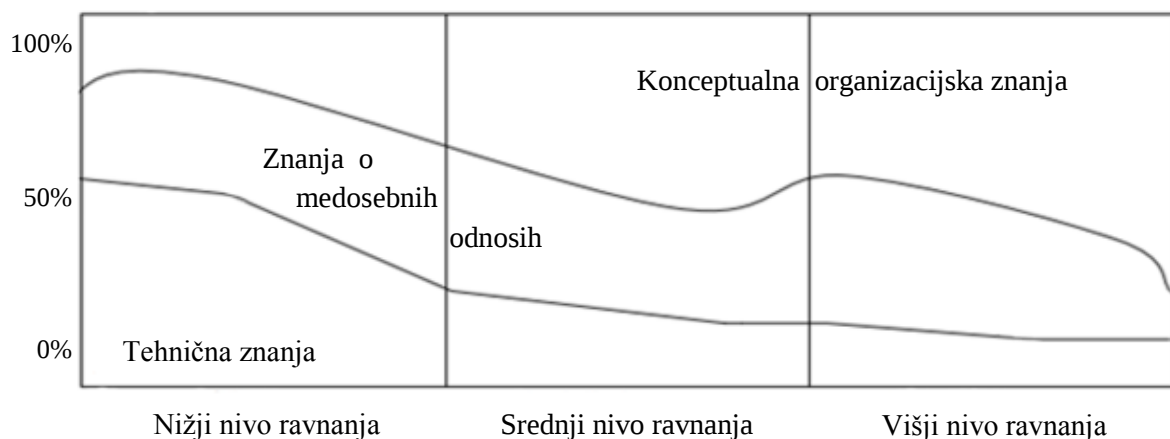
Vloga vodje je umeščanje in povezovanje ljudi (Sadler, 1997). Vodja opravlja t.i. medosebno vlogo, skrbi za medosebne odnose med zaposlenimi (Možina, 1994). Vodja lahko na medosebne odnose vpliva preko svojega vpliva na dejavnike, ki vplivajo na medosebne odnose: norme, razvitost demokratičnih aktivnosti, informiranost, komunikacija, kultura zaposlenih, stopnja strokovnega, splošnega in osebnega znanja zaposlenih, stopnja delovne morale, stopnja zaupanja ipd. (Možina, 1994). Uspeh vodij pri povezovanju je močno odvisen od uspešnosti komunikacije. Komunikacija je proces prenosa informacij z medsebojnim sporazumevanjem, pri čemer je za uspešno komunikacijo značilno, da prejemnik interpretira poslan namen, misli ali izgovorjene besede tako, kot jih je nameraval sporočiti pošiljatelj. Dober vodja mora poznati potek komunikacije, morebitne ovire pri komuniciranju in biti večč načinov za uspešno

komuniciranje v združbi (Možina, 1994). Vloga vodje je tudi motiviranje. Motivacija je sredstvo za doseganje ciljev, je element, zaradi katerega ljudje ob določenih sposobnostih in znanju delajo. Glavni dejavniki, ki vplivajo na motivacijo, so individualne razlike med zaposlenimi, lastnosti dela in organizacijska praksa in vodja mora pri svojih pristopih vodenja upoštevati vse dejavnike in ugotoviti, kaj njegove zaposlene pri delu najbolj motivira (Možina, 1994).

Vloga vodje se običajno prepleta še z ostalimi vlogami ravnanja. Ravnanje zajema tako vodenje kot tudi planiranje, organiziranje in kontrolo, pri čemer se te štiri funkcije med seboj prepletajo in so glede na raven ravnanja različno poudarjene. Višji nivoji ravnanja v ospredje postavljajo predvsem planiranje in organiziranje, nižji pa se osredotočajo na vodenje in odnose s podrejenimi (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993, str. 73).

Newstrom in Davis (1993, str. 224) poudarjata, da so vodenje, prav tako pa znanja in sposobnosti za vodenje pomembno odvisni od nivoja ravnanja. Ločujeta tri vrste znanj in jih razvrščata po različnih nivojih ravnanja: tehnična znanja, znanja o medosebnih odnosih in konceptualna organizacijska znanja. Nižji nivoji ravnanja zahtevajo predvsem tehnična znanja, višji pa večjo mero znanj o medosebnih odnosih in organizacijska konceptualna znanja, kar prikazuje Slika 1. Tehnična znanja so znanja s področja stroke in vodji omogočajo poznavanje ter razumevanje delovnih nalog, procesa dela in morebitnih omejitev. Na podlagi teh znanj lahko vodja postavlja realno uresničljive cilje in strategije za njihovo realizacijo. Znanja o medosebnih odnosih so znanja, ki vodji omogočajo uspešno delo z ljudmi. Med ključna znanja o medosebnih odnosih sodijo sposobnost komunikacije, motiviranja, spodbujanja, usmerjanja, reševanja konfliktov, pri čemer so osnova dostopnost in zavedanje ter pripravljenost na gradnjo dobrih medosebnih odnosov na delovnem mestu. Kot konceptualna znanja pa so opredeljene sposobnosti kritičnega, ustvarjalnega, etičnega in refleksivnega mišljenja, ki vlivajo vodji prepričanje vase, da stoji za svojimi odločitvami, se zaveda svoje vrednosti in je pripravljen na različna tveganja.

Slika 1: Vrste znanj po nivojih ravnanja



Povzeto in prirejeno po Newstrom & Davis (1993).

1.1.2 Moč in vpliv

Vodja pri opravljanju svoje vloge uporablja t.i. moč oziroma vpliv. Moč je zmožnost vplivati in usmerjati posameznika, skupino, organizacijo k postavljenim ciljem in se izraža z vplivom. Vodja lahko svojo moč črpa iz različnih virov, pomembno pa je, da se zaveda, kdaj in kako svojo moč uporabljati (Možina in drugi, 2002).

Ločimo več vrst moči: legitimna moč, moč nagrajevanja, moč pritiska, ekspertna moč in referenčna moč. Legitimna moč izvira iz uradnega, formalnega položaja vodje v hierarhični ureditvi organizacije. Moč nagrajevanja izvira iz zmožnosti vodje, da svoje podrejene nagraduje, medtem ko moč pritiska izvira iz bojazni podrejenih pred kaznijo. Ekspertna moč izhaja iz strokovnega znanja vodje, referenčna pa izvira iz identifikacije podrejenih s svojo vodjo. Za uspešno vodenje je potrebna uporaba vseh vrst moči glede na situacijo in okoliščine, pri čemer je uspešnost odvisna predvsem od tega, kako in v kolikšni meri se zna vodja odločati, katero moč oziroma kombinacijo moči uporabiti (Možina in drugi, 2002).

1.1.3 Stili vodenja

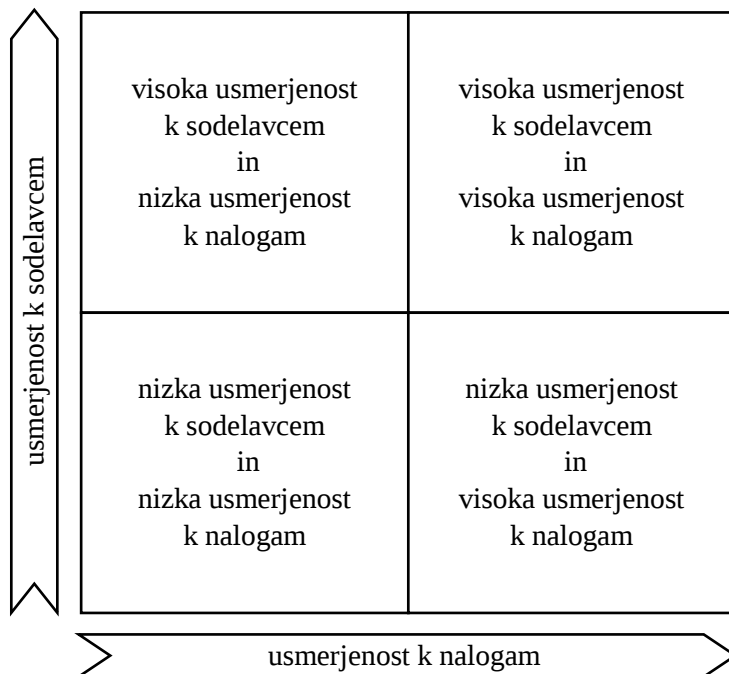
Stil vodenja lahko opredelimo kot razmeroma trajen vzorec vplivanja vodje na ljudi z namenom vzajemnega doseganja postavljenih ciljev. Stil tako predstavlja določen vzorec vedenja, ki ga vodja uporablja, ko vodi ljudi (Rozman & Kovač, 2012).

Poznamo več različnih stilov vodenja. Ločimo avtokratični in demokratični stil vodenja, ki temeljita na t.i. enodimenzionalnem prikazu vedenja vodje in se med seboj izključujeta. Pri avtokratskem stilu vodenja vodja usmerja, vodi svoje podrejene na podlagi svojega hierarhičnega položaja. Takšno vodenje je običajno primerno le v kriznih situacijah, drugače pa pogosto vodi do napetosti in do slabših rezultatov. Na drugi strani pa demokratični stil vodenja temelji na skupnemu oblikovanju idej, na sodelovanju podrejenih pri sprejemanju skupnih odločitev. Vodja se v tem primeru opira na svojo statusno, strokovno in osebnostno avtoriteto (Rozman & Kovač, 2012).

Stili vodenja se ločujejo tudi glede na usmerjenost vodje k sodelavcem oziroma na usmerjenost k nalogam. Usmerjenost k sodelavcem poudarja pomen medosebnih odnosov med vodjo in njegovimi sledilci pri opravljanju delovnih nalog. Vodja v tem primeru obravnava svoje podrejene kot osebe z lastnimi cilji, potrebami in osebnostnim razvojem. Usmerjenost k rezultatom pa poudarja pomen nalog, ciljev in rezultatov dela in so podrejeni s strani vodje obravnavani kot sredstvo za doseganje postavljenih ciljev. Slika 2 na strani 7 prikazuje Ohajski vodstveni kvadrat dvodimenzionalnosti usmerjenosti vodje k nalogam in k sodelavcem, pri čemer je razvidno, da je lahko vodja usmerjen hkrati tako k nalogam kot tudi k sodelavcem. Ohio študije kažejo, da je najuspešnejši vodstveni stil tisti, ki se nahaja v zgornjem desnem kvadratu in združuje visoko usmerjenost tako k

sodelavcem kot tudi nalogam, kasnejše študije pa so pokazale, da se predvsem v kritičnih situacijah vodje bolj usmerjajo k nalogam in ne toliko k zaposlenim in da je usmerjenost vodje predvsem odvisna od situacije (Rozman & Kovač, 2012).

Slika 2: Ohajski vodstveni kvadrat



Povzeto in prirejeno po Rozman & Kovač (2012).

1.1.4 Teorije vodenja

Skozi zgodovino so se oblikovale različne teorije na področju vodenja. Teorije vodenja lahko razdelimo na štiri večje sklope (Northouse, 2003):

- teorije vodenja v odvisnosti od lastnosti vodje,
- vedenjske teorije vodenja,
- situacijske teorije vodenja,
- novejšje teorije vodenja.

Ene prvih teorij na področju vodenja so bile teorije, ki so temeljile na vrednotenju lastnosti vodij. Avtorji na tem področju navajajo več osebnih značilnosti in lastnosti vodij, ki so potrebne v procesu vodenja. To so ambicioznost, ciljna vztrajnost, želja po vodenju, sposobnost odločanja, motiviranja, uporabe avtoritete, samozavest, čustvena stabilnost, poštenost in osebna integriteta. Danes velja, da osebnostne lastnosti v manjši meri opredeljujejo usposobljenost vodij za vodenje, poleg osebnostnih lastnosti so pomembna še specifična znanja in sposobnosti na področju vodenja (Northouse, 2003).

Sledil je razvoj t.i. vedenjskih teorij vodenja. Številni avtorji so proučevali vedenjske lastnosti vodij in ugotovili, da se vodje razlikujejo glede na svojo usmerjenost bodisi na zaposlene, bodisi na delo ali pa na doseganje rezultatov. Mednje sodijo tudi ohajske študije, ki so vodenje delile na usmerjenost k nalogam in usmerjenost k nalogam. Izkazalo se je, da takšni dvodimenzionalni modeli ne upoštevajo situacijskih dejavnikov ter njihove interakcije z osebnostnimi značilnostmi vodje (Yukl, 2010).

Sčasoma so se razvijali čedalje kompleksnejši modeli vodenja z namenom določitve ključnih dejavnikov vodenja. Posledica je bil nastanek situacijske teorije vodenja. Situacijska teorija vodenja vsebinsko ne predstavlja novih načinov vodenja, ampak poudarja, da je način vodenja določen s situacijskimi dejavniki in predpostavlja, da je uspeh vodenja odvisen od razmerja med situacijo, vodjo in vodenimi. Ključna ugotovitev po tej teoriji je, da različne skupine in situacije zahtevajo različen stil vodenja, pri čemer je uspešnost in učinkovitost vodenja odvisna od sposobnosti posameznega vodje, da dano situacijo prepozna in upošteva značilnosti skupine in njegove sposobnosti za prilagajanje stila vodenja razmeram v dani situaciji (Fiedler, 1967).

V 80. letih prejšnjega stoletja so v ospredje prišle novejšje teorije vodenja in novi pristopi k vodenju. Izstopajo transakcijsko, transformacijsko in karizmatično vodenje. Transakcijsko vodenje je klasično vodenje, pri katerem se vodja striktno drži pravil in gradi na lastnem interesu, ciljeh tako, da od zaposlenih zahteva izpolnitev delovnih nalog in jih pri tem ustrezno nagradi oziroma kaznuje (Možina in drugi, 2002). Drugi način vodenja, ki je precej aktualen v sodobnem poslovnem svetu, je transformacijsko vodenje. To je vodenje, pri katerem vodja zaposlene spodbuja k idealom in moralnim vrednotam, ki naj bi jih navdušile za premagovanje težav pri delu. Transformacijski vodje vodijo z motiviranjem, lastnim zgledom, inspiracijo in spodbujajo k večjim, korenitim spremembam. Gre za vodenje, ki je podobno karizmatičnemu vodenju. To pa je način vodenja, ki ga novejšje teorije opisujejo kot vodenje, pri katerim imajo lastnosti in vedenje vodje izredni pomen za njegove privrženke. Karizmatičen vodja ima vizijo, ki je drugačna od obstoječe, ima posebne, neobičajne načine za doseganje vizije, izžareva samozaupanje, je prepričan v prav svojih odločitvah, prevzema tveganje, navdušuje k skupnemu cilju in vodeni mu izredno zaupajo (Yukl, 2010). Precej pozornosti novodobni raziskovalci namenjajo tudi avtentičnemu vodenju, ki je vodenje s poudarkom na pomenu ujemanja, konsistentnosti besed, dejanj in vrednot pri vodji (Luthans & Avolio, 2003). Za avtentičnega vodjo je značilna zavezanost namenu, zvestobi, vrednotam, samodiscipliniranemu vedenju, povezujočim odnosom in sočutnosti. Bistvo avtentičnega vodenja je, da vodja pozna samega sebe in deluje v skladu s svojimi vrednotami in vodi s svojim zgledom ter zna oblikovati zaupanje, kar je ključ do uspeha pri reševanju sodobnih izzivov (Gardner, Avolio & Walumbwa, 2005; Wong & Cummings, 2009).

V zadnjem času v ospredje prihaja teorija izmenjave vodja-sledilec (angl. leader-member exchange theory), ki za uspešno vodenje izpostavlja pomen odnosov med vodjo in njegovimi sledilci (Daft, 2015).

1.2 Teorija izmenjave vodja-sledilec

1.2.1 Umestitev in pregled razvoja teorije

Teorija izmenjave vodja-sledilec je teorija individualiziranega vodenja in temelji na odnosu med vodjo in njegovimi sledilci. Osredotoča se na vertikalne povezave, ki jih imajo vodje s svojimi posameznimi sledilci. Ker teorija v ospredje postavlja odnos, gre za t.i. relacijski pristop k vodenju (Daft, 2015).

Graen in Uhl-Bien (1995) ločita tri različne pristope k vodenju: pristop, ki temelji na vodji, pristop, ki temelji na sledilcu in pristop, ki temelji na odnosu vodja-sledilec. Značilnosti posameznih pristopov so prikazane v Tabeli 1.

Tabela 1: Pristopi k vodenju

	Pristop, ki temelji na vodji	Pristop, ki temelji na odnosu vodja-sledilec	Pristop, ki temelji na sledilcu
<i>Opredelitev vodenja</i>	- ustrezno vedenje posameznika v vlogi vodje	- zaupanje, spoštovanje in vzajemna zavezanost, ki ustvarja povezanost in vpliv med vodjo in sledilci	- sposobnost in motivacija za usmerjanje lastne uspešnosti
<i>Opredelitev vedenja</i>	- vzpostavljane in predstavljanje vizije, navduševanje, vlivanje ponosa	- vzpostavljane trdnih odnosov s sledilci, vzajemno učenje in prilagajanje	- opolnomočenje, coaching, spodbujanje, opustitev kontrole
<i>Prednosti</i>	- vodja je zanesljivi član organizacije, združbe, - skupno razumevanje vizije in vrednot, - možnost spodbuditev k večjim spremembam	- prilagajanje različnim potrebam sledilcev, - lahko izzove boljše opravljanje dela pri različnih sledilcih	- doseganje visoke uspešnosti sledilcev glede na njihove sposobnosti in zmožnosti, - vodja ima več časa za svoje ostale naloge
<i>Slabosti</i>	- visoka odvisnost od vodje, - težave v primeru menjave ali vsiljevanja neustrezne vizije s strani vodje	- temelji na dolgotrajnemu razvoju odnosa med vodjo in sledilcem, - časovno zamudno	- visoka odvisnost od samoiniciative in sposobnosti, zmožnosti sledilcev

se nadaljuje

Tabela 1: Pristopi k vodenju (nad.)

	Pristop, ki temelji na vodji	Pristop, ki temelji na odnosu vodja-sledilec	Pristop, ki temelji na sledilcu
<i>Kdaj je takšen pristop najbolj primeren?</i>	- temeljne korenite spremembe, - karizmatičen vodja, - nizka raznolikost med sledilci	- nenehne izboljšave v skupinskem delu, - večja raznolikost in stabilnost med sledilci, - gradnja mreže	- vodenje zelo sposobnih sledilcev, ki so predani svojim delovnim nalogam
<i>Kdaj je takšen pristop najbolj učinkovit?</i>	- strukturirane naloge, - vodja z visoko stopnjo moči in vpliva, - visoka stopnja sprejemanja vodje s strani sledilcev	- ekstremne situacije, visoka raznolikost v stopnji sprejemanja vodje med sledilci	- nestrukturirane naloge, - vodja z nizko stopnjo moči in vpliva, - nizka stopnja sprejemanja vodje s strani sledilcev

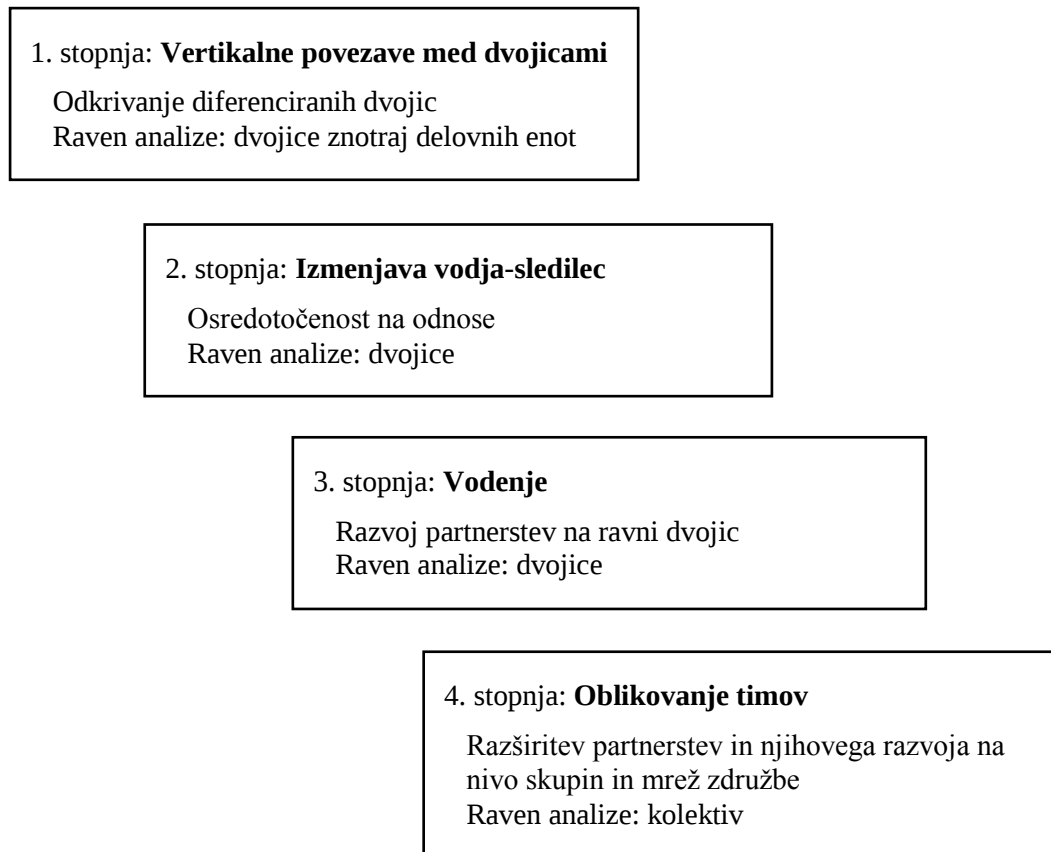
Povzeto in prirejeno po Graen & Uhl-Bien (1995).

Pristopi k vodenju, ki temeljijo na vodji, v ospredje postavljajo vodjo in se običajno osredotočajo na lastnosti vodje, njegove osebnostne lastnosti, stališča, njegovo vodstveno moč, vedenje v vlogi vodje. Na drugi strani pa pristopi, ki temeljijo na sledilcu, v ospredje postavljajo lastnosti sledilca in vpliv njegovih osebnostnih lastnosti, stališč, prepričanj, pričakovanj na vodenje, ki se ga poslužuje vodja. Teorija izmenjave vodja-sledilec temelji na pristopu, ki združuje tako pristope z vidika vodje kot tudi z vidika sledilcev, temelji na odnosu med vodjo in sledilcem. Takšen pristop v ospredje postavlja relacijske značilnosti in vrednoti, kako posamezne lastnosti odnosa, kot so zaupanje, spoštovanje, vzajemne obveznosti idr., vplivajo na pristop k vodenju. To pomeni, da na izbiro ustreznega pristopa k vodenju vplivajo tako značilnosti vodje, značilnosti njegovih sledilcev, kot tudi značilnosti njihovega medsebojnega odnosa (Graen & Uhl-Bien, 1995).

Začetki teorije izmenjave vodja-sledilec segajo v 70. leta prejšnjega stoletja, ko je med takratne tradicionalne pristope v ospredje prišla teorija vertikalne povezave med dvojicami (angl. vertical dyad linkage theory), ki temelji na analizi individualnih odnosov med dvojicami, konkretno med vodjo in njegovimi sledilci (Graen & Uhl-Bien, 1995). Tekom proučevanja področja vodenja je prišlo do razširitve prvotnega koncepta teorije izmenjave vodja-sledilec in ugotovitev, da kakovost dvostranskega odnosa napreduje skozi čas in se rezultati kažejo tako na individualni, skupinski ravni kot tudi na ravni celotne združbe, organizacije (Anand, Hu, Liden & Vidyarthi, 2011).

Teorija se je razvila v prvih 25 letih, v zadnjem času pa prihaja v ospredje predvsem z aplikativnega vidika. Razvoj teorije sta leta 1995 prikazala Graen in Uhl-Bien (1995), pri čemer sta razvoj razdelila na štiri stopnje, ki jih prikazuje Slika 3 na strani 11.

Slika 3: Stopnje razvoja teorije izmenjave vodja-sledilec



Povzeto in prirejeno po Graen & Uhl-Bien (1995).

Prva stopnja razvoja je t.i. stopnja vertikalnih povezav med dvojicami (angl. vertical dyad linkage). Teorija predpostavlja, da vodja v prvi fazi vzpostavitve vertikalnih povezav med vodjo in njegovimi sledilci kreira dve ločeni skupini sledilcev. Teorija izhaja iz predpostavke, da vodje ne oblikujejo enakovrednih odnosov z vsemi svojimi podrejenimi, ampak pride do ločevanja sledilcev na dve skupini:

- sledilci, ki so člani znotraj skupine (angl. in-group),
- sledilci, ki so člani zunaj skupine (angl. out-group).

S člani znotraj skupine vodja hitreje vzpostavi odnos zaradi večje kompatibilnosti njihovih osebnostnih lastnosti in je možnost za razvoj kakovostnega odnosa večja, medtem ko s člani zunaj skupine vodja ne vzpostavi odnosa in je možnost za nadaljnji razvoj manjša.

Naslednja stopnja je izmenjava vodja-sledilec (angl. leader-member exchange), pri kateri se teorija osredotoča na raziskovanje značilnosti odnosa vodja-sledilec na ravni posameznih dvojic vodja-sledilec z vidika razlik med sledilci znotraj skupine in sledilci zunaj skupine pri čemer je v ospredju proučevanja izmenjava prvin med vodjo in njihovimi posameznimi sledilci.

Tretja stopnja zajema vodenje, pri čemer se teorija osredotoča na oblikovanje vodenja (angl. leadership-making) in gre za proučevanje procesa vodenja na podlagi analize dvostranskega odnosa med vodjo in posameznim sledilcem.

Zadnja stopnja razvoja teorije je stopnja združevanja dvojic v skupine (angl. team-making competence network) in zajema proučevanje združevanja diferencialnih dvostranskih odnosov na nivoju skupin, timov in vključuje povezovanje mrež na nivoju celotne združbe.

