

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA VODENJA IN MANAGEMENTA ČLOVEŠKIH VIROV:
RAZISKAVA NA PRIMERU IZBRANEGA DOMA STAREJŠIH
OBČANOV**

Ljubljana, julij 2023

META PETERLE CENCELJ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Meta Peterle Cencelj, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza vodenja in managementa človeških virov: raziskava na primeru izbranega Doma starejših občanov, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem doc. dr. Simonom Colnarjem

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 plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.
11. da sem preverila verodostojnost informacij, ki izhajajo iz zapisov na podlagi uporabe orodij umetne inteligence.

V Ljubljani, dne _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 VODENJE.....	3
1.1 Opredelitev in pomen vodenja.....	3
1.2 Zgodovina teorij vodenja	4
1.3 Opredelitev vodenja v zdravstvenem sektorju.....	6
1.4 Model za vodenje zdravstvenega sektorja	8
1.5 VUCA model	9
1.5.1 Volatilnost	11
1.5.2 Negotovost.....	11
1.5.3 Kompleksnost	12
1.5.4 Dvoumnost	12
1.6 Najbolj tipične organizacijske strukture v zdravstvenem sektorju	12
1.6.1 Hierarhična organizacijska struktura	12
1.6.2 Mrežna organizacijska struktura.....	13
1.6.3 Matrična organizacijska struktura	13
1.7 Stili vodenja v zdravstvenem sektorju	13
1.7.1 Služnostno vodenje.....	13
1.7.2 Transakcijsko vodenje	14
1.7.3 Avtokratično vodenje	15
1.7.4 Transformacijsko vodenje	16
1.7.5 Demokratično vodenje.....	18
1.7.6 Vodenje brez vajeti.....	19
2 MANAGEMENT ČLOVEŠKIH VIROV	20
2.1 Opredelitev managementa človeških virov.....	20
2.2 Aktivnosti managementa človeških virov	21
2.3 Management človeških virov v zdravstvenih organizacijah	22
2.4 Dobre prakse managementa človeških virov v zdravstvenem sektorju.....	23
2.4.1 Švedska.....	25
2.4.2 Japonska	25
2.4.3 Manchester (Združeno kraljestvo).....	27

2.4.4	Avstrija	28
3	DOM STAREJŠIH OBČANOV	29
3.1	Dom starejših občanov nekoč in danes	29
3.2	Dom starejših občanov in Slovenija	30
3.3	Vladni ukrepi za izboljšanje stanja dolgotrajne oskrbe	31
3.3.1	Strategija dolgožive družbe	31
3.3.2	Strategija varstva starejših do leta 2010	32
3.3.3	Zakon o dolgotrajni oskrbi	33
4	PREDSTAVITEV IZBRANEGA DSO	34
4.1	Center DEOS.....	34
4.2	Center DEOS Notranje Gorice.....	35
5	EMPIRIČNA ANALIZA.....	35
5.1	Metoda in načrt raziskave	35
5.2	Oblikovanje anketnega vprašalnika	36
5.3	Oblikovanje intervjuja	40
5.4	Omejitve raziskave	40
6	ANALIZA RAZISKAVE	41
6.1	Analiza anketnega vprašalnika	41
6.1.1	Demografske značilnosti anketirancev.....	41
6.1.2	Rezultati vprašalnika o dejanskem stanju stila vodenja	43
6.1.3	Rezultati vprašalnika o zelenem stanju stila vodenja.....	46
6.1.4	Analiza vprašalnika za management človeških virov	48
6.1.5	Rangiranje stilov vodenja.....	49
6.1.6	Analiza intervjuja z direktorico Ano Petrič.....	51
6.2	Analiza raziskovalnih vprašanj temeljne teze.....	56
6.2.1	Raziskovalna vprašanja	56
6.2.2	Temeljna teza	58
7	PRIPOROČILA VODSTVU.....	58
	SKLEP.....	60
	LITERATURA IN VIRI.....	61
	PRILOGE	71

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vprašanja in primarna statistična analiza o trenutnem stanju vodenja- 1.sklop..	37
Tabela 2: Vprašanja in primarna statistična analiza o zelenem stanju vodenja-2.sklop.....	39
Tabela 3: Korelacija med stili vodenja pri dejanskem stilu vodenja.....	45
Tabela 4: Korelacija med stili vodenja pri zelenem stanju stila vodenja	47

KAZALO SLIK

Slika 1: Različni stili vodenja v zdravstvu v zadnjih letih	7
Slika 2: Model za vodenje javnega sektorja	9
Slika 3: VUCA silnice	10
Slika 4: Razmerje med zmogljivostmi pri MČV in ZIT z verjetnostjo uspešnih pobud	22
Slika 5: Organigram podjetja DEOS	34
Slika 6: Spolna struktura anketirancev	42
Slika 7: Starostna struktura anketirancev	42
Slika 8: Čas bivanja anketirancev v Centru.....	43
Slika 9: Nivo fizične samostojnosti anketirancev	43
Slika 10: Dejansko stanje dojemanje stila vodenja	44
Slika 11: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino starih med 65 in 70 let	45
Slika 12: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino tistih, ki živijo v Centru manj kot eno leto	46
Slika 13: Želeno stanje stila vodenja	47
Slika 14: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino tistih starih med 70 in 76 let	48
Slika 15: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino tistih starih med 83 in 89 let	48
Slika 16: Presek dejanskega in zelenega stanja	49
Slika 17: Ranžirna vrsta lastnosti stila vodenja od 1 do 6	50
Slika 18: Najbolj zaželen način komunikacije	50
Slika 19: Razlika med rezultati načina komunikacije in stilom vodenja.....	51

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Intervju: Ana Petrič, direktorica Centra DEOS Notranje Gorice	1
Priloga 2: Anketni vprašalnik.....	7
Priloga 3: Rezultati analize.	13
Priloga 4: P-testi korelacijske matrike	17

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško

AS – aritmetična sredina

DSO – dom starejših občanov

EMR – (angl. Electronic Medical Record); elektronska zdravstvena kartoteka

EU – (angl. European Union); Evropska unija

LMX – (angl. The leader-member exchange theory); teorija odnosa med vodjo in zaposlenim

MČV – management človeških virov

METI – (angl. The Ministry of Economy, Trade and Industry); Japonsko Ministrstvo za ekonomijo, mednarodno menjavo in gospodarstvo

MHLW – (angl. The Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan); Japonsko Ministrstvo za zdravje, delo in blaginjo

OECD – (angl. The Organisation for Economic Co-operation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

RS – Republika Slovenija

VUCA – (angl. Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity); Volatilnost, negotovost, kompleksnost, dvoumnost

WHO – (angl. World Health Organization); Svetovna zdravstvena organizacija

ZIT – zdravstvena informacijska tehnologija

UVOD

»Mlada, srednja in starejša generacija sestavljajo nedeljivo družbeno celoto. Razvoj, stabilnost in obstoj vsake družbe temelji na medgeneracijski solidarnosti« (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006). Za kakovostno starost morata biti izpolnjena dva pogoja. Ramovš (2003) opredeli ta dva pogoja tako. Prvi pogoj je ta, da upoštevamo celotnega človeka z vsemi njegovimi razsežnostmi in potrebami, zmožnostmi, možnostmi in nalogami, pri čemer damo več pozornosti tistim, ki so značilne za tretje življenjsko obdobje. Drugi pogoj je, da upoštevamo dejstvo, da je vsak človek edinstven in enkratni. Staranje prebivalstva je v Evropi dolgotrajen proces. Do njega prihaja zaradi nizke stopnje rodnosti, zaradi daljše pričakovane življenjske dobe in v nekaterih primerih zaradi migracijskih vzorcev.

Projekcije prebivalstva celo kažejo, da se bo staranje prebivalstva v naslednjih desetletjih pospešilo. S tem prihaja nešteto strateških, političnih izzivov (Eurostat, 2020). Čeprav ljudje, starejši od 55 let, predstavljajo več kot eno tretjino prebivalstva Evropske unije, še vedno ni zadostne socialne infrastrukture za reševanje naraščajočih potreb starejših. V nekaterih neevropskih državah je oskrba starejših osrednje družinska ali verska vrednota, v Evropi pa je oskrba starejših zapisana tudi kot steber socialnih pravic (Harris, 2022).

V svetu je na razpolago mnogo različnih vrst institucionalne oskrbe in tudi različnih drugih oblik pomoči, ki so namenjene oskrbi starejših. V našem prostoru prevladuje institucionalna oblika oskrbe z namestitvijo v domove starejših občanov (v nadaljevanju DSO) in izgleda, da bo institucionalna oblika prevladovala tudi v naslednjih letih. Razlogi za takšno politiko oskrbe starejših so zgodovinski, kulturni, tradicionalni, družbeni, politični in strokovni. Se pa stanje počasi spreminja in se vse bolj pojavljajo tudi alternativne oblike oskrbe, kar ponuja dobre možnosti za njeno raznolikost v prihodnosti. Alternativne oblike predstavljajo oskrbovana stanovanja, življenje v vaseh za starejše in življenje v skupnosti. Cilj alternativnih oblik je, da bi starejši lahko čim dlje bivali v prijaznem okolju, kjer bi jim bila zagotovljena ustrezna pomoč in podpora specializirane oskrbe (Gradišnik & Velnar, 2021).

Problematika z zaposlenimi v DSO se kaže v nezadovoljstvu zaposlenih in posledično zapuščanju sektorja dolgotrajne oskrbe. Nezadovoljstvo s plačilom, delovnimi pogoji in poklicnimi možnostmi so problemi, ki povečujejo fizični in duševni stres takega dela. Temu sledi nizko zaposlovanje ter splošno pomanjkanje delavcev v oskrbi starejših (Ejaz, Noelker, Menne & Bagaka's, 2008). Potreba po večjem zaposlovanju narašča, pa vendar je reforme za spodbujanje zaposlovanja izvajala le polovica držav Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. The Organization for Economic Cooperation and Development, v nadaljevanju OECD). Ob tem je bila večina pobud osredotočena na spodbude za ponovni vstop v sektor dolgotrajne oskrbe ali na izboljšanje njegove podobe. Japonski je uspelo med letoma 2011 in 2015 povečati število delavcev v dolgotrajni oskrbi za 20 %, kar dokazuje,

da je podpora programom dolgotrajnega usposabljanja za študente ali brezposelne lahko učinkovita. Druge države, kot so Izrael, Nizozemska in Združene države Amerike pa spodbujajo zaposlovanje na tak način, da zagotavljajo finančno podporo za takšna usposabljanja (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2020).

Turner (2019) pravi: »Analiza vodenja je bolj podobna gledanju skozi lečo kalejdoskopa kot lečo mikroskopa, saj se z vsakim obratom spremeni oblika in barva ter odtenek«. Čeprav imajo vse organizacije vodje, niso vse vodje učinkoviti. Na trgu dolgotrajne oskrbe je potreba, da celoten poklic dolgotrajne oskrbe dosega visoke ravni uspešnosti. Najboljši način za napovedovanje prihodnosti dolgotrajne oskrbe je, da jo ustvarjajo učinkovite vodje (Dana & Olson, 2007). Učinkovitost vodenja je uspešna ob izvajanju osebnega vpliva ene ali več oseb, ki imajo za posledico doseganje organizacijskih ciljev v povezavi s poslanstvom, hkrati pa željo pridobiti splošno odobritev zainteresiranih strani. V primeru, da zaposleni opazijo etično nerazsodnost vodje, bodo zaposleni po vsej verjetnosti začeli posnemati take vrste neetično vedenje. Zelo pomembno je, da se vodje zavedajo osebne odgovornosti, etike in morale (Saini, 2017).

Svetlik in Zupan (2009) obrazložita management človeških virov (v nadaljevanju MČV), kot filozofijo managementa, ki ljudem pripisuje ključno vlogo pri zagotavljanju konkurenčnosti in je podlaga za konkretne aktivnosti MČV in kot razvit model izvajanja kadrovske funkcije, pri katerem je poudarek na strateški vlogi človeških virov, ki presega funkcijsko obravnavanje, zato postaja MČV sestavni del managementa podjetij (Svetlik & Zupan, 2009). Dokazov, ki nakazujejo, da prispevek različnih praks MČV lahko prispeva k vplivu na uspešnost podjetja v obliki sinergij, je vedno več. Je pa odvisen od številnih kontekstualnih dejavnikov, vključno s klimo na delovnem mestu. Da bi bile politike in prakse MČV učinkovite, morajo biti te skladne z drugimi vidiki organizacije, vključno z okoljem. O tem govori perspektiva teorije nepredvidljivih dogodkov (Rondeau & Wagar, 2001).

Namen magistrskega dela je preučiti, analizirati in razumeti zadovoljstvo in preference uporabnikov, stil vodenja in politike MČV v Centru DEOS Notranje Gorice. Cilj magistrskega dela je raziskati povezavo med vodenjem, MČV in zadovoljstvom uporabnikov DSO, zato bom izvedla raziskavo v Centru DEOS Notranje Gorice in preučila, če vodenje in MČV pripomoreta h kvalitetnejšemu bivanju stanovalcev DSO. Preko teoretičnega in raziskovalnega dela bom poizkusila najti odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja. Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne so dobre prakse v svetu na temo vodenja in MČV v DSO po svetu? Raziskovalno vprašanje 2: Kateri ukrepi so v Sloveniji prisotni za naslavljanje vseobsegajoče problematike DSO (primanjkovalje kadra, vodenje, staranje prebivalstva)? Raziskovalno vprašanje 3: Kako bi morali biti DSO organizirani, da bi bilo zadovoljstvo stanovalcev večje? Raziskovalno vprašanje 4: Kako stil vodenja vpliva na zadovoljstvo stanovalcev v DSO? Raziskovalno vprašanje 5: Kako načini praks MČV vplivajo na zadovoljstvo stanovalcev v DSO? Odgovori na raziskovalna vprašanja mi bodo

pomagali odgovoriti na temeljno tezo magistrskega dela: Vodenje in MČV v Centru DEOS Notranje Gorice pripomoreta h kvalitetnejšemu bivanju stanovalcev Centra.

1 VODENJE

1.1 Opredelitev in pomen vodenja

V današnjem vedno bolj dinamičnem svetu se vodje postavlja pred mnoge izzive. Raznolikost in kompleksnost sta dva pojma, ki dobro prezentirata vodenje. Ali so trenutni načini vodenja res primerni za današnje organizacije in podjetja? Kdo je vodja? Ali lahko vsak postane vodja? Kaj danes delajo organizacije za razvoj jutrišnjega vodenja? Ali obstaja univerzalni pristop vodenja? Z željo po odgovorih na ta vprašanja je Avery (2004) predstavila različne primere evropskih, avstralskih in ameriških študij, ki predstavljajo tako zelo različne načine vodenja, a hkrati so vsa zelo uspešna.

Razumeti vodenje je izziv iz različnih razlogov. V začetku nastane problem, saj ne obstaja neka definicija vodenja, s katero bi se vsi strinjali. In to nam otežuje pogovor o konceptu vodenja. Nekateri enačijo vodenje z managementom, nekateri se referirajo na preteklost, sedanjost in prihodnost, ko govorijo o vodenju. Dva zelo različna konteksta v povezavi z vodenjem sta, ko se organizacija nahaja v stabilnem okolju ali, ko pride do turbulentnega obdobja z mnogimi spremembami. Današnje organizacije delujejo v izjemno spreminjajočem se kontekstu, kompleksnost in negotovost sta prisotna na vseh nivojih. Organizacije postajajo bolj kompleksne, saj ljudje delajo od doma, zaposleni imajo fleksibilni delovni čas, organizacije so vse bolj različne, globalno pa si postajajo bolj podobne (Avery, 2004).

So ljudje, ki imajo sposobnost voditi in navdihovati druge, da pridejo do zelenega cilja in povečajo produktivnost (Chan in drugi, 2015). Vodenje kot sposobnost vplivanja na druge ljudi, da sodelujejo v prizadevanjih za doseganje skupnih ciljev, tako vodenje definirajo Rozman, Kovač in Koletnik (1993). Yukl (2002) opredeljuje vodenje kot »proces vplivanja na druge, razumeti in se strinjati o tem, kaj je treba storiti in kako to narediti, ter o procesu omogočanja individualnih in skupnih prizadevanj za doseganje skupnih ciljev«. Rezultate, učinkovite vodje dosegajo z navdihovanjem sledilcev ter z usposabljanjem in poučevanjem, z namenom, da razvijejo veščine (Dana & Olson, 2007).

Opredeliti in prepoznati lastnosti, ki jih organizacija potrebuje za uspešno vodjo, je lažje kot najti in prepoznati osebo, ki bi imela vse te potrebne lastnosti za uspešnega vodjo. Vodenje ni abstrakten proces. Z željo po doseganju cilja, se odvija zapleten proces odnosov in komunikacija med ljudmi, medtem vodja motivira in se trudi vplivati na posameznike, da bi dosegli skupne cilje. Vodja bo poleg truda, ki ga vlaga v odnose, poizkusil te skupne cilje uresničiti z določanjem strategije, s prenosom dela svojih pooblastil in bo poskrbel za vključevanje zaposlenih. V prej omenjenem primeru gre za izvršnega direktorja, v

naslednjem primeru pa za vodjo oddelka, direktorja. Ti bodo v uradnem izvršilnem procesu, za katerega so odgovorni v določeni enoti ali področju, prevzemali preneseno odgovornost. Kritični trenutek se pojavi takrat, ko v različnih enotah vodijo tisti, ki niso vodje. S temeljno predpostavko, da mora vodenje vključevati tudi druge pri doseganju skupnega cilja, se v praksi zgodi, da lahko kdorkoli prevzame odgovornost za uresničevanje tega cilja (Turner, 2019).

1.2 Zgodovina teorij vodenja

Začetnik sodobne teorije vodenja je Stogdill (1948), in sicer s teorijo lastnosti vodenja. Ta teorija v bistvu povezuje vodstvene sposobnosti in učinkovitost s sposobnostjo vodje in njegovimi lastnostmi, kot so asertivnost, znanje, ekstrovertiranost in odločnost. V preteklosti se raziskovalci niso zedinili o tem, ali so vodstvene sposobnosti dedno pogojene ali se lahko privzgojijo. Od leta 1955 do 2000 se je teorija o lastnostih vodenja razširila na teorijo vodstvenih sposobnosti in kompetenc. Teorija vodstvenih sposobnosti in kompetenc trdi, da je potrebno določeno časovno obdobje za razvoj vodstvenih kompetenc. Tehnične, človeške in konceptualne veščine sestavljajo vodstvene veščine. Po teh dveh teorijah je raziskovalce pritegnila motivacija vodij, zanimali so jih dejavniki motivacije za vodstveno vedenje, poimenovano teorijo profila vodilnih motivov. Teoriji lastnosti so dodali še literaturo o čustvih in vodenju. Njihova teza je bila, da čustvena inteligenca doprinese k učinkovitemu vodenju (Bhattacharyya & Jha, 2018).

Druga šola teorije vodenja govori o vzorcu vedenja vodij, o opaznih stilih vodenja in dejavnosti vodje, ko gre za odnos z zaposlenimi ter doseči cilj. Vedenjska teorija vodenja pokriva vse študije, ki se poglobljajo v vidike vodij. Vodje se da razdeliti v dve skupini, v vodje usmerjene v naloge in uspešnost in vodje, ki so usmerjeni v odnos in ljudi. Vodje, ki so bili usmerjeni na obe področji, so bili bolj uspešni. Korak dlje je naredila teorija vedenja vodstvenega nagrajevanja in kaznovanja, z nagrajevanjem in kaznovanjem zaposlenih. Čas je prinesel opolnomočenje zaposlenih, kar je privedlo do koncepta participativnega vodenja. Zaposleni so izražali svoja mnenja, ki so imela vpliv na vodenje. Prav tako je ta koncept prinesel v organizacije strukturno in psihološko opolnomočenje. S tem, ko je nastopila višja stopnja opolnomočenja, se je vodstvena funkcija porazdelila. Z deljenimi vlogami se je razvil koncept deljenega vodenja. Izvajanje deljenega vodenja so poimenovali strateško deljeno vodenje (Bhattacharyya & Jha, 2018).

Tretja teorija vodenja je bila situacijska teorija vodenja. Ta teorija v glavnem zajame kontingenčno teorijo, teorijo cilja poti, teorijo normativnega odločanja, teorijo kognitivnih virov, teorijo življenjskega cikla in teorijo zamenjave vodenja. Vodenje je v nekem časovnem intervalu razširilo koncept in proces stran od osredotočenega pristopa. Na vodenje se je začelo gledati kot na interakcijo vodje z zaposlenimi. Teorija je poimenovana kot teorija socialne izmenjave. Sledi teorija vertikalne diadične povezave, kjer vodje gradijo odnos ena na ena s sledilci. Pri teoriji odnosa med vodjo in zaposlenim (angl. The leader-member

exchange theory- LMX) pa so raziskovalci predlagali, da so pomembni tesni odnosi med vodjo in zaposlenimi znotraj skupine. Uhl-Bien (2006), Brower, Schoorman in Tan (2000), Cunliffe in Eriksen (2011) so se osredotočali na odnos vodje-član, na samo intenzivnost in naravo medosebnega odnosa, zanimal pa jih je tudi družbeni konstrukt vodenja, to predstavlja teorija relacijskega vodenja. Zatem so Dansereau in drugi (1995), Yammarino in Dansereau (2002) predstavili individualizirano vodenje, ki prinaša občutek lastne vrednosti in lastni razvoj zaposlenega v dobrobit organizacije. Na pomembnosti je začelo pridobivati znanje in odločanje, tako je družba postala bolj informacijsko usmerjena (Bhattacharyya & Jha, 2018).

Teorija vodenja v obdelavi informacij in odločanja pričakuje od vodij, da pride do soglasja, preden se sprejme odločitev. Vodja mora ugotoviti s konsenzom, doslednostjo in posebnostjo pri vedenju, ali vedenje sledilca povzročajo notranji ali zunanji dejavniki. Ko se je raziskovalo v tej smeri, je prišlo do razvoja vodstvene literature, ki je v ospredje postavila interakcijo med vodjo in sledilcem ter sledilcem s sledilci. Ta šola razmišljanja je postavila neokarizmatično teorijo. Vodenje kot kontinuum je od transformacijskega do laissez-faire vodenja kot dve skrajnosti, vmes pa postavljajo transakcijsko vodenje. Tako sta gledala na vodenje Antonakis in House (2013). Neoklasične teorije so skozi dela Choija in Mai-Daltona (1998), De Cremerja in van Knippenberga (2005) povezovala vodenje s samopožrtvovalnostjo. S samopožrtvovalnostjo so vodje lep zgled svojim sledilcem. Do nje so vodje prišli med procesom transformacije. Pri postavljanju ideologij je potrebno upoštevati kontekstualne praktične vidike. To predstavlja osnovo za ideološke in pragmatične teorije vodenja. Literatura o vodenju se je razvijala skozi leta še naprej (Bhattacharyya & Jha, 2018).

Marsikatera teorija o vodenju opredeli kontekst situacije vodje kot največji vpliv na uspešnost ali neuspešnost vodje pri vplivanju na sledilce. Model situacijskega vodenja ali teorija življenjskega cikla govori o petih vedenjskih profilih, na katere se vodje adaptirajo. Ta teorija predlaga dve vrsti vedenja, za katera je pomembno, da se vodje osredotočijo nanje. Prva je upoštevanje sledilcev, to vodja naredi s tem, da ima vodja odnos z njimi na osebni ravni. Druga pa je iniciativna struktura, kjer vodja poudarja produktivnost, roke in procese (Urlick, 2022).

Vodja, ki poudarja upoštevanje sledilcev, bo veliko svojega časa in pozornosti namenil sledilcem, da jih spozna. Lahko nameni več časa za odnose kot delovne naloge. Pogosto je tak vodja topla in prijazna oseba. Vodja, ki bo dal večji poudarek iniciativni strukturi, pa bo večino svojega časa posvetil opravljenemu delu in rezultatom, ki ga bodo uspešno opravljene naloge prinesle. Tema dvema dimenzijama, upoštevanju in iniciativni strukturi dodamo tri kategorije, visoko, srednje in nizko, kar pripelje do petih profilov vodja-manager. V primeru visoko-visoko, če vodja poskrbi za zahteve in lepe odnose s svojimi sledilci, hkrati pa je aktiven še pri podpori delovnega okolja. V primeru, da je vodja zelo direkten in ni pozoren na odnose, po drugi strani pa ni osredotočen na dejavnosti, ki prinašajo vpliv in rezultate, pa gre za nizko-nizko (Urlick, 2022).

1.3 Opredelitev vodenja v zdravstvenem sektorju

Bistvena praksa zdravstvenega sektorja je vodenje, ki ima pomemben vpliv (Turner, 2019). Vodje so ključne za uspeh zdravstvenih sistemov in za vizijo preoblikovanja zdravstvenega varstva (Block & Manning, 2007). Različni pristopi k vodenju in kakšne rezultate ti prinašajo na splošno, so bile pogosto teme raziskovanja. Znotraj področja dolgotrajne oskrbe pa je bilo malo narejenih raziskav (Dana & Olson, 2007). Edinstvenost in kompleksnost vodenja in upravljanja dolgotrajne oskrbe predstavlja množico različnih vrst storitev. Starejši imajo različne zahteve, na drugi strani pa ima vodstvo priložnostne izzive za uresničitev vseh teh zahtev. V primeru odsotnosti stila vodenja in usmeritve s strani vodje, pa ima to za posledico nizko moralo in pomanjkanje zanimanja za delo (Hayes, 2000).

Politika se je v preteklosti pogosto srečevala z vprašanjem, kako razviti vodstvene sposobnosti, domišljijo in strategije ter prenovi zdravstvenih organizacij. In ko bi te stvari določili, bi začeli izvajati politične ukrepe. To vprašanje ostaja ob problematiki dolgotrajne oskrbe zelo pomembno še danes. Zadovoljivo vodenje se kaže kot ena od rešitev. Zdravstveni sektor se sooča z mnogimi problemi in po svetu se vrstijo pozivi k boljšemu vodenju in bolj prisotnem vodju. Prednostna naloga politike in zdravstvenega sektorja je prilagoditev kompleksnemu zdravstvenemu okolju na način, da se prepozna ustrezen koncept (Turner, 2019).

Na zagnanost, uspešnost in ljudi v organizaciji, ki se ukvarjajo z zdravstveno nego, neposredno vpliva vodenje. Ob tem pa imajo medicinske sestre največji vpliv na oskrbo pacientov in njihovo počutje, saj lahko vplivajo pozitivno ali negativno na paciente (St. Catherine's University, 2021). Ni zdravstvenih storitev brez zdravstvene delovne sile, to je univerzalna resnica. Da bi bile zdravstvene storitve zagotovljene, potrebujemo pravo vodstvo na pravem mestu in ob pravem času, s pravo stopnjo sposobnosti in verodostojnosti, saj bo le tako vodenje učinkovito (Turner, 2019). Zgodil se je premik poudarka vodenja z odbora na oddelek, z oddelka na skupnost, z željo po decentraliziranem, vključujočem vodenju, saj je vodenje v zdravstvu lahko učinkovito šele, ko je vključujoče in sodelovalno (West, Lyubovnikova, Eckert & Denis, 2014).

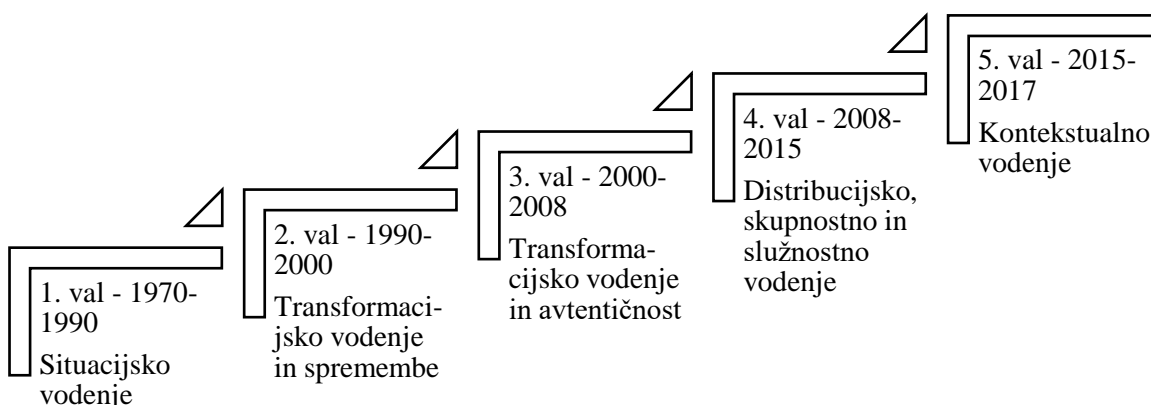
Vrsta organizacijske strukture, ki skrbi za družbene potrebe in potrebe skupnosti, vpliva na vodenje v zdravstvenem sektorju (De Leeuw, 2017). Na vodenje v zdravstvu vplivajo zunanje sile. Družbeno-ekonomske spremembe, imajo vpliv na to, kateri stil vodenja družba prepozna kot potrebnega ali zaželenega. Na vodstvene sposobnosti, ki so potrebne, bodo prilagojene vplivale na posebne potrebe organizacij zdravstvenega sektorja. V tem pogledu je vodenje v zdravstvenem sektorju kontekstualno. Poleg zunanjih sil vpliva na vodenje notranja organizacijska dinamika (Turner, 2019).

Teorije vodenja, ki so se v preteklosti uporabljale v zdravstvenem sektorju in tiste, ki se pojavljajo danes, močno odražajo tiste teorije vodenja, ki se nanašajo na druge sektorje (Parker, 2013). Z leti se je razumevanje narave vodenja v zdravstvu povečalo. Pristopi k

vodenju v zdravstvu so se razvijali, tako je možno prepoznati vrste stilov vodenja. Primarna žarišča poslovne in vodstvene literature sta zasedla transformacijsko in karizmatično vodenje in sta na enem koncu spektra. Na drugi strani pa se nahajajo služabniško, participativno in porazdeljeno vodenje. V zgodnjem dvajsetem stoletju nastopi »veliki človek«. Zatem je te teorije nadomestilo vplivno transformacijsko vodenje (Turner, 2019).

V prvem valu, od leta 1970 do 1990 je prišlo v ospredje situacijsko vodenje. Ena najbolj znanih teorij na področju managerskega vodenja je teorija situacijskega vodenja, pa čeprav je najmanj utemeljena, pogosto je odsotna empirična podpora teoriji. Teorija situacijskega vodenja pravi, da dosežemo optimalen slog nadzora ob določeni kombinaciji osredotočenosti med odnosom z vodjo in osredotočenostjo z odnosom do naloge, ki jo mora izvršiti vodja. Ta optimalen slog nadzora pa je pogojen z dano stopnjo zrelosti podrejenega, v kombinaciji predanosti in usposobljenosti podrejenega (Thompson & Vecchio, 2009). Slika 1 prikazuje različne stile vodenja v zdravstvu v zadnjih nekaj desetletjih in odseva vpliv dogajanja v drugih sektorjih

Slika 1: Različni stili vodenja v zdravstvu v zadnjih letih



Prيرهjeno po Turner (2019).

V drugem valu med leti 1990 in 2000 se zgodi sprememba. Iz teorije situacijskega vodenja se vodenje v zdravstvu premakne v transformacijsko vodenje. Transformativni stil vodenja temelji na etiki in združuje pomemben odnos do vrednot in rezultatov. To doseže z optimizacijo daljšega interesa deležnikov in družbe s spoštovanjem moralnih dolžnosti, ki jih organizacije opravljajo v odnosu do svojih deležnikov. Če vodjem uspe pokazati moralo in etiko po najvišjih standardih do svojih podrejenih, si bodo zaslužili zaupanje in sledenje drugih (Ciulla, Price & Murphy, 2005).

V tretjem valu od leta 2000 do 2008 se transformativnemu vodenju priključi še avtentičnost. Avtentičnost kot pojem se da izslediti že v starogrški filozofiji in se kaže v grškem aforizmu » Spoznaj samega sebe«. Ta aforizem je bil vpisan v Apolonov tempelj v Delfih (Parke &

Wormell, 1956). Etimološko ima beseda avtentičen (gr. authento) grške korenine, kar pomeni »imeti polno moč« (Trilling, 1973). V četrtem valu med leti 2008 in 2015, pa se opazi premik od posameznika k družbi. Distribucijsko, služnostno in skupnostno vodenje - pri vseh treh stilih vodenja posameznik stopi v ozadje (Turner, 2019).

V petem valu med letoma 2015 in 2017 pa nastopi kontekstualno vodenje. Kljub temu, da je okoli leta 2014 postalo kontekstualno vodenje ena od tem, ki je požela veliko zanimanja, ni nekega skupnega dogovora o tem, kaj točno je kontekst za vodenje (Ayman & Adams, 2010). Sam kontekst predstavlja pomemben moderacijski situacijski dejavnik učinkov vodenja, ustvarja mednivojske učinke na vodenje. Prav tako predstavlja dražljaje za procese vodenja in vpliva na osnovne stopnje pojavljanja vodje. Predstavlja čas in kraj, v katerem poteka vodenje (Burak, 2018).

Nekatere univerzalne značilnosti dolgotrajne oskrbe, ki imajo vpliv na pristope vodenja, vključujejo (Dana & Olson, 2007):

- pomen ustvarjanja organizacijske kulture, ki spodbuja skrb za sočloveka,
- zelo občutljiva in delovno intenzivna narava zagotavljanja dolgotrajne oskrbe in storitev,
- potrebo po osebnem modeliranju sočutne perspektive za potrebe drugih in grajenje odnosov pri osebju,
- močno občutljivost in delovno intenzivnost pri zagotavljanju dolgotrajne oskrbe,
- močno regulativnost in reaktivno okolje,
- pogosto menjavo direktorja zdravstvene nege in drugih pomembnih funkcij,
- delovno silo, ki je pretežno neprofesionalna, zato je prisotna visoka fluktuacija zaposlenih,
- zaradi sploščene organizacijske strukture so dobre vodstvene sposobnosti vodje še toliko bolj pomembne,
- da lastniki in managerji na ravneh podjetij težko pokažejo razumevanje in občutljivost do kompleksnosti vsakodnevnih operacij in spreminjajočega se okolja.

