

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ZAVZETOST ZAPOSLENIH V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI  
V ZDRAVSTVENEM DOMU MARIBOR**

Ljubljana, april 2017

PETRA HORVAT

## IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Petra Horvat, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Zavzetost zaposlenih v patronažni zdravstveni negi v zdravstvenem domu Maribor, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Adriano Rejc Buhovac.

### 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 poskrbela, 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 plagiatstvo – 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 plagiatstvo 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 24. 4. 2017

Podpis avtorja: \_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>1 MANAGEMENT IN VODENJE V ZDRAVSTVENI NEGI.....</b>	<b>3</b>
1.1 Razvoj in definicija zdravstvene nege.....	3
1.2 Opredelitev managementa in vodenja .....	5
1.3 Medicinska sestra kot vodja v zdravstveni negi .....	8
<b>2 PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENEGA DOMA DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR. ....</b>	<b>11</b>
2.1 Zgodovina in razvoj Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor.....	11
2.2 Dejavnost zavoda .....	14
2.3 Organiziranost zavoda .....	15
2.3.1 Splošno zdravstveno varstvo .....	15
2.3.2 Nujna medicinska pomoč .....	16
2.3.3 Medicina dela, prometa in športa .....	17
2.3.4 Zobozdravstveno varstvo.....	17
2.3.5 Varstvo otrok in mladine .....	18
2.3.6 Varstvo žensk .....	19
2.3.7 Patronažno varstvo .....	20
2.4 Uspehi Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor.....	24
<b>3 ZAVZETOST ZAPOSLENIH .....</b>	<b>24</b>
3.1 Opredelitev pojma zavzetost zaposlenih .....	24
3.2 Dejavniki zavzetosti .....	25
3.3 Merjenje zavzetosti.....	28
3.3.1 Ravni zavzetosti zaposlenih .....	28
3.3.2 Načini merjenja zavzetosti .....	29
3.4 Empirične raziskave o zavzetosti zaposlenih v zdravstveni negi.....	31
<b>4 RAZISKAVA O ZAVZETOSTI ZAPOSLENIH.....</b>	<b>33</b>
4.1 Raziskovalne metode dela .....	34
4.2 Rezultati raziskave .....	34
4.2.1 Analiza in interpretacija rezultatov .....	34
4.2.2 Povprečni rezultat posameznega vprašanja .....	41
4.2.3 Ugotovljena stopnja zavzetosti v OE Patronažno varstvo.....	42
4.2.4 Dejavniki, ki vplivajo na zavzetost v OE Patronažno varstvo .....	43

**5 RAZPRAVA IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE ZAVZETOSTI ZAPOSLENIH  
V OE PATRONAŽNO VARSTVO MARIBOR ..... 46**

**SKLEP ..... 48**

**LITERATURA IN VIRI ..... 50**

**PRILOGE**

**KAZALO TABEL**

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev.....	35
Tabela 2: Povzetek regresijskega modela .....	44
Tabela 3: Anova <sub>a</sub> .....	44
Tabela 4: Koeficient <sub>a</sub> .....	45
Tabela 5: Analiza vodstvene funkcije .....	45
Tabela 6: Parametrični t-test.....	46

**KAZALO SLIK**

Slika 1: Organigram Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor .....	23
Slika 2: Gallupova hierarhija zavzetosti.....	30
Slika 3: Starostna struktura anketirancev (v %).....	36
Slika 4: Stopnja izobrazbe anketirank (v %).....	36
Slika 5: Delovna doba v organizaciji (v %) .....	37
Slika 6: Vodstvena funkcija (v %) .....	37
Slika 7: Pričakovanja na delovnem mestu (v %).....	38
Slika 8: Podpora v organizaciji (v %) .....	39
Slika 9: Pripadnost organizaciji (v %).....	40
Slika 10: Prijateljstvo na delovnem mestu (v %) .....	40
Slika 11: Napredek (v %) .....	41
Slika 12: Povprečni rezultat za vsako posamezno trditev .....	42
Slika 13: Zavzetost patronažnih sester Zdravstvenega doma dr. A. Drolca Maribor (v %).....	43

## UVOD

Zavzetost zaposlenih (angl. *employee engagement*) je stanje čustvenega in intelektualnega zadovoljstva in pripadnosti podjetju, organizaciji, skupini. Sega prek zadovoljstva (kakor so mi všeč stvari tukaj) in pripadnosti (koliko si še naprej želim biti tukaj) do zavzetosti (kako si želim biti tukaj in koliko dejansko sam storim za izboljšanje delovnih rezultatov (Gruban, 2008). Njen pozitiven vpliv se odraža v boljšem opravljanju dela, v manjšem absentizmu, v večjem vlaganju truda na različna področja dela in v večjem zadovoljstvu pri delu.

Raziskave o zavzetosti zaposlenih so pokazale, da obstaja pozitivna korelacija med zavzetostjo in poslovno uspešnostjo. Zavzeti zaposleni so bolj učinkoviti in produktivni, v takšnih podjetjih je manj absentizma, prezentizma in neto fluktuacije. Manj je tudi nesreč pri delu (Wagner & Harter, 2006). Raziskave tudi dokazujejo, da pri večini zaposlenih ne dosegamo tiste stopnje zavzetosti, kot bi jo delodajalci želeli. Zavzetost delimo v tri skupine: (a) zavzeti zaposleni so energični, delajo s strastjo in čutijo globoko povezanost s podjetjem. So izvor inovacij in pomagajo pri razvoju podjetja. Zaupajo v sodelavce in vodje; (b) nezavzeti zaposleni so »delno odsotni«. Naredijo le to, kar morajo. Med delovnim časom »napol spijo«, v delo sicer vlagajo svoj čas, ne pa tudi energije in strasti; (3) aktivno nezavzeti zaposleni ne le da so nezadovoljni, ampak nezadovoljstvo tudi vidno kažejo. Vsakodnevno podcenjujejo delo, ki ga opravijo njihovi zavzeti sodelavci. Škodljivo vplivajo tudi na zavzetost in zadovoljstvo kupcev (Dimovski, Penger, & Žnidaršič, 2003). V povprečju je le 26 % zaposlenih zavzetih; nezavzetih je okrog 55 % vseh zaposlenih, preostalih 19 % zaposlenih je aktivno nezavzetih (Gallup, 2006).

Zavzeti zaposleni delajo trdo, energično, so predani in se z veseljem zanimajo za svoje delo. Lahko bi rekli, da so zavzeti zaposleni na prvi pogled podobni deloholikom. Vendar se od deloholikov razlikujejo. Deloholiki so obsedeni s svojim delom, razmišljajo o svojem delu tudi, ko niso v službi, k delu jih žene notranja, neustavljiva želja po delu, ki se ji ne morejo upreti. Za njih je potreba po delu tako izrazita, da ogroža njihovo zdravje, znižuje njihovo zadovoljstvo ter ogroža njihove medsebojne odnose in družbeno delovanje. Zavzeti zaposleni pa delajo trdo zato, ker jim je delo všeč, ga dojemajo kot zabavo in se po svojem delovniku počutijo srečne in zadovoljne (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008, str. 190). Več razlogov je, zakaj so delovno zavzete osebe učinkovitejše od delovno nezavzetih. Delovno zavzeti zaposleni se pogosto srečujejo s pozitivnimi čustvi, vključno s srečo, veseljem in navdušenjem. So trdnejšega psihičnega in fizičnega zdravja, ustvarjajo lastne delovne in osebne vire (npr. nudijo podporo drugim) ter tako prenašajo lastno navdušenje na druge (Bakker et al., 2008, str. 193). Podjetja zato naravno težijo k zaposlitvi delovno zavzetega kadra. Vendar ga je zelo težko pridobiti in obdržati.

Doseganje zavzetosti med zaposlenimi je v zadnjem času osrednja tema kadrovskega managementa. Tudi v zdravstvu. Delavci v zdravstveni negi bistveno vplivajo na potek

zdravljenja, možnost preživetja in kasneje na kakovost življenja pacientov v domačem okolju (Švigelj Rogelj, 2009). Dober vodja se mora zavedati, kaj pomeni zavzetost zaposlenih in kaj njihova pozitivna motivacije za delo. Prav vodje s svojim delom in zgledom največ pripomorejo k temu, da so zaposleni zavzeti.

**Cilj** magistrskega dela je ugotoviti, kakšna je zavzetost zaposlenih v Zdravstvenem domu Maribor in kaj so vzroki za ugotovljeno stanje. Cilj je podati ustrezne ukrepe za izboljšanje zavzetosti zaposlenih. S pomočjo regresijske analize želim ugotoviti, ali so starost, spol, delovna doba in vrsta delovnega mesta v organizacijski enoti Patronažo varstvo Maribor tisti dejavniki, ki imajo pomemben vpliv na zavzetost zaposlenih. **Namen** magistrskega dela je pomagati vodstvu izboljšati zavzetost zaposlenih v organizaciji, saj zavzetost pozitivno vpliva na organizacijsko klimo med zaposlenimi in spodbuja večjo motiviranost ter kakovost.

Metodologija magistrskega dela je sestavljena iz dveh delov. Prvi del je teoretičen in temelji na preučevanju domače in tuje znanstvene in strokovne literature s področja obravnavane tematike. V empiričnem delu magistrskega dela s pomočjo Gallupovega vprašalnika Q12 ugotavljam stopnjo zavzetosti zaposlenih v Zdravstvenem domu Maribor. Vprašanja se nanašajo na elemente delovnega okolja, ki pripomorejo k večji učinkovitosti zaposlenih (Gallup, 2013, str. 14). Nato s pomočjo metode regresijske analize ugotavljam ključne dejavnike, ki vplivajo na zavzetost zaposlenih v organizaciji. V raziskavi sodelujejo patronažne medicinske sestre, zaposlene v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor.

Magistrsko delo je sestavljeno iz petih poglavij, uvoda in sklepa. V prvem poglavju predstavim razvoj zdravstvene nege in vlogo managementa v zdravstveni negi. Opišem tudi vrste modelov in stilov vodenja ter kako deluje medicinska sestra kot vodja v zdravstveni negi. V drugem poglavju predstavim Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor: delovanje organizacije, njeno poslanstvo, vizijo in vrednote. Dejavnost organizacije predstavim po posameznih enotah in enote kratko opišem. Na koncu poglavja zajamem nekaj pomembnih uspehov organizacije. V tretjem poglavju opredelim koncept zavzetosti zaposlenih. Predstavim dejavnike zavzetosti zaposlenih, ravni zavzetosti zaposlenih, vprašalnik Q12 ter kako se odraža zavzetost zaposlenih v zdravstveni negi. Četrto poglavje, drugi del magistrskega dela, namenim raziskavi. V njem podam rezultate empirične raziskave. Prikažem rezultate stopnje zavzetosti zaposlenih v organizacijski enoti Patronažno varstvo Maribor ter opredelim dejavnike, ki vplivajo na zavzetost v organizacijski enoti. V zadnjem, petem poglavju, podam s pomočjo ugotovitev ustrezne rešitve za dvig zavzetosti v organizacijski enoti Patronažno varstvo Maribor. Priporočila za izboljšanje zavzetosti oblikujem na podlagi predhodno opravljenih raziskav. Magistrsko delo zaključim s sklepom, v katerem povzamem bistvene ugotovitve dela.

# 1 MANAGEMENT IN VODENJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Zdravstvo je področje, ki težko sprejema vplive drugih strokovnih področij. Vendar mnoge temeljne in aplikativne raziskave dokazujejo, da samo vidik medicinske znanosti ni več dovolj za obvladovanje zdravstva in da je za uspešen razvoj sistemov zdravstvenega varstva pomembno, da se zdravstvo ne razume kot sistem izoliranih komponent, temveč kot sistem, v katerem se znajdejo posamezniki in skupine (uporabniki storitev, zdravniki, medicinske sestre, managerji idr.) različnih pogledov, dožemanj, mnenj, interesov; vse to pa predstavlja skupen sistem, ki je preplet teh komponent. Da je neka zdravstvena organizacija uspešna in učinkovita, pa je odvisno od sodelovanja med komponentami za doseg skupnih ciljev in ni pomembno, kaj posamezna komponenta sistema dela (Skela Savič, 2008, str. 7).

Zdravstvena nega je podsistem zdravstvenega varstva in igra pomembno vlogo pri doseganju ciljev celotnega zdravstvenega sistema. V njej se vse hitreje razvija management, na kar vpliva več dejavnikov. Med pomembne sodijo vse večja zahtevnost stroke, intenzivnost in tempo dela, pomanjkanje kadra (medicinskih sester), pojavljajo se nove tehnologije, posledično potrebe po izobraževanju, pacienti in zaposleni so vse bolj osveščeni in nenehno se stremi k večji kakovosti (Klemenc, 2008, str. 25–26).

Management na področju zdravstvene nege dobiva veljavo šele v zadnjih letih, zato mu različni avtorji predpisujejo različne funkcije in poudarjajo, da če hočejo biti vodilne medicinske sestre pri svojem vodenju uspešne, se morajo nenehno vključevati v te procese.

Zaradi lažjega razumevanja managementa oziroma vodenja skozi prizmo zdravstvene nege bom v nadaljevanju predstavila njen razvoj in definicijo.

## 1.1 Razvoj in definicija zdravstvene nege

Nega je človekova temeljna dejavnost in se s posnemanjem prenaša iz roda v rod. Skrb za zdravje je že od nekdaj del ljudi, saj je od nje odvisen obstoj posamezne socialne skupine. O zdravstveni negi pa govorimo takrat, ko nega deluje v organizirani obliki s strokovno podlago in jo izvajajo za to izobraženi in usposobljeni ljudje. Zdravstvena nega je ena od vej zdravstvenih disciplin. Ukvarja se s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo od spočetja do smrti, ne le v času bolezni, ampak tudi zdravja (Kersnič, 1997, str. 5).

Človeštvo se je skozi zgodovino nenehno srečevalo z zdravstveno nego. Na razvoj zdravstvene nege so v preteklosti vplivali različni družbeni in kulturni dejavniki. Obstajajo zapisi, ki segajo v srednji vek pa vse do 19. stoletja. Največje spremembe na področju zdravstvene nege so se dogodile v 19. stoletju v Angliji, ko je Florence Nahtingale dokazala pomen bolniške nege, njene organiziranosti in kakovostnega izvajanja (Kisner, Rozman, Klasinc, & Pernat, 1998, str. 12). Nahtingale (1954) je postavila prvo definicijo

zdravstvene nege leta 1858, in sicer da je naloga zdravstvene nege postaviti bolnika v take življenjske okoliščine, v katerih bo okolje nanj najugodneje vplivalo (Kersnič, 1997, str. 5).

Prelomno obdobje v razvoju zdravstvene nege pa je bilo leta 1950, ko se je zdravstvena nega pričela razvijati v samostojno, avtonomno stroko. Takrat so se v Ameriki organizirale prve akademske študije zdravstvene nege, kar je marsikatero medicinsko sestro spodbudilo k nadaljnjemu študiju in raziskovanju v stroki. Tako pomeni to obdobje začetek osamosvajanja zdravstvene nege. Do tedaj pa je bila zdravstvena nega obravnavana kot neprofesionalna dejavnost (Hajdinjak & Meglič, 2012, str. 11).

Iz definicije Berte Harmer je izhajala tudi Virginia Henderson, ki je leta 1957 preoblikovala njeno definicijo in k specifični nalogi medicinske sestre dodala še en pomemben vidik, to je samostojno vlogo medicinske sestre. Tako je njena definicija aktualna še danes. Sprejele so jo medicinske sestre po vsem svetu, potrdila jo je tudi Mednarodna zveza društev medicinskih sester. Definicija se glasi:

»Medicinska sestra pomaga zdravemu in bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega načrta, o katerem odloča zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta« (Kersnič, 1997, str. 5).

Leta 2004 so na skupščini Zbornice – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije povzeli ICN-ovo (2002) skrajšano definicijo zdravstvene nege: »Zdravstvena nega obsega samostojno, neodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov v vseh starostih, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalide in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so zagovornišvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje« (Železnik, 2008, str. 9).

Nosilka zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra. Njene naloge so: ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje, nadziranje in vrednotenje. Poleg naštetega sta njeni nalogi tudi vodenje negovalnega tima in delovanje v zdravstvenem timu, v katerem prevzema odgovornost za področje zdravstvene nege, skupaj z drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci pa si deli funkcije v procesu zdravstvenega varstva. Diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra, je oseba, ki ima končano najmanj dvanajstletno splošno in (ali) strokovno izobraževanje in visoko



(višjo) strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezen organ podelil pravico opravljanja samostojnega dela v zdravstveni dejavnosti (Železnik, 2008, str. 9).

## **1.2 Opredelitev managementa in vodenja**

V strokovni literaturi zasledimo veliko število definicij managementa različnih avtorjev, vendar za klasično definicijo managementa velja še vedno Fayolova definicija, podana leta 1916, in sicer da je management napovedovanje in planiranje, organiziranje, ukazovanje, koordiniranje in kontroliranje (Cole & Kelly, 2011, str. 12). Po Higginsu (1991) je management ustvarjalno reševanje problemov, ki se nanašajo na planiranje, organiziranje, nadziranje, vodenje in ocenjevanje možnosti za doseganje ciljev, poslanstva in vizije razvoja podjetja (v Možina, Svetic, & Bernik, 2004, str. 17). Management je planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji in s tem tudi vseh nalog in aktivnosti, ki jih opravljajo zaposleni. Je usklajevanje nalog in dejavnosti za doseg postavljenih ciljev (Možina et al., 2004, str. 15). Robbinsu in DeCenzu pomeni management proces, s pomočjo katerega dosežemo organizacijske cilje, pri tem pa pomagajo ostali člani organizacije (v Kovač, Mayer, & Jesenko, 2004, str. 11–15). Tisti managerji, ki stremijo k doseganju vrhunske kakovosti, morajo postati vodje, prepoznavati potencialne zaposlenih, uporabiti njihove koristne zamisli in biti dovzetni za njihovo ustvarjalnost, inovativnost, skrb za podrobnosti ter analizo procesov in storitev (Covey, 2002, str. 222).

Vodenje različni avtorji opredeljujejo različno. Pri večini definicij in opredelitev najdemo naslednje skupne vidike: ljudje, vpliv in cilji. Vodenje se zmeraj pojavi v skupini ljudi, na katere vpliva vodja z namenom dosege skupnega organizacijskega cilja (Daft, 2012, str. 436). Senge, ki poudarja, da vodenje srečamo v vseh organizacijah ter skupnostih, ga opredeli kot zmožnost človeške skupnosti oblikovati prihodnost, posebno za ohranjanje pomembnih procesov spremenjenih zahtev, da to storijo. Naloga vodij je ustvarjanje in ohranjanje kreativnega razpoloženja v skupini. (Tappen, 2001, str. 5). Vodenje je ukrepanje in ne položaj (Clemmer, 2008, str. 21). Ni povezano z našo vlogo, marveč s tem, kar delamo. Voditi pomeni, da smo na čelu in drugim kažemo pot, vplivamo na vedenje in mnenje drugih ter usmerjamo tok dogodkov. Vodenje je proces in ne enkratno dejanje, ki poteka v več fazah. Tukaj se med vodjo in zaposlenimi vzpostavi poseben odnos oziroma interakcija. Temeljni cilj vodenja je učinkovito delo z ljudmi (Breček, 2004, str. 28). Vodenje je proces vplivanja na posameznika ali skupino za doseganje ciljev v določeni situaciji. Je tesno povezano z ljudmi in delom. Ker pa vodja cilje dosega s pomočjo ljudi, si mora prizadevati za primerne socialne odnose (Možina, Svetic, & Bernik, 2004, str. 29). Brez človeškega stika, osebnega zgleda, čustev, in to na obeh straneh, vodenja ni. Prav je, da vodje izrazijo zadovoljstvo, veselje, navdušenje nad opravljenim delom zaposlenih, pa tudi jezo, nezadovoljstvo nad tistimi, ki dela niso dobro opravili (Maxwell, 2009, str. 209). Obstajajo ključni elementi vodenja: vodenje je transakcijski dogodek med vodjo in

podrejenimi, vodenje je vplivanje na zaposlene in vodenje je v vlogi doseganja ciljev (Northouse, 2001, str. 3).

V organizaciji imata pomembno vlogo tako manager kot vodja. Razlikujeta se predvsem v izvoru svoje moči in v tem, kako in v kolikšni meri se tej moči zaposleni podrejajo. Managerska moč, ki izvira iz organizacijske strukture, daje pomemben poudarek stabilnosti, redu in reševanju problemov znotraj strukture, medtem ko so za vodstveno moč pomembni osebni interesi, vrednote in cilji (izvor so torej osebni viri) ter vizija, kreativnost in spremembe v organizaciji (Dimovski, Penger, & Peterlin, 2008, str. 114).

Mnogi strokovnjaki s področja managementa delijo prepričanje, da je vodenje eden od vidikov managementa. Pri tem poudarjajo, da dober manager ne pomeni biti tudi dober vodja in obratno (Cole & Kelly, 2011, str. 71). Vodenje spodbuja organizacijske spremembe, medtem ko management zagotavlja stabilnost in red v obstoječi organizacijski strukturi (Daft, 2012, str. 442). Management se od vodenja razlikuje v tem, da ga (torej management) v prvi vrsti zanima usklajevanje v organizaciji, medtem ko je za vodenje značilno vplivanje, spodbujanje in usmerjanje sodelujočih k zadanim ciljem (Možina, 2002, str. 499). Manager in vodja nimata enakega odnosa do ciljev v organizaciji, kar se kaže predvsem v načinu sprejemanja odločitev. Managerji, da bi se izognili tveganju, vseskozi koordinirajo, uravnavajo različna mnenja, medtem ko se vodje ne izogibajo tveganjem in so jim izziv nenehni novi pristopi (Zaleznik, 2004, str. 5–6).

Če pogledamo zdravstveni sistem s položaja od zgoraj navzdol, v njem najdemo uporabnike zdravstvene dejavnosti in tiste zaposlene, katerih dejavnost jim je najbližja. Zato je pomembno, da zdravstvene organizacije ne gradimo samo s položaja od zgoraj navzdol, temveč iz obeh položajev (Grbec, 2003, str. 239).

Glede na dejstvo, da ima management več funkcij, se bomo za potrebe magistrskega dela osredotočili zgolj na njegovo funkcijo vodenja ljudi oziroma, kako naj bi vodja vodil ljudi, da bodo ti pri svojem delu bolj zavzeti.

Na področju zdravstvene nege delo poteka v timih, zato brez učinkovite timske usklajenosti delo ne more uspešno potekati. Bistvo je v načinu organizacije samega dela. Voditi ljudi in organizacijo ni lahko. Poleg potrebnih znanj je moč tista, ki ima pomembno vlogo pri vplivu na druge. Tisti, ki nima moči, ne more vplivati na druge. Vpliv se torej kaže kot uresničena moč, moč pa je možnost, da lahko nekdo vpliva na druge. Vodenja kot veščine se da naučiti, je deloma rutinsko opravilo, ki si ga managerji olajšujejo s preprostimi miselnimi orodji (Tavčar, 2000, str. 183).

Glavne komponente vodenja so: vodja skupine, člani in okolje. O vodenju govorimo le takrat, kadar kdo vpliva na druge, tako da delujejo. Pri vodenju je pomembna pridobitev zaupanja med vodjo in člani tima, članom pa je treba dati več samostojnosti za odločanje. Vodje morajo vedeti, kaj hočejo, saj člani to občutijo in raje sledijo. Zato je smiselna

produktivna celota tisto, za kar si vodje prizadevajo oziroma je njihova naloga, da dosežejo z usklajevanjem vseh treh glavnih komponent vodenja (Možina, 2002, str. 499).