1.2.2 Opredelitev odnosa vodja-sledilec

Teorija izmenjave vodja-sledilec v ospredje postavlja odnos med vodjo in njegovimi sledilci in se osredotoča na njihove vertikalne povezave. Kot rečeno, teorija izhaja iz predpostavke, da vodja ne oblikuje enakovrednih odnosov z vsemi svojimi podrejenimi, ampak med njimi razlikuje. Razlikovanje v odnosu do podrejenih z vidika stopnje povezanosti privede do oblikovanja dveh skupin sledilcev, notranje in zunanje skupine (Graen & Uhl-Bien, 1995).

S sledilci iz notranje skupine vodja gradi visokokakovostne odnose (angl. high-quality exchange relationships), medtem ko s sledilci iz zunanje skupine tvori nizkokakovostne odnose (angl. low-quality exchange relationships) (Graen & Uhl-Bien, 1995).

Določeni raziskovalci na področju teorije izmenjave so nizkokakovostne odnose opredelili tudi kot odnose t.i. ekonomske izmenjave (angl. economic exchange relationships) in visokokakovostne odnose kot odnose socialne izmenjave (angl. social exchange relationships). Za odnose socialne izmenjave je značilna močna dolgoročna povezanost med članoma v odnosu, pri čemer izmenjava različnih prvin temelji na dolgoročni socialni navezi med vodjo in njegovim sledilcem in spodbuja občutek osebne pripadnosti in zaupanja, česar pa ekonomska izmenjava načeloma ne prinaša. Odnosi ekonomske izmenjave so bolj transakcijskega značaja, kratkoročni in temeljijo na formalno-statusnih razlikah med vodjo in njegovimi sledilci (Wayne in drugi, 2009). V praksi gre običajno za preplet tako ekonomskih kot socialnih izmenjav (Kuvaas, Buch, Dysvik & Haerem, 2012).

Teorija se je s proučevanja na nivoju ločevanja sledilcev na dve skupini postopno razširila na nivo formalizacije gradnje odnosov z namenom uspešnega vodenja ne le posameznih sledilcev, ampak skupin sledilcev in širše na nivo celotne organizacije (Anand, Hu, Liden & Vidyarthi, 2011).

1.2.3 Stopnje razvoja odnosa vodja-sledilec

Teorija izmenjave vodja-sledilec predpostavlja, da se odnos med vodjo in sledilcem postopno razvija tekom časa preko različnih stopenj razvoja, pri čemer razvoj odnosov poteka na individualnem nivoju med vodjo in posameznim sledilcem. Teorija opisuje tri stopnje razvoja odnosa preko individualiziranega vodenja (Daft, 2015). V prvi stopnji vodja ločuje svoje sledilce na notranjo in zunanjo skupino na podlagi lastne preference in gre za izmenjavo v dvojicah s sledilci notranje skupine, pri čemer prevladuje vplivanje vodje navzdol k sledilcu. Sledilec se v tej fazi predvsem trudi, da bi o sebi ustvaril dobro predstavo z namenom, da bi s strani vodje pridobil čim več neposrednih in posrednih koristi. V drugi stopnji razvoja odnosa pride do namerne obojestranske gradnje odnosa in do izmenjave med vodjem in sledilcem. Med njima se začne razvijati medsebojno spoštovanje, lojalnost in zaupanje. Odnosi, ki se v tej fazi ne razvijajo ali pa se na tej stopnji začnejo slabšati, ostanejo na prvi stopnji in je velika možnost, da takšen sledilec z vodjo ne bo gradil odnosa in bo prešel v zunanjo skupino sledilcev. Zadnja faza pa je t.i. faza partnerstva, ko je med vodjem in sledilcem vzpostavljen odnos na višjem nivoju in je stopnja medsebojnega vpliva zelo visoka. Do te stopnje pridejo zgolj določeni odnosi. Odnosi se tako gradijo skozi posamezne faze, se skozi čas spreminjajo in kakovost odnosov pomembno vpliva na končni rezultat pri doseganju skupnih ciljev (Daft, 2015), cilj pa je namerno razviti čim višjo stopnjo povezanosti med vodjem in zaposlenimi za učinkovitejše doseganje skupnih ciljev (Bauer & Erdogan, 2015).

1.2.4 Prvine izmenjave v odnosu vodja-sledilec

V odnosu vodja-sledilec prihaja do izmenjave t.i. prvin izmenjave med vodjo in sledilcem. Prvine so vsa sredstva, dobrine, ki si jih lahko vodje in sledilci med seboj izmenjajo. Od izmenjave prvin je odvisno, kako in do katere stopnje razvoja bosta vodja in sledilec zgradila svoj odnos in kakšne bodo posledično koristi njunega odnosa. Večje kot je število izmenjav prvin med vodjo in njegovimi sledilci, večji razvoj pozitivnega vedenja in odnosa je moč pričakovati (Nahrgang, Morgeson & Ilies, 2008). Razvoj odnosa je odvisen od vrste izmenjanih prvin in tudi od načina ter uspešnosti izmenjave prvin med vodjo in sledilcem (Maslyn & Uhl-Bien, 2001). Stopnja razvoja in kakovost odnosa med vodjo in sledilcem pomembno vplivata na stopnjo izmenjave prvin, na uspešnost vodenja (Wilson, Sin & Conlon, 2010) ter na uspešnost sledilcev pri opravljanju njihovih delovnih vlog, to pa posledično vpliva na uspešnost pri doseganju ciljev celotnih podjetij, združb (Dhir & Shukla, 2013). Številni raziskovalci so poskušali opredeliti, katere prvine izmenjave so ključnega pomena in kako jih smiselno klasificirat na posamezne skupine oziroma kategorije. Študije so se sprva predvsem osredotočale na prvine, ki jih sledilci zagotavljajo svojim vodjem in ločeno na drugi strani na prvine, ki jih vodje prinašajo svojim sledilcem. Kasneje pa so se raziskovalci odločili za opredelitev in klasifikacijo prvin, ki se izmenjajo na obojestranski ravni, hkrati pa so se osredotočili tudi na to, kako izmenjave določenih prvin vplivajo na razvoj odnosa med vodjo in sledilci (Wilson, Sin & Conlon, 2010).

Tekom raziskovanja področja teorije izmenjave vodja-sledilec so raziskovalci oblikovali več vrst klasifikacij prvin izmenjave, ki so v glavnem izhajale iz dejstva, ki sta ga izpostavila že Graen in Scandura (1987), da so osnova za izmenjavo med vodjo in sledilcem prvine izmenjave, ki jih vodja in sledilci želijo ponuditi drug drugemu in jih izmenjajo. Vodje imajo na voljo različne prvine, ki jih lahko posredujejo svojim sledilcem vezano na svojo legitimno moč, moč, ki izvira iz njihove hierarhične nadrejenosti svojim sledilcem in z vidika moči nagrajevanja. Vodje lahko svojim sledilcem dodeljujejo različne prvine, kot so informacije, zanimive delovne naloge, seveda jih imajo tudi možnost nagrajevati, pomembne so tudi naklonjenost, status in motivacija. Sledilci pa lahko na drugi strani v odnosu prispevajo pobude in proaktivno sodelujejo pri opravljanju delovnih nalog in doseganju zastavljenih skupnih ciljev in so zavezani skupnim ciljem ter nudijo vodji podporo (Liden, Sparrowe & Wayne, 1997).

Gran in Scandura (1987) sta se osredotočila predvsem na prvine, ki jih sledilci prinašajo vodji in jih razdelila na šest kategorij: na naloge, ki jih izvajajo sledilci; informacije, ki jih sledilci prinašajo vodji; svobodo oziroma fleksibilnost, ki jo sledilci zagotavljajo vodji, ko samoiniciativno opravljajo svoje naloge in vodji dopuščajo čas, da se osredotoči na svoje ostale delovne naloge; podporo, ki jo sledilci nudijo svoji vodji pri odločitvah, projektih, zamislih; pozornost, da se odzivajo na zahteve in predloge s strani vodje in jih izpolnjujejo; ter vpliv, ki ga imajo sledilci na svoje vodje, ko izražajo svoje mnenje in posredujejo povratne informacije. Takšna delitev omogoča zgolj analizo izmenjave prvin v smeri od sledilcev k vodji, dodatna pomanjkljivost je tudi ta, da takšna klasifikacija prvin ne zajema materialnih prvin. Teorija izmenjave vodja-sledilec poudarja pomen dvosmerne perspektive, princip vodenja temelji na odnosu, zato so raziskovalci tekom raziskovanja razvijali modele in klasifikacije, ki vključujejo prvine širših perspektiv in vključujejo tako prvine, ki jih sledilci zagotavljajo vodjem, kot prvine, ki jih vodje zagotavljajo sledilcem (Wilson, Sin & Conlon, 2010).

Nadaljnje študije so se pri oblikovanju ene izmed najboljsežnejših klasifikacij prvin izmenjave med vodjo in sledilci oprle na klasifikacijo prvin, ki izhaja iz socialne psihologije, in sicer iz teorije virov socialne izmenjave (angl. resource theory of social exchange) iz leta 1974 (Foa & Foa, 1974), po kateri so prvine razvrščene v šest osnovnih kategorij:

- denar,
- blago,
- storitve,
- status,
- informacije,
- naklonjenost.

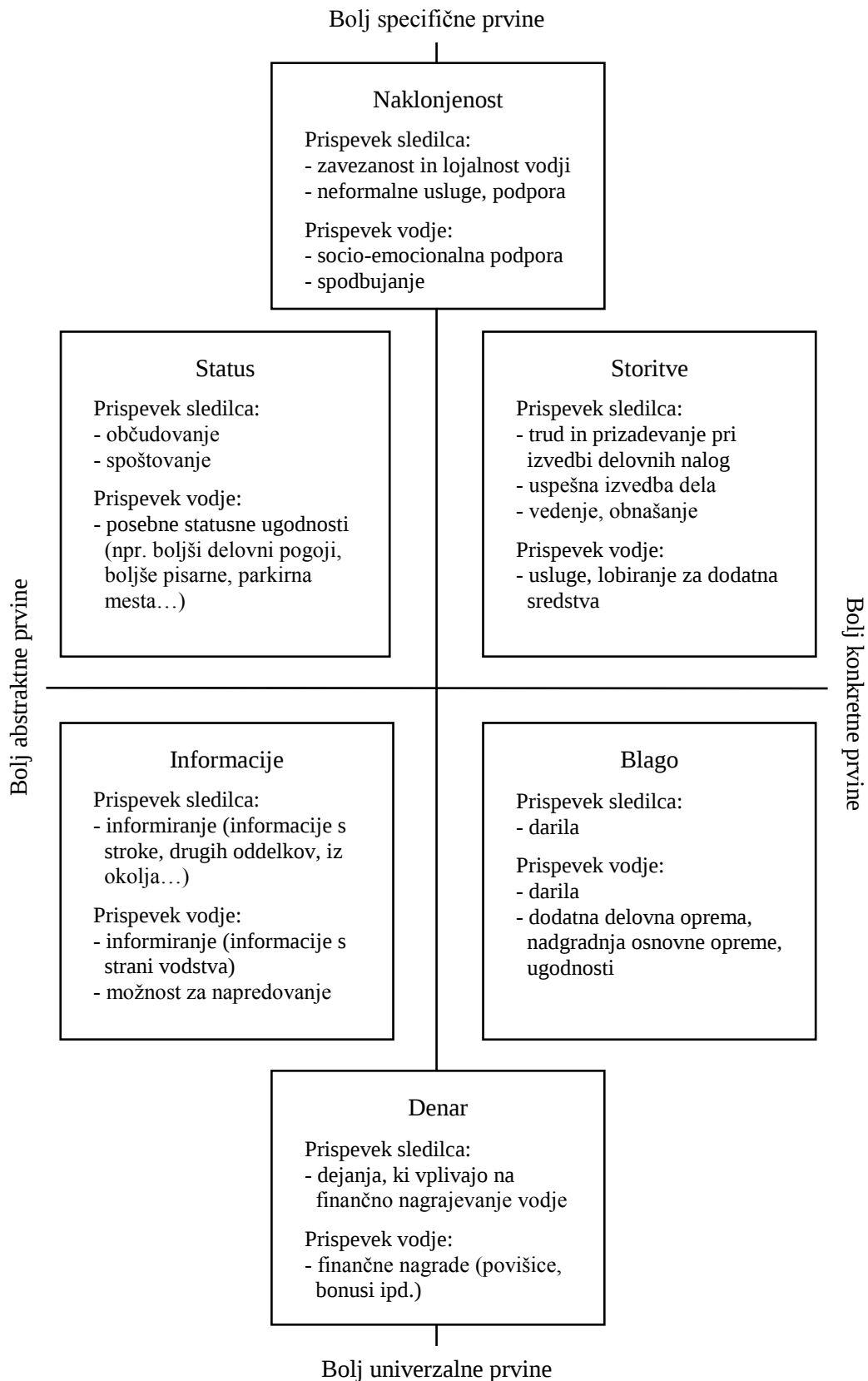
Kategorija denar vključuje prvine, ki imajo denarno vrednost in zajema različne denarne nagrade. Kategorija blago so materialni predmeti, izdelki, darila. Storitve predstavljajo delo, ki ga posameznik opravi za drugega, v primeru odnosa vodja-sledilec gre za naloge, ki jih opravlja sledilec glede na pričakovanja in zahteve vodje. Status je opredeljen kot vedenje oziroma izražanje mnenja, ocene, ki opredeljuje stopnjo ugleda. Kategorija informacije vključuje različne informacije, nasvete, mnenja, navodila. Naklonjenost pa se nanaša na izraze spoštovanja, prijateljstva, podpore in ugajanja (Donnenworth & Foa, 1974; Foa & Foa, 1974). Takšna klasifikacija ima več prednosti v primerjavi s kategorizacijo po Grean in Scanduri, saj so kategorije širše zastavljene, vključujejo več prvin izmenjave, dodatno vključujejo tudi kategorijo denar in blago, poleg tega omogoča bolj celosten vpogled na izmenjavo med vodjo in sledilcev z vidika vrste in načina izmenjave prvin in se je tudi v praksi izkazala kot dober model, ki omogoča celostno obravnavo področja odnosov med zaposlenimi (Wilson, Sin & Colon, 2010).

Poleg razčlenitve prvin izmenjave na šest kategorij lahko prvine delimo tudi na posamezne dimenzije. Prva delitev na dimenzije je delitev glede na to, ali je prvina bolj konkretna ali bolj abstraktna. Abstraktne prvine so neotipljive, običajno podane z verbalnim predvsem pa neverbalnimi ter paralingvističnimi elementi komunikacije in vedenja. Takšni prvini sta status in informacije. Na drugi strani pa so kot bolj konkretne prvine opredeljene tiste, ki so oprijemljive, kot sta blago in storitve. Druga delitev na dimenzije pa je delitev na bolj univerzalne in bolj posebne prvine, pri čemer so kot posebne opredeljene naklonjenost, status in storitve, najbolj univerzalna kategorija pa je denar (Wilson, Sin & Colon, 2010).

Razvrstitev prvin izmenjave po kategorijah, primeri prvin znotraj posamezne kategorije in umestitev glede na dimenzije prikazuje Slika 4 na strani 16. Takšna kategorizacija omogoča razvrstitev potencialnih prvin izmenjave, ki si jih v določenem odnosu lahko izmenjata vodja in sledilec. Pomembna predpostavka pri izmenjavi prvin med vodjo in sledilcev je opredelitev dostopnosti posameznih prvin pri vodji oziroma pri sledilcu. Potrebno se je zavedati, da ni vsaka prvina dostopna pri vsakemu članu odnosa (Wilson, Sin & Colon, 2010).

Osrednje načelo teorije virov socialne izmenjave je, da posamezniki znotraj odnosa najverjetneje izmenjajo iste vrste virov, kar pomeni, da je posamezna prvina največkrat izmenjana za enako prvino (Brinberg & Wood, 1983). Najpogosteje gre tako za izmenjavo statusa za status, pripadnosti za pripadnost ipd. Izkazalo se je, da to načelo ni nujno enoznačno, ampak lahko v določenih primerih obstajajo omejitve z vidika organizacijskih in osebnostnih dejavnikov, dostopnost posameznih prvin je lahko omejena. Pomanjkanje prvin pri posameznemu članu v odnosu vpliva na to, katere vrste izmenjav so bolj in katere manj verjetne. Sledilci lahko načeloma vodji zagotovijo prvine zgolj iz štirih kategorij: informacije, status, storitve in naklonjenost, medtem ko denar in blago načeloma nista kategoriji, ki bi jih vodje lahko pričakovali in prejeli od svojih sledilcev. Vodja pa svojim sledilcem načeloma zagotavlja prvine vseh šestih kategorij (Wilson, Sin & Colon, 2010).

Slika 4: Prvine izmenjave v odnosu vodja-sledilec



Povzeto in prirejeno po Wilson, Sin & Conlon (2010).

Pri izmenjavi prvin je ključnega pomena, da si vodja in sledilci izmenjajo prvine, ki so jim pomembne, torej da vsak posameznik v odnosu prejme čim več in v čim večji meri prvin, ki so zanj pomembne in ga motivirajo ter posledično doprinesejo k boljšemu opravljanju delovne vloge in k doseganju skupnih ciljev združbe, v kateri vodja in sledilci delujejo (Foa & Foa, 1974). Če je izmenjava uspešna, je motivacija zaposlenih večja. Motivacija je pomembna za kakovostno opravljanje delovnih nalog in je sredstvo za doseganje postavljenih ciljev, da pa lahko ljudi motiviramo, je potrebno poznati njihove lastnosti, potrebe in preference (Možina, 1994). Pomembno je upoštevati, da vodje in sledilci nimajo nujno enakih preferenc po prvinah in da se sledilci med seboj razlikujejo glede na preferenco po prvinah. Za uspešno gradnjo odnosov je po teoriji izmenjave vodja-sledilec ključnega pomena medsebojno dobro poznavanje in individualizacija pristopa h gradnji odnosov glede na razlike med sledilci (Wilson, Sin & Conlon, 2010).

Wilson in ostali so raziskovali, katere prvine se najpogosteje izmenjajo v odnosu vodja-sledilec. Ugotovili so, da se načeloma najpogosteje izmenjujejo prvine znotraj iste kategorije, ko pa to ni nujno mogoče, pride do izmenjave substitutov. Najpogostejše izmenjave in substituti med prvinami so sledeči (Wilson, Sin & Colon, 2010):

- Vodja v zameno za dane prvine, povezane z informacijami, s strani sledilcev načeloma prejme prvine, ki so prav tako iz kategorije prvin informacij.
- Vodja v zameno za dane prvine, povezane s statusom, s strani sledilcev načeloma prejme prvine, ki so prav tako iz kategorije prvin statusa.
- Vodja v zameno za dane prvine, povezane z naklonjenostjo, s strani sledilcev načeloma prejme prvine, ki so prav tako iz kategorije naklonjenosti.
- Vodja v zameno zagotavljanja prvin, povezanih s proizvodi, s strani sledilcev kot najpogostejši substitut prejme prvine, povezane s storitvami v večji meri kot prvine katere koli druge kategorije.
- Vodja v zameno zagotavljanja prvin, povezanih z denarjem, s strani sledilcev kot najpogostejši substitut prejme prvine, povezane z informacijami v večji meri kot prvine katere koli druge kategorije.
- Vodja v zameno zagotavljanja prvin, povezanih z informacijami, s strani sledilcev kot najpogostejši substitut prejme prvine, povezane s statusom v večji meri kot prvine katere koli druge kategorije.
- Vodja v zameno zagotavljanja prvin, povezanih s statusom, s strani sledilcev kot najpogostejši substitut prejme prvine, povezane z informacijami in tiste z naklonjenostjo v večji meri kot prvine katere koli druge kategorije.
- Vodja v zameno zagotavljanja prvin, povezanih z naklonjenostjo, s strani sledilcev kot najpogostejši substitut prejme prvine, povezane s storitvami in tiste s statusom v večji meri kot prvine katere koli druge kategorije.
- Vodja v zameno zagotavljanja prvin, povezanih s storitvijo, s strani sledilcev kot najpogostejši substitut prejme prvine, povezane z naklonjenostjo v večji meri kot prvine katere koli druge kategorije.

Pri izmenjavi prvin je ključnega pomena, da vodje poznajo svoje sledilce in vedo, katere prvine jim veliko pomenijo, hkrati pa da se zavedajo, katere prvine lahko pričakujejo z njihove strani. In nasprotno, dobro je, da sledilci poznajo svojega vodja, da vedo, kakšna pričakovanja ima, katere prvine naj mu zagotavljajo, da bodo povratno prejeli prvine, ki so pomembne njim (Wilson, Sin & Conlon, 2010).

1.2.5 Koristi kakovostnega odnosa vodja-sledilec

Dobri medosebni odnosi med zaposlenimi temeljijo na zaupanju, naklonjenosti, lojalnosti, spoštovanju in prinašajo večjo učinkovitost zaposlenih pri opravljanju delovnih nalog in doseganju skupnega cilja (Daft, 2015).

Teorija izmenjave vodja-sledilec poudarja pomen zaupanja in vzajemnosti ter recipročnosti odnosa med vodjo in njegovimi sledilci (Dadhich & Bhal, 2008), pri čemer visokokakovostni odnosi med vodjo in njegovimi sledilci prinašajo večje zadovoljstvo pri delu, večjo zavezanost zaposlenih združbi, večjo produktivnost na delovnem mestu in večjo uspešnost pri opravljanju delovnih nalog in doseganju ciljev združbe (Yukl, 2010).

Graen in Uhl-Bien sta že leta 1995 z obširno študijo na področju teorije izmenjave vodja-sledilec ugotovila, da visokokakovostni odnosi med vodjo in sledilci vodijo do večje uspešnosti, večje zavezanosti podjetju in pomenijo manjšo fluktuacijo zaposlenih. Večja pripadnost združbi oziroma podjetju pomeni boljše vedenje zaposlenih in boljše opravljanje delovnih nalog (Walker & Walker, 2013). Študija je pokazala, da vodje, ki so sposobni graditi dobre delovne odnose, pripomorejo k večji samoiniciativnosti zaposlenih pri opravljanju delovnih nalog, odnos zaposlenih do dela je boljši, več je sodelovanja in delo je tudi na nivoju timskega dela uspešnejše opravljeno. Visokokakovostni odnosi vodja-sledilec prinašajo številne prednosti, med katerimi izstopajo boljša komunikacija, boljše opravljanje delovnih vlog, višja raven podpore s strani vodje in višja stopnja zaupanja med vodjo in sledilci v primerjavi z manj kakovostnimi odnosi vodja-sledilec (Wayne, Shore & Liden, 1997). Visoka kakovost izmenjave med vodjo in sledilci pozitivno korelira z večjim zadovoljstvom na delovnem mestu, večjo zavzetostjo pri opravljanju delovnih nalog in višjo kakovostjo izvedbe delovnih nalog (Janssen & Van Yperen, 2004).

Glavne koristi kakovostnega odnosa vodja-sledilec se kažejo tako na ravni posameznika, kot tudi na ravni timskega dela in ravni celotne združbe. Visokokakovostni odnosi prinašajo boljše počutje na delovnem mestu, manj stresa oziroma lažje soočanje s stresom na delovnem mestu, večjo zavezanost delovnim nalogam in združbi kot celoti, večjo samoiniciativnost. To omogoča boljše timsko delo med sodelavci, večja je povezanost med vodjo in njegovimi sledilci, med sodelavci in manjša je fluktuacija na delovnem mestu (Martin, Epitropaki, Geoff & Topakas, 2010). Boljši odnosi med vodjo in sledilci pomembno vplivajo na zaupanje sledilcev vodji pri postavljanju strategij, sprememb in

ukrepov in se kažejo tudi v manjši možnosti za kontraproduktivno delovanje sledilcev (Martin, Thomas, Guillaume, Lee & Epitropaki, 2016).

Študije kažejo, da boljši medosebni odnosi pomembno vplivajo tudi na prenos informacij, znanja in pomembno vplivajo na inovativnost in razvoj tako posameznikov kot timov in celotnih združb (Odoardi, Battistelli, Montani & Peiró, 2019). Študije kažejo na pozitivno korelacijo med dobrimi medosebnimi odnosi na delovnem mestu in manjšo mero stresa, kar vpliva tudi na večjo inovativnost zaposlenih (Montani, Courcy & Vandenberghe, 2017).

Kakovost odnosa vodja-sledilec ne vpliva pozitivno zgolj na zadovoljstvo sledilcev in njihovo zavzetost pri opravljanju delovnih nalog in zavezanost podjetju, ampak pomembno vpliva tudi na vodje, saj jim prinaša večjo zadovoljstvo, predanost in uspešnosti pri vodenju (Gerstner & Day 1997). Vodja svojo funkcijo vodenja lažje in učinkovitejše opravlja, če ima s svojimi sledilci dobre medosebne odnose (Daft, 2015). Glavne koristi, ki jih vodja prejme pri izmenjavi prvin s svojimi sledilci, so informacije, status, ugled, naklonjenost in potrditev. Boljši kot so medosebni odnosi in proces izmenjave med vodjo in sledilci, večjo moč in učinkovitost ima vodja pri opravljanju svoje vloge (Wilson, Sin & Conlon, 2010).

Povzamemo lahko, da so koristi kakovostnega odnosa vodja-sledilec pomembne za sledilce in vodje kot posameznike, dobri medosebni odnosi med njimi pa pomembno vplivajo na učinkovito doseganje zastavljenih ciljev na ravni timov, katerih člani so, in na doseganje ciljev celotne združbe, v kateri delujejo.

2 VODENJE V ZDRAVSTVU

2.1 Zdravstvo in njegova vloga v družbi

Zdravstvo je opredeljeno kot organizirana družbena dejavnost za uresničevanje zdravstvenega varstva, ki jo izvaja sklop služb in ustanov, odgovornih za zdravje prebivalstva (Slovenski medicinski slovar, 2019).

