

Izzivi vodenja v zdravstvu: ugotovitve raziskave na podlagi teorije izmenjave vodja-sledilec

Tjaša Boršnak¹, Aleša Saša Sitar²

e-pošta¹: tjasa.borsnak@gmail.com

e-pošta²: alesasasa.sitar@ef.uni-lj.si

Povzetek

V prispevku je predstavljena kvalitativna raziskava vodenja zaposlenih v zdravstvu na primeru vodij oddelkov v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji. Raziskava temelji na teoretičnih izhodiščih teorije izmenjave vodja-sledilec za prepoznavanje izzivov vodenja, s katerimi se srečujejo vodje oddelkov, visoko izobraženi specialisti, pri izmenjavi prvin in vodenju prav tako visoko izobraženih in specializiranih zdravnikov. Cilji prispevka so osvetliti vlogo vodje v slovenskem zdravstvu, predstaviti izzive, s katerimi se vodje srečujejo, in podati predloge, kako se z njimi spopadati z namenom uspešnejšega vodenja zaposlenih v zdravstvu, večjega zadovoljstva zaposlenih in posledično boljšega opravljanja zdravstvenih storitev. V raziskavi so bili izvedeni polstrukturirani intervjuji z izbranimi vodji in njihovimi podrejenimi. Ugotovitve raziskave pomembno prispevajo k literaturi o teoriji izmenjave vodja-sledilec in k izboljšanju vodenja v zdravstvu, ki je v luči aktualnega dogajanja zaradi pandemije COVID-19 še toliko bolj pomembno.

Ključne besede: vodenje v zdravstvu, teorija izmenjave vodja-sledilec, prvine izmenjave, vodenje strokovnjakov, strokovnjak kot vodja

1. Uvod

Vodenje v zdravstvu predstavlja velik izziv, saj gre za vodenje visoko strokovnega kadra v izredno specifičnem zdravstvenem okolju, poseben razlog pa je tudi ta, da je v vlogi vodje običajno strokovnjak z medicinskega področja. Posameznik, ki sprejme vlogo vodje, nastopi popolnoma novo delovno vlogo. Gre za novo področje, ki prinaša izzive zunaj kliničnega znanja (Moberly, 2014). Pomembno je, da v zdravstveno stroko vpeljujemo zavedanje pomena uspešnega vodenja za doseganje dobrih rezultatov in posledično zagotavljanja zdravja pacientov. Dobri odnosi, zaupanje in dobro sodelovanje so ključnega pomena za doseg ciljev zdravstvenega tima in vodja ima pri tem pomembno vlogo (O'Dowd, 2014; Sharkey, Magee & Trent, 2019).

V prispevku se osredotočamo na vodenje na ravni vodenja oddelkov v izbranih slovenskih splošnih bolnišnicah. Vodenje je opredeljeno z vidika predstojnikov oddelkov na podlagi njihovih odnosov z neposredno podrejenimi zdravniki specialiste na oddelku. Razlog za izbiro takšnega raziskovalnega področja je njegova relativno slaba raziskanost. V slovenskem prostoru so

bile opravljene številne raziskave na področju vodenja v zdravstveni negi (Lorber & Skela Savič, 2011; Laznik, 2017), medtem ko je področje vodenja zdravnikov v bolnišnicah v slovenskem prostoru še vedno precej neraziskano.

Namen prispevka je opozoriti na izzive, s katerimi se srečajo posamezniki, ko zasedejo mesto vodje oddelka v bolnišnici. S prevzemom te funkcije posameznik poleg odgovornosti za opravljanje svojega strokovnega dela sprejme tudi odgovornost za delovanje celotnega oddelka. Odgovoren postane za vodenje ljudi, za odnose, motiviranost, povezanost, sodelovanje in reševanje konfliktov, kar prispeva k uspešnosti zdravstvenih timov in kakovosti storitev za paciente. Zavedanje pomena vloge vodje, specifičnosti izzivov, ki jih ta vloga prinaša, in potrebnih znanj ter spretnosti je ključ za pripravljenost na vlogo vodje in njeno uspešno opravljanje.

Cilj prispevka je prek teorije izmenjave vodja-sledilec ovrednotiti odnos med vodjami oddelkov splošnih bolnišnic v Sloveniji in njihovimi podrejenimi ter podati smernice za uspešno vodenje. Glavna raziskovalna vprašanja so: kako vodje v zdravstvu

vodijo svoje zaposlene, kakšne so koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu, katere prvine izmenjave so ključnega pomena za kakovosten odnos med vodjo in podrejenimi v zdravstvu, kaj so najpogostejši izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu in kako se spopadati z izzivi pri vodenju zaposlenih v zdravstvu.

Prispevek poroča o kvalitativni raziskavi z uporabo polstrukturiranih intervjujev s tremi vodji oddelkov in štirimi podrejenimi zdravniki v izbranih slovenskih splošnih bolnišnicah. Ugotovitve raziskave prispevajo k razvoju teorije izmenjave vodja-sledilec v specifičnem kontekstu visoko izobraženih strokovnjakov, kjer ponudijo vpogled v razlike v izmenjavi prvin v ekonomskih in družbeno-čustvenih odnosih, sočasni pogled na odnose izmenjave z vidika vodje in sledilca, vpogled v kontekst, kdaj so določene prvine in odnosi izmenjave bolj prisotni. Prav tako raziskava s svojimi zaključki prispeva k raziskovanju vodenja zaposlenih v slovenskem zdravstvu, kjer podobne raziskave o odnosih med predstojniki in zdravniki še ni bilo. S praktičnega vidika raziskava prispeva k izboljšanju vodenja in medsebojnih odnosov v razmerju vodja-sledilec v slovenskem zdravstvu, kar nadalje prispeva k zadovoljstvu in kakovosti dela, to pa ima še toliko večji pomen v času aktualnih izzivov zdravstvene krize zaradi pandemije COVID-19.

2. Teorija izmenjave vodja-sledilec

2.1 Teorija izmenjave vodja-sledilec

Teorija izmenjave vodja-sledilec je teorija individualiziranega vodenja, ki temelji na predpostavki, da vodja s svojimi podrejenimi, tj. sledilci, razvije kakovosten individualiziran odnos (Graen & Schiemann, 1978; Graen & Uhl-Bien, 1995). Teorija se je sprva nanašala predvsem na razlike v kakovosti odnosa vodij do svojih sledilcev, ki je odvisen od značilnosti vodje, značilnosti podrejenega in značilnosti medsebojnega odnosa, kasnejše študije pa so se osredotočile na vpliv stopnje kakovosti odnosov med vodjo in sledilci na rezultate vodenja posameznih sledilcev in tudi širše na vodenje skupin sledilcev (Anand, Hu, Liden & Vidyarthi, 2011). Študije kažejo, da je razvoj odnosa odvisen od načina in uspešnosti izmenjave t. i. prvin med vodjo in sledilcem (Maslyn & Uhl-Bien, 2001) in pomembno vpliva na uspešnost vodenja (Wilson, Sin & Conlon, 2010) ter na uspešnost sledilcev pri opravljanju njihovih delovnih nalog, to pa vpliva na uspešnost pri doseganju ciljev celotnih združenj, v katerih vodja in sledilci delujejo (Dhir & Shukla, 2013).