Vodja je lahko uspešen, če si prek lastnih izkušenj pridobi nekaj bistvenih sposobnosti in jih zatem učinkovito uporablja. Narava dela v organizacijah pa narekuje potrebo po zaposlitvi takoj kompetentne vodje. V ta namen se med zaposlenimi poišče ljudi, ki imajo morda sposobnosti vodenja, in se jih načrtno vzgaja. Zanje se pripravi poseben program, v katerega se zajame vse sposobnosti in spretnosti, ki so nujno potrebne za vodenje. Da je vodja uspešen, mora imeti vizijo, intuicijo, zelo dobro poznati samega sebe (tako svoje prednosti kot slabosti), znati mora usklajevati vrednote, predvsem pa razdeliti moč (Možina, 2002, str. 502).

Po mnenju strokovnjakov ne obstaja idealni model vodenja in ravnanja vodilnih, saj v organizaciji nastajajo različne situacije z različnimi ljudmi in vodji. Govorimo lahko le o modelu in stilu vodenja, ki ga lahko uporabimo le v določeni situaciji, pri določenih sposobnostih zaposlenih ter določenih lastnostih vodij. V literaturi obstaja več situacijskih modelov vodenja. Fiedlerjev kontingenčni model trdi, da na uspešnost vodenja vpliva ujemanje dejavnikov situacije z načinom dela vodje, medtem ko Hersejev in Lanchardov situacijski model poudarja, da se vodenje spreminja (na spreminjanje vpliva zrelost članov skupine) in da ima nanj pomemben vpliv nadzorni in podporni način vodenja vodje. V Housejevem modelu poti in ciljev, ki je situacijski model vodenja, so v ospredju uspešni vodje, ki opredeljujejo pot in načine dela, prek katerih lahko zaposleni dosežejo želeno (visoko) storilnost pri delu, pri tem pa so zadovoljni. Pravila, ki jih določa participativni model vodenja, pa omogočajo zaposlenim, da sodelujejo v procesu odločanja v različnih situacijah (Možina, 2002, str. 522).

Na podlagi tega, kar so pokazale številne raziskave, to je, da na uspešnost organizacije pomembno vpliva stil vodenja, izpeljemo, da za različne organizacije ni primerno enako vodenje. Odvisno je od značilnosti določene organizacije, sposobnosti vodje in značilnosti ljudi, ki se jih vodi. Zato je priporočljivo, da stil vodenja prilagodimo dejavnikom, ki vplivajo na vodenje – vodja naj torej uporablja več stilov vodenja, ne le enega (Možina, Svetic, & Bernik, 2004, str. 30–31). Če izhajamo iz osnovne ideje vodenja, kako je mogoče iz zaposlenih doseči čim boljše opravljeno delo, in osnovnih komponent vodenja, vidimo, da je način vodenja odvisen od vodje, sodelavcev in okolja oziroma situacije. Pri tem je naloga vodje, da prilagodi vodenje cilju, sposobnostim podrejenih ter situaciji (Skela Savič, 2004, str. 20–21).

V literaturi so opredeljeni naslednji stili vodenja (Rozman, Kovač, & Koletnik, 1993, str. 206):

- avtoritativen ali avtokratski stil vodenja: vodja izključno utrjuje lastni položaj. Vse odločitve sprejema sam. Proces odločanja je centraliziran. Komunikacija je

enosmerna (predvsem od zgoraj navzdol, redkeje obratno); vodja ukazuje, medtem ko podrejeni poročajo le o rezultatih dobljenih nalog. Taka oblika vodenja v organizacijah ni pogosta. Če to prenesemo na področje zdravstva, pacient ve, da je v varnih, a precej hladnih rokah (Rungapadiachy, 2003);

- participativni stil vodenja: ustreza demokratičnemu načinu vodenja. Zaposleni sodelujejo z vodjo pri odločitvah. Za ta stil vodenja je značilna težnja k poistovetenju posameznikov s cilji podjetja, saj bi z uresničevanjem ciljev organizacije uresničevali tudi lastne cilje. Nadzira se zlasti usposabljanje skupine kot tima, pri čemer ni toliko pomembna statusna avtoriteta vodje, čeprav je prisotna. Njegova vloga se zlasti kaže v odgovornosti do okvirjev, ki jih je določil in znotraj katerih tim lahko odloča. Po Rungapadiachyju (2003) se bo tukaj namenjala pozornost zadovoljitvi potreb pacienta, vendar bo hkrati potekal dolgotrajni postopek odločanja;
- avtonomne skupine: izbira vodje je prepuščena članom, za rezultate so odgovorni vsi (tako vodja kot člani). Težava, ki se pojavi pri takšni obliki tima je zlasti vključevanje teh avtonomnih skupin v celotno organizacijo podjetja.

Poznamo transformacijsko in transakcijsko vodenje. Transformacijsko vodenje je vodenje, s katerim se zaposlene vzpodbuja k idealom in moralnim vrednotam. Tu se zaposlene vodi z motiviranjem in navdihom za doseg čim višjih ciljev. Transakcijsko vodenje pa pomeni dogovarjanje med vodjo in zaposlenimi o materialnih, kadrovskih, socialnih in drugih ugodnostih, ki jih je deležen delavec, če svoje del korektno in dobro opravlja. Nanaša se na proučevanje razumevanja samega sebe in drugih (Možina, 2002, str. 531).

Za uspešno delo na področju zdravstvene nege je potrebno transformacijsko in transakcijsko vodenje. Koncepta ne smemo obravnavati kot nasprotujoča si, saj transakcijsko vodenje predstavlja temeljno orodje, na katerem se gradi transformacijsko vodenje (Skela Savič, 2008, str. 11).

Pacient je v procesu zdravstvene nege na prvem mestu, zato je treba ves proces prilagoditi njemu in njegovim težavam. Na samo kakovost izvedene zdravstvene oskrbe pacienta pa vpliva tudi avtorski stil vodenja (Grbec, 1989, str. 125).

### **1.3 Medicinska sestra kot vodja v zdravstveni negi**

Nove družbene razmere narekujejo poznavanje načel vodstvenega dela in znanje kadrovskega zdravstvenega managementa, saj brez tega ne more biti uspešnega vodenja zdravstvenih zavodov v Sloveniji. Takšnih znanj večina direktorjev in vodilnih medicinskih sester nima (Voljč v Bohinc, 1997, str. 247–248).

Vodenje javnih zdravstvenih zavodov postaja vedno težje in zahtevnejše, zato jih morajo voditi vodje, ki imajo ustrezna znanja in poznajo in obvladajo večšine dobrega timskega sodelovanja, komuniciranja in gospodarjenja. Po Florjančiču (1996) je v slovenskem

zdravstvu potreba po ustreznem šolanju oziroma dodatnem usposabljanju kadrov že dlje časa prisotna (Brekič v Bohinc, 1997, str. 248).

Veščine, ki smo jih navedli, so težko oziroma nedosegljive. V slovenskem zdravstvu namreč ni vzpostavljena kultura razvoja vodij v smislu voditeljskih znanj in veščin. V slovenskem zdravstvu se ne gleda na to, ali ima potencialni (bodoči) vodja znanja s področja managementa, vodenja idr., dovolj so prepoznavni strokovni dosežki kandidata (na primer doktorat znanosti iz medicine, ustrezen habilitacijski naziv in pomembne objave strokovnih dosežkov). Uspešen vodja ali manager v zdravstveni negi mora znati izkoristiti negativne vplive konfliktov in jih pretvoriti v pozitivne, saj ima vlogo posrednika v konfliktnem odnosu. V vlogi vodje se znajdejo tudi medicinske sestre, ki so glavni dejavnik poslovne uspešnosti in največji dragocen, čeprav mnogokrat neviden, kapital v zdravstvu. Za kakovostno opravljanje nalog vodje v zdravstveni negi potrebujejo univerzitetno izobrazbo, z dodatnimi znanji managementa in raziskovanja. Pred seboj morajo imeti vizijo in strategije, kako bodo motivirale zaposlene za delo, v njih razvijale in izkoriščale njihove potenciale in da bodo zaposleni pri tem zadovoljni. Od medicinske sestre kot vodje se pričakuje tudi, da zna združiti strokovne in poslovne odločitve (Skela Savič, 2008, str. 8–11).

V stroki zdravstvene nege so medicinske sestre tiste, ki so lahko (ali pa tudi ne) dobre vodje; kot dobre vodje delujejo v okviru ciljev politike timskega dela in pri tem upoštevajo vrednote organizacije, interese in želje ljudi ter poudarjajo odgovornosti in povezovanje med sodelavci. Medicinske sestre kot vodje morajo biti samozavestne, verjeti morajo v svojo vizijo (vendar poznati tudi druge alternative), znati morajo ločevati med dobrim in slabim, pri tem pa ohranjati etičnost. Poleg tega se zavzemajo za kritično uvajanje sprememb v praksi (znati morajo presoditi prednost le-teh), pri skupnem delu pa sprejemajo specifične zadolžitve, namreč zavedati se morajo, da učinkovitosti ni brez potrebnega aktivnega poslušanja, primerne motivacije, učinkovite komunikacije, uspešnega reševanja konfliktov ter medsebojnega razumevanja, zaupanja in prilagajanja (Bernot, 2007, str. 54).

Zdravstvu se namenja vse manj sredstev, vse bolj se izpostavlja racionalizacija – varčevanje – tudi v zdravstveni negi: zmanjševanje kadra – kar se kaže zlasti v izjemnem zmanjševanju medicinskih sester, ukinjanju dodatkov za delo, varčevanju pri sredstvih za strokovno spopolnjevanje zaposlenih, z materialom za izvajanje zdravstvene nege, posledično manjšo motiviranostjo za delo idr., na eni strani. Na drugi pa se oblikujejo nova delovna mesta (vodenje zbornice zdravstvene nege, privatna praksa, mesto na ministrstvu za zdravstvo), ki jih bodo zasedale medicinske sestre. Vse to, torej vključno z nenehnim spreminjanjem in preoblikovanjem služb zdravstvene nege, pa terja od medicinske sestre tudi znanja o managementu (Filej, 1992, str. 292).

Medicinske sestre managerke morajo imeti poleg primarne funkcije oblikovanja okolja zaupanja na osnovi kompetenc tudi vizijo, dovetne morajo biti za spremembe. Baggett F. in Baggett M. (2005) sta opredelila še druga znanja, potrebna medicinski sestri kot managerki za vodenje in izvedbo managementa. To so: kadrovanje in tehnike razporejanja, financiranje, strateško načrtovanje in razmišljanje, postavljanje meril za tekoče poslovanje ter oblikovanje stroškov, produktivnosti in uspešnosti (Filej, 2007, str. 112).

Vodilni izvajalci zdravstvene nege morajo znati vplivati na vedenje in delovanje posameznega izvajalca zdravstvene nege oziroma negovalnega tima. Delo podrejenih morajo znati usmerjati k zastavljenim ciljem s pomočjo komunikacije, motivacije in osebnostnih lastnosti (Donik, 2006, str. 154).

Glavne naloge vodje so vzpostavljanje kulture sodelovanja, vključevanja timskega dela, inovativnost in nenehno izboljševanje (Skela Savič, 2008, str. 8). V skladu z opredelitvami dela diplomirane medicinske sestre v dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi diplomirana medicinska sestra (Železnik, 2008, str. 17):

- organizira, vodi in nadzira dejavnosti ter službe zdravstvene nege;
- razume (mora) zdravstvene probleme in procese za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja;
- izvaja zdravstveno nego po procesni metodi dela;
- vodi negovalni tim;
- promovira zdravje, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja;
- sodeluje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima in izvajanju diagnostično terapevtskih programov;
- spremlja izide in učinke intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje;
- zavzema se za interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje in zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta;
- ukrepa v nepričakovanih situacijah, nudi nujno medicinsko pomoč v okviru pristojnosti;
- skrbi za pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra in
- raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.

Funkcije, ki jih medicinska sestra managerka najpogosteje opravlja, so: vodenje, reševanje problemov in konfliktov, delitev dela, komuniciranje, neposredno organiziranje, odločanje, načrtovanje, planiranje, oblikovanje strokovnih standardov, obvladovanje informacijskega sistema, dokumentiranje, kadrovanje, motiviranje, nadzor in evalvacija dela, proces sprememb in supervizija (Kersnič, 1997, str. 12).

Tudi zdravstveno nego je treba izvajati po določenih metodah, torej sistematično, ne arhaično. Zato pa sta potrebna vodenje in management, poleg njiju pa specifična znanja in

spretnosti ter razumevanja na mnogih področjih. Čim višjo kakovost v zdravstveni negi namreč dosežemo z izvajanjem dela s pomočjo kadrovskih, finančnih, tehničnih idr. virov. Zelo hitro se spreminja tudi tehnologija, ki jo medicinske sestre morajo obvladovati, saj prav tehnologija in socio-politično okolje vplivata na zdravstvene službe, torej tudi na službe zdravstvene nege in njihove programe (Filej, 1992, str. 293).

Medicinska sestra je edina kompetentna izvajalka v zdravstveni negi, ki ima številne naloge. Medicinske sestre so postavljene pred vedno zahtevnejše naloge na področju komuniciranja, koordiniranja, tehnologije, managementa in širšega vključevanja v zdravstveno politiko (Lanara v Kersnič, 1997, str. 4).

## **2 PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENEGA DOMA DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR**

Svet zavoda je 23. 11. 2006 sprejel Statut Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor je vključen v javno zdravstveno mrežo in je neprofiten javni zavod. V njem se izvajajo storitve osnovnega zdravstvenega varstva tako s preventivnega kot s kurativnega področja (Statut Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

V Statutu je zapisano, da zdravstveni dom opravlja osnovno zdravstveno dejavnost na primarni ravni na območju Mestne občine Maribor in občin Duplek, Hoče–Slivnica, Kungota, Lovrenc na Pohorju, Miklavž na Dravskem polju, Pesnica, Rače–Fram, Ruše, Selnica ob Dravi, Starše in Šentilj. Navedene občine so tudi ustanoviteljice omenjenega zdravstvenega zavoda. Skrajšano ime zavoda se glasi ZD MARIBOR. V tujini je znan pod imenom Health Centre Maribor. Sedež zavoda se nahaja na Ulici talcev 9 v Mariboru. Zavod ima prepoznaven zaščitni znak, in sicer v obliki ščita z modrim robom. Na belem polju je vrisan povzetek grba mesta Maribor v črno-beli konturi, preko katerega je na sredini upodobljena rdeča zdravstvena značka, palica, ovita s kačo. V znački je rdeč napis ZD MARIBOR. Zavod ima tudi svojo zastavo z znakom na beli podlagi (Statut Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

### **2.1 Zgodovina in razvoj Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor**

Druga svetovna vojna je pustila za seboj številne spremembe na vseh področjih po svetu in tudi v Sloveniji. Prav tako se je v zelo negotovem položaju znašla zdravstvena služba v Mariboru. Zdravstvena dejavnost se je večinoma opravljala v bolnišnici, izven nje pa je bila zelo skopa, razpršena in nepovezana.

Ideje o organizirani izvenbolnišnični zdravstveni službi segajo v sredino 50. let. Šele Zakon o zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah (Uradni list št. 21 iz leta 1956) je bil temelj, ki je omogočil kasnejšo ustanovitev zdravstvenih domov<sup>1</sup>. Na tem mestu je treba omeniti utemeljitelja sodobnega javnega zdravja pri nas, dr. Andrijo Štamparja<sup>2</sup>, ki so mu sledili številni zdravniki, med njimi tudi dr. Adolf Drolc (Završnik, 2007, str. 37).

Zgodovina Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor sega dobrih 56 let nazaj. Zdravstveni dom Maribor je bil ustanovljen v času, ko se je zaradi prekinitve zasebne prakse pojavila težnja po povezanosti in enotnosti zdravstvene službe. Prebivalstvo je zaradi ukinitve in močnega gospodarskega razvoja mesta in okolice začelo pritiskati na do tedaj nepovezано razvijajoče se javno osnovno zdravstveno službo. Pa tudi strokovni razlogi so že dalj časa narekovali potrebo po združitvi celotne osnovne zdravstvene službe (Krajnc v Završnik, 2007, str. 195).

Dne 19. 12. 1956 je takratni Občinski ljudski odbor Maribor-Center sprejel sklep o ustanovitvi Zdravstvenega doma Maribor. Tedanji predsednik Občinskega odbora Maribor, Janko Markič, je podpisal odločbo, po kateri se je 1. 1. 1957 ustanovil Zdravstveni dom Maribor. Vodil ga je dr. Adolf Drolc<sup>3</sup>. V Zdravstveni dom Maribor se je združilo do tedaj enajst samostojnih organizacij: Poliklinika, Dečji dispanzer, Posvetovalnica za žene, Šolska poliklinika, Higijenska postaja, Ambulanta za sistematične preglede uslužbencev živilske stroke, Patronažna služba, Ambulanta za pregled telovadcev in športnikov, Služba zdravstvene prosvete, Uprava z administrativno, ekonomsko in finančno službo ter Zdravstvena menza (Završnik, 2007, str. 45–47).

Leto 1960 je za Zdravstveni dom Maribor prelomno, ker je tega leta prenehala delovati poliklinika. Zdravstveni dom je pridobil laboratorij, RTG kabinet in oddelke za medicinsko rehabilitacijo. To je pomembno vplivalo na strokovno dejavnost zavoda. Šele sprejetje Zakona o organizaciji zdravstvene službe leta 1967 je sprožilo dokončno integracijo. Zdravstveni dom si je pridružil 18 nekoč samostojnih zdravstvenih zavodov, med njimi vse obratne ambulante in reševalno postajo (Završnik, 2007, str. 45–47).

---

<sup>1</sup> V Sloveniji so zdravstveni domovi obstajali že pred prvo svetovno vojno. V Mariboru je obstajal zdravstveni dom od leta 1929, vendar to ni bil zdravstveni dom v današnji obliki (Završnik, 2007, str. 45).

<sup>2</sup> Dr. Andrija Štampar (1888–1958) je bil zdravnik hrvaškega rodu, pomemben svetovni teoretik in praktik s področja socialne medicine. Velja za začetnika sodobne preventivne in socialne medicine. Štamparjevo delo je imelo močan vpliv na območju sedanje Slovenije. Njegove ideje je vpeljeval tudi dr. Adolf Drolc (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007, str. 12).

<sup>3</sup> Dr. Adolf Drolc je bil zdravnik specialist medicine. Končal je specializacijo iz socialne medicine in organizacije zdravstvene službe na univerzi v Minnesoti. Kot upravnik Zdravstvenega doma Maribor (1957–1976) je povezal celotno zunajbolnišnično zdravstveno varstvo in uvedel dispanzerski način dela. Izgradil je medicino dela. Številne novosti je uvedel tudi v zobozdravstveno dejavnost. Ves čas si je prizadeval uvajati moderna medicinska spoznanja, aparaturno diagnostiko in terapijo v vsakodnevno delo. Deloval je na širšem jugoslovanskem in slovenskem območju. Za življenjsko delo je prejel najvišjo nagrado – Potrčeva nagrada (Enciklopedija Slovenije, 2002, str. 47).



Do prvih funkcionalnih preoblikovanj je prišlo leta 1973. Oblikovale so se štiri temeljne organizacije zdravstvenega doma: Osnovno zdravstveno varstvo, Zobozdravstveno varstvo, Medicina dela, prometa in športa ter Center za korekcijo sluha in govora. Dokončna podoba Zdravstvenega doma Maribor se je oblikovala z letom 1980, ko sta nastali dve novi temeljni organizaciji, in sicer Patronažno varstvo in Varstvo žena, otrok in mladine. Leta 1987 se je Zdravstveni dom Maribor preimenoval v Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, po svojem prvem direktorju (Završnik, 2007, str. 37). Od ustanovitve do danes so zavod vodili štirje direktorji<sup>4</sup> (Završnik, 2007, str. 50).

Zaradi kvalitetnega dela in številnih strokovnjakov, ki so bili in so zaposleni v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, je že od leta 1966 zavod pomembna učna baza za dijake Srednje zdravstvene šole, študente Višje in kasneje Visoke zdravstvene šole ter Fakultete za zdravstvene vede. Prav tako svoje znanje poglobljajo študentje Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in Ljubljani (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

Za področje primarne zdravstvene nege, zlasti zaradi organizacije in vsebine popolne patronažne dejavnosti in zdravstvene nege na domu, je bil ustanovljen Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije. Zametki segajo v leto 1986, ko ga je vodila gospa Majda Šlajmer-Japelj (Završnik, 2007, str. 198).

Od leta 2006 je Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor vpisan v register znanstvenoraziskovalnih organizacij pri Agenciji za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

Skozi zgodovinski razvoj Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor se je zgodil velik strokovni in organizacijski razvoj, ukinjale in ustanovljale so se ambulante, dispanzerji in službe. Obstoječe dejavnosti so se preoblikovale. Številne politične spremembe so skozi zgodovino narekovale tudi spremembe zakonov, ki so vplivali na izoblikovanje današnje podobe zavoda.

Za učinkovito in kakovostno delovanje zavoda je pomembna pripadnost zavodu s strani zaposlenih. Skupno oblikovanje poslanstva, vizije in vrednot prispeva k sproščeni klimi in dobrim medosebnim odnosom. Tega se zavedajo tudi v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, saj so v ta namen izoblikovali lastno poslanstvo, vizijo in vrednote, ki jih morajo poznati vsi zaposleni. Spodbujajo se vrednote, kot npr.: sočutnost in prijaznost, odgovornost in zanesljivost, spoštovanje in zaupanje, strokovnost in učinkovitost, kolegalnost in prilagodljivost (Naš dom zdravja, 2015, str. 2).

---

<sup>4</sup> Glavni direktorji ZDM: prim. dr. Adolf Drolc, prim. dr. Ciril Vreča, prim. dr. Anton Židanik, v. d. glavnega direktorja asist. mag. Jernej Završnik (Završnik, 2007, str. 50).

## POSLANSTVO

»Nudimo odgovorno in celostno zdravstveno oskrbo, utemeljeno na izobraževanju, raziskovanju, učenju ter spoštovanju in razumevanju posameznika, družine in okolja.«

*(Naš dom zdravja, 2015, str. 2).*

## VIZIJA

»S stalno strokovno rastjo postati najbolj cenjena ustanova na področju primarnega zdravja v Sloveniji ter učno središče za osveščanje pacientov v regiji o pomenu skrbi za zdravje.«

*(Naš dom zdravja, 2015, str. 2).*

Iz poslanstva in vizije zavoda je razvidno, da se vodstvo in zaposleni zavedajo pomena družbene odgovornosti v odnosu do posameznika, družine in širšega okolja. V skladu s tem se zaposleni ves čas kontinuirano izobražujejo in raziskujejo najrazličnejša področja, na katerih delujejo z namenom vzgoje odgovornega, zadovoljnega in osveščenega pacienta.