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) definira zdravje kot duševno, telesno, čustveno in socialno ugodje oziroma blagostanje in ne le odsotnost bolezni. Zdravje je osrednjega pomena za posameznikovo dobro počutje in srečo. Prav tako pomembno vpliva na celotno družbo, gospodarski napredek in globalni razvoj države.

Javno zdravje je opredeljeno kot znanost in spretnost preprečevanja bolezni, krepitev zdravja in podaljševanja življenja s pomočjo organiziranih naporov družbe (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019).

Zdravstveno varstvo po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 72/06/1992 obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Zagotavljanje zdravstvenega varstva in zdravja je izredno visokega pomena za razvoj države in lahko tudi služi kot pokazatelj blaginje in dobrih gospodarskih razmer v posamezni državi (ZZVZZ).

Razlogov, zakaj zdravje prebivalstva tako pomembno vpliva na ekonomski in globalni razvoj države, je več. Zdravi ljudje načeloma živijo dlje, bolj kakovostno, bolj produktivno in tudi več privarčujejo, predstavljajo manjše stroškovno breme za državo, zato je vlaganje v zagotavljanje njihovega zdravja pomembno z gospodarskega vidika (Suhrcke, Arce, McKee & Rocco, 2011; Reeves, Basu, McKee, Meissner & Stuckler, 2013). Zdravi prebivalci lahko v državi delujejo kot sredstvo za povečanje razvitosti družbe, ne samo da doprinesejo k napredku gospodarstva, ampak doprinesejo k večji kakovosti življenja in k blaginji celotne družbe (Reeves, Basu, McKee, Meissner & Stuckler, 2013). Dober sistem zdravstvenega varstva je ključnega pomena tako za posameznika kot tudi za družbo. Omogoča dostop do boja proti bolezni, za podjetja in državo pomeni bolj zanesljivo delovno silo, manj finančnih bremen, to pa posledično prispeva k bolj uspešnemu gospodarstvu (Gallet & Doucouliagos, 2017).

Vsaka država ima svoj zdravstveni sistem in na svoj način prispeva k zdravstvenemu varstvu svojega prebivalstva. V zadnjih 30 letih so sistemi zdravstvenega varstva v številnih državah po svetu doživeli intenzivne spremembe, reforme, razvoj in izboljšave (Durrani, 2016). Pri reformah zdravstvenega sistema so vključene tako vladne kot tudi nevladne institucije, pri čemer pa so lahko rezultati pozitivni, lahko pa negativni. Potrebno se je zavedati, da lahko nepremišljeno in slabo postavljen oziroma reformiran zdravstveni sistem vodi v družbeni in gospodarski zlom države, in da je investiranje v preventivno preprečevanje bolezni izrednega pomena ter je stroškovno učinkovitejše kot pa opravljanje že nastalih težav in zdravljenje bolezni. Gradnja stabilnega in kakovostnega integriranega sistema zdravstvenega varstva je zahtevna tako z vidika človeškega kot tudi ekonomskega kapitala in je za družbo nujno potrebna, pri čemer je nujno načrtovanje zdravstvenega sistema v skladu trenutnimi dinamičnimi demografskimi, socialnimi, epidemiološkimi, tehnološkimi in gospodarskimi spremembami in spremembami v bodoče (Durrani, 2016).

2.2 Zdravstveni zavodi v Sloveniji

Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva. Za zagotavljanje pogojev za uresničevanje zdravstvenega varstva na določenem geografskem območju je s svojimi pravicami in dolžnostmi zadolžena posamezna občina oziroma mesto. Opravljanje

in načrtovanje zdravstvene dejavnosti pa opravljajo podjetja, zavodi in druge organizacije, ki so po zakonu ZZVZZ dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva z razvijanjem in uporabo zdravju in okolju neškodljivih tehnologij ter z uvajanjem ukrepov za varovanje in krepitev zdravja pri njih zaposlenih delavcev oziroma varovancev (ZZVZZ).

Zdravstveno dejavnost, javno zdravstveno službo in področje povezovanj zdravstvenih organizacij v Sloveniji ureja Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/05/1992. Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Zdravstvena dejavnost se v Sloveniji opravlja na treh ravneh: primarni, sekundarni in terciarni. Na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, na sekundarni specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, na terciarni ravni pa opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter ostalih pooblaščenih zdravstvenih zavodov, pri čemer zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni obsega tudi dejavnost javnega zdravja in dejavnosti, povezane z javnim zdravjem na področju zdravja, okolja in hrane (ZZDej).

Zdravstveno dejavnost v Sloveniji opravljajo izvajalci v sklopu javnih in zasebnih ustanov, t.i. zdravstvenih zavodov. Funkcijo zdravstvenega zavoda opravljajo zdravstveni domovi, bolnišnice in inštituti. Po podatkih Ministrstva za zdravje (2019) v Sloveniji v sklopu javnih zavodov deluje 57 zdravstvenih domov, 26 bolnišnic, 24 javnih lekarn in 5 inštitutov. Zdravstveni zavodi so z vidika organizacijske strukture pravno urejeni na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti in Zakona o zavodih, hkrati pa ima vsak zavod še svoj statut (ZZDej).

V magistrskem delu se osredotočam na vrednotenje vodenja zaposlenih v zdravstvu na primeru izbranih bolnišnic v Sloveniji. Bolnišnice opredeljuje 16. člen ZZDej. Bolnišnice so zdravstveni zavodi, ki jih glede na namen razlikujemo na splošne in specialne. Splošna bolnišnica je po ZZDej definirana kot zdravstveni zavod za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti. Specialna bolnišnica pa je zdravstveni zavod za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev, ki mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu (ZZDej).

2.3 Vodenje zaposlenih v zdravstvu

V današnjem hitro razvijajočem svetu so mnoge združbe podvržene številnim spremembam, med njimi tudi združbe, organizacije, zavodi v zdravstvu. V sistemu

zdravstvenega varstva prihaja do sprememb in zdravstveni zavodi, torej tudi bolnišnice se soočajo z izzivi in številnimi priložnostmi, uvajajo spremembe, prehajajo na nove modele in to pomembno vpliva na delovanje sistema, neposredno na zaposlene in seveda na vodenje zaposlenih v zdravstvu. Napredek, razvoj, predvsem pa uspeh uvajanja sprememb zahteva razvoj in izvajanje novih pristopov k vodenju. Številni strokovnjaki opozarjajo na prilagoditev vodstvenih vlog v zdravstvu, spremembo tradicionalne vloge vodje in razvoj vodstvenih sposobnosti, znanja in kompetenc, ki so potrebne za trenutno zdravstveno okolje in vodenje zaposlenih v tem okolju, hkrati pa opozarjajo, da se vodenju v zdravstvu posveča premalo pozornosti in da ni veliko sodobnih raziskav, ki bi podajale univerzalne smernice področju vodenja zaposlenih v zdravstvu (Belrhiti, Giralt & Marchal, 2018).

Učinkovito vodenje zaposlenih v zdravstvu je ključnega pomena za vse sodobne zdravstvene ustanove. Potrebe po večji učinkovitosti sistema zagotavljanja zdravstvenega varstva so vedno večje zaradi naraščanja deleža bolnih kot posledica staranja prebivalstva ter ostalih demografskih in socialnih dejavnikov, kar posledično pomeni večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah, potrebo po spremembah, reorganizaciji, izboljšanju kakovosti, povečanju učinkovitosti, doseganje teh ciljev pa je pomembno odvisno od pripravljenosti in prilagodljivosti zaposlenih v zdravstvu na spremembe. Vodje v zdravstvu morajo pristop k vodenju prilagoditi glede na spremembe okolja, v katerem delujejo, in hkrati upoštevati zmožnosti in potrebe zdravstvenih delavcev, ki jih vodijo (Budak & Ahmet, 2014; Kumar & Khiljee, 2016).

Vodje v zdravstvu se morajo zavedati pomena svoje vloge. So del velikega sistema in v svoji vlogi lahko veliko doprinesejo k uspehu. Potrebno se je zavedati ustrezne strategije vodenja, sistemskega razmišljanja, dobrega timskega dela, organizacijskega razvoja in tudi ekonomskega, finančnega vidika. Strokovno usposabljanje v medicinski stroki običajno ne zajema dovolj ali pa sploh nič usposabljanj na področju vodenja. Investiranje v izobraževanje zdravnikov, medicinske stroke je nujno za izboljšanje kvalitete zdravja pacientov (Imison & Giordano, 2009). Novodobni vodja v zdravstvu mora svoj način vodenja prilagajati spremembam v stroki. Bowen (2015) poudarja več nujnih kompetenc vodje na področju zdravstva: pomen vodenja z vizijo, prilagajanja načina vodenja razmeram in svojim podrejenim, gradnja zaupanja, zvestobe, prvine transformacijskega vodenja (zaznava, razumevanje, kontrola in ovrednotenje svojih čustev in članov ekipe), strateško razmišljanje, poudarja motiviranje - formalno, prav tako neformalno, pomembna pa je tudi ustrezna strategija načrtovanja in organizacije, razporeditve delovnih mest (Bowen, 2015).

Vodenje v zdravstvu je specifično zaradi kompleksnosti medicinske stroke, poseben razlog pa je tudi ta, da je v vlogo vodje običajno postavljen strokovnjak z medicinskega področja z malo formalnega znanja s področja vodenja. Izobraževalni programi medicine na medicinskih fakultetah v Sloveniji ne vključujejo izobraževanj s področja vodenja in managementa, kar je razvidno iz predmetnikov fakultet (Medicinska fakulteta v Ljubljani,

Medicinska fakulteta v Mariboru). Strokovnjak z medicinskega področja, ki sprejme vlogo vodje, se mora zavedati, da s sprejetjem vloge vodje nastopi popolnoma novo delovno vlogo. Vodenje ljudi je zahtevna in kompleksna delovna vloga (Rozman & Kovač, 2012). Gre za novo področje, ki prinaša izzive zunaj kliničnega znanja. Vodja se mora zavedati svoje vodstvene vloge in odgovornosti za uspeh in neuspeh svoje ekipe (Giles, 2016). V zdravstvu je velik poudarek na timskem delu, sodelovanju, povezovanju strokovnjakov in prenosu znanja, zato je za opravljanje takšne delovne vloge, torej za vodenje visoko strokovnega kadra v izredno specifičnem zdravstvenem okolju, zelo pomembno znanje na področju vodenja in medosebnih odnosov (Hanson & Ford, 2010; Moberly, 2014; Hahn & Lapetra, 2019). Vodenje je v tem primeru specifično z dveh vidikov: gre za vodenje visoko strokovnega kadra, hkrati pa je v vlogi vodje posameznik, ki je tudi sam strokovnjak na področju zdravstvene stroke. Vodja se mora zavedati specifik vodenja v zdravstvenem okolju, zavedati se mora pomena ustreznega delovnega okolja za svoje podrejene in znati to zagotavljati (Peters & King, 2012).

Strokovnjaki opozarjajo, da bi moralo biti izobraževanje na področju vodenja vključeno v profesionalni razvoj zdravnikov (Clark & Armit, 2010; Rotenstein, Sadun & Jena, 2018). Strokovnjaki trdijo, da se je potrebno vodstvenih sposobnosti priučiti. Takšna znanja so potrebna v vseh strokah, pri čemer veljajo določena splošna načela, a vsaka stroka zahteva drugačen pristop. Pilotni izobraževalni programi vodenja v sklopu študija medicine so se v tujini izkazali kot zelo uspešni. V praksi se pojavlja vedno več programov za izobraževanje strokovnih kadrov na področju vodenja. Strokovnjaki ugotavljajo, da je tovrstno izobraževanje koristno ne le za posameznike, ki so formalni vodje, ampak da je poznavanje tovrstnih veščin ključno za vse zdravstvene delavce (Sharkey, Magee & Trent, 2019). Pomembno je zavedanje pomena uspešnega vodenja v zdravstvu za doseganje dobrih rezultatov in zagotavljanja zdravja pacientov. Dobri odnosi, zaupanje in dobro sodelovanje so ključnega pomena za doseg ciljev zdravstvenega tima in vodja ima pri tem pomembno vlogo (O'Dowd, 2014).

V magistrskem delu proučujem vodenje zaposlenih na nivoju vodenja oddelkov v slovenskih bolnišnicah. Bolnišnice so razdeljene na posamezne oddelke, pri čemer se število oddelkov med posameznimi bolnišnicami razlikuje, oddelki pa so dodatno razdeljeni na ambulate. Vsak oddelek ima svojega predstojnika oddelka, ki je običajno specialist s specifičnega medicinskega oddelka in vodi skupino zdravnikov ter ostalo medicinsko osebje, pri čemer zdravnike vodi neposredno, medicinsko osebje pa posredno v sodelovanju z glavno medicinsko sestro, ki vodi osebje zdravstvene nege. Oddelki se v številu zaposlenih med seboj razlikujejo, pri čemer je število zaposlenih odvisno od strokovnega področja in variira med posameznimi bolnišnicami.

V sklopu magistrskega dela se osredotočam na vodenje na nivoju vodenja oddelkov bolnišnic, pri čemer analiziram vodenje z vidika predstojnikov oddelkov na podlagi njihovih odnosov z neposredno podrejenimi zdravniki specialisti na oddelku, pri čemer

osebje zdravstvene nege ni vključeno v raziskavo. Razlog za izbiro takšnega raziskovalnega področja je relativno slaba raziskanost, področje vodenja v zdravstveni negi je namreč precej raziskano, v zadnjem času so bile na tem področju izvedene številne raziskave (Lorber & Skela Savič, 2011; Laznik, 2017), medtem ko je področje vodenja zdravnikov z vidika vodenja oddelkov v bolnišnicah v slovenskem zdravstvenem prostoru neraziskano.

2.3.1 Vodenje strokovnjakov

Strokovnjak je oseba, ki obvlada veliko veščin in poseduje veliko poglobljenega in specifičnega specializiranega znanja na določenem specifičnem področju (Huber, 1999). Strokovnjaki izstopajo ne le po svojem znanju na specifičnem področju, ampak običajno izstopajo tudi v svojih ostalih lastnostih, kar pa pomembno vpliva na njihovega vodjo pri izbiri pristopov k vodenju. Vodenje strokovnjakov je namreč specifično in prinaša vodji številne izzive. Z vodenjem visoko strokovnega kadra se srečujejo vodje na številnih strokovnih področjih, eno izmed njih je tudi zdravstvo. Vodenje v zdravstvu je torej specifično tudi z vidika, da gre za vodenje visoko usposobljenega kadra, gre za vodenje strokovnjakov (Price-Dowd, 2015).

Vodenje strokovnjakov zahteva posebna znanja in posebne pristope k vodenju. Avtorji navajajo, da pri vodenju strokovnjakov ključno opolnomočenje in participacija. Opolnomočiti pomeni dati vodenim moč in odgovornost za sprejemanje odločitev z namenom, da se izrazi in sprosti potencial, ki ga ima vsak posamezni zaposleni, pri čemer je glavni cilj povečanje uspeha posameznika in celotne združbe, v kateri deluje (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003, str. 58). Opolnomočenje in participacija strokovnjakov pri postavljanju strategij organizacije in vodenja v zdravstvu pomembno pozitivno vpliva na rezultate vodenja in doseganja delovnih ciljev (Hadley, 2015).

Za visoko usposobljene strokovnjake je običajno značilna perfekcija pri delu (Peters & King, 2012). Pogosto se dogaja, da visoko zahtevno delo, pritiski delovnega okolja in osebni perfekcionizem vodijo do frustracij in negativno vpliva na delo tako posameznika kot celotne ekipe, kar se kaže tudi pri vodenju zdravnikov (Peters & King, 2012). Zdravniki so zaradi narave svojega dela podvrženi preobremenjenosti in izgorelosti na delovnem mestu (Balme, 2015). Pomembno je, da se vodja zaveda pomena zadovoljstva svojih podrejenih in svoje vloge pri zagotavljanju primernega delovnega okolja za vse zaposlene na oddelku (Peters & King, 2012). Strokovnjaki na področju stresa na delovnem mestu opozarjajo, da je potrebno zdravnike podpirati, jim nuditi podporo v stresnih situacijah, poudarjajo pomen kakovostnih medosebnih odnosov na lažje spopadanje s stresnimi situacijami. Opozarjajo tudi, da je posebno pozornost potrebno posvečati tudi mlajšim generacijam zdravnikom, ki so zaradi pomanjkanja izkušenj in s tem manjše odpornosti še bolj podvrženi stresu in izgorelosti na delovnem mestu (Balme, 2015). Vodja lahko s pravilnim pristopom k vodenju pomembno vpliva na zmanjšanje stresa na

delovnem mestu in na takšen način doprinese k večjemu zadovoljstvu na delovnem mestu in večji uspešnosti zaposlenih pri izvedbi delovnih nalog (Baysak & Yener, 2015).

2.3.2 Strokovnjak kot vodja

Vodenje v zdravstvu je specifično zaradi kompleksnosti medicinske stroke, poseben razlog pa je tudi ta, da je v vlogo vodje običajno postavljen strokovnjak z medicinskega področja. Posameznik, ki sprejme vlogo vodje, nastopi popolnoma novo delovno vlogo. Gre za novo področje, ki prinaša izzive zunaj kliničnega znanja. Vodenje ljudi je zahtevna in kompleksna delovna vloga (Rozman & Kovač, 2012). Vodja se mora zavedati svoje vodstvene vloge in odgovornosti za uspeh in neuspeh svoje ekipe. Vodja mora biti oseba, ki je usposobljena za vodenje zaposlenih, hkrati pa mora biti pripravljena na soočenje s številnimi izzivi, ki jih prinaša področje vodenja strokovnjakov. Vodja se mora zavedati, da je odgovoren za uspeh in neuspeh svoje ekipe. Pomembno je, da se zaveda pomena svojega odločanja, svoje vodstvene vloge in da zna svojo ekipo voditi, motivirati do skupnega cilja (Moberly, 2014).

Za vodenje v zdravstvu načeloma ni izoblikovanih posebnih strategij vodenja, načinov vodenja, sploh pa ne na določenemu specifičnemu področju kot je vodenje oddelkov v bolnišnicah. Celo za oddelke nujne medicinske pomoči ni predpisanih smernic vodenja, ki so zaradi svoje specifikke dela še toliko bolj kompleksni, zahtevajo poseben pristop in lahko to predstavlja velik izziv, da se nekdo sploh odloči za vodenje tako zahtevnega oddelka (Larsen, Bier-Holgersen, Meelby, Dieckmann & Østergaard, 2018).

2.3.3 Izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu

Vodenje zaposlenih v zdravstvu v današnjem času predstavlja večji izziv kot kadarkoli prej, saj se stroka srečuje z revolucionarnimi spremembami, napredkom v medicinski znanosti in tehnologiji, hkrati pa novodoben način življenja prinaša številne izzive iz okolja, ki pomembno vplivajo na vodenje zaposlenih v zdravstvu (Dunn, 2006).

Pri vodenju zaposlenih v zdravstvu je ključnega pomena uresničevanje poslanstva, vizije, ciljev celotne organizacije (Baker, 2011). Stil vodenja, pristop vodje do zaposlenih in odnosi na delovnem mestu ključno vplivajo na delo in učinkovitost zdravstvenih delavcev. Raziskave kažejo, da vodenje vpliva na učinkovitost in uspešnost, zadovoljstvo zaposlenih, kar pa posledično pomembno vpliva tudi na zadovoljstvo ter zdravje pacientov in na raven zdravja na družbeni ravni (Mosadeghrad & Ferdosi, 2013). Za vodenje zaposlenih v zdravstvenem sektorju, vodenje v javnem zdravstvenem zavodu je pomembno, da je vodja vrhunski zdravstveni strokovnjak in svoje zaposlene vodi preko svoje ekspertne moči. Svojo avtoriteto gradi na podlagi svojega izjemnega znanja na področju medicine, hkrati pa je pomembno, da ima tudi ostale lastnosti kot so vizija, vrednote, intuicija, znati pa mora uporabljati svojo legitimno moč, hkrati pa imajo pomembno prednost pri vodenju

karizmatični vodje, s katerimi se zaposleni lahko poistovetijo, jih posnemajo in jim sledijo pri uresničevanju vizije in ciljev (Česen, 2003).

Pri vodenju zaposlenih v zdravstvu je pomembno izbrati in uporabljati stil vodenja, ki v danem timu in v dani situaciji prinaša najboljše rezultate dela. Ustrezno vodenje zaposlenih vpliva na organizacijsko klimo, na učinkovitost in produktivnost zaposlenih, timov, na zmanjševanje konfliktov in hitrejše reševanje konfliktov, na povečano zadovoljstvo zaposlenih, kar vodi k uspešnejšemu izpolnjevanju ciljev na individualni ravni zdravnikov, na ravni oddelka in tudi na ravni celotnih bolnišnic oziroma zdravstvenih ustanov (Day, Fleenor, Atwater, Sturm & McKee, 2014).

Pri vodenju zaposlenih je zaradi povečane izpostavljenosti stresu in preobremenjenosti ključno motiviranje in spodbujanje zaposlenih, medsebojno zaupanje, gradnja dobrih medosebnih odnosov, prizadevanje za učinkovito komunikacijo, preprečevanje in učinkovito reševanje morebitnih konfliktov. Vodenje v zdravstvu pa prinaša veliko izzivov tudi s področij, ki niso nujno s področja medicinske stroke, in zajemajo administracijo, organizacijo, razporejanje z ekonomskimi sredstvi in zagotavljanje stroškovne učinkovitosti (Odoemena, 2018).

Za zagotavljanje ustreznega sistema zdravstvenega varstva se je nujno potrebno prilagajati epidemiološkim, demografskim in družbenim spremembam. Politične, ekonomske, socialne, okoljske in tehnološke spremembe vplivajo na sistem zdravstvenega varstva in vplivajo tako na sprejemanje odločitev na nivoju vrhnjega managementa kot tudi na nižje ravni vodenja, pomembno vplivajo na vodenje vseh zaposlenih znotraj posameznega zdravstvenega zavoda in oddelka. Ustrezna organizacija in celosten pristop k vodenju ter prilagajanje nenehnim spremembam, ki izhajajo bodisi iz notranjega okolja bodisi iz zunanjega okolja zdravstvene organizacije, je ključno za uspešnost in kakovost celotnega zdravstvenega sistema (Arroliga, Huber, Myers, Dieckert & Wesson, 2014; Stefl, 2018).

Svetovna zdravstvena organizacija opozarja na številne pomanjkljivosti zdravstvenega varstva širom sveta, izpostavlja pa tudi pomanjkanje zaposlenih na področju zdravstva, na izrazito pomanjkanje zdravstvenih delavcev tako na področju posameznih držav, regij kot tudi na celotni svetovni ravni. Učinkovito vodenje in upravljanje sta zato ključnega pomena za obravnavanje potreb človeških virov v zdravstvenih sistemih in krepitev zmogljivosti tako na regionalni in kot svetovni ravni (World Health Organization, 2015).

Slovensko zdravstvo se trenutno srečuje s številnimi težavami in izzivi. Po mnenju strokovnjakov slovensko zdravstvo trenutno doživlja eno večjih kriz v samostojni državi (Slovensko zdravniško društvo, 2019). Številni strokovnjaki opozarjajo na nujnost reorganizacije sistema javnega zdravstva, nujnost uvajanja sprememb, kot eno ključnih področij izpostavljajo reševanje krize na področju pomanjkanja strokovnega kadra zdravnikov, kar pa je posledica predvsem odhoda slovenskih zdravnikov v tujino in prinaša

težave pri zagotavljanju izvajanja storitev ter pritisk na izvajalce zdravstvene dejavnosti. V zadnjih letih se za odhod v tujino odloča vedno več diplomantov in specialistov obeh slovenskih medicinskih fakultet. Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je v letu 2016 v tujino odšlo 24 slovenskih zdravnikov, od začetka leta 2017 in do konca leta 2018 pa še skoraj 40 (Slovensko zdravniško društvo, 2019). V Sloveniji se zmanjšuje število aktivnih zdravnikov, pritok tujih strokovnjakov v Slovenijo pa ne kompenzira kadrovskega pomanjkanja. Razlogov za odhod je več, ključni so vsesplošna globalizacija, redne prekomerne delovne obremenitve, ki so znatno večje kot v razvitih zahodnoevropskih državah, preobremenjenost zaradi kadrovskega pomanjkanja. Razmerje števila zdravnikov glede na število prebivalstva v Sloveniji je pod evropskim povprečjem, hkrati pa na odhajanje strokovnjakov vpliva tudi nezadovoljstvo z organizacijo sistema zdravstvenega varstva (Slovensko zdravniško društvo, 2019).

Novodobno zdravstvo zahteva spremembe v načinu vodenja zaposlenih (Bowen, 2015). Potreba po novi paradigmi pomeni nujen premik od tradicionalnih pristopov vodenja k novim pristopom vodenja, ki bodo bolj primerni za reševanje vprašanj, soočanje z izzivi, s katerimi se soočajo vodje v sodobnem zdravstvenem okolju, pri čemer pa se je potrebno zavedati, da novi pristopi k vodenju pomenijo tudi vlaganje v izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje kadrov na področju vodenja in ravnanja z zmožnostmi zaposlenih glede na sodobne akademske trende in zdravstvene norme (Ackerman in drugi, 2019).

3 RAZISKAVA

3.1 Opredelitev metode raziskovanja

Teoretični del magistrskega dela temelji na pregledu strokovne literature na področju vodenja s poudarkom na opredelitvi teorije izmenjave vodja-sledilec ter umestitvi obravnavane teme na področje zdravstva in služi kot osnova za empirični del.

Empirični del je zasnovan na kvalitativni raziskavi vodenja zaposlenih v zdravstvu na primeru vodenja oddelkov v izbranih bolnišnicah v Sloveniji. Razlog za izbiro kvalitativne metode raziskovanja, ki temelji na aplikaciji poglobljenega polstrukturiranega intervjuja, je razmeroma neraziskano področje vodenja v zdravstvu v slovenskem prostoru. Izbrana metoda temelji na individualnem pristopu k raziskovanju in omogoča širši vpogled v raziskovano tematiko.