2.2 Prvine izmenjave

V odnosu vodja-sledilec se izmenjujejo t. i. prvine izmenjave. Prvine so vsa sredstva, dobrine, ki si jih lahko vodje in sledilci med seboj izmenjajo. Raziskovalci so oblikovali več vrst klasifikacij prvin izmenjave, ena izmed najboljšežnejših klasifikacij izhaja iz socialne psihologije, in sicer iz teorije socialne izmenjave prvin (angl. resource theory of social exchange) (Foa & Foa, 1974), po kateri so prvine razvrščene v šest osnovnih kategorij: denar, blago, storitve, status, informacije in naklonjenost. Kategorija denar vključuje prvine, ki imajo denarno vrednost, in obsega različne denarne nagrade. Kategorija blago so materialni predmeti, izdelki, darila. Storitve predstavljajo delo in naloge, ki jih posameznik opravi za drugega. Status je opredeljen kot vedenje oziroma izražanje mnenja, ocene, ki opredeljuje stopnjo ugleda, spoštovanja. Kategorija informacije vključuje različne razlage, nasvete, mnenja, pojasnila. Naklonjenost pa se nanaša na izkazovanje čustvene opore, prijateljstva, podpore in topline (Donnenworth & Foa, 1974; Foa & Foa, 1974). Takšna klasifikacija se je v praksi izkazala kot dober model, ki omogoča celostno obravnavo področja odnosov med vodjo in sledilci (Wilson, Sin & Colon, 2010). Obsega tako ekonomske kot medosebne prvine, prve oblikujejo ekonomske odnose izmenjave med vodjo in sledilci (angl. economic leader-member exchange relationships), kjer so v ospredju prve tri vrste prvin (denar, blago, storitve), druge pa družbeno-čustvene odnose izmenjave med vodjo in sledilci (angl. social leader-member exchange relationships), ki torej omogočajo izmenjavo statusa, informacij in naklonjenosti (Andersen, Buch & Kuvaas, 2020; Kuvaas, Buch, Dysvik & Haerem, 2012).

Pomembna predpostavka pri izmenjavi prvin je opredelitev dostopnosti posameznih prvin, vsaka prvina namreč ni nujno dostopna pri vsakem članu odnosa (Wilson, Sin & Colon, 2010). Pri izmenjavi prvin je tudi ključnega pomena, da si vodja in sledilci izmenjajo prvine, ki so zanje pomembne, torej da vsak posameznik v odnosu prejema prvine, ki so zanj pomembne in ga motivirajo (Foa & Foa, 1974). Pomembno je upoštevati, da vodje in sledilci nimajo nujno enakih preferenc pri prvinah in da se tudi sledilci med seboj razlikujejo glede na preferenco pri prvinah. Za uspešno gradnjo odnosov so ključnega pomena medsebojno dobro poznavanje in individualizacija pristopa h gradnji odnosov glede na razlike med posamezniki in zagotavljanje izmenjave ustreznih prvin (Wilson, Sin & Colon, 2010). Pri tem

se je treba zavzemati za izmenjavo zlasti medosebnih prvin, ki so temelj izmenjave v družbeno-čustvenih odnosih, saj raziskave kažejo, da imajo v primerjavi s prvinami ekonomske izmenjave dolgoročneje pozitivne učinke na rezultate pri delu (Andersen, Buch & Kuvaas, 2020).

2.3 Koristi kakovostnega odnosa izmenjave prvin med vodjo in sledilci

Teorija izmenjave vodja-sledilec poudarja pomen izmenjave zaupanja, naklonjenosti, spoštovanja strokovnosti, lojalnosti in vzajemnosti ter recipročnosti družbeno-čustvenega odnosa med vodjo in njegovimi sledilci (Dadhich & Bhal, 2008), pri čemer kakovostni odnosi med vodjo in njegovimi sledilci prinašajo večje zadovoljstvo pri delu, večjo zavezanost zaposlenih združbi, večjo produktivnost na delovnem mestu, večjo uspešnost pri opravljanju delovnih nalog in doseganju ciljev združbe (Daft, 2015; Kuvaas, Buch, Dysvik & Haerem, 2012; Yukl, 2010) ter manjšo fluktuacijo zaposlenih (Graen, Uhl-Bien, 1995; Martin, Epitropaki, Geoff & Topakas, 2010; Walker & Walker, 2013). Študije kažejo, da vodje, ki so sposobni graditi dobre delovne odnose, pripomorejo k večji samoiniciativnosti zaposlenih pri opravljanju delovnih nalog, odnos zaposlenih do dela je boljši, raven komunikacije je višja, več je sodelovanja in rezultati timskega dela so boljši. Visoka kakovost izmenjave med vodjo in sledilci pozitivno korelira z večjim zadovoljstvom na delovnem mestu, večjo zavzetostjo in samoiniciativnostjo pri opravljanju delovnih nalog, nižjo stopnjo stresa in višjo kakovostjo izvedbe delovnih nalog (Janssen & Van Yperen, 2004).

Boljši odnosi med vodjo in sledilci pomembno vplivajo na zaupanje sledilcev vodji pri postavljanju strategij, sprememb in ukrepov in se kažejo tudi v manjši možnosti za kontraproduktivno delovanje (Martin, Thomas, Guillaume, Lee & Epitropaki, 2016). Študije kažejo, da boljši medosebni odnosi pomembno vplivajo tudi na prenos informacij in znanja ter na inovativnost in razvoj tako posameznikov kot timov in celotnih združb (Montani, Courcy & Vandenberghe, 2017; Odoardi, Battistelli, Montani & Peiró, 2019). Kakovost odnosa vodja-sledilec ne vpliva zgolj na zadovoljstvo sledilcev, ampak pomembno vpliva tudi na vodje, saj jim prinaša večje zadovoljstvo, predanost in uspešnost pri vodenju, vodja svojo vlogo lažje in učinkoviteje opravlja (Daft, 2015; Gerstner & Day 1997). Boljši so medosebni odnosi in boljši je proces izmenjave prvin med vodjo in sledilci, večjo moč in učinkovitost ima vodja pri opravljanju svoje vloge (Wilson, Sin & Conlon, 2010).

