



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**IDENTIFIKACIJA MODELOV IN STILOV
VODENJA V ZDRAVSTVENI NEGI V
SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE**

Mentor: mag. Boris Miha Kaučič, pred.

Študentka: Ani Jalen

Somentorica: doc. dr. Bojana Filej

Jesenice, september, 2010

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojemu mentorju mag. Borisu Mihi Kaučiču, pred. in somentorici, doc. dr. Bojani Filej, za vso pomoč in nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vodstvu dejavnosti zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice za odobritev in pomoč pri izvedbi raziskave ter zaposlenim v zdravstveni negi za sodelovanje.

Še posebna zahvala gre vsem mojim bližnjim, ki so me podpirali skozi celotno obdobje študija na Visoki šoli za zdravstveno nego in v času pisanja diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Model vodenja izhaja iz osnovne ideje, kako zaposlene motivirati za čim boljše delo, stil vodenja pa se nanaša na določen vzorec vedenja, ki ga uporablja vodja. Timsko delo je eden izmed izzivov v vsaki delovni organizaciji. Najbolj učinkovito je takrat, ko se ga lotimo sistematično, in v situacijah, ko je to potrebno.

Cilj: Cilj diplomskega dela je identifikacija modelov in stilov vodenja ter stopnje timskega sodelovanja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni in kavzalno-neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen v štiri tematske sklope. Med vodje in zaposlene v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice smo razdelili 280 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 137, kar predstavlja 48,9% realizacijo vzorca. Cronbachov Alpha koeficient posameznih delov vprašalnika je presegal prag 0,6. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili SPSS 15.0.

Rezultati: Anketirane osebe so opredelile prisotnost transformacijskega modela vodenja kot najbolj prisotnega modela, saj naj bi bil zastopan po mnenju vodij v 48,89%, po mnenju zaposlenih pa v 41,55%. Pri stilih vodenja so vodje ocenili kot najbolj prisoten zavzeti stil (27,71%), zaposleni pa združevalni stil 26,19%. Stopnjo timskega sodelovanja so vodje ocenili s povprečno vrednostjo 4,26 na Likertovi lestvici od 1 do 5, zaposleni pa s povprečno vrednostjo 3,97. Primerjava znotraj skupine zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe je pokazala, da zaposleni z visokošolsko izobrazbo zaznavajo transformacijski model ($p=0,004$) in zavzeti stil ($p=0,025$) v višji meri kot zaposleni s srednješolsko izobrazbo. Primerjava stopnje timskega sodelovanja ni potrdila statistično značilnega odgovora ($p=0,053$).

Razprava: Rezultati raziskave kažejo na visoko zastopanost transformacijskega in zadovoljivo prisotnost transakcijskega modela vodenja, kar je v nasprotju s pričakovanji in podatki iz literature. Pri modelih vodenja ni bilo razhajanja v mnenju vodij in zaposlenih, saj so vsi ocenili, da je največkrat prisoten transformacijski model. Identifikacija stilov vodenja je vrnila razmeroma homogene odgovore, saj ni bilo večjih razlik med štirimi vrstami stilov, vodje so kot najbolj zastopan stil prepoznali zavzeti

stil, zaposleni pa združevalni stil. Ocena timskega sodelovanja je dobra, tudi v tej kategoriji so vodje ocenili višjo stopnjo timskega sodelovanja kot zaposleni.

Ključne besede: zdravstvena nega, menedžment, vodenje, modeli vodenja, stili vodenja, timsko delo

SUMMARY

IDENTIFICATION OF MODELS AND STYLES OF LEADERSHIP AT LEADERS IN NURSING IN JESENICE GENERAL HOSPITAL

Theoretical starting points: The management model begins with a basic idea as to how to motivate the employees for the best work, while the management style applies to a specific behavior pattern used by manager when working with people. Team work is one of the ways for dealing with work challenges in an organization. It is most effective when it is approached systematically and in situations where it is necessary.

Goal: The goal of the thesis was to identify the models and management styles and the level of team work in health care in the Jesenice General Hospital.

Method: The research was based on the descriptive and causal-non-experimental method of empiric research. A questionnaire was used as the research tool, which was divided into four sections. 280 questionnaires were distributed to the managers and employees of the Jesenice General Hospital, out of which 137 were returned, which is 48,9% sample realization. The Cronbach Alfa coefficients of individual segments of the questionnaire exceeded 0,6, which already represents an acceptable level of sample reliability. SPSS 15.0 was used for the statistical analysis.

Results: The managers and the employees defined the presence of the transformational management model as the prevalent model, since it is said to be represented by 48,89% of the managers and 41,55% of the employees. 21,71% of the managers estimate that the dedicated style is most prevalent, while 26,19% of the employees believe that the integrated style is prevalent. The managers rated the level of teamwork with medial rating, giving it 4,26 on the 1 to 5 Likert scale. The employees gave a medial rating of 3,97. The comparison inside the group of employees in regard to their education shows that the employees with university degrees have detected a transformational model (0,004) and dedicated style ($p=0,025$) in higher level than the employees with high school degrees. Comparison of teamwork didn't return statistically significant result ($p=0,053$).

Discussion: Contrary to our expectations in regard to the literature, the research results indicate significant prevalence of transformational and satisfactory presence of transactional management styles. There were no discrepancies in the opinion of managers and employees in regard to the management models since everyone believes

that the transformational model is most prevalent. Management style identification gave relatively homogenous responses since there were no significant differences between the four management styles, with the managers recognizing the dedicated style as the most prevalent, while the employees recognized the integrated style. The assessment of teamwork is good, with the managers awarding the teamwork with a higher rating than the employees.

Key words: health care, management, leadership, management models, management styles, team work

KAZALO

1 UVOD	1
2 MENEDŽMENT IN VODENJE	4
2.1 MENEDŽMENT	4
2.2 VODENJE	4
2.2.1 Vodenje v zdravstvu.....	5
2.3 MODELI VODENJA	7
2.3.1 Modeli osebnih značilnosti vodje.....	7
2.3.2 Modeli vedenja vodje	8
2.3.3 Situacijski model vodenja	10
2.4 DRUGI MODELI VODENJA.....	12
2.4.1 Transformacijsko vodenje	12
2.4.2 Transakcijsko vodenje.....	12
2.4.3 Laissez-Faire ali vodenje brez vajei.....	12
2.5 PSIHODINAMIČNI MODEL.....	13
2.6 MODEL AVTENTIČNEGA VODENJA.....	13
2.7 KVANTNO VODENJE.....	14
2.7.1 Vodja prihodnosti v zdravstveni negi.....	14
2.8 STILI VODENJA	15
2.8.1 Situacijski modeli stilov vodenja	15
2.9 TIMSKO VODENJE V ZDRAVSTVU IN ZDRAVSTVENI NEGI.....	18
2.9.1 Skupina ali tim	18
2.9.2 Timi in vodje timov.....	19
3 EMPIRIČNI DEL.....	22
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	22
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	22
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	22
3.3.2 Opis instrumentarija	22
3.3.3 Opis vzorca.....	23
3.3.4 Opis obdelave podatkov	24
3.4 REZULTATI	24

3.4.2 Zaposleni v zdravstveni negi.....	26
3.4.3 Primerjava rezultatov med vodji in zaposlenimi v zdravstveni negi	27
3.5 RAZPRAVA.....	30
4 ZAKLJUČEK	34
5 LITERATURA	36
6 PRILOGE.....	39
6.1 INSTRUMENT.....	39

KAZALO SLIK

Slika 1: Model mrežnega vodenja	9
Slika 2: Ohio vodstveni kvadrat	16
Slika 3: Osnovni stili vodenja po Reddinu	17

KAZALO TABEL

Tabela 1: Domneve teorije x in y	8
Tabela 2: Razlika med klasičnim vodjem in vodjem tima	20
Tabela 3: Modeli vodenja po oceni vodij v zdravstveni negi.....	25
Tabela 4: Stili vodenja po oceni vodij v zdravstveni negi.....	25
Tabela 5: Ocena stopnje timskega sodelovanja – vodje v zdravstveni negi.....	26
Tabela 6: Modeli vodenja po oceni zaposlenih v zdravstveni negi.....	26
Tabela 7: Stili vodenja po oceni zaposlenih v zdravstveni negi.....	27
Tabela 8: Ocena stopnje timskega sodelovanja – zaposleni v zdravstveni negi	27
Tabela 9: Primerjava ocene modelov in stilov vodenja ter timskega sodelovanja med vodji in zaposlenimi v zdravstveni negi	28
Tabela 10: Primerjava mnenj med zaposlenimi glede na izobrazbo	29

1 UVOD

Vodenje je kompleksen pojav, ki ga lahko opazujemo iz različnih zornih kotov, teoretičnih izhodišč in konceptov. Posledica te kompleksnosti je množstvo različnih pristopov, ki poskušajo celovito pojasniti fenomen vodenja (Ovsenik in Ambrož 2006).

V praksi se izraza menedžment in vodenje pogosto ne uporabljata pravilno. Menedžment je osredotočen na usklajevanje v organizaciji in vključuje planiranje, organiziranje, kadrovanje in kontroliranje v skladu z opredeljenimi organizacijskimi cilji. Vodenje je sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja zaposlenih k želenim ciljem. Vodenje kot menedžment obstaja za zagotavljanje ciljev organizacije, medtem ko se vodenje kot 'leading' pojavi, ko kdo želi vplivati na vedenje posameznika ali skupine v organizaciji (Možina, 1994a).

Bohinčeva (1997) navaja, da v sistemih zdravstvene nege vodilne medicinske sestre načrtujejo, organizirajo in kontrolirajo procese zdravstvene nege v interakciji z ostalimi procesi, zato pa so nujno potrebna dodatna menedžerska znanja in veščine, ki jih morajo pridobiti v formalni obliki izobraževanja.

Ovsenik in Ambrož (2006; povz. po Filej, 2008) ugotavljata, da je zdravstveni sistem izrazito hierarhičen, Lipič Baligač (ibid.) pa, da bodo v prihodnje uspešnejše tiste organizacije, v katerih bo vodenje temeljilo na zaupanju, spoštovanju in morali. Zadostilo naj bi zahtevam zaposlenih po njihovem osebnem razvoju. Česen (2003) meni, da imajo odločilno vlogo v delovanju vsake organizacije ljudje in da bodo za nove in boljše rezultate delovanja organizacij najpomembnejši človeški viri.

Rezultati raziskave Skele Savič in Pagona (2007) kažejo, da bo v delovnih okoljih potrebno narediti veliko sprememb pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj raziskave organizacijske kulture kažejo predvsem na hierarhično in tržno usmerjenost slovenskih bolnišnic, kjer je timsko delo slabo razvito in sta v ospredju individualizem in hierarhija, kontrolno vodenje pa se uporablja v večjem deležu kot fleksibilno vodenje. Za vodje v slovenskem zdravstvu so izbrani posamezniki, ki so v prvi vrsti dobri strokovnjaki in nimajo dodatnih znanj za vodenje, zato se srečujemo s specifično zastarelostjo vodenja. Kaučič (2009) ugotavlja, da imajo vodilne medicinske sestre prevladujoče tehnično funkcionalno sidro, kar pomeni, da skozi svoje vrednote sebe vidijo kot strokovnjakinje na strokovnem področju in ne kot menedžerke. Tehnično funkcionalno sidro je v diametralnem nasprotju z menedžerskim sidrom, ki je značilno za vodje na prvem nivoju.

Bohinc (2005; povz. po Kaučič, 2009) ugotavlja, da vodje v zdravstvenih organizacijah niso pripravljene za vodenje zaposlenih in prevzemanje odgovornosti za rezultate dela. Nimajo specialnih znanj s področja vodenja, zato je vodenje v zdravstvu rigidno.

Dosedanja organizacija zdravstvenih zavodov še vedno temelji na hierarhičnih odnosih, ki povzročajo nastanek osebnih, medosebnih in organizacijskih konfliktov. Za učinkovito in uspešno delo je potrebna heterarhična participativna organizacija, za katero je značilna logična hierarhija, funkcionalna delitev dela in visoka stopnja sodelovanja. Po mnenju Bohinčeve (ibid.) so vzroki, ki vplivajo na konflikte, naslednji: nesodobno vodenje, nesodobna organizacija, nejasna razmejitev del in nalog, nejasne pristojnosti med zdravnikom, medicinsko sestro in zdravstvenim tehnikom glede na kompetence v zdravstvenem timu.

Robida (2006) pravi, da je osredotočenost na pacienta in ne na izpolnjevanje le lastnih potreb posameznika ali poklicne skupine, eno izmed temeljnih načel kakovosti. Tako kakovost in varnost zdravstvene obravnave nista samo domena vodstva zdravstvenih ustanov, posameznika, ene poklicne skupine ali vsake poklicne skupine posebej, ampak zahtevata timski pristop, sicer se poslabšajo uspešnost, varnost, učinkovitost, enakost in pravočasnost zdravstvene obravnave.

Vodilni kadri v sodobnih učečih se organizacijah spoznavajo, da za uspešno vodenje ni potreben le visok formalni status v organizacijski hierarhiji, ampak vse bolj tudi osebni vidik tistega, ki vodi zaposlene (Dimovski, Peterlin in Penger, 2008).

Danes spremembe na področju menedžmenta in vodenja postavljajo v središče zaposlene, njihovo izobrazbo in usposobljenost za delo, vse bolj pa sta vključena tudi razumevanje in upoštevanje vplivov posameznikove celotne osebnosti na organizacijo. Slednje je pomembno zlasti pri povezovanju posameznikov v skupine in time. Dober menedžer mora poleg usposobljenosti za vodenje imeti tudi znanja, ki mu omogočajo razumevanje vedenja posameznikov in skupin v organizaciji (Kaučič, 2009).

Po mnenju Pettigrewa, Ferlie in McKee (1992; povz. po Skela Savič in Pagon, 2007) timi v zdravstvu predstavljajo temeljni vzvod za spremembe. Ferlie in Shortell (2001; povz. po Skela Savič in Pagon, 2007) navajata, da obstajajo evidentni dokazi, da so učinkovito vodeni timi v zdravstvu povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave. Poleg omenjenega timskega dela so raziskave pokazale, da je eden izmed ključnih vzvodov za uvajanje sprememb pripravljenost organizacije za spreminjanje, ki se kaže skozi procese odločanja, procese dela in procese ravnanja z ljudmi v organizaciji. Po navajanjih Ferliea in Shortella

(ibid.) je potrebno začeti razvijati vodje, ki bodo sposobni komuniciranja in povezovanja na vseh nivojih, ki bodo imeli analitične in diagnostične sposobnosti.