Namen raziskovanja je osvetliti vlogo vodje v slovenskem zdravstvu, izzive pri vodenju in podati predloge, kako se z njimi spopadati z namenom uspešnejšega vodenja zaposlenih v zdravstvu, večjega zadovoljstva zaposlenih in opravljanja kakovostnih zdravstvenih storitev, kar pa pomembno vpliva na zadovoljstvo in zdravje uporabnikov zdravstvenega sistema ter na kakovostno zdravstveno oskrbo v državi.

Cilji empiričnega dela magistrskega dela so ovrednotiti odnos med vodjami oddelkov v bolnišnicah in njihovimi podrejenimi ter podati smernice za razvoj odnosov med vodjo in njegovimi podrejenimi za uspešno vodenje.

Na podlagi teoretičnih izhodišč, pregleda strokovne literature na področju vodenja v zdravstvu in opravljenih intervjujev odgovarjam na pet glavnih raziskovalnih vprašanj:

- Kako vodje v zdravstvu in njihovi podrejeni gradijo kakovostne odnose in kako vodje v zdravstvu vodijo svoje podrejene?
- Kakšne so koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu?
- Katere prvine izmenjave so ključnega pomena za kakovosten odnos med vodjo in podrejenimi v zdravstvu?
- Kaj so najpogostejši izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu?
- Kako se spopadati z izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu?

3.2 Polstrukturirani poglobljeni intervju

Področje vodenja zaposlenih v zdravstvu je kompleksno področje, ki je še posebej v slovenskem prostoru razmeroma slabo raziskano oziroma na področju vodenja na nivoju oddelkov v slovenskih bolnišnicah relativno neraziskano. Dosedanje raziskave so bile izvedene zgolj na področju vodenja v zdravstveni negi (Lorber & Skela Savič, 2011; Laznik, 2017), medtem ko raziskav na področju vodenja oddelkov bolnišnic in vodenja zdravnikov v slovenskem prostoru še ni bilo opravljenih. Kvalitativna raziskava z izvedbo poglobljenih polstrukturiranih intervjujev je omogočila odgovoriti na pet glavnih zastavljenih raziskovalnih vprašanj, hkrati pa je izbrani pristop k raziskovanju omogočil širši pogled na izbrano tematiko, saj so intervjuvanci preko odprtega tipa vprašanj predstavili svoj pogled na trenutno situacijo na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu in hkrati opozorili na nove probleme izbrane tematike, ki jih obstoječa literatura na tem področju še ne obravnava. Izbrana raziskovalna metoda je omogočila vpogled v odnos med vodji in njihovimi podrejenimi, kako razvijajo odnose ter kako stopnja odnosa vpliva na vodenje.

Raziskovalna metoda je omogočila razčlenitev odnosov in poglobitev v dojemanje pomena odnosov pri vodenju zaposlenih v zdravstvu. Odprti tip vprašanj je omogočil širšo predstavitev medosebnih odnosov na delovnem mestu, pomena dobrih medosebnih odnosov na delovnem mestu, opredelitev stila vodenja, ki je glede na trenutno situacijo v zdravstvu najbolj primeren za doseganje zastavljenih ciljev, predvsem pa je takšna raziskovalna metoda omogočila, da so sodelujoči izrazili svoje mnenje in opozorili na morebitne posebnosti, težave, podali svoja opažanja in potencialne možnosti za izboljšave na področju slovenskega zdravstva.

Vprašalnika za poglobljeni intervju sta pripravljena na podlagi teoretičnih konceptov na področju vodenja s poudarkom na teoriji izmenjave vodja-sledilec prilagojeno na področje zdravstva, pri čemer so vprašanja oblikovana tako, da sledijo pregledu obstoječe literature glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Z izbrano raziskovalno metodo sem želela pridobiti vpogled v odnos med vodji in njihovimi podrejenimi, kako razvijajo odnose ter kako stopnja odnosa vpliva na vodenje. Ker je metoda temeljila na raziskovanju odnosov med vodjo in njegovimi neposrednimi podrejenimi sodelavci, sem pripravila dva ločena vprašalnika, enega za vodjo (glej prilogo 1) in drugega za podrejene sodelavce (glej prilogo 2), pri čemer so vprašanja zastavljena tako, da omogočajo vzporedno primerjavo in interpretacijo odnosov med vodji in zaposlenimi v zdravstvu ter omogočajo vrednotenje vodenja zaposlenih v zdravstvu, predstavitev izzivov, ki jih ta vloga predstavlja in predlogov za izboljšave. Za ločena vprašalnika sem se odločila, ker je takšen pristop omogočil bolj celosten vpogled v medosebne odnose med vodjo in podrejenimi, hkrati pa je takšen pristop omogočil obravnavo in primerjalno opredelitev vodenja zaposlenih v zdravstvu tako z vidika vodij kot tudi z vidika podrejenih.

3.3 Predstavitev intervjuvancev

Vodenje zaposlenih v zdravstvu sem raziskovala na primeru vodenja zaposlenih v slovenskih bolnišnicah, in sicer na nivoju vodenja oddelkov. Intervjuvala sem dve skupini intervjuvancev: vodje in njihove neposredno podrejene sodelavce. Kot vodje so bili za intervju izbrani predstojniki različnih oddelkov v izbranih slovenskih bolnišnicah, drugi del intervjujev pa je bil opravljen z njihovimi neposredno podrejenimi sodelavci zdravniki, pri čemer je bil pogoj, da je bil pri vsakem posameznem vodji intervjuvan vsaj en njegov neposredni podrejeni, saj je takšen pristop omogočil komparativno vrednotenje vodenja zaposlenih na podlagi vrednotenja odnosov tako z vidika vodje kot na drugi strani tudi z vidika njegovega podrejenega sodelavca. Ostali zaposleni na oddelkih v bolnišnicah, osebje zdravstvene nege v raziskavo niso bili vključeni. Na področju vodenja v zdravstveni negi je bilo namreč v Sloveniji v zadnjem času opravljenih več raziskav (Lorber & Skela Savič, 2011; Laznik, 2017), medtem ko raziskav vodenja z vidika vodenja zdravnikov v slovenskih bolnišnicah ne, zato sem se odločila proučevati specifično vodenje na nivoju predstojnikov oddelkov in njihovih neposredno podrejenih zdravnikov specialistov. K sodelovanju pri raziskavi so bili povabljeni predstojniki oddelkov in zdravniki 6 bolnišnic v Sloveniji, pri čemer je bilo skupno število povabljenih predstojnikov k intervjuju 22, skupno število povabljenih zdravnikov pa 37. Po izboru primernosti kandidatov za intervju je pri intervjuju v končni raziskavi sodelovalo 7 sodelujočih: 2 predstojnika, 1 predstojnica, 2 zdravnika in 2 zdravnici. Razlog za manjše število sodelujočih v raziskavi glede na število povabljenih je predvsem v slabi odzivnosti povabljenih k sodelovanju, hkrati pa je bilo potrebno pri izbiri sodelujočih zadostiti zastavljenemu pogoju, da je pri vsakem predstojniku oddelka intervjuvan vsaj en njegov podrejeni zdravnik, saj to omogoča

komparativno vrednotenje vodenja na podlagi obojestranskih pogledov na medosebne odnose med vodji in njihovimi podrejenimi. V nadaljevanju so sodelujoči v raziskavi označeni kot vodja A, vodja B in vodja C, podrejeni zdravniki pa kot podrejeni A1 in podrejeni A2 (pri prvem vodji sta sodelovala dva podrejena), podrejeni B in podrejeni C.

3.4 Potek in izvedba intervjujev

V stik z intervjuvanci sem stopila preko elektronske pošte, pri čemer sem jim posredovala kratek opis tematike magistrskega dela in predstavila glavna raziskovalna vprašanja, na katera v sklopu magistrskega dela odgovarjam. Intervjuji so bili izvedeni pri tistih posameznikih, ki so izrazili pripravljenost za sodelovanje, pri čemer je bil kriterij izbire sodelujočih pri raziskavi, da sta se za intervju strinjala oba člana v odnosu vodja-podrejeni, z drugimi besedami intervjuji so bili izvedeni zgolj v primeru, da sta bila za sodelovanje pripravljena tako vodja, to je predstojnik oddelka, kot vsaj eden njegov neposredni podrejeni sodelavec zdravnik, v nasprotnem primeru intervjujev nismo izvajali. Intervjuji so bili izvedeni junija in julija 2019 v dogovorjenih terminih na sedežih izbranih slovenskih bolnišnic, v katerih so bili intervjuvanci v času opravljanja intervjujev zaposleni in kjer je bilo njihovo delovno mesto. Intervjuji so potekali individualno z vsakim posameznim intervjuvancem in so trajali 50 do 70 minut. Po opravljenih intervjujih sem pripravila transkripcije izvedenih intervjujev in jih posredovala intervjuvancem po elektronski pošti v pregled in potrditev. Transkripcije izvedenih intervjujev na željo intervjuvancev po anonimnosti niso vključene v priloge magistrskega dela, so pa izseki njihovih izjav v nadaljevanju magistrskega dela vključeni v poglavje Rezultati raziskave po posameznih tematskih sklopih.

3.5 Predstavitev vprašalnika

Vprašalnik je ločeno pripravljen za intervju s predstojnikom oddelka (glej prilogo 1) in ločeno za intervju s podrejenim (glej prilogo 2), pri čemer prvi vključuje 19 vprašanj, drugi pa 16. Vprašanja so zastavljena tako, da omogočajo komparativno primerjavo odgovorov vodij in njihovih podrejenih.

Vprašalnika sta zastavljena tako, da vključujeta vprašanja, ki jih lahko razdelimo v pet tematskih sklopov, preko katerih so v nadaljevanju podani rezultati raziskovanja:

- predstavitev področja vodenja zaposlenih v zdravstvu z vidika odnosa med vodjo in zaposlenimi v zdravstvu,
- koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu,
- predstavitev prvin izmenjave, ki so ključnega pomena za kakovosten odnos med vodjo in podrejenimi v zdravstvu,
- najpogostejši izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu,
- predlogi za izboljšave na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu.

Prvi del vprašalnika (sklop I) se nanaša na opredelitev vodenja zaposlenih v zdravstvu v praksi z vidika odnosa med vodjo in zaposlenimi v zdravstvu. Vprašalnik je v tem delu pri obeh skupinah intervjuvancev namenjen opredelitvi pomena medosebnih odnosov na delovnem mestu, kako medosebni odnosi na delovnem mestu na splošno vplivajo na opravljanje delovnih nalog zaposlenih, tako vodij kot njihovih podrejenih. Pri tem sklopu vprašanj so intervjuvanci opredelili, kakšne so po njihovem mnenju značilnosti dobrega medosebnega odnosa, na čem temelji in to opredelili z vidika njihovega strokovnega delovanja na delovnem mestu. Vprašanja so bila zastavljena v skladu s teorijo izmenjave vodje-sledilec, ki predpostavlja, da vodje odnose s svojimi posameznimi sledilci gradijo na različen način in do različne stopnje kakovosti in da individualno pristopajo k vodenju. Določena vprašanja so specifično namenjena le vodjem, druga so specifična za podrejene.

Tabela 2: Vprašanja za analizo sklop I

Vodenje zaposlenih v zdravstvu z vidika odnosa med vodjo in zaposlenimi v zdravstvu	
<i>Skupna vprašanja</i>	- Ali menite, da medosebni odnosi med sodelavci vplivajo na učinkovitost opravljanja delovnih nalog in na doseganje skupnih delovnih ciljev? Če da, kako? - Ali menite, da odnos med vodjo in njegovim podrejenim vpliva na vodenje, opravljanje delovnih nalog in doseganje skupnih delovnih ciljev? Če da, kako? - Kako bi opisali za vas dober medosebni odnos? - Menite, da je za delo v zdravstvu boljši formalni odnos ali je boljše graditi bolj socialne odnose?
<i>Posebna vprašanja za vodjo</i>	- Kako bi ovrednotili vaš odnos s svojimi podrejenimi in kako menite, da bi ga ovrednotili vaši podrejeni? - Kako razvijate odnose s svojimi podrejenimi? So kakšne razlike med podrejenimi? Ali načrtno gradite/razvijate odnose s svojimi podrejenimi? - Ali se je vaš odnos s podrejenimi in stil vodenja tekom let kaj spremenil? Če da, kako? - Kako vodite svoje zaposlene? Kako vplivate nanje? Kakšno moč uporabljate? - Kako bi opisali stopnjo zaupanja med vami in vašimi podrejenimi?
<i>Posebna vprašanja za podrejene</i>	- Kako bi ovrednotili svoj odnos z vašo vodjo in kako menite, da bi ga ovrednotil vaš vodja? - Menite, da se vaš odnos z vodjo spreminja skozi čas? Če da, kako? Ali načrtno gradite/razvijate odnos s svojo vodjo? - Menite, da vaš vodja vlaga v odnose s svojimi podrejenimi? - Kako vas vodja vodi? Kako vodja vpliva na vas? S čim? Kakšno moč uporablja pri vodenju? - Kako bi opisali stopnjo zaupanja med vami in vašo vodjo? - V kolikšni meri in na kakšen način vaš vodja posega v vaše delo?

Vir: Lastno delo.

Drugi sklop vprašanj (sklop II), ki odgovarja na drugo raziskovalno vprašanje, v ospredje postavlja koristi kakovostnega odnosa med vodjo in njegovimi podrejenimi v zdravstvu. Nanaša se tako na neposredne koristi dobrega odnosa med vodjo in njegovimi podrejenimi

kot tudi koristi pri opravljanju delovnih nalog oziroma širše gledano na vpliv odnosov na delovnem mestu na proces vodenja in doseganje ciljev celotnih oddelkov oziroma bolnišnic.

Tabela 3: Vprašanja za analizo sklop II

Koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu

<i>Skupna vprašanja</i>	- Kakšne so po vašem mnenju ključne koristi kakovostnega odnosa med vodjo in njegovimi podrejenimi?
-------------------------	---

Vir: Lastno delo.

Tretji del vprašalnika (sklop III) se nanaša na ključne prvine izmenjave v odnosu med vodjo in njegovimi podrejenimi v zdravstvu in podaja odgovore iz prakse na tretje raziskovalno vprašanje, ki izhaja iz teorije izmenjave vodja-sledilec z vidika izmenjave prvin. Teorija predpostavlja, da v odnosu med vodjem in njegovim podrejenim prihaja do izmenjave prvin, sredstev oziroma dobrin in da je od vrste izmenjanih prvin in od kakovosti izmenjave odvisno, na kakšen način in do katere stopnje bosta vodja in sledilec zgradila svoj odnos in kakšne bodo posledično koristi njunega odnosa, kar pa pomembno vpliva na stil vodenja, kakovost vodenja in uspešnost pri opravljanju delovnih nalog tako vodij kot njihovih podrejenih. Intervjuvancem sem predstavila teorijo izmenjave vodja-sledilec in predstavila glavne sklope prvin in jih vprašala, katere prvine so pomembne zanje in tudi katere prvine so po njihovem mnenju pomembne za drugo osebo v odnosu, kar je v nadaljevanju raziskovanja omogočilo opredelitev, katere prvine so posamezni skupini intervjuvancev pomembne in kakšno je njihovo ujemanje ter vpliv na kakovost odnosov oziroma na vodenje zaposlenih.

Tabela 4: Vprašanja za analizo sklop III

Ključne prvine izmenjave v odnosu med vodjo in podrejenimi v zdravstvu

<i>Posebna vprašanja za vodjo</i>	- Vezano na teorijo izmenjave prvin med vodjo in njegovimi sledilci teorija za dober odnos predpostavlja kvalitetno izmenjavo prvin (priloga seznam prvin). Katere prvine so za vas pomembne in katere menite, da so pomembne za vaše sodelavce? - Kaj pri svojih podrejenih najbolj cenite? - Kaj menite, da vaši podrejeni najbolj cenijo pri vas?
<i>Posebna vprašanja za podrejene</i>	- Vezano na teorijo izmenjave prvin med vodjo in njegovimi sledilci teorija za dober odnos predpostavlja kvalitetno izmenjavo prvin (priloga seznam prvin). Katere prvine so za vas pomembne in katere menite, da so pomembne za vašo vodjo? - Kaj pri svoji vodji najbolj cenite? - Kaj menite, da vaš vodja najbolj ceni pri vas?

Vir: Lastno delo.

Četrty sklop vprašanj (sklop IV) podaja odgovore iz prakse na raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na izzive pri vodenju zaposlenih v zdravstvu, in sicer podaja odgovore na četrto raziskovalno vprašanje, kaj so najpogostejši izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu, in na peto raziskovalno vprašanje, kakšni so predlogi za izboljšave na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu. Vprašanja so zastavljena tako, da intervjuvanci izpostavijo izzive, s katerimi se srečujejo pri opravljanju svoje vloge, to je vloge vodje oziroma vodje zdravnika specialista, hkrati pa izpostavijo izzive, ki jih prinaša trenutna situacija v slovenskem zdravstvu. Zadnji sklop raziskave zajema tudi predloge za izboljšave na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu, pri čemer so bili predlogi za izboljšave s strani intervjuvancev zbrani tekom celotnega intervjuja. Odprti tip vprašanj omogoča, da intervjuvanci že pri posameznih vprašanjih odgovarjajo relativno široko in tako tekom intervjuja izpostavijo morebitne težave, izzive, izrazijo svoje mnenje ter podajo predloge za potencialne izboljšave.

Tabela 5: Vprašanja za analizo sklop IV

Izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu in predlogi za izboljšave	
<i>Skupna vprašanja</i>	- Kaj po vašem mnenju pri vodenju oddelkov v bolnišnici predstavlja največje izzive in kako bi se lahko spopadli z njimi? Kako bi lahko izboljšali delovanje oddelkov v bolnišnicah? Vidite kakšne težave in morebitne možnosti za izboljšave v slovenskem zdravstvu?
<i>Posebna vprašanja za vodjo</i>	- Kaj vam pri vodenju predstavlja največji izziv? - Menite, da imajo vaši podrejeni pri opravljanju svojih delovnih nalog kakšne težave? Če da, kakšne? - Kaj menite, da bi vam lahko olajšalo opravljanje vaše delovne vloge vodje - vodenje sodelavcev?
<i>Posebna vprašanja za podrejene</i>	- Imate kakšne težave pri opravljanju vaše delovne vloge? Če da, katere? Ali menite, da bi lahko vodja pripomogel k boljšemu opravljanju vaše delovne vloge? Če da, kako?

Vir: Lastno delo.

3.6 Potek analize podatkov

Po opravljenih intervjujih je sledila faza analize podatkov. Analizo podatkov sem pričela z zapisom transkripcije izvedenih intervjujev, kar je predstavljalo podlago za izvedbo analize podatkov. Po pripravi transkripcij intervjujev in večkratnem prebiranju odgovorov izvedenih intervjujev sem pridobile odgovore in podatke razvrstila po tematskih sklopih, ki se nanašajo na pet glavnih zastavljenih raziskovalnih vprašanj. Navzkrižno sem primerjala odgovore sodelujočih intervjuvancev na posamezna vprašanja in sestavila celovite odgovore in povzela poglobitve ugotovitve po posameznih tematskih sklopih. Dodatno sem v analizo podatkov vključila tudi informacije in področja, ki so se dodatno izpostavila tekom intervjuja in jih pred izvedbo intervjujev nisem predvidevala. Odprti tip

vprašanj je namreč omogočil, da so intervjuvanci tekom intervjuja izpostavili tudi področja in teme širše od obravnavanega, zaradi česar se je področje proučevanja dodatno razširilo.

Pridobljene rezultate sem v nadaljevanju interpretirala in povezala s proučevanim področjem teorije prvega dela magistrskega dela. Na koncu na podlagi analize rezultatov raziskovanja sledijo glavni sklepi in ugotovitve raziskave. Ker so se pri izvedbi raziskave pokazale določene omejitve, na koncu sledijo še predstavitev omejitev raziskave in predlogi za potencialne raziskave v prihodnje.

3.7 Rezultati raziskave

3.7.1 Vodenje zaposlenih v zdravstvu z vidika odnosa med vodjo in zaposlenimi

Raziskava je pokazala, da se tako vodje kot tudi njihovi podrejeni strinjajo, da medosebni odnosi med sodelavci pomembno vplivajo na učinkovitost opravljanja delovnih nalog in doseganje skupnih delovnih ciljev. Vsi intervjuvanci se tudi strinjajo, da odnos med vodjo in njegovimi podrejenimi pomembno vpliva na način vodenja, učinkovitost vodenja in opravljanje delovnih nalog zaposlenih, hkrati pa tudi, da pristop k vodenju vpliva na kakovost medosebnih odnosov.

Intervjuvanci poudarjajo, da dobri medosebni odnosi pomembno vplivajo na počutje zaposlenih na delovnem mestu, na vzdušje, klimo v delovnem okolju, na zavezanost delovnim nalogam in na kakovost opravljanja dela, še posebej pa je to pomembno v zdravstvu, saj je področje dela precej specifično. Vodja B poudari: »Dobri odnosi na delovnem mestu so res pomembni, pri našem delu pa sploh.« Vodja A dodaja: »Prepričan sem, da če se v timu ljudje dobro razumejo, tudi boljše sodelujejo, bolj se poznajo, vedo, kaj so prednosti in tudi slabosti drug drugega in boljše funkcionirajo.« To potrjuje tudi podrejeni B: »Kakšni odnosi so na oddelku, se zelo kaže v delovanju oddelka. Dobro organizirani oddelki, oddelki, kjer so dobri medosebni odnosi, imajo zagotovo manj težav, delo poteka bolj sproščeno, lažje in bolj kvalitetno.« Intervjuvanci poudarjajo velik pomen dobrih odnosov še posebej na nivoju manjših delovnih timov kot so strokovni tim zdravnikov in medicinskega osebja, ki neposredno skrbi za oskrbo, zdravljenje pacientov. Na takšnem t.i. mikrookolju so dobri odnosi ključni, saj morajo biti vsi člani znotraj posamezne delovne enote usklajeni, morajo znati dobro sodelovati, da lahko zagotavljajo ustrezno oskrbo in zdravljenje pacientov.

Raziskava temelji na raziskovanju vodenja zaposlenih v zdravstvu na podlagi medosebnih odnosov, zato je pomembno tudi vprašanje o opredelitvi dobrega medosebnega odnosa, kakšen je po mnenju intervjuvancev dober medoseben odnos. Odgovori so bili relativno enotni, da je dober medoseben odnos tisti, v katerem vladajo medsebojno spoštovanje, zaupanje, zanesljivost, odkritost, korektnost, določeni intervjuvanci, predvsem podrejeni

pa dodatno poudarjajo tudi pomen empatije v odnosu. Vodja B poudarja: »Za dober odnos je pomembno predvsem to, da je prisotno medsebojno zaupanje, da je prisotna obojestranska zanesljivost, da se lahko zanesemo na to, kar se dogovorimo.« Vodja C dodatno izpostavlja: »Odnos temelji na spoštovanju in odkritosti, prinaša pa koristi vsem, ne samo neposredno dvema udeleženiima, pač pa ustvarja sinergijo in pozitivno vzdušje tudi pri ostalih.«

Pri vprašanju, če vodje razlikujejo med svojimi podrejenimi ali z vsemi gradijo popolnoma enakovredne medosebne odnose, so vodje enotni, da obstajajo razlike v odnosih do posameznih podrejenih. Vodja C tako pove: »Že po naravi smo si z določenimi ljudmi blizu, z drugimi malo manj. Seveda je to različno od posameznika do posameznika, od relacij, ki jih imamo. Z nekaterimi se lažje dogovorimo, z drugimi malo težje.« in vodja B dodaja: »Seveda so razlike v odnosih do posameznih sodelavcev. Z določenimi si bolj kompatibilen, imaš enake poglede na delo, življenje, ampak načeloma pa v nekem profesionalnem odnosu ni nujno, da se res o vsem strinjamo, potrebno pa se je znati pogovoriti in sklepati kompromise. In to je tisto, kar je pomembno. Razumljivo, da nismo z vsemi izredno dobri prijatelji, pomembno pa je, da znamo in se trudimo korektno sodelovati.« Vodje poleg razlik v osebnostnih lastnostih in vpliva karakternih razlik na razlike v odnosih do podrejenih izpostavljajo tudi vpliv generacijskih razlik med podrejenimi, ki po njihovem mnenju pomembno vplivajo na razlike v odnosih vodje do podrejenih. Vodja A izpostavlja: »Obstaja razlika med sodelavci, seveda, saj smo različni karakterji, tudi po starosti smo si različni - na našem oddelku je precej velik generacijski razmik, med posameznimi generacijskimi skupinami so velike razlike. /.../ Skupine se predvsem ločijo glede na to, kateri generaciji pripadajo, seveda pa so tu še individualne karakterne razlike, ki pa jih je tudi potrebno upoštevati.« Vodje pa različne odnose s podrejenimi gradijo tudi na podlagi ostalih razlik. Vodja A poudarja: »Tudi razlika je, iz kakšnega okolja je zaposleni. Če je morda nekdo iz tujine, vaje drugačne kulture ali pa je domačin ali prihaja iz drugega konca Slovenije, se seveda čutijo marsikateri razlike.« Razlike v odnosih med vodjami in njihovimi podrejenimi torej so in so odvisne od različnih dejavnikov.

