



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V MANAGEMENTU



ODLIČNOST V ZDRAVSTVU – ODPRTI ZA NOVE IDEJE

Zbornik prispevkov z recenzijo

Laško, 12. april 2011



ODLIČNOST V ZDRAVSTVU – ODPRTI ZA NOVE IDEJE

Uredniki

mag. Boris Miha Kaučič
Nataša Vidnar
Suzana Majcen Dvoršak

Recenzentka

pred. mag. Hilda Maze

Jezikovni pregled

Nino Flisar

Programsko organizacijski odbor

mag. Hilda Maze, predsednica
mag. Boris Miha Kaučič
Nataša Vidnar
Suzana Majcen Dvoršak
doc. dr. Bojana Filej
Peter Požun
Daniela Mōrec
Duška Drev
Irma Antončič

Izdala in založila

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester v managementu

Oblikovanje in realizacija

Založba Pivec, Maribor

Naklada

200 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:005(082)

ODLIČNOST v zdravstvu – odprti za nove ideje : zbornik prispevkov z recenzijo / [uredniki Boris Miha Kaučič, Nataša Vidnar, Suzana Majcen Dvoršak]. - [Ljubljana] : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, 2011

ISBN 978-961-273-022-2

COBISS.SI-ID 66708737



KAZALO

PROGRAM SEMINARJA	7
I. GRADIMO ODLIČNOST V ZDRAVSTVU	
Vitka organizacija v zdravstvu <i>Lean organization in health care</i>	
doc. dr. Darja Peljhan	11
Izbor in razvoj ključnih kadrov na osnovi modela kompetenc <i>Selection and people development processes on the basis of competency models</i>	
Alenka Brod	22
Učinkovito nematerialno nagrajevanje zaposlenih <i>Efficient non-financial reward system</i>	
mag. Karmen Gorišek	34
II. VODENJE ZAPOSLENIH, VARNO DELOVNO OKOLJE IN NA DOKAZIH PODPRT ZDRAVSTVENI MENEDŽMENT	
Vodenje z zgledom – vloga menedžmenta v zdravstvu <i>Leading with example – the roll of management in health care</i>	
pred. mag. Hilda Maze, Suzana Majcen Dvoršak	49
Vpliv vodenja na zaposlene v zdravstveni negi <i>Impact of leadership on employees in nursing</i>	
pred. mag. Mateja Lorber, doc. dr. Brigita Skela Savič	59
Komunikacija v organizaciji in njen vpliv na zadovoljstvo zaposlenih <i>Communication within the organization and its impact on employee satisfaction</i>	
pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, doc. dr. Irena Gorenak	70



**Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu kot dejavnika
zdravega življenjskega sloga**

Workplace health promotion evaluation related to healthy life style

viš. pred. dr. Melita Peršolja Černe

81

Trpinčenje na delovnem mestu

Workplace mobbing

Dora Lešnik Mugnaioni, Darinka Klemenc

93

III. KOMUNIKACIJA S TEŽAVNIMI SOGOVORNIKI – HARVARDSKA NAČELA

**Kako komunicirati s težavnimi sogovorniki – pasti težavnih
pogovorov in temeljna načela reševanja problemov po Harvardskih
načelih**

***How to communicate with difficult interlocutors – traps of difficult
conversations and basic principles of problem solving based on Harvard
methods***

Tatjana Zidar Gale

109

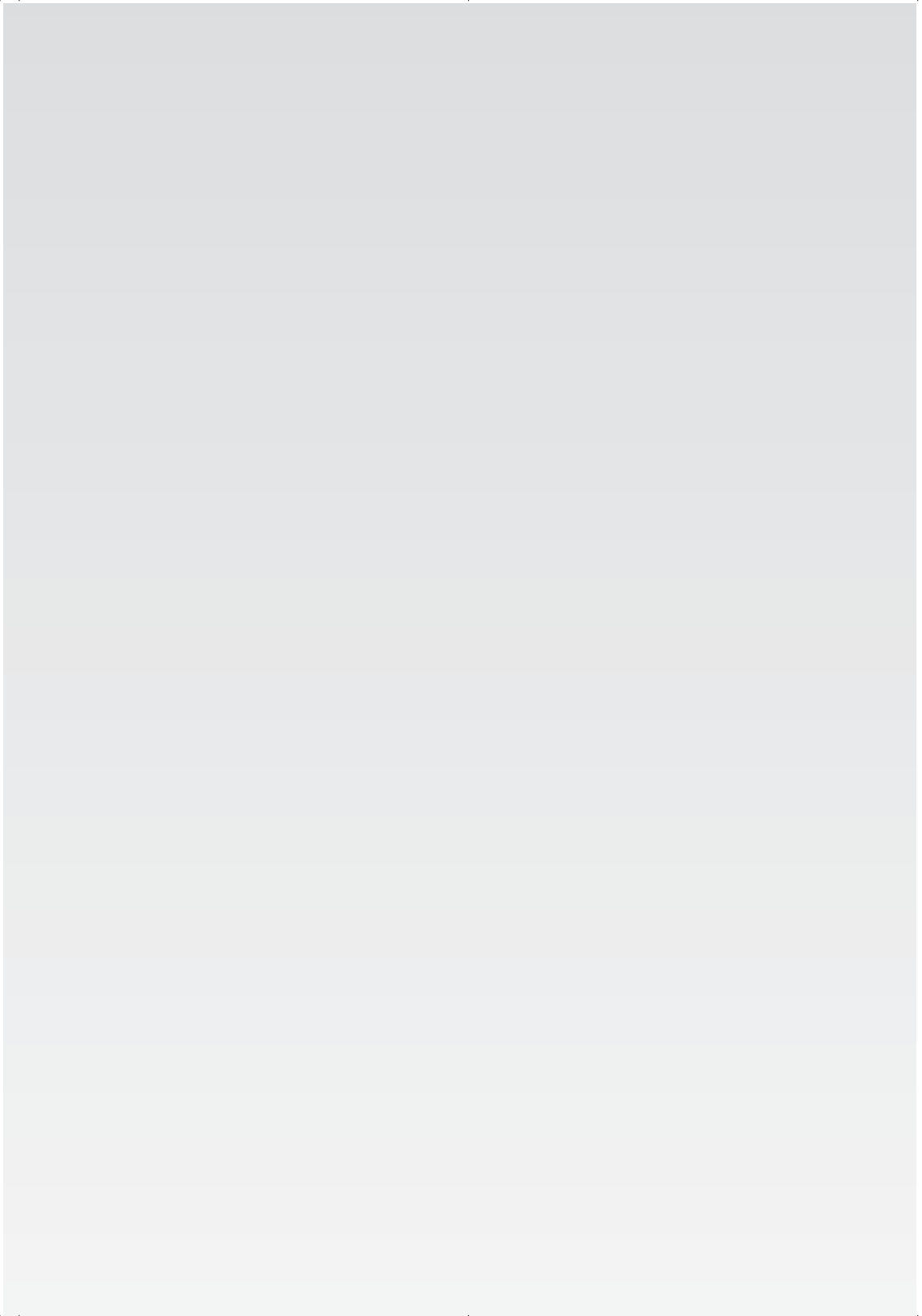
SPONZORJI

123



PROGRAM SEMINARJA







PROGRAM SEMINARJA

- 07.30 – 08.30 **Registracija udeležencev**
- 08.30 – 08.45 **Odprti za nove ideje – uvodni pozdrav organizatorja in informacije za udeležence**
pred. mag. Boris Miha Kaučič

I. GRADIMO ODLIČNOST V ZDRAVSTVU

Moderatoriki: doc. dr. Bojana Filej, pred. mag. Hilda Maze

- 08.45 – 09.30 **Vitka organizacija v zdravstvu**
doc. dr. Darja Peljhan
- 09.30 – 10.10 **Izbor in razvoj ključnih kadrov na osnovi modela kompetenc**
Alenka Brod
- 10.10 – 10.50 **Učinkovito nematerialno nagrajevanje zaposlenih**
mag. Karmen Gorišek
- 10.50 – 11.20 Razprava
- 11.20 – 12.00 *Socialno mreženje – odmor*

II. VODENJE ZAPOSLENIH, VARNO DELOVNO OKOLJE IN NA DOKAZIH PODPRT ZDRAVSTVENI MENEDŽMENT

Moderatoriki: pred. Duška Drev, Daniela Mörec

- 12.00 – 12.25 **Vodenje z zgledom – vloga menedžmenta v zdravstvu**
pred. mag. Hilda Maze, Suzana Majcen Dvoršak
- 12.25 – 12.55 **Vpliv vodenja na zaposlene v zdravstveni negi**
pred. mag. Mateja Lorber, doc. dr. Brigita Skela Savič



- 12.55 – 13.25 **Komunikacija v organizaciji in njen vpliv na zadovoljstvo zaposlenih**
pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik,
doc. dr. Irena Gorenak
- 13.25 – 13.50 **Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu, kot dejavnika zdravega življenjskega sloga**
viš. pred. dr. Melita Peršolja Černe
- 13.50 – 14.20 **Trpinčenje na delovnem mestu**
Dora Lešnik Mugnaioni, Darinka Klemenc
- 14.20 – 14.45 Razprava
- 14.50 – 16.00 *Socialno mreženje – kosilo*

III. KOMUNIKACIJA S TEŽAVNIMI SOGOVORNIMI – HARVARDSKA NAČELA

Moderatoriki: Irma Antončič, pred. Nataša Vidnar

- 16.00 – 17.15 **Kako komunicirati s težavnimi sogovorniki – pasti težavnih pogovorov in temeljna načela reševanja problemov po Harvardskih načelih**
Tatjana Zidar Gale
- 17.15 – 17.30 Razprava in zaključek srečanja



VABLJENA PREDAVANJA







Vitka organizacija v zdravstvu

Lean organization in health care

doc. dr. **Darja Peljhan**

Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta,
Katedra za management in organizacijo
darja.peljhan@ef.uni-lj.si

IZVLEČEK

Osnovni cilj vitke organizacije je odpraviti nepotrebne aktivnosti v poslovnem procesu, ki ne prinašajo vrednosti za uporabnika (tj. kupca, stranko, pacienta idr.) proizvoda ali storitve, ki jo podjetje ali druga vrsta organizacije (kot so npr. zdravstvene organizacije) ponuja. Namen prispevka je celovito predstaviti razsežnosti vitke organizacije s poudarkom na uvajanju tega koncepta v zdravstvu. V prispevku opišemo glavne značilnosti vitke organizacije, poudarjamo pomen analize aktivnosti kot sestavnega dela uvajanja vitke organizacije ter podrobneje predstavljamo koncept vitke organizacije v zdravstvu s prikazom nekaterih dobrih praks s tega področja. Vitke organizacije temeljijo na vitkem razmišljanju vseh zaposlenih, ki nenehno iščejo poti za odstranitev vseh nepotrebnih aktivnosti iz poslovnega procesa. Takšno razmišljanje pripomore k izboljšanju produktivnosti, višji prodaji ter višji stopnji zadovoljstva zaposlenih in kupcev.

Ključne besede: vitka organizacija, analiza aktivnosti, zdravstvo

ABSTRACT

The primary aim of the lean organization is to remove all the unnecessary activities in the business process. These are activities that are not adding value to the user (i.e. customer, client, patient, etc.) of the product or service the organization is offering. The purpose of this paper is to comprehensively introduce aspects of lean organization, focusing on the implementation of this concept in the healthcare. In the paper, the main characteristics of lean organization are described. We emphasize the importance of the activity analysis that plays an important role in the lean organization implementation. Further, we present lean organization in the healthcare by showing some good examples from the practice. Lean organizations are based on the lean thinking of all the employees that are continuously looking for the ways to remove the unnecessary activities from the business process. That results in the improved productivity, higher sales and higher level of the employees' and customers' satisfaction.

Key words: lean organization, activity analysis, healthcare



1 Uvod

Namen prispevka je celovito predstaviti razsežnosti vitke organizacije s poudarkom na uvajanju tega koncepta v zdravstvu. Sodobne organizacije si pri doseganju celovite uspešnosti poslovanja pogosto pomagajo s t. i. prožnim (vitkim) razmišljanjem (angl. Lean Thinking) ter s tem postajajo t. i. vitke organizacije (angl. Lean Organization). Vitke organizacije, ki razvijajo filozofijo vitkega razmišljanja, iščejo poti za odstranjevanje nepotrebnih aktivnosti iz poslovnega procesa. Cilj vitke organizacije je nenehno izboljševanje poslovnega procesa in odstranitev vseh aktivnosti, ki ne ustvarjajo dodane vrednosti. Z vidika končnega kupca, ki uporablja proizvod ali storitev, je v dodani vrednosti zajeta vsaka aktivnost, ki jo je pripravljen plačati.

Prispevek je poleg uvoda sestavljen iz štirih poglavij. V prvem poglavju opišemo glavne značilnosti vitke organizacije. V drugem poglavju poudarjamo pomen analize aktivnosti kot sestavnega dela uvajanja vitke organizacije. V tretjem poglavju podrobneje predstavljamo koncept vitke organizacije v zdravstvu, s predstavitvijo nekaterih dobrih praks s tega področja. V zadnjem, sklepnem poglavju pa povzemamo glavne ugotovitve prispevka.

2 Vitka organizacija

Osnovni cilj vitke organizacije je zmanjšati ali odpraviti aktivnosti, ki ne prinašajo vrednosti za kupca¹ (in jih ta tudi ni pripravljen plačati). V vitki organizaciji pojmujejo vsakršno porabo resursov, ki ne prinašajo dodane vrednosti ali vrednosti za kupca kot odpadek ali izgubo (angl. waste). V vitki organizaciji se procesi oblikujejo tako, da se predhodni pravočasno konča in takoj za njim začne naslednji proces. V proizvodnem podjetju to npr. pomeni, da nedokončana proizvodnja ne čaka na naslednji korak v proizvodnji v skladišču, temveč gre takoj v naslednji proces.

Vitke organizacije temeljijo na vitkem razmišljanju vseh zaposlenih, ki nenehno iščejo poti za odstranitev vseh nepotrebnih aktivnosti iz poslovnega procesa. Takšno razmišljanje pripomore k izboljšanju produktivnosti, višji prodaji in višji stopnji zadovoljstva zaposlenih in kupcev (Womack, Jones, 2005). Za vitke organizacije je značilno, da so bolj sploščene, kar

¹ Z besedo kupec mislimo na uporabnika proizvoda ali storitve, ki jo ponuja posamezno podjetje ali druga vrsta organizacije. Glede na naravo poslovnega procesa je lahko kupec poimenovan stranka, komitent, pacient idr.



pomeni, da temeljijo na širšem kontrolnem razponu (tj. okoli trideset, štiri-deset ali celo več ljudi). Kontrolni razpon je tisti dejavnik organizacije, ki določa, ali je organizacijska struktura visoka (strma organizacijska struktura) ali nizka, torej sploščena. Pod pojmom kontrolni razpon razumemo število zaposlenih, ki neposredno poročajo nadzorniku (Daft, Marcic, 2001; Robbins, 2000). Razpon določa, kako natančno je mogoče nadzirati podrejene (Daft, 2001). Trend sodobnih organizacij stremi k širšemu kontrolnemu razponu, sploščeni organizacijski strukturi, ki je horizontalno razpršena in ima manj ravni v hierarhični lestvici. Širši kontrolni razpon spodbuja proces delegiranja in s tem opolnomočenje zaposlenih (Penger, 2002).

Womack in Jones (1996) sta razvila pet načel vitke organizacije, za katero je značilno vitko razmišljanje (glej tudi Rich et al., 2006; Veršič, 2010):

- (1) *Specifikacija vrednosti proizvoda ali storitve*: Natančno je treba opredeliti vrednost proizvoda na osnovi dialoga s kupci (strankami, uporabniki, pacienti ipd.). V ospredju vitkega razmišljanja je kupec. Proizvajanje in prodajanje napačnih proizvodov se kaže kot izguba oz. potrata.
- (2) *Identifikacija tokov vrednosti*: Analizirati moramo vse aktivnosti, ki so potrebne za izdelavo določenega proizvoda ali opravljanje določene storitve. Odstraniti moramo nepotrebne faze v poslovnem toku. Ta korak nam pomaga odkriti večino potrat, ki nastanejo v podjetju.
- (3) *Analiza verige vrednosti in tokov aktivnosti znotraj nje*: Aktivnosti, ki ustvarjajo vrednost, naj potekajo tekoče in nepretrgano. Vitka organizacija mora zagotoviti, da materiali, proizvodi in informacije tečejo do kupcev brez prekinitev in zamud. Zastoji pri spreminjanju materiala v končne proizvode posledično pomenijo počasnejše obračanje materiala, kar pomeni višje stroške in posledično nižji dobiček.
- (4) *Vzpostavitev strategije vlečenja (angl. pull)*: Kupcu je treba omogočiti, da zahteva proizvod ali storitev po svojih potrebah in željah. Podjetja naj ne vsiljujejo svojih proizvodov kupcem. Bistvo oskrbe po načelu vlečenja je, da je kupec tisti, ki sproži proizvodnjo s svojim naročilom.
- (5) *Doseganje organizacijske odličnosti v vseh aktivnostih verige vrednosti podjetja*: Podjetje si mora prizadevati za popolnost ob pomoči prvih štirih načel, kar naj bi se odražalo v neprekinjenem krogu izboljševanja poslovanja. To omogoča, da se vse odvija hitreje ter razkriva nepotrebne aktivnosti, ki jih je treba odstraniti iz verige vrednosti podjetja.



3 Analiza aktivnosti

Doseganje poslovne odličnosti terja od podjetij in drugih organizacij prožno poslovanje ter nenehno prilagajanje vedno novim zahtevam kupcev. Podjetja se spopadajo z izzivom, kako pritegniti pozornost kupcev, ki se na trgu srečujejo s poplavo sorodnih izdelkov in zato pričakujejo poceni, vendar visoko kakovostne izdelke. V takšnih razmerah morajo podjetja, ki se želijo uveljaviti na globalnih trgih, sproti slediti dosežkom znanstveno-tehnološkega razvoja in uvajati sodobne tehnologije ter proizvodno-poslovna načela, kot sta ravno ob pravem času (angl. just in time) in celovito obvladovanje kakovosti (angl. total quality management). Vendar pa je to zgolj potreben pogoj za preživetje na trgu. Zadostni pogoj zadovoljuje šele uresničevanje zahteve, da podjetje vsako od svojih aktivnosti opravi brezhibno v prvem poskusu, zato mora temeljito analizirati aktivnosti, ki jih opravlja. Vse nepotrebne aktivnosti mora odpraviti, potrebne pa mora opravljati skrajno učinkovito. To je načelo, ki ne velja le za podjetja, ampak za vse organizacije (Tekavčič, 2002).

Vsaka organizacija opravlja najrazličnejše aktivnosti, med katerimi so ene bolj in druge manj pomembne za nemoteno poslovanje in doseganje visoke poslovne uspešnosti.² Pri analizi aktivnosti najprej opredelimo aktivnosti, ki sestavljajo posamezne procese – gre za izdelovanje tako imenovanih procesnih zemljevidov (angl. process mapping) oziroma diagramov poteka (Raiborn, Barfield, Kinney, 1999). Organizacija mora v procesu analize aktivnosti opraviti naslednje štiri faze (Turney, 1992): (1) ločitev bistvenih aktivnosti od nebistvenih; (2) analiziranje pomembnih bistvenih aktivnosti; (3) primerjava opravljanja aktivnosti z najboljšimi znanimi praksami in (4) preučevanje povezav med aktivnostmi. Takšen pristop omogoča celovito analizo poslovnega procesa na temelju analize aktivnosti, s tem pa tudi iskanje najustreznejših rešitev za odpravljanje ugotovljenih slabosti v poslovanju.

Aktivnosti, kot so na primer premikanje, skladiščenje in nadzorovanje oziroma pregledovanje, povzročijo, da pride med trošenjem poslovnih prvin do zamud ali do nepotrebne dela oziroma aktivnosti v poslovnem procesu. Zaradi opravljanja nepotrebni aktivnosti lahko pride do presežne proizvodnje, presežnih zalog, nepravilne obdelave, nepotrebne transporta, nepotrebni zamud, nepotrebni napak in nepotrebne gibanja, kar vse povzroča nepotrebne dodatne stroške in zmanjšuje učinkovitost poslovanja. Uvaja-

² Več o spremljanju uspešnosti poslovanja v sodobnih organizacijah glej v Peljhan idr., 2010.



nje sprememb v proizvodih/storitvah in spreminjanje poteka procesa odpravlja potrebo po aktivnostih, ki ne dodajajo vrednosti, s čimer pogosto znižamo stroške in skrajšani pretočni čas ter povečamo kakovost proizvodov in storitev, vse skupaj pa ima ugoden vpliv na uspešnost poslovanja podjetja.³ Koraki v okviru analize aktivnosti so naslednji (Kaplan, Atkinson, 1998):

- (1) skicirati moramo potek procesa, da lahko opredelimo posamezne aktivnosti, ki ga sestavljajo;
- (2) ugotoviti moramo stroške vsake aktivnosti;
- (3) odkriti moramo priložnosti za izboljšanje poslovanja;
- (4) postaviti moramo prioritete glede izboljševanja poslovanja.⁴ Pri tem nam je lahko v veliko pomoč matrika kakovosti aktivnosti z vidika podjetja (glej sliko 1), ki jo uporabljamo za razvrstitev aktivnosti z vidika njihove zaželenosti v poslovnem procesu. Pomembno je, da se podjetja osredotočijo predvsem na zaželene in potrebne aktivnosti, zmanjšati ali odpraviti pa morajo tiste aktivnosti, ki ne prispevajo k vrednosti z vidika kupca ali k nemotenemu poslovanju v podjetju. Posamezno zaželeno in potrebno aktivnost morajo podjetja opraviti brezhibno v prvem poskusu. To jim omogoča znižati stroške, povezane z opravljanjem posameznih aktivnosti, s tem pa tudi celotne stroške poslovanja;
- (5) utemeljiti moramo koristnost uvedbe načrtovanih postopkov izboljšav in prenove poslovnih procesov s finančnega vidika (koristi uvedbe načrtovanih postopkov morajo biti večje od stroškov njihovega uvajanja);
- (6) natančno moramo opredeliti, kaj je potrebno storiti, da bomo odpravili ali kakorkoli znižali stroške posameznih aktivnosti;
- (7) Udejanjiti moramo zahtevane spremembe;
- (8) spremljati moramo koristi, ki jih bomo pridobili z uveljavljenimi izboljšavami ter jih primerjati s stroški uvedbe izboljšav. Na tej podlagi ugotavljamo morebitna odstopanja od načrtovanega in v skladu s tem sprejemamo korektivne ukrepe.

³ Več o konceptih obvladovanja stroškov in uspešnosti poslovanja, ki temeljijo na analizi aktivnosti, glej v Peljhan, Tekavčič, 2004.

⁴ Navadno se postopki izboljševanja razvrščajo po dodajanju vrednosti. To pomeni, da se najprej lotimo aktivnosti, ki ne dodajajo vrednosti, za katere je značilna največja razlika med stroški, ki jih povzročajo in stroški za njihovo odpravo. Poleg tega so med najvišjimi po prioriteti tudi aktivnosti, ki dodajajo vrednost, povzročajo pa zelo visoke stroške.



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V MANAGEMENTU

	Ali aktivnost dodaja poslovnemu učinku vrednost z vidika kupca?		
	DA	NE	
		Ali je aktivnost potrebna z vidika zahtev podjetja?	
		DA	NE
DA			
Ali aktivnost opravljamo učinkovito?			
NE			

Oznake pomenijo naslednje

- aktivnost je zaželena in se opravlja učinkovito
- aktivnost je potrebna in se opravlja učinkovito
- aktivnost je zaželena, vendar je treba povečati učinkovitost njenega opravljanja
- aktivnost je potrebna, vendar se opravlja neučinkovito
- aktivnost ni zaželena in ni potrebna

Slika 1: **Matrika kakovosti aktivnosti z vidika podjetja** (vir: Tekavčič, 1997, str. 168)

Obstaja več možnosti, kako lahko v podjetju izboljšamo izvajanje posameznih aktivnosti. Lahko spremenimo sam potek procesa, bolje načrtujemo, usposabljammo ljudi za pravilno izvajanje aktivnosti, poenostavimo določene aktivnosti in s tem procese, kombiniramo razdrobljene aktivnosti v celoto, odpravimo podvajanje aktivnosti, uvedemo avtomatizirano poslovanje in standardizacijo, odpravimo vzroke za ponovno obdelavo (slabih) poslovnih učinkov in podobno (Raiborn, Barfield, Kinney, 1999). Ukrepi, ki temeljijo na analizi aktivnosti, so odločilnega pomena za odpravljanje šibkih točk v poslovanju ter s tem za povečevanje uspešnosti poslovanja. Podjetja, ki želijo uvesti vitek način poslovanja, morajo običajno najprej nov način



poslovanja integrirati v obstoječe strateške cilje podjetja ter spremeniti organizacijsko kulturo v smeri hitrejšega sprejemanja in uvajanja sprememb v poslovanju.

4 Primeri vitke organizacije v zdravstvu

Do sedaj smo obravnavali vitko organizacijo na splošno, torej za vsa podjetja in organizacije, tako profitne kot neprofitne. Vitko razmišljanje namreč ni omejeno na panogo, v kateri posamezno podjetje ali organizacija deluje. V vseh organizacijah se namreč srečamo z delovnim procesom, ki si sledi kot zaporedje določenih aktivnosti, od katerih so nekatere nepotrebne in povzročajo ti. ozka grla ali zastoje v delovnem procesu. Vse vrste organizacij (proizvodne, zdravstvene idr.) so usmerjene v doseganje rezultatov (to je lahko nov avtomobil ali ozdravljen pacient). Vitka organizacija namreč omogoča izboljšavo doseženih rezultatov z optimizacijo poslovnih procesov z namenom zmanjšanja nepotrebni aktivnosti, odprave motenj in skrajšanja čakalnih časov.

Glavne prednosti vitkega načina razmišljanja v zdravstvenih organizacijah se kažejo v večji učinkovitosti, višji produktivnosti, večjem zadovoljstvu pacientov in zaposlenih, ponovljivi visoki kakovosti opravljenih storitev ter posledično celovitemu izboljšanju uspešnosti. V zdravstvu je največ aktivnosti, ki ne dodajajo vrednosti naslednjih: čakanje, ustvarjanje prevelikih zalog materialov, napake, nepotrebni premiki (zaposlenih, pacientov, aparatov), premalo izkoriščeno znanje, spretnosti in sposobnosti zaposlenih. Idealna vitka organizacija naj bi tako ponujala točno tisto, kar pacient želi in potrebuje, brez napak v procesih; posamično obravnavo vsakega pacienta; takojšnji odziv na težave in spremembe; izločanje vseh nepotrebni aktivnosti; varnost za paciente, zdravstveno osebje in ostale zaposlene.

V nadaljevanju predstavljamo nekaj primerov uspešnih praks vitke organizacije v zdravstvu. Prvi primer je bolnišnica v Južni Karolini (South Carolina Hospital, ZDA), ki je v letu 2006 izvedla veliko sprememb v smeri vitkega načina delovanja. Med drugim so se soočali z dolgimi čakalnimi dobami na urgenci. Ukrepi, ki so jih sprejeli na pobudo zdravnikov in medicinskih sester, so se nanašali predvsem na večjo zasedenost (izkoriščenost) postelj in poenostavitev postopkov ob sprejemu in registraciji posameznega pacienta. Pred sprejetimi ukrepi, so na urgenci obravnavali 1.000 pacientov mesečno, potem pa se je število obravnavanih pacientov povečalo za 17 odstotkov.



Rezultat je bil tudi pozitiven ekonomski učinek, saj so se stalni (fiksni) stroški prerazporedili na večje število pacientov. Izboljšalo se je zadovoljstvo pacientov, med zdravstvenim osebjem pa se je oblikovala kultura povezovanja in nenehnih izboljšav tudi za v prihodnje, saj so neposredno izkusili pozitivne učinke vpeljave vitke organizacije (SCMEP, 2008).

Drugi primer dobre prakse na področju vitke organizacije je danska Univerzitetna bolnišnica Odense (po velikosti in vsebini je primerljiva z ljubljanskim UKC, spremembe v smeri vitke organizacije pa so začeli v letu 2006), kjer tečejo procesi horizontalno, kar pomeni, da se je visoka hierarhična struktura sploščila. Procesni pristop pomeni, da bolje obvladujejo aktivnosti, manj je podvajanja, porabijo manj resursov (vključno s časom) za ustvarjanje končne vrednosti za pacienta. V bolnišnici Odense so uspeli skrajšati čakalne dobe s tem, da so poiskali in odstranili tiste aktivnosti, pri katerih so po nepotrebnem izgubljali čas (npr. čakalno dobo za pregled s CT so v povprečju skrajšali za 40 odstotkov, kar pomeni 1.800 več pregledanih pacientov na leto; na področju radiologije so čakalne dobe za preglede z ultrazvokom skrajšali za 65 odstotkov; tudi v kardiološki ambulanti so čakalne dobe skrajšali za več kot polovico, zato so na letni ravni lahko opravili 450 pregledov več, kot bi jih sicer). Bistvo tovrstnega pristopa je v usmeritvi »delati pametneje, ne več in težje« in v ustvarjanju kulture, v kateri so izboljšave delovnega procesa samoumeven del vsakdanjika. To prispeva k bistvenim izboljšavam za paciente, pri zaposlenih, ki so zadovoljnejši, pa se avtomatično povečata aktivnost in odzivnost na razvojne spodbude (Zajec, 2011).

V bolnišnici Odense paciente, ki se zdravijo pri njih, sistematično sprašujejo o njihovih izkušnjah. Skrajšanja čakalnih dob niso dosegli z nakupi novih CT-aparatov, pač pa so se osredotočili na natančno analizo procesov in aktivnosti ter ugotovili, kje po nepotrebnem izgubljajo čas. Spremenili so tudi organizacijsko kulturo, saj so imeli kar nekaj težav z odporom zaposlenih do sprememb, saj so desetletja delali na isti način. Tako so uvedli tudi dodatne oblike nagrajevanja, npr. tisti, ki je bolj aktiven v uvajanju sprememb, ima več dodatnih možnosti za izobraževanje. Zaposleni so sčasoma tudi sami spoznali, da je nov način organizacije manj stresen kot predhodni. Cilj v bolnišnici Odense je odpraviti ležanje pacientov v čakanju na pregled ali poseg, ki ga lahko opravijo takoj. Prav tako se jim zdi neprimerno, da bolnik na izvide čaka več dni. V bolnišnici Odense so ključne neprestane izboljšave »pacientove poti« (Knavs, 2010).



Kot primer vitke organizacije v Sloveniji lahko izpostavimo primer dnevne bolnišnice v Splošni bolnišnici Jesenice. Ključna je bila sprememba v organizaciji dela. Odpravljeno je bilo »premikanje« pacienta od enega okenca k drugemu. Po novem vsi, vključno z administratoriko, prihajajo k pacientu, in ne (več) pacient k njim. Ker je bil oddelek ponoči zaprt, so na letni ravni pri stroških dela privarčevali 105.963 evrov (Zajec, 2011).

Zdravstvena organizacija, ki stremi k vitki organizaciji, mora pri uvajanju le-te stremeti k naslednjemu: (1) izločiti vse nepotrebne oz. nebistvene aktivnosti in procese (ob pomoči analize aktivnosti); (2) povezati vse aktivnosti določenega procesa v tok; (3) oblikovati medfunkcijske time (največkrat sestavljene iz zdravnikov, medicinskih sester, po potrebi pa tudi zaposlenih iz režije) znotraj posameznega procesa in (4) zagotoviti nenehno izboljševanje. V zdravstvenih organizacijah se hierarhična avtoriteta izkaže pogosto kot neustrezna za vodenje izboljšav, ki zahtevajo ustvarjalnost, inovativnost, dialog, prilagodljivost in željo po spremembi pri vseh zaposlenih. Izzivi takih sprememb spodbujajo nastanek novih pogledov na vodenje, ki so osnovani na novih načelih. Te spremembe namreč zahtevajo edinstveno mešanico sodelavcev na različnih položajih, ki vodijo na različne načine. V novi paradigmi avtentičnega vodenja poglobljena naloga vodij ni več odločanje, temveč ustvarjanje zaupanja, sodelovanja in sposobnosti učenja po celotni organizaciji. Zaposleni v zdravstvu na vseh ravneh so pooblaščen za sprejemanje odločitev in doseganje skupne vizije (več o tem glej v Penger, Peterlin, 2010).

5 Sklep

Vitka organizacija omogoča izboljšavo doseganja rezultatov z optimizacijo poslovnih procesov z namenom zmanjšanja nepotrebni aktivnosti, odprave motenj in skrajšanja čakalnih časov. Vitko razmišljanje ni omejeno na panogo, kjer posamezno podjetje ali organizacija deluje. V vseh organizacijah se namreč srečamo z delovnim procesom, ki si sledi kot zaporedje določenih aktivnosti, od katerih so nekatere nepotrebne in povzročajo ti. ozka grla ali zastoje v delovnem procesu.

Glavne prednosti vitkega načina razmišljanja v zdravstvenih organizacijah se kažejo v večji učinkovitosti, višji produktivnosti, večjem zadovoljstvu pacientov in zaposlenih, ponovljivi visoki kakovosti opravljenih storitev ter posledično celovitemu izboljšanju uspešnosti. V zdravstvu je največ aktiv-



nosti, ki ne dodajajo vrednosti, naslednjih: čakanje, ustvarjanje prevelikih zalog materialov, napake, nepotrebni premiki (zaposlenih, pacientov, aparatov), premalo izkoriščeno znanje, spretnosti in sposobnosti zaposlenih. Idealna vitka organizacija naj bi tako ponujala točno tisto, kar pacient želi in potrebuje, brez napak v procesih: posamično obravnavo vsakega pacienta, takojšni odziv na težave in spremembe, izločanje vseh nepotrebnih aktivnosti, varnost za paciente, zdravstveno osebje in ostale zaposlene. Bistvo tovrstnega pristopa je v ustvarjanju organizacijske kulture, v kateri so izboljšave delovnega procesa samoumeven del vsakdanjika. Pri tem je odločilnega pomena pravo vodenje, ki zahteva spodbujanje ustvarjalnosti, inovativnosti, dialoga, prilagodljivosti in želje po spremembah pri vseh zaposlenih.