Firth-Cozens in Mowbray (2001; povz. po Skela Savič in Pagon, 2007) na osnovi opravljenih študij o vodenju v zdravstvu ugotavljata, da sta za uspešno delo potrebna tako transformacijsko kot transakcijsko vodenje. Podobnega mnenja so Scott, Mannion, Davies in Marshall (ibid.) in Alimo-Metcalf in sodelavci (ibid.), ki govorijo o nujnosti integracije obeh modelov vodenja, saj mora biti materialno spodbujanje zaposlenih k pacientu orientirani obravnavi podprto s spremembo dojemanja in vedenja v odnosu do pacientu orientirane obravnave, kar vodi v dejanske strukturne spremembe organizacije dela in procesov v bolnišnici. Vsekakor je v bolnišnicah zaznati premajhno stopnjo transformacijskega vodenja, ki spodbuja tudi timsko delo, procese izboljševanja in vlogo posameznika.

Organizacijska kultura je odvisna od stilov vodenja podjetja. Na osnovi posameznih teorij ter iz njih izhajajočih modelov vodenja so se razvili številni situacijski oziroma aplikativni pristopi pri razlagi in razvoju stilov vodenja v praksi. Naloga in razsežnosti aplikativnih modelov so predvsem v tem, da do določene mere poenostavljeno prikažejo proces vodenja in s tem omogočijo posameznemu menedžerju ter organizaciji prepoznati slabosti v načinu vodenja. Na temelju ugotovljenih pomanjkljivosti lahko menedžerji izdelajo načrt za nadaljnji razvoj sistema vodenja v organizaciji (Kralj, 2003).

2 MENEDŽMENT IN VODENJE

2.1 MENEDŽMENT

Menedžment kot poslovođenje, ravnanje, včasih tudi upravljanje organizacije se je začel kot družbena tehnologija in strokovna disciplina močnejše uveljavljati pred manj kot petdesetimi leti zlasti v Zahodni Evropi in ZDA. V teh petdesetih letih je menedžment doživel velik razvoj na vseh področjih človekovega delovanja. Tudi danes je še vedno eno najbolj dinamičnih področij, ki ga preučujejo in raziskujejo mnogi avtorji, zlasti ko gre za primere gospodarskih organizacij. Specifične naloge menedžmenta so:

- načrtovanje – planiranje;
- organiziranje – povezovanje;
- vodenje – razvijanje človeških potencialov;
- nadziranje – kontroliranje (Bernik, 2000).

Peter Drucker (1995; povz. po Bernik, 2000), svetovni guru menedžmenta definira tri naloge menedžmenta, ki so enako pomembne v vseh, tako profitnih in neprofitnih organizacijah.

Naloge menedžmenta so:

- definirati specifične cilje in poslanstvo organizacije;
- skrb za produktivnost dela in dosežke zaposlenih;
- skrb za družbeni vpliv in družbeno odgovornost organizacije (ibid).

Odgovornost in prizadevanja menedžmenta morajo zajeti vse, kar ima kakršenkoli vpliv na uspešnost ustanove in njenih rezultatov – ne glede na to, ali je to v notranjem in zunanem okolju, in ne glede na to, ali je to pod nadzorom ustanove ali popolnoma zunaj njenega nadzora (Drucker, 2001).

2.2 VODENJE

Vila in Kovač (1997) pravita, da vodenje lahko interpretiramo kot funkcijo menedžmenta, ki obsega usmerjanje sodelavcev k uresničevanju postavljenih ciljev. Vodenje je sestavni del procesa menedžmenta. Na drugi strani pa vodenje ne vsebuje vseh razsežnosti menedžmenta, temveč samo tiste elemente, ki so povezani z usmerjenjem sodelavcev k doseganju postavljenih ciljev. Možina (1994a) povzema Herseya in Blancharda, ki vidita glavno razliko med pojmom v besedi združba. Vodenja kot 'menedžment' obstaja zato, da zagotavlja cilj združbe, vodenje v smislu 'leadership' pa se pojavi takoj, ko nekdo želi vplivati na posameznika ali skupino ne glede na cilj podjetja, saj gre lahko za cilj posameznika, ki ni

skladen s ciljem organizacije. Možina (1994b) trdi, da je vodenje usmerjanje, motiviranje, vplivanje na ljudi, da bi zadane naloge bolje opravili, z manjšimi stroški in z večjim osebnim zadovoljstvom. Brajša (1983) trdi, da je vodenje zelo zapleten medosebni proces. Dobri vodje se ne rodijo, potrebno jih je oblikovati ali pa se oblikujejo sami s svojimi napori in izobraževanjem. Vodenje vključuje svetovanje, informiranje, inštruiranje, ocenjevanje in razvoj sodelavcev. Pri tem so pomembni vzdušje, odnosi, kultura dela in vedenja v organizaciji (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004). Vodja mora biti zdrava in celovita osebnost, ki lahko združuje svojo strokovno vlogo, vlogo člana in koordinatorja tima (ibid.). Na podlagi anketiranja sta Kouzes in Posner (Možina, 1994b) ugotovila, kaj in kakšne lastnosti zaposleni pričakujejo od svojih vodij. Najpogostejši odgovori so bili: integralnost (zaupa, je vreden zaupanja, ima značaj), sposobnost (sposoben voditi ljudi, ve, kaj dela, je učinkovit), vodja (inspirativen, odločen, zna usmerjati), verodostojnost (zaupanja vreden, naredi, kar obljubi, zaupa v druge), usmerjenost v prihodnost (vodja mora imeti vizijo, smer, cilj), sposobnost za navdušenje (zna motivirati ljudi, izzvati iniciativnost, vizijo posredovati drugim). Mayer in Zupan (2004) navajata, da vodenje vsebuje usmerjanje delovanja članov tima k doseganju postavljenih ciljev, definiramo pa ga kot osebni vpliv na ljudi skozi komunikacijski proces. Osebni vpliv se med drugim doseže tudi z zanosom, optimizmom, energijo, vztrajnostjo, pogumom in osebno zrelostjo. Dober vodja zna vplivati na podrejene, da mu sledijo. Uspešen vodja mora obvladati različne tehnike in stile vodenja – glede na okoliščine mora biti sposoben uporabiti določen model ali kombinacijo modelov, da bi lahko vplival in usmerjal delovanje udeležencev projekta.

Kovač in Jesenko (2004) ugotavljata, da pri analizi stilov vodenja lahko iz podatkov ugotovimo razhajanje med željami, lastno interpretacijo stila vodenja ter realnostjo obstoječih oblik stilov vodenja v organizacijah. Prevladujoči stili vodenja so v pretežni meri bolj avtoritativni. Na drugi strani se želje ter lastne ocene nagibajo bolj k participativnim stilom vodenja in odražajo pričakovano poudarjeno usmeritev.

In ne nazadnje, Drucker (2004, str. 57) trdi: «Vodje, ki se ne potrudijo, da bi sprejemali dobre odločitve o ljudeh, tvegajo veliko več, kot da bo delo slabo opravljeno. Tvegajo, da bodo zapravili ugled svoje organizacije.»

2.2.1 Vodenje v zdravstvu

Skela Savič (2008; povz. po Kaučič, 2009) navaja, da pregled raziskav na področju slovenskega zdravstvenega menedžmenta pokaže, da trenutno stanje zdravstvenega

menedžmenta v slovenskem zdravstvenem sistemu ni optimistično. Rezultati pokažejo, da prisotna organizacijska kultura, stopnja timskega dela in stili vodenja ne promovirajo fleksibilne organizacije, timskega dela, med poklicnega sodelovanja, vključenosti posameznika v procese spreminjanja idr. Na podlagi ugotovitev slovenskih raziskovalcev lahko slovenski zdravstveni menedžment opišemo z naslednjimi značilnostmi: hierarhična usmerjenost, nizka naravnost k procesom izboljševanja, pomanjkljivo znanje menedžmenta, dominantnost medicine, slabo medpoklicno sodelovanje, ignoranca do celovitega spremljanja kakovosti in slaba izraba človeškega kapitala v organizaciji. Lahko rečemo, da v slovenskih bolnišnicah še niso vzpostavljeni pogoji za izvajanje sprememb, saj vodstvo bolnišnic ne upošteva v zadostni meri osnovnih elementov uvajanja sprememb, ki so po navajanjih Plseka (2003; povz. po Skela Savič, 2008) izogibanje mehanistični organiziranosti, preglednost procesov, medsebojno povezovanje zaposlenih, vzpostavljene navade spreminjanja, podpora spremembam z izboljšavami v komunikaciji, orodjih in okoljem znotraj in zunaj organizacije. Rezultati kažejo, da vodje izvajajo direktivno vodenje na tem področju, kar pomeni, da seznanjajo, vendar ne vključujejo podrejenih, kar je bistveni element uspešnega uvajanja sprememb v neposredni praksi. Osnova za uspešno izvajanje sprememb je vzpostavitev mehanizma pretoka informacij od spodaj navzgor (Turner, Crawford, 1998; povz po Skela Savič, Pagon, 2008). Najnovejše raziskave poskušajo razložiti vzroke za stanje slovenskega zdravstvenega menedžmenta. Tako Skela Savič (2007) razvije model vplivnih dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. Obravnavane neodvisne spremenljivke v modelu so: organizacijska kultura, timsko delo, modeli vodenja, razvitost informacijske podpore procesom dela in organiziranosti. Odvisne spremenljivke v modelu so opisovale potrebne pristope na področju uspešnega izvajanja sprememb, celovito upravljanje kakovosti in vključenost posameznika. Raziskava je pokazala, da navedene odvisne spremenljivke najbolj pojasnjuje neodvisna spremenljivka timsko delo. To pomeni, da bo v neposredni praksi pri uvajanju sprememb v slovenskih bolnišnicah potrebno narediti veliko izboljšav pri vodenju posameznika, tima in organizacije, saj rezultati organizacijske kulture pokažejo, da prevladuje hierarhična in tržno usmerjena organizacijska kultura. Ravno hierarhija zavira timsko delo in spodbuja individualizem in kontrolno vodenje. Raziskave, ki so bile narejene v Veliki Britaniji na področju vodenja v zdravstvu, kažejo, da si zaposleni od svojih vodij želijo predvsem servilnosti (Metcalf in sod., 2000; Firth-Cozenx, Mowbray, 2001; povz. po Skela Savič, 2008) in pravičnosti (Phillips, Douthitt, Hyland, 2000; Firth-Cozens, Mowbray, 2001; povz. po Skela Savič, 2008) ter vključevanja zaposlenih kot

partnerjev, kar se izkaže kot pomemben dejavnik zniževanja stresa med zaposlenimi v zdravstvu. Sodobne teorije o kakovosti v zdravstvu obravnavajo kakovost zdravstvene dejavnosti kot integralno celoto kakovosti stroke, kakovosti izvajalcev in kakovosti menedžmenta (Bohinc, 1999). Raziskovalka Chase (1994; povz. po Bohinc, 1997) z Univerze Iowa je raziskovala, katere kompetence medicinske sestre menedžerke so pomembne za učinkovitost vodenja v bolnišnici in katere kompetence so najpomembnejše. Raziskava je pokazala, da so za učinkovitost medicinskih sester menedžerk najpomembnejše človeške in vodstvene lastnosti. Znanje in sposobnost dobre komunikacije ter odločanje so najpomembnejše spretnosti menedžerja. Ostale kompetence, ki so bile visoko uvrščene, so bile: reševanje problemov, strategije svetovanja, učinkovita strategija razporejanja osebja, reševanje konfliktov, vrednotenje, strategije graditve timov in delegiranje nalog. Tudi učinkovita disciplina in proces sprememb sta predstavljeni kot pomembni kompetenci. Bohinčeva (1997) še navaja, da kot velik problem zastarelosti vodenja avtorji omenjajo:

- da se vodja ne zaveda, da je njegov način zastarel;
- vodja ne ve, da njegove metode niso optimalne;
- vodja podzavestno čuti slabost, vendar tega zavestno ne priznava.

Česen (2003) pravi, da so za upravljanje zdravstvene dejavnosti ustrezne osebnostne lastnosti neogibne. Delo z ljudmi in za ljudi terja smisel za timsko delo, gibkost in ustvarjalnost pri reševanju zdravstvenih problemov bolnikov, občutek za socialnost in človeško širino. Samo suho strokovno znanje, četudi blesteče, je premalo.

Družba lahko na ustvarjalnost posameznika vpliva ugodno ali neugodno. Bolj kot je družba oziroma katera koli organizacija nagnjena k spontanemu mišljenju, sproščenosti ali svobodnosti odločanja, manj kot je miselne prisile, več bo ustvarjalnosti (Jaklič, 2006).

2.3 MODELI VODENJA

2.3.1 Modeli osebnih značilnosti vodje

Modeli osebnih značilnosti vodje temeljijo na domnevi, da so za vodjo značilne nekatere osebnostne, socialne in fizične posebnosti. V skladu s tem pojmovanjem je prisotnost ali odsotnost teh značilnosti osnovnega pomena za razlikovanje med vodji in tistimi, ki to niso. Ključne značilnosti za prepoznavo vodje so:

- **fizične:** mlajši ali srednje starosti, vitalni, visoki, vitki in dopadljive zunanosti;
- **osebnostne:** prilagodljivi, čustveno stabilni, obvladani, samozavestni, prodorni;

- **socialne:** prikupni, olikani, popularni, pripravljeni sodelovati, izobraženi na ustrezni šoli, naravnani k mobilnosti in napredovanju;
- **delovne:** usmerjeni k nadpovprečnim dosežkom, polni iniciativnosti, pripravljeni sprejemati odgovornost (Možina, 1996).