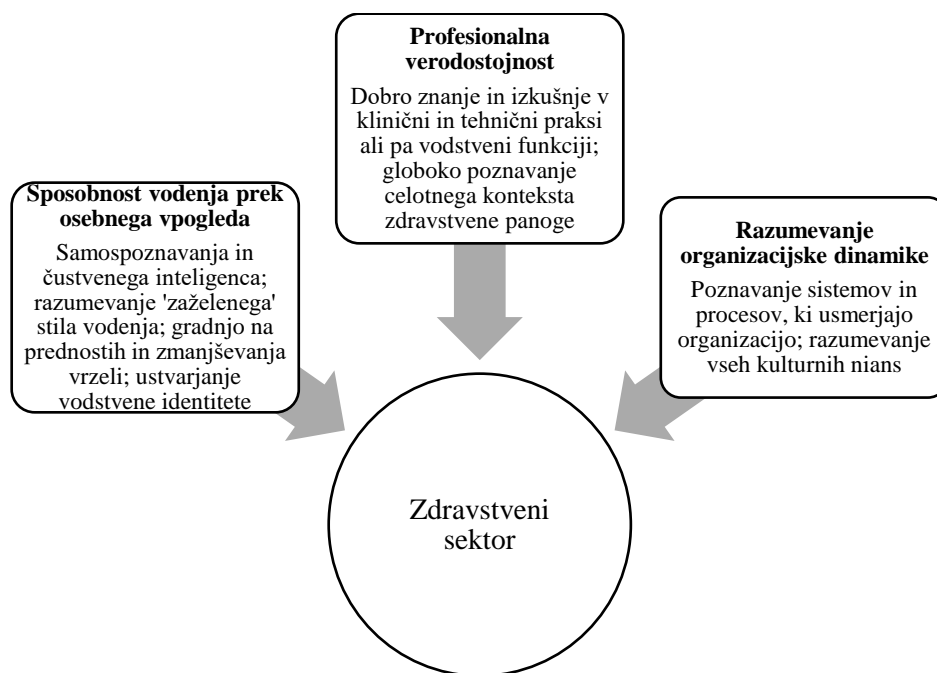
1.4 Model za vodenje zdravstvenega sektorja

Zdravstvene organizacije so potrebne preoblikovanja. V preteklosti se je pogosto ukvarjalo z naravo vodenja in kakšne rezultate je potrebno doseči, danes pa se vse več govori o vlogi uspešne vodje, ki bo dosegla ta preboj. Vodje v zdravstvenem sektorju so soodgovorni pri določanju strategije, določajo smer, motivirajo in navdihujejo, predvsem pa ima učinkovito vodenje glavni pomen. »Bistveno je, da vodje v zdravstveni oskrbi v svojo dejavnost vnesejo razumevanje tako kliničnega kot organizacijskega sveta« (Baldwin, Dimunation & Alexander, 2011). Zaželeno je, da ima vodja poleg organizacijskih sposobnosti in kompetenc, visok nivo komunikacije in tudi vrline, kot so: sočutje, pogum, predanost in skrb. S tem, ko imajo dejanja vodje učinek na nešteto življenj, pride pomembna človeška

odgovornost, ki ustvarja intenzivno raven nadzora za tiste, ki so vodje v zdravstvenem sektorju (Reed, 2009).

Slika 2 prikazuje tri področja. Ustvarjanje »voditeljske identitete« in razvoj sposobnosti z osebnim vpogledom spadajo pod prvo področje. Na to pot vodja stopi, ko začne razumevati zahteve vodstva. S čustveno inteligenco, empatijo in sposobnostjo sodelovanja ter komuniciranja bodo najlažje dosegli prej omenjene točke. Drugo področje je strokovna verodostojnost, ki je poseben vidik zdravstvenega sektorja in zahteva poudarek. Tretje področje pa je bolj univerzalno, saj gre za vodstvene dejavnosti, ki niso vezane na določen sektor. Tu gre za razumevanje organizacijske dinamike in vedenja. Organizacijska dinamika je sestavljena iz sil, ki imajo vpliv na strukturo, delovanje organizacije, na njen odziv, na priložnosti ali grožnje. Določa pa jih strategija, politika, kultura, jezik in proces. Oblikuje jo lahko nacionalna ali regionalna zdravstvena politika (Turner, 2019).

Slika 2: Model za vodenje javnega sektorja



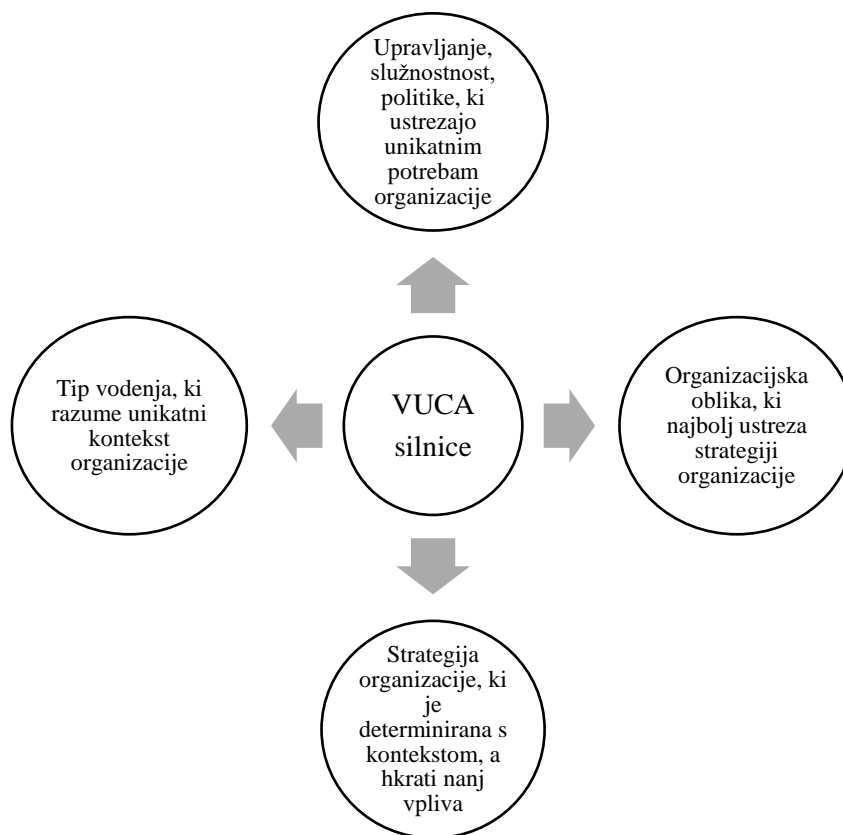
Prirejeno po Turner (2019).

1.5 VUCA model

V zdravstvenem sektorju se po geografskih območjih dogajajo pomembne spremembe in to na več ravneh. V teh spremembah je možno zaznati željo po izboljšanjem zdravju prebivalstva in boljši izkušnji oskrbe ter stroškovni učinkovitosti. Izzivi, s katerimi se sooča zdravstveni sektor, so privedli do tega, da so sedaj številne organizacije zdravstvenega sektorja sestavljene bolj kompleksno, bolj strokovno. Vodje v zdravstvenem sektorju morajo razumeti to stanje, da bodo najbolje uresničevali svoje poslanstvo. V pomoč jim je velika količina raziskav in analiz, ki so vzele pod drobnogled zdravje in rešitve za izzive

dolgotrajne oskrbe, prav tako področje vodenja in upravljanja ljudi. Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organization, v nadaljevanju WHO) je izvedla vrsto raziskav, na področju zdravstvenega sektorja leta 2004, 2006, 2012, 2016 in 2017 (World Health organization, 2001). Tu so še študije, ki jih izvajajo nacionalne zdravstvene organizacije. Ob tem pa ne smemo pozabiti na izjemno delo akademikov (Frenk, 2010). VUCA (angl. Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity, v nadaljevanju VUCA) silnice so predstavljene na sliki 3 (Turner, 2019).

Slika 3: VUCA silnice



Prerejeno po Turner (2019).

Pomembno je, da vodje razumejo sile, ki vplivajo na zdravstveni sektor. Ker hitro prihaja do sprememb, sledi posledično pritisk, tako da je potrebno poiskati načine, ki so primerni za vsako okolje. Volatilnost, negotovost, kompleksnost in dvoumnost, predstavlja akronim VUCA. Zdravstveno varstvo je v stanju spreminjanja in ta model poizkuša predstaviti vse te sile, ki vplivajo na organizacijo. Ko pogledamo iz organizacijskega smisla, obstajajo štiri ključne kategorije. V prvo spada upravljanje, skrbništvo in politične odločitve. V drugo kategorijo strategija, ki predstavlja odziv organizacije na prevladujoče sile. V tretjo pa

organizacijska zasnova, četrta kategorija vključuje slog in vrsto vodenja, ki sta potrebna za uspeh (Turner, 2019).

1.5.1 Volatilitnost

Volatilitnost je bila značilna v mnogih nacionalnih zdravstvenih sistemih. Predvsem takrat, ko je bila povečana negotovost in volatilitnost v zdravstvenem sektorju zaradi recesije, kreditnega krča in reform (Burik, 2010). Zdravstveni sektor poizkuša standardizirati sisteme, kar pa je ob hitro se spreminjajoči tehnologiji težje. Volatilno je povezana z gospodarstvom, politiko, geopolitiko in se navezuje na vsa različna nihanja v povezavi s temi pojmi. Tu nastopi težava prepoznavanja in opisovanja teh sprememb v okolju, saj je bilo v preteklosti veliko več gotovosti v t.i. stabilnem svetu. V hitro spreminjajočem se svetu pretekle izkušnje in prakse ne prinašajo rešitev za obstoječo problematiko (Codreanu, 2016). Spreminjajo se tudi stališča o ciljih zdravja in o načinih, kako jih doseči. Volatilitnost, ki jo poznamo v zdravstvenem sektorju, izhaja iz makroekonomskih, političnih in družbenih sprememb, ki se dogajajo na mikro ravni. Prav tako se volatilitnost dogaja v posameznih institucijah (Upton & McDonald, 2017).

1.5.2 Negotovost

Živimo v negotovem okolju. Toleranca do negotovosti je postala standard. Na negotovost je potrebno odgovoriti s pozitivnostjo, generativnostjo in produktivnostjo. Če pa gledamo na negotovost negativno, pa nam lahko prinese negativno izkušnjo, ki ima lahko tudi duševne in fiziološke posledice, kot npr. tesnobo in strah. To lahko privede do zmanjšanja ustvarjalnosti in uspešnosti. Ljudje se bodo zaradi občutka varnosti raje zatekli v varne in utečene delovne prakse. Po drugi strani pa, če pogledamo na negotovost s pozitivne strani, je lahko negotovost dejavnik rasti, gonilna sila pri ustvarjalnosti in inovativnosti. Če ima posameznik sposobnost, da na negotovost pogleda kot na vir priložnosti, lahko pride do možnosti ustvarjanja novih oblik razmišljanja in delovanja (Keinanen & Havia, 2022).

V zdravstvenem sektorju se v vsaki dejavnosti pojavlja negotovost. Že vsakdanje življenje prinaša pacientom in zdravstvenim delavcem na vsakodnevni ravni negotovost, tu so še vladna politika in politične spremembe, ki jih prinaša z odločitvami. Negotovost v nacionalnem okolju se pretvori v negotovost v organizacijskem okolju, kar prinese s sabo vprašanje, katero strategijo zasledovati, ter kaj vse je potrebno narediti za njeno izvajanje. Visoka fluktuacija zaposlenih v zdravstvenem sektorju prav tako prinaša negotovost. V takšnem negotovem okolju bo vloga vodje iskati pot, ki bo prinesla pozitivne rezultate za organizacijo. Do teh pozitivnih rezultatov, lahko pride na več načinov. Eden od njih je razumevanje idej državne politike in nato načrtovanje različnih scenarijev. Druga možnost je razvoj strategije. Pri obeh možnostih bo vodja zdravstvenega sektorja zaradi zahtev o sposobnostih obvladovanja negotovosti zgradil akcijske in obrambne strategije (Turner, 2019).

1.5.3 Kompleksnost

Kompleksnost je močno prisotna v zdravstvenih sistemih pri upravljanju, zdravstveni negi in odločanju. Ko govorimo o kompleksnosti v zdravstvenem sektorju, je izpostavljen pomemben vidik varnosti in kakovosti oskrbe pacientov. Do dodatnih nivojev kompleksnosti je prišlo zaradi eksponentno povečanega znanja v medicinski znanosti (Turner, 2019). V kontekstu kompleksnosti znotraj in zunaj organizacije pogosto prihaja ob pojavu problema do težko razumljivih vzrokov. Ko tej plasti kompleksnosti dodamo še turbulenco sprememb ob odsotnosti preteklih napovedi, pride do težav pri odločanju. Rešitev za kompleksnost je jasnost in posvetovalni proces, da bi lažje razumeli problem in kaos okoli njega. Kaos pride hitro in z vso močjo. Vodje, ki se jim uspe hitro in jasno uskladiti v podrobnostih reševanja problema, bodo lahko na ta način izboljšali poslovne odločitve. Prav tako bodo te bolj premišljene (Lawrence, 2013).

1.5.4 Dvoumnost

Dvoumnost predstavlja zadnji vidik od VUCA modela. Dvoumnost predstavlja več scenarijev ali rezultatov. V povezavi z dvoumnostjo pri VUCA modelu, obstajata dve šoli mišljenja. Ena šola mišljenja je mnenja, da dvoumnost nastopi takrat, ko se ostali dogodki VUCA modela zgodijo sočasno, nato organizacije ne razumejo točno signalov, kar privede do dvoumnosti. Avtorji te šole mišljenja se strinjajo, da se organizacija reši dvoumnosti z agilnostjo. Z njo se organizacija lahko hitro prilagodi zunanjim razmeram. Druga šola mišljenja pa pravi, da so situacije, kjer prihaja do dvoumnosti, nove, nenavadne in nastajajoče, v primeru, da ne poznamo vzroka in posledice. S temi dejstvi organizacije težko predvidijo in napovedujejo dogodke. Ko pride do dvoumnosti, pride do pomanjkanja jasnosti. Zaradi novosti inovacije ali trga pride do pomanjkanja razumevanja in posledično to privede do stiske vodje (Rimita, 2019).

1.6 Najbolj tipične organizacijske strukture v zdravstvenem sektorju

1.6.1 Hierarhična organizacijska struktura

Na stil vodenja vplivajo zunanje in notranje sile ter organizacijska dinamika in struktura. Tri organizacijske strukture, ki se najpogosteje pojavljajo v zdravstvenem sektorju, so tradicionalna hierarhična organizacijska struktura, mrežna organizacijska struktura in matrična organizacijska struktura. Najbolj prepoznavna organizacijska struktura v zdravstvenem sektorju je hierarhično strukturirana organizacijska struktura. Na prvi ravni, ki je najbolj prepoznavna, so tri ravni vodenja. Prva se nanaša na izvršno vodstvo, ki je odgovorno za strategijo, skrbništvo, politiko in upravljanje. Druga raven hierarhije pripada vodjem poslovnih ali operativnih enot, ki skrbi, da je strategija oddelka usklajena s strategijo

organizacije. Tretjo raven predstavlja operativno vodenje. V hierarhiji so jasno postavljene meje. Meje avtoritete so prisotne v poslovnem in operativnem smislu (Turner, 2019).

1.6.2 Mrežna organizacijska struktura

Druga najbolj tipična vrsta organizacijske strukture v zdravstvenem sektorju je mrežna organizacijska struktura. Diferenciacija organizacij, ki so vključene v zdravstveni sektor, je ustvarila potrebo po medorganizacijskem povezovanju. Tu je prisoten odnos principala in agenta, kjer principali potrebujejo agente za izpolnitev svojih ciljev. Odgovorni vodja bo skrbel za usklajenost ciljev med obema agencijama, da bo prišlo do strinjanja s splošno vizijo in cilji. Za doseganje te usklajenosti bo moral vodja vplivati izven svojega neposrednega področja delovanja. Prav tako nosi izvršni vodja celovito odgovornost za svojo organizacijo, uspešen pa bo v primeru, če se bo vodstvo in zaposleni iz sodelujočih agencij vključevalo v delovanje organizacije (Turner, 2019).

1.6.3 Matrična organizacijska struktura

Tretja organizacijska struktura, ki jo tudi pogosto najdemo v zdravstvenem sektorju, je matrična organizacijska struktura. Matrična struktura je nastala, ker je bila potreba po usklajevanju večja, kot jo je lahko nudila čista funkcionalna struktura. Elementi mrežne strukture predstavljajo izvršno, strokovno ali funkcionalno, politično ter klinično ali medicinsko vodstvo. Vodja se bo trudil v vsakem oddelku doseči specifične cilje, t.i. cilje enote. Sama matrična vloga pa bo obstala. Tako bo vodilni specializiranega področja deloval kot vodja. Z željo po doseganju in uresničevanju ciljev se te ločene enote združi, vsak funkcionalni vodja pa poleg svojega linijskega vodstva prevzame še odgovornost iz enega področja. Strokovnjaki iz različnih specializacij se združijo v interdisciplinarno skupino. To skupino vodi vodja projekta. Združevanje funkcionalnih centrov odličnosti s poslovnimi ali operativnimi procesi privede do vzpostavljanja matric. To omogoča lažje sodelovanje vseh zaposlenih, kar daje matriki dodano vrednost (Turner, 2019).

1.7 Stili vodenja v zdravstvenem sektorju

1.7.1 Služnostno vodenje

Stališče je, da je služnostno vodenje premik poudarka z maske vplivnega posameznika na potrebe celotne delovne sile in da je bila prvotna motivacija vodje naravni občutek za služenje, ki je bil predhodnik želje po vodenju in ne obratno. S tem, ko vodja kaže pot drugim, pride do zadovoljitve prioritarnih potreb drugih ljudi. Vzbuja željo, da bi z veseljem služili drugim, je eno od temeljnih načel teorije služnostnega vodenja (Lacroix & Pircher Verdorfer, 2017). Razsežnosti, ki jih najdemo v konceptu služnostnega vodenja, so

čustveno zdravljenje, opolnomočenje, spodbujanje in pomoč pri uspehu, postavljanje podrejenih na prvo mesto, etično vedenje (Liden, Panaccio, Meuser, Hu & Wayne, 2014).

Greenleafov koncept služnostnega vodenja (Spears, 1995) obravnava številne nianse dolgoročne oskrbe. Služnostni model vodenja poudarja prakse vizije skozi konceptualizacijo, predvidevanje in gradnjo skupnosti. Prakso sprememb skozi prepričevanje in zavzetost za rast ljudi. Prakso komunikacije skozi poslušanje. Prakso vidne prisotnosti skozi empatijo, zavedanje in zdravljenje in tehnično prakso, služnostno vodenje. Podobna stališča pri predlaganju služnostnega vodenja kot alternative vodenju podpira Block (1996). Ko postane vodenje »dejanje nekaj odgovornih, ki definirajo prihodnost, nadzorovanje poti in vedenje, kaj je najboljše za druge«, takrat postane sprememba pozitivne kulture oslabljena. Služnostno vodenje deluje v službi in ne nadzoruje drugih za izboljšanje celotne organizacije. Block (1996) poziva k sodelovanju vseh pri določanju namena in kulture organizacije s pravičnim razdeljevanjem nagrad. Te elemente se da vključiti v duh katerega koli programa (Dana & Olson, 2007).

S tem, ko da vodja čustveno podpora vsem svojim sledilcem, da bi dosegli svoj potencial, se bodo odzvali z željo po delu, vendar ne zaradi prisile, ampak zaradi lastne želje. Razlika med služnostnim stilom vodenja in ostalimi stili je izrazita v tem kontekstu, da se podpira razvijanje zaposlenih in njihov napredek (Turner, 2019, str. 60). Služnostno vodenje daje spodbudo poklicni rasti strokovnjakov, hkrati se pri tem stilu vodenja izboljša zagotavljanje zdravstvenih storitev v kombinaciji interdisciplinarnega timskega dela, skupnega odločanja in etičnega vedenja. Služnostno vodenje prinaša v organizacijo empatijo, željo po poslušanju drugih, predanost rasti ljudem in gradnjo skupnosti. Sledilci služnostnega vodenja z močnim moralnim jedrom radi pomagajo drugim, jim pomagajo doseči njihove cilje in posledično premagati izzive. Moč, ki jo imajo, delijo, potrebe drugih so jim pomembnejše kot njihove lastne in hkrati optimizirajo delovanje. Tako njihov vsak dan predstavlja inštruiranje in učenje drug od drugega in se jim ni težko odreči osebnemu napredovanju ter nagradam (Specchia in drugi, 2021).

1.7.2 Transakcijsko vodenje

Transakcijski stil vodenja je primeren za številna okolja, pri inovacijah pa se ne izkaže kot najbolj optimalno (Jung, 2001). Do inovacij skuša priti s pomočjo nagrajevanja. Z zunanjo motivacijo poskuša doseči opravljanje delovnih nalog (Amabile, 1998). Transakcijski vodja je učinkovit, ko je sposoben pravočasno prepoznati in nagraditi dosežke podrejenih. Slabi transakcijski vodje težko predvidijo težave, opazijo jih šele takrat, ko pridejo v ospredje. Pri tem stilu vodenja, inovativnost ni nekaj, kar bi avtomatično iskali pri razmišljanju in idejah podrejenih (Jung, 2001).

Transakcijsko vodenje temelji na običajnih menjalnih odnosih ali transakcijah, kjer je lojalnost, produktivnost in trud poslušnega delavca poplačana z nagrado. Ta stil vodenja poudarja transakcije med vodji in podrejenimi. Podrejene poizkušajo motivirati z različnimi

metodami. Ena od teh je nagrajevanje glede na uspešnost opravljenih nalog s podelitvijo priznanja ali pohvale tistemu, ki je optimalno opravil nalogo. Za tiste, ki niso bili učinkoviti, pa bo sledila kazen. Uspešni transakcijski vodje bodo ukrepali pravočasno (Avolio & Bass, 2001).

Koncept transakcijskega stila vodenja ima tri dimenzije. Prva dimenzija je pogojna nagrada podrejenim v zameno za kakovostno delo. Druga dimenzija predstavlja aktivno vodenje izjemoma takrat, ko vodja spremlja uspešnost podrejenih z namenom iskanja in popravljanja napak. Pasivno upravljanje kot tretja dimenzija pa je izjemoma takrat, ko vodja nadzira odstopanja od zelene uspešnosti in nato sprejme ukrepe. Te omenjene dimenzije so relevantne za projektni management. Ko gre za tipični projekt, bi vodja projekta najprej podrejenim razdelil in pojasnil vloge in pričakovanja, sledilo pa bi spremljanje in nadziranje aktivnosti podrejenih. Ključni motivacijski dejavnik pri transakcijskem vodenju je pogojna nagrada (Antonakis, Avolio & Sivasubramaniam, 2003). Ta je lahko materialna in/ali psihološka. Nagrada jih motivira, da izkoristijo svoj polni potencial, delujejo izjemno. Nekateri vidiki transakcijskega stila vodenja, kot je pogojna nagrada, imajo vpliv na uspešnost posameznika in organizacije, prav tako pa izboljšujejo produktivnost. Pozitivno povezavo pogojne nagrade in uspeha projekta so potrdile mnoge empirične raziskave (Aga, 2016).

Koncept transakcijskega vodenja lahko temelji na teoriji poti in cilja (House, 1971) ter teoriji distributivne pravičnosti (Greenberg, 1987), ki govorita o nagradi za uspešnost. Posamezniki izkazujejo večjo vključenost, predanost in trdo delo, saj vedo, da bo njihov trud priznan in da bodo lahko nagrajeni, zlasti kadar so na primer izjemni ali popravijo problematično situacijo. Transakcijski stil vodenja v zdravstvenem sektorju ima negativen vpliv na zadovoljstvo medicinskih sester pri delu. To je bilo ugotovljeno v raziskavi, ki so jo delali Specchia in drugi (2021), ko so ugotavljali vpliv različnih vrst stil vodenja na zadovoljstvo medicinskih sester pri delu. Pod drobnogled so vzeli že nekaj izvedenih študij in ugotovili, da so bile medicinske sestre zadovoljne s transakcijskim stilom vodenja, ko je šlo za pogojno nagrado, ki bi prinesla napredovanje (Specchia in drugi, 2021).

1.7.3 Avtokratično vodenje

O avtokratičnem vodenju govorimo takrat, ko ena oseba, vodja, sprejema vse odločitve za ostale (Phillips, 2016). Avtokratično vodenje je marsikje poznano kot avtoritativno vodenje (Bass & Stogdill, 1990). Ta stil vodenja se nanaša na vrsto praks, ki se uporabljajo za centralizacijo moči, avtoritete in sprejemanja odločitev (De Hoog, Greer & Den Hartog, 2015). Vodje, katerim je blizu avtokratična praksa, vidijo podrejene kot vir za doseg cilja. Na tej poti do cilja lahko podrejeni pomagajo in prispevajo ali ovirajo (De Luque, Washburn, Waldman & House, 2008).

Avtokratične vodje preferirajo enosmerno komunikacijo, top-down komunikacijo. Prednost pri tem je, da sprejemanje odločitev ni časovno potratno, slabost pa, da tako početje lahko

sproži nasprotovanje podrejenih in ima negativni vpliv na moralo skupine. Vodje tega stila vodenja imajo jasen koncept o tem, kaj, kdaj in kako je potrebno kaj narediti. Med vodjo in podrejenimi so postavljene jasne meje. Odločanje pri avtokratičnem vodenju je manj kreativno. Avtokratično vodenje je uspešno takrat, ko primanjkuje časa in ko vodja poseduje največ znanja (Subathra, 2016). Če vodenje ocenjujemo s kriterijem produktivnosti, sledi, da je avtokratski slog najučinkovitejši. Zaposleni, ki so na delovnem mestu čutili, da so pod velikim pritiskom vodje, so poročali o avtokratskem nadzoru. Hkrati so poročali tudi o strogem nadzoru nadrejenih (Hayes, 2000).

Strogi predpisi, nadzor procesov, profesionalni odnosi s podrejenimi so karakteristike avtokratskih vodij. Ta stil vodenja ne vzgaja učne miselnosti, ki sicer spodbuja proaktivni odnos med zaposlenimi. Zaradi ne vlaganja energije in časa v odnose z zaposlenimi pride lahko do zamujenih priložnosti, prav tako so podcenjena tveganja. Po drugi strani, pa so avtokratske vodje uspešne pri dajanju kratkih in jedrnatih navodil, ko je potrebno kaj narediti, kar prinese učinkovito opravljene naloge. To je pomembno predvsem takrat, ko je čas kritični dejavnik (Sauer, 2011). Uspešnost se tako na kratek rok poveča (Inandi, Uzun & Yesil, 2016, str. 194).

Ta pristop je znotraj zdravstvene nege opredeljen kot zelo praktičen pristop. Ni veliko prostora za napake. Vodje so sposobne hitrega odločanja, zelo dobro delujejo pod pritiskom, pri sprejemanju odločitev se ne obračajo na druge (Turner, 2019). V zdravstveni panogi je avtokratski način vodenja v preteklosti dominiral, sčasoma pa je bil deležen mnogih kritik, ker je pri avtokratičnem vodenju komunikacija omejena, kar privede do večjih napak. Še vedno pa ta stil vodenja ostaja najbolj primeren v kriznem času ali časovnih stiskah (Murphy, 2005).

Negativno karakteristiko avtokratičnega stila vodenja najdemo v povezavi z zaupanjem, saj je to nekaj, kar vodjem ne uspe ustvariti v timskem okolju. Ker primanjkuje odprte komunikacije, se medicinska sestra v njihovem timu počuti nezaželeno, prav tako lahko privede do manjkajočega znanja ali vpogleda med člani ekipe (St. Catherine's University, 2021). Avtokratske vodje delujejo bolj sebično, imajo strog odnos do podrejenih. Odločitve sprejemajo bolj enostransko in strožje nadzirajo delovne aktivnosti podrejenih (Muczyk & Reimann, 1987).

1.7.4 Transformacijsko vodenje

Podsakoff, MacKenzie, Moorman & Fetter (1990) označijo transformacijsko vodenje kot intelektualno spodbudno, razvijajoče in navdihujoče. Tako zaposleni presežejo svoje lastne interese, da bi uresničili skupni namen vizije. Transformacijski stil vodenja že v imenu pove, da vključuje preobrazbo. Proces transformacije je sestavljen iz vodje, sledilca in sistema, za katerega dela vodja in sledilci. Vodja s svojo motivacijo in navdihom spodbuja sledilce pri uresničevanju želenih sprememb (Robbins & Coulter, 2007).

Jasna je povezava med Pygmalionovim učinkom v managerskem kontekstu in transformacijskim vodenjem (White & Locke, 2000). Učinek Pygmaliona se razlaga kot oblika samouresničujoče prerokbe, ki privede do izboljšanja uspešnosti in produktivnosti preko vpliva visokih pričakovanj (Ambady & Rosenthal, 1993). Visoka pričakovanja, ko gre za motiviranje podrejenih, so močnega pomena pri transformacijskih vodjih. Transformacijske vodje lahko Pygmalionov učinek izkoristijo kot sredstvo, ki omogoča učinkovitejši proces vodenja (Eden, 1992).

Privlačna in izzivalna vizija prihodnosti je magnet za transformacijske vodje, saj se ne zadovoljijo s trenutnim stanjem. Ustvarjalno in nekonvencionalno vedenje služi kot navdih in izvedba za inovacije (Howell & Higgins, 1990). Za transformacijsko vodenje je značilno opolnomočenje zaposlenih, z namenom, da najdejo svojo pot. Prednost tega stila je, da motivira in je navdihujoč, poleg tega dviga moralo in ohranja odprto komunikacijo. Ekipa je motivirana s strani vodje, da sprejme svoje vloge in prevzame pobudo. Osredotočenost transformacijskega vodenja je omogočiti zaposlenim, da najdejo najboljši način za doseg cilja. Kljub temu pa je vodja lahko neučinkovit predvsem v novih organizacijah, saj ta slog deluje najbolje v okoljih, kjer je vzpostavljena delovna struktura in prihaja do priložnosti za ustvarjanje učinkovitosti in izboljšav (St. Catherine's University, 2021).

Torej, transformacijsko vodenje je posebej primerno za spodbujanje timskih inovacij (Eisenbeiss, van Knippenberg & Boerner, 2008). Inovacije v zdravstveni industriji želijo izboljšati kakovost življenja, možnost diagnostike in zdravljenja, učinkovitost zdravljenja in stroške, ki so povezani s tem. Pri inovativnosti zdravstvenih sistemov igra ključno vlogo informacijska tehnologija. Inovacije v zdravstvenem sektorju so namenjene procesu, proizvodni ali strukturi. Z inovacijami na različnih področjih zdravstvene industrije lahko pomagamo pri problematiki zaposlenih v dolgotrajni oskrbi (Omachonu & Einspruch, 2010).

Transformacijske vodje s svojim pozitivnim vplivom močno mobilizirajo vire (Gabel, 2012). Z enotno vizijo bodo poskušali mobilizirati delovno silo (Turner, 2019). Transformacijsko vodenje omogoča vključenost v lastno upravljanje in sodelovanje v participativnem delovnem ozračju, s tem pa tudi motiviranost zaposlenih. Izrazi, ki označujejo transformacijski stil vodenja, so manj prisilni in bolj sodelovalni (Castle & Decker, 2011).

Učinkoviti transakcijski vodje so sposobni ukrepati pravočasno, ko pride do problemov. Transformacijsko vodenje z razvojem navdušenja, zaupanja in odprtosti vpliva na stališča v odnosu do sprejemanja inovacij (Jung, 2001). Kar nekaj vzporednic je med transformacijskim in karizmatičnim ali vizionarskim vodenjem (Howell & Shamir, 2005). Ta stil vodenja razvija navdušenje, zaupanje in odprtost pri vplivanju na stališča in inovacijah (Gregory, Moates & Gregory, 2011). Raziskovalci so enotni pri tem, da je transformacijsko vodenje vpliven način vodenja, ki je povezan z visoko stopnjo individualne ustvarjalnosti (Gong, Huang & Farh, 2009).

V zdravstvenem sektorju je bilo za transformacijski stil vodenja ugotovljeno, (na podlagi ocen osmih študij) da je pozitivno povezan z zadovoljstvom dela medicinskih sester. Zaradi idealiziranega vpliva, navdihujoče motivacije, intelektualne stimulacije in upoštevanja individuuma. Ključnega pomena za zadovoljstvo medicinskih sester v odnosu med vodjo in njimi je opolnomočenje medicinskih sester, spodbuda in podpora na delovnem mestu. Zaključek, ki je bil podan ob ocenah teh raziskav je, da bi vodje v zdravstvenem sektorju morale vaditi transformacijsko vodenje, saj bodo na ta način zvišali zadovoljstvo medicinskih sester in tako bo sama fluktuacija zaposlenih v zdravstvenem sektorju manjša (Alzahrani & Hasan, 2019).

1.7.5 Demokratično vodenje

Demokratične vodje se pri sprejemanju odločitev posvetujejo s podrejenimi in iščejo soglasje (Cellar, Sidle, Goudy & O'Brien, 2001). Dajanje smernic, pooblaščenje podrejenih in spodbuda pri izkoriščanju talentov in kompetenc so karakteristike demokratičnih vodij. Prednost dajejo socialnim vidikom in skupinskemu delu. Napak se ne kaznuje, predanost zaposlenih, pa je nagrajena. Z opolnomočenjem se zaposleni počutijo odgovornejše in posledično so bolj zavzeti za doseganje ciljev (Inandi, Uzun & Yesil, 2016). Če ocenjujemo vodenje s kriterija ohranjanja dobre morale in stabilne ravni dela, je demokratičen stil vodenja učinkovit (Hayers, 2000).

V Lewinovi študiji demokratičnega stila vodenja nastopi demokratično vodenje kot najbolj učinkovit stil vodenja. Vodje sodelujejo in pomoč nudijo vsem članom v skupini. Vodje verjamejo v participativnost članov, člani skupine so svobodni pri podajanju svojega mnenja, odločanje je kooperativno. Člani imajo občutek pripadnosti. Vodje s sodelovanjem spodbudijo ostale člane skupine, vendar je zadnja beseda pri odločitvah njihova. Člani skupine so tako vključeni v proces ter bolj motivirani in ustvarjalni. Možno pomanjkljivost predstavlja le počasnejši proces odločanja (Subathra, 2016).