## 2.2 Dejavnost zavoda

V 7. členu Statuta Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor je opisana dejavnost zavoda, ki zajema:

- osnovno zdravstveno dejavnost:
  - spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje zdravja, krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ter rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev;
  - preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami;
- zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo;
- zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- patronažno zdravstveno nego, zdravstveno nego otročnic in novorojenčkov, zdravstveno nego bolnika na domu;
- zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih;
- neprekinjeno nujno medicinsko pomoč in reševalno službo;
- zdravstveni pregled športnikov;
- ugotavljanje začasnih nezmožnosti za delo;
- diagnostične in terapevtske storitve;

- socialno medicino:
  - specialistično ambulantno dejavnost;
- mrliško pregledno službo;
- raziskovalni in eksperimentalni razvoj na področju medicine, naravoslovja in družboslovja;
- druge dejavnosti v skladu z zakonom:
  - prodajo zdravstvenih in spremljajočih storitev na trgu;
  - preventivno dejavnost s področja medicine dela, prometa in športa;
  - izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in kliničnih vaj študentov univerzitetnih in visokošolskih zdravstvenih programov;
  - izvajanje pripravništva za poklice zdravstvene smeri;
  - izvajanje specializacije na področjih zdravstvenega in zobozdravstvenega varstva;
  - izvajanje drugih spremljajočih dejavnosti, potrebnih za zagotovitev celovitega izvajanja dejavnosti, za katero je zavod ustanovljen (Statut Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

## 2.3 Organiziranost zavoda

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor je javni zavod, ki izvaja zdravstveno dejavnost na primarni ravni v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti in ima organizirano preventivno zdravstveno dejavnost vseh skupin prebivalstva, nujno medicinsko pomoč, splošno medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, patronažno varstvo, preventivno in kurativno zobozdravstvo, medicino dela, prometa in športa ter drugo diagnostiko in fizioterapijo (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

Zdravstvena dejavnost zavoda se opravlja v zavodu v 7 organizacijskih enotah (OE): splošno zdravstveno varstvo, nujna medicinska pomoč, medicina dela in športa, zobozdravstveno varstvo, varstvo otrok in mladine, varstvo žensk in patronažno varstvo (Statut Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014, str. 4). V nadaljevanju vsako organizacijsko enoto predstavim natančneje.

### 2.3.1 Splošno zdravstveno varstvo

Organizacijska enota Splošno zdravstveno varstvo (v nadaljevanju OE SZV) je največja OE Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. Zajema pet služb: Službo splošne medicinske dejavnosti, Službo pnevmoftiziološkega dispanzerja, Službo za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Službo psihohigiensko psihiatrične dejavnosti ter Službo za laboratorijsko diagnostiko (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014, str. 1). Vsaka služba ima določeno področje medicinske dejavnosti in vodjo službe. Zajema področje splošne/družinske medicine, ki je temelj oskrbe večine populacije. V SZV delujeta dve specifični delovni enoti, ki sta namenjeni za oskrbo izbrane populacije, Gerontološki in Onkološki dispanzer (Kert v Završnik, 2007, str. 77–81).

Področje dela te organizacijske enote je skrb za zdravstveno varstvo odrasle populacije, kot npr. oskrba akutnih in kroničnih zdravstvenih stanj (t. i. kurativni obiski), obravnavačasne in trajne delovne nezmožnosti, napotitev na sekundarni in terciarni nivo zdravstvene dejavnosti, izvajanje preventivnih pregledov z namenom presajanja srčnožilne ogroženosti, zdravstvena edukacija z namenom preprečevanja bolezni, krepitev in ohranjanje zdravja ter poglobljena obravnava specifičnih populacijskih skupin (starostniki, onkološki bolniki) (Kert v Završnik, 2007, str. 78).

V začetku leta 2011 je v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor zaživel projekt referenčnih ambulant. Ministrstvo jih je do konca leta 2014 odobrilo 24 (Letno poročilo 2014, 2015, str. 21).

V letu 2014 je bilo v organizacijski enoti 238 vseh zaposlenih. Iz letnega poročila za leto 2014 je razvidno, da je bilo realiziranih 82 % preventivnih pregledov, medtem ko je bila realizacija delovnega programa 115 %. Do sedaj je bilo realiziranih 12 referenčnih ambulant (Letno poročilo 2014, 2015, str. 65).

### **2.3.2 Nujna medicinska pomoč**

Zgodovina prve OE Nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju OE NMP) sega v obdobje po prvi svetovni vojni. V primerjavi z današnjim časom je bila organizirana v okviru gasilske postaje s strani tedanjih prostovoljcev. Kot samostojna postaja je bila organizirana v sklopu gasilcev z nazivom Reševalna služba Maribor. Po letu 1965 se je na podlagi sprememb Zakona o zdravstvenem varstvu in zakona o reševalnih službah reševalna postaja priključila k Zdravstvenemu domu (Grmec v Završnik, 2007, str. 181).

Pomemben korak v delovanju reševalne službe je bila ustanovitev Prehospitalne enote, ki je začela s svojim delovanjem leta 1999. Pridobila se je kakovostna oprema, uvedlo se je moderne pristope pri bolnih in poškodovanih, zvrstila so se številna interna izobraževanja, kar je pomembno prispevalo h kakovostni oskrbi na terenu. V letu 2001 se je prevzel ambulantni del dejavnosti od Centra za dežurno službo. S tem je bil narejen prvi korak k ideji izgradnje urgentnega centra. V OE NMP se veliko vlaga v znanje zaposlenih, kar je vidno v znanstveno-raziskovalnem delu. Številni znanstveni in strokovni članki so objavljeni v uglednih mednarodnih revijah (Grmec v Završnik, 2007, str. 181–185).

Dejavnosti OE NMP zajemajo nujno medicinsko pomoč na terenu in v ambulanti, dežurno ambulanto, dežurne hišne obiske na terenu, nujne reševalne prevoze ter urgentne premestitve, nenujne reševalne prevoze ter prevoze iz regije in tujine (Grmec v Završnik, 2007, str. 183).

V letu 2014 je bilo 88 zaposlenih. Iz letnega poročila za leto 2014 je razvidno, da je bil presežen zastavljeni cilj na področju oživljanja, in sicer pri številu vzpostavitev ponovnega

pulza na terenu (od 35 % je bilo realiziranih 38 %) in pri vzpostavitvi ter oskrbi dihalne poti na terenu (od 1,3 je bila dejanska uspešnost 1,44) (Letno poročilo 2014, 2015, str. 69).

### **2.3.3 Medicina dela, prometa in športa**

Sprememba zdravstvene zakonodaje, uvedba osebnega zdravnika leta 1993 in zasebnitva, je sprožila zapiranje obratnih ambulant in ambulant medicine dela v podjetjih. Do leta 1997 so se te ambulante zapirale, ukinjale in premeščale, medtem pa so se formirali večji centri medicine dela (Becner, 2007, str. 105). Med letoma 1997 in 2007 je to področje doživelo številne spremembe, tako organizacijske kot tudi kadrovske (Becner, 2007, str. 106). Z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu, ki je bil sprejet leta 1999, je prišlo do sprememb na področju preventivnih pregledov pri delodajalcih. Leta 2001 so bile z delodajalci sklenjene prve pogodbe. Izvajati so se začele analize in zdravstvene ocene delovnih mest in naloge iz 20. člena Zakona o varnosti in zdravju pri delu (Drozg Borko v Završnik, 2007, str. 109).

V OE Medicine dela, prometa in športa (v nadaljevanju OE MDPŠ) delujeta dve službi, in sicer Dispanzerska služba in Služba za skupne potrebe (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

V OE MDPŠ se opravljajo naslednje dejavnosti: preventivni zdravstveni pregledi (pregledi pred zaposlitvijo, pregledi voznikov amaterjev, poklicnih voznikov, letalskega osebja, športnikov in rekreativcev, pregledi po odvzemu voznških dovoljenj, ob dvomu v sposobnosti za voznike motornega vozila in za posest ter nošenje orožja), sodelovanje pri timskih sestankih pri poklicnem usmerjanju učencev, izdelava izvedenskih in strokovnih mnenj za ZZZS ter izvedba zdravstvene vzgoje (Drozg Borko v Završnik, 2007, str. 109). Specialisti MDŠP sodelujejo z delodajalci, osebnimi, šolskimi in imenovanimi zdravniki, različnimi specialisti in drugimi zdravstvenimi zavodi, inštituti, medicinsko fakulteto, invalidsko komisijo, upravnimi enotami, inšpekcijskimi službami (Becner v Završnik, 2007, str. 107).

V letu 2014 je bilo v organizacijski enoti vseh zaposlenih 42. Merjenje uspešnosti v omenjeni enoti je potekalo na podlagi spremljanja zadovoljstva uporabnikov s storitvami, in sicer s časovno odzivnostjo, ki zajema največ tri dni (56 %), z zadovoljstvom s storitvami (73 % zelo zadovoljnih uporabnikov) in oceno sodelovanja (82 % uporabnikov meni, da je sodelovanje odlično) (Letno poročilo 2014, 2015, str. 70).

### **2.3.4 Zobozdravstveno varstvo**

Zametki organiziranega zobozdravstvenega varstva v Mariboru segajo v obdobje po 2. svetovni vojni. Leta 1947 je začela obratovati zobna ambulanta na Svetozarevski ulici, ki je kasneje dobila status poliklinike. V zdravstveni dom Maribor je bila integrirana leta

1967. Šest let kasneje je prišlo do prvih preoblikovanj, ko se je oblikovala v TOZD zobozdravstveno varstvo. Začetek prve javne šolske ambulante sega v leto 1950. Leto 1960 je pomenilo začetek delovanja specialistične zobozdravstvene dejavnosti v Mariboru, medtem ko se je leta 1976 začelo delo v specialistični pedontologiji. Ustanovljena je bila prva ambulanta za ortodontsko zdravljenje v Mariboru (Sajko v Završnik, 2007, str. 124–125).

S spremembo statusa Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca se je leta 1994 oblikovala organizacijska enota Zobozdravstvenega varstva s štirimi službami (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014):

- Splošna zobozdravstvena služba za odrasle, ki izvaja osnovno, preventivno in kurativno zobozdravstveno varstvo (nudenje nujne zobozdravniške pomoči, sanacijo kariesa, zdravljenje mehkih delov ustne votline in oskrbo bolnikov z lažjo obliko parodontalne bolezni in protetično rehabilitacijo);
- Specialistična zobozdravstvena služba za odrasle, ki zajema čeljustno kirurgijo, zobne, ustne bolezni in parodontologijo;
- Dispanzerska zobozdravstvena služba za otroke in mladino, ki izvaja splošno zobozdravstveno varstvo otrok in mladine ter rednih študentov na geomedicinskem območju;
- Specialistična zobozdravstvena služba za otroke in mladino, ki združuje specialistične dejavnosti, namenjene otrokom v starosti od nič do dopolnjenega devetnajstega leta starosti: ortodontska, pedontološka specialistična dejavnost in dejavnost za zobozdravstveno preventivo in vzgojo.

Vzporedno poteka dejavnost zobozdravstvene vzgoje in prosvete ter zobotehnični laboratorij (Sajko v Završnik, 2007, str. 125).

V letu 2014 je bilo zaposlenih 136 oseb. Uspešnost se meri na podlagi preventivnih zobozdravstvenih pregledov za otroke in mladino ter odrasle. Iz letnega poročila je razvidno, da z leti število obolelih za kariesom in ortodontskimi anomalijami upada (Letno poročilo 2014, str. 67–68). Zobozdravstvo za odrasle je realiziralo zastavljeni program v višini 103 %, mladinsko zobozdravstveno varstvo je preseglo načrtovani plan za 18 %. Realizacija je bila presežena tudi na področju zobozdravstva za študente (6 %), v dejavnosti ortodontije (1 %) in oralne kirurgije (2 %). Pedontologija je bila realizirana 101 %. V dejavnosti ustne in zobne bolezni je bila realizacija 98 % (Letno poročilo 2014, 2015, str. 49).

### **2.3.5 Varstvo otrok in mladine**

Organizacijska enota v Mariboru je bila najprej oblikovana kot Služba za varstvo žensk, otrok in mladine. Delovala je v okviru Osnovnega zdravstvenega varstva. Leta 1981 je

postala samostojna kot Temeljna organizacija zdravstvenega doma za Varstvo žensk, otrok in mladine (TOZD VŽOM). Združevala je Dispanzer za otroke, Dispanzer za šolske otroke in mladino, Dispanzer za ženske in Specialistične ambulante – ORL in okulistiko. Po ukinitvi TOZD je postala leta 1991 organizacijska enota OE VŽOM. Po odcepitvi Dispanzerja za ženske se je preimenovala v Organizacijsko enoto Varstvo otrok in mladine (v nadaljevanju OE VOM) (Završnik, 2007, str. 149). OE VOM sestavljajo Služba za zdravstveno varstvo predšolskih otrok, Služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine ter Služba specialistične preventivne dejavnosti (O Zdravstvenem dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

Ta enota skrbi za celotno in kompleksno izvenbolnišnično zdravstveno varstvo, kar zajema preventivno, kurativno in zdravstveno vzgojno dejavnost za zelo občutljiv del populacije: novorojenčkov, dojenčkov, malih, predšolskih otrok, šolskih otrok in mladine. Posamezne službe so med seboj strokovno in funkcionalno povezane v obliki dispanzerjev (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

V letu 2014 je bilo v organizacijski enoti vseh zaposlenih 85. Uspešnost enote se meri na podlagi precepljenosti predšolskih in šolskih otrok ter izključnega dojenja otrok do 6. meseca. Po podatkih letnega poročila 2014 precepljenost za oslovski kašelj, otroško paralizo, davico, tetanus in okužbo s hemofilusom influence tipa b, ošpice, mumps in rdečke pri predšolskih otrocih narašča, medtem ko pri šolskih otrocih v zadnjem letu nekoliko upada. Število izključno dojenih otrok do 6. meseca starosti pa se povečuje (Letno poročilo 2014, 2015, str. 66).

### **2.3.6 Varstvo žensk**

V začetku je bila ta organizacijska enota del Službe za varstvo žensk, otrok in mladine (glej Varstvo otrok in mladine). Šele od leta 2007 deluje kot samostojna organizacijska enota Varstvo žensk (v nadaljevanju OE VŽ). OE VŽ je sestavljena iz Dispanzerja za ženske (DŽ) in Centra za bolezni dojk (CBD) (Maurič v Završnik, 2007, str. 189).

OE VŽ ZDM izvaja primarno zdravstveno varstvo (preventivno, kurativno in zdravstveno-vzgojno dejavnost) žensk. Zdravstveno varstvo žensk zajema fiziološke in patološke procese, ki so značilni za ženski organizem. Dispanzer za ženske izvaja preventivne ukrepe, diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo. Obenem spremlja in proučuje zdravstveno stanje žensk, socialne in higienske razmere, v katerih živijo in delajo. Svoje naloge opravlja po načelu enotnosti medicine in vsak problem rešuje s preventivnega, kurativnega in socialnega aspekta (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

V letu 2014 je bilo v tej enoti 41 zaposlenih. Kakovost se meri na podlagi števila nosečnic v šoli za bodoče starše. Realizacija dejanskih obiskov je zelo nizka, in sicer zgolj 40 %. Uspešnost se meri tudi na podlagi zadovoljstva pacientov s storitvami (Oddelek za radiologijo s centrom za bolezni dojk). Iz podatkov letnega poročila za leto 2014 je

razvidno, da je s storitvami zadovoljnih le 6 % pacientov, medtem ko je 94 % ljudi imelo pripombe (Letno poročilo 2014, 2015, str. 72).

### **2.3.7 Patronažno varstvo**

Zakon o zdravstvenih domovih (1956) je bil podlaga za organizacijo patronažnih centrov po Jugoslaviji. Patronažna služba je bila ustanovljena leta 1957 z ustanovitvijo Zdravstvenega doma Maribor. V obdobju petdesetih letih so se zgodile številne organizacijske, kadrovske in strokovne spremembe. Prvi patronažni oddelek se je organiziral leta 1958. Imenoval se je Socialno zdravstveni oddelek pri Zdravstvenem domu Maribor. V oddelek je bilo na začetku vključenih osem patronažnih medicinskih sester, ki so bile začetnice polivalentnega dela. Delovne naloge so bile usmerjene v zdravstveno socialno obravnavo posameznika in družine v njenem okolju. Glavni sta bili dve dejavnosti, in sicer nega bolnika na domu in babiška dejavnost. Babice so delovale v dispanzerjih za ženske, zdravstvenih postajah in domovih. V center za zdravniško dežurno službo in nego bolnika na domu je bila vključena nega na bolnikovem domu (Fras v Završnik, 2007, str. 175).

Ko se je uveljavil Zakon o organizaciji zdravstvene službe leta 1967 in 1968 z republiškim Strokovnim navodilom o organizaciji Zdravstvenih domov po integraciji, se je zvrstila vrsta sprememb. Prišlo je do organizacijskega oblikovanja službe in metodološke poglobitve dela ter razvoja nalog službe. Patronaži se je leta 1968 priključila še dejavnost zdravstvene nega bolnika na domu, leta 1971 babiška nega in leta 1981 pomoč pri zdravstveni negi bolnika na domu. S tem je postala Patronažna služba celovita dejavnost, ki je imela vse izvajalce na domu (Fras v Završnik, 2007, str. 175).

Prelomno leto v zgodovini patronažne zdravstvene nege v Mariboru je leto 1981, ko se je ustanovila TOZD Patronažno varstvo. Velike zasluge za tako velike premike je imela takratna vodja patronaže Silva Vuga<sup>5</sup>. Do leta 1986 je prišlo tudi do preoblikovanja terenskih področij. Terenska področja so bila oblikovana tako, da so bile vzpostavljene dobre povezave z zdravstvenim timom, zlasti področnim zdravnikom. Prav tako so bila ta področja usklajena z območji občine in krajevnimi skupnostmi (Fras v Završnik, 2007, str. 177).

Čedalje bolj kompleksne naloge, ki so se pojavljale v Patronažnem varstvu, so zahtevale zaposlovanje najvišjega možnega izobraženega kadra s področja zdravstvene nege. Tako se od leta 1995 zaposluje le višje oziroma diplomirane medicinske sestre (Fras v Završnik, 2007, str. 177).

---

<sup>5</sup> Silva Vuga je utemeljiteljica celovitega patronažnega varstva ne le v Mariboru, ampak na celotnem slovenskem področju. Veliko je prispevala k strokovnemu dvigu in zastavila temelje sedanje organizacije (Fras, 2007, str. 176).



Patronažna zdravstvena nega je pomemben del primarne zdravstvene nege in s tem tudi primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, terenu, zdravstvenem domu in v lokalni skupnosti (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj, & Brložnik, 2006, str. 248). Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je pomemben člen v negovalnem in zdravstvenem timu. Aktivna je na vseh ravneh zdravstvene vzgoje, kar pomeni od primarne, sekundarne do terciarne ravni. Spodbuja skrb za zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji (Železnik, 2011, str. 19). S patronažno zdravstveno nego se želi doseči fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju, izboljšati in ohraniti zdravje, doseči zdrav način življenja, zdravo in izboljšano okolje, povečan človeški potencial za samopomoč in sosesko pomoč, zmanjšano zbolevanje, preprečevanje ali zmanjšanje posledic bolezni in dejavnikov tveganja, prepoznati človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti ter umiranja (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj, & Brložnik, 2006, str. 249). Subjekt obravnave v patronažnem varstvu ni samo posameznik, po potrebi se vključujeta družina in lokalna skupnost. Le na ta način lahko posameznik kljub starosti, bolezni ali onemoglosti ostane čim dlje v domačem okolju (Zavrl Džananović, 2010, str. 117).

Organizacijska enota (v nadaljevanju OE) Patronažno varstvo izvaja naslednje dejavnosti (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014):

- klasično polivalentno patronažo, ki predstavlja izvajanje splošnih, specifičnih in individualnih nalog patronažne obravnave od nosečnice, otročnice, novorojenčka, dojenčka, malega otroka, kroničnega bolnika, bolnika z zdravstveno nego na domu, do starostnika, družine in lokalne skupnosti. Klasična polivalentna patronaža predstavlja izvajanje naslednjih obiskov, glede na pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja: osem patronažnih obiskov v družini z dojenčkom v starosti do enega leta, dva dodatna patronažna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti, en obisk v 2. in 3. letu starosti, dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7 do 25 let, ki so v domači oskrbi in se ne šolajo, en obisk pri nosečnici v drugi polovici nosečnosti, svetovalni preventivni patronažni obisk za ženske, ki se po treh letih ne odzovejo vabilu na preventivni pregled, in dva patronažna obiska na leto pri zavarovanih osebah, starih nad 25 let, ki so kronično bolni, težki invalidi, osameli in socialno ogroženi ter z motnjami v razvoju (Železnik, 2011, str. 20);
- patronažno zdravstveno nego otročnice in novorojenčka, ki zajema izvajanje vseh nalog klasične polivalentne patronaže in izvajanje nalog babiške zdravstvene nege otročnic, novorojenčkov ter nosečnic. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice in novorojenčka predstavlja izvajanje babiške zdravstvene nege: nosečnica je opravičena do enega obiska v zadnjem tromesečju nosečnosti, otročnica in novorojenček pa do patronažnih obiskov naslednji dan po prihodu iz porodnišnice pa vse do zacelitve popka in prvega kopanja novorojenčka;

- patronažno zdravstveno nego bolnika na domu, ki zajema izvajanje vseh nalog, klasične polivalentne patronaže in izvajanje nalog zdravstvene nege bolnika na domu. Ta dejavnost je kurativna in zanjo potrebuje delovni nalog osebnega izbranega zdravnika.

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je izvajalka del na vseh področjih patronažnega varstva, istočasno deluje in koordinira delo tudi s službami na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti ter z drugimi zdravstvenimi službami in organizacijami. Izvajalka patronažnega varstva je medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj, & Brložnik, 2006, str. 249). Zaradi tako zahtevnih in različnih nalog, ki jih patronažna medicinska sestra izvaja, mora imeti visokošolsko izobrazbo, funkcija vodenja patronažnega tima pa zahteva fakultetno izobrazbo oziroma specializacijo s področja patronažne zdravstvene nege (Zavrl Džananovič, 2010, str. 117).

Medicinska sestra v zdravstvenem domu sodeluje z izbranim zdravnikom. Osebni zdravnik napiše delovni nalog za zdravstveno nego, ki obsega izvajanje diagnostično-terapevtskega programa, poročanje o zdravstvenem stanju pacienta, o stanjih, razmerah v družini in pomoč pri urejanju dodatka za pomoč in postrežbo. Povezana je tudi z drugimi zdravstvenimi timi glede na specifiko pacienta (novorojenček, dojenček, predšolski otrok, šolar in mladostnik, odrasli zdrav ali bolan posameznik, invalidi, starostnik itn.). Sodeluje s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (odpustna dokumentacija, obvestilo patronažni službi o zdravstvenem stanju pacienta, odpustnica iz porodnišnice, ki vključuje obvestilo o novorojenčku in otročnici itd.). Prav tako je povezana z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki lahko kakor koli pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini: zavod za oskrbo na domu, Rdeči križ, center za socialno delo, lokalna skupnost, dom starejših občanov itd. (Železnik, 2011, str. 16). Med pomembnimi nalogami patronažne zdravstvene nege je tudi izvajanje preventivnega programa. Namenjen je ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja in preprečevanju bolezni celotne populacije od spočetja do smrti (Zavrl Džananovič, 2010, str. 118). Negovalni tim obsega vodjo patronažnega varstva, ki ima naloge koordinatorja, in diplomirane medicinske sestre, ki so izvajalke patronažne zdravstvene nege na terenu. Delovni normativ na terenu zajema 2.500 prebivalcev na eno diplomirano medicinsko sestro (Šušteršič v Železnik, 2011, str. 16).