Literatura

- Daft, R. L., Marcic, D. (2001). *Understanding Management*. Fort Worth: Harcourt College Publishers.
- Daft, R. L. (2001). *Organizational Theory and Design*. Ohio: South-Western College Publishing.
- Kaplan, R. S., Atkinson, A. A. (1998). *Advanced Management Accounting*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Knavs, N. (2010, 11. november). Čakalne dobe je mogoče skrajšati. *Dnevnik*. Dostopno na: <http://www.dnevnik.si/novice/slovenija/1042402227> (21. 2. 2011).
- Peljhan, D., Tekavčič, M. (2004). Activity-based cost management: Evidence from Slovenia. *Accounting and finance in transition*, 1, 135–150.
- Penger, S. (2002). Učēca se družba (learning organization), vitka organizacija (lean manufacturing) in virtualno managiranje v malem gospodarstvu: izzivi poslovanja na prehodu v 21. stoletje. V Društvo ekonomistov Ljubljana, Obrtna zbornica Slovenije (izd.), *Slovenska obrt in malo gospodarstvo pred izzivi evropske konkurence* (str. 27–54). Ljubljana: Društvo ekonomistov.
- Penger, S., Peterlin, J. (2010). Vodenje organizacije nove generacije: avtentično vodenje - kdo so avtentični vodje in kako vzpodbudimo njihov razvoj?. V Kaučič, B. M., Vidnar, N. & Majcen Dvoršak, S. (ur.), *Zdravstveni menedžment – quo vadis? Zbornik prispevkov seminarja Sekcije medicinskih sester v managementu, Maribor, 20. oktober 2010* (str. 29–39). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu.
- Raiborn, C. A., Barfield, J. T., Kinney, M. R. (1999). *Managerial Accounting*. Cincinnati: South-Western College Publishing.



- Rich, N., Baterman, N., Esain, A., Massey, L., Samuel, D. (2006). *Lean Evolution: Lessons from the Workplace*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Robbins, S. P. (2000). *Managing Today*. San Diego: Prentice Hall.
- SCMEP. (2008). Lean Healthcare Services. Lean Healthcare South Carolina. *South Carolina Manufacturing Extension Partnership*. Dostopno na: http://www.scmep.org/lean_healthcare.html (28. 2. 2011).
- Tekavčič, M. (1997). *Obvladovanje stroškov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Tekavčič, M. (2002). Merjenje in presojanje uspešnosti poslovanja. V Možina, S. (ur.), *Management* (str. 664-692). Radovljica: Didakta.
- Turney, P. B. B. (1992). Activity-Based Management. *Management Accounting*, 73 (7), 20–5.
- Veršič, M. (2010). *Prehod iz Six Sigma v Lean Six Sigma*. (Diplomsko delo). Ekonomsko-poslovna fakulteta, Maribor.
- Womack, J. P., Jones, D. T. (1996). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. New York: Simon & Schuster.
- Womack, J. P., Jones, D. T. (2005). *Lean Solutions: How Companies and Customers Can Create Value and Wealth Together*. New York: Free Press.
- Zajec, D. (2011, 10. januar). Za kakovost in varnost sistema, ki stane 320.000 evrov na uro. *Delo*. Dostopno na: <http://www.delo.si/clanek/135816> (21. 2. 2011).



Izbor in razvoj ključnih kadrov na osnovi modela kompetenc

Selection and people development processes on the basis of competency models

Alenka Brod, univ. dipl. soc.
Racio razvoj d.o.o.
alenka.brod@racio-razvoj.si

IZVLEČEK

V članku se dotikamo opisa dveh ključnih kadrovskih procesov, pri katerih prihaja zaradi vpeljave kompetenčnih modelov do večjih vsebinskih, metodoloških in procesnih sprememb. Zahteve presoje na osnovi kompetenc zahtevajo celovitejši in strokovno podprt vpogled v posameznika, ne glede na to, ali izvajamo selekcijski ali ocenjevalno/razvojni postopek. Opisujemo nekatere možne pristope in orodja, uporabne za oba namena. V članku prikazujemo še rezultat presoje, ki se odraža v vsebini individualnega razvojnega načrta ter opozarjamo na pestrost pri izboru metod razvoja kompetenc. Čeprav je tovrstna praksa v zdravstvenih zavodih manj razvita in zaradi regulacije večine poklicev tudi ne moremo uporabiti vseh dobrih praks gospodarstva, pa je na mestu razmislek, kaj in katere metode so lahko uporabne, da se učinkovitost selekcijskih in razvojnih ukrepov odrazi tudi v uspešnosti zavoda.

Ključne besede: selekcija kadrov, selekcijske metode, vedenjski intervju, kompetence, razvoj kadrov

ABSTRACT

We describe two most important HR processes (Selection and People development) that encounter major methodological, process and changes due to the competency modelling. More and more we are faced with the need for more holistic and detailed people assessment, no matter if it occurs for selection or development reasons. We describe several possible approaches and methods, which can be used for both purposes. In the article we also describe individual development plan as a result of competency assessment and point out the variety of development methods that can be used for specific competency development. Even though the public sector, due to the regulation of many occupational roles can be deprived from use of some of them, there should be time for considering which of them are applicable also in this sector and as such foster individual and organisational effectiveness.

Key words: People selection process, Selection methods, Behavioural Interview, Competences, People development process, Potential Assessment



1 Uvod

Kompetence, kot temelj kadrovske arhitekture, so se v slovenskem okolju že dodobra zasidrle in številne organizacije prihajajo na stopnjo, na kateri se ključne kadrovske procese nadgrajuje na njihovi osnovi. Uvajanje kompetenc večinoma izhaja iz potrebe ustvarjanja nove vrednosti, ki zahteva v organizaciji specifičen profil sodelavcev, ki bodo zmogli, želeli in videli svojo možnost pri uresničevanju le-te. Ključni namen uvajanja kompetenc v organizacije, kot ga zasledimo v mnogih primerih kaže na omogočanje **sistematičnega načina uresničevanja poslovne vizije, strategije in ciljev v organizaciji, dvig in ohranjanje kvalitete storitev ter skrb za odjemalce.**

Okolje, v katerem delujejo organizacije, ne glede na to, ali gre za gospodarski ali javni sektor, je izpostavljeno nenehnih spremembam, ki povzročajo potrebo po notranji spremembi strukture sodelavcev, ki uresničujejo zastavljene cilje. V osnovi se sama vsebina poklicev generalno ne spreminja, se pa močno spreminjajo 'kompetence', ki jih posamezne poklicne skupine potrebujejo za uresničevanje današnjih zahtev dela.

Čeprav je v kadrovski praksi pojem dodobra znan, še vedno prihajamo tudi do nerazumevanja zaradi različnih definicij. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2005) je kompetenca definirana kot: obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom, pristojnost, pooblastilo. V kadrovski praksi je kompetenca opredeljena drugače. V okviru teorije kompetenc obstaja vrsta definicij, vendar bomo na tem mestu uporabljali razumevanje, kot ga opredeli Boyatzis (1982): **'notranjo značilnost posameznika, ki je vzročno povezana z nadpovprečno storilnostjo na delovnem mestu'**.

Mc Clelland (Kohont, Svetlik, 2005) je kot utemeljitelj uporabe kompetenc v kadrovski praksi razvijal koncept razvoja ljudi predvsem v smeri, da je bolj kot merjenje inteligence (ki je še danes pogosto prisotna v postopkih selekcije kadrov) potrebno prepoznavati druge lastnosti, če želimo doseči temeljno poslanstvo kadrovske funkcije – »prave ljudi, na prava mesta«. Avtor je prišel do ugotovitve, da je uspeh posameznika odvisen od drugih dejavnikov, med katere je vključil izkušnje in sposobnosti. Njegova izhodišča pa kasneje nadgradi še Boyatzis, ki doda še motive, sposobnosti, samopodobo in družbeno (socialno) vlogo (1982). Bistvo uporabnosti kompetenc se skriva v opredeljevanju tistih elementov, ki jih težje prepoznamo, dokažemo, so pa nujno potrebne za izvajanje delovnega procesa. Na tem mestu se ne spušča-



mo v sam proces oblikovanja kompetenčnega modela pač pa se ukvarjamo z njihovo uporabnostjo v procesih selekcije in razvoja kadrov.

Ko enkrat ugotovimo, kaj vse bi naj naši sodelavci potrebovali za doseganje odličnosti pri svojem delu, potem povezujemo kompetence v posamezne organizacijske aktivnosti s ciljem nenehnega izboljševanja. Glede na velikost, razvitost kadrovske funkcije in specifik organizacij je uporabnost modela kompetenc različna, najpogosteje pa se navezuje na naslednje kadrovske procese:

- **Selekcija kadra:** kot osnovna izhodišča oz. zahteve za delovno mesto uporabimo kompetenčni profil in kandidata primerjamo z želenim stanjem. Pri tem lahko uporabljamo različne metode, katerih cilj je čim boljše prepoznavanje skladnosti kandidata in kompetenčnega modela za določeno delovno mesto. Več o tem v nadaljevanju.
- **Ocenjevanje delovne uspešnosti:** je proces, ki se opravlja mesečno, obdobjno, najmanj pa enkrat letno. Orodje ocenjevanja delovne uspešnosti lahko predstavljajo redni letni razgovori, kjer nadrejeni poleg doseganja ciljev in presoje izvajanih aktivnosti preverjajo tudi kompetentnost posameznika. Na osnovi razkoraka med dejanskim in želenim stanje se v nadaljevanju predlagajo izboljšave, ki se izvajajo v procesu razvoja kadrov.
- **Razvoj kadrov:** individualni ali skupinski razvojni načrti, ki so oblikovani na osnovi kompetenčnega modela in ocene delovne uspešnosti, omogočajo sistematično načrtovanje izboljšav za razvoj individualne ali skupinske kompetentnosti. Razvoj posameznika usmerjamo k izboljševanju tistih kompetenc, pri katerih je stopnja odstopanja največja, od kadrovske funkcije pa zahteva tudi premislek glede uporabljenih metod razvoja. Za potrebe nasledstev je razvoj posameznika usmerjen v tiste kompetence, ki jih bo na novem delovnem mestu potreboval, pa pri njem še niso razvite.
- **Usposabljanja:** skladno s postavljenimi vrednotami predstavlja znanje ključno strateško vrednoto, ki jo skozi proces usposabljanja uresničujemo. Izhodišče za oblikovanje letnega načrta usposabljanja je model kompetenc, ki nas usmerja v vsebine, ki jih organizacija/zaposleni potrebujejo. Posamezne vsebine usposabljanja naj nosilci izobraževanja uskladijo glede na vsebino posamezne kompetence, da bodo poudarki



v usposabljanju res ciljno usmerjeni. Za določanje konkretnih potreb po izobraževanju vključujemo vodje in posameznike. Informacija o primanjkljaju znanja mora priti od ključnih uporabnikov (vodja in zaposleni). Tudi sistem ocenjevanja uspešnosti usposabljanja lažje spremljamo, v kolikor se izvaja tudi spremljanje ocenjevanja kompetenc, s katerim v določenem času spremljamo spremembo v posameznikovem vedenju.

- **Načrtovanje nasledstev:** gre za specifično aktivnost, pri kateri na osnovi ugotovljenega potenciala izberemo kandidate za nasledstva (različna delovna mesta). Le-te pripravljamo skladno s kompetenčnim profilom, ki zanje velja, in usposobimo, da so pravočasno pripravljene na spremembo dela. V primeru, da znotraj obstoječe strukture zaposlenih ne najdemo potencialnega naslednika, ga iščemo na zunanjem trgu delovne sile.
- **Nagrajevanje:** povezava modela kompetenc s plačnim sistemom je priporočljiva v fazi, ko je organizacija usposobljena za uporabo modela in ko že ima izkušnje ter so kompetenčni profili ustrezno določeni, da jih lahko uporabimo tudi kot osnovo nagrajevanja. Njegova uporabnost se zdi še posebej primerna pri določanju variabilnega dela nagrajevanja.

V nadaljevanju si podrobneje pogledjmo povezavo kompetenc z dvema ključnima procesoma: selekcijo in razvojem kadrov.

2 Kompetence kot osnova izbora ključnih kadrov

Izziv odgovornih za izbor sodelavcev, ki izhaja iz odločitve uporabe kompetenc tudi v selekcijski namen, pomeni predvsem odločitev glede metod, ki jih uporabljamo v selekcijskem postopku, ko izbiramo ključne kadre (vodje in ključni strokovnjaki, v primeru zdravstva se ta izbor širi tudi na druge specialiste). Tradicionalni pristop (pregled življenjepisov in klasični selekcijski (situacijski) intervju) ne daje pravih rezultatov, v kolikor želimo presojeti kompetentnost posameznika. Ker iščemo odgovor na vprašanja **kaj človek zna, kaj zmore, kakšen je in kaj želi** in želimo to **primerjati s potrebnimi** (nujnimi, bistvenimi), **zaželenimi in nezaželenimi kompetencami**, je potrebna poglobljena in strokovna presoja. Če izhajamo iz osnovne definicije kompetenc, moramo v fazi izbora sodelavcev **ugotoviti znanje**. V pove-



zavi s kompetencami gre pri znanju za tri vprašanja, **vedeti kaj, vedeti kako in vedeti zakaj**, ali povedano drugače **preverjanje strokovnih kompetenc**. Pri tem si lahko dokaj učinkovito pomagamo npr. s testi znanja ali praktičnimi delovnimi preizkusi, ki posredno preverjajo usposobljenost kandidata, pri čemer lahko izvajamo preizkus v konkretni ali simulirani situaciji. Tudi pretekle izkušnje posameznika, priporočila doprinesejo k tej presoji.

Težje je pri ugotavljanju t. i. vedenjskih kompetenc. V tem okviru ugotavljamo **spodobnosti in zmožnosti** za doseganje ciljev delovnega mesta in organizacijskih zahtev. Pri sposobnostih nas zanimajo tiste lastnosti, ki bodo vplivale na posameznikove dosežke. Po Musku in Pečjaku (2001) se sposobnosti delijo na **duševne** (zaznavne), **telesne** (različne telesne spretnosti) in **mentalne** (inteligentnost, ustvarjalnost). Sestavni del kompetenc je, kot že rečeno, tudi **motivacija**. Mayer, Kern, Roblek in Urh (2005) npr. motivacijo definirajo kot »tisto, kar človek želi, hoče, namerava, torej težnjo, ki ga pripravi k določeni dejavnosti in mu omogoča, da pri njej vztraja in jo dokonča«. Presojati je potrebno tudi **vrednote**, ki so po Musku, opredeljene »kot posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih ali pojavih, ki jih visoko cenimo, ki se nanašajo na široke kategorije podrejenih objektov in odnosov in ki usmerjajo naše interese in naše vedenje kot življenjska vodila« (Musek, 2003). Presoja se nanaša tudi na **osebnostne lastnosti**, ki pomenijo »značilnosti, ki so relativno trajne in po katerih se posamezniki razlikujejo med seboj po značilnem vedenju. Pri vsakem posamezniku se te značilnosti združujejo v značilen vzorec, ki je enkrat in neponovljiv, v njegovo osebnost«. Te značilnosti pa delita na: temperament, značaj, sposobnosti in telesno zgradbo. (Musek, Pečjak, 2001).

Stroka ponuja več vrst pripomočkov, s katerimi povečamo ustreznost izbora in imajo visoko stopnjo veljavnosti. Prvi sklop so **testi**, ob testih znanja uporabljamo še psihološke teste, ki se še dodatno delijo glede na vrste.

Osebnostni testi nam pomagajo meriti osebnostne lastnosti (npr. Vprašalnik za merjenje strukture osebnosti po modelu »velikih pet« (BFQ), Eysenchovo osebnostni vprašalnik, Goldbergov vprašalnik osebnosti, Catellov vprašalnik 16 osebnostnih potez, Belbinov test timskih vlog, Plutchikov profil indeksa emocij ...), ki so definirane za posamezno delovno vlogo. Poznamo **teste sposobnosti**, ki preverjajo npr. **fizične** (senzorni testi ali testi mehaničnih in motoričnih sposobnosti) ali **kognitivne sposobnosti** (mentalni testi – ugotavljanje splošne inteligentnosti, numerične sposobnosti, zmožno-



sti abstraktnega mišljenja, sposobnosti prostorskega zaznavanja, sposobnosti besednega izražanja ...). Med pogosteje uporabljenimi so tudi **testi interesov**. V praksi se uporablja tudi vrsta t. i. psevdotestov, ki jim primanjkuje veljavnosti in zanesljivosti.

Drugi pripomoček je **vedénjski (kompetenčni) intervju** (Competency-Based Behavioral Interviewing), katerega namen je ugotavljanje vedenja, odziva in posledic vedenja. Gre za metodo, ki jo je razvil Mc Clelland (Mc Clelland v Kohont, Svetlik, 2005) na osnovi Flannagovone metode kritičnih dogodkov. Vedenjski intervju sestavljajo vprašanja, ki se nanašajo na kandidatove pretekle delovne ali življenjske izkušnje in so povezane z znanjem, veščinami in sposobnostmi, ki so potrebne za uspešno opravljanje dela, povezanega z organizacijsko vlogo (Janz v Easdown, 2005). Cilj tovrstnega intervjuja je usklajevanje zelenih kompetenc delovne vloge s kompetencami kandidata. Tako kot pri drugih intervjujih, ki jih uporabljamo za primerjavo, je potrebno vprašanja čim bolj standardizirati, sočasno pa morajo imeti naravo razmišljujočega tipa vprašanj, ker želimo kandidate spodbuditi k čim bolj natančnemu opisu vedenj v konkretnih situacijah in razmišljanju o specifičnih situacijah. Pogosto je v teh intervjujih uporabljena metoda »STAR« (angl. Situation, Task, Action, Result) (Byham, Pickett, 1997). Najprej opis konkretne situacije, nato opis naloge, sledi opis aktivnosti in vedenja, kako se je odzival, deloval in kakšne ukrepe je uporabljal, zaključí pa se s posledico, rezultati, dosežki oziroma, kaj se je posameznik iz tega naučil. Ta metoda je zelo priporočljiva tudi pri identifikaciji ključnih kadrov (vodij in strokovnih sodelavcev), saj pomaga pri objektivizaciji odločitve in upravičenosti posameznikove promocije.

Opisani pristop zahteva strokovno usposobljene in večše izvajalce selekcije. V praksi se interni kadrovski strokovnjaki pogosto poslužujejo zunanjih specializiranih organizacij, saj sami običajno ne premorejo teh veščin. Priporočamo pa tudi sodelovanje neposredno nadrejenega (pri kandidatih, ki so prišli v ožji izbor, ključna delovna mesta), ki skozi opazovanje postopka pridobi tudi zase vrsto uporabnih informacij, ki olajšajo nadaljnje sodelovanje z izbranim kandidatom.

Tretja, vendar pri nas precej manj uporabljana metoda pa so t. i. **ocenjevalni centri**, ki jih na tem mestu ne obravnavamo podrobneje. Čeprav je zdravstvo zaradi specifične regulacije in kljub visokim stroškom povezanimi z njimi, lahko vseeno dober primer za njihovo vzpostavitev. Predvsem pre-



soja poklicnih kompetenc z drugačnimi oblikami, ki zahtevajo pripravo ustreznih nalog in tudi infrastrukturo za njihovo presojo, ob tem pa strokovno ekipo presojevalcev ustreznosti, lahko medsebojno poveže posamezne zdravstvene zavode.

Kompetence nas v selekcijskem postopku usmerjajo v to, katere značilnosti bomo iskali pri kandidatih in kako jih bomo presojali, da bomo pri različnih kandidatih merili isto značilnost. Uporabnost teh metod v gospodarskem sektorju se je že pokazala. V javnem sektorju se prakse kadrovanj malenkost razlikujejo. Posebnost v zdravstvu je tudi ta, da moramo upoštevati še dejstvo, da gre večinoma za regulirane poklice, kar pomeni, da mora biti izpolnjevanje pogojev tudi skladno z zakonom ali drugimi predpisi. Vendar pa to ne sme biti ovira pri dvigovanju učinkovitosti selekcijskega procesa.

3 Razvoj kadrov na osnovi modela kompetenc

Razvoj kadrov predstavlja proces, pri katerem vidimo velike spremembe ob vpeljavi kompetenc. Proces razvoja kadrov je usmerjen v razvoj zmožnosti vseh zaposlenih, skladno z zahtevami poslovnega okolja. Sam proces pa je lahko tudi diferenciran glede na ključne ciljne skupine (ključni kadri, vodje, novozaposleni ...). Zavod si mora prizadevati za vzpostavljanje pogojev, v katerih ima vsak zaposleni možnost prepoznavanja in uresničevanja svojega potenciala za profesionalno rast in uspešnost na delovnem mestu. Skladno s tem je potrebno nuditi sodelavcem ustrezno podporo pri identifikaciji potenciala ter implementaciji priporočenih ukrepov, ki posamezniku omogočajo razvoj in uporabo potrebnih kompetenc za doseganje poslovnih ciljev zavoda. Vsebinsko razvoja kadrov na osnovi kompetenc povzemamo z naslednjimi vprašanji:

- Ali so definirane potrebne kompetence in katere so ključne delovne vloge?
- Na kakšen način in kako pogosto se ugotavlja potrebe po razvoju?
- Ali je razvoj kadrov povezan s strateškimi usmeritvami inštitucije?
- Ali se skrbi za razvoj ključnih manjkajočih kompetenc in ali so uporabljane metode razvoja ustrezne/učinkovite, upoštevajoč vsebino kompetenc?
- Ali je razvoj kadrov diferenciran glede na potrebe posameznih skupin zaposlenih?



- Kako je poskrbljeno za pridobivanje, uporabo in prenos znanja?
- Kdo so mentorji in kako poteka proces?
- Kako dobro poznajo zavod (naročnika) zunanji izvajalci razvojnih metod?
- Kakšna je vloga zaposlenih, vodij, strokovne službe v procesu razvoja?

Proces razvoja kadrov zahteva, kot prikazuje spodnja slika, sodelovanje vseh, tako **sodelavcev**, **neposredno nadrejenega** kot tudi **strokovne službe**, odgovorne za razvoj ljudi. V kolikor je zastavljen kot **partnerstvo** so tudi učinki hitrejši in večji.

Določitev kompetenc
Skrbnik procesa
Ocenjevanje potenciala
Oblikovanje IRN
Priprava razvojnih ukrepov
Koordiacija razvojnih aktivnosti
Evalvacija

Služba za razvoj kadrov



Vodje

Ocena kompetenc
Ocena DU
Povratne informacije o uspešnosti
'Mentorstvo'
'Sponzor' kariere

Zaposleni

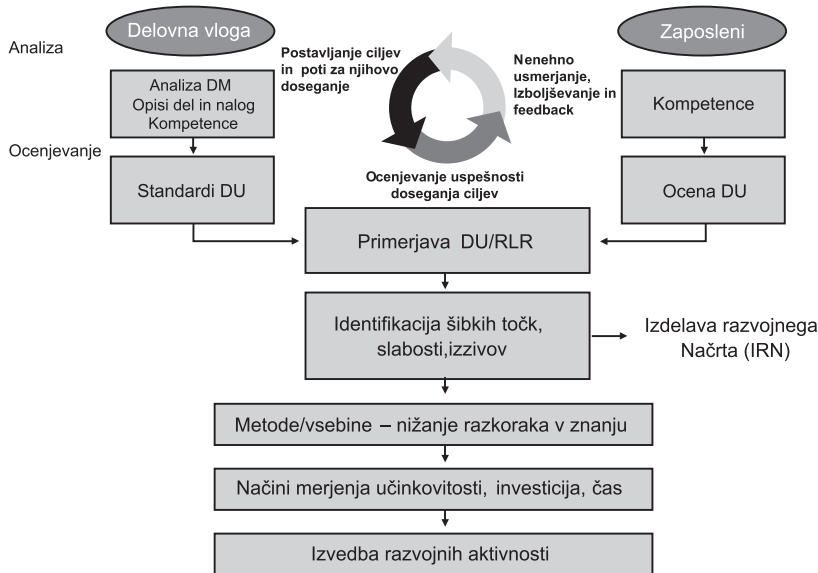
Cilji, pričakovanja,
Ocena DM
Ocena potenciala
Razvoj kompetenc
Uporaba kompetenc
Organizacijska kariera

Slika 1: **Partnerstvo v procesu razvoja kadrov** (vir: Racio razvoj d.o.o., 2009)

Razvoj posameznika vključuje ne glede na delovno vlogo ali organizacijo, v kateri dela, vzdrževanje, pridobivanje in izpopolnjevanje posamezne kompetence, ki je potrebna, da preide nivo izvajanja obstoječega dela na višjo kvaliteten stopnjo ali pa se nanaša na pridobivanje danes še nerazvite kom-

petence, ki pa je pričakovana glede na predviden organizacijski razvoj (kariero) posameznika. Ko gre za premeščanja ali napredovanja, je poglobljen vpogled v obstoječe in potrebne kompetence nujen. »Sodelavci v zdravstvu, bi naj poleg zahtevanega, aktualnega znanja stroke, »ponotranjili« določene tipe vedenj, ki so potrebna predvsem za **izpolnjevanje pričakovanj pacientov**. Potrebe in pričakovanja pacientov se spreminjajo; postajajo vedno bolj zahtevni, pričakujejo odlično storitev in hiter odzivni čas. Kakšno vedenje je zaželeno, izvemo na več načinov – »ali iz anketiranja, ali iz usmerjenih pogovorov, ali iz knjig pohval in pritožb, ali pa nam o tem več lahko povedo tisti, ki so največkrat v pristnejšem stiku s pacienti« (Gorišek, 2006). »Poleg izpolnjevanja zahtev in pričakovanj pacientov pa je nujno tudi upoštevanje **pričakovanj notranjih odjemalcev v zavodu** – koliko so vzpostavljena medsebojna sodelovanja, kakšen je pretok informacij in znanja, koliko sistemi vodenja omogočajo to sodelovanje (Gorišek, 2006). Pri definiranju potrebnih kompetenc in posledično razvojem kadrov je potrebno upoštevati tudi ta vidik.

UGOTAVLJANJE POTREB PO RAZVOJU ZAPOSLENIH



Slika 2: *Ugotavljanje potreb po razvoju zaposlenih* (vir: Racio razvoj d.o.o., 2009)



Proces ocenjevanja kompetentnosti posameznika je vsekakor nujno izhodišče učinkovitega razvoja. Na sliki dva je podrobneje opisan proces ugotavljanja razvojnih potreb.

Najpogostejša **metoda ocene delovne uspešnosti** je **redni letni razgovor**, ki je ponekod izrazito ocenjevalno naravnana, ponekod razvojno, najučinkovitejša je kombinacija obeh. Zaradi številnih polemik glede subjektivnosti takšnega ocenjevanja, številnih nerazrešenih konfliktov med vodji in ocenjevanca, številne organizacije vpeljujejo **dodatna orodja** npr. **psihološka testiranja, presojo kompetenc**, katerih namen je predvsem ciljno določanje razvojnih potreb (npr. Potential Evaluation Program; IMDE, 2006). Uporaba slednjega se je še posebej dobro obnesla pri iskanju naslednikov voditeljstva in ključnih strokovnih kadrih. Orodja morajo biti seveda prilagojena glede na delovno vlogo oz. na kompetence, ki so določene. V postopek presoje lahko poleg vodje vključimo tudi druge osebe (npr. 180° ali 360° ocenjevanje).

INDIVIDUALNI RAZVOJNI NAČRT

Analiza prednosti in priložnosti za izboljšave: »I-SWOT«

The screenshot shows a list of tasks or competencies under the heading 'Priloge Zaposleni'. The list includes items like '1. Učinek na kakovost in nadziranje', '2. Način ocenjevanja', '3. Priloge ocenjevanja in razvoj', etc. Each item has a checkbox and a progress indicator.

Prednosti (S)	Potrebe za izboljšave (W)
Priložnosti (O)	Nevarnosti (T)

	Vsebine razvoja	Rok	Željeni rezultati/kompetence	Status*
Tehnično/funkcionalne kompetence				☹️
Delovno specifične kompetence				☹️
Organizacijsko specifične kompetence				☹️

	Drugi cilji	Aktivnosti in rok	Željeni rezultati	Status*
				☺️

Slika 3: Vsebina individualnega razvojnega načrta (vir: Racio razvoj d.o.o., 2009)



Rezultat presoje se odraža v oblikovanju **razvojnega načrta** (Individualni razvojni načrt – IRN), ki vključuje rezultat presoje, **individualno SWOT analizo** (prednosti, priložnosti za izboljšavo, priložnosti in nevarnosti) ter **opredelitev ukrepov izboljšav**. Pri tem naj izpostavimo še dodaten izziv.

V okviru organizacijskega učenja poznamo več kot 30 različnih metod razvoja kompetenc, pri čemer pogosto vidimo, da organizacije uporabljajo precej omejeno število le-teh. Kvalitativna izboljšava procesa razvoja kadrov poleg vpeljave kompetenc ter načina in izbora ustreznih metod presoje vključuje tudi potrebo po **uporabi različnih razvojnih metod glede na potrebe sodelavca**. Še vedno je večina razvojnih ukrepov v obliki različnih usposabljanj. Metode kot npr. coaching, projektno učenje, akcijsko učenje, simulacije, managerske igre so precej manj uporabljene, vendar je njihova uporabnost največja ravno pri razvojnih potrebah vedenja sodelavca. **Teme-ljitejšo presojo in razvojni načrt priporočamo predvsem pri sodelavcih, za katere načrtujemo horizontalno ali vertikalno napredovanje**. Odločitev o napredovanju, nikakor ne sme biti zgolj posledica dobrih rezultatov in delovne dobe ter formalno pridobljene višje stopnje izobrazbe. Predvsem skladnost kompetenc posameznika z zahtevami delovne vloge, nam mora dati odgovor, kateri sodelavec je upravičen do napredovanja. Vsekakor je **tak pristop nujen tudi pri iskanju naslednikov, predvsem za ključne in voditeljske pozicije**. Tudi praksa slovenskih organizacij v zadnjih letih kaže na številne projekte ocenjevanja in razvoja voditeljstva, v postopkih presoje pa pogosto najdemo tudi številne druge strokovne sodelavce in verjamemo, da je moč podobne, a prilagojene ukrepe vpeljati tudi v zdravstvene zavode.

Literatura

- Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager. A model for Effective Performance*. New York: Wiley, John, Sons.
- Byham, W. C., Pickett, D. (1997). *Landing the Job You Want: How to Have the Best Job Interview of Your Life*. New York: Three Rivers Press.
- Easdown, L. J. (2005). The behavioral interview, A method to evaluate ACGME Competencies in Resident Selection: A Pilot Project. *JEPM*, 7 (1). Dostopno na: <http://www.siumed.edu/resaffairs/pdfs/The%20Behavioral%20Interview%20Method.pdf> (4. 3. 2011).
- Gorišek, K. (2006). *Kakovost kadrov v zdravstvu. Zbornik referatov, Konferenca Management v zdravstvu*. Portorož: Planet GV.



- IMDE (2006). *Interna gradiva za uporabo Programa za presojo potenciala PEP*. Bern: Insyst Master Data Establishment.
- Kohont, A., Svetlik, I. (2005). Uvajanje in uporaba kompetenc. V Pezdirc, M. S. (ur.), *Kompetence v kadrovski praksi* (str. 49-73). Ljubljana: GV Izobraževanje.
- Mayer, J., Kern, T., Roblek, M., Urh, B. (2005). Povečevanje konkurenčnosti organizacije s sočasnim generiranjem kadrovskih in procesnih sprememb. V Kaluža, J. (ur.), *Sinergija metodologij: Zbornik 24. Mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož* (str. 783–792). Kranj: Moderna organizacija.
- Musek, J. (2003). Identiteta psihologije, psihološke paradigme in konstruktivizem: perspektiva socialne paradigme v psihologiji. *Psihološka obzorja*, 12 (3), 79–92.
- Musek, J., Pečjak, V. (2001). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.
- Racio razvoj d.o.o. (2009) *Interna gradiva za izvajanje selekcije in razvoja kadrov*. Celje: Racio razvoj d.o.o.

Priporočena literatura:

- Železnik D. et al. (2008). *Poklicne kompetence in aktivnosti v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.



Učinkovito nematerialno nagrajevanje zaposlenih

Efficient non-financial reward system

mag. **Karmen Gorišek**, univ. dipl. soc.

Racio razvoj d.o.o.

karmen.gorisek@racio-razvoj.si

IZVLEČEK

Avtorica v prispevku daje poudarek razumevanju procesa motivacije, kar ključno vpliva na izbor ustreznih nematerialnih nagrad sodelavcev. Ljudi namreč ni možno motivirati od zunaj, temveč je potrebno prispevati k ugodni delovni klimi, da se bodo motivirali od znotraj. Pri teh spodbudah je odločilna kompetentnost vodij – njihova sposobnost spoznati resnične motive zaposlenih ter čim bolj zblížati cilje zaposlenih s cilji organizacije. Na področju zdravstva obstajajo številni primeri motiviranja skozi sinergično delovanje timov, dodatno pa se lahko vpeljejo še ustrezne rešitve iz bogatega repertoarja nedenarnih nagrad, ki so ponujene v članku.

Ključne besede: motivacija in motiviranje, timsko delovanje, postavljanje ciljev, voditeljstvo, nagrajevanje.

ABSTRACT

Author in subscription gives emphasis on understanding motivation process, which has a key impact on selection of appropriate intangible rewards. It is not possible to motivate employees from outside, but it is necessary to contribute to organizational climate, so they will motivate themselves from inside. Competent leaders are crucial – their ability to recognize real employee motives and objectives. Those should be as near as possible to the organization objectives. In health care we find many examples of motivating through synergic team work, but additional they could introduce appropriate solutions from the reach list of intangible rewards, that are represented in this article.

Keywords: non-financial rewards, motivation and motivating process, team work, setting objectives, leadership, reward system.

1 Uvod – kako upravljati tisto, kar niti videti ne moreš

Menedžerska literatura še nikoli do sedaj ni bila tako, ne le bogata, temveč že kar zasičena s številnimi teorijami in recepti, kako ravnati z »neotipljivim premoženjem organizacije«, da iz njega ustvarimo kar največ otipljive kori-



sti. Bolj kot se družbene in gospodarske razmere zaostrejuje, več priložnosti za uspešnost se torej išče v ljudeh – v sprostivni in angažiranju vsega njihovega potenciala in v zelenem usmerjanju njihovih čustev. Ni slučajno, da sodobna paradigma vodenja prisega na tiste voditelje, ki znajo pri vodenju enakovredno uporabljati pamet (strateški vidik), srce (empatija in pritegnitev zaposlenih) ter roke (operativno vodenje). Vendar, kadarkoli vodje poizkušajo vplivati na vedenje in čustva zaposlenih, se spopadajo s številnimi izzivi. Način, kako ravnajo, pomeni dolgo pot utrjevanja organizacijskega entuziazma, pripadnosti in končno uspešnosti. Tisti, ki najde prave motivacijske vzvode, je na pol poti k uspehu, tisti, ki stavi na napačne, bo obtičal na začetku poti. Vedno se soočamo z razmerjem med osebno in organizacijsko motivacijo in tako z distinkcijo med ekstrinzičnimi iniciativami, kot so plača in napredovanjem, ter intrinzičnimi, ki ležijo globoko v človeški naravi. Oblike in vrste materialnega in nematerialnega nagrajevanja so posledice tega spoznanja v konkretnih situacijah. V kolikor je nagrajevanje slabo upravljano, velikokrat uničuje motivacijo in ima malo dobrega učinka. Lahko celo uničimo občutek smisla, pripadnosti in angažiranja ljudi – vsega tistega, kar potiska ljudi, da dajo od sebe najboljše.