Toda izkazalo se je, da modeli osebnih značilnosti niso dosledno razlikovali dobrih vodij od slabih (ibid.). Ti modeli pogosto preveč poudarjajo fizične in osebnostne lastnosti. Zlasti fizične lastnosti so tiste, za katere je težko trditi, da korelirajo z uspešnim vodenjem. Drugače je z osebnostnimi lastnostmi vodij, povezanih z uspešnimi vodji, vendar je močno povezanost pogosto zelo težko značilno dokazati. Kljub tem omejitvam pa velja poudariti, da so nekatere osebnostne in socialne značilnosti, kot npr. komunikativnost, analitičnost, samostojnost, pogajalstvo, povezane z uspešnim delom vodje in vsaka od naštetih lastnosti lahko, v primerni povezavi z drugimi, prispeva delež k učinkovitemu izpolnjevanju nalog vodje (Možina, 1994b).

2.3.2 Modeli vedenja vodje

Vedenjski modeli razlikujejo in poudarjajo vedenjske, akcijske značilnosti pri uspešnih in pri neuspešnih vodjih.

Teorija x in y

Vodje pogosto razmišljajo o tem, kako bi na podrejene vplivali in jih spodbujali. Tako sta se izoblikovali dve vrsti domnev, ki jih poimenujemo s teorijo x in teorijo y.

Tabela 1: Domneve teorije x in y

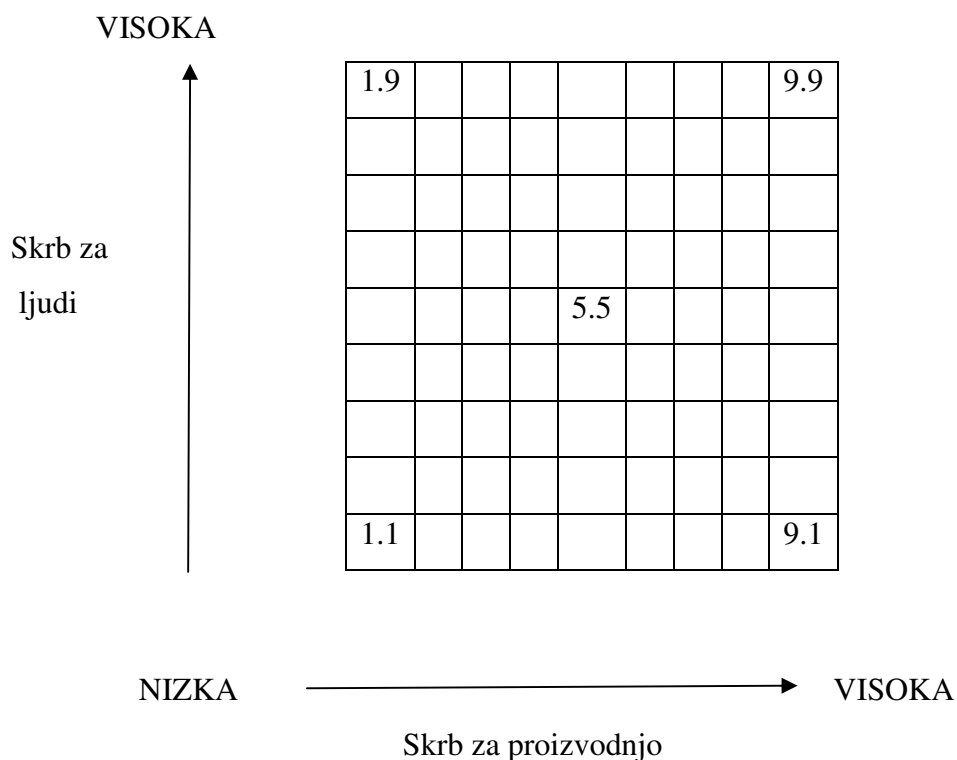
Domneve teorije x	Domneve teorije y
Zaposleni ne delajo radi, in če je le mogoče, se delu izogibajo.	Ljudje radi delajo in so pripravljeni trdo delati.
Zaposleni potrebujejo navodila za delo, usmerjati jih je treba k ciljem organizacije.	Zaposleni, ki pristajajo na cilje organizacije, se k temu sami usmerjajo.
Nadrejeni morajo zaposlene k delu siliti, pogosto tudi z grožnjo.	Zaposlenih k delu ni treba siliti, radi tudi sprejemajo odgovornost za svoje delo.

Vir: Možina, 1996

Znana je tudi japonska **teorija z**, ki trdi, da je osnovni motiv delovanja zaposlenih njihova medsebojna odvisnost, da je medsebojno sodelovanje za človeka pomembna vrednota in da je obstoječa stvarnost v organizaciji najboljši opis, vir za preučevanje vedenja zaposlenih pri delu (ibid.).

Model mrežnega vodenja

Model mrežnega vodenja opisuje pet različnih vrst vodenja, ki sestavljajo različne deleže usmerjenosti vodje bodisi k proizvodnji bodisi k ljudem. Ponazarja jih slika 1.



Slika 1: Model mrežnega vodenja (vir: Možina, 1996)

Oznaka **1.1** pomeni nizko usmerjenost v proizvodnjo in prav tako nizko usmerjenost k ljudem. Oznaka **1.9** označuje visoko usmerjenost k ljudem in majhno skrb vodje za delovne naloge. Vzdušje v taki skupini je prijetno, morda celo familiarno, to pa ne vodi vedno k večji produktivnosti. Vodenje, kakršno označuje **9.1** na spodnji desni strani, poudarja veliko usmerjenost k nalogam v proizvodnji. Vodje, ki so pristaši tega načina, zanemarjajo osebne želje in potrebe članov in silijo zaposlene k doseganju načrtovanih delovnih ciljev. Menijo, da

je njihova glavna naloga storiti vse, da bodo z zaposlenimi čim bolj izkoristili vse možnosti za delo. Oznaka **5.5** pomeni, da smo na sredi možnosti. Veliko vodij meni, da je ta način vodenja najboljši, ker omogoča uravnoteženo stanje med potrebami zaposlenih in zahtevami organizacije. Oznaka **9.9** pomeni visoko usmerjenost k ljudem in proizvodnji. Vodje v tem primeru oblikujejo tim zaposlenih, ki so med seboj zelo povezani, si zaupajo in si pomagajo pri izvajanju nalog. Takšni delovni in medosebni odnosi vodijo k ustreznim delovnim rezultatom in k zadovoljstvu zaposlenih (ibid.).

Vedenjski modeli se niso obnesli v vseh primerih in zato niso povsem zadovoljili pričakovanj. Zato so raziskovalci iskali nove modele in razlage.

2.3.3 Situacijski model vodenja

Situacijski modeli vodenja so tisti, kjer so situacijski dejavniki kritični pri določanju primerne načina vodenja. Izhodišče situacijskim modelom vodenja je pojmovanje, da je najučinkovitejši stil vodenja tisti, ki se najbolje prilagaja dani situaciji. (Možina, 1994b).

Hersey in Blanchardov situacijski model vodenja

Model, poimenovan po teh avtorjih, poudarja, da je vodenje odvisno od ravnalnega in podpornega načina vedenja vodje in se spreminja glede na stopnjo zrelosti članov skupine.

- **Ravnalno vodenje** se pojavi, ko vodja uporablja enosmerno komuniciranje, ko zaposlenim natanko pove, kaj je treba narediti ter kdaj, kje in kako delati. Takšen vodja sestavlja, nadzira in kontrolira člane skupine.
- **Podporno vodenje** označuje dvosmerno komuniciranje. Vodja posluša člane skupine, jih spodbuja in priteguje v proces odločanja.
- **Zrelost skupine** je sposobnost članov skupine, da si postavijo razmeroma visoke cilje in da so pripravljeni prevzeti odgovornost za uresničevanje. Zrelost se nanaša na delo članov, ne na njihovo starost (Možina, 1996).

V razmerah, ko so člani za to dovolj zreli, je najprimernejši način pooblašcanje, v nasprotnem primeru pa so ustreznejše direktive.

- **Direktivni način.** Vodja daje jasne inštrukcije in navodila za delo, predvsem, kadar novinec v organizaciji še ne pozna pravil.
- **Mentorstvo in poučevanje** prideta prav, ko je novinec že nekaj časa v organizaciji, ko še vedno potrebuje navodila za delo, deloma pa je že samostojen. Vodja mu svetuje in pomaga, saj je odgovoren za proces.

- **Sodelovanje.** Ko zaposleni čuti, da je že dovolj samostojen pri delu in da ga zna opravljati, vodji ni več treba poučevati. Namesto tega je bolje, da posluša zaposlenega, z njim sodeluje v odločanju in mu pomaga, da kar najbolje uporablja svoje sposobnosti in pridobljeno znanje.
- **Pooblaščenje.** Ko član skupine doseže samostojnost pri delu, je prav, čem mu vodja dodeli delovne naloge in prenese nanj ustrezen del odgovornosti, mu torej prepusti, da sam odloča o tem, kako, kje in kdaj bo opravil svoje delo (Možina, 1996).

Fiedlerjev kontingenčni model

Kontingenčna teorija temelji na ustreznosti vodje glede na situacijo. Kontingenčna se imenuje zaradi predpostavke, da je uspešnost vodje odvisna od uporabljenega stila vodenja glede na dano situacijo. V okviru kontingenčne teorije je stil vodenja opredeljen kot k nalogam oz. k odnosom usmerjeni stil vodenja. Opredeljuje pa tudi tri spremenljivke: odnos vodja-zaposleni, zahtevnost naloge in moč položaja (Northouse, 2007).

Housejev model poti in cilja

Model poudarja, da uspešne vodje opredeljujejo pot in načine dela, s katerimi zaposleni dosegajo visoko storilnost in zadovoljstvo pri delu. Delo vodje je uporabiti strukturo, podporo in nagrade in s tem ustvariti delovno okolje, ki zaposlenim omogoča doseganje ciljev podjetja. Obstajata torej dve glavni delovni nalogi:

- določanje ciljev in
- določanje poti do ciljev (Možina, 1994b).

Vodje morajo upoštevati naključne dejavnike in različne možnosti vodenja, ki so jim na voljo. Na poti k ciljem se morajo vodje odločiti med dvema načinoma podpore: ali zagotavljati psihološko podporo (da ljudje delo želijo opraviti) ali podporo pri nalogah (pomoč pri zbiranju virov, finančnih sredstev in drugih dejavnikov, nujnih za doseg cilja) (ibid.). Možina (1994b) navaja, da se mora vodja odločiti, kateri stil vodenja bo uporabil. Model navaja štiri možnosti:

- **direktni ali izzivalni**, tak vodja postavlja razmeroma visoke, izzivalne cilje in pričakuje, da jih bodo člani dosegli;
- **usmerjevalni način**, ko vodja natanko pove, kaj od članov pričakuje, postavi sicer visoke zahteve, hkrati pa jim nudi vso pomoč pri izvajanju naloge, jih usmerja, vliva samozavest in spodbuja njihovo sposobnost za doseganje ciljev;

- **svetovalni način** vodenja je način, kjer se vodja posvetuje s člani in jih sprašuje za mnenja, preden sprejme odločitve;
- **prijateljski**, lahko ga imenujemo **participativni način** dela, je prijazen in razumevajoč do članov skupine. Vodja pokaže skrb za zaposlene, njihove potrebe ter blagostanje, s tem da zagotovi prijetno delovno okolje.

2.4 DRUGI MODELI VODENJA

2.4.1 Transformacijsko vodenje

Brayman (1992; povz. po Northouse, 2007) pravi, da je transformacijsko vodenje del nove vodstvene paradigme, ki poudarja karizmatične in čustvene elemente vodenja. Bass in Riggio (2006; povz. po Northouse, 2007) predvidevata, da je vzrok priljubljenosti transformacijskega vodenja v metodah notranjega motiviranja in poudarjanju osebnega razvoja zaposlenih.

Transformacijsko vodenje išče načine motiviranja sodelavcev, pri tem jih mnogo bolj vključuje v delovni proces in jih spodbuja pri iskanju novih in boljših rešitev. Transformacijski vodje zmorejo ustvarjati novosti, iti preko ustaljenih norm in zgraditi nekaj novega. So podjetni, tvegajo, v odnosih so neformalni, nenehno iščejo načine za razvoj posameznikov in odgovarjajo na njihove potrebe in zanimanja (Firth-Cozens in Mowbray, 2001).

Transformacijsko vodenje je spodbujanje zaposlenih k idealom in moralnim vrednotam, ki naj bi jih navdušile za premagovanje težav pri delu (Možina, 1994b).

2.4.2 Transakcijsko vodenje

Transakcijsko vodenje izhaja iz tradicionalnega pogleda na vodenje – imeti moč in avtoriteto nad podrejenimi in uporaba moči za doseganje ciljev. Glavna značilnost tega stila vodenja je v tem, da se osredotoča na probleme in napake (Firth-Cozens in Mowbray, 2001).

Transakcijsko vodenje je dogovarjanje med vodjo in zaposlenimi o materialnih, kadrovskih, socialnih in drugih ugodnostih, ki pripadajo zaposlenemu, če dobro dela. Je podobno klasičnemu načinu vodenja, v katerem nadrejeni vodja ureja stvari tako, kot so predpisane (Možina, 1994b).

2.4.3 Laissez-Faire ali vodenje brez vajeti

Kot pravi francoska fraza je to način, ko vodja prepušča odločitve zaposlenim, se izogiba odgovornosti, ne daje povratnih informacij in se ne ukvarja s potrebami zaposlenih. Med

vodjem in zaposlenimi ni nikakršne izmenjave ali poskusov pomoči pri njihovi rasti (Northouse, 2007).

Nemec (2005; povz. po Kaučič, 2009) pravi, da to metodo odločanja vodja uporablja takrat, ko njegova strokovnost ne zadošča, da bi dajal ustrezna navodila, ali se zaradi specifične naloge ali specialnega znanja, ki je potrebno za njeno rešitev, ni sposoben strokovno pogovarjati s specialističnim sodelavcem.

2.5 PSIHODINAMIČNI MODEL

Osnovni koncept psihodinamičnega modela je osredotočanje na osebnost. Gre za vzorce mišljenja, čutenja in reagiranja glede na okolje, vključno z drugimi ljudmi. Osebnost je označena kot zbir tendenc ali kakovosti. Posameznik ima lahko osebnost, ki je sramežljiva, inteligentna in okorna v vedenju, medtem ko je osebnost drugega posameznika lahko ustvarjalna, neodvisna in spontana. Možnosti je zelo veliko, zato so psihologi razvili mnoge vprašalnike za določitev osebnosti in posameznika (Northouse, 2007).