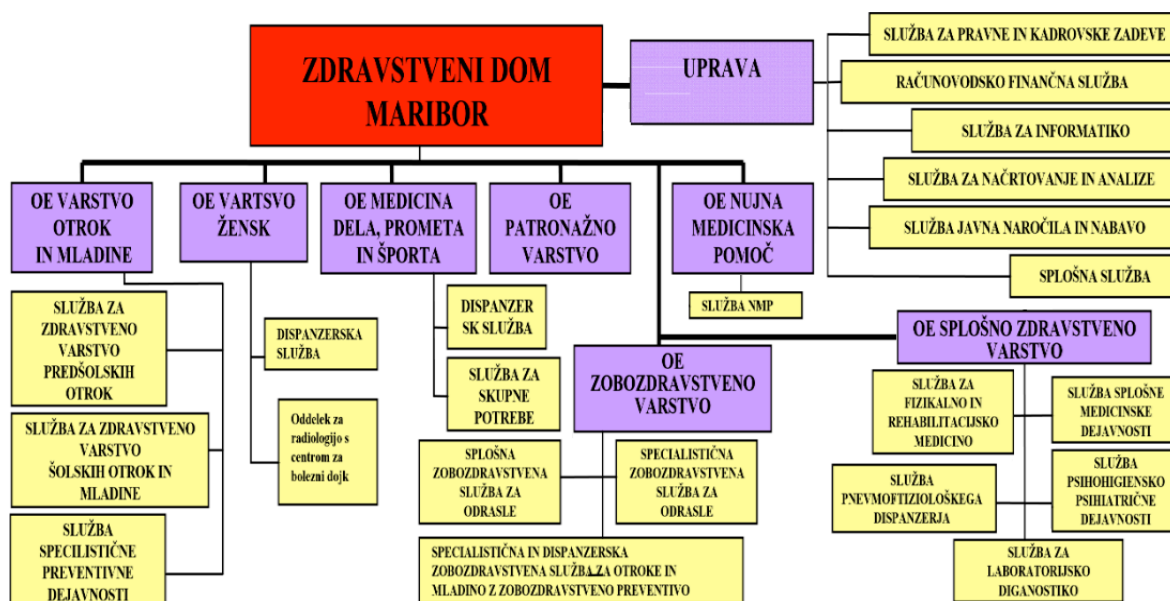
Patronažno varstvo Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor se deli na 4 teritorialne enote, in sicer na enoto Center, enoto Tezno/Pobrežje, enoto Tabor ter enoto za izvenmestna terenska področja. V enoti Center je zaposlenih 11 patronažnih medicinskih sester, v enoti Tezno/Pobrežje je zaposlenih 12 patronažnih medicinskih sester, v enoti Tabor 19 patronažnih medicinskih sester in prav tako 19 patronažnih sester v izvenmestni enoti. V letu 2014 je bilo v patronažnem varstvu Maribor zaposlenih 65 patronažnih medicinskih sester. Od tega so tri zaposlene kot vodje posameznih enot in ena kot

predstojnica celotnega patronažnega varstva (O Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014). Uspešnost organizacijske enote se je merila na podlagi zmanjšanja števila kurativnih (po delovnem nalogu) patronažnih obiskov zaradi uspešnega izobraževanja pacientov in svojcev. Število patronažnih obiskov se je v letu 2014 zmanjšalo na 842 obiskov v primerjavi z letom 2013, ko je bilo izvedenih kar 1006 obiskov. Na področju ohranjanja izključnega dojenja je bila načrtovana 100 % ohranitev le-tega, dosežena pa je bila 89 % realizacija (Letno poročilo 2014, 2015, str. 70–71).

Medtem ko se zdravstvena dejavnost opravlja v sedmih organizacijskih enotah, izvaja naloge, ki povezujejo vse organizacijske enote v celoto, upravo zavoda s svojimi službami. V upravi Zdravstvenega doma Maribor je bilo zaposlenih 140 ljudi. Upravo je sestavljalo vodstvo zavoda, ki ga sestavlja direktor zavoda, strokovni direktor, glavna medicinska sestra zavoda, pomočnik direktorja za računovodsko finančne zadeve ter oddelek tajništva direktorja. Pod upravo zavoda spadajo še naslednje službe: Referat za kakovost, notranji revizor, Splošna služba, Računovodska finančna služba, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Služba za načrtovanje in analize, Služba za javna naročila in nabavo, Služba za informatiko in Oddelek za znanstveno raziskovalno dejavnost. Pod upravo zavoda spada tudi Sprejemna pisarna za varstvo pacientovih pravic. Tu se sprejemajo pritožbe in pohvale ter obravnavajo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. Prav tako je možno vsako mnenje, pohvalo ali grajo oddati na spletni strani Zdravstvenega doma Maribor (Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014).

Slika 1 prikazuje shemo služb in organizacijskih enot Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor.

Slika 1: Organigram Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor



Vir: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Organigram Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, 2014.

## **2.4 Uspehi Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor**

Kot poudarja direktor Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, dr. Jernej Završnik, je osrednja skrb v zavodu človekovo zdravje. V zavodu se ves čas skrbi za visoko raven strokovnosti vseh zaposlenih, kakovost pri vodenju, zadovoljstvo pacientov in prostorno kapaciteto. V letu 2003 je Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor prejel certifikat kakovosti ISO 9001-2000. V letu 2008 je ponovno prejel certifikat standard ISO 9001:2008, za obdobje petih let, na osnovni uspešno opravljene presoje celovitega izvajanja preventive, zdravljenja in rehabilitacije za vse populacijske skupine, promocije zdravja, servisnih storitev in razvoja. Istega leta se je v zavodu začel izvajati nov Zakon o pacientovih pravicah in odprla se je pisarna za varstvo pacientovih pravic. Leta 2009 je v praksi zaživela Sprejemna pisarna za varstvo pacientovih pravic Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. Julija so sprejeli organizacijski predpis Ukrepanje v primeru nasilnega vedenja v prostorih Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. S tem se je začela voditi evidenca glede izvajanja nasilja nad zaposlenimi s strani pacientov. Prav tako sta bili uvedeni nočna zobozdravstvena dežurna ambulanta, ki jo financira 12 občin soustanoviteljic zavoda, in nočna dežurna ambulanta za otroke in mladostnike. Leta 2010 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ponovno imenovala Kolaborativni center (KC) WHO za primarno zdravstveno nego za obdobje štirih let (2010–2014). V začetku leta 2011 je zaživel projekt referenčnih ambulant v Sloveniji, tudi v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. Ministrstvo za zdravje je odobrilo 13 referenčnih ambulant, ki delujejo pod okriljem Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. Ker se v zdravstvenem domu teži k čim mirnejšemu in konstruktivnemu reševanju sporov in dobrim medsebojnim odnosom (vodstvo-zaposleni, zaposleni-zaposleni, zaposleni-pacienti), je bila leta 2013 na pobudo vodstva Zdravstvenega doma Maribor in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor ustanovljena mediacijska pisarna, ki je prva tovrstna pisarna v Sloveniji znotraj zdravstvenega doma (Letno poročilo 2014, 2015).

## **3 ZAVZETOST ZAPOSLENIH**

Koncept zavzetosti je koncept, za katerega je naraslo zanimanje šele v zadnjih dvajsetih letih. V strokovni literaturi je moč najti veliko opredelitev, ki so med seboj različne. Kaj sploh zavzetost je, kaj nanjo vpliva in kakšen je njen vpliv na organizacijo, kateri dejavniki vplivajo nanjo, so vprašanja, na katera s strani strokovnjakov še ni jasnega odgovora. Odgovore na ta vprašanja pojasnim v tem poglavju magistrskega dela.

### **3.1 Opredelitev pojma zavzetost zaposlenih**

Shaw o podanih definicijah o zavzetosti meni, da so vse precej obširne in da so bolj kot definicijam podobne vizijam podjetij. Kot take ponujajo zelo malo usmeritve (Dicke, Holwerda, & Kontakos, 2007, str. 6). Mnogi akademiki se pri zavzetosti zaposlenih

osredotočajo na rezultate zavzetosti (npr. predanost, trud, spodbuda sprememb, podpora), psihološko stanje (vključenost v delo, energičnost) in na odnos delodajalec-zaposleni (Robertson-Smith & Marwick, 2009, str. 5). Akademiki in strokovnjaki iz prakse soglasno pripisujejo zavzetost zaposlenih tistim zaposlenim, ki imajo do organizacije čustven odnos (čutijo povezanost z njo) in so miselno dovzetni za dogajanje v njej (Seijts & Crim, 2007, str. 1).

Prvi je predstavil koncept zavzetosti Kahn, in sicer v svoji raziskavi poletnega tabora in zaposlenih v arhitekturnem podjetju. O zavzetosti govorimo, kadar se zaposleni vključujejo oziroma angažirajo v svoje delovne vloge (Kahn, 1990, str. 694). Zavzetost zaposlenih je pozitivno in izpopolnjujoče stanje, do katerega pride v odnosu do dela, za katerega so značilni predanost, energičnost in veliko zanimanje (Schaufeli, Salanova, Gonzales-Roma, & Bakker, 2002, str. 74). Zavzeti zaposleni so pripravljeni opraviti dodatno delo, nadrejenim sporočajo manj negativnih informacij in izpolnjujejo navodila, čeprav se ne strinjajo, da so najboljša za njih in njihov tim (Baron, 2013, str. 23). Organizacija Gallup opredeljuje zavzetega zaposlenega kot zaposlenega, ki ga delo navdušuje in mu je popolnoma predan (Medlin & Green, 2008, str. 52). Zavzetost se povezuje tudi z uspešnostjo organizacije, ki se kaže v stopnji zadovoljstva zaposlenih (ostajajo v organizaciji, so z njo čustveno povezani), v večji produktivnosti in inovativnosti (Abraham, 2012, str. 28).

Obstajajo številne definicije koncepta zavzetosti zaposlenih, vendar je vsem skupno zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu in občutek pripadnosti organizaciji. Iz definicij je moč razbrati, da je ključnega pomena čustvena povezanost zaposlenih z organizacijo, v kateri so zaposleni.

### **3.2 Dejavniki zavzetosti**

Stopnja zavzetosti in njeni dejavniki se razlikujejo med timi, organizacijami, posamezniki in tudi samim delom (Robertson-Smith & Markwick, 2009, str. 40).

Najmočnejša dejavnika zavzetosti sta občutek cenjenosti in vključenosti. Ključne komponente teh dveh dejavnikov so: da morajo biti zaposleni vključeni v odločanje, imeti možnost izraziti svoje ideje, da imajo nadrejeni posluš za njihove zamisli, da imajo zaposleni možnost napredovanja ter da čutijo, da se organizacija zanima za njihovo zdravje in dobro počutje (Robinson, Perryman, & Hayday, 2004, str. 21). Med tem je Institute for Employment Studies Engagement Survey leta 2005 podal ugotovitve o treh najmočnejših dejavnikih, ki vplivajo na zavzetost zaposlenih. Izpostavil je, da so to zadovoljstvo na delovnem mestu, občutek cenjenosti in vključenosti ter enake možnosti vseh zaposlenih (Robertson-Smith & Markwick, 2009, str. 33).

Dejavniki zavzetosti, ki jih navaja Institute for Employment Studies (IES) in so skupne vsem raziskavam, so (Robertson-Smith & Marwick, 2009, str. 40):

- **narava dela:** definicije o zavzetosti zaposlenih dokazujejo, da narava dela vpliva na stopnjo zavzetosti zaposlenih. Literatura navaja, da se morajo zaposleni zavedati pomembnosti dela, ki ga opravljajo. Prav tako je pomembno, da je delo zaposlenih zahtevno in raznoliko. S tem ohranjajo stare spretnosti in razvijajo nove. Zaposleni morajo svoje delo dojemati kot ustvarjalno in vznemirljivo. Čutiti morajo, da je delo, ki ga opravljajo, pomembno za njih same in za druge. Praktiki in akademiki naravo dela izpostavljajo kot pomemben dejavnik pri zavzetosti zaposlenih;
- **smiselnost in namen dela:** zaposleni morajo dojeti, da je delo, ki ga opravljajo, pomembno in ga opravljajo za jasen namen. Zaposleni morajo čutiti, da njihovo delo prispeva k spremembi v organizaciji in nanj morajo biti ponosni. Pomembno je, da organizacija jasno pokaže, kako določeno delo vsakega posameznika vpliva na uspeh organizacije;
- **možnosti za razvoj:** za zaposlene morajo veljati enake možnosti za karierno rast, razvoj in usposabljanje. To so pomembni dejavniki za doseganje delovne zavzetosti zaposlenih v organizaciji. Za doseganje dobrih rezultatov morajo imeti zaposleni ustrezne spretnosti in znanja za delovno mesto, njihove vloge pa morajo vključevati delo, ki ga znajo opravljati, a hkrati puščati tudi prostor za razvoj novih znanj in razvijanje vloge. Ta razvoj morajo spodbujati vodje in organizacija, pri čemer je treba zagotoviti mehanizme povratnih informacij za spopadanje z morebitnimi potrebami po razvoju. Delovno zavzeti zaposleni so opolnomočeni in samozavestni pri doseganju svoje vloge ter imajo možnost doseganja najboljših rezultatov;
- **priznanje in nagrada:** redno prejetje priznanj in pohval je prav tako ključni dejavnik zavzetih zaposlenih. Obstajati mora formalni dogovor glede priznanj in pohval. Plača je pomembna, vendar pa vpliva bolj na nezavzetost kot na zavzetost. Zaposleni se morajo na svojih delovnih mestih počutiti vredne in cenjene;
- **medsebojni odnosi:** pomembno je ustvarjanje dobrih medsebojnih odnosov med zaposlenimi, še posebej je pomemben odnos zaposleni – vodja. Ta odnos mora biti vzajemen, zanj si je treba vzeti čas in pomembno je, da prisluhneta en drugemu. Nagrajevanje in zaupanje sta tista dejavnika, s katerima lahko to dosežemo, in sicer tako da se dovoli večja avtonomija zaposlenega. Razvijanje vzajemnega spoštovanja in zaupanja med sodelavci in vodji omogoča zaposlenim boljše delovanje v organizaciji. Zaposleni si želijo, da so spoštovani kot posamezniki in organizacijska kultura jim mora to nuditi;
- **kvalitetna komunikacija:** zaposleni so lahko zavzeti pri delu, če dobro razumejo vrednote in cilje organizacije. Zaposlenemu se mora pojasniti njegova vloga pri tem. Zaposleni naj redno prejemajo informacije o tem, kaj se v podjetju dogaja. Komunikacija med vodji in zaposlenimi mora biti dvosmerna, pri čemer ne sme biti prisoten strah pred posledicami o podaji informacij. Posvetovanje z zaposlenimi v

procesu odločanja omogoča zaposlenim občutek, da so njihova mnenja upoštevana in da pripomorejo k doseženim rezultatom;

- **navdihujoče vodenje:** vodje in managerji, ki posameznike navdajajo s samozavestjo in jim dajejo avtonomijo pri odločanju z jasnimi cilji in odgovornostjo, veljajo kot delovno zavzeti. Organizacijski procesi morajo vodjem omogočati prilagodljivost, da to dosežejo pri zaposlenih in usvojijo sodelovalni slog vodenja. Dejanja in integriteta vodij so največjega pomena pri omogočanju delovne zavzetosti. Pomembna je vidna predanost managerjev organizaciji, poleg katere morajo pokazati tudi resnično odgovornost do zaposlenih in širše skupnosti, predvsem z vidika njihovega dobrega počutja. Tako morajo biti managerji v svojih odločitvah in odgovornostih iskreni in pošteni ter spodbujati občutek vključenosti in vrednosti zaposlenih.

Obstaja sedem dejavnikov zavzetosti zaposlenih. To so priložnost (rast in razvoj, kariera), kultura (organizacijska klima, vrednote), nagrajevanje, delo (naloge, izzivi, notranja motivacija), odnosi (vodje, sodelavci, stranke), vodstvo (verodostojnost, zaupanje) in kvaliteta življenja (pogoji dela) (Vilman & Žezlina, 2009).

Obstaja nekaj ključnih dejavnikov zavzetosti v organizaciji, in sicer: jasna vizija in cilji, ki so usklajeni s tem, kar si posameznik želi. Delo mora biti zanimivo, ustvarjalno, vznemirljivo, pomembno za zaposlene in za druge. Pomembno je delovno okolje, v katerem prevladujejo zaupanje, spoštovanje, podpora, pozitivna naravnost in vključevanje. Ključnega pomena so prava sredstva za delo (čas, oprema-orodje, informacije, procesi, smiselna pravila, delovni pogoji) (Zupanova, 2014).

John Purcell, ki je strateški akademski svetovalec pri Acas National, je leta 2009 predstavil šest ključnih dejavnikov, ki omejujejo ali celo onemogočajo zavzetost zaposlenih. Pod prvo točko je navedel *negotovost zaposlitve*; strah pred izgubo službe, predvsem v času recesije. Drugič je predstavil *nepravičnost*; predvsem v nagrajevalnem in plačilnem sistemu. Kot tretjič: zelo stresna delovna mesta, kjer ni fleksibilnosti in možnosti avtonomije. Med dejavnike je uvrstil tudi slabo vodenje z ustrahovanjem zaposlenih in dolg delovnik brez možnosti odmora. Prav tako je izpostavil delovna mesta, natrpana z urnikom, oziroma ponavljajoče se delo s kratkimi časovnimi cikli, kot je delo v klicnih centrih in sprejemanje kratkih telefonskih klicev (Robertson-Smith & Marwick, 2009, str. 39).

Inštitut IES opredeljuje delovno zavzetost kot pozitiven odnos zaposlenega do organizacije in njenih vrednot. Delovno zavzet zaposleni pozna poslovno okolje in poskuša skupaj s sodelavci izboljšati svoje delovanje znotraj delovnega mesta za dobrobit organizacije. Organizacija mora delovati tako, da razvija in spodbuja delovno zavzetost, kar zahteva vzpostavitev vzajemnega odnosa med zaposlenim in delodajalcem (Robinson, Perryman, & Hayday, 2004, str. IX). Ključne ugotovitve raziskav inštituta IES so, da je delovna zavzetost vzajemen proces. Organizacije se morajo truditi za spodbujanje delovne

zavzetosti pri zaposlenih. V zameno zaposleni izberejo, kakšno stopnjo delovne zavzetosti bodo ponudili delodajalcem (Cataldo, 2011, str. 3).

Tako je IES (Robinson, Perryman, & Hayday, 2004, str. 6) na podlagi svoje raziskave določil značilnosti zavzetih zaposlenih:

- išče in so mu dane priložnosti za izboljšanje učinkovitosti organizacije;
- ima pozitiven odnos do delovnega mesta in organizacije;
- verjame v organizacijo;
- poskuša dejavno izboljšati stvari;
- spoštuje druge in pomaga sodelavcem pri doseganju boljše učinkovitosti;
- je zanesljiv in naredi več, kot od njega zahteva delo;
- vidi celotno situacijo, tudi če pri tem sam nima koristi;
- se poistoveti z organizacijo;
- je na tekočem z razvojem na svojem delovnem mestu.

### **3.3 Merjenje zavzetosti**

Mednarodna organizacija Gallup se ukvarja z raziskavami javnega mnenja in svetovanjem. Izvedla je najbolj obširno raziskavo o zavzetosti zaposlenih. Na podlagi raziskav je predlagala razdelitev zaposlenih v neki organizaciji v tri kategorije glede na stopnjo zavzetosti.

#### **3.3.1 Ravni zavzetosti zaposlenih**

Zavzete zaposlene razvrščamo v tri kategorije (Gallup, 2013, str. 17):

- zavzeti zaposleni: energični zaposleni, ki delajo s strastjo in čutijo globoko povezanost z vrednotami in poslanstvom podjetja, v katerem so zaposleni. So zaupljivi tako do sodelavcev kot do vodij in vedno pripravljeni na izboljšave ter inovacije. Prizadevajo si za rast organizacije, iskanje novih in boljših načinov za doseganje rezultatov, seveda ob zelo dobrem poznavanju obsega svojega dela;
- nezavzeti zaposleni: so »delno odsotni«. Delo opravijo korektno, vendar zgolj v tolikšni meri, kot ga morajo. Zanima jih plačilo v zameno časa za delo, ki ga opravljajo, v njih ni energije, strasti, niso sovražni ali moteči, zato jih je težko opaziti. Svojo zaposlitev vidijo kot izmenjavo časa v zameno za plačilo. V službo prihajajo in odhajajo ob točno določenem času, vedno si vzamejo odmor, nikoli se prostovoljno ne javijo za sodelovanje pri projektu in naredijo zgolj za zadostitev minimalnih zahtev (Cataldo, 2011, str. 6);
- aktivno nezavzeti zaposleni: so nezadovoljni na svojem delovnem mestu in to nezadovoljstvo tudi aktivno izkazujejo. Ne samo da podcenjujejo delo zavzetih



sodelavcev, ampak zavestno škodijo organizaciji, vplivajo na splošno klimo in zavzetost ter zadovoljstvo v organizaciji. Dosti izostajajo z dela (večdnevni bolniški dopust), so povzročitelji nesreč na delovnem mestu, zaradi njih trpi kakovost. Trudijo se porušiti vse, za kar dobrega si prizadevajo zavzeti zaposleni.

Po podatkih Gallupove raziskave, izvedene med letoma 2011 in 2012, je na svetu pri delu le 13 % zavzetih zaposlenih, 24 % je aktivno nezavzetih in 63 % nezavzetih zaposlenih (Gallup, 2013, str. 12). Raziskava je zajela 142 držav po vsem svetu. Med njimi tudi Slovenijo. Podatki pravijo, da je v Sloveniji 15 % zavzetih zaposlenih, 70 % jih je nezavzetih in 16 % aktivno nezavzetih zaposlenih. Naši sosednji državi, Italija in Avstrija, imata še za odstotek nižji odstotek zavzetih zaposlenih, in sicer obe 14 % zavzetih zaposlenih. S tem da ima Italija 68 % nezavzetih zaposlenih in 18 % aktivno nezavzetih zaposlenih. A ima Avstrija, v primerjavi s Slovenijo in Italijo, nižji odstotek aktivno nezavzetih zaposlenih, le 12 %. Ima pa za zato 74 % nezavzetih zaposlenih (Gallup, 2013, str. 91). Sosednji Hrvaška in Madžarska imata višji odstotek aktivno nezavzetih zaposlenih (Hrvaška 32 %, Madžarska 33 %). Od tega ima Madžarska 56 % nezavzetih zaposlenih in 11 % zavzetih zaposlenih. Je pa zanimiv podatek, da ima sosednja Hrvaška 65 % nezavzetih zaposlenih in le 3 % zavzetih zaposlenih (Gallup, 2013, str. 101).

### **3.3.2 Načini merjenja zavzetosti**

Ena pomembnejših značilnosti zavzetosti zaposlenih je, da jo lahko merimo z anketnim vprašalnikom. S proučevanjem literature sem ugotovila, da je trenutno na voljo več tehnik merjenja zavzetosti. V magistrskem delu bom predstavila le najpogosteje uporabljen in najbolj znan vprašalnik za merjenje zavzetosti zaposlenih, GWA (Gallup Workplace Audit), saj tudi moja raziskava temelji na omenjenem anketnem vprašalniku.