Prispevek sicer prikazuje primer uspešnih načinov nematerialnega nagrajevanja v zasebnem sektorju, ki jih je mogoče uspešno prenesti v sektor zdravstva. Vendar je pri razumevanju le tega nujno poznavanje osnov procesa motivacije, ki že sam po sebi nakazuje možnosti nematerialnega nagrajevanja. Skladno z lastno organizacijsko kulturo in strategijo lahko kreiramo takšen sistem, ki bo resnično dajal dodano vrednost. To pomeni, da bo izpolnjeval pričakovanja in cilje posameznikov in organizacije.

Imejmo vedno v mislih: Ljudi ni možno motivirati od zunaj, potrebno je prispevati k ugodni delovni klimi, da se bodo motivirali od znotraj.

2 Motivacija in motiviranje

2.1 Razumevanje procesa motivacije

Motivacija je notranji proces, zagon, akcija, ki sili ljudi, da delajo stvari, ki zadovoljujejo njihove potrebe. Je torej kompleksna sila, sestavljena iz različnih dejavnikov, ki spodbujajo, usmerjajo, vzdržujejo in organizirajo aktivnost posameznika v organizaciji v začrtani smeri k doseganju ciljev (Musek,



1982). Posebej je pomembna motivacija za delo, ki človeku pomaga, da uresniči svoje cilje in cilje organizacije, v kateri je zaposlen (Lipičnik, 1994).

Osnova za motivirano vedenje je potreba oziroma fiziološki ali psihološki primanjkljaj, ki ga je potrebno izravnati, da se ponovno lahko vzpostavi ravnovesje z okoljem in lastnimi zahtevami. Naslednji element motivacijskega mehanizma je delovanje posameznika, ki je usmerjeno k doseganju motivacijskega cilja. Le-ta posamezniku predstavlja neko določeno sredstvo, s katerim zadovolji svojo potrebo (Vidic, 2006).

V raziskavah, ki odkrivajo silnice »zakaj delamo«, se izpostavljajo naslednje:

- Dražljaj je spremenjeno stanje v organizmu ali zunaj njega, ki terja aktivnost.
- Potreba je fiziološko ali psihološko stanje v organizmu, ki je posledica določenega dražljaja. To stanje pomanjkanja različni ljudje zadovoljijo na različne načine.
- Motiv je potreba, ki je usmerjena k določenemu cilju. Izvor ima v nezadovoljenih potrebah posameznika in vpliva na njegovo vedenje ter ga tudi vzdržuje. Zbujanje hotenj tega delovanja imenujemo motivacija (Lipovec, 1987, str. 109). Primarni (biološki) motivi posamezniku omogočajo preživetje, sekundarni pa so tisti, ki sprožajo zadovoljstvo in njihovo uresničevanje ni nujno za obstoj. Motivi se še naprej delijo na podedovane in pridobljene ter na univerzalne in individualne (Lipičnik, Možina, 1993).
- Spodbuda je dejavnik ki sproži človekovo aktivnost in odločilno vpliva na njen potek. Lahko vpliva negativno ali pozitivno na dejavnost posameznika.
- Napetost ali tenzija nastane istočasno kot potrebe in jih spremlja. To je tipično emocionalno stanje, ki ga doživljamo kot nemir, neprijetnost, čeprav ima lahko tudi primesi prijetnega občutka. Navzven se kaže kot živčno obnašanje, ki ga spremlja aktivnejša motorika.
- Motivirano delovanje je usmerjeno k doseganju sredstev za zadovoljevanje potreb. Kadar pri tem nastopajo ovire znotraj človeka, govorimo o konfliktih, kadar pa so ovire zunaj njega, pa o frustraciji (Lipičnik, 1994).

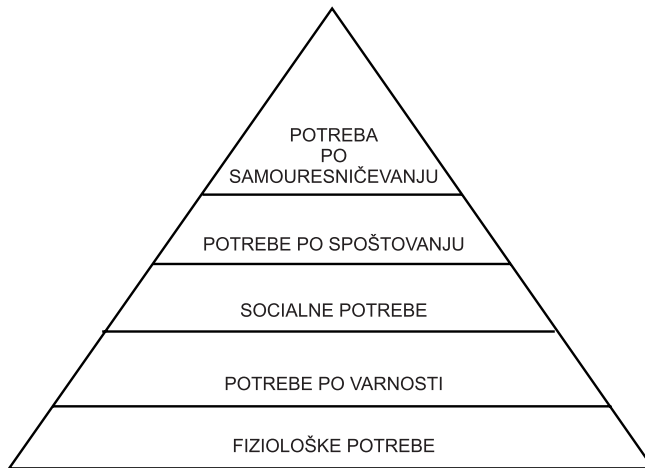


2.2 Teorije motivacije – izbor

Obstajajo številne teorije motivacije, ki pojasnjujejo obnašanje ljudi in vplivanje na motivacijo. V našem primeru izpostavljammo le tri.

2.2.1 Motivacijska teorija Maslowa

Maslowa teorija potreb kaže, da je človekova aktivnost vedno usmerjena k bolj privlačnim ciljem (Lipičnik, 1994). Nezadovoljene potrebe predstavljajo osnovne motivatorje obnašanja posameznika. Ko so potrebe zadovoljene, ne motivirajo več. Ljudje najprej zadovoljijo potrebe na nižji ravni, potem se pomikamo po piramidi navzgor, pri čemer potreb ne preskakujemo.



Slika 1: *Hierarhija potreb po Maslowu* (vir: Robbins, 2001)

2.2.2 Herzbergova motivacijska teorija ali dvofaktorska teorija

Avtor pravi, da ima delavec dve vrsti med seboj neodvisnih potreb, ki povsem različno vplivata na obnašanje posameznikov. Eno so potrebe, ki izvirajo iz delovnega okolja (higieniki), druge pa izvirajo iz dela (motivatorji).

Higieniki ali satisfaktorji – ne spodbujajo k boljšemu delu, le odstranjujejo neprijetnosti. Če higienikov ni, so ljudje nezadovoljni (npr. plača, delovne razmere, ...), vendar četudi so prisotni, včasih niso zadovoljni.



Motivatorji so potrebe, ki izhajajo neposredno iz dela in spodbujajo k boljšemu delu in k razvoju osebnosti. Med motivatorje sodijo uspeh pri delu, priznanje za dosežene rezultate, osebni razvoj, odgovornost, strokovno usposabljanje in zanimivo delo.

2.2.3 Hackman-Oldhamov model obogatitve dela

Model temelji na ugotovitvah Herzberga in išče odgovore na vprašanje, kako lahko vodja spremeni lastnosti dela, da bi bolje motiviral zaposlene in s tem dosegel zadovoljstvo. Okoliščine oziroma elementi, ki vplivajo na večjo motiviranost – po avtorju – so doživljanje pomembnosti dela, doživljanje odgovornosti in poznavanje rezultatov. Če zaposleni doživlja pomembnost dela, zazna, da se delo splača. Doživljanje odgovornosti povzroča pri zaposlenih občutek osebne odgovornosti pri delu, poznavanje rezultatov pa pripomore, da zaposleni spozna raven svoje uspešnosti (Lipičnik, 1998).

2.3 Kako lahko vplivamo na motivacijo

2.3.1 Spoznati kaj in kako

Če poznamo delček odgovora, kaj motivira naše sodelavce, bomo lažje prišli do cilja. Najtrši oreh, s katerim se srečujejo vodje je, kako pomagati zaposlenim spoznati povezavo med njihovimi notranji motivi in zahtevami dela. Ko zaposleni spoznajo, kako so njihove potrebe, cilji, pričakovanja skladajo s cilji organizacije, bodo postali bolj produktivni, saj je to v njihovem interesu.

Prepoznavanje potreb se lahko vrši na več načinov (Gorišek, Tratnik, 2005):

- opazujemo sodelavce pri delu: kaj jih veseli, kaj ne, kako radi opravljajo določena dela; dajmo jim priložnost, da uporabijo lastne metode;
- proučimo posebne veščine in talente svojih sodelavcev;
- naredimo raziskavo o zadovoljstvu pri delu ali o predlogih izboljšav;
- vodimo razgovore s tistimi, ki zapuščajo organizacijo;
- opravimo analizo konfliktnih situacij;
- lahko ugotavljamo motive posameznikov s posebnim vprašalnikom.



Motiviranega človeka spoznamo po tem, da je navdušen nad delom, odločen, sodeluje in dosega rezultate. Če pa človek ni motiviran, ne sodeluje, se delu izmika, se pritožuje, prelaga delo na druge ... Bistveno je, da ljudje verjamejo, da bo trud, ki ga vložijo, vodil do uspešnosti, in verjamejo, da bo uspešnost vodila do nagrad (ibid.).

Če se tega zavedamo, bomo prišli hitreje do rešitev, a te se od posameznika do posameznika razlikujejo. Ko oblikujemo proces motiviranja za svojo organizacijo, mora biti ta toliko fleksibilen, da bomo z njim zadovoljili kar največje število potreb svojih sodelavcev. Mnogo bo takšnih, ki bodo skupne večjemu številu, in jih bomo lahko zadovoljili na enak način (denar), naši pa bomo tudi posamične, ki jih bo treba zadovoljiti na poseben način (nekomu pomeni nagrada izobraževanje, drugemu prosti čas, spet komu službeni avto, telefon, zdravstveno zavarovanje, prost dan, večja odgovornost, vodenje, sodelovanje, avtonomija ...).

Ob tem, ko želimo doseči odlične rezultate dela, pa nikakor ne smemo prezeti, da le-ti niso le posledica visoke motivacije. Učinke motiviranja dopolnjujeta še dva dejavnika – človekova sposobnost – tisto, kar zmore in njegovo znanje – tisto, kar zna (Racio razvoj d.o.o., 2005).

Uspešnost = znanje x sposobnost x motivacija

Uspešnost = znati x moči x hoteti

Motiviranja se je torej možno lotiti, če natančno vemo, kaj hočemo, če so predhodno zagotovljene ustrezne sposobnosti in znanje ter če poznamo učinke posameznih motivacijskih faktorjev.

Nekaj primerov:

- Posameznika prosiš, da nekaj napravi – seveda natančno veš, kaj želiš.
- Mu ukažeš, da nekaj naredi.
- Mu daš denar.
- Ga udariš ali psihološko demotiviraš.

Negativne spodbude se praviloma ne uporabljajo, čeprav so še vedno večkrat prisotne, predvsem psihološke, ki pa so manj vidne od fizičnih. Vse bolj je prisotno prepričanje, da je gradnja krmilnih ali motivacijskih mehanizmov bolj smiselna, če je usmerjena pozitivno ali globoko v notranje dejavnike v človeku.



2.3.2 Postavljanje ciljev kot eden najpomembnejših dejavnikov za rast motivacije

V teoriji postavljanja ciljev se poudarja, da je najboljši način, kako zvišati produktivnost zaposlenih, pravilno postavljanje jasnih ciljev in nadzor nad rezultati. Že sam potek v uresničevanju ciljev vpliva na opravljanje dela in doseganje končnih rezultatov.

Pri tem izhaja iz naslednjih predpostavk:

- konkretni cilji vodijo do boljših rezultatov kot splošni cilji;
- težki ali zahtevni cilji, v kolikor so sprejeti, vodijo do boljših rezultatov kot cilji, ki se jih zlahka dosega.

Cilji morajo biti natančni in strokovni, merljivi, časovno omejeni, donosni, obojestransko sprejeti (za voditelja in podrejenega), usmerjeni na rezultate, primerni, vpeti v plane organizacije, združljivi s cilji drugih sodelavcev.

Pomembno je opozoriti, da bi naj postavljanje ciljev vsebovalo povratno povezavo. To pomeni informacijo o tem, kako so bili doseženi postavljeni cilji predhodnem obdobju. Postavljanje ciljev namreč ne more doseči boljše rezultate, če zaposleni niso pravilno informirani o učinkovitosti njihovega ravnanja v odnosu do postavljenih ciljev.

2.3.3 Spodbujanje timskega duha in sproščanje sinergije

Delovanje tima (za razliko od delovanja skupine) že v temelju vidimo kot sistem, ki deluje sinergično. Namen timskega dela je dejansko utelešenje sinergičnega duha. A koliko nam to v resnici uspeva? Če želimo delovati v skladu učeče se organizacije in videti člane tima kot pomembne vire (resource) eden drugemu, potem je način delovanja, ustvarjalnega mišljenja, razvoja in komunikacije možen le v duhu sinergije.

Sinergično načrtovanje, komuniciranje in iskanje ustvarjalnih rešitev temelji na nekaterih predpostavkah:

- gradimo na pozitivnem;
- gradimo na zaupanju;
- poskušamo razumeti drugo stran;
- zmagam – zmagaš način iskanja rešitev.

Sinergičnost vedno vključuje našo pripravljenost in namen; gre za stališča in dejansko delovanje. V prvi vrsti je to odprtost za priložnosti, pripravljene



nost tvegati in neodvisno razmišljati. Sámo organizacijo vidimo in doživljamo kot živi sistem v nenehnem procesu rasti in razvoja. Raziskave potrjujejo, da odlični timi, ki dejansko upoštevajo načela sinergičnosti, spodbujajo pozitivno in učinkovito vedenje zaposlenih in ponujajo svojim članom orodje za osebnostni razvoj in rast.

2.3.4 Graditev pozitivnih pričakovanj – Kakor jaz tebi – tako ti meni

V šestdesetih letih prejšnjega stoletja je psiholog Rosenthal izvedel eksperiment na meji strokovne etičnosti. Razred povprečno sposobnih otrok je razdelil na dve skupini. Za prvo je učiteljem dejal, da gre za izjemno sposobne otroke in da lahko veliko pričakujejo od njih. Za drugo skupino je trdil ravno nasprotno, da namreč gre za manj sposobne in da se naj ne nadejajo posebnih rezultatov pri delu z njimi. Ob koncu pouka so se pokazali osupljivi rezultati. Ne le, da sta se skupini bistveno razlikovali glede šolskega uspeha, ampak se je spremenil celo inteligenčni količnik! V prvi skupini se je dvignil, v drugi upadel. Učinki pričakovanj učiteljev so torej dosegli prav neverjetne posledice.

Podobno zgodbo iz poslovnega sveta izpred 19 let, ki pa se še danes navaja kot najbolj ilustrativen primer učinka izražanja pozitivnih pričakovanj, smo lahko spremljali pri zavarovalniški družbi Metropolitan Life Insurance Company. V iskanju rešitev, kako izboljšati delo svojih agentov, so se odločili za izvedbo poskusa in so zaposlene razdelili v 3 skupine. Prvi skupini, kjer so bili najboljši agenti, so postavili zelo visoke plane realizacije. Drugi skupini – povprečni agenti – tudi povprečni plan, s tretjo skupino, kjer so bili slabši agenti, pa se managerji niti niso posebej ukvarjali, kakšen plan naj dosežejo.

Izid poskusa je bil presenetljiv. Prva skupina je dejansko dosegla zelo visoko zastavljen plan. Zmogljivost tretje skupine je padla pod povprečje predhodnega leta. Torej je delo obeh skupin doseglo pričakovane rezultate. Medtem, pa je druga skupina izzvala precejšnje razburjenje managerjev, saj so povprečni delavci povišali svojo realizacijo skoraj do višine prve skupine.

Uganko, kako je to mogoče, so razrešili sociologi v razgovoru z vodjo te skupine: ambiciozna gospa enostavno ni hotela sprejeti, da je njena skupine sestavljena le iz povprečnih ljudi. Svojo skupino je prepričala, da so lahko enako dobri kot vrhunska skupina in s tem jih je motivirala za odlično zmogljivost.



V prvem in v drugem opisanem primeru govorimo o pojavu »**Pigmalion efekt**« ali učinek **smouresničujoče se prerokbe**. Če želimo ta spoznanja uresničiti v vsakdanji praksi imejmo v mislih rek: »**Kakor jaz tebi – tako ti meni**«. Upoštevajmo nekaj koristnih pravil:

- Znak odličnosti vodij je sposobnost zgraditi pričakovanja visokih zmogljivosti, ki jih njihova skupina lahko razvije.
- Manj sposobnim vodjem se to ne posreči, kar ima za posledico zmanjšano produktivnost sodelavcev.
- Pričakovanja vodje do svojih sodelavcev in način, kako jih obravnava, določa njihove zmogljivosti in profesionalni razvoj in kariero.
- Mnogo pogosteje, kot domnevamo, bodo sodelavci storili točno to, kar se po njihovem mnenju od njih pričakuje.

Torej – prepričajte svoje sodelavce, da so najboljši in veselite se vrhunskih dosežkov.

2.3.5 Voditeljstvo

V vseh dosedanjih opisih možnosti vplivanja na motivacijo zaposlenih, se je izpostavila ključna vloga kompetentnih voditeljev. Predvsem od njih je odvisno, v kolikšni meri bodo uspeli spoznati in usmerjati potenciale, čustva sodelavcev, da bodo doseženi želeni cilji. Bistvo je dajanje občutka pomembnosti zaposlenim, s sočasnim postavljanjem takšne strukture delovanja organizacije kot jo zahteva prihodnost. Torej – jasno postavljena vizija: namen obstoja, vrednote in prepričanja, ki opredeljujejo organizacijsko kulturo – ter jasni cilji, ki pomenijo udejanjanje strategije. Voditelj bo dal spodbudo zaposlenim, v kolikor bo deloval kot graditelj dobrih odnosov, zaupanja, spoštovanja ter opogumljanja podjetniškega razmišljanja. Vodenje z zgledom je tisto, kar sodelavci cenijo in čemur sledijo.

3 Nematerialno nagrajevanje zaposlenih

Nagrajevanje zaposlenih v vsaki organizaciji predstavlja podproces ravnanja z ljudmi pri delu in je v soodvisnosti od sistema denarnega in nedenarnega nagrajevanja. Eden drugega dopolnjujeta v uresničevanju strategije, ki si jo zastavimo. Materialno nagrajevanje je v veliki večini v organizacijah



jasno določeno – predvsem to velja za javni sektor, odmiki so težje izvedljivi. Možnost se kaže v dajanju dodatnih bonitet, statusnih simbolov, socialnih nagrad in nagrad neposredno povezanih z naravo dela.

Nematerialno motiviranje (nagrajevanje) je predvsem osredotočeno na človeško potrebo po uspehu, pohvali, priznanju, odgovornosti, ugledu in osebni rasti. Pri vsakem od teh dejavnikov, ki so ključni pri oblikovanju nedejavnih nagrad, moramo upoštevati spoznanja motivacijske teorije (Tul, 2009).

3.1 Uspeh pri delu

Ljudi motiviramo tako, da jim damo možnost dokazati svoje zmožnosti, spretnosti in znanja. Uspešen zaposleni dobiva več odgovornosti za vedno širše delovno področje, na katerem se lahko vedno znova dokazuje. Takšni posamezniki prevzemajo pobudo, iščejo priložnosti in imajo močno željo po priznanju. Nuditi jim moramo možnosti, vzpodbude in podporo z ustreznim vodenjem, strukturiranjem delovnega procesa ter nagrajevanjem na osnovi kompetenc.

3.2 Pohvala in priznanje za dobro opravljeno delo (pripoznanje)

Poleg tega, da zaposleni vedo, kako uspešno so izvršili svoje naloge in cilje, morajo tudi vedeti, da cenimo njihovo delo. Pripoznanje priskrbimo s pozitivno in takojšnjo neposredno povratno informacijo. Pohvala mora biti pravično vezana na dejanski uspeh. Še bolje je, če le-to uspemo povezati z denarno nagrado.

Obstaja še vrsta drugih nagrad, ki jih organizacija lahko izbere – statusni simboli, potovanja, poslušanje in upoštevanje predlogov zaposlenih, dodelitev pomembnejših projektov ...

3.3 Odgovornosti in priložnosti zaposlenih

Lawler (Armstrong, 1999) razlikuje tri karakteristike ključne za notranjo motivacijo zaposlenih: povratna informacija, uporaba sposobnosti, zmožnosti in znanj ter samostojnost pri delu. Navedeno nam že nakaže, kako bi naj vodja ravnal, da bo zaposleni občutil »nagrado« za svoj napor.



3.4 Vpliv

Nekateri posamezniki čutijo močno potrebo po moči, so izrazito samomotivirani. Dajmo jim možnost, da se uveljavijo v situacijah, v katerih lahko predstavijo svoje ideje, prav tako pa se te ideje lahko upošteva (Armstrong, 1999).

3.5 Osebna rast

Potrebe po osebni rasti spodbujajo ljudi, da se potrudijo sami zase biti kreativni in produktivni. Omogočimo jim izobraževanja in progresiven razvoj kariere. V kolikor ne uspemo, bodo odšli drugam.

3.6 Sheme pripoznavanja (sistem priznanj)

Gre za javno priznanje in nagrajevanje uspeha. Lahko nekoga razglasimo za sodelavca meseca ali dosežke objavimo v internem glasilu ali v medijih ali strokovni javnosti izven podjetja. Enako je mogoče nagraditi celoten tim. Otipljive nagrade so darila, boni, počitnice, skupna kosila. Formalna priznanja temeljijo praviloma na jasnih kriterijih, neformalna pa se nanašajo tudi na ustno pohvalo (Armstrong, 1999).

3.7 Nabor nednenarnih nagrad

- **Bonitete:** možnost zdravniških pregledov, brezplačni letni pregled, službeni avto, prispevki pokojnin, popust za izdelke podjetja, izleti, karte za gledališče in tekme, uporaba športnih objektov, parkirna mesta, dopusti, članstva v klubih, osebna posojila pod ugodnimi obrestnimi merami, brezplačno pravno svetovanje, brezplačno finančno svetovanje, alarmne naprave in osebna zaščita, stroški selitev, pomoč pri nakupu stanovanj ...
- **Statusni simboli:** velikost pisarne in lokacija, pisarna z okni, dodatna oprema v pisarni, slike, ure, prstani, formalne nagrade in priznanja ...
- **Socialne nagrade:** prijazni pozdravi, neformalna priznanja, pohvale, nasmeški, povratne informacije, komplimenti, neverbalni znaki, trepljanje po rami, povabila na kavo/kosilo, druženje po službenem času ...
- **Nagrade – neposredno povezane z naravo dela:** zanimivo delo, občutek dosežkov in pomembnosti dela, različna opravila, povratna in-



formacija o opravljenem delu, samopriznanje, samopohvale, možnost samostojnega oblikovanja delovnega urnika, sodelovanje v novih projektnih podjetja, avtonomija pri delu ...

4 Primera dobrih praks nedenarnega nagrajevanja v zasebnem sektorju Slovenije

4.1 Oria Computers – Victoria: Motivacijski sistem za zmagovalce

Visoko tehnološko podjetje je spoznalo, da v dinamičnem svetu zunanja motivacija ne zadošča več in da postaja bistvena notranja motivacija in notranje zadovoljstvo z doseženimi uspehi. Oblikovali so informacijsko podprt sistem, ki povezuje materialno in nematerialno nagrajevanje ter ga poimenovali Victoria. Ugotovili so, da nekateri motivacijski sistemi skoraj ne zahtevajo materialnih investicij, ampak le dobro voljo in zavzetost vodij. Poleg denarnih nagrad so pomembne nedenarne spodbude kot učinkovito orodje vodenja. V pravem trenutku in ustrezno izrečena pohvala ter priznanje zaposlenim pomenita veliko spodbudo. Pomembno je, da je spodbuda takoj po dosežku in namenjena vsem. Prikazujemo le nekaj spodbud, ki se jih poslužujejo:

- nagrade za izredne uspehe posameznikom (spodbujanje delitve znanja ključnih kadrov);
- pohvale za dobro opravljeno delo;
- izobraževanje kot darilo za vse zaposlene ob novem letu (boni);
- daljše izobraževanje po izboru posameznika kot nagrada za izredne dosežke;
- »užitek za nagrado« – kilogramska čokolada za tiste, ki so delo odlično opravili;
- poslovna konferenca organizacije – zahteven projekt, tako vsebinsko kot logistično. Nagrajeni so organizatorji in najboljši sodelavci, ki so jih izbrali vsi zaposleni;
- publikacije organizacije – mesečne e-novice namenjene kupcem in zaposlenim nudijo možnost predstavitve prispevkov zaposlenih. Katalog



poslovnih rešitev predstavlja tudi sodelavce, ki so pri kreiranju teh rešitev sodelovali;

- baze inovativnih idej – ob novem letu vsak zaposlen dobi bon za podporo inovativnih idej, po lastnem izboru ga podeli sodelavcu, ki ponudi najkoristnejšo idejo za podjetje. Avtor z vsakim glasom sodelavcev, pridobiva denarno podporo za uresničitev svoje inovacije;
- ključnim mladim sodelavcem so plačali naročnino za osebni izvod revije Manager ter članarino v strokovnih in drugih združenjih, omogočili obisk sejmov ter možnost nakupov literature;
- mesečni dosežki so redno objavljeni na intranetu, kar omogoča elektronsko glasovanje za najpomembnejši dogodek.

Podjetje je doseglo zavirljive poslovne rezultate ter uspelo ustvariti privlačno okolje za talente. Sporočilna vrednost primera ni le v pestrosti in inovativnosti nedenarnih nagrad, temveč predvsem v najpomembnejšem spoznanju, da morajo motivacija in nagrade imeti sporočilno vrednost povezano s strateškimi cilji organizacije (Klopčič, 2005).

4.2 Organizacije, ki so v preteklosti prejele nagrado za poslovno odličnost v okviru PRSPO

Pri vseh odličnih organizacijah pri ocenah poslovne odličnosti po modelu EFQM (dejavnik 3e: Organizacija zaposlene nagrajuje, jim daje priznanje in skrbi zanje) zasledimo naslednje značilnosti:

- celoten sistem nagrajevanja je vključen v strategijo/politiko podjetja ter opredeljuje filozofijo nagrajevanja, da so vsi sodelavci dobri, uspešni ter doprinašajo k rezultatom poslovanja;
- podeljuje se vrsta priznanj – najboljši in odlični strokovni sodelavci, najboljši sodelavec in vodja organizacijske enote/projekta, najboljši koristni predlog z najvišjo gospodarsko koristjo, srečanja s predsednikom uprave na skupnem kosilu;
- promocija dosežkov sodelavcev na intranetu in ob vseh priložnostih izven organizacije – strokovne in poslovne konference, dnevi inovatorjev, srečanja jubilarov, »naj« sodelavcev in vodij, »naj« športnikov;



- nadgrajevanje aktivnosti, ki vplivajo na kakovost dela in življenja – apartmaji za preživljanje prostega časa, preventivna zdravstvena rekreacija, letovanja in potovanja po željah sodelavcev in upokojenцев;
- plačila članarine različnih aktivnosti;
- izboljšanja stanovanjskih razmer z nudenjem kreditov;
- življenjsko in nezgodno zavarovanje za vodilne ter dodatno pokojninsko zavarovanje za vse;
- regresirana letovanja;
- kreditiranje samoplačniških zdravstvenih – zobozdravstvenih storitev idr.

5 Zaključek

Spoznanja procesa motiviranja so univerzalna in tako upoštevanja vredna v vseh sferah življenja in delovanja. Prikazani primeri spodbujanja ravno tako, le da je nabor nadenarnih nagrad povzet iz zasebnega sektorja. Vendar to dejstvo nikakor ne zmanjšuje pomen le-tega za področje zdravstva. Tako kot univerzitetna bolnišnica Odense črpa izkušnje iz gospodarstva in uspešno pretvarja »industrijsko vitkost« v »vitkost na področju zdravstva« (Grebenc, 2010), se prenašajo tudi naj sodobnejše oblike ravnanja z ljudmi pri delu. Posebno spodbudo in vzor nam lahko pomenijo tudi izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice, ki so bili predstavljene na 19. letni konferenci SZKO v Portorožu novembra 2010. Vsi kažejo na sinergije timskega dela – skupno postavljanje ciljev, koordinacija in komunikacija različnih strokovnjakov, vodenje projekta oziroma procesa ter sprotne in končne preverjanja z vnašanjem izboljšav. Takšno delo zmorejo samo visoko motivirani sodelavci, ki jim lastno znanje, sposobnosti in okolje omogočijo, da vidijo v izzivih samoaktualizacijo. In v tem je »razlika«, zakaj je ena bolnišnica boljše od druge. »V razliki pri vodenju, v organizaciji, v odnosu do pacientov, zaposlenih in okolja« (Rems, 2010).

Zagotovo bi na področju zdravstva našli še vrsto spodbudnih primerov uspešnega motiviranja sodelavcev, nekoliko manjša pa je verjetno razširjenost socialnih nagrad, katerih manjko lahko iščemo predvsem v tradicionalni korporacijski kulturi. V prihodnosti bodo ključni tisti notranji agenti sprememb, ki bodo omogočili »re-invecijo« zaposlenih, da na novo osmislijo svoje poslanstvo in delovanje. Govorimo o umetnosti sproščanja moči sodelavcev, ki jo je vredno osvojiti in gojiti.



Literatura

- Armstrong, M. (1999). *Employee Reward*. London: IPD House.
- Gorišek, K., Tratnik, G. (2005). *Sprostitev moči zaposlenih. Priložnost za poslovni uspeh. Vodič za mala in srednje velika podjetja*. Ljubljana: Slovenski institut za kakovost in meroslovje.
- Grebenc, M. (2010). Univerzitetna bolnica Odense – primer dobre prakse in vitkega pristopa. *Revija Kakovost*, 32–33.
- Klopčič, S. (2005). Motivacijski sistem za zmagovalce – podjetja in zaposlene. *Revija HRM*, 3, 60-63.
- Lipičnik, B. (1994). Motivacija in motiviranje. V Možina, S. et al. (ur.), *Management* (str. 448–523). Radovljica: Didakta.
- Lipičnik, B. (1998). Nagrajevanje in ugodnosti zaposlenih. V Možina, S. et al. (ur.), *Management kadrovskih virov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Lipičnik, B., Možina, S. (1993). *Psihologija v podjetjih*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Musek, J. (1982). *Osebnost*. Ljubljana: Univerzum.
- Racio razvoj d.o.o. (2005–2011). *Interna gradiva o motivaciji*. Celje: Racio razvoj d.o.o.
- Rems, M. (2010). Razlika. *Revija Kakovost*, 1.
- Robbins, S. P. (2001). *Organizational Behaviour*. Upper Saddle River: Prentice Hall.



Vodenje z zgledom – vloga menedžmenta v zdravstvu

Leading with example – the roll of management in health care

pred. mag. **Hilda Maze**
Splošna bolnišnica Celje
Visoka zdravstvene šola v Celju
hilda.maze@guest.arnes.si

Suzana Majcen Dvoršak
Valencia Stoma-Medical d.o.o
suzana.md@gmail.com

IZVLEČEK

Znanstveniki že desetletja poskušajo ugotoviti, kateri so najboljši stili vodenja in kakšne so njihove značilnosti. V svetu je sedaj prisotno spoznanje, da vodja svoje sodelavce pri delu najbolj učinkovito spodbuja s pozitivnim pristopom in lastnim zgledom. Ne glede na teorije, ki nosijo pečat časa, v katerem so nastale, pa vseeno pri ljudeh največ veljajo osnovne človeške lastnosti kot so pogum, samokontrola, pravičnost, sočutje, razumevanje, sprejemanje odgovornosti itd. Dober vodja je tisti, katerega misli so usklajene z besedami in dejanji. Ljudje jim sledijo zaradi znanja, izkušenj, vpliva in predvsem dobrega zgleda in pravičnih odločitev. Pogosto je menedžment premalo pozoren in se ne zaveda vpliva svojega razmišljanja in ravnanja na sodelavce.

Ključne besede: vodenje, osebne lastnosti, zgled

ABSTRACT

For the decades scientists tries to find out which are the best styles of leadership and their characteristics. In the world of management today, the most common opinion is that leader most efficiently lead and encourages co-workers with his own positive approach and example. Despite the theory, that usually reflects the time of its origin, people usually appreciate the most basic human characteristics of the leader as courage, self-control, justice, compassion, understanding, embracing of responsibility etc. To be a good leader means coordination between words and acts. People follow the good leader because of knowledge, experiences and influences but mostly because of its good example and right decisions. Sadly, the management is often not careful enough and it is not aware of the influence of its thinking and doing on the co-workers.

Key words: leading, personal characteristics, role model



1 Uvod

Zadnjih petdeset let je bilo opravljeno več kot 1000 študij z namenom ugotoviti, kateri so najboljši stili vodenja, kakšne so njihove značilnosti in kako se vedejo veliki vodje. Nobena izmed teh študij ni pokazala jasnega profila idealnega vodje (George et al., 2007). Če bi znanstveniki naredili instant stil vodenja, bi ga posamezniki vedno poskušali posnemati. Nihče ne more biti avtentičen in potemtakem voditi z zgledom, če posnema vedenje nekoga drugega. Lahko se učimo iz izkušenj drugih, ampak to ni popolna pot k uspešnosti. Ljudje, ki hočejo biti pristni in avtentični, ne morejo biti le kopija drugega.

Zahod je že več kot desetletje nazaj spoznal, da vodje svoje sodelavce pri delu najbolj učinkovito spodbujajo predvsem s pozitivnim pristopom in lastnim zgledom, ne glede na področje delovanja, velikost organizacije ali podjetja (Mojedelo.com, 2009). Za avtentično vodenje ne obstaja jasna in nedvoumna ter splošno sprejeta definicija. Znanstveniki se strinjajo, da avtentični vodje dobro poznajo svojo lastno bit, imajo razčiščena svoja mnenja in stališča, se močno identificirajo s svojo vlogo vodje in ravnajo v skladu s svojimi vrednotami in prepričanji (Shamir, Eilam, 2005).

Avtentično vodenje pa ne pomeni zgolj vodenje v skladu s svojo lastno osebnostjo, vrednotami, prepričanji, temveč tudi širjenje teh vrednot preko delovanja kot vzor zaposlenim v organizaciji ter spodbujanje njihove osebne in strokovne rasti. Avtentičen vodja vodi tako s svojim srcem kot svojo glavo. Temu pritrjuje Peter Drucker, ki pravi, da je voditelj človek, ki pozna štiri osnovne resnice:

- voditelj ima sledilce;
- voditelj ni nekdo, ki ga občudujejo in ljubijo, marveč nekdo, ki dosega rezultate;
- je viden in daje zgled;
- zaveda se, da vodenje ni privilegij ampak odgovornost (Kyle, 2000).

V kolikor želijo biti vodje v zdravstveni negi zgled zaposlenim, morajo to potrjevati njihova dejanja. Vodja mora biti zanesljiv, s tem da dela tisto, kar pričakuje od drugih. Tukaj ni prostora za prazne besede in obljube (Hickey, 2010). Predvsem mora gojiti enaka pričakovanja do sebe kot drugih.



2 Osebnostne značilnosti vodje

Na splošno obstajata na svetu dve vrsti ljudi. Prvi so poznani kot vodje in drugi kot sledilci. Biti slednji ne predstavlja nobene sramote. Mnogi veliki vodje so začeli kot sledilci (Hill, 1938). Za opredelitev pojma vodenja z zgledom so v nadaljevanju uporabljene osebnostne lastnosti uspešnega vodje iz časa pred 2. svetovno vojno. Kljub starosti so še vedno zelo aktualne.