Psihodinamični model ugotavlja, da se različne osebnosti različno dobro obnesejo na določenih položajih ali v različnih situacijah. Glavna predpostavka psihodinamičnega modela je v raziskovanju odnosa starši – otrok, saj je to prvi primer vodenja, ki ga posameznik doživi v ranem otroštvu in ga zato zaznamuje (ibid.).

2.6 MODEL AVTENTIČNEGA VODENJA

Copper in sodelavci (2005; povz. po Dimovski, Peterlin in Penger, 2008) razlagajo, da je bistvo avtentičnosti poznati sebe, sprejeti in se ohranjati takšne kot smo. Avtentičnost je element kontinuuma in pomeni, da čim bolj vodje, menedžerji, zaposleni ohranjajo svoje resnične vrednote, identitete in preference, tem bolj avtentični postanejo. Avolio in Gardner (Dimovski, Peterlin in Penger, 2008) ugotavljata, da so avtentični voditelji osebe z visoko ravniyo dosežene avtentičnosti in vedo, kdo so, v kaj verjamejo in kaj cenijo ter pri interakciji z drugimi ves čas delujejo v skladu s svojimi vrednotami in prepričanji. Avolio in sodelavci (ibid.) definirajo avtentične voditelje kot tiste posameznike, ki se globoko zavedajo svojega razmišljanja in vedenja ter jih tudi drugi zaznavajo, sprejemajo kot ljudi, ki se zavedajo lastnih in drugih vrednot, znanja in kreposti, prednosti, ter se zavedajo konteksta okolja, v katerem delujejo. Avtentični voditelji so samozavestni, polni (za)upanja, optimizma in etični, pri zaposlenih so sposobni spodbuditi aktivnost, motivacijo, zavezanost, predanost,

zadovoljstvo in vključenost v proces, kar je pogoj, da podrejeni neprestano izboljšujejo svoje delo in rezultate.

2.7 KVANTNO VODENJE

Kvantna teorija govori o tem, da sprememba ni stvar ali dogodek, ampak dinamična sestavina vesolja. Ljudje se spremembam ne moremo ogniti, ker se dogajajo povsod in vedno, lahko pa vplivamo na okoliščine in posledice sprememb, oz. jim damo smer (Porter-O'Grady in Malloch, 2003).

Temeljna predpostavka kvantnega vodenja je v tem, da je okolje in situacije v katerih ljudje delajo kompleksno in dinamično in ima neposreden vpliv na produktivnost organizacije (Marquis in Huston, 2009).

Bohinc (1997; povz. po Kaučič, 2009) navaja, da so temeljni koncepti kvantnega vodenja, ki vplivajo na spremembo procesov in modela organizacije, naslednji: k uporabniku osredotočeni procesi, nove kompetence – konceptualne, medosebne, sodelovalne, vodstvene, prožnost, interdisciplinarnost in na dokazih podprt menedžment. Temeljne spremembe so prehajanje odgovornosti do pristojnosti, partnerstvo, lastništvo procesov in enakost obravnave pacientov.

2.7.1 Vodja prihodnosti v zdravstveni negi

Vodja prihodnosti ustvarja kulturo vrednot. Ustvarjanje takšne kulture v podjetjih, vladi, šolah, bolnišnicah, neprofitnih organizacijah, družini in drugih organizacijah je velik in vznemirljiv izziv nove dobe in sposobni ga bodo le vodje, ki imajo pogum, vizijo in so predani nenehnemu učenju in rasti (Covey, 1996).

Porter-O'Grady in Mallochova (2003, str. 19) navajata glavne naloge vodje 21. stoletja v zdravstvu:

- odpravljanje struktur in ovir prejšnjega stoletja;
- vključevanje sodelavcev pri spreminjanju načina dela;
- ustvarjanje vzdušja varnosti in ustreznosti pri uvajanju novosti;
- vključevanje novih tehnologij pri delu;
- usmerjanje na poti v prihodnost;
- informiranje sodelavcev o objektivnih dejstvih;
- s svojim zgledom motivirati za spremembe;
- pomoč drugim pri zahtevah po spreminjanju v zdravstvu;

- ustvarjanje varnega okolja za težave ob spreminjanju;
- priznavanje tudi manjših uspehov in s tem podpirati osebe;
- veseliti se spreminjanja in opravljenega napredka.

2.8 STILI VODENJA

Stil vodenja (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004) je relativno trajen vzorec vplivanja na ljudi z namenom vzajemnega doseganja postavljenih ciljev. To značilno ravnanje predstavlja zbir za posameznega vodjo specifičnih ravnanj in vodstvenega obnašanja. Pri tem vodja uporablja različna orodja ter s tem oblikuje zanj značilno in celovito obliko stila vodenja. Stil vodenja sodelavci doživljajo in zaznavajo celostno in subjektivno ter s tem oblikujejo o njem svojo osebno vrednostno sodbo.

Kralj (2003) pravi, da slog vodenja ljudi označuje razmerja, ki nastajajo med udeleženci v procesu vodenja. Skrajnosti sta avtoritarnost in participativnost. Izbira sloga je odvisna od značilnosti ljudi vpletenih v vodenje, zmožnosti posameznikov in njihove voljnosti za izvedbo naloge. Pri izbiri sloga s strani menedžerja sta pomembna skrb za ureditev zadeve in sodelavec, ki sodeluje.

Dejavniki, ki določajo pravilen izbor posameznega stila vodenja (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004):

- **značilnosti nadrejenega:** vrednostni sistem, zaupanje do sodelavcev, kakovost vodenja, stopnja varnosti vodje v posameznih okoliščinah;
- **značilnosti sodelavcev:** obseg izkušenj pri odločanju, strokovne kompetence, stopnja prizadevanja pri reševanju problemov, zahteve in cilji z vidika osebnega in strokovnega razvoja;
- **značilnosti okoliščine:** vrsta organizacije, značilnosti skupine, oblika problema.

2.8.1 Situacijski modeli stilov vodenja

Proučevanja Kurta Levina – Iowa študija

Glavna ugotovitev raziskav Kurta Lewina je ugotovitev, da ima demokratičen in k nalogam usmerjen stil vodenja - ne avtoritativen prej pozitiven kot negativen vpliv na produktivnost, zadovoljstvo in skupinsko kohezijo. Vsak stil vodenja pa je boljši kot nobeden – laissez faire (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004). Preučevanje Kurta Levina in njegove skupine so dala naslednje izide:

Avtoritativno vodenje skupine:

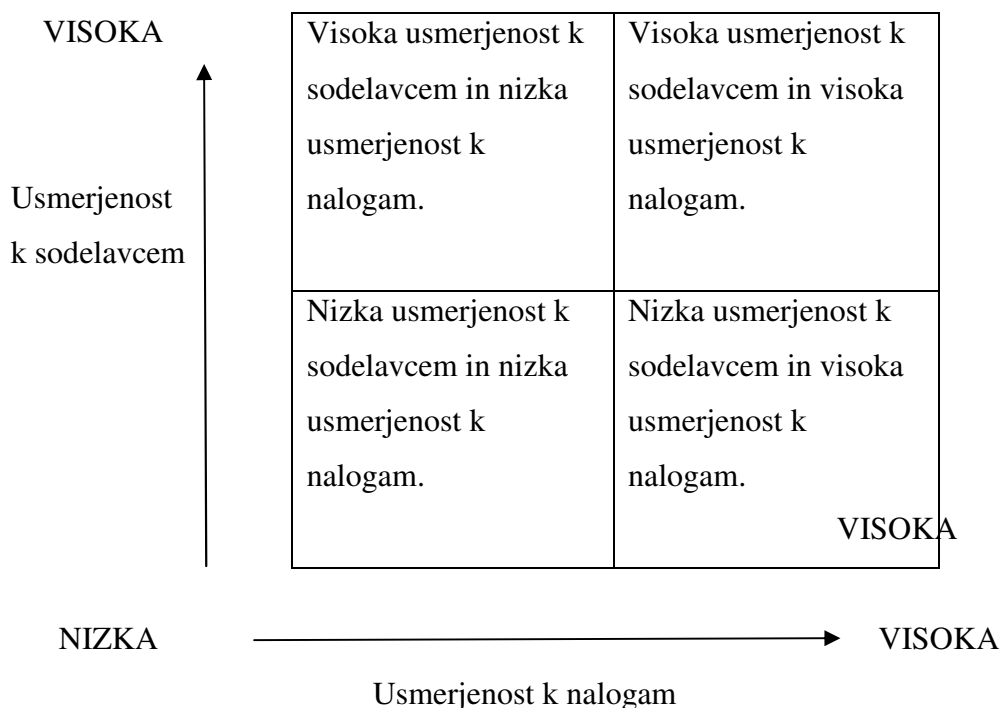
- visoka napetost, izrazi sovraštva;
- podrejanje, ubogljivo obnašanje skupine;
- visoka stopnja delovne intenzivnosti;
- prekinitev dela pri odsotnosti vodje.

Demokratsko vodenje skupine:

- sproščenost, prijateljsko vzdušje,
- visoka stopnja kohezije,
- zanemarljivi izstopi,
- visoka stopnja zanimanja za naloge,
- visoka stopnja originalnosti,
- nadaljevanja dela pri odsotnosti vodje (ibid.).

Ohio študija

Raziskovalci iz Ohio študije trdijo, da sta dimenziji avtoritativni in demokratični stil vodenja med seboj neodvisni. Tako je vodja lahko usmerjen k nalogam in istočasno k poudarjenemu spoštovanju sodelavcev; razvijejo Ohio vodstveni kvadrat (Kovač, Mayer in Jesenko, 2004).



Slika 2: Ohio vodstveni kvadrat (vir: Kovač, Mayer in Jesenko, 2004)

Trditve Ohio študije so bile, da je najuspešnejši vodstveni stil tisti, ki združuje:

- visoko usmerjenost k sodelavcem in
- visoko usmerjenost k nalogam (ibid.).

Iz ugotovitev Ohio študije je bilo izpeljanih veliko praktično usmerjenih modelov vodenja, zato lahko trdimo, da predstavlja Ohio študija začetek moderne teorije vodenja (ibid.).

Reddinov model 3-D

Reddinov model 3-D izhaja iz ohio vodstvenega kvadrata. Temeljne usmeritve pri stilu vodenja poimenuje: usmerjenost k nalogam in usmerjenost k medsebojnim odnosom. Reddin je oblikoval svojevrstni model, ki je deloma zelo podoben Blake Moutonovem modelu menedžerske mreže. Reddin v svoj modelu stilov vodenja vpelje stopnjo učinkovitosti vsakega od opisanih vodstvenih stilov. Osnovni kvadrat sestavljajo štirje stili vodenja (Kaučič, 2009).

Kovač, Mayer in Jesenko (2004; povz. po Kaučič 2009) navajajo, da Reddin ne izpostavlja enega samega najbolj učinkovitega stila vodenja. Po njegovem mnenju je lahko vsak stil vodenja učinkovit ali neučinkovit. Stopnja učinkovitosti je odvisna od specifične situacije. Situacijo opredeljujejo po Reddinu naslednji dejavniki: zahtevnost naloge, sodelavci, kolegi, predpostavljeni in organizacijska struktura.



Slika 3: Osnovni stili vodenja po Reddinu (vir: Kovač, Mayer in Jesenko, 2004; povz. po Kaučič, 2009)

Možina (2002; povz. po Kaučič, 2009) navaja opise štirih načinov vodenja:

- **Združevalni vodja** je močno usmerjen k odnosom in k nalogam. Usmerjen je v prihodnost, je zagovornik timskega dela in se celo enači s podrejenimi. Podrejene ocenjuje po pripravljenosti za sodelovanje v timskem delu.
- **Zadržani vodja** je skromno usmerjen k nalogam in k odnosom. Predvsem popravlja napake podrejenih, je malo komunikativen, močno upošteva tradicijo ter verjame v moč pravil in postopkov.
- **Zavzeti vodja** je močno usmerjen k odnosom, manj pa k nalogam. Je pravi izvedenec v medsebojnih odnosih, odprt do sodelavcev, rad se pogovarja, spodbuja druge, da govorijo. Spore poskuša spretno ublažiti.
- **Prizadevni vodja** poudarja usmerjenost k delovnim nalogam, zelo malo pa k odnosom, zato se vede gospodovalno. Druge ocenjuje predvsem po sposobnosti in delovnih rezultatih.

2.9 TIMSKO VODENJE V ZDRAVSTVU IN ZDRAVSTVENI NEGI

Zdravstveni sistem je z razvojem medicine in zdravstvene nege postal kompleksna dejavnost. Timski model je v zdravstvu dejanski način obravnave pacienta. Vodja mora znati prilagajati svoje stile vodenja različnim situacijam in razvojnim stopnjam, v katerih se nahaja tim. Kolegialnost v večdisciplinarnih timih vpliva na izid zdravljenja, so potrdili v več raziskavah. Raziskave zadovoljstva pacientov so pokazale, da pacienti vidijo zdravstveno oskrbo kot rezultat dela celega tima, in ne le kot rezultat zdravljenja zdravnika (Lurie in sod. 2002; Anderson 1993; povz. po Kadivec, 2008b). Da zagotovimo pogoje za vzpostavljanje sodelovanja v zdravstvenih skupinah, potrebujemo ustrezno koordinacijo in komunikacijo. Lastnost vseh uspešnih timov je učinkovito komuniciranje. Za uspešno delovanje zdravstvenih skupin se morajo vsi člani počutiti enakovredne in pomembne v svojih vlogah, le tako bodo lahko delili svojo poklicno avtonomijo in prispevali k učinkovitosti timskega dela (Molyneux, 2001; povz. po Kadivec, 2008b).