Timsko komunikacijo cenijo predvsem demokratični vodje. Temeljni značilnosti medicinskih sester s tem stilom vodenja sta odnos s svojim timom in svoboda, ki jo dopuščajo članom tima preko izražanja njihovih zamisli in pomislekov. Osredotočenost tega stila je zagotavljanje povratnih informacij svoji ekipi. Ustvarja se kultura odprte komunikacije, prav tako pa je pomemben prispevek ekipe. Med postopkom odločanja je zaposlenim omogočeno, da se počutijo cenjene in lahko sproščeno izrazijo svoje mnenje. Pri demokratičnem vodenju je poudarek na povratnih informacijah, za kar pa je potreben čas, v stresnih situacijah, ko je zelo pomembna hitrost odzivov, pa je lahko neučinkovita. Pri demokratičnih vodjih lahko pride do težav, ko morajo sprejeti neodvisne odločitve, brez vključevanja svoje ekipe (St. Catherine's University, 2021).

1.7.6 Vodenje brez vajeti

Vodenje brez vajeti (fr. *laissez-faire*) velja za pasivno obliko vodenja, pravzaprav skrajni stil vodenja znotraj pasivnih oblik. Spada v podskupino transakcijskega vodenja. Značilnost *laissez-faire* vodenja je izogibanje kakršnikoli odgovornosti in vpletenosti. Stavek, ki ga lepo opiše, je: »odsotnost vodstva«, zmanjšuje zaupanje v nadzornike in organizacije (Specchia in drugi, 2021). Ima lahko škodljive učinke na organizacijo in zaposlene (Hinkin & Schriesheim, 2008). Hkrati je ta stil vodenja povezan z zmanjšanim zadovoljstvom pri delu in z zmanjšano uspešnostjo vodje (Judge & Piccolo, 2004). Ta slog vodenja je bil ugotovljen kot najmanj zadovoljiv in najmanj učinkovit slog vodenja (Bass & Bass, 2008, str. 145). Po drugi strani pa lahko pride pri drugih stilih vodenja do nenamernih škodljivih učinkov ob vpletenosti vodje, ki spodbujajo vodstvene dejavnosti, saj lahko zadovoljevanje potreb zaposlenih spodbuja, da se zaposleni poglobljajo vase in bolj razmišljajo o svojih potrebah in željah (Koprowski, 1981).

Značilnosti *laissez-faire* vodenja so zakasnele odločitve, pomanjkanja vpletenosti in povratnih informacij. Potreb podrejenih se ne zadovolji, prav tako vodja ne motivira (Bass & Avolio, 1990). Podrejenim se prepušča preveč odgovornosti, po drugi strani se odgovornost opušča. Odvracanje pozornosti od težkih odločitev, neorganiziranost pri prednostnih nalogah, pa je tudi problem *laissez-faire* vodenja. Vse od prej naštetega privede do tega, da vodje nočejo zavzeti strani v sporu (Bass & Bass, 2008). Poleg tega pa povzroči prezrtost in izoliranost pri podrejenih zato se bodo bolj ukvarjali z ekonomskimi izmenjavami v odnosu vodja-zaposleni (Loi, Mao & Ngo, 2009).

Laissez-faire vodje zagotavljajo omejen nadzor in odločanje. Povratnih informacij in navodil, je deležna ekipa le redko. Kjer se vodja izogiba stiku s podrejenimi, vlada svobodna klima zaradi nevmešavanja vodje. Zaradi pomanjkanja nadzora lahko začnejo podrejeni zasledovati lastne cilje in ne skupnih, rezultat pa je, da se skupinska kohezivnost izgubi. Tipi vodij, ki delegirajo, ponujajo zelo malo vodenja skupini ali pa ga sploh ne nudijo. Tako pustijo odločanje članom skupine. V situacijah, ko so člani skupine visokokvalificirani na svojem področju, pogosto privede do slabo definiranih vlog in pomanjkanja motivacije (Subathra, 2016).

Visoko delujoča in izkušena ekipa je najbolj ustrezna za *laissez-faire* vodje, pri katerih ni mikroupravljanja. Preferirajo, da ekipa sama odloča, kako bo delovala. Ta stil vodenja je eden najmanj priljubljenih stilov vodenja v zdravstveni negi, saj so potrebne hitre odločitve. V izkušenih timih je ta stil vodenja dober, pri vodenju novih medicinskih sester pa je ta stil neučinkovit. Proaktivnost sester med oskrbo bolnikov je manj verjetna (St. Catherine's University, 2021). Kljub tehnološkemu napredku pri diagnostiki še vedno ostaja prisotna človeška komponenta. Vsi zaposleni v zdravstveni stroki so ljudje s svojimi čustvi in občutji, zato tudi vrsta stila vodenja vpliva na njihovo počutje. Stil vodenja *laissez-faire* prinaša na delovno mesto več stresa in tesnobe. To pa posledično vodi v delovno neuspešnost in do več zdravniških napak (Khan & Tidman, 2021).

2 MANAGEMENT ČLOVEŠKIH VIROV

2.1 Opredelitev managementa človeških virov

Ko se podjetje odloči za nakup stroja, prouči specifike tega. Podjetje lahko pridobi vse podatke o tem, kaj ali koliko bo stroj proizvedel, oceni proizvodne stroške itd. Pri človeških virih pa je celotna situacija veliko bolj negotova. Že grška filozofa Aristotel in Platon sta proučevala človeško vedenje v različnih organizacijah. Če preidem kar na zadnje desetletje, je iz stare podobe MČV zaživel v novi podobi, v vlogi ključnega akterja v korporativni strategiji. Veliko organizacij je prišlo do spoznanja, da je človeški vir od vseh virov najbolj dragocen. Človeški viri se nanašajo na posameznike v organizaciji, ki dragoceno prispevajo k sistemu upravljanja pri doseganju ciljev (Putti, 2015).

Rousseau in Greller (1994) definirata MČV kot oblikovanje odnosa med zaposlenimi in organizacijo. MČV je metoda, ki z delovnimi nalogami zaposlenim zagotavlja zadovoljstvo (Bekru, Cherie & Anjulo, 2017). MČV je v iskanju pravih ljudi in njihovem zaposlovanju na prava delovna mesta. Usposablja jih in razvija, da bodo bolj uspešni, zagotavlja in ohranja njihovo motivacijo skozi kakovost delovnega življenja. Pri človeških virih gre za posameznike, ki prispevajo veliko k sistemu upravljanja pri doseganju ciljev v organizaciji (Certo & Certo, 2008).

Politike človeških virov morajo biti združljive z načrtom poslovanja, to priporočilo je podal Singh (2004). Zaposlene se ne sme obravnavati kot variabilne stroške, temveč kot sredstva, saj so zaposleni dragoceni vir konkurenčnih koristi. Po mnenju Brattona in Golda (2015) je MČV »proces za povezovanje funkcije človeških virov s strateškimi cilji organizacije za izboljšanje uspešnosti.« Dodala sta še, da je MČV praksa managementa, ki je potrebna s strani kadrovske politike in praks, ki bodo povezane s cilji organizacije.

Dobre kadrovske prakse izboljšujejo zadovoljstvo na delovnem mestu in zadovoljstvo med zaposlenimi. To so ugotovili Nadarajah, Kadiresan, Kumar, Kamil & Yusoff (2012) v raziskavi, ki so jo izvedli med kadrovskimi službami vladnih organizacij. Te dobre prakse MČV pomagajo pri doseganju ciljev ter tudi spodbujajo, motivirajo, razvijajo in zadržijo osebe v organizaciji. Razvoj strategij MČV povečuje zadovoljstvo pri delu preko predanosti zaposlenih in povečanja zavzetosti (Bekru, Cherie & Anjulo, 2017).

MČV se je razvil, da bi za motiviranje strokovnjakov poizkušali odkriti še kaj, ne samo denarne spodbude. Pa vendar so denarne nagrade v zdravstvenih organizacijah ostale, ni pa veliko dokazov, da se z njimi veliko doseže. Sprašujemo se, če obstaja še kakšen drug motivator, s katerim bi lahko nadomestili denarno nagrado. Potrebno je najti notranje motivatorje posameznika, namesto da se zanašamo samo na zunanje motivatorje (Savage, Fottler & Khatri, 2010). Tisto podjetje, ki se ne zaveda, da je človeški kapital ključni dejavnik uspeha na sodobnem trgu verjetno ne bo preživel (Mayo, 2001).

Pristopi k MČV so se spreminjali skozi stoletje. Taylor (1911) je domneval, da lahko tovarniške delavce motiviramo izključno z denarjem. Kasneje je MČV dodal med motivacijske vidike pristop medčloveških odnosov. Te ugotovitve so podali v študiji Hawthorne (Roethlisberger & Dickson, 1939). Kljub temu da so v ospredju medčloveški odnosi, pa so pozabili na individualne razlike v delovni motivaciji vsakega zaposlenega. Čeprav se je pristop medčloveških odnosov osredotočal na pomen medčloveške interakcije in socialnih odnosov, ni upošteval individualnih razlik v delovni motivaciji med ljudmi. V petdesetih letih prejšnjega stoletja je prevladal model mišljenja, ki poudarja, da prihaja do motiviranosti pri posameznikih z osebno rastjo ali kompetentnostjo, avtonomijo in opolnomočenjem (McGregor, 1960). Danes MČV vključuje elemente vseh teh šol. MČV je opredeljen kot funkcija, ki se izvaja v organizaciji in omogoča najučinkovitejšo uporabo ljudi za doseganje organizacijskih in individualnih ciljev (Savage, Fottler & Khatri, 2010).

2.2 Aktivnosti managementa človeških virov

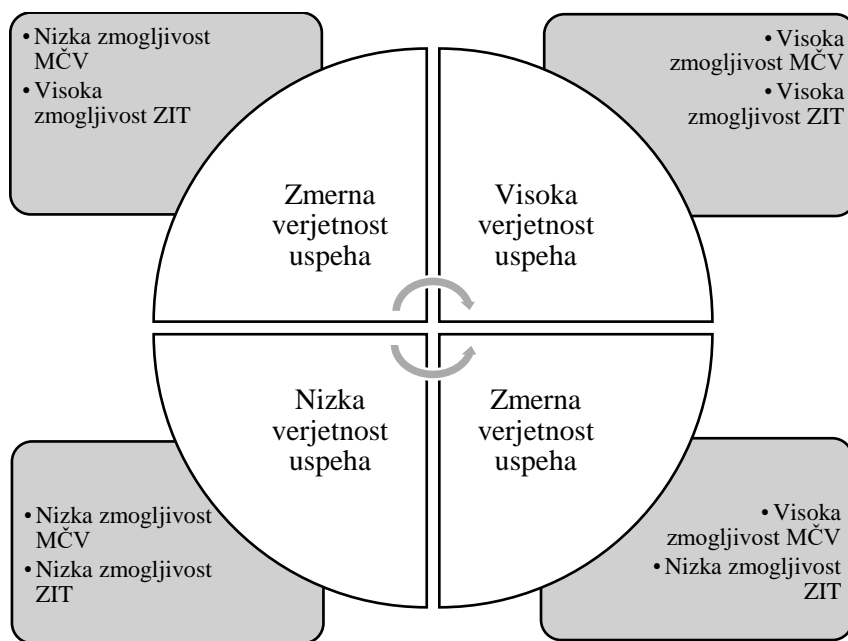
Za zaposlovanje in pridobivanje uslužbencev ponavadi skrbi oddelek, ki se je veliko razvijal in spreminjal. V preteklosti je ta oddelek skrbel za kadrovske zadeve, to je bil t.i. oddelek za socialno blaginjo, odgovorna oseba pa se je imenovala uslužbenec za socialno blaginjo. Za uradnikom je poimensko prišlo do kadrovske vodje. Na zahtevo vodstva so kadrovske vodje morali poiskati ljudi, ki bi jih zaposlili v organizaciji. Danes označimo osebo, ki se ukvarja s kadrovskimi zadevami, kadrovnik. Na tej točki se lahko vprašamo, ali so vsa ta različna poimenovanja iste funkcije v organizaciji prinesla kakšne spremembe v kontekstu dela in njihovih pristojnosti. V zadnjih letih je prišlo do redefiniranja nalog v oddelku človeških virov. Velik vpliv na obseg aktivnosti na oddelku človeških virov ima velikost organizacije (Putti, 2015).

Funkcija MČV vključuje določene aktivnosti. Te aktivnosti so določanje potreb po delovni sili in njenem iskanju. Ko pride do namere o zaposlitvi, mora MČV rekrutirati in zaposliti. Takrat, ko so že zaposleni, pa jih namestiti in usmerjati. Na MČV vpliva veliko notranjih dejavnikov. Od ciljev in nalog, ki jih postavi organizacija, tehnologija, organizacijska struktura in karakter ljudi. Prav tako med notranje dejavnike štejemo povpraševanje in ponudbo vodstvenih kadrov, sisteme in politike nagrajevanja. Do prerazporeditve zaposlenih pride zaradi menjave in nadgradnje funkcij. MČV oddelek opravlja usklajevalno funkcijo in zagotavlja tehnično pomoč, ko je to potrebno. Ko govorimo o majhnih podjetjih, je za vodjo proizvodnje ali obrata kadrovska funkcija ena glavnih odgovornosti. Ko preidemo na srednja in velika podjetja, je za potrebe MČV poseben oddelek. Ker je poudarek na MČV vedno večji, včasih kakšna inovativna podjetja vodjo kadrovske službe vključijo, da sodeluje pri oblikovanju strategije (Putti, 2015).

2.3 Management človeških virov v zdravstvenih organizacijah

V zdravstvenih organizacijah se za MČV skrivajo še dodatni izzivi, saj gre v veliki meri za visoko specializirane delavce, ki sprejemajo zahtevne odločitve na temelju znanja. Središče proizvodnega procesa v zdravstvenem sektorju, so zdravstveni delavci, saj določajo raven izhodne kakovosti in stroške, ki nastanejo ob izvedenih zdravstvenih storitvah. Zagotavljanje visokokakovostne oskrbe je odvisna predvsem od človekovega obnašanja in motivacije. Zato je obvladovanje te med zaposlenimi ključnega pomena, saj bodo na ta način dosegali cilje MČV. V povezavi z obvladovanjem motivacije se trenutni pristopi obračajo k znanstvenemu managementu ob predpostavki, da so denarne spodbude še vedno najbolj zaželene. Sicer pa je v zdravstvu malo dokazov o sami učinkovitosti denarnih spodbud. Na tej točki se pojavi vprašanje o denarnih spodbudah kot edinem motivatorju za doseganje uspešnosti med strokovnjaki. Štiri kategorije, ki predstavljajo povezavo med MČV in ZIT, z vidika zmogljivosti so vidne na sliki 4 (Savage, Fottler & Khatri, 2010).

Slika 4: Razmerje med zmogljivostmi pri MČV in ZIT z verjetnostjo uspešnih pobud



Prirjeno po Savage, Fottler & Khatri (2010).

Na splošno se pobude zdravstvene informacijske tehnologije (v nadaljevanju ZIT) bolj osredotočajo na tehnično uvedbo in pozabijo na ključne dejavnike uspeha MČV, ki poskrbi ali zavira strateško rabo ZIT v zdravstvenih organizacijah. Po vsej verjetnosti pride do tega zaradi pomanjkanja zadostnih zmogljivosti ZIT in MČV. Tako je pristop k projektom IT naiven. Z vidika zmogljivosti MČV in ZIT lahko zdravstvene organizacije razvrstimo v: organizacije, ki imajo (1) visoke zmogljivosti na področju MČV in ZIT, (2) visoke zmogljivosti na področju MČV in nizke zmogljivosti na področju ZIT, (3) nizke zmogljivosti pri MČV in visoke zmogljivosti pri ZIT ter (4) nizke zmogljivosti pri MČV in ZIT (Savage, Fottler & Khatri, 2010).

V primeru, da so zmogljivosti MČV ali ZIT močne ali šibke, se razlikujejo vrste uspehov in njihovi dosežki. Zdravstvene organizacije z visoko zmogljivostjo ZIT, a nizko stopnjo zmogljivosti MČV, bodo verjetno uspešne pri doseganju široke tehnične uvedbe ZIT. Ta pobuda pri široki in strateški uporabi elektronske zdravstvene kartoteke (angl. electronic medical record, v nadaljevanju EMR) verjetno ne bo uspela. Pri zdravstvenih organizacijah s kombinacijo nizke stopnje zmogljivosti ZIT in visoko stopnjo zmogljivosti MČV je večja verjetnost uspeha pri doseganju uporabe EMR s strani zdravstvenih delavcev. Kjer pa gre za nizko stopnjo zmogljivosti tako pri MČV kot ZIT, pa je pomembno, da preden investirajo v ZIT, investirajo v izgradnjo notranjih zmogljivosti MČV, kar predstavljajo puščice na sliki (Savage, Fottler & Khatri, 2010). Čeprav je možno uporabiti IT za izboljšanje organizacijske uspešnosti z nekaj organizacijskimi spremembami, uspešno uporabo IT pogosto spremljajo pomembne organizacijske spremembe, vključno s politikami in pravili, organizacijsko strukturo, praksami na delovnem mestu in organizacijsko kulturo (Melville, Kraemer & Gurbaxani, 2004). Brez zmogljivosti MČV zdravstvene organizacije ne bodo kos izzivu ustvarjanju delovnega okolja naslednje generacije – zelo sodelovalnega in sposobnega ne le pospeševati, ampak tudi spodbujati takojšen in brezhiben pretok idej in strokovnega znanja (Ruona & Gibson, 2004).

Model organizacijske strukture, ki bi ga želeli videti v prihodnosti v zdravstvenih organizacijah, je bolj položen, manj birokratski s hitrejšo in bolj odzivno organizacijo (Hempel, 2004). Barney (1991) meni, da se za trajno konkurenčno prednostjo skriva bistven dejavnik, in sicer MČV. To trajno konkurenčno prednost organizacije razvijejo preko obvladovanja strahu in dragocenih virov, kamor spadajo zaposleni. Z opolnomočenimi zaposlenimi pride organizacija do jedra sredstev in skupaj se trudijo povečati organizacijsko uspešnost. Cilj MČV v organizacijah je povečanje prispevka zaposlenih, sem spadajo nove ideje, produktivno delo in uspeh. Vodje morajo spoštovati družbeno etične norme (Nupur, 2017).

2.4 Dobre prakse managementa človeških virov v zdravstvenem sektorju

V zadnjih letih so se morale organizacije javnega sektorja adaptirati na nove prakse MČV, z željo po večji uspešnosti in učinkovitosti. Pojavilo se je mnogo novih praks MČV, nekatere od teh še niso dokazane kot uspešne. Pa vendar so vse te nove prakse povzročile, da se o MČV piše v medijih in da je ta tema deležna večje pozornosti kot v preteklosti. Nekatere nove prakse so povezane z izboljšanjem zaposlenih in zadovoljstvom strank in še s povečanjem operativne učinkovitosti in nižjimi stroški. Prav tako se je povečala organizacijska odgovornost in uspešnost. Ko govorimo o visoko uspešnih delovnih praksah, večina raziskovalcev omenja, da te prakse lahko vsebujejo skupne prakse upravljanja, fleksibilen delovni čas, sistem pobud zaposlenih, dejavnost preoblikovanja delovnih mest, krogi kvalitete, kar predstavlja skupnost, ki se redno srečuje in išče načine reševanja problemov in izboljšanja proizvodnje v njihovem podjetju (Rondeau & Wagar, 2001).

Eden največjih problemov v sektorju zdravstvene nege je pomanjkanje strokovnjakov. Ponudniki zdravstvenih storitev so odločeni, da bodo strokovnjakom zagotovili dostop do znanja in dvignili njihovo učinkovitost delovanja. Za razvoj zaposlenih v sektorju zdravstvene nege so najboljša strategija prakse MČV (Paauwe, 2009). Ashwini in Chirayath (2020) menita, da imajo pomembno vlogo v zdravstveni industriji prakse MČV. V preteklosti so mnoge zdravstvene organizacije hitro implementirale takrat najnovejše prakse MČV, vendar kakor hitro so jih implementirali, so jih tudi opustili, ker niso prinesle želenih rezultatov (Pfeffer, 1998). Sinergije, ki nastajajo ob kombiniranju različnih MČV praks, potrebujejo nekaj časa prakticiranja in raziskovanja. Raziskovalci niso bili vedno najbolj uspešni pri iskanju teh pravih kombinacij (MacDuffie, 1995).

V zdravstvenem sektorju ima MČV posebno vlogo, saj so človeški viri lahko povezani s katerokoli dejavnostjo delovanja organizacije. Funkcije, ki jih upravlja MČV v zdravstvenem sektorju, se dotikajo prava in etike, ko gre za zdravljenje in zadovoljstvo pacientov, prav tako pa tudi zaposlenih. Ena od funkcij MČV skrbi za zaposlovanje in usposabljanje, motiviranje, izbiranje in odpuščanje zaposlenih, torej pokriva celovit spekter zaposlovanja. Na področju MČV smo priča velikim spremembam, saj se je povečala raznolikost pacientov in zaposlenih. Na zagotavljanje kvalitetne zdravstvene oskrbe ima učinek tudi tehnologija in globalizacija gospodarstva. Veča se tudi odgovornost do zagotavljanja kvalitetnih storitev v zdravstveni negi, kar je spodbudno tudi za medicinski turizem, ki prinaša nov trend. Prihaja tudi do sprememb pri izobraževanju o timskem delu. Vse to pa posledično nudi boljšo oskrbo za bolnike (Nupur, 2017).

Organizacije zdravstvenega varstva so se znašle sredi revolucije v organiziranju in upravljanju ljudi, kar je posledica konkurence, globalizacije in nenehnih sprememb na trgih in v tehnologiji. Kot model za prihodnost se pojavlja bolj odzivna organizacija, ki ima bolj položno organizacijsko strukturo, ki je manj birokratska, manj hierarhična in hitro odzivna (Hempel, 2004). Da je organizacija prepoznana kot odličen prostor za delo je pomemben rezultat uspešnosti, to pa omogoča lažje zaposlovanje človeških virov, angažirano osebje, ki bo pripadno organizaciji, višjo stopnjo kreativnosti zaposlenih. Vse to pa prinaša tudi zadovoljstvo strank. To lahko močno koristi zdravstvenim organizacijam zahodnih držav, ki se soočajo s pomanjkanjem profesionalnega in tehničnega osebja (Brownson & Harriman, 2000).

S tem, ko organizacija pridobiva na slovesu izbranega delodajalca, si lahko ustvari konkurenčno prednost privabljanja in ohranjanja zaposlenih, ki jo druge organizacije s slabim ugledom ne zmorejo. Nekaj, kar ni tujega, je pojem izbire delodajalca v zdravstvu. Ko je prihajalo do zgodnjih konceptualizacij magnetne bolnišnice (institucij odličnosti), je bila še močno zakoreninjena izbira delodajalca. Značilnost teh magnetnih bolnišnic je bila, da so znali bolj pritegniti in obdržati negovalno osebje (Kramer, 1990). S tem se poveča predanost organizaciji, zaposleni pozitivno dojemajo vodstvene odločitve in dejanja ter značilnosti delovnega mesta in delovnega okolja (Upenieks, 2002).

2.4.1 Švedska

Če pogledamo na zadovoljstvo vseh deležnikov v zdravstvenem sektorju, lahko opazimo, da vpliva marsikaj na njihovo zadovoljstvo, tudi nekaj, kar prihaja iz nekega drugega specifičnega področja, ki ni nujno vezano na področje zdravstvenega sektorja. Ti primeri dobrih praks prinašajo boljšo kvaliteto življenja tako zaposlenim kot starostnikom. Na Švedskem prednjačijo s socialno politiko na socialnem področju. Pričakovana življenjska doba na Švedskem je z 80,6 leti za moške in z 84,3 leti za ženske, kar je med najvišjimi na svetu. Delež starejših prebivalcev se bo tako kot tudi drugod v Evropi povečal, prav tako se bo še povečala že tako visoka pričakovana življenjska doba, po drugi strani pa se zmanjšujejo potrebe po oskrbi, že vse od osemdesetih let zaradi dobrega zdravstvenega stanja starejših ljudi in še drugih dejavnikov. Pomemben dejavnik pri tem je švedska socialna politika. Oskrbo financirajo občine z državno podporo. Stroški, ki jih krijejo starostniki za zdravstveno varstvo, pa je subvencionirano. Vsaka občina samostojno določi, koliko in kaj bodo delali javni in zasebni izvajalci (Bhatnagar, 2021).

Zakon o socialnih storitvah omogoča, da se dve starejši osebi, ki že dlje časa živita skupaj, skupaj preselita v OS ali DSO. Starejša oseba, ki potrebuje oskrbo, ima pravico, da se sama odloči, ali bi živel v prilagojenem stanovanjskem objektu ali želi izključno pomoč na domu. Prej omenjeni zakon nalaga občinam, da poskrbijo za dostopna stanovanja, tudi za samo načrtovanje (Bhatnagar, 2021). Zaradi švedskega socialnega sistema, ki se v veliki meri financira iz davkov, je vsakemu starostniku posebej zagotovljen enak dostop do zdravstvene oskrbe, oskrbe starejših in socialnih storitev. Za sistem skrbi 21 okrajnih svetov in 290 občin (Nielsen, Yarker, Brenner, Randall & Borg, 2008).

Pomemben dejavnik uspešne švedske prakse dolgotrajne oskrbe je pomoč na domu, s katero pripomorejo, da lahko starejši ljudje in invalidi živijo čim dlje doma. Obseg pomoči se določi za vsakega starostnika posebej. Področje, na katerem se politika trudi, je kulturno, kreativno družabno življenje. Tako živijo dnevne aktivnosti za starejše, kot so: druženje, spremstvo k zdravniku itd. Vključene so različne organizacije npr. Rdeči križ in druge. Posebej so pozorni do dementnih ljudi in ljudi z duševnimi motnjami. Informiranje in pomoč prostovoljcev pri težkih opravilih ima močan vpliv na učinkovitost zdravstvene preventive (Bhatnagar, 2021).

2.4.2 Japonska

Dobra praksa Japonske v zdravstvenem sektorju je na tehnološkem področju. Vsi pripomočki za zaposlene in starostnike v zdravstvenem sektorju, ki enim in drugim lajšajo vsak dan, so zelo dobrodošli. Roboti in tehnološki pripomočki za zaposlene, te omogočajo zaposlenim fizično in psihično razbremenitev, ki je v tem sektorju močno prisotna. Ker je trg dela dolgotrajne oskrbe nepriljubljen za delavce, je zaposlovalec z vsako tako razbremenitvijo bolj zanimiv. Zato bom v naslednjih odstavkih predstavila nekaj dobrih tehnoloških dosežkov Japonske v povezavi z zdravstvenim sektorjem. Japonska ima enake

probleme kot evropske države na demografski sliki, nizko stopnjo rodnosti in vse posledice, ki iz tega izhajajo. Na Japonskem skušajo te izzive reševati z inovativnimi idejami podjetij na tehnološkem področju. Sprejeli so strategijo o robotih, ki spodbuja razvoj industrije. Profesor dr. Yasuyuki Gondo je raziskal trg nadomestnih tehnologij za starejše z željo, da bi ugotovil, katere tehnologije so zaželeni, katere so dovolj prilagojene potrebam in katere ne. Tehnologije lahko služijo kot nadomestilo, s tem, da nudijo podporo pri vsakdanjem življenju ali pri fizičnih omejitvah starejših (Mravljak Andolšek, 2017).

Japonska je vodilna na področju robotike. Leta 2020 je imela 47% svetovne proizvodnje robotov (Jaghory, 2022). Novost na trgu, za katero je vedno več povpraševanja, je kostno usidran slušni pripomoček, ki ga vstavijo v lobanjsko kost, na ta način se zvok prenaša po kosteh in z naravno telesno danostjo potujejo vibracije v notranje uho. Najbolj priljubljen je zvočni sistem za televizorje, saj omogoča, da ne glede na to kje v stanovanju se nahajajo, slišijo zvok televizorja. Pripomoček, ki izboljšuje mobilnost, je rolator (hodulja s kolesi), ponavadi ima nakupovalno košaro in klop za počitek, na Japonskem tako imenovan srebrni avtomobil. Starejšim ljudem, ki niso več mobilni in radi uporabljajo vozila na električni pogon, je v pomoč, čeprav povpraševanje z leti upada zaradi strahu pred pastmi lagodnosti teh naprav. V bližnji prihodnosti bodo prišla na trg električna vozila, ki bodo sama vozila, vendar pa predstavlja izziv ureditev vozniških dovoljenj (Mravljak Andolšek, 2017).

Na Japonskem je eden največjih problemov osamljenost starejših. Pri tem problemu so prav tako iskali rešitev na tehnološkem področju. Leta 1970 so izumili aktivni komunikacijski sistem, ki s pomočjo brezžične naprave v obliki obeska ali stenskega gumba, pokliče pomoč. Sistem Mimamori, pri katerem gre za električni grelnik, preko katerega se spremlja dnevno aktivnost starejših, pa uporablja le 10 % gospodinjstev, v katerih živijo starostniki. Kljub nezainteresiranosti starostnikov za ta produkt, pa je koncept pasivne komunikacije vendarle preživel. Saj se na ta način spremlja porabo električne energije in plina. Poznamo npr. senzorje za zaznavanje gibanja in dihanja v hiši (Mravljak Andolšek, 2017).

V zadnjem času so bili predstavljeni prototipi humanoidnih komunikacijskih robotov. Načrti so taki, da bi roboti poskrbeli za podporo in za spremljanje uporabnikovega zdravja. Vendar je zaenkrat ta drugi del še v testni fazi. Največja robotska uspešnica pa je robot Paro, ki je v obliki tjulnja in pomaga predvsem s psihično stabilizacijo dementnih. Novost je tudi Telenoid, robot komunikator (Mravljak Andolšek, 2017). S Telenoidom se lahko povežeta dve osebi po omrežju. Telenoid nato prenaša glas in posnema obrazne gibe in glave. Je kot mobilni telefon v obliki tujca (IEEE, 2010).

Tudi pametne ure podpirajo in ohranjajo zdravje. Z njimi lahko spremljamo aktivnosti starostnika. Proizvajalci iger so ugotovili, da je velika podjetniška priložnost na trgu igralnih avtomatov, saj se vedno več starejših spozna nanje. Igra Drum Master, pri kateri starostnik ob pesmih, ki so mu všeč, bobna s palčkami takt pesmi. Vse je prilagojeno starostnikom, kar pripomore k boljšemu psihičnemu in telesnemu stanju. Kriterij za priljubljenost določene tehnologije vsebuje naslednje kriterije: preprosta uporaba, nudenje minimalne podpore, ter

tehnologija prilagojena zahtevam časa in ljudi (Mravljak Andolšek, 2017). Na področju zdravstvene nege in nege imajo torej storitveni roboti velik potencial. Japonsko Ministrstvo za zdravje, delo in socialno varstvo (angl. The Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan - MHLW) in Ministrstvo za ekonomijo, menjavo in industrijo (angl. The Ministry of Economy, Trade and Industry - METI) sta opredelila aplikacije s področja zdravstvene nege, ki vključujejo robote za pomoč starejšim in servisne robote (Jaghory, 2022).

Japonska vlada je v iskanju rešitev dolgotrajne oskrbe in še nekaj ostalih sektorjev našla v novi robotski strategiji (angl. Japan's New Robot's Strategy). Strategija je bila predstavljena leta 2015. O strategiji je takratni predsednik vlade Shinzo Abe (sedaj že pokojni, op.a.) povedal, da si želijo z njo kreirati novo industrijsko revolucijo, ki bi pomagala družbi, da se uspešno sooči z novonastalimi izzivi. Do nje bi prišli z uporabo robotov. V sektorju dolgotrajne oskrbe bi to pomenilo, da se zmanjša in odpravi vsa tveganja, katerim so podvrženi negovalci zaradi velikih fizičnih obremenitev. Poleg zmanjševanja tveganja za negovalce, strategija napoveduje prenovo sistema zavarovanja zdravstvene nege z bolj prilagodljivim sistemom zavarovanja za zdravstveno nego, uvajanjem novih vrst naprav in uporabo robotov v oskrbi starejših. Želja je najti sto in en način robotske podpore in pomoči pri zdravstveni oskrbi (Japonsko Ministrstvo za ekonomijo, mednarodno menjavo in gospodarstvo, 2018).

2.4.3 Manchester (Združeno kraljestvo)

Združene države Amerike so pionirji na področju koncepta vasi za upokojujence, t.i. retirement village. Namen upokojenskih vasi je zmanjševanje socialne izolacije, gradnja soodvisnosti, spodbujanje in izboljšanje družbene angažiranosti, zmanjševanje življenjskih stroškov ter osmišljanje življenja in veselja starostnikov. Ta koncept se pridno uveljavlja tudi v Evropi. V Združenih državah Amerike je staranje v skupnosti najbolj preferiran način staranja nasploh. Za odhod v starostno skupnost se sicer odločijo zaradi potiskajočih dejavnikov. Da se odločijo, da ostanejo, pa pride zaradi vlečnih dejavnikov. Manchester se lahko pohvali z zagnanostjo. Njihov način organizacije in zagotavljanja storitev z namenom bolj kvalitetnega življenja starostnikov je navdihujoč (Hou & Cao, 2021). Poleg omenjenega so v Angliji že v 90-ih letih prejšnjega stoletja začeli z idejo o programih integrirane dolgotrajne oskrbe (Imperl, 2022).

Manchester se je odločil za posebno uspešen pristop na področju dolgotrajne oskrbe. Z Odborom Starosti prijaznega Manchestra, Vse-Mestnim forumom in strateško skupino vodijo Manchester. Vse te skupine sodelujejo z Inštitutom za skupne raziskave staranja pri razvoju in uresničevanju modela starosti prijazne vasi. V Odboru se trudijo, da bi zaživele tri prioritete, ki so si jih zadali. V Manchestru je 12 uspešnih starostnikom prijaznih sosesk in projektnih skupnosti. Sicer so tudi krajevna območja, ki zaostajajo za temi uspešnimi izvedbami prijaznih sosesk. Ena od prioritet je zagotavljanje storitev, ki so posebno prilagojene za starostnike. Tako v soseskah ponujajo posebne zdravstvene svetovalne

storitve, nudijo svetovanje o življenju po upokojitvi. Razvili so širok nabor možnosti, da bi starostniki lahko predstavili svoja stališča, to lahko naredijo v odboru starostnikov, na forumu, v lokalnih mrežah in delovnih skupinah. S svojimi idejami in komentarji starostniki sooblikujejo programe (Gorenc Vujović, 2020).