3. Vodenje v zdravstvu

3.1 Vodenje v zdravstvu

Vodenje v zdravstvu je specifično zaradi kompleksnosti medicinske stroke, poseben razlog pa je tudi ta, da je v vlogo vodje običajno postavljen strokovnjak z medicinskega področja z malo formalnega znanja s področja vodenja. Številni strokovnjaki opozarjajo na nujnost prilagoditve vodstvenih vlog v zdravstvu, spremembo tradicionalne hierarhične vloge vodje in razvoj vodstvenih sposobnosti, znanja in kompetenc, potrebnih za trenutno zdravstveno okolje in vodenje zaposlenih v tem okolju. Strokovnjaki opozarjajo, da se vodenju v zdravstvu posveča premalo pozornosti in da ni veliko sodobnih raziskav, ki bi podajale smernice za izboljšanje vodenja zaposlenih v zdravstvu (Belrhiti, Giralte & Marchal, 2018; Imison & Giordano, 2009), sploh pa ne na specifičnem področju vodenja oddelkov v bolnišnicah.

Strokovnjaki opozarjajo, da bi moralo biti izobraževanje na področju vodenja vključeno v profesionalni razvoj zdravnikov (Clark & Armit, 2010; Rotenstein, Sadun & Jena, 2018), tudi v Sloveniji. Treba se je namreč zavedati pomena ustreznega vodenja, systemskega razmišljanja in dobrega timskega dela (Larsen, Bier-Holgersen, Meelby, Dieckmann & Østergaard, 2018). Izsledki študij poudarjajo nujnost vodenja z vizijo, prilagajanja stila vodenja razmeram in svojim podrejenim, gradnje zaupanja, zvestobe, obvladovanja prvin transformacijskega vodenja, sposobnosti motiviranja, komuniciranja in reševanja konfliktov (Bowen, 2015; Budak & Ahmet, 2014; Kumar & Khiljee, 2016), za vodenje visoko strokovnega kadra v specifičnem zdravstvenem okolju je zato ključnega pomena znanje na področju vodenja in medosebnih odnosov (Hanson & Ford, 2010; Moberly, 2014; O'Dowd, 2014; Hahn & Lapetra, 2019).

3.2 Vodenje strokovnjakov

Vodenje v zdravstvu je specifično z vidika, da gre za vodenje visoko usposobljenega kadra, za vodenje strokovnjakov (Price-Dowd, 2015). Strokovnjak je oseba, ki obvlada veliko veččin in ima veliko poglobljenega in specializiranega znanja na določenem specifičnem področju (Huber, 1999). Strokovnjaki izstopajo ne le po svojem znanju, ampak navadno tudi po svojih osebnostnih lastnostih. Za visoko usposobljene strokovnjake je

pogosto značilen perfekcionizem (Peters & King, 2012). Vodenje strokovnjakov zato zahteva posebna znanja in pristope. Avtorji (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003; Hadley, 2015) navajajo, da sta pri vodenju strokovnjakov ključna opolnomočenje in participacija, torej dati vodenim moč in odgovornost za sprejemanje odločitev z namenom, da se izrazi in sprosti njihov potencial, pri čemer je glavni cilj povečanje uspeha posameznika in celotne združbe.

Pri vodenju strokovnjakov je treba upoštevati, da lahko visoko zahtevno delo, pritiski delovnega okolja in osebni perfekcionizem vodijo do frustracij, kar pa negativno vpliva na delo tako posameznika kot celotne ekipe zdravnikov (Peters & King, 2012). Zdravniki so zaradi narave svojega dela podvrženi preobremenjenosti in izgojlosti na delovnem mestu (Balme, 2015). Pomembno je, da se vodja zaveda svoje vloge, da pozna svoje podrejene in s pravilnim slogom vodenja in vplivanja pripomore k zadovoljstvu na delovnem mestu in večji uspešnosti zaposlenih pri izvedbi njihovih nalog (Baysak & Yener, 2015; Peters & King, 2012).

3.3 Strokovnjak kot vodja

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

3.4 Izzivi vodenja v zdravstvu

Vodenje zaposlenih v zdravstvu v današnjem času pomeni večji izziv kot kdaj prej, saj se stroka srečuje s pandemijo COVID-19, ki zahteva hiter napredek v medicinski znanosti in tehnologiji za boljše obvladovanje negotovih razmer, poleg tega pa novodoben življenjski slog prinaša številne izzive naraščajoče populacije in staranja prebivalstva, s tem povečuje potrebo po zdravniškem osebju,

kar vse pomembno vpliva na vodenje zaposlenih v zdravstvu (Dunn, 2006). Stil vodenja in odnosi na delovnem mestu ključno vplivajo na delo in učinkovitost zdravstvenih delavcev. Raziskave kažejo, da vodenje vpliva na učinkovitost in uspešnost ter zadovoljstvo zaposlenih, kar pa pomembno vpliva tudi na zadovoljstvo in zdravje pacientov ter na stopnjo zdravja na družbeni ravni (Mosadeghrad & Ferdosi, 2013). Za vodenje zaposlenih v zdravstvu običajno velja, da je vodja vrhunski zdravstveni strokovnjak in svoje zaposlene vodi prek svoje ekspertne moči. Svojo avtoriteto gradi na podlagi svojega izjemnega znanja na področju medicine, hkrati pa je pomembno, da ima tudi druge lastnosti, kot so vizija, vrednote in intuicija, znati pa mora uporabljati svojo legitimno moč. Raziskave so pokazale, da imajo pomembno prednost pri vodenju karizmatični vodje, s katerimi se zaposleni lahko poistovetijo, jih posnemajo in jim sledijo pri uresničevanju vizije in ciljev (Česen, 2003). Vodja lahko z ustreznim pristopom k vodenju pomembno vpliva na organizacijsko klimo, na učinkovitost in produktivnost zaposlenih, na zmanjševanje konfliktov in hitreje reševanje konfliktov, na povečano zadovoljstvo zaposlenih, kar vodi k uspešnejšemu izpolnjevanju ciljev na individualni ravni zdravnikov, na ravni oddelka in tudi na ravni celotnih zdravstvenih ustanov (Day, Fleener, Atwater, Sturm & McKee, 2014).

Pri vodenju zaposlenih je zaradi povečane izpostavljenosti stresu in preobremenjenosti ključno motiviranje in spodbujanje zaposlenih, medsebojno zaupanje, gradnja dobrih medosebnih odnosov, prizadevanje za učinkovito komunikacijo, preprečevanje in učinkovito reševanje morebitnih konfliktov. Vodenje v zdravstvu se povezuje s številnimi drugimi izzivi managementa v zdravstvu, ki obsegajo administracijo, organizacijo, razporejanje ekonomskih sredstev in zagotavljanje stroškovne učinkovitosti (Odoemena, 2018). Ustrezna organizacija in celosten pristop k vodenju ter prilagajanje nenehnim spremembam, ki izhajajo bodisi iz okolja bodisi iz notranjega delovanja zdravstvene združbe, so ključni za uspešnost in kakovost celotnega zdravstvenega sistema (Arroliga, Huber, Myers, Dieckert & Wesson, 2014; Stefl, 2018).