2.1 Pozitivne osebnostne lastnosti vodje pri vodenju z zgledom

Neomajen pogum – osnovan na poznavanju sebe in svojega dela. Nihče ne želi prevlade vodje, ki ima pomanjkanje samozaupanja in poguma.

Ljudje imamo različno stopnjo poguma. Da si dobesedno upaš nekaj narediti, moraš stvar zelo dobro poznati ali pa pač poskusiš in vidiš, kaj se bo zgodilo. Znanje je temelj zaupanja vase in nam daje osnovo za predvidevanje, kako bo stvar izgledala v prihodnosti.

Samokontrola – človek, ki ne more kontrolirati sebe, nikoli ne more kontrolirati drugih. Samokontrola je skupek zgledov za ljudi, katerim sledijo tudi tisti najbolj inteligentni.

Obvladovanje vodenja samega sebe je predpogoj za doseganje odličnosti vodenja. Vsak posameznik je pri svojem umskem procesu v smislu obvladovanja vodenja samega sebe soočen s vprašanji, s katerimi se mora nenehno soočati (Drucker, 2001):

- Kakšne prednosti imam?
- Kako delam?
- Kako se učim?
- Kakšne so moje vrednote?
- Kaj narediti v primeru navzkrižja vrednot?
- Kam spadam?
- Kakšen je moj prispevek?

Občutek za pravičnost – brez občutka za pravico, nepristranskost in poštenje noben vodja ne more niti zahtevati, kaj šele obdržati spoštovanja ljudi.

Jasnost odločitev – človek, ki omahuje v svojih odločitvah, kaže da ni popolnoma prepričan vase, zaradi česar tudi drugih ne more voditi uspešno.



Jasnost načrta – uspešen vodja mora najprej načrtovati svoje delo in potem načrt dejansko izpeljati. Vodja, ki sledi zgolj domnevam oziroma predvidevanjem brez izvedljivega in jasnega načrta, je podoben ladji brez krmarja. Prej ali slej bo nasedel na čeri.

Biti pripravljen delati več, kot je dejansko plačilo za delo – ena izmed zahtev za uspešnega vodjo je, da je pripravljen delati več kot zahteva od ljudi, ki jih vodi.

Sočutje in razumevanje – uspešen vodja mora biti v sozvočju s svojimi ljudmi. Še več, razumeti mora tako njih kot njihove probleme.

Pripravljenost prevzeti popolno odgovornost – uspešen vodja mora biti pripravljen nase prevzeti odgovornost za napake in slabosti ljudi. Če poskuša preusmeriti to odgovornost, ne bo dolgo ostal vodja. V kolikor nekdo napravi napako in se pokaže kot nekompetenten, mora vodja pretehtati, ali je mogoče on tisti, ki mu je spodletelo.

Sodelovanje – uspešen vodja mora razumeti in uporabiti vse principe sodelovanja za doseganje postavljenih ciljev, o čemer mora prepričati tudi ostale. Vodenje kliče po moči in moč kliče po sodelovanju.

2.2 Negativne lastnosti vodje

Nesposobnost organiziranja podrobnosti oziroma posameznih elementov – uspešno vodenje kar kliče po sposobnosti organiziranja in obvladovanja podrobnosti. Vodja, ki nima ustreznih sposobnosti, je vedno prezaposlen. Ne naredi tistega, kar se zahteva od njega in njegovih vodstvenih sposobnosti. Ko človek, pa naj bo to vodja ali sledilec, začuti da je prezaposlen, spremeni svoj načrt ali usmeri pozornost le na neko nujno stvar, s tem dopusti neučinkovitost. Uspešen vodja mora biti mojster v povezovanju vseh podrobnosti, ki so povezane z njegovo pozicijo. To pomeni seveda, da mora znati razdeliti naloge med ljudi.

Avtentičen vodja se zaveda, da je ključ uspešne organizacije v pooblaščenju tako vodij vseh ravni kot vseh zaposlenih (George et al., 2007).

Nepripravljenost ponuditi pomoč – res veliki vodje so pripravljeni, seveda takrat ko okoliščine zahtevajo, narediti kakršnokoli delo, v primeru, da jih drugi prosijo za pomoč. Da zna narediti vse, je tisto, kar se pri njem najbolj ceni in spoštuje.



Menimo, da je med medicinskimi sestrami malo takih, ki ne bi ponudile pomoči, v kolikor vidijo, da jo sodelavci potrebujejo.

Pričakovanje, da si plačan po tem, kar znaš, namesto po tem, kar narediš s svojim znanjem – ljudje niso plačani po tem kar znajo. Plačani so po tem kar naredijo oziroma pripravijo druge, da to storijo.

Poznamo ljudi, ki imajo ogromno znanja, vendar ga ne znajo uporabiti pri delu. Poznamo tudi ljudi, ki svojega znanja ne znajo ali želijo prenašati na druge.

Strah pred tekmovalnostjo sodelavcev – pri vodji, ki ga je strah, da bi nekdo od njegovih sledilcev hotel prevzeti njegovo mesto, je prisotno prepričanje, da se bo to slej ko prej zgodilo in bo ta strah postal realnost. Pravi vodja mora usposobiti namestnike, ki jim bo lahko delegiral del svojih nalog. Edino na takšen način bo pripravljen biti na več mestih hkrati in usmeriti pozornost na več stvari istočasno. Večna resnica je, da človek dobi več, če zna porazdeliti naloge med druge, saj je le to bolj kvalitetno opravljeno, kot pa da bi delal sam. Produktiven vodja skozi svoje znanje in karizmo vzpodbuja ljudi. S tem poveča njihovo prizadevanje, da delajo dobro.

Pomanjkanje ustvarjalnosti – brez ustvarjalnosti je vodja nesposoben ukrepati v primeru nevarnosti in nepredvidljivih dogodkov ali pri oblikovanju načrta, s katerim bo ljudi v takem primeru učinkovito usmerjal.

Vsakodnevno se srečujemo z vodji, ki znajo povedati le to, kaj se ne da, zmanjka pa jim domišljije za tisto, kar bi bilo mogoče.

Egoizem – vodja, ki si lasti vso nagrado za delo ljudi, se bo kmalu srečal z nezadovoljstvom. Pravi vodja si ne lasti vseh zaslug. Zadovoljen je, ko vidi nagrado za delo, ki pripada njegovim ljudem. Zaveda se, da mora večina ljudi delati več in težje za samo pohvalo in priznanje kot za sam denar.

Sploh v zdravstvu se velikokrat srečujemo s posamezniki, ki vse zasluge hočejo pobrati zase. Ali pa, kar je po mojem mnenju še slabše, nikogar ne spustijo zraven pri opravljanju določenih del. In to zgolj zato, da lahko rečejo, da so edini, ki to obvladajo. Ko teh ljudi ni, nihče drug ne zna tega dobro narediti. Škodo v tem primeru nosi pacient.

Pretiravanje – ljudje ne spoštujejo vodje, ki pretirava. Povrhu vsega pretiravanje v katerikoli obliki uničuje vztrajnost in življenjsko silo vseh vpletenih.



V katerikoli situaciji je potrebno ohraniti trezno glavo. Če nam gre nekaj narobe, moramo vedno premisliti, kaj bomo storili, da se situacija čim prej umiri. V kolikor v trenutnem afektu pretiravamo in napovedujemo ukrepe ali dejanja, ki jih potem nikoli ne uresničimo, nam naslednjič nihče ne bo verjel. Ljudje nam ne bodo več zaupali.

Nelojalnost – vodja, ki ni lojalen svojim vrednotam in svojim sodelavcem, ne bo dolgo ohranil svojega vodilnega mesta. Nelojalnost se označuje kot »biti vreden manj kot prah na zemlji« in privede do zasluženega prezira. Pomanjkanje lojalnosti je eden izmed glavnih vzrokov za napake in padce v vsakdanjem življenju.

Seveda je lojalnost v današnjem času zelo hitro minljiv pojem. Vsi smo se že srečali z ljudmi, ki zadnji trenutek skočijo na drug vlak, da le obdržijo svojo pozicijo.

Poudarjanje avtoritete pri vodenju – uspešen vodja vodi s spodbudo in ne z vcepljanjem strahu v srca ljudi. Vodja, ki poskuša narediti vtis na ljudi s svojo avtoriteto, ima stil vodenja z močjo. V kolikor je vodja pravi vodja, ne bo potreboval opozarjati s tem dejstvom, temveč bo vodil s svojim sočutjem, razumevanjem, pravičnostjo in dokazovanjem, da obvlada svoje delo.

Res vedno delamo tako? Pokažemo dovolj sočutja, razumevanja in pravičnosti do naših sodelavcev? Vedno ne! Odgovor moramo najti pri sebi. Kaj je tisto, ki nam preprečuje pokazati naše povsem človeške lastnosti? Je to zgolj preobilje dela? Je to mogoče naš ego, ki nam ne dopušča slišati stvari, ki nam ne godijo? (George et al., 2007)

Ta vprašanja povzemajo besede enega izmed vodij. Pri delu in do sebe je bil neomajen, enako je zahteval tudi od ostalih. Pri tem je izgubil vsako razumno mero, zaradi česar so mu sodelavci nehali zaupati. Povrhu je po svoji drugi ločitvi ugotovil, da ima probleme z izbiro žene. S pomočjo svetovalca je prišel do dveh resnic in sicer dobre, da nima problemov z izbiro žene ter slabe, da se ne zna obnašati kot mož. Odločil se je za temeljito spremembo. Po treh srčnih napadih je končno prenehal kaditi in shujšal. Sedaj je ponovno poročen in pozorno poslušal, kaj mu pravi žena in sodelavci.

Poudarek na nazivih – sposoben vodja ne potrebuje nazivov za pridobitev spoštovanja ljudi. Vrata pisarne pravega vodje so vedno odprta za vse, ki želijo vstopiti. Njegovo delovno okolje je brez formalnosti in razkazovanja.



3 Družbeno odgovorna vloga menedžmenta v zdravstveni negi – primeri iz prakse

Medicinske sestre morajo pri svojem delu v menedžmentu zdravstvene nege upoštevati in usklajevati več dejavnikov.

V zdravstveni dejavnosti, ki je organizirana kot javna zdravstvena služba, država določi pravila ravnanja subjektov in menedžment mora ravnati v ozkem zakonsko določenem okviru (Česen, 2003) pri aktivnostih povezanih z vodenjem zavoda kot javne inštitucije.

Znotraj tega pa morajo medicinske sestre menedžerke delovati tudi v okviru zahtev stroke zdravstvene nege. Njihovo ravnanje in odgovornost v tem delu je opredeljeno v Kodeksu etike medicinskih sester Slovenije v več načelih.

V petem načelu je tako zapisano, da mora medicinska sestra nuditi pacientu kompetentno zdravstveno nego, da ima dolžnost in odgovornost, da svoje strokovno znanje nenehno izpopolnjuje ter da si mora prizadevati za razvoj in napredek stroke zdravstvene nege (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005, 2010).

Osmo načelo nalaga medicinski sestra oziroma ji daje pravico in dolžnost, da si preko svojih strokovnih in drugih organizacij prizadeva za prepoznavnost in ugled zdravstvene nege v družbi, ustrezne delovne razmere, primerno plačilo za delo ter pravno zaščito opravljanja dejavnosti (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005, 2010).

V kontekstu vodenja z zgledom in v smislu družbene odgovornosti menedžmenta zdravstvene nege pa je zanimivo tudi deveto načelo, citiram: »Medicinska sestra s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dviguje ugled poklica in poklicnih organizacij v družbi« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005, 2010).

Če vse navedeno združimo in ilustriramo s primeri iz prakse, bi lahko rekli, da pri vodenju z zgledom v zdravstveni negi igra pomembno vlogo stanovska oziroma poklicna pripadnost medicinskih sester, ki pa se odraža prvenstveno skozi poznavanje in podporo prizadevanjem najvišjega nacionalnega združenja – Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.



Medicinska sestra menedžerka bi torej morala zelo natančno poznati in slediti delovanju Zbornice – Zveze in pridobljene informacije prenašati na svoje sodelavce. Žal v praksi pogosto temu ni tako. Kot rezultat lahko zaznamo slabo informiranost ali pa nepravilno razumevanje dogodkov, sklepov in delovanja, ki vzbujajo pri medicinskih sestrah veliko slabe volje. Poudariti je potrebno, da pripadnosti, poznavanja dogajanja in prenosa informacij o delovanju, ne smemo enačiti z kritično presojo delovanja in posameznikov, ki v tej organizaciji delujejo. Članstvo v Zbornici – Zvezi je prostovoljno, vendar pa lahko skozenj uresničujemo svoje cilje, povezane z poklicno pripadnostjo in poklicno rastjo.

Medicinska sestra menedžerka mora, ne glede na lastno prepričanje, svojim sodelavcem biti vzgled, kar se tiče informiranosti o delovanju Zbornice – Zveze kot krovne poklicne organizacije.

Na spletni strani Zbornice – Zveze najdete tudi veliko koristnih informacij, ki jih lahko povežemo z izobraževanjem in strokovnim izpolnjevanjem medicinskih sester, da lahko le-te pacientu nudijo kompetentno zdravstveno nego.

Izobraževanje medicinskih sester kot pravica in dolžnost je povezana s vprašanjem, ki pogosto vzbujajo pozornost in negotovanje – možnostjo udeležbe na strokovnih srečanjih.

Problemov, s katerimi se kolegice srečujejo, je več. Če je prisotno nerazumevanje in negativen odnos menedžmenta do izobraževanja, pa se ti problemi še bolj izrazijo, medicinske sestre pa se znajdejo v primežu zahtev po pridobivanju licenčnih točk in nezmožnostjo doseganja tega.

Vloga menedžmenta je na tem področju vsekakor zagotavljanje naboljših možnosti za izvajanje izobraževanj ter zagotavljanje pogojev za medicinske sestre, da se bodo izobraževanje lahko udleževale.

V smislu vodenja z zgledom se od medicinskih sester menedžerk smiselno pričakuje pozitiven odnos do izobraževanja, ne samo v zaradi zahteve po pridobivanju licenčnih točk, temveč predvsem kot osnovo za osebno rast in zagotavljanje bolj kakovostne zdravstvene nege. Usmerjati se moramo k zgledom iz tujine, kjer se na izobraževanje gleda kot na boniteto za posameznika in je zato tudi odnos oziroma potreba po izobraževanju bolj pozitivno sprejeta.



Iz izkušenj svojega delovanja na Zbornici – Zvezi in stikov, ki jih imam s kolegicami v zdravstvenih organizacijah, lahko rečem, da je na omenjenih področjih veliko majhnih, a nepotrebnih zapletov in nejasnosti tudi s strani menedžmenta zdravstvene nege in z odpravo le-teh lahko samo še dopolnijo svojo vlogo vodij z zgledom.

4 Zaključek

Vodenje je učinkovito le, če temelji na zaupanju in spoštovanju ter je zasnovano na kulturi, etiki in morali. Dobri vodja je tisti, katerega misli so usklajene z besedami in dejanji. Vodje so ljudje, ki jim zaposleni sledijo zaradi znanja, izkušenj, vpliva in predvsem dobrega zgleda in pravih odločitev. Uspešen vodja se uči iz lastnih izkušenj, zmag in porazov. Uči se iz življenja, ki vedno znova daje vpogled v nove dimenzije.

Vodenje v zdravstveni negi se od osnovne definicije vodenja le malenkostno razlikuje, nekaj zaradi vplivov okolja, v katerem se odvija, predvsem pa zaradi tega, ker gre za vodnje ljudi, ki delajo z ljudmi v zelo posebnih situacijah in posebnih pogojih.

Ziglar (2006) je nazorno prikazal vodenje z zgledom na primeru Benjamina Franklina, ki je bil prepričan, da mesto Philadelphia potrebuje mestno razsvetljavo. Potreboval je le še način, kako v to prepričati svoje sosede. Tako je nekega dne na drog pred vrati izobesil ljubko svetilko. Medeninasto svetilko je dal lepo zloščiti, poskrbel je tudi za stenj. Kaj kmalu so vsi Franklinovi sosedje nad vhodna vrata začeli nameščati svetilke in kmalu so se z osvetlitvijo Philadelphije strinjali vsi.

Literatura

- Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
- Drucker, G. P. (2001). *Managerski izzivi v 21. stoletju*. Ljubljana: GV Založba.
- George, B., Sims, P., McLean, A. N., Mayer, D. (2007, februar). Discovering your authentic leadership. *Harvard Business Review*, 1–9. Dostopno na: <http://www.hbr.org> (8. 3. 2011).
- Hickey, M. T. (2010). Leadership Theories. V Kleinberg, M., Dirschel, K. M. (ur.), *Today's Nursing leader. Managing, Succeeding, Excelling*. Sudbury: Jones and Burtlett Publishers, LLC.
- Hill, N. (1938). *Think and grow rich*. Meriden: The Ralston Society.



Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. (2010). *Uradni list RS* (št. 40/2010, 21. 5. 2010). Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=97901> (10. 3. 2011).

Kyle, D. T. (2006). *Štiri moči voditeljstva: navzočnost, namen, modrost, sočutje*. Ljubljana: Amalietti, Amalietti.

Mojedelo.com. (2009, 5. marec). Voditelj vodi s svojim zgledom. Vodenje in načrtovanje. *Moje-delo.com*. Dostopno na: <http://www.mojedelo.com/local/3/hr-center/hr-kariera/vodenje-nacrtovanje/@1951/voditelj-vodi-svojim-zgledom.aspx> (6. 3. 2011).

Shamir, B., Eilam, G. (2005). What's your story? A life – stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16 (3), 395.

Ziglar, Z. (2006). *Dvorjenje po poroki. Romanca naj traja vse življenje*. Ljubljana: Založba Tuma.



Vpliv vodenja na zaposlene v zdravstveni negi

Impact of leadership on employees in nursing

pred. mag. **Mateja Lorber**

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede
mateja.lorber@uni-mb.si

doc. dr. **Brigita Skela Savič**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
bskelasavic@vszn-je.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Vodenje ljudi je posebna spretnost in večina vodij in menedžerjev, ki je nikakor ne moremo enačiti z upravljanjem. Vodja v sodobnem svetu mora opravljati naloge ter izpolniti pričakovanja na ravni organizacije, sodelavcev in družbe.

Cilj: Želeli smo ugotoviti vpliv vodenja na zaposlene v zdravstveni negi.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Kot metodo raziskovanja smo uporabili poizvedovanje, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. V raziskavo so bile vključene štiri bolnišnice v Sloveniji. V raziskavi je sodelovalo 6 % zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah. Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 16.0. Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami ter z regresijsko analizo ugotavljali vpliv neodvisnih spremenljivk na proučevano odvisno spremenljivko.

Rezultati: Iz analize podatkov je razvidno, da vodje v zdravstveni negi še vedno občasnno uporabljajo neprimeren stil vodenja. Z regresijsko analizo ugotovimo, da lahko s proučevanimi dejavniki vodenja pojasnimo 70 % celotne variabilnosti pripadnosti zaposlenih. Največji vpliv na pripadnost imajo vodstvene kompetence vodij ($\beta = 0,922$; $p < 0,001$) in izbrani stil vodenja ($\beta = 0,228$; $p < 0,001$).

Razprava: Ugotovimo, da ima vodenje in vodja velik vpliv na zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih v zdravstveni negi. Učinkovit vodja je tisti, ki zna uporabljati različne stile vodenja in jih prilagajati nastalim situacijam in sodelavcem, za kar pa vsekakor potrebuje dodatna znanja s področja vodenja in menedžmenta.

Ključne besede: zdravstvena nega, zaposleni, vodja



ABSTRACT

Theoretical introductions: Leading people is a special skills of leaders and management, there is no way that we can equated with the management. Leader in the modern world to perform tasks and meet the expectations of the level of the organization, employees and society.

Aim: We want to determinate the influence of leadership on employees in nursing.

Method: The survey was based on quantitative methodology. As a research method, we used enquiry, as method of data collection we used a questionnaire which contained closed questions and document analysis. The study included 6 % employees in nursing in Slovenian hospitals. We used different statistical methods using computer program SPSS 16.0. Differences between individual variables were analysed by the t-test, while we used regression analysis of the influence of independent variables on the dependent variable.

Results: The analysis shows that leaders in nursing is still occasionally used an inappropriate leadership style. The regression analysis shows that studied factors may explain 70 % of the variability of affiliations. The biggest impact on lemployees affiliations have leadership competencies ($\beta = 0.922$; $p < 0.001$) and leadership style ($\beta = 0,228$; $p < 0,001$).

Discussion: We find that leaders in nursing have the large impact on satisfaction and affiliation of employees in nursing. An effective leader is one who knows how to use different styles of leadership, and adapt the current situation, and colleagues, which they certainly need additional skills in leadership and management.

Key words: nursing, employees, leader

1 Vodenje

Vodenje je v središču pozornosti različnih strokovnjakov že dolgo časa. V teoriji prevladuje splošno stališče, da na pridobivanje položaja vodje vplivajo situacijski dejavniki, vendar pa kljub temu ne smemo zanemariti vpliva osebnosti in vedenja posameznika. Vodenje ljudi je posebna spretnost in veščina vodij in menedžerjev, ki je ne moremo enačiti z upravljanjem, saj zahteva od posameznika povsem drugačno znanje in spretnosti – spretnost ravnanja z ljudmi pri delu (Luckmann Jagodič, 2007). Rozman (2002) vodenje opredeli kot sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja sodelavcev k zelenim ciljem. Vodenje ni enkratno dejanje, je dalj časa trajajoč proces vplivanja na ljudi, ki se nanaša na usmerjanje in spreminjanje (Sullivan, Decker, 2005) z namenom doseganja zastavljenih ciljev. Pri vodenju se med vodjo in zaposlenimi oblikuje specifičen odnos – interakcija. Oblikovanje specifičnega odnosa predstavlja skupek za posameznega vodjo specifičnih ravnanj in vodstvenega obnašanja, pri čemer uporablja različne instrumente



ter s tem oblikuje celovito zanj značilno obliko vodenja (Kovač, Mayer, Jesenko, 2004). Pregled navedenih definicij nam kaže bolj malo skupnih točk, saj se definicije med seboj razlikujejo tako po pogledih na vodjo kot po procesih vodenja. Lahko pa povzamemo, da je vodenje učinkovito le, če zna vodja vzbuditi zaupanje pri sodelavcih ter z njimi ustvariti takšen odnos, da bodo s svojo energijo in znanjem prispevali k skupnim rezultatom.

1.1 Vodenje v zdravstveni negi

V obdobju prilagajanja uveljavitve primerljivosti z razvitim svetom se je pokazalo, da je na področju vodenja zdravstvene nege potrebno veliko ustvarjalnih, uspešnih in učinkovitih medicinskih sester (Čeferin Kveder, 2005), hkrati se zahtevajo tudi neprestane dopolnitve pri izboljševanju spretnosti in znanj medicinskih sester, potrebnih za vodenje v zdravstveni negi. Vloga vodje v zdravstveni negi je največkrat dvojna; strokovna in vodstvena. Ljudje, ki so bili učinkoviti izvajalci zdravstvene nege in največji poznavalci stroke, so velikokrat napredovali in postali vodje. Kersnič (1997) navaja, da so najpogostejše funkcije vodilnih medicinskih sester na eni strani: vodenje, reševanje problemov, reševanje konfliktov, delegiranje, komuniciranje, neposredno organiziranje, odločanje, načrtovanje, planiranje in na drugi strani: strokovni standardi, informacijski sistem, dokumentiranje, motiviranje, nadzor, evalvacija, procesiranje sprememb in supervizija. Skela Savič (2002) ugotavlja, da postajajo pri vodstvenih kadrih vse bolj pomembne naslednje sposobnosti: hitro prepoznavanje kompleksnih strateških usmeritev v zdravstvu, pravočasno in učinkovito reagiranje in sposobnost pravočasnega zaznavanja dejavnikov, ki opozarjajo na potrebe sprememb v stroki in organiziranosti zdravstvene nege, sposobnost za timsko delo, vodenje brez uporabe moči, sposobnost reševanja kompleksnih problemov in sposobnost kooperativnega sodelovanja z drugimi zavodi. Peterka Novak (2007) je ugotovila, da je v zadnjih letih opaziti pri vodenju v zdravstveni negi tudi zahteve, kot so: racionalizacija delovnega časa, ocenjevanje uspešnosti, sodelovanje pri izbiri kadrov, sodelovanje pri gospodarjenju s stroški, sodelovanje pri izpolnjevanju zahtev, sodelovanje na področju kakovosti, vzpostavljanje zadovoljivih delovnih odnosov s pacienti in svojci, opravljanje dela v skladu z vizijo, cilji in vsebinami dela v organizaciji. Maceri (2006) navaja, da mora uspešen vodja v zdravstveni negi znati učinkovito komunicirati, biti zaposlenim na razpolago, vključevati zaposlene v odločanje, ohranяти klinične spretnosti, nuditi podporo zaposlenim pri reševanju konfliktov, pomagati zaposle-



nim pri pridobivanju kliničnih spretnosti, biti zagovornik pacienta, spodbujati zaposlene k reševanju problemov in imeti spoštovanje do vseh ljudi. Mnogi strokovnjaki (Skela Savič, 2002; Fakin, 2005) menijo, da slovensko zdravstvo nima na voljo dovolj strokovno usposobljenega kadra, ki bi imel ustrezna znanja s področja menedžmenta in vodenja. Ob tem se je treba zavedati, da učinkovito vodenje posameznega oddelka ali enote vpliva neposredno na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi. Le z znanjem iz menedžmenta in vodenja bo vodja lahko izkoristil zmogljivosti in sposobnosti zaposlenih v korist organizacije in dosegel zadovoljstvo zaposlenih in uspešnost organizacije (Skela Savič, Pagon, Lobnikar, 2004).

2 Metodologija

V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop raziskovanja. Kot metodo raziskovanja smo uporabili poizvedovanje, za metodo zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa ter analizo dokumentov. V raziskavo so bile vključene štiri bolnišnice v Sloveniji. Razdelili smo 750 anketnih vprašalnikov. 110 anketnih vprašalnikov za vodje smo razdelili med vodje na srednji in nižji ravni vodenja, istočasno smo razdelili 640 anketnih vprašalnikov ostalim zaposlenim v zdravstveni negi v štirih bolnišnicah. Razporeditev vprašalnikov za vodje ni bila naključna, saj je bila povezana z delovnim mestom anketiranega vodje v zdravstveni negi, kar pomeni, da smo uporabili namensko vzorčenje. Zaposleni v zdravstveni negi so se prostovoljno odločili za sodelovanje v raziskavi. Vrnjenih je bilo 509 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 68 % odziv. V raziskavi smo uporabili dva vprašalnika, enega za vodje in drugega za zaposlene v zdravstveni negi. Pripravili smo ju na osnovi študija literature o sodobnem vodenju ter že izdelanega vprašalnika za merjenje kompetenc (O.K. Consulting), za katerega smo pridobili pisno soglasje za uporabo. Vodje so v anketnem vprašalniku ocenjevali sebe kot vodjo, to pomeni, da smo z njim pridobili lastno oceno vodij v zdravstveni negi. Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 16.0. Z uporabo opisne statistike, t testa in analize variance smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami in s pomočjo korelacijske analize ugotovili povezanost med posameznimi spremenljivkami. Analizirali smo tudi vpliv ene ali več neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko s pomočjo multivariantne regresijske analize in pojasnili

delež skupne variabilnosti odvisne spremenljivke s proučevanimi neodvisnimi spremenljivkami.

3 Rezultati

Povprečna starost anketiranih vodij je 43,5 let, povprečna starost zaposlenih pa 38 let. Med anketiranimi je bilo 11 moških in 496 žensk. Podatki o spolu so v skladu z dejanskim stanjem, saj se za poklice v zdravstvu, zlasti na področju zdravstvene nege odločajo večinoma ženske. Povprečna starost zaposlenih in vodij se razlikuje za 5,5 let. Povprečna starost vodij v zdravstveni negi nam pove, da je anketiranec v povprečju postal vodja pri 38 letih. Vodje so v povprečju na vodilnem položaju 10,1 let (10 % jih je na vodilnem položaju 1 leto ali manj in 6,3 % nad 25 let). Zaposleni, ki so vrnili anketni vprašalnik, so v povprečju zaposleni v bolnišnici 16,5 let, kar kaže na to, da dobro poznajo razmere v bolnišnici in delujejo kot strokovnjaki na svojem strokovnem področju. Iz tabele 1 je razvidno, da vodje menijo, da najbolj uporabljajo združevalni stil vodenja (PV = 4,14), sledita prizadevni (PV = 4,00) in zavzeti (PV = 4,00), nazadnje so vodje mnenja, da le občasno pri svojem delu uporabljajo zadržan stil vodenja (PV = 2,86). Zaposleni so prav tako mnenja, da vodje največ uporabljajo združevalni stil vodenja (PV = 3,79) in hkrati zavzeti (PV = 3,79), sledi prizadevni (PV = 3,56) in nazadnje najmanj zadržan stil vodenja (PV = 3,13). Statistično pomembne razlike povprečnih vrednosti je opaziti pri vseh štirih stilih vodenja: vodje sebi pripisujejo večjo prisotnost združevalnega ($t = 6,170$, $p < 0,001$), prizadevnega ($t = 9,061$, $p < 0,001$) in zavzetega stila vodenja ($t = 3,699$, $p < 0,001$).

Tabela 1: *Primerjava povprečnih vrednosti o stilih vodenja med vodji in zaposlenimi ter statistično pomembne razlike*

Stili vodenja	PV vodje	Koef variab	PV zapos	Koef variab	t	p
Združevalni	4,14	10,6	3,79	16,9	6,294	< 0,001
Zadržani	2,86	15,6	3,13	17,5	-5,159	< 0,001
Zavzeti	4,00	10,8	3,79	17,3	3,931	< 0,001
Prizadevni	4,00	9,5	3,56	15,5	9,034	< 0,001

Prav tako je opaziti, da zaposleni ocenjujejo, da vodje v zdravstveni negi večkrat uporabljajo zadržan stil vodenja ($t = -5,159$, $p < 0,001$), kot to ocenjujejo vodje. Anketirani so ocenjevali 25 osebnostnih in drugih značilnosti vodij, prav tako so v nadaljevanju rangirali zanje deset najpomembnejših značilnosti, ki bi jih po njihovem mnenju moral imeti vsak vodja. Iz rezultatov razberemo, da je kot najpomembnejša značilnost izbrana lastnost poštenost, sledi organiziranost, timsko delo, odločnost, zanesljivost, objektivnost, odgovornost, samozavestnost, komunikativnost in ambicioznost.

Korelacijska analiza stilov vodenja

Ugotovili smo statistično pomembno povezavo med starostjo in združevalnim stilom vodenja ($r = 0,216^*$, $p = 0,036$), kar pomeni, višja je starost vodje, bolj uporabljajo združevalni stil vodenja. Prav tako smo ugotovili statistično pomembni povezavo med leti zaposlitve vodij in združevalnim stilom vodenja ($r = 0,279^{**}$, $p = 0,006$) pri vodjih, kar pomeni dalj časa so vodje zaposleni, bolj uporabljajo združevalni stil vodenja. Opaziti je, da se izbrane lastnosti uspešnega vodje pozitivno povezujejo z zavzetim ($r = 0,339^{**}$, $p < 0,001$), združevalnim ($r = 0,396^{**}$, $p < 0,001$), manj pa s prizadevnim ($r = 0,210^*$, $p = 0,040$) stilom vodenja. Prav tako se proučevane vodstvene kompetence pozitivno povezujejo z združevalnim ($r = 0,660^{**}$, $p < 0,001$), zavzetim ($r = 0,339^{**}$, $p < 0,001$) in prizadevnim ($r = 0,367^{**}$, $p < 0,001$) stilom vodenja.

V tabeli 2 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za vodje in zaposlene s koeficientom variabilnosti ter rezultati t testa za proučevane vodstvene kompetence. Pri primerjavi povprečnih ocen vodij in zaposlenih s t testom ugotovimo statistično pomembne razlike pri štirinajstih od navedenih petnajstih vodstvenih kompetenc vodij.

Tabela 2: *Primerjava proučevanih vodstvenih kompetenc med vodji in zaposlenimi ter statistično pomembne razlike*

Kompetence	PV vodje	Koef variab (%)	PV zapos	Koef variab (%)	t	P
Socialna moč	4,19	10,3	4,09	15,2	1,828	0,069
Vizija in cilji	4,19	9,52	3,89	15,4	5,808	< 0,001
Komunikacija	3,97	8,3	3,74	14,3	5,357	< 0,001

Kompetence	PV vodje	Koef variab (%)	PV zapos	Koef variab (%)	t	P
Reševanje konfliktov – dogovor	4,50	12,5	3,92	23,5	7,595	< 0,001
Reševanje konfliktov – kompromis	4,08	15,4	3,85	24,1	3,030	0,003
Reševanje konfliktov – prevladovanje	2,82	45,7	3,53	29,0	-4,985	< 0,001
Reševanje konfliktov – prilagajanje	4,05	18,7	3,77	24,8	3,075	0,002
Reševanje konfliktov – izogibanje	1,78	58,3	2,40	49,3	-5,153	< 0,001
Motivacija	4,17	7,7	3,49	15,7	16,129	< 0,001
Medosebni odnosi	4,12	8,6	3,75	16,9	7,679	< 0,001
Reševanje problemov	4,26	9,1	3,94	18,1	6,036	< 0,001
Delegiranje	3,90	10,6	3,73	15,1	3,353	< 0,001
Timsko delo	4,54	8,1	4,01	18,1	10,197	< 0,001
Odločanje	3,57	9,9	3,46	13,9	2,516	0,013
Obvladovanje sprememb	3,79	6,8	3,88	11,8	-2,598	0,010
Čustvena stabilnost	4,16	11,2	3,92	14,5	3,902	< 0,001
Razvoj kadrov	4,12	10,2	3,75	15,9	7,198	< 0,001
Skrb za vodje	3,66	12,0	4,06	14,4	-7,335	< 0,001
Kakovost	4,27	8,3	3,90	16,3	7,838	< 0,001

Iz tabele 3 so razvidni rezultati regresijske analize proučevanih vodstvenih kompetenc.

Ugotovimo, da so proučevane vodstvene kompetence vodij povezana s stopnjo izobrazbe ($\beta = 0,042$; $p = 0,033$), z vrsto zaposlitve ($\beta = 0,156$; $p < 0,001$), s skrbjo vodij za izobraževanje ($\beta = 0,330$; $p < 0,001$), s stilom vodenja ($\beta = 0,536$; $p < 0,001$) in izbranimi značilnostmi vodij ($\beta = 0,184$; $p < 0,001$). Ugotovimo, da proučevani dejavniki lahko pojasnijo 86,1 % variabilnosti izraženih vodstvenih kompetenc. Med omenjenimi dejavniki najpomembneje vpliva na izraženost proučevanih vodstvenih kompetenc vedenje vodij, kar je razvidno na osnovi najvišje vrednosti standardiziranega regresijskega koeficienta ($\beta = 0,536$). V tabeli 4 so predstavljeni rezultati regresijske analize za spremenljivko pripadnost.