Podjetja, posamezniki in organizacije so podprli Deklaracijo pravic starejših, ki krepi vlogo starostnikov, jih angažira pri posvetovanjih o načrtih in izvajanju storitev za ranljive skupine ljudi. V Manchesteru so prišli na idejo, da lahko tudi vitalni starostniki sodelujejo pri storitvah pomoči potrebnim starostnikom. Slogan, ki ga promovirajo, je, da so vsi občani enaki, ne glede na to, koliko so stari. Na vsak način si želijo, da bi tiste besede, ki imajo negativno konotacijo v povezavi s starostniki, kot npr. slaboten, potr, nesposoben, izkoreninili, ker je to diskriminatorni jezik. Z namenom, da bodo videli, kako se načrti premikajo, pa bodo razvili kazalnike, ki bodo na vsake dve leti prikazali realno stanje planiranih ukrepov (Gorenc Vujović, 2020).

2.4.4 Avstrija

Avstrija je znana po svojih visokih standardih in kvaliteti tudi v zdravstvenem sektorju. Zaradi povečanja števila oskrbovancev v DSO in zavedanja Avstrije, da je potrebno pomagati tistim starostnikom, ki še zmorejo živeti sami, podpirajo sistem izvajalcev zdravstvene nege na domu s primernimi metodami in informacijami, zlasti ob primeru nesreče. Podeželskim izvajalcem zdravstvene nege na domu pomagajo z optimizacijskim pristopom, katerega namen je izboljševanje stopnje zadovoljstva strank in medicinskih sester. Zaradi demografskih sprememb, bo potreba po teh sistemih še večja, organizacijski naporji bodo prav tako večji in pojavila se bo potreba po vnaprejšnjem obvladovanju tveganj. Predstavljen je bil tudi prototip programske opreme kot pomoč optimizaciji in zaščiti sistema (Rest, Trautsamwieser & Hirsch, 2012).

Leta 1993 je bil sprejet Zakon o oskrbovalnici, ki ureja vse stvari povezane z dolgotrajno oskrbo. Ker ta zakon na noben način ne izključuje starostnikov, saj zagotavlja socialno varstvo vsem osebam, število upravičencev kontinuirano narašča. Že leta 1998 so uvedli brezplačni svetovalni telefon, ki nudi informacije o oskrbovanju. Ideja svetovalnega telefona je zaživela in je bila dobro sprejeta. Leta 2006 so aktivirali še idejo o internetni platformi, na kateri starostniki in drugi najdejo informacije o različnih tematikah, ki zadevajo starostnike, od 24-urnega varstva na domu do demence (Pihlar, 2010).

Za spremljanje svojcev v terminalnem obdobju so leta 2002 pravno uredili, da gredo lahko spremljevalci, ki nudijo pomoč in oskrbo umirajočemu, na dopust. Zagotavljanje kakovosti pri oskrbi na domu je projekt ministrstva za socialo. Ideja projekta je, da usposobljeno negovalno osebje poda oceno dejanskega položaja, ko obiše oskrbovanca na domu. Hkrati daje nasvete in informacije svojcem oskrbovancev. Ta ukrep z zagotavljanjem kakovosti je bil institucionaliziran. Na leto se izvede približno 15.000 obiskov na domu (Pihlar, 2010). Avstrija pozna tudi deinstitucionalizirano obliko nege in oskrbe. Npr. na Dunaju imajo

dejavnost »Wiener Hilfswerk«, ki pokriva programe nege in oskrbe. Ta obsega ambulantno pomoč na domu, socialno oskrbo, zdravstveno nego, čiščenje, pranje, likanje; Povezanost med izvajanjem socialne oskrbe in zdravstvene nege ob nudenju 25-ih različnih storitev in programov je primer dobre prakse (Imperl, 2022).

Vodja in MČV v zdravstvenem sektorju morata biti pozorna, da posvečata svojo pozornost povsod tam, kjer je možnost za izboljšanje kvalitete bivanja. Naj bodo to roboti iz Japonske, ki pomagajo razbremeniti delavce in razveseljevati starostnike ali švedska socialna politika. Dobra organiziranost, zagnanost in visoka kakovost storitev, katere najdemo v Manchestru, je nekaj, k čemer bi lahko stremela politika vsakega zdravstvenega sektorja. Prav tako je dobrodošla podpora ostalim alternativnim načinom bivanja starostnikov. Brezplačni telefon v Avstriji je mogoče slišati kot malenkost, vendar operaterji vsak dan posredujejo informacije, ki jih starostniki potrebujejo. Vsaka velika ali mala aktivnost, ideja, pobuda, uresničena strategija zagotavlja lepše in boljše življenje starostnikom. Glede na kulturne razlike držav je dobre prakse težje aplicirati, pa vendar se jim lahko vsaj do neke mere približamo.

3 DOM STAREJŠIH OBČANOV

3.1 Dom starejših občanov nekoč in danes

Sami začetki ustanov, ki so bile predhodnica današnjih domov starejših občanov, segajo že v srednji vek. Med 6. in 11. stoletjem so za medicino in za bolne skrbeli nemški redovi v samostanih. V teh samostanih so bile lekarne in vrtovi zdravilnih zelišč, oskrba onemoglih pa ni bila glavna naloga. V obdobju epidemij se je število bolnikov močno povečalo. Na slovenskem ozemlju so se take samostanske skupnosti pojavile v 12. in 13. stoletju. V 13. stoletju je tako nastal Zavod za neozdravljive bolezni v Ljubljani, neke vrste predhodnik današnjega Hospica. V obdobju hitro naraščajoče industrializacije so začeli ustanavljati zaprte ustanove za depriviligirane družbene skupine. Pri nas so se začele pojavljati konec 18. stoletja. Lahko bi rekli, da imamo odnos do institucionalne skrbi za starejše že v naši kulturi. V preteklosti so poznali institucije, kot so ubožnice, hiralnice in špitale. Leta 1811 je bila ustanovljena hiralnica pod okriljem deželnih dobrodelnih zavodov, za katero so skrbeli tudi finančno. Samostanske skupnosti in dobrodelništvo sta se pojavila pri nas že zelo zgodaj, pa vendar do pravih predhodnikov današnjih domov starejših občanov pridemo šele v 19. stoletju. Te ustanove so imele velik vpliv na institucionalno oskrbo starejših ljudi do današnjega dneva, saj se še danes oskrba starejših izvaja povečini v domovih (Gradišnik & Velnar, 2021).

Sodobni prijemi in metode pri oskrbi oseb z demenco in specializirani domovi za osebe z demenco, uveljavljanje manjših DSO s 50-60 stanovalci, domovi z bogatim izborom programov in bivalnih možnosti, vse to so dobre prakse skozi čas različnih držav po Evropi. V zadnjem času pa so zelo aktualni programi v DSO, ki pomagajo razvijati integrirano

dolgotrajno oskrbo. Slednja predstavlja mrežni sistem dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti. Lokalna skupnost pomaga in omogoča starostnikom, da čim dlje časa živijo doma in da življenje poteka čim bolj normalno. Četudi pride do potrebe po institucionalnih ali skupnostnih storitvah. Sam sistem temelji na celovitem krajevnem reševanju dolgotrajne oskrbe, pri tem pomoč v večjem obsegu nudijo družinski oskrbovalci in ambulantni profesionalni oskrbovalci, v manjšem obsegu pa v domovih za starejše in v različnih alternativnih oblikah bivanja (Imperl, 2022).

3.2 Dom starejših občanov in Slovenija

V Sloveniji večina starostnikov, ki potrebuje oskrbo in nego, živijo doma. Se pa družba skozi čas spreminja in tako tudi družina in odnosi znotraj nje. Vloga pri pomoči sodobne družine starejšim ljudem se posledično zmanjšuje, tako je vedno več ljudi, ki živijo sami. Ob demografskih spremembah, torej večanju deleža starejšega prebivalstva, pa je tudi večja potreba po namestitvi starostnikov v socialne in zdravstvene ustanove. V zadnjih letih je postalo zelo aktualno področje dolgotrajne oskrbe. Veliko idej in programov se odvija v smeri iskanja dobrih rešitev za kakovostno starost. Ker ima bivanje na domu mnogo pozitivnih učinkov na počutje in zadovoljstvo starejših, se v družbi spodbuja, da starostniki čim dlje živijo doma. Vendar to lahko uspe samo z ustrezno grajenim bivalnim okoljem in s podpornimi storitvami v skupnosti, ki so starostnikom dostopne. Ljudje so v preteklosti DSO videli kot institucije, kjer se materialno in zdravstveno poskrbi za starostnika, velikokrat pa se pozabi na socialno gerontološki vidik oskrbe starejših. Pretekli koncepti domov niso več v sozvočju z današnjimi potrebami, željami starostnikov, s posebnostmi vsakega posameznika, tako je politika in sektor dolgotrajne oskrbe pred novimi izzivi (Gradišnik & Velnar, 2021).

Domovi starejših občanov izvajajo v svojem osnovnem poslanstvu institucionalno varstvo za starejše. Namenjeni so starejšim od 65 let in drugim osebam, ki zaradi različnih razlogov ne morejo živeti doma. Samo institucionalno varstvo je namenjeno odpravljanju osebnih stisk in težav starejših. Na ta način nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine. Nudijo bivanje, organizirano prehrano, varstvo in zdravstveno varstvo. V Sloveniji je bilo konec leta 2021 na voljo 21.573 mest v 59 javnih zavodih in 44 izvajalcih s koncesijo. V javnih domovih starejših občanov je 13.462 mest, v zasebnih domovih starejših občanov je 5.744 mest in v posebnih zavodih za odrasle je 2.367 mest. Državljanji Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno bivanje, so upravičeni do storitev v domu. Oskrbovanci v domu podajo soglasje ob sprejemu, premestitvi ali odpustu iz doma. Sicer pa stanovalec ali njegov zastopnik in dom določita obseg in vrsto storitev oskrbe ter posebnosti in nato skleneta dogovor (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2023).

V Sloveniji se že od osamosvojitve Slovenije zavedamo, da je pomembno področje socialnega varstva. Od leta 1990 so se izvajali različni izobraževalni programi, prav tako

programi za usposabljanje. Tudi strokovne ekskurzije v države zahodne, srednje in vzhodne Evrope so s svojimi praksami in različnimi pristopi omogočile ustvarjalno razmišljanje skupini slovenskih strokovnjakov. V osnovi so strokovne ekskurzije pomagale, da smo lahko primerjali stanje drugih držav s Slovenijo in pokazale, kje smo, kaj lahko spremenimo, da bi bil sistem čim boljši. Okrog leta 1995 še ni bilo nekih večjih idej in strategij, a so se okoli leta 2000 začele uvajati strukturne spremembe. To je zajemalo posodabljanje bivalnih prostorov in organizacije dela, sledilo je uvajanje modelov upravljanja kakovosti. Zadnje desetletje je zaznamovano z uvajanjem odnosnega modela oz. koncepta kulture usklajenega odnosa. Ta prinaša nove možnosti za kvalitetnejše življenje starostnikov v institucionalni oskrbi. Pred nami so že modeli integrirane dolgotrajne oskrbe v lokalni skupnosti, za to je sicer potrebna tesnejša povezava z lokalnim okoljem. Prej omenjeni model omogoča tudi uvajanje DSO pete generacije (Imperl, 2022).

Starostniki se za selitev v DSO najpogosteje odločijo zaradi starosti. Marsikdo od njih je odvisen od pomoči drugih, posledično je institucionalna oskrba zelo draga. Ob finančnem vidiku, ki bremeni tako državo kot posameznike, pa je pomembno zadovoljstvo starostnika s ponujeno oskrbo in življenjem (Lešnik, Bevc & Železnik, 2017). S staranjem se fizične in kognitivne sposobnosti slabšajo, po drugi strani pa se na čustvenem področju lahko izboljšuje emocionalno dobro počutje (Šadl, 2007). Tako Šadl (2007) meni, da je starost bolj varovalo kot povečano tveganje za doživljanje negativnih čustev. Inštitut Antona Trstenjaka je izvedel raziskavo z vzorcem, ki je zajemal 206 starostnikov, ki povezuje zadovoljstvo starostnikov (preko njihove ocene o kakovosti oskrbe) in institucionalno varstvo. Pri analizi odgovorov anketnega vprašalnika so ugotovili, da je kljub dejstvu, ki so znana za dolgotrajno oskrbo kot so nezadostno število zaposlenih, pomanjkanje pomoči oskrbovalcev in družine, nezadostna izobrazba oskrbovalcev, pomanjkanje nadzora in šibke socialne mreže, vseeno večina zadovoljna s kakovostjo oskrbe v institucionalnem varstvu (Lešnik, Bevc & Železnik, 2017).

3.3 Vladni ukrepi za izboljšanje stanja dolgotrajne oskrbe

3.3.1 Strategija dolgožive družbe

Celoten poklic dolgotrajne oskrbe naj dosega visoko raven uspešnosti. Skrbnikov in managerjev dolgotrajne oskrbe se ne obtožuje zaradi počasnega izboljšanja kakovosti. Visoko raven izvedbe si želi doseči večina vodij dolgotrajnih poklicev. Zaradi pomanjkanja sistemov usposabljanja in podpore, s katerim bi lahko uspešni izšli iz kriznega upravljanja, tako težje razvijajo vizijo odličnosti in ustvarjajo kulturo spremembe in discipline, ki so potrebne za uresničitev vizije. Za spremembe, ki jih dolgotrajna oskrba želi doseči, bodo potrebna znatna sredstva, potrebna za razvoj učinkovitih vodij in managerjev v vseh okoljih zagotavljanja storitev (Dana & Olson, 2007).

Slovenija zaostaja za četrto stoletje za državami Evropske unije (angl. European Union, v nadaljevanju EU) pri reševanju demografske problematike. To je botrovalo sprejetju vladnega dokumenta, Strategija dolgožive družbe. Vsebinsko gledano je dokument sestavljen iz štirih delov. Prvi del umešča vladni dokument v slovensko situacijo in v svetovne razmere na področju staranja. Drugi del povzema vsebino Strategije dolgožive družbe. V tretjem delu je poudarek na treh odlikah Strategije, ki so stvarni prikaz stanja, jasne ekonomske in strukturne naloge ter dialoško odprtost. V zadnjem delu pa nastopita dve omejitvi, saj je poudarek zgoj na ekonomsko-materialnih dejavnikih, antropološki viri, ki so izrednega pomena predvsem pri reševanju vsake večje krizne naloge v skupnosti, pa so izpuščeni (Ramovš, 2019).

Sama Strategija do danes ni dosegla velike pozornosti v slovenski javnosti, prav tako takratna vlada ni sprejela predvidenih akcijskih načrtov (Ramovš, 2019). Ključni izzivi, ki jih dolgoživa družba postavlja v ospredje, so na področjih aktivnega in zdravega življenja v celotnem življenjskem obdobju, podaljševanju aktivnega obdobja, finančne varnosti, izobraževanja in ustvarjalnosti v celotnem življenjskem obdobju, prilagajanja delovnega in bivalnega okolja potrebam vseh starostnih skupin, sodobne tehnologije, družbenega udejstvovanja in aktivnega državljanstva vseh generacij (Urad republike Slovenije za Makroekonomske analize in razvoj, 2017).

3.3.2 Strategija varstva starejših do leta 2010

Z vsoto problematiko, ki nastaja zaradi staranja evropskega prebivalstva, je potreba tudi po večji solidarnosti med generacijami. Z željo po iskanju rešitev na področju dolgotrajne oskrbe in socialnega varstva je Republika Slovenija (v nadaljevanju RS), pripravila dokument Strategija varstva starejših do leta 2010 (solidarnost, sožitje in kakovostno staranje). Osnovni namen strategije je povezovanje in usklajevanje dela pristojnih vladnih resorjev z gospodarstvom in civilnim tretjim sektorjem na način, da se solidarnost in kakovost medčloveškega sožitja med tretjo, srednjo in mlado generacijo povečata. Prav tako pa je potrebno zagotoviti kakovostno staranje in oskrbo naglo rastočega deleža tretje generacije. Strategija je sestavljena iz štirih delov. V prvem delu se predstavi in pojasni izhodišča strategije. Pri formalnih izhodiščih gre za evropske, mednarodne in domače dokumente, ki so bili sprejeti v zadnjih letih, s strani RS. Vsebinsko pa se prvi del dotika aktualnih tem, kot so rast deleža starega prebivalstva, razpadanje medgeneracijske povezanosti in zmanjšanje medgeneracijske solidarnosti. Predstavi se tudi slepo pego zahodne kulture, ki v starosti ne vidi velikega smisla, prav tako pa se zmanjšuje vloga tradicionalne družine in sosedstva, ko gre za skrb za stare ljudi (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006).

V drugem delu strategije se v povezavi s trajnostnim razvojem človeških virov in skrbi opredeli globalne cilje za vse tri generacije državljanov Slovenije v razmerah starajoče se družbe. Poudarki so na področjih pokojnin, zavarovanj in dolgotrajne oskrbe, socialnega

varstva na področju staranja, sožitja generacij, zdravju starih ljudi, izobraževanju in ustvarjanje takšnih razmer, da bi se tretja generacija aktivno vključevala v proces dela in zaposlovanja. Prav tako se dotakne sistema zdravstvenega zavarovanja, vseživljenjskega učenja, prostorskega planiranja za stanovanjsko in javno ureditev, itd. (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006).

Predvideni strateški ukrepi iz dvanajstih področij se nahajajo v tretjem delu. Ta področja zajemajo: delo in zaposlovanje, sistem pokojninskega in invalidskega zavarovanja, dolgotrajno oskrbo, zdravstveno in socialno varstvo, družino, vzgojo in šolstvo, kulturo in informiranje, znanost in raziskovanje, stanovanjsko politiko in prostorsko planiranje, promet ter osebno nego in varnost starejših. Javna skrb za solidarno sožitje generacij in za kakovostno staranje, pregled stanja le- tega je prav tako vključena v ta del (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006).

V zadnjem, četrtem delu so predstavljena navodila za izvedbo strategije. Resorni programi morajo biti uvedeni na področju kakovostnega staranja in solidarnega sožitja med generacijami. Iskanje sinergije in njeno uresničevanje med akterji na področju dolgotrajne oskrbe, skupnosti, družine; Predlog o konkretnih akcijskih načrtih je z ustanovitvijo in realizacijo, da se ustanovi Svet za solidarno sožitje generacij in za kakovostno staranje prebivalstva v Sloveniji, sestavni del Strategije (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006). Ta strategija je zajela mnoga področja, ki se dotikajo problematike dolgotrajne oskrbe, vendar v politiki in javni sferi v trinajstih letih ni prišlo do njene uresničitve. Sama strategija kliče po posodobitvi in politiki, ki bi jo aktivirala.

3.3.3 Zakon o dolgotrajni oskrbi

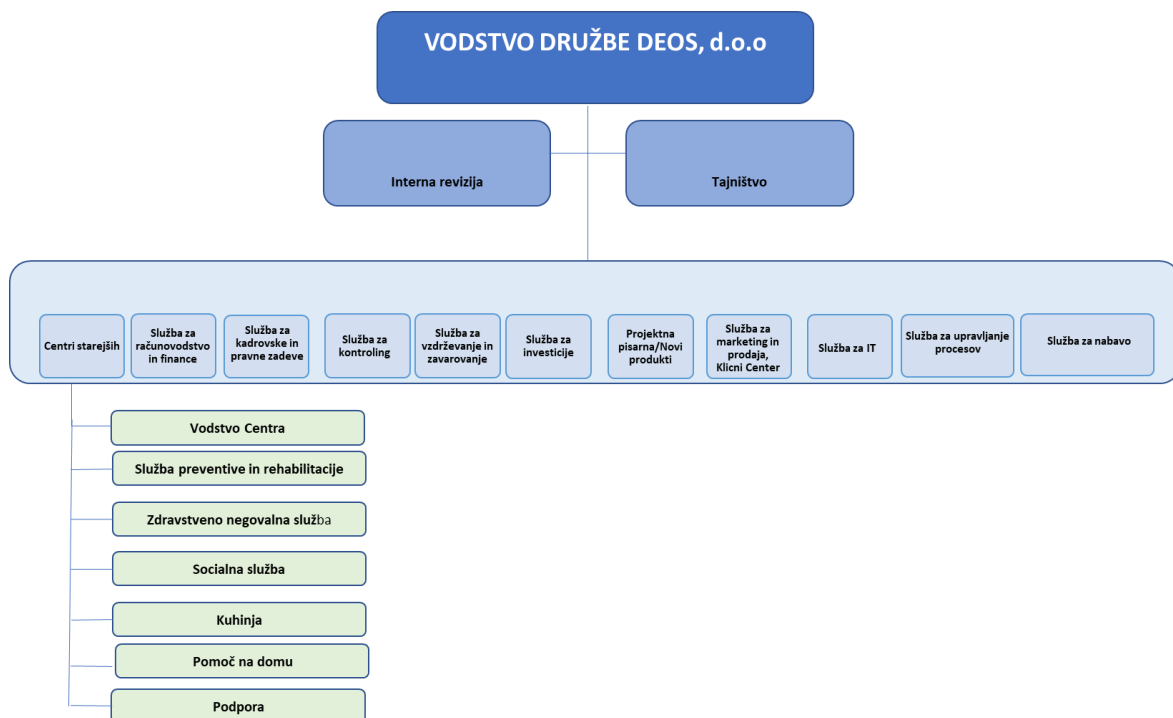
Ob problematiki dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in dejstvu, da ni obstajala enotna definicija dolgotrajne oskrbe, področje ni bilo sistemsko urejeno oz. so se različne tematike dolgotrajne oskrbe urejevale v različnih predpisih, zato je prišlo do potrebe po novem zakonu, ki bo uredil te probleme. Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk), Ur. l. RS, št. 196/2021 je bil sprejet leta 2021. Zakon (ZDOsk) ureja različne oblike pravic upravičencev do dolgotrajne oskrbe. Različne oblike pravic pokrivajo formalno oskrbo v instituciji, formalno oskrbo na domu, denarne prejemke, ki so odvisni od tega, v kateri kategoriji se starostnik nahaja in plačilo oskrbovalcem družinskega člana, ki bo zagotavljal dolgotrajno oskrbo. Zakon (ZDOsk) urejuje tudi sofinanciranje storitve e-oskrbe. Trenutna vlada vidi v tem zakonu (ZDOsk) pomanjkljivosti, glavno pomanjkljivost vidi v nepredvidevanju dolgoročnega javnega financiranja dolgotrajne oskrbe. Tako se je z novelo zakona o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk) odločila za enoletni zamik izvajanja zakona. V tem vmesnem času pa bi vlada rada našla odgovore še na vseh področjih, ki jih zakon (ZDOsk) pomanjkljivo pokriva (Ministrstvo za zdravje, brez datuma a).

4 PREDSTAVITEV IZBRANEGA DSO

4.1 Center DEOS

DEOS, celostna oskrba starostnikov, d. o. o., je družba v zasebni lasti, ustanovljena leta 1995. Institucionalno varstvo starejših predstavlja ključno dejavnost Centra starejših DEOS po Sloveniji. Znotraj Centra DEOS deluje osem centrov starejših DEOS z vsemi potrebnimi dovoljenji in koncesijami, skupno ima približno 800 zaposlenih in 1340 stanovalcev. Strokovnost osebja je nekaj, kar zaznamuje način dela. Strokovno osebje deluje na področjih zdravstvene nege in oskrbe, prehrane, fizioterapije in delovne terapije, pomembna jim je tudi družbena vključenost starostnikov. Tehnične službe poskrbijo za čistočo prostorov, perilo in delovanje vseh naprav. Center ima partnerje doma in v tujini, z njimi se povezujejo preko številnih domačih in evropskih projektov na področju dolgotrajne oskrbe. Nekateri bolj vidni in pomembni projekti so: bivanje starejših na kmetiji, projekt razvoja kompetenc zaposlenih na področju oskrbe starejših ter projekt nove platforme za pomoč in oskrbo starejših na domu (DEOS, brez datuma). Kot je lepo razvidno iz organigrama družbe DEOS na sliki 5 so različne službe, ki delujejo na istem nivoju kot posamezni centri starejših.

Slika 5: Organigram podjetja DEOS



Vir: DEOS (brez datuma).

Oblika organizacijske strukture je divizijska. Vsak Center starejših ima znotraj svoje poslovne enote razne službe: vodstvo Centra, preventiva in rehabilitacija, zdravstveno negovalno službo, socialno službo, kuhinjo, pomoč na domu in podporo. Poslanstvo Centra

DEOS je: »Z lastnim znanjem in izkušnjami skrbimo za stalen razvoj starostnikom prilagojenih storitev. Starostnike v vsakem trenutku spodbujamo k aktivnemu življenju, pri čemer jim zagotavljamo najprimernejšo obliko in najkakovostnejšo izvedbo oskrbe.« Vizija Centra DEOS je: »V naslednjih petih letih bomo postali vodilni ponudnik storitev na področju celostne oskrbe starostnikov v Sloveniji. To bomo dosegli z aktivnim spremljanjem, prilagajanjem in sooblikovanjem razmer na trgu. S strokovnim osebjem bomo oblikovali in izvajali najkakovostnejše in inovativne programe ter pri tem sodelovali z ustreznimi partnerji.« Vrednote, ki jih poudarjajo in zasledujejo, so: transparentnost, humanost, strokovnost, odgovornost in inovativnost (DEOS, brez datuma).

4.2 Center DEOS Notranje Gorice

Center DEOS Notranje Gorice je zasebni socialnovarstveni zavod s koncesijo, ustanovljen leta 2011 in je eden največjih od osmih centrov znotraj Centra DEOS starejših. Leta 2009 mu je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve podelilo koncesijo. Svojo osnovno dejavnost opravlja pod šifro 87.300, dejavnost nastanitvenih ustanov za oskrbo starejših in invalidnih oseb. Center starejših DEOS Notranje Gorice je poslovna enota družbe DEOS, d.o.o. Proces dela Centra je razdeljen na osnovne službe in skupne službe. Med osnovne službe spadajo zdravstvena, negovalna, socialna služba, fizioterapija, delovna terapija in prehrana. Vsaka služba ima odgovorno vodjo, ki skrbi za organizacijo in usklajevanje dela. Za celo organizacijsko enoto je odgovorna vodja PE, direktorica Ana Petrič (DEOS, brez datuma).

Center ima tri etaže in petnajst enot. Vse sobe v Centru imajo lastno kopalnico in sanitarije, balkon ali teraso, hladilnik, možnost TV in internetnega priključka. Prostor za fizioterapijo je v pomoč fizičnemu stanju stanovalcev. Skozi celo leto organizirajo tematske dogodke, predstavitve, prodajo uporabnih izdelkov in pripravijo pravo tržnico. Ponujajo tudi delovno terapijo, ki je zelo obiskana. Ena od stvari, ki jih ponujajo, je tudi duhovna oskrba. V vsaki enoti je mesto, kjer se stanovalci lahko družijo. V večnamenskem prostoru se odvija veliko kulturnih, izobraževalnih in športnih dogodkov ter raznovrstne in inovativne aktivnosti. V Centru imajo tudi kavarno in letni vrt. V Centru imajo frizerski salon ter mobilnega pedikerja (DEOS, brez datuma).

5 EMPIRIČNA ANALIZA

5.1 Metoda in načrt raziskave

Magistrsko delo je sestavljeno iz dveh vsebinskih sklopov. V prvem delu magistrskega dela je predstavljen teoretični del, v drugem delu pa sledi raziskovalni del. Teoretični del je sestavljen iz treh poglavij, kjer predstavljam koncept vodenja in MČV samostojno in v povezavi z DSO. Tretje poglavje je namenjeno generalnemu opisu DSO. V ta namen

uporabljam deskriptivno raziskovalno metodo, ki mi je bila v pomoč pri preučevanju prej omenjenih konceptov, preko domače in tuje strokovne literature. Viri sekundarnih podatkov so zbrani iz podatkovnih baz, podatkovnih skladišč: iz analiz RS, iz SURS-a, iz Eurostat portala.

Preučevanju literature sledi raziskovalni del. V iskanju odgovorov na raziskovalna vprašanja sem se najprej lotila iskanja najbolj ažurnih podatkov o DSO v Sloveniji. Na drugi strani pa sem analizirala demografske in ekonomske trende v državi in Evropi, da bi lahko prikazala realno stanje problematike DSO. Kot metodo zbiranja primarnih podatkov sem izbrala anketni vprašalnik. Tako sem izbrala kombinirani način anketiranja: kombinacijo ankete kot osebnega intervjuja in ankete kot samoizpolnjevalnega vprašalnika. Izdelani anketni vprašalnik sem posredovala uporabnikom izbranega DSO in tako poizkusila preučiti zadovoljstvo uporabnikov izbranega DSO. Intervjuvala sem direktorico Centra DEOS Notranje Gorice Ano Petrič, in poizkušala povezati izsledke raziskave z analizo intervjuja.

5.2 Oblikovanje anketnega vprašalnika

»Anketa je najpogostejši način neposrednega zbiranja podatkov v ekonomiji in poslovnih vedah, pa tudi v družboslovju nasploh« (Bregar, Ograjenšek & Bavdaž, 2010, str.86). Anketni vprašalnik je dober način, pogosto edini način, kako najbolje predstaviti sliko stanja v neki skupini ljudi. Oblikovanje anketnega vprašalnika zahteva mnogo velikih korakov. Pri oblikovanju anketnega vprašalnika sem najprej identificirala problem oz. namen raziskave, nakar sem prebrala literaturo, ki se navezuje na predmet proučevanja, izbrala metodologijo, zbrala podatke ter jih analizirala, na koncu pa potegnila zaključke (Janes, 1999).

V maju 2023 sem posredovala anketni vprašalnik, ki je v prilogi 2, Centru DEOS Notranje Gorice. Nato je skupina zaposlenih v Centru najprej vsakega stanovalca vprašala, če bi bil pripravljen sodelovati v moji raziskavi. Samo anketiranje je potekalo anonimno. Ko je stanovalec dal svojo privolitev, so mu dali vprašalnik in če je bilo potrebno, so mu prebrali na glas ali mu obrazložili, vsebino vprašanja. Anketne vprašalnike so stanovalci izpolnjevali od 25.5.2023 do 5.6.2023. Anketo je izpolnilo 48 stanovalcev, od teh jih je bilo ustrezno izpolnjenih 24. Vsa vprašanja v anketi so zaprtega tipa.

Vprašanja od 1 do 18 so sestavljena s pomočjo Likertove lestvice, z oceno od 1 do 5, kjer je 1-nikoli, 2-redko, 3-občasno, 4-pogosto, 5-vedno. Pri 19. in 20. vprašanju so anketiranci lahko izbrali le en možen odgovor. Pri 21. vprašanju gre za ranžirno vrsto, od 1-6, 1 predstavlja tisto, kar jim je najmanj blizu in 6 tisto, kar jim je najbolj. Od 22.-33. vprašanja sledijo vprašanja s podanimi odgovori na Likertovi lestvici, 1 do 5, kjer predstavlja 1- se sploh ne strinjam, 2-se ne strinjam, 3-se niti ne strinjam, niti se strinjam, 4-se strinjam, 5-se popolnoma strinjam.

Vprašalnik je sestavljen iz dveh vsebinskih sklopov in štirih demografskih vprašanj na koncu anketnega vprašalnika. Prvi sklop v tabeli 1 predstavlja 19 vprašanj o vodenju, ki

predstavljajo šest različnih stilov vodenja. To so transformacijski stil vodenja, laissez-faire, transakcijski, avtokratični, demokratični in služnostni stil vodenja. Vsak stil vodenja se v prvem sklopu, preko najbolj izrazitih lastnosti vsebinsko navezuje na štiri vprašanja, služnostni stil pa na pet vprašanj. Dve vprašanji se navezujeta na dva stila vodenja hkrati. 2. vprašanje o opolnomočenju, ki je lastnost tako transformacijskega kot služnostnega stila vodenja, je obema stiloma prineslo enako vrednotenje kot eno od vprašanj pri analizi odgovorov. 4. vprašanje prav tako pokriva dva stila vodenja, služnostni in laissez-faire stil vodenja. V tem primeru je bilo pri analizi odgovorov na vprašanje vrednotenje obratno, saj sta lastnosti enega in drugega stila pri tem vprašanju protipomenki. Odgovori na vprašanja od 1 do 19 bodo predstavljali dejansko stanje v Centru starejših DEOS Notranje Gorice, torej pokazali bodo, kateri stil vodenja od teh šestih anketiranci v povprečju dojemajo, da je prisoten v Centru.

Tabela 1: Vprašanja in primarna statistična analiza o trenutnem stanju vodenja- 1.sklop

AVTOKRATIČNO VODENJE	Aritmetičn a sredina	Standardni odklon	Utež
Nadzorniški.	0,0	0,0	25,0 %
V domu imamo veliko strogih pravil in predpisov.	2,4	1,4	25,0 %
Velikokrat je prisoten nekdo, ki nadzira, da vse poteka ustrezno.	3,9	0,9	25,0 %
Ne komuniciram veliko z zaposlenimi, velikokrat pa dobim kratka in jedrnata navodila o stvareh, ki so pomembne.	4,0	1,1	25,0%
DEMOKRATIČNO VODENJE	Aritmetičn a sredina	Standardni odklon	Utež
Ustvarjalni.	0,4	1,4	25,0 %
Velikokrat sodelujemo med sabo na oddelku in v skupinah.	4,5	0,7	25,0 %
Ko me kdaj kaj skrbi, zaposleni poskrbijo za dobro moralo.	4,5	0,5	25,0 %
Ko imam kakšen problem, kljub temu da prvi na katerega se obrnem, nima rešitve, jo ta najde pri sodelavcu.	4,3	0,7	25,0%
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	Aritmetičn a sredina	Standardni odklon	Utež
Brezbrižni.	0,0	0,0	25,0 %
Večkrat opažam, da se počutim izoliranega.	1,7	1,1	25,0 %
Ko imam kakšen problem in ga delim z zaposlenimi, do mene ne pridejo nazaj z rešitvijo.	3,6	1,3	25,0 %
Ko se počutim slabo, me zaposleni spodbudijo in mi pomagajo.	1,5	0,7	25,0 %

se nadaljuje

Tabela 1: Vprašanja in primarna statistična analiza o trenutnem stanju vodenja- 1.sklop
(nad.)