Na vprašanje, če gradijo odnose s svojimi podrejenimi, so vodje odgovorili, da jih gradijo, saj se zavedajo pomena in koristi dobrih medosebnih odnosov s podrejenimi in vpliva kakovostnih medosebnih odnosov na kakovost vodenja in uresničevanja zastavljenih delovnih nalog in doseganje skupnih ciljev oddelka. Vodja C pove: »Mislim, da je gradnja odnosov osnova. Ko so zgrajeni dobri odnosi, ko dosežemo, da ljudje gledajo v isto smer, da vejo, kaj želijo, potem lahko marsikaj uspe.« Vodje poudarjajo, da je potrebno gradnji odnosov nenehno posvečati pozornost in v gradnjo odnosov nenehno vlagati energijo. Vodja 3 poudari: »Veliko je potrebno delati na odnosih. Odnose je potrebno vzdrževati. Menim, da je skupino večjo od 10 ljudi težko voditi, formirajo se manjše skupine, hitro se ne pogovarjamo več o istih stvareh. Pri velikih skupinah je potrebno veliko vlagati, znati držati skupino skupaj, da ne pride do razhajanj. Če stalno ne vlagam v to, da se

pogovarjamo, da rešujemo težave, se hitro zgodi, da zadeve potegnejo narazen.« Pristopi, kako gradijo odnose, so različni. Vodje se predvsem trudijo, da gradijo odnose z vsemi podrejenimi v čim večji meri, pri čemer pa se je potrebno posameznim podrejenim prilagajati glede na individualne razlike med njimi. Vodja A pove, kako razvija odnose: »Načrtno razvijam odnose, se trudim. Dva načina sta. En je skupinski pristop. Potem pa še individualni pristop. Pomembna je neka čustvena inteligenca, pravi pristop do vsake posamezne skupine, hkrati pa je pomemben tudi popolnoma individualen pristop z glavnim ciljem, da kvalitetno opravimo delo. Trudim se, da vsakega posameznika prepoznam, kaj nekdo želi, pričakuje, da se jim prilagodim.«

Da vodje vlagajo v odnose s svojimi podrejenimi, so potrdili tudi njihovi neposredno podrejeni sodelavci zdravniki in poudarili, da je občutek, da vodji veliko pomenijo dobri medosebni odnosi na delovnem mestu, zelo pomemben in pripomore k dobremu delovnemu vzdušju in jim pomeni dodatno motivacijo pri opravljanju njihovega dela. Podrejeni A1 pravi: »Zagotovo vodja vlaga v odnose, predvsem je pomembno, da nas ne demotivira, ampak da nas spodbuja. Pri nas je velika pestrost, razlika v generacijah in se lahko pojavljajo medgeneracijski prepadi, nasprotja. Vodja te različne svetove dobro povezuje.« Intervjuvanci poudarjajo, da ni pomemben zgolj odnos vodje do podrejenih, ampak tudi to, kakšen vpliv ima vodja na odnose med podrejenimi, na odnose na nivoju celotnega oddelka in kakšen pomen daje vodja kakovostnim odnosom tako do svojih podrejenih kot odnosu med zaposlenimi in koliko si za dobre odnose prizadeva. Podrejeni C meni: »Menim, da vodji veliko pomeni in se trudi graditi in vzdrževati dobre medosebne odnose in se aktivno trudi tudi vzdrževati korektne, spoštljive odnose ne le njega do podrejenih, ampak si prizadeva za korektno komunikacijo in odnos med vsemi sodelavci na oddelku. Veliko dela v tej smeri. Že kako on komunicira, nas pa tudi na skupnih sestankih in v primeru konfliktnih situacij spodbuja, usmerja h korektni komunikaciji, spoštljivemu odnosu. Da bi se kot tim med seboj pogovarjali. Ne dopušča preprirov na osebni nivoju, na nek način nas poskuša vzgajati z namenom gradnje dobrih odnosov.«

Medosebne odnose s svojimi podrejenimi so vodje opredelili kot dobre, podobno so jih opredelili tudi podrejeni. Na vprašanje, če menijo, da se odnosi med zaposlenimi tekom časa spreminjajo, so bili odgovori podobni, tako s strani vodij kot tudi njihovih podrejenih. Vodja A pove: »Seveda se odnos spremeni, sčasoma se bolj spoznamo.« Podrejeni A1 izpostavi: »Ko se spoznamo, smo seveda malo bolj zadržani, sčasoma pa se odnos razvija.«, podrejeni B pa doda: »Odnosi se gradijo tekom časa. /.../ Na začetku osebe ne poznaš in si malo rezerviran, sčasoma se odnos gradi, predvsem na podlagi izkušenj.« Predvsem mlajši zdravniki izpostavljajo, da se medosebni odnosi v službi postopno razvijajo v času, zlasti na začetku karierne poti, odnos med njimi in vodjo se razvija postopno. Podrejeni C pravi: »Skozi čas se gradi zaupanje, podpiranje, skozi čas se vidi, če nekdo opravlja svoje naloge, kako opravlja naloge. Sploh se vidi, če na oddelku začnejaš svojo poklicno pot in je rast odnosov še toliko bolj izrazita, napredek v odnosih je še toliko bolj opazen.«

Intervjuvanci so dodatno izpostavili, da se pogosto spremeni odnos sodelavcev do posameznika, ki postane vodja oddelka, pred tem pa je bil enakovreden sodelavec ostalim zdravnikom na oddelku. Vodja C pravi: »Odnos se spreminja. Že ko pride nekdo v novo funkcijo, se spremeni odnos. Že zaradi odgovornosti funkcije, potreben je drugačen odnos, pristop do sodelavcev. Če si prej z nekom v enakovrednem dialogu, se potem s sprejetjem vloge predstojnika enakovrednost kaže zgolj v določeni stopnji, do neke meje. /.../ Relacija se zelo spremeni. Odnos se je spremenil z nastopom funkcije vodje, prav tako pa se tudi spreminja tekom časa.« So pa primeri, ko se relacije in odnosi ne spremenijo v tolikšni meri, predvsem je to v primeru, da je posameznik pred nastopom vodje predstojnika oddelka opravljal funkcijo namestnika predstojnika oddelka. Vodja B komentira: »Z nastopom funkcije predstojnice oddelka nisem čutila spremembe v odnosu do svojih sodelavcev, upam, da tudi oni ne. Jaz nisem imela nobenih težav, verjetno zato, ker sem že prej bila v vlogi namestnice, moj prehod od namestnice do predstojnice je bil postopen. Mislim, da se z nastopom nove vloge v odnosu do sodelavcev nisem začela obnašati drugače. Imamo uteče odnose, poznamo se dlje časa, je pa res, da se odnosi dodatno gradijo, rastejo s časom.«

Intervjuvanci so v prvem sklopu vprašanj opredelili tudi svoj pogled na odnose med vodjo in zaposlenimi z vidika formalnosti odnosa in vključevanja socialnih prvin v odnos ter kako to vpliva na proces vodenja in na splošno na opravljanje dela. Vodje so mnenja, da so za vodenje zaposlenih na nivoju predstojnika oddelka do zaposlenih na oddelku primernejši bolj formalni odnosi, ker pa se z določenimi zaposlenimi posamezniki, ki so v vlogi vodje srečujejo in poznajo že več let tudi na privatni, osebni ravni, pa to ni vedno strogo mogoče. Vodja C tako pravi: »Mislim, da je formalni odnos nekoliko boljši pri opravljanju vloge vodje, ker pa se z določenimi zaposlenimi že poznamo 20, 30 let, pa seveda z njimi ne morem imeti strogo formalnega odnosa.« Vodje zagovarjajo, da je potrebna kombinacija. Vodja A meni: »Mora biti neka kombinacija. Menim sicer, da vodja ne sme imeti najbolj prijateljskega odnosa s svojimi zaposlenimi. Mora biti neka distanca, formalnost, saj je lažje voditi, je pa vseeno pomembno, da so odnosi dobri, korektni, pomembno je sodelovanje, prilagajanje. Potrebna je neka prava mera čustvene inteligence.« Vodje so si enotni, da je potrebno odnose prilagajati glede na okolje in ljudi v njem. Vodja B pravi: »Menim, da so pomembni korektni odnosi, prav je da so formalni z neko mero empatije.« Enako so potrdili tudi intervjuvani podrejeni, ki menijo, da delo na področju medicine zahteva hierarhijo in formalnost odnosov, je pa za delovno vzdušje in boljše počutje zaposlenih v delovnem okolju boljša še določena mera sproščenosti. Strinjajo se, da je tudi z njihovega stališča to želena kombinacija. Podrejeni C pove: »Zdi se mi, da mora biti odnos v prvi vrsti formalen, da vodja jasno delegira naloge ne glede na razlike v medosebnem, socialnem odnosu. Je pa res, da je fleksibilnost, dobri odnosi olajšajo delo, vodenje, kljub temu pa je avtoriteta nujna, sploh v kritičnih situacijah. Je pa lažje delegiranje in na drugi strani sprejemanje delovnih nalog, če so odnosi tudi na socialni ravni, če so odnosi na nek način bolj prijateljski«. Podrejeni A1 doda: »Mislim, da je najboljša neka srednja pot. Brez hierarhije, brez formalnosti ne gre, sistem je hitro v

razsulu. Bolj socialen pristop je morda zaposlenim bolj prijazen, ampak v medicini mora biti vodstvo, red v sistemu. Hierarhija in red morata biti, da sistem funkcionira, zavedati se moramo svoje vloge.« Podrejeni B pravi »Mora biti neka hierarhija. Seveda mora biti postavljena neka meja. /.../ Dobro pa je, da ima neko razumevanje do zaposlenih, da odnos ni popolnoma hladen, formalen. Lahko je vodja, ampak samo z delegiranjem, formalnim odnosom mislim, da ne bi bilo dobro za odnose in delo na oddelku. Meni je ljubši bolj osebni pristop. Pomembno mi je, kako se počutim, ko grem v službo. Ali grem z veseljem ali ne.«

Na vprašanje, kakšna je v praksi stopnja zaupanja med vodjo in podrejenimi, sta obe skupini intervjuvancev, tako vodje kot njihovi podrejeni, potrdili, da je zaupanje med njimi relativno visoko, da pa se pojavljajo manjše razlike med določenimi posamezniki, ki so individualne narave oziroma izvirajo iz osebnostnih lastnosti. Načeloma vodje svojim podrejenim zaupajo in ne posegajo v njihovo delo, jih ne nadzorujejo, in po mnenju vodij jim njihovi podrejeni kot vodjem zaupajo, to so potrdili tudi njihovi podrejeni. Intervjuvanci poudarjajo, da lahko v določenih primerih obstajajo razlike v zaupanju med sodelavci, ali na nivoju strokovnosti ali na osebnem nivoju. Vodja A pove: »Razlika je, ali govorimo o strokovnem zaupanju ali o zaupanju na osebni ravni. Smo si različni.« Podrejeni poudarjajo, da jim je zelo pomembno, da jim vodja zaupa, da ne posega v njihovo delo in jih na nek način opolnomoči, saj tako bolj samozavestno, sproščeno in boljše opravljajo svoje delo. Podrejeni A pove: »Zdravniki smo radi samostojni. Morda mlajši, specializanti so radi nadzorovani, ker se še učijo, po večletnih izkušnjah dela pa bi se nadzor počutil odveč in bi predstavljal dodaten stres.« Podrejeni C dodaja: »Menim, da če bi bilo poseganja v delo preveč, ne bi bilo dobro, bi izgubila zaupanje tudi samo vase in bi začela dvomiti v kvaliteto izvedbe svojega dela in morebitno nestrinjanje z načinom mojega dela. Verjetno bi tudi delo zaradi pritiskov in stresa slabše opravljala.«

Vsi intervjuvanci se strinjajo, da je zaupanje med vodjo in podrejenimi pomembno za uspešno delo, poudarjajo pa, da je še posebej odločilno na nivoju manjših delovnih timov, kjer sodelavci skupaj neposredno skrbijo za pacienta in je zaupanje ključnega pomena. Vodja A pravi: »Zaupanje je ključnega pomena predvsem na mikropodročjih, na nivoju posameznih manjših strokovnih timov znotraj našega oddelka, kjer delajo v timu zdravnik specialist, medicinske sestre in medicinsko osebje in neposredno skupaj skrbijo in odgovarjajo za pacienta. Tam je zaupanje ključnega pomena, potrebno je popolno zaupanje. Če se na takšnem nivoju zgodi, da ni zaupanja, da se odnosi skrhajo, da se ne pozna kompetenc svojega sodelavca in koliko se lahko nanj zanesemo, je zelo problematično, saj gre neposredno za skrb za pacienta.«

V prvem sklopu vprašanj je bil del vprašanj namenjen tudi opredelitvi načina vodenja, ki se ga vodja poslužuje pri opravljanju svoje vloge. Vprašanja na tem področju so bila v prvi vrsti namenjena vodjem, na drugi strani pa so bila postavljena tudi podrejenim, da so pridobljeni odgovori omogočili komparacijo in umestitev, opredelitev načina vodenja.

Vodje poudarjajo, da je pri vodenju potrebno imeti vizijo, zastavljene cilje in voditi zaposlene s poudarkom na svoji strokovnosti in da je potrebno uporabljati ravno pravo mero formalnosti, hierarhičnosti in pravo mero empatije do vseh zaposlenih. Vodja A pove: »Mislim, da mora imeti predstojnik neko vizijo, cilje, potem pa mora to znati predajati zaposlenim s strokovnim ozadjem, da strokovno argumentira svoje odločitve – to je zelo pomembno, da so spremembe, odločitve podprte z argumenti, vedno je potrebno povedati razlog, zakaj se neka sprememba uvaja in če ima nekdo argument proti, to sprejemem, razmislim, upoštevam njihovo mnenje. Moramo podati argumente. Drugače je lahko odpor. Mislim da vodenje z vidika hierarhije, z argumentom moči ni najboljšje. Menim, da če bi nastopal z argumentom moči, hierarhične moči, bi lahko naletel na odpor, je pa res, da če si kot vodja preveč prijateljski, pa se tudi sistem krha. Potrebno je najti neko mero, srednjo pot, kar je težko, treba je imeti neko čustveno inteligenco.«

Vodje zagovarjajo deloma participativen stil vodenja, saj menijo, da je zdravnikom kot visoko usposobljenim strokovnjakom pomembno, da vodja pri odločitvah upošteva njihove predloge, a hkrati mora pri tem ohranjati svojo avtoriteto in formalno moč. Vodja A izpostavi: »Velike demokracije kljub vsemu ne dopuščam, saj se je v preteklosti izkazalo, da če vodja čisto o vsem sprašuje zaposlene, tudi ni dobro.«

Vodje menijo, da je potrebno način, stil vodenja prilagajati tako situacijam kot tudi posameznim podrejenim glede na individualne razlike med zaposlenimi. Vodja A pravi: »Trudim se, da prepoznam vsakega človeka, zaposlenega, kaj pričakuje, kaj morda želi – tudi z nastopom mojega predstojništva sem tako pristopil, vprašal sem jih, kaj bi kdo najraje delal, kakšne so njihove preference, naredili smo reorganizacijo z namenom, da bo delo potekalo lažje, boljše, da bodo bolj zadovoljni in bodo rezultati dela boljši./.../ Pomembna je individualizacija znotraj možnosti, ki jih imamo.«

Pri vodenju si vodje prizadevajo, da ne vodijo zgolj z delegiranjem, ampak želijo, da bi zaposleni sledili samoiniciativno odločitvam vodje, da bi si vsi prizadevali za skupne cilje, kar kaže na njihovo željo in prizadevanje, da bi jim podrejeni sledili in bi z njimi delili svojo vizijo in cilje.

Vodje poudarjajo, da je v medicini strokovna moč vodje predpogoj za uspešno vodenje. Vodja C pove: »V medicini je strokovna moč pomembna. Biti predstojnik oddelka, če nimaš strokovne suverenosti, je nemogoče - v medicini, seveda je lahko v drugih strokah drugače, a v medicini je tako. Jaz kot vodja ne odločam samo o organizaciji dela, odločam tudi o kliničnih postopkih, v primeru nesoglasja ali konzilijev moram imeti zadnjo besedo. Če te kolegi v tem primeru ne priznavajo, ni mogoče delati. So predstojniki, ki so to poskušali, a ni šlo. Medicina je specifična.« Intervjuvanci poudarjajo, da v medicini lahko vodi zaposlene na nivoju oddelkov zgolj strokovnjak s področja. Vodja B meni: »Stroko je potrebno poznati, težko bi si predstavljala, da bi bil lahko vodja takšnega oddelka

strokovno slab. /.../ potrebno je poznati potek dela, včasih potrebno podati tudi kakšno strokovno mnenje, komentar, predloge iz medicinske stroke.«

Tudi intervjuvanci iz skupine podrejenih se strinjajo, da je pri vodenju v zdravstvu pomembna strokovna moč vodje, da mora biti vodja strokovnjak na svojem specifičnem področju medicine. Za podrejene je pomembno, da jih vodja pri vodenju upošteva, v primeru, da želijo podati predloge za spremembe, izboljšave, pomembno jim je, da vodja pri organizaciji dela upošteva njihove preference, če je to le mogoče. Pomembno jim je, da delitev dela poteka pošteno, demokratično, da vodja upošteva individualne razlike med podrejenimi in njihove preference. Podrejeni A2 pove: »Naše preference so različne in dober odnos, razumevajoč odnos vodje do nas in upoštevanje naših želja, predlogov nam veliko pomeni.«

Lahko zaključimo, da je pri vodenju zaposlenih v zdravstvu na nivoju oddelkov v bolnišnicah zaželeno demokratično, participativno vodenje s formalnim pristopom vodij v kombinaciji s pravo mero empatije in vključevanjem socialnega pristopa.

3.7.2 Koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu

Intervjuvani vodje se strinjajo, da kakovostni odnosi s podrejenimi veliko pripomorejo k boljšemu sodelovanju, večji uspešnosti vodenja, organizaciji dela in izvedbi dela. Vodja C pove: »Medosebni odnosi na delovnem mestu so izjemno pomembni. Ob dobrih odnosih je boljša učinkovitost in višja kakovost dela.« in vodja A doda: »Predvsem se to kaže v kvaliteti organizacije dela, predaje delovnih nalog in izvedbe dela.«

Intervjuvani podrejeni predvsem poudarjajo, da so v primeru boljših odnosov z vodjo bolj slišani, da so njihove preference v večji meri upoštevane. Podrejeni A2 pove: »Če so odnosi z vodjo dobri, je načeloma vodja bolj pripravljen poslušati, menim, da v večji meri upošteva naše preference.« in zato zaposleni posledično tudi raje, lažje in boljše opravljajo svoje delo.

Koristi kakovostnega odnosa se tudi kažejo v manjši meri kontraproduktivnosti na delovnem mestu. Vodja A izpostavlja: »Težko je, če kdo načrtno ne želi sodelovati, če ruši sistem, lahko prihaja do nepričakovanih odsotnosti, bolniških odsotnosti, zaposleni v takšnem primeru izkoristi zakonske predpise, se ne prilagaja in kljubuje naši organizaciji. Če je vodja s svojimi sodelavci v dobrem odnosu, pa je lažje. /.../ Zaposleni v primeru dobrih odnosov bolj samoiniciativno delajo v skupno dobro vseh na oddelku.«

Tudi intervjuvani podrejeni izpostavljajo številne prednosti dobrega odnosa med vodjo in podrejenimi. Podrejeni A1 pove: »Predvsem dobro delovno vzdušje in lažje, boljše opravljanje dela.« Izpostavljajo, da dobri odnosi med vodjo in podrejenimi posledično pomembno vplivajo tudi na odnose na celotnem oddelku. Podrejeni C meni: »Kakšni

odnosi so na oddelku, se zelo kaže v delovanju oddelka. Dobro organizirani oddelki, oddelki, kjer so dobri medosebni odnosi, imajo zagotovo manj težav, delo poteka bolj sproščeno, lažje in bolj kvalitetno.« Podrejeni C izpostavlja številne koristi kakovostnih medosebnih odnosov: »Korekten odnos prinaša številne prednosti. Odkrito pogovarjanje, korektna delitev delovnih nalog in občutek, da se lahko na nekoga zanesesh, da bo delo pravočasno in korektno opravljeno. Da ni potrebno preverjati za drugimi. Pri korektnem odnosu lahko izrazimo svoje nestrinjanje, morebitne pomisleke, težave, brez da bi nekdo na drugi strani to vzel kot osebni napad, ampak konstruktivno pristopimo skupaj k reševanju težav. /.../ Pri kakovostnih odnosih je veliko lažje delati, rezultati dela so boljši. Če so odnosi korektni, lahko tudi v primeru težav, stiske, osebne ali v službi, se veliko lažje spopadamo s problemi in jih hitreje rešimo.« To kaže na potencialno povezavo med kakovostjo medosebnih odnosov med podrejenimi ter njihovimi vodji in psihološko varnostjo podrejenih. Edmondson (2003) psihološko varnost opredeljuje kot prepričanje, da posameznik ne bo kaznovan ali kakorkoli oškodovan, če bo izrazil svoje mnenje, zamisli, postavil vprašanje ali izpostavil svoje neznanje, kar pa pomembno doprinese k večji varnosti pri učenju, spodbuja prenos informacij in znanja, pomeni napredek in razvoj zaposlenih ter pomembno vpliva na kakovost izvedbe delovnih nalog. Odgovori intervjuvancev nakazujejo na vpliv dobrih medosebnih odnosov podrejenih s svojimi vodji na večjo psihološko varnost zaposlenih, kar doprinese k večji meri učenja in pomembno pripomore tudi k hitrejšemu iskanju rešitev problemov, k boljšemu sodelovanju med zaposlenimi in boljšim rezultatom dela.

Intervjuvanci dodajajo, da dobri odnosi podrejenih z vodjo pomembno vplivajo tudi na razvoj oddelka, saj vodje v večji meri upoštevajo predloge podrejenih, v večji meri spodbujajo in odobravajo izobraževanja podrejenih, več je vlaganja v izboljšave na področju delovnih prostorov in opreme in to pomembno doprinese k razvoju oddelka. Podrejeni A2 pravi: »Dober odnos z vodjo tudi dodatno vpliva na večji napredek. Predvsem je to pomembno za napredek v stroki. Če ima vodja posluh za sodelavce, če zna poslušati, potem se uvajajo inovacije, spremembe, več se naučimo. Vodja lahko pomembno vpliva na pridobivanje sredstev in vnos novih tehnologij, kar pa je danes v medicini zelo pomembno in vpliva na naše delo.«

Po mnenju intervjuvanih podrejenih se koristi dobrih odnosov med vodjo in podrejenimi kažejo tudi pri pridobivanju dodatnega kadra, še posebej je to pomembno za oddelke, kjer je pomanjkanje kadra zaradi pomanjkanja strokovnjakov, usposobljenih za dotično strokovno področje, saj so določena medicinska področja manj zastopana in se posamezniki v manjši meri odločajo za zaposlitev, hkrati pa so določene bolnišnice manj zanimive za zaposlovanje z vidika geografske, lokacijske oddaljenosti. Podrejeni A2 izpostavlja: »Medosebni odnosi na oddelku in pa odnos z vodjo pomembno vpliva na delovanje oddelka. Dobri odnosi so tudi dober pokazatelj navzven, kar je pomembno pri pridobivanju novega kadra, še posebej za bolnišnice, ki smo bolj oddaljene, oddaljene in lokacijsko manj privlačne za zaposlitev.«

Intervjuvanci izpostavljajo, da dobri odnosi poleg vseh koristi najpomembnejše prinesejo k varnosti pacientov, kar pa je osnovna naloga zaposlenih v zdravstvu in cilj zaposlenih. Podrejeni A1 pravi: »Vpliv dobrih odnosov se kaže pri obravnavi pacientov.« in podrejeni B poudari: »Na prvem mestu je varnost pacienta.«

3.7.3 Ključne prvine izmenjave v odnosu med vodjo in podrejenimi v zdravstvu

Intervjuvanci so izpostavili prvine izmenjave, ki so pomembne zanje, hkrati so vodje opredelili prvine, ki so po njihovem mnenju pomembne za njihove podrejene, in obratno so podrejeni opredelili prvine, ki so po njihovem mnenju pomembne za njihove vodje. Prvine so prikazane v Tabeli 6 na strani 43, pri čemer so prvine navedene za posamezne pare vodij in podrejenih.

Vodje so kot zanje pomembne prvine izpostavili kvalitetno izvedbo delovnih nalog, da je delo dobro opravljeno in so rezultati dela dobri. To zanje predstavlja potrditev, da svojo vlogo vodje opravljajo dobro. Tega se zavedajo tudi njihovi podrejeni. Podrejeni C pravi: »Mislim, da vsak vodja potrebuje neko potrditev, spoštovanje, zagon za naprej, da se zaveda, da dela, vodi v pravi smeri.« Vodjem je pomemben tudi obojestranski prenos informacij, predvsem z vidika uvajanja različnih novosti na oddelke, posodobitve sistemov, pomembne so informacije s strokovnega področja, vse z namenom, da dosegajo čim višji nivo informiranosti, znanja, dobre organizacije in dobrih rezultatov dela. Pomembna jim je tudi lojalnost in zavezanost oddelku, v katerem zaposleni delujejo.

Ostalim zaposlenim pa predvsem veliko pomeni naklonjenost vodje, spodbujanje, pohvala, saj jim to predstavlja motivacijo, raje hodijo v službo in delo lažje in boljše opravljajo. Podrejenim je zelo pomembno, da jih vodja upošteva, da lahko podajo svoje predloge za spremembe, izboljšave in jim vodja pri tem posluša in jih upošteva. Podrejenim tudi veliko pomeni možnost napredovanja, izobraževanja tako na strokovnem kot tudi na osebnostnem nivoju, na področju komunikacije in drugih veščin, ki jih pri delu potrebujejo. Tako kot vodjem tudi podrejenim veliko pomeni, da so dobro informirani na področju stroke kot tudi na popolnoma organizacijskem, delovnem nivoju. Podrejeni A1 pove: »Meni veliko pomeni, da sem informiran, da vem, kaj se v bolnišnici, na oddelku dogaja.« in podrejeni B dodaja: »Pomembne so mi tudi informacije, tako strokovne kot organizacijske. Informacije so mi pomembne, v smislu da imamo občutek, da nam poroča o sestankih, o informacijah s strani vodstva. Informacije, da veš kje si, kaj delaš, da veš, kaj so večji cilji, kam gremo.« Izkazalo se je, da v določenih primerih vodje in njihovi podrejeni nimajo enakega mnenja, katere prvine so drugemu pomembne, kar lahko pomeni slabše medosebno poznavanje in lahko vodi v slabšo izmenjavo prvin. V določenih primerih (glej Tabelo 6) so podrejeni izpostavili, da jim informiranost veliko pomeni, da jim je pretok informacij na oddelku pomemben, medtem ko vodje informacij niso izpostavili kot izredno pomembne prvine njihovim podrejenim.