4. Metoda

Za praktično preverjanje teoretičnih spoznanj o izzivih vodenja v zdravstvu je bil izbran kvalitativni pristop na osnovi polstrukturiranih intervjujev s

predstojniki oddelkov in njihovimi podrejenimi sodelavci v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji. Kvalitativna analiza je primerna zlasti za manj obravnavane poslovne situacije, v specifičnih okoliščinah in pri značilnostih posameznikov, ki v njih delujejo, ter za raziskovalni vprašanji »kako« in »zakaj« (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009). Izbrana raziskovalna metoda je omogočila vpogled v odnos med vodji in njihovimi podrejenimi, kako razvijajo odnose ter kako stopnja odnosa vpliva na vodenje. Odprti tip vprašanj je omogočil širšo predstavitev medosebnih odnosov na delovnem mestu, opredelitev stila vodenja, ki je glede na trenutno situacijo v zdravstvu najbolj primeren za doseganje zastavljenih ciljev, predvsem pa je takšna raziskovalna metoda omogočila širši pogled na tematiko, saj so intervjuvanci prek odprtega tipa vprašanj predstavili svoj pogled na področje vodenja zaposlenih v zdravstvu in hkrati opozorili na tematike, ki jih dosegljiva literatura na tem področju še ne obravnava.

K sodelovanju v raziskavi je bilo povabljenih 22 predstojnikov oddelkov in 37 zdravnikov iz šestih splošnih bolnišnic v Sloveniji. Zaradi nizke odzivnosti in po izboru primernosti kandidatov za intervju so v raziskavi na koncu sodelovali trije predstojniki oddelkov (predstojnik A, B in C) in štirje njihovi podrejeni zdravniki (zdravnik A1, A2, B in C). Pri izbiri sodelujočih je pogoj, da je pri vsakem predstojniku oddelka intervjuvan vsaj en njegov podrejeni zdravnik, kar je omogočilo komparativno vrednotenje vodenja na podlagi obojestranskih pogledov na medosebne odnose med vodji in njihovimi podrejenimi. Intervjuji so bili izvedeni z uporabo dveh različnih vprašalnikov. Eden je bil pripravljen za vodje in drugi za podrejene sodelavce. Vprašalnika za poglobljeni intervju sta bila pripravljena na podlagi teoretičnih konceptov na področju vodenja s poudarkom na teoriji izmenjave vodja-sledilec, prilagojeno za področje zdravstva. Vprašanja so bila postavljena tako, da omogočajo vzporedno primerjavo in interpretacijo odnosov med vodji in zaposlenimi v zdravstvu ter vrednotenje vodenja zaposlenih v zdravstvu, predstavitev izzivov, ki jih ta vloga predstavlja, in predlogov za izboljšave. Intervjuji so trajali v povprečju 45 minut. Intervjuji so bili posneti, narejena je bila transkripcija, kar je omogočilo analizo podatkov. Za zagotavljanje zanesljivosti in veljavnosti so intervjuvanci zapise intervjujev prebrali in potrdili ustreznost zapisov.

5. Rezultati

5.1 Grajenje kakovostnih odnosov med vodjo in zaposlenimi v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji

Kot so pokazali rezultati raziskave, se predstojniki in zdravniki strinjajo, da dobri medosebni odnosi temeljijo na zaupanju, spoštovanju, naklonjenosti, lojalnosti, vzajemni zavezanosti. Poudarijo zlasti pomen kakovostnih družbeno-čustvenih odnosov izmenjave, ki prinašajo učinkovitost zaposlenih pri opravljanju delovnih nalog in doseganju skupnega cilja, zato jih načrtno razvijajo. Predstojnik C tako pove: *»Odnos temelji na spoštovanju in odkritosti, prinaša pa koristi vsem, ne samo neposredno dvema udeleženiima, pač pa ustvarja sinergijo in pozitivno vzdušje tudi pri ostalih.«* Zdravnik C potrdi: *»Menim, da vodji veliko pomeni in se trudi graditi in vzdrževati dobre medosebne odnose, aktivno se trudi tudi vzdrževati korektne, spoštljive odnose ne le njega do podrejenih, ampak si prizadeva za korektno komunikacijo in odnos med vsemi sodelavci na oddelku.«* Raziskava v praksi je potrdila tudi teoretične predpostavke, da vodje z različnimi podrejenimi gradijo različne odnose in da imajo pri razvoju in stopnji kakovosti odnosov med predstojniki in zdravniki poleg osebnih preferenc in karakternih razlik pomemben vpliv tudi medgeneracijske in demografske razlike (Graen & Uhl-Bien, 1995), pri čemer se predstojniki trudijo te razlike premostiti, kar potrjujejo tudi zdravniki. Predstojnik C tako pove: *»Že po naravi smo si z določenimi ljudmi blizu, z drugimi malo manj. Seveda je to različno od posameznika do posameznika, od relacij, ki jih imamo. Z nekaterimi se lažje dogovorimo, z drugimi malo težje.«* Predstojnik A nadalje poudari: *»Obstaja razlika med sodelavci, seveda, saj smo različni karakterji, tudi po starosti smo si različni – na našem oddelku je precej velik generacijski razmik, med posameznimi generacijskimi skupinami so velike razlike.«* Zdravnik A1 pritrdi: *»Zagotovo vodja vlaga v odnose, predvsem je pomembno, da nas ne demotivira, ampak da nas spodbuja. Pri nas je velika pestrost, razlika v generacijah in se lahko pojavljajo medgeneracijski prepadi, nasprotja. Vodja te različne svetove dobro povezuje.«*

Raziskava je pokazala, da stil vodenja intervjuvanih predstojnikov temelji na individualnem pristopu do posameznih podrejenih. Izkazalo se je, da je za vodenje v zdravstvu najprimernejši demokratični, participativni način vodenja, pri čemer vodja uravnoteži svojo statusno, strokovno in osebno avtoriteto. Predstojniki

morajo za uspešno vodenje znati uporabljati različne vrste svoje moči in vplivati na sodelavce zdravnike z različnimi pristopi glede na primernost situacije, okoliščin. Intervjuvanci so se strinjali, da je pri vodenju v zdravstvu ekspertna moč vodje prvi pogoj za uspešno vodenje. Predstojnik C pove: »V medicini je strokovna moč pomembna. Biti predstojnik oddelka, če nimaš strokovne suverenosti, je nemogoče.« Intervjuvanci poudarjajo, da v medicini lahko vodi zaposlene na ravni oddelkov zgolj strokovnjak s področja. Predstojnik B meni: »Stroko je treba poznati, težko bi si predstavljal, da bi bil lahko vodja takšnega oddelka strokovno slab.« Predstojnik A pove: »Mislim, da mora imeti predstojnik neko vizijo, cilje, potem pa mora to znati predajati zaposlenim s strokovnim ozadjem, da strokovno argumentira svoje odločitve«. Enakega mnenja so podrejeni zdravniki, ki pa omenijo tudi medosebne lastnosti. Zdravnik C tako pove: »Mislim, da je strokovno znanje prvi pogoj za dobro opravljanje vloge vodje, seveda pa veliko štejejo tudi medčloveške lastnosti, kot so spoštovanje, dostopnost, pravičnost, sposobnost komunikacije, motiviranje.« Formalnost v odnosih v zdravstvu se je izkazala za nujno, pri vodenju zaposlenih pa je hkrati pomembna določena stopnja empatije in individualiziran pristop k vodenju. Iz tega je mogoče sklepati, da so poleg družbeno-čustvenih pomembni tudi ekonomski odnosi izmenjave. Predstojnik B pravi: »Menim, da so pomembni korektni odnosi, prav je, da so formalni, z neko mero empatije.« Zdravnik B se strinja: »Mora biti neka hierarhija. I.../ Dobro pa je, da ima vodja razumevanje do zaposlenih.« Zdravnik A2 omeni še: »Naše preference so različne in dober odnos, razumevajoč odnos vodje do nas in upoštevanje naših želja in predlogov nam veliko pomeni.«