Tabela 3: *Rezultati regresijske analize za vodstvene kompetence*

Vodstvene kompetence vodij	Značilnosti	B	β	p
R ² = 0,861	Starost	0,001	0,474	0,636
	Leta zaposlitve v bolnišnici	- 0,001	- 0,031	0,485
	Stopnja izobrazbe	0,021	0,042	0,033
	Zaposlitev	- 0,197	- 0,156	< 0,001
	Izobraževanje vodij	0,283	0,330	< 0,001
	Vedenje vodij	0,630	0,536	< 0,001
	Izbrane značilnosti vodij	0,148	0,184	< 0,001

Tabela 4: *Rezultati regresijske analize za spremenljivko pripadnost*

Pripadnost	Značilnosti	B	β	p
R ² = 0,705	Starost	0,000	0,004	0,950
	Leta zaposlitve v bolnišnici	0,002	0,046	0,473
	Stopnja izobrazbe	- 0,013	- 0,023	0,390
	Izobraževanje vodij	0,073	0,077	0,031
	Stil vodenja	- 0,297	0,228	< 0,001
	Izbrane značilnosti vodij	- 0,044	0,049	0,156
	Vodstvene kompetence vodij	1,022	0,922	< 0,001
	Zadovoljstvo	0,122	0,137	< 0,001

Na podlagi determinacijskega koeficienta lahko ugotovimo, da s pomočjo štirih izpostavljenih dejavnikov pojasnimo približno 70 % variabilnosti pripadnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Gre za relativno visok delež pojasnjene variabilnosti, kar nakazuje, da je vpliv sicer še drugih dejavnikov, ki niso bili predmet dane raziskave, majhen.

4 Razprava

Znano je, da je razvoj menedžmenta sodobna in že poznana težava v zdravstveni negi (Fakin, 2005; Skela Savič 2002, 2007; Donaher et al., 2007). Opaziti



je, da vodje uporabljajo primerni stil vodenja ($PV = 3,79$) skoraj v enakem obsegu kot neprimerni stil vodenja ($PV = 3,34$). Še bolj zaskrbljujoče pa je dejstvo, da je rezultat skoraj enako slab, kot ga je ugotovila Skela Savič (2002), saj je bila takrat razlika povprečne vrednosti o uporabi primerne in neprimerne stila vodenja ($PV_{\text{raz}} = 0,35$), sedaj pa je razlika še vedno le ($PV_{\text{raz}} = 0,45$) kljub dolgoletnemu opozarjanju na težave vodenja v zdravstveni negi. Obstaja kar nekaj dokazov povezav med stilom vodenja na eni strani in zadovoljstvom med zaposlenimi, organizacijsko uspešnostjo in kakovostjo zdravstvene nege na drugi strani (Skela Savič 2007; Mesiti 2003; Borrill, West, Dawson, 2005), zato je izbira ustreznega stila vodenja zelo pomembna. Z rangiranjem smo ugotovili deset najpomembnejših značilnosti, ki naj bi jih po mnenju anketiranih imel vsak vodja v zdravstveni negi. Te značilnosti so: poštenost, organiziranost, timsko delo, odločnost, zanesljivost, objektivnost, odgovornost, samozavestnost, komunikativnost in ambicioznost. V raziskavi ugotovimo, da je kot najpomembnejša značilnost vodje izpostavljena poštenost, kar so ugotovili že mnogi avtorji (Goleman, 2001; DeCremer, Knippenberg, 2002; Van Vugt, DeCremer, 2002). Prav tako z raziskavo potrdimo že znana spoznanja, da se vodenje povezuje z osebnostnimi značilnostmi uspešnega vodje. Hkrati smo ugotovili, da se vodenje povezuje z značilnostmi in delovanjem za spodbujanje iniciativnosti, kot je ambicioznost, samospoštovanje, ekstrovertiranost, inteligenca, sposobnost za reševanje problemov, organiziranje timskega dela, poštenost in kakovost, s katero prepričajo zaposlene, da opustijo predhodno strategijo. Podobno so ugotavljali že avtorji (DeCremer, Knippenberg, 2002; Van Vugt, DeCremer, 2002). Raziskava pokaže, da vodje statistično pomembno višje ocenjujejo izraženo svojih vodstvenih kompetenc, kot jih ocenjujejo ostali zaposleni v zdravstveni negi. Znano je, da lahko vodstvene kompetence opredelimo šele na podlagi vodjevega vedenja. Na uspešnost dela vodje vplivajo znanje, sposobnosti in veščine vodje kot tudi izkušnje v posameznih situacijah. V raziskavi smo ugotovili, da se vodje v zdravstveni negi zavedajo, da nimajo dovolj znanja s področja vodenja, ter da si večina anketiranih vodij znanj s področja vodenja ni pridobila pred prevzemom vodilnega delovnega mesta. Tako vodje kot zaposleni v zdravstveni negi menijo, da bi bilo potrebno opredeliti vodstvene kompetence vodij za uspešno vodenje v zdravstveni negi. Z raziskavo potrdimo že znana dejstva (Donaher et al., 2007; Lin et al., 2007), da vodje v zdravstveni negi velikokrat prevzamejo vodilno delovno mesto z malo ali brez vodstvenih sposobnosti, saj niso bili deležni izobraževanja, s katerim bi si pridobili vodstvene kompetence. Z multiplo regresij-



sko analizo proučevanih vodstvenih kompetenc vodij smo ugotovili, da so proučevane vodstvene kompetence značilno pozitivno povezane z vedenjem vodij, izbranimi značilnostmi vodij, izobraževanjem vodij s področja vodenja in stopnjo izobrazbe. S temi dejavniki pojasnimo kar 86 % celotne variabilnosti proučevanih vodstvenih kompetenc. Prav tako pa ugotovimo, da lahko s proučevanimi dejavniki pojasnimo kar 70 % celotne variabilnosti pripadnosti zaposlenih v zdravstveni negi, tako lahko z veliko gotovostjo trdimo, da ima vodenje pomemben vpliv na zaposlene v zdravstveni negi.

5 Sklep

Glede na hiter družbeno ekonomski razvoj je potrebno hitro, sprotno, učinkovito in uspešno usposabljanje in prilagajanje vodij v zdravstveni negi. Jasno je, da ni enega samega učinkovitega stila vodenja, vsi imajo prednosti in omejitve. Najučinkovitejši vodje so tisti, ki so sposobni prilagoditi stil vodenja razmeram in zaposlenim, za to pa seveda potrebujejo ustrezna znanja s področja vodenja. Zaposleni uskladijo svoja prepričanja in vrednote z vrednotami vodij, če jih dojemajo za kompetentne; zato prostovoljno sledijo le tistim, za katere menijo, da so dovolj kompetentni, da jih vodijo. Lahko rečemo, da bo vodja prihodnosti v zdravstveni negi lahko postal le tisti, ki bo sposoben doseči vizijo in motivirati zaposlene.

Literatura

- Borrill, C. S., West, M. A., Dawson, J. F. (2005). *The relationship between leadership, people management, staff satisfaction and intention to leave*. Birmingham: Aston Business School.
- Čeferin Kveder, M. (2005). Ustvarjalnost in stili vodenja medicinskih sester v Kliničnem centru Ljubljana. *Neprof Manag*, 3 (5/6), 3–11.
- DeCremer, D., Knippenberg, D. V. (2002). How do leaders promote cooperation? The effects of charisma and procedural fairness. *J Appl Psychol*, 87 (5), 858–66.
- Donaher, K., Russell, G., Scooble, K. B. & Chen, J. (2007). The human capital competencies inventory for developing nurse managers. *J Contin Educ Nurs*, 38 (6), 277–83.
- Fakin, S. (2005). Predlagane izboljšave v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije. *Neprof Manag*, 3 (5/6), 57–9.
- Goleman D. (2001). *Čustvena inteligenca na delovnem mestu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.



- Kersnič, P. (1997). Organizacija zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzor Zdr N*, 31 (1/2), 3–23.
- Kovač, J., Mayer, J., Jesenko, M. (2004). *Stili in značilnosti uspešnega vodenja*. Kranj: Moderna organizacija.
- Lin, L. M., Wu, J. H., Huang, I. C., Tseng, K. H., Lawler, J. J. (2007). Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *J Health Manag*, 52 (3), 156–69.
- Luckmann Jagodič, B. (2007). Vodenje–veščina, ki se je je moč naučiti. *HRM*, 5 (17), 52–3.
- Maceri, S. L. (2006). What a nurse wants, what a nurse needs. *Nurs Manag*, 37 (9), 59–60.
- Mesiti, P. (2003). *Povežite se z ljudmi. Načela, praksa in portret voditeljstvo v 21. stoletju*. Ljubljana: Amalietti & Amalietti.
- Peterka Novak, J. (2007). Spremembe pri vodenju v zdravstveni negi v sodobnem času. V Filej, B., Kersnič, P., *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna* (str. 541–47). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Rozman, R. (2002). Pojmovanje in razvoj managementa. V Možina, S., *Management nova znanja za uspeh* (str. 46-95). Radovljica: Didakta.
- Skela Savič, B. (2002). *Dejavniki in kriteriji uspešnega vodenja v zdravstvu*. (Magistrsko delo). Fakulteta za organizacijske vede, Kranj.
- Skela Savič, B. (2007). *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu*. (Doktorska disertacija). Fakulteta za organizacijske vede, Kranj.
- Skela Savič, B., Pagon, M., Lobnikar, B. (2004). Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje? *Organizacija*, 37 (1), 5–15.
- Sullivan, E. J., Decker, P. J. (2005). *Effective leadership & management in nursing* (6. izd.). Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall.
- Van Vugt, M., DeCremer, D. (2002). Leadership and cooperation in groups: Integrating the social dilemma and social identity perspectives. *J Soc Psychol*, 13, 155-84.



Komunikacija v organizaciji in njen vpliv na zadovoljstvo zaposlenih

Communication within the organization and its impact on employee satisfaction

pred. mag. **Tamara Štemberger Kolnik**

Zdravstveni dom Koper, Visoka šola za zdravstvo Izola
tamara.stemberger@gmail.com

doc. dr. **Irena Gorenak**

Fakulteta za logistiko Celje – Krško, Univerza v Mariboru

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: V prispevku avtorici obravnavata komunikacijo in njen vpliv na zadovoljstvo zaposlenih. Komunikacija v organizacijah postaja z razvojem tehnologij in hitrim znanstvenim razvojem na področju vseh strok vedno bolj kompleksna in s tem pomembna za zaposlene in delovanje organizacije. V članku avtorici opredeljujeta zadovoljstvo zaposlenih v primarnem zdravstvenem varstvu, v katerem za vse zaposlene poteka komunikacija horizontalno in vertikalno med zdravstvenimi delavci, ob tem pa še z nezdravstvenimi delavci in z uporabniki zdravstvenih storitev ali zunanjimi udeleženci v procesu dela. Na komunikacijo vplivajo interpersonalne kompetence, kar posledično vpliva tudi na zadovoljstvo zaposlenih.

Metode: Raziskava je izvedena na vzorcu zdravstvenih delavcev v izbrani organizaciji v primarnem zdravstvenem varstvu. Podatke sta avtorici zbirali s pomočjo vprašalnika. Podatki so bili obdelani s pomočjo faktorske in regresijske analize. Izvedena je bila tudi osnovna statistika, t-test, analiza variance in korelacijske analize.

Rezultati: Avtorici sta potrdili vpliv interpersonalnih kompetenc zaposlenih in vodilnih ter komunikacije z zunanjimi udeleženci procesa dela in nezdravstvenimi zaposlenimi v organizaciji na zadovoljstvo zaposlenih zdravstvenih delavcev. V največji meri od izpostavljenih vplivov na zadovoljstvo zaposlenih vplivajo interpersonalne kompetence sodelavcev.

Diskusija in zaključek: Temeljita na ugotovitvah, da je danes pomemben del strateškega poslovanja posamezne organizacije poleg zadovoljstva uporabnikov in ostalih poslovnih partnerjev tudi zadovoljstvo zaposlenih. Interpersonalne kompetence in komunikacija, ki v veliki meri vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih, dajo misliti, da se mora v veliki meri menedžment zdravstvenih organizacij vedno bolj usmerjati v vodenje s čustvi in empatijo, ki omogočajo razvoj kadrov in njihovo zadovoljstvo.

Ključne besede: interpersonalne kompetence, komuniciranje v organizaciji, zdravstveni delavci, komunikacija v zdravstvu, zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvu



ABSTRACT

Theoretical introductions: In the article authors discuss communication and its impact on employee's satisfaction. With the rapid scientific developments in all disciplines, is communication in organizations becoming increasingly complex and thus important for the staff and operations of the organization. In the article authors define the satisfaction of employees' at the primary level of health care system. For all employees at that level, communication is performed horizontally and vertically between health care professionals, non health care workers and users of the health care services or external actors in the working process. Interpersonal competences have influence on the communications and this fact consequently affects the satisfaction of the employees.

Methods: The study was conducted between health care professionals in the primary health care organization. The authors collected data by a questionnaire. The data was analyzed using fact and regression analysis. The author also carried out the basic statistics, t-test, analysis of variance and correlation analysis.

Results: The authors have confirmed the impact of interpersonal competences of the employees and managers, as well as communications with external actors in the work process and non-health care staff in the organization, on the satisfaction of employees. The major impact on the employees' satisfaction has interpersonal competences between the co-workers.

Discussion: The conclusion based on findings, that today the important part of the strategic operations in the organizations, together with satisfaction of users and partners, is satisfaction of the employee's. Interpersonal competences and communications, which extensively influenced the satisfaction of the employee's, lead us to think that management in the health care organizations should therefore establish managing approaches based on feelings and empathy that enable development of the personnel and their satisfaction.

Key words: interpersonal competences, communication in organizations, health care professionals, communication in health care, employee satisfaction in health care

1 Teoretična izhodišča

Praper (2008) pravi da se otrok rodi kot posameznik v ta svet, vendar v gnezdo socialnih odnosov. Spočet je, rojen je in odrašča kot socialno bitje s prirojenimi potenciali za ustvarjanje odnosov. Osnova socialnih odnosov je komunikacija, ki jo Hoyerjeva (2005) opredeljuje kot proces: »... ki se začne z rojstvom, čeprav nekateri strokovnjaki trdijo, da poteka že intrauterino in traja do smrti, ko ugasnejo vse življenjske funkcije. Pri komunikaciji se od ene do druge osebe prenašajo sporočila. Skozi ta proces razvijamo svojo osebnost, odkrivamo pričakovanja drugih do nas in naša pričakovanja v odnosu do drugih. Učimo se medsebojnih odnosov in načina vključevanja v življenjsko okolje.« Možina in Damjan (1997) opredeljujeta komuniciranje kot nekaj, kar je



ljudem samo po sebi umevno in dano, saj je v raznih oblikah tako razširjeno in tako zelo povezano s posameznikovim življenjem. Prav zato se ljudje ne zavedajo izrednega pomena, ki ga ima komuniciranje v vsakodnevnem družbenem in gospodarskem življenju. Človekovo vedenje je skoraj vedno rezultat ali funkcija določene oblike komuniciranja in obratno komunikacija je determinator vedenja ljudi. Rezultat neposrednega, ustnega in pisnega ter posrednega komuniciranja so mnenja, misli, izrečena stališča in nagnjenja posameznika. Hoyerjeva (2005) poudarja še, da komunikacija ni teorija, ampak skupek veščin. Z mnogimi od teh se rodimo, saj že novorojenček in dojenček s skupkom komunikacijskih veščin znata pritegniti pozornost svojih bližnjih za zadovoljitev svojih življenjskih potreb. Večine komunikacijskih spretnosti pa se mora posameznik v življenju učiti in naučiti zaradi lastnega zadovoljstva in zadovoljstva ljudi, s katerimi je v stiku.

Positivno povezanost delovne klime in zadovoljstva zaposlenih potrjuje veliko raziskav s področja psihologije dela in organizacije. To pomeni, da so zaposleni, ki zaznavajo bolj pozitivno klimo na delovnem mestu oziroma v organizaciji nasploh, zadovoljnejši (Logar, 2007). Človekova prepričanja, lastnosti in razmišljanja pa so po mnenju Zidar Galejeve (2007) tisto, kar najbolj opazno oblikuje organizacijsko kulturo in klimo. Naloga vodstva v organizaciji je, da svoje delovanje usmeri v ustvarjanje pozitivne in smiselne delovne klime in s tem zaposlene ozavešči, da se pozitivna skupinska dinamika in sinergija tima ne ustvarjata spontano, temveč sta za to potrebna znanje in trud (Lešnik, 2006).

Schermerhorn, Hurt in Osborn (1997) definirajo zadovoljstvo pri delu kot stopnjo, s katero posameznik čuti pozitivno ali negativno povezanost do svojega dela. Lambert in Eugene (2005) dodajata, da zadovoljstvo predstavlja čustveni odziv posameznika do njegove delovne naloge in do fizičnih in socialnih pogojev dela. Negativni vpliv na zadovoljstvo zaposlenih pa avtorja pripisujeta konfliktom in dvoumnosti komunikacije. Vpliv vertikalnega komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih Matlock (2008) povezuje z učinkovitim komuniciranjem in informiranjem zaposlenih glede vizije in strategije podjetja. Prepričan pa je, da se z zadovoljstvom zaposlenih izboljšuje tudi komunikacija med zaposlenimi. Svetlik in Zupan (2009) citirata Lipičnika, ki govori o človeških zmožnostih in jih opredeli kot znanje, sposobnosti, osebnostne lastnosti, mišljenje in motivacijo. Če v organizaciji govorimo o zadovoljnih zaposlenih, je s strani menedžmenta potrebno upoštevati vse človeške zmožnosti pri posameznem zaposlenem, ki jih lahko definiramo tudi kot



interpersonalne kompetence. Ko uvajamo pojem kompetenc v organizacijo, je pozornost usmerjena v delovno uspešnost oziroma vedenje pri delu. Namesto osredotočanja na specifične razlike v sposobnostih in osebnosti, ki so lahko povezane z vedenjem pri delu, se določanje osebnih kompetenc neposredno veže s ključnimi dejavniki uspešnosti pri delu. Železnik (2008) predstavlja kompetence kot izraz za že znane pojme kot so: znanje večšine in sposobnosti, ki so že dolgo prepoznani kot temelj uspešnega opravljanja delovnih nalog. Gorenak (2007) definira sestavine kompetenc posameznika kot vse tiste lastnosti, ki osebnost oblikujejo. Na eni strani na privzgojene lastnosti, na drugi strani priučene lastnosti, ki oblikujejo posameznika in oblikujejo njegove karakteristike in s tem njegovo uspešnost, kar je povezano z zadovoljstvom posameznika.

2 Uporabljene metode

Uporabili smo neeksperimentalno raziskovanje. Metoda zbiranja podatkov je bila terenska študija, tehnika zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik. Vprašalnik, uporabljen v raziskavi, smo povzeli po Gorenak (2004) in ga prilagodili za potrebe organizacije. Vprašalnik je zajemal 129 vprašanj. Anketni vprašalnik so prejeli vsi zaposleni v zdravstvenih timih proučevane organizacije, za izpolnjevanje vprašalnika so imeli na razpolago tri tedne, nakar so vprašalnike vrnili na naslov naveden na priloženih ovojnicah. Tako zbrane podatke smo obdelali s pomočjo statističnega programa SPSS 18 za okolje Windows z uporabo opisne statistike, t-testa, analize variance, faktorske analize, korelacijske analize in regresijske analize. Kot neodvisne spremenljivke smo šteli interpersonalne kompetence sodelavcev, interpersonalne kompetence nadrejenih, komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi in komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela; kot odvisno spremenljivko pa smo šteli zadovoljstvo zdravstvenih delavcev pri delu. Anketni vprašalnik smo testirali s pomočjo koeficienta α ali Crobmach koeficienta, ki predstavlja povprečje vseh možnih ocen zanesljivosti znotraj razdeljenega testa ali povprečna skupka testiranj oziroma opazovanj (Bucik, 1997). Testirali smo vse sklope vprašalnika. Rezultati so pokazali najnižji koeficient v sklopu vprašanj od 20–28 kjer je Cronbach α znašal 0,88; vsi ostali so bili višji. Kar nakazuje na verodostojnost uporabljenega vprašalnika. Omejitev raziskave predstavlja majhen vzorec, saj smo raziskavo izvedli le v eni organizaciji, ki ima 156 zaposlenih zdravstvenih delavcev.

3 Rezultati

Vrnjenih smo dobili 36,6 odstotkov vprašalnikov. Spol so navedli vsi anketiranci, in sicer je bilo 16,1 odstotkov moških anketirancev in 83,9 odstotkov ženskih anketirank. Najmlajši anketiranec je imel 22 let najstarejši pa 69. Povprečna starost anketirancev je bila 42,85 let. Srednjo izobrazbo je imelo 42,9 odstotkov anketirancev; višjo izobrazbo 7,1 odstotkov anketirancev; visoko strokovno izobrazbo, 25,0 odstotkov anketirancev, univerzitetno izobrazbo ali več je navedlo 25,0 odstotkov anketirancev.

Glede na veliko število pridobljenih spremenljivk (s pomočjo vprašalnika) smo se odločili, da oblikujemo štiri skupne spremenljivke »Interpersonalne kompetence sodelavcev« (IPKS), »Interpersonalne kompetence nadrejeni« (IPKN), »Komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi« (KOMNZ), »Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela« (KOMZUN), ki smo jih uporabili kot odvisne spremenljivke.

Odvisna spremenljivka pa je »Zadovoljstvo« (O1), ki ga sestavljajo »zadovoljstvo na delovnem mestu«, »zadovoljstvo s poklicem« in »zadovoljstvo s pogoji dela«, kar smo definirali z izvedeno faktorsko analizo.

V nadaljevanju smo uporabili metodo Perasonovega korelacijskega koeficienta, s pomočjo katere smo merili jakost linearne povezanosti med dvema spremenljivkama. Vrednosti koeficienta so definirane v intervalu od 1 do -1 (Kodrič, 2005).

Rezultate povezav med neodvisnimi spremenljivkami prikazujemo v tabeli 1.

Tabela 1: **Rezultati povezav med spremenljivkami**

Spremenljivka	O1	IPKS	IPKN	KOMNZ	KOMZUN
Zadovoljstvo	1				
Interpersonalne kompetence sodelavcev	,505**	1			
Interpersonalne kompetence nadrejeni	,571**	,567**	1		
Komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi	,324*	,213	,096	1	
Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela	,603**	,333*	,172	,629**	1

**p = < 0,01 *p = < 0,05

Ugotovili smo, da tisti anketiranci, ki pogosteje pozitivno ocenjujejo »Zadovoljstvo« tudi pogosteje pozitivno ocenjujejo »Interpersonalne kompetence sodelavcev«, »Interpersonalne kompetence nadrejenih«, »Komuniciranjem z ne zdravstvenimi zaposlenimi« in »Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela«.

S pomočjo t-testa smo ugotavljali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med moškimi in ženskami ter tistimi, ki se dodatno izobražujejo, in tistimi, ki se ne izobražujejo dodatno. Ugotovili smo, da glede na spol ni statistično pomembnih razlik. Med anketiranci, ki so vključeni v izobraževanje za pridobitev višje izobrazbe in tistimi, ki v izobraževanje niso vključeni, smo s pomočjo t-testa ugotovili statistično pomembno razliko pri združeni spremenljivki »zadovoljstvo s poklicem« ($t = 2,207$; $p = 0,036$), saj tisti, ki so vključeni v izobraževanje za pridobitev višje stopnje izobrazbe, višje ocenjujejo (srednja vrednost 4,75) »zadovoljstvo s poklicem« kot tisti anketiranci, ki niso vključeni v izobraževanje za pridobitev višje stopnje izobrazbe (srednja vrednost 4,41). Pri ostalih spremenljivkah nismo ugotovili statistično pomembnih razlik med tistimi, ki se dodatno izobražujejo, in tistimi, ki se ne izobražujejo dodatno.

S pomočjo analize variance smo ugotavljali ali obstajajo statistično pomembne razlike med združenimi spremenljivkami in stopnjo izobrazbe anketirancev. Statistično pomembnih razlik nismo našli.

Kljub temu pa nam podrobnejši pregled ocen srednjih vrednosti pokaže nekatere razlike, ki jih prikazujemo v tabeli 2.

Tabela 2: **Rezultati analize variance med združenimi spremenljivkami in stopnjo izobrazbe anketirancev**

Spremenljivka	Srednja vrednost				Skupna ocena
	Srednja	Višja	Visoka strokov.	Univerz. ali več	
Zadovoljstvo	3,50	4,16	3,71	3,84	3,69
Interpersonalne kompetence sodelavcev	3,88	3,87	3,87	4,00	3,91
Interpersonalne kompetence nadrejeni	3,65	3,93	3,75	3,72	3,72
Komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi	3,38	3,22	3,47	3,47	3,42
Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela	3,03	3,29	3,17	3,69	3,25

Ugotovili smo, da so spremenljivko »Zadovoljstvo« anketiranci s srednješolsko izobrazbo ocenili najnižje, anketiranci z višješolsko izobrazbo pa najvišje. Spremenljivko »Interpersonalne kompetence sodelavcev« so najvišje ocenili univerzitetno ali več izobraženi, najnižje pa višje in visokošolsko izobraženi. Spremenljivko »Interpersonalne kompetence nadrejeni« so najvišje ocenjevali višje izobraženi, najnižje pa srednje izobraženi. Spremenljivko »Komuniciranje z ne zdravstvenimi zaposlenimi« so najvišje ocenjevali visoko strokovno in univerzitetno izobraženi, najnižje pa višje izobraženi. Spremenljivko »Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela« najvišje ocenjujejo univerzitetni in več izobraženi, najnižje pa srednje izobraženi.

Analiziranje odvisnosti zadovoljstva zaposlenih od spremenljivk »Interpersonalne kompetence sodelavcev«, »Interpersonalne kompetence nadrejeni«, »Komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi«, »Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela« smo izvedli s pomočjo regresijske analize. Regresijska analiza nam omogoči oceniti matematično specifikacijo funkcijske odvisnosti med odvisno spremenljivko in eno ali več pojasnjevalnih spremenljivk (Bajt, 2002).

Izvedli smo hierarhično regresijsko analizo za odvisno spremenljivko »Zadovoljstvo«. V prvi blok smo vključili »Interpersonalne kompetence sodelavcev«, v drugi blok smo vključili »Interpersonalne kompetence nadrejeni«, v tretji blok »Komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi« in v četrti blok »Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela«. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

S hierarhično regresijsko analizo smo ugotovili, da lahko spremenljivko »Zadovoljstvo« pojasnimo v 30,7 odstotkih s sprejemljivo »Interpersonalne kom-

Tabela 3: **Rezultati hierarhične regresijske analize**

Skupine spremenljivk	R ²	ΔR ²	F	p
Interpersonalne kompetence sodelavcev	0,307	0,307	17,852	0,000
Interpersonalne kompetence nadrejeni	0,400	0,093	13,658	0,000
Komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi	0,452	0,052	11,243	0,000
Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela	0,583	0,131	14,269	0,000



petence sodelavcev«, dodatnih 9,3 odstotka s spremenljivko »Interpersonalne kompetence nadrejeni«, še dodatnih 5,2 odstotka s spremenljivko »Komuniciranje z ne zdravstvenimi zaposlenimi« in še dodatnih 13,1 odstotkov s spremenljivko »Komuniciranje z zunanjimi udeleženci procesa dela«. Skupno smo pojasnili 58,3 variabilnosti spremenljivke »Zadovoljstvo«

4 Razprava

Možina in Zupan (2009) povzemata Pfeifer, ki je identificiral sedem dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost organizacije, med njimi navaja tudi obsežno komuniciranje, saj lahko poznavanje ciljev in poslanstva organizacije pomembno prispeva k motiviranosti zaposlenih. To je eden od razlogov za razvijanje komunikacijskih poti v organizacijah na vseh nivojih, vertikalno, horizontalno in transverzalno. Specifika v komunikaciji pa so prav zdravstveni delavci, od katerih se pričakuje, da pri svojem delu uporabljajo podporno in empatično komuniciranje (nebesedno in besedno) pri komunikaciji s sodelavci in pacienti ali svojci kot uporabniki zdravstvenih storitev. Prav ti naj bi potrebovali podporo in pomoč v zdravju in bolezni, ki jo zdravstveni delavci nudijo, po mnenju nekateri avtorjev, tudi z učinkovito komunikacijo, ki na pacienta ali svojece vpliva pozitivno. Ne sprašujemo se pa nikoli, kako vplivata komunikacija in interpersonalne kompetence na zdravje in počutje samih zdravstvenih delavcev. Podporna in empatična komunikacija namreč povečujeta samoučinkovitost, soočanje s konfliktnimi situacijami, dogodki in stresom, povezujeta ljudi, povečujeta kakovost življenja, oblikujeta dobre odnose in izražata visoka etična načela (skrb za drugega, odgovornost, zaupanje in sočutje) (Prebil, Mohar, Drobne, 2009). Različne študije, ki jih predstavljajo Bovier et al. (2009) predstavljajo vpliv različnih faktorjev na zadovoljstvo zdravstvenih delavcev pri delu. Prav tako pa se povezuje zadovoljstvo pri delu s stresom. Bolj kot je zdravstveni delavec zadovoljen s svojim delom, manj ima znakov preobremenitve – »sindrom preobremenjenosti«. Popoviceva (2008) je 22,4 odstotka variabilnosti zadovoljstva zaposlenih v SB Novo Mesto pojasnila z organizacijskim komuniciranjem, ki je zajemalo horizontalno in vertikalno komuniciranje ter komuniciranje z okoljem. Ista avtorica je ugotovila, da na zadovoljstvo zaposlenih v proučevani organizaciji v največji meri vpliva horizontalno komuniciranje (11,8 odstotkov), dodatno pojasni 0,9 odstotkov z vertikalnim komuniciranjem in še dodatno 9,7 odstotkov s komunikacijo z okoljem. Vpliv vertikalnega in horizontalne-



ga komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih v primarnem zdravstvu sta proučevali tudi Štemberger Kolnikova in Gorenakova (2009), ki sta pojasnili spremenljivko zadovoljstvo v odnosu z neodvisnima spremenljivkama horizontalno in vertikalno komuniciranje v 51,5 odstotkih variabilnosti zadovoljstva v proučevani organizaciji. V pričujočem prispevku Ugotavljamo, da lahko zadovoljstvo zaposlenih pojasnimo s spremenljivkami komuniciranje z nezdravstvenimi zaposlenimi, komuniciranje z zunanjimi udeleženci v procesu dela ter interpersonane kompetence, saj smo pojasnili kar 58,3 % varabilnosti spremenljivke zadovoljstvo. Z gotovostjo lahko trdimo, da na zadovoljstvo zdravstvenih delavcev vpliva komunikacija z vsemi zaposlenimi, s katerimi v procesu dela pridejo kakor koli v stik. Vsekakor pa komunikacija s pacientom vpliva tudi na zadovoljstvo zaposlenih, ne le na zadovoljstvo pacienta.

V veliki meri na zadovoljstvo zaposlenih v proučevani organizaciji vplivajo interpersonalne kompetence med sodelavci (23,9 odstotkov), kar nakazuje na vpliv medsebojnega sodelovanja v timu in pomen le tega za zadovoljstvo zaposlenih. Prav tako so navedeno spremenljivko zaposleni ocenili z visoko oceno, saj so jo zaposleni z univerzitetno izobrazbo (zdravniki) ocenili s povprečno oceno 4,00, ostali (negovalni kader) pa z oceno 3,88 oziroma 3,87.

S spremenljivko, ki je bila izpeljana iz interpersonalnih kompetenc nadrejenih, smo pojasnili 31,3 odstotka variabilnosti zadovoljstva zaposlenih. Spremenljivko so zaposleni ocenili s povprečno oceno 3,71. Navedeno spremenljivko so visoko ocenili kadri z višjo (3,93), visoko strokovno (3,75) in univerzitetno (3,72) izobrazbo, najnižje pa so spremenljivko ocenili srednje izobraženi (3,65). Po Herzbergerjevi higienski teoriji motivacije se ocenjuje zadovoljstvo zaposlenih glede na to, kateri dogodki so zaposlenim povzročili največje zadovoljstvo. Svetlik (2009) je povzel teorijo in predstavil motivatorje in higienike. V skupino higienikov uvršča primerni osebni dohodek, ustrezno organizacijo dela, cenjenost dela in ustrezne vodje. Med motivatorje pa medsebojne odnose, možnost uporabe znanja in sposobnosti, samostojnost in odgovornost pri delu, zanimivost in pestrost dela, pridobivanje znanja in sposobnosti. S tem lahko razložimo višje ocene interpersonalnih kompetenc vodje in sodelavcev, morda pa tudi visoko stopnjo pojasnjene variabilnosti spremenljivke, ki opredeljuje zadovoljstvo, saj so v zdravstvu zaposleni poleg zdravnikov tudi v zdravstveni negi visoko in univerzitetno izobraženi zaposleni, zato bolj motivirani za dejavnike, ki jih avtor uvršča med motivatorje.



5 Zaključki

Človek se rodi kot bitje sposobno komuniciranja, pa vendar se na svoji življenjski poti vsakdo prilagaja oviram, ki jih skuša skozi življenje premostiti. Na področju medsebojne komunikacije imamo danes bonton, ki ga imenujemo kontaktna kultura. Ta nas uči, kako komunicirati v prvem stiku, kako vzpostaviti stik, kako vključiti v komunikacijo vse prisotne in še marsikaj. Pa vendar ne smemo pozabiti, da na komunikacijo vplivajo posameznikove vrednote, priučene navade, predvsem pa misli, ki ga spremljajo ob komunikaciji. Glede na ugotovljeno, da komunikacija in interpersonalne kompetence v veliki meri v organizaciji vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih, je smiselno razmišljati o načinu vodenja, ki ga izbere management v zdravstvenih organizacijah. V trendu vseživljenjskega izobraževanja, hitrega razvoja stroke zdravstvene nege in medicine ter ob vse bolj izobraženem kadru mora management prevzeti vodenje, ki spodbuja samoaktualizacijo, samouresničevanje, samostojnost in odgovornost pri delu zaposlenih. V procesu komunikacije pa uporabiti vse empatične sposobnosti na nivoju kognicije, čustev in predvsem etičnosti.

Literatura

- Bajt, A. (2002). *Statistika za družboslovce*. Ljubljana: GV založba.
- Bovier, P. A., Arigoni, F., Schneider, M., Gallacchi, M. (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *Eur J Public Health* 19 (6), 611–617.
- Bucik, V. (1997). *Osnove psihološkega testiranja*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Gorenak, I. (2004). *Vpliv organizacijskega komuniciranja na zadovoljstvo policistov pri delu*. (Magistrska naloga). Fakulteta za organizacijske vede, Kranj.
- Gorenak, M. (2007). *Kompetence delavcev v turizmu*. (Diplomsko delo). Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
- Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Kodrič, B. (2005). *Zapiski predavanj predmeta »Raziskovanje v družboslovju«*. Koper: Fakulteta za management.
- Lambert, E. G., Eugene, A. P. (2005). The impact of medical issues on the job stress and job satisfaction of jail staff. *Punishment Society*, 7, 259.