Organizacija Gallup je na podlagi 30-letnega raziskovanja razvila svoj model zavzetosti zaposlenih. Merski instrument se imenuje »The Gallup Workplace Audit«, poznan pod imenom Q12, ter vsebuje dvanajst trditev, ki merijo posameznikov pogled na značilnost dela. Od kar je Gallup leta 1990 dokončal ustreznost dvanajstih vprašanj, je v raziskavi sodelovalo že več kot 25 milijonov zaposlenih v 195 različnih državah in 70 jezikih (Gallup, 2013, str. 14). Skozi leta raziskav je Gallup odkril, da je zelo pomemben vrstni red vprašanj.

Vprašanja predstavljajo štiri stopnje v hierarhiji, skozi katere gre zaposleni na poti do zavzetosti, kar prikazuje Slika 2. Dvanajst vprašanj predstavlja štiri stopnje v hierarhiji, čez katere gre zaposleni do popolne zavzetosti.

Vprašanja 1 in 2 predstavljata osnovne potrebe zaposlenega. Na drugem nivoju se nahajajo vprašanja od 3 do 6, ki predstavljajo motivacijo zaposlenega.

Tretji nivo predstavljajo vprašanja od 7 do 10, ki se nanašajo na pripadnost zaposlenega, ter vprašanja 11 in 12, ki se nahajata najvišje na piramidi in predstavljata rast zaposlenega (Gallup, 2013, str. 16).

*Slika 2: Gallupova hierarhija zavzetosti*



*Vir: Gallup Inc., State of the global workplace report, 2013, str. 16.*

Kakovostni odgovori na prvi dve vprašanji predstavljajo osnovo in izhodišče, na katerih se začne graditi zavzetost zaposlenega:

1. Ali vem, kaj se pričakuje od mene?
2. Ali imam na voljo vse, kar potrebujem, da lahko dobro opravim svoje delo?

Potrebe zaposlenega so v začetni fazi osnovne. Zaposlenega v začetni fazi zanima, kaj se od njega pričakuje, in si postavlja vprašanja, ki jih lahko opredelimo v eno osnovno vprašanje: »Kaj dobim?« Navezujejo se na delovne pogoje, zaslužek, strokovno spopolnjevanje in podobno (Buckingham & Coffman, 2005, str. 37). Potrebe zaposlenega se spremenijo, ko dobi take ali drugačne odgovore na prvi dve vprašanji. Posledično temu se v drugi fazi začne spraševati, ali svoje delo dobro opravlja, bi ga lahko še boljše, zanimajo ga mnenja sodelavcev o njem, bi mu pomagali in podobno. Tovrstna vprašanja se nanašajo na oblikovanje samopodobe zaposlenega in lastne vrednosti, hkrati pa tudi na motivacijo zaposlenih (Buckingham & Coffman, 2005, str. 38). To področje opredeljujejo naslednja štiri vprašanja:

1. Ali imam na delu priložnost vsak dan delati tisto, v čemer sem najboljši?
2. Ali sem bil v zadnjih sedmih dneh pohvaljen za svoje delo?
3. Ali me vodja upošteva kot osebo?
4. Ali kdo načrtno skrbi zame in spodbuja moj razvoj?

V tretji fazi razvoja se posameznik sprašuje: »Ali pripadam?« Pozitivni odgovori zaposlenega na vprašanja predhodne faze, mu namreč dajejo temelj, da gradi naprej. Na podlagi tega v tej fazi začuti sprejetost in cenjenost, prepozna, ali so tudi drugi zavzeti za delo, s tem pa njegova perspektiva dobi širše razsežnosti. Če tega ne doseže (torej ne prepozna sprejetosti ali se ne uspe identificirati z drugimi), ne more preiti na naslednjo fazo (Buckingham & Coffman, 2005, str. 38–39).

V to fazo spadajo naslednja štiri vprašanja:

1. Ali se moje mnenje na delu upošteva?
2. Ali poslanstvo organizacije odseva, kako pomembno je moje delo?
3. Ali so moji sodelavci iskreno zavzeti za dobro in kakovostno delo?
4. Ali imam v službi najboljšega prijatelja?

Četrta in zadnja razvojna faza vloge zaposlenega je faza nestrpnosti. V njej se zaposleni sprašuje: »Ali lahko rastemo?« in pričakuje napredek, tako od sebe kot od drugih. Na podlagi znanj in izkušenj, ki je pridobil skozi razvojne faze, pa lahko predlaga izboljšave (Buckingham & Coffman, 2005, str. 39). Zadnji dve vprašanji, ki se nanašata na razvoj in rast posameznika v organizaciji, sta:

1. Ali se je v zadnjih šestih mesecih kdo z mano pogovarjal o mojem napredku?
2. Ali sem imel v zadnjem letu na delu priložnost za učenje in razvoj?

Pomembno je, da poteka razvoj pozitivno in v zaporedju naštetih faz, sicer zaposleni ne bo mogel (ali težko) udeležati svojih idej. Zaposleni torej mora v prvi fazi spoznati in razumeti, kaj se od njega pričakuje, v drugi fazi pridobiti zaupanje v svojo strokovnost in v tretji fazi spoznati, kako bodo njegove ideje sprejete ali zavrnjene. Le tako bo lahko predlagal izboljšave, ki se bodo vpeljale v delo (Buckingham & Coffman, 2005, str. 37).

### **3.4 Empirične raziskave o zavzetosti zaposlenih v zdravstveni negi**

V Sloveniji se o zavzetosti zaposlenih v zdravstveni negi zaenkrat govori zelo malo, po svetu pa je bilo na temo zavzetost zaposlenih, ki delajo v zdravstveni negi, narejenih veliko raziskav. V šestih bolnišnicah v Italiji je potekala analiza v povezavi med organizacijsko podporo, zadovoljstvom z usposabljanjem in razvojem ter avtonomijo. Prišli so do ugotovitev, da odnosi na delovnem mestu izboljšujejo avtonomijo in poklicno delovanje ter pozitivno vplivajo na rezultate delovanja medicinskih sester (Trincheri, Brunetto, & Borgonovi, 2013, str. 805–816).

V Iranu so z raziskavo ugotovili, da obstajajo trije glavni dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo na delovnem mestu. Njihove sestre menijo, da so dobri medsebojni odnosi in njihova medsebojna pomoč in podpora neprecenljivi, vendar so

nezadovoljne s plačilom in nagradami ter z delovnimi pogoji (Atefi, Abdullah, Wong, & Mazlom, 2014, str. 352–360).

Na Kitajskem so raziskovali dejavnike delovnega okolja. V raziskavo so vključili 1271 medicinskih sester, ki delajo v 10 javnih bolnišnicah v Hong Kongu. Analiza je opredelila pet dimenzij (strokovnost, odnos med sodelavci, upravljanje, sredstva in delovno prakso). Pomembni dejavniki nezadovoljstva, zaradi katerih bi zapustile delovno mesto, so nezadovoljstvo s strokovnostjo, vodenjem in oddelčno prakso. Zadovoljne pa so z medsebojnimi odnosi in s sredstvi (Choi, Cheung, & Pang, 2013, str. 429–439).

V Združenih državah Amerike je raziskava pokazala, da so medicinske sestre zmerno zadovoljne s strokovno prakso in splošno nezadovoljne na delovnem mestu (McGlynn, Griffin, Donahue, & Fritzpatrick, 2012, str. 260–265).

V študiji, ki je vključevala malezijske medicinske sestre, je bilo ugotovljeno, da je podpora nadrejenih pozitivno povezana z delovno zavzetostjo ter da podpora sodelavcev ne vpliva na poklicno zadovoljstvo (Othman & Mohd Nasurdin, 2013, str. 1083–1090).

V Kanadi so raziskovali vpliv verodostojnega vodenja in področij poklicnega življenja na poklicno delovanje diplomiranih medicinskih sester. V raziskavo je bilo vključenih 208 medicinskih sester. Ugotovitve nakazujejo, da medicinske sestre, ki imajo nad sabo vodje z visoko stopnjo verodostojnega vodenja, poročajo o večjem splošnem ujemanju med osebnim zadovoljstvom in opravljanjem poklica (Bamford, Wong, & Laschinger, 2013, str. 529–545).

Prav tako je v Ontariu v Kanadi potekala presečna raziskava med verodostojnim vodenjem in neželenimi izidi pri pacientih. Ugotovitve kažejo, da medicinske sestre, ki menijo, da njihovi vodje izkazujejo visoko raven verodostojnega vodenja, poročajo o večjem zaupanju, boljši skladnosti na področju poklicnega življenja in nižji pogostosti neželenih izidov pri bolnikih (Wong & Giallonardo, 2013, str. 740–752).

Na Švedskem je bila narejena raziskava, kakšen vpliv ima psihosocialna klima osebja na zadovoljstvo z nego in delom. Večina vprašanih medicinskih sester je zadovoljnih z razmerami za negovanje in samim delom (Lehuluante, Nilsson, & Edvardsson, 2012, str. 319–325).

V Saudski Arabiji so proučevali vpliv vodstvenih stilov na zadovoljstvo medicinskih sester in možnostjo, da delovnega mesta ne zapustijo. Pokazalo se je, da so saudske sestre na svojih delovnih mestih zmerno zadovoljne in da so tiste medicinske sestre, ki so na svojih delovnih mestih bolj zadovoljne, zadovoljne s transformacijskim načinom vodenja (Abualrub & Alghamdi, 2012, str. 668–678).

Prav tako obstaja veliko raziskav, ki ugotavljajo povezavo med pozitivnim delovnim okoljem in poškodbami na delu. Ugotovili so, da so imeli tisti zdravstveni delavci, ki imajo nižjo stopnjo zadovoljstva na delovnem mestu, višjo število vbodnih poškodb na delovnem mestu (McCaughey, McGhan, Walsh, Rathert, & Belue, 2014, str. 75–88).

V eni od raziskav so tudi potrdili, da je delovno okolje povezano s strukturnim in psihološkim izboljšanjem razmer medicinskih sester na delovnem mestu. Tako so potrdili, da strukturno izboljšanje razmer vpliva na psihološko izboljšanje in ta odnos prinaša pozitivne učinke zadovoljstva na delovnem mestu (Cicolini, Comparcini, & Simonetti, 2014, str. 855–871).

#### 4 RAZISKAVA O ZAVZETOSTI ZAPOSLENIH

Cilj raziskave je ugotoviti, kakšna je zavzetost zaposlenih v OE Patronažno varstvo Maribor. Številne raziskave so pokazale pomembno povezavo med starostjo, stopnjo izobrazbe, delovno dobo in vodstveno funkcijo ter zavzetostjo zaposlenih v organizacijah. Na podlagi izsledkov empiričnih raziskav sem zastavila naslednje hipoteze:

- **hipoteza 1: starost je pozitivno povezana z delovno zavzetostjo** (starejši zaposleni so bolj zavzeti kot njihovi mlajši sodelavci). Avtorji raziskav menijo, da starost vpliva na stopnjo zavzetosti na delovnem mestu. Pravijo, da so starejši delavci bolj zavzeti kot njihovi mlajši sodelavci (James, Mckechnie, & Swanberg, 2010, str. 16). Študija o medicinskih sestrah na domu je potrdila, da je starost edini pomemben dejavnik, ki je vplival na delovno zavzetost (Kipter Rotich, Kimeli Cheruiyot, & Kirwa Korir, 2016, str. 33). Nekatere raziskave govorijo, da so medicinske sestre najbolj zadovoljne v srednjem odraslem obdobju, med 38. in 59. letom (McNeese-Smith, 2000, str. 145).
- **hipoteza 2: stopnja izobrazbe je pozitivno povezana z delovno zavzetostjo** (višje kot je dosežena izobrazba, bolj so zaposleni zavzeti). Zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe so bolj zavzeti pri svojem delu kot tisti z nižjo izobrazbo (Czerw & Grabowski, 2015, str. 508). O enaki ugotovitvi poročajo Kavanaugh, Duffy, Lilly (2006) in Zurmehly (2008), ki so potrdili, da se zadovoljstvo z delom sorazmerno veča s stopnjo dosežene izobrazbe (Prosen, 2010, str. 75).
- **hipoteza 3: delovna doba v organizaciji je pozitivno povezana z delovno zavzetostjo** (zaposleni, ki so v delovni organizaciji zaposleni dlje časa, so bolj zavzeti kot tisti z manjšim številom delovne dobe v organizaciji). Prav tako je možno v nekaterih znanstvenih člankih zaslediti, da na stopnjo zavzetosti zaposlenih lahko vplivajo delovne izkušnje v organizaciji. Avtorji v svojih raziskavah podajajo ugotovitve, da so zaposleni, ki so v organizaciji zaposleni daljše obdobje, bolj zavzeti (Robertson-Smith & Markwick, 2009, str. 23). Nekateri članki govorijo o tem, da so medicinske sestre z več kot 10 leti delovnih izkušenj z delom bolj zadovoljne kot tiste z manj delovnimi izkušnjami. Ugotovili so, da so medicinske sestre z več kot devetimi

leti delovnih izkušenj bolj zadovoljne na delovnem mestu kot njihove mlajše kolegice z manj delovnimi izkušnjami (Lehuluante, Nillson, & Edvardsson, 2012, str. 312).

- **hipoteza 4: vodstvena funkcija je pozitivno povezana z delovno zavzetostjo** (višja funkcija v organizaciji pomeni večjo zavzetost na delovnem mestu). Avtorji znanstvenih člankov poročajo o ugotovitvah, da so zaposleni na vodilnih položajih pri svojem delu bolj zavzeti (Xu & Thomas, 2011, str. 410). Znanstveni članek v eni izmed revij o zdravstveni negi, kjer avtorji prav tako poročajo, da so v svoji raziskavi ugotovili, da so vodje imeli bistveno večjo stopnjo zavzetosti kot drugi zaposleni (Naruse et al., 2013, str. 269).

## **4.1 Raziskovalne metode dela**

Zavzetost zaposlenih sem ugotavljala z Gallupovim Q12 vprašalnikom v OE Patronažno varstvo Maribor. Za izvedbo raziskave sem potrebovala soglasje Komisije za etična vprašanja. Anketni vprašalnik je zaprtega tipa, le vprašanja o podatkih o anketirancih so odprtega tipa, kjer so anketirani pisno odgovorili na vprašanje o delovni dobi. Prvi sklop vprašanj v vprašalniku vsebuje splošna vprašanja o anketirancih. Drugi sklop vprašalnika vsebuje 12 vprašanj (glej priloga 1). Strinjanje oziroma nestrinjanje s posameznimi trditvami so anketirani ocenjevali z ocenami od 1 (s trditvijo se sploh ne strinjam) do 5 (s trditvijo se popolnoma strinjam). V času raziskave je bilo v patronažnem varstvu Maribor zaposlenih 64 patronažnih medicinskih sester. Anketiranje je potekalo marca 2015. Med delovnim sestankom je bilo razdeljenih vseh 64 anket. Medicinske sestre so ankete odložile v za to namenjeno skrinjico z namenom zagotavljanja anonimnosti. Čas za oddajo anket je bil en teden. Po enem tednu se je skrinjica odstranila. Tako sem dobila vrnjenih 57 anket, kar predstavlja 89 %. Rezultate sem obdelala s programom IBM SPSS Statistics 22.

## **4.2 Rezultati raziskave**

Vprašalnik skupaj vsebuje 19 vprašanj in je vsebinsko sestavljen iz dveh delov. Zaradi potreb regresijske analize sem v prvi del vključila vprašanja o demografskih podatkih (spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna doba ter vodstvena funkcija). Drugi del vprašalnika pa vsebuje 12 vprašanj, ki jih navaja Gallupova študija.

### **4.2.1 Analiza in interpretacija rezultatov**

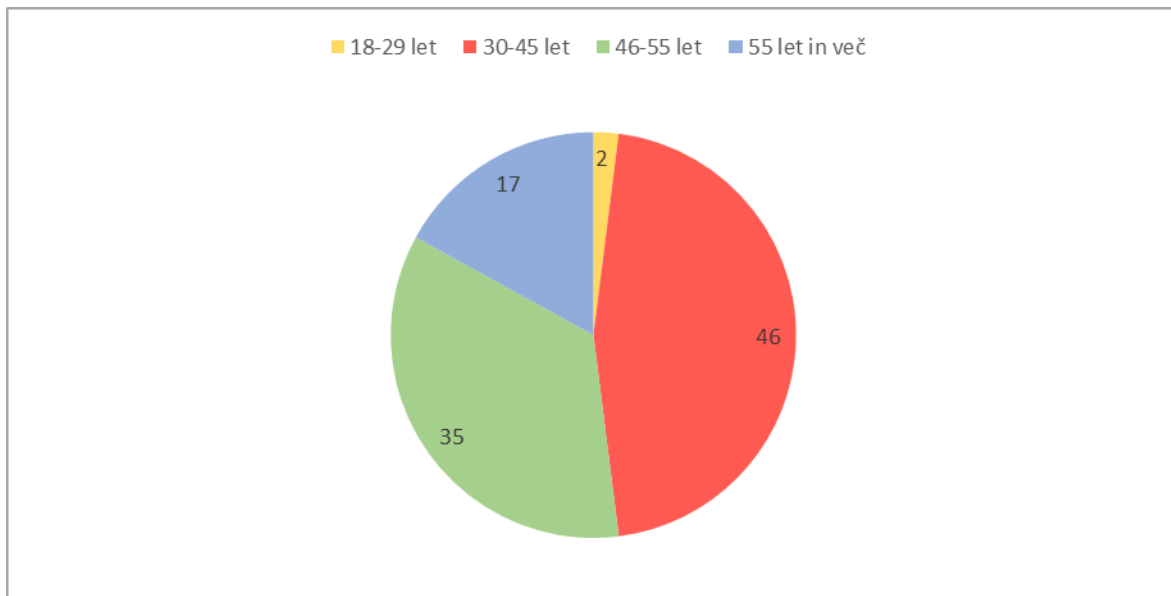
V Tabeli 1 so prikazani rezultati ankete s splošnimi podatki o anketirancih.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

<b>SPOL</b>	<b>Frekvenca</b>	<b>Delež (%)</b>
Ženski	57	100
Moški	0	0
<b>STAROST</b>		
od 18–29	1	1,8
od 30–45	26	45,6
od 46–55	20	35,1
nad 55	10	17,5
<b>STOPNJA IZOBRAZBE</b>		
Srednješolska	8	14,04
Višješolska	7	12,28
Visokostrokovna	36	63,16
Univerzitetna	1	1,75
Specializacija	5	8,77
<b>DELOVNA DOBA V ORGANIZACIJI</b>		
od 0–10 let	10	17,54
od 11–20	15	26,32
od 21–30	21	36,80
od 31–40	11	19,30
<b>SKUPNA DELOVNA DOBA</b>		
od 0–10 let	5	8,77
od 11–20	16	28,07
od 21–30	18	31,58
od 31–40	17	29,82
brez odgovora	1	1,75
<b>VODSTVENA FUNKCIJA</b>		
nimam	52	91,23
vodja posamezne enote	2	3,51
vodja organizacijske enote	1	1,75
ostale vodstvene funkcije	1	1,75
brez odgovora	1	1,75
<b>DOBA OPRAVLJANJA FUNKCIJE</b>		
od 0–10 let	3	75
od 11–20	1	25

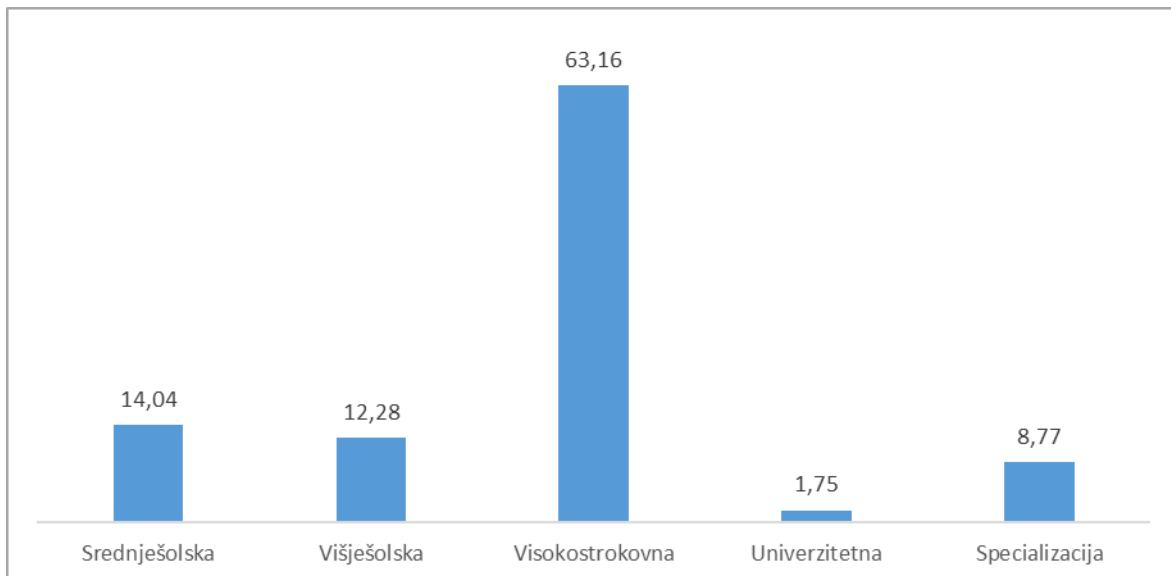
V OE Patronažno varstvo Maribor so zaposlene samo osebe ženskega spola. Iz podatkov lahko razberem (Slika 3), da je največ zaposlenih starih med 30 in 45 let (46 %), kar 35 % je starih od 46 do 55 let in 17 % je starih več kot 55 let. Le ena anketirana je stara 29 let (2 %).

Slika 3: Starostna struktura anketirancev (v %)



S Slike 4 je razvidno, da ima največ anketirank končano visoko strokovno šolo, kar predstavlja 63 % vseh zaposlenih. Sledita ji srednješolska izobrazba s 14 % ter višješolska z 12 %. Univerzitetno izobraženih je 2 % anketirank. Specializacijo je opravilo le 9 % vseh anketiranih. Nekateri znanstveni članki dokazujejo, da na zadovoljstvo vpliva tudi stopnja dosežene izobrazbe.

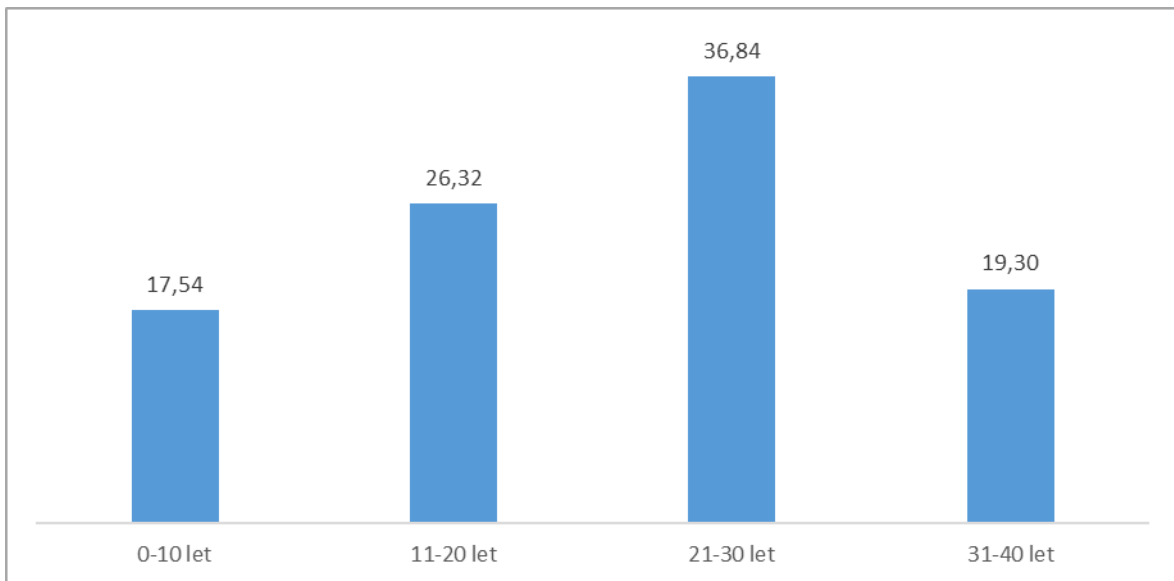
Slika 4: Stopnja izobrazbe anketirank (v %)



Slika 5 prikazuje dolžino delovne dobe v organizaciji. Kar 37 % zaposlenih ima več kot 20 let delovne dobe v organizaciji, sledijo jim sodelavke, ki so v organizaciji zaposlene več kot 10 let (26 %) in 19 % anketirank je v organizaciji zaposlenih več kot 30 let. 17 % anketirank dela v organizaciji manj kot deset let.