SLUŽNOSTNO VODENJE	Aritmetičn a sredina	Standardni odklon	Utež
Empatični.	1,9	2,5	25,0 %
Zaposleni v domu spoštujejo moje dostojanstvo in zasebnost.	4,6	0,5	15,0 %
Zaposleni v domu mi na pomoč priskočijo samoiniciativno.	4,2	1,0	15,0 %
Ko se počutim slabo, me zaposleni spodbudijo in mi pomagajo.	4,5	0,7	15,0 %
Ko gre za izražanje lastnega mnenja in mojih želja, potreb, me zaposleni slišijo in podprejo.	4,3	0,6	15,0 %
Ko želim komunicirati z zaposlenimi, se ti odzovejo hitro in empatično.	4,4	0,6	15,0 %
TRANSAKCIJSKO VODENJE	Aritmetičn a sredina	Standardni odklon	Utež
Predani svojemu delu.	2,3	2,5	25,0 %
Vedno znova me preseneti, kako hitro in vestno zaposleni opravijo svoje naloge.	4,3	0,8	25,0 %
Zaposlenim veliko pomenijo pravila. Vedno jim sledijo.	3,8	1,2	25,0 %
Zaposleni na splošno komunicirajo direktno in transparentno.	4,2	0,6	25,0 %
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	Aritmetičn a sredina	Standardni odklon	Utež
Navdihujoči.	0,4	1,4	25,0 %
V domu me spodbujajo, da se naučim še kaj novega.	4,5	0,6	25,0 %
Vedno lahko odprto komuniciram o svojih problemih, ne glede na to, na kaj se nanašajo.	4,2	0,8	25,0 %
Ko gre za izražanje lastnega mnenja in mojih želja, potreb, me zaposleni slišijo in podprejo.	4,3	0,6	25,0 %

Vir: lastno delo.

Drugi sklop v tabeli 2 predstavlja 13 vprašanj o managementu človeških virov. Tudi tukaj se dve vprašanji pojavita za dva stila hkrati, v enakem razmerju kot sem že opisala v prvem sklopu. Odgovori bodo pokazali želeni stil vodenja. Po zbranih podatkih, bom ugotavljala, kako usklajena sta dejansko in želeno stanje stila vodenja v Centru. Tretji, zadnji sklop pa predstavljajo 4 demografska vprašanja o spolu, starosti, letih bivanja v Centru in raven fizične samostojnosti. V Prilogi 4 je predstavljen celotni anketni vprašalnik. Pri analizi bom ugotavljala skladnost ali neskladnost med dejanskim in želenim stanjem in nato dala priporočila za vodstvo. Analizo anketnega vprašalnika sem naredila v programu Excel in v programu R.

Tabela 2: Vprašanja in primarna statistična analiza o zelenem stanju vodenja-2.sklop

AVTOKRATIČNO VODENJE	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Utež
Nadzor.	2,5	1,3	12,5 %
Da mi zaposleni v domu podajo kratka in jedrnata navodila.	4,0	1,5	12,5 %
Pomembno mi je, da je vsak dan prisoten nekdo, ki nadzira, da vse poteka optimalno.	4,0	1,0	37,5 %
Pomembno mi je, da imamo v domu veliko strogih pravil in predpisov.	1,8	0,9	37,5 %
DEMOKRATIČNO VODENJE	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Utež
Ustvarjalnost.	3,4	1,0	12,5 %
Ko imam kakšen problem, si želim, da pridejo zaposleni do mene z rešitvijo.	3,6	1,2	12,5 %
Prijetno mi je, da velikokrat sodelujemo v skupinah na oddelku in izven. Rad se družim z ostalimi v domu.	4,5	0,7	37,5 %
Ko me kdaj kaj skrbi, zaposleni poskrbijo za dobro moralo, kar mi pomeni veliko.	4,5	0,5	37,5 %
LAISSÉZ- FAIRE VODENJE	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Utež
Brezbrižnost.	1,5	0,8	12,5 %
Ko imam kakšen problem in ga delim z zaposlenimi, mi je všeč, da mi ne dajo rešitve in jo moram sam poiskati.	1,4	0,9	12,5 %
Izoliranost je nekaj, s čimer se pogosto srečujem. Takrat mi je težko.	1,9	1,2	37,5 %
Do dobrega počutja mi velikokrat pomagajo priti zaposleni, s spodbudo in pomočjo mi pomagajo do boljšega stanja. Ta pomoč je zame izrednega pomena.	1,7	0,6	37,5 %
SLUŽNOSTNO VODENJE	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Utež
Empatija.	4,5	1,5	12,5 %
Od vsega mi je najpomembnejša pri komunikaciji empatija in to, da so zaposleni vedno pripravljeni na pogovor, če ga potrebujem.	5,0	1,5	12,5 %
Včasih mi je težko govoriti o mojem počutju. Takrat mi je zelo pomembno, da mi zaposleni v domu na pomoč priskočijo samoiniciativno.	4,5	0,5	18,8 %
Do dobrega počutja mi velikokrat pomagajo priti zaposleni, s spodbudo in pomočjo mi pomagajo do boljšega stanja. Ta pomoč je zame izrednega pomena.	4,3	0,6	18,8 %
Zelo mi je pomembno, da ko izrazim svoje mnenje in želje, me zaposleni slišijo in podprejo.	4,6	0,6	18,8 %
Občutek spoštovanja moje zasebnosti in dostojanstva s strani vseh zaposlenih v domu mi je zelo pomemben.	4,8	0,4	18,8 %

se nadaljuje

Tabela 2: Vprašanja in primarna statistična analiza o zelenem stanju vodenja-2.sklop
(nad.)

TRANSAKCIJSKO VODENJE	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Utež
Predanost svojem delu.	4,8	1,1	12,5 %
Všeč mi je, da komunikacija poteka direktno in transparentno.	3,0	1,5	12,5 %
Veliko mi pomenijo pravila. Pravila mi dajo občutek varnosti, rad jim sledim.	3,9	1,1	37,5 %
Ustreza mi, da so zaposleni hitri in vestni pri svojem delu.	4,3	0,7	37,5 %
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Utež
V navdih.	4,4	1,5	12,5 %
Da se lahko vedno obrnem na kogarkoli in da se odprto pogovarjamo o vsem.	4,1	1,3	12,5 %
Rad pridobivam nova znanja. Vedno me razveseli, če imam možnost učenja novih stvari.	4,4	0,6	37,5 %
Zelo mi je pomembno, da ko izrazim svoje mnenje in želje, me zaposleni slišijo in podprejo.	4,6	0,6	37,5 %

Vir: lastno delo.

5.3 Oblikovanje intervjuja

Z željo po poglobitvi moje raziskave in iskanju več povezav pri stilu vodenja, MČV in zadovoljstva stanovalcev, sem se odločila, da naredim delno strukturiran, individualni, nestandardiziran intervju z direktorico Centra DEOS Notranje Gorice, gospo Ano Petrič. Vprašanja sem gospe Petrič poslala vnaprej, da se je lahko nanje pripravila. Z intervjujem bom poizkusila ugotoviti, katere lastnosti prevladujejo pri njej kot vodji v Centru, kaj je njej izrednega pomena in katere prakse MČV uporablja. S pomočjo njenih odgovorov bom prav tako poizkusila ugotoviti njen stil vodenja.

Intervju je obsegal 27 vprašanj. V prilogi 1 je predstavljen celoten intervju. Intervju kot način zbiranja primarnih podatkov sem izbrala zaradi namena raziskovanja, pomena osebnega stika in vprašanj, na katere sem želela dobiti odgovore. Eden od razlogov, zakaj sem se odločila za intervju, je tudi to, da me zanimajo stališča in vedenje gospe Petrič. Podatki, ki so zbrani z deloma strukturiranimi intervjuji so bolj primerni za kvalitativno analizo, ki je del mojega magistrskega dela (Bregar, Ograjenšek & Bavdaž, 2010).

5.4 Omejitve raziskave

Omejitve pri raziskavi predstavlja dejstvo, da so anketne vprašalnike izpolnjevali ljudje starejši od 65 let v Centru starejših DEOS Notranje Gorice. Omejitve so bile nerazumevanje

ali napačna interpretacija, kljub temu da sem pri načrtovanju anketnega vprašalnika vzela to v obzir. Prav tako sem razmišljala o primerni dolžini anketnega vprašalnika, saj je koncentracija pri starostnikih na daljši čas lahko vprašljiva. V Centru imajo tako prakso, saj so odprti za pomoč pri raziskovalnih nalogah, da zaposleni posredujejo anketni vprašalnik stanovalcem. Če česa ne razumejo, ali ne morejo prebrati, jim pomagajo zaposleni. Tako lahko pride do odgovorov, ki niso iskreni, ampak do takih, ki bi si jih zaposleni želeli slišati. Prav tako se lahko zgodi, da kdo od zaposlenih, ki jim bo pomagal pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika ne bo natančen pri vprašanjih od 19 do 22.

Ker je anketni vprašalnik anonimen, lahko pride do prehitrega reševanja ali do nepravilnega izpolnjevanja, kar je pri starostnikih že tako ali tako lahko problematično zaradi samega razumevanja. Med stanovalci v Centru starejših DEOS je nekaj ljudi, ki so dementni ali čustveno nestabilni. Že vnaprej sem prosila direktorico go. Ano Petrič, da se ljudi, ki bi jih lahko anketni vprašalnik na kakršenkoli način spravil v stisko, izključili iz raziskave. Ker imajo že dobro prakso reševanja anketnih vprašalnikov pri raziskavah, vedo, kateri stanovalci so primerni kandidati za sodelovanje pri raziskavi in kateri ne.

6 ANALIZA RAZISKAVE

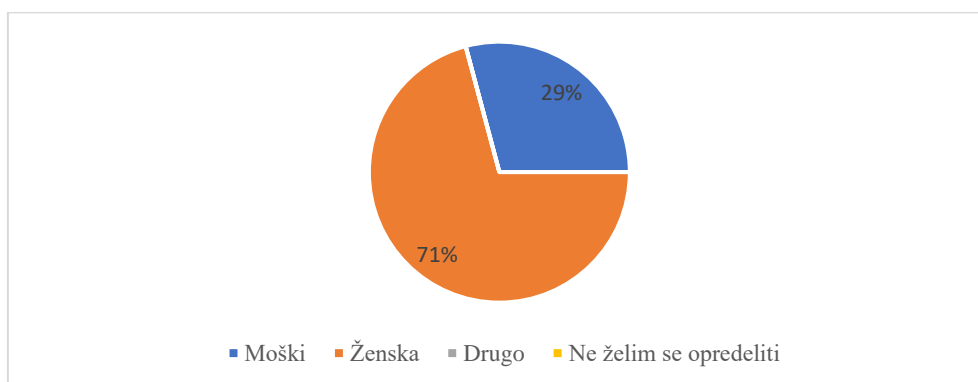
V prvem delu analize anketnega vprašalnika bom preko grafov in besedila predstavila demografske značilnosti anketirancev. Temu bo sledilo dejansko stanje vodenja in nekaj primerov med razlikami aritmetične sredine in nekega segmenta anketirancev. Vsaka razlika bo poudarila nek element. Nato bom analizirala zeleno stanje vodenja. Tudi tukaj bom predstavila še dve razliki aritmetičnih sredin med celotno populacijo anketirancev in določenim segmentom. Po analizi dejanskega in zelenega stanja bom nadaljevala z odklikom od zelenega stanja. Pri dejanskem in zelenem stanju stila vodenja bom predstavila tudi Pearsonov koeficient korelacije. Ob koncu analize se bom dotaknila še analizi 20. in 21. vprašanja, ki predstavljata ranžirne vrste.

6.1 Analiza anketnega vprašalnika

6.1.1 Demografske značilnosti anketirancev

Število anketirancev, ki so ustrezno odgovorili na vsa vprašanja na anketnem vprašalniku, je bilo 24. Od tega jih je bilo skoraj tri četrtine (71%) ženskega spola, 29 % pa moškega spola. Poleg moškega in ženskega spola sem dodala še možnost, da se anketiranci ne opredelijo oz. imajo možnost, da izberejo drug spol. Pri čemer teh dveh opcij ni izbral nihče. To je razvidno v sliki 6.

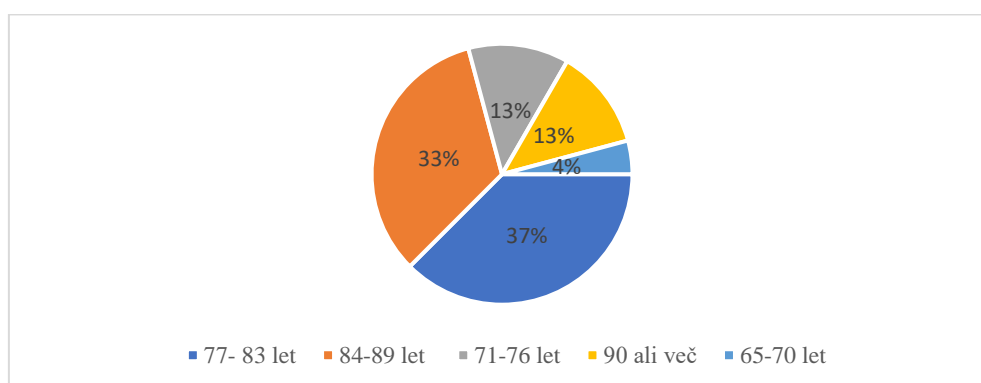
Slika 6: Spolna struktura anketirancev



Vir: lastno delo

Pri vprašanju o starostni strukturi sem razdelila demografsko vprašanje v pet razredov. Največ anketirancev, 37 % spada v drugi razred, torej so stari od 77 let do vključno 83 let. 33 % anketirancev spada v tretji razred od 84 let do vključno 89 let. 13 % anketirancev spada ali v drugi ali v četrti razred, le 4 % anketirancev spada v prvi razred, ki so stari od 65 let do vključno 70 let. To predstavlja slika 7.

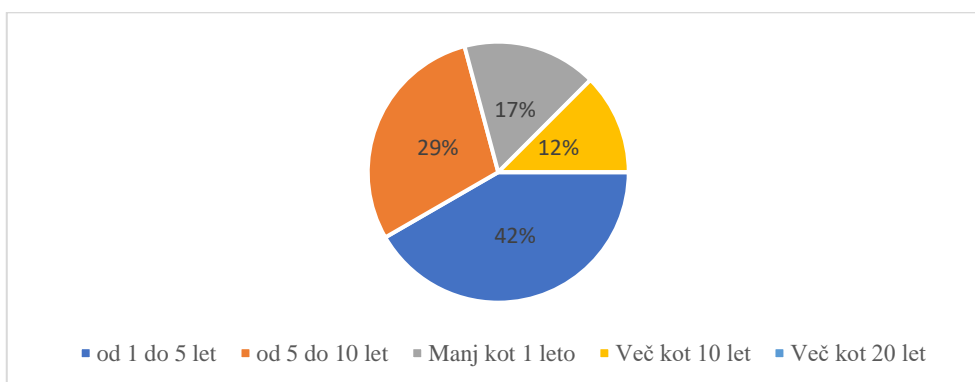
Slika 7: Starostna struktura anketirancev



Vir: lastno delo.

Kljub različni starosti stanovalcev je pomembno vedeti tudi koliko časa že živijo v Centru, kar daje dodaten smisel obširnejši analizi anketnega vprašalnika. Anketiranci, ki bivajo v Centru, jih največ (42 %) živi v Centru od 1 do 5 let. 29 % anketirancev živi od 5 do 10 let, 17 % anketirancev živi v Centru manj kot eno leto, 12 % anketirancev živi v Centru več kot 10 let. Te ugotovitve so razvidne iz slike 8.

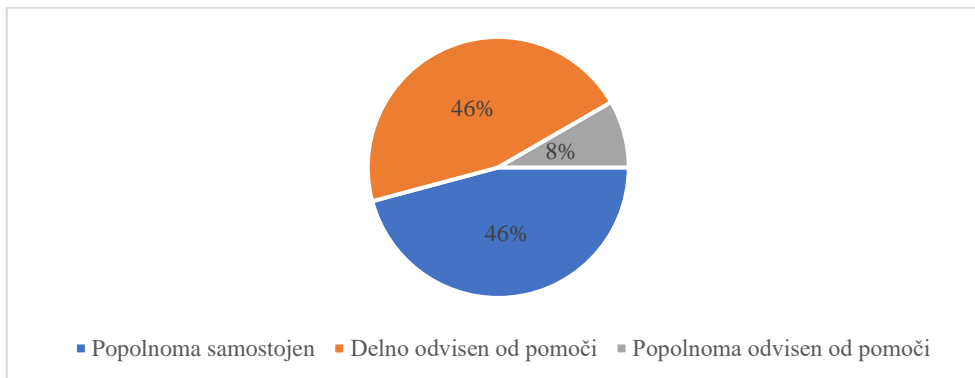
Slika 8: Čas bivanja anketirancev v Centru



Vir: lastno delo.

Ko analiziramo življenje starostnikov je bistveno razumeti v kakšnem fizičnem stanju so stanovalci v Centru. Od vseh anketirancev je popolnoma samostojnih 46 %, isti procent anketirancev je delno odvisnih od pomoči, zgolj 8 % pa jih je popolnoma odvisnih od pomoči, kar vidimo na sliki 9. Da je relativno majhen delež popolnoma odvisnih anketirancev, je zelo verjetno povezano z vnaprejšnjo izključitvijo izpolnjevanja anketnega vprašalnika psihično obremenjenih stanovalcev.

Slika 9: Nivo fizične samostojnosti anketirancev



Vir: lastno delo.

6.1.2 Rezultati vprašalnika o dejanskem stanju stila vodenja

Metodološko podlago za analizo anketnega vprašalnika sem uporabila preprost koncept navadne aritmetične sredine. Kot je razvidno iz enačbe (1) je mogoče navadno aritmetično sredino izračunati kot vsoto vseh vrednosti deljenim s številom enot v množici.

$$\bar{X} = \frac{1}{n} * \sum_{i=0}^n x_i \quad (1)$$

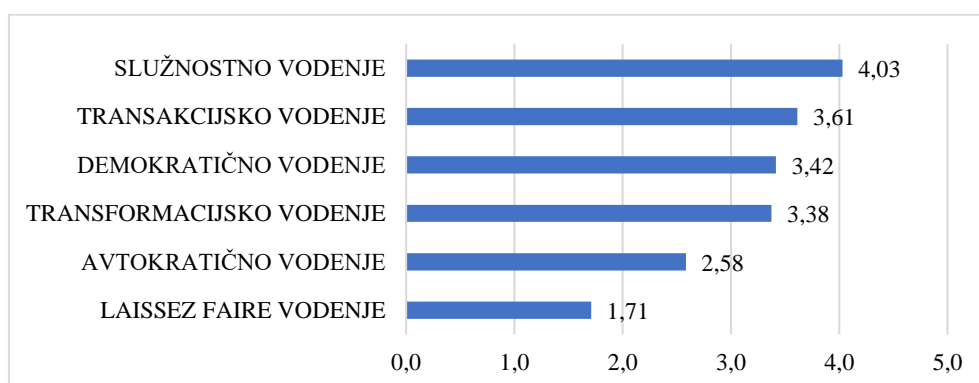
Iz enačbe (2) lahko vidimo, da je mogoče tehtano aritmetično sredino izračunati kot vsoto vseh vrednosti pomnožene s pripadajočo utežjo deljenim s številom enot v množici, saj med sabo primerjamo dve različni skupini, ki imata dve različni teži in nista enakovredni, pa vendar ju želimo stehtati. Še posebej je tehtana aritmetična sredina pomembna za primerljivost podatkov med trenutnim in želenim stilom vodenja (Rovan, Korenjak Černe, Pfajfar & Lotrič Dolinar, 2015).

$$\bar{X} = \frac{1}{n} * \sum_{i=0}^r n_i x_i \quad (2)$$

Pri analizi primarnih odgovorov je disperzija celotne populacije tako pri dejanskem in želenem stanju stila vodenja primerljiva (0,9- dejansko stanje, 1,0-želeno stanje) in relativno nizka, saj to predstavlja samo en razred na lestvici od 1 do 5, kar pomeni, da so dokaj homogena skupina. V prvem sklopu, ki se je navezoval na stil vodenja, sem postavila 18 trditev, ki so bile ovrednotene od 1-5 po Likertovi lestvici, tudi pri analizi je veljalo tako vrednotenje odgovorov. Vsaka trditev je kazala neko izstopajočo lastnost posameznega stila vodenja. Pri 19. trditvi, pa je prišlo do drugačnega vrednotenja, saj so se anketiranci odločili za en odgovor, ki je prinesel posameznemu stilu vodenja 5 točk, ostalim stilom vodenja pa nič. Za vsako vprašanje sem izračunala navadno aritmetično sredino (v nadaljevanju AS) in standardni odklon. Za izračun povprečne vrednosti stila vodenja, pa sem uporabila tehtano aritmetično sredino med 4 ali 5 odgovori. Pri čemer sem pri tem izračunu uporabila standardno utež (0,75) za AS odgovorov iz Likertove lestvice ter standardno utež (0,25) za odgovor z eno možnostjo izbire.

Tako sem dobila standardizirano AS za vsak stil vodenja, kar prikazuje slika 10. Le-ta prikazuje dejansko stanje stila vodenja, preko lastnosti, ki so jih anketiranci ocenili in vsaka predstavlja enega od šestih stilov vodenja, ki so predstavljena v poglavju 2.7. Anketiranci najbolj zaznajo prisotnost služnostnega stila vodenja z AS= 4,03. Za njim je transakcijsko vodenje z AS=3,61. Stil vodenja, ki je najmanj prisoten v Centru je laissez-faire vodenje.

Slika 10: Dejansko stanje dojemanje stila vodenja



Vir: lastno delo.

Korelacija med stili vodenja pri dejanskem stanju vodenja je razmeroma nizka, kar je razvidno iz tabele 3, kar pomeni, da so si stili vodenja med sabo različni, a so v večini statistično neznačilni ($p > 0,05$), kar je razvidno v prilogi 4, kar analizo korelacijskih koeficientov oslabi. Edina statistično značilna korelacija je med transakcijskim in služnostnim vodenjem, ki kaže zmerno negativno linearno povezanost med omenjenima vodenjema ($-0,43; p < 0,05$). Torej tisti stanovalci, ki v povprečju ocenjujejo, da je v DSO prisotno služnostno vodenje v dobršni meri menijo, da je prisotno manj transakcijskega vodenja.

Tabela 3: Korelacija med stili vodenja pri dejanskem stilu vodenja

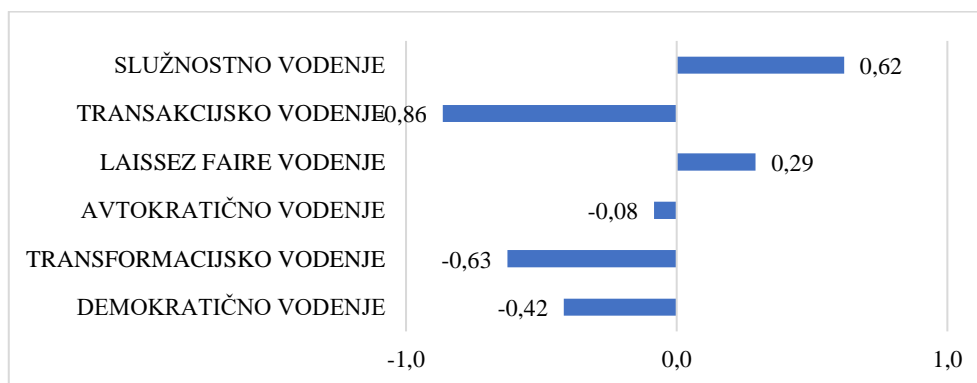
	Demokratično	Transformacijsko	Avtokratsko	Laissez-faire	Transakcijsko	Služnostno
Demokratično	1,00	0,35	-0,03	-0,22	-0,14	0,14
Transformacijsko	0,35	1,00	0,18	-0,40	-0,09	0,03
Avtokratsko	-0,03	0,18	1,00	-0,04	0,04	0,32
Laissez-faire	-0,22	-0,40	-0,04	1,00	0,04	-0,40
Transakcijsko	-0,14	-0,09	0,04	0,04	1,00	-0,43*
Služnostno	0,14	0,03	0,32	-0,40	-0,43*	1,00

*korelacija je statistično značilna pri $p < 0,05$

Vir: lastno delo.

Z anketnim vprašalnikom sem ugotovila, da različne starostne podskupine različno preferirajo lastnosti zaposlenih v Centru. Najbolj izrazito odstopanje od AS preučevanega vzorca se je pokazalo pri stanovalcih starih med 65 do vključno 70 let, ki predstavlja prvi starostni razred, kar prikazuje slika 11. Ta najmlajša skupina ljudi, ki živi v Centru, dojemata, da je dejansko stanje vodenja bistveno bolj služnostno ($\Delta AS = 0,62$) in laissez-faire ($\Delta AS = 0,29$) kot transakcijsko ($\Delta AS = -0,86$) in transformacijsko ($\Delta AS = -0,63$). To lahko nakazuje, da imajo zaposleni do različnih starostnih skupin drugačne pristope.

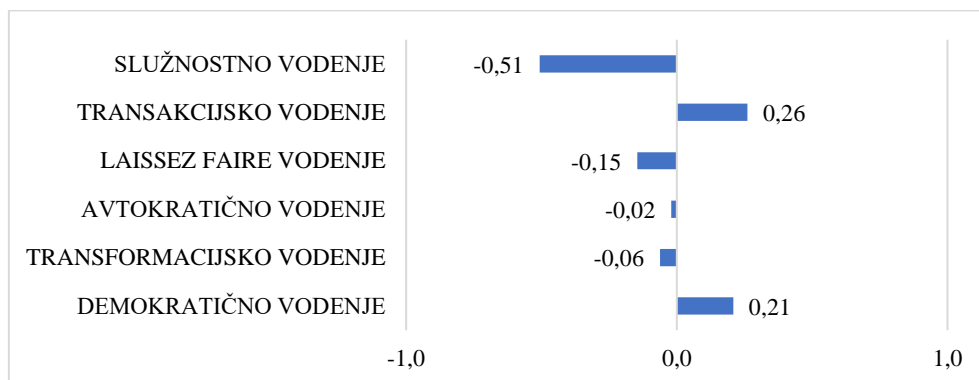
Slika 11: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino starih med 65 in 70 let



Vir: lastno delo.

Na drugi strani pa stanovalci, ki so v začetku spremembe stalnega bivališča, torej živijo v domu manj kot eno leto in se še privajajo na življenje v Centru, dojemajo, da je vodenje v Centru bistveno manj služnostno ($\Delta AS = -0,51$) kot pa transakcijsko ($\Delta AS = 0,26$) in demokratično ($\Delta AS = 0,21$). Kar je razvidno iz slike 12. Ostale razlike so predstavljene v prilogi 3.

Slika 12: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino tistih, ki živijo v Centru manj kot eno leto



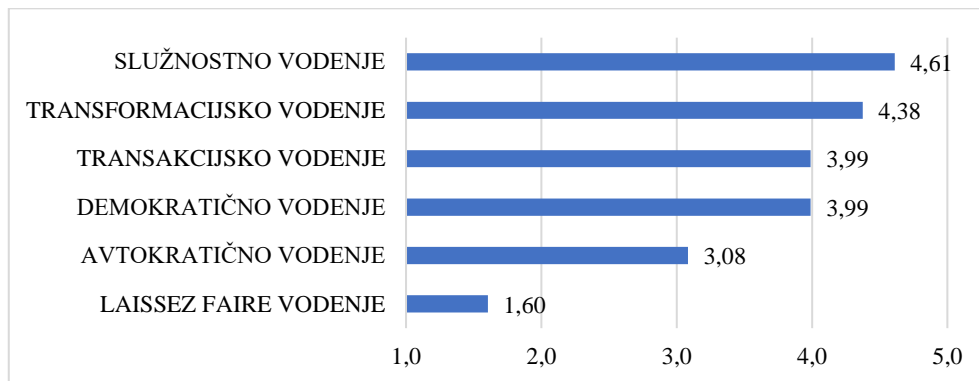
Vir: lastno delo.

6.1.3 Rezultati vprašalnika o želenem stanju stila vodenja

V drugem sklopu, ki se je navezoval na želen stil vodenja in MČV, sem postavila 11 trditev, ki so bile ovrednotene 1-5 po Likertovi lestvici. Vsaka trditev je kazala neko izstopajočo lastnost posameznega stila vodenja. Vsak odgovor je bil pri analizi ovrednoten z 1-5. Pri 20. in 21. trditvi, pa je prišlo do drugačnega vrednotenja, saj so anketiranci rangirali lastnosti pri 20. vprašanju in trditve o komunikaciji pri 21. vprašanju. Pri čemer sem zaradi standardizacije in možnosti primerjave med trenutnim in želenim stanjem upoštevala v analizi samo najbolj izraženo lastnost oz. trditev, ki sem ji pripisala 5 točk, ostalim stilom vodenja pa nič. Za metodološko podlago sem uporabila isto teorijo, kot je opisana na str. 43 in 44 pri rezultatih vprašalnika o dejanskem stanju stila vodenja.

Nato sem izračunala povprečno vrednost AS za vsak stil vodenja. Pri čemer sem pri tem izračunu uporabila standardno utež (0,75) za odgovore AS iz Likertove lestvice (2-4 vprašanja za vsak stil vodenja) ter standardno utež (0,25) za odgovora z eno možnostjo izbire. Tako sem dobila standardizirano AS za vsak stil vodenja, kar prikazuje slika 13. Odgovori so pokazali, kateri stil vodenja je anketirancem najbližji in kateri manj. Analiza odgovorov na vprašanja od 20 do 33 je pokazala z $AS = 4,61$, da si anketiranci, ki živijo v Centru, v povprečju želijo največ služnostnega vodenja, za njim z $AS = 4,38$ transformacijskega vodenja, najmanj pa si želijo z $AS = 1,6$ laissez-faire vodenja, kar se lepo uskladi s teorijo, saj je laissez-faire vodenje opisano kot najbolj nezaželen stil vodenja v zdravstvenem sektorju.

Slika 13: Želeno stanje stila vodenja



Vir: lastno delo.

Korelacija med stili vodenja je tudi pri želenem stanju vodenja razmeroma nizka, kar prikazuje tabela 4 in pomeni, da so si stili vodenja med sabo različni. A še vedno opazujem, da je veliko korelacijskih koeficientov statistično neznačilnih, to prikazuje priloga 4, kar oslabi korelacijsko analizo. Kljub temu pa je nekaj povezav. Najvišja pozitivna korelacija, ki je tudi statistično značilna, je med transakcijskim in demokratičnim stilom vodenja (0,52; $p < 0,05$), kar predstavlja zmerno pozitivno linearno povezanost. Če si stanovanci želijo več demokratičnega vodenja si želijo tudi več transakcijskega. Najvišja negativna korelacija, ki je tudi statistično značilna, je med služnostnim in laissez-faire stilom vodenja (-0,58; $p < 0,05$), kar pomeni, negativno zmerno linearno povezanost oz. da sta si vodenji v očeh stanovancev nasprotni. Podobno, a malo manj močno lahko trdimo tudi za transakcijsko in laissez-faire stilom vodenja (-0,44; $p < 0,05$).

Tabela 4: Korelacija med stili vodenja pri želenem stanju stila vodenja

	Demokratično	Transformacijsko	Avtokratično	Laissez-faire	Transakcijsko	Služnostno
Demokratično	1,00	0,24	0,18	-0,36	0,52*	0,29
Transformacijsko	0,24	1,00	-0,30	-0,16	-0,06	0,13
Avtokratično	0,18	-0,30	1,00	-0,01	0,42*	-0,21
Laissez-faire	-0,36	-0,16	-0,01	1,00	-0,44*	-0,58*
Transakcijsko	0,52*	-0,06	0,42*	-0,44*	1,00	0,13
Služnostno	0,29	0,13	-0,21	-0,58*	0,13	1,00

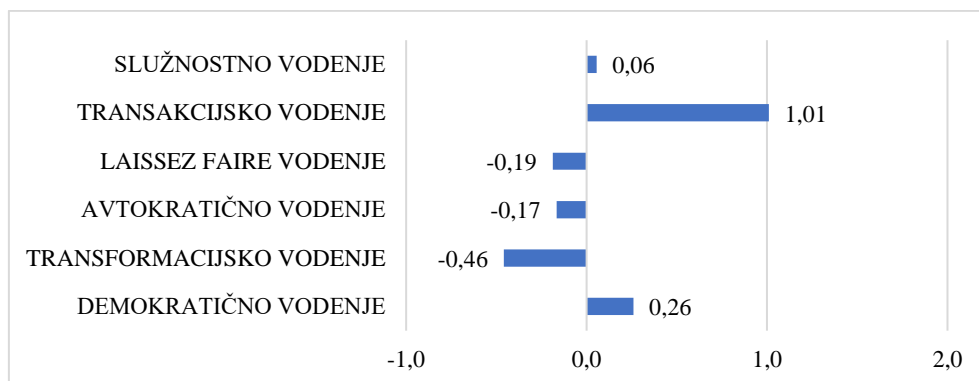
*korelacija je statistično značilna pri $p < 0,05$

Vir: lastno delo.

Z anketnim vprašalnikom, sem ugotovila, da različne starostne podskupine preferirajo različne lastnosti zaposlenih v Centru. Najbolj je izrazito odstopanje v drugem starostnem razredu, pri anketirancih starih med 70 in 76 let, kar je razvidno na sliki 14. Ti bi si želeli več transakcijskega vodenja ($\Delta AS=1,01$) ter demokratičnega vodenja ($\Delta AS=0,26$) in manj

transformacijskega vodenja ($\Delta AS = -0,46$), kar je zanimivo s stališča, da je transformacijski stil vodenja najbolj zaželen stil vodenja.

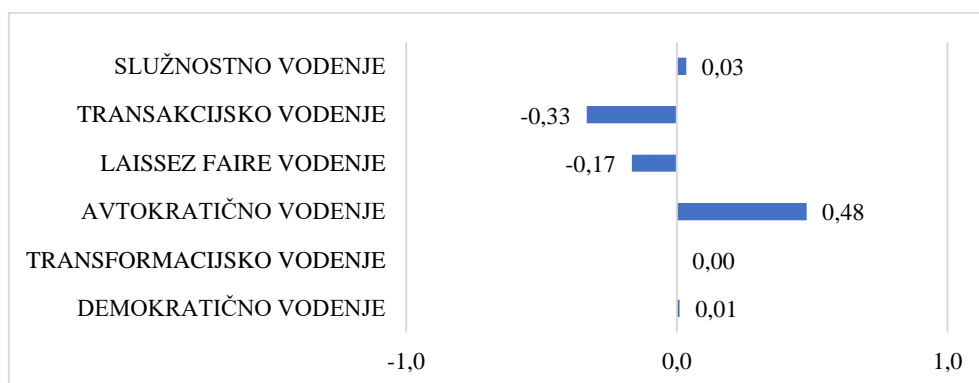
Slika 14: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino tistih starih med 70 in 76 let



Vir: lastno delo.