Tabela 6: Ključne prvine izmenjave po mnenju intervjuvancev

	Prvine, pomembne vodji	Prvine, pomembne vodji (po mnenju podrejenih)	Prvine, pomembne podrejenim	Prvine, pomembne podrejenim (po mnenju vodij)
<i>Odgovori vodje A in podrejenih A1 in A2</i>	- kvalitetna izvedba delovnih nalog, - spoštovanje dogovorov, - pretok informacij, - korektni odnosi, - spoštovanje	- spoštovanje, - dobro opravljeno delo, - prenos informacij	- informacije, informiranost o stanju v bolnišnici (sigurnost, seznanjenost) - spoštovanje s strani vodje, - naklonjenost (pri predlogih, spremembah)	- naklonjenost, - status, - podpora s strani vodje, - motiviranje, - spodbujanje, - nagrade (v manjši meri)
<i>Odgovori vodje B in podrejenega B</i>	- kvalitetna izvedba delovnih nalog, - lojalnost, - zavezanost oddelku, - pretok informacij	- kvalitetna izvedba delovnih nalog, - pretok informacij, - doprinos k oddelku (izboljšave, predlogi...), - lojalnost oddelku	- motivacija, - spodbuda, - občutek upoštevanosti, - slišanje za spremembe, predloge, - možnost izobraževanj, - informacije (strokovne, organizacijske)	- naklonjenost, - spodbujanje, - pohvala, - motiviranje
<i>Odgovori vodje C in podrejenega C</i>	- informacije, - naklonjenost	- spoštovanje, - potrditev, - informacije, - status, - spoštovanje	- spodbujanje, - informacije, - naklonjenost, - možnost za izobraževanje	- naklonjenost, - informacije, - status

Vir: Lastno delo.

Na vprašanje, kaj vodje najbolj cenijo pri svojih podrejenih, vodje navajajo, da najbolj cenijo pripadnost podrejenih oddelku, njihovo delavnost, zanesljivost in zaupanje, iskrenost. Vodja A pravi: »Zelo cenim iskrenost, da se spoštujemo, da tisto, kar se dogovorimo, res drži.« Vodjem je pomembna tudi samoiniciativnost, ambicioznost podrejenih, da so odprti za novosti in se izobražujejo, saj to vodi v odličnost celotnega tima, oddelka. Vodje pri svojih podrejenih izjemno cenijo tudi njihovo spodobnost dobrega sodelovanja pri skrbi za paciente. Vodja C pove: »Najbolj cenim, da ko je potrebno, stopijo skupaj, takrat se pokaže skupinski duh. Uspemo rešiti težke situacije, stopiti skupaj, ne glede na vse razmere pri delu in morebitna nesoglasja.«

Vodje so na vprašanje, kaj menijo, da njihovi podrejeni najbolj cenijo pri njih, navajali, da to, da so si prizadevajo za dobro delovno vzdušje, klimo na oddelku, da si prizadevajo za dobre medosebne odnose na delovnem mestu, da so mirni, imajo potrpljenje pri organizaciji in vodenju, predvsem pri reševanju konfliktov in težav, da si prizadevajo za mirno komunikacijo. Kot pomembno lastnost vodje navajajo tudi svojo zanesljivost. Vodja B meni: »Zanesljivost, to da se lahko name res zanesejo. Da sem vsako minuto, 24 ur na dan na razpolago. Če je karkoli nujnega, me lahko kontaktirajo, nikoli se jim ne bom izneverila, poskušam biti odprta, poštena, brez zahrbtnega delovanja. Mislim, da lahko imajo občutek, da jim stojim ob strani in da v primeru težav poskušam pomagati in najti rešitve.«

Podrejeni odgovarjajo, da svoje vodje cenijo kot strokovnjake, njihovo strokovno znanje in izstopanje na strokovnem področju, postavljajo kot nekakšen predpogoj, da vodjo cenijo kot vodjo, zelo pomembne pa so jim medčloveške lastnosti, ko so spoštovanje, pravičnost, dostopnost, sposobnost konstruktivne komunikacije, da cenijo njihovo zagnanost in motiviranje. Podrejeni B pove, da najbolj ceni: »Zanesljivost in dostopnost, odzivnost vodje. Če imam neko idejo za spremembo, da se strinjamo na oddelku, se zavzame za naše ideje, stoji za našimi predlogi in jih predstavlja vodstvu. Dela v dobro oddelka. Če so težave na oddelku, se pogovorimo, jih aktivno in hitro rešujemo. Cenim, da je vodja veliko na razpolago, da je dostopna.«

Pri vprašanju podrejenim, kaj menijo, da vodja ceni pri njih, so bili odgovori podobni. Podrejeni so navedli strokovnost pri delu, medčloveške lastnosti, zanesljivost, da se vodje držijo dogovorov, da so zanesljivi, resnicoljubni, iskreni in delavni.

3.7.4 Izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu

Intervjuvanci so izpostavili izzive, s katerimi se srečujejo pri opravljanju svoje vloge, to je v vlogi vodje oziroma v vlogi zdravnika specialista, hkrati pa izpostavili izzive, ki jih prinaša trenutna situacija v slovenskem zdravstvu. Izzivi so v nadaljevanju v sklopu interpretacije rezultatov ločeni na izzive, s katerimi se srečujejo vodje, izzive s katerimi se srečujejo njihovi podrejeni in vzporedno ter komparativno ovrednoteni. Na koncu sledijo še izzivi, s katerimi se srečujejo zaposleni v zdravstvu na splošno in vplivajo tako na proces vodenja kot tudi na delovanje zaposlenih in uspešnost opravljanja storitev v slovenskem zdravstvu.

Izzivi, s katerimi se soočajo vodje, so različni. Prvi izpostavljen izziv je vzdrževanje dobrih medosebnih odnosov s podrejenimi in odnosov med zaposlenimi na celotnem oddelku. Vodja B pravi: »Pri vzpostavljanju odnosov, izjemno veliko truda je potrebno vlagati vanje. Največ energije je treba vložiti v to, da delujemo kot celota. V normalnih okoliščinah, da gredo vsi v isto smer, da delamo vsi za isti skupni cilj. V urgentnih situacijah je drugače, tam je pristop takojšnji in rešujemo težave takoj in skupaj.« Izziv jim

je tudi nudenje dobrih delovnih pogojev zaposlenim. Vodja B dodaja: »Največji izziv mi je, da vzdržujem dobro počutje kadra, da se res dobro počutijo, da jim izpolnjujem možnosti njihovega razvoja, in da gre celoten oddelk z vidika strokovnosti v svojem razvoju naprej, kar je izredno pomembno, mislim, da nam to precej uspeva. Predvsem si želim dobrega počutja zaposlenih, da ne bi kot izredni strokovnjaki uhajali iz oddelka. Danes imajo zdravniki možnost iti marsikam. Zato se morajo res dobro počutiti pri nas. Stroka je povsod dobra, odnosi pa so odvisni od oddelka do oddelka. Pomembno je, da zaposlenim nudimo dobro okolje, počutje, možnost za razvoj, izobraževanja, kar jim je pomembno.« Izziv jim predstavlja tudi motiviranje podrejenih, pravijo, da nimajo veliko možnosti za nagrajevanje s finančnega vidika. Vodja B izpostavlja: »Omejitve so predvsem to, da jih ne morem nadgraditi, tudi ko bi rada, ker mislim, da je poleg besedne motivacije pomembna tudi stimulacija in bi bilo prav, da lahko sploh določenim, da bi jih imela možnost nagradit.«

Vodje poudarjajo, da je vodenje zaposlenih v zdravstvu zahtevno. Vodja C meni: »Managementa v zdravstvu ni ali pa je slab.« Določeni intervjuvani vodje izpostavljajo, da vodje za to delo niso usposobljeni, nimajo potrebnega znanja, saj so v osnovi zdravniki. Vodja A pravi: »Menim, da je za opravljanje vloge vodje potrebno imeti potrebo, željo po tej vlogi. Če pa nekdo ne želi opravljati te vloge, lahko opravljanje takšne funkcije vodi v nezadovoljstvo in v slabe rezultate celotnega oddelka. Če nekdo ne želi opravljati vloge vodje in je hkrati sam pri sebi perfekcionista, se lahko pojavijo frustracije in nezadovoljstvo, slabo opravljanje te vloge in v končni fazi odstop s takšnega položaja, kar pa slabo vpliva na delovanje oddelka in konec koncev vpliva na paciente. Dober vodja mora imeti potrebo po vodenju. Mnogi imamo željo po vodenju manjšega strokovnega tima, ki neposredno zdravi, skrbi za pacienta, redki pa za vodenje tako velikih oddelkov in opravljanje vloge predstojnika. Mislim, da so redki strokovnjaki s področja medicine, ki si vodenja resnično želijo in so hkrati usposobljeni za to vlogo.« Intervjuvanci poudarjajo, da se veliko vodij za opravljanje te funkcije ne odloči samoiniciativno, ker bi imeli željo po vodenju, ampak jih v to odločitev vodi pomanjkanje kadra in drugi dejavniki. Vodja A dodaja: »Mislim, da imamo na tem področju velik deficit v Sloveniji. Za vodje se odločamo tisti, ki čutimo po tem neko potrebo in nas ljudje sprejmejo, da lahko to delamo. Ni pa to sistemsko urejeno, podprto z znanjem, izobrazbo na tem področju.«

Predstojniki oddelkov poudarjajo, da so oni zdravniki in nimajo vseh potrebnih znanj za vodenje. Vodja C pove: »Mi smo zdravniki, ne managerji. Management pa se dandanes smatra kot posebno znanje, posebna veja znanja, ki ga je potrebno osvojiti. In obstajajo načini, na katere se to ljudje naučijo in to izvajajo, mi tega ne znamo, mi se učimo iz izkušenj in tudi iz napak. Ali pa iz tega, kot sem rekel, kolikor nam kolegi priznajo, da to izpeljemo. Večinoma delujemo kot vodje na podlagi osebnostih lastnosti. Predstojniki nismo managerji, čeprav nam to poskušajo na nek način prilepiti.« Tudi njihovi podrejeni se zavedajo dejstva, da je vodenje v zdravstvu zahtevno, ker je v funkcijo vodje postavljen posameznik, ki je zdravnik in običajno nima pridobljenih vseh znanj in kompetenc za

ravnanje z ljudmi. Poudarjajo, da strokovni tim zdravnikov lahko vodi le zdravnik, je pa zahtevno, ker običajno le-ti niso popolnoma usposobljeni za to delo. Podrejeni B meni: »Vodenje v zdravstvu je kompleksno, ker je običajno izbran nekdo iz stroke. Tekom študija medicine ni poudarka na vodstvenih kompetencah. Veliko se je treba naučiti, z izkušnjami. Potrebno je biti manager, po drugi strani pa je potrebno biti strokovnjak, da lahko sploh razumeš delo oddelka. Zdravnikov ni mogoče voditi, brez da bi vedel, kako njihov dan poteka. Vodja mora biti eden izmed nas, da ga poznamo, da vemo, kdo je.«

Določeni intervjuvani vodje poudarjajo tudi, da jih pri vodenju zaposlenih izjemno omejuje velika količina administrativnega dela, ki ni povezana z medicinsko stroko in vodenjem zaposlenim in za kakršno delo kot strokovnjaki na medicinskem področju niso usposobljeni oziroma bi določena dela lahko opravljal kdo drug. Vodja C meni: »V Sloveniji imamo velik problem. Z večanjem obsega administrativnega, obsega organizacijskega dela, sistemov vodenja, tudi z večanjem bolnišnic, bolnišnice konstantno rastejo, je potrebe po vodenju več. Včasih je bil v medicini predstojnik oddelka predvsem strokovna avtoriteta, vse ostale zadolžitve pa niso bile tako pomembne, oz. so jih izvajali drugi, administrativni delavci.« Navajajo tudi pomanjkanje podpornih služb, zaradi česar veliko administrativnega in operativnega, nestrokovnega dela pade na same vodje, predstojnike oddelkov. Vodja A izpostavlja: »Predvsem težavo vidim v tem, da nimamo dovolj podpornih služb, servisne službe, vodje se ukvarjamo s stvarmi in opravili, ki niso strokovne narave, ukvarjamo se s projektiranjem, z reševanjem hišnih popravil, rešujemo težave s podizvajalci ipd.«

Intervjuvanci izpostavljajo tudi, da je vodenje v zdravstvu zahtevno, ker gre za vodenje strokovnjakov. Zdravnike kot velike strokovnjake na njihovem področju je zahtevno voditi. Vodja A pove: »Zdravniki so ljudje, ki mislijo s svojo glavo, ki so samostojni, močni individualisti, ki o vsaki odločitvi tudi dobro premislijo, ne sprejemajo odločitev z vrha kar brez premisleka.« Vodje poudarjajo, da je vodenje zahtevno, ker gre za vodenje velikega strokovnega tima. Ugotavljajo, da je manjše time na nivoju manjših delovnih ekip lažje voditi, izziv pa jim je kot strokovnjakom z medicinskega področja voditi večje skupine, večje oddelke strokovnjakov. Vodja C pravi: »Večje skupine pa je težko voditi. Zdravniki smo individualisti, težko sprejmemo drugo mnenje, kritike, da smo morda naredili napako, vsak je prepričan v svoj prav. Ljudje niso vedno pripravljeni sprejeti kritike na svoje delo, potrebno je imeti poseben pristop, da ljudje sprejmejo mnenje, kritiko, predloge dobronamerno z namenom izboljšanja dela.« Da je vodenje strokovnjakov zahtevno, se zavedajo tudi intervjuvani podrejeni. Podrejeni A1 pove: »Menim, da je pri vodenju v zdravstvu predvsem težava, da so zaposleni močni karakterji, zdravnike je težko voditi, sploh starejše, bolj izkušene. Težko je voditi na pravi način v vsaki situaciji.«

Izzivi so tudi na področju komunikacije, reševanja konfliktov, trenj na strokovni kot tudi medosebni ravni. Vodja A izpostavlja: »Izziv predstavlja tudi komunikacija, komunikacija

obveščanja, prejemanje elektronskih sporočil, npr. odzivnost na elektronska sporočila je v določenih primerih izjemno nizka. Dobra komunikacija je res velik izziv. /.../ Reševanje konfliktov je zahtevno, je delo mediatorja, za katerega bi se bilo verjetno treba dodatno izobraziti. Kot vodja je potrebno imeti veliko znanja in spretnosti, tako z organizacijskega vidika, kot tudi z vidika komunikacije, motivacije, reševanja konfliktov.« Poudarjajo, da je za uspešno vodenje izrednega pomena, da delo na oddelku in zaposlene dobro poznajo, saj lahko le tako delo dobro organizirajo in uspešno vodijo zaposlene. Vodja A dodaja: »Z vidika vodenja zaposlenih je predvsem veliko energije potrebno vlagati v gradnjo dobrih medosebnih odnosov. Potrebno se je znati prilagoditi vsakemu posamezniku in optimizirati delo, treba je poznati ljudi, njihovo delo, delovišča.«

Na vprašanje, s kakšnimi težavami se pri opravljanju delovnih nalog srečujejo njihovi podrejeni, so vodje odgovorili, da so podrejeni preobremenjeni, predvsem zaradi dežurstev, delo je stresno, še posebej na oddelkih, kjer se srečujejo s težkimi kliničnimi primeri. Na določenih oddelkih se zaposleni tudi srečujejo z neprimernimi pogoji dela, kar še dodatno otežuje njihovo delo in vodi v nezadovoljstvo na delovnem mestu. Te težave navajajo tudi podrejeni.

Kot izzive v zdravstvu na splošno vsi intervjuvanci poudarjajo, da so v slovenskem zdravstvu potrebne sistemske spremembe predvsem z vidika zagotavljanja boljših delovnih pogojev za zaposlene in da je potrebna reforma zdravstvenega sistema. Izkazalo se je, da vodje lahko imajo do določene mere vpliv na medosebne odnose na oddelku in lahko doprinesejo k boljšim rezultatom, ampak so kljub temu potrebne spremembe na nivoju organizacije celotnega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Intervjuvanci izpostavljajo preobremenjenost, stres na delovnem mestu, pomanjkanje strokovnega kadra. Podrejeni A1 pove: »Težave vidim predvsem v pomanjkanju kadra. Mislim, da pacienti dobijo dobro oskrbo, je pa težava, da je zdravnikov, medicinskega osebja premalo. Osnoven problem je preobremenjenost, pa ne dnevna preobremenjenost, težava je preobremenjenost na dolgi rok, nalaganje stresa – to pa je zato, ker ni dovolj kadra, ni najboljše organizacije dela čisto s sistemskega vidika. Težava je, ker nimamo veliko, nimamo dovolj podpornih služb (organizator dela, administrativna pomoč ...).«

Izpostavljajo tudi slabo opremljenost določenih oddelkov. Izpostavljajo, da zdravniki in vodje oddelkov opravljajo veliko dela, ki ni medicinske stroke. Podrejeni B pove: »V medicini delamo veliko dela, ki ni medicinske narave. Veliko je administracije, manjkajo ljudje, ki urejajo birokracijo. Opravljamo veliko nalog, ki niso naloge zdravnika. Izgubljamo veliko časa za kupe dokumentov, za izpolnjevanje, pisanje. Tudi informacijski sistemi so precej šepavi, šepamo na področju administrativno-birokratskega dela. /.../ Sistem pri nas ni slab, je pa veliko možnosti za izboljšanje. Administrativnega dela je res ogromno. Tudi npr. bolnišnice niso med seboj povezane na informacijski ravni – podatki med bolnišnicami se ne prenašajo, veliko smo vezani na dokumente v tiskani obliki, ki jih

pacienti prinesejo s sabo, namesto da bi prejeli to v elektronski, digitalni obliki preko računalniškega sistema.«

Vsi intervjuvanci omenjajo težavo odhajanja strokovnjakov na področju medicine v tujino. Podrejeni A2 izpostavlja: »Problem pa je tudi ta, da številni dobri strokovnjaki odhajajo v tujino, z namenom, da bi delali v boljšem, bolj urejenem sistemu, morali bi kaj ukreniti na tem področju.« Podrejeni A1 pove: »Veliko je odhajanja iz bolnišnic, odhajanja v tujino, sploh med mladimi, starejše generacije pa malo manj. Morda bi lahko kako pripomogli k temu, da bi sploh mladi zdravniki, strokovnjaki ne toliko odhajali v tujino.« Za odhajanje navajajo različne razloge. Vodja B meni: »Največji razlog je po mojem mnenju ravno to, da v krogih slovenskega zdravstva mladi ne dobijo možnosti, veliko je starejših zdravnikov, tudi plačilo ja nizko, ni toliko bajnih zaslužkov, ki jih mediji prikazujejo. V tujini imajo več ugodnosti, več jim nudijo, boljši pogoji, socialna struktura. Upam, da se bo tudi pri nas začelo kaj spreminjati, ker mislim, da bi marsikdo raje deloval v domačem okolju.«

3.7.5 Predlogi za izboljšave na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu

Intervjuvanci so na vprašanje, kako izboljšati vodenje zaposlenih v zdravstvu podali nekaj konkretnih predlogov. Izziv pomanjkanja znanja na področju vodenja bi rešili z izobraževanjem in usposabljanjem posameznikov, ki se odločijo za opravljanje vloge vodje. Predlog za izboljšave na področju vodenja zaposlenih je vključevanje izobraževanja na temo vodenja v študijske programe medicinske stroke, prav tako pa intervjuvanci predlagajo usposabljanje posameznikov na področju vodenja, ko nastopijo vlogo vodje, in obnavljajoča usposabljanja tekom opravljanja svoje funkcije, da bi vodja kontinuirano gradil na svojem pristopu k vodenju sodelavcev, se učil novih pristopov, pridobival nova znanja in veščine, kar pa bi pomembno doprineslo k uspešnejšemu vodenju.

Tako intervjuvani vodje kot tudi podrejeni predlagajo več usposabljanj na področju komunikacije za vse zaposlene, ne le za vodje, ampak tudi za ostale zaposlene na oddelku, kar bi doprineslo k boljši komunikaciji na delovnem mestu. Podrejeni C izpostavlja: »Res bi bilo dobro uvesti več usposabljanj, tako strokovnih kot tudi na osebnostnem nivoju, kot so komunikacija, vodenje, sodelovanje med sodelavci. Predvsem bi lahko veliko naredili za boljše odnose na oddelkih z namenom boljšega sodelovanja.«

Določeni vodje izpostavljajo, da bi težavo povečanja administrativnega in organizacijskega dela vodje lahko uvedli dodatna delovna mesta za kader, ki bi bil usposobljen na področju organizacije, kadrovskega razporejanja ljudi in hkrati usposobljen za administrativno delo. Vodja A meni: »Mislim, da bi bila koristna ločitev medicinskega od nemedicinskega dela. Najboljše bi bilo imeti strokovnega in organizacijskega vodjo. Težko je, ker je poleg strokovnega vodenja veliko nestrokovnega, nemedicinskega dela, realizacija programa, finančna učinkovitost, dopisi od zavarovalnic, vodenje čakalnih dob, takšno delo odvrča

od strokovnega vodenja. Mi ne znamo vsega. Ukvarjamo se s hišnimi opravili, z beleženjem časa, reševanjem okvare aparatur, s servisi ipd. Več bi lahko koristili, če bi mi podajali svoje strokovno znanje iz medicine. Za ostale naloge se nismo učili. Nekdo bi to delo boljše opravljal, menim, da nam v zdravstvu res manjka pravega strokovnega vodenja. Da je nekdo strokovnjak v medicini in s strokovnega vidika vodi svoj tim, doprinese s svojim znanjem, ni pa koristno, da se ukvarja še z veliko ostalega dela, da se utaplja v delu, ki ni popolnoma nič medicinske narave. /.../ Dobro bi bilo vključiti izobražene, usposobljene organizatorje dela, takšen profil izobrazbe bi bilo potrebno vključiti v zdravstvene ustanove. Določeni predstojniki izvajamo še klinično delo, enako kot vsi ostali (delo na oddelku, dežurstva, ambulantno delo...) Če bi imeli organizacijskega vodja, bi strokovni vodja lahko opravljal klinični del in z vidika strokovnosti bolj doprinesel k uspešnosti in učinkovitosti oddelka. Manj bi bil obremenjen z administrativnimi opravili in se bolj posvetil strokovnemu delu, strokovnemu vodenju.« Vodje izpostavljajo, da jim je velik izziv, ko kot managerji srednje ravni prevzamejo managersko vlogo, da poleg vloge specialista in poleg vodenja zaposlenih pričnejo opravljati tudi ostale managerske vloge. Odgovori kažejo, da bi si vodje v določenih primerih želeli več delovati na strokovnem, torej medicinskem področju, za kar so se tudi izobraževali tekom večletnega študija in izobraževanja ter usposabljanja na medicinskem področju.

Intervjuvanci izpostavljajo, da bi bilo morda dobro omejiti število mandatov za posameznika, ki nastopi kot predstojnik oddelka, saj bi to prineslo več napredka, uvajanje sprememb, inovacij. Vodja A predlaga: »Koristna bi bila omejitev mandatov predstojnikov oddelkov. Omejitev na dva mandata. Štiri leta za uvajanje sprememb in dodatna štiri leta za konsolidacijo sprememb. Potem pa vlogo prepustiš drugemu in delaš kot zdravnik. Tako bi se morda rešil problem večletnih "vladavin". Novi ljudje uvajajo novosti in je napredek, s tem se prepusti funkcijo drugim, ki lahko prinesejo nove ideje, nove spremembe.« Dodajajo, da bi bilo koristno v posameznih bolnišnicah spremeniti statute bolnišnic, predvsem z vidika predpisov pri izbiri predstojnikov oddelkov.

Intervjuvanci menijo, da bi bilo potrebno v slovenskem zdravstvu uvesti reforme, spremembe, ki bi predvsem vplivale na izboljšanje delovnih pogojev, zmanjšale preobremenjenost zaposlenih, zmanjšale čakalne vrste in posledično doprinesle k manjšemu odhajanju zdravnikov v tujino. Izpostavljajo potrebo po reformah in sistemskih spremembah na nivoju celotnega zdravstvenega sistema v Sloveniji.

Intervjuvanci poudarjajo, da morajo tako vodje kot tudi vsi ostali zaposleni veliko vlagati v dobre medosebne odnose. Vodje se morajo zavedati, da se morajo zaposleni na oddelku počutiti dobro, in nuditi zaposlenim dobro okolje, si prizadevati za dobro delovno klimo, dobro počutje zaposlenih, omogočati možnost za razvoj in izobraževanja z namenom, da zaposleni dobro opravljajo svoje delo, da je fluktuacija manjša in da z dobrimi delovnimi pogoji doprinesejo k večjemu zanimanju potencialnih novozaposlenih za dotični oddelek.