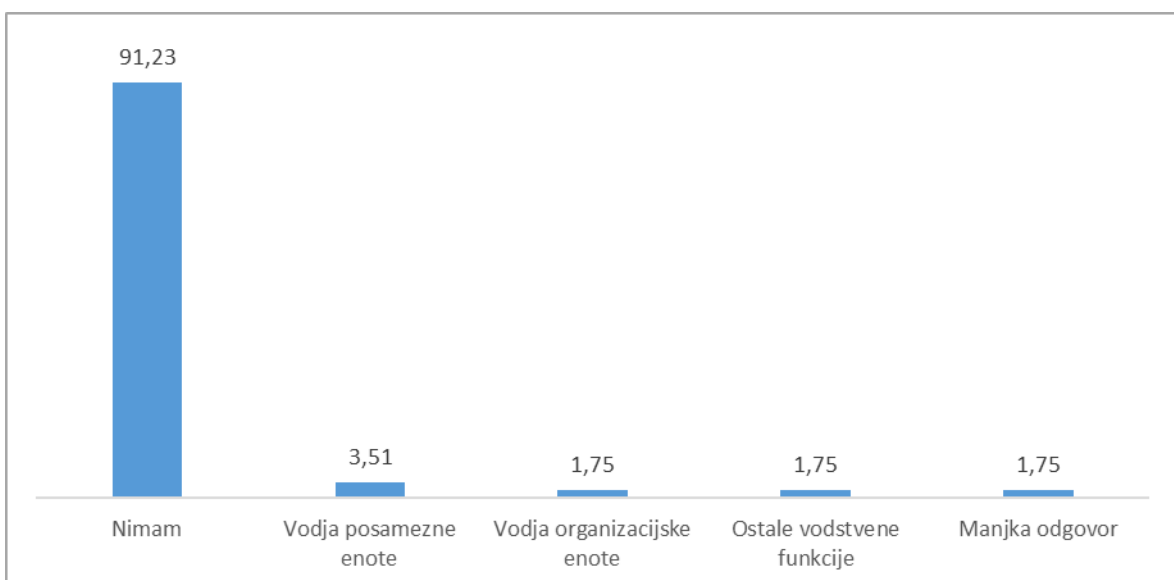


Slika 5: Delovna doba v organizaciji (v %)



Slika 6 prikazuje, koliko anketirank opravlja vodstveno funkcijo. Kar 91 % anketirank ne navaja nobene vodstvene funkcije. Le 4 % anketiranih je tudi vodja posameznih enot in le slabih 2 % vprašanih je vodja organizacijske enote. Ostale vodstvene funkcije opravlja le 2 % anketiranih. Raziskava je pokazala, da so v OE Patronažno varstvo Maribor zaposlene le štiri osebe, ki opravljajo vodstveno funkcijo. Od tega tri anketirane opravljajo vodstveno funkcijo manj kot deset let in ena oseba več kot deset let.

Slika 6: Vodstvena funkcija (v %)

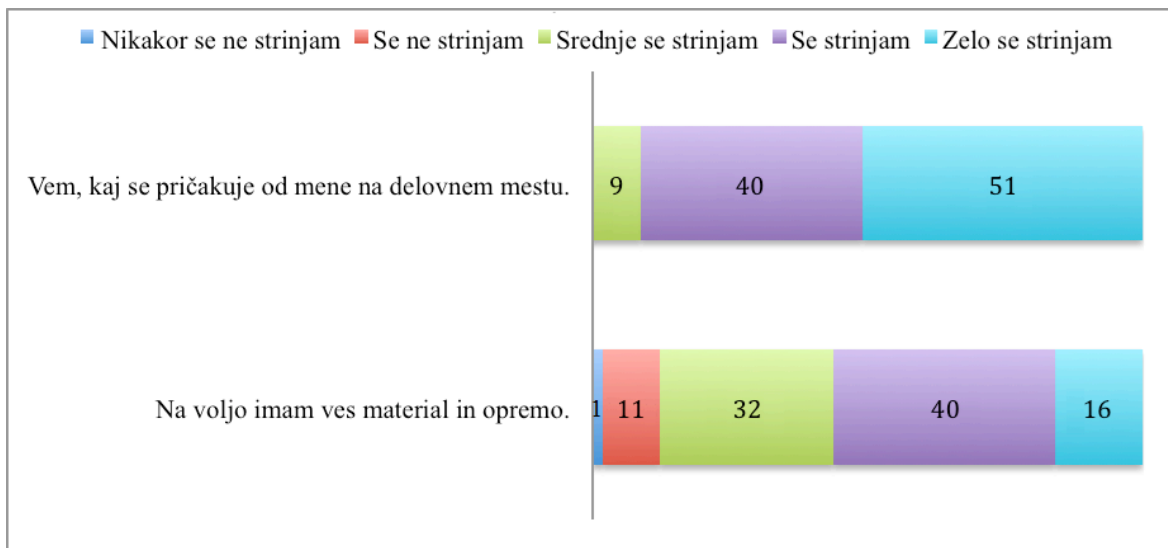


V magistrski nalogi sem zavzetost v organizaciji merila z dvanajstimi trditvami, ki jih vsebuje vprašalnik Q12. Vprašanja predstavljajo štiri stopnje, skozi katere gre zaposleni na

poti do zavzetosti. Vprašanja se nanašajo na osnovne potrebe, motivacijo, pripadnost in rast zaposlenega. V nadaljevanju prikažem rezultate meritev.

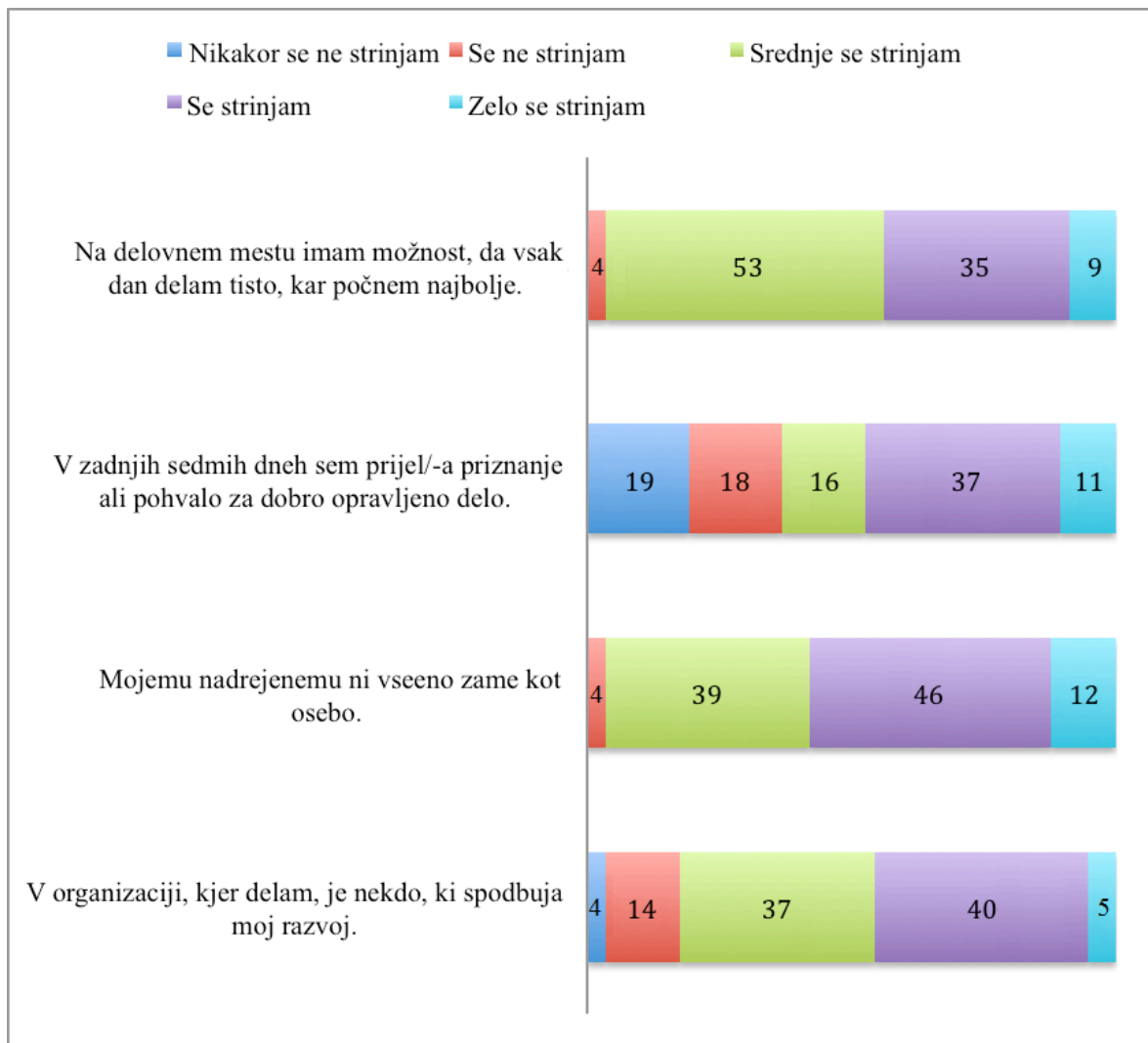
Slika 7 prikazuje trditvi 1 in 2, ki v vprašalniku spadata med osnovne potrebe (angl. *basic needs*). Tukaj se zaposleni sprašuje: »Kaj dobim?« Pri trditvi »Vem, kaj se pričakuje od mene na delovnem mestu.« je pozitivno odgovorilo 91 % vseh anketiranih. Od tega se jih 51 % zelo strinja s trditvijo in 40 % se jih strinja. Nekaj anketiranih (9 %) se jih srednje strinja s trditvijo. Raziskava je pokazala, da vsi anketirani vedo, kaj se od njih pričakuje. Pri trditvi »Na voljo imam ves material in opremo.« se je 56 % opredelilo za odgovor se zelo strinjam in se strinjam, medtem ko se jih 32 % s trditvijo srednje strinja. 13 % anketiranih se s trditvijo ne strinja oziroma se nikakor ne strinja.

Slika 7: Pričakovanja na delovnem mestu (v %)



Slika 8 prikazuje trditve od 3 do 6, ki spadajo v drugo stopnjo hierarhične piramide. Trditve označujejo podporo v organizaciji (angl. *management support*). Tukaj se zaposleni sprašuje: »Kaj dajem?« S trditvijo »Na delovnem mestu imam možnost, da vsak dan delam tisto, kar počnem najbolje.« se zelo strinja in strinja 44 % anketirank, 53 % se jih srednje strinja in le 4 % anketiranih se s trditvijo ne strinja. Na trditev »V zadnjih sedmih dneh sem prejela priznanje ali pohvalo za dobro opravljeno delo.« je 48 % anketirank odgovorilo pozitivno, 16 % se jih s trditvijo srednje strinja, kar 37 % anketirank se s trditvijo ne strinja oziroma se nikakor ne strinja. 83 % anketiranih se zelo strinja in strinja s trditvijo »Mojemu nadrejenemu ni vseeno zame kot osebo.« 39 % se jih s trditvijo srednje strinja in 4 % anketirank se s to trditvijo ne strinja. S trditvijo »V organizaciji, kjer delam, je nekdo, ki spodbuja moj razvoj.« se zelo strinja in strinja 45 % anketirank, 37 % se jih srednje strinja in kar 18 % jih meni, da ni nikogar v njihovi organizaciji, ki bi spodbujal njihov razvoj. Visok odstotek zaposlenih (60 %) meni, da je njihovo delo pomembno za podjetje, 9 % se jih zelo strinja, 30 % zaposlenih se s to trditvijo srednje strinja in 2 % se jih ne strinja.

Slika 8: Podpora v organizaciji (v %)

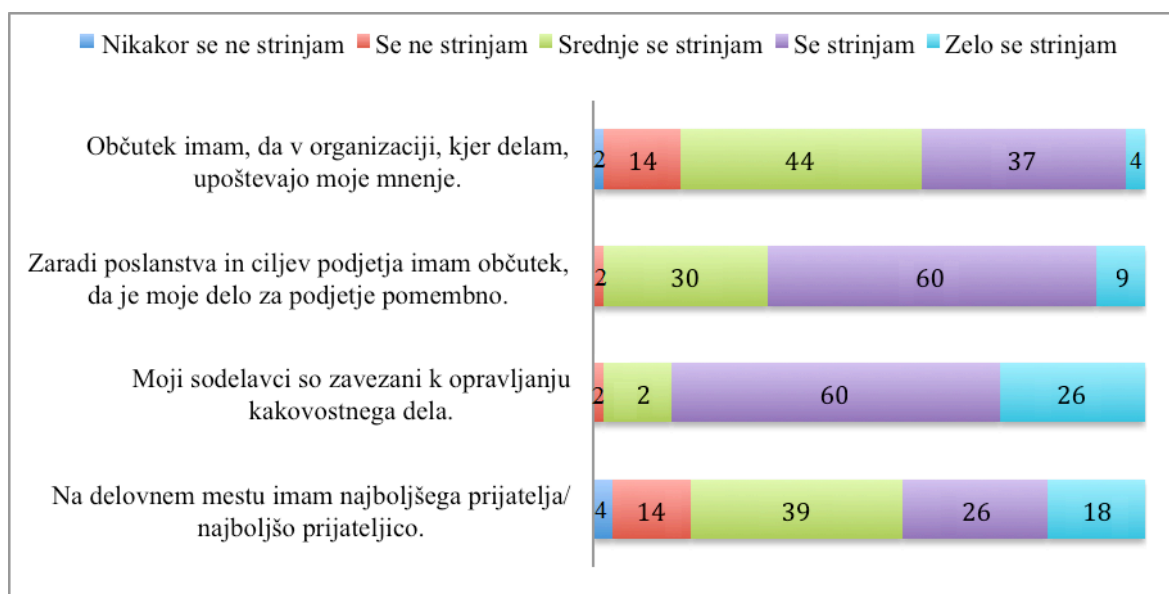


Pozornost pritegne informacija o tem, ali čuti delavka ob sebi na delovnem mestu nekoga, ki spodbuja in spremlja njen razvoj in napredek na delovnem mestu.

Na trditev »V organizaciji, kjer delam, je nekdo, ki spodbuja moj razvoj.« je 82 % anketirank odgovorilo pozitivno. Izbrale so: srednje se strinjam, se strinjam ali zelo se strinjam. Če k temu dodamo opažanje, da je 96 % anketirank pozitivno ocenilo odnos nadrejenih, dobimo pomembno informacijo o tem, da se zaposlene zavedajo, da za njimi »stoji« organizacija, ki si želi prijetno počutje med sodelavkami in njihovo osebno rast, da bo delo opravljeno kvalitetno, hitro in brezhibno.

Slika 9 prikazuje trditve, ki se nanašajo na timsko delo v organizaciji. Tukaj se zaposleni sprašuje: »Ali pripadam?« Skupek trditve spada v tretji nivo hierarhične lestvice.

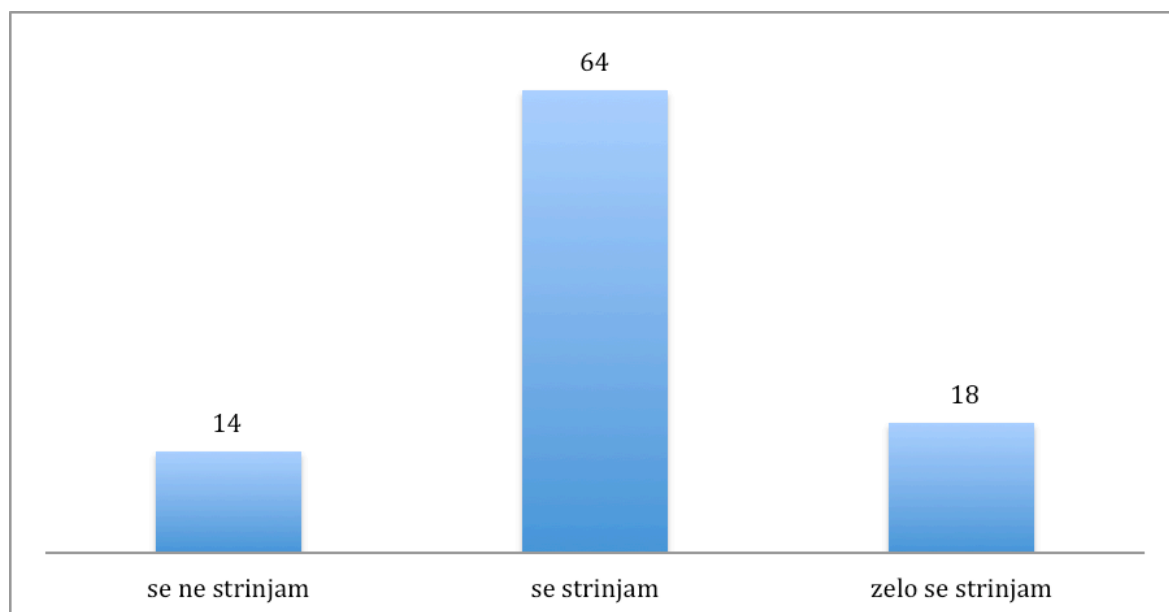
Slika 9: Pripadnost organizaciji (v %)



Pozornost pritegne informacija o tem, da medicinska sestra na delovnem mestu v sklopu svojega dela razvije čustvo najboljšega prijatelja, ki spodbuja in spremlja njen razvoj in napredek na delovnem mestu, praviloma pomeni tolažbo ob stresu.

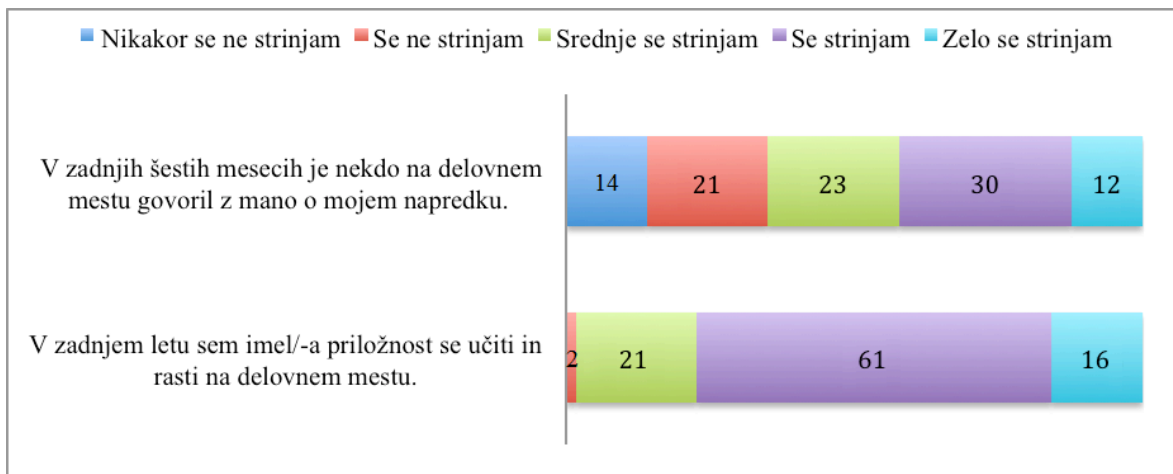
Slika 10 prikazuje, da je na trditev »Na delovnem mestu imam najboljšega prijatelja/najboljšo prijateljico.« 82 % anketirank odgovorilo pozitivno. Izbrale so: srednje se strinjam, se strinjam ali zelo se strinjam

Slika 10: Prijateljstvo na delovnem mestu (v %)



Na sliki 11 sta prikazani trditvi, ki se uvrščata na najvišjo stopnjo hierarhične lestvice. To sta: »V zadnjih šestih mesecih je nekdo na delovnem mestu govoril z mano o mojem napredku.« in »V zadnjem letu sem imela priložnost se učiti in rasti na delovnem mestu.« S prvo trditvijo se 12 % anketirank zelo strinja, 30 % strinja (kar je skupaj 42 % pozitivnih odgovorov), 23 % se jih srednje strinja, 21 % se jih s trditvijo ne strinja in 14 % se jih nikakor ne strinja, kar je skupaj 35 % negativnih odgovorov. Druga trditev ima visok delež pozitivnih odgovorov, skupaj 77 %. S trditvijo se srednje strinja 21 % anketirank in le 2 % anketiranih se s trditvijo ne strinja.