- Lešnik, V. (2006). Pozitivna psihologija na delovnem mestu. *MojeDeloRevija.com*. Dostopno na: <http://www.revija.mojedelo.com/hr/pozitivna-psihologija-na-delovnem-mestu-86.aspx> (14. 3. 2011).
- Logar, S. (2007). Pomen vrednot za uresničitev strategij in ciljev poslovanja. *HRM*, 5 (15), 70–74.
- Matlock, P. E. (2008). The Link Between Leadership Style, Communicator Competence, an Employee Satisfaction. *Journal of Business Communication*, 45, 61–79.
- Možina, S., Damjan, J. (1997). *Poslovno komuniciranje*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Možina, S., Zupan, N. (2009). Strateški menedžment človeških virov. V Svetlik, I., Zupan, N. (ur.), *Memedžment človeških virov*. Ljubljana: Učbeniški sklad Fakultete za družbene vede.
- Popović, L. (2008). *Vpliv organizacijskega komuniciranja na zadovoljstvo zdravstvenih delavcev pri delu*. [Magistrsko delo]. Fakulteta za management, Koper.
- Praper, P. (2008). *Skupinska psihologija od mitologije do teorije*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete. Oddelek za psihologijo.
- Prebil, A., Mohar, P., Drobne, J. (2009). *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Mohorjeva družba.
- Schermerhorn, J. R., Hurt, J. G., Osborn, R. N. (1997). *Organizational behaviour*. New York: Wiley.
- Svetlik, I. (2009). Oblikovanje dela in kakovost delovnega življenja. V Svetlik, I., Zupan, N. (ur.), *Memedžment človeških virov*. Ljubljana: Učbeniški sklad Fakultete za družbene vede.
- Svetlik, I., Zupan, N. (2009). Razvoj managementa človeških virov. V Svetlik, I. & Zupan, N. (ur.), *Memedžment človeških virov*. Ljubljana: Učbeniški sklad Fakultete za družbene vede.
- Štemberger Kolnik, T., Gorenak, I. (2009). Vpliv komuniciranja med zaposlenimi v primarnem zdravstvenem varstvu na njihovo zadovoljstvo pri delu. V Majcen Dvoršak, S. et al. (ur.), *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in ba-biške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Zidar Gale, T. (2007). Reševati konflikte ali uporabiti »coaching«. *HRM* 5, (19), 35–37.
- Železnik, D. (2008). Kompetencam na pot. *Obzor Zdr N*, 42 (3), 165.



Evalvacija promocije zdravja na delovnem mestu kot dejavnika zdravega življenjskega sloga

Workplace health promotion evaluation related to healthy life style

viš. pred. dr. **Melita Peršolja Černe**

Univerza na Primorskem, Visoka šola za zdravstvo Izola
melita@persolja.com

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Zaradi kompleksnosti intervencij promocije zdravja so za njeno vrednotenje priporočljivi neekonomski kazalci. Preko spremljanja zdravstvenega stanja ter kakovosti življenja lahko v evalvacijski raziskavi razkrijemo vzročno-posledično zvezo med promocijo zdravja in njenimi izidi.

Cilj: Cilj empirične raziskave je bil ugotoviti, ali se dejavnosti promocije zdravja povezujejo z življenjskim slogom zaposlenih.

Metoda: Pregled stanja smo s strukturiranim vprašalnikom izvedli med 910 zaposlenimi, ki so bili razporejeni v preizkusno in kontrolno skupino glede na 6-mesečno aktivnost promocije zdravja v delovni organizaciji. Odzvalo se je 36 % oseb in sicer 159 iz preizkusne in 169 iz kontrolne skupine. V programu SPSS 17.0 smo hipoteze preverjali s testom t, ANOVA, hi-kvadrat, korelacijsko analizo ter s standardno regresijsko analizo. Podatke smo zbrali še s priložnostnim neposrednim terenskim opazovanjem z udeležbo.

Rezultati: Med dejavnostmi promocije zdravja v delovni organizaciji in zdravim življenjskim slogom zaposlenih nismo ugotovili značilnih zvez. V preizkusni skupini ugotavljamo zgolj nekoliko manjšo frekvenco dejavnikov tveganja za zdravje. Zdrave navade so bolj izražene pri mlajših, samskih, delavcih brez otrok, nevodilnih ter tistih, ki prevzemajo višjo osebno odgovornost za zdravje.

Razprava: Ugotavljamo, da je promocija zdravja na delovnem mestu lahko koristna vendar pogosto daje statistično neznačilne pozitivne izide, ki niso vedno v skladu z zastavljenimi cilji programa. Priporočljive so dolgoročne evalvacije programov promocije zdravja oz. prilagoditev zastavljenih ciljev zmognostim izvedenega programa promocije zdravja.

Ključne besede: promocija zdravja, evalvacija

ABSTRACT

Theoretical background: Due to the complexity of health promotion interventions, it is recommended to evaluate them with variety of non-economic indicators. Through the measurement of health status and quality of life in the evaluation survey we can uncover the impact of innovation and find the causal link between health promotion and its outcomes.

Objectives: The purpose of the study was to explain: Is health promotion associated with life style?

Methods: The research population included 910 employees, divided in experimental or control group according to the organizations activity in health promotion. At least half a year after the workplace health promotion program started in experimental group, a structured questionnaire was applied to staff willing to participate in the study. Finally we collected 328 (36 %) questionnaires, 159 from experimental and 169 from control group. The hypotheses were tested in SPSS 17.0 programme with t-test for two independent groups, test ANOVA, chi-square, Pearson correlation and standard regression analysis.

Results: Health promotion was not related with healthy lifestyle, but we found out slightly less health risk factors in experimental group. Healthy habits are more expressed in younger, single, childless workers, non-managers and among those who take higher personal responsibility for health.

Discussion: The association of workplace health promotion with employees' life style is not confirmed. Workplace health promotion can be beneficial, but often gives atypical outcomes which are not always in line with objectives stated. For future evaluation of health promotion programs we recommend long-term researching or adapting the program goals.

Key words: health promotion, evaluation

1 Življenjski slog zaposlenega

Pojem zdrav življenjski slog izhaja iz opredelitve vedenja kot zdravo ali ne-zdravo (Lyons, Langille, 2000) oz. normalno in deviantno (Malnar, 2002). Ekspertne skupine in zdravstvena politika spodbujajo zdravo ravnanje iz prepričanja, da smrtnost in kakovost življenja v večini pogojujejo prav dejavniki življenjskega sloga (Verhoeven, 1997). Čeprav ne moremo opredeliti enega, splošnega zdravega življenjskega sloga, pa lahko opišemo veliko komponent, ki nanj vplivajo, kot so nagnjenja, znanje, sposobnosti in dejavnost (Lyons, Langille, 2000). Specifične oblike vedenja, ki so dokazano povezane s povečano pojavnostjo nekaterih obolenj in slabšim zdravjem Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (WHO, 1998) definira kot tvegana vedenja.

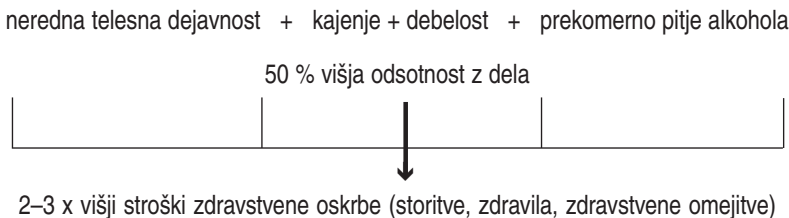
Življenjski slog je produkt kombinacije izbire, priložnosti in razpoložljivih virov (znanja, sposobnosti, podpornega okolja) (Lyons, Langille, 2000) doma, na delovnem mestu, v lokalni skupnosti in širšem življenjskem pro-



storu človeka (WHO 1998). Posameznik bo vložil več napora in truda v področje delovanja, na katerem se čuti uspešnega in učinkovitega, kot v tistega, na katerem o svoji učinkovitosti ni prepričan. Motivacija in zunanji dejavniki, ki vplivajo na vedenje, so med seboj povezani, kateri bo imel večji pomen, pa je odvisno od interpretacije situacije s strani posameznika (Radovan, 2001).

Življenjski slog ne vpliva le na obolevnost in umrljivost, temveč tudi na kakovost življenja, s katero je v pozitivnem ali negativnem odnosu, ter se razlikuje glede na to, ali ga razumemo kratko ali dolgoročno. Zdravju podporno vedenje, izboljšanje kakovosti in trajanja življenja so velikokrat sorazmerni (če posameznik rad telovadi) lahko pa tudi v obratno sorazmerni (če osebi gibalne aktivnosti niso všeč). Prav zato, ker razmerje med življenjskim slogom in dobrim počutjem ni vedno le pozitivno, je proces doseganja zdravja in spreminjanja vedenja posebej zahteven (Verhoeven, 1997).

Čeprav koncept zdravega načina življenja (morda neupravičeno) izpostavlja individualno odgovornost za zdravje (Malnar, 2002), je dokazano, da so zaposleni s tremi ali več dejavniki tveganja za zdravje za 0,5-krat več odsotni z dela od delavcev, ki teh nimajo (Shain, Kramer, 2004). Tveganja in stroški se progresivno nanašajo drug na drugega: večje je tveganje, višji so stroški (glej sliko 1).



Slika 1: **Zdravje in stroški zdravstvene oskrbe zaposlenih** (Shain, Kramer, 2004).

2 Raziskovalna metodologija

Cilj in namen raziskave

S ciljem raziskati kakovost programa promocije zdravja z evalvacijsko raziskavo smo si zastavili raziskovalno vprašanje, in sicer: »Ali promociji zdravja lahko pripišemo povezavo z zdravim življenjskim slogom?«.



Z namenom sistematičnega ugotavljanja učinka zdravstvene storitve ter ciljem pospešiti razvoj in kakovost promocije zdravja smo izvedli primerjavo med preizkusno in kontrolno skupino zaposlenih v upravi. Edini dejavnik, na katerega smo vplivali je program promocije zdravja, ki je bil izveden v preizkusni skupini.

Populacija in vzorec

V raziskovani populaciji 2027 zaposlenih v upravi iz 14 delovnih organizacij smo med 910 (44,9 %) delavci v enem časovnem preseku (6 mesecev po implementaciji projekta oz. med internim programom) v končnem vzorcu pridobili 328 veljavnih anketnih vprašalnikov: 159 iz preizkusne in 169 iz kontrolne skupine.

Zaposleni so bili razporejeni v preizkusno in kontrolno skupino tako, da so v preizkusni skupini zaposleni iz organizacij, ki so izvajale program promocije zdravja, v kontrolni pa zaposleni iz organizacij, v katerih takšen program ni potekal.

Raziskovani vzorec sestavljajo v pretežni meri ženske (71,6 %) v zgodnjih štiridesetih letih, poročene ali iz izvenzakonske skupnosti (77,9 %), z visoko stopnjo izobrazbe in matere dveh otrok (44,8 %), pri katerih je njihov najmlajši otrok mladostnik.

Metode

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik, ki vključuje vprašanja z zaprtimi in odprtimi odgovori in se nanaša na sledeče varibale: demografski podatki, delo in delovno okolje, promocija zdravja na delovnem mestu, življenjski slog (telesna dejavnost na teden, zajtrk, število obrokov na dan in na delovnem mestu, pitje tekočin na delovnem mestu, obvladovanje stresa, transport na delovno mesto, razgibavanje med delom, ocena skrbi za zdravje, tvegana vedenja (kajenje, pitje alkohola)).

Instrument je oblikovan z namenom kvantitativnega zbiranja podatkov in vključuje osnovne kazalce zdravja in zdravega življenjskega sloga, kot jih je v raziskavi o življenjskem slogu Slovencev uporabil Cindi Slovenije (Hlaskan Ribič et al., 2010) ter nekatera vprašanja iz raziskave kakovosti življenja v Sloveniji (Rus, 1984). Statistična analiza podatkov je bila izvedena v programu SPSS za Windows, verzija 17.0.

3 Rezultati

Primerjava življenjskega sloga zaposlenih preizkusne in kontrolne skupine

Izboljšana življenjski slog zaposlenih je cilj, ki naj bi v promociji zdravja sledil povečani osveščenosti. Življenjski slog zaposlenih smo ugotavljali preko devetih pozitivnih spremenljivk (s področja navad prehranjevanja, telesne dejavnosti, obvladovanja stresa, subjektivne ocene lastne skrbi za zdravje), ki smo jih združili v spremenljivko *zdrav življenjski slog*.

Povezava med promocijo zdravja na delovnem mestu in zdravim življenjskim slogom zaposlenih ni značilna in je nekoliko negativna ($r = - ,07$).

Tabela 1: *Opis indeksa življenjski slog*

indeks	kazalec kakovosti	izvedene spremenljivke	n			\bar{x}			χ^2	β	R^2	Cronbach α Skewness Kurtosis
			preizkusna	kontrolna	vzorec	preizkusna	kontrolna	vzorec				
ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	min 1, max. 5	indeks	–	–	300	–	–	2,87	7,0	–		,63 ,19 – 1,1
		zajtrk	158	167	325	3,18	2,99	3,08	,73	,42**		
		pitje tekočin na del. mestu	153	168	321	2,99	3,43	3,22	3,95*	,34**		
		transport na delo	156	166	322	1,72	1,94	1,83	1,5	,25**		
		telesna dejavnost	154	165	319	3,36	3,52	3,44	3,07	,23**	0,91	
		razgibavanje med delom	154	167	321	1,65	1,55	1,59	,38	,23**		
		obroki na dan	159	169	328	4,24	4,1	4,17	,65	,21**		
		obroki na del. mestu	157	167	324	4,54	4,67	4,6	,86	,17**		
		skrb za zdravje	159	168	327	3,4	3,49	3,45	1,84	,12**		
		obvladovanje stresa	158	166	324	3,85	3,92	3,88	15,4 ^a	,10**		

Legenda: n = število enot; \bar{x} = povprečna vrednost; c^2 = vrednost hi-kvadrat; b = beta; R^2 = RSquare; p = stopnja stat. značilnosti, *p < 0,05; **p < 0,01; a vrednost ni zanesljiva.

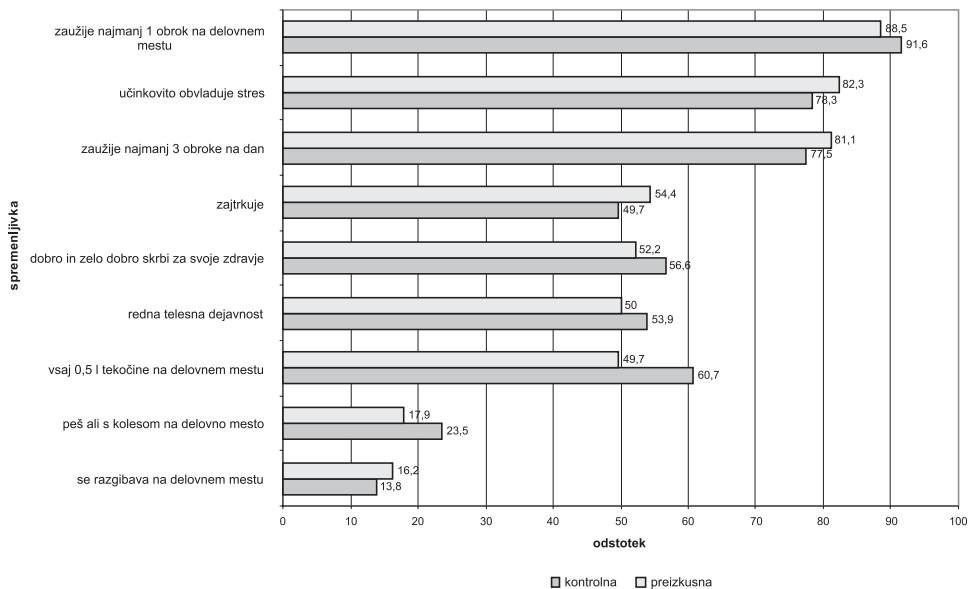


Razlika v življenjskem slogu delavcev preizkusne in kontrolne skupine na splošno ni značilna (glej tabelo 1).

V vzorcu dobra tretjina (32 %) anketiranih svoj življenjski slog opisuje kot (zelo) zdrav, 43 odstotkov kot (zelo) nezdrav, četrtnina je izbrala odgovor »ne dober, ne slab«. V preizkusni skupini so anketirani manj pogosto od kontrolne skupine izbrali visoko oceno življenjskega sloga.

Večina zaposlenih ima ustrezen režim prehranjevanja: zajtrkuje, zaužije najmanj tri obroke dnevno, vsaj enega na delovnem mestu. Delavci v splošnem navajajo učinkovito obvladovanje stresa in zadovoljstvo v skrbi za zdravje, kot najbolj problematično pa se kaže področje telesne dejavnosti – aktivnega prihoda na delovno mesto, razgibavanja med delom kot tudi redne telesne dejavnosti (glej sliko 3).

V primerjavi življenjskega sloga preizkusne in kontrolne skupine ugotovljamo značilno razliko zgolj v pitju tekočine na delovnem mestu, pri čemer vsaj pol litra tekočine med delom popije večina zaposlenih kontrolne in manj kot pol delavcev iz preizkusne skupine.



Slika 3: *Razporejanje podkategorij indeksa življenjski slog v preizkusni in kontrolni skupini*

Preizkusno in kontrolno skupino smo primerjali še v pogostosti tveganih vedenj za zdravje. Ugotavljamo, da se skupini ne razlikujeta značilno, vendar je v preizkusni skupini manj oseb, ki težko obvladujejo stres, manj jih pretirava v pogostosti ali količini pitja alkohola, manj jih na dan pojé premalo obrokov, obenem pa jih manj redno telovadi (glej tabelo 2).

Tabela 2: *Primerjava preizkusne in kontrolne skupine v pogostosti tvegane vedenja*

Tvegana vedenja ¹	% skupina		χ^2	p
	preizkusna	kontrolna		
Neredno telesno dejaven	50	46,1	3,1	,55
Kadi	33,3	33,8	,01	,9
Neustrezno število obrokov na dan	18,9	22,5	,6	,42
Neučinkovito obvladuje stres	17,7	21,7	,71	,4
Uživa alkohol preveč ali prepogosto	16,4	21,1	1,0	,31

Legenda: χ^2 = vrednost hi-kvadrat; p = stopnja stat. značilnosti, *p < 0,05; **p < 0,01

Zaposleni iz preizkusne skupine so opozorili na pomembnost ureditve delovnega okolja, aktivne skrbi za lastno zdravje in navedli nekatere pozitivne spremembe, ki bi lahko bile posledica programa promocije zdravja, kot npr. balon z vodo, izlet, skupne malice. Vendar so merila o koristnosti vedenja za zdravje nejasna. »Ne, saj ne sedim tolko. Jaz se dosti gibam. Vsak dan grem dvakrat po kavo eno nadstropje nižje,« (zaposleni B iz preizkusne skupine, iz dnevnika menedžerke programa).

Povezovanje življenjskega sloga z demografskimi značilnostmi in socialnim položajem delavcev

Zdrav življenjski slog je manj značilen za starejše, živeče v zakonski zvezi ter zaposlene z večjim številom otrok in se ne povezuje s spolom ali s stopnjo izobrazbe (glej tabelo 3). Nakazuje se negativna zveza zdravega življenjskega sloga s številom ur dela na teden.

¹ Prikazani so deleži anketirancev, ki so telesno dejavni manj kot 4-krat tedensko; kadijo; pijejo alkohol 3 in večkrat na teden ali se opijajo; menijo, da so preobremenjeni; jedo manj kot 3-krat dnevno.

Tabela 3: **Povezovanje združene spremenljivke življenjski slog z demografskimi kazalci in kazalci socialnega položaja**

koleracija kazalec		spol	starost	zakonski stan	stopnja izobrazbe	število otrok	število delovnih ur	nadure	nima vodstvene funkcije
ZDRAV	r	–,00	–,16**	,14*	,05	–,18**	–,10	–,08	,04
ŽIVLJENJSKI	p	,97	,00	,01	,39	,00	,08	,17	,51
SLOG	n	299	296	300	299	298	292	288	287

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja stat. značilnosti, *p < 0,05; **p < 0,01; n = število enot

Zaposleni, ki živijo v partnerski zvezi, pogosteje navajajo, da za svoje zdravje ne skrbijo dovolj ($r = ,17^{**}$), so neredno telesno dejavni ($r = ,12^*$), slabše zadovoljujejo potrebe telesa po vodi ($r = ,15^{**}$) in pogosteje izbirajo pasivne oblike transporta na delo ($r = ,13^*$). »Na žalost pridem iz službe zelo utrujena, da bi se po vseh opravkih doma – kuhanje, pospravljanje, ... še aktivno telesno udeleževala,« (ženska 38 let iz preizkusne skupine, pripis k anketi).

Lahko bi rekli, da je ugotovljen življenjski slog vezanih oseb v veliki meri odraz reševanja potreb družine. To kažejo tudi s številom otrok značilno negativno povezana skrb za zdravje ($r = –,20^{**}$), telesna dejavnost ($r = –,19^{**}$) in uživanje tekočin na delovnem mestu ($r = –,15^{**}$).²

Kajenje ugotavljamo pri vsakem tretjem moškem in tretji ženski, pogosteje pri vodilnih. Pomanjkljivo število obrokov na dan zaužije vsak peti anketiraneec, zanj sta značilni nižja stopnja izobrazbe in večje število delovnih ur na teden.

Starejši zaposleni sicer pogosteje izbirajo aktivne oblike transporta na delovno mesto ($r = ,1^{**}$), vendar med delom ne zaužijejo dovolj tekočin ($r = –,2^{**}$) in niti dovolj obrokov ($r = –,1^*$), ter (zato?) slabše obvladujejo stres ($r = –,2^*$). Del napora je odraz intenzivnosti in zahtevnosti in organizacije dela, ki po navedbah anketiranih vsaj deloma vplivata na skrb za zdravje na delovnem mestu.³»Nam ne dovolijo delovne razmere. Je treba delat in samo delat. To so besede nadrejenega,« (ženska 50 let iz kontrolne skupine).

² Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja stat. značilnosti, ** p < ,01; * p < ,05

³ ibidem



Neugodne posledice stresa na delovnem mestu je izrazila skoraj petina vprašanih, pogosteje so se razburjali in počutili napete starejši, starši, zaposleni z večjo avtonomijo na delovnem mestu in gibljivim delovnim časom. Že gibljivost delovnega časa samostojno določa pet odstotkov stresa na delovnem mestu ($R^2 = ,05$).

4 Razprava

Povezanost življenjskega sloga in promocije zdravja ni značilna. V preizkusni skupini je večji delež oseb, ki na delu ne zaužijejo dovolj tekočine. Zdrav življenjski slog je bolj značilen za mlajše, samske in osebe z manj otroki oziroma brez otrok.

Merjenje sprememb in značilnosti življenjskega sloga je dober pristop v raziskovanju uspešnosti promocije zdravja (Hanlon et al., 1998), kljub temu da je sprememba v navadah proces, v katerem poleg znanja odločajo tudi želje in priložnosti (Verhoeven, 1997).

Učinke dejavnosti promocije zdravja na delovnem mestu je mogoče pričakovati v bolj zdravem načinu prehranjevanja pri zaposlenih, večji telesni dejavnosti, zmanjšanju težav s povišanim krvnim tlakom, holesterolom, debelostjo itd. (Fielding, 1984; Sorensen et al., 1998; Green et al., 2001). Toda kot opozarjajo Hanlon idr. (1998), udeleženci programa pogosto trdijo, da so izboljšali življenjski slog, medtem ko objektivne meritve spremembe ne potrjujejo; poleg tega imata na delovno organizacijo večji vpliv socialno in fizično okolje kot nezdrav življenjski slog posameznega delavca (Holdsworth, Raymond, Haslam, 2004).

V drugih raziskavah (Černigoj Sadar, Brešar 1996; Toš, 1996) povezujejo življenjski slog z izobrazbo in spolom. V našem vzorcu so bili izključno zaposleni, v pretežni meri visoko izobražene ženske, kar je verjetno vzrok, da indeksa življenjskega sloga nismo povezali z izobrazbo, s spolom in niti ne s številom delovnih ur na teden. V podrobnejši analizi se stopnja izobrazbe pozitivno povezuje s številom obrokov na dan, daljši delavniki nižajo število obrokov na dan, preveč ali prevečkrat glede na priporočila uživajo alkohol moški delavci z gibljivim delovnim časom. Samostojno uravnavanje tempa dela se povezuje s kajenjem in možnostjo zapuščanja delovnega mesta z višjim stresom.

Kot ugotavlja tudi Svetlik (1991), bolj avtonomni delavci manj pijejo in več kadijo, manjše omejitve fizičnega delovnega okolja pomenijo lažje zadovo-



ljevanje socialnih in osebnih potreb, obenem jih lahko povežemo s konfliktnostjo odnosov in stresom. Ob visokem stresu na delovnem mestu se pri delavcih kažejo simptomi depresije, večja je uporaba zdravil, obiskov pri zdravniku, višji absentizem, pogostejša so kardiovaskularna in mišično-sklepnimi obolenja ter znižana imunska odpornost, čeprav ni popolnoma jasno, zakaj te zveze obstajajo (Houtman et al., 1994). V bolj stresnih poklicih, pri katerih se ljudje ukvarjajo s pomočjo drugim ljudem (Zaletel-Kragelj, Pahor, 2004) in imajo višjo avtonomijo na delovnem mestu, je potreba po počitku verjetno večja, zato so ti delavci v prostem času bolj pasivni (Svetlik, 1991). Na težave v realizaciji prostega časa v družinah anketiranih v našem vzorcu kažeta povezavi redne telesne dejavnosti s samskim stanom in obratna povezava vadbe s številom otrok. Da velja za tiste, ki imajo otroke, slabši položaj v realizaciji priložnostnih dejavnosti, je zapisala Černigoj Sadarjeva (1991, str. 61), ki je med kazalci družinske situacije izpostavila prav število otrok.

Vpliv življenjskega sloga na obolevnost je velik: dokazano je, da imajo na produktivnost še posebej negativen vpliv kajenje, visok indeks telesne mase in stres (Teržan, 2005). Ker je nezdrav življenjski slog poglavitni vzrok za nastanek nenalezljivih bolezni, postaja ugotavljanje stanja, spreminjanje in spremljanje sprememb v času eno od pomembnih orodij javnega zdravstva (Zaletel-Kragelj, 2005). Odkrivanje vplivov na psihofizično počutje delavcev pomaga razumeti zmanjšanje produktivnosti ter večanje fluktuacije in absentizma (Prosen, 2010).

Obenem pa velja razmisliti o kritikah individualističnega modela zdravja in opredeljevanju splošno veljavnega *zdravega* življenjskega sloga, ki se opira na kontrolo in nadzor. Kontrole kazalcev zdravstvenega stanja povzročajo anksioznost in telesne lastnosti tlačijo v enotne okvire. Če že zanemarimo bioritem in fiziološke spremembe pri človeku kot posledico staranja, življenjskega obdobja, značilnosti dela, življenjskega okolja in drugih zunanjih dejavnikov, bi morali pri *meritvah dejavnikov tveganja* upoštevati vsaj minimalne standarde in namesto stanja skupine spremljati posameznika ali kohortne podatke prikazati ločeno po spolu in starostnih skupinah.

5 Sklep

Za promocijo zdravja ni ključen izvor zapostavljanja osebnih (telesnih) potreb za ceno (urejenega) družinskega življenja. Pomembno je, da globlje spoznamo, razumemo in spremljamo *odnos* ljudi do zdravja, posledice reor-



ganiziranja dela in razjasnimo merila o tem, kaj je zdravo ter kaj zdravju koristi. Napaka je tu gotovo v rigidnosti medicinskih priporočil, ki so predstavljena kot vsesplošni smerokaz k blagostanju ob zanemarjanju specifičnosti posameznika in njegove življenjske situacije. Na realna tla je potrebno postaviti tudi cilje na področju sprememb v življenjskem slogu, ki ne morejo izhajati že iz kratkoročnih (včasih celo enodnevnih) programov promocije zdravja. Taki načrti so preambiciozni in vodijo v frustracije izvajalcev ter udeležencev, ki so pričakovali prehitro preveč.

Na osnovi podanih spodbud naj bi bili zaposleni sposobni ustreznih izbir. Verhoeven (1997) ugotavlja, da je pravi čas za učinkovito informiranje in motiviranje takrat, ko je zaposleni *sam* prepričan, da je sposoben želeni življenjski slog vzdržati. Vedeti *kako* je prav tako pomembno kot vedeti *katere* vedenje je potrebno spremeniti, zato morajo biti podane vsebine jasne, koherentne, razumljive in specifične, navodila pa morajo poleg dejstev obsegati tudi alternative.

Literatura

- Černigoj Sadar, N. (1991). Socialni položaj, materialni standard in način preživljanja prostega časa. *Družboslovne razprave*, 8 (12), 52–65.
- Černigoj Sadar, N., Brešar, A. (1996). Vpliv socialnega položaja na zdravstveno stanje. V Svetlik, I. (ur.), *Kakovost življenja v Sloveniji* (str. 183–97). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fielding, J. E. (1984). Health promotion and disease prevention at the worksite. *Annu Rev Publ Health*, 5, 237–65.
- Green, R., Malcom, S., Greenwood, K., Murphy, G. (2001). Impact of health promotion program on the health in primary school principals. *Int J Educ Manag*, 15 (1), 31–8.
- Hanlon, P., Carey, L., Tannanhill, C., Kelly, M., Gilmour, H., Tannanhill, A. et al. (1998). Behavior change following a workplace health check: how much change occurs and who changes? *Health Promot Int*, 13 (2), 131–9.
- Hlastan Ribič, C., Djomba, J. K., Zaletel-Kragelj, L., Maučec Zakotnik, J., Fras, Z. (2010). *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije – z zdravjem povezan vedenjski slog*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Holdsworth, M., Raymond, N. T., Haslam, C. (2004). Does the heartbeat award scheme in England result in change in dietary behaviour in the workplace? *Health Promot Int*, 19 (2), 197–204.

- Houtman, I., Bongers, P. M., Smulders, P. G. W. & Kompier, M. A. J. (1994). Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Scand J Work Environ Health*, 20, 139–45.
- Lyons, R., Langille, L. (2000). *Healthy lifestyle: strengthening the effectiveness of lifestyle approaches to improve health*. Canada: Dalhousie University, Health Canada, Health Promotion and Program Branch.
- Malnar, B. (2002). Sociološki vidiki zdravja. V Toš, N., Malnar, B. (ur.), *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva* (str. 3–32). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Prosen, M. (2010). Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzor Zdr N*, 44 (2), 1–10.
- Radovan, M. (2001). Kaj določa naše vedenje. *Psihološka obzorja*, 10 (2), 101–12.
- Rus, V. (1984). *Kvaliteta življenja v Sloveniji (vprašalnik)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za družbene vede, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Shain., M., Kramer, D. M. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Med*, 61 (7), 643–648.
- Sorensen, G., Stoddard, A., Hunt, M. K., Hebert, J. R., Ockene, J. K., Avrunin, J. S. et al. (1998). The effects of a health promotion – health protection intervention on behavioral change: The WellWorks study. *Am J Public Health*, 88 (11), 1685–90.
- Svetlik, I. (1991). Delo in kakovost življenja. *Družboslovne razprave*, 8 (12), 19–34.
- Teržan, M. (2005). Promocija zdravja na delovnem mestu. V Bilban, M. (ur.), *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2005. Zbornik prispevkov* (str. 151–63). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Toš, N. (1996). *Slovensko javno mnenje: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na področju temeljnega raziskovanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Inštitut za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.
- Verhoeven, C. (1997). *Wellness effects of a worksite health promotion program*. Leiden: Leiden University, Health Psychology Series.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Zaletel-Kragelj, L. (2005). Spremljanje življenjskega sloga odraslih prebivalcev Slovenije. V Bilban, M. (ur.), *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2005. Zbornik prispevkov* (str. 59–70). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Zaletel-Kragelj, L., Pahor, M. & Bilban, M. (2004). Tvegano stresno vedenje. V Zaletel-Kragelj, L., Fras, Z., Maučec Zakotnik, J. (ur.), *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog* (str. 107–48). Ljubljana: CINDI Slovenija.



Trpinčenje na delovnem mestu

Workplace mobbing

Dora Lešnik Mugnaioni, univ. dipl. pol.

Darinka Klemenc, dipl. m. s.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
nenasilje@zbornica-zveza.si

IZVLEČEK

Trpinčenje je ena od vrst nasilja na delovnem mestu, ki označuje sistematično in dolgotrajno sovražno komunikacijo do zaposlenega in ki na zdravju in dostojanstvu žrtve povzroči resne posledice. Slovenska zakonodaja trpinčenje inkriminira, delodajalcem pa nalaga dolžnost, da z ustreznimi ukrepi preprečujejo ta destruktivni pojav v medosebnih odnosih. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, ki dobro desetletje deluje pri Zbornici – Zvezi, je v času od novembra 2009 do februarja 2011 prejela prijave trpinčenja iz 17 zdravstvenih organizacij, večinoma iz bolnišnic. V 12 primerih so bile povzročiteljice nadrejene oziroma vodilne medicinske sestre, sledili so direktorji zavodov in zdravniki. V vseh primerih trpinčenja je šlo za zlorabo moči s strani nadrejenih, kar kaže na resne težave v vodstveni in organizacijski kulturi obravnavanih organizacij. Delovna skupina je vsem, ki so podali prijave mobinga, nudila psihosocialno podporo ter skupaj z njimi oblikovala načrte pomoči in reševanja problema.

Ključne besede: trpinčenje, obravnava primerov, Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi

ABSTRACT

Workplace mobbing is a type of violence which can be defined as systematic and long-term hostile communication that causes serious health problems to the victim and permanently damages his or her dignity. Slovenian legislation incriminates mobbing and requires efficient measures from employers in order to prevent such a highly destructive phenomenon in interpersonal relationships. The "Working group for nonviolence in nursing" received within the period from November 2009 to February 2011, 17 complaints concerning long-term workplace mobbing, mostly from hospitals. In 12 cases perpetrators were head nurses, followed by directors of health organizations and doctors. In all the reported cases the problem aroused from abuse of power, which shows serious problems within the leading and organizational culture of those health organizations. The »Working group for nonviolence in nursing« provided all the victims with psycho-social support and helped them to design and implement a plan for stopping mobbing at their workplace.