Intervjuvanci zaključujejo, da slovenski zdravstveni sistem ni slab, da z vidika stroke nudi bolnikom odlično oskrbo, bi pa bile potrebne reforme na nivoju organizacije slovenskega zdravstvenega sistema na višji ravni. Vodja A meni: »Sistem pri nas ni slab, je pa veliko možnosti za izboljšanje.« Poudarjajo tudi, da bi z določenimi spremembami pomembno doprinesli k izboljšanju situacije. Vodja B pove: »Predvsem je pomembno ohraniti javno zdravstvo takšno, kot je bilo, dostopnost bolnikom do javnega zdravstvenega sistema, to je tudi edini način, da se zdravstvo razvija naprej, ker imamo res odlično zdravstvo v primerjavi z drugimi državami. /.../ Menim, da bi lahko ministrstvo v sodelovanju z zdravniki, upoštevanjem mnenja ljudi na terenu, zdravnikov, uvedlo številne ukrepe, ki bi pripomogli k boljšemu stanju.« Intervjuvanci navajajo, da situacijo dodatno otežujejo še pritiski javnosti in slab odnos javnosti do zdravstvenega sistema v Sloveniji in posredno tudi do zaposlenih v zdravstvu, kar pa jih še dodatno bremeni pri opravljanju njihovega dela. Podrejeni A2 dodaja: »Tudi slab odnos javnosti do zdravnikov ne pripomore k našemu delu. Populizem je težava. Odpor javnosti, medijev do zdravstvenih delavcev zelo vpliva na nas in na naše delo. Če bi se miselnost spremenila, bi bilo marsikaj drugače.«

4 DISKUSIJA

4.1 Odgovori na raziskovalna vprašanja in interpretacija rezultatov raziskave

Kako vodje v zdravstvu in njihovi podrejeni gradijo kakovostne odnose in kako vodje v zdravstvu vodijo svoje zaposlene?

Dobri medosebni odnosi med zaposlenimi temeljijo na zaupanju, naklonjenosti, lojalnosti, spoštovanju in prinašajo večjo učinkovitost zaposlenih pri opravljanju delovnih nalog in doseganju skupnega cilja (Daft, 2015) in to je pokazala tudi raziskava v sklopu tega magistrskega dela. Dober medoseben odnos je tisti, v katerem vladajo medsebojno spoštovanje, zaupanje, zanesljivost, odkritost, korektnost in glede na rezultate raziskave medosebni odnosi med vodjo in podrejenimi pomembno vplivajo na vedenje, opravljanje in uspešnost pri delu.

Teorija izmenjave vodja-sledilec predpostavlja, da vodje s svojimi podrejenimi gradijo odnose na različne načine in različno kakovostne (Graen & Uhl-Bien, 1995). Tudi intervjuvani vodje v zdravstvu s svojimi podrejenimi tvorijo različno kakovostne medosebne odnose in ločujejo svoje podrejene na sebi bližje in sebi manj bližje. Raziskava v praksi je potrdila teoretične predpostavke, da s tistimi, ki so si vodje osebno bližje, torej s člani t.i. znotraj skupine, vodje načeloma gradijo bolj kakovostne odnose, s sebi manj bližnjimi, torej s člani t.i. zunaj skupine, pa vodja načeloma ne vzpostavi posebej močnega odnosa in je možnost za nadaljnji razvoj odnosov v skladu s teoretičnimi predpostavkami manjša. Raziskava je pokazala, da imajo pri razvoju in stopnji kakovosti odnosov med vodji in zaposlenimi v zdravstvu poleg osebnih preferenc in karakteristik

razlik pomemben vpliv tudi druge razlike med sledilci, kot so generacijske razlike, demografske razlike.

Teorija izmenjave vodja-sledilec predpostavlja, da se odnos med vodjo in njihovimi sledilci postopno razvija tekom časa preko različnih stopenj razvoja, pri čemer razvoj odnosov poteka na individualnem nivoju med vodjo in posameznim sledilcem (Graen & Uhl-Bien, 1995). To potrjujejo tudi rezultati raziskave. Vodje s svojimi podrejenimi gradijo odnose, z določenimi v večji meri, z drugimi v manjši in odnosi se tekom časa spreminjajo. Glede na teoretične okvire vodja glede na stopnjo kakovosti odnosa s posameznim podrejenim izbira način vodenja (Daft, 2015). Raziskava je pokazala, da stil vodenja intervjuvanih vodij temelji na individualnem pristopu do posameznih podrejenih.

Z raziskavo sem potrdila izsledke dosedanjih raziskav, ki kažejo, da se lahko odnosi sčasoma spremenijo in se stopnja povezanosti razvija skozi čas v celotnem timu, cilj pa je namerno razviti čim višjo stopnjo povezanosti med vodjem in zaposlenimi za učinkovitejše doseganje skupnih ciljev (Bauer & Erdogan, 2015). Raziskava je potrdila teoretično predpostavko, da se odnosi gradijo postopno po posameznih stopnjah razvoja, pri čemer v zadnjih stopnjah gradnja odnosov z individualnega koncepta v sklopu posameznih dvojic vodja-sledilec prehaja na gradnjo odnosov na nivoju skupin in mrež celotne združbe, v kateri zaposleni delujejo.

Določene novejšje raziskave na področju teorije izmenjave vodja-sledilec odnose med vodjo in podrejenimi opredeljujejo kot odnose t.i. ekonomske izmenjave in odnose socialne izmenjave, pri čemer je za odnose socialne izmenjave značilna močnejša dolgoročna povezanost med članoma v odnosu in dodatno spodbuja občutek osebne pripadnosti in zaupanja, odnosi ekonomske izmenjave pa so bolj transakcijskega značaja, kratkoročni in temeljijo na formalno-statusnih razlikah (Wayne in drugi, 2009), v praksi pa gre običajno za preplet odnosov tako ekonomskih kot tudi socialnih prvin (Kuvaas, Buch, Dysvik & Haerem, 2012). V sklopu raziskave sem ugotovila, da gre pri vodenju v zdravstvu na nivoju vodenja oddelkov v splošnih bolnišnicah za preplet tako odnosov ekonomskih kot socialnih izmenjav.

Raziskava je pokazala, da je za vodenje v zdravstvu najprimernejši demokratični, participativni način vodenja, pri čemer se vodja opira na svojo statusno, strokovno in osebnostno avtoriteto. Vodje morajo za uspešno vodenje znati uporabljati svoje različne vrste moči in vplivati na svoje podrejene z različnimi pristopi glede na primernost situacije, okoliščin. Formalnost v odnosih v zdravstvu se je izkazala za nujno, pri vodenju zaposlenih pa je hkrati pomembna določena mera empatije in individualiziran pristop k vodenju. Vezano na Ohio študije je raziskava v sklopu magistrskega dela pokazala, da je najuspešnejši vodstveni stil tisti, ki temelji na situacijskem pristopu.

Pri raziskovanju se je teorija izmenjave vodja-sledilec na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu izkazala kot uporaben pristop k raziskovanju. Takšen pristop je omogočil boljši vpogled in razumevanje odnosa med vodji in sodelavci v zdravstvu ter pokazal pomen kakovostnih medosebnih odnosov v zdravstvu pri doseganju ciljev. Vezano na ločevanje pristopov k vodenju po Graen in Uhl-Bien (1995) je za vodenje v zdravstvu značilen pristop k vodenju, ki temelji na odnosu vodja-sledilec, saj odnosi med vodjo in njegovimi podrejenimi temeljijo na zaupanju, spoštovanju, vzajemni zavezanosti, velik je poudarek na vzpostavljanju trdnih odnosov, vzajemnemu učenju in prilagajanju, individualizaciji in na izbiro ustreznega individualnega pristopa k vodenju vplivajo tako značilnosti vodje, značilnosti podrejenih in značilnosti njihovega odnosa.

Raziskava je pokazala, da se vodje zavedajo, da je potrebno kakovostne odnose načrtno graditi, da kakovostni odnosi prinašajo številne koristi, med drugim pomagajo tudi omiliti negativne vplive sistemskih pomanjkljivosti v zdravstvu, hkrati je raziskava pokazala tudi, da vodje v zdravstvu za opravljanje vloge vodje potrebujejo izobraževanja in dodatna usposabljanja na področju vodenja.

Kakšne so koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu?

Empirični del magistrskega dela potrjuje teoretične okvire prvega dela, da so ključne prednosti visokokakovostnih medosebnih odnosov med vodjo in njihovimi podrejenimi boljša komunikacija, višja stopnja zaupanja med vodjo in podrejenimi (Wayne, Shore & Liden, 1997) večji prenos informacij in znanja, večje zadovoljstvo pri delu, manj stresa (Montani, Courcy & Vandenberghe, 2017), večja produktivnost na delovnem mestu, manjša možnost za kontraproduktivno vedenje podrejenih (Martin, Thomas, Guillaume, Lee & Epitropaki, 2016), večja mera inovativnosti (Odoardi, Battistelli, Montani & Peiró, 2019), večja uspešnost pri opravljanju delovnih nalog, večja zavezanost združbi, manjša fluktuacija zaposlenih (Walker & Walker, 2013). Raziskava je pokazala, da obstaja povezava med kakovostjo medosebnih odnosov in psihološko varnostjo zaposlenih v zdravstvu. Visokokakovostni odnosi med vodjo in podrejenimi v zdravstvu prinašajo večjo psihološko varnost zaposlenih in posledično doprinesejo k večjemu napredku v znanju in razvoju in k boljšim delovnim rezultatom zaposlenih. Visokokakovostni odnosi posebne neposredne koristi prinašajo tudi vodji, saj pomenijo večje zadovoljstvo, večjo predanost vodje, lažje opravljanje vloge vodje in posledično večjo uspešnost pri vodenju.

Lahko povzamem, da se koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu kažejo na individualni ravni tako vodij kot podrejenih, hkrati pa tudi na ravni timskega dela in ravni celotne združbe, torej oddelkov oziroma bolnišnic.

Katere prvine izmenjave so ključnega pomena za kakovosten odnos med vodjo in podrejenimi v zdravstvu?

Dosedanje študije na področju teorije izmenjave vodja-sledilec so pokazale, da je razvoj odnosa med vodjo in njihovimi sledilci pomembno odvisen od vrste, načina in uspešnosti izmenjave prvin (Maslyn & Uhl-Bien, 2001) in pomembno vpliva na uspešnost vodenja (Wilson, Sin & Conlon, 2010), kar pa pomembno doprinese k uspešnosti celotne združbe pri doseganju zastavljene vizije in ciljev združbe (Dhir & Shukla, 2013). To potrjuje tudi rezultat raziskave v sklopu magistrskega dela na področju vodenja zaposlenih na oddelkih v slovenskih splošnih bolnišnicah.

Raziskava je potrdila predhodne študije, da je pri izmenjavi prvin pomembna dvosmerna perspektivnost (Gran & Scandura, 1987) in da ni vsaka prvina dostopna pri vsakem članu v odnosu (Wilson, Sin & Colon, 2010). Pri raziskavi se je izkazalo, da se med člani v odnosu najpogosteje izmenjajo prvine znotraj iste kategorije, pri čemer je bilo v praksi to najpogosteje izraženo pri izmenjavi znotraj kategorij informacij, statusa in naklonjenosti. Raziskava potrjuje teoretično predpostavko, da lahko vodja svojim podrejenim zagotavlja prvine iz vseh šestih kategorij prvin po teoriji socialne izmenjave prvin, medtem ko podrejeni svojim vodjem v največji meri prinašajo prvine štirih kategorij: storitve, informacije, status in naklonjenost (Wilson, Sin & Colon, 2010). Vodjem največ pomenijo prejete informacije, kvalitetno opravljene delovne naloge, torej storitve, spoštovanje in naklonjenost, podrejenim pa na drugi strani največ pomeni informiranost s strani vodje, spoštovanje, njihova naklonjenost, spodbuda in motiviranje.

Raziskava je pokazala, da vodje in sledilci nimajo nujno enakih preferenc po prvinah, prav tako pa tudi vsi podrejeni nimajo nujno enakih preferenc po prvinah. Pri izmenjavi prvin je pomembno, da se vodje in podrejeni medsebojno poznajo z vidika preferenc po prvinah in se zaradi različnih preferenc po prvinah izmenjave zavedajo pomena individualizacije pristopa gradne medosebnih odnosov.

Raziskava je pokazala, da se kažejo nekatera odstopanja pri oceni relevantnosti in pomena posameznih prvin za določene vodje oziroma podrejene, zlasti pomena informiranosti za podrejene. V praksi vodje in podrejeni ne ocenjujejo nujno najboljše, katere prvine so drugemu članu v odnosu pomembne. To lahko vodi v manj kakovostno izmenjavo prvin oziroma v izmenjavo prvin, ki ne doprinesejo h gradnji kakovostnih medosebnih odnosov. Raziskava je pokazala, da so v primeru kakovostne izmenjave prvin oziroma substitutov prvin medosebni odnosi kvalitetnejši in rezultati dela boljši.

Pomembna ugotovitev raziskave je tudi ta, da izmenjava prvin ni vedno nujno mogoča, saj obstaja omejenost določenih virov prvin. Predvsem vodje so poudarili, da je možnost nagrajevanja in hkrati kaznovanja njihovih podrejenih omejena, namreč nimajo sredstev in možnih pristopov, da bi lahko svoje podrejene nagrajevali z denarnimi nagradami v

tolikšni meri, kot si po njihovem mnenju zaslužijo, hkrati pa poudarjajo, da ne morejo preko denarnih sredstev opozoriti na slabšo izvedbo dela določenih drugih podrejenih.

Kaj so najpogostejši izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu?

Številni novodobni avtorji na področju raziskovanja vodenja opozarjajo, da se določenim področjem z vidika vodenja posveča premalo pozornosti, eno izmed njih je tudi zdravstvo (Pride-Dowd, 2015). Z raziskavo v sklopu magistrskega dela na primeru sodelujočih predstojnikov oddelkov in njihovih podrejenih v izbranih bolnišnicah v Sloveniji sem ugotovila, da se vodenju v zdravstvu posveča premalo pozornosti. Ugotovila sem, da v slovenskem zdravstvu ni razvitega profesionalnega pristopa k vodenju, ki bi temeljil na izobraževanju in usposabljanju zdravnikov na področju vodenja. Za vodenje ni izoblikovanih posebnih strategij vodenja, ki bi omogočili dober zgled vodjem v zdravstvu in bi lahko služili kot smernice.

Raziskava je pokazala, da je vodenje zahtevna in kompleksna delovna naloga. Vodenje v zdravstvu je še posebej specifično in zahtevno, ker gre za vodenje visoko strokovnega kadra, hkrati pa je v vlogi vodje posameznik, strokovnjak s področja medicine, ki običajno nima znanja s področja vodenja oziroma ga ima v manjši meri, saj strokovno usposabljanje v medicinski stroki običajno ne vključuje izobraževanj in usposabljanj na področju vodenja.

Raziskava je pokazala, da lahko vodje pomembno vplivajo na delovno vzdušje oziroma organizacijsko klimo na oddelkih v bolnišnicah. Vzdušje v delovnem okolju je odvisno od mnogih organizacijskih dejavnikov kot so varnost delovnega okolja, varnost zaposlitve, plačilo, odnos z nadrejenimi, odnosi med sodelavci, raznolikost dela, možnost kariernega napredovanja, možnost usposabljanja ipd. (Starc, 2016). Vodje lahko na te dejavnike pomembno vplivajo, seveda pa jim to v praksi predstavlja velik izziv, saj morajo v to vlagati veliko truda, energije in časa, hkrati pa nimajo nujno vedno možnosti vplivanja na vse organizacijske dejavnike. Raziskava je pokazala, da vodjem predstavlja velik izziv motiviranje in nagrajevanje njihovih podrejenih, saj glede na pravilnike o nagrajevanju javnih uslužbencev in na statute bolnišnic nimajo vedno možnosti finančnega nagrajevanja svojih podrejenih, čeprav si le-ti to zaslužijo in bi to pomembno vplivalo na njihovo večjo motiviranost pri delu in posledično večjo učinkovitost in kakovost opravljanja dela. Organizacijska klima pomeni, kako zaposleni dojemajo svoje možnosti in pogoje dela in zajema kakovost medosebnih odnosov, organiziranost, razvoj kariere, nagrajevanje, inovativnost, iniciativnost, komunikacijo, informiranje, motivacijo in zavzetost, pripadnost organizaciji, odnos do kakovosti in zadovoljstvo z delovnim okoljem (Starc, 2016). Vodje imajo pomembno vlogo pri vplivanju na delovno vzdušje, kar pa mnogim vodjem predstavlja velik izziv. Če se vodja zaveda pomena kakovostnih medosebnih odnosov, če se zavzema in vlaga v dobre medosebne odnose, veliko pripomore k boljšemu delovnemu

vzdušju, k dobri organizacijski klimi, kar pa posledično pomembno vpliva na kakovost opravljanja delovnih nalog.

V sklopu raziskave sem dodatno ugotovila, da se vodje oddelkov v izbranih bolnišnicah soočajo z izzivi tudi na področju ostalih managerskih funkcij in nalog. Veliko izzivov je s področij, ki niso nujno s področja medicinske stroke in njihovo delo zajema velik delež administrativnega dela, organizacije, razporejanja z ekonomskimi sredstvi, zagotavljanja stroškovne učinkovitosti oddelkov, za kar pa vodje ali nimajo znanja ali pa nimajo časa. Velik izziv predstavlja tudi pomanjkanje kadra na področju zdravstva, kar vodi v preobremenjenost zaposlenih in stres, to pa dodatno vodi v nezadovoljstvo na delovnem mestu in lahko v določenih primerih vodi v odhajanje zaposlenih.

Raziskava je pokazala, da je vodenje v zdravstvu na nivoju vodenja oddelkov v splošnih bolnišnicah odvisno od okolja, v katerem delujejo, hkrati pa je potrebno upoštevati zmožnosti in potrebe podrejenih, ki jih vodje vodijo. Pri vodenju v zdravstvu se je potrebno znati prilagajati epidemiološkim, demografskim, družbenim spremembam, političnim, hkrati pa tudi slediti spremembam na področju tehnološkega področja.

Kako se spopadati z izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu?

Raziskava v sklopu tega magistrskega dela je pokazala, da bi bilo potrebno vodenju v zdravstvu v Sloveniji posvečati več pozornosti. Vodje se morajo zavedati svoje vloge. Eden od pristopov k reševanju izzivov bi bilo vključevanje različnih izobraževanj na področju vodenja (npr. komuniciranje, timsko delo, reševanje konfliktov) v strokovno usposabljanje znotraj študija medicine oziroma dodatna usposabljanja na področju vodenja za vse posameznike, ki se odločijo za vlogo predstojnika oddelka v splošni bolnišnici. Kot so pokazale raziskave in pilotne študije v tujini (Sharkey, Magee & Trent, 2019), bi bilo potrebno tudi v slovenskem prostoru usposabljanja na področju vodenja omogočiti ne le vodjem, ampak tudi njihovim podrejenim, saj se je takšen pristop v tujini izkazal kot učinkovit.

Raziskava je pokazala, da so za vodenje v zdravstvu na nivoju vodenja oddelkov v splošnih bolnišnicah ključna ne le znanja na dotičnem strokovnem področju, ampak so pomembna tudi znanja o medosebnih odnosih in konceptualna organizacijska znanja, ki so po teoriji potrebna za višji nivo ravnanja (Newstrom & Davis, 1993). Potrebno bi bilo več pozornosti nameniti usposabljanjem na področju gradnje medosebnih odnosov in usposabljanjem na področju vodenja na višjih ravneh ravnanja, saj lahko trdimo, da vodenje oddelkov v splošnih bolnišnicah sodi v višji nivo ravnanja.

Ugotavljam, da bi bila z vidika izzivov, da vodje oddelkov opravljajo delo, ki ni nujno s področja medicinske stroke in zajema velik delež administracije, organizacije, razporejanja z ekonomskimi sredstvi, zagotavljanja stroškovne učinkovitosti oddelkov, koristna

reorganizacija dela, zaposlitev dodatnega osebja, ki bi opravljalo administrativna dela, kar bi doprineslo k razbremenitvi vodij. Potencialna možnost je uvedba delovnega mesta organizacijskega vodje, ki bi predstojniku oddelka bil v pomoč na področju administracije in bi do neke mere skrbel za organizacijo podrejenih, vodja oddelka pa bi se posvečal izzivom, vezanih na dotično medicinsko področje.

Izziv pomanjkanja kadra v zdravstvu bi lahko reševali s povečanjem finančnih sredstev za dodatno zaposlovanje, izboljšanjem delovnih pogojev, da bi na oddelke, kjer je kadrovska pomanjkanje, pripeljali čim več novozaposlenega kadra. Tekom raziskave pa se je pokazalo, da so potrebne večje sistemske rešitve, ki so izven dosega vodij in da lahko vodje s svojim prizadevanjem za dobre medosebne odnose na oddelkih in vlaganje v svoj pristop k vodenju situacijo omilijo zgolj do določene mere.

4.2 Omejitve raziskave

Področje vodenja zaposlenih v zdravstvu je v slovenskem prostoru na nivoju vodenja oddelkov splošnih bolnišnic relativno neraziskano, zaradi česar lahko v teoretičnem delu izpostavim pomanjkanje literature na temo vodenja v zdravstvu na slovenskem področju. Teoretični del magistrskega dela se nanaša predvsem na literaturo na področju vodenja, teoretične opredelitve teorije izmenjave vodja-sledilec, literatura na področju praktičnih izsledkov vodenja v zdravstvu pa se nanaša predvsem na prakse iz tujine, saj v Sloveniji tovrstnih raziskav še ni bilo opravljenih.

Omejitve pri raziskavi so se pojavile tudi pri empiričnem delu. Prva omejitev je bila vzpostavitev stikov s potencialnimi intervjuvanci, njihova slaba odzivnost na poskus vzpostavitve kontakta z njimi in relativno nizka pripravljenost k sodelovanju pri raziskavi. Pomemben faktor, ki vpliva na rezultate je tudi ta, da so v raziskavi sodelovali izključno tisti, ki jih je obravnavana tematika zanimala, ki so si bili pripravljeni vzeti čas, zato predpostavljam, da so to osebe, ki že sami dajejo veliko pozornost temu področju in so razgledani glede obravnavane teme, kar pa pomeni, da mnenje tistih, ki se pomena vodenja v zdravstvu ne zavedajo ali pa mu ne dajejo velikega pomena, v sklopu te raziskave ni bilo podano in interpretirano, kar lahko pomembno vpliva na enoznačnost pridobljenih odgovorov in končne rezultate raziskave. To je omejitev raziskave, hkrati pa to prinaša tudi prednosti, da so ti intervjuvanci lahko podali še širši pogled in na podlagi svojih izkušenj pokazali, kaj so izzivi in koristi, če se kakovostnim odnosom posveča dovolj pozornosti.

Dodatna omejitev raziskave je, da je vzorec sodelujočih v raziskavi relativno majhen glede na skupno število slovenskih splošnih bolnišnic, oddelkov v teh bolnišnicah in število predstojnikov oddelkov in zdravnikov, ki delujejo v slovenskem prostoru ter da vzorčenje ni bilo naključno. Če bi bilo v raziskavo vključenih več sodelujočih, bi bil vpogled v obravnavano tematiko celovitejši. Omejitev raziskave je tudi ta, da v sklopu raziskave niso bila uporabljena orodja za kvalitativno raziskovanje kot je programska orodje NVivo.

4.3 Predlogi in priporočila za prihodnje raziskovanje

Predlogi in priporočila za prihodnje raziskave izhajajo iz omejitev raziskave in temeljijo na izboljšanju pristopov raziskovanja vodenja v zdravstvu, ki so bili uporabljeni v sklopu tega magistrskega dela. Prvi predlog za izboljšave je nadgradnja kvalitativne raziskave z vidika vključitve večjega števila intervjuvancev, nadgradnja metodologije in poglobitev vprašanj za intervjuje v še dodatne vidike odnosa vodja-sledilec. Drugi predlog je kvantitativna raziskava obravnavane tematike z dodatnimi konstrukti z možnostjo vključitve tudi ostalih zaposlenih v zdravstvu, npr. z vključitvijo osebja zdravstvene nege v raziskavo. To bi prineslo še celovitejši pogled na obravnavano tematiko.

Področje vodenja v zdravstvu se je tekom raziskovanja v sklopu magistrskega dela z vsebinskega vidika izkazalo kot izredno zanimivo raziskovalno področje, ki kaže velik potencial za nadaljnje raziskave. Raziskava je pokazala številna potencialna področja za raziskovanje, pri čemer za raziskave v prihodnje priporočam ožje usmerjene raziskave, predvsem predlagam poglobljene raziskave ugotovljenih koristi dobrih medosebnih odnosov med vodjo in podrejenimi v praksi. Predlagam poglobljene raziskave z vidika potenciala za izboljšave na področju vodenja v zdravstvu in na splošno z vidika reform zdravstvenega sistema v Sloveniji. Predlagam dodatne raziskave na področju vodenja v zdravstvu predvsem specifične z vidika vpeljave izobraževanj na področju vodenja v redna izobraževanja medicine in hkrati z vidika opredelitve, kakšna usposabljanja bi bila potrebna in koristna na nivoju vodenja v zdravstvu za zaposlene, ko že opravljajo to vlogo. Predlagam raziskavo na področju komunikacije v zdravstvu. Tekom raziskovanja v sklopu magistrskega dela se je namreč izkazalo, da je v slovenskem zdravstvu na nivoju bolnišnic prostor za izboljšave na področju komunikacije tako z vidika komunikacije zdravstvenih delavcev do svojih pacientov kot tudi komunikacije med zaposlenimi. Predlagam raziskavo medosebnih odnosov na področju zdravstva z vidika potenciala za vpeljavo mediatorjev na oddelke v slovenskih bolnišnicah. Na podlagi rezultatov raziskave sklepam, da obstaja možnost za razlike v pristopih k vodenju in uspešnosti vodenja tudi med posameznimi bolnišnicami v Sloveniji, zato predlagam raziskavo na področju primerjave uspešnosti vodenja zaposlenih med posameznimi bolnišnicami v Sloveniji.

SKLEP

Glavni cilj magistrskega dela je bil s pomočjo teorije izmenjave vodja-sledilec proučiti vodenje zaposlenih v zdravstvu na primeru vodenja oddelkov v izbranih bolnišnicah v Sloveniji, pri čemer so bili glavni predmet proučevanja medosebni odnosi med vodjo in zaposlenimi z namenom osvetlitve vloge in pomena vloge vodje v slovenskem zdravstvu, hkrati pa opozoriti na izzive pri vodenju in podati predloge za izboljšave na tem področju.