Pri anketirancih, ki s svojo starostjo padejo v četrti oblikovani razred, torej 83-89 let na sliki 15, pa si v povprečju želijo več avtokratičnega vodenja ($\Delta AS = 0,48$) in manj transakcijskega vodenja ($\Delta AS = -0,33$). Ostale razlike so predstavljene v prilogi 3.

Slika 15: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino tistih starih med 83 in 89 let



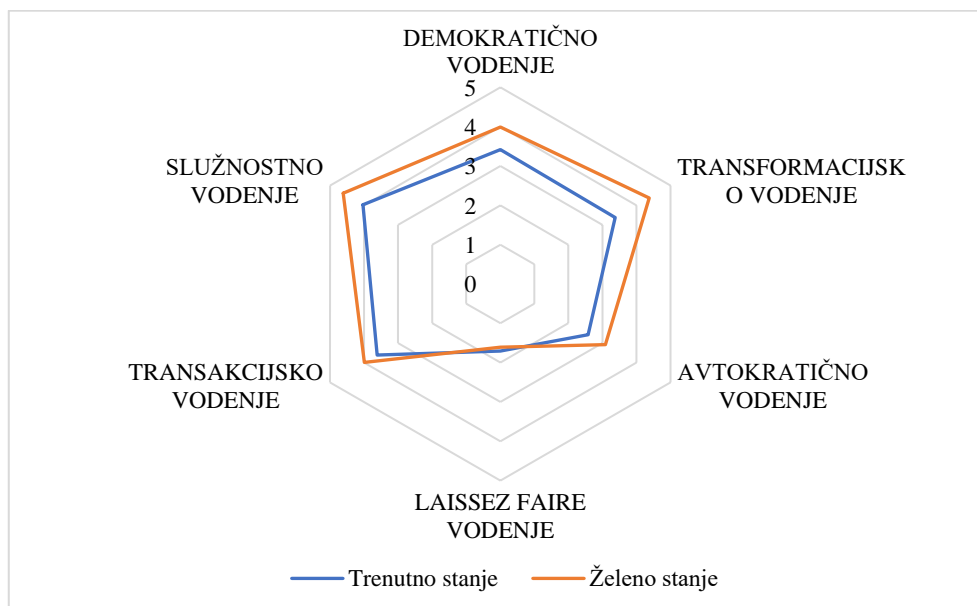
Vir: lastno delo.

6.1.4 Analiza vprašalnika za management človeških virov

Razlika med dejanskim in želenim stanjem vodenja nam omogoča analizo trenutne politike človeških virov. Tam, kjer prihaja do odstopanja, je verjetno prostor za izboljšavo tako pri kadrovske politiki kot tudi pri odnosu zaposlenih do stanovalcev in odnosu vodje do zaposlenih. Na podlagi anketnega vprašalnika lahko izpostavimo, da je v povprečju želeno stanje vodenja v Centru in dejanskim stanjem zelo dobro usklajeno ter skladno s stilom

vodenja direktorice in teorijo, saj je na skali od 1 do 5 med anketiranci odmik med trenutnim in želenim stanjem samo za slabega pol razreda (0,48). To predstavlja slika 16.

Slika 16: Presek dejanskega in želenega stanja



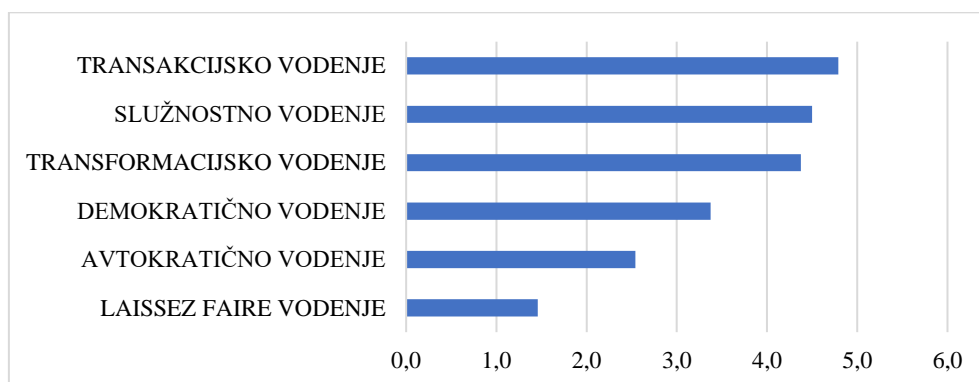
Vir: lastno delo.

Je pa treba poudariti, da so anketiranci zelo skladni pri tem, da tu ni prisotnega laissez-faire in avtokratičnega stila vodenja, po drugi strani pa si prisotnosti teh dveh stilov vodenja ne želijo v Centru. Sicer si želijo še več tudi v teoriji izpostavljenega služnostnega vodenja (+0,58), demokratičnega vodenja (+0,57) ter predvsem transformacijskega vodenja (+1), kar daje indikacijo, da je tukaj največji prostor za izboljšavo.

6.1.5 Rangiranje stilov vodenja

Čeprav v analizi preseka trenutnega in želenega stanja zaradi standardizacije nisem upoštevala rangiranja anketirancev pri 20. in 21. vprašanju, bom v sklopu MČV predstavila tudi izsledke analize teh dveh vprašanj. Pri 20. vprašanju so anketiranci odgovorili na vprašanje, katera lastnost jim pri zaposlenih pomeni največ in katera najmanj. Na sliki 17 lahko vidimo, da v povprečju anketirancem pomeni največ lastnost transakcijskega vodenja- predanost svojemu delu (AS=4,8), sledi lastnost služnostnega vodenja- empatija (AS=4,5), potem transformacijsko vodenje- v navdih (AS=4,4). Ustvarjalnost kot lastnost demokratičnega vodenja (AS=3,4) je na četrtem mestu. Laissez-faire vodenje- brezbriznost (AS=1,5) in avtokratično vodenje- nadzor (AS=2,5) sta najmanj zaželeni lastnosti v Centru od teh šestih.

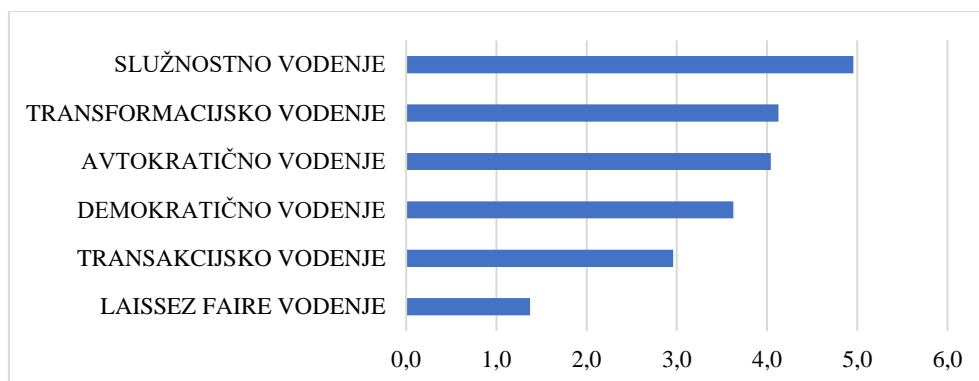
Slika 17: Ranžirna vrsta lastnosti stila vodenja od 1 do 6



Vir: lastno delo.

Slika 18 prikazuje stile vodenja in rangiranje teh na podlagi analize rezultatov 21. vprašanja, pri katerem so anketiranci rangirali različne načine komunikacije šestih stilov vodenja, glede na to, kateri način jim najbolj ustreza in kateri najmanj. Najvišje so ocenili služnostno vodenje, katerega empatični način komuniciranja (AS=5,0) je najbolj zaželen. Naslednje je transformacijsko vodenje z odprto komunikacijo (AS=4,1), potem avtokratično vodenje s kratkimi in jasnimi navodili (AS=4,0), demokratično vodenje in timska komunikacija (AS=3,4), transakcijsko vodenje z direktno in transparentno komunikacijo (AS=3,0) in pa najmanj zaželen način komuniciranja, laissez-faire vodenje z brezbržnim načinom komuniciranja (AS=1,4).

Slika 18: Najbolj zaželen način komunikacije

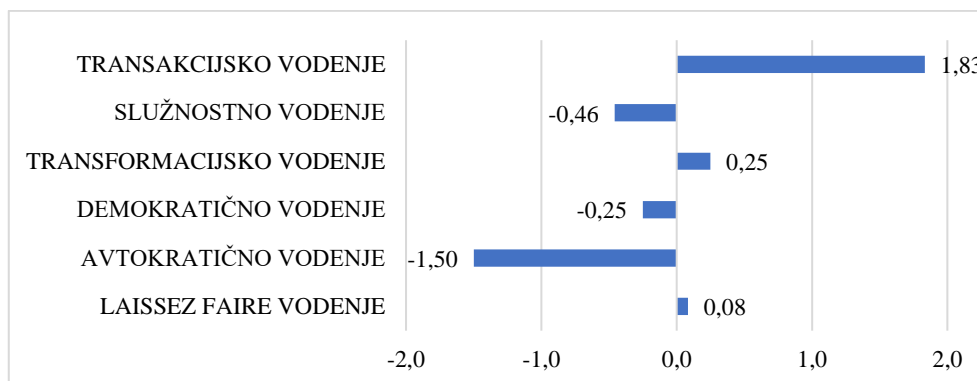


Vir: lastno delo.

Ob primerjavi analize rezultatov 20. in 21. vprašanja, pa vidimo na sliki 19, da pri lastnostih štirih stilov vodenja in komunikacije ne prihaja do večjih odstopanj, pri dveh stilih vodenja, in sicer pri transakcijskem in avtokratičnem, pa je ta razlika zelo očitna. Lastnost transakcijskega vodenja je bila v anketi izražena kot predanost svojemu delu, kar so anketiranci v povprečju ocenili kot najbolj zaželeno lastnost (AS=4,8). Na drugi strani pa jim način komunikacije transakcijskega stila (direktna in transparentna komunikacija) ni

tako blizu (AS=3). Prav tako pri primerjavi analize rezultatov izstopa avtokratični stil vodenja, saj anketirancem nadzor ni blizu (AS=2,5), kratka in jasna navodila pa so jim blizu (AS=4).

Slika 19: Razlika med rezultati načina komunikacije in stilom vodenja



Vir: lastno delo.

6.1.6 Analiza intervjuja z direktorico Ano Petrič

Intervju z direktorico Centra starejših DEOS Notranje Gorice sem izvedla v njeni pisarni v Centru. Intervju je obsegal 27 vprašanj. En del vprašanj se je nanašal na vodenje, drugi del pa na MČV, torej na oba teoretična konstrukta, ki sta v naslovu mojega magistrskega dela. Celoten intervju je v prilogi 1. Intervju sva začeli z vprašanjem o komunikaciji. Zanimal me je njen način komunikacije z zaposlenimi in s starostniki. Prepričana je, da mora biti komunikacija mehka. Sama je imela slabo izkušnjo z vodjo v prejšnji službi, saj je njena bivša vodja veliko kričala in manipulirala, kar jo je pripeljalo v stisko in je bila težko srečna in sproščena na delovnem mestu, kar so stanovalci tudi opazili. Tako se je obnašala na način, kakršnega si ne bi želela od drugih. Ko pa sem jo povprašala glede posvetovanja z zaposlenimi, mi je dejala: »Glede odločitev, pa se rada posvetujem, zaposleni mi povejo svoje mnenje, dajo mi informacije, ki so lahko drugačne od mojih, potem vse pretehtam, sestavim pravo sliko in se odločim. Uslužbenci so vključeni in imajo možnost soodločanja. Tako tudi čutijo, da so del skupnosti. In enako je s stanovalci. Želim, da se čutijo vključene.« Ob odgovoru na prvo vprašanje sem opazila, da komunicira odprto, kar je značilnost transformacijskega vodenja.

Pri drugem vprašanju sva se dotaknili njenega pristopa k upravljanju človeških virov v Centru, za katerega pravi, da je empatičen, prijazen, spoštljiv in vključujoč. Če opazi talent ali zainteresiranost za delo, rada podpre, eno in drugo. Hkrati pa talenti in dodatno delo prinesejo v Center dodano vrednost. Z visoko mero empatije, ki jo ima in z lastno željo po pomoči drugim, lahko rečem, da je prisoten stil služnostnega vodenja. Naslednje vprašanje se je navezovalo na to, če lahko zaposleni sproščeni izražajo svoje mnenje in mi je odgovorila: »Vedno. Pričakujem in si želim, da se to mnenje vedno pove spoštljivo. Vsako

kritiko prenesem, pomemben pa je način komunikacije. Če imam problem s kom, mu ga rada povem na samem.« Poudarila je tudi, da če bi problem, ki ga ima z nekom, izpostavila vpričo drugih, bi to osebo prizadelo, tako je pozorna na te detajle pri reševanju problemov.

Na vprašanje o opolnomočenju zaposlenih je ga. Petrič odgovorila: »Ja, zelo rada zaposlene opolnomočim. Ne samo zaposlene, tudi študente. Vsako leto sprejememo približno 100 študentov s Fakultete za socialno delo. Vedno znova jim razložim, da plače niso tako slabe, kot so jih prestrašili in jih malo opogumim za naprej, ker pridejo velikokrat z nekimi negativnimi stereotipi, ki pa ne držijo. V resnici imamo vsi možnost spreminjati stvari na bolje, zaradi česar se dobro počutimo tudi sami. Zaposlenim povem, kaj pričakujem, vprašam jih, kaj oni pričakujejo od mene in od organizacije.« Opolnomočenje je prav tako lastnost služnostnega in tudi transformacijskega stila vodenja. Zaposleni so dragocen vir konkurenčnih prednosti (Singh, 2004), kar vidim preko odgovora gospe Petrič, da se zaveda tega.

Zaposlene motivira s stimulacijo na vsake 3 mesece. Prav tako jih motivira z letno oceno. Vsakemu zaposlenemu rada podari kaj za rojstni dan, hkrati, pa jim pokaže, da so pomemben del kolektiva. Nagrajevanje je tipična lastnost transakcijskega stila vodenja. Intervju sva nadaljevali z lojalnostjo in predanostjo. Med pogovorom sem opazila, da ji veliko pomenita obe lastnosti pri ljudeh. Zaposlene nagradi za predanost in lojalnost tako, da zaposleni niso preobremenjeni, da poskrbi za pozorna dejanja, ki zaposlenim nekaj pomenijo. V kontekstu tega ga. Petrič pravi, da: » Jasne meje med njo in zaposlenimi, morajo biti, saj na koncu ona nosi odgovornost. Včasih zaposleni ne razumejo tveganja, ki ga kakšna stvar predstavlja, zato se potruji razložiti, da bodo nekatere stvar naredili, tako kot ona misli, da je najbolje, seveda ob upoštevanju mnenja njenih sodelavcev, stanovalcev, svojcev in vseh, ki prihajajo v Center.« Ti dve lastnosti se povezujeta s transakcijskim stilom vodenja.

Ga. Petrič postavlja zaposlene na prvo mesto, pa četudi v lastno škodo. Pa vendar, če nekdo naredi nekaj narobe, tega ne pomete pod preprogo. Je pa tudi poudarila, da se mora še kot vodja naučiti, da nikoli ne bo vse prav in da nikoli ne moreš vsem ugajati in zadovoljiti vseh pričakovanj. Postavljanje podrejenih na prvo mesto je tipično za služnostno vodenje. Ko gre za sprejemanje odločitev, se obrne na strokovne time in na posameznike, za katere misli, da imajo prave informacije. Sicer se pa ona na koncu odloči za stvari, ki se tičejo nje in za katere je odgovorna. To je nekaj, kar spada k demokratičnemu stilu vodenja. V Centru ima vsak primarne naloge, za katere vsak točno ve, kaj predstavljajo, glede sekundarnih nalog pa se dogovorijo. Ko je potrebno opraviti kakšno nalogo, ga. Petrič da obvestilo o tem, kaj se bo delalo na oglasno desko, da se kdo ne bi počutil izključenega, če bi rad pomagal.

Pri 11. vprašanju me je zanimalo, če se zaposleni obrnejo nanjo. Takoj je z mano delila zgodbo, kako je pomagala sodelavki, ko ji je bilo težko. Dejala je, da se zaposleni zelo pogosto obrnejo nanjo, saj vedo, da so njena vrata vedno odprta. Pomoč drugim je zopet lastnost služnostnega stila vodenja. Nato sva se pogovarjali o pridevnikih in zaposlenih, in sicer me je zanimalo, kateri pridevnik od naštetih šestih (navdihujoči, predani svojemu delu,

brezbrižni, empatični, ustvarjalni, nadzorniški) jih po njenem mnenju opiše najboljše. Ni si vzela veliko časa za premislek, ko mi je dejala: »Najmočnejše opiše pridevnik: predani svojemu delu. Brez predanosti bi to delo zelo težko opravljali. Strežnice, negovalke, medicinske sestre, na splošno kadri v socialnem varstvu in zdravstveni negi opravljajo precej težko fizično in psihično delo, ki ni preveč dobro vrednoteno. In če tega ne delaš rad, ti bo zelo težko.« Pridevnik, ki jih po njenem mnenju najmanj opiše, pa je pridevnik brezbržižni, saj so vsi zelo pozorni. Razvoj uspešnih strategij MČV bo pri zaposlenih povečalo zavzetost in predanost.

Ko sem jo prosila, da si izbere tri pridevnike, ki najbolj opišejo zaposlene od šestih (vsak predstavlja enega od stilov vodenja), je odgovorila: »Ustvarjalni, navdihujoči, nadzorniški.« Pravi, da so ustvarjalni na vsakem koraku, v navdih se trudi biti s svojim zgledom, nadzor pa je potreben, saj drugače zna pomanjkanje nadzora marsikdo izkoristiti. V medijih lahko zasledimo marsikateri projekt s starostniki, ki so se ga lotili v Centru. Na tej točki me je zanimalo, če je ustvarjalnost nekaj, kar spodbujajo v Centru ali išče to pri ljudeh že takrat, ko zaposluje. Odgovorila mi je, da oboje. Ona išče ustvarjalnost pri svojih zaposlenih ves čas in tudi ko zaposluje, bo imela prijazna oseba z veliko hobiji prednost, saj je vse to dodana vrednost tudi za Center. Te tri pridevniki sicer so v povezavi s transformacijskim, demokratičnim in avtokratičnim stilom vodenja.

Do zaposlenih ima visoka pričakovanja, ne samo zaradi sebe in Centra, ampak zaradi njih samih, da bi se zavedali svojega potenciala. Veliko lepih in neodkritih talentov je v njih. Visoka pričakovanja se navezujejo na teorijo o transformacijskem stilu vodenja. Sicer pa dobre prakse MČV spodbujajo, motivirajo, razvijajo in zadržijo osebe v organizaciji, pri čemer je gospa Petrič uspešna. Nato sva se pogovarjali o viziji doma. Razložila mi je, da obstaja vizija za vse DEOS centre generalno, za njihov Center v Notranjih Goricah, pa je povedala: » Za naš Center, pa si želim, da postanemo gerontološka medgeneracijska točka, da bi lahko tudi starejši iz skupnosti prišli k nam po pomoč, da je Center odprt za vse, ki ga potrebujejo, da ni to neka hiralnica.« Ta vizija predstavlja izzivalno vizijo prihodnosti, ki je prav tako tipična za transformacijsko vodenje.

Ponosna je bila tudi na to, da bodo s septembrom odprli Angelin Montessori vrtec, v katerega bo vključenih 15 otrok. Zelo rada intelektualno spodbuja starostnike, to dela v okviru različnih delavnic, ki jih organizirajo. Pomemben se ji zdi ta vidik delavnic, ne samo da v njih uživajo, koristne so za fino motoriko, ob vsem tem pa se stkejo tudi prijateljstva. V temu vprašanju se skriva navezava na transformacijski stil vodenja, saj je intelektualna spodbuda vodje nekaj, kar sodi v omenjeni stil vodenja. Navdihovati želi svoje zaposlene, čeprav ima občutek, da tega včasih ne vidijo ali pa jim to ni blizu, saj nekateri radi naredijo svoje osnovno delo in jim ni blizu, da bi naredili karkoli več od nujnega. Dejala je: »Vedno jim dajem priložnost, da kaj izboljšajo, spremenijo na bolje, silim jih pa ne.«

Dotaknili sva se tudi neprestanega pritiska. Zanimalo me je, če ima občutek, da so zaposleni pod neprestanim pritiskom. Ga. Petrič je zatrdila: »Zelo pazim, da zaposleni niso

preobremenjeni.« Včasih ima kakšen moški problem, ker je mlada ženska in je kakšnemu starejšemu moškemu težko slišati neko navodilo ali priporočilo mlajše ženske. Meni, da so odnosi profesionalni. Ob začetku njenega delovanja so bili tudi zelo prijateljski. Kasneje je ugotovila, da mora to ločiti, ker je potem težko postaviti mejo in hitro lahko postaneš tudi pristranski. Za avtokratični stil vodenja so značilni profesionalni odnosi.

Nadaljevali sva pogovor o delovnih procesih. Razložila mi je, da ima vsaka služba vodjo. Npr. vodjo enot, vodjo kuhinje in tako je vzpostavljen nek nadzor. Vse te vodje poročajo direktno njej in potem združi svoja opažanja z njihovimi, da dobi čim bolj realno sliko. Povedala mi je tudi to, da je dober kader zelo dragocen. Poskuša ga zadržati predvsem z odnosom in prilagajanjem njihovim potrebam. Ga. Petrič je v odgovoru na vprašanje, kako zadrževati kader, poudarila: »Ljudje, ki imajo možnost dobiti kje drugje višjo plačo, in so na delovnih mestih, kjer prejemajo minimalno plačo, tisti bodo gotovo odšli.« Ko sem jo povprašala o denarnih spodbudah in njeni teži, je povedala, da so denarne spodbude najbolj zaželeno od vseh spodbud. Dobre kadrovske prakse imajo vpliv na zadovoljstvo na delovnem mestu in med zaposlenimi, kar se opazi tudi v Centru.

Pri 22. vprašanju me je zanimalo, s kakšnimi praksami spodbujajo zdravje in dobro počutje zaposlenih. Dejala je, da so zaposleni že sami po sebi aktivni. Na vsake 3 mesece morajo izdelati plan aktivnosti, česa vsega se udeležujejo. Zaposlenim je všeč ideja, da bi imeli sveže sadje pri recepciji. Na koncu dneva pa zaposlenim največ pomeni prosti čas, čas z družino in prijatelji, tako da ne želi pretiravati pri aktivnostih. Zaposlujejo preko kadrovske službe, sicer gre direktorica večkrat sama v akcijo. S pomočjo letaka išče bodoče zaposlene po srednjih šolah, pri znancih, preverja možnosti pri sodelavcih. Na to temo je še dejala: »Opažam, da je ljudem bližje, če se obrnejo na eno osebo, ko gre za iskanje službe, ne na organizacijo. Pomembna sta jim odnos in prijaznost.« Ob pogovoru z gospo Petrič sem začutila, da je človeški kapital ključni dejavnik uspeha, kar je za zaposlene izrednega pomena.

Proti koncu intervjuja sva se dotaknili teme robotov, tehnologije in Japonske. Sama si ne predstavlja, da bi bili roboti prisotni več kot v nekih osnovnih podpornih stvareh. Sicer so res testirali pametne ure, večji ekrani bi prav prišli stanovalcem, da bi lažje kaj prebrali ali pri komunikaciji s svojci. V povezavi o pomoči robotov v Centru je dejala: »Samo do te mere, da bi poskrbeli za transportne vozičke. Da bi roboti skrbeli za ljudi, pa ne.« Vse, kar je v povezavi s skrbjo za človeka, pa ne. Si pa predstavlja, da bodo roboti aktualni, ko bo ona in njena generacija starejša. V odnosu do tehnologije je direktorica Centra bolj konzervativna. To vprašanje sem postavila zaradi dobre prakse Japonske na tem področju. V vseh ozirih me je ga. Petrič presenetila in navdušila s svojo predanostjo in odnosom do svojega dela in zaposlenih. Pri tehnologiji pa sem dobila občutek, da se ne zaveda, kako širok nabor robotov in tehnologij obstaja oz. da ji roboti niso blizu.

Za etiko in profesionalnost zaposlenih imajo v Centru kodeks dela. Za stalno zadovoljstvo skrbijo tako, da ob izpadu dela, hitro poskrbijo za nadomestitev. Sicer pa namenljajo

poudarek na odnose tudi v kombinaciji z zadovoljstvom zaposlenih. To potrjuje njen odgovor: »Da prisluhnemo zaposlenim. Da negujemo dobre odnose. Da se veliko pogovarjamo.« Etično obnašanje je ena od lastnosti služnostnega vodenja. Etika je Petričevi pomembna, z vsem trudom, ki ga vlaga v odnose, se opazi njen lep odnos do zaposlenih in stanovalcev. Ko sem vstopila v Center in jo opazila v pogovoru s stanovalko, kasneje z receptorko, ko je naročila kavo in z zaposleno na porodniški, ki je med najinim pogovorom prišla pozdravit in pokazat svojo dojenčico. Pri vsakem od odnosov sem opazila njeno odprtost, prijaznost, dostopnost in tudi profesionalnost.

Tema zadnjega vprašanja je bilo ohranjanje dobre morale v Centru kot navezava na demokratični stil vodenja. Zdelo se ji je, da že vse, kar je povedala v odgovorih na vprašanja, podpira dobro moralo. Misli, da je veliko odvisno od nas samih, da bodo nekateri ljudje ob vsem, kar jim daš in se potrudiš za njih, vedno našli kaj, kar jim ne bo odgovarjalo. Hkrati je ob koncu intervjuja z mano delila še misel: »Sama pri sebi razmišljam, da dokler bom delala dobro in bom čutila, da je moje mesto tukaj, bom tukaj. In tako tudi pričakujem od ostalih zaposlenih. Ko tega ne bom več čutila, bo čas, da grem in pričnem delovati po najboljših močeh drugje.«

Po celotnem intervjuju sem lahko opazila mnogo povezav s šestimi različnimi stili vodenja, ki sem jih preučevala. Stil vodenja, ki ga na noben način nisem zaznala je laissez-faire vodenje. V Centru ni pomanjkanja povratnih informacij, zaposleni niso prezrti ali izolirani, prav tako ne prihaja do pomanjkanja vpletenosti, ko pride do problemov ali potrebe po informacijah. Na tej točki lahko rečem, da tudi anketiranci ne zaznavajo laissez-faire stila vodenja in so tako njeni odgovori skladni s stanjem, ki so ga opisali anketiranci Centra. Naslednji stil vodenja, ki sem ga zaznala v manjšem obsegu na podlagi odgovorov, je avtokratično vodenje. Nadzor v Centru je pomemben, vendar se odnos do nadzora čuti bolj kot potreba ne kot način, ali da bi bili stanovalci ves čas nadzorovani. Od štirih lastnosti, ki sem jih preverjala v povezavi z avtokratičnim vodenjem (strogi predpisi, nadzor procesov, profesionalni odnosi, kratka in jedrnata navodila), sem opazila, da sta prisotni le dve, nadzor in profesionalni odnosi.

Preverjala sem tudi demokratični stil vodenja. Ugotovila sem, da je prisotne veliko ustvarjalnosti, ga. Petrič se posvetuje z zaposlenimi, sodeluje z njimi, končna odločitev je njena, ohranja dobro moralo. Pa vendar je izredno produktivna, hitra, tako da do počasnejših procesov odločanja ne prihaja. V Centru so prisotne prav vse lastnosti transformacijskega, služnostnega in transakcijskega stila vodenja. Nagrajevanje, lojalnost, produktivnost in trud, predanost svojemu delu so lastnosti transakcijskega stila vodenja, ki jim ga. Petrič namenja veliko pozornost. Etično obnašanje, lastna želja po pomoči drugim, opolnomočenje in postavljanje podrejenih na prvo mesto so lastnosti služnostnega vodenja in tudi vse te lastnosti so prisotne v Centru.

Transformacijski stil vodenja, ki je v navdih in v katerem vodja deluje intelektualno spodbudno, z odprto komunikacijo, opolnomočenjem in visokim pričakovanjem so lastnosti,

ki sem jih v pogovoru in obisku zaznala kot najbolj prisotne. Pri rezultatih anketnega vprašalnika je prišlo do manjših razhajanj pri treh stilih, saj je najvišjo oceno dobilo služnostno vodenje z AS=4,03, potem z AS=3,61 transakcijsko vodenje in nato demokratično vodenje z AS=3,42. Transformacijsko vodenje je z AS=3,38 za 0,04 odstotne točke za demokratičnim vodenjem. Tako se moja interpretacija njenih odgovorov ne sklada čisto z rezultati anketnega vprašalnika.

6.2 Analiza raziskovalnih vprašanj temeljne teze

6.2.1 Raziskovalna vprašanja

RV1: Kakšne so dobre prakse v svetu na temo vodenja in MČV v DSO po svetu?

Na temo vodenja DSO po svetu se zadnje čase ukvarja predvsem politika tako v Evropi kot po svetu, saj predstavlja enega od odgovorov na problematiko dolgotrajne oskrbe. Vodenje vpliva na zagnanost in uspešnost ljudi, vodja naj bo močno prisoten. Vodenje naj bo decentralizirano, vključujoče in sodelovalno. Stili vodenja v zdravstvenem sektorju so se v preteklosti močno spreminjali tako kot tudi v drugih sektorjih. V zadnjih letih sta najbolj zaželeni stila vodenja služnostno in transformacijsko vodenje. Japonska, Švedska, Avstrija in Manchester so tri države in mesto dobrih praks v zdravstvenem sektorju, vsaka na svojem področju. Japonska na tehnološkem, Švedska na področju socialne politike, Manchester na področju storitev. Če pogledamo vodenje s širšega vidika, lahko področja, ki mogoče na prvi pogled niso tako tesno povezana s samim vodenjem ali MČV, vplivajo pa na učinkovitost in produktivnost, zadovoljstvo zaposlenih in stanovalcev v DSO. V primeru, da bo vodstvo podprlo nakup naprav kot pomoč za fizično razbremenitev zaposlenih, bo to imelo vpliv na vse prej omenjene dejavnike. V primeru, da država poskrbi za kvalitetno socialno politiko, kot jo ima Švedska, pride do večjega občutka varnosti pri bodočih in trenutnih stanovalcih v DSO. Pomoč na domu, ki je tudi dobra praksa na Švedskem, pa pomaga starostnikom ostati čim dlje časa doma, kar predstavlja stroškovno in kadrovsko razbremenitev za DSO, saj pridejo v DSO na ta način le tisti, ki resnično potrebujejo pomoč in hkrati to dobro vpliva na starostnike, saj ima možnost živeti doma, mnogo pozitivnih učinkov na njihovo počutje.

RV2: Kateri ukrepi so v Sloveniji prisotni za naslavljanje vseobsegajoče problematike DSO (primanjkovalje kadra, vodenje, staranje prebivalstva)?

Slovenija je v reševanju demografskih problemov v 25-letnem zaostanku v primerjavi z drugimi evropskimi državami. Strategija varstva starejših do leta 2010 in Strategija dolgožive družbe sta dva vladna dokumenta, ki naslavljata večino problematike, ki je povezana z dolgotrajno oskrbo v Sloveniji. Žal, ni ne eden ne drug dokument dobil epiloga izven parlamenta. Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk) je bil sprejet leta 2021. Ta zakon (ZDOsk) opredeljuje izbiro različnih oblik pravic starostnikov, od formalne oskrbe v instituciji, formalne oskrbe na domu, denarnega prejemka, do oskrbovalca- družinskega

člana. Zakon (ZDOsk) se dotika tudi sofinanciranja storitev e-oskrbe in ocenjevanja upravičenosti do dolgotrajne oskrbe. Izvajanje zakona je vlada (vlada je nastopila 1.6.2022, op.a.) z novelo Zakona o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk) predlagala preložitev za eno leto, ker je po njenem mnenju časovni okvir, ki ga je postavila prejšnja vlada za izvajanje zakona neizvedljiv. V tem času, pa bi radi našli odgovore na mnoga odprta vprašanja, ki so zelo aktualna in so v kontekstu kadra dolgotrajne oskrbe, nabora storitev in vprašanja cene. Vlada ima namen z novim zakonom dolgotrajne oskrbe (ZDOsk) vzpostaviti sistem dolgotrajne oskrbe kot nov steber socialne varnosti (Ministrstvo za zdravje, brez datuma b). Ta zakon je korak v pravo smer, saj se bo dotaknil marsikaterega problema dolgotrajne oskrbe.

RV3: Kako bi morali biti DSO organizirani, da bi bilo zadovoljstvo stanovalcev večje?

DSO v svoji osnovni funkciji izvaja institucionalno varstvo za starejše, zato bi bilo zaželeno, da je organizirano na način, da starejšim ljudem, stanovalcem prinaša največje zadovoljstvo. Na področju zdravstvenega sektorja se dogaja revolucija v organiziranju. Organizacija mora imeti bolj položno organizacijsko strukturo, z manj hierarhije in mora biti hitro odzivna. To naj bi bil model za prihodnost. V primeru, da je organizacija prepoznana kot odličen kraj za delo znotraj in zunaj organizacije, bo to privedlo do lažjega zaposlovanja in manjše fluktuacije zaposlenih. Tudi v Centru DEOS Notranje Gorice imajo položnejšo organizacijsko strukturo in prav tako so zelo odzivni. Ker se vodstvo trudi za odnose z zaposlenimi, je fluktuacija zaposlenih manjša. Posledično so stanovalci bolj zadovoljni, ker ne prihaja do sprememb pri zaposlenih, saj se starostniki navadijo na osebe in jim to veliko pomeni.

RV4: Kako stil vodenja vpliva na zadovoljstvo stanovalcev v DSO?