2.9.1 Skupina ali tim

Tim lahko opišemo kot gibalno in ustvarjalno celico vsake organizacije (Turnšek Mikačič, 2008). Možina (1994b) opredeljuje, da skupino tvorijo dva ali več posameznikov, ki se srečujejo zaradi pomembnih zadev, tim pa je skupina, za katero je značilno, da sodeluje pri odločanju in v medsebojni pomoči pri opredeljevanju in doseganju ciljev. Iz tega sledi, da so

vsi timi skupine, toda vse skupine niso timi. Tim je skupina ljudi, ki uspešno delujejo in skupaj rešujejo naloge. Uspešno pomeni kakovostno opravljeno delo v predvidenem času in z gospodarno rabo razpoložljivih virov. V timu obstajata dinamična interakcija med posameznimi člani in aktivno prilagajanje skupnemu cilju. Za sestavo in razvoj uspešnega tima sta pomembni dve komponenti: izbira članov in usposabljanje tima. Usposabljanje se nanaša na inštrukcije in navodila, kako naj člani sodelujejo in učinkovito delajo v okviru vlog, ki so jim dodeljene. Za učinkovit tim je značilno poznavanje ciljev, odkritost in odprtost v medsebojnih odnosih, zaupanje in medsebojna pomoč med člani, sodelovanje, ustrezne metode dela, situaciji prilagojen način vodenja ter sposobni posamezniki (Možina, 1996). Hogan, Raskin in Fazzini (1990; povz. po Skela Savič in Pagon, 2008) na osnovi meta analize ugotavljajo, da je osnovni vzrok za stres na delovnem mestu vodja, tako lahko utemeljeno predpostavimo, da dobro vodenje zmanjšuje stres na delovnem mestu in s tem dviga kakovost zdravstvene nege pacientov. Močno odvisnost vodenja in dobre zdravstvene nege navajajo številni avtorji (Parker, Wubbenhorst, Young, Desai, Charns, 1999; West, 2001; povz. po Skela Savič in Pagon, 2008). Druge raziskave ugotavljajo pozitivno korelacijo med zadovoljstvom na delu in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov (Aiken, Smith, Lake, 1994; Krogstad, Hofoss, Veenstra, Hjortdahl, 2006; Norrish, Rundall, 2001; povz. po Skela Savič in Pagon, 2008).

2.9.2 Timi in vodje timov

Uspešni timi so tisti, katerih rezultati presegajo seštevek znanja, sposobnosti in strokovnosti posameznih članov. V takih timih sodelavci delajo skupaj bolje in uspešneje. V takih timih prihaja do novih, drugačnih, boljših in uspešnejših rešitev in rezultatov (Brajša, 1995).

Za delovanje tima je pomembna organizacijska kultura, ki spodbuja timsko delo. To pomeni, da imajo timi na voljo potrebne vire, možnost uvajanja sprememb, podporo vodstva, sistem nagrajevanja, ustrezne pogoje za izobraževanje in čas za usposabljanje za timsko delo (Kadivec, 2008a). Brajša (1995) navaja, da timsko delo temelji na sodelovanju, poslušanju, sledenju, razpravi in uresničevanju skupnih idej. Kljub občasnim problemom in nasprotju vsak član prostovoljno posreduje informacije in znanje ter se pri delu polno angažira. Za dobro timsko delo potrebujemo oblikovan tim, vodjo in poznavanje timskega dela. Osnovne značilnosti timskega dela so:

- dopolnjevanje znanja posameznikov (sinergija);
- timsko delo je ustvarjanje in ne sestanek za potrjevanje idej;

- s ciljem so vsi člani seznanjeni predvsem zato, ker ga skupaj določijo;
- vsak član si postavi svoj delni cilj;
- pogovora ne širimo na teme, ki niso predvidene (niti ne širimo projekta);
- vsi člani tima končajo z delom takrat, ko opravi delo celoten tim (ibid.).

Vodja tim vodi in usmerja člane tima, razvija in ohranja uspešno timsko sodelovanje, zagotavlja optimalno komunikacijo in kakovost medsebojnih odnosov v timu, spodbuja medsebojno prilagajanje članov, pomaga prepoznati, ubesediti in popravljati medsebojno doživljanje članov tima, tim usmerja k pravih ciljem in povezuje individualne aktivnosti članov tima v celoto (ibid.).

Erjavšek (1997; povz. po Bernik, 2000) poudarja razliko med 'klasičnim' vodjem in vodjem, ki deluje kot vodja tima. Vodja tima se oddaljuje od avtokratskega vodenja in deluje participativno. Med sodelavci je priljubljen, saj spoštuje različnost in talente posameznikov, njihove potenciale pa usmerja k skupnim ciljem. Veliko mu pomenijo dobro vzdušje v timu, odnosi, sodelovanje in kolegialnost. Deluje strateško in se ne obremenjuje preveč z operativnim doseganjem kratkoročnih ciljev.

Tabela 2: Razlika med klasičnim vodjem in vodjem tima

Klasični vodja:	Vodja tima:
<ul style="list-style-type: none"> • igra neomejeno vlogo – se vmešava; • hoče, da se mu podrejajo; • izbira pomočnike; • usmerja podrejene; • določa cilje. 	<ul style="list-style-type: none"> • omeji svojo vlogo; • gradi na različnosti; • išče talente; • razvija kolegialnost; • oblikuje poslanstvo.

Vir: Erjavšek, 1997; povz. po Bernik, 2000

Belbin (1993; povz. po Bernik, 2000) je vedenje vodij raziskoval zelo poglobljeno. Tako je proučeval mentalne sposobnosti, kreativnost, osebnostne lastnosti in komunikacijo vodij timov. Pri tem je odkril, da vodje timov uspešnih podjetij izkazujejo velike intelektualne sposobnosti in visoko stopnjo kreativnosti. Glede osebnostnih lastnosti uspešnih vodij – direktorjev ali predsednikov uprav, vodij timov ugotavlja, da je uspešen vodja:

- miren, hladnokrven, ne vzkipljiv;

- usmerjen k realnosti, praktičnosti;
- ima izjemno stopnjo samodiscipline;
- že po naravi ga preveva optimizem;
- ekstrovertiran, sposoben motivirati druge člane tima, ni izven tima preveč odprt in zna v socialnih odnosih obdržati primerno distanco.

Vloga vodje je izredno pomembna pri oblikovanju in vzdrževanju uspešnega tima. Uspešen vodja mora biti socialen, usmerjen v naloge in biti motiviran za svoje delo (Wheelan, 1999; povz. po Kadivec, 2008a). Najbolj uspešni so vodje z umirjenim stilom. Vodja mora znati prilagajati svoje stile vodenja različnim situacijam in razvojnim stopnjam, v katerih se nahaja tim (Kadivec, 2008a).

Idealni vodja tima je zelo podoben uspešnemu menedžerju, ki optimalno izrablja razpoložljive človeške, materialne in finančne resurse. V kontaktu z ljudmi je enostaven, preprost in izjemno prilagodljiv, nikoli se ne prepusti situaciji, ampak deluje aktivno in ne popusti v novi težavnejši situaciji. Uspešni vodja ima sposobnost lastne presoje stanja, ki temelji na oceni, kaj je pomembno za prakso. Uspešni vodja je tisti, ki je dovolj toleranten in vedno pripravljen poslušati druge, istočasno pa dovolj močan, da je sposoben zavrniti njihov nasvet (Bernik, 2000).

Dober vodja v zdravstveni negi deluje v okviru ciljev politike timskega dela in pri tem upošteva vrednote organizacije, interese in želje ljudi ter poudarja odgovornosti in povezovanje med sodelavci (Skela Savič, 2003).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je identifikacija modelov in stilov vodenja ter ugotovitev stopnje timskega sodelovanja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice.

Cilji:

- proučiti modele in stile vodenja vodij v zdravstveni negi;
- pridobiti mnenje zaposlenih o vodenju v zdravstveni negi;
- proučiti stopnjo timskega sodelovanja v zdravstveni negi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja.

- Kateri model in stil vodenja uporabljajo vodje v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice?
- Kako zaposleni ocenjujejo modele in stile vodenja neposrednega vodje v zdravstveni negi?
- Kakšna je ocena stopnje timskega sodelovanja v zdravstveni negi?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni in kavzalno-neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Primarni viri so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom in analizirani s pomočjo programa SPSS, verzija 15.0. Sekundarni viri so bili zbrani s pomočjo strokovne literature in interneta (baze podatkov CINAHL in druge).

3.3.2 Opis instrumentarija

Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, s katerim smo identificirali modele in stile vodenja ter ugotavljali stopnjo timskega sodelovanja. Prvi sklop se je nanašal na modele vodenja in je vseboval enajst trditvev, ki so jih anketirani ocenili po Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo, da se s trditvijo sploh ne strinjajo, 2, da se s trditvijo ne strinjajo, 3, da se s trditvijo niti ne strinjajo oz. niti strinjajo (neopredeljeni), 4, s trditvijo se strinjajo in vrednost 5, ki je pomenila, da se s trditvijo zelo strinjajo. Trditve so se nanašale na modele

vodenja - transformacijsko in transakcijsko vodenje. Na transformacijsko vodenje so se nanašale trditve z zaporednimi številkami 3, 5, 7, 9 in 11, na transakcijsko vodenje trditve z zaporednimi številkami 2, 4, 6 in 8 in na vodenje brez vaje – laissez-faire – trditvi z zaporednima številka 1 in 10. Stile vodenja je obravnaval drugi sklop trditev, kjer so anketirani ponovno ocenjevali trditve po Likertovi lestvici. Ta del je vseboval sedemnajst trditev, ki so se nanašale na štiri stile vodenja po Reddinu. Trditve z zaporednimi številkami 1, 5, 9 in 13 so se nanašale na združevalni stil vodenja, trditve z zaporednimi številkami 2, 6, 10 in 14 na zadržani stil vodenja, trditve z zaporednimi številkami 3, 7, 11, 15 in 16 na zavzeti stil vodenja in trditve z zaporednimi številkami 4, 8, 12 in 17 na prizadevnega vodjo. Za prvi in drugi sklop trditev v anketnem vprašalniku smo uporabili anketni vprašalnik, ki ga je razvil Kaučič (2009).

Tretji del anketnega vprašalnika je vseboval trinajst trditev, ki so se nanašale na timsko delo. Slednje so anketirani ocenili po Likertovi lestvici od 1 do 5. V tem sklopu smo želeli ugotoviti, kakšna je po ocenah stopnja timskega sodelovanja. Za ta sklop sklop smo uporabili trditve iz anketnega vprašalnika, ki sta ga razvila Kaučič in Pagon (2006).

V četrtem delu smo spraševali po demografskih podatkih – spolu, izobrazbi, starosti, delovni dobi v Splošni bolnišnici Jesenice ter skupni delovni dobi. Na zadnje vprašanje, kjer smo anketirane vprašali o vrsti in številu ur strokovnega izpolnjevanja/izobraževanja, smo dobili zelo malo odgovorov, zato pridobljenih podatkov pri statistični analizi nismo upoštevali.

3.3.3 Opis vzorca

Anketne vprašalnike smo skupaj s spremnim dopisom posredovali vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice in jih zaprosili za sodelovanje. Uporabili smo nenaključen priročen vzorec. V raziskavi so sodelovali vsi vodje in vsi zaposleni v zdravstveni negi v bolnišnici. Za vzorec smo izbrali vse vodje v zdravstveni negi ter vse ostale zaposlene v zdravstveni negi v bolnišnici. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Jesenice od 05. 05. do 10. 05. 2010. Razdelili smo 15 vprašalnikov vodjem zdravstvene nege, vrnjenih smo dobili 12 vprašalnikov, kar predstavlja 80% realizacijo vzorca. Zaposlenim smo razdelili 265 vprašalnikov, od katerih jih je bilo vrnjenih 125. Slednje predstavlja 47% realizacijo vzorca. V skupini vodij zdravstvene nege je sodelovalo enajst žensk (91,7%) in en moški (8,3%). Deset vodij je navedlo visoko strokovno izobrazbo (83,3%) in eden višješolsko (8,3%). Povprečna starost vodij je bila 40,8 let, v Splošni bolnišnici Jesenice so imeli v povprečju 18 let delovne dobe in skupne delovne dobe 19,9 let. Pri zaposlenih je sodelovalo sto šest žensk

(85,5%) in osem moških (6,5%), deset anketnih vprašalnikov pa ni vsebovalo tega odgovora. Prevladovala je srednješolska izobrazba (64,5%), dva anketirana sta navedla višješolsko (1,6%), dvaintrideset pa visoko strokovno (25,8%). Deset anketiranih (8,1%) na to vprašanje ni odgovorilo. Povprečna starost zaposlenih je bila 35,7 let, delovna doba v Splošni bolnišnici Jesenice 13,1 leto, skupna delovna doba 15, 4 leta.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Modeli vodenja in dimenzija timskega dela je bila izračunana na podlagi združitve pripadajočih trditev po metodi Teeri, Välimäki, Katajisto in Leino-Kilpi (2008). Demografski podatki so prikazani v obliki frekvenčne in odstotne porazdelitve za kategorične dejavnike ter srednje vrednosti in standardnega odklona za numerične dejavnike. Primerjava modelov vodenja in dimenzije timskega dela med sodelavci in vodstvenim kadrom ter glede na doseženo izobrazbo je bila izračunana s t-testom za neodvisne vzorce. Statistična analiza je bila izdelana s programom SPSS 15.0, p-vrednost $<0,05$ je predstavljala statistično pomembnost. Za sklope vprašanj I., II. in III. je bila preverjena zanesljivost pridobljenih podatkov. Izračunani so bili sledeči Cronbach alfa koeficienti: 0,61 za sklop I., 0,74 za sklop II. In 0,89 za sklop III. Vsi trije izračunani Cronbach alfa koeficienti so presegali prag 0,6, ki že predstavlja sprejemljivo stopnjo zanesljivosti vzorca (Bullinger, Power, Aaronson, Cella in Anderson, 1996).

3.4 REZULTATI

3.4.1 Vodje v zdravstveni negi

Modeli vodenja

Na prvi del anketnega vprašalnika, kjer smo identificirali modele vodenja in sicer transformacijski in transakcijski ter model vodenja brez vajeti, so vodje opredelili transformacijsko vodenje z najvišjo povprečno vrednostjo (PV=4,13) v 48,9% odgovorov; sledi transakcijsko vodenje (PV=2,79) v 33,5% in vodenje brez vajeti (PV=1,41) v 17,66% odgovorov, kar prikazujemo v tabeli 3.

Tabela 3: Modeli vodenja po oceni vodij v zdravstveni negi

Modeli vodenja N=12	Povprečna vrednost	Standardni odklon	Odstotek
Transformacijsko	4,1333	+/-1,0696	48,89
Transakcijsko	2,7917	+/-0,7137	33,45
Vodenje brez vajeti	1,4167	+/-0,7017	17,66

N= število vodij

Stili vodenja

Na drugi del anketnega vprašalnika o stilih vodenja, se je 25,3% vodij opredelilo za združevalni stil (PV=3,54), 20% za zadržani (PV=2,81), 27,7% za zavzeti (PV=3,88) in 26,9% za prizadevni stil vodenja (PV=3,79), kar prikazujemo v tabeli 4.