Key words: mobbing, dealing with cases of mobbing, »Working group for nonviolence in nursing«



1 Opredelitev nasilja na delovnem mestu

Za nasilje nimamo enotne definicije, saj ga posamezne vede definirajo različno, v odvisnosti od lastnih znanstvenih paradigem ter družbenega in kulturnega konteksta. Muršič (2008) pravi, da »vedenj, ki bi bila sama po sebi nasilna, sploh ni. Iskanje definicije nasilja torej ni bistveno spoznavni problem, temveč je predvsem vrednostno-normativni (in izrazito politični!) proces, v katerem ljudje glede na odbrane vrednote in norme vedno znova odločamo oz. določamo, kaj je in kaj ni nasilje.« Na naš odnos do nasilja vplivata torej družba in kultura, pa tudi socialno-psihološke in čustvene razsežnosti osebnosti posameznikov. Vendarle pa je vpliv kulture in družbenega konteksta večji.

Nasilja na delovnem mestu namreč kot pojava v delovnih okoljih in organizacijah pred desetletji v slovenskem prostoru nismo proučevali, saj v takratnem družbenem kontekstu ni bil prepoznan kot resnejši pojav. Šele po letu 1995 se je o nasilju na delovnem mestu pričelo v Sloveniji resneje razmišljati in ga proučevati. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana je bila prva slovenska stanovska organizacija, ki je leta 1999 v okviru mednarodnih dni boja proti nasilju nad ženskami organizirala strokovni posvet: Spregovorimo o nasilju in spolnem nasilju/nadlegovanju na delovnih mestih medicinskih sester. Sledil je izid zbornika z istim naslovom, v katerem je bila objavljena raziskava o pojavnosti nasilja in spolnega nadlegovanja v medosebnih odnosih v zdravstveni negi (Klemenc, Pahor, 2000). Pokazala je, da je bilo 72,3 % respondentk priča nasilju na delovnem mestu, od tega v največjem deležu verbalnega in psihičnega nasilja. V velikem odstotku so nasilje povzročale nadrejene osebe, največkrat je šlo za zdrav-nike¹ in bolnike. Sledile so jim medicinske sestre z verbalnim nasiljem, ponižujočo komunikacijo, ogovarjanjem. Raziskava je pokazala tudi, da se medicinske sestre z izkušnjo nasilja praviloma zaupajo kolegici, pristojnim službam in nadrejenim pa v zanemarljivi meri, kar je pokazalo na neurejenost te problematike tudi na ravni vodenja in klime v zdravstvenih organizacijah. Menile so, da bi v primerih nasilja potrebovale nasvet kolegice in znanje ter navodila. Ti rezultati so vzbudili ustanovitev Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi.²

¹ Uporabljeni izrazi, zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za ženske in moške.

² Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi je bila ustanovljena leta 2000 z namenom izobraževanja in ozaveščanja zaposlenih v zdravstveni negi o pojavnosti nasilja, njegovi zaznavi ter preprečevanju, in razvoja protokolov obravnave nasilja na delovnem mestu ter drugih oblik pomoči žrtvam nasilja.



Nasilje na delovnem mestu v posameznih državah pravno in strokovno opredeljujejo različno. Zakonodaja v EU na tem področju ni poenotena, saj ne obstaja nobena direktiva ali uredba za preprečevanje nasilja na delovnem mestu. Večina držav EU zato izhaja iz Evropske socialne listine, ki v 26. členu določa: »Vsi delavci imajo pravico do dostojanstva pri delu« (Evropska socialna listina, 1999).

Mednarodni urad za delo (Zbornica zdravstvene in babiške nege, 2002) nasilje na delovnem mestu opredeljuje kot »*incidente, pri katerih so zaposleni žaljeni, ogroženi ali pa so napadeni v okoliščinah, ki so povezane z njihovim delom, vključno s potovanjem na delo ali z dela, in ki vključujejo eksplicitno ali implicitno grožnjo njihovi varnosti, dobrobiti ali zdravju.*« K nasilju na delovnem mestu šteje fizične, verbalne in spolne napade, zmerjanje, zastraševanje, nadlegovanje zaradi osebnih okoliščin, spolno in rasno nadlegovanje, grožnje in druge oblike fizičnega ter psihičnega nasilja. Pri tem poudarja, da je psihično nasilje uničujoče za žrtev predvsem takrat, kadar gre za dolgotrajna, ponavljajoča se in vsiljena vedenja zlorabe psihološke moči.

Di Martino (2008) nasilje na delovnem mestu razume kot pojav, ki vključuje bullying in mobbing, grožnje, fizične napade in spolno nadlegovanje. Po njegovem mnenju gre za pojav, ki je prisoten v vseh sektorjih, poklicih in državah. Je globalen in pandemičen. Zaradi izjemno velikih stroškov, ki jih imajo družbe z neposrednimi in posrednimi posledicami nasilja na delovnem mestu, se zelo povečuje zavest o nujnosti ukrepanja. Zdravstvo je eden od najbolj ogroženih sektorjev zaradi visoke stopnje prisotnosti psihološkega in fizičnega nasilja.

Zaradi vsebinske širine pojma, ki vključuje tako posamezna nasilna dejanja kot tudi dolgotrajno in namerno nadlegovanje ali psihološko nasilje, so poskusi definiranja nasilja na delovnem mestu v medosebnih odnosih zelo splošni. Skupno izhodišče vseh definicij je zloraba moči in uporaba sile, s katero povzročitelj vstopa v žrtvin prostor telesne, spolne, duhovne in čustvene nedotakljivosti, in s tem prizadene njeno dostojanstvo. Moč je ključna kategorija dinamike vsakršnega nasilja in analize nasilnega dejanja.

Različne definicije nasilja na delovnem mestu bi lahko razvrstili v dve skupini:

- definicije, ki pojasnjujejo posamezne primere nasilja, napadov ali incidentov, ki jih zaposlenim v zdravstveni negi lahko v obliki fizičnega,



psihičnega, verbalnega, spolnega ali ekonomskega nasilja povzročijo bolniki, svojci, osebe izven organizacije in sodelavci;

- definicije, ki pojasnjujejo pojav sistematičnega in dolgotrajnega nasilja na delovnem mestu s strani posameznega sodelavca ali skupine sodelavcev. Gre za pojav namerne zlorabe moči in (predvsem) psihičnega nasilja, katerega cilj je zastraševanje, poniževanje ter odstranitev zaposlenega z delovnega mesta. Najbolj pogoste vrste tovrstnega nasilja so mobing in trpinčenje (ang. mobbing, bullying) ter spolno ali drugo nadlegovanje (ang. harassment).

V nadaljevanju se bomo ukvarjali le z eno vrsto nasilja na delovnem mestu in sicer s trpinčenjem.

2 Opredelitev trpinčenja na delovnem mestu

Trpinčenje je termin, s katerim je slovenska delovnopravna zakonodaja leta 2007 »prevedla« mednarodno uveljavljen termin **mobbing**, čeprav ne gre za popolnoma identična pojma.

Mobbing je kot posebno vrsto nasilja na delovnem mestu utemeljil Heinz Leymann na Švedskem v 80-ih letih. Opredelil ga je kot psihološki teror, ki se kaže kot sistematična sovražna in neetična komunikacija enega ali skupine zaposlenih zoper praviloma posamezno žrtev – sodelavca ali sodelavko. Oseba, ki se jo trpinči, je potisnjena v nemočen in nebogljen položaj. Nasilje se dogaja pogosto ter traja dolgo časa (Davenport, et al., 2002).

Davenport, Distler in Schwartz mobing razumejo kot »čustveni napad. Prične se tako, da posameznik postane tarča nespoštljivega in škodljivega vedenja. Z namigovanji, govoricami in javno diskreditacijo se ustvari na delovnem mestu sovražno okolje, v katerem ena oseba združi ostale sodelavce, ki prostovoljno ali neprostovoljno sodelujejo v kontinuiranih sovražnih dejanjih, katerih cilj je odstraniti žrtev z njenega delovnega mesta.« (Davenport, et al., 2002)

Pavla Mlinarič (2006) mobing definira kot »šikano (vsaj enkrat na teden), ki se pojavlja v daljšem časovnem obdobju (več kot pol leta). Končni cilj mobinga pa je žrtev izločiti iz delovnega okolja. Mobing torej ni enkraten dogodek, niti ni konflikt med dvema enako močnima osebama niti morebiten grob odnos med sodelavci, čeprav naštetu že ustvarja neprimerno ozračje v delovnem okolju, ki ga negativno občutijo vsi zaposleni. Pogosto odgovorne osebe žrtev



mobinga prikažejo kot ključnega krivca oziroma grešnega kozla za vse probleme, ki jih sami niso sposobni rešiti.«

Leymann posamezna dejanja mobinga³, glede na njihovo naravo, deli v 5 kategorij (Robnik, Milanovič, 2008):

- Ravnanja, ki vplivajo na samoizražanje in na način komunikacije (žrtvi se onemogoča, da bi se izražala in povedala svoje mnenje, prekinja se jo v komunikaciji in kriči nanjo, njena stališča se zasmehuje in kritizira ...);
- Omejevanje in preprečevanje žrtvinih družabnih stikov (žrtvi je onemogočen stik s sodelavci, z žrtvijo nihče več ne govori, na delovnem mestu postaja »nevidna« za sodelavce, premeščena je na delovno mesto, ki je prostorsko izolirano, sodelavcem se prepove, da bi z žrtvijo imeli stike ...);
- Krnitev žrtvinega ugleda (ogovarjanje, blatenje žrtev, širjenje polresnic ali laži o njenem zasebnem življenju, zasmehovanje njenih osebnih okoliščin ali posebnih potreb, širjenje sporočil o njeni konfliktnosti, problematičnosti, da je čudna ali nora, poniževanje žrtve, zbadanje, zasmehovanje žrtve ...);
- Napadi na kakovost žrtvinega poklicnega in življenjskega položaja (žrtvi se odvzamejo delovne naloge, zanjo ni več dela ali pa se ji konstantno nalaga preveč dela, delo, ki ga mora opraviti, je močno pod ali nad njenimi sposobnostmi, onemogoča se, da bi lahko opravila svoje delo ...);
- Neposredni napadi na zdravje osebe (žrtvi se nalaga težko fizično delo, grozi se ji s fizičnim nasiljem, fizični napad nanjo, odkrito spolno nadlegovanje ...).

Pri mobingu gre torej za različne oblike sistematičnih sovražnih dejanj, ki pa morajo izpolnjevati dva pogoja: da so pogosta in da se dogajajo dlje časa.

V Sloveniji za sistematično in dolgotrajno psihično nasilje, poleg mobinga, uporabljamo tudi termin **trpinčenje na delovnem mestu**, ki ga je kot nov pravni pojem prvič uporabil Zakon o delovnih razmerjih (ZDR) leta 2007. ZDR v 6.a členu, poleg spolnega in drugega nadlegovanja, opredeljuje tudi trpinčenje:

³ V nadaljevanju bomo namesto angl. »mobbing« uporabljali delno poslovenjeni termin »mobing«.



(4) »Prepovedano je trpinčenje na delovnem mestu. Trpinčenje na delovnem mestu je vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom« (ZDR-A, 2007).

Leta 2008 je Kazenski zakonik (KZ-1) prvič trpinčenje opredelil kot samostojno kaznivo dejanje, ki pa ga je v naslovu poimenoval šikaniranje. V 197. členu KZ-1 opredeljuje:

»(1) Kdor na delovnem mestu ali v zvezi z delom s spolnim nadlegovanjem, psihičnim nasiljem, trpinčenjem ali neenakopravnim obravnavanjem povzroči drugemu zaposlenemu ponižanje ali prestrašenost, se kaznuje z zaporom do dveh let.

(2) Če ima dejanje iz prejšnjega odstavka za posledico psihično, psihosomatsko ali fizično obolenje ali zmanjšanje delovne storilnosti zaposlenega, se storilec kaznuje z zaporom do treh let« (KZ-1, 2008).

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa na svoji spletni strani (KIMDPŠ) trpinčenje opredeljuje kot »sistematično slabo ravnanje s podrejenimi, kolegi ali nadrejenimi, ki lahko, če se ponavlja ali poteka kontinuirano, povzroči žrtvam resne socialne, psihične in psihosomatske težave, hkrati pa negativno vpliva tudi na organizacijo in družbo v celoti« (KIMDPŠ, b. l.).

Tako pravna opredelitev trpinčenja kot tudi teoretsko prevladujoče mednarodno razumevanje mobinga gradita definiranje obeh pojavov na štirih ključnih elementih:

- sovražnost do žrtve in njena psihična zloraba,
- dolgotrajnost nasilja,
- sistematičnost (namernost) nasilja,
- posledice, ki jih ima žrtev zaradi zlorabe.

Razlika med mobingom in trpinčenjem je v tem, da je pri mobingu praviloma udeležena skupina zaposlenih, ki je sistematično sovražna do sodelavca⁴, pri pravni opredelitvi trpinčenja pa tega pogoja ni in je poudarek na dinamiki in procesu nasilja. Pomembno je torej, da posameznih nasilnih dejanj na delovnem mestu, četudi so huda ali celo kazniva, ne enačimo z

⁴ Sam termin »mobbing« je izpeljan iz angleške besede »mob« oziroma »to mob«, ki pomenita (mob – drhal, sodrga (zločinska) banda, tolpa; to mob – navaliti na koga ali kaj, napasti (Veliki angleško-slovenski slovar, 1984).



mobingom ali trpinčenjem. Oboje je vsekakor nasilje na delovnem mestu, trpinčenje pa je zgolj takrat, kadar gre za proces, praviloma psihičnega nasilja, ki je dolgotrajen in sistematičen.

2.1 Dinamika trpinčenja na delovnem mestu

Leymann razlikuje pet faz v razvoju procesa mobinga oziroma trpinčenja (Davenport, et al., 2002):

1. Kritični dogodek, pogosto konflikt v medosebnem odnosu, ki sam po sebi še ni nasilno dejanje oziroma trpinčenje. Od načina njegovega reševanja je odvisno, ali se proces trpinčenja sploh prične ali ne.
2. Pojav prvih sovražnosti, agresivnih psiholoških dejanj, ki sprožijo proces trpinčenja.
3. Vodstvo in menedžment se vključita v dinamiko nasilja. Če nasilje ignorirata, omalovažujeta, tiho podpirata ali celo načrtujeta in vzpodbujata, potem se pričnejo sovražnosti in napadi na žrtve stopnjevati. Če pa vodstvo ustrezno posreduje, poskuša ustaviti nasilje, izraža jasna sporočila, da je nasilje nesprejemljivo, sproži ustrezne postopke proti povzročitelju ... pa je velika verjetnost, da do zaostrovanja ne pride.
4. Prične se proces izolacije in odstranitve žrtve. To je kritična faza, saj žrtev dobi v kolektivu oznako »problematične, čudne, psihično labilne, nore«. Sama žrtev ima v tej fazi že posledice preživetega psihičnega nasilja, njeno vedenje se spremeni, manj je učinkovita pri delu, pojavljajo se napake, pojavijo se psihosomatske težave in zdravje se ji poslabša.
5. Odstranitev, izključitev z delovnega mesta. Travma, ki jo žrtev doživlja, sproži post-travmatski stresni sindrom. Po odstranitvi z delovnega mesta je žrtev še nadalje v stiski, psihosomatska obolenja se nadaljujejo, prav tako duševne težave. Žrtev ima pogosto trajne posledice zaradi trpinčenja na delovnem mestu.

2.2 Pojavnost trpinčenja na delovnem mestu

Robnik in Milanovič (2008) navajata nekaj podatkov iz raziskav o pojavnosti mobinga (trpinčenja) na delovnem mestu:



- Leymann je ocenjeval, da je v nekem obdobju svojega življenja 25 % zaposlenih na Švedskem žrtev mobinga;
- ameriške raziskave kažejo, da naj bi bilo v svojem življenju trpinčenih 25–30 % zaposlenih;
- četrta evropska raziskava o delovnih pogojih iz leta 2005 pa je pokazala, da je bilo v zadnjem letu pred raziskavo v Evropski uniji žrtev trpinčenja in nadlegovanja približno 4 % moških in 6 % žensk,
- Britanska študija, ki je zajela več kot 5000 zaposlenih, je ugotovila, da jih je bilo v preteklem letu 25 % žrtev trpinčenja, skoraj 50 % pa jih je bilo trpinčenju priča. Druga britanska študija med več kot 700 zaposlenimi v javnem sektorju je ugotovila, da je 73 % tistih, ki so bili priča trpinčenju na delovnem mestu, občutilo povečan stres, 44 % pa jih je skrbelo, da bodo sami postali žrtve. Raziskave v Veliki Britaniji, ki jih je povzela Charlotte Rayner, kažejo, da približno 25 % žrtev in 20 % prič da odpoved. Torej prasci⁵ ne škodujejo samo svojim neposrednim žrtvam; s svojimi pokvarjenimi prijemi zastrupljajo vse v delovnem okolju, tudi lastno kariero in ugled (Sutton, 2011).
- Leta 2010 je KIMDPŠ v okviru Evropske raziskave vrednot izvedel prvo slovensko raziskavo o trpinčenju na delovnem mestu. Rezultati so pokazali (Urdih Lazar, Stergar 2010), da je bilo v zadnjih šestih mesecih pred raziskavo žrtev trpinčenja 10,4 % anketiranih (všteti vsi, tudi tisti, ki takšna dejanja doživljajo zelo redko, občasno ali večkrat mesečno in ne le večkrat na teden ali vsak dan). Avtorici podajata še rezultat za tiste, ki so trpinčenju izpostavljeni večkrat na teden ali vsak dan – takšnih je bilo 1,5 % vprašanih. Po tej raziskavi pa je bilo v zadnjih petih letih trpinčenju izpostavljenih 19,4 % vprašanih. Glede na spol so bile ženske pogostejše žrtve (62,8 %) kakor moški (37,2 %).

Kaj pa raziskave na področju zdravstva in zdravstvene nege?

- Študije kažejo, da medicinske sestre doživljajo izjemno veliko poniževanj. V študiji iz leta 1997, v kateri je sodelovalo 130 ameriških medicinskih sester, objavljeni v *Journal of Professional Nursing*, jih kar 90

⁵ Takim ljudem lahko rečete psihoteroristi, bleferji, hinavci, kričači, egoisti, tirani, megalomani, teaki, rablji, grebatorji, toda po mojem mnenju beseda prasec najbolj izrazi strah in prezir, ki ga gojim do teh odvratnih bitij (Sutton, 2011).



poroča, da so bile v zadnjem letu žrtve verbalnega zlorabljanja zdravnikov. Povprečna medicinska sestra je poročala o 6–12 izbruhih jeze, ignoriranja in vzvišenega vedenja. Tudi študija iz leta 2003, v kateri je sodelovalo 461 medicinskih sester, objavljena v *Orthopedic Nursing*, je ugotovila, da jih je v zadnjem mesecu 91 % doživelo verbalno zlorabo – opredeljeno kot grdo ravnanje, zaradi katerega so se počutile napadene, razvrednotene ali ponižane. Z njimi so najpogosteje grdo ravnali zdravniki, pa tudi pacienti, druge medicinske sestre in vodje (Sutton, 2011).

- V norveški raziskavi pojavnosti mobinga na delovnih mestih medicinskih sester je bilo ugotovljeno, da je 3 % medicinskih sester v času raziskave doživljalo mobing, v svoji celotni delovni dobi pa 8,4 %. V psihiatričnih ustanovah je bilo takšnih medicinskih sester 10 % (Krajnović, Franković, Šimić, 2006).
- V hrvaški raziskavi (2005), v kateri je prostovoljno sodelovalo 1354 medicinskih sester, je bilo ugotovljeno, da je 39,43 % medicinskih sester doživljalo omalovaževanje, 37,96 % kričanje nanje, 31,09 % žaljenje, 28,06 % ignoriranje njihovega mišljenja in stališč, 27,25 % privilegiranje posameznih članov tima pri razporejanju dela in 23,11 % komentiranje zasebnega življenja. Kar 67,94 % jih je naštetih različnih oblik nasilja doživljalo več kot eno leto, kar je po mnenju raziskovalk velika stopnja tveganja za pojav mobinga. Povzročitelji nasilja so bili: v največjem odstotku neposredno nadrejeni (39, 58 %) in v 24,15 % kolegi iz ožjega delovnega okolja (Krajnović, Franković, Šimić, 2006).
- V raziskavi pojavnosti mobinga na delovnih mestih medicinskih sester v Turčiji (Yildirim, 2006) se je pokazalo, da ima 55,2 % medicinskih sester izkušnjo, da o njih žaljivo govorijo v prisotnosti tima, v 75,8% so to nadrejene osebe, krivičnih obdolžitev za dejanja, ki zanje niso bile odgovorne, v 50,5 % (največkrat so bili povzročitelji nadrejeni (29,4 %) in zdravniki (25,8 %) in 50,1 % medicinskih sester izkušnjo nenehnega nadzora in nezaupanja s strani nadrejenih in sodelavcev. Najpogostejše posledice mobinga so bile: utrujenost in stres, glavoboli, motnje hranjenja, prebavne motnje, pogosta žalost in jok, nezmožnost, da bi v zasebnem življenju odmislele, kar se jim dogaja na delovnem mestu, negativni učinki teh posledic na družinsko in, zasebno življenje (Yildirim, 2006).



- Ena od raziskav v Španiji je ugotovila, da ima 17,2 % zaposlenih v zdravstveni negi izkušnjo mobinga. Večinoma je šlo za prikrievanje informacij, nenehno kritiziranje in omalovaževanje žrtev. Kot povzročitelji so bili daleč najbolj zastopani nadrejeni oziroma vodstvo (Fornes-Vives, Martinez-Abascal, Garcia-Banda, 2008).
- V Sloveniji podatkov o pojavnosti trpinčenja v zdravstveni negi še nimamo, je pa v teku raziskava Zbornice – Zveze o nasilju na delovnih mestih medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, ki vključuje tudi trpinčenje.

Davenport, Distler Schwartz in Pursell Elliott navajajo, da so raziskave v različnih državah potrdile, da je največ mobinga v sektorjih zdravstva, šolstva, socialnega dela in nevladnih organizacijah (Davenport, et al., 2002). Gre za poklice, v katerih ima večina zaposlenih višje stopnje izobrazbe, v katerih prevladuje timsko delo, v katerih naloge znotraj posameznih delovnih mest niso strogo ločene med seboj, v katerih je ogromno komunikacije in sodelovanja ter tesnih medosebnih odnosov. Timi oziroma zaposleni so v intenzivni komunikaciji tudi z nadrejenimi.

V zdravstvu pa sta prisotna še dva izrazita dejavnika tveganja za nasilje, in sicer stroga hierarhija in tradicionalna kultura tolerance do nasilja s strani bolnikov, svojcev in položajno nadrejenih zdravnikov do medicinskih sester.

3 Vloga organizacije in njenega vodstva pri preprečevanju trpinčenja na delovnem mestu

Zakon o delovnih razmerjih (2007) v 44. členu določa, da mora delodajalec varovati in spoštovati delavčevo osebnost in ščititi njegovo zasebnost.

V 45. členu pa je določeno:

»(1) Delodajalec je dolžan zagotavljati takšno delovno okolje, v katerem noben delavec ne bo izpostavljen spolnemu in drugemu nadlegovanju ali trpinčenju s strani delodajalca, predpostavljenih ali sodelavcev. V ta namen mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito delavcev pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali pred trpinčenjem na delovnem mestu.

(2) Če delavec v primeru spora navaja dejstva, ki opravičujejo domnevo, da je delodajalec ravnal v nasprotju s prejšnjim odstavkom, je dokazno breme na strani delodajalca.« (ZDR-A, 2007)



Slovenska delovnoppravna zakonodaja delodajalcem torej nalaga odgovornost, da z ustreznimi ukrepi preprečujejo pojav trpinčenja na delovnem mestu. Naj naštejemo nekaj možnosti delovanja, ki preprečujejo razvoj trpinčenja oziroma omogočajo pravično in učinkovito prepoznavanje nasilja in njegovo obravnavo.

1. Sprejeta politika (izjava) proti nasilju na delovnem mestu.
2. Sprejet pravilnik (navodila) za obravnavo nasilja na delovnem mestu.
3. Jasne pristojnosti, pravice in odgovornosti za vsak opis delovnega mesta.
4. Aktivno zavzemanje za konstruktivno reševanje konfliktov, urejene odnose in etično komunikacijo (predvsem na strani vodstvenega kadra).
5. Konsistentna, hitra in poštena obravnava kršitev politike oziroma izjave.
6. Zaposlenim se omogoči izobraževanje za aktivno delovanje v prid politiki proti nasilju na delovnem mestu.
7. Nove zaposlene se izbira tudi na podlagi njihove čustvene inteligence in sposobnosti konstruktivnega reševanja konfliktov.
8. Sodelovanje, timsko delo, kreativnost, različnost, strpnost in zaupanje so vrednote organizacije.
9. Vzpostavitev mehanizma za reševanje konfliktov, mediacija.
10. Vzpostavitev svetovalne službe oziroma instituta (lahko ena oseba, ki uživa visok moralni ugled in široko zaupanje v organizaciji), ki koordinira postopke v primeru kršitve politike in opravlja svetovalne razgovore z vpletenimi (predvidimo v pravilniku).

Večina delodajalcev se v slovenskih zdravstvenih organizacijah odloča za sprejem izjave ter pravilnika. Zelo pomembno je, da se v pravilniku, ki določa način obravnave prijavljenega trpinčenja, jasno loči dve fazi obravnave:

1. ugotavljanja dinamike in razsežnosti primera prijavljenega trpinčenja: za kakšno vrsto nasilja gre, kdo naj bi ga povzročal, kakšna nasilna dejanja so se zgodila, v kolikšnem času se je nasilje dogajalo, pogostost nasilnih dejanj, kdo so bile priče nasilju, posledice, ki jih ima domnevna žrtev ... in



2. izrekanje sankcij za ugotovljeno trpinčenje na delovnem mestu.

Prvo fazo postopka naj bi opravljala neodvisna komisija (najbolje izvoljena), v kateri ni vodilnih delavcev, sankcije pa izreka delodajalec. Vodilni ne smejo biti vpleteni v preiskovanje primera, saj lahko pride do križanja interesov in nepravilne obravnave, s tem pa do sekundarne viktimizacije domnevne žrtve trpinčenja.

Prav tako je ***zelo pomembno, da v prvih pogovorih z vpletenimi komisija ne sooča domnevne žrtve ter domnevnega povzročitelja trpinčenja, ker je v procesu dolgotrajnega nasilja prišlo do asimetrije v psihološki moči vpletenih in bi soočenje za domnevno žrtev pomenilo ponovno zlorabo moči.*** Za pripravo pravilnika je torej potrebno poznati osnovna načela obravnave nasilja, sicer lahko z obravnavo žrtvam nasilja povzročimo dodatno škodo na njihovem zdravju in dostojanstvu in jih sekundarno viktimiziramo.

4 **Obravnava primerov trpinčenja v Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi**

V Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici – Zvezi smo v novembru 2009 ustanovili multidisciplinarni tim ter postavili načela obravnave primerov nasilja.

Od novembra 2009 do februarja 2010 smo prejeli pritožbe, pisma ali prošnje po pomoči iz 26 zdravstvenih organizacij, od tega 14 iz bolnišnic, klinik in kliničnih centrov, 4 iz zdravstvenih domov, 5 iz socialnih zavodov (domov za starejše), 2 iz vzgojno-varstvenih zavodov ter 1 iz ene od zdravstvenih fakultet.

Posamičnih primerov nasilja pa je bilo bistveno več, saj smo v posameznih bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialnih zavodih ali vzgojno-varstvenih zavodih zaznali več oseb, ki so bile šikanirane, trpinčene, nadlegovane oziroma žrtve drugih oblik nasilja. V eni od organizacij je kar 13 medicinskih sester skupinsko podalo pritožbo zoper nasilno in ponižujočo komunikacijo s strani nadrejene medicinske sestre.

Trpinčenje (mobing) smo zaznali v 17 primerih, v treh primerih pa je šlo za spolno nadlegovanje. Drugo so bili primeri nasilja s strani bolnikov, svojca, tehničnega osebja v zdravstvenem domu, internetne ogrožujoče komunika-



cije s strani zdravnika in siljenje medicinske sestre, da opravlja dela in naloge izven njenih strokovnih kompetenc. Posamične prijave nasilja so podale le diplomirane medicinske sestre, prijav s strani zdravstvenih tehnikov nismo prejeli. V 12 primerih je šlo za agresivno in ponižujočo komunikacijo s strani vodstva v zdravstveni negi, kot povzročitelji sledijo direktorji ali direktorice zavodov in zdravniki.

V domovih za starejše ali v posebnih socialno varstvenih zavodih, ki delujejo v okviru socialnega varstva (MDDSZ), smo se srečali s 5 primeri, ko so se s strani direktorjev teh zavodov na vodje zdravstvene nege izvajali hudi pritiski, šikaniranja ter omalovaževanje njihovega dela ter zdravstvene nege v celoti. Sledil je odvzem pooblastil, ki so bila dana drugim zaposlenim, ki niso imeli ustrezne izobrazbe. V enem od posebnih socialno varstvenih zavodov je direktorica celo odredila, da so socialno varstveni delavci nadzirali zdravstveno negovalne postopke. Zaostrovanje odnosa vodilnih do zdravstvene nege se je sprevrglo v trpinčenje in šikaniranje na delovnem mestu. Kar v štirih primerih so bile trpinčene medicinske sestre prisiljene poiskati drugo zaposlitev, da bi zaščitile svoje zdravje in dostojanstvo.

Skorajda v vseh primerih na ravni organizacije niso bili sprejeti ustrezni ukrepi za preprečevanje trpinčenja na delovnem mestu. Praviloma nadrejeni ali vodstva organizacij tudi niso prisluhnili medicinskim sestram, ki so bile tarča šikaniranja, poniževanja, žaljenja in agresivne komunikacije, ko so spregovorile o nasilju. V več kot polovici primerov so šikanirane medicinske sestre neuspešno najprej poskušale reševati svojo stisko interno, znotraj organizacije, šele v drugi fazi so se obrnile na Delovno skupino ali Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije (SDZNS).

S SDZNS smo pri nekaj najbolj kompleksnih primerih trpinčenja intenzivno sodelovali, saj je bilo potrebno istočasno reševati delovnoppravna in kršitve zdravstvene zakonodaje, psihosocialna in strokovna – zdravstvenonegovalna vprašanja. Z vključevanjem različnih subjektov in strokovnjakinj smo se nekoliko približali t.i. celostnemu pristopu k obravnavi mobinga (trpinčenja), ki se vse bolj uveljavlja v razvitih državah. Ni dovolj psihiatrična pomoč ali zgolj pravno svetovanje ali le posredovanje sindikata. Uspešna je lahko le tista obravnava, ki ponuja vse naštetu in ki izhaja iz konteksta, v katerem se je zgodilo trpinčenje. Ni ključna žrtev, kot je to tradicionalno razumela psihiatrija, ker da je »nora«, »labilna«, »bčudna«, »problematična«, »konfliktna« ..., ključni so: delovno okolje, organizacija, vodstvena kultura, skupinska



dinamika v timu, vrednote in klima v organizaciji. Skratka kontekst delovnega okolja, v katerem je bil proces sistematične in dolgotrajne sovražne komunikacije do zaposlenega možen (Sperry, Duffy, 2009).

V Delovni skupini smo v 12 primerih prijavljenega trpinčenja na delovnem mestu ponudili osebno psihosocialno podporo ter naredili načrt pomoči, v ostalih primerih pa smo ali pisno ali telefonsko podali mnenje oziroma priporočilo za nadaljnje ukrepanje. Kadar je oseba, ki je prijavila nasilje, želela posredovanje v organizaciji, smo to storili pisno s priporočilom delodajalcu.

V vseh primerih trpinčenja smo beležili pri žrtvah resne zdravstvene posledice, predvsem na duševnem zdravju. V povprečju je trpinčenje trajalo dve leti. V večini primerov so medicinske sestre svojo stisko reševale z odhodom v bolniški stalež ali pa z odhodom iz organizacije.

5 Zaključek

To, kar ugotavljamo, potrjuje klasično teorijo nasilja, in sicer, da je nasilje zloraba moči. Zloraba osebno, psihološko, položajno ali družbeno močnejšega nad šibkejšim subjektom (Zaviršek, 2004). Agresivna in ponižujoča komunikacija, še posebno, če prihaja s strani nadrejenih, torej s pozicije moči, je v delovnem okolju nesprejemljiva, saj je destruktivna za odnose med zaposlenimi in posledično tudi za kakovost njihovega dela. Komunikacija do podrejenih je za osebe s pooblastili in močjo vedno izziv. Apriorno namreč vzpostavlja možnost, da to komunikacijo podrejeni zaradi razlike v psihološki in položajni moči, doživijo kot ogrožajočo in kot zlorabo moči. Paziti je torej treba na to, kako komuniciramo s podrejenimi, kako jih naslavljamo, kako spoštljivi smo do njih, kako uspemo pravično in enakopravno obravnavati težave in napake v delovnem procesu.

Danes, ko štejejo nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, pridobivanje raznih certifikatov, ISO in drugih standardov, je zgovoren podatek, kako ustrahovanje nadrejenih vpliva na prijavljanje napak. Tako je Edmondsonova nameravala proučiti, kako vodenje in odnosi vplivajo na napake pri dajanju zdravil v osmih negovalnih enotah. Ankete so pokazale, da so enote z najboljšim vodenjem in odnosi med sodelavci poročale o največ (!) napakah: *enote z najboljšimi vodji so poročale tudi o desetkrat več napakah kot enote z najslabšimi vodji; gre za zaupanje in »psihološko varnost«, pri drugih je vladal strah, »obravnavajo te kot krivca in s teboj ravnajo kot z otrokom«* (Sutton, 2011).



Nadrejeni je lahko strokovno zahteven, strog in visoko odgovoren, ne sme pa biti nespoštljiv, žaljiv, krivičen in manipulativen. Nikakor pa sodelavcev ne sme šikanirati oziroma trpinčiti. V skladu s strokovnimi dognanji in evropsko zakonodajo je vsakršno nasilje, tudi verbalno in psihično, med zaposlenimi na delovnem mestu nesprejemljivo in upravičeno inkriminirano.

Literatura

- Cvetežar, I. Š., Kunstek, V. (ur.). (2005). *Okvirne smernice za obravnavanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Davenport, N., Distler Schwartz, R., Pursell Elliot, G. (2002). *Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace*. Iowa: Civil Society Publishing.
- Di Martino, V. (2008). Violence at Work – a general overview. V Needham, I., Kingma, M., O'Brien-Pallas, L., McKenna, K., Tucker, R., Oud, R. (ur.), *Workpalce Violence in the Health Sector. Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector – Together, Creating a Safe Work Environment* (str. 59–60). Amsterdam: Kavanah.
- Fornes-Vives, J., Martinez-Abascal, M., Garcia-Banda, G. (2008). Socioprofessional variables involved in mobbing in nursing. *Enfermeria Clinica*, 18(3), 127–33.
- Grad, A., Škerlj, R., Vitorovič, N. (1984). *Veliki angleško-slovenski slovar*. Ljubljana: DZS.
- KIMDPŠ. (B. I.). O projektu TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU. *Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa*. Dosegljivo na <http://www2.izd.si/default-4010.html?PHPSSID=1376da755c9049d56796d8263a938e54> (29.4.2009).
- Klemenc, D., Pahor, M. (2000). Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. V Klemenc, D., Pahor, M. (ur.), *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji* (str. 12–35). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
- Krajnović, F., Franković, S., Šimić, N. (2006). Negativni oblici ponašanja unutar profesije medicinskih sestara. V Bodiroga-Vukobrat, N., Frančišković, T., Pernar, M., *Mobbing* (str. 243–250). Rijeka: Društvo psihologa Primorsko-goranske županije.
- Mlinarič, P. (2006, 30. marec). Mobing. *Pravna praksa*, 12, 19–21.
- Muršič, M. (2008). *Strukturne kontingence emocionalne fenomenologije medosebne nasilnosti*. (Doktorsko delo). Pravna fakulteta, Ljubljana.
- Robnik, S., Milanovič, I. (2008). *Trpinčenje na delovnem mestu: rezultati raziskave Sindikata bančništva Slovenije in priporočila za delodajalce*. Ljubljana: Sindikat bančništva Slovenije.
- Sperry, L., Duffy, M. (2009). Workplace Mobbing: Family Dynamics and Therapeutic Considerations. *The American Journal of family Therapy*, 37, 433–442.