Slika 11: Napredek (v %)

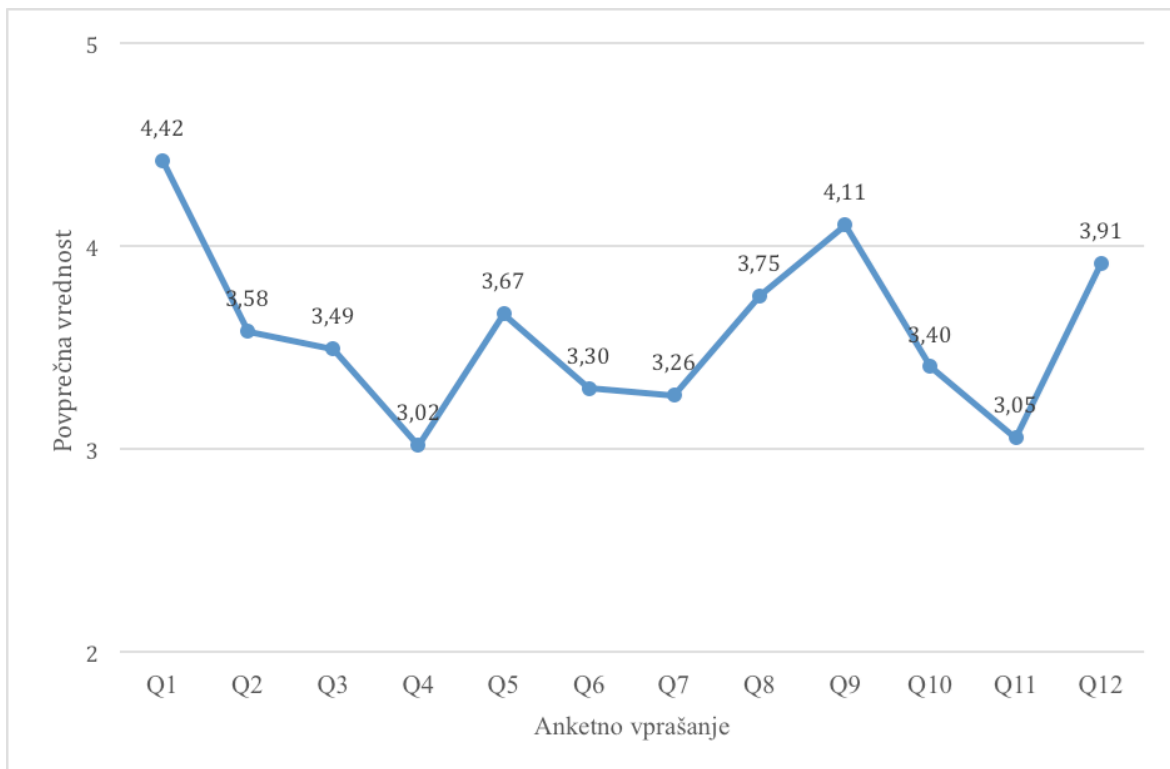


#### 4.2.2 Povprečni rezultat posameznega vprašanja

Z analizo sem ugotovila, katera anketna vprašanja so bila zelo slabo odgovorjena in so zaradi tega dosegla najnižji povprečni rezultat. Tako se bo lahko organizacija najprej posvetila področju, za katerega se je izkazalo, da je najšibkejše. Slika 12 prikazuje povprečni rezultat za posamezno trditev. Najslabši povprečni rezultat je dosegla trditev Q4: »V zadnjih sedmih dneh sem prijel/-a priznanje ali pohvalo za dobro opravljeno delo.« Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da zaposleni od vodstva prejmejo premalo pohvale. Sledi trditev Q11: »V zadnjih šestih mesecih je nekdo na delovnem mestu govoril z mano o mojem napredku.« Tudi to je trditev, ki se nanaša na odnos med vodstvom in zaposlenimi. Trditvi, ki sta si po povprečju zelo blizu, sta trditvi Q7 in Q6. Trditev Q7: »Občutek imam, da v organizaciji, kjer delam, upoštevajo moje mnenje.« nakazuje, da se mnenja in predlogi zaposlenih v večji meri ne upoštevajo, oziroma sklepamo lahko, da morda zaposleni sploh nimajo možnosti izražanja svojega mnenja. Na podlagi trditve Q6: »V organizaciji, kjer delam, je nekdo, ki spodbuja moj razvoj.« lahko sklepamo, da zaposleni prejmejo premalo podpore od svojih nadrejenih. Sledi trditev Q10: »Na delovnem mestu imam najboljšega prijatelja/najboljšo prijateljico.« Sklepamo lahko, da imajo zaposleni premalo medsebojnih stikov in da gre za pomanjkanje timskega dela. To je lahko posledica narave dela, saj patronažne sestre v pisarni skupaj preživijo le kratek čas in

se morda zaradi tega ne morejo med njimi stkati prijateljski odnosi. Sledita trditvi Q3: »Na delovnem mestu imam možnost, da vsak dan delam tisto, kar počnem najbolje.« in Q2: »Na voljo imam ves material in opremo za ustrezno opravljanje svojega dela.« Trditev Q5: »Mojemu nadrejenemu ni vseeno zame kot osebo.« je dosegla eno izmed višjih povprečij, kar kaže na to, da nadrejeni svojim zaposlenim dajejo občutek osebnostne vrednosti. Višje povprečje je dosegla tudi trditev Q8: »Zaradi poslanstva in ciljev podjetja imam občutek, da je moje delo za podjetje pomembno.« Gre za trditev, ki pove, da imajo zaposleni visoko stopnjo občutka pripadnosti. Naslednja trditev, ki je dosegla eno izmed najvišjih povprečij, je trditev Q12: »V zadnjem letu sem imel/-a priložnost se učiti in rasti na delovnem mestu.« Iz tega je razvidno, da je v organizaciji poskrbljeno za izobraževanje. Najvišje povprečje sta dosegli trditvi Q9: »Moji sodelavci so zavezani k opravljanju kakovostnega dela.« in Q1: »Vem, kaj se pričakuje od mene na delovnem mestu.«

Slika 12: Povprečni rezultat za vsako posamezno trditev

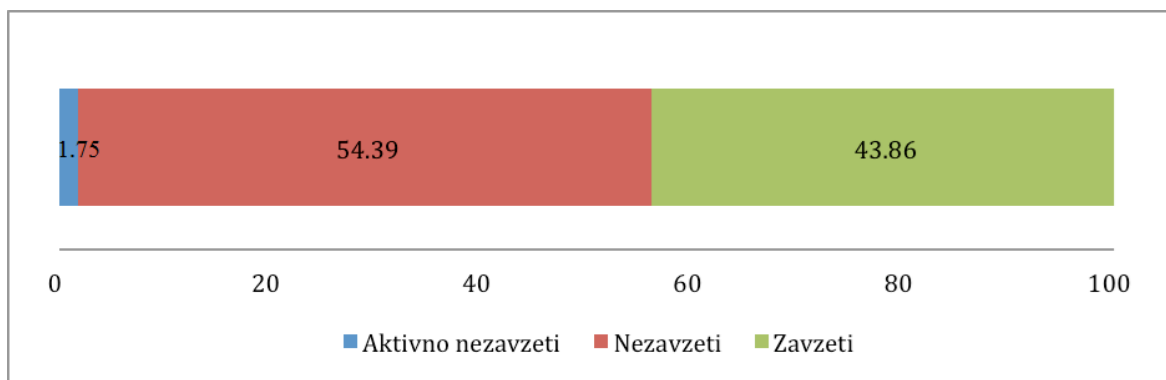


#### 4.2.3 Ugotovljena stopnja zavzetosti v OE Patronažno varstvo

Referenčne vrednosti za merjenje zavzetosti sem povzela po Lobnikar in Grom (2011, str. 6). Rezultati se interpretirajo po naslednji lestvici: zavzeti (povprečna ocena nad 3,7), nezavzeti (povprečna ocena med 2,5 in 3,7) ter aktivno nezavzeti (povprečna ocena pod 2,5). Slika 13 prikazuje ugotovljeno stopnjo zavzetosti. Ugotovili smo, da imamo zaposlene v organizaciji razpolovljene. Na eni strani več kot polovico nezavzetih zaposlenih (54 %) in na drugi strani 44 % zavzetih zaposlenih. Aktivno nezavzetih je

majhen odstotek, 2 %. Nezavzeti zaposleni so »delno odsotni« na svojih delovnih mestih. V službi naredijo le to, kar morajo. Med delovnim časom »napol spijo«. V delo sicer vlagajo svoj čas, vendar pa ne tudi energije in strasti. Za aktivno zavzete pravijo, da so izredno nezadovoljni na svojem delovnem mestu in da svoje nezadovoljstvo tudi aktivno izkazujejo. Podcenjujejo delo, ki ga opravijo njihovi zavzeti sodelavci (Dimovski, Penger, & Žnidaršič, 2003, str. 184). S svojim vedenjem škodljivo vplivajo na svoje sodelavce in na zadovoljstvo strank (Lobnikar & Grom, 2011, str. 2).

*Slika 13: Zavzetost patronažnih sester Zdravstvenega doma dr. A. Drolca Maribor (v %)*



#### 4.2.4 Dejavniki, ki vplivajo na zavzetost v OE Patronažno varstvo

S pomočjo multiple regresijske analize sem ugotavljala, kateri dejavniki vplivajo na zavzetost zaposlenih. Regresijska analiza omogoča raziskovanje linearnih vzorčnih povezanosti med eno odvisno spremenljivko (v našem primeru: zavzetost) in eno ali več neodvisnimi spremenljivkami (v našem primeru: starost, stopnja izobrazbe, delovna doba v organizaciji, vodstveno funkcijo opravljam).

Izračun regresijske analize nam pokaže, ali obstajajo kakšni vplivi neodvisnih spremenljivk na odvisno.

Tabela 2 prikazuje determinacijski koeficient  $R^2$ .

Multiple determinacijskega koeficienta izraža delež variance odvisne spremenljivke, ki je pojasnjena z vsemi neodvisnimi spremenljivkami. Zavzame lahko vrednosti med 0 in 1, kar pomeni, da pri vrednosti 0 ni povezanosti med neodvisnimi in odvisno spremenljivko. Pri vrednosti, ki se bližajo proti 1, pa lahko pojasnimo odvisno spremenljivko s pomočjo neodvisnih spremenljivk. V tem primeru  $R^2$  je 0,184, kar pomeni, da je 18,4 % variance odvisne spremenljivke pojasnjene z vsemi neodvisnimi spremenljivkami.

Durbin Watson preizkus testira, če so serijske korelacije (avtokorelacije) med spremenljivkami. Pri vrednosti od 1,5 do 2,5 ne obstajajo avtokorelacije med neodvisnimi spremenljivkami. Torej je ta predpostavka izpolnjena.

*Tabela 2: Povzetek regresijskega modela*

Model	R	R-kvadrat	Prilagojen R-kvadrat	Standardna napaka ocene	Durbin-Watson
1	.429 <sup>a</sup>	.184	.120	.43905	2.389

a. Neodvisne spremenljivke: delovna doba v organizaciji, stopnja izobrazbe, starost, vodstveno funkcijo opravljam

b. Odvisna spremenljivka: zavzetost

S pomočjo F-statistike (Tabela 3) ocenjujemo zanesljivost regresijskega modela kot celote. Preverja, če je ničelna domneva, da so vsi regresijski koeficienti v modelu enaki nič. V primeru, da je ničelna domneva sprejeta, ni odvisnosti med pojavi. V nasprotnem primeru, da ničelno domnevo zavrnemo, lahko sklepamo, da je vsaj eden od koeficientov v modelu različen od nič. Rezultati kažejo, da je p-vrednost nižja od 0,05, kar naprej pomeni, da bomo ničelne domneve zavrnili, torej naš model je statistično pomemben pri 5 % tveganja, kot prikazuje enačba (1):

$$F(4,51) = 2,882, p = 0,032. \quad (1)$$

S pomočjo Cookovega preizkusa sem preverila, ali ima naša baza podatkov izstopajoče vrednosti. Analiza Cookovega testa je pokazala, da so vse vrednosti manj kot 1, kar pomeni, da ni izstopajočih vrednosti in da je ta pogoj izpolnjen.

*Tabela 3: Anova<sub>a</sub>*

Model	Vsota kvadratov	Stopnja prostosti	Povprečje kvadratov	F	P-vrednost	
1	Regresija	2.223	4	.556	2.882	.032 <sup>b</sup>
	Ostanki	9.831	51	.193		
	Skupaj	12.054	55			

a. Odvisna spremenljivka: zavzetost

b. Neodvisne spremenljivke: delovna doba v organizaciji, stopnja izobrazbe, starost, vodstveno funkcijo opravljam

Poleg multiple linearne regresije sem preverila še predpostavko o multikolinearnosti (Tabela 4). Pogoj za regresijski model je, da ne obstaja multikolinearnost. Le-ta se v regresijskem modelu pojavi takrat, ko se pokaže odvisnost med pojasnjevalnimi spremenljivkami. Kolinearnost ne sme biti pod 0,2. Če je manj kot 0,2, pomeni, da manj kot 20 % variance ni unikatne. Torej je ta predpostavka izpolnjena.



Multiplo linearno regresijsko enačbo v tem primeru zapišem kot prikazuje enačba (2):

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * X_1 + \beta_2 * X_2 + \beta_3 * X_3 + \beta_4 * X_3 + SE, \quad (2)$$

pri čemer je  $\beta_0$  regresijska konstanta,  $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$  pa so parcialni regresijski koeficienti.  $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$  so regresijski koeficienti, ki kažejo, za koliko se poveča/zniža vrednost regresijske funkcije, če se vrednost neodvisne spremenljivke poveča za enoto, vse ostale neodvisne spremenljivke pa pri tem ostanejo nespremenjene.

V našem primeru p-vrednosti so: 0,000 za regresijsko konstanto, 0,575 za regresijski koeficient  $\beta_1$ , 0,872 za regresijski koeficient  $\beta_2$ , 0,300 za regresijski koeficient  $\beta_3$ , 0,005 za regresijski koeficient  $\beta_4$ .

Statistična analiza prikazuje, da je p-vrednost pri spremenljivkah *starost, izobrazba* in *delovna doba v podjetju* višja od 0,05, kar pomeni, da spremenljivke *starost, izobrazba* in *delovna doba v podjetju* ne vplivajo na odvisno spremenljivko.

Statistična analiza prikazuje, da je p-vrednost pri spremenljivki *vodstvena funkcija* nižja od 0,05, kar pomeni, da spremenljivka *vodstvena funkcija* statistično značilno vpliva na odvisno spremenljivko.

Tabela 4: Koeficienta

Model		Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	p-vrednost	Kolinearnost
		B	Std. Error	Beta			
1	(Konstanta)	3.485	.303		11.495	.000	
	Starost	-.060	.106	-.101	-.565	.575	.502
	Stopnja izobrazbe	-.011	.065	-.023	-.162	.872	.790
	Delovna doba v organizaciji	.089	.086	.192	1.046	.300	.474
	Vodstvena funkcija	.734	.250	.408	2.943	.005	.833

Zanimalo me je, ali obstajajo statistično pomembne razlike v zavzetosti med anketirankami, ki imajo vodstveno funkcijo, in med tistimi, ki je nimajo (Tabela 5).

Tabela 5: Analiza vodstvene funkcije

	Vodstvena funkcija	Št.	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka povprečja
Zavzetost	Nimam	52	3.5256	.44112	.06117
	Vodja	4	4.2500	.24533	.12266

Za preverjanje ugotovljene predpostavke sem uporabila parametrični t-test za neodvisne spremenljivke (Tabela 6). S pomočjo testa sem preverila, ali se vzorčna povprečja statistično značilno razlikujejo. Rezultati kažejo, da obstajajo statistično pomembne razlike med povprečnima vrednostma ( $p = 0,002, p < 0,05$ ). Sprejemem tezo, ki pravi, da so

anketiranke, ki imajo vodstveno funkcijo ( $m = 4,25$ ), bolj zavzete od anketirank, ki te funkcije nimajo ( $m = 3,52$ ).

*Tabela 6: Parametrični t-test*

Postavka		Levenov test enakosti varianc		t-test enakosti povprečij		
		F	p-vrednost	t	df	p-vrednost
Zavzetost	Predvidevane enake variance	1.240	.270	-3.227	54	.002
	Predvidevane neenake variance			-5.285	4.661	.004

## 5 RAZPRAVA IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE ZAVZETOSTI ZAPOSLENIH V OE PATRONAŽNO VARSTVO MARIBOR

Z učinkovitim upravljanjem je mogoče ustvariti delovno uspešnost in ohraniti visoko raven delovne zavzetosti, kar vodi k višji stopnji delovne uspešnosti (Mone & London v Gurman & Saks, 2011, str. 133). V literaturi zasledimo različne ugotovitve številnih avtorjev o pomenu delovne zavzetosti. Tako so Shaufeli in Bakker (2004) ter Simpson (2009) ugotovili, da je delovna zavzetost pomemben sestavni člen zadovoljstva in dobrega počutja na delovnem mestu ter je močno povezana s fluktuacijo zaposlenih, poslovnimi rezultati (Harter et al., 2002, Mcleod & Clarke, 2009), finančno donosnostjo (Bakker, 2009), varnostjo in stopnjo umrljivosti bolnikov (Bargaliotti, 2012) ter rezultatov z vidika kakovosti zdravstvene nege (White, Wells, & Butterworth, 2014, str. 1640).

Raziskava je pokazala, da je v OE Patronažno varstvo Maribor 44 % zaposlenih zavzetih, 54 % nezavzetih in 2 % aktivno nezavzetih zaposlenih.

Glede na dobljeno stopnjo zavzetosti sem ugotavljala, katere trditve so bile najšibkejše oziroma najslabše ocenjene s strani anketirank. Izkazalo se je, da anketiranim najbolj primanjkuje pohvala oziroma priznanje za dobro opravljeno delo. Drugače povedano, primanjkuje jim zunanja motivacija.

Organizacija, ki želi delovati uspešno in učinkovito, potrebuje vodje, ki se zavedajo, da je za uspešno opravljanje dela motivacija izjemno pomembna. Ključno je, da vodja ne zahteva, ampak zaposlene spodbuja in jih pohvali (Allan, 1989, str. 109). Ugotovila sem, da je zaposlenim zelo pomembno, da se vodje zanimajo za njihov napredek. V patronažnem varstvu Maribor bo treba posvečati večjo pozornost temu področju kot doslej.

Iz analize anket je razvidno, da so potrebe zaposlenih v začetni fazi v večini zadovoljene. Faza, ki sledi, se nanaša na podporo v organizaciji in tukaj zasledimo prve možne izboljšave za večjo zavzetost zaposlenih. 53 % zaposlenih meni, da dobivajo premalo

možnosti delati tisto, kar najbolje znajo. Organizacija bi morala dati zaposlenim več možnosti, da bi izrazili svoj talent. Kar 37 % zaposlenih pa v zadnjih sedmih dneh ni dobilo pohvale ali priznanja za opravljeno delo. 39 % zaposlenih se jih srednje strinja, da njihovemu vodji ni vseeno za njih. 37 % zaposlenih se srednje strinja, da nekdo v organizaciji spodbuja njihov razvoj, in kar 18 % se sploh ne strinja s to trditvijo. Kljub temu da prevladuje višji odstotek zaposlenih, ki se s trditvami pozitivno strinja, pa je pomembno, da vodje organizacij namenijo pozornost tistemu delu anketirank, ki se ne strinjajo in težijo k izboljšavam na teh področjih. Sledi tretja faza, ki je predvsem pomembna za nadaljnje dosežke. Tukaj zaposleni dobijo potrditev o pripadnosti organizaciji in med sodelavci. 44 % zaposlenih se jih srednje strinja, da je njihovo mnenje upoštevano, medtem ko jih 16 % sploh nima tega občutka. 18 % anketirank na delovnem mestu nima najboljše prijateljice, 39 % pa se jih s to trditvijo srednje strinja. Vodje bi zaposlenim morali dati možnost, da spoznajo drug drugega. Samo tako lahko zaposleni med seboj stkejo tesne zaupne odnose, ki lahko posredno vplivajo na komunikacijo, zaupanje in druge pozitivne rezultate.

Vsekakor je treba poudariti pozitivne rezultate ankete, saj 69 % anketirank meni, da imajo občutek, da je njihovo delo pomembno za podjetje, ter celo 86 % anketirank meni, da njihove sodelavke delo opravljajo kakovostno.

V zadnji fazi, pri kateri se zadnji dve vprašanji nanašata na razvoj in rast posameznika v organizaciji, ugotavljam, da se v organizaciji z zaposlenimi premalo govori o njihovem možnem napredovanju oziroma razvoju. 35 % anketirank je podalo informacijo, da se v zadnjih šestih mesecih nihče na delovnem ni z njimi pogovoril o njihovem napredku, od tega pa je 42 % anketirank dejalo, da so bile deležne pogovora o njihovi prihodnosti. Sodeč po podatkih je v organizaciji dobro poskrbljeno za možnost učenja in rasti na delovnem mestu, saj je to informacijo podalo 76 % anketirank, le 2 % anketirank se s to trditvijo ni strinjalo in 21 % se jih je srednje strinjalo. Za izboljšanje zavzetosti v organizaciji se morajo vodje osredotočiti na svoje zaposlene. Organizacija oziroma odgovorni v organizaciji morajo svojim zaposlenim zagotoviti podporo.

V raziskavah so prišli do nekaj pomembnih rezultatov glede dviga zavzetosti zaposlenih. Ugotovili so, da je podpora v organizaciji ključnega pomena pri delovni zavzetosti. V študiji je moč videti, da skrb, povezana z zaznano podporo organizacije, ustvari občutek odgovornosti pri zaposlenih, ki v zameno izkazujejo višjo stopnjo delovne in organizacijske zavzetosti. Zato se morajo organizacije, ki želijo izboljšati delovno zavzetost, bolj osredotočiti na to, kako zaposleni dojemajo podporo, ki jo prejmejo od organizacije (Saks, 2006, str. 600–619).

Organizacijski programi, ki se ukvarjajo s potrebami in zaskrbljenostjo zaposlenih (npr. raziskave, ciljne skupine in programi za pobudo) in izkazujejo skrb za podporo (npr. urejanje fleksibilnega delovnika), lahko pomagajo, da bodo zaposleni v zameno izkazovali

višjo stopnjo zavzetosti. Naslednja pomembna praktična posledica za vodje je njihova potreba, da razumejo pomembnost družbene menjave za zavzetost zaposlenih. Zlasti vodje morajo zaposlenim zagotoviti sredstva in ugodnosti, zaradi katerih bodo le-ti v zameno izkazovali višje ravni zavzetosti. Kljub temu da ti predlogi poudarjajo pomen značilnosti delovnega mesta in družbene podpore, lahko za različne zaposlene obstajajo različni dejavniki. Zato pristop k zavzetosti zaposlenih po načinu »en model ustreza vsem«, ni najučinkovitejši. Vodje morajo vedno sami odkriti, katera sredstva in ugodnosti so najbolj zaželeni pri zaposlenih. Vodje morajo razumeti, da je zavzetost zaposlenih dolgoročen in nenehen proces, ki zahteva neprekinjeno medsebojno sodelovanje, saj se le tako lahko ustvari občutek obvezanosti in doseže stanje vzajemne soodvisnosti (Cropanzano & Mitchell v Saks, 2006, str. 614).

Poleg tega je treba na zavzetost gledati kot na široko organizacijsko in kulturno strategijo, ki vključuje vse ravni organizacije (Frank et al., 2004), številne ukrepe in korake (Shaw, 2005), ki zahtevajo vlaganje in sodelovanje vseh članov organizacije (Robinson et al., 2004) ter dosledno, neprekinjeno in jasno sporazumevanje (Kress v Saks, 2006, str. 615).

## **SKLEP**

Zavzetost zaposlenih je koncept, ki mu podjetja in organizacije posvečajo vedno več pozornosti. A dokler se vodstvo v podjetjih ne bo zavedalo pomembnosti koncepta in njegove kompleksnosti, v organizacijah ne bo prišlo do pozitivnih izboljšav. Zavzetost ni koncept, ki je sam po sebi umeven, je del načina poslovanja in ravnanja z zaposlenimi, za katerega so odgovorni prav vodilni. Na zaposlene morajo vplivati v tolikšni meri, da jih popolnoma zadovoljijo ter jih s tem pripravijo, da so za organizacijo pripravljeni narediti še veliko več kot samo oddelati svoj delovnik. Raziskava je pokazala, da zaposleni v OE Patronažno varstvo Maribor čutijo močan občutek pripadnosti svoji organizaciji in da jim nadrejeni dajejo občutek osebne vrednosti. Prav tako je zelo dobro poskrbljeno za strokovno izpopolnjevanje zaposlenih in rast na delovnem mestu. Zaposleni imajo tudi občutek, da je njihovo delo pomembno za organizacijo.

S pomočjo Gallupovega Q12 vprašalnika sem ugotovila stopnjo zavzetosti zaposlenih v OE Patronažno varstvo Maribor. Odstotek zavzetih zaposlenih je nižji od odstotka nezavzetih zaposlenih. Raziskava je pokazala, da je odstotek aktivno nezavzetih zelo nizek. Kljub majhnemu deležu aktivno nezavzetih je treba enako mero pozornosti nameniti tudi tej skupini. Tudi če je samo ena oseba v organizaciji aktivno nezavzeta, lahko v delovni sredini svoje nezadovoljstvo prenese na druge ter s tem vpliva na delovanje celotne organizacije.