Tabela 4: Stili vodenja po oceni vodij v zdravstveni negi

Stil vodenja N=12	Povprečna vrednost	Standardni odklon	Odstotek
Združevalni	3,5417	+/-0,68119	25,31
Zadržani	2,8125	+/-0,61353	20,00
Zavzeti	3,8833	+/-0,41304	27,71
Prizadevni	3,7917	+/-0,54181	26,98

N= število vodij

Timsko sodelovanje

V tabeli 5 prikazujemo rezultate stopnje timskega sodelovanja z vidika vodij v zdravstveni negi. Vodje so opredelile stopnjo timskega sodelovanja s povprečno vrednostjo 4,26 (SD=0,25).

Tabela 5: Ocena stopnje timskega sodelovanja – vodje v zdravstveni negi

Stopnja timskega sodelovanja	Povprečna vrednost	Standardni odklon
N=12	4,2692	+/-0,24655

N=število vodij

3.4.2 Zaposleni v zdravstveni negi

Modeli vodenja

V prvem delu anketnega vprašalnika je 41,55% zaposlenih opredelilo vodenje svojih neposrednih vodij kot transformacijsko s povprečno vrednostjo 3,67, 33,9% kot transakcijsko (PV=3,02) in 24,51% kot vodenje brez vajeti (PV=2,24). Modele vodenja po oceni zaposlenih v zdravstveni negi prikazuje tabela 6.

Tabela 6: Modeli vodenja po oceni zaposlenih v zdravstveni negi

Model vodenja N=124	Povprečna vrednost	Standardni odklon	Odstotek
Transformacijsko	3,6742	+/-0,87957	41,55
Transakcijsko	3,0282	+/-0,60335	33,94
Vodenje brez vajeti	2,2460	+/-1,10707	24,51

N= število zaposlenih

Stili vodenja

V drugem delu vprašalnika, je 26,1% zaposlenih opredelilo stil vodenja svojih vodij kot združevalni s povprečno vrednostjo 3,57, 22,6% zadržani (PV=3,06), 25,2% zavzeti (PV=3,44) in 25,9% prizadevni stil (PV=3,55). Stile vodenja po oceni zaposlenih v zdravstveni negi prikazuje tabela 7.

Tabela 7: Stili vodenja po oceni zaposlenih v zdravstveni negi

Stil vodenja N=124	Povprečna vrednost	Standardni odklon	Odstotek
Združevalni	3,5786	0,66440	26,19
Zadržani	3,0692	0,67697	22,57
Zavzeti	3,4452	0,66983	25,24
Prizadevni	3,5504	0,64312	25,99

N= število zaposlenih

Timsko delo

Stopnjo timskega sodelovanja so zaposleni opredelili s povprečno vrednostjo 3,9 (SD=0,57), kar prikazuje tabela 8.

Tabela 8: Ocena stopnje timskega sodelovanja – zaposleni v zdravstveni negi

Stopnja timskega sodelovanja N=124	Povprečna vrednost	Standardni odklon
	3,9708	+/-0,57561

N= število zaposlenih

3.4.3 Primerjava rezultatov med vodji in zaposlenimi v zdravstveni negi

Primerjava dobljenih rezultatov v prvem delu vprašalnika, kjer smo identificirali modele vodenja, nam pokaže, da so vodje prepoznali transformacijski model v višji meri (PV=4,1; SD=1,06) kot zaposleni (PV=3,6; SD=0,87). Prisotnost transakcijskega vodenja so vodje ocenili s povprečno vrednostjo 2,7 (SD=0,71), zaposleni pa z nekaj več, s povprečno vrednostjo 3,0 (SD=0,60). Vodenju brez vaje so vodje prisodili povprečno vrednost 1,41 (SD=0,70), zaposleni pa povprečno vrednost 2,2 (SD=1,10). Na statistično pomembnost nas opozori p-vrednost, ki je 0,002.

Združevalni stil je bil podobno ocenjen tako s strani vodij (PV=3,54; SD=0,68), kot s strani zaposlenih (PV=3,57; SD=0,66). Zadržani stil so vodje ocenili s povprečno vrednostjo 2,8 (SD=0,61), zaposleni pa s povprečno vrednostjo 3,0 (SD=0,67). Zavzeti stil je bil s strani

vodij ocenjen s povprečno vrednostjo 3,7 (SD=0,41), s strani zaposlenih s povprečno vrednostjo 3,4 (SD=0,66). Prizadevnemu stilu so vodje prisodili povprečno vrednost 3,7 (SD=0,54), zaposleni pa povprečno vrednost 3,5 (SD=0,64). Statistično pomembno razhajanje smo ugotovili v primerjavi mnenj med vodji zdravstvene nege in zaposleni glede vodenja brez vajeti ($p=0,002$) in zavzetega stila ($p=0,028$). Stopnja timskega sodelovanja je po mnenju vodij višja (PV=4,2; SD=0,24) kot po mnenju zaposlenih (PV=3,97; SD=0,57), s statistično pomembno značilnostjo 0,002. Primerjavo ocene modelov in stilov vodenja ter timskega sodelovanja med vodji in zaposlenimi v zdravstveni negi prikazuje tabela 9.

Tabela 9: Primerjava ocene modelov in stilov vodenja ter timskega sodelovanja med vodji in zaposlenimi v zdravstveni negi

	Vodje N = 12 PV +/- SD	Zaposleni N = 124 PV +/- SD	p-vrednost
Transformacijsko vodenje	4,1333 +/- 1,06969	3,6742 +/- 0,87957	0,093
Transakcijsko vodenje	2,7917 +/- 0,71377	3,0282 +/- 0,60335	0,204
Vodenje brez vajeti	1,4167 +/- 0,70173	2,2460 +/- 1,10707	0,002
Združevalni stil	3,5417 +/- 0,6811	3,5786 +/- 0,66440	0,855
Zadržani stil	2,8125 +/- 0,61353	3,0692 +/- 0,67697	0,209
Zavzeti stil	3,8833 +/- 0,41304	3,4452 +/- 0,66983	0,028
Prizadevni stil	3,7917 +/- 0,54181	3,5504 +/- 0,64312	0,211
Timsko sodelovanje	4,2692 +/- 0,24655	3,9708 +/- 0,57561	0,002

N= število anketiranih vodij in zaposlenih; PV= povprečna vrednost; SD= standardni odklon

Primerjava mnenj med zaposlenimi glede na izobrazbo

V tabeli 10 nam primerjava odgovorov zaposlenih glede na izobrazbo pokaže, da so se zaposleni z visokošolsko izobrazbo odločali podobno kot vodje – transformacijskemu modelu vodenja so dodelili višjo vrednost (PV=4,0; SD=0,90), kot zaposleni s srednješolsko izobrazbo (PV=3,5; SD=0,87), transakcijskemu vodenju (PV=2,97; SD=0,58) in vodenju brez vajeti (PV=1,98; SD=1,09). Zaposleni s srednješolsko izobrazbo so prisotnost transakcijskega

vodenja ocenili s povprečno vrednostjo 3,05 (SD=0,64), vodenje brez vaje pa s povprečno vrednostjo 2,2 (SD=1,11). Primerjava stilov vodenja pokaže, da so se visoko strokovno izobraženi zaposleni pri vseh stilih odločali za višje vrednosti. Združevalni stil s povprečno vrednostjo 3,5, (SD=0,66), zadržani s povprečno vrednostjo 3,08 (SD=0,53), zavzeti s povprečno vrednostjo 3,65 (SD=0,56) in prizadevni stil s povprečno vrednostjo 3,70 (SD=0,54), medtem ko so se zaposleni s srednješolsko izobrazbo odločili za združevalni stil s povprečno vrednostjo 3,53 (SD=0,66), zadržani s povprečno vrednostjo 3,01 (SD=0,76), zavzeti s povprečno vrednostjo 3,37 (SD=0,68) in prizadevni s povprečno vrednostjo 3,49 (SD=0,67). Po mnenju visoko strokovno izobraženih zaposlenih je timsko sodelovanje prisotno v višji meri, saj so ga ocenili s povprečno vrednostjo 4,14 (SD=0,44), srednješolsko izobraženi pa s povprečno vrednostjo 3,94 (SD=0,61).

Tabela10: Primerjava mnenj med zaposlenimi glede na izobrazbo

	Srednješolska izobrazba N = 80 PV +/- SD	Visoka strokovna izobrazba N = 42 PV +/- SD	p-vrednost
Transformacijsko vodenje	3,5525 +/- 0,87627	4,0429 +/- 0,90045	0,004
Transakcijsko vodenje	3,0531 +/- 0,64471	2,9702 +/- 0,58748	0,488
Vodenje brez vaje	2,2750 +/- 1,11350	1,9881 +/- 1,09594	0,177
Združevalni stil	3,5344 +/- 0,66649	3,6488 +/- 0,62970	0,360
Zadržani stil	3,0125 +/- 0,76710	3,0853 +/- 0,53037	0,584
Zavzeti stil	3,3750 +/- 0,68870	3,6571 +/- 0,56961	0,025
Prizadevni stil	3,4906 +/- 0,67791	3,7024 +/- 0,54448	0,083
Timsko sodelovanje	3,9404 +/- 0,61805	4,1502 +/- 0,44073	0,053

N= število anketiranih vodij in zaposlenih; PV= povprečna vrednost; SD= standardni odklon

3.5 RAZPRAVA

Glede na podatke, ki jih navaja literatura v zvezi z vodenjem v zdravstvu, pridobljeni podatki naše raziskave prijetno presenečajo. Skela Savič in Pagon (2007) ugotavljata, da je v slovenskih bolnišnicah zaznati premajhno stopnjo transformacijskega vodenja, ki spodbuja tudi timsko delo, procese izboljševanja in vlogo posameznika. Firth-Cozens in Mowbray (2001) navajata, da transformacijsko vodenje išče načine motiviranja sodelavcev, pri tem jih mnogo bolj vključuje v delovni proces in jih spodbuja pri iskanju novih in boljših rešitev. Transformacijski vodje zmorejo ustvarjati novosti, iti preko ustaljenih norm in zgraditi nekaj novega. So podjetni, tvegajo, v odnosih so neformalni, nenehno iščejo načine za razvoj posameznikov in odgovarjajo na njihove potrebe in zanimanja. Kaučič je v raziskavi iz leta 2009 ugotovil, da je med vodilnimi medicinskimi sestrami slovenskih bolnišnic transformacijski model vodenja zelo prisoten. Tudi v pričujoči raziskavi smo opazili, da je med identificiranimi modeli vodenja največjo zastopanost doseglo transformacijsko vodenje pri obeh anketiranih skupinah. Primerjava med zaposlenimi glede na izobrazbo je pokazala, da srednješolsko izobraženi zaposleni v primerjavi z visokošolsko izobraženimi ocenjujejo, da je transformacijskega vodenja manj, na statistično pomembnost nas opozori tudi p-vrednost. Transakcijsko vodenje je dogovarjanje med vodjo in zaposlenimi o materialnih, kadrovskih, socialnih in drugih ugodnostih, ki pripadajo zaposlenemu, če dobro dela. Zaposleni v naši raziskavi so zaznali večji delež transakcijskega vodenja, kot so ga prepoznale vodje. Kljub temu, da je transakcijsko vodenje po mnenju obeh anketiranih skupin doseglo drugo mesto po pogostnosti, nam dejstvo, da so ga zaposleni prepoznali v večjem deležu kot vodje, pove, da zaposleni menijo, da je poudarek na doseganju dobrih delovnih rezultatov večji, kot to menijo vodje. Northouse (2007) navaja, da je vodenje brez vajeti način, ko vodja prepušča odločitve zaposlenim, se izogiba odgovornosti, ne daje povratnih informacij in se ne ukvarja s potrebami zaposlenih. Nemeč (2005; povz. po Kaučič, 2009) pravi, da to metodo odločanja vodja uporablja takrat, ko njegova strokovnost ne zadošča, da bi dajal ustrezna navodila, ali se zaradi specifične naloge ali specialnega znanja, ki je potrebno za njeno rešitev, ni sposoben strokovno pogovarjati s specialističnim sodelavcem. Vodenje brez vajeti je bilo v obeh skupinah zaznano v manjšem deležu, še največ pri podskupini zaposlenih s srednješolsko izobrazbo. Tu se velja zamisliti v katerih situacijah in zakaj se slednji čutijo prepuščene samim sebi.

Identificiranje različnih stilov vodenja je vrnilo bolj homogene odgovore, med posameznimi stili ni bilo večjih razlik v dobljenih odgovorih, kar pomeni, da vodje uporabljajo vse stile

vodenja. Vodje so ocenile kot najbolj prisoten stil zavzeti, nato prizadevni, združevalni in najmanj zastopani zadržani stila vodenja. Zaposleni pa s prav tako majhnimi razlikami najprej združevalni, nato pa prizadevni, zavzeti in najmanj zadržani stil. Najmanj zastopan je bil po pričakovanih zadržani stil vodenja v obeh anketiranih skupinah, saj so značilnosti tega stila za delo v zdravstvu in zdravstveni negi neustrezne. Nenehno nas obkroža množica različnih odnosov, delo je dinamično in zahteva hitro prilagajanje na spremembe in medpoklicno sodelovanje. Zadržani vodja je skromno usmerjen tako k nalogam kot k odnosom, predvsem popravlja napake podrejenih, je malo komunikativen in verjame v moč pravil in postopkov. Značilnost zavzetega stila vodenja je predvsem usmerjenost k odnosom in manj k nalogam, zavzeti vodja je izvedenec v medsebojnih odnosih, odprt do sodelavcev, se rad pogovarja in spodbuja druge ter spretno blaži spore. Prizadevni stil poudarja usmerjenost k delovnim nalogam in malo k odnosom. Značilnost takega stila je gospodovalnost in ocenjevanje drugih na osnovi doseženih delovnih rezultatov. Za združevalni stil je značilna usmerjenost k nalogam in k odnosom, združevalni vodja je usmerjen v prihodnost, zagovarja timsko delo in sodelavce ocenjuje glede na njihovo pripravljenost za sodelovanje v timskem delu. Vodje so stil svojega vodenja ocenile najprej kot zavzetega, torej je poudarek njihovega vodenja na odnosih. Sledil je prizadevni stil, usmerjenost k doseganju dobrih delovnih rezultatov, na tretjem mestu je bil prepoznan združevalni stil, torej spodbujanje k timskemu pristopu pri delu in poudarjanje pomembnosti tako odnosov kot doseganja dobrih delovnih rezultatov. Primerjava odgovorov zaposlenih je pokazala, da zaposleni svoje vodje najprej zaznavajo kot združevalne, torej prepoznavajo prizadevanja svojih vodij za timsko sodelovanje in njihovo usmerjenost k odnosom kot k nalogam. Pri zaposlenih je na drugem mestu prepoznan prizadevni stil, kar pomeni, da vodje poudarjajo pomembnost doseganja dobrih delovnih rezultatov. Tretje mesto je dosegel po mnenju zaposlenih zavzeti stil, torej prizadevanja vodij na področju ustreznih odnosov. Primerjava stilov vodenja znotraj skupine zaposlenih glede na izobrazbo nam je pokazala, da so se zaposleni z visoko strokovno izobrazbo odločali podobno kot zaposleni s srednješolsko izobrazbo. Razlike so bile le v deležih, pri vseh stilih vodenja s strani visoko strokovno izobraženih zaposlenih so bili prepoznani večji deleži posameznih stilov. Kaučič (2009) v raziskavi ugotavlja, da so se vodilne medicinske sestre slovenskih bolnišnic podobno opredelile glede stila svojega vodenja. Prav tako so na prvem mestu prepoznale zavzeti, na drugem združevalni, nato pa prizadevni in zadržani stil.