5.2 Koristi kakovostnega odnosa med vodjo in zaposlenimi v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji

Ključne prednosti kakovostnih medosebnih odnosov med vodjo in njihovimi podrejenimi so boljša komunikacija, višja stopnja zaupanja med vodjo in podrejenimi, večji prenos informacij in znanja, večje zadovoljstvo pri delu, manj stresa, večja produktivnost na delovnem mestu, manjša možnost za kontraproduktivno vedenje, višja stopnja inovativnosti, večja uspešnost pri opravljanju delovnih nalog, večja zavezanost združbi in manjša fluktuacija zaposlenih (Janssen & Van Yperen, 2004; Martin, Thomas, Guillaume, Lee & Eptropaki, 2016). To potrjujejo tudi ugotovitve

raziskave. Predstojnik C poudari: »Medosebni odnosi na delovnem mestu so izjemno pomembni. Ob dobrih odnosih je boljša učinkovitost in višja kakovost dela.« Zdravnik C poudari: »Pri korektnem odnosu lahko izrazimo svoje nestrinjanje, morebitne pomisleke, težave, ne da bi nekdo na drugi strani to vzel kot osebni napad, ampak konstruktivno pristopimo skupaj k reševanju težav. I.../ Potem se veliko lažje spopadamo s problemi in jih hitreje rešimo.« Raziskava je pokazala na povezavo med kakovostjo medosebnih odnosov in psihološko varnostjo zaposlenih v zdravstvu. Kakovostni odnosi med vodjo in podrejenimi v zdravstvu prinašajo večjo psihološko varnost zaposlenih in pripomorejo k večjemu napredku v znanju in razvoju in k boljšim delovnim rezultatom zaposlenih. Zdravnik A2 pravi: »Dober odnos z vodjo tudi dodatno vpliva na večji napredek. Predvsem je to pomembno za napredek v stroki. Če ima vodja posluh za sodelavce, če zna poslušati, potem se uvajajo inovacije, spremembe, več se naučimo.« Kakovostni odnosi prinašajo posebne koristi tudi vodji, saj pomenijo večje zadovoljstvo, večjo predanost vodje, lažje opravljanje vloge vodje in s tem večjo uspešnost pri vodenju. Lahko povzamemo, da se koristi kakovostnega odnosa med vodjo in podrejenimi v zdravstvu kažejo na individualni ravni tako vodij kot podrejenih, hkrati pa tudi na ravni timskega dela in ravni celotne združbe. Predstojnik A pove: »Predvsem se to kaže v kvaliteti organizacije dela, predaje delovnih nalog in izvedbe dela.« Zdravnik A1 pojasni: »Vpliv dobrih odnosov se kaže pri obravnavi pacientov.«

5.3 Prvine izmenjave med vodjo in podrejenimi v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji

Raziskava je potrdila predhodne študije, da med vodji in podrejenimi zdravniki poteka izmenjava ekonomskih in medosebnih prvin, da je pri izmenjavi prvin pomembna dvosmerna perspektiva (Gran & Scandura, 1987), da ni vsaka prvina nujno dostopna pri vsakem članu v odnosu (Wilson, Sin & Colon, 2010) in da zlasti cenijo izmenjavo medosebnih prvin. Izkazalo se je, da se med člani v odnosu najpogosteje izmenjajo prvine v okviru iste kategorije, pri čemer je bilo v praksi to najpogosteje izraženo pri izmenjavi v kategorijah informacij, statusa in naklonjenosti, torej medosebnih prvin. Vodjem največ pomenijo kakovostno opravljene delovne naloge, torej storitve, spoštovanje in naklonjenost, podrejenim pa na drugi strani največ pomeni informiranost s strani vodje, spoštovanje, njegova naklonjenost, spodbuda in motiviranje.

Raziskava je pokazala, da vodje in sledilci nimajo nujno enakih preferenc pri prvinah, prav tako pa tudi vsi sledilci nimajo nujno enakih preferenc pri prvinah. Pri izmenjavi prvin je pomembno, da se vodje in podrejeni dobro medsebojno poznajo z vidika želja po prvinah in se zavedajo pomena individualizacije pristopa gradnje medosebnih odnosov. Raziskava je še pokazala, da vodje in podrejeni ne ocenjujejo nujno najboljše, katere prvine so drugemu članu v odnosu pomembne. Zdravnik A1 pove: *»Meni veliko pomeni, da sem informiran, da vem, kaj se v bolnišnici, na oddelku dogaja.«* Podobno omeni zdravnik B: *»Informacije so mi pomembne, v smislu, da imamo občutek, da nam poroča o sestankih, o informacijah od vodstva. Informacije, da veš, kje si, kaj delaš, da veš, kaj so večji cilji, kam gremo.«* Tako zdravniki v primerjavi s predstojniki večji pomen pripišejo zadostni informiranosti. To lahko vodi v manj kakovostno izmenjavo prvin, kar ne pripomore h gradnji kakovostnih medosebnih odnosov. Raziskava je pokazala, da so pri kakovostni izmenjavi medosebnih prvin oziroma substitutov prvin medosebni odnosi kvalitetnejši in rezultati dela boljši. Pomembna ugotovitev raziskave je tudi ta, da izmenjava prvin ni vedno nujno mogoča, zaradi omejenosti določenih virov prvin.