Teorija izmenjave vodja-sledilec je teorija vodenja, ki temelji na odnosu med vodjo in njegovimi sledilci. Predpostavlja individualen pristop vodje do svojih sledilcev, pri čemer

vodja s svojimi sledilci gradi različno kakovostne medosebne odnose. Medosebni odnosi med vodjo in sledilci se razvijajo postopno preko posameznih faz in temeljijo na izmenjavi prvin med vodjo in sledilci, pri čemer je cilj uspešna izmenjava prvin in razvoj čim višje stopnje povezanosti med vodjo in sledilci. Visokokakovostni medosebni odnosi med vodjo in sledilci pomembno vplivajo na uspešnost vodenja, na uspešnost sledilcev pri opravljanju delovnih nalog in posledično na uspešnost doseganja ciljev celotne združbe, v kateri vodja in sledilci delujejo.

Raziskava v sklopu magistrskega dela je pokazala, da je vodenje v zdravstvu zahtevno in prinaša številne izzive. Vodenje v zdravstvu je kompleksno, saj se stroka srečuje s številnimi revolucionarnimi spremembami, napredkom v medicinski znanosti, hkrati pa je velik pritisk na zdravstvene delavce z vidika prilagajanja epidemiološkimi, demografskim in družbenim spremembam novodobnega časa. Številne spremembe sodobnega časa ne vplivajo na sprejemanje odločitev zgolj na nivoju vrhnjega managementa v zdravstvenih organizacijah, ampak vplivajo na vodenje tudi na nivoju srednjega managementa in zadevajo neposredno vse zaposlene na oddelkih v bolnišnicah. Vodenje v zdravstvu pa ni specifično le zaradi številnih sprememb v zunanjem okolju zdravstvenih organizacij, ampak je specifično tudi z vidika, da gre za vodenje visoko strokovnega kadra, v vlogi vodje pa je posameznik, ki je tudi sam strokovnjak s področja medicine in običajno nima strokovnega znanja s področja vodenja. Raziskava je pokazala, da kakovostni medosebni odnosi med vodjo in zaposlenimi v zdravstvu prinašajo koristi tako na ravni posameznika, kot tudi na ravni timskega dela in ravni celotne zdravstvene organizacije, v kateri delujejo. Vodje z vlaganjem v medosebne odnose veliko doprinesejo k boljšim rezultatom zaposlenih pri delu, se je pa izkazalo, da bi bile na področju zdravstvenega sistema v Sloveniji za reševanje določenih izzivov in težav potrebne sistemske spremembe na nivoju celotnega zdravstvenega sistema.

Dober vodja se zaveda pomena svoje vloge, hkrati pa se zaveda znanj in veščin, ki so potrebne za opravljanje vloge vodje. Raziskava je pokazala, da je za vodenje zaposlenih v zdravstvu, konkretno v primeru vodenja oddelkov v bolnišnicah potrebno izobraževanje in poznavanje teoretičnih izhodišč sodobnega vodenja, saj le-tega v praksi primanjkuje oziroma ga ni. Potrebna bi bila vpeljava izobraževanj na področju vodenja v sklopu izobraževalnih programov medicine in kontinuirano usposabljanje ter pridobivanje veščin vodenja tekom opravljanja vloge vodje v zdravstvu. To bi posamezniku v vlogi vodje olajšalo opravljanje njegove vloge in mu omogočilo, da se zna odločati za primeren pristop k vodenju ter svoje podrejene vodi do uspešnega doseganja zastavljenih ciljev.

Zaključujem, da je zavedanje pomena kakovostnih odnosov pomembno in je vlaganje v medosebne odnose na delovnem mestu nujno za doseg zastavljenih ciljev zdravstvenih organizacij, kar pa posledično pomembno doprinese h kakovosti opravljanja zdravstvenih storitev in vpliva na zadovoljstvo in zdravje uporabnikov zdravstvenega sistema ter na kakovostno zdravstveno oskrbo v državi.

LITERATURA IN VIRI

1. Ackerman, M., Mallosh, K., Wade, D., Porter-O'Grady, T., Weberg, D., Zurmehly, J. & Raderstorf, T. (2019). The Master in Healthcare Innovation: A New Paradigm in Healthcare Leadership Development. *Nurse Leader*, 17(1), 49–53.
2. Anand, S., Hu, J., Liden, R. C. & Vidyarthi, P. R. (2011). Leader-Member Exchange: Recent Research Findings and Prospects for the Future. *The Sage Handbook of Leadership*, 23, 311–325.
3. Arroliga, A. C., Huber, C., Myers, J. D., Dieckert, J. P. & Wesson, D. (2014). Leadership in Health Care for the 21st Century: Challenges and Opportunities. *The American Journal of Medicine*, 127(3), 246–249.
4. Baker, G. (2011). *The roles of leaders in high-performing health care systems*. London: The King's Fund.
5. Balme, E. (2015). Doctors need to be supported, not trained in resilience. *British Medical Journal*, 351, 1–5.
6. Baysak, B. & Yener, M. I. (2015). The Relationship Between Perceived Leadership Style and Perceived Stress on Hospital Employees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 207, 79–89.
7. Bauer, T. N. & Erdogan, B. (2015). *Oxford Handbook of Leader-Member Exchange*. Oxford: Oxford Press.
8. Belrhiti, Z., Giralt, A. N. & Marchal, B. (2018). Complex Leadership in Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1073–1084.
9. Bowen, D. J. (2015). 5 Competencies for CEOs In the New Era of Health Care, Hospital Boards Must Consider a Different Kind of Leadership Style. *Trustee*, 68(10), 1–2.
10. Brinberg, D. & Wood, R. (1983). A resource exchange theory analysis of consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 10, 330–338.
11. Budak, F. & Ahmet, K. (2014). The Importance of Strategic Leadership in Healthcare Management. *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 5(15), 155–171.
12. Clark, J. & Armit, K. (2010). Leadership competency for doctors: a framework. *Leadership in Health Service*, 23(2), 155–129.
13. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU.
14. Dadhich, A. & Bhal, K. T. (2008). Ethical Leader Behaviour and Leader-Member Exchange as Predictors of Subordinate Behaviours. *The Journal for Decision Makers*, 33(4), 15–25.
15. Daft, R. L. (2015). *The Leadership Experience*. Mason: Cengage Learning.
16. Day, D. V., Fleenor, J. W., Atwater, L. E., Sturm, R. E. & McKee, R. A. (2014). Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 63–82.
17. Dhir, S. & Shukla, A. (2013). The influence of leader-member exchange relations on employee engagement and work role performance. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 16(4), 465–493.
18. Dimovski, V., Penger, S. & Žnidaršič, J. (2003). *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
19. Donnsworth, G. V. & Foa, U. G. (1974). Effects of resource class on retaliation to injustice in interpersonal exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 785–793.
20. Dorgan, S., Layton, D., Bloom, N., Homkes, R., Sadun, R. & Van Reenen, J. (2010). *Management in Healthcare: Why good practice really matters*. London: McKinsey&Company.

21. Dunn, R. T. (2006). *Haimann's healthcare management*. Chicago: Health Administration Press.
22. Durrani, H. (2016). Healthcare and healthcare systems: inspiring progress and future prospects. *Mhealth*, 2(3), 1–9.
23. Edmondson, A. (2004). Psychological Safety, Trust, and Learning in Organizations: A Group-level Lens. *Trust and Distrust in Organizations: Dilemmas and Approaches*. New York: Russell Sage.
24. Fiedler, F. E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
25. Foa, U. G. & Foa, E. B. (1974). *Societal structures of the mind*. Springfield IL: Charles C. Thomas.
26. Gallet, C. A. & Doucouliagos, H. (2017). The impact of healthcare spending on health outcomes: A meta-regression analysis. *Social Science & Medicine*, 179, 9–17.
27. Gardner, W. L., Avolio, B. J. & Walumbwa, F. O. (2005). *Authentic leadership theory and practice: origins, effects and development*. London: Elsevier.
28. Gerstner, C. R. & Day, D. V. (1997). Meta-analytic review of leader-member exchange theory: Correlates and construct issues. *Journal of Applied Psychology*, 82, 827–844.
29. Giles, S. (2016). The Most Important Leadership Competencies, According to Leaders Around the World. *Harvard business review*. Pridobljeno 25. maja 2019 iz <https://hbr.org/2016/03/the-most-important-leadership-competencies-according-to-leaders-around-the-world>
30. Graen, G. B. & Scandura, T. A. (1987). Toward a psychology of dyadic organizing. *Research in Organizational Behavior*, 9, 175–208.
31. Graen, G. B. & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-Based Approach to Leadership: Development of Leader-Member Exchange (LMX) Theory of Leadership over 25 Years: Applying a Multi-Level Multi-Domain Perspective. *Leadership Quarterly*, 6(2), 219–247.
32. Hadley, L. (2015). Leadership from the ground up. *British Medical Journal*. 350, 1–3.
33. Hahn, C. A. & Lapetra, M. G. (2019). Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment. *Public Health*, 7(34), 1–7.
34. Hanson, W. R. & Ford, R. (2010). Complexity leadership in healthcare: Leader network awareness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 6587–6596.
35. Huber, B. (1999). *Experts in organizations: The power of expertise*. Pridobljeno 3. junija 2019 iz <https://pdfs.semanticscholar.org/9d2f/79399f7958e0d02caf55ef2891e23142dafc.pdf>
36. Imison, C. & Giordano, R. W. (2009). Doctors as Leaders. *British Medical Journal*, 338(7701), 979–980.
37. Janssen, O. & Van Yperen, N. W. (2004). Employees' goal orientations, the quality of leader-member exchange, and the outcomes of job performance and job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 47(3), 368–384.
38. Kumar, R. D. C. & Khiljee, N. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(1), 63–65.
39. Kuvaas, B., Buch, R., Dysvik, A. & Haerem, T. (2012). Economic and social leader-member exchange relationships and follower performance. *The Leadership Quarterly*, 23, 756–765.
40. Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Meelby, J., Dieckmann, P. & Østergaard, D. (2018). A search for training of practising leadership in emergency medicine: A systematic review. *Heliyon*, 4, 1–23.
41. Laznik, G. (2017). Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 1, 78–99.

42. Lee, T. H. (2010). Turning Doctors into Leaders. *Harvard Business Review*. Pridobljeno 20. maja 2019 iz <https://hbr.org/2010/04/turning-doctors-into-leaders>
43. Liden, R. C., Sparrowe, R. T. & Wayne, S. J. (1997). Leader-member exchange theory: the past and potential for the future. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 15, 47–119.
44. Lipovec, F. (1987). *Razvita teorija organizacije*. Maribor: Založba Obzorja.
45. Lorber, M. & Skela Savič, B. (2011). Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), 15–21.
46. Luthans, F. & Avolio, B. J. (2003). *Authentic leadership: A positive developmental approach*. Positive organizational scholarship. San Francisco: Barrett-Koehler.
47. Martin, R., Epitropaki, O., Geoff, T. & Topakas, A. (2010). A review of Leader-Member Exchange (LMX) research: Future prospects and directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 25, 35–88.
48. Martin, R., Thomas, G., Guillaume, Y., Lee, A. & Epitropaki, O. (2016) Leader-member Exchange (LMX) and Performance: A Meta-Analytic Review. *Personnel Psychology*, 69, 67–121.
49. Martinčič, R. & Biloslavo, R. (2017). *Vodenje sprememb v zdravstvenih organizacijah: Primer slovenskih bolnišnic*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
50. Maslyn, J. & Uhl-Bien, M. (2001). Leader-member exchange and its dimensions: Effects of self-effort and other's effort on relationship quality. *Journal of Applied Psychology*, 86(4), 697–708.
51. Medicinska fakulteta v Ljubljani. (brez datuma). *Predmetnik*. Pridobljeno 13. avgusta 2019 iz <https://www.mf.uni-lj.si/o-studiju/ems-program-medicina/predmetnik>
52. Medicinska fakulteta v Mariboru. (brez datuma). *Predmetnik*. Pridobljeno 13. avgusta 2019 iz <http://www.mf.um.si/si/sl/navodila-in-informacije/78-opis-predmetov-informacijski-paket>
53. Ministrstvo za zdravje. (brez datuma). *Javni zavodi in ostali zavodi*. Pridobljeno 3. junija 2019 iz http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdravstvenih_storitev/izvajanje_zdravstvene_dejavnosti/javni_zavodi_in_ostali_zavodi/
54. Moberly, T. (2014). Doctors need to “step up” to leadership roles to help improve patient care. *British Medical Journal*, 348, 1–7.
55. Montani, F., Courcy, F. & Vandenberghe, C. (2017). Innovation under stress: The role of commitment and leader-member exchange. *Journal of Business Research*, 77, 1–13.
56. Mosadeghrad, A. M. & Ferdosi, M. (2013). Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: Proposing and testing a model. *Materia Socio Medica*, 25(2), 121–126.
57. Možina, S. (1994). *Osnove vodenja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
58. Možina, S., Rozman, R., Glas, M., Tavčar, M., Pučko, D., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Dimovski, V. & Kovač, B. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
59. Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. & Ilies, R. (2008). The development of leader-member exchanges: Exploring how personality and performance influence leader and member relationships over time. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 108(2), 256–266.
60. Newstrom, J. W. & Davis, K. (1993). *Organizational behavior, Human Behaviour at Work*. New York: McGraw Hill Inc.
61. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (brez datuma). *Javno zdravje*. Pridobljeno 3. junija 2019 iz <https://www.nijz.si/files/uploaded/2187-8170.pdf>

62. Northouse, P. G. (2003). *Leadership: Theory and practice*. London: Sage Publications.
63. Odoardi, C., Battistelli, A., Montani, F. & Peiró, J. M. (2019). Affective Commitment, Participative Leadership, and Employee Innovation: A Multilevel Investigation. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 35(2), 103–113.
64. Odoemena, R. (2018). *Multiple Divergent Challenges of Healthcare Leaders: A Qualitative Descriptive Case Study*. Phoenix: ProQuest Dissertations Publishing.
65. O'Dowd, A. (2014). Clinical leadership team award. *British Medical Journal*, 348, 1–2.
66. Peters, M. & King, J. (2012). Perfectionism in doctors: Can lead to unhealthy behaviours in stressful work situations. *British Medical Journal*, 344(7858), 10.
67. Price-Dowd, C. (2015). Learning to lead in medicine. *British Medical Journal*, 351, 1–3.
68. Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Meissner, C. & Stuckler, D. (2013). Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health*, 9(1), 43.
69. Rotenstein, L. S., Sadun, R. & Jena, A. B. (2018). Why Doctors Need Leadership Training. *Harvard Business Review*. Pridobljeno 20. maja 2019 iz <https://hbr.org/2018/10/why-doctors-need-leadership-training>
70. Rozman, R. & Kovač, J. (2012). *Management*. Ljubljana: GV Založba.
71. Rozman, R., Kovač, J. & Koletnik, F. (1993). *Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
72. Sadler, P. (1997). *Leadership*. London: Coopers & Lybrand.
73. Sharkey, A. R., Magee, L. & Trent, A. (2019). Building the future: junior doctors as leaders. *Clinical Radiology*, 74(2019), 492–495.
74. Slovenski medicinski slovar. (brez datuma). V *Termania*. Pridobljeno 3. junija 2019 iz <https://www.termania.net/slovarji/95/slovenski-medicinski-slovar>
75. Slovensko Zdravniško Društvo. (2019, 26. april). *Aktualno - Zadnje novice*. Pridobljeno 20. julija 2019 iz <http://www.szds.si/zadnje-novice/>
76. Starc, A. (2016). *Notranje in zunanje okolje zdravstvene organizacije*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
77. Stefl, M. E. (2018). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 360–373.
78. Suhrcke, M., Arce, R. S., McKee, M. & Rocco, L. (2011). Economic costs of ill health in the European region. *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*, 61–99.
79. Walker, B. & Walker, J. L. G. (2013). Working Together: Examining Forensic Leadership through LMX Theory. *National Forensic Journal*, 31(1), 27–40.
80. Wayne, S. J., Coyle-Shapiro, J., Eisenberger, R., Liden, R.C., Rousseau, D. M. & Shore, L. M. (2009). Social influences. *Commitment in Organizations: Accumulated Wisdom and New Directions*, Routledge, 253–284.
81. Wayne, S. J., Shore, L. M. & Liden, R.C. (1997). Perceived Organizational Support and Leader-Member Exchange: A Social Exchange Perspective. *Academy of Management Journal*, 40, 82–111.
82. World Health Organization. (2015). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization.
83. World Health Organization. (brez datuma). *About WHO*. Pridobljeno 25. maja 2019 iz <https://www.who.int/about/who-we-are/>
84. Wilson, K. S., Sin, H. P. & Conlon, D. E. (2010). What about the leader in leader-member exchange? The impact of resource exchanges and substitutability on the leader. *Academy of Management Review*, 35(3), 358–372.

85. Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2009). The influence of authentic leadership on trust and work outcomes of health care staff. *The journal of leadership studies*, 3(2), 6–23.
86. Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

PRILOGE

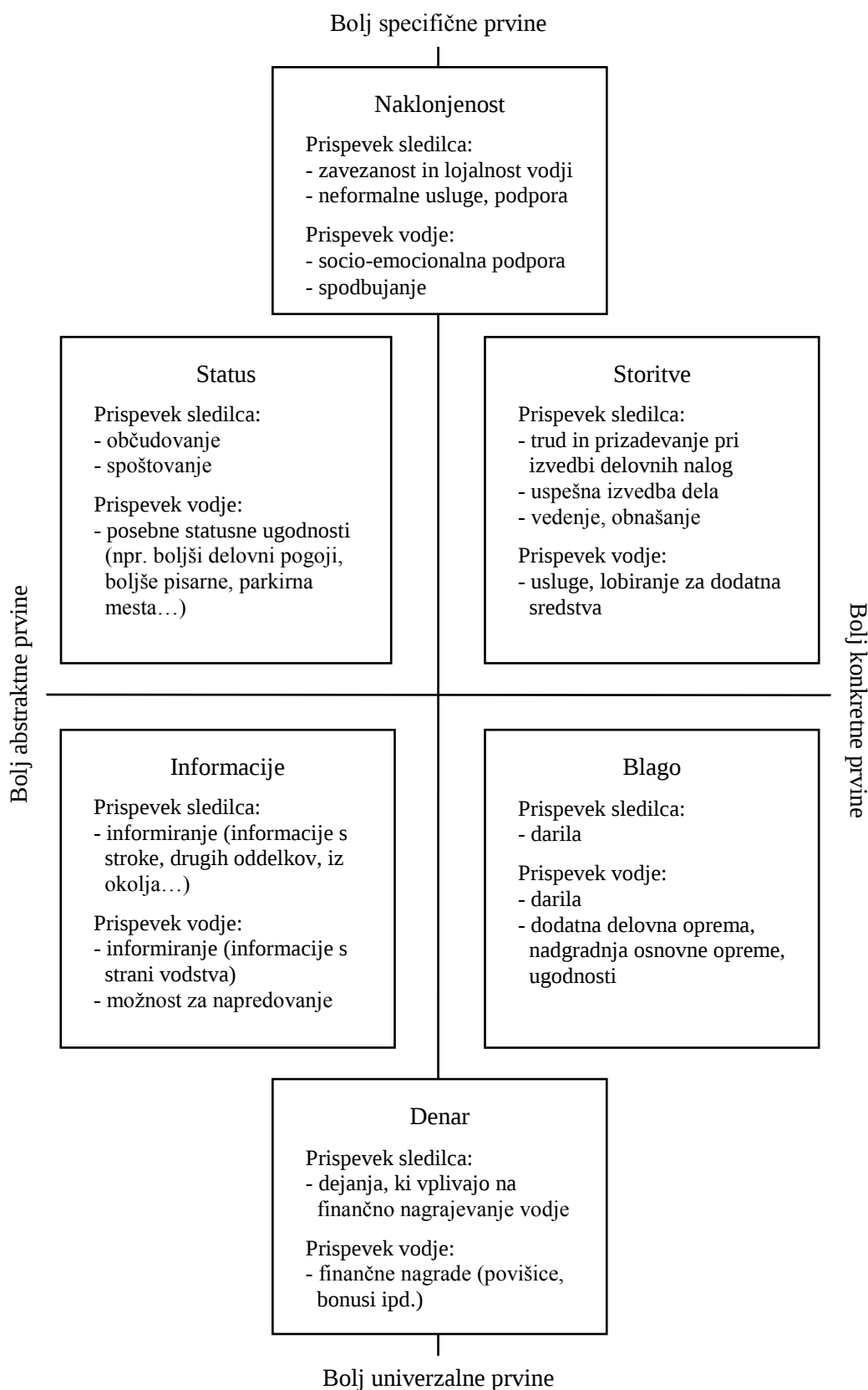
Priloga 1: Vprašanja za poglobljeni intervju s predstojnikom oddelka

1. Koliko časa ste predstojnik/ca oddelka? Kaj je bil razlog, da ste postali vodja? Ste si to funkcijo želeli, ste načrtovali tekom kariere, da bi bili predstojnik oddelka?
2. V čem vidite smisel svojega vodenja in kako dojemate svojo vlogo?
3. Ali menite, da medosebni odnosi med sodelavci vplivajo na učinkovitost opravljanja delovnih nalog in na doseganje skupnih delovnih ciljev? Če da, kako?
4. Ali menite, da odnos med vodjo in njegovim podrejenim vpliva na vodenje, opravljanje delovnih nalog in doseganje skupnih delovnih ciljev? Če da, kako?
5. Kakšne so po vašem mnenju ključne koristi kakovostnega odnosa med vodjo in njegovimi podrejenimi?
6. Kako bi opisali za vas dober medosebni odnos?
7. Kako bi ovrednotili vaš odnos s svojimi podrejenimi in kako menite, da bi ga ovrednotili vaši podrejeni?
8. Kako razvijate odnose s svojimi podrejenimi? So kakšne razlike med podrejenimi? Ali načrtno gradite/razvijate odnose s svojimi podrejenimi?
9. Ali se je vaš odnos s podrejenimi in stil vodenja tekom let kaj spremenil? Če da, kako?
10. Kako vodite svoje zaposlene? Kako vplivate nanje? Kakšno moč uporabljate?
11. Menite, da je za delo v zdravstvu boljši formalni odnos ali je boljše graditi bolj socialne odnose?
12. Vezano na teorijo izmenjave prvin med vodjo in njegovimi sledilci teorija za dober odnos predpostavlja kvalitetno izmenjavo prvin (priloga seznam prvin). Katere prvine so za vas pomembne in katere menite, da so pomembne za vaše sodelavce?
13. Kako bi opisali stopnjo zaupanja med vami in vašimi podrejenimi?
14. Menite, da imajo vaši podrejeni pri opravljanju svojih delovnih nalog kakšne težave? Če da, kakšne?
15. Kaj pri svojih podrejenih najbolj cenite?
16. Kaj menite, da vaši podrejeni najbolj cenijo pri vas?
17. Kaj vam pri vodenju predstavlja največji izziv?
18. Kaj menite, da bi vam lahko olajšalo opravljanje vaše delovne vloge vodje – vodenje sodelavcev?
19. Kaj so po vašem mnenju v slovenskem zdravstvu največji izzivi, priložnosti za razvoj, izboljšanje, spremembe? Menite, da se srečujemo s kakšnimi težavami? Če da, kako bi se lahko spopadli z njimi?

Priloga 2: Vprašanja za poglobljeni intervju s podrejenim

1. Ali menite, da medosebni odnosi med sodelavci vplivajo na učinkovitost opravljanja delovnih nalog in na doseganje skupnih delovnih ciljev? Če da, kako?
2. Ali menite, da odnos med posameznikom in njegovo vodjo vpliva na opravljanje delovnih nalog in doseganja skupnih delovnih ciljev? Če da, kako?
3. Kakšne so po vašem mnenju ključne koristi kakovostnega odnosa na delovnem mestu?
4. Kako bi opisali za vas dober medosebni odnos?
5. Kako bi ovrednotili svoj odnos z vašo vodjo in kako menite, da bi ga ovrednotil vaš vodja?
6. Menite, da se vaš odnos z vodjo spreminja skozi čas? Če da, kako? Ali načrtno gradite/razvijate odnos s svojo vodjo?
7. Menite, da vaš vodja vlaga v odnose s svojimi podrejenimi?
8. Kako vas vodja vodi? Kako vodja vpliva na vas? S čim? Kakšno moč uporablja pri vodenju?
9. Menite, da je za delo v zdravstvu boljši formalni odnos ali je boljše graditi bolj socialne odnose?
10. Vezano na teorijo izmenjave prvin med vodjo in njegovimi sledilci teorija za dober odnos predpostavlja kvalitetno izmenjavo prvin (priloga seznam prvin). Katere prvine so za vas pomembne in katere menite, da so pomembne za vašo vodjo?
11. Kako bi opisali stopnjo zaupanja med vami in vašo vodjo?
12. V kolikšni meri in na kakšen način vaš vodja posega v vaše delo?
13. Kaj pri svoji vodji najbolj cenite?
14. Kaj menite, da vaš vodja najbolj ceni pri vas?
15. Imate kakšne težave pri opravljanju vaše delovne vloge? Če da, katere? Ali menite, da bi lahko vodja pripomogel k boljšemu opravljanju vaše delovne vloge? Če da, kako?
16. Kaj po vašem mnenju pri vodenju oddelkov v bolnišnici predstavlja največje izzive in kako bi se lahko spopadli z njimi? Kako bi lahko izboljšali delovanje oddelkov v bolnišnicah? Vidite kakšne težave in morebitne možnosti za izboljšave v slovenskem zdravstvu?

Priloga 3: Dodatek k vprašalniku za intervju



Povzeto in prirejeno po Wilson, Sin & Conlon (2010).