Glede timskega sodelovanja prihaja do razhajanj med pregledano literaturo in dobljenimi rezultati. Raziskava Skela Savič (2007) pokaže, da vodje pri vzpostavljanju timskega dela v

bolnišnici delno izpolnjujejo svoje vloge in zato osebje nima zadostnih priložnosti za timsko delovanje, saj vodje iz vidika organizacijske kulture delujejo hierarhično. Na tem mestu je potrebno izpostaviti, da je omenjena raziskava vsebovala odgovore tudi drugih poklicnih skupin, ne le zdravstvene nege. Skela Savič in Pagon (2007) navajata, da rezultati kažejo, da vodje izvajajo direktivno vodenje na tem področju, kar pomeni, da seznanjajo, vendar ne vključujejo podrejenih. Raziskave, ki so bile narejene v Veliki Britaniji na področju vodenja v zdravstvu, kažejo, da si zaposleni od svojih vodij želijo predvsem servilnosti (Metcalf in sod., 2000; Firth-Cozenx, Mowbray, 2001; povz. po Skela Savič, 2008) in pravičnosti (Phillips, Douthitt, Hyland, 2000; Firth-Cozens, Mowbray, 2001; povz. po Skela Savič, 2008) ter vključevanja zaposlenih kot partnerjev, kar se izkaže kot pomemben dejavnik zniževanja stresa med zaposlenimi v zdravstvu. Ocene anketiranih vodij glede timskega sodelovanja v naši raziskavi so pokazale dobre rezultate, mnenja zaposlenih pa so dosegla nižje vrednosti. Rezultati izkazujejo statistično pomembno razliko v odgovorih in nam povedo, da je timsko sodelovanje po mnenju vodij bolj prisotno, kot to pri vsakodnevem delu doživljajo zaposleni. Primerjava ocene stopnje sodelovanja po mnenju zaposlenih glede na izobrazbo ne pokaže statistično pomembnih razlik, čeprav srednješolsko izobraženi zaposleni ocenjujejo nižjo stopnjo timskega sodelovanja. Tu najdemo vzporednico z največjo oceno vodenja brez vajeti. Zaposleni se na eni strani počutijo manj vključeni v timsko delo, na drugi pa imajo srednješolsko izobraženi zaposleni glede na visok zaznan delež vodenja brez vajeti občutek, da jim vodje prepuščajo pomembne odločitve, dajejo premalo povratnih informacij oziroma se premalo ukvarjajo z njihovimi potrebami. Glede na to, da srednješolsko izobraženi zaposleni predstavljajo največjo skupino zaposlenih v zdravstveni negi, so dobljeni rezultati pomembni. Lahko zaključimo, da je višja stopnja izobrazbe povezana z večjim prepoznavanjem timskega sodelovanja, se pa postavlja vprašanje, če so srednješolsko in visokošolsko izobraženi zaposleni člani istih delovnih timov, kje so razlogi za različna mnenja. Tu so možnosti za nadaljnja raziskovanja, saj naša raziskava ni vsebovala tovrstnih vprašanj. V zadnjem delu vprašalnika smo anketirane posebej vprašali o strokovnem izpopolnjevanju, vendar jih zaradi slabe izpolnjenosti nismo vključili v nadaljnjo obdelavo. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe pri vodjih in zaposlenih, se postavlja vprašanje, če je prisotnega dovolj znanja za izboljšanje timskega sodelovanja, najprej med različnimi profili zdravstvene nege, v nadaljevanju pa tudi z ostalimi poklicnimi skupinami v zdravstvu. Povprečna starost vodij znaša 40,82 let, povprečno število let zaposlitve v Splošni bolnišnici Jesenice pa 18, kar pomeni, da je čas njihovega formalnega izobraževanja relativno

odmaknjen. O pomembnosti dodatnega izpopolnjevanja in izobraževanja na področju vodenja za vodje v zdravstvu in zdravstveni negi je v Sloveniji govora šele zadnja leta, zato lahko ugotovimo, da vodje z veliko verjetnostjo ne razpolagajo s potrebnim znanjem, s katerim bi lahko načrtno in usmerjeno vodili sodelavce k izboljššanemu timskeemu sodelovanju, boljšim delovnim dosežkom, medsebojnemu razumevanju in zadovoljstvu pri delu.

4 ZAKLJUČEK

Vodenje je del menedžmenta, pomeni usmerjanje in motiviranje ljudi na poti do zelenega cilja. Je večina, ki poleg teoretičnega znanja zahteva tudi vrsto osebnostnih lastnosti, ki jih posameznik razvije na osnovi svojih osebnostnih značilnosti, združenih z življenjskimi izkušnjami in notranjimi tendencami po osebni rasti in napredku. Rezultati naše raziskave izkazujejo ugodne rezultate na področju modelov in stilov vodenja, prepoznanih s strani obeh anketiranih skupin. Tako je transformacijsko vodenje kot najbolj zaželeno, saj zaposlene motivira, promovira timsko delo ter vlogo posameznika, doseglo največji prepoznani delež. Tudi stopnja transakcijskega vodenja, torej vodenja z nagradami v materialni obliki ali kot pohvale za dobro opravljeno delo, je bila zadovoljiva. Vodenje brez vajeti je bilo v obeh anketiranih skupinah najmanj prepoznano, bolj v skupini zaposlenih kot vodij, še največ v podskupini srednješolsko izobraženih zaposlenih. Za širši vpogled v dejansko stanje bi bila potrebna dodatna vprašanja, ki jih naša raziskava ni vsebovala. Drugi del anketnega vprašalnika, ki obravnava stile vodenja, je prav tako pokazal ugodne rezultate. Vodje stil svojega vodenja prepoznavajo najprej kot zavzetega, nato prizadevnega, združevalnega in nazadnje zadržanega, kar pomeni, da so njihova vodstvena prizadevanja usmerjena najprej k odnosom, nato pa k nalogam in timskega sodelovanju. Po mnenju sodelavcev je stil njihovih vodij najprej združevalen, nato prizadeven, zavzet in zadržan. Stil vodenja svojih vodij doživljajo kot prizadevanja vodij po timskega sodelovanju, nato usmerjenost k doseganju dobrih delovnih rezultatov in kot skrb za ustrezne odnose. Po pričakovanjih je zadržani stil po mnenju obeh skupin najmanj prepoznani. Tudi stopnja timskega sodelovanja po mnenju vodij dosega zadovoljiv nivo, medtem ko zaposleni menijo, da je sodelovanja manj. Rezultati dobljeni v naši raziskavi nas kljub optimizmu ne smejo uspavati, ampak je prav, da pomenijo dodatno spodbudo v izboljševanju tako vodenja, medosebne komunikacije, timskega sodelovanja kot tudi in predvsem dviga kakovosti storitev za uporabnike zdravstvenega sistema. V prihodnje bi bilo potrebno poskrbeti za dodatno izobraževanje na področju vodenja, ustvarjanja in vodenja delovnih timov, motiviranja zaposlenih, poskrbeti za karierni razvoj zaposlenih, pri načrtovanju novih delovnih ciljev vključiti tudi najnižje sodelavce in ustvariti ustrezno klimo za učečo se organizacijo. Sodobna družba s svojimi značilnostmi globalizacije in hiperprodukcije na eni strani, na drugi pa vedno ostrejšo konkurenco v boju za svoj tržni delež, perečimi ekološkimi vprašanji in ne nazadnje krizo osebnih vrednot, zahteva vedno boljše in inovativne pristope na vseh področjih življenja. Zdravstvo ni nikakršna izjema – izboljšanje življenjskih pogojev v zadnjih desetletjih, sodobni dosežki medicine,

zdravstvene nege ter nova informacijsko komunikacijska tehnologija so vzrok vedno večji razgledanosti in zahtevam uporabnikov, primanjkljaji financ v javnem sektorju pa predstavljajo dodaten imperativ, da so spremembe v zdravstvu nujne.

5 LITERATURA

- Bernik J. Podjetniški management in vodenje. In: Bernik J, Kmet J, Berginc J, Mejaš N, Pšeničny V. Management in vodenje. Portorož: Visoka strokovna šola za podjetništvo; 2000.
- Bohinc M. Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester, Obzor Zdr N. 1997; 31: 247-52.
- Bohinc M. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 1999; 33: 159-63.
- Brajša P. Sedem skrivnosti uspešne šole. Maribor: Doba; 1995.
- Brajša P. Vodenje kot medosebni proces. Ljubljana: Univerzum; 1983.
- Bullinger M, Power MJ, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT. Creating and Evaluating Cross-Cultural Instruments. In: Spilker B, eds. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996: 659-68.
- Covey SR. Three Roles of the Leader in the New Paradigm. The Leader of the Future. New York: The Peter F. Drucker Foundation for Nonprofit Management; 1996.
- Česen M. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje; 2003.
- Dimovski V, Peterlin J, Penger S. Razvoj avtentičnega voditeljstva v učeči se organizaciji: Študija primera podjetja ACH, d.d. Org 2008; 41(2): 97–105.
- Drucker P. Managerski izzivi v 21. stoletju. Ljubljana: GV založba; 2001.
- Drucker P. O managementu. Ljubljana: GV založba; 2004.
- Filej B. Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege: primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov Slovenije. In: Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM, eds. Jaz in moja kariera; 4. seminar z mednarodno udeležbo; 2008 Jan 25; Bled, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 97 – 118.
- Firth-Cozens J, Mowbray D. Leadership and the quality of care. Qual Health Care; 2001; 10(Suppl II): 113-7.
- Jaklič M. Pomen znanja v družbi. Menedžment znanja. Maribor: Založba Pivec; 2006.

- Kadivec S. Krožki kakovosti – metoda motivacije v procesu izboljševanja kakovosti v bolnišnici. In: Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM, eds. Jaz in moja kariera; 4. seminar z mednarodno udeležbo; 2008 Jan 25; Bled, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008a.
- Kadivec S. Partnersko sodelovanje z zaposlenimi – primeri dobre prakse v bolnišnici KOPA Golnik. In: Kaučič BM, Klemenc D, Požun P, Vidmar N, eds. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – Novi izzivi; 2008 Nov 5 – 6; Podčetrtek, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu,; 2008b.
- Kaučič BM. Identifikacija gradnikov stilov vodenja in kariernih sider pri vodilnih medicinskih sestrah v Sloveniji [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2009.
- Kaučič BM, Pagon M. Dejavniki uspešnega timskega dela v zdravstveni negi. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M. eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: Zbornik predavanj in posterjev. 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo; 2006 Sept 21; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006.
- Kovač J, Jesenko M. Vrednote in stili vodenja managerjev v Sloveniji. Org 2004; 37(4): 213-21.
- Kovač J, Mayer J, Jesenko M. Stili in značilnosti uspešnega vodenja, Kranj: Moderna organizacija; 2004.
- Kralj J. Management: temelji managementa, odločanje in ostale naloge managerjev. Temelji managementa in naloge managerjev. Koper: Visoka šola za management; 2003.
- Marquis Bessie L, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing theory and application. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Mayer J, Zupan N. Zaupanje kot pogoj za ustvarjalno sodelovanje. Org. 2004; 37(6): 334-9.
- Možina S. Osnove vodenja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 1994/a.

- Možina S. Management. Radovljica: Didakta; 1994/b.
- Možina S. Teamsko vodenje podjetja. In: Adizes I, Možina S, Milivojević Z, Svetlik I, Terpin M, eds. Človeku prijazno in uspešno vodenje. Ljubljana: Panta Rhei-Sinteza; 1996.
- Northouse PG. Leadership: Theory and Practice. London: Sage Publication, Inc.; 2007.
- Ovsenik M, Ambrož M. Upravljanje sprememb poslovnih procesov. Portorož: Turistica – Visoka šola za turizem; 2006.
- Porter-O'Grady T, Malloch K. Leadership Roles and Management Functions in Nursing. London: Jones and Bartlett Publishers Inc.; 2003.
- Robida A. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. In: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 25-7.
- Skela Savič B, Pagon M. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. 2007; Org. 40(4): 63-74.
- Skela Savič B. Zdravstvena nega in uspešno vodenje v Slovenskih bolnišnicah. In: Kersnič P, Filej B, eds. Zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege »Globalizacija in zdravstvena nega«; 2003 Okt 1-3; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2003: 215-28.
- Skela Savič B, Pagon M. Individual involvement in health care organizations: differences between professional groups, leaders and employees. Stress and Health 2008; 24: 71-84.
- Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM, eds. Jaz in moja kariera. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008.
- Teeri S, Välimäki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Maintenance of patients' integrity in long-term institutional care. Nurs Ethics 2008; 15(4): 523-35.
- Turnšek Mikačič M. Veščine tutorstva in coachinga pri tutorstvu: (priročnik za tutorje). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008.
- Vila A, Kovač J. Osnove organizacije in managementa. Kranj: Moderna Organizacija; 1997.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik za vodje v zdravstveni negi

Spoštovani,

na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice pripravljam v okviru študijskega programa prve stopnje diplomsko delo z naslovom **Identifikacija modelov in stilov vodenja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice**. Pod mentorstvom mag. Borisa Mihe Kaučiča, pred. in somentorstvom doc. dr. Bojane Filej, sem pripravila anketni vprašalnik o modelih in stilih vodenja ter o timskem delu.