Med analiziranjem teorije o konstruktivnem vodenju sem ugotovila, da obstajajo stili vodenja, ki niso zaželeni. Sem spada laissez-faire stil vodenja. Prav tako sem z analizo raziskave ugotovila, da so stili vodenja, ki so bili anketirancem bližji in stili vodenja, ki si jih niso želeli. Na tej točki se je raziskava uskladila s teorijo, saj tudi stanovalcem ni blizu laissez-faire vodenje. Najbližje sta jim služnostni in transformacijski stil vodenja. Ta stila vodenja sta tudi sicer najbolj zaželeni stila vodenja v zdravstvenem sektorju. Vsak stil vodenja predstavlja določene lastnosti. Nekatere lastnosti so pri vodstvu s strani anketirancev zaželeni, druge ne. Vse te lastnosti, ki pridejo do izraza pri odnosih zaposlenih do stanovalcev, pa vplivajo na zadovoljstvo stanovalcev v DSO. Tako lahko trdim, da stil vodenja vpliva na zadovoljstvo uporabnikov v DSO preko lastnosti vodstva, zaposlenih, ki jih stil vodenja prinese v DSO.

RV5: Kako načini praks MČV vplivajo na zadovoljstvo stanovalcev v DSO?

MČV je že sam po sebi metoda, ki z delovnimi nalogami zaposlenim zagotavlja zadovoljstvo (Bekru, Cherie & Anjulo, 2017). Da bo zaposleni izvajal visokokakovostno oskrbo, je odvisno od človekovega obnašanja in motivacije, zato sta oba dejavnika ključnega pomena, saj se z njima dosega cilje MČV. Denarne spodbude so še vedno najbolj zaželeni v

zdravstvenem sektorju. Fleksibilni delovni čas, sistem pobud zaposlenih, dejavnost preoblikovanja delovnih mest, krogi kvalitete so dobre prakse MČV v zdravstvenem sektorju, kamor spadajo tudi DSO. Ob kombiniranju različnih praks MČV, ki sicer potrebujejo nekaj raziskovanja, da organizacija najde ustrezno kombinacijo, nastanejo sinergije. Bolj, ko bodo zaposleni zadovoljni z MČV v organizaciji, ki delajo, več truda in pozitivne energije bodo dali v odnosu s stanovalci. Tudi direktorica Centra je v intervjuju dejala, da če ni spoštovanja na delovnem mestu, posledično ni sreče in miru pri zaposlenem, to bodo čutili stanovalci in zadovoljstvo bo manjše. Tako različni načini praks MČV vplivajo celovito na odnos zaposleni-stanovalci.

6.2.2 Temeljna teza

Temeljna teza magistrskega dela je: Vodenje in MČV v Centru DEOS Notranje Gorice pripomoreta h kvalitetnejšemu bivanju stanovalcev Centra.

Na podlagi odgovorov raziskovalnih vprašanj, ter teorije konstruktov vodenja in MČV, ki sem ju preučila, in rezultatov analize raziskave, ki sem jo naredila v Centru DEOS Notranje Gorice, lahko potrdim temeljno tezo magistrskega dela, da vodenje in MČV v Centru DEOS Notranje Gorice pripomoreta h kvalitetnejšemu bivanju njihovih stanovalcev. Stil vodenja poskrbi za zadovoljstvo ali nezadovoljstvo stanovalcev, kar privede do bolj ali manj kvalitetnega bivanja. Stanovalci preferirajo služnostni in transformacijski stil vodenja, ki sta tudi sicer najbolj zaželeni stila vodenja. Služnostni stil vodenja predstavljajo naslednje lastnosti: etično obnašanje, lastna želja po delu in pomoč drugim, postavljanje podrejenih na prvo mesto in opolnomočenje. Lastnosti transformacijskega stila pa predstavljajo: navdihujoče, intelektualno spodbudno, z odprto komunikacijo ter opolnomočenjem. Način vodenja tako privede do večjega zadovoljstva in do večje kvalitete bivanja. Stanovalci se v glavnini srečujejo vsakodnevno z zaposlenimi v Centru, zato je kvaliteta teh odnosov izrednega pomena za kvaliteto življenja stanovalcev. Na zaposlene, njihovo zadovoljstvo in razpoloženje vpliva marsikaj. So pa dejavniki, na katere organizacija nima vpliva. To so odnosi do zaposlenih znotraj organizacije. Več dobrih praks ali kombinacij MČV bo imela organizacija, ki so med sabo skladne, bolj bodo zaposleni zadovoljni, to zadovoljstvo pa bodo občutili stanovalci in njihova kvaliteta bivanja se bo povečala.

7 PRIPOROČILA VODSTVU

V prvem, teoretičnem delu magistrskega dela sem preučevala dva konstrukta, vodenje in MČV. Iskala sem tudi povezavo med vodenjem in zdravstvenim sektorjem ter MČV in zdravstvenim sektorjem. Našla sem tudi nekaj dobrih praks MČV v zdravstvenem sektorju na Japonskem, v Angliji, na Švedskem in v Avstriji. V raziskovalnem delu magistrskega dela, pa sem opravila raziskavo v Centru DEOS Notranje Gorice in intervju z direktorico Ano Petrič. S preučevanjem teorije relevantnih področij magistrskega dela, rezultatov in

analize anketnega vprašalnika ter intervjuja bom podala priporočila in usmeritve za vodstvo Centra DEOS Notranje Gorice.

Na enem od vprašanj na anketnem vprašalniku so anketiranci v povprečju odgovorili, da jim je najpomembnejša lastnost pri zaposlenih, da so predani svojemu delu. Prav tako je direktorica, ga. Petrič povedala v intervjuju, da če bi morala izbrati eno lastnost, ki najbolje opiše zaposlene v Centru, bi to bila predanost svojemu delu. Na tej točki lahko pohvalim Center za usklajenost s potrebami stanovalcev. Prav tako lahko pohvalim to, da stil *laissez-faire* vodenja, ki je najmanj zaželen pri stanovalcih, ob intervjuju z gospo Petrič in njenih odgovorih, nisem opazila nobene lastnosti tega stila ali prisotnosti tega stila v Centru.

Priporočilo vodstvu: nadzor. Usmeritev: Nadzor je lastnost, ki je do neke mere potrebna v zdravstveni organizaciji. Direktorica Petrič je med tremi lastnostmi, ki najbolj opišejo zaposlene izbrala tudi nadzor, za katerega pravi, da je potreben. Stanovalcem v povprečju nadzor ni blizu. Priporočilo vodstvu je, da se nadzoruje ljudi do mere, kolikor je to potrebno. Nadzor nad zaposlenimi, kot mi je ga. Petrič obrazložila v sami osnovi mora biti. Tudi na tej točki svetujem, da se poskrbi za pravo mero tega.

Priporočilo vodstvu: tehnologija. Usmeritev: Zaradi pomanjkanja kadra je vsako posamezno blaženje fizične obremenitve ali pomoč starostniku v obliki tehnologije zelo dobrodošla. Moje priporočilo na tem mestu je, da so odprti za vse različne tehnologije in robote, ki bi lahko pomagali pri vsakodnevnih opravilih in razbremenjevali fizično obremenitev negovalcev, saj so na ta način zaposleni lahko bolj učinkoviti. Tehnologije in roboti v zdravstvenem sektorju ponujajo široko paleto proizvodov.

Priporočilo vodstvu: transformacijsko vodenje. Usmeritev: V raziskavi, ki sem jo naredila, pri preseku dejanskega in želenega stanja prihaja do največjega odmika ravno pri transformacijskem stilu vodenja. Stanovalci bi si ga želeli več. To je odprto komunikacijo, navdihujoče zaposlene intelektualno spodbudno okolje. Opolnomočenje je tudi pomembna lastnost tega stila vodenja, ki pa je prav tako blizu direktorici, kar pomeni, da so na dobri poti, da se odmik zmanjša, saj so vse našete lastnosti že prisotne pri vodenju, le še bolj se jih lahko poudari, da bi bili stanovalci še bolj zadovoljni.

Priporočilo: razlike pri doživljanju vodenja. Usmeritev: V razmislek vodstvu bi bila lahko ugotovitev, da različne starostne podskupine, ki sem jih uporabila v raziskavi, dojemajo zaposlene, posledično tudi stil vodenja drugače. Ali je to situacija zaradi katere pride na podlagi različnega dojetanja stanja stanovalcev? Ali se zaposleni res drugačno vedejo, ko gre za različno starost stanovalcev? To bi bilo smiselno še podrobneje raziskati in uravnotežiti.

SKLEP

Glede na življenjske razmere in pričakovanja posameznika se razlikuje subjektivna ocena zadovoljstva starostnikov v povezavi s kakovostjo življenja. Pri nekaterih dimenzijah kakovosti življenja, kot so: funkcionalne sposobnosti posameznika, zakonski stan in družina, izobrazba, primerni dohodki, morala obvladovanja, prilagajanje, zdravje, nosi odgovornost v veliki meri posameznik. Zadovoljivi stanovanjski pogoji, psihično dobro počutje, socialna podpora, socialna mreža ter doživljanje družbene pripadnosti, so dimenzije, pri katerih lahko starostnikom marsikaj doprinesemo kot družba (Phillips, Ajrouch & Hillcoat-Nalletamby, 2010). Na sposobnost prilagajanja, vedenja, subjektivne občutke in opredeljevanje do dogajanja v socialnem okolju ima pomemben vpliv zadovoljstvo z življenjem. Tako sta dva pomembna vidika kakovostne dolgotrajne oskrbe dobra socialna interakcija in usmerjenost oskrbovalcev v individualne potrebe in želje starostnikov. Za to pa je potrebno najti najučinkovitejšo kombinacijo vseh obstoječih podpornih elementov. Prav tako je potrebno iskati in razvijati nove kombinacije iz samega jedra želja samih starostnikov (Lešnik, Bevc & Železnik, 2017).

Zdravstveni sektor se spopada z mnogimi težavami. Sooča se s problematiko zaposlovanja, hkrati se odvijajo demografske spremembe, ki bremenijo najbolj prav zdravstveni sektor. V Sloveniji se rešuje problematika dolgotrajne oskrbe zelo počasi, imamo mnogo praznih postelj v DSO zaradi pomanjkanja delovne sile. Starostnikov je vedno več in tudi individualne potrebe posameznega starostnika so vedno bolj izrazite. Populizma v politiki je veliko, pokojnine so zelo pomembne, sploh tistim, ki so na robu preživetja. Sama pa bi si želela, da bi politika namenila večjo težo reševanju problemov dolgotrajne oskrbe, ker je to težko rešiti čez noč.

V zadnjih 13. letih, je prišlo do dveh strategij, dveh vladnih dokumentov. Zajeli sta skoraj vso problematiko, vendar do akcijskih načrtov tako prve kot druge ni prišlo. V naslednjem letu bo prišel v veljavo Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk), ki bo reševal problematiko dolgotrajne oskrbe. Čeprav je politika z agendo zdravstvenih reform bolj v ozadju, pa sem opazila, da v Centru DEOS iščejo nove načine pomoči starostnikom. Kar je zadovoljevanje individualnih potreb, h čemur se strmi. Vodenje je lahko učinkovito, ko je sodelovalno in vključevalno, decentralizirano (West, Lyubovnikova, Eckert & Denis, 2014). Potrebujemo več sodelovanja s strani politike in tudi vključevanja, sploh ko gre za širše koncepte idej, pobud, strategij in njenih implementacij.

V prvem delu magistrskega dela sem teoretsko zajela konstrukta vodenja in MČV, opisala nekaj dobrih praks v zdravstvenem sektorju po svetu ter podala nekaj osnovnih značilnosti o DSO. V drugem delu, pa sem naredila raziskavo v Centru DEOS Notranje Gorice in intervju z direktorico centra Ano Petrič. Raziskovala sem, kateri stil vodenja stanovalci v Centru preferirajo. Ugotovila sem, da v povprečju stanovalci Centra preferirajo služnostni stil vodenja. Razlika med dejanskim in zelenim stanjem, pa je pokazala stanje MČV. Največji odmik od zelenega stanja je predstavljal transformacijski stil vodenja, ki bi si ga

stanovalci Centra v povprečju želeli več. V samem bistvu magistrskega dela pa sem poizkušala odgovoriti na temeljno tezo magistrskega dela: Vodenje in MČV v Centru DEOS Notranje Gorice pripomoreta h kvalitetnejšemu bivanju stanovalcev Centra. Ko sem odgovorila na vsa raziskovalna vprašanja ter opravila raziskavo, sem to temeljno tezo potrdila.

Dobrih praks vodenja in MČV po svetu je veliko, vsaka država in njene kulturne razlike pa prinesejo svoje omejitve pri posnemanju le- teh. Ni vsaka ideja in vsaka rešitev primerna za vsako državo. Pa vendar se svetovna populacija stara, vsaka država bo morala na svoj način rešiti te probleme. Vsak DSO, zasebni in javni zavod, lahko začnejo s spremembami na boljše znotraj organizacije. Vse dejavnosti managementa v DSO lahko poskrbijo za zadovoljstvo starostnikov. Tretja življenjska doba vsakega posameznika je lahko kratka ali dolga, predvsem, pa naj bo kvalitetna in naj politika, vodje in zaposleni zavodov prinašajo čim več rešitev in implementacijo njih za večje zadovoljstvo starostnikov.

LITERATURA IN VIRI

1. Aga, D. A. (2016). Transactional leadership and project success: the moderating role of goal clarity. *Procedia Computer Science*, 100, 510–525.
2. Alzahrani, S. & Hasan, A. A. (2019). Transformational leadership style on nursing job satisfaction amongst nurses in hospital settings: Findings from systematic review. *Global Journal of Health Science*, 11(6), 25–52.
3. Amabile, T. M. (1998). How to kill creativity. *Harvard Business Review* 76(5), 76–88.
4. Ambady, N. & Rosenthal, R. (1993). Half a minute: Predicting teacher evaluations from thin slices of nonverbal behavior and physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 431–441.
5. Antonakis, J. & House, R. J. (2013). *The Full-Range Leadership Theory: The Way Forward", Transformational and Charismatic Leadership: The Road Ahead* (10. izd.). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
6. Antonakis, J., Avolio, B. J. & Sivasubramaniam, N. (2003). Context and leadership: an examination of the nine-factor full-range leadership theory using the multifactor leadership questionnaire. *The Leadership Quarterly*, 14(3), 261–295.
7. Ashwini, P. & Chirayath, S. (2020). Human Resources Management Practices and its Impact on Clinical Nursing Professionals management Job Satisfaction. *International Journal of Academic Management Science Research*, 4(1), 1–4.
8. Avery, G. C. (2004). *Understanding leadership: Paradigms and cases*. London: Sage.
9. Avolio, B. J. & Bass, B. M. (2001). *Developing Potential across a Full Range of Leadership TM: Cases on Transactional and Transformational Leadership* (1. izd.). New York: Psychology Press.
10. Ayman, R. & Adams, S. (2010). *The Nature of Leadership* (2. izd.). California: Sage Publications.

11. Baldwin, K. S., Dimunation, N. & Alexander, J. (2011). *Health Care Leadership and the Dyad Model. Physician Executive, 37(4), 66–70.*
12. Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management, 17(1), 99–120.*
13. Bass, B. M. & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (4. izd.). New York: Free Press.
14. Bass, B. M. & Stogdill, R. M. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (3. izd.). New York: Free press.
15. Bekru, E. T., Cherie, A. & Anjulo, A. A. (2017). Job satisfaction and determinant factors among midwives working at health facilities in Addis Ababa city, Ethiopia. *PLoS one, 12(2), 10–14.*
16. Bhatnagar, K. (2021). Skrb za starejše na Švedskem. *Kakovostna starost, 24(3), 65–67.*
17. Bhattacharyya, S. S. & Jha, S. (2018). *Literature Review of Leadership Theories, Strategic Leadership Models and Theories: Indian Perspectives* (1. izd.). Bingley: Emerald Publishing Limited.
18. Block, L. A. M. & Manning, L. J. (2007). A systemic approach to developing frontline leaders in healthcare. *Leadership in Health Services, 20(2), 85–96.*
19. Block, P. (1996). *Stewardship*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
20. Bratton, J. & Gold, J. (2015). Towards Critical Human Resource Management Education (CHRME): a sociological imagination approach. *Work, Employment and Society, 29(3), 496–507.*
21. Bregar, L., Ograjenšek, I. & Bavdaž, M. (2010). *Metode raziskovalnega dela za ekonomiste: Izbrane teme* (1.natis). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
22. Brower, H. H., Schoorman, F. D. & Tan, H. H. (2000). A model of relational leadership: The integration of trust and leader–member exchange. *Leadership Quarterly, 11(2), 227–250.*
23. Brownson, K. & Harriman, R. L. (2000). Recruiting and retaining staff in the twenty-first century. *Hospital Material Management Quarterly, 22(2), 34–44.*
24. Burak, O. (2018). Contextual leadership: A systematic review of how contextual factors shape leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly, 29(1), 218–235.*
25. Burik, D. (2010). Survival Strategies for Community Hospitals. *Trustee Magazine, 63(9), 1–9.*
26. Castle, N. & Decker, H. (2011). Top Management Leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes. *The gerontologist, 51(5), 630–642.*
27. Cellar, D. F., Sidle, S., Goudy, K. & O'Brien, D. (2001). Effects of Leader Style, Leader Sex, and Subordinate Personality on Leader Evaluations and Future Subordinate Motivation. *Journal of Business and Psychology 16(1), 61–72.*
28. Certo, S. & Certo, S. T. (2008). *Modern Management: Concepts and skills* (11. izd.). New Delhi: Prentice Hall of India.
29. Chan, Z., Bruxer, A., Lee, J., Sims, K., Wainwright, M., Brooks, D. & Desveaux, L. (2015). What Makes a Leader: Identifying the Strengths of Canadian Physical Therapists. *Physiotherapy Canada, 67(4), 341–348.*

30. Choi, Y. & Mai-Dalton, R. R. (1998). On the Leadership Function of Self-Sacrifice. *The Leadership Quarterly*, 7(9), 475–501.
31. Ciulla, J. B., Price, T. L. & Murphy, S. E. (2005). *The quest for moral leaders: Essays on leadership ethics* (1. izd.). Northampton: Edward Elgar.
32. Codreanu, A. (2016). A VUCA Action Framework for a VUCA Environment, Leadership Challenges and Solutions. *Journal of Defense Resources Management*, 7(2), 31–38.
33. Cunliffe, A. L. & Eriksen, M. (2011). Relational leadership. *Human Relations*, 64(11), 1425–1449.
34. Dana, B. & Olson, D. (2007). *Effective Leadership in Long Term Care: The Need and the Opportunity*. American College of Health Care Administrators. Pridobljeno 15. februarja 2023 iz https://achca.memberclicks.net/assets/docs/ACHCA_Leadership_Need_and_Opportunity_Paper_Dana-Olson.pdf
35. Dansereau, F., Yammarino, F. J., Markham, S. E., Alutto, J. A., Newman, J. M., Dumas, M., Nachman, S. A., Naughton, T. J., Kim, K., Al-Kelabi, S. A., Lee, S. & Keller, T. (1995). Individualized leadership: A new multiple-level approach. *Leadership Quarterly*, 6(3), 413–450.
36. De Cremer, D. & van Knippenberg, D. (2005). Cooperation as a function of leader self-sacrifice, trust, and identification. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(5), 355–369.
37. De Hoog, A. H. B., Greer, L. L. & Den Hartog, D. N. (2015). Diabolical dictators or capable commanders? An investigation of the differential effects of autocratic leadership on team performance. *The Leadership Quarterly*, 26(5), 687–701.
38. De Leeuw, E. (2017). Engagement of Sectors Other Than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annual Review of Public Health*, 38, 329–349.
39. De Luque, M. S., Washburn, N. T., Waldman, D. A. & House, R. J. (2008). Unrequited profit: How stakeholder and economic values relate to subordinates perceptions of leadership and firm performance. *Administrative Science Quarterly*, 53(4), 626–654.
40. DEOS. (brez datuma). *O podjetju*. Pridobljeno 15. junija 2023 iz <https://www.deos.si/o-podjetju/deos-d-d/>
41. Eden, D. (1992). Leadership and expectations: Pygmalion effects and other self-fulfilling prophecies in organizations. *Leadership Quarterly*, 3(4), 271–305.
42. Eisenbeiss, S. A., van Knippenberg, D. & Boerner, S. (2008). Transformational Leadership and Team Innovation. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1438–1446.
43. Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L. & Bagaka's, J. G. (2008). The Impact of Stress and Support on Direct Care Workers' Job Satisfaction. *Gerontologist*, 48(1), 60–70.
44. Eurostat. (2020, julij). *Ageing Europe - statistics on population developments*. Pridobljeni 15. maja 2023 iz https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview

45. Frenk, J. (2010). The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. *PLoS Medicine*, 7(1), 1–3.
46. Gabel, S. (2012). Power, leadership and transformation: the doctor's potential for influence. *Medical education*, 46(12), 1152–1160.
47. Gong, Y., Huang, J. C. & Farh, J.L. (2009). Employee learning orientation, transformational leadership, and employee creativity: The mediating role of employee creative self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 52(4), 765–778.
48. Gorenc Vujović, A. (2020). Manchester. *Kakovostna starost*, 23(3), 75–78.
49. Gradišnik, L. & Velnar, T. (2021). Razvoj in raznolikost institucionalne oskrbe starejših. *Kakovostna Starost*, 24(4), 19–38.
50. Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *Academy of Management review*, 12(1), 9–22.
51. Gregory, B. T., Moates, N K. & Gregory, S. T. (2011). An exploration of perspective taking as an antecedent of transformational leadership behavior. *Leadership & Organization Development Journal*, 32(8), 807–816.
52. Harris, R. (2022, 28. februar). *Aging Alone: Elder Care Infrastructure in the EU*. Harvard international review. Pridobljeno na internetu 15. marca 2023 iz <https://hir.harvard.edu/elder-care-infrastructure/>
53. Hayers, N. (2000). *Leadership: Foundation of psychology* (1. izd.). New Jersey: Thomson Press.
54. Hempel, P. S. (2004). Preparing the HR profession for technology and information work. *Human Resource Management*, 43(2/3), 163–177.
55. Hinkin, T. R. & Schriesheim, C. A. (2008). An examination of "nonleadership": From laissez-faire leadership to leader reward omission and punishment omission. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1234–1248.
56. Hou, S. & Cao, X. (2021). Promising Aging in Community Models in the U.S.: Village, Naturally Occurring Retirement Community (NORC), Cohousing, and University-Based Retirement Community (UBRC). *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7(2), 1–15.
57. House, R. J. (1971). A path goal theory of leader effectiveness. *Administrative science quarterly*, 16(3), 321–339.
58. Howell, J. M. & Higgins, C. A. (1990). Champions of technological innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(2), 317–341.
59. Howell, J. M. & Shamir, B. (2005). The Role of Followers in the Charismatic Leadership Process: Relationships and Their Consequences. *Academy of Management Review*, 30(1), 96–112.
60. Imperl, F. (2022). Kaj smo se pri delovanju ustanov socialnega varstva naučili iz praks v Zahodni Evropi. *Kakovostna starost*, 25(3), 3–37.
61. Inandi, Y., Uzun, A. & Yeşil, H. (2016). The relationship between the principals' leadership styles and their efficacy in change management. *Journal of Educational Sciences Research*, 6(1), 192–202.

62. Institute of Electrical and Electronics Engineers – IEEE. (2010). *Telenoid*. Pridobljeno 8. maja 2023 iz <https://robots.ieee.org/robots/telenoid/>
63. Jaghory, D. (2022, 16. maj). *Japan's Robot Dominance*. Global X ETFs. Pridobljeno 1. maja 2023 iz <https://www.nasdaq.com/articles/japans-robot-dominance>
64. Janes, J. (1999). Survey construction. *Library Hi Tech*, 17(3), 321–325.
65. Judge, T. A. & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analytic Test of Their Relative Validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755–768.
66. Jung, D. I. (2001). Transformational and transactional leadership and their effects on creativity in groups. *Creativity Research Journal*, 13(2), 185–195.
67. Keinanen, M. & Havia, M. V. (2022). Embedding Uncertainty in the Learning Process—An Evaluation Case-Study of VUCA Model in Education. V *Applied Degree Education and the Future of Learning* (str. 151–164). Singapore: Springer Nature.
68. Khan, A. & Tidman, M. (2021). Impacts of Transformational and Laissez-Faire Leadership in Health. *International Journal of Medical Science and Clinical Invention*, 8(9), 5605–5609.
69. Koprowski, E. J. (1981). Exploring the meaning of 'good' management". *Academy of Management Review*, 6(3), 459–467.
70. Kramer, M. (1990). The magnet hospitals: Excellence revisited. *Journal of Nursing Administration*, 20(9), 35–44.
71. Lacroix M. & Pircher Verdorfer, A. (2017). Can Servant Leaders Fuel the Leadership Fire? The Relationship between Servant Leadership and Followers' Leadership Avoidance. *Administrative Sciences*, 7(1), 1–11.
72. Lawrence, K. (2013). *Developing leaders in a VUCA environment*. Chapel Hill: Kenan Flagler Business School.
73. Lešnik, A., Bevc, S. & Železnik, D. (2017). Zadovoljstvo oskrbovancev v domovih s kakovostjo življenja. *Kakovostna starost*, 20(3), 15–23.
74. Liden, R. C., Panaccio, A., Meuser, J. D., Hu, J. & Wayne, S. J. (2014). *Servant leadership: Antecedents, processes, and outcomes*. *The Oxford handbook of leadership and organizations* (1. izd.). Oxford: Oxford University Press.
75. Loi, R., Mao Y. & Ngo H. Y. (2009). Linking leader-member exchange and employee work outcomes: The mediating role of organizational social and economic exchange. *Management and Organization Review*, 5(3), 401–422.
76. MacDuffie, J. P. (1995). Human resource bundles and manufacturing performance: Organizational logic and flexible production systems in world auto industry, *Industrial & Labor Relations Review*, 48(2), 197–221.
77. Mayo, A. (2001). *The Human Value of the Enterprise: Valuing People as Assets – Monitoring, Measuring, Managing*, (1. izd.). London: Nicolas Brealey Publishing.
78. McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise* (1. izd.). New York: McGraw-Hill.
79. Melville, N., Kraemer, K. & Gurbaxani, V. (2004). Information technology and organizational performance: An integrative model of IT business value. *MIS Quarterly*, 28(2), 283–322.

80. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. (2006, september). *Strategija varstva starejših*. Pridobljeno 26. novembra 2022 iz <https://www.gov.si/podrocja/socialna-varnost/varstvo-starejsih/>
81. Ministrstvo za zdravje. (brez datuma a). *Zakon o dolgotrajni oskrbi, brošura*. Pridobljeno 10. junija 2023 iz <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-MINISTRSTVU/Sektor-za-dolgotrajno-oskrbo/16052022-Zakon-o-dolgotrajni-oskrbi.pdf>
82. Ministrstvo za zdravje. (brez datuma b). *Zakon o dolgotrajni oskrbi*. Pridobljeno 10. junija 2023 iz <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/informacije-ospremembah-zakona-o-dolgotrajni-oskrbi-kaj-zakon-prinasa/>
83. Ministry of Economy, Trade and Industry – METI. (2018, april). *Japan's New Robot Strategy*. Pridobljeno 30. marca 2023 iz <https://www.djw.de/ja/assets/media/Veranstaltungen/Symposium,%20MGV/duesseldorf-20180416/djw-symposium-duesseldorf-16.04.2018-kurihara-meti.pdf>
84. Muczyk, J. P. & Reimann, B. C. (1987). The case for directive leadership. *Academy of Management Executive*, 1(4), 301–311.
85. Murphy, L. (2005). Transformational Leadership: a Cascading Chain Reaction. *Journal of nursing management*, 13(2), 128–136.
86. Nadarajah, S., Kadiresan, V., Kumar, R., Kamil, N. N. A. & Yusoff, Y. M. (2012). The relationship of HR practices and job performance of academicians towards career development in Malaysian private higher institutions. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 57, 102–118.
87. Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S., Randall, R. & Borg, V. (2008). The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *Journal of advanced nursing*, 63(5), 465–475.
88. Nupur, R. (2017). The impact of human resources management on quality services of healthcare organisations. *IJARIE*, 3(1), 158–161.
89. Omachonu, V. K. & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework. *The innovation journal*, 15(1), 1–20.
90. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD. (2020, 22. junij). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. Pridobljeno 18. januarja 2023 iz <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en>
91. Paauwe, J. (2009). HRM and performance: Achievements, methodological issues and prospects. *Journal of Management studies*, 46(1), 129-142.
92. Parke, H. W. & Wormell, D. (1956). *The Delphic Oracle* (2. izd.). Oxford: Basil Blackwell.
93. Parker, T. M. (2013). *The relationship between transformational leadership and employee job satisfaction in a virtual workplace* (doktorska disertacija). Minneapolis: Capella University.
94. Pfeffer, J. (1998). *The Human Equation: Building Profits by Putting People First* (1. izd.). Boston: Harvard Business School Press.

95. Phillips, J., Ajrouch, K. & Hillcoat-Nalletamby, S. (2010). *Key Concepts in Social Gerontology* (1. izd.). London: SAGE Publications Ltd.
96. Phillips, K. (2016). *Debating leadership autocratic vs democratic leadership*. Johannesburg: Accountancy SA.
97. Pihlar, T. (2010). Avstrijski oskrbovalni sistem. *Kakovostna starost*, 13(1), 64–65.
98. Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H. & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *The Leadership Quarterly*, 1(2), 107–142.
99. Putti, J. M. (2015). *Human Resource Management : A Dynamic Approach*. New Delhi: Laxmi Publications.
100. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost* (1. izd.). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
101. Ramovš, J. (2019). Slovenska strategija dolgožive družbe. *Kakovostna starost*, 22(4), 27–47.
102. Reed, S. B. (2009). Creating a Leadership Legacy of Caring: A Health Care Leader's Ultimate Journey. *Nurse Leader*, 7(1), 12–15.
103. Rest, K., Trautsamwieser, A. & Hirsch, P. (2012). Trends and risks in home health care. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, 2(1), 34–44.
104. Rimita, K. (2019). *Leader Readiness in a Volatile, Uncertain, Complex, and Ambiguous (VUCA) Business Environment* (doktorska disertacija). Minneapolis: Walden University.
105. Robbins, S. P. & Coulter, M. (2007). *Principles of Management* (4. izd.). Tehran: Office of Cultural Studies.
106. Roethlisberger, F. J. & Dickson, W. J. (1939). *Management and the worker*. Cambridge: Harvard University Press.
107. Rondeau, K. & Wagar, T. (2001). Impact of Human Resource Management Practices on Nursing Home Performance. *Health services Management Research*, 14(3), 192–202.
108. Rousseau, D. M. & Greller, M. M. (1994). Human resource practices: Administrative contract makers. *Human Resource Management*, 33(3), 385–401.
109. Rován, J., Korenjak Černe, S., Pfajfar, L. & Lotrič Dolinar, A. (2015). *Statistični obrazci in tabele* (3. izd.). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
110. Rozman, R., Kovač, J. & Koletnik, F. (1993). *Management* (1. izd.). Ljubljana: Gospodarski vestnik.
111. Ruona, W. E. A. & Gibson, S. K. (2004). The making of twenty-first-century HR: An analysis of the convergence of HRM, HRD, and OD. *Human Resource Management* 43(1), 49–66.
112. Saini, D. (2017). *A New Perspective towards Leadership Paradigm. In Global and Culturally Diverse Leaders and Leadership* (1. izd.). Bingley: Emerald Publishing limited.
113. Sauer, S. J. 2011. Taking the reins: the effects of new leader status and leadership style on team performance. *Journal of Applied Psychology*, 96(3), 574–587.

114. Savage, G. T., Fottler, M. D. & Khatri, N. (2010). *Strategic Human Resource Management in Health Care* (1. izd). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
115. Singh, K. (2004). Impact of HR practices on perceived firm performance in India, Asia pacific. *Journal of Human Resources* 42(3), 301–317.
116. Skupnost socialnih zavodov Slovenije. (2023). *Splošno o domovih in posebnih zavodih Slovenije*. Pridobljeno 3. junija 2023 iz <https://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/>
117. Spears, L. (1995). *Reflections on leadership: How Robert K. Greenleaf's theory of servantleadership influenced today's top management thinkers* (1. izd.). New Jersey: Wiley and Sons.
118. Specchia, M. L., Cozzolino M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W. & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), 1–15.
119. St. Catherine's University. (2021, 16. april). *Six leadership styles in nursing*. Pridobljeno 5. marca 2023 iz <https://www.stkate.edu/academics/healthcare-degrees/leadership-styles-in-nursing>
120. Stogdill, R. M. (1948). Personal Factors Associated with Leadership: A Survey of the Literature. *The Journal of Psychology*, 25(1), 35–71.
121. Subathra, S. (2016). Democratic leadership among the college principals. *International Journal of Research – Granthaalayah*, 4(7), 14–21.
122. Svetlik, I. & Zupan, N. (2009). *Mendežment človeških virov* (1. natis). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
123. Šadl, Z. (2007). Čustveno doživljanje starostnikov od tradicionalnih pogledov k sodobnim. *Socialno delo*, 46(1/2), 13–19.
124. Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management* (1. izd.). New York: Harper.
125. Thompson, G. & Vecchio, R. P. (2009). Situational leadership theory: A test of three versions. *The Leadership Quarterly*, 20(5), 837–848.
126. Trilling, L. (1973). *Sincerity and authenticity* (1. izd.). London: Harvard University Press.
127. Turner, P. (2019). *Leadership in Healthcare: Delivering Organisational Transformation and Operational Excellence* (1. izd.). Cham: Palgrave Macmillan.
128. Uhl-Bien, M. (2006). Relational leadership theory: Exploring the social processes of leadership and organizing. *Leadership Quarterly*, 17(6), 654–676.
129. Upenieks, V. V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564–576.
130. Upton, J. & McDonald, C. (2017). Path of Uncertainty: Pharm Exec's 2017 Industry Forecast. *Pharmaceutical Executive*, 37(1), 20.
131. Urad republike Slovenije za Makroekonomske analize in razvoj – UMAR. (2017). *Strategija dolgožive družbe*. Pridobljeno 14. februarja 2023 iz <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MDDSZ/Direktorat-za-starejse-in-deinstitucionalizacijo/strategije/Strategija-dolgozive-druzbe-2017.pdf>

132. Urick, M. J. (2022). *Leadership Theories, Leadership in Multigenerational Organizations: Strategies to Successfully Manage an Age Diverse Workforce* (1. izd.). Bingley: Emerald Publishing Limited.
133. West, A. M., Lyubovnikova, J., Eckert, R. & Denis, J. L. (2014). Collective leadership for cultures of high quality health care. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 1(3), 240–260.
134. White, S. S. & Locke, E. A. (2000). Problems with the Pygmalion effect and some proposed solutions. *The Leadership Quarterly*, 11(3), 389–415.
135. World Health Organization – WHO. (2001, 20. december). *Macroeconomics and health : investing in health for economic development*. Pridobljeno 25. maja 2023 iz <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42435>
136. Yammarino, F. J. & Dansereau, F. (2002). Individualized leadership. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9(1), 90–99.
137. Yukl, G. (2002). *Leadership in organizations* (5. izd.). Upper Saddle River: Prentice-hall.