- Sutton, R. (2011). *Ni prostora za prasce. Kako ustvariti civilizirano delovno okolje in preživeti v takem, ki to ni*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Urdih Lazar, T., Stergar, E. (2010). Izpostavljenost trpinčenju na delovnem mestu v Sloveniji. *Sanitas et labor*, 8 (1), 129–138.
- Yildirim, A. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1444–1453.
- Zaviršek, D. (2004). Od aktivizma do profesionaliacije: refleksija delovanja ženskih nevladnih organizacij na področju nasilja nad ženskami in otroki v Sloveniji. V Horvat, D., Lešnik Mugnaioni, D., Plaz, M. (ur.), *Psihosocialna pomoč ženskam in otrokom, ki preživljajo nasilje* (str. 1–13). Ljubljana: Društvo SOS telefon.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija. (2002). *Okvirne smernice za obravnavanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvu*. Ženeva, Ljubljana: Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Pravni viri

- Evropska socialna listina. (1999). *Uradni list RS* (Št. 24/1999, 10. april 1999).
- Kazenski zakonik Republike Slovenije (KZ-1). (2008). *Uradni list RS* (Št. 55/2008, 4. junij 2008).
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-A). (2007). *Uradni list RS* (Št. 42/2002, 15. maj 2007; Št. 103/2007, 13. november 2007).



Kako komunicirati s težavnimi sogovorniki – pasti težavnih pogovorov in temeljna načela reševanja problemov po Harvardskih načelih

How to communicate with difficult interlocutors – traps of difficult conversations and basic principles of problem solving based on Harvard methods

Tatjana Zidar Gale

Retorika s.p.

tatjana.zidar@siol.net

IZVLEČEK

Za uspešno komuniciranje potrebujemo uravnoteženost treh področij: vsebine (strokovno znanje), procesa (oblike komuniciranja) in odnosa. Področje procesa bo oteženo, če bo komuniciranje potekalo znotraj t. i. nagonskega pasu (uporaba agresivnega, pasivnega in pasivno-manipulativnega vedenja), zato naj posameznik razvije asertivno komuniciranje, ki ponuja tri zaznavne položaje in pet komunikacijskih orodij. V pogovoru s težavnimi sogovorniki pa bo treba odstraniti še tri ovire, nastale v konfliktni situaciji: resnica, namen in krivda. Ko bodo posamezniki opustili prizadevanja, da je njihova resnica edino pravilna in najprej poslušali zgodbe vseh vpletenih, ko bodo namen spremenili v vplive, krivdo pa v deleže, bodo postavili temelje za uspešno komuniciranje. Za uspešno iskanje skupne rešitve pa bodo potrebovali še štiri temeljna načela: ločiti problem od ljudi, usmeriti se na interese ne na položaje, upoštevati objektivno merilo in izbrati več rešitev, da bodo lahko izbrali najboljšo.

Ključne besede: odnos, asertivno komuniciranje, reševanje konfliktov

ABSTRACT

Three domains should be brought to harmony to ensure successful communication: content (professional knowledge), process (communication forms) and relationship. The process domain may be endangered if communication runs within the so-called instinctive zone – displaying aggressive, passive and passive-aggressive behaviour. Therefore, an individual is encouraged to develop assertive communication skills which allow for three perceptual positions and five communication tools. In addition, there are three obstacles which appear in conflict situations and need to be removed from communication with difficult interlocutors – truth, intent and guilt. The ground for successful communication is built only when an individual concedes to admitting that not only their truth is the real truth, listening to what others have to say, turning intent into effect and splitting guilt into shares. There remain four basic principles of looking for mutual solution: separate the problem from the people, direct at interests not the positions, consider objective criteria and reach more solutions to be able to choose the best one.

Key words: relationship; assertive communication, conflict solving



1 Kako komuniciramo

Pomislimo na situacijo, ko svojci bolnika medicinski sestri očitajo, kako neprimerno je poskrbela zanj. Morda celo pravijo, da je bila neprijazna, da se ni takoj odzvala, ko jo je potreboval ... Kako se bo odzvala na očitke? Kaj bo rekla, če ve, da njihove trditve ne držijo?

Kaj pa takrat, kadar pacient ne spoštuje navodil zdravnika – ne jemlje zdravil. Za slabo počutje začne kriviti zdravstveno osebje, ki je po njegovih besedah neprimerno ali kar nesposobno. Morda pacient medicinski sestri ne reče nič. Na to jo opozorijo drugi pacienti. Kaj bo storila?

Poleg tega pa ji še nadrejeni – najverjetneje zaradi svoje utrujenosti – očita slabo opravljeno delo ali pa s povzdignjenim glasom zavrne njeno prošnjo o koriščenju dodatnih ur nadurnega dela. Kaj bo rekla nadrejenemu?

2 Vsebina, proces in odnos

Naše komuniciranje z različnimi sogovorniki bo uravnoteženo, če bomo obvladovali tri področja komuniciranja (Lawrence, 2006). Prvo področje je **vsebina**, ki se nanaša na strokovno znanje in izmenjavo informacij oziroma usklajevanje vsebinskih določil: kakšna so pravila, postopki, koliko zdravil mora pacient vzeti, kdaj zaključimo delo, kdaj dežuramo, je pogodba podpisana ... Drugo področje je **proces**, ki vsebuje odzive sogovornikov: kako se odzovemo, kako obvladujemo svojo čustveno napetost, kaj rečemo sogovorniku, kadar nas žali ali celo grozi ... Tretje pa je rezultat obeh, govorimo o odnosu: kako ustvarimo stik, ohranjamo ali izboljšujemo odnos med sodelavci, pacienti, svojci ... Če bomo poznali vsebino in obvladovali proces, bomo odnose lahko gradili.

V nadaljevanju se bomo usmerili na proces, torej na oblike komuniciranja in izpostavili komuniciranje s težavnimi sogovorniki.

3 Vrste komuniciranja

3.1 Filtri ali zemljevid sveta

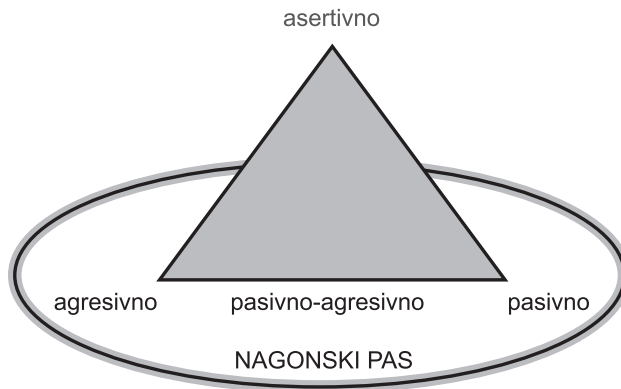
Aksiom NLPja pravi (Vogel, 1999): »Pokrajina je ena sama, vsak človek pa ima svoj zemljevid te pokrajine.« Lahko bi rekli, da je resnica ena sama, vsak človek pa si oblikuje svoje razumevanje, sprejemanje in dojemanje te resni-



ce, saj ga zaznamujejo oziroma določajo njegovi lastni filtri: izkušnje, prepričanja, vrednote, želje, interesi, pričakovanja ... S pomočjo svojih filtrov bo oblikoval svojo realnost in dal pomen stvarim in ljudem, ki ga obdajajo. Ko bo torej prišlo do konfliktna situacije, bo konflikt razumel s pomočjo svojih filtrov: kaj se dogaja, kaj je prav in kaj ne, kaj se sme in kaj ne, kaj je treba storiti in kaj ni primerno ... Sogovornik pa ima svoje filtre, zato bo vztrajal pri svoji zgodbi, v svoji resnici. Konflikt je neizbežen. Oba sta ogrožena, zato bosta svoje filtre oziroma zemljevid (model) sveta branila. Branita pa ga lahko na štiri različne načine.

3.2 Štiri vrste komuniciranja

V vsakdanji praksi torej izbiramo med štirimi temeljnimi vrstami komuniciranja: agresivnim, pasivnim, pasivno-agresivnim ali manipulativnim in asertivnim (Paterson, 2000). Prvi trije so odzivi znotraj t. i. nagonskem pasu, zato bodo težavne pogovore še poglobili.



Slika 1: Štiri vrste vedênja oziroma komuniciranja (vir: Zidar Gale, 2011)

Znotraj nagonskega pasu se odzovemo, kadar se počutimo šibke ali ogrožene, zato iščemo načine, kako se bomo branili. Branimo se lahko:

- agresivno: »udarimo« nazaj,
- pasivno: postanemo pretirano prijazni, lahko se umaknemo ali utihnemo,
- pasivno-agresivno ali manipulativno: naše besede bodo zazvenele prijazno, naše neizrečene misli pa bodo agresivne.



Če upoštevamo pravilo, da nagon sproži nagon, potrebujemo na ravni procesa strategije, s katerimi znamo stopiti iz nagonskega pasu, sicer bomo vanj potegnili tudi ostale sogovornike in jih tako ustvariti za »težavne«. Prav tako potrebujemo veččine, s katerimi bomo sogovornikom pomagali stopiti iz neprimerne nagonskega pasu, da nas ne bodo »potegnili« vanj.

Asertivno komuniciranje pa je zunaj nagonskega pasu, zato nam bo pomagalo, da izboljšamo raven procesa in obvladujemo pogovore s težavnimi sogovorniki.

3.3 Temeljne napake agresivnega vedenja

Agresivno se odzovemo takrat, kadar verjamemo, da je naš zemljevid sveta najboljši oziroma edini pravilen. Branimo ga z napadom in razvrednotenjem sogovornikovega. Pri tem se čutimo ogrožene, saj sogovorniki ne sprejemajo oziroma se ne strinjajo z našim zemljevidom in filtri v njem. Izhajamo iz predpostavke: jaz sem v redu, ti nisi v redu.

Najpogostejše napake agresivnega vedenja so:

Napad na osebnost	<p>Sodbe, očitki, žalitve, grožnje: <i>Spet niste izpolnili ...</i> <i>Ste pozabili ...</i> <i>Ste trmasti ...</i> <i>Nočete ubogati ...</i> <i>Če bi prišli prej, bi lahko še kaj uredili ...</i></p> <p>Ali: <i>Začni se normalno obnašati. Poglej, kakšen si!</i> <i>Če bi bil drugačen, bi veliko lažje delali.</i></p>
	<p>Kitična vprašanja <i>Zakaj pa ste šele sedaj prišli?</i> <i>Zakaj nisi ...?</i> <i>Pa vi sploh veste, kaj morate jemati?!</i></p>
	<p>Primerjava z drugimi, povzdigovanje sebe: <i>Če bi tole sam naredil, bi bilo že zdavnaj narejeno, pa še bolje bi bilo. Za vse moram poskrbeti sam. Na druge se res ne da zanesti!</i></p>
	<p>Sarkazem <i>Ja, tole je pa res vrhunski dosežek. Malo takih.</i></p>



Posploševanje	Vedno, nikoli, kar naprej, zmeraj ... <i>Vedno se zaplete pri vas (tebi). Kako pa drugi lahko takoj razumejo, kaj morajo narediti.</i>
	Iskanje oziroma dokazovanje krivde: <i>Gospa, vi niste redno jemali zdravil, ne jaz!</i> Ali: <i>Torej si spet ti tisti, ki je povzročil težave. Kriv si, da ne moremo nemoteno delati.</i>
Domneve	Subjektivne interpretacije (rezultat naših izkušenj oziroma prepričanj): <i>On je pač tak, z njim se ne da komunicirati. Nima smisla hoditi k njemu in mu razlagati, saj ne bo hotel poslušati. Pa saj ni čudno, da je tak. Poglej, od kod pa prihaja?!</i>
Negacije	<i>Gospod, niste še na vrsti.</i> Ali: <i>Spet niste dela opravili do konca. Pa saj niste še čisto nič naredili. Dobro veste, da tako ne morete več delati.</i>

3.4 Pasivni pristop

Branimo se lahko tudi z umikom, molkom. Morda se bojimo posledic, če bi se sogovorniku postavili po robu. Verjamemo, da je bolje potrpeti. Svojega mnenja, prepričanj, želja ne povemo, morda celo mislimo, da je sogovornik pomembnejši kot mi ... Začnemo se podrežati, uporabljamo nejasne izjave ... Smo šibki ali močni? Tudi šibki – ne pokažemo, kaj nam ni všeč, kaj nas moti, kaj si želimo, kaj je za nas sprejemljivo in kaj ne ... Izhajamo iz predpostavke: jaz nisem v redu, ti si v redu.

Najpogostejše napake pasivnega vedenja so:

Nejasne izjave	<i>Veste, rada bi vam razložila, pa ne najdem pravih besed ...</i>
Oklevajoče fraze z mašili	<i>Ne me narobe razumeti, hočem ti samo ... eee..., hm ..., saj verjetno, hmmm ... veš, kaj želim pojasniti ...</i>
Opravičevanje, iskanje privoljenja	<i>Se opravičujem, gospod, ne bi vas rada motila, a moram odnesti ...</i>



	Ali: <i>Oprosti, da te motim, verjetno veš, zakaj sem se oglasila pri tebi.</i>
Samo-obvezujoče fraze (moram, moral bi)	<i>Joj, gospa, moram vam razložiti. Veste, morala bi že prej povedati ...</i> Ali: <i>Res nimam nič proti tebi, a moram ti povedati, da bo treba dopis spremeniti.</i>
Razvrednotene izjave o sebi – razvrednotenje sebe, svojih želja in potreb	<i>Saj ni pomembno, kaj si sama želim, pomembno je, da bodo drugi zadovoljni.</i>
Poniževanje, primerjave z drugimi	<i>Ah, jaz nisem za to. Meni ne bo uspelo. Drugi so sposobnejši od mene.</i>

3.5 Pasivno-agresivno ali manipulativno vedenje

Žal pa se v nas lahko pojavijo zamere (*»Kaj se pa gre?! Kdo pa misli da je?!«*), želja po maščevanju (*»Bo že videl. Če bi se z mano drugače pogovarjal, potem bi se morda še dalo kaj urediti, zdaj pa ne.«*), zavist (*»Ker je tak, si je lahko nagrabil toliko premoženja.«*) ... Postajamo pasivno-agresivni. Za to obliko komuniciranja so značilna dvojna sporočila: eksplicitno sporočilo, ki ga izrečemo in implicitno sporočilo, ki ga zadržimo zase. Poslužujemo se na primer igranja žrtve: sogovornikom prestrašeno ali iz – navideznega – obupa pojasnujemo, kaj vse se nam dogaja, ob tem pa razmišljamo, kakšne koristi bomo imeli, če v njem sprožimo slabo vest ali celo sočutje. Lahko uporabimo tudi nejasno kritiko, kot na primer: *»Jo, v sosednjem oddelku so zelo lepo uredili materiale, veste.«* Implicitno sporočilo najverjetneje vsebuje nezadovoljstvo, očitke, slabo voljo ..., kar ne izrečemo.

3.6 Asertivno vedenje

Z asertivnim vedenjem sogovorniku sporočamo, da spoštujemo njega in sebe, da izhajamo iz predpostavke: **jaz sem v redu, ti si v redu** (jaz imam



svoj pogled na stvari, ti pa svojega; jaz imam svojo zgodbo o tem, kar se dogaja, ti pa svojo: oba imava prav, pomembno pa je, da drug drugemu poveva svojo zgodbo, saj se bova tako bolje razumela in lažje poiskala načine, kako ravnati v prihodnje). Za to pa potrebujemo tri zaznavne položaje in pet komunikacijskih orodij.

4 Zaznavni položaji in pet komunikacijskih orodij

Kadar se znajdemo v manj prijetni situaciji, je pomembno, da na situacijo pogledamo **iz treh različnih smeri** (Fisher, 1994). Najprej nanjo pogledamo s svojimi očmi in preverimo, kaj se dogaja z nami oziroma v nas, kako nastala situacija vpliva na nas, kaj je znotraj naših meja povzročila. Potem na isto situacijo pogledamo s sogovornikovimi očmi. Preverimo, kako situacija vpliva nanj, kaj je povzročila v njem – kaj se dogaja v njem, torej znotraj njegovih meja. Nazadnje pa kot tretja objektivna oseba – zunanji opazovalec – pogledamo, kaj se v situaciji dogaja. Vidimo sebe in našega sogovornika, opazujemo, kaj se dogaja med nama, ujetima v situaciji. Kot tretja oseba, ki je zunaj situacije, razpolagamo še z objektivnimi dejstvi.

Iz treh smeri – treh zaznavnih položajev – torej pogledamo na situacijo in opišemo, kaj zaznavamo. V **prvem položaju** je pomembno naše notranje zaznavanje: kako se počutimo, kaj se dogaja z nami, kako situacijo in nastale razmere razumemo, kaj vse skupaj pomeni za nas ... Potrebujemo prvo komunikacijsko orodje: **izjavo o sebi**:

Dvomim, da bo šlo na tak način ...

Težko verjamem ...

Nastalo situacijo razumem tako ...

Tvoje besede so me prizadele ...

Zame je zelo pomembno ..., zato želim ...

Presenečen sem bil, ko si omenil, da naš oddelek ne izpolnjuje ...

V **drugem položaju** raziščemo, kaj se dogaja v sogovorniku, zato potrebujemo **vprašanja**. Prav tako preverimo, ali ga pravilno razumemo. Potrebujemo **refleksijo in parafraziranje**. Pri refleksiji sogovornikove besede dobesedno ponovimo, pri parafraziranju pa s svojimi besedami preverimo, če smo sogovornika pravilno razumeli. Prav tako je pomembno, da znamo z ref-



leksijo in parafraziranjem potrditi njegovo notranje stanje – se strinjati z njim, kadar je to mogoče:

- **spraševanje**

Kdaj pa se je to zgodilo? Kako pa je prišlo do tega? Kaj bi bilo za vas sprejemljivo?

- **z refleksijo in parafraziranjem preveriti, ali sogovornika pravilno razumemo:**

Aha, obljubili so, da bodo poklicali, klica pa še ni bilo.

Mhm, pravite, da to ni pošteno.

- **s parafraziranjem – kadar je le mogoče – potrditi, se strinjati, kaj se dogaja v sogovorniku:**

Si lahko predstavljam, kaj za vas to pomeni.

Težko vam je.

Tretji položaj pa nam zagotavlja objektivnejši pogled nad celotno situacijo. Opišemo, kaj vidimo in slišimo – kar bi vsak objektivno videl in slišal; to storimo z **zunanjimi zaznavami**. Prav tako pa so pomembna tudi objektivna **dejstva**: postopki, pravilniki, zakoni, dogovori, pogodbe ...

- **z zunanjimi zaznavami opisati, kar vidimo in slišimo:**

Pregledala sem vaše dokumente in ugotovila, da manjka še ...

Včeraj sem šla po hodniku in slišala, da si bolniku rekla, kako je nesramen.

Prebrala sem tvoje poročilo. Videla sem, da si vnesla podatke o ... Iskala pa sem še podatke o ...

- **dodati oziroma upoštevati še objektivna dejstva**

Treba je jemati trikrat na dan.

Postopek zahteva ...

Zavarovano je ..., ta del pa (žal) ne ...

Naš dogovor je bil ...

Zakon nas omejuje pri ... Navajam, kaj piše ...



Slika 2: *Trije zaznavni položaji in pet komunikacijskih orodij* (vir: Zidar Gale, 2011)

5 Tri temeljne ovire v pogovorih s težavnimi sogovorniki

Kadar se je treba pogovoriti o zapletu, morda konfliktu, o drugačnem razumevanju problema ali pričakovanjih za prihodnost naletimo na tri temeljne ovire: resnico, namen in krivdo (Stone, Patton & Heen, 2000).

5.1 Resnica

V pogovorih s težavnimi sogovorniki najpogosteje naletimo na težave na vsebinski ravni: na stvari ali zaplet gledamo drugače, imamo drugačne interese ..., zato na ravni procesa sprožimo potrebe po komuniciranju znotraj nagonskega pasu – se branimo.

Kako enostavno je reči, da je treba sogovornika najprej razumeti, šele potem pojasniti dejstva. Pomembno je pravilo:

- **Nikoli drug drugemu ne dokazujemo, kdo ima prav; najprej bo treba slišati zgodbe vseh vpletenih.**

Z napadi ali umiki branimo svojo resnico: napademo resnico drugega (smo agresivni) ali pa utihnemo in brez besed ohranimo svojo (smo pasivni),



lahko pa smo prijazni in razmišljamo, kako se bomo maščevali (postajamo pasivno-agresivni).

Najpomembnejše je, da resnice spremenimo v zgodbe. Kadar pride do konfliktne situacije, ima vsak svojo zgodbo, kaj se je oziroma se dogaja. Sogovornikovo zgodbo je treba najprej slišati, nikakor pa ne dokazovati, da ni pravilna. Pomembno je, da jo razumemo: s spraševanjem raziščemo, kaj se v njej dogaja, preverimo, če jo pravilno razumemo in če je le mogoče, se z njo delno ali v celoti tudi strinjamo.

5.2 Namen

Kaj bomo najverjetneje sklepali, ko bomo poslušali težavnega sogovornika, ki z besednimi napadi dokazuje svojo zgodbo? Najverjetneje mu bomo hoteli dokazati, da ima slab namen, kar je povsem napačno sklepanje. Vsak človek ima zase dober namen (prav tam): nekaj želi doseči, obdržati, dobiti, ohraniti ... Izbere pa tako vedenje, za katerega verjame, da je najučinkovitejše. S svojim vedenjem bo na sogovornika najverjetneje negativno vplival, čeprav ima (zase) dober namen.

Če strnemo napotke avtorjev (prav tam), bi lahko oblikovali pravili:

- **Ne izhajajmo iz domneve, da poznamo namen sogovornika.**
- **Njegov namen je zanj dober, na nas pa je s svojim vedenjem negativno vplival, zato opišimo vpliv na nas in preverimo njegov namen.**

5.3 Krivda

Kadar upoštevamo le svojo resnico in verjamemo, da ima sogovornik slab namen, zelo hitro pogovor zaključimo z dokazovanjem krivde (prav tam): sogovornikova napačna resnica in njegov slab namen jasno dokazujeta, da je on kriv za nastali zaplet. Če bi potrdil svojo zmoto in priznal, da njegovo ravnanje ni pravilno, bi bili pogovor pripravljeni nadaljevati. Ker pa tega ne stori, se kaj hitro odločimo, da mu dokažemo njegovo krivdo.

Pravili sta:

- **Nikoli ne iščimo krivcev v preteklosti, poiščimo rešitev za prihodnost.**
- **Nikoli ne dokazujemo, kdo je kriv. Vprašajmo se, kako je vsak prispeval svoj delež v nastali zmedi.**



6 Štiri temeljna načela

Ko razrešimo omenjene tri ovire, je treba pogovor preusmeriti v prihodnost: poiskati možno rešitev. Potrebujemo še štiri temeljna načela (Fisher, Ury & Patton, 1998).

6.1 Ločimo problem od ljudi

Kadar se pogovarjamo s težavnim sogovornikom, najverjetneje ugotavljamo, da je v pogovoru sogovornik problem, saj se razburja, napada, nasprotuje ... Sogovornik pa je prepričan, da smo mi problem, saj ne razumemo ali nočemo razumeti, kar nam govori. Za rešitev problema ima vsak samo eno možnost: drugega spremeniti, kar pa seveda ne bo šlo. Zato upoštevajmo pravilo:

- **Ločimo problem od ljudi. Bodimo trdi s problemom in mehki z ljudmi** (prav tam). Lahko pa še dodamo: **Ne rešujmo problemov tako, da napadamo ljudi, skupaj z ljudmi »napadimo« problem.**

6.2 Usmerimo se na interese ne na položaje

Kaj pomeni, da se je sogovornik »zakopal« v svoj položaj? Pomeni, da vztraja pri svoji odločitvi. V svoj položaj se lahko »zakopljemo« tudi sami in prav tako vztrajamo, da imamo prav. Najverjetneje bomo priča konfliktni situaciji. Zato je pomembno, da brez dokazovanja moči in svoje resnice sogovornika pripeljemo iz njegovega položaja na področje njegovih interesov. Potrebujemo **drugi položaj: spraševanje, refleksijo in parafraziranje**, s katerima lahko spozna sogovornikove interese:

Kaj pa vas je zmotilo?

Aha, pravite, da vam ni všeč, da ... Kaj pa bi bilo za vas primerno/sprejemljivo ...?

Pravite, da to ni pošteno. Zakaj tako mislite?

V nadaljevanju pa pojasnimo svoje interese: »*Zame je pomembno ..., zato bi rada, da se stvari uredijo tako, da bom lahko ...*« Uporabimo prvi položaj in izjavo o sebi. Tako smo postavili subjektivna merila, s katerimi bomo iskali skupne rešitve.



6.3 Osredotočimo se na objektivno merilo

Subjektivno merilo pa ne bo zadostovalo za končno odločitev ali končno rešitev. Potrebuje še objektivno merilo: ustaljene postopke, navodila, zakone ... Postaviti je treba objektivni okvir, znotraj katerega bomo lahko upoštevali subjektivna merila in poiskali najboljšo rešitev.

6.4 Poiščimo rešitev

Če bomo upoštevali subjektivna in objektivna merila, bomo najlažje poiskali skupno rešitev. Poiščimo jih več, preden izberemo najboljšo.

7 Zaključek

Medicinska sestra bi lahko na očitke svojcev odgovorila: »Pravite, da sem neprimerno skrbela zanj. Kaj pa vas je zmotilo? (...) Aha, se pravi, da vam ni bilo všeč ... Verjamem, da je bilo za gospoda težko ... Držala pa sem se navodil ..., zato sem vztrajala, da ... Kaj lahko storimo, da bo gospodu lažje?«

Medicinska sestra je želela preveriti nastalo situacijo, zato je svojce vprašala, kaj jih je zmotilo; znala se je vživeti v njihovo situacijo (uporaba 2. položaja; želela je preveriti njihovo zgodbo). Nadaljevala je z navedenimi dejstvi (navodila; 3. položaj) in pogovor usmerila v iskanje skupne rešitve.

Kadar pacient ne spoštuje navodil, lahko reče: »Imam občutek, da ste z nečim nezadovoljni. Je kaj takega, o čemer se lahko pogovoriva? Rada bi vam pomagala, sem pa že nekajkrat opazila, da ste slabe volje.«

Nadrejenemu pa bi lahko odgovorila: »Kaj pa vas je zmotilo? (...) Aha, ni vam bilo všeč, da sem naredila ... Hvala, da ste mi to povedali. Kaj konkretno pa pričakujete v prihodnje? Rada bi dobro delala, zato sprašujem, kakšna so vaša pričakovanja.«



Literatura

- Fisher, R. (1994). *Beyond Machiavelli*. Cambridge: Harvard University Press.
- Fisher, R., Ury, W., Patton, B. (1998). *Kako doseči dogovor*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Paterson, R. (2000). *The Assertiveness Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Stone, D., Patton, B., Heen, S. (2000). *Difficult conversations*. London: Penguin Books.
- Vogel, M. (1999). *Nevrolingvistično programiranje*. (Seminarsko gradivo, zapiski). Andragoški center, Ljubljana, Ribno.
- Zidar Gale, T. (2011). *Komuniciranje – umetnost dialog*. (Interno seminarsko gradivo). Šola asertivnega komuniciranja, Ljubljana.

Priporočena literatura

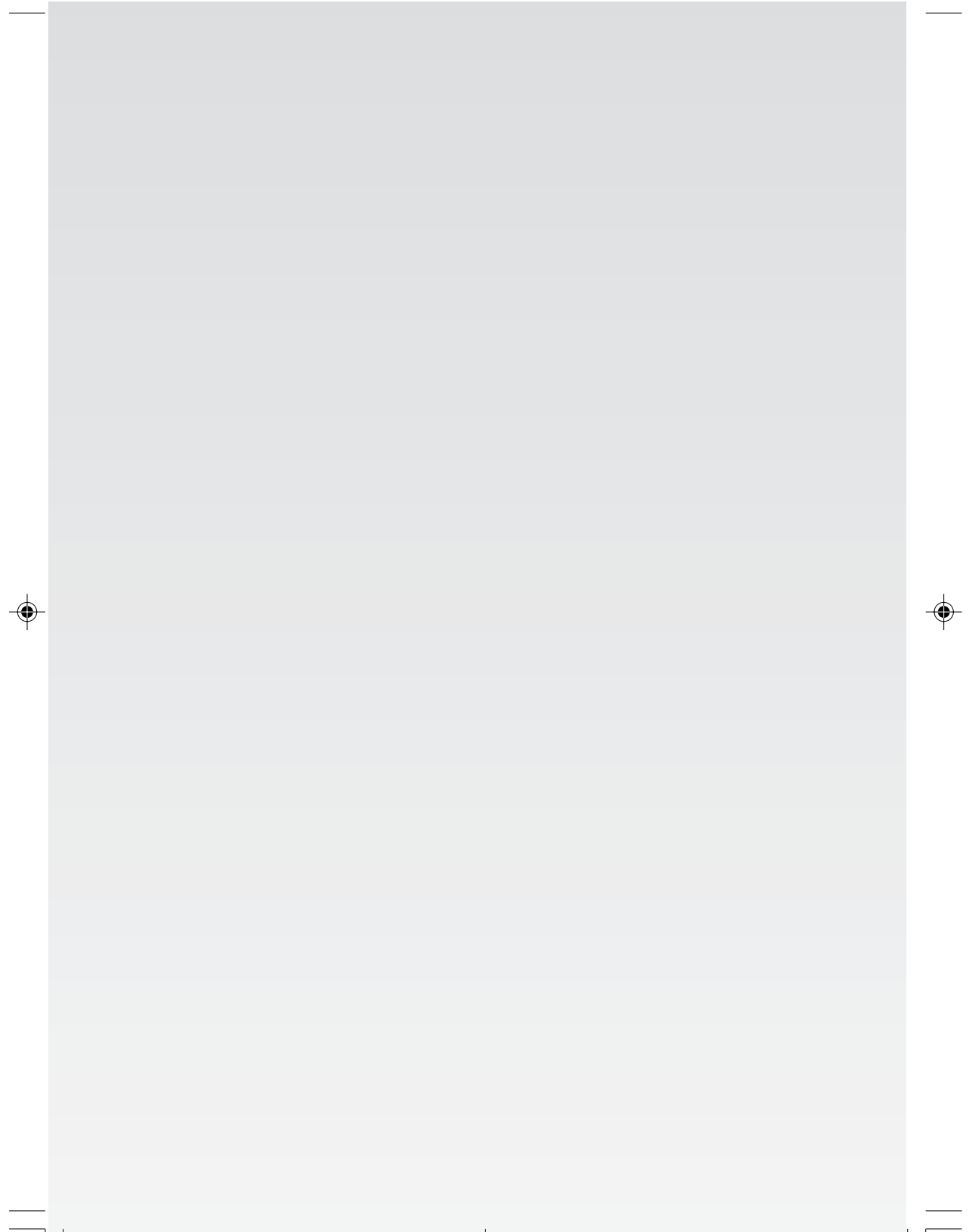
- Anderas, S., Faulkner, C. (1998). *NLP, The New Technology Of achievement*. London: Nikolus Brealey Publishing.
- Back, K., Back, K. (2005). *Assertiveness at work*. London: McGraw – Hill.
- Burley – Allen, M. (1995). *Managing Assertively*. New York: John Wiley, Sons.
- Susskind, L. (2006). *Teaching Negotiation in the Organization*. (Seminarsko gradivo). Massachusetts Institute of Technology and The Program on Negotiation at Harvard Law school, Boston.
- Ury, W. (1998). *Od nasprotovanja do sodelovanja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Weisbach, C., Dachs, U. (1999). *Kako razvijemo čustveno inteligenco*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Zidar Gale, T. (2004). *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu*. Ljubljana: GV Izobraževanje.





SPONZORJI





IMATE SUHA USTA IN PEKOČ OBČUTEK V USTIH?

www.xerostom.si

XEROSTOM[®]

XEROSTOM[®]

gel, ustna voda,
zobna krema, pršilo,
žvečilke in pastile

XEROSTOM izdelki
dokazano zvišujejo nivo sline
v ustih in učinkovito blažijo
bolečine in ostale simptome
suhih ust.



Pooblaščen distributer
Xerostom izdelkov
za bolnišnice, zdravstvene dome
in domove za ostarele:
Sanolabor d.d.

ZA SUHA USTA

Kserostomija (suha usta) je obolenje
s katerim se srečuje več kot polovica
ljudi starejših od 50 let.

Najpogostejši povzročitelji so nekatere
bolezni in jemanje zdravil.

Pomanjkanje sline vodi k propadanju
zob in dlesni ter bakterijskim
in virusnim okužbam v ustih.

NOVOST:

Xerostom nadomestek sline
v kapsulah; takoj nadomesti
pomanjkanje sline v ustih
in intenzivno ublaži bolečine
zaradi suhih ust.

*Na voljo v lekarnah
in specializiranih prodajalnah
ter pri uvozniku po povzetju:*

Miba Vita d.o.o.,
Aljaževa 5, Ljubljana,
tel: 01 511 40 40

www.xerostom.si



Sanolabor

Ko gre za zdravje!

Sanolabor, d.d., Leskoškova 4, Ljubljana
tel 01-585-42-11, fax 01-585-42-98
www.sanolabor.si



Hočem več energije

Fidi koencim 10[®] Q10 z antioksidanti

Edini registrirani izdelek
s Q10 v Sloveniji:

pomaga pri kronični utrujenosti

spodbuja imunski sistem

krepi srce



FIDIMED

Fidimedova posvetovalnica:

HODRA ŠTEVILKA
080 3235

Za svetovanje ali naročilo izdelkov prek telefona nas lahko pokličete vsak delovnik od ponedeljka do četrtega med 9. in 13. uro na našo modro številko. Na vaša vprašanja odgovarja magistra farmacije. **Baldrimed® je že na voljo v lekarnah, specializiranih prodajalnah ter prek povezav na spletni strani www.fidimed.si** Pred uporabo natančno preberite navodilo. O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.