5.4 Izzivi pri vodenju zaposlenih v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji

Raziskava na primeru izbranih splošnih bolnišnic v Sloveniji je pokazala, da se vodenju v zdravstvu posveča premalo pozornosti in da v slovenskem zdravstvu nimamo razvitega profesionalnega pristopa k vodenju, ki bi temeljil na izobraževanju in usposabljanju zdravnikov na področju vodenja. Predstojnik A tako izpostavi: *»Mislim, da imamo na tem področju velik deficit v Sloveniji. Za vodje se odločamo tisti, ki čutimo po tem neko potrebo in nas ljudje sprejmejo, da lahko to delamo. Ni pa to sistemsko urejeno, podprto z znanjem, izobrazbo na tem področju.«* Zdravnik B dodaja: *»Vodenje v zdravstvu je kompleksno, ker je običajno izbran nekdo iz stroke. Med študijem medicine ni poudarka na vodstvenih kompetencah. Veliko se je treba naučiti z izkušnjami.«*

Raziskava je pokazala, da lahko vodje pomembno vplivajo na delovno vzdušje oziroma organizacijsko klimo na oddelkih v bolnišnicah. Vzdušje v delovnem okolju je odvisno od številnih organizacijskih dejavnikov, kot so varnost delovnega okolja, varnost zaposlitve, plačilo, odnos

z nadrejenimi, odnosi med sodelavci, raznolikost dela, možnost kariernega napredovanja, možnost usposabljanja ipd. Vodje lahko na te dejavnike pomembno vplivajo, jim pa v praksi to pomeni velik izziv, saj morajo v to vlagati veliko truda, energije in časa, hkrati pa nimajo nujno vedno možnosti vplivanja na vse organizacijske dejavnike. Predstojnik B poudari: *»Največji izziv mi je, da vzdržujem dobro počutje kadra, da se res dobro počutijo, da ne bi kot izredni strokovnjaki uhajali iz oddelka. Pomembno je, da zaposlenim ponudimo dobro okolje, počutje, možnost za razvoj, izobraževanje, to, kar jim je pomembno.«* Raziskava je pokazala, da vodjem pomeni velik izziv motiviranje in nagrajevanje podrejenih, saj glede na pravilnike o nagrajevanju javnih uslužbencev in na statute bolnišnic nimajo vedno možnosti finančnega nagrajevanja svojih podrejenih, čeprav si ti to zaslužijo in bi to pomembno pripomoglo k njihovi večji motiviranosti pri delu ter večji učinkovitosti in kakovosti opravljanja dela. Predstojnik B tako omeni: *»Omejitev so predvsem to, da jih ne morem nagraditi, tudi ko bi rad, ker mislim, da je poleg besedne motivacije pomembna tudi stimulacija.«* Velik izziv je tudi pomanjkanje kadra, kar vodi v preobremenjenost zaposlenih in stres, to pa do nezadovoljstva na delovnem mestu in v določenih primerih tudi do odhajanja zaposlenih.

Raziskava je pokazala, da je vodenje v zdravstvu na ravni vodenja oddelkov v splošnih bolnišnicah odvisno od okolja, v katerem delujejo, hkrati pa je treba upoštevati zmožnosti in potrebe podrejenih, ki jih vodje vodijo. Pri vodenju v zdravstvu se je treba znati prilagajati epidemiološkimi, demografskim, družbenim in političnim spremembam, hkrati pa slediti spremembam na tehnološkem področju, kar vodenje postavi v širši kontekst managementa in organizacije.

6. Razprava

6.1 Teoretični prispevki

Teoretični prispevek raziskave je najprej k teoriji izmenjave vodja-sledilec, ki se je izkazala kot ustrezen pristop k raziskovanju vodenja v slovenskem zdravstvu. Prvič, rezultati raziskave v skladu z ugotovitvami prejšnjih raziskav (Andersen, Buch & Kuvaas, 2020; Kuvaas, Buch, Dysvik & Haerem, 2012) pokažejo prisotnost tako ekonomskih odnosov izmenjave kot tudi družbeno-čustvenih odnosov izmenjave med predstojniki in podrejenimi zdravniki. Raziskava ponudi vpogled v razlike med

prvinami izmenjave v ekonomskih in družbeno-čustvenih odnosih, pri čemer predstojniki in zdravniki dajejo večji pomen izmenjavi medosebnih prvin zaupanja, strokovnega spoštovanja in naklonjenosti, hkrati pa izpostavijo prisotnost izmenjave ekonomskih prvin (nagrade).

Drugič, raziskava ponudi sočasni pogled na odnose izmenjave med vodjo in sledilcem tako z vidika predstojnika kot tudi z vidika podrejenega zdravnika, pri čemer odgovarjamo na potrebo po sočasnem preučevanju obeh vidikov (Andersen, Buch & Kuvaas, 2020). Raziskava opozori na določeno raven neskladnosti med vidikom predstojnikov in podrejenih zdravnikov glede pomembnosti posameznih prvin izmenjave in s tem medsebojnega odnosa izmenjave, kar potrjuje pomen individualiziranega pristopa k oblikovanju odnosa izmenjave prvin med predstojniki in zdravniki. Sicer pa oboji pritrjujejo zlasti pomenu medosebnih prvin in družbenih-čustvenih odnosov izmenjave za uspešno delovanje posameznikov in oddelkov.

Tretjič, rezultati raziskave delno ponudijo vpogled tudi v kontekst, ki vpliva na to, da v določeni situaciji prevladujejo prvine in odnosi ekonomske izmenjave, v drugi pa medosebne prvine in družbeno-čustveni odnosi izmenjave. Dejavniki, ki vplivajo na to, so čas trajanja odnosa, raven izkušenj, osebnostne lastnosti, preference posameznikov, stil vodenja ter širše družbeno-ekonomske razmere. Intervjuvanci izpostavijo, da ekonomski odnosi nastanejo z zaposlitvijo, družbeno-čustveni odnosi pa se oblikujejo postopoma, pomembni so za pridobivanje izkušenj in samozaupanja pri delu, oblikovanje tima in sodelovanje, pasivno vodenje vodi v bolj ekonomske odnose izmenjave, participativno vodenje pa v družbeno-čustvene odnose izmenjave in večjo predanost delu, v razmerah splošnega pomanjkanja zdravstvenega osebja pa kakovostni družbeno-čustveni odnosi izmenjave pomagajo pritegniti in ohranjati kakovostne zaposlene.

Ugotovitve raziskave nadalje prispevajo k preučevanju vodenja v slovenskem zdravstvu, kjer podobna raziskava med predstojniki oddelkov in zdravniki še ni bila izvedena. Moč vodje kot strokovnjaka v odnosu s sledilcem, ki je prav tako strokovnjak, mora izhajati najprej iz strokovnosti, nato osebnosti in položaja. Ugotovitve raziskave so tako pokazale, da mora vodja imeti visoko raven strokovnega znanja, ker usklajevanje doseže zlasti s lastno strokovnostjo, pomočjo in nasveti, ob zavedanju, da vodi visoko usposobljene sodelavce, ki cenijo opolnomočenje in participacijo v odločanju (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003).