Z raziskavo želimo ugotoviti obstoječe stanje na področju vodenja in timskega dela v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice in na podlagi ugotovitev predlagati morebitne izboljšave.

Anketiranje se izvaja po predhodni pridobitvi soglasja s strani vodstva dejavnosti zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice. Raziskava upošteva etične vidike raziskovanja.

Anketirani sodelujete na podlagi prostovoljne odločitve. Izpolnjeni vprašalnik oddajte v za to namenjeno škatlo na vašem oddelku.

Za sodelovanje se vam zahvaljujem,

Ani Jalen, študentka VŠZNJ

1. DEL – MODELI VODENJA

Ocenite naslednje trditve, kakor velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole: *1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; 2, če se s trditvijo ne strinjate; 3 če se s trditvijo niti ne strinjate, niti se strinjate; 4, če se s trditvijo strinjate in 5, če se s trditvijo zelo strinjate.*

Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas:

	Trditev	1	2	3	4	5
1.	Odrekam se odgovornosti.	1	2	3	4	5
2.	S sodelavci nisem povezan v obojestranskem in stalnem zasledovanju višjega cilja.	1	2	3	4	5
3.	Sodelavce spodbujam da delajo za skupne cilje, interese in spodbujam njihovo ambicioznost.	1	2	3	4	5

4.	Nadzor uporabljam pošteno.	1	2	3	4	5
5.	Sodelavce spodbujam k moralnim vrednotam, katere naj bi jih usmerjale za reševanje problemov pri delu.	1	2	3	4	5
6.	Pri vodenju uporabljam moč vodstvene hierarhije (delujem kot nadrejeni).	1	2	3	4	5
7.	Sodelavce vodim k cilju z motiviranjem in spodbujam izražanje inovativnih predlogov.	1	2	3	4	5
8.	Pri vodenju uporabljam materialne nagrade (stimulacija pri osebnem dohodku, napredovanje,...).	1	2	3	4	5
9.	U upoštevam posameznika in mu tudi namenjam pozornost.	1	2	3	4	5
10.	Izogibam se sprejemanju odločitev.	1	2	3	4	5
11.	Spodbujam svobodno komuniciranje v timu.	1	2	3	4	5

2. DEL – STILI VODENJA

Ocenite naslednje trditve, kakor velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole: 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; 2, če se s trditvijo ne strinjate; 3 če se s trditvijo niti ne strinjate, niti se strinjate; 4, če se s trditvijo strinjate in 5, če se s trditvijo zelo strinjate.

Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas:

	Trditev	1	2	3	4	5
1.	Usmerjen/a sem k medosebnim odnosom.	1	2	3	4	5
2.	Popravljam napake podrejenih.	1	2	3	4	5
3.	K nalogam se manj rad/a usmerjam.	1	2	3	4	5
4.	Zame je značilno, da poudarjam usmerjenost k nalogam.	1	2	3	4	5
5.	Usmerjen/a sem k nalogam velikega obsega.	1	2	3	4	5
6.	Moč zame predstavljajo pravila in postopki.	1	2	3	4	5
7.	Rad/a vodim strokovna dela, kjer vsak zaposleni pozna svoje delo in kjer prevladujejo profesionalni standardi.	1	2	3	4	5
8.	V svojem obnašanju sem gospodaren/gospodarna.	1	2	3	4	5
9.	Timsko delo je zame zelo pomembno.	1	2	3	4	5
10.	Zame je pomembna tradicija.	1	2	3	4	5
11.	Druge sodelavce spodbujam h komuniciranju.	1	2	3	4	5

12.	Sodelavce ocenjujem po sposobnosti in delovnih rezultatih.	1	2	3	4	5
13.	Rutinska dela zame niso primerna.	1	2	3	4	5
14.	Komunikacija ni moja vrlina.	1	2	3	4	5
15.	Spore blažim.	1	2	3	4	5
16.	Konflikte razrešujem sproti.	1	2	3	4	5
17.	Rad/a dajem veliko navodil.	1	2	3	4	5

3. DEL – TIMSKO DELO

Ocenite naslednje trditve, kakor velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole: *1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; 2, če se s trditvijo ne strinjate; 3 če se s trditvijo niti ne strinjate, niti se strinjate; 4, če se s trditvijo strinjate in 5, če se s trditvijo zelo strinjate.*

Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas:

	Trditev	1	2	3	4	5
1.	Na delovnem mestu se redno srečujem s timsko metodo dela.	1	2	3	4	5
2.	Zame predstavlja timsko delo vrednoto.	1	2	3	4	5
3.	V timu s strokovnjaki drugih ved (zdravniki, psihologi, fizioterapevti,...) je najbolj sprejemljiva oblika sodelovanja.	1	2	3	4	5
4.	Imam dovolj znanja o timskem delu.	1	2	3	4	5
5.	Imam možnost, da predlagam izboljšave pri delu v timu.	1	2	3	4	5
6.	Moje strokovno znanje se upošteva v negovalnem timu.	1	2	3	4	5
7.	Znam poslušati sodelavce v timu.	1	2	3	4	5
8.	Naši timski sestanki so produktivni.	1	2	3	4	5
9.	Usmerjen/a sem v sodobne oblike dela.	1	2	3	4	5
10.	V timu komuniciram odprto.	1	2	3	4	5
11.	Od sodelavcev pričakujem odprto komuniciranje.	1	2	3	4	5
12.	V negovalnem timu se dobro počutim.	1	2	3	4	5
13.	Zame je timsko delo eden od načinov za soočanje z delovnimi izzivi.	1	2	3	4	5

4. DEL – DEMOGRAFSKI PODATKI

Starost (vpišite): _____ let

Spol (obkrožite): 1 ženski 2 moški

Obkrožite stopnjo najvišje dosežene izobrazbe:

- 1 srednješolska izobrazba
- 2 višješolska izobrazba
- 3 visoka strokovna izobrazba
- 4 univerzitetna izobrazba
- 5 strokovni magisterij
- 6 magisterij znanosti
- 7 doktorat znanosti

V Splošni bolnišnici Jesenice ste zaposleni (vpišite) _____ let.

Delovne dobe imam (vpišite) _____ let.

Navedite približno število ur (za leto 2009) k posamezni vrsti izobraževanja/izpopolnjevanja, ki ste se je udeležili s področja timskega dela, medsebojnih odnosov in komunikacije.

Vrsta strokovnega izpopolnjevanja	Število ur za leto 2009
1 seminar	
2 učna delavnica	
3 interna izpopolnjevanja v zavodu	
4 lastno izpopolnjevanje s pomočjo literature	
5 drugo (vpišite):	

6.1.2 Anketni vprašalnik za zaposlene v zdravstveni negi

Spoštovani,

na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice pripravljam v okviru študijskega programa prve stopnje diplomsko delo z naslovom **Identifikacija modelov in stilov vodenja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice**. Pod mentorstvom mag. Borisa Mihe Kaučiča, pred. in somentorstvom doc. dr. Bojane Filej, sem pripravila anketni vprašalnik o modelih in stilih vodenja ter o timskem delu.

Z raziskavo želimo ugotoviti obstoječe stanje na področju vodenja in timskega dela v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice in na podlagi ugotovitev predlagati morebitne izboljšave.

Anketiranje se izvaja po predhodni pridobitvi soglasja s strani vodstva dejavnosti zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice. Raziskava upošteva etične vidike raziskovanja.

Anketirani sodelujete na podlagi prostovoljne odločitve. Izpolnjeni vprašalnik oddajte v za to namenjeno škatlo na vašem oddelku.

Za sodelovanje se vam zahvaljujem,

Ani Jalen, študentka VŠZNJ

1. DEL – MODELI VODENJA

Ocenite naslednje trditve, kakor velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole: 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; 2, če se s trditvijo ne strinjate; 3 če se s trditvijo niti ne strinjate, niti se strinjate; 4, če se s trditvijo strinjate in 5, če se s trditvijo zelo strinjate.

Ocenite naslednje trditve, kakršno je vaše mnenje, da velja za vašo neposredno vodjo.

	Trditev	1	2	3	4	5
1.	Vodja se odreka odgovornosti.	1	2	3	4	5
2.	Vodja s sodelavci ni povezan/a v obojestranskem in stalnem zasledovanju višjega cilja.	1	2	3	4	5
3.	Sodelavce spodbuja, da delajo za skupne cilje, interese in spodbuja našo ambicioznost.	1	2	3	4	5
4.	Vodja pošteno uporablja nadzor.	1	2	3	4	5
5.	Sodelavce spodbuja k moralnim vrednotam, katere naj bi nas	1	2	3	4	5

	usmerjale za reševanje problemov pri delu.					
6.	Pri vodenju uporablja moč vodstvene hierarhije (deluje kot nadrejeni).	1	2	3	4	5
7.	Sodelavce vodi k cilju z motiviranjem in spodbuja izražanje inovativnih predlogov.	1	2	3	4	5
8.	Pri vodenju uporablja materialne nagrade (stimulacija pri osebnem dohodku, napredovanje,...).	1	2	3	4	5
9.	Vodja upošteva posameznika in mu tudi namenja pozornost.	1	2	3	4	5
10.	Vodja se izogiba sprejemanju odločitev.	1	2	3	4	5
11.	Spodbuja svobodno komuniciranje v timu.	1	2	3	4	5

2. DEL – STILI VODENJA

Ocenite naslednje trditve, kakor velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole: 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; 2, če se s trditvijo ne strinjate; 3 če se s trditvijo niti ne strinjate, niti se strinjate; 4, če se s trditvijo strinjate in 5, če se s trditvijo zelo strinjate.

Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki **po vašem mnenju velja za vašo/vašega neposredno vodjo:**

	Trditev	1	2	3	4	5
1.	Vodja je usmerjen/a k medosebnim odnosom.	1	2	3	4	5
2.	Popravlja napake podrejenih.	1	2	3	4	5
3.	K nalogam se manj rad/a usmerja.	1	2	3	4	5
4.	Poudarja usmerjenost k nalogam.	1	2	3	4	5
5.	Usmerjen/a je k nalogam velikega obsega.	1	2	3	4	5
6.	Moč zanj/o predstavljajo pravila in postopki.	1	2	3	4	5
7.	Rad/a vodi strokovna dela, kjer vsak zaposleni pozna svoje delo in kjer prevladujejo profesionalni standardi.	1	2	3	4	5
8.	V svojem obnašanju je avtoritativen/avtoritativna.	1	2	3	4	5
9.	Timsko delo je zanj/o zelo pomembno.	1	2	3	4	5
10.	Zanj/o je pomembna tradicija.	1	2	3	4	5
11.	Druge sodelavce spodbuja h komuniciranju.	1	2	3	4	5

12.	Sodelavce ocenjuje po sposobnosti in delovnih rezultatih.	1	2	3	4	5
13.	Rutinska dela zanj/o niso primerna.	1	2	3	4	5
14.	Komunikacija ni njena/njegova vrlina.	1	2	3	4	5
15.	Spore blaži.	1	2	3	4	5
16.	Konflikte razrešuje sproti.	1	2	3	4	5
17.	Rad/a daje veliko navodil.	1	2	3	4	5

3. DEL – TIMSKO DELO

Ocenite naslednje trditve, kakor velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole: 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate; 2, če se s trditvijo ne strinjate; 3 če se s trditvijo niti ne strinjate, niti se strinjate; 4, če se s trditvijo strinjate in 5, če se s trditvijo zelo strinjate.

Pri posamezni trditvi obkrožite ustrezno vrednost, ki velja za vas:

	Trditev	1	2	3	4	5
1.	Na delovnem mestu se redno srečujem s timsko metodo dela.	1	2	3	4	5
2.	Zame predstavlja timsko delo vrednoto.	1	2	3	4	5
3.	V timu s strokovnjaki drugih ved (zdravniki, psihologi, fizioterapevti,...) je timska metoda najbolj sprejemljiva oblika sodelovanja.	1	2	3	4	5
	Trditev	1	2	3	4	5
4.	Imam dovolj znanja o timskem delu.	1	2	3	4	5
5.	Imam možnost, da predlagam izboljšave pri delu v timu.	1	2	3	4	5
6.	Moje strokovno znanje se upošteva v negovalnem timu.	1	2	3	4	5
7.	Znam poslušati sodelavce v timu.	1	2	3	4	5
8.	Naši timski sestanki so produktivni.	1	2	3	4	5
9.	Usmerjen/a sem v sodobne oblike dela.	1	2	3	4	5
10.	V timu komuniciram odprto.	1	2	3	4	5
11.	Od sodelavcev pričakujem odprto komuniciranje.	1	2	3	4	5
12.	V negovalnem timu se dobro počutim.	1	2	3	4	5
13.	Zame je timsko delo eden od načinov za soočanje z delovnimi izzivi.	1	2	3	4	5

4. DEL – DEMOGRAFSKI PODATKI

Starost (vpišite): _____ let

Spol (obkrožite): 1 ženski 2 moški

Obkrožite stopnjo najvišje dosežene izobrazbe:

- 8 srednješolska izobrazba
- 9 višješolska izobrazba
- 10 visoka strokovna izobrazba
- 11 univerzitetna izobrazba
- 12 strokovni magisterij
- 13 magisterij znanosti
- 14 doktorat znanosti

V Splošni bolnišnici Jesenice ste zaposleni (vpišite) _____ let.

Delovne dobe imam (vpišite) _____ let.

Navedite približno število ur (za leto 2009) k posamezni vrsti izobraževanja/izpopolnjevanja, ki ste se je udeležili s področja timskega dela, medsebojnih odnosov in komunikacije.

Vrsta strokovnega izpopolnjevanja	Število ur za leto 2009
1 seminar	
2 učna delavnica	
3 interna izpopolnjevanja v zavodu	
4 lastno izpopolnjevanje s pomočjo literature	
5 drugo (vpišite):	