PRILOGE

Priloga 1: Intervju: Ana Petrič, direktorica Centra DEOS Notranje Gorice

1. Kako komunicirate s svojimi zaposlenimi in kako s starostniki? Se radi posvetujete z Vašimi zaposlenimi, sprejemate končne odločitve sami?

Jaz sem prepričana, da mora biti komunikacija mehka. Sama sem imela slabo izkušnjo z vodjo v prejšnji službi. Veliko je kričala, manipulirala z zaposlenimi in me na ta način spravljala v stisko. To je vplivalo na moje delo, težko sem bila sproščena, nasmejana. Kar starejši opazijo. Tudi, če srečam kakšnega stanovalca desetkrat na hodniku, ga pozdravim, mu pokimam, se nasmehnem, ga kaj vprašam. Vedno reagiram. Enak odnos imam do zaposlenih, do svojcev, do obiskovalcev. Tako se jaz obnašam na način, kakor bi si želela, da se drugi do mene. Sem prijazna, kulturna, dobra, spoštljiva. Že po naravi sem dobrovoljna, to pri našem delu pomaga, da sprosti napetost. Glede odločitev, pa se rada posvetujem, zaposleni mi povejo svoje mnenje, dajo mi informacije, ki so lahko drugačne od mojih, potem vse pretehtam, sestavim pravo sliko in se odločim. So vključeni in imajo možnost soodločanja. In tako tudi čutijo, da so del skupnosti. In enako s stanovalci. Želim, da se čutijo vključene.

2. Kakšen je Vaš pristop k upravljanju človeških virov v Centru?

Empatičen, prijazen, spoštljiv, ljudi vključujem. Prepričana sem, da ima vsak človek nekaj dobrega v sebi. Velikokrat opazim talent kakšnega zaposlenega in ga tam podprem. Če opazim zainteresiranost, dam prostor, da lahko zasije še v čem dodatnem, ne samo v tisti osnovni funkciji, ki jo zaposleni opravlja. In to tudi prinese dodano vrednost.

3. Ali lahko Vaši zaposleni sproščeno izražajo svoje mnenje?

Vedno. Pričakujem in si želim, da pa se to mnenje vedno pove spoštljivo. Vsako kritiko prenesem, pomemben pa je način komunikacije. Če imam problem s kom, mu ga rada povem na samem. Ne kažem s prstom in ne izpostavljam javno tistega, ki je napako storil. Če bi jim povedala vpričo drugih, bi jih prizadela, kar bi povzročilo veliko škodo.

4. Ali je opolnomočenje Vaših zaposlenih nekaj, kar Vam je blizu? Če Vam je, na kakšen način to izvajate?

Ja, jaz zelo rada zaposlene opolnomočim. Ne samo zaposlene, tudi študente. Vsako leto sprejmemo približno 100 študentov iz Fakultete za socialno delo. Vedno znova jim razložim, da plače niso tako slabe, kot so jih prestrašili in jih malo opogumim za naprej, ker pridejo velikokrat z nekimi negativnimi stereotipi, ki pa ne držijo. V resnici imamo vsi možnost spreminjati stvari na bolje zaradi česar se dobro počutimo tudi sami. Zaposlenim povem kaj pričakujem, vprašam jih, kaj oni pričakujejo od mene, organizacije.

5. Kako motivirate svoje zaposlene?

S stimulacijo na vsake tri mesece. Ni nek velik denar, ampak nekaj pa je. Prav tako jih močno motivira letna ocena. Sicer je težko razložiti, da ne morejo vsi dobiti ocene pet, ker ne delajo vsi enako dobro. Rada vsakemu podarim kaj za rojstni dan. Sem pozorna in jim dam vedeti, da so pomemben del kolektiva.

6. Ali lojalnost, predanost nagrajujete? Če jo nagrajujete, na kakšen način?

Lojalnost je zelo pomembna. Se mi zdi, da v vsakem podjetju, recimo, če jih je sto zaposlenih, da jih je dvajset takih, na katere se lahko vedno zanesesh. V našem Centru je ena snažilka, ki vedno naredi vse in še več, kar zelo cenim. Če imaš okoli sebe več takšnih ljudi si potem bolj miren saj veš, da lahko marsikaj rešiš in obremenjenost se porazdeli. Naši stanovalci nimajo radi, da se zaposleni menjajo, ker se navadijo na njih. Vsaka sprememba je tudi zanje stresna. Potrudim se, da ljudje niso preobremenjeni, da dam dopust vsakemu takrat, ko ga želi, da sem pozorna do njih. Vsako leto za pusta se zaposleni našemijo in vsako leto jim dam kakšen bon. Tudi vmes jih pogostim s sladoledom, ob vročih dneh ali z malimi pozornostmi katere prejmem, kot donacijo.

7. Ali postavljate jasne meje med Vami in zaposlenimi?

Se mi zdi, da ja oziroma kolikor morem. Čeprav nimam načina, da bi dala vedeti, da sem nekaj več, ker sem direktorica. Poznajo me po tem, da pobiram papirčke, odpiram okna, ravnam prte na mizah... skratka, takoj vse opazim in ne čakam na druge, urejam tudi sama. Meje morajo biti, ker na koncu jaz nosim odgovornost. Včasih ne razumejo tveganja, ker pa je na meni odgovornost, se trudim razložiti, da bomo naredili tako kot mislim, da je najbolje. Seveda upoštevajoč mnenja svojih sodelavcev, stanovalcev, svojcev in vseh, ki v Center prihajajo.

8. Ali postavljate zaposlene na prvo mesto?

Ja, jih. Če pa nekdo naredi neko napako, pa je ne pometem pod preprogo. Poizkusim rešiti, popraviti in želim, da se iz tega nekaj naučimo. Vedno gledam, da je za zaposlene dobro, velikokrat v lastno škodo. Tega se moram še naučiti, da nikoli ne bo za vse v redu in nikoli ne moreš vsem ugajati in zadovoljiti njihova pričakovanja.

9. Se pri sprejemanju odločitev posvetujete z zaposlenimi in iščete soglasje?

Ja, se. Vedno se obrnem na strokovne time in posameznike za katere menim, da bi imeli prave informacije. Za vsa področja, kjer imamo strokovne delavce, dam na njihovo mnenje ogromno in se tudi odločijo oni za stvari, mi povejo kako so se odločili, saj so oni specialisti in jim zaupam. Sicer pa se jaz odločim na koncu za stvari, ki se tičejo mene ali splošno organizacije za katero sem odgovorna.

10. Kako poteka organizacija pri prednostnih nalogah?

Vsak ima primarne naloge in potem sekundarne naloge. Te so zapisane tudi v procesih dela. Za primarne naloge vsak ve, za sekundarne se pa zmenimo, če se kdo javi, velikokrat dam na oglasno desko, da se ne bi kdo počutil izločenega, če bi rad pomagal.

11. Ali se zaposleni večkrat obrnejo na Vas, ko nastopijo težave? Dobijo pri Vas povratne informacije?

Zelo pogosto se obrnejo na mene. Hkrati pa tudi sama ponudim pomoč, pogovor, ko vidim, da kaj ni v redu. Npr., zadnjič je prišla hčerka naše stanovalke, v času, ko ni bilo ur za obiske, ker sicer zelo težko pride. In ko bi negovalka že morala delati drugo delo, je šla pomagat tej stanovalki. In ko je rekla, da bo mogla iti, se je hčera razburila. Kar pa ni odgovornost od negovalke, ker preprosto mora narediti svoje delo, ki jo čaka. Negovalka se v takem primeru obrne na vodjo oddelka in potem se pogovorimo, da zadevo uredimo. Pomembno je, da vedo, da niso sami in da se jim ni potrebno ukvarjati s tem. Moja vrata so vedno odprta in to jim tudi povem.

12. Kateri od naslednjih pridevnikov Vaše zaposlene opiše najmočnejše in kateri najmanj: navdihujoči, predani svojemu delu, ustvarjalni, brezbrizni, empatični, nadzorniški?

Najmočnejše sigurno opiše: predani svojemu delu. Brez predanosti bi to delo zelo težko opravljali. Strežnice, negovalke, medicinske sestre, splošno kadri v socialnem varstvu in zdravstveni negi, opravljajo precej fizično in psihično težko delo, ki ni zelo dobro vrednoteno. In če tega ne delaš rad, ti bo zelo težko. Najmanj bi jih opisal pridevnik brezbrizni, saj so zelo pozorni. Stanovalce velikokrat presenetijo z drobnimi pozornostmi.

13. Tisti trije pridevniki, ki najbolj opišejo vaše zaposlene. Te tri lastnosti, kako jih vzgajate pri Vaših zaposlenih?

Ustvarjalni, navdihujoči, nadzorniški. Ustvarjalni smo na vsakem koraku, v navdih se trudim biti s svojim zgledom. Nadzor je potreben, ne kot pritisk, ampak, da opazuješ kaj se dogaja, usmerjaš, pomagaš. Ker če nimajo nadzora, začne marsikdo to hitro izkoriščati.

14. V medijih je možno najti marsikateri simpatičen projekt, ki ste se ga lotili v Centru s starostniki v ospredju. Je ustvarjalnost nekaj, kar vzgajate pri Vaših zaposlenih ali je nekaj, kar že v štartu iščete, ko zaposlujete?

Oboje. Jaz to iščem pri svojih zaposlenih konstantno in tudi ko zaposlujem, če vidim, da je nekdo prijazen, da ima nasmejan obraz, pa veliko hobijev ima taka oseba sigurno prednost. Saj prinese vso to dodano vrednost tudi za Center.

15. Imate do zaposlenih visoka pričakovanja? Kakšna je Vaša vizija Centra v prihodnosti?

Imam visoka pričakovanja, ne samo zaradi sebe ampak zaradi njih samih, da jih naprej porinem, spodbudim, da so vedno boljši. Enako delam tudi pri stanovalcih. Se mi zdi, da

včasih sploh ne vidijo svojega potenciala. V resnici pa imajo ogromno neodkritega. Imam primer snažilke, ki čudovito slika. In smo ji pripravili razstavo, ogromno pohval je požela, nekaj slik je tudi prodala. Zaradi njenih slik je deležna pohval vedno znova in se dobro počuti. Imamo splošno vizijo, ki se dotika vseh centrov. Za naš Center, pa si želim, da postanemo gerontološka medgeneracijska točka, da bi lahko tudi starejši iz skupnosti prišli h nam po pomoč, da je Center odprt za vse, ki ga potrebujejo, da ni to neka hiralnica. Bomo pa s septembrom štartali tudi z vrtcem. Izvajalec storitve bo Angelin Montessori vrtec. Vanj bo vključenih predvidoma 15 otrok, skupinica bo mešana. Namenjen pa bo tako za otroke zaposlenih, kot za zunanje.

16. Ali spodbujate starostnike, da se še kaj novega naučijo na kateremkoli področju?

Seveda. Imamo kup enih skupin, ustvarjanje z glino, suhih rož, ni da ni. Se mi zdi pomembno zaradi fine motorike, ki je zelo pomembna, zaradi novih prijateljstev, ki se stkejo. Aktivnosti imamo toliko, da lahko izbirajo in poiščejo tisto, kar jih najbolj veseli.

17. Ali želite biti v navdih Vašim zaposlenim? Na kakšen način?

Ja, želim. Čeprav se mi zdi, da zaposleni tega ne vidijo. Komu se zdi to brez veze. Ker si nekateri želijo samo opraviti osnovno in so s tem zadovoljni in ne želijo nič več od tega. Vedno jim dajem priložnost, da kaj izboljšajo, spremenijo na bolje, silim jih pa ne. Na koncu se vsak zase odloča, ali se želi razvijati, pridobivati nova znanja, izkušnje ali pač ne.

18. Se vam zdi, da so Vaši zaposleni pod konstantnim pritiskom? So odnosi med Vami in zaposlenimi profesionalni?

Če so pod pritiskom, so zaradi lastnih občutkov. Sama znam na primeren način povedati in »zaviti v vato«, da je čimbolj konstruktivno, spoštljivo, iskreno. Nikoli nimam namena nekoga ponižati ali spraviti v neprijeten položaj. Želim si le, da je delo opravljeno dobro, da smo vsi kolikor je mogoče zadovoljni. Zelo moram paziti, kaj in kako rečem. Pri moških je lahko problem, ker jaz kot ženska nekaj povem in lahko to samo zaradi spola in moje starosti težko sprejme. Zelo pazim, da zaposleni niso preobremenjeni. Pri upravi utemeljujem, kaj in zakaj potrebujemo in običajno dosežem vse, kar si zadam. Mislim, da nimajo hudega pritiska. Tudi ne znašam se nad njimi. Mogoče se celo preveč ukvarjam z njihovimi težavami. Menim, da odnosi so profesionalni. Ob začetku mojega delovanja so bili tudi zelo prijateljski. Kasneje sem ugotovila, da moram to ločiti, ker je potem težko postaviti mejo in hitro lahko postaneš tudi pristranski. Zato ja, kolikor je možno so profesionalni.

19. Kako nadzirate delovne procese?

Vsaka služba ima vodjo (vodje enot, vodjo kuhinje...) in s tem tudi nek nadzor. Oni poročajo meni in potem to, ter svoja opažanja združim ter dobim delno sliko.

20. Kako Vam uspe zadržati dober kader?

Prvič, z odnosom, drugič s prilagajanjem njihovim potrebam. Je pa res, da je plača zelo pomemben faktor. Ljudje, ki dobijo možnost za višjo plačo, govorim predvsem o tistih, ki so na delovnih mestih in dobijo za plačilo minimalno plačo, tisti bodo šli. Razumljivo, saj na koncu hodimo v službo zato, da si lahko zagotovimo preživetje. Mogoče mi malo bolj uspeva tudi zato, ker se za vsakogar potrudim, da bi ostal.

21. Ali so denarne spodbude po Vašem mnenju najbolj zaželene?

Ja, so. Zelo.

22. Kakšne prakse in politike imate za spodbujanje zdravja in dobrega počutja zaposlenih v Centru?

Zaposleni so že sami po sebi aktivni. Na vsake tri mesece moramo izdelati plan česa se udeležujejo. Všeč bi jim bilo sveže sadje pri recepciji. Flaške za vodo smo jim kupili, ker se mi zdi, da res premalo pijejo. Sicer jim ne želim ponujati preveč nekih vsebin, ker jim največ pomeni prosti čas, čas z družino in prijatelji.

23. Kako izvajate postopke pridobivanja in izbire kadrov za Center?

Precej preko kadrovske službe. Ampak tudi sama grem velikokrat v akcijo. Napišem letak, iščem po srednjih šolah, pri znancih, preverjam možnosti pri sodelavcih, če mogoče koga poznajo. Opažam, da je ljudem bližje, če se obrnejo na eno osebo, ko gre za iskanje službe, ne na organizacijo. Pomembna sta jim odnos in prijaznost.

24. Japonska se je v zdravstvenem sektorju močno razvila, kako daleč se Vam zdi uporaba robotov v pomoč zaposlenim in uporabnikom v Centru?

Samo do te mere, da bi poskrbeli za transportne vozičke. Da bi roboti skrbeli za ljudi, pa ne. Že pri postelji, ki pomaga pri nekaterih stvareh, mora biti človek zraven. Večji ekrani bi prav prišli stanovalcem, da bi lažje kaj prebrali, mogoče komunicirali s svojci. Izkušnje so zanimive. Vedno so potrebni tudi ljudje, ki vse to uravnavajo, urejajo, usposablajo uporabnike. Smo pa testirali različne stvari. Testirali smo pametne ure. Si predstavljam, da bodo roboti bolj aktualni, ko bomo mi starostniki.

25. Kakšne ukrepe sprejemate za spodbujanje etičnega ravnanja in profesionalnosti zaposlenih v Centru?

S kodeksom dela. Tam imamo vse te stvari opisane. Urejenost, komunikacija s stanovalci, odnos do daril, da zapisnike naredimo za vsako stvar, ipd. Če pa vidimo, da kdo kaj ni razumel, pa imamo spet sestanek in mu razložimo.

26. Kako zagotavljate stalno zadovoljstvo in varnost zaposlenih v Centru?

Predvsem to poskrbimo na ta način, da ko pride izpad dela, da hitro poskrbimo za nadomestitev. Da prisluhnemo zaposlenim. Da negujemo dobre odnose. Da se veliko pogovarjamo. Varnost zaposlenih, to pa se mi zdi, da je tako ali tako varna zaposlitev, ker taka dela bodo vedno potrebna.

27. Kako poskrbite za ohranjanje dobre morale?

Po mojem že vse to, kar sem sedaj povedala, ima povezavo s tem vprašanjem. Menim, da je veliko odvisno od nas samih, od našega pogleda na delo, ljudi in reči okoli nas, na življenje. Lahko daš nekemu vse pa bo našel neko malenkost, ki mu ne odgovarja.

Sama pri sebi razmišljam, da dokler bom delala dobro in bom čutila, da je moje mesto tukaj, bom tukaj. In tako tudi pričakujem od ostalih zaposlenih. Ko tega ne bom več čutila bo čas, da grem in pričnem delovati po najboljših močeh drugje.

Priloga 2: Anketni vprašalnik.

Pozdravljeni!

Sem Meta Peterle Cencelj, študentka programa Management na EF v Ljubljani. V okviru magistrskega dela, delam raziskavo v DEOS Center starejših Notranje Gorice, kjer raziskujem vpliv vodenja in managementa človeških virov na zadovoljstvo vas, uporabnikov. Anketa vsebuje tri sklope, vendar ne bi smela vzeti več kot 10-15 min vašega časa. Vsi odgovori se bodo uporabili izključno v namene magistrskega dela, prav tako so vsi odgovori anonimni. Če Vas kaj posebnega zanima ali če kje nastopi nejasnost, se prosim obrnite name. Za Vaše odgovore in Vaš čas se Vam prav lepo zahvaljujem!

1. SKLOP: Vodenje

Prosim, obkrožite številko, ki predstavlja Vaš odgovor.

		Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Vedno
1.	Zaposleni v domu spoštujejo moje dostojanstvo in zasebnost.	1	2	3	4	5
2.	Ko gre za izražanje lastnega mnenja in mojih želja, potreb, me zaposleni slišijo in podprejo.	1	2	3	4	5
3.	Zaposleni v domu mi na pomoč priskočijo samoiniciativno.	1	2	3	4	5
4.	Ko se počutim slabo, me zaposleni spodbudijo in mi pomagajo.	1	2	3	4	5
5.	Vedno znova me preseneti, kako hitro in vestno zaposleni opravijo svoje naloge.	1	2	3	4	5
6.	Večkrat opažam, da se počutim izoliranega.	1	2	3	4	5
7.	Ko me kdaj kaj skrbi, zaposleni poskrbijo za dobro moralo.	1	2	3	4	5
8.	V domu me spodbujajo, da se naučim še kaj novega.	1	2	3	4	5
9.	Velikokrat sodelujemo med sabo na oddelku in v skupinah.	1	2	3	4	5
10.	Zaposlenim veliko pomenijo pravila. Vedno jim sledijo.	1	2	3	4	5
11.	V domu imamo veliko strogih pravil in predpisov.	1	2	3	4	5
12.	Velikokrat je prisoten nekdo, ki nadzira, da vse poteka ustrezno.	1	2	3	4	5
13.	Ko imam kakšen problem, kljub temu, da prvi na katerega se obrnem nima rešitve, jo ta najde pri sodelavcu.	1	2	3	4	5
14.	Vedno lahko odprto komuniciram o svojih problemih, ne glede na to, na kaj se nanašajo.	1	2	3	4	5

se nadaljuje

		Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Vedno
15.	Ne komuniciram veliko z zaposlenimi, velikokrat pa dobim kratka in jedrnata navodila o stvareh, ki so pomembne.	1	2	3	4	5
16.	Ko imam kakšen problem in ga delim z zaposlenimi, do mene ne pridejo nazaj z rešitvijo.	1	2	3	4	5
17.	Zaposleni na splošno komunicirajo direktno in transparentno.	1	2	3	4	5
18.	Ko želim komunicirati z zaposlenimi, se te odzovejo hitro in empatično.	1	2	3	4	5

19. Zaposlene bi najbolj opisal pridevnik (prosim, obkrožite eno črko pred odgovorom):

- A) Navdihujoči
- B) Predani svojemu delu
- C) Ustvarjalni
- D) Brezbrižni
- E) Empatični
- F) Nadzorniški

2. SKLOP: Management človeških virov

20. Kaj vam od spodaj naštetih pojmov pri zaposlenih pomeni največ in kaj najmanj. Napišite številko, ki kaže Vašo oceno. Rangirajte od 1-6, tisto kar vam pomeni najmanj z 1 in s 6 tisto, kar vam pomeni največ.

- A) V navdih _____
- B) Predanost svojemu delu _____
- C) Ustvarjalnost _____
- D) Empatija _____
- E) Nadzor _____
- F) Brezbrižnost _____

21. Kateri način komunikacije Vam je najbližji. Rangirajte od 1-6, tisto, kar Vam je najmanj blizu z 1 in s 6 tisto, kar Vam je najbližje.

- A) Da mi zaposleni v domu podajo kratka in jedrnata navodila. _____
- B) Da se lahko vedno obrnem na kogarkoli in da se odprto pogovarjamo o vsem. _____
- C) Ko imam kakšen problem, si želim, da pridejo zaposleni nazaj do mene z rešitvijo. _____
- D) Všeč mi je, da komunikacija poteka direktno in transparentno. _____

E) Od vsega mi je najpomembnejša pri komunikaciji empatija in to, da so zaposleni vedno pripravljeni na pogovor, če ga potrebujem. _____

F) Ko imam kakšen problem in ga delim z zaposlenimi, mi je všeč, da mi ne dajo rešitve in jo moram sam poiskati. _____

22. Pomembno mi je, da je vsak dan prisoten nekdo, ki nadzira, da vse poteka optimalno.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

23. Pomembno mi je, da imamo v domu veliko strogih pravil in predpisov.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

24. Veliko mi pomenijo pravila. Pravila mi dajo občutek varnosti, rad jim sledim.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

25. Prijetno mi je, da velikokrat sodelujemo v skupinah v oddelku in izven. Rad se družim z ostalimi v domu.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

26. Rad pridobivam nova znanja. Vedno me razveseli, če imam možnost učenja novih stvari.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

27. Ko me kdaj kaj skrbi, zaposleni poskrbijo za dobro moralo, kar mi pomeni veliko.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

28. Izoliranost je nekaj, s čimer se pogosto srečujem. Takrat mi je težko.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

29. Ustreza mi, da so zaposleni hitri in vestni pri svojem delu.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

30. Do dobrega počutja mi velikokrat pomagajo priti zaposleni, s spodbudo in pomočjo mi pomagajo do boljšega stanja. To pomoč je zame izrednega pomena.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

31. Včasih mi je težko govoriti o mojem počutju. Takrat mi je zelo pomembno, da mi zaposleni v domu na pomoč priskočijo samoiniciativno.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

32. Zelo mi je pomembno, da ko izrazim svoje mnenje in želje me zaposleni slišijo in podprejo.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

33. Občutek spoštovanja moje zasebnosti in dostojanstva s strani vseh zaposlenih v domu mi je zelo pomembno.

1. Se sploh ne strinjam.
2. Se ne strinjam.
3. Se niti ne strinjam, niti se strinjam.
4. Se strinjam.
5. Se popolnoma strinjam.

3. SKLOP: Demografska vprašanja. Prosim obkrožite črko pred odgovorom, ki se nanaša na Vas.

34. Spol:

- A) Moški
- B) Ženska
- C) Drugo
- D) Ne želim se opredeliti

35. Star/a sem:

- A) 65-70 let
- B) 71-76 let
- C) 77- 83 let
- D) 84-89 let
- E) 90 ali več

36. Koliko let že bivate v domu DEOS Notranje Gorice:

- A) Manj kot 1 leto
- B) od 1 do 5 let
- C) od 5 do 10 let
- D) Več kot 10 let
- E) Več kot 20 let

37. Nivo fizične samostojnosti:

- A) Popolnoma samostojen
- B) Delno odvisen od pomoči
- C) Popolnoma odvisen od pomoči

Priloga 3: Rezultati analize.

Dejansko stanje

Tabela 1: Dejansko stanje dojetanje stila vodenja – 1.del

Tip vodenja	vsi	Spol		Nivo funkcionalnosti		
		m	ž	Sam	Delno	Ne
DEMOKRATIČNO VODENJE	3,42	3,18	3,51	3,48	3,36	3,38
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	3,38	3,43	3,35	3,48	3,36	2,88
AVTOKRATIČNO VODENJE	2,58	2,68	2,54	2,55	2,61	2,63
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	1,71	1,75	1,69	1,73	1,66	1,88
TRANSAKCIJSKO VODENJE	3,61	3,68	3,59	3,95	3,36	3,13
SLUŽNOSTNO VODENJE	4,03	4,09	4,01	3,83	4,09	4,80

Vir: lastno delo.

Tabela 2: Dejansko stanje dojetanje stila vodenja – 2.del

Tip vodenja	Starost do					Čas v domu			
	70	76	83	89	90+	1	5	10	10+
DEMOKRATIČNO VODENJE	3,00	3,67	3,42	3,56	2,92	3,63	3,45	3,29	3,33
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	2,75	3,67	3,58	3,19	3,17	3,31	3,53	3,29	3,17
AVTOKRATIČNO VODENJE	2,50	3,00	2,64	2,44	2,42	2,56	2,60	2,61	2,50
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	2,00	1,33	1,86	1,75	1,42	1,56	1,73	1,75	1,75
TRANSAKCIJSKO VODENJE	2,75	3,92	3,78	3,44	3,58	3,88	3,68	3,43	3,50
SLUŽNOSTNO VODENJE	4,65	4,67	3,66	4,08	4,18	3,53	3,91	4,29	4,52

Vir: lastno delo.

Željeno stanje

Tabela 3: Željeno stanje stila vodenja – 1.del

Tip vodenja		Spol		Nivo funkcionalnosti		
		m	ž	Sam	Delno	Ne
DEMOKRATIČNO VODENJE	3,99	3,93	4,01	3,95	4,11	3,50
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	4,38	4,21	4,44	4,48	4,36	3,88
AVTOKRATIČNO VODENJE	3,08	2,71	3,24	3,09	3,09	3,00
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	1,60	1,64	1,59	1,64	1,61	1,38
TRANSAKCIJSKO VODENJE	3,99	4,14	3,93	4,27	3,75	3,75
SLUŽNOSTNO VODENJE	4,61	4,81	4,53	4,50	4,71	4,67

Vir: lastno delo.

Tabela 4: Želeno stanje stila vodenja – 2.del

Tip vodenja	70	76	83	89	90+	1	5	10	10+
DEMOKRATIČNO VODENJE	3,75	4,25	3,97	4,00	3,83	4,31	4,00	3,71	4,17
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	3,50	3,92	4,78	4,38	3,92	4,50	4,33	4,50	4,08
AVTOKRATIČNO VODENJE	3,00	2,92	2,72	3,56	3,08	3,38	3,10	2,86	3,17
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	1,25	1,42	1,83	1,44	1,67	1,31	1,78	1,71	1,17
TRANSAKCIJSKO VODENJE	4,00	5,00	4,06	3,66	3,67	3,94	4,15	3,93	3,67
SLUŽNOSTNO VODENJE	4,67	4,67	4,50	4,65	4,78	4,58	4,42	4,74	5,00

Vir: lastno delo.

Razlika med želenim in trenutnim stanjem

Tabela 5: Razlika med želenim in trenutnim stanje stila vodenja – 1.del

Tip vodenja	Spol			Nivo funkcionalnosti		
	vsi	m	ž	Sam	Delno	Ne
DEMOKRATIČNO VODENJE	0,57	0,75	0,50	0,48	0,75	0,13
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	1,00	0,79	1,09	1,00	1,00	1,00
AVTOKRATIČNO VODENJE	0,50	0,04	0,69	0,55	0,48	0,38
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	-0,10	-0,11	-0,10	-0,09	-0,05	-0,50
TRANSAKCIJSKO VODENJE	0,38	0,46	0,34	0,32	0,39	0,63
SLUŽNOSTNO VODENJE	0,58	0,72	0,52	0,67	0,62	-0,13

Vir: lastno delo.

Tabela 6: Razlika med želenim in trenutnim stanje stila vodenja – 2.del

Tip vodenja	Starost do					Čas v domu			
	70	76	83	89	90+	1	5	10	10+
DEMOKRATIČNO VODENJE	0,75	0,58	0,56	0,44	0,92	0,69	0,55	0,43	0,83
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	0,75	0,25	1,19	1,19	0,75	1,19	0,80	1,21	0,92
AVTOKRATIČNO VODENJE	0,50	0,08	0,08	1,13	0,67	0,81	0,50	0,25	0,67
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	-0,75	0,08	0,03	0,31	0,25	0,25	0,05	0,04	0,58
TRANSAKCIJSKO VODENJE	1,25	1,08	0,28	0,22	0,08	0,06	0,48	0,50	0,17
SLUŽNOSTNO VODENJE	0,02	0,00	0,84	0,57	0,59	1,06	0,51	0,45	0,48

Vir: lastno delo.

Odmiki Trenutnega od povprečja stanja po kategorijah

Tabela 7: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino – dejansko stanje, 1.del

Tip vodenja	vsi	Spol		Nivo funkcionalnosti		
		m	ž	Sam	Delno	Ne
DEMOKRATIČNO VODENJE	0	-0,238	0,1	0,06	-0,05	-0,04
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	0	0,054	-0,02	0,1	-0,01	-0,5
AVTOKRATIČNO VODENJE	0	0,095	-0,04	-0,04	0,03	0,04
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	0	0,042	-0,02	0,02	-0,05	0,17
TRANSAKCIJSKO VODENJE	0	0,064	-0,03	0,34	-0,25	-0,49
SLUŽNOSTNO VODENJE	0	0,062	-0,03	-0,2	0,06	0,77

Vir: lastno delo.

Tabela 8: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino – dejansko stanje, 2.del

Tip vodenja	Starost do					Čas v domu			
	70	76	83	89	90+	1	5	10	10+
DEMOKRATIČNO VODENJE	-0,42	0,25	0	0,15	-0,5	0,21	0,03	0,13	0,08
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	-0,63	0,29	0,21	0,19	0,21	0,06	0,15	0,09	0,21
AVTOKRATIČNO VODENJE	0,08	0,42	0,06	0,15	0,17	0,02	0,02	0,02	0,08
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	0,29	0,38	0,15	0,04	0,29	0,15	0,02	0,04	0,04
TRANSAKCIJSKO VODENJE	-0,86	0,3	0,16	0,18	0,03	0,26	0,06	0,19	0,11
SLUŽNOSTNO VODENJE	0,62	0,64	0,37	0,04	0,15	0,51	0,13	0,26	0,49

Vir: lastno delo.

Odmiki trenutnega od želenega stanja po kategorijah

Tabela 9: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino – želeno stanje, 1.del

Tip vodenja	vsi	Spol		Nivo funkcionalnosti		
		m	ž	Sam	Delno	Ne
DEMOKRATIČNO VODENJE	0	-0,061	0,03	-0,04	0,12	-0,49
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	0	-0,161	0,07	0,1	-0,01	-0,5
AVTOKRATIČNO VODENJE	0	-0,369	0,15	0,01	0,01	-0,08
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	0	0,039	-0,02	0,03	0,01	-0,23
TRANSAKCIJSKO VODENJE	0	0,153	-0,06	0,28	-0,24	-0,24
SLUŽNOSTNO VODENJE	0	0,198	-0,08	-0,11	0,1	0,06

Vir: lastno delo.

Tabela 10: Razlika aritmetične sredine med celotnim vzorcem anketirancev in skupino – želeno stanje, 2.del

Tip vodenja	Starost do					Čas v domu			
	70	76	83	89	90+	1	5	10	10+
DEMOKRATIČNO VODENJE	-0,24	0,26	0,02	0,01	0,16	0,32	0,01	0,28	0,18
TRANSFORMACIJSKO VODENJE	-0,88	0,46	0,4	0	0,46	0,13	0,05	0,13	0,29
AVTOKRATIČNO VODENJE	-0,08	0,17	0,36	0,48	0	0,29	0,02	0,23	0,08
LAISSEZ-FAIRE VODENJE	-0,35	0,19	0,23	0,17	0,06	0,29	0,17	0,11	0,44
TRANSAKCIJSKO VODENJE	0,01	1,01	0,07	0,33	0,32	0,05	0,16	0,06	0,32
SLUŽNOSTNO VODENJE	0,06	0,06	0,11	0,03	0,17	0,03	0,19	0,13	0,39

Vir: lastno delo.

Priloga 4: P-testi korelacijske matrike

Dejansko stanje

Tabela 11: Izračuni p vrednosti za koeficiente korelacije.

	Demokratično	Transformacijsko	Avtokratsko	Laissez-faire	Transakcijsko	Služnostno
Demokratično	NA	0,097	0,871	0,302	0,525	0,513
Transformacijsko	0,097	NA	0,396	0,050	0,693	0,892
Avtokratsko	0,871	0,396	NA	0,843	0,842	0,121
Laissez-faire	0,302	0,050	0,843	NA	0,845	0,050
Transakcijsko	0,525	0,693	0,842	0,845	NA	0,035*
Služnostno	0,513	0,892	0,121	0,050	0,035*	NA

*korelacija je statistično značilna pri $p < 0,05$

Vir: lastno delo.

Željeno stanje

Tabela 12: Izračuni p vrednosti za koeficiente korelacije.

	Demokratično	Transformacijsko	Avtokratsko	Laissez-faire	Transakcijsko	Služnostno
Demokratično	NA	0,251	0,400	0,083	0,009*	0,176
Transformacijsko	0,251	NA	0,155	0,445	0,785	0,539
Avtokratsko	0,400	0,155	NA	0,961	0,040*	0,317
Laissez-faire	0,083	0,445	0,961	NA	0,031*	0,003*
Transakcijsko	0,009*	0,785	0,040*	0,031*	NA	0,537
Služnostno	0,176	0,539	0,317	0,003*	0,537	NA

*korelacija je statistično značilna pri $p < 0,05$

Vir: lastno delo.