6.2 Praktična priporočila za izboljšanje vodenja zaposlenih v izbranih splošnih bolnišnicah v Sloveniji

Praktični prispevki raziskave so zlasti na področju izboljšanja kakovosti vodenja in odnosov v zdravstvu. Raziskava je namreč pokazala, da bi bilo treba vodenju v zdravstvu v Sloveniji posvečati več pozornosti. Zato predlagamo naslednje pristope:

- Povečati zavedanje vodij o razlikah med sodelavci in njihovimi preferencami glede prvin izmenjave ter o pomenu kakovostnih odnosov izmenjave, saj prinašajo koristi večje predanosti delu, prenosa znanja, ustvarjalnosti, avtonomije pri delu, odpornosti ter zadržanja zaposlenih, kar bi preprečilo odhode zdravnikov iz delovnega kolektiva.
- Dodatna usposabljanja na področju vodenja za vse posameznike ob nastopu vloge predstojnika oddelka v splošni bolnišnici za povečanje razumevanja vodstvene vloge in grajenja kakovostnih odnosov, ozaveščanje o pozitivnih vplivih na uspešnost vodje in sodelavcev ter drugega zdravstvenega osebja, kar bi povečalo motivacijo za opravljanje te vloge.
- Trening komunikacije pri delu, videopredstavitve, igre vlog s povratno informacijo, ocenjevanje veščin nekaj mesecev po zaključenem usposabljanju bi pripomoglo k razvoju in izboljšanju komunikacijskih, motivacijskih veščin in veščin reševanja konfliktov. To bi prispevalo k večji uspešnosti zdravstvenih timov in zadovoljstvu pacientov.
- Vključevanje različnih vsebin s področja vodenja v strokovno usposabljanje že v okviru študija medicine bi izboljšalo veščine komuniciranja, reševanja konfliktov in timskega dela celotnih zdravstvenih timov, saj se je tak pristop v tujini izkazal kot učinkovit (Sharkey, Magee & Trent, 2019).
- Za reševanje težav zlasti s pomanjkanjem kadra in nagrajevanjem zdravnikov so potrebne večje sistemske rešitve, ki so zunaj dosega vodij, saj lahko vodje s svojim prizadevanjem za dobre medosebne odnose na oddelkih situacijo omilijo zgolj do določene mere.

6.3 Omejitve raziskave in priporočila za nadaljnje raziskovanje

Glavna omejitev raziskave izhaja iz slabše odzivnosti predstojnikov in zdravnikov na povabilo k sodelovanju v raziskavi, zato je vzorec sodelujočih relativno majhen. Če bi bilo v raziskavo vključenih več predstojnikov in zdravnikov, bi bil vpogled v obravnavano tematiko

celovitejši, zlasti ker so v raziskavi sodelovali predvsem tisti, ki jih obravnavana tematika zanima, kar lahko pomembno vpliva na enoznačnost pridobljenih odgovorov in končne rezultate raziskave. Razširitev števila sodelujočih bi tako omogočila pridobitev objektivnejšega vpogleda v pristope in izzive vodenja v splošnih bolnišnicah v Sloveniji. Prav tako bi bila v nadaljevanju raziskovanja lahko izvedena kvantitativna raziskava obravnavane tematike z vidika stilov vodenja, kakovosti medsebojnih odnosov, medosebnega komuniciranja in vplivov na uspešnost pri delu, z možnostjo vključitve tudi drugih zaposlenih v zdravstvu, npr. z vključitvijo osebja zdravstvene nege v raziskavo ali s poudarkom na delovanju mešanih zdravstvenih timov. Prihodnje raziskave bi lahko preučile vodenje v zdravstvu tudi v luči aktualnega dogajanja zaradi pandemije COVID-19, ko je uspešno delovanje zdravstvenih timov zaradi zahtevnosti situacije še toliko bolj pomembno.

7. Zaključek

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

Uporaba teorije izmenjave vodja-sledilec na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu se je izkazala kot učinkovit pristop k raziskovanju. Raziskava je pokazala, da imajo vodje pomembno vlogo pri učinkovitosti opravljanja delovnih nalog svojih podrejenih in da se to kaže v delovanju celotne združbe, v tem primeru v delovanju oddelkov bolnišnic. Izkazalo se je, da se vodje in njihovi sledilci zavedajo, da je treba kakovostne odnose načrtno graditi, da sta ključnega pomena dobro medsebojno poznavanje in kakovostna izmenjava prvin med vodjo in sledilci ter da kakovostni odnosi prinašajo številne koristi, med drugim pomagajo omiliti negativne vplive sistemskih pomanjkljivosti v zdravstvu. Raziskava je pokazala, da vodje v zdravstvu za opravljanje svoje vloge potrebujejo izobraževanja in dodatna usposabljanja na področju vodenja.

Literatura in viri

- Ackerman, M., Mallosh, K., Wade, D., Porter-O'Grady, T., Weberg, D., Zurmehly, J. & Raderstorf, T. (2019). The Master in Healthcare Innovation: A New Paradigm in Healthcare Leadership Development. *Nurse Leader*, 17(1), 49–53.
- Anand, S., Hu, J., Liden, R. C. & Vidyarthi, P. R. (2011). Leader-Member Exchange: Recent Research Findings and Prospects for the Future. *The Sage Handbook of Leadership*, 23, 311–325.
- Andersen, I., Buch, R., & Kuvaas, B. (2020). A literature review of social and economic leader-member exchange. *Frontiers in Psychology*, 11, 1474.
- Arroliga, A. C., Huber, C., Myers, J. D., Dieckert, J. P. & Wesson, D. (2014). Leadership in Health Care for the 21st Century: Challenges and Opportunities. *The American Journal of Medicine*, 127(3), 246–249.
- Balme, E. (2015). Doctors need to be supported, not trained in resilience. *British Medical Journal*, 351, 1–5.
- Belrhiti, Z., Giralt, A. N. & Marchal, B. (2018). Complex Leadership in Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1073–1084.
- Bowen, D. J. (2015). 5 Competencies for CEOs In the New Era of Health Care, Hospital Boards Must Consider a Different Kind of Leadership Style. *Trustee*, 68(10), 1–2.
- Budak, F. & Ahmet, K. (2014). The Importance of Strategic Leadership in Healthcare Management. *IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal*, 5(15), 115–171.
- Clark, J. & Armit, K. (2010). Leadership competency for doctors: a framework. *Leadership in Health Service*, 23(2), 155–129.
- Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU.
- Dadhich, A. & Bhal, K. T. (2008). Ethical Leader Behaviour and Leader-Member Exchange as Predictors of Subordinate Behaviours. *The Journal for Decision Makers*, 33(4), 15–25.
- Daft, R. L. (2015). *The Leadership Experience*. Mason: Cengage Learning.
- Day, D. V., Fleenor, J. W., Atwater, L. E., Sturm, R. E. & McKee, R. A. (2014). Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 63–82.
- Dhir, S. & Shukla, A. (2013). The influence of leader-member exchange relations on employee engagement and work role performance. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 16(4), 465–493.