Na podlagi zbranih podatkov sem ugotovila, da je najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na zavzetost zaposlenih v OE Patronažno varstvo Maribor, vodstvena funkcija zaposlenih. Tako lahko potrdim hipotezo, da so tisti, ki so na vodilnih delovnih mestih, bolj zavzeti kot

zaposleni, ki vodstvene funkcije ne opravljajo. Delovna doba v organizaciji, stopnja izobrazbe in starost nimajo statistično pomembnega vpliva. Na podlagi dobljenih rezultatov moram zavreči hipotezo, da starost pomembno vpliva na zavzetost zaposlenih, prav tako delovna doba in stopnja izobrazbe.

Iz raziskave je razvidno, da je zaposlenim zelo pomembno, da se vodstvo zanima za njihov napredek in da so deležni pohval za opravljeno delo. Anketiranim najbolj primanjkuje pohvala oziroma priznanje za dobro opravljeno delo in občutek, da je njihovo mnenje upoštevano. Ugotovila sem, da je to področje v organizaciji še precej šibko in v prihodnosti bo treba več pozornosti nameniti podpori zaposlenih.

Glede na dobljene rezultate bi bilo dobro v organizacijo uvesti nekatere spremembe. Na tedenskih strokovnih timih bi se lahko poleg obravnave tekočega dela in novic izpostavile tudi pohvale za dobro opravljeno delo. Dvakrat letno bi bilo treba uvesti individualne razgovore z zaposlenimi o možnosti njihovega napredka. To bi pomembno vplivalo na motivacijo zaposlenih in s tem prispevalo k večji zavzetosti za delo. Priporočljivo bi bilo, da bi zaposleni sodelovali tudi v fazah načrtovanja in organizacije dela. S tem bi začutili, da so soustvarjalci v delovnem procesu in da jih vodstvo ceni.

Spremembe se ne morejo zgoditi čez noč, pa vendar se z malimi koraki lahko veliko stvari izboljša in spremeni. Božidar Eržen je lepo povedal, da človek lahko doseže prav vse, če je iznajdljiv, vztrajen in usmerjen k izbranemu cilju z vsem svojim srcem in dušo.

## LITERATURA IN VIRI

1. Abraham, S. (2012). Job satisfaction as an antecedent to employee engagement. *SIES Journal of Management*, 8(2), 27–36.
2. Abualrub, R.F., & Alghamdi, M.G. (2012). The impact of leadership styles on nurses satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. *Journal of nursing management*, 20(5), 668–678.
3. Allan, J. (1989). *Kako razviti osebne veščine vodenja*. Ljubljana: Tangram.
4. Atefi, N., Abdullah, K.L., Wong, L.P., & Mazlom, R. (2014). Factors influencing registered nurses perception of the overall job satisfaction: a qualitative study. *International nursing review*, 61, 352–360.
5. Bakker, A.B., Schaufel, W.B., Leiter, M.P., & Taris, T.W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work and stress*, 22, 187–200.
6. Bamford, M., Wong, A.C., & Laschinger, H. (2013). The influence of authentic leadership and areas of worklife on work engagement of registered nurses. *Journal of nursing management*, 21(3), 529–54.
7. Baron, A. (2013). What do engagement measures really mean? *Strategic HR review*, 12(1), 21–25.
8. Becner, M. (2007). OE Medicina dela, prometa in športa. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 105–108). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
9. Bernot, M. (2007). Prikaz inovativnega vodenja oddelka in dela z zaposlenimi. Zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege »Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna«. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 52–59.
10. Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nurs Res*, 42(1), 36–41.
11. Brečko, D. (2008). *Karierni razvoj vodij v zdravstvu - predlog modela. Management v zdravstvu: odličnost vodenja in upravljanja*. Ljubljana: GV izobraževanje.
12. Bohinc, M. (1997). Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester. *Obzor Zdr N*, 31, 247–252.
13. Buckingham, M., & Coffman, C. (2005). *First, break all the rules: What the world's greatest managers do differently*. London: Pocket Books.
14. Cataldo, P. (2011). Focusing on employee engagement: How to measure it and improve it. Najdeno 2. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.kenanhttp://www.kenan-flagler.unc.edu/executive-development/about/~media/E93A57C2D74F4E578A8B1012E70A56FD.ashxflagler.unc.edu/executive-development/about/~media/E93A57C2D74F4E578A8B1012E70A56FD.ashx>
15. Cimete, G., Gencalp, N.S., & Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *J nurs care qual*, 18(2), 151–158.

16. Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, H.V. (2014). Workplace empowerment and nurses job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of nursing management*, 22(7), 855–871.
17. Choi, S.P.P., Cheung, K., & Pang, S.M.C. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses job satisfaction and intention to leave. *Journal of nursing management*, 21(3), 429–439.
18. Clemmer, J. (2008). *Učinkoviti vodja: brezčasna načela osebnega, poklicnega in družinskega uspeha*. Ljubljana: Tuma.
19. Cole, A.G., & Kelly, P. (2011). *Management Theory and Practice*. South-Western: Cengage Learning.
20. Covey, S.R. (2000). *Načela uspešnega vodenja*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
21. Czerw, A., & Graboski, D. (2015). Work Attitudes and Work Ethic as Predictors of Work Engagement among Polish Employees. *Polish psychological bulletin*, 46(4), 503–512.
22. Daft, L.R. (2012). *New era of management*. South-Western: Cengage Learning.
23. Dicke, C., Holwerda, J., & Kontakos, A. (2007). Employee Engagement: What do we really know? What do we need to know to take action? *Center of advance human resource studies*. Najdeno 18. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.uq.edu.au/vietnampdss/docs/July2011/EmployeeEngagementFinal.pdf>
24. Dimovski, V., Penger, S., & Peterlin, J. (2008). *Temelji managementa*. Pearson Education, Harlow.
25. Dimovski, V., Penger, S., & Žnidaršič, J. (2003). *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
26. Donik, B. (2006). Uvajanje sprememb in novosti v klinično prakso zdravstvene nege. V Filej (ur.), *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege* (152–156). Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
27. Drozg Borko, M. (2007). OE Medicina dela, prometa in športa ulica Talcev. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 109). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
28. Enciklopedija Slovenije (2002). 16. zvezek. Voglar, D. (ur.). Ljubljana: Mladinska knjiga.
29. Filej, B. (1992). Management v zdravstveni negi. *Obzor zdr N*, 26, 291–297.
30. Filej, B. (2007). *Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege – primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in varstvenih zavodov Slovenije*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
31. Fras, D. (2007). Patronažno varstvo v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 175–178). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.

32. Gallup, Inc. (2013). State of the global workplace: Gallup, Inc. Najdeno 23. 11. 2014 na spletnem naslovu <http://www.gallup.com/services/176708/state-american-workplace.aspx>
33. Grbec, V. (2003). Samostojni poklici v sistemu zdravstvenega varstva. *Obz Zdr N*, 37(4), 237–239.
34. Grbec, V. (1989). Timsko delo v procesu zdravstvene nege. *Zdravstveni obzornik*, 3–4, 123–127.
35. Grmec, Š. (2007). OE Nujna medicinska pomoč. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 181–186). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
36. Gurman, A.J., & Saks, M.A. (2011). Performance management and employee engagement. *Human resource management review*, 21, 123–136.
37. Hajdinjak, A., & Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
38. James, B. J., Mckechnie, S., & Swanberg, J. (2010). Predicting employee engagement in an age-diverse retail workforce. *Journal of Organizational Behavior*. Najdeno 10.5.2015 na spletnem naslovu <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.681/full>
39. Kert, S. (2007). OE Splošno zdravstveno varstvo. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 77–81). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
40. Kersnič, P. (1997). Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzor zdr N*, 31, 3–23.
41. Kisner, M., Rozman, M., Klasinc, M., & Pernat, S. (1998). *Zdravstvena nega*. Maribor: Obzorja.
42. Klemenc, D. (2008). Položaj in vloga menedžmenta v zdravstveni negi v zadnjih desetih letih s strani Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornik predavanj z recenzijo. *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi?* (str. 25–32). Podčetrtek: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcije medicinskih sester v menedžmentu.
43. Krajnc, A. (2007). Uprava zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor danes. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 195–200). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
44. Lehluante, A., Nilsson, A., & Edvardsson, D. (2012). The influence of a person-centred psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. *Journal of nursing management*, 20(3), 319–325.
45. Lobnikar, B., & Grom, V. (2011). *Osebna zavzetost zaposlenih – ključni dejavniki uspeha podjetja*. 30. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož.



46. Maurič, D. (2007). Organizacijska enota zdravstveno varstvo žensk (OE VŽ). V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 189–190). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
47. Maxwell, J.C. (2009). *Zlata pravila vodenja*. Ljubljana: Orbis.
48. McCaughey, D., McGhan, G., Walsh, M. E., Rather, T.C., & Belue, R. (2014). The relationship of positive work environments and workplace injury: Evidence from the national nursing assistant survey. *Health care manage rev*, 39(1), 75–88.
49. McGlynn, K., Griffin, M.Q., Donahue, M., & Fitzpatrick, J.J. (2012). Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model. *Journal of nursing management*, 20(2), 260–65.
50. McNeese Smith, D.K. (2000). Job stages of entry, mastery and disengagement among nurses. *J nurs adm*, 30(3), 140–147.
51. Medlin, B., & Green, K.J. (2008). The relationship among goal setting, optimism, and engagement: the impact on employee performance. *Proceedings of the academy of organizational culture, communications and conflict*, 13(1), 52–56.
52. Možina, S. (2002). *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
53. 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.
54. Možina, S., Bernik, J., & Svetic, A. (2004). *Osnove managementa*. Portorož: Visoka šola za podjetništvo.
55. Naruse, T., Sakai, M., Watai, I., Taguch, A., Kuwahara, Y., Ngata, S., & Murashima, S. (2013). Individual and organizational factors related to work engagement among home-visiting nurses in Japan. *Japan journal of nursing scienc*, 10, 267–272.
56. Northouse, G.P. (2001). *Leadership: Theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
57. Othman, N., & Nasurdin, M.A. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal of nursing managment*, 21(8), 1083–1090.
58. Prosen, M. (2010). Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzor Zdr N*, 44(2), 71–80.
59. Robertson-Smith, G., & Markwick, C. (2009). Employee engagement: A review of current thinking. *Institute for employment studies*. Najdeno 8. 8.2015 na spletnem naslovu <http://www.mas.org.uk/uploads/articles/Staff%20-engagement-current-thinking.pdf>
60. Robinson, D., Perryman, S., & Hayday, S. (2004). *The Drivers of Employee Engagement*. Najdeno 29. 11. 2015 na spletnem naslovu <http://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/408.pdf>
61. Rotich, K.R., Cheruiyot, K.T., & Korir, K.M. (2016). Effects of demographics on the relationship between optimism and work engagement among employees of State agencies in Kenya. *Journal of resources development and manegement*, 18, 32–42.

- Najdeno 7. 1. 2017 na spletnem naslovu <http://iiste.org/Journals/index.php/JRDM/article/view/29350>.
62. Rozman, R., Kovač, J., & Koletnik, F. (1993). *Menedžment*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
  63. Sajko, G. (2007). OE zobozdravstveno varstvo. V Završnik (ur.), *50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru* (str. 125–132). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
  64. Saks, M.A. (2006). Antecedents and consequences of employee. *Journal of managerial psychology*, 21(7), 600–619.
  65. Schaufeli, W., Salanova, M., Gonzales – Roma, V., & Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of happiness studies*, 3, 71–92.
  66. Seijts, H.G., & Crim, D. (2007). What engages employee the most or, the ten C's of employee engagement. *Ivey business journal*, march/april, 1–5.
  67. Skela Savič, B. (2004). *Organizacijska kultura, organizacijsko vedenje in kakovost vodenja v zdravstvu*. Management v zdravstvu: odličnost vodenja in upravljanja. Ljubljana: GV izobraževanje.
  68. Skela Savič, B. (2008). Ali vemo, kje smo in kaj potrebujemo na področju vodenja? V B. Skela Savič & B. M. Kaučič (ur.), *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu* (str. 11). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
  69. Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A., & Brložnik, M. (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*, 40(4), 247–252.
  70. Švigelj Rogelj, B. (2008). *Zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi na onkološkem inštitutu*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
  71. Tappen, R.M. (2001). *Nursing leadership and management: concepts and practice*. Philadelphia: FA Davis.
  72. Tavčar, M.I. (2000). *Razsežnosti managementa*. (Skripta za podiplomski študij). Visoka šola za management Koper. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta, Inštitut za razvoj managementa.
  73. Trincherio, E., Brunetto, Y., & Borgonovi, E. (2013). Examining the antecedents of engaged nurses in Italy: perceived organisational support (POS); satisfaction with training and development; discretionary power. *Journal of nursing management*, 21(6), 805–816.
  74. Vilman, L., & Žezlina, J. (2009). *Kaj motivira talentirane posameznike?* Energos. Najdeno 5. novembra 2014 na spletnem naslovu: <http://energossvetovanje.si/index.php?module=clanki&op=pokazi&clankiID=59#>
  75. Wagner, R., & Harter, J.K. (2006). *12: The Elements of great managing*. New York. Gallup Press.
  76. Wong, C.A., & Giallonardo, L.A. (2013). Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. *Journal of nursing management*, 21(5), 740–752.

77. Xu, J., & Thomas, T.H. (2011). How can leaders achieve high employee engagement? *Leadership & organization development journal*, 32(4), 399–416.
78. Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., & Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
79. Zaleznik, A. (2004). *Manager and Leaders: Are they different?* Harvard business review, january, 1–10. Najdeno na spletnem naslovu 13. avgusta 2015 <http://paarco.com/Articles/040507%20Managers%20and%20Leaders%20Are%20They%20Different.pdf>
80. Zavrl Džananović, D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzor zdr N*, 44(2), 117–125.
81. Završnik, J. (2007a). 50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
82. Završnik, J. (2007b). Dispanzer za otroke v Mariboru. V Završnik (ur.), 50 let Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca: 50 let organiziranega zdravstvenega varstva v Mariboru (151–159). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
83. *Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor*. Najdeno 23. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://www.zd-mb.si/index.php?id=12>
84. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. *Letno poročilo 2014*. (interno gradivo). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
85. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. *Naš dom zdravja*. (interno gradivo). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
86. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. *Statut Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor*. Najdeno 13. oktobra 2014 na spletnem naslovu [http://www.zdmb.si/fileadmin/Dokumenti/Osnovno\\_o\\_Zavodu/Statut\\_ZDM.pdf](http://www.zdmb.si/fileadmin/Dokumenti/Osnovno_o_Zavodu/Statut_ZDM.pdf)
87. Zupan, N. (2014). O zavzetosti zaposlenih. Konferenca o zavzetosti – 30. 9. 2014. Najdeno 10. novembra 2014 na spletnem naslovu <http://slidegur.com/doc/74856/dr.-nada-zupan>
88. Železnik, D. (2011). *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
89. Železnik, D. (2008). *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Najdeno 5. septembra 2014 na spletnem naslovu [www.zbornica-zveza.si](http://www.zbornica-zveza.si)



## **PRILOGE**



## KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketni vprašalnik .....	1
Priloga 2: Navodila za izboljšanje zavzetosti .....	3





## PRILOGA 1: Anketni vprašalnik

Spoštovani,  
veselilo bi me, da bi si vzeli nekaj minut in izpolnili vprašalnik, ki je pred vami. Vprašalnik je anonimen in je del magistrske naloge, kjer proučujem zavzetost zaposlenih v zdravstveni negi v OE Patronažno varstvo Maribor.

Za izpolnjevanje ankete in vašo iskrenost se vam vnaprej zahvaljujem.

Z lepimi pozdravi,

Petra Horvat

SPLOŠNI PODATKI O ANKETIRANCIH		
<b>1</b>	<b>Spol:</b>	
	Moški	
	Ženski	
<b>2</b>	<b>Starost:</b>	
	od 18 do 29	
	od 30 do 45	
	od 46 do 55	
	nad 55 let	
<b>3</b>	<b>Stopnja izobrazbe:</b>	
	Srednješolska	
	Višješolska	
	Visokostrokovna	
	Univerzitetna	
	Specializacija	
	akademska (magisterij, doktorat)	
<b>4</b>	<b>Delovna doba v organizaciji (vpiši)</b>	let
<b>5</b>	<b>Skupna delovna doba (vpiši)</b>	let
<b>6</b>	<b>Vodstvena funkcija</b>	
	Nimam	
	vodja posamezne enote	
	vodja organizacijske enote	
	ostale vodstvene funkcije	
<b>7</b>	<b>Vodstveno funkcijo opravljam (vpiši)</b>	let

V tabelah spodaj so navedene različne trditve. Z oceno od 1 do 5 izrazite svojo stopnjo strinjanja s trditvami. V kvadratek naredite križe, s katero trditvijo se najbolj strinjate.

- 1 – nikakor se ne strinjam
- 2 – se ne strinjam
- 3 – srednje se strinjam
- 4 – se strinjam
- 5 – zelo se strinjam

	<b>Trditve:</b>	1	2	3	4	5
01	Vem, kaj se pričakuje od mene na delovnem mestu.					
02	Na voljo imam ves material in opremo za ustrezno opravljanje svojega dela.					
03	Na delovnem mestu imam možnost, da vsak dan delam tisto, kar počnem najboljše.					
04	V zadnjih sedmih dneh sem prijel/-a priznanje ali pohvalo za dobro opravljeno delo.					
05	Mojemu nadrejenemu ali nekomu na delovnem mestu ni vseeno zame kot osebo.					
06	Na delovnem mestu je nekdo, ki spodbuja moj razvoj.					
07	Občutek imam, da na delovnem mestu upoštevajo moje mnenje.					
08	Zaradi poslanstva ali cilja podjetja imam občutek, da je moje delo pomembno.					
09	Moji sodelavci so zavezani k opravljanju kakovostnega dela.					
10	Na delovnem mestu imam najboljšega prijatelja/najboljšo prijateljico.					
11	V zadnjih šestih mesecih je nekdo na delovnem mestu govoril z mano o mojem napredku.					
12	V zadnjem letu sem imel/-a priložnost se učiti in rasti na delovnem mestu.					

## **PRILOGA 2: Navodila za izboljšanje zavzetosti**

Vsaka izmed dvanajstih trditev zagovarja primeren koncept, ki v združeni celoti predstavlja temelj za raziskavo zavzetosti zaposlenih. Tako je Harter (2013, str. 12–13 ) s sodelavci še temeljiteje pojasnil vsako trditev zase:

Trditev Q1: *Pričakovanja*. Opredelitev in razlaga rezultatov, ki jih je treba doseči, sta morda najbolj osnovni od vseh potreb zaposlenih in odgovornost vodij. Način, kako bodo ti rezultati opredeljeni in uporabljeni, se razlikuje od enote do enote glede na cilje te posamezne enote.

Trditev Q2: *Material in oprema*. Zagotoviti zaposlenim sredstva, s katerimi opravljajo svoje delo, je pomembno za povečanje učinkovitosti, kar zaposlenim zagotavlja, da je njihovo delo cenjeno ter da jih organizacija podpira pri njihovih zadolžitvah. Dober vodja upošteva ta vidik tako, da pomaga zaposlenim ugotoviti, na kakšen način njihove zahteve po materialu in opremi privedejo do pomembnih rezultatov.

Trditev 3: *Priložnost, da delam tisto, kar delam najboljše*. Pomagati ljudem, da se znajdejo v vlogah, v katerih lahko najbolj izkoristijo svojo nadarjenost, je nenehno delo velikih vodij. S spoznavanjem individualnih razlik na podlagi izkušenj in ocenjevanjem lahko vodja razporeja ljudi na položaje učinkovito, v okviru njihovih vlog in zunaj njih.

Trditev Q4: *Priznanje za dobro opravljeno delo*. Ko vodje povprašajo zaposlene, ki opravljajo delo na položajih z visoko stopnjo odgovornosti, ali se jim zdi, da prejema preveč priznanja za svoje delo, so le redki, ki na to odgovorijo pritrdilno. Drugi nenehni izziv vodij je razumeti, na kakšen način vsak posameznik potrebuje priznanje, kako to prenesti v realnost na osnovi uspešnosti ter kako to storiti večkrat.

Trditev Q5: *Nekomu na delovnem mestu ni vseeno zame*. Vsakomur lahko občutek da »nekomu ni vseeno« pomeni nekaj drugega. Najboljši vodje prisluhnejo posameznikom in se odzivajo na njihove edinstvene potrebe. Poleg tega najdejo povezavo med potrebami posameznika in potrebami organizacije.

Trditev Q6: *Spodbujanje razvoja*. Način usposabljanja zaposlenih lahko vpliva na dojemanje lastne prihodnosti. Če vodja z zagotavljanjem možnosti, ki so skladne s talenti zaposlenih, slednjim pomaga tako, da napredujejo kot posamezniki, bodo pri tem imeli korist tako zaposleni kot organizacija.

Trditev Q7: *Mnenje šteje*. Zahtevanje od zaposlenih, da vložijo svoj trud, in ob upoštevanju, da sprejmejo to odločitev, lahko pogosto pripelje do boljših odločitev. Razlog za to je ta, da so zaposleni pogosteje bližje posameznikom kot vodja ter tako tudi spremenljivkam, ki vplivajo na celotni sistem. Ko imajo zaposleni občutek, da so vključeni v sprejemanje odločitev, prevzamejo večjo odgovornost nad končnimi rezultati.

Trditev Q8: *Poslanstvo – namen*. Dober vodja pogosto pomaga ljudem, da ne vidijo samo namena svojega dela, temveč tudi, kako delo vsakega posameznika vpliva in se povezuje z namenom organizacije in njenimi rezultati. Opominjanje zaposlenih o vplivu celotne slike tega, kar počnejo vsak dan, je pomembno. To je lahko vpliv njihovega dela na stranke, varnost ali javnost.

Trditev Q9: *Sodelavci so zavezani h kakovosti*. Vodja lahko vpliva na to, do katere mere bodo zaposleni spoštovali drug drugega, in sicer tako, da izbere vestne posameznike, ki izkazujejo nekatere skupne cilje in metrike kakovosti, ter poveča pogostost interakcije zaposlenih.

Trditev Q10: *Najboljši prijatelj/prijateljica*. Vodje se izkazujejo po tem, do katere mere omogočajo ljudem, da se spoznajo na delovnem mestu, in po tem, ali cenijo tesne in zaupne odnose na delovnem mestu. Najboljši vodje ne pristanejo na zamisel, da je sklepanje prijateljstva na delovnem mestu prepovedano; nasprotno – ljudem dajejo možnost, da spoznajo drug drugega, kar je osnovna človekova potreba. To lahko posredno vpliva na komunikacijo, zaupanje in druge rezultate.

Trditev Q11: *Napredek*. Omogočanje strukturiranega časa za pogovor o napredku, dosežkih in ciljih vsakega zaposlenega je pomembno tako za vodjo kot zaposlene. Dober vodja se redno sestaja s posamezniki – da se od njih uči in jim daje napotke. S tem vzajemnim odnosom tako vodja kot zaposleni sprejemajo boljše odločitve.

Trditev Q12: *Učenje in rast*. Poleg tega, da zaposleni čutijo potrebo po priznanju za dobro opravljeno delo, ima večina zaposlenih potrebo po tem, da vedo, ali so napredovali in ali imajo možnost za to. Dober vodja izbere usposabljanje, ki koristi tako posamezniku kot organizaciji.