- Dimovski, V., Penger, S. & Žnidaršič, J. (2003). *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Donnenworth, G. V. & Foa, U. G. (1974). Effects of resource class on retaliation to injustice in interpersonal exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 785–793.
- Dunn, R. T. (2006). *Haimann's healthcare management*. Chicago: Health Administration Press.
- Foa, U. G. & Foa, E. B. (1974). *Societal structures of the mind*. Springfield IL: Charles C. Thomas.
- Gerstner, C. R. & Day, D. V. (1997). Meta-analytic review of leader-member exchange theory: Correlates and construct issues. *Journal of Applied Psychology*, 82, 827–844.
- Graen, G. B. & Scandura, T. A. (1987). Toward a psychology of dyadic organizing. *Research in Organizational Behavior*, 9, 175–208.
- Graen, G. B. & Schiemann, W. (1978). Leader-member agreement: A vertical dyad linkage approach. *Journal of Applied Psychology*, 63(2), 206–212.
- Graen, G. B. & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-Based Approach to Leadership: Development of Leader-Member Exchange (LMX) Theory of Leadership over 25 Years: Applying a Multi-Level Multi-Domain Perspective. *Leadership Quarterly*, 6(2), 219–247.
- Hadley, L. (2015). Leadership from the ground up. *British Medical Journal*, 350, 1–3.
- Hahn, C. A. & Lapetra, M. G. (2019). Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment. *Public Health*, 7(34), 1–7.
- Hanson, W. R. & Ford, R. (2010). Complexity leadership in healthcare: Leader network awareness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 6587–6596.
- Huber, B. (1999). *Experts in organizations: The power of expertise*. Pridobljeno 3. junija 2019 s <https://pdfs.semanticscholar.org/9d2f/79399f7958e0d02caf55ef2891e23142dafc.pdf>
- Imison, C. & Giordano, R. W. (2009). Doctors as Leaders. *British Medical Journal*, 338(7701), 979–980.
- Janssen, O. & Van Yperen, N. W. (2004). Employees' goal orientations, the quality of leader-member exchange, and the outcomes of job performance and job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 47(3), 368–384.
- Kumar, R. D. C. & Khiljee, N. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(1), 63–65.
- Kuvaas, B., Buch, R., Dysvik, A. & Haerem, T. (2012). Economic and social leader-member exchange relationships and follower performance. *The Leadership Quarterly*, 23, 756–765.
- Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Meelby, J., Dieckmann, P. & Østergaard, D. (2018). A search for training of practicing leadership in emergency medicine: A systematic review. *Heliyon*, 4, 1–23.
- Laznik, G. (2017). Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 1, 78–99.
- Lorber, M. & Skela Savič, B. (2011). Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), 15–21.
- Martin, R., Epitropaki, O., Geoff, T. & Topakas, A. (2010). A review of Leader-Member Exchange (LMX) research: Future prospects and directions. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 25, 35–88.
- Martin, R., Thomas, G., Guillaume, Y., Lee, A. & Epitropaki, O. (2016). Leader-member Exchange (LMX) and Performance: A Meta-Analytic Review. *Personnel Psychology*, 69, 67–121.
- Masllyn, J. & Uhl-Bien, M. (2001). Leader-member exchange and its dimensions: Effects of self-effort and other's effort on relationship quality. *Journal of Applied Psychology*, 86(4), 697–708.
- Moberly, T. (2014). Doctors need to »step up« to leadership roles to help improve patient care. *British Medical Journal*, 348, 1–7.
- Montani, F., Courcy, F. & Vandenberghe, C. (2017). Innovation under stress: The role of commitment and leader-member exchange. *Journal of Business Research*, 77, 1–13.
- Mosadeghrad, A. M. & Ferdosi, M. (2013). Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: Proposing and testing a model. *Materia Socio Medica*, 25(2), 121–126.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. & Ilies, R. (2008). The development of leader-member exchanges: Exploring how personality and performance influence leader and member relationships over time. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 108(2), 256–266.
- Newstrom, J. W. & Davis, K. (1993). *Organizational behavior, Human Behaviour at Work*. New York: McGraw Hill Inc.
- Odoardi, C., Battistelli, A., Montani, F. & Peiró, J. M. (2019). Affective Commitment, Participative Leadership, and Employee Innovation: A Multilevel Investigation. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 35(2), 103–113.
- Odoemena, R. (2018). *Multiple Divergent Challenges of Healthcare Leaders: A Qualitative Descriptive Case Study*. Phoenix: ProQuest Dissertations Publishing.

- O'Dowd, A. (2014). Clinical leadership team award. *British Medical Journal*, 348, 1–2.
- Peters, M. & King, J. (2012). Perfectionism in doctors: Can lead to unhealthy behaviours in stressful work situations. *British Medical Journal*, 344(7858), 10.
- Price-Dowd, C. (2015). Learning to lead in medicine. *British Medical Journal*, 351, 1–3.
- Rotenstein, L. S., Sadun, R. & Jena, A. B. (2018). Why Doctors Need Leadership Training. *Harvard Business Review*. Pridobljeno 20. maja 2019 s <https://hbr.org/2018/10/why-doctors-need-leadership-training>
- Rozman, R. & Kovač, J. (2012). *Management*. Ljubljana: GV Založba.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students* (5th ed.). Harlow (England): Prentice Hall.
- Sharkey, A. R., Magee, L. & Trent, A. (2019). Building the future: junior doctors as leaders. *Clinical Radiology*, 74(2019), 492–495.
- Stefl, M. E. (2018). Common competencies for all healthcare managers: the healthcare leadership alliance model. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 360–373.
- Walker, B. & Walker, J. L. G. (2013). Working Together: Examining Forensic Leadership through LMX Theory. *National Forensic Journal*, 31(1), 27–40.
- Wilson, K. S., Sin, H. P. & Conlon, D. E. (2010). What about the leader in leader-member exchange? The impact of resource exchanges and substitutability on the leader. *Academy of Management Review*, 35(3), 358–372.
- Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall.

Tjaša Boršnak, mag. farm., mag. posl. ved, je magistrirala na Fakulteti za farmacijo Univerze v Ljubljani in na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani. Njeno glavno raziskovalno področje v času magistrskega študija na programu Management na Ekonomski fakulteti je bilo vodenje v zdravstvu. V sklopu magistrskega dela je podrobneje proučevala teorijo izmenjave vodja-sledilec in vodenje v zdravstvu raziskovala na primeru izbranih splošnih bolnišnic v Sloveniji.

Doc. dr. Aleša Saša Sitar je zaposlena na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani kot docentka na Katedri za management in organizacijo. Pri svojem pedagoškem in raziskovalnem delu pokriva predvsem področje organizacije in managementa, učenje v združbah in ravnanje z znanjem. V minulih letih je z različnimi prispevki sodelovala na številnih domačih in mednarodnih konferencah s področja organizacije, učenja v združbah in ravnanja z znanjem. Prispevke je objavila v revijah *Creativity Research Journal*, *The Learning Organization*, *Dynamic Relationship Management Journal* in drugih. Pri Društvu slovenska akademija za management je odgovorna za organizacijo domačih in mednarodnih konferenc.